

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 あすか		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 中村盛高		定員（利用人数）： 70 名	
所在地：島田市中河町 326 番地の 1			
TEL：0547-33-2111		ホームページ： http://care-net.biz/22/asuka/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 2003年8月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 島田福祉の杜			
職員数	常勤職員： 51 名	非常勤職員	15 名
専門職員	（看護師）4名、（介護職員）30名	（医師）1名	
	（栄養士）1名、（生活相談員）1名	（看護師）1名	
	（介護支援専門員）2名	（介護職員）12名	
	（機能訓練指導員）1名		
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）	
	6ユニット70床	（特殊浴槽） 坐浴用：2 寝浴用：1	

③ 理念・基本方針

（理念）

共に感じ 生き甲斐をもって 共に生きる

（基本方針）

- 1) 常に利用者を中心とした介護に努めます！
- 2) 自立性の高い生活が営める介護に努めます！
- 3) 家庭の暖かさが感じられる介護を目指します！
- 4) 尊厳と生き甲斐を持って暮らせる介護を目指します！
- 5) 地域と一体となった施設運営に努めます！
- 6) 質の高い介護と施設健全運営の両立を目指します！

④ 施設・事業所の特徴的な取組

障害者を積極的に雇用するほか、地域の子どもたちに会議室を学習の場として提供するなど、地域と一体となった施設運営に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 7 月 11 日（契約日） ～ 平成 31 年 2 月 25 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 25 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 理念、基本方針は適切に明文化され、パンフレットやホームページ、事業報告書に掲載すると共に、朝礼時に理念を唱和するなど、利用者及び職員等に周知が図られている。
- ・ 毎月、各部署の代表者による責任者会議において、利用状況等を報告すると共に、入所待機者を確認するなど、事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析されている。
- ・ 各部署において、前年度の目標達成率を基に、次年度の重点目標を立てて事業計画を策定するほか、第三者評価を定期的に受審するなど、福祉サービスの質の向上を組織的に行われている。
- ・ 基本方針に期待される職員像を示し、人事考課、昇格制度を設け、職員の評価を組織的に行うと共に、事業計画に人材確保の考え方を示し、新規採用者に対して計画的な研修を行うなど、人材確保及び育成計画等、人事管理の体制が整備されている。
- ・ 決算報告を広報誌に掲載するほか、苦情に対する対応を事業報告書やホームページに掲載するなど、施設運営の透明性が確保されている。

◇改善を求められる点

- ・ 中・長期計画が策定されておらず、策定して利用者及び職員に周知すること望まれる。
- ・ 評価結果に基づき、組織として課題を明確にし、計画的な改善策の実施が望まれる。
- ・ 事務分掌が定められておらず、遵守すべき法令等が整理されていないなど、責任者の役割等を表明し、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組みが望まれる。
- ・ 職員ひとり一人の育成に向けた目標が設定されておらず、組織的な取組が望まれる。
- ・ 各種マニュアルや定め等が整備されているが、重要事項説明書等の記載内容との整合性など再度確認され、利用者への説明や情報提供に相違や漏れがないよう配慮されたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、2 回目の受審でしたが、前回の指摘された点を含め、新たに改善を指摘されたものも多くありました。中期計画の未策定、職員ひとり一人の育成に向けた目標の未設定、各マニュアルと重要事項説明書等との不整合などのご指摘をいただきました。これらの点については、今後の課題として、改善・努力して参りたいと考えております。

また、反面、人事考課・昇格制度、経営状況の会議への取り込みや重点目標の組み立てなど高評価をいただいた点もあり、方向性に間違いがないと意を強くした点も多くあります。

第三者評価の受審は、評価基準に沿い施設職員全員が取り組むことで、業務の振り

返りにもなり、地域・社会で必要とされるニーズや課題を認識する良い機会となったと思います。

今回の受審結果を新たなスタートとし、今後ご利用者の満足、介護の質の向上に向け、地域の中で、益々必要とされる施設となるよう研鑽を積んで行きたいと考えております。

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。	a
<コメント> 理念、基本方針は適切に明文化されており、パンフレット、ホームページ、事業報告書に掲載し、各部署の室内に掲示されている。また、毎週朝礼時には理念を唱和するなど、職員及び利用者への周知が図られている。	

