

福祉サービス第三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：特別養護老人ホーム 小鹿苑	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：望月 美宏	定員（利用人数）：	80名
所在地：静岡市駿河区小鹿1丁目1番24号		
TEL：054-284-0021	ホームページ： http://www.siz.saiseikai.or.jp/oshikaen/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：昭和62年10月		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人恩賜財団済生会支部静岡県済生会		
職員数	常勤職員：52名	非常勤職員 49名
専門職員	介護職員 54名	医師 1名
	介護支援専門員 5名	看護師 10名
	機能訓練指導員 1名	准看護師 0名
	相談員 7名	栄養士 1名
	事務職員 6名	調理員 0名
施設・設備の概要	定員に対する個室の割合 1.25%	定員1人当たり居室面積 9.40㎡
	食堂 2か所	

③理念・基本方針

【理念】

私たちは、ご利用者一人ひとりの声に耳を傾け、真に、ご利用者の立場に立った支援を実践します。

【基本方針】

適切な健康管理のもと、家族的な安らぎの場を提供するとともに、自立支援に向けて地域へ施設機能を提供します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 静岡済生会総合病院との連携のもと、医療・保健・福祉の一体化を図り、高齢者が施設や地域において、安心してその人らしく暮らせるよう支援しています。
- 2) 住民の居場所作りのために、「小鹿苑カフェ」の開設や介護予防体操の「しぞ〜かでん伝体操」を行うスペース提供や講師の派遣などをして、地域住民との顔の見える関係を構築しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年5月12日（契約日）～ 令和5年12月13日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 福祉の動向と経営状況を、表やグラフなどを作成し的確に把握・分析しています。
- * ビジョンを明確にした具体的な「第3期中期事業計画」（令和5－9年）および「収支計画」を策定し、適宜見直しもしています。
- * 地域住民が憩うことが出来る「小鹿苑カフェ」を開催するとともに、施設職員の知識等を地域に還元する「出前講座」を行うほか、市の福祉避難所として備蓄品の保管なので協力するなど、地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業活動を積極的に行っています。
- * 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を整備し、施設内に相談業務職員の顔写真を掲示するなど、利用者に伝えるための取組が行われています。
- * 介護事故防止・対応マニュアルを整備し、リスクマネージャーを選任しています。介護事故予防対策委員会を設置し、利用者の安全・安心を脅かす事例を収集し、要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われています。
- * 施設介護支援業務マニュアルを定め、アセスメントに基づく個別的な福祉サービス実施計画を策定し、定期的に評価・見直しを行っています。
- * 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、パソコン等のネットワークシステムにより、職員間で共有しています。また、個人情報保護方針および文書取扱規程を定め、適切に管理が行われています。
- * 施設の造りは、廊下が広く車いすやストレッチャー等が通りやすくなっています。
- * 中庭があり、日当たりも良く外気が入りやすく明るいです。
- * 施設の中がどこも掃除が行き届いています。

◇改善を求められる点

- * 自己評価の実施がなく、組織的に評価を行う体制の整備をしていません。令和3年以降の苦情がホームページにアップされていないなど、改善の取組が十分ではありません。
- * 事業計画策定に関し、職員等の参画がなく、定められた手順等もありません。
- * 職員面談の実施も含めて、職員周知の取組が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審させていただきました。職員一人一人が普段の業務を振り返り、またその内容をチームで検討するという、とても貴重な機会となりました。

外部の方との面談では、自分たちでは気づかない多角的な視点が、大変参考になりました。良い評価を頂いた点は、職員全体の自信や励みにもなったと思います。同時に今後、改善が必要だご指摘いただいた点については、施設全体でその改善点ひとつひとつ丁寧に、改善に向け取り組んでいきたいと考えます。

今後も「私たちは、ご利用者一人ひとりの声に耳を傾け、真に、ご利用者の立場に立った支援を実施します」という基本理念のもと、一層利用者様・ご家族様に安心したサービスを提供できるよう、また、地域にも貢献できる施設を目指してまいります。

