

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

社会福祉法人静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：サンシニア河津		種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：真下和人		定員（利用人数）： 70名	
所在地：413-0354 静岡県賀茂郡河津町田中 520-1			
TEL：0558-32-3201		ホームページ ： http://sunsenior-kawazu.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成16年5月			
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 南寿会			
職員数	常勤職員：	54名	非常勤職員 6名
専門職員	医師		1名
	看護師	2名	2名
	准看護師	1名	
	栄養士	2名	
	調理員	6名	2名
	生活相談員	1名	
	介護職員	41名	2名
	介護支援専門員		
	機能訓練指導員	1名	
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	8ユニット 70床（全室個室）		トイレ 25カ所 食堂 8カ所 浴室 10カ所

② 理念・基本方針

<p>「安らぎと人生の輝きを」</p> <p>混乱期を乗り越えて来られた方々の尊厳を大切に、生きる感動・生きるよろこびが、利用者の一人ひとりに蘇る介護を目指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活の尊重（家庭生活の延長上にある快適な暮らし） ・ 自己決定の尊重（その人らしく生きる） ・ 生活の質の確保（専門のスタッフによる介護） ・ プライベートへの配慮（個室対応） ・ 行動を許容する（拘束の厳禁）
--

・人間の存在価値を知る（利用者から生き方を学ばせて貰う）

以上を傾聴、受容、共感、保障をもって利用者の介護に当たります。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

- * 近隣病院・老健との連携強化に取り組み、新規入居者を紹介してもらっています。
- * 職員満足度の向上が利用者満足度の向上に繋がると考えて、職場環境や処遇の改善を実施しています。施設運営や職場環境等の改善につなげるため、「職員の声」意見箱を設置しています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年7月3日（契約日）～ 8年2月20日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（H18年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- * 河津町の第10次高齢者福祉計画に理事長（施設長）が策定委員として参加することで、理事長の考えが直接、行政担当者に通じる体制が出来上がっています。
また、計画期間（2024～2027年）における地域の人口動向、必要なサービス提供量についての町の考え方を把握できています。
- * 上記計画を基礎に、法人として具体的な取組目標などを示した3か年間の経営方針（中長期計画）が策定されています。
- * 職員の離職率の低さを背景にした施設運営を踏まえ、介護職員確保策として、従来進めてきた正職員登用基準を見直し、原則、全員の正職員登用化が実現できています。
- * 総合的な人事管理手法として、職種別人事考課表、フィードバックシートが運用されており、継続性が担保されています。
- * 「職員の声」意見箱を設置し、「サンクス・カード」の実施等、職員間のコミュニケーション向上に向けた取組は、評価される内容です。
- * 河津町介護家族の会にケアマネジャーが参加し、河津町広報の「暮らしの情報」欄に毎月「介護相談受け付けています」と告知するなど、地域の福祉ニーズ等を把握するための取組をしています。
- * 「サンシニア河津の理念と実践について」に利用者を尊重する姿勢の明示があり、「身体拘束」だけでなく「スピーチロック0」の掲示物もあり、内部研修では「介護職員の接遇スキル」や「介護のステキ言い換え術」などについて勉強しています。
- * 感染症対応については、責任と役割を明確にした「発生時対応事業継続計画」があり、「感染症対応マニュアル」を職員に周知徹底させ、定期的に見直しを行い、内部研修もして、発生時の対応も適切です。

