

福祉サービス第三者評価
評価結果報告書
令和2年度

社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
ひらまの里(通所)

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

目次

サービス第三者評価結果報告書

◆福祉サービス第三者評価結果の概要

- ① 評価機関
- ② 施設・事業所情報
- ③ 理念・基本方針
- ④ 施設・事業所の特徴的な取組
- ⑤ 第三者評価受審状況
- ⑥ 総評
- ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント
- ⑧ 第三者評価結果

◆第三者評価結果(共通評価)(別紙1A)

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
- I-2 経営状況の把握
- I-3 事業計画の策定
- I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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
- II-2 福祉人材の確保・育成
- II-3 運営の透明性の確保
- II-4 地域との交流、地域貢献

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

- III-1 利用者本位の福祉サービス
- III-2 福祉サービスの質の確保

◆第三者評価結果(内容評価)(別紙2A)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

- A-1-(1) 生活支援の基本
- A-1-(2) 権利擁護

A-2 環境の整備

A-3 生活支援

- A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援
- A-3-(2) 食生活
- A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア
- A-3-(4) 介護職員用による喀痰吸引・経管栄養
- A-3-(5) 機能訓練・介護予防
- A-3-(6) 認知症ケア
- A-3-(7) 急変時の対応
- A-3-(8) 終末期の対応

A-4 家族との連携

- A-4-(1) 家族との連携

福祉サービス第三者評価結果 の概要

①第三者評価機関名

株式会社フィールズ

②施設・事業所情報

名称:	川崎市特別養護老人ホームひらまの里
種別:	通所介護
代表者氏名:	荒川 雄一
定員(利用人数):	定員35名 (利用者 25名)
所在地:	〒211-0012 川崎市中原区上平間611-1
TEL/FAX:	TEL : 044-544-3994 / FAX : 044-544-3961
ホームページ:	http://kfj.or.jp/
開設年月日:	1999年4月1日
経営法人・設置主体:	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団

職員数	常勤/非常勤	常勤:6名	非常勤:4名
	専門職員(名称)	介護福祉士:4名、初任者研修:2名 看護師:1名、准看護師:1名	

施設・設備の概要

居室数	2居室、食堂、レクレーション室
設備等	浴室(一般浴、中間浴)、車いす用トイレ、通信カラオケ

③理念・基本方針

- (1) 利用者の尊厳を大切にして、利用者一人ひとりが充実した1日を過ごせるようにします。
- (2) 職員の資質の向上を図り、専門性の高いサービスを提供します。
- (3) 地域に開かれた施設として、相談・サービス情報の提供・人的交流を通して、高齢者福祉ネットワーク作りを行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

ひらまの里通所介護では、本人のできることを主に自立度を評価するバーセルインデックスを用いた評価を毎月実施し、必要な支援、必要な機能訓練を明確にしています。

個々に合わせた機能訓練の実施により利用者の生活機能の自立度向上を図り、生活の質の向上を目指しています。

福祉教育にも積極的に取り組んでおり、大学・短大・専門学校等の実習生の受け入れの他、中学生の職場体験、高校生の福祉ボランティア等も受け入れています。近隣小学校に向けては認知症や福祉用具の操作といった高齢福祉に関する講演会を開催する等、高齢福祉について幅広い世代への周知に向けた取り組みも行っています。

また、BCPの策定にも積極的に取り組んでおり、災害時には一時避難場所での避難生活が困難な要介護者等に対しての二次避難場所としても指定されています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間

契約日:令和2年7月10日

訪問調査日:令和2年11月11日、18日

評価結果確定日:令和3年3月15日

受審回数(前回の時期)

初回(前回:平成 年度)

⑥総評

◇施設概要

川崎市特別養護老人ホームひらまの里は川崎市内に所在する1施設として、施設サービス・在宅サービス・相談支援の3つの機能を活かし、高齢者やその家族・支援者、その他地域を総合的に支援します。地域に住む全ての住民の方が安心して暮らすことができるよう、総合的かつ専門的に対応します。必要な支援は施設内にとどまらず、各関係機関と連携を図りながら多様化する課題に対応します。また、地域の福祉教育にも力を入れ、施設内外問わず自助互助の意識の構成を行い、施設職員の専門性と地域住民の活力を活かした地域に根ざした施設作りにより地域包括ケアシステムに貢献します。また、近隣小・中学校、高等学校の生徒の施設見学や職場体験・体験ボランティアを積極的に受け入れ、幅広い世代に高齢者福祉を身近に感じていただこうと思っています。デイサービスでの特徴的な取り組みとして、口腔機能維持と、動作評価表「バーセルインデックス」を用いた生活機能の評価をし、利用者個々に合わせた機能訓練を行い、定期的に評価することで生活の質の向上を目指しています。

◇特に評価の高い点

1) 機能評価・訓練と職員の意識向上

利用者の生活機能を「食事」「移乗」「整容」「トイレ動作」「移動」「入浴」「階段昇降」「更衣」「排尿」「排便」の10に分け、本人のできることを主に自立度を評価するバーセルインデックスを用いた評価を毎月実施し、必要な支援、必要な機能訓練を明確にしています。個々に合わせた機能訓練の実施により利用者の生活機能の自立度向上を図り、生活の質の向上を目指しています。訓練内容は運動器具の使用や利用者の希望する歩行訓練等の運動を取り入れ、目標を持ち楽しんで取り組める工夫をしています。生活機能については定期的な再評価を行い更なる向上を目指しています。

以前は画一的になりがちだったサービス内容がバーセルインデックスを取り入れたことにより、利用者の個別性に合わせた機能訓練やサービス利用中の対応が必要となり、その個別性に対応するために職員の知識・技術の向上に向けた意識も高まっています。職員の知識・技術の向上のための研修体制も整備されています。2018年の介護報酬改定において「ADL維持加算」という形で、介護度の悪化を防いだ成果に対して報酬が得られるようになり、サービスの向上に関わる加算取得にも取り組んでいます。

2) 地域との関わり、教育に向けた取り組み

地域の福祉ニーズや生活課題把握のために、行政の行う研修や地域会議、民生委員の連絡会や防災訓練の協力等を行っています。敬老週間等には近隣の保育園や小学校の児童の施設への訪問や、歌や楽器演奏、踊り等のボランティアの受け入れも行っています。福祉教育にも積極的に取り組んでおり、大学・短大・専門学校等の実習生の受け入れの他、中学生の職場体験、高校生の福祉ボランティア等も受け入れています。近隣小学校に向けては認知症や福祉用具の操作といった高齢福祉に関する講演会を開催する等、高齢福祉について幅広い世代への周知に向けた取り組みも行っています。

◇改善を求められる点

1) 実務に適用できるマニュアル・手順書の作成と周知

サービスの向上、統一した基本的支援に向けたマニュアルや手順書などを作成しています。職員は各会議で随時サービスの適正度を検討し、担当者が定期的に見直しを図って、向上に向けた取り組みを行っています。しかし、職員全員がマニュアルの重要性を理解し、十分に活用できるようになっていません。手順書やマニュアルの作成・評価・見直しの手順や期間、担当者役職名などの明確化が必要です。