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。

(別紙)

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。	b
<コメント> 基本方針は職員の行動規範となるもので、理念とともにパンフレット、ホームページ等に記載され、朝礼の際に基本方針を唱和しているが、職員や利用者・家族への周知状況の確認がないなど、周知の取組が不十分である。		

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> 福祉の動向と経営状況を、表やグラフなどを作成し的確に把握・分析している。法人本部から情報等を入手し、老施協・関係職員研修会等にて情報収集している		
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> 経営課題及び改善策は「経営状況報告」で明確にし、役員と情報共有をしている。職員周知もしている。		

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。	a

<p><コメント> ビジョンを明確にした具体的な「第3期中期事業計画」（令和5－9年）及び「収支計画」を策定し、適宜見直しもしている。</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。	a
<p><コメント> 「第3期中期事業計画」を踏まえた、数値を明示した具体的な内容の「事業計画」を策定している。</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。	c
<コメント> 職員等の参画のもとで策定されてなく、定められた手順がなく見直しもしていない。		
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
<コメント> 家族会で事業計画を配布しているが、「行事計画」の説明止まりで、「事業計画」の説明はしてなく、分かりやすく説明した資料の作成もない。		

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。	c
<コメント> 自己評価の実施がなく、組織的に評価を行う体制も整備していない。 令和3年以降の苦情がホームページにアップされていないなど、改善の取組が十分でない。		
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。	c
<コメント> 自己評価の実施がなく、組織的に評価を行う体制も整備していない。		

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
<コメント> 方針や自らの役割と責任等を表明し、有事における管理者の役割と責任などについても、明確にしているが、職員への周知が十分でない。		
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。	b
<コメント> 「法令遵守規定」があり、担当は明記され、コンプライアンス研修を実施して、コンプライアンス委員会も設置しているが、遵守すべき法令等のリスト化がなく、具体的な取組として十分でない。		
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。	b
<コメント> 利用満足度調査を定期的実施し、調査結果を表やグラフ化するなど分析もしている。入浴委員会や環境委員会などで質の向上に努め、職員の教育・研修の充実を図っているが、具体的な体制の構築がなく、管理者として、職員との意思疎通が不十分である。 コロナ禍により、職員面談を2～3年実施していない。		

