

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

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： 特別養護老人ホーム しんぱらの家	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名： 山下 真	定員（利用人数）：	80 名
所在地： 浜松市浜名区新原 4 0 9 2 - 2		
TEL：0 5 3 - 5 8 4 - 1 0 7 7	ホームページ：	https://www.tenryukohseikai.or.jp/kourei/shinpara/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成 16 年 2 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 38 名
専門職員	（専門職の名称） 名	介護支援専門員 1 名
	生活相談員 2 名	看護師 5 名
	医師 2 名	ケアワーカー 51 名
	管理栄養士 1 名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	入所 80 床 短期入所 10 床	家族介護者教室 セミパブリックホール 食堂 機械浴室

③理念・基本方針

基本理念 「九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん」
 基本方針 入居者の願いや希望、望む生活は何か、職員一同は入居者と生活を共にし、寄り添いながら少しでもそれを叶え、入居者と職員が共に楽しむことができる暮らしが創造されることを目指します。また「ご利用者一人ひとりの人生を尊重します」を基本方針を掲げ、ケアの追求に終わりはなく、課題は次々と出てきますが、判断に迷った時は常にこの基本方針に振り返り、自己点検をしながらサービスの見直し、質の向上を図っていきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人設立当初より地域で一番困っている方を受け入れるという姿勢を持ち、困難ケースや緊急対応の依頼があれば受け入れる姿勢を持ち、実践している。
- 2) 特別養護老人ホーム、短期入所、通所介護、訪問入浴、居宅介護支援を事業として行い、短期入所、訪問入浴は障がい者の方々の支援も行っており、総合的に福祉・介護の提供を行っている。
- 3) 待合コーナーや介護者教室を利用し地域の方との交流スペースとなっており、ご利用者と

地域の方との交流の場ともなっている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 7 年 6 月 30 日（契約日） ～ 令和 8 年 3 月 13 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2 回（平成 29 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

質の高いサービスを提供するとともに、職員の負担を軽減し働きやすい職場環境作りに努めるため配置基準より多くの職員を配置しています。

入浴時に泡シャワーを導入したことで、肌の保湿に関する満足度が高まったとともに、職員の業務の負担軽減になっています。

転倒のリスクがある場所には、衝撃吸収のための「ころやわマット」を敷き、怪我予防のための対策をとっています。

地域に根差した施設であるために、施設が地域の資源として活用されるよう地域で行われる会議等に積極的に参加しています。

◇改善を求められる点

社会資源の希望がある場合に個別に情報提供していますが、各ユニットやフローに掲示される等、いつでも誰もが情報を得ることができていません。

苦情解決の仕組みは確立していますが、施設に設置している意見箱には記入用紙や筆記具が用意されていません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審させて頂く事で、自施設の現状について自己点検ができ、自己点検の結果から施設の特色、強み、弱み（課題）が確認できました。これらを、今後の施設運営に活かしながら施設がご利用者、ご家族、地域の方へより良いサービス提供を行う為の改善点ができました。今後はこれらの課題を修正し、更なるサービスの質の向上を行っていきます。

また審査により、客観的な評価を頂けた事により、研修等の課題、ご家族様や地域の方への情報提供の在り方、公益的な取り組みに関する課題がある事が理解できました。結果に関して施設内で情報共有を行いながら、より良い施設運営に繋がれるよう取り組みを行っていきたいと考えます。

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
〈コメント〉 基本理念や行動指針は法人事業計画の他、広報誌「あかまつ」、法人ホームページにも記載されています。また基本方針が中長期計画に落とし込まれ、そこから事業所の具体的施策、各職種の具体的な取り組みに繋がっています。事業所内の朝礼で指針の読み合わせがされています。		

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・b・c
〈コメント〉 月次経営成績表で動向の把握や分析が行われています。また県老協や地域の連絡会等への参加を行い、把握、分析に努めています。		
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。	a・b・c
〈コメント〉 ISO で部署目標・個人目標が掲げられ進捗状況を確認し、経営成績表で現状分析を行っています。また経費削減も実施しています。		

