

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：翠松苑	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：灌峯 一暢	定員（利用人数）： 80名	
所在地：静岡県浜松市浜北区於呂 4201-6		
TEL：053-583-1135	ホームページ： http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/senior/suisyouen/index.html	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和 54 年 4 月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会		
職員数	常勤職員： 28 名	非常勤職員： 25 名
専門職員	（専門職の名称） 5 名	介護支援専門員 1 名（兼務）
	管理栄養士 1 名	准看護師 2 名 機能訓練指導員 1 名
	歯科衛生士	社会福祉士
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	入居 80 床 ショート床 7 床	

③ 理念・基本方針

【理念】

基本理念 「九十九匹はみな帰りたいと、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん」

スローガン 「わたしたちは熱い心・豊かな知識・すぐれた技術で、ひとりを、すべての人をアシストします」

【基本方針】

- 1) 経営方針
- 2) 家庭での生活に近い環境の提供
- 3) ご家族が安心して身内を任せることができる施設
- 4) 心豊かな、笑顔溢れる施設

④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 毎朝の行動指針の唱和
- 2) 接遇マナーや介護技術向上等の会議や委員会の開催
- 3) 毎月の職員勉強会の開催。講師は外部講師も予定しているが、施設職員が行い、より具体的な内容となるよう、また講師においても自己研鑽に努める
- 4) 福祉機器のデモ・導入

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年5月31日（契約日）～ 令和2年3月24日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成24年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・施設内において記録ソフトをベースにマニュアルなども含めネットワークによる情報の共有化がなされ、勉強会、グループ会議、リーダー会議、委員会、職員会議と重層的な会議によって利用者の情報の周知と理解が図られています。
- ・理学療法士を配置し、身体状況を評価し、福祉用具の選定や機能訓練の実施、生活活動への参加等に取り組んでいます。また、役割をもった活動に取り組む利用者がいます。
- ・入所時に尿測を行い、適切なパットの使用や排せつ支援に役立てています。また自然な排せつを促すため食物繊維の提供を必要に応じ行っています。

◇改善を求められる点

- ・重要事項説明書に基づいて説明がなされ同意を得ていますが、利用者や家族が理解しやすい配慮や意思決定の困難な利用者への対応はルール化されていません。
- ・他施設への移行は法人内の診療所への移行が多く、引き継ぎ書については看護サマリーのみで、利用終了後の相談窓口等の説明も口頭で文書などは用意がされていません。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、翠松苑としては2回目となる第三者評価の受審でした。判断基準をもとに毎年、施設自己評価を実施していますが、第三者評価を受審し、着眼点の認識などによる自己評価とのズレを確認することができました。また、客観的な観点から評価していただいたことで、今まで気づかなかった部分などが明確になり、現状のサービスにおける振り返りをすることができました。

評価結果は翠松苑の現状として真摯に受け止め、課題の改善に努めることで更なるサービス向上に繋がるよう、職員一丸となり、ご利用者が安心して生活ができる施設づくりに努めてまいります。

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・ b ・c
<p><コメント>理念、基本方針は事業計画書を始め、ホームページ、パンフレット、職員研修に用いる人材育成必携書に明記しています。また、施設内では、人が集まる場所（事務室、職員控室、食堂、玄関先等）に掲示し、職員及び利用者等への周知を図っていますが、わかりやすい資料を作成する等の工夫はみられません。また、職員へは年に1回、理念や基本方針を施設長から説明をしていますが、周知状況の確認はしていません。</p>		

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。	①・b・c
<p><コメント>法人として、福祉サービスのための ISO9001 品質マニュアルを整備し、個々の事業所の運営や経営管理、サービスに対する課題などを把握・分析する仕組みがあります。施設は法人からの情報提供や法人内類似施設との比較により、自らの施設がどのような状況にあるか分析しています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	①・b・c
<p><コメント>法規制の強化、市場の変化、人材の不足等の経営課題については、半年ごとに開催する ISO のパフォーマンスレポート報告会で明確化され、協議の結果、見直し事項があれば、指示書に従い、改善に取り組んでいます。</p>		