◇改善を求められる点

- * 事業実績はHPを通じて開示し、利用者家族等に周知され、理解を促しているが、事業計画の開示は行われていません。
- * 福祉サービスの質の向上に向けた取組として、サービス向上委員会、アンケート等を活用とした取組が確認できますが、PDCAサークルのチェック後のアクションにスムーズに繋がっていくためにも評価基準の策定がありません。
- * 「プライバシー保護マニュアル」はありますが、「倫理マニュアル」と同様に、平成18年の第三者評価に合わせて急遽作成された文書で、以後まったく改訂がないもので、内容的にも不十分なものです。ネット社会に対応した改訂がされていません。
- * 「経営理念」に「施設の処遇の情報公開」を謳っていますが、苦情内容等のHP・広報などへの公表をしていません。
- * 「個人情報管理規程」の開示項目の記載が不十分です。
- * 権利擁護について、規定・マニュアルが整備されておらず、職員周知も図られていません。
- * 事故防止・対応マニュアルは、施設長交代により2019年4月に改訂されているのに、平成18年4月1日施行とあります。また、日付未記載のマニュアルもあります。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者の客観的な評価をいただき、自分たちでは認識できていなかった強みと弱みを知ることができたと思います。当法人は『良好な職場環境』が『質の高いサービスの提供』に繋がるという信念に基づいて施設運営に取り組んでいますが、職員の働きやすさについては、評価していただけたものと思っております。

一方で外部への情報公開の面で、少し不足しているというご指摘をいただきました。施設をさらに良くしていくためには、内部だけではなく、外部からの客観的な意見を汲み取る必要があります。当施設の現状・課題・今後の方針を積極的に発信することは、外部の方々から意見をいただける有効な手段となりますので、この点を是正してまいります。

もう一つの問題として、サービス向上のための活動がP D C Aのサイクルを上手く回せていないことも挙げていただきました。こちらについても、折角の取り組みを単発で終わらせないような活動に繋げてまいります。

第三者評価の最も優れた点は、自分達が認知できていなかった課題の炙り出しにあると考えます。今回は改めて自分たちに足りていない部分を知ることができ、非常に有意義だったと感じています。

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。	b
<コメント> ・法人理念、基本理念は施設内各所に掲示されている。 ・職員の入職時に必ず「接遇研修」を実施、その際に基本理念、施設の取組を周知している。 ・各会議で職員向けにはその都度周知、説明が理事長・事務長より行われている。 ・利用者とのヒアリングでは利用者も掲示内容は理解されていたが全員ではない。 ・理念・基本方針は文書、HP掲載されているが、家族、利用者の周知状況確認が具体的にされていない。		

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> ・河津町の第10次高齢者福祉計画の策定委員として理事長がメンバーとして参加。 ・計画期間(2024~2027年)に亘って地域の人口動向、必要なサービス提供量の把握している(取組開始2年目)。 ・法人の中期事業計画も確認できた。		
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
<コメント> ・管理会議では経営状況、改善課題等が討議されている(議事録確認)。 ・職員は各委員会・職員全体会を通じて、意見を収集、共有している。		

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。	b
<コメント> ・中・長期事業計画は作成されている。 ・中長期計画策定後の具体的な見直しを行った経緯は確認。 (人材確保策としての全介護職正職員化)		
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
<コメント> ・事業計画の説明会は各委員会・職員全体会を通じて、複数回数実施、実施されている。 ・事業計画は業務システム(ほのぼの)を活用、職員向け周知に活用している。 ・事業内容の取組可否評価は単年度ごと実施している。		
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
<コメント> ・事業計画の説明会は各委員会・職員全体会を通じて、複数回数実施、実施されている。 ・事業計画は業務システム(ほのぼの)を活用し、職員向け周知に活用している。 ・事業内容の取組可否評価は単年度ごと実施している。 ・研修会参加も外部含め議事録にて確認。		
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> ・HPを活用した事業報告掲載は実施しているが、事業計画の掲載はない。 ・コロナ禍以降、家族会は未実施。(ユニットごとの近況報告は実施・デイは刊行物あり) ・家族の所在地が施設より離れている方が多く施設訪問を阻害している。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・合理的に業務を遂行するための検討会として、「サービス向上委員会」を設置、アンケート手法を導入、結果に対する検討をしている。 ・サービス向上委員会で個別ケース検討を行い、具体的対応検討に繋げている。 ・「サービス向上委員会」における検討手法がPDCAサイクルの手順に基づき実施されていることが確認できず、また評価基準の確認ができなかった。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス向上委員会で個別ケース検討を行い、具体的対応検討に繋げているが、検討手法がPDCAサイクルの手順に基づき実施されていることが確認できなかった。 ・評価基準の確認ができなかった。 		