事業所の理念や基本方針に基づいたサービス実施に役立て、職員の指導や基本への立ち返りのために、職員が実務に適用できるよう配慮したマニュアル・手順書の作成と周知が期待されます。

⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

事業者名： ひらまの里

自己評価実施にあたり、職員が一丸となって取り組んだことにより職員間の協調性が強くなり

チームワーク強化が図れました。

重点項目の一つとしているバーセルインデックスについて、評価をいただくことにより更に上を目指す

今後の原動力になりました。職員のモチベーションも上がりました。

客観的な視点による評価で、普段見えていなかった個所など多く気づきがあり、今後何をすべきなのか確認することが出来ました。

自己評価をしたことで普段何気なく行っている業務について一つ一つ確認することにより、どのような意味がありその効果がどうなのかなど、改めて気づかされることも多く、それらを再認識することにより、より良い支援に結び付くと感じました。

⑧第三者評価結果

(別紙1A)「第三者評価結果(共通評価基準)」、(別紙2A)「第三者評価結果(内容評価基準)」のとおり報告します。

公表については、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定める既定様式で公表します。

(別紙1A)

第三者評価結果（共通評価）

- * 全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。
- * 評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

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

I-1-1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

第三者評価結果

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
---	----------------------------------	---

【判断基準】

- a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
- b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。
- c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化や職員への周知がされていない。
 - ア 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体(パンフレット、ホームページ等)に記載されている。
 - イ 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。
 - ウ 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
 - エ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
 - オ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
 - カ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。

<コメント>

理念や基本方針は法人ホームページやパンフレット等に明記されています。職員に対しては入職時に配布される職員ハンドブックに明記され、新人研修で周知されます。その他職員会議等にて確認を行っています。理念や基本方針について、利用者や家族がわかりやすい資料を作成するなどの工夫はありません。利用者や家族に対してはパンフレットや毎月利用者・家族向けに送付するお便りの中で年に2回掲載して周知しています。

I-2 経営状況の把握

I-2-1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

第三者評価結果

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
---	------------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 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。
- b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。

c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。

- ア 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
- イ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。
- ウ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。
- エ 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。

<コメント>

毎月行われる運営会議で生活支援(入居)、在宅支援(通所介護、居宅介護支援等)各部署より提出される収支差額報告書等を経理規定、経理規定施行細則に基づきコスト分析を行い利用者数の推移等経営状況を把握・課題の分析をしています。分析の内容は各部署の職員会議で周知されています。年間通して把握した内容は事業報告書にも記載しています。川崎市策定の地域包括ケア中期計画を参考に地域のニーズや特徴を把握する努力をしています。

第三者評価結果

3 I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。

b

【判断基準】

- a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
- b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。
- c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。
 - ア 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。
 - イ 経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。
 - ウ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。
 - エ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

<コメント>

法人から提出される収支差額資料を施設内で毎月行われる運営会議にて分析し、経営状況の把握と課題の抽出を行っています。その内容を職員会議で検討し課題解決のための取り組み方法を検討し実施しています。年間を通しての利用率等は事業報告書に記載されています。経営課題である人材育成のための計画作成では、研修参加職員の人数把握はしていますが、事業計画に解決・改善に向けて具体的な取り組みが明確になっていません。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。

- ア 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。
- イ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
- ウ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

<コメント>

法人の理念や基本方針のもと、平成31年4月からの10年長期計画と同時期からの5年中期計画が法人により策定されています。施設の取り巻く環境の中での位置づけや役割、法人の理念や基本方針の実現に向けた具体的な内容となっています。中・長期計画の見直しは法人担当者が必要と判断した際に提案し法人にて検討する仕組みとなっています。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
- b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
- c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。
 - ア 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
 - イ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
 - ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
 - エ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

<コメント>

事業計画は法人の理念・基本方針を反映した施設としての方針を定め、前年度の課題等を踏まえた重点目標に向けた具体的な内容となっています。内容は利用者の在宅生活継続のための健康管理や機能の維持向上、地域とのつながり等の項目となっていますが、数値的に具体的な目標設定とはなっていません。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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。
- b) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
- c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。
 - ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。
 - イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。
 - ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。
 - エ 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。

- オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。

<コメント>
 法人の理念や基本方針実現のための中長期計画に基づいた事業計画について、各部署での目標、その中での職員の個人目標を設定しており、年度末に目標達成状況を確認し次年度の課題の提案をする仕組みとなっています。その課題や経営状況等を総合的に検討し事業計画の策定がおこなわれます。

第三者評価結果

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
---	-------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
- b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 事業計画を利用者等に周知していない。
 - ア 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。
 - イ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。
 - ウ 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。
 - エ 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。

<コメント>
 事業計画は施設玄関に掲示し訪問した家族等が閲覧できるようになっていますが利用者等への書面での配布は行っていません。家族会の開催はなく周知の機会はありません。施設見学の際には事業計画の説明も行いますが、利用者や家族に対しての説明は行っていません。

I-4 福祉サービスの質の向上へ組織的・計画的な取組

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。

第三者評価結果

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
---	----------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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ているが、十分に機能していない。
- c) 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ていない。
 - ア 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
 - イ 福祉サービスの内容について組織的に評価(C: Check)を行う体制が整備されている。
 - ウ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。
 - エ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。

<コメント>

事業計画に基づき職員個人の目標を設定し、ホーム長、主任と面談を行いその達成状況を確認しています。また、事業全体のサービスの質については毎月の職員会議の他、年に1回利用者・家族に対して満足度調査を行い、課題の把握や改善に向けた取り組みについて検討しています。毎年の情報公表調査や第三者評価の受審結果を確認することにより福祉サービスの質の向上につなげています。

第三者評価結果

9

I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。

a

【判断基準】

- a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
- b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
- c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。
 - ア 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。
 - イ 職員間で課題の共有化が図られている。
 - ウ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。
 - エ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
 - オ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

<コメント>

利用者・家族に対する満足度アンケートや第三者評価の受審結果を分析し、職員会議や経営会議等で課題を抽出し改善計画を行うこととしています。改善計画の実施状況も職員会議等で確認し内容を検討する仕組みとなっています。会議に出席できない職員や非常勤職員等に対しては結果を文書で回覧し意見の聞き取りも行っています。

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

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。
 - ア 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。
 - イ 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。

- ウ 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。
- エ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。

<コメント>
 法人の運営要綱や職員配置図、職務分担表に管理者の役割や責任について明記されています。管理者の役割と責任は年度初めにデイサービス会議でホーム長が表明していますが、組織内の広報誌等への掲載はありません。平常時、有事における管理者不在時の権限移譲の仕組みはありますが、職務分掌等の書類での明確化はありません。

第三者評価結果

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**

【判断基準】

- a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
 - ア 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。
 - イ 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。
 - ウ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。
 - エ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

<コメント>
 管理者は法人作成のコンプライアンスに関する取り扱い要綱の内容を理解し、関連法律に関する研修や川崎市が行う集団指導講習に出席し常に新しい情報を確認しています。コンプライアンスに関する取り扱い要綱は全職員にも配布しホーム長による内容説明や職員会議での読み合わせを行うなど周知と理解を促しています。環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行うことが課題となっています。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