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。	①・b・c

<p><コメント>法人全体で、中・長期経営計画を策定し、目標を明確にし、多様化するニーズに対応する具体的な内容になっています。また、年2回の評価を実施し、委任者権限ごとの指示に基づき見直しを行っています。</p>		
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・c
<p><コメント>3年間の中期経営計画に沿った3ヶ年の行動計画を策定し、単年度ごとの事業計画はその行動計画に従い策定しています。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>中期経営計画の目的を達成するためのISO9001品質マニュアルに定められた手順に従い、前期・後期の実施状況を確認しています。その結果は、管理職会議、連絡調整会議、各部署の職員会議で周知しています。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント>事業計画書は、所定の場所に常時掲示してあります。また、事業内容は多くの人が集まる敬老会などで利用者や家族へ周知していますが、わかりやすい資料や説明の工夫が十分とは言えません。</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
<p>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。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>ISO9001品質マニュアルに従い、法人全体で品質管理と自己評価及び分析を行っており、指摘事項は各部署で再度、改善に向けた取り組みがなされています。</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・c
<p><コメント>パフォーマンスレポート報告書として、トップマネジメント（経営層）に上げる部署データで、外部内部の課題の変化に対する対応策、職員の業務負担軽減策、コスト削減や人的資源に関する改善提案、老朽化した施設の修繕要求などを行っています。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
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・Ⓑ・c
<p><コメント>事業計画書で、施設長が果たすべき責務を明示しています。年度当初に行われる職員全体会議で周知を図っていますが、広報誌等での表明はしていません。</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・b・c
<p><コメント>遵守すべき法令等の一覧表を整備し、施設長研修会に参加して情報収集を図っています。職員には、高齢者虐待や身体拘束、個人情報保護等についての研修を行い、周知を図っています。</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・b・c
<p><コメント>要介護3以上の入所者への介護量は必然的に増え、職員への負担も決して少なくはありません。施設長は職員不足の状態を現有職員でやり繰りし、職員の健康管理や個々の家庭状況に配慮しながら、福祉サービス向上の研修や勉強会へ参加できるよう勤めています。</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・b・c
<p><コメント>本部会計課から月次経営成績表と試算表が送付され、執行状況等を分析しています。施設長は、職員個々の事情に配慮しながら働きやすい環境を整えています。また、業務の実効性を高めるために、施設内の各種委員会に参加したり、職員との面談で人事考課のフィードバックを行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント>人事制度要綱に人材育成の考え方や方針を明示し、育成は研修制度やキャリアパス制度により階層別、職種別の研修が行われ、法人全体で統一的な人材育成を行っています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている	a・b・c
<p><コメント>人事基準は人事制度要綱に明確に定め職員に周知しています。人事制度要綱には、職種、等級、キャリアアップ等の説明があり、様々な制度を活用することで意識改革、やりがい、チャレンジ精神の醸成に繋がっています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>施設長は、月次の職員の有給休暇、時間外勤務の状況を把握しており、個々の家庭状況に応じた勤務体制や有休希望に配慮した運営に努めています。また、法人でメンタルヘルス推進室を設置し、職員の心身の健康と安全に取り組んでいます。人員確保の課題は法人全体の共通課題ですが、改善策は模索状態です。</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。	a・b・c
<p><コメント>職種別に職員一人ひとりが自己目標を定める自己評価表や個人ごとの研修履歴を把握し、施設長が面談等により職員ごとの育成に取り組んでいます。</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。	㉑・b・c
<p><コメント>人事制度要綱を整備し、職員教育を計画的に進めています。また、この要綱を補完するキャリアパス制度の中で、法人が職種に対して求める資格を明示し、個々職員のレベルアップを図っています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント>有資格者一覧表に、全職員の研修やセミナー受講履歴が記録しており、施設長は未受講者が受講できるよう配慮します。施設外研修については、該当職員が受講できるよう職場環境も考慮しつつ勧奨しています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント>実習生受入れに対する基本姿勢を明示した実習マニュアルがあります。特に、介護福祉士、社会福祉士、保育士が実習する場合の個別のプログラムを整備しています。実習生受入れは法人としての方針であり、各現場の指導者に対しては、研修目的が達成できるよう年度当初の担当者会議で確認しています。</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 ㉑・c
<p><コメント>ホームページや事業計画書及び事業報告書等の情報開示により、基本理念、スローガン、職員行動指針、法人の概要、福祉サービス内容、事業内容、実績値、予算、決算情報等が確認できますが、近隣住民に対しては、自治会長あてに広報誌を送付しているに留まっています。</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。	㉑・b・c
<p><コメント>公認会計士及び監査法人により職務の遂行が適切に行われているか監査しており、その際に、指摘事項があれば、経営改善指導書に基づき、事業所は協議、検討し、是正結果を本部に報告しています。更に、決算時期については、監事が前年度事業報告書に記載された事業結果や予算執行の状況を確認し、監査結果で報告しています。</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 ㉑・c
<p><コメント>地域の人々との交流機会として、施設内のロビーに月一度、喫茶コーナーをボランティアが設置し、利用者との交流をしています。介護度が高い利用者が多いことから、地域の行事や活動に参加することはありませが、余暇活動として、ボランティア講師による生</p>		

