

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称： 特別養護老人ホーム 小坂の郷	種別： 特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 植原 信秀	定員(利用人数)：140(137)名	
所在地： 静岡市駿河区小坂1106番地の1		
TEL:054-258-5115	ホームページ: http://osakanosato.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日: 平成17年2月		
経営法人・設置主体(法人名等): 社会福祉法人 恵心会		
職員数	常勤職員: 48 名	非常勤職員 32 名
専門職員	(専門職の名称) 名	医師2名、看護師3名、准看護師2名
	介護職員31名、介護支援専門員3名	介護支援専門員1名、宿直4名、
	看護師3名、准看護師1名、栄養士1名	機能訓練指導員1名、
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	居室140、食堂14、浴室14、 医務室1	特殊浴槽室2

③ 理念・基本方針

理念:

- 1) 生命を安心して預けられる施設
- 2) 健康と生活を守る施設

基本方針:

- 1) お客様の人権とプライバシーを尊重した、福祉サービスの提供と質の向上に努める。
- 2) 地域ニーズにあった、選ばれる施設として、安心して快適な生活を提供する。
- 3) 福祉の拠点として教育研修もできる、質の高い人材育成を目指す。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 全室個室でのユニットケアの実施
- 2) 障害者福祉を含めた広域的な福祉の展開
- 3) 介護福祉士実務者研修施設(通信)を含めた職員教育と地域における広域的な取組み

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年9月18日(契約日) ~ 平成31年3月11日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	一回(平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析し、経営課題を明確にし、法人として新たな事業に取り組むなど、経営の環境変化等に適切に対応しています。
- * 管理者は自らの責任を明らかにし、職員に周知するとともに、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組みを行っています。
- * 常にユニット毎に福祉サービスを評価し、改善に努め、施設全体でユニットケアの導入に積極的に取り組んでいます。また、介護職員が介護に専念できるように、ベツメイクを障害者雇用で対応するなど、福祉サービスの向上及び経営の改善に管理者のリーダーシップを発揮しています。
- * 施設を介護福祉士実務者研修施設としての認定を受けるとともに、職員の研修・教育の基本方針により、受講の機会を提供するなど、職員の質の向上に向けて積極的に対応しています。
- * 会計事務所により監査指導を受けるとともに、経営状況や苦情対策などをホームページに掲載するなど、運営の透明性を確保するための取組みが行われています。
- * 入所時、生活情報表と長期入居者情報をもとにケアプランを作成し、プランの詳細と内容を時系列で示した 24 時間シートをもとに、複数のプログラムを提案し、利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう工夫をしています。
- * 24 時間シートをもとに、個々のコミュニケーション能力に応じ、利用者と積極的に意思疎通を図っています。

◇改善を求められる点

- * 中・長期的なビジョンを明確にするため、中・長期計画の策定が求められます。
- * 事業計画において、策定に対する職員の参画、及び利用者への周知が求められます。
- * 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画及び職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受け、長らく当施設独自の常識にとらわれていた事に気づかされました。第三者といわれる方々の公正な目で見えていただき、施設利用者様の安心・安全、法人職員の更なる幸福の追及に必要な項目の指摘が、更なる法人の適正なる運営の助けとなりました。今後も第三者評価を利用させて頂き、施設の常識ではなく、一般常識として成熟した組織づくりを行っていきます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
- c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<コメント> 理念・基本方針が適切に明文化され、パンフレット及びホームページに掲載され、施設内に掲示され職員の社員証にも記載され、朝会で唱和されるなど、職員及び利用者等への周知が図られている。しかし、利用者等に分かりやすくするための工夫がされていない。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> 社会福祉事業の動向について、高齢者福祉施設連絡会などで今後の動向などの把握に努めている。コスト分析を行っていることを書面で確認した。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<コメント> 経営環境や経営状況の把握・分析に基づき、経営課題を把握し、全施設の個別ユニット化や法人としても障害者の雇用促進及び高齢者のグループホームの経営等、新たな事業に取り組むことを確認した。また、幹部職員会議を通して職員に周知が図られていることも確認できた。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c
<コメント> 中・長期計画及び中・長期の収支計画のどちらも策定されていない。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c
<p><コメント> 中・長期計画が策定されておらず、反映されていない。また、数値目標もないなど、内容も十分ではない。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	c
<p><コメント> 事業計画は施設長が策定しており、職員等の参画の基で策定されていない。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p><コメント> 施設において提供している福祉サービスの内容を、ホームページや広報誌等に掲載している。事業計画は利用者家族からの要望があれば郵送しているが、利用者等への周知に配慮されていない。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p><コメント> 常にユニットごとに福祉サービスを評価し、改善に向けた取組を行い、リーダー会議報告するなど、組織的に行われ、機能している。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
<p><コメント> ユニットごとに福祉サービスを評価し、改善に向けた取組を組織的に行われているが、中・長期計画に反映されていない。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a

