

## 福祉サービス第三者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

(福)静岡県社会福祉協議会

### ② 施設・事業所情報

名称：御殿場十字の園	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：高橋 雅昭	定員（利用人数）：		107名
所在地：御殿場市深沢1465-1			
TEL：0550-83-1999	ホームページ： <a href="https://www.jyuji.or.jp/">https://www.jyuji.or.jp/</a>		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1971年4月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人十字の園			
職員数	常勤職員 57名	非常勤職員	18名
専門職員	介護職員 56名	医師	2名
	生活相談員 2名	看護師	6名
	介護支援専門員 3名	准看護師	3名
	機能訓練指導員 2名	栄養士	1名
	歯科衛生士 1名		
施設・設備の概要	定員に対する個室の割合 27.1%	食堂 6か所	
	定員1人当たり居室面積 12.17㎡		

### ② 理念・基本方針

#### 【理念】

人格を尊重し、生きる喜び、生きる自由、生きる希望を創ります。

#### 【行動規範】

- ①私たちは、一人ひとりの命と個性と権利を大切にします。
- ②私たちは、支援の必要な方に積極的に歩み寄り、必要な支援を届けます。
- ③私たちは、常に自己研鑽に励み、互いに力を発揮し合い協力して支援します。
- ④私たちは、安心、安全な職場環境を整えます。
- ⑤私たちは、誠実で公正かつ適正な経営を行います。

#### 【基本方針】

- 1) 理念や行動規範を意識し、一人一人を大切にその人らしい主体的な暮らしの実現を目指す。
- 2) 職員の各専門性の向上とともに、働く意欲、チームワークを高め合い、やりがいを持って働くことができる職場を作る。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

- 喫茶コーナーを毎週開いて、利用者サービス及び家族・地域との交流の場としています。
- 地域貢献として、毎月地域の清掃を行っています、地域の高齢者の移動支援事業のため車両を貸し出しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年5月16日～令和5年3月9日
受審回数 (前回受審時期)	2回(平成27年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ サービス質向上委員会、HYS委員会等の組織的な各種会議・委員会活動により、福祉サービスの質向上のための課題分析、情報共有、連携・協働での事業展開が活発に行われています。
- ・ 職員の健康管理及びサービスの向上に努めています。OJTの推進、ICTを活用した介護理念・技術・設備操作方法の習熟度の向上にも取り組んでいます。
- ・ 毎年全職員の自己評価と他者評価が行われ、施設全体での福祉・介護に関する質の向上に積極的に努めています。
- ・ 地域のニーズを踏まえ福祉車両の貸出等を行い、地域とのネットワークづくりに努めています。
- ・ 常勤医師が常駐する医療保険適用診療所が施設内にあり、常に医療と連携を図ることができる体制となっています。
- ・ 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ます。成年後見制度の活用や後見人等との連携・協働に努めています。
- ・ 担当者会議の開催などにより、介護支援専門員と介護福祉士等が把握した利用者の課題やニーズをサービス実施計画に反映し実践しています。
- ・ 定期的・随時のアセスメントにより介護サービス実施計画の作成と見直しが行われています。担当者会議では、利用者にとって必要なサービスが受けられる仕組みの構築が行われています。
- ・ 認知症の状態に配慮したユマニチュードケアによる利用者家族等との連携と支援を適切に行っています。
- ・ 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ます。
- ・ 施設的环境は利用者の快適性に配慮され、心身の状況に合わせ、リフトを活用した入浴の実施、嗜好を考慮しおいしく食べられるように工夫した食事の提供及び機能訓練や介護予防活動などを行っています。

◇改善を求められる点

- ・ 中・長期の視点に立った施設運営を図るための、中・長期計画策定が必要です。
- ・ より良い施設運営をするために、事業計画を利用者、家族に周知して、理解と協力を得る必要があります。
- ・ 手順書・マニュアルの見直しや更新が不十分で、不足情報や誤字・脱字が見られます。
- ・ 記録の方法及び褥瘡・薬の副作用に関する研修や、ターミナルケア後における職員の精神的ケアの取組が十分ではありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度第三者評価を受審したことにより様々な気づきがありました。自分達が当たり前のように取り組んできたことが良い取り組みと評価されたり、逆に取り組みが足りない部分など気づくことが多くありました。