け花を月2回開催しています。		
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。	㉓・b・c
<p><コメント>ボランティア受入れについては、マニュアルが整備され、基本姿勢を明文化しています。また、学校教育等への協力を福祉教育の一環として捉えています。</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。	a ㉔・c
<p><コメント>社会資源について、施設職員が職務上関係する機関等との連絡調整を行い、それら機関をまとめてリスト化し、機能や連絡先等の情報を職員間で共有しています。施設長は、浜松市の高齢者部会に隔月ごとに出席し、地域の介護ニーズに応えるための情報交換や課題の整理、行政への働きかけを行っていますが、地区社協との関りは地域の一員としての参加に留まっています。</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 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 ㉔・c
<p><コメント>市域全体の福祉ニーズや生活課題は法人本部（地域福祉課）が把握しています。当施設は住宅地（市街地）から離れた立地条件のため、近隣地域の福祉ニーズは直接の交流で把握する取組よりも、訪問するボランティア等による情報収集が多くなっています。</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。	㉓・b・c
<p><コメント>公益的な事業・活動は、法人全体で取り組んでおり、中期経営計画には各部署ごとの具体的施策が明記してあります。浜松市が実施する、高齢者が行うボランティア活動や介護予防活動にポイント付与し、寄附に交換できる制度であるささえあいポイント事業に協力しています。また、生活困窮者等就労訓練事業として対象者を受け入れ、就労訓練に協力しています。また、浜松市と「災害時における福祉避難所の設置運営に関する協定」を締結しており、要援護者を受け入れ日常生活支援（相談等を含む）を実施します。</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・b・c
<p><コメント> 標準的な実施方法を明記した「生活サポート帳」が、年2回のセルフチェックを通じてサービス提供の状況把握や評価に基づく課題把握、改善検討の仕組みとして活用されています。</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。	a・b・c
<p><コメント> 生活サポート帳を活用してプライバシー保護の取組と職員への周知が図られていますが、プライバシー保護への取組と家族への理解や周知への取り組みは十分ではありません。</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・b・c
<p><コメント> 法人内にある複数の高齢者入所施設が相互に他施設の入所希望も聞いています。パンフレットを置いている研修センターは多くの方が利用しますが、利用希望者への情報提供の面からは十分とはいえません。</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・b・c
<p><コメント> 重要事項説明書に基づいて説明がなされ同意を得ていますが、利用者や家族が理解しやすい配慮や意思決定の困難な利用者への対応はルール化されていません。</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。	a・b・c
<p><コメント> 翠松苑から他施設への移行は法人内の診療所への移行しか想定されてなく、引継書については看護サマリーのみで、利用終了後の相談窓口等は口頭で説明し、文書などは用意されていません。</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。	a・b・c
<p><コメント> 利用者満足度が毎年実施され家族、利用者の意向の把握に努めています。その中で要望、意見といったもののうち改善すべき事項は職員会議で改善が指示されています。</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。		
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。	a・b・c
<p><コメント> 苦情対応マニュアルが整備され、苦情解決の流れを掲示していますが、利用者等に資料の配付はしていません。苦情内容については定められたルールに基づいて記録、公表、フィードバックがなされるとともに組織内での検討と改善の取組が行われています。</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・ b ・c
<p><コメント> 重要事項説明書に相談内容や担当者が複数定められ、相談を受けるスペースも複数確保していますが、利用者や家族等に理解をしてもらう取組としては十分ではありません。</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。	a ・b・c
<p><コメント> 意見箱の設置や利用者満足度調査の実施から、利用者の意見の把握に努めています。また、相談対応のマニュアルが整備され、定期的に見直しをしています。利用者等からの意見に基づき、改善策を検討し、サービスの質の向上に取り組んでいます。</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。		
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 ・b・c
<p><コメント> 事故、ヒヤリハットに基づき要因分析、改善策の検討がリスク検討委員会で行われます。その対策はグループ会議を経て各職員に周知が図られ対策の効果や実施状況について検証がなされています。</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 ・b・c
<p><コメント> 感染症対応マニュアルが整備され、洗浄剤での共用設備の消毒や空間用消毒剤で予防を図っています。また、勉強会を通じて発症時の対応手順も周知が図られています。</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行っている。	a ・b・c
<p><コメント> 災害時の対応体制が定められ、福祉サービスを継続するために必要な対策も整っています。利用者及び職員の安否確認の方法が定められ、防災訓練も実施しています。</p>		