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> ・組織管理図、職務権限表、定款施行細則別表による体制確認は確認できた。 ・HP上では役員一覧は確認できた。(担当責任は記載なし)		
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> ・各種研修記・関係マニュアルの改訂録の確認を実施した。 ・職員会議・入職時にて遵守すべき法令等の説明を管理者より実施している。 ・県社協開催の専門研修への参加は確認できたが、法令遵守の研修参加は確認できなかった。 ・管理者による、遵守すべき法令等を把握し、取組が不十分である。		
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> ・サービス向上委員会で個別ケース検討を行い、具体的対応検討に繋げている(議事録確認)。 ・職員全員に実施した個別面談、各職員の業務取組状況や意見の把握を図っている。 ・介護職の原則正職員化の取組も上記把握内容を踏まえたものである。 ・サービス向上委員会では個別面接を経て組織全体な体制構築された具体的な取り組みが正職員登用を除いてはなく、不十分。		
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
<コメント> ・経営改善、業務の実効性を高めるべく、経営責任者(理事長・事務長・執行理事)による会議体を設置している。 ・上記会議体の内容が職員に周知されていることが確認できなかった。 ・経営層の各委員会への参画度変化等、具体的な評価されておらず管理者による組織体制の整備が不十分。		

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
<コメント> ・配置基準の順守は守られていることを基準と配置人員を比較確認した。 ・介護福祉士試験前の恒例となった直前模擬試験の実施されている。 ・職員採用はハローワーク、紹介業者、及び2025年度は技能実習生確保を進めている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> ・職種別人事考課表、フィードバックシートが運用されている。 ・管理者の場合は、別途、毎年目標シートが運用されている。 ・人事考課等の基準表の存在は確認出来た。		
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
<コメント> ・職員の意見を把握、収集するべく規程が制定されている。 ・全職員向け、個別面接を実施している。 ・ストレスチェックも導入済み、職場環境改善に努めている。 ・職員相互交流、理解を深めるため「サンクス・カード」の実施している。		
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。	a
<コメント> ・施設長との職員面接による意向確認及び記録は、全職員となっている（1回/年実施）。 ・職種別人事考課表、フィードバックシートの運用が確認できた。		
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> ・基本方針、基本計画、職員個別シートは内容が確認できた。 ・研修内容の定期確認は、研修員会にて実施されている（議事録確認）。		
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> ・研修記録、資格者一覧の管理は行われている。 ・個別的なOJTは研修実施報告されていた。 ・職員の知識技能水準に準じた研修は、県社協等外部研修参加記録が確認できた。 ・介護福祉士受験者向けの模擬試験実施。 ・個別面積時に、本人と施設との教育研修内容の希望の擦り合わせが実施されている。		

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。	c
<コメント> ・実習生受け入れマニュアルの確認はできたが、過去、約10年間実習希望者がおらず、受け入れ実績が少ない。また受け入れるための積極的な活動がみられなかった。		

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
<コメント> ・運営面における対外的情報開示は、HPが中心である。 ・HPでは決算・事業実績・監事報告はH27年～R6年、現況報告はH30年～R5年、定款はH29年4月1日付を公表している。 ・第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公開していない。 ・法人の理念等について、地域に対して明示・説明し、法人の存在意義や役割を明確にしている。		
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。	b
<コメント> ・経営、運営上のルールは定款施行細則による確認ができた。 ・内部監査は実施されており、監事監査報告が確認できた。 (司法書士 佐野晃一監事) ・外部専門家による外部審査は未実施であることも確認できた。 (但し、第三者評価は実施済)		