第三者評価結果

12

II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。 **a**

【判断基準】

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。
 - ア 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。
 - イ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
 - ウ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

- エ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。
- オ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。

<コメント>

法人の理念・基本方針実現に向けた事業計画に沿い、チーム目標、個人目標を立て目標管理シートを作成します。目標達成状況を職員会議や面談により確認し、新たな課題の把握等に努めています。事業計画では内部・外部の研修について定めており、職員の技術や福祉サービスの質の向上を行っています。

第三者評価結果

13

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。

a

【判断基準】

- a) 管理者は、経営の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。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。
 - ア 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。
 - イ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。
 - ウ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。
 - エ 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

<コメント>

経営や事業の状況については四半期毎に開催される経営会議、毎月開催される運営会議等において分析しています。職員との面談にて個人の就業状況、職場内の状況について確認し、職場環境の整備や職員配置について検討しています。職員の業務を担当制とし、各職員に役割を持たせることで法人の理念・基本方針実現に向け意欲的に業務にあたることできるよう取り組んでいます。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。

第三者評価結果

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計画が確立し、取組が実施されている。

a

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
- b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な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るが、それにもとづいた取組が十分ではない。
- c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な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。
 - ア 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。
 - イ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格者）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。

- ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
- エ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。

<コメント>

法人は年間通して月毎に職員採用スケジュールを立て、介護職員や看護師、言語聴覚士等の採用を行っています。正職員は法人での面接・採用、非常勤職員は施設での面談の上法人が採用を決定しています。労働基準監督署が開催する就職相談会、フォーラム等に講師として参加し人材確保への取り組みを行っています。研修計画により内外部の研修参加をすすめ職員の育成も行っています。

第三者評価結果

15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

a

【判断基準】

- a) 総合的な人事管理を実施している。
- b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
- c) 総合的な人事管理を実施していない。
 - ア 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。
 - イ 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
 - ウ 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
 - エ 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。
 - オ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。
 - カ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。

<コメント>

期待する職員像については職員に配布される職員ハンドブックに明確化されている他、法人内研修にて周知しています。目標管理制度により具体的な将来の展望を検討する機会をもち、その際に職員の意向や意見も確認しています。人事基準については人事考課ガイドブックに詳細を明記し職員への周知をしています。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
- b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
- c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。
 - ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。

- イ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
- ウ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
- エ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
- オ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
- カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
- キ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
- ク 福祉人材の確保、定着の観点から組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

<コメント>
 就業状況、時間外労働、休暇の取得等については勤務表にてホーム長、主任が確認し把握しています。年1回健康診断、毎月衛生委員会による書類での健康状態の確認メンタルヘルスチェックを行い心身状況の把握をしています。検査結果は本人にのみ伝えられるため、日頃の就業時に気になる職員にはホーム長等が声をかけ状態確認、改善に向けての取組を行っています。必要があれば産業医に相談できる仕組みもあります。改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映することが課題となっています。

II-2-(3) 職員の質向上にけた体制が確立されている。

第三者評価結果

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。	a
----	------------------------------------	---

【判断基準】

- a)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。
- b)職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。
- c)職員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。
 - ア 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。
 - イ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
 - ウ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
 - エ 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。
 - オ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。

<コメント>
 期待する職員像については職員に配布される職員ハンドブックに明確化されている他、法人内研修にて周知しています。年2回ホーム長との面談を通して行う目標管理制度により職員個人の目標設定、職場内でのチーム目標を設定し、自己評価や職員会議を通して目標達成度の確認をしています。

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

【判断基準】

- a) 組織として職員の教育・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) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
- c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。
 - ア 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。
 - イ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
 - ウ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。
 - エ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
 - オ 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。

<コメント>

運営要綱、人事考課ガイドブックに必要な専門職等に明記されています。研修委員会の研修計画により階層別研修を実施し職員の資質向上を図り期待する職員像の実現に向けて取り組んでいます。研修に参加した職員は研修報告書を提出し、研修報告会を行う等参加できなかった職員の教育も行っています。

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

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
- b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
- c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。
 - ア 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。
 - イ 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。
 - ウ 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
 - エ 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。
 - オ 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。

<コメント>

職員名簿には取得資格を記載しています。階層別研修、職種別研修等を実施しています。また、外部研修の情報も周知し、必要と思われる職員への参加を促し技術や知識の習得により質の向上を図っています。研修参加のためシフトの調整等にも対応していますが、勤務の都合上外部研修への参加は多くありません。

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。

第三者評価結果

20

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。

a

【判断基準】

- a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
- b) 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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
- c) 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ておらず、教育・研修が行われていない。
 - ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。
 - イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。
 - ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
 - エ 指導者に対する研修を実施している。
 - オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

<コメント>

大学(教職課程)、看護学生、福祉系高校、新人消防署員等の実習受け入れを積極的に行っています。事前に受け入れる学校の指導者等とプログラムの相談を行いそれぞれに合った実習を行っています。実習期間中も指導者と連絡をとり状況確認等を行っています。指導にあたる職員は介護福祉士、社会福祉士指導のための研修等を受講しています。他にも高校生の福祉就労体験や中学生の福祉職場体験等も行っています。

II-3 運営の透明性の確保

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。

第三者評価結果

21

II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するため情報公開が行われている。

b

【判断基準】

- a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
- b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。
 - ア ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。
 - イ 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。
 - ウ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。
 - エ 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人(福祉施設・事業所)の存在意義や役割を明確にするように努めている。
 - オ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。

<コメント>

法人ホームページにて法人の理念、基本方針、事業計画、事業報告、収支予算、決算報告等を公表しています。地域に対してはポスターの掲示や講演会等の際に法人の理念、基本方針に基づいて実施している事業活動等について説明しています。苦情・相談の体制についてはホームページや介護情報サービスかながわ等に明記していますが、対応の状況の公表はありません。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。
 - ア 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。
 - イ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。
 - ウ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。
 - エ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

<コメント>

法人の経理規定・経理規定施行詳細に基づき毎月収支管理をしていますが、その責任者を定めた職務分掌等はありません。また、内部監査は実施していませんが、年に1回法人が契約している外部の会計事務所による外部監査を受け経営改善等について助言を受けています。また、予算や会計、事業の報告はホームページで公表しています。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
- b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。
 - ア 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。
 - イ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。
 - ウ 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。
 - エ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
 - オ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。

<コメント>

地域交流に関しては事業計画に明記されています。近隣の小学生徒、保育園児が敬老週間等に施設に訪問し歌や劇を披露、高齢者が外部と交流を持てる機会をもっています。施設での夏祭りや敬老行事については町内の掲示板にポスターを貼り近隣住民へ参加を呼び掛けています。施設の避難訓練の際も近隣のボランティアを募り協力を得ています。

第三者評価結果

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。

C

【判断基準】

- a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
- b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。
 - ア ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。
 - イ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。
 - ウ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している
 - エ ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。
 - オ 学校教育への協力を行っている。