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
〈コメント〉 第8期中期計画には、①理事長からのメッセージ②基本理念・事業の目的・スローガン③経営目標④人材戦略⑤投資支出計画⑥資金計画⑦情報戦略⑧強く信頼される組織づくりが記載されています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 中期経営計画をもとに単年度の事業所の具体的取り組みが策定されている他、事業計画も策定されています。事業所の具体的取り組みの達成状況、成果確認は個人評価を実施し、集計したものを統括表として集計しパフォーマンスレポート報告会で経営層に報告しています。		

1-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	1-3-(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。	②・b・c
<コメント> ISO の手順基準順により実施状況を確認しています。その結果は、管理職会議、運営会議、職員会議で周知しています。		
7	1-3-(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・⑥・c
<コメント> 事業計画書は、玄関及びユニット入口に常時掲示していますが、わかりやすく説明した事業計画ではありません。また利用者や家族に説明をしていません。		

1-4 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
1-4-(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	1-4-(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。	②・b・c
<コメント> 自己評価は毎年行っています。利用者満足度調査、虐待防止チェックリストを定期的に実施し職員にフィードバックしています。第三者評価も法人の計画に基づき実施しています。		
9	1-4-(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。	②・b・c
<コメント> 虐待防止チェックリスト、自己評価の課題を分析し職員と共有しています。生産性向上委員会で職員からの意見を集約し、改善を図っています。		

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。	②・b・c
<コメント> 事業計画書に明記し、全員に配布しています。また職員会議でもレジュメに明記し表明しています。また役割と責任については、職務分掌等についても事業計画書等に文章化しており、有事の際も役割と責任が明文化しており、不在時の権限委任等も明確にしています。		
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	②・b・c

	っている。	
＜コメント＞ 施設長は法令遵守に関して理解しており、職員に対し周知しています。他団体・他分野への研修にも参加しています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 職員の自己評価一覧表を作成し、要点をまとめています。係長主任者会議等にフィードバックした課題の中から業務改善に繋がるよう意見を取りいれて反映しています。		

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。	①・b・c
＜コメント＞ 経営成績表を作成し、分析しています。稼働率の数値目標を設定し経営改善にも努め、職員配置を増員し職員の負担軽減を図っています。		

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。	①・b・c
＜コメント＞ 人材育成必携「私たちの法人天竜厚生会」に求める職員像を示し、人事考課は、理念、行動指針に則った内容としています。人事制度要綱、キャリアパス制度等を整備し、有資格者一覧を作成し、階層研修など、統一した人材育成を行うようにしています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	①・b・c
＜コメント＞ 人材育成必携「私たちの法人天竜厚生会」、人事制度要綱、キャリアパス制度等が整備されており運用されています。ジョブチャレンジ、社内留学、出向制度、求職登録等があり、活用されています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 有休日数は有休所得一覧表、時間外は時間外命令簿、勤怠管理システムで把握し、ワークライフバランスに配慮しています。職員へは互助会の加入を含め、福利厚生が受けられるようにしています。ハラスメント対応窓口が法人にあり、働きやすい環境づくりを行っています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞職員の資質向上に向けた仕組みがあり運用されています。職員それぞれに目標設定がされており、進捗状況の確認が行われています。職員に対しての面談が行われ、育成に向けての取組が行われています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞期待する職員像は、法人の人材育成必携「私たちの天竜厚生会」で示され、人事制度要綱にてキャリアアップが明示されています。研修内容もスマイルブックを活用するなどしてバージョンアップされています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞職員個々の資格取得や力量把握については有資格者一覧表に記録しており、施設長は未受講者が受講できるよう配慮しています。またウェブ研修を導入し受講しやすい環境に配慮しています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢を示し、専門職の研修、育成についてマニュアルを整備しています。また実習指導者の研修に参加しています。		