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> 職員が市の福祉計画の策定委員になっており、策定の動向や内容を把握し、潜在的利用者に関するデータ収集・分析が行われ、毎月、各部署代表による責任者会議において、各月の利用状況及び経理状況を報告している。また、優先入所検討委員会で入所待機者を確認するなど、環境と経営状況を把握し、分析している。	
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。	b
<コメント> 職員の高齢化や用地の一部が借地であることなどの経営課題を明確にし、若年層の採用を進めるなど、取組を進めているが十分でない。	

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・長期計画が策定されておらず、ビジョンが明らかにされていない。		
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
<コメント> 単年度の事業計画は策定されているが、中・長期計画が策定されていない。		

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。	a
<コメント> 各部署において、前年度の目標達成率を基に、各部署の職員が関わって事業計画を組織的に策定している。また、施設内の研修において職員に周知し理解されている。		
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
<コメント> ホームページ及び広報誌に掲載されておらず、利用者等への周知が行われていない。		

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
<コメント> 各部署において、前年度の目標達成率を基に、次年度の重点目標を策定するなど、組織的に取組み、計画を立てて実施している。また、第三者評価を定期的に受審している。		
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。	c
<コメント> 前回の第三者評価結果における、改善が求められる点について、組織として取り組まれている。		

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	b

	解を図っている。	
<コメント> 施設長は事務分掌に自らの役割を定めていることを確認した。ユニット会議等において施設長の意見を述べているが、職員への周知について記録がなく十分でない。		
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。	b
<コメント> 施設長は、コンプライアンス、個人情報の漏えい等、会議を通じて遵守すべき法令等について、責任者・ユニット会議等において周知を図っている。しかし、遵守すべき法令等の綴りがなく、十分でない。		
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。	b
<コメント> 各部署の代表者による責任者会議に出席し、課題等の把握と改善に努めているが、具体的な取組みが十分ではない。		
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。	b
<コメント> 基本方針の一つである地域貢献を果たすため、障害者雇用を積極的に行うなど、経営の改善等に対する取組に指導力を発揮しているが、自らが活動への積極的な参画において十分ではない。		

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。	a
<コメント> 事業計画に人材確保の考え方を示している。また、新規採用者に対しては計画的に研修を実施するなど、十分な指導力を発揮している。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 基本方針に期待される職員像が示されており、人事考課、昇格制度を整備し、職員の評価に組織的に取組まれていることを確認した。また、処遇改善の必要性等を評価する仕組みがあり、職員の意向等に基づき、改善策を検討・実施していることを確認した。		
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組んでいる。	b
<コメント> 職員との面接を年に2回実施し、意向等を把握しているが、有給休暇の取得状況を見ると、		

全体的に少なく、バラツキがあるなど、改善への取組が十分ではない。		
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
<コメント> 職員一人ひとりの育成に向けた目標が設定されておらず、取り組まれていない。		
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。	b
<コメント> 教育研修委員会において、教育・研修に関する基本方針を検討し、事業計画に掲示されている。しかし、体系化されておらず十分ではない。		
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。	b
<コメント> 身体拘束廃止研修を受けた職員が施設内研修で報告するなど、評価している。しかし、職員別の研修履歴がなく、非常勤職員の参加が少ないなど、十分でない。		
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。	b
<コメント> 介護福祉士に対する研修生の受入れマニュアルを確認したが、社会福祉士に対しては、指定校のマニュアル使用しており、施設としてのマニュアルは整備されておらず、積極的な取組みには至っていない。		

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
<コメント> 施設の理念や基本方針等に加え、決算報告を広報誌に掲載している。また、苦情に対する対応を、事業報告書及びホームページに掲載するなど、運営の透明性を確保し、適切に行われている。		
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。	b
<コメント> 契約、経理に関する経理規定は定められ、税理士と契約して財務等に関するチェックが行われているが、事務分掌が定められておらず、十分ではない。		