<コメント>

ボランティアの受け入れは事業計画に明記されていますがマニュアル等明文化はされていません。受け入れにあたってはホーム長が面談やオリエンテーションを行い希望や適性を確認し内容を決めています。学校教育についても事業計画に明記され、資格取得のための実習の他、小中学校や高校の職場体験やボランティア体験の受け入れもしています。小学校には認知症や介護についての講演を行う等、高齢福祉の知識について周知しています。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を
- ア 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。
- イ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。
- ウ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。

- エ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
- オ 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。

<コメント>

当該地域の居宅介護支援事業所や配食サービス事業所、送迎事業所等のリストを作成、またはパンフレット等を備えています。必要な情報は朝礼や職員会議、書類の回覧等で周知しています。地域の通所介護における連絡会はありませんが、行政が開催する研修や地域会議には施設として参加しています。同施設内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携、サービス担当者会議等で問題を共有し解決に向けての取組を行っています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のため取組を行っている。

第三者評価結果

26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
----	----------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
 - b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
 - c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。
- ア 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。

<コメント>

行政が開催する地域課題の把握や取組みについての会議への出席や、民生委員の連絡会や食事会に職員が出席し地域の福祉ニーズや生活課題の把握を行っています。また、施設内の地域包括支援センターとも必要時には情報共有をしています。民生委員の連絡会においては施設職員が消費者詐欺についての寸劇を行う等の取組も行っています。

第三者評価結果

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。	a
----	-------------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
 - b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
 - c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
- ア 把握した地域ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。
 - イ 把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。
 - ウ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
 - エ 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや、専門的な情報を地域に還元する取組を積極的に行っている。
 - オ 地域の防災対策や、災害時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

<コメント>

施設職員が地域の小学校に出向き認知症や高齢者介護、施設の内容等についての講演を行う他、体験ボランティアの受け入れも積極的に行っています。地元企業の開催する祭りに参加し認知症の啓発等も行っています。施設の避難訓練にボランティアを募集をし施設の内容や避難時の支援の方法等を伝えています。施設は災害時の第二次避難場所に指定されています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
- b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
- c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。
 - ア 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
 - イ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
 - ウ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。
 - エ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
 - オ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。

<コメント>

法人の理念・基本方針、施設の運営方針に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示されています。法人作成のコンプライアンスに関する取り扱い要綱や職員の手引きを全職員に配布するとともに内部研修や職員会議等で周知を図っています。サービスの標準的な実施方法にも反映されており、利用者の尊厳と個別性を重視した内容となっています。法人内では毎年2回権利擁護に関する研修を行っています。

第三者評価結果

29

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。

a

【判断基準】

- a) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。
- b) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
- c) 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備していない。

- ア 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。
- イ 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
- エ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。
- オ 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。

<コメント>
 法人作成のコンプライアンスに関する取り扱いに関する要綱のなかでプライバシー保護について明記され、職員の新人研修や職員会議内においても周知されています。標準的なサービス実施内容にも反映され、入浴や排泄等の介護方法や環境等介護現場においても徹底されています。利用者や家族へは重要事項説明書や契約書にて説明し周知を図っています。ホームページ等への写真の掲載は書面で承諾を得ています。

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。

第三者評価結果

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
----	------------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
- b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
- c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。
 - ア 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。
 - イ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。
 - ウ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別にていねいな説明を実施している。
 - エ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
 - オ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。

<コメント>
 施設のサービス内容や施設・事業所の特性等はホームページに記載する他、パンフレットの配布、ハートページへの掲載により多くの人が確認できるようになっています。利用希望者に対しては、サービス内容を深く理解してもらうために体験利用を勧めています。見学も随時受け付けており、施設の案内やサービス内容・料金の説明を丁寧に行っています。

第三者評価結果

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。	b
----	------------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。
- b) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。

- ア サービスの開始及び変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。
- イ サービスの開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。
- ウ 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。
- エ サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。
- オ 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。

<コメント>
 サービスの開始前には利用者宅にて重要事項説明書、契約書を用いサービスの流れや料金等について利用者・家族に説明し書面で同意を得ています。サービス内容については介護支援専門員作成の居宅サービス計画書に基づき、利用者の意見を反映した通所介護計画書を作成し同意を得ています。意思決定が困難な利用者については家族を中心に説明していますがルール化には至っていません。

第三者評価結果

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
-------------------------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
 - b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
 - c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。
- ア 福祉サービス内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。
 - イ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。
 - ウ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。
 - エ 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。

<コメント>
 福祉サービス内容の変更については利用者・家族・介護支援専門員・利用している他事業所参加にてサービス担当者会議を開催し、従前の内容を踏まえさらに利用者の自立に向けた内容となるよう配慮しています。他事業所への意向についても介護支援専門員を通し情報の伝達を行っていますが、手順や文書は定めていません。利用終了後も担当者に相談できる旨を口頭で説明していますが、その内容を利用者や家族には文書等で説明はしていません。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

第三者評価結果

33

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
--------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
- b) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。

- c)利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。
 - ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
 - イ 利用者への個別の相談面談や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。
 - ウ 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。
 - エ 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。
 - オ 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。

<コメント>
 25項目にわたる利用者満足度アンケートを毎年実施しています。利用者会や家族会は設けておらず、家族からの連絡ノートや利用者から直接情報を収集しています。利用者の要望やアンケート結果は会議で検討し、可能な限り速やかに改善に取り組んだり、次期事業計画に取り入れる等しています。今回のアンケート結果より、お便りに基本方針を記載し周知を図ったり、余暇活動のゲームのリストを作成しています。個別に送迎サービスの対応方法を調整し個別のサービス計画書に追加し取り組んでいます。

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
- b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
- c) 苦情解決の仕組みが確立していない。
 - ア 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。
 - イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を保護者等に配布し説明している。
 - ウ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。
 - エ 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。
 - オ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
 - カ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。
 - キ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。

<コメント>
 法人は苦情解決・相談実施要綱を定め、苦情解決責任者(ホーム長)・苦情受け担当者(在宅支援係長)・第三者委員会の設置など記載しています。苦情・相談対応フローチャートを明示し苦情解決の体制を整備しています。利用者や家族には契約書と重要事項説明書で相談窓口・苦情対応を説明し同意を得ています。ご意見箱は無記名の用紙とともにエレベーター横に設置しています。今まで苦情解決の事例はないため、公表もしていませんが、公表についての明示はありません。相談内容は必要に応じて会議で検討し、改善に取り組んでいます。

35

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べ易いように環境を整備し、利用者等に周知している。

a

【判断基準】

- a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。
 - ア 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。
 - イ 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。
 - ウ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。

<コメント>

利用者や家族には契約書と重要事項説明書の中で相談について、複数の方法と迅速かつ適切に対応することを明記し説明しています。事業所内には苦情解決、介護支え合い相談、社協の専門相談などいろいろな相談窓口のチラシを掲示しています。また「人と人とで話し合い」のフレーズを貼り出し、話し合いの大切さを伝えています。相談を受ける時は、面接室や会議室を利用し、ゆっくりと落ち着いて対応するよう環境にも配慮しています。

