

## 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片岡杉の子園	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：鈴木佐知子	定員（利用人数）：50名		
所在地：吉田町片岡 2895 番地			
TEL：0548 - 32 - 0201	ホームページ： <a href="https://s-suginoko.or.jp/kataoka/">https://s-suginoko.or.jp/kataoka/</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日 平成6年4月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人杉の子			
職員数	常勤職員：	25名	非常勤職員 18名
専門職員	（専門職の名称）		
	医師	2名	生活相談員 2名
	看護師	5名	介護職員 20名
	栄養士	1名	介護支援専門員 1名
	管理栄養士	2名	
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	4人部屋 16室	個室 6室	浴室（一般浴槽と特別浴槽） 静養室 1室 医務室 1室 食堂 1室 機能訓練室 1室

### ③ 理念・基本方針

#### 【経営理念】

思いやりや親切な心を持ち続けて、地域社会との信頼関係を築く。

#### 【施設運営理念】

1. 利用者様ひとりひとりを大切にします。
2. 生活の場を提供し、家庭的な雰囲気の中で、サービスの利用をして頂けるよう努力します。
3. 地域に開かれ、だれでも気軽にお越し頂けるようにします。
4. 利用者様の尊厳を重視します。
5. どのようなサービスを利用したいか、利用者様の身になって考えサービス提供を行います。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 入所している方を主役にする日として、誕生日を大切にしています。入所者様の希望を叶えるため、担当介護士が入所者様と一緒に計画を立てています。
- 2) 委員会活動を積極的に行い、入所者様の生活の質の確保に努めています。
- 3) 新規採用職員に加え、技能実習生や特定技能職員の採用を3年前より行っており、職員確保が進んでいます。
- 4) 地域の会館にて、高齢者の集まりの場を設けています。介護予防体操やレクリエーションを月1回のペースで開催しています。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月7日（契約日） ～ 8年1月9日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回（ 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・地域の在宅高齢者を対象として、毎月送迎付きの集いの場を開催し、年間 200 人が参加するなど、地域貢献に努めています。
- ・施設長が参画している吉田町の「介護保険事業計画」策定委員会を通して、地域の福祉ニーズ等の把握に努めています。
- ・感染症に対する管理体制を整備し、マニュアル等を作成して職員に周知徹底するとともに定期的に見直しを行い、内部研修として「感染症研修」も実施しています。
- ・利用者一人ひとりの個別性を尊重した生活支援が丁寧実践されています。誕生日企画では、利用者の好きな食べ物や外出先、望む体験を個別に叶えており、「その人らしさ」を大切にする姿勢に努めています。
- ・感染症対策に関する取組として感染症マニュアルを整備しています。感染症マニュアルを活用し、職員研修が定期的実施されています。職員の知識と対応力が継続的に維持・向上に努めています。感染状況や季節ごとのリスクに応じて対応手順の都度見直しを図っています。
- ・利用者の体調変化に対する初期対応が適切かつ迅速に行われており、施設長、生活相談員、看護職員、介護職員、ケアマネジャー等との連携体制がよく機能しています。体調変化が見られた際には速やかに看護職員へ連絡が行われ、必要に応じて医師や医療機関との連携にもつながっています。電子カルテを活用して健康状態や支援内容をチーム間で共有しており、情報の一元化に努めています。