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
＜コメント＞地域との関わりについては基本的な考え方が運営方針に明記され、各種の交流の機会を設け、買物や通院等は利用者の希望に応じている。		
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
＜コメント＞ボランティアに関するマニュアルに考え方や意義、受け入れ態勢、手順等が定められ取り組まれている。実習生の受け入れも積極的に行われているが、学校教育等に関する基本姿勢の明文化は不十分である。		
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
＜コメント＞関係機関等とは各種委員会や虐待防止及び障害者差別解消ネットワーク会議等に参加し、問題解決に協働して取り組んでいる。社会資源としての機関団体等の機能や連絡方法等を体系的に把握しているが、全体的なリスト等の作成はなく職員間での情報の共有化は十分ではない。		
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
＜コメント＞多目的室（週3回）の提供や会議室等の提供を行っている。災害時の福祉避難所の受け入れ等協力体制ができている。施設として持っている専門性を生かした地域住民等への講演会や研修の開催は十分ではない。		
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
＜コメント＞障害者の雇用拡大のための社会参加活動や近隣住民等を対象にした心身リフレッシュや子育て支援を目的とした活動等に取り組んでいるが、地域の具体的な福祉ニーズの把握についての工夫等は十分とはいえない。		

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
＜コメント＞利用者を尊重した福祉サービス提供について理念や運営方針に明示し、各種マニュアル等に反映されており、職員への共通理解を持つための取組みがされている。		
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。	a
＜コメント＞虐待防止マニュアルが整備され身体拘束・虐待防止推進委員会を設け職員への研修も含め取り組んでいる。プライバシー保護については、入浴等各種サービス提供マニュアルにプライバシー保護に関して利用者への配慮として具体的に明記しサービスが実施されている。		
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
＜コメント＞パンフレット等は写真・絵で誰にでもわかるようになっており、福祉施設の利用希望者に丁寧な説明を実施している。パンフレットや広報誌を作成し公共施設等に配置し、ホームページも随時リニューアルし最新の情報を提供している。		
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
＜コメント＞利用者や家族等に対して、組織が定めた重要事項説明者等で説明し同意を得て契約書を締結している。説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。		
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。	a
＜コメント＞施設等変更や家庭への移行には、サービスの継続性を損なわないよう配慮し、組織の定めた情報提供表を用いて対応している。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
＜コメント＞利用者の満足に関しては、日常的に利用者とは接する中で把握し各利用者と協議し、各種委員会等で検討する仕組みはあるが、利用者の満足に関する調査や家族会等を開催する等満足向上を目的とした、より積極的な取組としては十分ではない。		

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。		
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
<コメント>苦情解決の仕組みはできている。苦情解決の仕組みをフローチャートした「苦情を処理するために講ずる措置の概要」のもと取り組んでおり、苦情解決状況も事業報告書に掲載されている。第三者委員について玄関掲示物には明記されているが、重要事項説明書やフローチャートには記載なく、第三者委員や苦情解決責任者の役割等が明確に示されておらず、利用者への周知も十分ではない。		
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
<コメント>相談は各ユニットごと介護職員が窓口となり、意見等は投書箱が設置されている。また、利用者や家族との話し合いや相談しやすいスペースが確保されてる。		
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
<コメント>相談等はひまわりシート(不適切ケア発見シート)を使用するなどしてユニット会議から責任者会議等へと組織的に対応しているが、相談や意見に関する手順や仕組みを明示したマニュアル等の整備は十分ではない。		
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。		
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
<コメント>「事故防止・感染管理の体制」が策定され、安全管理委員会を設置し、予防と発見の対応マニュアルが整備されている。事故報告書やヒヤリ届けの様式を定め事例に収集を行い再発防止策の検討や様式の見直し等を行うほか職員への教育研修を行っている。		
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
<コメント>感染症については、「感染症警戒レベル基準表」があり、「発生時の対応」と「看護や介護の提供と感染対策」として対応マニュアルが細かく示されており、体制を整備し取り組まれている。内容も見直しを行い改正している。		
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行っている。	a
<コメント>防災委員会を設置し、「あすか災害対策マニュアル」が策定され災害時の対応体制を整備している。安否確認方法、職員間の連絡方法、備蓄リスト、地域との連携等及び風水害も含めて細かくマニュアル化され、防災訓練も適切に実施している。		