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。	b
<p><コメント> 人事、労務、財務等を踏まえた分析や環境整備等に取り組んでいるが、組織内に意識を形成するための取組を行ってなく、具体的な体制の構築もない。</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。	b
<p><コメント> 「第3期中期事業計画」にて方針の明記があり、理事会資料に具体的な計画の記載があるが、(現場の声として)効果的な人材確保になっていない。育成については、「法人研修計画」に育成に関する計画の明示がある。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント> 人事基準を明確にし、キャリアパスの仕組みを確立しているが、「期待する職員像等」を明確にしてなく、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ない。</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。	b
<p><コメント> 責任体制は明確で、改善策は「事業計画」に反映しており、職員の就業状況も把握されているが、職員の悩み相談窓口の設置がなく、総じて、各職員が意向等を施設長に伝える環境にない。</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。	b
<p><コメント> 目標管理のための仕組みが構築され、適切な目標設定になっているが、2～3年面接を実施していない。</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。	b
<p><コメント> 「事業計画」に専門資格等を明示し、研修計画にもとづき、教育・研修が実施されているが、「期待する職員像」の明示がない。評価や見直しは実施されている。</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。	b
<p><コメント> 取得状況等を把握しており、苑内研修も含め研修の場に参加できるよう配慮しているが、適切な形でのOJTを実施していなく、勤務形態上、研修参加が厳しい実態がある。</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。	b
<p><コメント> 「実習生マニュアル」があり、学校側と連携して実習実施しているが、指導者に対する研修を実施していなく、プログラムも用意していない。</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。	b
<p><コメント> ホームページに情報を適切に公開し、パンフレットを玄関に置き、『小鹿苑カフェ』などを通して存在意義や役割を明確にするように努めているが、配布は実施していない。令和3年以降の苦情がホームページにアップされていない。</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。	b
<p><コメント> 「経理規定」「職務分掌」があり、内部監査を実施し、外部の専門家による監査支援等を実施しているが、職員周知がされていない。</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。	b
<p><コメント> 施設の目的に「地域社会の福祉拠点となる活動を行う」と明示している。また、地域の情報は、併設されている地域包括支援センターで得ることが出来る。さらに、「県立短大祭り」など地域の行事に参加し、地域のこども食堂に職員がボランティアで参加している。しかし、併設されている病院のコンビニでほとんど必要なものを得ることが出来ることから、地域へ出かける取組は行っておらず、十分ではない。</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。	b
<p><コメント> ボランティア受入れ規定を定め、基本姿勢を明文化しているが、地域の学校教育等への協力についての基本姿勢を明文化しておらず、ボランティアに対する研修・支援についても、十分ではない。</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。	b
<p><コメント> 法人内の高齢者福祉施設との連携は取られ、定期的に情報交換等を行っているが、地域の関係機関等を明示した資料等が策定されておらず、職員間で共有されていないなど、地域の関係機関等との連携が十分ではない。</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><コメント> 学区の地域支え合い体制づくり実行委員会に参加し、地域の要支援者の情報把握に努めている。また、地区社協では地域福祉・困りごとアンケートを実施しており、地域の福祉ニーズを把握している。</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><コメント> 地域貢献委員会を定期的を開催し、要望に応じる形で、地域の住民が憩うことが出来る「小鹿苑カフェ」を毎月2回開催するとともに、施設職員の知識や経験を地域に還元させる出前講座（7項目）を行っている。また、市の福祉避難所に指定され、備蓄品の保管などで協力し、地域住民の安全・安心のための支援に取り組むなど。公共的な事業・活動を積極的に行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>基本理念に利用者の声に耳を傾け、利用者の立場に立った支援をすることを明示しているが、職員が理解し実践するための取組が十分ではない。なお、「介護マニュアル」により利用者の尊重や基本的人権に配慮したサービス提供に関する基本姿勢や標準的な実施方法を示し、必要に応じて見直しを行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護等に関する規定・マニュアルが整備され職員への周知が図られている。また、介護マニュアルにおいて、接遇や入浴、排泄等におけるプライバシー保護に関して記載されており、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ことを確認した。</p> <p>利用者や家族に対しては、入所契約時にプライバシー保護及び権利擁護について説明していることを確認したが、取組の周知までは確認できなかった。</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。	b