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。	①・b・c
＜コメント＞運営に透明性を確保するため、ホームページにて福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公開しています。また広報誌「あかまつ」を地域に向け発行しています。		
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。	①・b・c
＜コメント＞公認会計士及び監査法人による監査が定期的に行われています。その際に、指摘事項があれば、経営改善指導書に基づき、対応しています。		

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・①・c
〈コメント〉 利用者と地域との交流を広げるため地域に働きかけていますが、地域の社会資源の情報提供については、自ら伝えることのできる利用者の対応が中心になっています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 ボランティア受け入れマニュアルが整備され、基本姿勢や受入手順が明確になっています。サマーショートボランティア、高校生ボランティアの受け入れ等行っています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 生活支援体制づくり協議会に参加し、関係機関との連携を図っています。協議会で共有した地域の課題は職員に周知しています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 法人及び地域で開催される会議に参加し、生活課題を把握し、対応策について協議しています。		
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・①・c
〈コメント〉 地域の社会資源を受け入れ地域住民の方々とともに交流しています。浜松市と福祉避難所の設置の協定を結んでいます。地域課題について協議会で検討していますが具体的な計画には至っていません。		

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。	②・b・c
<コメント> 事業計画に利用者を尊重したサービスの実施について明記し、倫理やプライバシーや虐待防止や身体拘束廃止等の研修を実施して職員に基本的人権の配慮についての意識付けをしています。また、標準的な実施方法を明記した利用者サポート帳を整備して、定期的にセルフチェックを実施しています。		
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・⑥・c
<コメント> 実際にはプライバシーに配慮したサービスを提供してしていますが、プライバシー保護に関するマニュアルの記載が具体的ではないため十分とはいえません。個室である自室のほか、必要に応じて施設の会議室等を貸し出す等、プライバシー保護のために工夫していますが、利用者や家族への説明に関しては、人権擁護の視点が十分ではありません。		
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・⑥・c
<コメント> 写真やイラストを用いた親しみやすく分かりやすいパンフレットを作成し、施設内の設備や嘱託医が変更になる際に、パンフレットの内容も見直しをしています。施設見学や利用希望者にはパンフレットに沿って個別に説明と施設案内を実施し、入所を希望する人の体験入所の受け入れもしています。パンフレットは法人内の事業所に置いているため、不特定多数の人が入手できる状況にはありません。		
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・⑥・c
<コメント> 利用希望者の多くは自己決定が難しいと思われませんが、利用者の情報をできるだけ多く得て利用者の自己決定を促し尊重するよう努めています。サービスの開始や変更時の内容は、利用者や家族等の同意を得た上でケアプランに反映をさせています。しかし、サービスの開始・変更について、分かりやすい言葉で説明をしているものの、パンフレットのように写真やイラストを用いて分かりやすく工夫した資料はありません。		
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・⑥・c
<コメント> 福祉サービスの内容に変更がある場合、多職種が会議等で検討し不利益が生じないよう配慮しています。他の施設等に移行する場合、移行先から求められる書面を用意して確実に引継ぎを行っていますが、施設として引継ぎに関する手順や書面は用意をしていません。また、移行したあとも相談員が窓口となって対応していますが、それを明記した書面はありません。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者満足度調査を定期的実施し、調査の結果は施設内で共有して具体的な改善について検討しています。職員が敬老会に参加して、直接満足度を聞き取るほか、感染症予防及び入居者の事故防止の観点から、面会は原則事前予約制にしています。		
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・①・c
〈コメント〉 苦情解決の体制が整い、苦情解決の仕組みを記したポスターを掲示しています。苦情解決の体制については、重要事項説明書に明記しマニュアルを整備して、入所契約時に説明をしています。寄せられた苦情については、毎月1回施設で行っているリスク会議で検討し、利用者や家族等にフィードバックをしています。また記録を適切に保管し、利用者や家族等が同意をした苦情については、法人のホームページで公表をしています。意見箱を設置していますが、記入用紙や筆記具は用意がなされていません。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 重要事項説明書に、相談をする方法が複数あることや誰にでも相談ができることを明記し、入所契約時に説明をしています。また、施設の事務室前に自由に見ることができる各種資料を用意しています。相談室のほかにパブリックスペースを使う等、相談しやすい環境を整えています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 利用者等の意見を把握する取組みとして、利用者等が相談をしやすいように面会を事前予約制にしたり、定期的に満足度調査を実施しています。相談や意見を受けた際は、苦情受付マニュアルに沿って迅速に対応し、リスク会議で検討した結果は施設全体で共有しています。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 リスクマネジメントに関する体制を整備し、重要事項説明書や事業計画書に每期しています。事故発生時のマニュアルを整備し、年度初めに読み合わせをして職員に周知をしています。利用者の安心と安全を脅かす事例検討を毎月ユニット会議で実施し、事故防止策等の実施状況や実効性についてはリスク会議で評価を行っています。		
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。	①・b・c

