

准看護師	2	介護支援専門員	4（兼務）
栄養士	1	機能訓練指導員	1（兼務）
調理員	委託		

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

1) 法人の基本理念には使命や役割が反映され明確に示されており、職員への周知に取り組んでいます。

2) 年1回の人事考課シートを使った面接や、法人求人公募制度、求職登録制度等を通して、職員の就業状況や意向を把握、改善しています。天竜厚生会互助会が重層的に福利厚生を担い、本部診療所での無料人間ドックが受けられます。

3) 施設の事業計画は中長期計画に基づいて策定されており、職員への周知もされています。

4) 安全面への取り組みとして法人共通の各種のマニュアルが整備され、ISO品質チェックで実行されています。事故防止及び感染症の各委員会で定期的に話し合いや見直しを行っています。

5) 利用者の個別支援計画を作成し、必要な項目について個別・具体的な介助方法を明示しており、携わる職員の技能習得や情報共有を進めています。

◆ 特に改善を求められる点

1) 各種マニュアルが整備されていますが、定期的な検証や見直しについての規程が明文化されていません。

2) 法人規模が大きく体制的に整っているため、施設の独自性や積極性が乏しくなっています。施設の独自性を考察し、事業計画や行事、提供するサービスの質の保持や検証により、さらなる向上や改善を図る取組が期待されます。

3) 法人が目標とする福祉サービスの質を確保するため必要な人材確保の具体的なプランを定め、確保のための努力が期待されます。

4) 利用者が残存機能を保持し生きいきと生活するために、家族や地域との連携により、外部の人との交流や活動機会の提供が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回第三者評価を受けたことで、職員がそれぞれの項目を真剣に考え、自己評価をしたことがまず良かった点です。これまでも自己評価は行っていましたが、評価を通じて、自ら改善点を見つけていく機会として継続していきたいと思えます。

評価結果は予想以上に良い評価だと思っています。これを励みにしてより質の高いサービスの提供に努めていきます。また、評価結果で低い項目については、日頃から弱点と感じているものもあり、職員と知恵を出し合い、改善に向けて努めていきます。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 理念や基本方針が毎年の事業計画に示され、法人の使命、役割を示し、施設の運営方針にまで反映しています。 • 理念や基本方針が記載された名刺サイズのカードが配られ、職員への周知は徹底していますが、利用者への説明は十分ではなく、工夫が必要です。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 中長期計画が策定され、それに基づいて単年度計画が策定され、予算措置もされています。しかし、計画の作成に関しての職員の関わりには不十分さがあり、利用者への説明についてはさらに努力・工夫が必要です。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 職務分掌が毎年の事業計画に示され、管理者の役割や責任が、主任・サービス提供責任者会議等で表明されています。 • 遵守すべき法令等のリスト化は出来ていません。 • 経営戦略会議が本部主導のもと、開催されています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者満足度調査などを行い、職員への報告や共有化はされていますが、改善にむけた施設としての組織的な取り組みは十分ではありません。 • 経営状況を分析し将来の不安要因、収益率の低下原因などが考察されています。具体的な改善への取り組みが望まれます。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 事業計画書に職務分掌が明記され、職員に配布されています。 • 施設の人材確保や育成のプランは、「有資格者一覧表」により定められています。施設の基本方針や福祉サービスの質の確保の実現のため、施設独自の計画策定が望まれます。 • 人事制度要綱に基づいた人事評価制度があり、等級別

	<p>の考課シートが作成され、年1回の考課がなされています。また、考課面接や法人内求人公募制度、求職登録制度等を通して、職員の就業状況や意向を把握、改善をしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 天竜厚生会互助会が福利厚生を重層的に担い、本部診療所での無料人間ドックは特筆すべきものです。 • 職員の研修計画はありますが、一人一人の職員育成を主眼とする研修計画は策定されていません。 • 研修成果の評価分析はなされておらず、次の研修に生かされていません。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルが整備され、会議等で周知されています。消防計画で、風水害に対応する避難計画まで策定されています。 • 富士宮市のハザードマップで施設所在地が危険地域に指定されており、噴火に対する計画を整備中です。 • ヒヤリハット、事故報告に基づいて、委員会で検討され、再発防止策が職員に周知されています。 • 法人共通の各種マニュアルが揃えられ、ISOの品質チェックでそれらが実行されています。 • 地元消防団員により「しらいと救援隊」が組織され、年に一度は利用者の参加による防災訓練を開催しています。 • 十分な賠償補償保険に法人全体で加入しています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 納涼祭や敬老会は盛大に行われていますが、日常的な外出機会は不足しています。 • 地区社協の活動に地域交流室が利用され、リフト車や車椅子の貸出を行うなど施設として地域に役割を果たす取組をしています。 • 法人のボランティアマニュアルはありますが、地域性や施設の実態を考慮してのボランティアの受け入れマニュアルの作成が望まれます。 • 年間行事一覧表を作成し、事業計画の説明において職員間で共有されています。 • 援助を必要とする本人や関係者に対して日常生活自立支援事業、成年後見制度等の積極的な説明や活用が望まれます。 • 在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めています。また、地区社協や地域団体と連携して相談事業を行うなどの取り組みをしています。 • 地域交流のための拠点として「寄合処」は評価できます。見守りネットワークの構築に取り組んでいます。
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 職員全体で「利用者本位の福祉サービス」の実現に向け努力されている姿勢が窺えます。 • サービスの周知方法として掲示物が利用者の目に触れにくい点がみられ、掲示や周知の方法等について検討が

