

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

| | |
|---------|------------------------|
| 名 称 | (株)第三者評価機構 静岡評価調査室 |
| 所 在 地 | 静岡市葵区材木町8番地1 柴山ビル 1F-A |
| 評価実施期間 | 平成29年11月1日～平成30年1月31日 |
| 評価調査者番号 | ① H16-a004 |
| | ② H20-b007 |
| | ③ H20-c002 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|------------------------------------|---|
| 事業所名称： (施設名) 養護老人ホーム平成の杜 | 種別：養護老人ホーム |
| 代表者氏名： 理事長 若林 完 (管理者) 施設長 若林久美子 | 開設年月日 平成23年 5月 1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 経営主体：社会福祉法人寿康会 | 定員 50名 (利用人数) 36人 |
| 所在地：〒410-1311 静岡県駿東郡小山町小山255-2 | |
| 連絡先電話番号： 0550-76-8000 | FAX番号 0550-76-6868 |
| ホームページアドレス | http://www.jukoukai-01.moon.bindcloud.jp |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 |
|---|---|
| 養護老人ホームにおける日常生活支援 (併設にデイサービス、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム) | 時節行事(初詣、節分豆まき、ひな祭り、七夕祭り、西瓜割、運動会、クリスマス会)、防災訓練等 ふれあいの日(月2回)、春の遠足、毎月のお誕生日会、クラブ活動(手芸、習字)、情操教室 |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| 1人部屋 38室 2人部屋 7室 | 調理室、食堂、浴室、洗濯室、汚物処理室、談話室、静養室、会議室、集会室、娯楽室、事務室、宿直室、医務室、相談室、支援員室、トイレ8 |

職員の配置

| 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
|-------|-----|------|-----|
| 施設長 | 1 | 准看護師 | 1 |
| 主任支援員 | 1 | 支援員 | 5 |
| 主任相談員 | 1 | 相談員 | 1 |
| 介護職員 | 5 | 宿直員 | 2 |

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

◎衛生管理に努め、清潔な環境体制をつくりだしている

- ・東部で最も歴史がある養護老人ホームであることから建物も老朽化していましたが、平成18年に小山町から寿康会が指定管理を受けたことから、現在の清潔で近代的な施設へと生まれ変わっています。
- ・玄関には手指消毒、靴裏用消毒スプレー、トイレ入口にも靴裏消毒、便座クリーナー、食堂入口にも電解水消毒、食卓上にも手指消毒が慣行されています。

◎オープンに受入れる一方で、リスク管理にも努めている

- ・他市町の養護老人ホームが受け入れがたいとする諸所課題をもつ人や医療が必要となる病院からの措置も受入れる一方で、(併設の特別養護老人ホームと併せ)看護師配置や宿直は必ず男性職員、相談員も男性と十分に配し、女性だけの夜勤勤務はさせないといったリスク管理に努めています。

◎地域の福祉向上において多面的に尽力している

- ・小山町とは災害時受入協定を結ぶほか、生活困窮世帯の子どもたちの学習支援をおこなう地域貢献事業にも一役買い、また配食サービスや入浴サービス(介護保険外:デイサービスが運営されていない年末年始等)は「困った」との声に速やかに応えたもので、他にも物品(ポータブルトイレ、車いす車輛、介護機材等)貸出しは開設以来続く地域貢献です。また職員も地域防災で車いす操作の指導をおこない、区長会議や移動美術館にスペースを提供する資源提供もあります。

◎利用者の「社会参加」「地域参加」を総合的に支援している

- ・医療と介護が必要となる人や触法高齢者も受入れ、内職支援、就労支援をおこなっています。評価調査訪問時にも利用者が「ああ、一人で大丈夫だから」と、意気揚々と出てゆく様子を視認しています。アニマルセラピーやインマヌエルへの就労支援、野木製作所の内職支援、併設の特別養護老人ホームと連携したレクリエーションや行事の充実、身体を動かしつつ関わりを増やす「ふれあいの日」の設定と、本人の有用感を高める取組みを実施しています。