<p><コメント></p> <p>併設されている「地域包括支援センター」で、パンフレットを入手することは可能であるが、公共施設等の多くに人が入手できる場所には置いておらず、十分ではない。なお、パンフレットは見やすく、施設の見学や利用希望者には、写真を用いて分かりやすく説明を行い、デイサービスやショートステイを利用して体験できる対応を行っており、ホームページの改善も検討されている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>介護保険外のサービスについては、表を用いて分かりやすく説明が行われ、入浴や食事等介護サービスの変更については相談窓口を設置し、連絡票を用いて家族に連絡している。しかし、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ておらず、十分ではない</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容の変更において、担当職員によるケース検討及び支援会議において、不利益が生じないよう福祉サービス計画書を策定している。また、福祉サービスの利用が終了した後も利用者や家族等が相談できる窓口が設けられている。しかし、移行に関する引継ぎ文書は定められておらず、終了後の相談方法を記載した文書を手渡していないなど、十分ではない。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>満足度に関する調査を毎年、家族に行っており、リーダー長会議において集計して把握している。また、年2回の家族会に職員が出席している。しかし、利用者会議を開催していないなど、その向上に向けた取組が十分ではない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制が整備され、仕組みが分かりやすく説明した掲示物を掲示しているが、配布していない。また、苦情を申し出やすくするために投書箱を複数設置し、苦情の検討内容を家族にフィードバックしており、対応と解決を図った記録の保管をしている。しかし、福祉サービスの向上への取組において、十分に機能していない。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書に利用者が相談したいときには複数の相談業務職員から相手を選択できることを記載し、施設内に相談業務職員2人の顔写真を掲示するなど、利用者に分かりやすいように取組んでいる。また、相談しやすいように面談室を整備している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>意見箱を設置し、毎年2月にケアマネジャーによる面談を行い、利用者意見を積極的に把握し、リーダー会議で検討している。しかし、意見を受けた後の手続き等を定めたマニュアルが整備されておらず、対応が十分ではない。</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><コメント></p> <p>介護事故防止・対応マニュアルを整備し、リスクマネージャーを選任し、介護事故予防対策委員会を設置して、毎月の委員会で評価見直しの検討結果を、パソコンで職員に配信し、情報の共有を図っているなど、リスクマネジメント体制が構築されている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>感染対策マニュアルを整備し職員に周知し、看護師が中心になって研修を行い、定期的に見直しを行っている。また、小鹿苑BCP（by 新型コロナ対策）では役割分担を明示するなど組織として体制を整備しているが、昨年、新型コロナウイルスのクラスターを発生させてしまうなど、取組が十分ではない。</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。	b
<p><コメント> 災害時の対応マニュアルを整備し、災害時の事業継続計画を定めている。また、食料の備蓄リストを作成し、管理者を定めて備蓄を整備している。なお、消防署との連携は取られているが、警察、自治会と連携しての訓練は行っておらず、利用者及び職員の安否確認についてはスマホを用いた安否コールが整備しているが、訓練において確認できなかった職員がいるなど、十分ではない。</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。	b
<p><コメント> 介護マニュアルで標準的な実施方法が文章化し、利用者の尊重及びプライバシー保護について記載しているが、権利擁護については明記していないなど、十分ではない。なお、新人職員の業務チェックリストや職員の意向調査で実施しているか否かを確認する仕組みが整い、研修委員が中心になって内部研修や外部研修の報告などにより職員への周知徹底が図られている。</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。	b
<p><コメント> 毎年行われる職員の自己評価などを基に、リーダー会議で検証・見直しを行い、個別的な福祉サービス実施計画に反映している。しかし、利用者からの意見を反映させる仕組みがなく、十分ではない。</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><コメント> 施設介護支援業務マニュアルで関係職種職員の合議により、利用者の意向把握を含んだ手順を定め、必要に応じて医師の指示を受け、利用者の具体的なニーズを明示した福祉サービス計画書を策定している。また、モニタリングと本人聴き取りにより、計画どおり実施されているか担当者会議で確認し、必要に応じて看取りカンファレンスも行うなど、個別的な福祉サービス計画を適切に策定している。</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><コメント> 施設介護支援業務マニュアルに基づき、定期的に関係職種職員によるサービス担当者会議により、手順に沿って評価・見直しを行い、変更した福祉サービス実施計画の職員への周知はパソコン等を用いた配信により徹底している。また、利用者の自立の可能性を最大限引き出</p>		