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></p> <p>地域の情報が掲載されている「河津町広報」を掲示し、利用者は地域の行事等に参加したり社会資源を利用しているが、コロナ禍以降は地域との交流が少なくなっており、基本的な考え方の文書化をしていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>河津中学の福祉教育に協力しているが、基本姿勢を明示したマニュアルの整備がなく、ボランティアへの研修も行っていない。</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
<p><コメント></p> <p>近隣施設・団体一覧を作成し、関係機関との連絡会に参加している。</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><コメント></p> <p>施設長が河津町社会福祉協議会の委員であり、河津町介護家族の会にケアマネジャーが参加し、河津町広報の「暮らしの情報」欄に毎月「介護相談受け付けています」と告知する取組をしている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉避難所になっていて、地域の祭りに協力し、地元職員が多いので消防団含め地元行事・諸活動への参加に配慮し、町社協の防災備品用倉庫の設置場所を提供しているが、計画等での明示、まちづくりなどへの貢献やノウハウを地域に還元する取組は不十分である。</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>「サンシニア河津の理念と実践について」に利用者尊重の明示があり、「身体拘束」だけでなく「スピーチロック0」の掲示物もあり、内部研修記録で「介護職員の接遇スキル」や「介護のステキ言い換え術」などを勉強し、利用者尊重の基本姿勢も介護マニュアルに反映されているが、探し出した末に提示された「倫理マニュアル」は平成18年の第三者評価に合わせて急遽作成された文書で、以後改訂もされず職員周知もされていない文書でした。利用者尊重についての定期的な評価等も行っていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「サンシニア河津の理念と実践について」にプライバシー保護の明示があり、規程・マニュアル等にもとづいてプライバシーに配慮した福祉サービスが実施され、利用者のプライバシー保護に関する掲示物も含め設備等の工夫を行っているが、職員への研修や家族への周知が不十分である。「プライバシー保護マニュアル」はあるが、「倫理マニュアル」同様に平成18年の第三者評価に合わせて急遽作成された文書で、以後まったく改訂がないもので、内容的にも不十分なものである。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者への説明は個別に丁寧に行い、体験としてショートスティしてもらっているが、公共施設等への配置はなく、パンフレットの分かりやすさへの配慮が不十分であり、見直しも実施していない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>開始時は、利用者の自己決定を尊重し分かりやすい説明を行い、同意書もあるが、組織が定めた様式にもとづいての説明ではない。わかりやすくなるように工夫した資料がなく、意思決定困難者への配慮のルール化もない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>変更により不利益が生じないよう配慮をしているが、手順と引継ぎ文書を定めてなく、利用終了後の窓口がなく、その後の相談方法や担当者について記載した文書も作成してないなど、継続性に配慮した対応になっていない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>利用者への満足度調査は定期的に行っているが、仕組みを整備していない。コロナ禍以降は家族会の開催がなく、満足度調査の担当者や検討会議の設置等もない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「苦情処理（なんでも相談）マニュアル」があるなど体制を整備し、苦情解決ポスターの掲示があり、記録が適切に保管され、対応策は家族等に必ずフィードバックし、サービス向上委員会を通して福祉サービスの質の向上に関わる検討をしているが、HP・広報などへの公表はない（施設内廊下への掲示はある）。苦情を申し出しやすい工夫はない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>相談室はあるが、相談方法や相手を選択できることを説明した文書を作成していないなど、相談しやすい環境を整備していない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>意見箱があり、利用者満足度調査を実施し、サービス向上委員会を通して福祉サービスの質の向上に関わる検討をしているが、相談に関するマニュアルがなく、組織的な対応になっていない。</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
<p><コメント></p> <p>委員会で定期的に評価・見直しを行い、責任者を明示した「事故防止・対応マニュアル」があり、「事故防止委員会議事録」の回覧で職員周知を図り、その委員会の検討案件にもとづいてユニットごとに年2回勉強会をしている。</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><コメント></p> <p>責任と役割を明確にした「発生時対応事業継続計画」があり、「感染症対応マニュアル」を職員に周知徹底し定期的に見直しも行い、内部研修をしていて、発生時の対応も適切だった。</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><コメント></p> <p>備蓄リストを作成し、安否確認の方法を記載する「非常災害時の対応マニュアル」があり、職員周知もされており、「事業継続計画」もある。防災計画を整備し、定期的な防災訓練を実施している。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の尊重やプライバシーの保護の姿勢を明示する「介護マニュアル」があり、「職員育成計画表」にもとづき職員教育をしているが、マニュアルを職員に周知徹底するための取組がなく、実施されているかどうかを確認する仕組みもない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>「実際には、職員や利用者の提案などから見直されることが多い」ことを聴取したが、見直しをする仕組みを確立していない。</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。	c