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 ・b・c
<p><コメント> 生活サポート帳のチェック欄の弱点分析を介護技術向上委員会を実施し、勉強会で周知し、改善を図っています。</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 ・b・c
<p><コメント> 生活サポート帳をもとに実施チェックを行い、介護技術向上委員会、勉強会での周知と実行性の検証が行われています。</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 ・b・c
<p><コメント> アセスメントシートと担当者会議によりサービス計画が作成され、施設内ネットワークにて共有化し、困難事例や具体的課題については専用メモの活用により情報を収集</p>		

し共有しています。		
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・c
<p><コメント> モニタリングを含め担当者会議、グループ会議、介護技術向上委員会などで見直し、検討、課題の明確化が図られています。緊急の課題については「試し」の対応を定め経過記録を含めた情報の共有化がなされています。</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・Ⓑ・c
<p><コメント> コンピューターによるネットワークシステムが構築され情報の共有化は図られていますがソフト操作、システム操作については要領的なものではなく、システム化されていません。</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・c
<p><コメント> 個人情報管理規定の教育研修によって個人情報保護の取組はなされています。個人情報持ち出し管理簿による漏洩対策も定められています。</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		
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・ b ・c
<p><コメント>利用者一人ひとりの心身の状況に応じケアプランを作成し、個々に配慮した支援や楽しみに配慮した活動を実施していますが、ケアプランの短期目標の見直しの際、利用者及び家族の意向の確認をしていません。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント> 評価対象外のため空欄となっています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント> 評価対象外のため空欄となっています。</p>		
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。	a・ b ・c
<p><コメント>利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを『ご利用者様生活サポート帳』にもとづき実践し、評価・改善に取り組んでいます。また、コミュニケーションへの配慮が必要な利用者には筆談やジャスチャー、大きな声での会話等配慮をしています。</p>		
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・b・ c
<p><コメント>虐待防止委員会、リスクマネジメント委員会、接遇マナー向上委員会を設置し権利侵害等の防止について検討しています。またマニュアルを整備しています。全職員が生活サポート帳の実施状況について年2回セルフチェックに取り組んでいます。全職員に対する取り組みの徹底状況を確認していません。また、利侵害防止等に関する利用者への周知を実施していません。</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		
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・ b ・c
<p><コメント>空調や清掃により環境整備に取り組んでいます。また、談話スペースやソファを設置し、各種の福祉用具も整備しています。利用者満足度調査では環境に対し91%が満足と回答されています。建物の構造上多床室が主体で、多くの生活用品の持ち込みは難しいですが、個々の好みのものを置いています。</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		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>ひとり一人の利用者をアセスメントし、入浴形態や方法を検討し、支援しています。安全に快適に入浴できるよう『ご利用者生活サポート帳』で手順を定め、機器の整備や福祉用具も用意されています。また体調にあわせ代替え方法や実施日時の変更をしています。入浴前の可否判断は1日3回の検温により37.5℃以上は清拭に変更しています。</p>		
A⑧	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>排せつへの支援方法は『ご利用者生活サポート帳』に定められ、実施状況をセルフチェックしています。自然な排せつを促すため食物繊維等を取り入れています。また尿測を実施し、排せつ状況に基づく支援を実施しています。</p>		
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・c
<p><コメント>移動支援については、利用者の心身の状況に合わせ、週3回配置している理学療法士による評価と会議を実施し、自立に向けて取り組んでいます。複数の福祉用具が用意されており、適切に活用できるよう定期的な評価を実施しています。利用者が利用を希望した際のできるだけ早い対応については、その時々状況に応じて職員同士で声を掛け合っています。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>食事摂取状況を確認し、嗜好調査の結果を献立に反映させ、10日に一度選択食を実施しています。温冷配膳車を使用し、適温での食事の提供をしています。利用者に合わせて代替食を用意し、食形態を工夫したえい、食べやすい器を導入しています。また、衛生管理体制のマニュアルを整備しています。</p>		
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・c
<p><コメント>普通食、あら刻み、刻み、ミキサー、ソフトと5種類の食形態を用意し、制限食や食低下等利用者に合った食事の提供や支援をチームで検討し、栄養ケアマネジメントを実施しています。また、食事しやすい姿勢や自助具の活用、早出しによる時間への配慮等利用者が自分で食事がとれるよう検討しています。食事時の事故への対応についても利用者サポート帳に明記、年2回のセルフチェックを実施しています。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント>歯科医師の指導のもと『口腔ケアマネジメント計画』を作成し、必要に応じ歯科衛生士が指導をしています。一人ひとりの口腔ケア計画は作成していません。</p>		
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・c
<p><コメント>褥瘡対策のための指針を整備し、予防のための取り組みを確立し、年2回セルフチェックをしています。3か月に一度、多職種による褥瘡対策委員会を開催し、全利用者に対し、予防や発生後の対応について検討しています。最新の情報を入手し、体位交換枕やマ</p>		