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。	a
＜コメント＞標準的な実施方法は介護マニュアルに入浴、排せつ、体位交換、食事等各項目ごとに作成されており、各リーダーのもとに研修や指導が行われサービスが適切に提供されている。		
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
＜コメント＞サービス内容ごとに作成されている標準的な実施方法について、入浴・排泄等は介護技術向上委員会で、体位交換等は教育研修委員会、食事は給食委員会等でそれぞれ定期的に検証見直しを行う仕組みがあり、改正した年月日も明確に記載されており組織として適切に見直しを実施されている。		
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
＜コメント＞ケアマネジメントの手順や方法を定めたマニュアルがあり、アセスメント、担当者会議、説明等それぞれについて詳しく記載され組織としてサービス実施計画を策定のための体制は確立されており、適正に策定している。		
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
＜コメント＞福祉サービス実施計画の評価見直しについては、最低6か月ごとに定められた手順によって実施している。また、状態変化時、体調やADL低下、入退院後のプラン変更によりアセスメント、担当者会議、説明等対応の仕組みも整備し取り組んでいる。		
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
＜コメント＞サービスの実施状況は介護支援経過票等定められた様式に基づき記録され、職員間での申し送り等共有化が図られている。バイタルチェック表に看護師から夜勤者から等の申し送りの欄がある。		
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。	a
＜コメント＞利用者に関する記録等の情報の管理は、「あすか個人情報取扱マニュアル」として整備され、保管方法、廃棄、提供、漏えいに対する対処等細部にわたり定め職員等にも周知されている。個人情報帳票等の取扱いルールに管理者や保管方法等が明記され、情報の取扱いについて利用者や家族に説明している。		

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		
A①	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。	b
＜コメント＞現場が利用者の生活リズムを把握する目的で使用している 24 時間シートがある。シートを活用して計画書を作成する等の手順は定められていない。また、起床・就寝時間や更衣等のタイミングを個別に合わせて対応しているが、記録として確認する事が出来なかった。また、一部利用者については、希望に応じて社会参加に配慮した活動メニューがあるが、全ての人に対しての個別プログラムの実施が出来ていない。		
A②	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。	評価外
＜コメント＞		
A③	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。	評価外
＜コメント＞		
A④	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。	b
＜コメント＞アセスメントには、表情の変化や発語を通じて利用者の意向を確認した内容が記載されていた。アセスメントで得た情報は、計画書に反映されている。新人研修で接遇や言葉遣いについて教育を行っている。その他の職員については、研修資料を年 1 回配布している。利用者への個別対応は、時間をかけて取り組む事が十分できていない状況がある。		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	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。	a
＜コメント＞権利侵害の防止等について、利用者に対しての説明は行われていない。虐待防止委員会を今年度より、月 1 回開催している。ひまわりシート（不適切ケア発見シート）を実施、未然に防ぐ取り組みを行っている。身体拘束を実施する際の手続き等は定められている。年 1 回職員研修を実施。出席できない職員に対しては、資料を配布している。		

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		
A⑥	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
＜コメント＞施設内の清掃は、平日毎日行われている。室内は、空調管理されており、6月・11月に点検を行っている。廊下にはソファがあり、共同で利用できる談話室もある。居室にはタンスや装飾品等好みの物を持ち込む事が可能である。同室者等の組み合わせについても、利用者の意見を反映させながら対応している。利用者の認知機能に合わせて、表記などを工夫した事例もあったようだが、現在対象者はいない。		

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		
A⑦	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。	a
＜コメント＞事前情報を元に、入浴方法を決定している。安全・快適に入浴できる様、介護マニュアルを作成し、研修で指導を行っている。個別の対応については、利用者の状態に合わせた対応方法を計画書に示しており、実施されている。体調不良や拒否があり、入浴できない場合は、入浴日を変更する等柔軟な対応がなされている。入浴前には、バイタル測定を行い健康状態の把握を行っている。感染症等がある利用者に対しては、入浴順を配慮して実施している。		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
＜コメント＞排泄表にて、使用するオムツの種類、時間を記載しており、個別に合わせた対応がされている。羞恥心に配慮し、使用する物品はその都度準備している。「バイタル・食事・排泄表」で排泄状態を記録し、職員間で情報の共有している。異常がある場合は、看護師より指示がある。介護マニュアルには、利用者の自立に合わせた支援を行うよう示されているが、個別の計画書には反映されていない。		
A⑨	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。	b
＜コメント＞利用者の心身の状態に合わせ、福祉用具の選定を行っている。個人に合わせた用具の購入希望がある場合も対応を行っている。安全な移動介助を行う為の方法については、介護マニュアルを作成し、指導を行っている。利用者の状態が変化した場合は、担当者会議を開催し介助方法の見直しを行っている。ユニット外の移動については、利用者の状態や職員の配置により制約することもある。		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
＜コメント＞月1回の給食会議で、利用者のリクエスト食を検討。半年に1回程度、各ユニットの希望に応じた選択メニューを実施している。食事席については、利用者の関係性に配慮し、検討されている。安全衛生管理マニュアルに基づき、衛生管理が行われている。体調の		