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。

a

【判断基準】

- a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
- b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
- c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。
 - ア 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
 - イ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。
 - ウ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。
 - エ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。
 - オ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
 - カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

<コメント>

利用者に寄り添う姿勢を基本に声掛けに留意し、常に話せる環境と信頼関係を大切に心掛けています。「接遇マニュアル」には話し方のポイント、聞き方のポイント、言葉遣いの留意点など具体例を記載し、職員は勉強をしています。日々の連絡ノートでの相談にも迅速に対応するよう心掛けています。相談内容は個別のケース記録や申し送りノート、日誌などに記録し、内容に応じ居宅のケアマネジャーや看護師、医師など関係機関に相談・連携しています。入院中で今後の老人ホームなど入居相談や食事の相談など取り組んでいます。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のために組織的な取組が行われている。

第三者評価結果

37

Ⅲ-1-(5)-① 安心・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

【判断基準】

- a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
- b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
- c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。
 - ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。
 - イ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。
 - ウ 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。
 - エ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。
 - オ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
 - カ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。

<コメント>

法人にはコンプライアンス^委員会を設置しリスクマネジメント体制を行っています。事故防止委員会はホーム係長が主催し毎月開催しています。提出された事故報告書の事故の内容の再検証と対策案の再検討を行い、他部署での事故もデイサービスでも同様な事故が起こりうるとして情報を共有し再発防止を図っています。バーセルインデックス(基本的生活動作)で身体機能を評価し転倒等のリスクの予測に活用したり、危険予知訓練の研修を行う等事故防止に努めています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
- b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
- c) 感染症の予防策が講じられていない。
 - ア 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。
 - イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
 - ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。
 - エ 感染症の予防策が適切に講じられている。
 - オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
 - カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。

<コメント>
 感染症対策委員会を設置し感染症予防マニュアルの作成や、年4回、施設内部や外部の感染症の情報交換・収集に取り組み、職員に伝達・周知しています。今回の新型コロナウイルス感染症予防については利用者・家族・職員に対応方法など情報を通達し、職員にはガウンテクニックの勉強会を実施しています。食中毒やインフルエンザ、ノロウイルスが発症しやすい時期は感染源を持ち込まない・持ち出さないために対応の強化に十分配慮しています。ノロウイルスの発生時の実技研修や対应用具一式をバケツに保管し予防策を講じています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。
- b) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
 - ア 災害時の対応体制が決められている。
 - イ 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。
 - ウ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。
 - エ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。
 - オ 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。

<コメント>
 防災委員会を設置し、災害マニュアルに緊急時の役割と対応(統括責任者はホーム長)を明示し、職員の危機管理意識の醸成に努めています。消防訓練計画、避難確認表に基づき通報、誘導、安否確認などの訓練を地域住民も参加し実施しています。マニュアルの見直しも定期的に行っています。また防災機器事業所による消火器や避難袋を使用し訓練も行っています。台風時ホーム長は川の水位を確かめるなど水害の防止にも取り組んでいます。法人でBCPガイドラインを作成し福祉サービスの継続を図る対策を講じると共に防災委員会で備蓄品の管理をしています。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
- b) 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ているが、それにもとづいた福祉サービス提供の実施が十分ではない。
- c) 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ていない。
 - ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。
 - イ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。

- ウ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
- エ 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。

<コメント>

排泄・移動介助・食事・口腔ケア・入浴・認知症・接遇など各マニュアルを作成し、職員が適切なサービスの実施ができるように努めています。各マニュアルには利用者のプライバシーや利用者の尊重に関わる内容が明示されています。職員規範には利用者の尊厳・信条・倫理などを明記し、職員会議の中で利用者のケアが規範に基づき実施できているかも検討しています。職員は排泄・口腔ケア・認知症・個人情報保護・人権等の研修を受講すると共に各自目標管理シートでサービスの実施について振り返りを行い、次の目標設定にも活かしています。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
- c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
 - ア 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。
 - イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。
 - ウ 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。
 - エ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

<コメント>

各種マニュアルは、サービス内容に変化が生じた際はマニュアルに付け加え、主任が年1回見直し改訂をしています。職員は目標管理シートや声掛けチェックシートなどで自己のサービスの実施方法について振り返りを行っています。ホーム長や主任は職員の不適切なサービスの実施場面が見られた時は、その場で指摘したり、個人面談で話し方指導をしています。検証や見直しが組織的に定められている書面等はありません。今後組織的な検証・見直し方法の明文化が期待されます。

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。
 - ア 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。
 - イ アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。
 - ウ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。

- エ 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
- オ 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（職種によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
- カ 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。
- キ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。

<コメント>

デイサービス生活相談員(主任)は、利用開始時に、「利用者基本情報」を用い身体状況・医療関連・今までの生活・本人と家族の主訴や意向を聞き取っています。「生活状況を把握するためのアセスメントシート」で運動・移動、日常生活・家庭生活、社会参加・対人関係・コミュニケーション、健康管理などをアセスメントしています。アセスメントは主任のみならず他の複数の職員とで確認すると共に関係機関の情報も活用しています。通所介護計画書を作成し、サービスを提供しています。サービス実施状況は毎月確認し、居宅介護支援事業所等と共有しています。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
- b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
- c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
 - ア 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
 - イ 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。
 - ウ 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。
 - エ 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。

<コメント>

通所介護計画書の作成を行っていますが見直しの手順等は定めていません。相談員が6ヶ月毎に他職員や利用者、家族の意見を聞き、通所介護計画書③でサービス内容、具体的対応・留意点の評価・変更など見直しています。定期的、また大きな変化が見られた時は利用者、家族、相談員、介護支援専門員、関係機関担当者が参加するサービス担当者会議で見直しを図っています。計画書は居宅サービス計画書に沿ってサービスの質の向上の課題を明示しています。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。

c)利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。

- ア 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。
- イ サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。
- ウ 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。
- エ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
- オ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。
- カ パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。

<コメント>
 利用者の身体状況や生活状況は「利用者基本情報」に記録し把握しています。日々の実施状況はパソコン内の個別の支援記録で管理しています。毎月開催する職員会議で利用者の状況を検討し情報の共有を図っています。パソコンは別室で管理しているためパソコン内の情報は、デイサービス実施時間職員は見られない状況です。重要な事項は連絡ノートに記載し、朝、昼の申し送りにて口頭で確認をし共有を図っています。

第三者評価結果

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
-----------------------------------------	----------

【判断基準】

- a)利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
- b)利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
- c)利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
 - ア 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。
 - イ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。
 - ウ 記録管理の責任者が設置されている。
 - エ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。
 - オ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
 - カ 個人情報の取扱いについて、保護者等に説明している。

<コメント>
 記録の保存期間と閲覧は契約書に記載し利用者・家族に説明しています。個人情報保護要綱には、情報の利用目的と制限、責務など不正な漏えいの対策が規定されています。記録の管理責任者はホーム長で、パソコンはパスワードを設定し、記録書類は鍵の掛かる書庫に保管し適切に管理しています。行政の手続きなど社外へ情報等を持ち出すときは、必要最低限の情報とし「持ち出しチェック表」で管理しています。職員は個人情報保護の研修受講や守秘義務の誓約を交わしています。家族には契約書で秘密保持、重要事項説明書で個人情報の保護を説明し同意を得ています。