＜コメント＞感染対策委員会を設置しています。感染症マニュアルを整備し、毎年研修を実施して職員に周知しており、染症が発生した場合はマニュアルに沿って適切に対応しています。感染症対策委員会等でマニュアルの見直しが必要か否かを毎年検討し、必要な場合はマニュアルを修正しています。		
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。	②・b・c
＜コメント＞ 災害時の対応体制を整備し、マニュアルに明記しています。BCP計画を策定し、それに基づき食料や備蓄リストを作成し管理しています。利用者および職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知しています。毎月消防署の協力を得て、避難訓練を実施しています。		

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
＜コメント＞事業計画書に標準的な実施方法を明記しています。また、利用者サポート帳に、利用者の尊厳、権利擁護、プライバシーの保護にかかわる姿勢を明示し、各種会議で周知徹底をするための確認作業をしており、権利擁護にかかわるチェックリストを実施していますが、標準的な実施方法に基づいてサービスが実施されているかを確認する仕組みとしては十分ではありません。		
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。	②・b・c
＜コメント＞ 福祉サービスの標準的な実施方法は、法人のケアワーカー連絡調整会議で都度検証しています。また、施設内から出た意見や提案はケアワーカー連絡調整会議で協議してマニュアルの検証・見直しに反映しています。		
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
＜コメント＞ isoの教育マニュアルに基づき、多職種によるアセスメントを実施し、家族から利用者の意向等を聞き取って福祉サービス実施計画を策定しています。チェックリストで日常的な支援を見直すことができ、福祉サービスについては、毎月進捗状況を確認し、サービスの変更があれば随時計画の修正を行っています。		
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。	②・b・c
＜コメント＞		

ISO の教育マニュアルに基づいて実施計画の見直しを行い、変更した計画はケアカルテに入力をして関係職員と共有しています。実施計画を緊急に変更する必要があると判断した場合も整備された仕組みによって職員に周知しています。

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。	①・b・c
----	---	-------

〈コメント〉

組織で定めた統一した書式によって記録をし情報共有をしています。パソコンのネットワークで情報の分析がされ、正しい情報が届く仕組みがありますが、3 か月に 1 回、情報共有のための会議を開催しています。

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。	①・b・c
----	------------------------------------	-------

〈コメント〉

個人情報保護規程が策定され、記録の管理等が規定されています。記録管理責任者を設置し、職員には記録管理や個人情報保護規程を理解し順守するための研修を実施しています。利用者やその家族には重要事項説明書を用いて、個人情報の取り扱いについて説明をしています。

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。	①・b・c
<コメント> アセスメント、ケアプランが定期的に見直されており、利用者ごとに書道教室や季節の作品作りへの参加、またおしぼり巻きや洗濯たたみなどの役割があり、施設玄関での売店の利用などの楽しみが持てるように工夫され、利用者本人からはもちろん、利用者の基本情報や家族の希望等を聞き取って利用者ひとりひとりの意向確認を行っています。		
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。	a・b・c
<コメント>		
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。	a・b・c
<コメント>		
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。	①・b・c
<コメント> ホワイトボードでの筆談や絵カードの提示等、利用者とのコミュニケーションを工夫しています。ケアプランの見直しの際には利用者の状態に関わらず、施設として統一した手順で利用者の思いや希望を把握するよう努めています。		
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。	①・b・c
<コメント> 権利擁護についてのマニュアルが整備され、手順が明確にされています。過去3年間の記録に関しては、内部でのチェック機能が働き適切な指導が行われ、組織内で共有されています。		