### ◇改善を求められる点

- ・中・長期計画を策定して、福祉サービスの充実を計画的、効果的に進めることが求められます。
- ・福祉サービスの改善・向上のため、組織的に評価・分析を行い、PDCA サイクルに基づく体制を整備する必要があります。
- ・必要な人材確保・育成や人員体制に関する具体的計画の作成が求められます。
- ・プライバシー保護に関するマニュアルがなく、居室の多くは4人部屋でカーテンにて仕切られただけというように、プライバシーに配慮した生活空間になっていません。入浴準備等も、仕切りがない状態のところで行われています。利用者のプライバシーが守られるような設備等の工夫や取組が求められます。
- ・苦情解決に関する掲示物には第三者委員の連絡先明示がなく、ホームページなどへの公表もしていません。苦情や相談を申し出しやすい工夫や取組がありません。
- ・個別の機能訓練が十分に実施されていません。特に、福祉用具を活用した歩行・立ち上がり・トイレ動作など、日常生活動作を訓練として意図的に活用する仕組みが必要です。リハビリ専門職が不在のため、身体機能の評価や専門的な助言が得にくく、生活の質や日常生活動作の維持に十分取り組めていない状況です。今後は、個別計画の整備や専門職との連携体制を構築し、自立支援の強化を図ることが求められます。
- ・終末期ケアでは、家族への説明や意向確認は行われていますが、利用者本人が望む終末期の過ごし方や価値観の把握が十分とは言えず、家族中心の判断に依存しやすい点

が課題となっています。本人の意思を尊重した看取りを実践するためには、コミュニケーション方法の工夫や、意思表示が難しい利用者へのアセスメント強化が求められます。

- ・看取りの介護や看護、相談に携わる職員への精神的サポート体制が不十分であり、心理的負担の蓄積が懸念されます。職員が感情を共有できる場やグリーフケアの仕組みが不足している点は、職員の健康とケアの質の両面に影響する重要な課題です。今後は、本人の意向を丁寧に把握するとともに、職員を支える体制を整備し、生産性向上につながる環境づくりが求められます。

#### 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いたしました。今まで自己評価はやってはいましたが、評価をするだけで終わっていました。その様な理由もあり今回受審に踏み切りました。

受審結果からは、施設の今を客観的に評価して頂き、現状の課題を可視化する事ができました。

今回、見えてきた課題について、職員で共有し、改善できる部分から取り組みを行いサービスの向上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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、方針は明確で具体的であり、玄関に掲示され、パンフレット、ホームページに記載されている。</p> <p>職員への周知は、採用時の説明と事業計画に記載されているのみで、全員に周知しているとは言い難い。</p> <p>方針は重要事項説明書に記載されているが、利用者や家族にわかりやすく周知する工夫が求められる。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>老人福祉施設協議会や県圏域地域包括ネットワーク会議等を通して情報収集し、町介護保険事業計画策定委員として地域の動向を把握している。</p> <p>経営環境や課題の分析までには至っていない。</p> <p>毎月法人内で、経営状況や利用率、キャンセル率等を分析し、共有している。</p>		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営状況、サービス内容、職員体制等を毎月の代表者会議に報告し、部署ごとに各職員へ周知している。</p> <p>また、法人の全体職員会議で毎年、全職員に録画も活用して課題を周知している。</p> <p>人手不足については、新規採用や外国人雇用により人材確保が進められている。</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。	a・b・㉔
<コメント> 中・長期計画が策定されていない。		
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。	a・b・㉔
<コメント> 中・長期計画が策定されていない。 単年度計画は具体的な内容であり、単なる行事計画ではない。 入所者数や稼働率等の数値目標が設定されている。		