(別紙2A)

第三者評価結果(内容評価)

- * 全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。
- * 評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

		第三者評価結果
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。	a

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 - イ 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。
 - ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。
 - エ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。
 - オ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。
 - カ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。
 - キ (特養) 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。
 - ク (特養) 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。

<コメント>
 利用者の心身の状況や意向は利用開始時に基本情報として把握しています。利用者満足度調査を年1回実施し、支援内容の改善を図っています。入浴時はご自分で出来る部分の洗身や排泄時はズボンの上げ下げをしていただくなど自立支援をしています。利用者は自ら歩行やカラオケ、将棋、囲碁などの希望する活動を選び参加しています。レクリエーション活動は週ごとに内容を変えたり、パズルを定期購入するなど退屈の無い活動内容の工夫をしています。
 お茶会・ミニ運動会、敬老会、忘年会、節分など行事や季節に応じた作品作りなど季節感を取り入れています。ベッドを4台用意し、身体状況に応じ休息の場の提供や生活リズムの維持を図っています。個別に地域の活動(ミニデイ)に参加したり、食事時はテーブル拭きやおしぼりたたみなど役割を持って行うなど一人ひとりに応じて一日を過ごせるよう支援しています。

		第三者評価結果
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。	

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。

c) 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ない。

- ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
- イ 日々の支援において利用者の自立に配慮するとともに、利用者の自立への動機づけを行っている。
- ウ 自立した生活が営めるよう、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、居室等に配慮し支援を行っている。
- エ 鍵を預かる場合や買い物代行などで金品を預かる場合のルールが決まっており、適正に取り扱っている。
- オ 必要に応じて、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげている。
- カ 安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>
通所のため評価外

A3

	第三者評価結果
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。	

【判断基準】

- a) 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。
- b) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っていない。
 - ア 生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 - イ 日々の相談・支援において利用者の自立に配慮して支援を行うとともに、自立や社会参加の支援を行っている。
 - ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加等に配慮したプログラムや支援が実施されている。
 - エ 精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者などの利用者については、一人ひとりに配慮した支援を行っている。
 - オ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。
 - カ 介護が必要になった利用者には、必要に応じて介護保険サービス等を利用できるように支援している。
 - キ （養護）地域移行が可能な利用者については、地域生活移行に取組むとともに、地域生活移行後の継続的な個別支援を行っている。

<コメント>
通所のため評価外

A4

	第三者評価結果
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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

- ア 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。
- イ 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。
- ウ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。
- エ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。
- オ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。
- カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者が話したいことを話せる機会をつくらせている。
- キ (特養、通所介護、養護、軽費) 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらっているようにしている。

<コメント>

利用者の生活歴や家族、職員からの情報などから、個々の興味のあることを把握し、話題作りをし、コミュニケーションを図り、要望や希望、活動内容を聞き取り支援に生かすよう取り組んでいます。職員は接遇マニュアルで話し方のポイントや聞き方のポイント、言葉遣いの留意点など学び、実施に取り組み、会議等で支援の見直しを図っています。また虐待の芽チェックリストで言葉遣いの自己振り返りをし、改善を図っています。職員は利用者個別に応じた声のかけ方やタイミング、筆談等コミュニケーション方法により傾聴し、利用者の気持ちを引き出すなど楽しく一日を過ごせるように配慮しています。どの職員も同じ対応ができるよう職員での情報共有を図っています。

A-1-(2) 権利擁護

第三者評価結果

A5

A-1-(2)-② 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

【判断基準】

- a) 権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。
- b) -
- c) 権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。
 - ア 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。
 - イ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。
 - ウ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法を明確に定め、職員に徹底している。
 - エ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順を明確にしている。
 - オ 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。
 - カ 権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。

<コメント>

利用者や家族には、契約時に苦情解決制度、個人情報保護、身体拘束禁止などについて説明しています。苦情相談窓口対応者や他の相談窓口を具体的に記載し、説明しています。個人情報の取り扱い、具体的な利用目的を説明し同意を得ています。身体拘束の車いすベルトの装着とリスクを説明し、やむ終えず拘束をする時の手順、行政の報告など周知を図っています。職員には身体拘束マニュアルに基づき指導し、定期的に虐待の芽チェックリストを実施しています。会議で権利侵害について話し合い、職員同士が注意を呼びかけています。身体拘束適正委員会を定期的に開催し、現状の確認と報告、痣の発見につとめ、早期発見、防止対策など検討しています。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

第三者評価結果

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。	b
----	-------------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。
 - ア 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気 が保たれている。
 - イ 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。
 - ウ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。
 - エ (特養、養護、軽費) 利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援をしている。
 - オ (通所介護) 休息に適した環境づくりを行っている。

<コメント>

デイルームの活動の場やトイレ、手すりなどは専門業者が毎日清掃し、職員はその都度汚れやゴミに気を付け清掃・清潔に配慮しています。休息用ベッドのシーツと枕カバーは毎回交換し、掛布団は週1回乾燥機にかけています。職員はエアコンや加湿器で室内の適正な温度や湿度の管理をしています。温度は個人に応じ衣類調整をして頂いています。

部屋の活動状況に応じ、照明を調整し、目に負担がかからないように配慮しています。部屋は広いスペースを確保し、ソファや椅子、ベッド、運動器具などを設置し、利用者が好きな場所で活動したり、静養したりと思いの時間を過ごせるよう配慮しています。利用者アンケートの内容から、浴室内のカーテンを区切ることで暗くなると指摘があったため照明をつけるなど改善を図っています。乾燥時期に感染予防を図れるよう湿度管理の方法の検討が期待されます。

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

第三者評価結果

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
----	-------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 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) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。
- c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。
 - ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援(入浴介助、清拭、見守り、声かけ等)を行っている。
 - イ 安全・快適に入浴するための取組を行っている。
 - ウ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情(羞恥心)に配慮している。
 - エ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。
 - オ 入浴方法について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。

- カ 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。
- キ (特養、通所介護、養護、軽費) 心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。
- ク (特養、通所介護) 利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。
- ケ (養護、軽費) 利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。
- コ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。
- サ (特養、養護、軽費) 利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
- シ (特養、養護、軽費) 利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
- ス (通所介護、訪問介護) 家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

利用者の希望や心身の状況に応じ自立浴槽と機械浴槽の2ヶ所の浴室を設けています。各浴室は広く、必要に応じカーテンで仕切りプライバシーに配慮しています。入浴の利用回数は制限を設けず、必要に応じ毎日利用することも可能です。入浴前は連絡帳の体調確認と看護師のバイタルチェックを行い、入浴が難しいと判断された際には清拭や足浴など入浴方法を変更し保清を支援しています。浴室内外の移動や入浴中、衣類の着脱時は職員を1名配置し、危険時に直ぐに対応できる距離で見守りを行っています。