◎職員を大切に作る風土からチームワーク力が培われている

- ・入職したその日から有給使用が可能となり、「最多は残り0日」と有給消化率も良好です。
- ・互助会親睦会は5人集まればどこでも企画でき、50%~の補助もあり、2年分貯めて沖縄まででかけたグループもあり、法人内の他サービス勤務の職員との誘い合いもあります。施設長は幾つものグループから誘われることから、上下の隔たりもないことも覗えます。
- ・健康増進を目的に昨年度からバトミントン等の運動部の活動も始まり、法人が体育館や道具購入を負担しています。
- ・処遇改善交付金の無いサービス種別なことから「法人内では公平となるように」と、法人持ち出しで職員に支給しています。

◆ 特に改善を求められる点

◎楽しい食事への環境づくりについて

- ・空間 — 現在の入所率が74%ということも関係していると思われませんが、食

堂に温かみが足りないように感じます。車いすの人も増えて通路確保も必要と思われるものの、対人関係をスムーズにする距離感や居心地の良さについて検討されることを期待します。

- ・ 献立 — 費用としては十分投入していますが、業者との交渉がうまく進まないことで利用者が満足する内容となっていない面も調査段階で確認しています。事業所としても以前から課題として挙げていることから、早期の解決を望みます。

◎マニュアルと教育研修の整備について

- ・ マニュアルの種類はほぼ揃い、事務所で一元管理されています。ただし、改訂日の記載がないものもあり、順次できたものからファイルに加えている点も気がりです。今後は「マニュアル一覧（目次）の作成」「各委員会などで該当するマニュアルを見直す役割を分担し、定期改訂をおこなう」ことを期待します。
- ・ 研修は職員から積極的に希望が入ることも多く、そこから事業所がパネラーとして招聘されることもあったこともあるほど、必要なものが実施できています。ただし、事業所が望む職員像から導かれた教育計画や個々のキャリア形成を考慮した取組み及びマネジメントサイクルに乗せる点については足りないため、今後の整備を期待します。

◎基本方針の見直し、中長期の計画策定、単年度の自己評価の実施

- ・ 中長期の経営計画は法人が総括して作成していますが、今後は本事業所単独のものがあると、なお良いと思います。
- ・ 第三者評価の受審は3度目なものの、単年度の自己評価は実施していません。年度毎に取組み、マネジメントサイクルに乗せていくことを期待します。
- ・ 理念浸透には尽力の跡が見られますが、基本方針はおざなりになっています。改めて作成する等、改善を求めます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受けたことで、できていることとできていないことがはっきりして、目標が定まりました。また、様々な日々の取組みが持つそれぞれの大切な意味を確認することができました。その意味を確認できたことにより、さらに改善する点がはっきりしたり、自信の無かったことに自信が持てるようになりました。評価者の方の的確なアドバイスをいただけるので、受審して本当に良かったです。

4 評価分類別評価内容

| | |
|-------------------------|--|
| 評価対象 I 1 理念・基本方針 | * 理念はパンフレット、広報誌にも掲載され、基本方針とともに施設内に掲示もある。理念は「時代に囚われず普遍的なもの」として見直しや改変をしたことはないものの、迷ったときに立ち返るものとして職員に浸透している。ただし、基本方針は掲示に留まっている。 * 毎朝理念唱和をおこない、新人研修会のほか年に1度は研修会で省みる機会をつくっている。利用者への周知もわかりやすく表現を変えて取組んでいる（例、「私たちは一つの家族です。思いやりをもって楽しく過ごしましょう」）。 |
|-------------------------|--|