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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は施設長が作る原案を基に各部署の意見を反映し、策定している。</p> <p>実施状況は毎月の代表者会議で報告・把握されているが、評価の仕組みがなく、見直しがされていない。</p> <p>毎年、法人の全体職員会議で全職員に周知され、全職員がアンケートにより意見を記載する取組がされている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は利用者や家族に周知されていない。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントや拘束ゼロ・虐待防止委員会等で毎月課題を検討し、代表者会議に報告されている。</p> <p>独自の評価項目による自己評価を一部の職員で行っているが、分析・評価はしていない。</p> <p>今年度初めて第三者評価を受審することにより、定められた様式により自己評価を行った。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価・分析がされていない。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画、職務分掌表、キャリア基準表やBCPにより、管理者は方針や役割・責任を明確にしているが、広報誌等に掲載はしていない。</p> <p>各部署に規程集、BCPを配布し、変更時には代表者会議を通して各部署に周知している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>老人福祉施設協議会や監理団体の研修会等に参加し、法令知識の習得に努めている。</p> <p>緑のカーテンの設置など環境対策に努めている。</p> <p>倫理及び法令遵守に関する内部研修をし、安全衛生委員会ではハラスメント対策や育児介護休業等の説明をしている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は定期的には質の評価を行っていないが、誤薬防止のための動画マニュアルの作成を指示するなど、指導力を発揮している。</p> <p>リスクマネジメント、拘束ゼロ・虐待防止、安全衛生等の各委員会に参加している。</p> <p>更衣室に意見箱を設置したり、職員面談を行っている。</p> <p>内部研修として、毎月動画研修を実施している。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月次で人事・財務等の分析を行っている。</p> <p>空きスペースを職員休憩室に転用したり、手動しかなかったベッドを電動ベッドに買い替えるなど、労務負担の軽減を図っている。</p> <p>意見箱を設置したり、代表者会議や各種委員会に参加し、指導力を発揮している。</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。	a・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材の確保・育成方針や具体的な計画が作成されていない。</p> <p>実習生が新規採用につながったり、特定技能の外国人を毎年採用している。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像として「人材育成の目標」を作成中である。</p> <p>キャリアパス基準表を各部署に配布し、全職員が見られるようにしている。</p> <p>職務成果や処遇水準を評価する取組を行っていない。</p> <p>面談により職員の意見や要望を聞き、改善策に反映している。</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組んでいる。	a・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>雇用契約書に相談窓口として施設長と明記している。</p> <p>毎月、職員の休暇取得や時間外勤務の状況を把握している。</p> <p>職員面談、意見箱やハラスメント窓口の設置、ストレスチェックを実施している。</p> <p>法人が半額負担することにより、榛南共済会に入会しやすいようにしている。</p> <p>人材に関する具体的な計画はないが、ICT補助金を活用して働きやすい環境整備に努めている。</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・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像は作成中である。</p> <p>個別面談シートに目標を設定させ、面談で確認している。</p> <p>目標項目及び期限はあるが、目標水準が設定されていない。</p> <p>年度当初は目標シートの提出のみ、中間面談はなく、期末で面談を行い、確認している。</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。	a・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像は作成中であり、方針や計画の中に、必要とする専門技術や資格が明示されていない。</p> <p>年間計画により研修が行われているが、評価と見直しはされていない。</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。	㉖・b・c