	<p>必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスの標準化への取組は、新人職員を対象とした限定的な取り組みとなっています。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> オムツ交換を交換室で実施している点は評価されます サービスの標準化にも取り組んでいますが、相談援助についてソーシャルワーカーだけでなく職員一人一人が身に付ける援助技術と認識し、質の向上が望まれます。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> パンフレット、事業計画書、ホームページが法人全体として取り扱われ、内容が充実しています。 サービスの継続性について看護サマリーや電話等による連携がされていますが、手順書や記録等を表した文書の作成により実効性を示す必要があります。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> アセスメントやサービス計画の策定及びモニタリングは、コンピューターシステムを基軸に展開されています。システムは導入後7年の実績があり、一般介護職員も操作に順応し、利用者情報の共有化に資されています。 利用者の状況変化や個別課題はそのつど記録され、サービスの実施計画に反映されています。評価等が定型的になりやすい点は、留意が必要です。
<p>評価対象IV</p> <p>1 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者を尊重したサービス提供の取り組みの姿勢が明示され、個別・定期的な日常生活能力の評価によりケアプランが作成されています。また、ケアプランに基づいた介護が提供され、その手順は介護サービス帳で標準化が図られています。 利用者のプライバシーを尊重する姿勢を明示し、オムツ交換は交換室で行うことが原則とするなど日々の介助に配慮されています。面会・電話コーナー、施設専用の郵便受け・談話コーナー・喫煙の場所を設置しています。 認知症ケアの研修を行い伝達研修などにより職員間で共有し、支持的受容的関わりに努めています。また、身体拘束ゼロを宣言し、日々の介護の中で利用者の身体的自由の尊重に努めています。 家族への行事案内は年に2回程度していますが、定期的な連絡や相談の機会は設けていません。必要に応じて連絡し、面会があれば積極的にご本人の状況を報告しています。ケアプラン更新時には家族参加はほとんどなく、利用者がサービスの説明や要望を聞く機会は乏しいと思われる。 個人情報の保護をはじめとする苦情解決を含めた各マニュアルがありますが、相談援助が困難な場合や権利擁護に関するもの等一部整備されていないものがあります。

	す。
2 日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者個々の心身状況はアセスメント項目により把握され、介護計画の策定とモニタリングにより、職員間の共有が図られています。 ・日常生活の場面で利用者への態度に配慮し、コミュニケーションの確保に努めています。意欲が低下した方や自発性のない方への支援には、さらなる工夫が必要です。 ・利用者一人ひとりの意向に応じた生活への支援として、趣味活動や日中活動などの生活の楽しみの提供に工夫が望まれます。 ・食事メニューに選択献立を月に2回取り入れ、入浴は同性介助に努めています。

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。

評価細目の第三者評価結果〔特別養護老人ホーム〕

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。	A
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	C

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。	A
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A
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。	B
	② 事業計画が職員に周知されている。	A
	③ 事業計画が利用者等に周知されている。	C

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。	B
	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。	B
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。	B
③	外部監査が実施されている。	B

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。	B
②	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
③	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
④	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。	A
⑤	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑥	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
⑦	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。	B
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。	C
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。	B

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。	B
	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。	B
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。	B
	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。	B

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。	A
	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。	A
	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。	A
	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
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。	A
	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。	B
-------------------------	---

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。	A
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
③	身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	A
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。	B
④	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
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。	B
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。	B
⑧	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る。	B
⑨	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	B
⑨	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。	B

	③ 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 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	B
	④ 褥瘡の発生予防を行っている。	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。	A
	② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	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。	A
IV-2-(4) 機能訓練・介護予防		
	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。	C
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	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。	B
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。	B