変化により、食事形態の変更が必要な場合は、随時対応している。		
A11	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。	b
<コメント>アセスメントを行い、利用者に合わせて栄養計画書を作成している。利用者の心身の状態に合わせ、食事形態の見直し、福祉用具等の検討がなされている。食事・水分量を記録し、利用者の栄養状態に合わせて補助食品の導入が行われている。経口摂取への移行が可能な利用者に対しては、医師の指示の元、計画的に支援を行っている。誤嚥・窒息等の事故に対する対応は、マニュアル化していない。		
A12	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
<コメント>入所時や治療が必要な場合は、歯科医師の往診を受ける事が出来る。歯科医師が、週1回訪問しケアに関する助言を受けている。内容は、ユニット会議で報告され、情報共有されている。利用者に対して口腔ケアマネジメント計画が作成されており、月1回見直しを行っている。口腔ケアは、毎食後実施しているが、記録で確認できなかった。昼食前に嚥下体操を全体で実施している。個別でケアを行っている方は、個別機能訓練計画書に沿って支援している。口腔ケアの研修は行っていない。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<コメント>介護マニュアルの「体位交換」「安楽な姿勢」の中で褥瘡予防について示し、配布しているが周知徹底ができていない。褥瘡発生のリスクが高い利用者に対しては、計画書に基づき支援がされている。褥瘡ケアに関する最新情報については、ケアに取り入れられていない。栄養面から改善が必要な方に対しては、栄養士と共同して支援している。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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
<コメント>介護職員等による喀痰吸引の実施は行っていない。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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。	a
<コメント>利用者の状態に応じて、機能訓練計画書が作成されている。計画書の見直しは、3か月毎に実施されており、内容の変更についてはユニット会議で報告されている。訓練の実施については、機能訓練指導員が助言・指導を行っている。認知症の症状等に変化があった場合は、医師と連携を持ち早期に対応している。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<コメント>利用者が安心して落ち着いて過ごせるよう、その人に合った環境づくりを行ったり、言葉かけを行うなど認知症に配慮したケアを行っていることを、会議録で確認した。年1回グループホームと共同し、研修を行っているが出席できない職員に対しては資料の配布に留まっている。BPSD等の症状に対するケアは、医師や看護師と連携を持ちケア方法を検討している。認知症ケアに関してのマニュアルは作成していない。アセスメントの内容が認知症に特化した物ではなく、分析が十分でない。		

A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	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
＜コメント＞緊急時対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿った対応を行っている。マニュアルは、業務日誌にファイルした物が各ユニットに整備している。高齢者の健康管理や薬に関する研修は実施していない。利用者の健康状態については、バイタル表を活用して看護師と情報共有を行っている。介護マニュアルに沿って、指導を行っている。個別に対しての指導は、行っているが記録が確認できなかった。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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。	b
＜コメント＞ターミナルケアに関するマニュアルを作成中である。終末期に関する対応は、看取り指針に沿って行われている。利用者・家族の意向に基づき、同意書を取り交わしている。ターミナルケアに関する研修は、実施できていない。利用者を看取った後、職員間で振り返りアンケートを行い、ユニット間で共有している。職員の思いを共感できる場が、精神的なケアに繋がっている。		

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		
A⑲	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
＜コメント＞家族に対する定期的な報告は、施設サービス計画書の交付を行う際に行っている。その他、体調変化などがある場合は、随時報告を行っている。施設行事などの案内は、施設便りを通じて行っている。サービスに対する要望がある場合は、苦情受付書に記録し改善に向けた取り組みを行っている。家族への消耗品依頼に関してはフローチャート化できている。状態変化がある場合の対応報告については、マニュアル化されていない。		

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		
A⑳	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。	評価外
＜コメント＞		