また、利用者の訪問調査については普段私たち職員に言わない事でも調査員にら話して下される利用者の方もおり、その意見について多くの事を学ぶことができました。

今後につきましては当施設において中長期計画の作成やそれに基づいた事業計画の作成、また、人材採用計画や有資格者の配置計画等について力を入れていきたいと思ひます。また良いと評価された取組は積極的に外部に発信していく事も大切なことだと実感しました。今後も定期的に受審していきたいと思ひます。

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、行動規範は適切に定められ、ホームページ、施設パンフレット、行動規範、サービス指針マニュアルなど様々な資料に掲載され、職員、利用者、家族に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> 関係する法改正や報酬改定、各種計画などの情報を、市ホームページ、県通知、ワムネット等から入手し、分析している。施設責任者会議で、経営課題の検討やコスト分析を行っている。		
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。	a
<コメント> 理事会及び毎月の直接処遇主任会議で、経営課題について役員間での共有及び職員への周知を図っており、経営改善に向けた取組を進めている。		

##### 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・長期計画を策定する必要性を認識し議論しているが、策定には至っていない。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画は策定されていないが、単年度の事業計画は具体的で、数値目標や成果指標が設定されている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は各部署やリーダー会で議論し、職員の意見を反映している。施設責任者会議で評価・見直しを行い、リーダー会等を通して職員に周知している。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の一部がエレベーター横に掲示されているが、計画が周知されているとは言い難い。</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
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス質向上委員会において、福祉サービスの質向上に向けた取組を実施し、検証している。職員の自己評価を毎年実施しているとともに、定期的に第三者評価を受審している。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価結果を分析して課題を明確にし、主任会を通して職員間で共有している。サービス質向上委員会で改善策を検討して研修計画に反映し、サービスの質向上に向けた取組を実施している。</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
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解を図っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

事業計画、広報誌、職務分掌表等により、管理者としての役割と責任を明確に文書化しているが、会議等での表明はしていない。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人管理会議やコンプライアンス研修に参加し知識の習得に努めており、施設責任者会議で職員に対して周知をしている。環境面では節電に努めるとともに、毎月地域の美化活動を行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス質向上委員会を組織し、福祉サービスの質向上に努めている。自己評価の低い項目について集計・分析をして、接遇マナー研修の実施や外部研修への参加の奨励など、質の向上のための具体的な取組を行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設責任者会議や主任会議で、月次決算を基に経営改善や人員配置の見直しの取組をしている。職員の腰痛アセスメントを実施し、浴室にリフトを導入するなど労働環境の改善に取り組んでいる。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材育成方針、事業計画を基に、必要な人材確保・育成に取り組んでいる。社会福祉人材センターや養成校を訪問して、採用に努めている。しかし、人材確保・育成のための具体的な計画として、文書化されたものはない。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材育成方針、キャリアパス基準表、人事評価実施要領等が明示され、面談等を通して総合的な人事管理・評価改善がされている。同規模法人の処遇水準を調査・比較して、処遇改善に活用している。</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り組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全衛生委員会で、就業状況や意向を確認している。有休の取得状況等を把握するととも</p>		

に、育児に配慮した勤務制度の導入や夜勤制限などの対策を講じている。把握した意見に基づいた相談窓口の設置、資格取得支援や研修企画などにより、働きやすい環境整備に努めている。		
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。	b
<コメント> 自己評価を実施し、自己行動計画を作成させている。中間及びフィードバック面談により、計画の進捗管理を行っている。しかし、職員一人ひとりの目標は、目標水準や期限が明確になっていない。		
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。	a
<コメント> 人材育成方針、事業計画、研修計画に基づいて教育・研修が行われている。研修内容・研修計画の評価・見直しは毎年行われている。		
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。	a
<コメント> 新人指導表に基づいたOJTや階層別研修を実施している。自己啓発支援制度により研修費の補助をし、勤務シフトの配慮をするなど、研修の機会を確保している。		
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。	a
<コメント> 実習生受入れマニュアル等を策定して実習生を受け入れている。実習生指導者研修や大学主催の懇談会、研修会などに参加して、指導者の資質向上と大学との連携を図っている。		

### 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> ホームページ・広報誌への掲載、玄関での掲示等により、情報公開を行っている。		
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。	a
<コメント> 経理規程、職務分掌表により職員に周知している。監事・法人本部による内部監査、監査法人による外部監査を実施しており、経営・運営の適正化に努めている。		