ぬるめ・熱めなど好みの湯温者同士や午後一番風呂の希望、感染症者など、意向や状態に応じ入浴順に配慮しています。柚子湯や菖蒲湯、温泉週間を設け、リラックスして楽しめる入浴を提供しています。温泉週間では、紅葉の装飾や各温泉地の入浴剤を入れるなど秋の温泉気分を味わいただき人気を評しています。入浴時の痣や皮膚状態の観察をし、家族や介護支援専門員に連絡しています。

第三者評価結果

A8

<p>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。</p>	<p>a</p>
-----------------------------------------------------	-----------------

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。
 - イ 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。
 - ウ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。
 - エ 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。
 - オ 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。
 - カ 排せつの自立のための働きかけをしている。
 - キ 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。
 - ク 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
 - ケ (特養、通所介護) 尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。
 - コ (通所介護、訪問介護) 家庭での排せつについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>
 排泄時は利用者自力での下衣の上げ下げや拭き取りなど残存機能により支援方法を検討したり、排泄意低下のある利用者に対しては排泄パターンの把握によりトイレでの排泄が可能となるよう支援しています。立位困難な利用者についても排泄意があれば、二人介助でトイレ排泄するなど安全で快適な自立排泄に取り組んでいます。
 失禁時は羞恥心や周囲に配慮した声かけを行い対応しています。早めのトイレ誘導や同性介助、ドアを閉めて外からの見守りなどにも留意しています。排尿間隔や排尿・排便状態を記録し、家族や介護支援専門員に状況を報告し、健康管理のための連携を図っています。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 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) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。
- c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。
 - ア 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。
 - イ 移動の自立に向けた働きかけをしている。
 - ウ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。
 - エ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。
 - オ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
 - カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者が移動しやすい環境を整えている。
 - キ (特養、通所介護、養護、軽費) 移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。
 - ク (通所介護) 送迎サービスでは、利用者の希望、心身の負担や乗降時・移動中の安全に配慮し実施されている。
 - ケ (通所介護、訪問介護) 家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>
 在宅生活の継続をめざすため自力移動に向けた見守りや手引き歩行など支援をしています。利用者その日の状態に応じシルバーカーや車いすの使用を提案し、必要に応じて家族や介護支援専門員に報告しています。室内は、物を置かず広いスペースやすれ違い空間の確保を図り、手すりやソファの設置により安全な自己移乗の環境に配慮しています。
 平行棒や運動器具を設置し、筋力の維持に努めています。廊下に東海道53次や富士山の登頂などの距離を可視化できるよう図や距離を掲示し、利用者個人が設定した目標に向けて楽しみながら歩行訓練できる工夫をしています。送迎サービスは3台のバスで30分を目安に送迎をしています。希望や心身の状況に応じ、コースの変更や乗車順の変更にも配慮しています。車内には携帯電話や雨具の用意やシートベルトの着用、緊急時対応用品などを準備し安全な送迎を図っています。

A-3-(2) 食生活

第三者評価結果

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
-----	----------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。
- b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。
- c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。
 - ア 食事をおいしく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。
 - イ (特養、通所介護、養護、軽費) 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。
 - ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。
 - エ (特養、養護、軽費) 食事を選択できるよう工夫している。
 - オ (訪問介護) 訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。
 - カ (訪問介護) 利用者の意向を確認し、調理している。
 - キ (訪問介護、軽費) 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。

<コメント>

管理栄養士が栄養バランスに配慮し、バラエティーに富んだ献立や季節を味わう行事食等のメニューを作成しています。嗜好調査による嗜好に合わせ一部変更のメニュー(副食の肉・魚など)など楽しく、美味しく食べられるように工夫し提供しています。食事席を気の合う方同士、食べ方の速度(早食い、遅食い)や介助の必要度などに合わせ配置するよう配慮しています。食事が適温で提供できるよう、配膳した利用者から個々に召し上がり、十分食事時間を設けています。

職員が下膳する際には声をかけ、動作が危険なく可能な利用者は自分で厨房まで下膳されています。体調不良等静養している方の食事は、衛生面に配慮して一時間の取り置きをしています。栄養士・調理師は衛生管理マニュアルに基づき管理体制を適切に実施し、食中毒予防の手紙を利用者に配布しています。コロナ禍ではテーブルの消毒、手洗いの励行、隣人同士食席を広くするなど、衛生面の強化をしています。

第三者評価結果

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。	a
-----	------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ア 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。
 - イ 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。
 - ウ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。
 - エ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。
 - オ 誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。
 - カ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。

- キ (特養、通所介護、訪問介護) 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。
- ク (特養) 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。
- ケ (訪問介護、通所介護) 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。
- コ (訪問介護) サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。

<コメント>

食事形態は利用者の咀嚼、嚥下能力に応じ主食は米飯・軟飯・粥・ソフト食、副食は常菜・軟菜・刻み・ペーストで提供しています。必要に応じその場でカットして提供しています。視力に応じ、茶碗の色を変更したり、麻痺等の利用者には滑り止めマットや自助具を活用するなど自力で食べやすいように工夫しています。無理強いせず、利用者個々の食事ペースで召し上がっていただき誤嚥防止に配慮し、食事量など記録しています。

嚥下機能向上のため食事前の口腔体操や歌うなど経口摂取が継続するよう取り組んでいます。万が一誤嚥をした場合に備え吸引機をすぐに活用できるように設置しています。新入職員は食事介助マニュアルに基づいて安全な食事介助の指導を受けています。食事に関し気になる事(食事形態・量など)は家族に状況を報告し相談をしています。

第三者評価結果

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
----------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。
- b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。
 - ア 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。
 - イ 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。
 - ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。
 - エ (特養、通所介護) 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。
 - オ (特養、通所介護) 口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。
 - カ (特養) 食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。
 - キ (通所介護) 食後に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内チェックを行っている。
 - ク (訪問介護、養護、軽費) 食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。
 - ケ (訪問介護、養護、軽費) 口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。
 - コ (通所介護、訪問介護) 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

活動プログラムに早口言葉、発声、映像を用いた口腔体操など取り入れ、利用者が主体的に口腔機能維持に取り組める工夫をしています。難聴の利用者には口腔体操のプリントやホワイトボードに掲示し、取り組めるよう工夫しています。口腔ケアの希望者には、年1回無料訪問歯科による歯科検診を実施し、家族に報告し治療へと繋げています。職員は歯科衛生士による歯磨き指導を受け、理解を得られた利用者の食後の口腔ケアを実施しています。

利用者がいつまでも食事が安全に美味しく口から摂れるような、支援の向上につながる研修などの取り組みが期待されます。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

第三者評価結果

A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
-----	-----------------------------	----------

【判断基準】

- a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。
- b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。
- c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。
 - ア 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。
 - イ 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。
 - ウ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取り組んでいる。
 - エ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。
 - オ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日頃のケアに取り入れている。
 - カ (特養) 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。
 - キ (通所介護、訪問介護) 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門審等に報告・連絡している。

<コメント>

看護師を中心に褥瘡の予防やケアを実施する取り組みが行われています。入浴時は皮膚の観察をし、状態を家族や介護支援専門員に報告し、受診、治療に繋げています。褥瘡のある利用者は、利用時看護師により利用者が持参した塗布薬で処置をしています。