す支援を基本とし、標準的な福祉サービスの向上に関わる課題等も、適切に組織として実施している。		
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
<コメント> 介護マニュアルに記録に対する手法を定め、職員で記録に差異が生じないように指導し、パソコン等のネットワークシステムを整備し、施設内で情報を共有する仕組みが出来ている。		
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
<コメント> 個人情報保護方針及び文書取扱規程を定め、職員事務分掌で責任者を設置し、重要事項説明書により利用者や家族に説明するなど、利用者に関する記録が適切に管理されている。		

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
<コメント> 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を職員が把握・理解し自立に向け出張コンビニで、自分の好きな買い物をしておやつにしたり、シーツ交換を介護士と一緒にいたり、洗濯物をたたんだりして「誰かの役に立っている」と動機づけし利用者が日常生活の中で役割がもてるように工夫されている。また、一人一人に施設サービス計画書が作成され、本人の希望が反映されている。さらに計画書を基に担当者会議が行われている事が記録されている。		
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。	評価外
<コメント> 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。		
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。	評価外
<コメント> 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。		
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。	b
<コメント> 利用者の思いや希望を把握できるように、耳が遠くて話す事が困難な人場合は筆談で、視力が弱い人には必ず側に座り背中をさすったりして利用者に合わせたコミュニケーションをとっている。また、利用者の名前をさんづけで呼び、ちゃんづけでは呼ばない事を職員に周知させ、「60人-1人は0人になる。」と利用者の尊厳に配慮した言葉遣い出来るように気づかせ、ブロック会議で職員全員に周知している。課題が出た場合は、リーダー会議でコミュニケーションの方法や支援について見直しが行われている事を確認した。しかし、職員全員の言葉遣いが徹底されていない。		