<p><コメント></p> <p>施設長は事務分掌に自らの役割と責任を明らかにするとともに、災害対策本部組織表においては本部長（施設長）不在時には副本部長（事務長）が指揮をとることと明示するほか、他のマニュアル等にも施設長の役割を明示していることを確認した。また、運営委員会においても表明し、職員への周知を図っている。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>法令遵守のマニュアルが策定され、年に1回（職員全員が受けれるように3回に分けて）研修会を開催し、職員から報告書を提出させ、理解度を確認チェックしている。また、交通安全及び高齢者虐待防止に関しても事故の予防に、組織として取り組んでいる。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>施設長の障害者施設での経験を活かし、利用者に応じた個人の介護計画をユニットごとに策定するユニットケアの導入に取組み、毎月のユニット会議での評価・分析結果に対して指導するなど、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織として取組に十分な指導力を発揮している。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>介護職員が利用者の介護に専念できるよう、施設の清掃やベツメイクを障害者を雇用して対応するほか、ユニット毎に炊飯器を整備して配膳することを取り入れるなど、経営改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	c
<p><コメント></p> <p>現在の福祉サービスに必要な人材は確保されているが、今後、組織が継続して福祉サービス提供するための、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p>		

自己判定を基にユニットリーダーから介護副主任、事務長、施設長が人事考課を行う制度が設けられて実施されているが、人事基準が明確にされていない。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>地域の労福協に非常勤職員も含めた全員が、施設の負担で加入し、総合的な福利厚生を実施しているが、相談窓口は整備されておらず、有給休暇の取得も少ないなど、働きやすい職場づくりの取組が不足している。(※労福協…静岡県労働者福祉協議会は、福祉事業団体等と共に、関係する県内の自治体・NPO・司法書士会などと連携し、勤労者福祉の向上などさまざまな活動行っている。)</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c
<p><コメント></p> <p>職員との面接はなく、「期待される職員像」が示されておらず、一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>職員の教育・研修に関する基本方針に基づき、非常勤職員が正規職員になれるための基準を示して実施していることを確認した。また、施設は介護福祉士実務者研修施設として認定を受けるなど、職員の教育・研修を積極的に推進している。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><コメント></p> <p>新任職員に対して、座学と実務研修の計画が策定されている外、ユニットリーダー研修実務研修施設を目指し、専門資格に積極的に支援するなど、教育・研修の機会が確保され、適切に実施されている。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント></p> <p>実習生の受入れマニュアルは整備され、学校側と協議してプログラムを整備して研修を進めている。また、週期間中も継続的に連携が持たれ、評価等が行われている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページを活用して、提供する福祉サービスの内容や予算、決算等が公開されている。また、利用者等の苦情等に対しては苦情・事故対策委員会に諮り、対応等の結果についてもホームページで公表するなど、運営の透明性を確保する取組が行われている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>施設における事務、経理、取引等に関しては、事務分掌において、権限や責任を明示し職員に配布することで周知されていることを確認した。また、会計事務所の監査・指導を受けて事業経営を図るなど、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組みが行われている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p><コメント>基本方針に基づくケア目標に地域との交流を大切にすると明記され、地域の人々と利用者の交流は小坂祇園祭の子供神輿や各種ボランティアの来訪があり、施設の年間を通じて実施する行事や祭りには地域の住民に開放して施設や利用者への理解を深める取組を行っている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
<p><コメント>年間を通じて各種ボランティアや実習生等の受け入れを行っておりその記録等がある。しかし、ボランティア受入に関する具体的な手順等を示したマニュアルが整備されていない。学習への教育等への協力については、基本方針に明記され、実習生受け入れ事務取扱規定が定められているが基本的な受け入れ手順を示したマニュアルとしての内容は十分ではない。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p><コメント>必要な社会資源としての関係機関・団体については、各セクションごとにその機能や連絡方法等を体系的に把握し、定期的な連絡会等を通して連携を図っているが、全体としてリスト化するなどして職員間の共有化は十分ではない。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p><コメント>施設のスペースを開放する等行っているが、施設の持つ専門性や特性を生かした地域住民への講演会や研修等は十分ではない。災害時の施設の役割等については行政や地域との連携がとられている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント>地域の具体的なニーズの把握は、施設等の行事に参加した方や民生委員等との話等から把握し、居宅介護支援センター等からも情報を得ているが、地域交流事業等でのアンケートの実施などより積極的かつ定期的な取り組みとしては十分ではない。なお、介護福祉士実務研修養成(通信教育)の実施、障害者のグループホーム、就労支援ワークセンター、サービス付き高齢者向け住宅等事業活動が展開されている。</p>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p><コメント>利用者の人権とプライバシーを尊重することが基本方針に明示され、ユニットケア導入委員会からリーダー会議、ユニット会議など段階ごとに職員の共通理解を得よう取り組まれている。また、施設の内部研修においても計画的に具体的な課題を設けて周知徹底を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント>基本方針や介護サービスの心得十か条、介護の手引き、ケア基準書等が整備され周知されている。また、虐待防止委員会や身体拘束廃止委員会が毎月開催されている。なお、サービスの標準的な実施方法の中で、場面ごとの記載で、プライバシーについて具体的に記載されているものとされていないものと統一されていないため、十分でない。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p><コメント>写真等を使用したパンフレット等を作成し、地域の公民館や病院等に置き誰でもが入手できるようにしている。利用希望者の見学に対しては資料等を基に説明しショート体験も希望に沿うよう対応している。また、介護保険の情報等も提供している。写真などを使用し、わかりやすいものになっている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント>重要事項説明書等をもとに説明し同意を得た書面や契約書が整備されている。本人が説明を受け契約を締結することが困難な場合は、成年後見制度等の利用も適正に取られている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
<p><コメント>移行にあたりサービスの継続性が損なわないよう配慮し、必要に応じ情報を提供したり、サービスの利用が終了した後の相談の窓口等の情報を提供しているが、組織として引継ぎや申し送り等の手順、文書の内容等の定めが十分ではない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b