職員、看護師、機能訓練指導員と連携し、利用中の車いす上でのクッションの使用や臥床時間の確保、ベッドでの体位変換、安楽な姿勢保持体勢など取り組み、褥瘡発生の予防や悪化防止を図っています。必要時は家族や介護支援専門員と連携し自宅からのクッション等の持ち込みや在宅での褥瘡予防の姿勢保持の対応や受診治療などを提案しています。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

第三者評価結果

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。	b
-----	-----------------------------------------------------	----------

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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と取組が、十分ではない。
- c) 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が確立していない。
 - ア 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方(方針)と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。
 - イ 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。
 - ウ 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。
 - エ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。
 - オ 介護職員の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。

<コメント>
 看護師や喀痰吸引認定職員を配置し体制の整備をしています。現在該当する喀痰吸引・経管栄養を必要とする利用者はいませんので、実施していません。研修や看護師の指導なども実施していません。

A-3-(5) 機能訓練・介護予防

		第三者評価結果
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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。
 - ア 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。
 - イ 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。
 - ウ (特養、通所介護、訪問介護) 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。
 - エ (特養、通所介護、養護、軽費) 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。
 - オ (特養、養護、軽費) 判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。
 - カ (通所介護、訪問介護) 認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。
 - キ (訪問介護) 自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>
 利用者の身体機能に応じ、維持が図れるように平行棒やペダル漕ぎ機器、階段昇降用足台運動機器など設置し、主体的に運動や訓練を実施しています。機能訓練指導員は担当者会議で在宅の訪問リハビリの指示と連携し、利用時のプログラムを組んで機能維持の継続を図れるよう実施と見直しを行っています。
 入浴、排泄、食事などの生活動作は、安全な環境で利用者の自力を見守り、できない部分のみ支援をしています。利用者がやる気を起こすような声掛けや努力や達成感が見えるように「達成カード」を作成しています。廊下には、富士登山頂上迄の合目数の表示や東海道53次の宿場を掲示し、歩行訓練での到達目標を掲示しています。バーセルインデックスで毎月基本生活動作を計測し、活動内容の検討に繋げています。

A-3-(6) 認知症ケア

		第三者評価結果
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a

【判断基準】

- a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。
- b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。

c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。

- ア 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。
- イ あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。
- ウ 行動・心理症状（B P S D）がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。
- エ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。
- オ （特養、通所介護、養護、軽費）認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。
- カ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。
- キ （特養、通所介護、養護、軽費）医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状（B P S D）について分析を行い、支援内容を検討している。
- ク （通所介護、訪問介護）サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- ケ （通所介護、訪問介護）家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- コ （通所介護、訪問介護）認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

利用開始時は「利用者基本情報」で今までの生活・現在の生活状況・身体状況と認知症症状などを確認しています。利用後は定期的にあセスメントシートで日常生活・社会参加・コミュニケーション・健康管理など認知症症状に対するアセスメントも行っています。「認知症対応マニュアル」を作成し、職員は利用者にもマンツーマンで寄り添い、また孤立しないように他者との橋渡しをしたり、音楽を流したり、手遊びや散歩、仕事の提供など、安心して落ちつけるよう支援をしています。

家族とは連絡帳で利用時のバイタル・活動内容・様子・連絡事項・家族からの連絡など情報を共有し、相談にも応じています。相談員は家族や介護支援専門員に認知症の状態に応じ、より適した他の介護サービスの利用や受診の提案をしています。

A-3-(7) 急変時の対応

第三者評価結果

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
-----	-------------------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 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) 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、取り組みを行っているが、十分ではない。
- c) 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ていない。
 - ア 利用者の体調の変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。
 - イ 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。
 - ウ 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。
 - エ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。

- オ 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
- カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。
- キ (通所介護) その日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、さらに利用開始時・終了時には必ず健康チェックを行っている。
- ク (通所介護) 異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。
- ケ (訪問介護) 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。

<コメント>

サービス開始時に看護師がバイタルチェック、体調の聞き取りなどを行い、状態が通常と異なる場合には家族に連絡し対応を相談・検討する方策を講じています。必要時には看護師が送迎に付き添うこともあります。看護師は入浴時の処置や爪切り、服薬管理(持参薬を預かり、チェック表で確認し、与薬時にチェックする)を行っています。

毎月体重測定をし、かかりつけ医からの体重のコントロールの連携を図っています。職員は利用者の個人ファイルに既往歴・病状・主治医連絡先・診察券のコピーを保管し、緊急時に対応できるように周知しています。病状に応じた症状や対応など一覧表にしてファイリングし、AEDの使い方や緊急時対応の研修は実施していますが、健康管理や服薬等の研修は実施していません。

A-3-(8) 終末期の対応

第三者評価結果

A18

<p>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。</p>	
-----------------------------------------------------------	--

【判断基準】

- a) 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) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。
 - ア 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。
 - イ 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。
 - ウ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。
 - エ 職員に対して、終末期ケアに関する研修を実施している。
 - オ 終末期ケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。
 - カ (特養、養護、軽費) 利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。

<コメント>

通所のため評価外

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家庭との連携

第三者評価結果

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。	a
-----	------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。
- b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。
 - ア 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。
 - イ 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。
 - ウ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。
 - エ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。
 - オ (特養、養護、軽費) 利用者 と 家族 が つな が り を も て る よ う、取組や工夫をしている。
 - カ (通所介護、訪問介護) 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。
 - キ (通所介護、訪問介護) 家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。
 - ク (通所介護、訪問介護) 家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

<コメント>

職員は利用時に連絡帳をチェックし家族と情報の共有を図っています。連絡帳には、家族からの連絡欄を設け相談や要望等にも応じています。緊急性のある内容や重要な事は、電話や送迎時に直接報告・相談・確認をし、記録をしています。毎月たよりを発行し活動や行事などの報告をしています。送迎時間は就労家族や用事等で帰宅が遅くなるなど状況に応じ、送迎順を変更し家族と連携して安全を確保できるように対応しています。

毎月バーセルインデックスを実施し個別の状態を評価し、定期的、また必要に応じ通所介護計画書の評価・変更を行っています。家族にサービス内容の説明と同意により、介護支援専門員にも報告し、連携を図っています。地域でのイベントや利用可能な事業所、病院、相談窓口などのポスターを掲示し、利用者や家族に情報を提供しています。

A-5 サービスの提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

第三者評価結果

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。	
-----	-----------------------------------------	--

【判断基準】

- a) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っている。
- b) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っているが、十分ではない。
- c) 安定的で継続的なサービスの提供体制が整っていない。
 - ア 打ち合わせや会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底するための方策を講じている。

- イ 利用者の状況などの情報を共有するための仕組みがある。
- ウ 定期的にケアカンファレンスや研修を開催し、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を確保している。
- エ 訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡をしている。
- オ 利用者宅に初めて訪問する訪問介護員に変更になった場合には、サービス提供責任者が同行している。
- カ 必要に応じ、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。

<コメント>

通所のため評価外



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323