<コメント>

職員の状況を一覧表で管理している。

業務手順チェックリストによりOJTを行っている。

毎月の内部研修のほか、県社会福祉協議会や看護協会等の研修を業務で受講させ、その受講者が内部研修で伝達している。

外部研修に参加しやすくするためのシフト調整を行っている。

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・b・c

<コメント>

明文化された基本姿勢はない。

実習生の研修・育成マニュアルはない。

実習生の研修プログラムはあり、指導者養成研修に参加させている。

実習中に養成校が巡回に訪れて打合せを行うなど、連携を保っている。

## 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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、方針、事業計画、事業報告、決算情報がホームページに公開されているが、苦情内容や対応状況は公表されていない。</p> <p>理念、方針はホームページに掲載しているが、地域に対して明示し、役割を明確にするよう努めているとは言えず、広報誌も作成していない。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>規程集は事務室内に置いているが、職員に周知はしていない。</p> <p>監事監査を年二回行っている。</p> <p>公認会計士が毎月来て、帳簿類をチェックしており、その都度指摘事項に対して改善を図っている。</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・b・㉓
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本的な考え方の文書化がなく、情報の掲示等がないなど、利用者と地域との交流を広げるための取組を行っていない。</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。	a・b・㉓
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>学校教育への協力を行っているが、基本姿勢の明文化がなく、マニュアル・研修等がないなど、体制を確立していない。</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。	a・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>吉田町の「介護保険事業計画」策定に参画しているが、社会資源を明示したリスト等の作成や職員間での情報共有がされていない。</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。	㉕・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が参画している吉田町の「介護保険事業計画」策定委員会を通して、地域の福祉ニーズ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・㉔・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ふれあいの場「野いちご」を実施し、施設のノウハウを地域に還元する取組（初任者研修事業）をし、福祉避難所に指定されているが、事業計画への明示がなく、地域の活性化等にも貢献できていない。</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・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職員倫理規程」や「行動指針」があり、「施設運営理念」にも「利用者様の尊厳を重視します」と謳っているが、そうした方針を実践する取組は見られず、介護マニュアルにも反映がなく、定期的に状況の把握等をする取組も行っていない。</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・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「行動指針」にプライバシー配慮に関する記述があり、内部研修として「プライバシー保護に関する研修」も実施しているが、プライバシー保護に関するマニュアル等はなく、居室の多くは4人部屋でカーテンにて仕切られただけというように、プライバシーに配慮した生活空間になっていない。入浴準備等も、仕切りがない状態のところで行われている。トイレも扉ではなくカーテンで仕切られているだけで、利用者のプライバシーを守られるような設備等の工夫を行っていない。</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・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者には丁寧な説明を実施し、見学や体験入所等も実施しているが、パンフレットを公共施設等に置く取組はなく、そのパンフレットは内容が不十分で、情報提供についても見直しを実施していない。</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・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>同意書面はあるが、説明に関する様式を定めていない。工夫された資料はなく、意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化もない。</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。	a・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「移行にあたり、著しい不利益等が生じないように配慮している」旨を聴取したが、それを立証する文書等がない。担当窓口の設置がなく、移行時の継続に関する文書の作成もなく、継続性に配慮した手順と引継ぎ文書も定めていない。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		

33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が満足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・㉔
<p>&lt;コメント&gt;          仕組みを整備していない。利用者満足に関する調査を行ってなく、アンケートや家族会等の実施もない。</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。	a・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;          苦情解決体制を整備し、記録を適切に保管し、苦情対応結果は家族等にフィードバックしているが、掲示物には第三者委員の連絡先明示がなく、公表もしていない。苦情を申し出しやすい工夫や取組もない。</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・b・㉔
<p>&lt;コメント&gt;          相談する際に相手を自由に選べることなどを説明した文書を作成してなく、相談しやすいスペースの確保がないなど、相談しやすい環境の整備をしていない。</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・㉔
<p>&lt;コメント&gt;          訪問時に意見箱の設置がなく、アンケート実施もなく、相談に関するマニュアル等の整備がないなど、組織的に対応していない。</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・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;          リスクマネジメント委員会を設置し、マニュアルがあり、職員周知もしているが、責任者の明確化がなく、事例は収集しているが分析までは出来ていなく、事故防止策等の実施状況の評価・見直しも行っていない。</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。	㉖・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          感染症に対する管理体制を整備し、マニュアル等を作成して職員に周知徹底するとともに定期的に見直しを行い、内部研修として「感染症研修」も実施して、感染症が発生した際の対応も適切に行われている。</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・㉕・c
<p>&lt;コメント&gt;          「風水災害時の対応」で体制が決められ、「自然災害発生時における業務継続計画」にて継続するための対策が講じられ、消防署と連携し防災訓練を行っている。安否コールシステムは</p>		