### 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利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移動支援プロジェクトや地域との交流イベント、家族との交流を踏まえ、利用者地域との交流と関係性を広げるための取組を行っている。施設内で喫茶「ぶどうの木」を運営し地域に開かれた施設づくりに取組んでいる。コロナ禍以前では、夕涼み会やふれあい広場等の交流の機会、図書館ボランティアの会に職員付き添いのもと参加していた。</p>		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入や地域の学校への福祉教育等への協力に関する方針とマニュアルが作成され、利用者等及びボランティアそれぞれに対して事前説明を行うことが明記されている。また、トラブルや事故を防ぐためにボランティアへの研修や受入時の説明を実施している。静岡県の介護の未来ナビゲーターへの人材派遣や、地域の学校教育施設への職員派遣を通して学校と連携し、学生向け福祉・介護体験教室、キャリア学習支援等を実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行政主催の運営協議会、御殿場地区高齢者支援ネットワーク推進会議、市社会福祉協議会理事会、市内社会福祉法人のネットワーク、介護者の会に参加・参画し関係機関と連携している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域にある他の児童・障がい福祉施設・事業所（法人）等との連携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等の把握に努めている</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人の地域における公益的な取組として毎週木曜日に移動支援をしているほか、御殿場市社会福祉協議会と連携し、車両を貸し出して買い物支援や配食サービスと見守りを行っている。また、把握した地域の福祉ニーズ等をもとに、令和3年に地域と協定書を交わし地域の防災倉庫が設置されているなど、地域貢献に関わる事業が行われている</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各階に法人理念と方針が掲示され、職員へのサービス指針マニュアル・就業規則の配布、職員が理念に関して共通の理解をもつための倫理綱領の確認、利用者尊重を踏まえた介護に関する身体拘束や虐待防止等に関する内部研修、外部研修への参加などの取組を行っている。相談員が利用者、家族へ成年後見制度等の説明を行っている。法人理念・行動規範・職務の心得・姿勢について定期的に自己評価を行うとともに、各部署の職員は、主任及び課長以上と定期的に面談を実施している。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員にプライバシー保護に関する規程・マニュアルを配布している。業務手順書において入浴介助・排せつ介助等のプライバシー保護が書面化され、入浴・排せつ時等におけるプライバシー保護に関する研修を実施している。居室には暖簾を設置してプライバシー保護と見守りができるよう工夫している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>説明書、ホームページ、施設パンフレットが作成され、特別養護老人ホームのサービス内容について言葉遣いの工夫や写真・図・絵を使用等によりわかりやすく内容を説明している。資料等は玄関入口付近に置いている。相談員、ケアマネジャーがパンフレット等の資料を活用し、見学時の案内やiPadで動画再生により説明し、希望者にはショートステイでの体験入居に対応するなど、情報提供に努めている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの内容や料金等が重要事項説明書に明記されている。また、契約書には法人と利用者の権利義務関係が明確化されている。相談員やケアマネジャーが説明を行い、利用者本人が契約を締結することが困難な場合には、成年後見制度等の利用を図っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内介護システムを活用した引継ぎや申送りが行われている。行政や関係機関、他福祉施設・事業所等と地域・家庭生活をつなぐネットワーク体制の構築に取り組んでいる。利用者が自宅での看取りを希望したケースに関して、居宅介護支援事業所のケアマネジャーと</p>		