| | |
|-------------------------------|---|
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 法人の3年～5年の計画はあるが（訪問調査時点の本種別では中長期計画は3年～10年が基準）10年はなく、入所率が上がらないことから用途変更を検討していることも重なり、事業所の計画は単年度のみである。収支計画も事業所単独のものはない。 * 年間事業計画は職員会議で精査され、結果の振り返りも実施されトラブル防止につなげている。また事業計画は職員には職種ごとにファイルされ、利用者には月次予定として掲示板に大きく貼りだして、日常会話に落とし込んでいる。 |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 有事における施設長の役割と責任もマニュアルに明記され、また会議運営や職員の自己評価（人事考課表）等を通じて、フォローアップの滲む言葉を届け、個々の意欲を引き出すよう指導していることは記録から確認された。 * 感染症対策、防災、事故防止、地域交流&行事等の委員会会議には施設長も必ず出席し、意見把握や情報提供、助言を通じて指導力を発揮している。 * 「職員負担を減らす」「楽しさを生み出す」ことに英断が多々みられ、特に「利用者の要介護認定を得て外部サービスを利用することで職員負担を軽減した」取組みは目を惹く。 * 遵守すべき法令等についてリスト化はしていないが、必要なマニュアルはすべて1つのファイルに入っており、施設長が法令遵守責任者として社会福祉法改正研修等にも出向いている。 |
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 法人では会計事務所、経営コンサルタントの指導を得て、当事業所も含む中長期計画を立てている。地域の社会福祉協議会会長らをメンバーとする法人監事が監査をおこない、事業所も年に1度受審している。 * 町から指定管理を受けた措置施設としてできることに制限はあるものの、町の担当者と協議したり、他の市町まで営業に出向いたり、また用途変更も視野にいれ、利用者確保に積極的に動いている。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 「キャリアパス要件及び階層別育成計画」の中に求める能力の記載があり、また評価票の点数に沿った職員像の明記はある。研修報告レポートに評価欄を設ける等、マネジメントサイクルに乗せた取組みがやや足りない。 * 勤務年数や取得資格等の基本情報を整備しており、それらのデータを基に施設長が人材に係る構想を練っている。ただし人材育成計画や、計画に基づいた人事管理はない。 * 職員個々の自己評価がおこなわれ、給与に反映する人事考課表がある。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 夜間の急変対応マニュアルが備わり、リスクが想定される利用者の居室付近や夜勤者の待機場所等に掲示する配慮がなされ、施設長も出席する事故防止委員会が機能している。 * ひやりはっと、事故報告は法人の基本理念が明示された報告書に綴られ、対策及び評価も記載のうえ全職員に回覧することで周知が図られている。 * 土砂災害危険区域となっていることもあり、独自の災害マニュアルを作成している。年間防災訓練計画は用品確認やビデオ学習、炊き出し訓練（芋煮会）も含まれた月次の訓練内容が定まり、自治体との連携もある。また法人全体で |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>はチェックインシステムの送受信訓練も実施している。今後は介護機器の定期点検もあると良い。</p> |
| 4 地域との交流と連携 | <ul style="list-style-type: none"> * 理念「開かれた施設～」を念頭に、また特別養護老人ホーム、デイサービスが併設されていることも力となり、外部講師やボランティアの来訪は年間44回（2017年実績）にも上っている。これだけ多くのボランティアを受けいれていることから、ボランティアの研修会等も実施されていくことを期待する。 * 小山町とは災害時受入協定を結ぶほか生活困窮世帯の子どもたちの学習支援をおこなう地域貢献事業にも一役買い、また区長会議や移動美術館にスペースを提供する等、地域防災で職員が車いす操作の指導をおこなう等、大小取り混ぜての交流、連携がある。 * 施設内に小山町から受託の地域包括支援センターが設置され、介護保険施設総合会議委員、有償運送委員等福祉分野の委員職に施設長が就いており、福祉ニーズの把握が堅固である。 |
| 評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス | <ul style="list-style-type: none"> * 「余暇活動ができていないのでは?」「措置費を定額でおこづかいでというのはいかがなものか?」といった具体的な検討が成されている処遇会議があり、処遇計画と個人面談が併せておこなわれている。 * 「入所者の意見などに関する対応マニュアル」をはじめ各種マニュアルが備わっている。相談員日誌からは利用者から忌憚ない意見が上がっていることが確認でき、また朝、昼、晩通して事務所前を通る度に「電子タバコに替えようと思うんだけど、どうかな」といった個別の四方山が入っている。 * 現状は職員のヒューマンスキルに依存している面があるため、今後は「第〇金曜日は相談日」とか決まった相談日や居室訪問があると良い。また苦情記入カードを配付したり、匿名アンケートを定期実施できたら、さらに良い。 * 相談員は向上心に長け、コミュニケーション能力研修にも自ら申請して出席しており、また聴覚に障がいのある利用者との会話をもつために事務所にはコミュニケーション支援ボードが用意されている。ただし、相談業務について客観的評価をおこなったことはない。 |
| 2 サービスの質の確保 | <ul style="list-style-type: none"> * 職員個人の自己評価はあるが事業所全体のものはなく、第三者評価の受審は3度目なもの、単年度の自己評価が実施できていない。ただし、計画書や推進書はないものの、前回受審における課題点（援助計画内容の策定、相談業務マニュアルの作成、娯楽性の創出）はすべて改善している。 * 自立支援計画書、実施計画、施設日課、サービス担当者会議（評価会議）には施設長、主任相談員、相談員、看護師主任支援員、支援員が一つとなって運営している記録がある。 * 医療と介護が必要となる人や触法高齢者も受入れ、内職支援、就労支援をおこなっている。 |
| 3 サービスの開始、 | <ul style="list-style-type: none"> * 入所のしおりはもともとあったが、「生活のしおり」として分かりやすく簡易版を作成中で、本年度末までに完成を予定している。 * 「働きやすい」職場環境から職員の積極的な動きが生まれ |