あるが、その方法等を記述した文書等がない。備蓄リストは作成しているが、管理者を決めていない。

### 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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルがあり、職員にはOJTにて周知させているが、マニュアルには権利擁護に関わる姿勢の明示がなく、マニュアル通りの処遇が行なわれているかを確認する仕組みがない。</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・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見直しをする仕組みを定めてなく、福祉サービス実施計画の内容も反映されていない。</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・b・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>困難ケースには適切に対応しているが、さまざまな職種の参加がなく、利用者一人ひとりの具体的なニーズの明示も不十分で、策定の手順を定めていなく、計画通りの処遇が行なわれているかを確認する仕組みもない。</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・b・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>見直しを行い、それが職員に周知される仕組みを、緊急に変更する場合も含めて整備していない。評価・見直しにおいて課題等の明確化が不十分です。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケア電子カルテで記録し、各職員が自由に見られるようになっているが、記録要領の作成等はなく、周知状況も職員によってばらつきがあり、必要な情報が全職員に的確に届くような仕組みの整備はなく、部門横断での取組もしていない。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>情報開示を含む「個人情報保護規程」や「保存と廃棄」の文書があり、個人情報の取扱いは家族等へ入所時に説明し、記録管理の責任者名を「業務分掌」に明記しているが、近年は研修等が実施されておらず、職員理解の取組が不十分である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日中に複数の活動メニューを選択できる仕組みは十分とは言えないものの、利用者一人ひとりの生活状況や心身状態に配慮し、「その人らしい一日の過ごし方」ができるよう工夫している。起床時間の調整や文字並べなどの生活行為、小集団・集団活動への柔軟な参加支援など、個別性を意識した関わりが行われている。また、洗濯物たたみやイベント時の挨拶など、利用者の強みを活かした役割づくりにも取り組んでいる。さらに、誕生日の希望を聞き取りドリンクバーを用意する、家族へ写真を送るなど、生活の楽しみと家族とのつながりを大切に工夫が見られる。</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 対象外
<p>&lt;コメント&gt; 対象外</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 対象外
<p>&lt;コメント&gt; 対象外</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者への言葉遣いや接し方について、場面によっては尊厳への配慮が徹底されていないケースが見られた。一方で、日々の支援や生活行為の中で、利用者の思いや希望を把握するために、職員が継続的に声掛けや観察を行う取組は実施されている。また、定期研修、個人面談による指導、不適切ケアの自己チェックなど、改善に向けた取組も進めている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の権利擁護について規定やマニュアルは整備されている。契約時や重要事項説明を通じて、利用者・家族へ権利擁護について説明を行っている。一方で、権利擁護を具体的に検討する“定期的な機会が設けられていない。</p> <p>利用者・家族への契約時、重要事項説明書で権利擁護に関する内容を説明し、利用者・家族に対して権利に関する情報提供を行っている。身体拘束に関する原則禁止の方針が明確であり、緊急・やむを得ない場合の一時的な身体拘束については、手順・記録方法・解除基準が定められている。一方、虐待リスク、権利侵害の兆候、意思決定支援の改善などを“定期的に検討する場”がない。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>くつろぎのための環境づくりとして、廊下にソファを設置するなど、利用者が一息つける休息スペースは確保されている。一方で「休憩スペース中心の整備」に留まっており、「個人が落ち着ける。清潔保持、着替え等、生活行為が自然にできる」といった環境づくりが不十分となっている。</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		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状態や疲労度、認知機能、当日の体調を確認し、入浴・清拭・部分浴など、適切な入浴方法を選択する環境整備をしている。</p> <p>浴室環境の温度調整、転倒防止の声かけ、必要な介助体制の確保など、安全面を考慮した実施が行われている。</p> <p>入浴を拒否した利用者には、体調や心情に応じた声かけ、部分清拭へ切り替えるなど、個別の対応を行っている。</p> <p>入浴順の調整として感染症の有無、心身状態、希望などを踏まえて、順番を工夫している。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の排せつ介助や健康状態の観察などの基本的支援は行われている。併設介助の安全確保の取組として移乗時の声かけ、姿勢の保持、転倒防止など、排せつ時の安全確保に向けた基本的な介助は実施されている。一方でトイレの扉がなくカーテンでの仕切りとなっている。尊厳や羞恥心への配慮として不十分となっている。</p> <p>尿や便の状態を確認し、水分不足や体調変化に気づくための観察は行われている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身状況に合わせて介助方法を見直す姿勢は見られるものの、廊下やトイレなどの環境そのものが移動しやすいとはいえず、動線確保の面で改善の余地がある。</p> <p>一方で、日常の移動支援については、利用者の状態に配慮しながら丁寧に実施されている。移動能力や本人の意向を踏まえ、できる限り自立支援で移動できるよう転倒防止、手引き介助、歩行器、車いす使用時の安全確認など行っている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>席配置や雰囲気づくりなど、食事環境そのものへの配慮を行っている。利用者同士のトラブルを避けるための座席調整や、落ち着いて食事ができる雰囲気づくりが実施されている。一方、以前は月1回実施されていた選択食が廃止されたことで、利用者が食を選ぶ楽しみが不十分となっている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事中も姿勢調整や休憩の確保、適切な声かけによって、無理なく食事が進められるような配慮が行われている。また、「自分でできること」を尊重している、スプーンの持ち方の調整、手添え、食器の工夫など、可能な範囲で自立を促す働きかけがしている。</p> <p>食事提供においては、栄養士・看護師・介護士との連携も密に行われ、嚥下状態や脱水リスク、栄養状態を踏まえたケアが実施している。</p> <p>一方で、食事形態の選択肢に課題が残っており、極刻み食がなくソフト食に一本化されるなど、嚥下・咀嚼機能に応じたより細やかな対応が不十分となっている。また、嫌いな食材に対する代替対応がないため、利用者の食の選択肢が限られ、満足度向上につながりにくい状況が続いている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科医による定期的な診察や自分で磨ける利用者には主体的に取り組めるよう声かけや準備支援を行うなど、利用者の状況に応じて必要な支援を行っている。食後や就寝前を中心に実施されている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡予防に向けた観察や栄養管理、看護職との連携といった取組は実施されているものの、体制として継続的に予防を強化する仕組み、標準化された手順や細かな指導が不十分となっている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修や施設内研修の機会は確保されている。喀痰吸引・経管栄養を実施できる職員が一定数在籍している点は評価できる。一方、実施手順や個別計画は、作成されているものの定期的な個別指導も行われていないため、体制として不十分となっている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