連携して訪問看護・訪問診療・ベッド貸与・介護タクシーなどの利用を調整している。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コロナ禍以前は、利用者満足に関する調査、利用者への個別の聴取、利用者懇談会における聴取を行っていた。現在は、一人ひとりのケアマネジメントのプロセスや介護過程の一連の流れ、個別支援計画書におけるモニタリングでの利用者満足、評価・見直し検討について改善策の実施も含め取組んでいる。ケアプラン第1表にてケアマネジャーが利用者本人や家族の意向を把握している。担当者や担当部署の設置、定期的な検討会議の開催等の利用者満足の上昇を目的とする仕組みが整備されている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者委員の設置など、苦情解決の体制が整備されている。苦情解決の仕組みは利用者等へ周知され、利用者保護の視点に立って苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情解決責任者への報告、受付から解決までの過程の記録、結果の公表等の取組が行われている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護福祉士、生活相談員、社会福祉士、ケアマネジャー等が窓口として対応している。相談員、ケアマネジャーが朝・夕の1日2回は会話の中から状態把握や要望を聞いている。利用者や家族等との話し合いの機会をもつなど日常的な取組を行っている。第三者委員の掲示及び意見箱の設置により、利用者等に周知している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情対応マニュアルにおいて、利用者及び家族の意見、要望、提案等に基づく福祉サービスの質の向上に関する取組、手順、対応方法、結果の公開方法が明示されている。対応マニュアル等の策定及び見直しについては月に1度の直接処遇主任会議で検討され、年度ごと適宜見直しを実施している。コロナ禍における家族からの面会要望に対し施設全体で組織的に検討し、アクリル板を挟んだ面談を取り入れるなど、具体的に取組んでいる。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者の明確化、リスクマネジメント委員会の設置など体制を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書を基に、毎月のリーダー会において発生要因の分析や改善策・再発防止策・予防策の検討・実施・評価を行っている。事故対策フローチャートや毎月の事故集計表を作成している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症の予防・対応マニュアル等を整備している。緊急時の対応体制を含む安全確保のための体制、担当者・担当部署の設置、会議等での定期的な検討・評価・見直しを実施している。防護服着脱訓練等のシミュレーション研修を実施し、研修後には職員全員が研修実施報告書を作成するなど、感染症予防意識啓発の取組を行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>BCPにおいて、災害発生時の体制、初動時の対応や出勤基準などを示した行動基準、利用者及び職員の安否確認の方法が明確化され、全職員に周知されている。施設の実態に合わせた消防計画が策定され、設備等の落下防止措置を講じている。利用者及び近隣地域住民のための防災倉庫を2個設置し、食料や備品などの備蓄を整備しているほか、市の協定福祉避難所として締結している。定期的に地域住民と防災訓練を行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケア専門職としての利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が標準的な実施方法において文書化されている。服薬確認や食事介助などの業務手順は画像を用いて分かりやすく説明されている。マニュアルは各フロアに設置され職員がいつでも閲覧できる状態になっている。標準的な実施方法に基づいた福祉サービスをOJTにより指導し、個別支援計画書との関係性については年間研修計画に位置づけられて周知されている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回以上、直接処遇会議やリーダー会においてPDCAのサイクルに基づいて標準的な実施方法の見直しを行っている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントに基づいた計画の作成、実施、評価・見直しのプロセスが確立している。意向書において家族の意見も収集し、分析してアセスメントが行われている。サービス開始前後のアセスメントに関する手順が組織として適切に定められ、その手順のもとに実施されている。アセスメントによって、個々の利用者の具体的なニーズが明示されている。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当者会議において、多種職連携のもとで具体的な支援や解決方法を検討している。利用者の意向や同意が明確に得られない場合、成年後見人等に確認している。業務マニュアルや職務分掌表において福祉サービス実施計画の評価・見直しに関する時期や手順、変更時の関係職員への周知方法、記録方法が組織として定められ、これに基づいて実施されている。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画および実施記録の内容が業務日誌、共有ノート、ケアカンファレンス、介護ソフト等によって共有され、引継ぎ、申送り等に活用されている。利用者一人ひとりの福祉サービス実施状況が記録されているが、記録内容や書き方の差異、ICTスキルの差が生じており、記録内容や記録に関する職員への指導が課題となっている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程を策定し、記録の保管状況、開示請求への対応、保存と廃棄のルールが明確化されている。情報開示については、利用者や家族等から情報開示を求められた際のルール・規程が明記されている。あわせて、情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、利用者への配慮等が明記されている。職員に対し教育や個人情報保護に関する研修を行っているが、個人情報保護についての理解状況は十分でない。</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		
A ①	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントにより心身の状況と暮らしの意向を把握し、計画書に反映し、モニタリングを定期的に行っている。職員との信頼関係構築のために職員1人に対し利用者4人の担当制にして、言葉や表情観察から本人の意向やできること、気分等を把握している。利用者が社会参加できるように、クラブ活動やグラス拭き、おしぼりタオルをたたむなどの活動を用意している。寝たきりや意思疎通が困難な場合でもできるだけ離床し、ホールで食事がとれるように誘導・介助している。施設サービス計画書に基づいて、臥床、居室でのCD鑑賞など、快適な生活のリズムや生活の楽しみを支援している。</p>		
A ②	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
A ③	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
A ④	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>意向聞き取り書や施設サービス計画、アセスメント、日々の支援場面や行事等で意向を把握し、施設サービス計画に反映して実施している。モニタリング時や日中の活動時、特に入浴時などは担当職員との関わりから話す機会を増やすようにしている。利用者との接し方については、毎月の職員指導記録に基づいた上司との継続面接により指導し改善を図ったうえで就業規則へと反映する仕組みがある。配慮が必要な利用者には実際の物を見せながら説明する、一人の時間を希望する利用者には席順を配慮するなど、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。各職員が利用者全員に挨拶をし、会話の切り口にしている。担当職員が利用者の行動観察から把握した変化等を記録している。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A ⑤	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程やサービス指針マニュアルのほか、拘束をしないための取組と拘束発生時の対応に関する基本姿勢としての身体拘束廃止に関する指針が整備され、内容は適切に見直しされ、職員研修も実施されている。重要事項説明書及び契約書に権利擁護の具体的な取組を明示し、利用者や家族に周知している。リスクマネジメント委員会の中に身体拘束適正化委員会を設置して月に1回開催し、議事録は各フロアで回覧されている。職員は、年に2回サービス指針に基づいて自己チェックを実施している。事例検討会議を月に</p>		