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。	④・b・c
＜コメント＞ ユニット内は明るく、廊下も車いすが通る十分な広さがあります。利用者の意向で、夜間の居室の施錠をアドバイスしたり、居室の変更、ユニット内で女性専用のトイレを設置するなど改善に取り組んでいます。		

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。	④・b・c
＜コメント＞ 入浴時に泡シャワーを導入したことで、肌の保湿に関する満足度が高まったとともに、職員の業務の負担軽減になっています。入浴の際の移乗用のベッドには転倒時の衝撃吸収マット「ころやわマット」を敷き、安全に実施できるよう福祉用具が活用されています。		
A ⑧	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	④・b・c
＜コメント＞ 排泄状態は記録システム内で一覧で確認でき、必要な排便コントロールを行うよう記録されています。利用者の状態に応じて2人対応での支援やポータブルトイレの設置等、対応の検討を行っています。		
A ⑨	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。	④・b・c
＜コメント＞ 福祉用具に関しては、必要に応じて法人内の理学療法士に評価を依頼し、本人に合った物を提供しています。離床センサーやナースコールを活用し、利用者が希望した際には迅速に対応できるようにしています。		
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	④・b・c
＜コメント＞ 食事は旬の物を適温で提供し、付け合わせをユニットで盛り付けることで新鮮さや香りが		

楽しめるよう工夫されています。食席は明るく、開放的な雰囲気、希望があれば食席の変更に応じています。		
A ⑪	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・b・c
＜コメント＞ 記録システム内に、食事の形態や提供方法が記された栄養ケア計画が作成されています。体調による急な食事形態や支援方法の変更は、その都度観察記録等が記録システム内に記録され、情報共有できます。またユニット会議やカンファレンスで継続して検討されています。		
A ⑫	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・b・c
＜コメント＞ 歯科医や歯科衛生士の指導で口腔ケアの計画を作成していますが、職員による口腔観察や口腔ケアが困難な利用者には、計画の作成、実施や評価には至りません。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 褥瘡予防のための指針が整備され、毎月褥瘡予防に関する会議が行われています。記録システム内に写真・処置や対応方法・経過観察が記録され、多職種で共有されています。		
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。	a・b・c
喀痰吸引マニュアル・経管栄養マニュアルに手順が明記されており、指示書・計画書が策定されています。職員の個別指導については、夜勤実習時や技術に不安がある職員に対してOJTや個別指導が適宜行われていますが、定期的な指導は確認できません。		
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・b・c
＜コメント＞ ユニットでは、毎日のラジオ体操が行われています。利用者によってはおしぼり巻き等の活動がありますが、一人ひとりに応じた機能訓練を計画的に行い、見直しているわけではありません。		
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・b・c
＜コメント＞ 記録システムに、利用者ごとのアセスメントがなされ、対応方法はユニット会議やカンファレンスで検討、共有されています。医務部門と連携し必要に応じ、服薬調整や入院調整等が行われています。		

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。	a・b・c
<コメント> マニュアルが整備されており、眠りスキャンの導入で変化に気づくための工夫がなされています。利用者ごとの薬の効果や副作用についての周知については、現在準備をしています。		
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。	a・b・c
<コメント> 看取り介護に対する指針が整備され、看取りケアを提供しています。眠りスキャンを導入し、体調変化に早期に気付ける体制を整えています。関わる職員の精神的ケアに関しては、精神的なサポートまでは行っていません。		

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・b・c
<コメント> 法人ではメールマガジン、ホームページのブログで定期的にご利用者の様子を発信しています。事業所では利用者の家族等への連絡は必要時に報告していますが、定期的な報告は行っていません。また、家族への伝達方法の工夫した対応は確認できません。		

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。	a・b・c
<コメント>		