日常の関わりの中で利用者の変化に気づき、必要時には医療機関と連携している。歩行、立ち上がり、トイレ動作など、日常の生活動作を「機能訓練の場」として意図的に活用する取組が不十分となっている。個別の機能訓練計画が存在していない。

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
-----	--------------------------------	-------

<コメント>

認知症に関する研修は実施や継続的な学びの更新されている。認知症状について職員間で共有し対応を検討しているものの、アセスメントやBPSD（行動・心理症状）への計画的な取組は不十分となっている。

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
-----	---	-------

<コメント>

利用者の体調変化に気づいた際には、看護師への迅速な報告が行われている。  
また、電子記録（ケアカルテ）を通じて日々の健康状態を共有できる仕組みがあり、体調変化を察知しやすい環境は整っている。一方、体調変化時の対応手順や医療機関との連携方法が標準化されておらず、職員全体で共有が不十分となっている。さらに、緊急時対応に関する研修が未実施となっている。

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
-----	---	-------

<コメント>

終末期ケアに関する研修を受講しており、看取り介護の実践も行われている。家族への説明や意向確認、医療職との連携体制など、終末期ケアの基本的な仕組みは整っている。一方、利用者本人の意向をどの程度把握し、ケアに反映できているかが不明確となっている。  
また、終末期ケアに関わる職員への精神的サポート体制が不十分で、負担軽減や感情整理のための仕組みが整っていない。

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
-----	------------------------------------	-------

<コメント>

利用者に変化があった際には家族へ適切に連絡しており、必要な場面での連携は確保されている。一方で、定期的な報告体制は整っておらず、施設側から家族の意見や希望を聞く機会を積極的に設けていない。

また、面会を再開するなど家族とのつながりを支える取組は一部進んでいるが、家族との情報共有や声を拾い上げる仕組みは不十分となっている。

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。	a・b・c 対象外
<コメント>対象外		