1回開催し、権利擁護のための取組について検討している。

## 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		
A ⑥	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス指針マニュアルに基づき、施設の清掃チェック表は毎日、居室チェック表は週に1回点検している。照明を白色灯にして、明るい雰囲気を保っている。外からの視線への配慮として各居室の出入り口にのれんを活用する、空調の冷気が直接当たらないよう手ぬぐいを活用するなど環境を工夫している。居室内に仏壇やなじみの品物を置き、談話スペースを設け、ホールにソファを設置するなど好みの場所でくつろいで過ごせる環境づくりを行っている。掲示物は縦書きや横書きを使い分け、利用者の理解しやすい掲示になっている。利用者や家族から絵を募集し、カレンダーやアクリル板など施設内のアクセント等に活用している。</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		
A ⑦	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身の状況や意向を踏まえて入浴形態や方法を検討し、施設サービス計画書に記載して実施している。入浴介助事故防止マニュアルや業務手順書に、個浴槽、ストレッチャーでの介助方法が具体的に示され、安全に入浴するために1対1入浴とし、介助中は基本的に利用者から離れないなどのルールを遵守して実施されている。業務手順書に利用者の意向把握にあたっての考え方や配慮する点が記載され、よく説明をしてから誘導し、脱衣後着衣前等はバスタオルを活用して羞恥心への配慮をしている。曜日ごとの入浴順を一覧表にして職員に周知している。入浴前の健康チェックを行った結果を看護師に報告し、必要に応じて入浴日の変更や方法の変更についての指示を受けて実施している。ストレッチャー式浴槽、個浴槽複数、シャワー複数、個浴槽に対応した4輪入浴リフト複数、移動式シャワーチェア、シャワーチェア複数、バスボード、バスマット複数などの設備を用意している。</p>		
A ⑧	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自然な排せつを促すために水分調整、排便の有無等の記録を行い、排泄チェック表・排便表への記述とタブレット入力で健康状態を記録・確認するとともに、排泄リズムをチェッ</p>		

<p>クし、可能な限りトイレで排泄できるように誘導している。便器用手すり・消臭剤・消毒スプレーを設置し、清掃チェック表によって点検し、便座が仙骨部に触れると痛がる人にはソフト便座にする、移乗ロボットを活用するとともに、1人で立ち上がりが難しい時には2人で役割分担して介助するなど、清潔と安全に配慮している。利用者の尊厳や感情に配慮し、言葉かけで排尿は「1番」、排便は「2番」と表現している。支援方法に変更が必要になる場合はモニタリング会議で検討し、フロア連絡ノートに記録して職員に周知している。排せつ介助やおむつ交換の一般的な手順はあるが、利用者の訴え・要望に基づいた対応の記録はない。</p>		
<p>A ⑨</p>	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;          利用者の心身の状況、意向を踏まえてできるだけ自力で移動できるよう支援している。手すりを使って立位と椅座位を行うなど、下肢筋力の維持への働きかけをしている。車椅子、つえ、歩行器、シルバーカーなど、利用者の状況に適した福祉用具を活用している。床はフラットで、上下階移動はエレベーターを活用している。利用者の心身の状況にあわせて支援方法の検討・見直しを行っている。</p>		
<p>A-3-(2) 食生活</p>		
<p>A ⑩</p>	<p>A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;          気の合う人と一緒にテーブルを囲めるような席順を設定し、目線を気にする人には卓上のプラスチック製ボードに絵画を貼り目線を遮る工夫がされている。配膳は一人ずつ行う、適温配膳になるように暖かい物は直前に盛り付けをするなど、業務手順書に基づいて食事を提供している。共有スペースに献立表を掲示し、主食は希望に合わせて選択できるなど工夫している。食品衛生マニュアルが策定され、給食部門衛生委員会を設置するなど、衛生管理体制が確立している。</p>		
<p>A ⑪</p>	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;          栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング表を用いて栄養状態を把握し、管理栄養士が施設サービス計画と関連付けて栄養ケア計画を作成している。食事摂取のペースを配慮し、必要に応じて「早出し食事」を実施している。利用者の心身の状況や食事・水分の摂取量を把握し、経口での食事摂取を継続するための取組等を行っている。誤嚥・誤飲事故防止マニュアルを策定し、食事中の事故を防ぐための取組を行っている。給食会議を月1回開催し、食事提供、支援・介助方法等について検討と見直しを行っている。</p>		
<p>A ⑫</p>	<p>A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt;          歯科衛生士が口腔ケア計画書を作成している。業務マニュアルに口腔ケアの手順が示され、必要に応じて歯科衛生士が各職員に個別に指導しているが、口腔ケアに関する全体研修は実施していない。歯科医師の検診を毎月1回10名ずつ行うほか、歯科衛生士の助言</p>		