<p><コメント>利用者個別面接・相談は6ヶ月に1度実施され、意見や意向を把握するほか、日常の会話等からくみ取りユニット会議で検討され最終的には運営会議で協議される。利用者の満足を把握する仕組みとしては、個別面談や日常の対話から意見や意向をくみ取り、ユニット会議で検討し、運営委員会で協議することになっている。ただ、食事に関してはアンケート調査を行っているが、利用者全般の満足に関するアンケート調査等は行っておらず、十分でない。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
<p><コメント>苦情対応・処理マニュアルがあり解決責任者、受付担当者、第三者委員が整備され重要事項説明書等に記載があり、説明周知されている。重大な内容については、再発防止対策について協議する苦情対策委員会も設置されている。解決結果の公表については定められたマニュアルに従い適正に対応されておらず十分ではない。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p><コメント>相談や意見等がある場合は、まず全職員が受け事務長・施設長がリアルタイムで対応する体制になっている。話し合いができるコーナーが確保されており、利用者等に周知されている。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント>利用者からの相談や意見、要望、提案等について、苦情対応マニュアルで迅速に対応しているが、相談や意見等についての対応の手順や方法を定めたマニュアルの整備は十分ではない。</p>		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p><コメント>事故対策マニュアルがあり、事故対策委員会が設置され、事故防止への体制や職務が明確に示され、事故報告書やヒヤリハット報告の収集、分析評価、職員への周知、研修等リスクマネジメントに関する体制が整備構築されている。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント>感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針があり、管理体制が整備されている。また、感染症予防マニュアルを作成し具体的に各感染症の知識、各種予防策、発生時の対応等が示され施設内部研修等で周知徹底されている。見直しもされている。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	a
<p><コメント>災害対応マニュアル(地震・津波、風水害)が整備され、災害時の対応体制が確立している。防災用品や非常食等の備蓄リストが作成されている。防災委員会を設置し、防年間計画に沿っ</p>		