| | |
|---------------------------|--|
| <p>継続</p> | <p>ている。例えば「罪を犯した高齢・障害者の行方啓発研修」に相談員が出席したところ受入紹介となり、就労支援在宅復帰につながったプロセスを認められ、新聞掲載となった事例もある。相談員はその成果を以て次年度にはパネリストとなっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 内職ができることや図書館に行けることを利用者に周知し、本人の希望と能力に合わせて調整している。 * 施設変更や家庭への移行については、該当書面が十分でないので今後整備が求められる。 |
| <p>4 サービス実施計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 統一した書式でアセスメントを実施し、書面並びに電子管理されていて職員間の情報共有はあるが、その手順は規程などで定められてはいない。 * 自立支援計画が策定され、責任者を相談員として、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示しており、目標も症状の緩和など状態を確認しての段階的なものとなっていて、実現性が高いことがみてとれる。 |
| <p>評価対象Ⅳ 1 利用者の尊重</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 職員のストレスチェックをおこない、虐待防止のための研修も実施している。 * 身体拘束排除に係ることについては、現在対象となる症状や状態の人もないことから、研修会開催が滞っている。 * 成年後見制度は過去には利用した人がいるが、現在は必要とする人がいない。 * 面会には会議室、相談室、静養室とゆっくり個別で話せるスペースを確保しており、時間の制約も設けていないため、朝8：30頃訪れる面会者もある。 |
| <p>2 日常生活支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 入浴・清拭、排泄等生活援助は、併設の特別養護老人ホーム職員が指導するとともに、介護保険を利用して他サービスの提供も受けている。 * ウォームトイレ、ウォシュレット（一部）も配され、専任の清掃担当もいて尿はね等の汚染も比較的早めに清潔な状態とするため、臭いもない。 * 開設時より嗜好調査、給食会議に取り組んでいるが、業者との交渉がうまく進まず、献立は課題を残している。 * 歯科医の検診も半年に1度あり、通院が必要な場合は送迎をおこなっている。 * 利用者の整容はできていると視認したが、現在は職員の「気づき」任せの面が否めないため、月1度清潔チェックの日を設ける等、漏れがない仕組みを期待する。 * 娯楽室ではパチンコ台、ペダルこぎなどが利用されるほか、介護予防事業へ参加する利用者もいる。 * 事業所の畑があり、そこでつかの間の農作業を愉しむ人もいる。 |

5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（A、B、C）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

3 評価細目の第三者評価結果〔養護老人ホーム〕

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、基本方針が確立されている。 | | |
| ① | 法人や施設の理念が明文化されている。 | A |
| ② | 法人や施設の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。 | A |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 | | |
| ① | 理念や基本方針が職員に周知されている。 | B |
| ② | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | B |