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
<p><コメント></p> <p>身体拘束・虐待等のマニュアルは作成され職員に周知され、利用者の権利擁護についての会議や職員への理解が図られており、書面でも確認した。</p> <p>また、権利擁護の規定やマニュアルも整備されており、権利擁護の具体的な取組を利用者や家族に周知していることを確認した。虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会で発生後の対応については定められているが、再発防止に関する明確なしくみや方法を示すことが望まれる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設自体は古い印象はあるが、清掃がどこも行き届き廊下も広く廊下で散歩等を利用者が出来る環境があり中庭から外の気配が常に感じられる。また、利用者の人との関りの意向等を把握する取組や改善をブロック会議等で定期的に行っている。しかし利用者が体操したり、食事をしたりするスペースが狭く隣の人との距離が近く快適でくつろぎやすい環境とは言えない。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を職員自らが体験しシャワーネットから湯船につかる方法に変更したり、入浴表を作成し毎日更新し、その人に合った入浴に取り組んでいる。安全に入浴できるために、1対1の入浴とし利用者から離れないルールを遵守している。また、脱衣後着衣前のタオル活用を行い羞恥心への配慮をしている。また、看護師が、利用者の日々の体調を確認し、必要に応じて機能訓練士とすぐに連携がとれる仕組みを構築している。さらに、病院受診等の日や必要に応じて入浴出来る対応が出来るようにしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>排泄支援を利用者の心身の状況や意向を踏まえ、一人ひとりに合わせた排泄表を作成し、排泄量・漏れチェック・体調の変化・パットの当てる位置等を記入し、職員が周知して介助を行っている。また、介助を行う際には利用者の尊厳に配慮して、においを指摘しない事や、小さな声で対応するように取り組んでいる。排泄の支援として下剤や寒天・食物繊維の多い物からの摂取を行い自然な排泄が出来るように援助している。さらに、おむつ交換は時間対応でなく、出来る限り早い対応にして、利用者が触ったりすることが無いようにしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身状況や意向を踏まえ出来るだけ自力で移動できるように支援している。移動の自立支援として「半分は自分の力で頑張る。」と具体的な言葉で伝える働きかけをしている。また、一人一人のケアプランとして、移動の介助方法・状況に適した車いす等を機能訓練士と相談して対応している。床や廊下はフラットで障害物を置かないで利用者が移動しやすい環境を整えている。支援方法の検討・見直しも行われている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>食事をおいしく食べられるように献立や味付けがなされている。季節の行事食やおやつに工夫が見られ利用者に合った提供がなされている。衛生管理のマニュアルが策定され見直しも行われている。また、気の合う人と一緒に席を設定している。さらにパンの種類等で利用者の希望に添えるようにしている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりに管理栄養士が、栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング等の栄養ケアマネジメントを作成し実施している。利用者の心身の状況に応じて、「とろみ」の付け方も4種類くらいあり嚥下能力に配慮した提供をしている。また、利用者の食事のペースが他の利用者よりゆっくりの場合は、早出しとして30分前に提供し終わる時間を一緒になるように工夫している。その為の早出しリストも作成され、職員に周知されている。「無理に食べさせることは虐待。」と具体的に職員に伝え、食事が楽しい物になるように配慮している。メモリ付きコップでの水分補給を行い水分量の把握を行っている。食事時の事故発生の対処の方法等や水分補給のマニュアルの策定を行い日ごろから事故防止に取り組んでいる。</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。	b
<p><コメント></p> <p>口腔ケアについては、利用者が主体的に出来るように夕食後は各自の名前の付いた歯ブラシとコップを用意して、落ちが無いよう全員が出来るように実施している。また、毎月口腔委員会を開催したり、毎週金曜日には歯科医の定期的な指導を受け、利用者一人一人の口腔内のチェックを行い記録している。口腔体操も行って口腔機能の維持にも努めている。また、職員が口腔ケアに関する研修には参加しているが、他の職員に報告会を行っていない為に取組が十分ではない。</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
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防対策には取り組んでいる。また、発生後の治療に向けたケアが行われ、利用者の情報を職員は会議や記録から共有して日常のケアに取り入れている。また、機能訓練士や看護師と連携してケア方法を検討している。「口から食事をする。」「食べる。」という事を目標に正常な状態に戻すことをしている。褥瘡対策は介護マニュアルの中には記載されている。ポジショニングの目的や注意点は記載されているが、標準的な実施方法が文書化されていない。また、実施方法について職員に周知徹底が出来ていない為、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		
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
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養の実施については、実施手順が記載されたマニュアルがあり、利用者の個別計画が策定され記録もされている。また、医師の指示にもとづき適切に行われている。マニュアルの中には、介護士が出来る医療行為が文章化され職員に周知されている。また、外部の職員研修に参加したり実地研修も行っている。研修参加文書の確認も出来必要な対応を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じた機能訓練や介護予防が機能訓練士の助言によって、生活リハビリを行っている。また、一人ひとりの個別機能訓練計画書が作成され、評価・見直しもチェックリストを用いて行われている。判断低下や認知症の早期発見を看護師や機能訓練士と連携して行っている。しかし、利用者が生活維持や介護予防に主体的に取り組むための支援は行われていない。また、利用者 80 人に対して機能訓練士が 1 人なので、十分な対応が出来ているとは言えない。</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。	b
<p><コメント></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。介護マニュアルの中の接遇の中に言葉遣い等が記載され利用者に配慮することが書かれ実践され「隣に座る時間を確保する。」という目標を職員で共有し、「人を感じさせる。ひとりじゃないよ。」を目標に利用者に寄り添う支援を行っている。また認知症の利用者が、安心して落ち着ける空間に移動する工夫を行ったり、個人やグループで歌等の継続的な活動を行っている。職員は認知症の研修を受けている。行動・心理状態がある利用者には医師や看護師と連携して症状の改善に向けたケアや、療育指導（精神科）で薬の調整を行っている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>体調急変の場合の対応手順・医師・医療機関との連携体制が看取りマニュアルの中に細かく記載され明確化されている。日々の健康確認や状態を記録している。救命救急（高齢者救急）認定看護師から、具体的な実施方法や研修を受けている。また、喉の仕組みの事を職員全員で研修を行っている。さらに利用者の体調変化や異変で「ちょっと変。」と思ったら看護師にすぐに伝えたり、近くにいる誰かに伝えるよう職員には周知させている。しかし、職員に対して高齢者の病気や薬の効果や副作用に関する研修は実施していない。</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
<p><コメント></p> <p>看取りのマニュアルが作成され、利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針や手順・医師や併設された医療関係部署との連携が文書化され明確になっている。ケアプランを関係職員で共有し家族に説明する取組が行われている。また、年度末に終末期のケアに関する全体研修を行い看護環境の見直し等の振り返りをおこない質の向上に繋げている。</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		
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
<p><コメント></p> <p>家族に対し定期的な広報誌や介護士からの手紙を送付し利用者の状況を知らせその後に家族に電話をかけより詳しい状況を伝えている。また、ケアプランも送付し意見を聞いたり、行事にも家族2人まで参加できる体制を作って利用者と家族がつながりを持てるような取組を行っている。面会もコロナ禍を経て予約制で1回15分の制限はあるが再開し支援している。</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		
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。	評価外
<p><コメント></p>		