て災訓練を実施している。秋の総合訓練は関係署や地域の方々との連携で実施している。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p><コメント>ケア基準書や介護の手引きに、サービスの場面ごとに標準的な実施方法が文書化され実施されているが、プライバシー保護等に関する具体的な記載が不十分なものがあり、十分でない。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p><コメント>標準的な実施方法等が記載されているケア基準書等については、ユニット会議、リーダー会議、ユニットケア委員会等を経て見直しが行われている。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p><コメント>ケア基準書にサービス計画の作成と見直しが文書化され、その手順に基づき実施されている。アセスメントに基づく本人及び家族の意向や課題、目標、援助の内容等明示され計画が適正に策定されている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p><コメント>個々のサービス実施計画は、3ヶ月ごとのモニタリングが行われている。また半年に1回担当者会議において評価見直しを行っている。見直し変更したものは職員への周知や利用者の意向の確認と同意が得られている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
<p><コメント>身体状況や生活状況等については「24時間シート」を使用し細かな情報が記載できる様式があり、職員間の共有ができています。また、モニタリング記録表、ケアチェック表、施設介護支援経過記録等適切に記録されている。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
<p><コメント>個人情報保護規程が整備され、個人情報委員会の設置や職員への内部研修の開催など適正に管理されている。利用者へは説明し同意書が保管されているが、規定の見直しについて見直しされておらず、十分でない。</p>		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A ①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
<p><コメント>入所時、生活情報表(日課・習慣・嗜好等)と長期入居者情報をもとにケアプランを作成し、プランの詳細と内容を時系列で示した24時間シートを基に、サービスを提供している。実施内容は、支援経過等に記録し、現状に即しているか確認しながら、複数のプログラムを提案している。プログラムは、運動メニューや手芸、個別外出等多岐に渡っている。</p>		
A ②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	対象外
<p><コメント>(この評価項目は訪問介護が評価対象であり、特別養護老人ホームについては評価対象外である。)</p>		
A ③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	対象外
<p><コメント>(この評価項目は養護老人ホーム、軽費老人ホームが評価対象であり、特別養護老人ホームについては評価対象外である。)</p>		
A ④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
<p><コメント>個々のコミュニケーション能力に応じて、意思疎通を図る方法を検討している。発語が困難な利用者に対しては、瞬きなどで意思確認をしたり、家族からの情報を基に利用者の生活環境を検討している。職員に対しては、年1回の身体拘束に関する研修の中で、日頃の言葉遣いや接し方について振り返りを行っている。個別の対応については、24時間シートに記載されている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A ⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<p><コメント>身体拘束・虐待防止・法令順守マニュアルで指針を示し、ユニット毎に設置されている。マニュアルは、新人研修や教育委員会、個別に資料配布し周知している。職員に周知できているか研修報告書で確認している。ユニット会議や委員会で事例検討を行っている。しかし、利用者への周知は出来ていない。</p>		

評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A ⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a
<p><コメント>清掃業務は、専任の職員が共有スペースを担当し、介護職員が利用者の居室清掃を行っている。ユニット毎に家具や装飾品を活用し、談話コーナー等のセミパブリックスペースを作っている。入所前の情報を基に、居室に畳を入れた事例もある。トイレや居室などの表記も、利用者が理解しやすいよう、文字の大きさや表記を変える等工夫が見られた。</p>		

評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A ⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント>個々の好みや入浴方法、注意すべき事項は、24時間シートで確認し、対応している。入浴方法は、個浴・個浴リフト浴・寝台浴の3つがある。利用者の状態変化に合わせて適宜入浴方法の見直しが行われている。入浴中のプライバシー保護について、ユニットケアマニュアルで示しているが、具体的な注意点までは記載されていない。当日の体調は、検温表で確認し入浴できない場合は、清拭等を行っている。</p>		
A ⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント>24時間シートに、介助方法や注意点等が記載されている。排泄中のプライバシー保護については、排泄マニュアルに示しており、各ユニットに配布されている。マニュアルを基に新人研修が行われている。排泄チェック表を活用し、使用する物品や排泄時間を記載し、集計結果を基に見直しが行われている。夜間は、安眠妨害しないよう排泄時間を考えている。自然排便を促す為、水分量や食品を活用している事例もある。</p>		
A ⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント>個々の身体状況に合わせた、移乗・移動方法を24時間シートに記載している。できる限り人の手を借りずに生活したいと希望する利用者に対しては、家具等でトイレまでの動線をつくり、自力で安全に移動ができるようにする等工夫していた。日頃から、体操等を行い筋力低下予防に努めている。利用者の状態変化に合わせて、適宜話し合いを行い、介助方法を見直している。内容は、ユニット会議録や支援経過記録に記載し、職員間で共有している。</p>		