ットを購入しケアに活かしています。また、管理栄養士による栄養管理を行っています。		
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。	a・b・c
<p><コメント>介護職員等が実施する喀痰吸引・経管栄養の指針を定め、マニュアルが整備されています。必要な備品の取扱いや衛生管理は看護師が行い安全管理体制が構築されています。職員研修への参加や看護師による職員の個別指導を実施していますが、定期的には行われていません。</p>		
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・b・c
<p><コメント>一人ひとりの利用者のアセスメントを行い、理学療法士の助言指導のもと、機能訓練や生活活動、拘縮予防等に連携に取り組んでいます。個別機能訓練計画書の策定はありませんが、移動しやすい補助具の選定や得意な生活活動、行事への参加等能力に応じた活動に取り組んでいます。認知機能の変化については、週1回の医師との連携により早期発見・対応に取り組んでいます。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>認知・機能・行動について、一人ひとりの利用者のアセスメントを実施し、支援をしています。分かりやすい表示やソファの設置、好きなものを居室に置くなど過ごしやすい環境に配慮し得意な活動ができるよう支援しています。また玄関等の施錠をせず自由な出入りができるように配慮しています。症状が悪くなったときには医師等と連携に協議できる仕組みがあります。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>利用者の体調変化時の連絡体制や対応方法が整備されています。職員に対して、認知症とその薬、てんかん発作についての研修を行っています。また、体調変化時の対応についてマニュアルを整備しています。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>『看取り介護に関する指針』を整備し、方針や手順を明らかにしています。利用者や家族等の希望に応じた対応を検討しています。職員に対する研修を実施し、職員の精神的負担へのケアは看護師が行っています。</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		
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・ b ・c
<p><コメント> ケアプランの見直し時に家族の意向を確認してプランに載せています。面会時には、居室だけでなく会議室やホールを提供する等、利用者と家族が気兼ねなく過ごせるように配慮をしています。急変時における連絡ルールは定めていますが、家族への連絡は主に電話で行っており、必ず伝わるような伝達方法の工夫としては十分ではありません。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制 評価対象外のため空欄となっています。

		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。	a・b・c
<コメント>		