I-2 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--------------------------|---------|
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| ① | 中・長期計画が策定されている。 | C |
| ② | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | C |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| ① | 事業計画の策定が組織的に行われている。 | C |
| ② | 事業計画が職員に周知されている。 | B |
| ③ | 事業計画が利用者等に周知されている。 | B |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------|--------------------------------|---------|
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| ① | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | A |
| 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 |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| ① | 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 |
| ② | 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | A |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------|-------------------------|---------|
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| ① | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | A |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| ② | 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | A |
| ③ | 外部監査が実施されている。 | C |

II-2 人材の確保・養成

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|---|---------|
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| ① | 施設内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。 | A |
| ② | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | B |
| ③ | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | A |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| ① | 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。 | A |
| ② | 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | A |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| ① | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | B |
| ② | 個別の職員に対して、組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | A |
| ③ | 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。 | B |
| II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| ① | 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | B |

II-3 安全管理

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|--|---------|
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 | | |
| ① | 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | A |
| ② | 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | A |
| ③ | 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | B |
| ④ | 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。 | A |
| ⑤ | 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。 | A |
| ⑥ | 事故補償（賠償）を行うための方策を講じている。 | A |

II-4 地域との交流と連携

| | | 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。 | | |
| ① | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | A |
| ② | 施設が有する機能を地域に還元している。 | A |
| ③ | ボランティア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。 | A |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|---|
| | ① 必要な社会資源を明確にしている。 | A |
| | ② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | A |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | ① 地域の福祉ニーズを把握している。 | A |
| | ② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | A |

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。 | | |
| | ① 利用者を尊重した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 |
| | ② 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。 | B |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。 | | |
| | ① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | A |
| Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| | ① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | A |
| | ② 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。 | B |
| | ③ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | B |
| | ④ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | A |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---|---------|
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| | ① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。 | C |
| | ② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | C |
| | ③ 相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。 | B |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | |
| | ① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。 | B |
| | 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 |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| | ① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。 | A |
| | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | B |
| | ③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | A |
| Ⅲ-2-(4) 提供するサービスに独自の特徴を有している。 | | |

| | | |
|--|-------------------------|---|
| | ① 提供するサービスに独自の特徴を有している。 | A |
|--|-------------------------|---|

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------|---------------------------------|---------|
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| | ① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。 | A |
| | ② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。 | A |

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | |
| | ① 施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | B |

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|------------------------------|---------|
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | |
| | ① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | A |
| | ② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | A |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。 | | |
| | ① サービス実施計画を適切に策定している。 | B |
| | ② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | A |

評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

| | | 第三者評価結果 |
|------------------|--|---------|
| Ⅳ-1-(1) 利用者の権利擁護 | | |
| | ① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。 | A |
| | ② 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。 | B |
| | ③ 成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。 | A |
| | ④ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。 | A |
| | ⑤ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。 | A |
| | ⑥ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。 | A |
| | ⑦ 認知症の症状がある利用者に対して、状態に配慮した支援を行っている。 | A |
| | ⑧ 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | A |
| Ⅳ-1-(2) 支援の基本 | | |
| | 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に工夫している。 | A |

| | | |
|-----------------|--------------------------------|---|
| | 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 |
| IV-1-(3) 家族との連携 | | |
| | ① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | B |

IV-2 日常生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|---------------|---------------------------------|---------|
| IV-2-(1) 身体介護 | | |
| | ①入浴・清拭時の安全性・快適性に配慮した工夫がなされている。 | A |
| | ②排泄時の安全性・快適性に配慮した工夫がなされている。 | A |
| | ③外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。 | A |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| IV-2-(2) 食生活 | | |
| | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | B |
| | ②食事の提供を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | B |
| | ③利用者の状況に応じた口腔ケアの取組を行っている。 | B |
| IV-2-(3) 整容、理・美容 | | |
| | ① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。 | B |
| | ②利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。 | B |
| IV-2-(5) 健康管理・衛生管理 | | |
| | ① 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている。 | A |
| | ②感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | A |
| IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり | | |
| | ① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。 | A |
| IV-2-(7) 建物・設備 | | |
| | ① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | A |