を受け、また、口腔ケア計画書に基づいてチェックをし、必要に応じて診察につなげている。手洗い場に利用者一人ひとりの名前つきのホルダーを設置し、歯ブラシを上向きにして清潔に管理している。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が褥瘡対策・予防の標準的な実施方法を文章化し、居室に掲示して介護職が確認できるようにしている。また、褥瘡発生後の治療に向けたケアが行われている。さらに、褥瘡を食事面から予防するために食事摂取表で食事摂取状況や栄養管理を行っている。褥瘡ケアに関する研修に看護師が参加しているが、最新の情報を施設内で共有し日常のケアに反映するための取組が十分でない。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A ⑭	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引等事業者としての登録にあたり、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と管理者の責任を明確にし、実施手順や個別の計画が策定されている。胃瘻吸引委員会を設置して安全管理体制を構築している。しかし、介護職員による医療的ケアの研修機会を確保するために外部協力医を確保できておらず、胃瘻に関する研修が定期的な実施になっていない。なお、喀痰吸引・経管栄養の対象者は現在いない。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A ⑮	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>目標を設定し、機能訓練指導員がアセスメントに基づいて個別機能訓練計画書を作成しており、モニタリングを行うなど、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。活動時間に散歩や自転車などを取り入れている。判断能力の低下や認知症の症状の変化を把握し、必要な対応を行っている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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。接遇マニュアルやユマニチュードの実践に基づいて支持的・受容的な関りを重視している。認知症 24 時間チェックシートを活用して観察と記録を行い、看護師との連携のもとで症状の改善に向けたケアに反映しており、必要に応じて家族に連絡し家族による専門医の受診を促している。認知症の治療・ケア等に関する最新の知識・情報を得られるよう研修計画に位置付けている。ユニット内にレクリエーションボランティア委員会を組織してフラワーアレンジメントなどの活動を取り入れている。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		

A ⑰	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>対応手順、医師・医療機関との連携体制が事故防止対策マニュアルや緊急時対応マニュアルで明確化されている。看護師が配薬し、食事介助者が氏名を確認してから介助している。利用者一人ひとりの健康状態の記録・管理ができるようになっており、チェック表はiPadでいつでも入力・閲覧ができるが、個別ファイルは継続的な情報になっておらず、整合性がなく確認しにくい。また、サービス指針マニュアル、業務手順書で服薬管理の業務手順が定められ個別ファイルには薬に関する情報が記録されているが、薬の効果や副作用等に関する研修は実施されていない。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑱	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ターミナルケアサービス指針及び看取りに関する指針において、終末期を迎えた場合の対応手順や医療機関等との連携体制が明らかになっている。利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と施設のケアについての説明を実施している。終末期のケアに関する研修を実施している。死亡から2週間以内に「偲びのカンファレンス」が開催されているが、職員の精神的なケアには至っていない。ターミナル介護記録は1日1枚作成し永年保管となっており、相談員は週に1回以上家族に連絡している。</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		
A ⑲	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>広報誌などの送付書類には必ず近況報告を同封している。家族にサービス担当者会議の日程を案内して参加を促している。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郵送書類を拡大コピーするなど分かりやすい文書に努め、電話で直接連絡も行っている。計画書送付時に意向聞き取り書を同封し、意向を把握している。3年前までは家族懇談会で満足度アンケートを実施していたが、現在は意向書の回収で対応し、個別に申し出があれば相談や要望について対応している。オンライン面会や施設内の様子の写真を送付しているほか、通話の支援など、利用者や家族がつながりをもてるよう支援している。</p>		

#### 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		
A ⑳	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