A-3-(2) 食生活		
A ⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント>嗜好調査と残食調査票を基に、献立の検討を行っている。利用者個々の嗜好や状態に合わせて、食事形態や提供量・禁止食等の対応を行っている。ユニットケアマニュアルで、食事提供だけでなく嗜好品を取り入れる事やユニットのキッチンの活用等についても示しており、ユニット会議等で伝達されている。また、衛生管理マニュアルに沿って、適切に管理されている。</p>		
A ⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント>施設で提供される食事形態は、常食・軟菜食・減塩食・ミキサー食など複数用意されている。栄養ケア計画を基に、個別に合わせた食事提供がされている。摂取量・水分量・要望を基に多職種で協議し、計画書の見直しが行われている。可能な限り、経口での食事摂取ができるよう、姿勢や福祉用具、食事量、補助食品等を導入し、対応している。食事時の事故における対応は、事故予防マニュアルの中に、観察点や対応を示している。マニュアルは、各ユニットに配布し、会議で伝達している。</p>		
A ⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント>口腔に関する問題や診療希望がある利用者は、訪問歯科診療を利用することができる。しかし、診療対象外の利用者に対する、定期的な評価は行われていない。毎食後、口腔ケアを実施しており、実施後検温表に記録している。嚥下だけでなく発語機能を維持する為に口腔ケアを行っている事例もある。口腔ケアに関する研修の実施はない。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント>委員会を月1回開催、褥瘡対策委員会規定に沿って、マニュアルが作成されており、褥瘡ケアの流れは、フローチャート化されている。しかし、マニュアルの定期的な見直しは実施できておらず、周知徹底する仕組みが出来ていない。栄養改善等が必要な場合は、多職種が共同しプランの作成、実施、評価が行われている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A ⑭	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	c
<p><コメント>研修修了者はいるが、実施はしていない。手順方法などの明示はなく、体制がない。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A ⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
<p><コメント>運動メニューとして、体操・関節可動域訓練・動作の援助・拘縮予防の援助・生活リズム</p>		

調整・良姿勢保持等がある。利用者の身体状況に合わせて、ケアプランの作成が行われている。実施に関しての指導は、口頭指導となっており、標準化したものは書面で確認する事が出来なかった。また、認知機能の低下に対しての早期対応については、事例がない。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント>生活情報表と24時間シートを基にアセスメントを実施している。状態変化等についてはシートに追記し、プラン見直し時に取りまとめている。しかし、24時間シートは、認知症ケアに特化し項目が少ないため、課題分析が十分行えているとは言えない。認知症実践者研修に毎年職員が参加しており、参加職員が伝達研修を行っている。BPSD に関して、多職種で分析が出来ていない。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b
<p><コメント>救急搬送マニュアル・オンコールマニュアル等が整備されている。毎年緊急時の対応について、マニュアルを基に研修を行っている。不参加の職員に対しても資料配布し、報告書で周知出来ているか確認している。薬の保管方法については、医療安全管理指針で定められ、投薬マニュアルにて服用までの介助方法が示されている。しかし、高齢者の体調変化や薬に関する職員研修が実施できていない。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
<p><コメント>看取り介護指針と規定の中で、看取り介護についての具体的なケア方法・緊急連絡網・死亡後のケア等について定められている。看取りケアについては、毎年研修を実施している。決められた手順に沿って、医師の診断の基にプラン作成、実施、評価が行われている。看取り介護指針については、入所時に説明し同意を得ている。看取り後は、振り返りの会(看取りカンファレンス)を実施している。話し合いを通じて職員の精神的なケアにもなっている。</p>		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A ⑲	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b
<p><コメント>利用者の家族に対して、体調変化・要望・事故等を随時報告している。定期的な情報提供は取り決めがない。報告は、面会時や電話、広報誌で行われている。行事予定については、施設内掲示物や行事によって葉書で通知している。サービス内容についての要望は、ケアプラン見直し時に確認しており、内容は支援経過記録に記載している。日常的な現場での報告事項については記録の確認が出来なかった。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A 20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	対象外
<コメント>(この評価項目は訪問介護が評価対象であり、特別養護老人ホームについては評価対象外である。)		