<p><コメント></p> <p>各部門が参加する形でアセスメントを実施し、計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されているが、手順を定めていないなど策定するための体制を確立していない。支援困難ケースへの対応については、「今のところそのような事例はない」とのことでした。</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。	c
<p><コメント></p> <p>定期的なケアカンファレンスを行って評価の見直しを行い、緊急に変更する場合もユニットリーダー、ケアマネジャー、看護が中心にカンファレンスを行い対応しているが、手順を定めていないなど、見直しを行う仕組みを定めていない。課題等の明確化も不十分である。</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><コメント></p> <p>記録の入力が適切に行われ、会議を定期的で開催し、部門横断で情報共有できる仕組みを整備し、記録の書き方については適宜指導しているが、計画に連動する記録システムになっていない。</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。	b
<p><コメント></p> <p>「個人情報管理規程」があり、記録管理の責任者を設置し、家族等にも入所時に説明しているが、「規程」の開示項目の記載が不十分であり、職員に対して研修等が行われていない。</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		
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。	b
<p><コメント>日々の支援において利用者の自立に配慮した活動参加については、行動計画書、年間事業計画書の改善取組を組織的に継続して行われていない。また、プログラムも確認出来なかった。</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></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></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。	b
<p>コミュニケーション方法や支援について検討・見直しが行われ、ユニット会議で共有していたが、定期的に行われていない。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉使いが徹底されるためのルールやマニュアルがない。</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。	c
<p><コメント>権利擁護の研修参加はあるが、定期的におこなっているものではなく、権利擁護について規定・マニュアルが整備されていない。</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
<p><コメント>意見箱を設置するも口頭が多く、意見箱に入っていることはない。口頭で聞き取った意向は、支援計画に反映させ、利用者が動きやすいように動線を確認したり、レイアウトしたり、時には家族に相談したりすることもあり、居室の環境等に配慮した支援を行っている。</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
<p><コメント>入浴形態や方法を検討・確認しながら入浴支援を行っていることや、心身の状況に合わせた検討・見直しを行っている。</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>利用者の心身の状況に合わせて検討・見直しを行っている。</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。	b
<p><コメント>自立に向けた働きかけをリハビリに行き計画を立ており、心身の状況に合わせて検討・見直しを行っている。移動介助に必要な利用者が移動を希望したした際の手順や体制の整備されていない。</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
<p><コメント>行事計画では、うなぎ・やきそば・ホットケーキ等職員と共に楽しむ工夫が記されていた。行事食は月1回あるが食事を選択することはできず、行事食も普通の献立に記載されているため、提供方法を工夫されているとは言えず選択できるよう工夫されているとはいえない。</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
<p><コメント>嚥下能力や栄養面に配慮した食事や提供方法を申し送り書の記録で確認した。食事中の事故発生の対応方法を確立、日頃からの確認、徹底の記載はなく、手順やマニュアルも整備されていない。</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>口腔機能の保持・改善に取り組むための支援や研修の実施は感染委員会議事録や、個別計画、個別記録で確認した。口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている記録や計画がない。</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。	a
<p><コメント>褥瘡予防の標準的実施、周知徹底、治療に向けたケア等褥瘡評価表・栄養管理記録・内部研修等が適切に行われている。</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。	b
<p><コメント>喀痰吸引・経管栄養の実施手順や個別計画が策定されているが、職員研修や個別指導等を定期的に行っていない。</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>機能訓練、介護予防活動が計画的に行われ、寝たきりや歩行困難者への機能訓練も実施されているが、機能訓練や予防活動に対しての一人ひとりに応じた個別のプログラムの作成がない。</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>職員に対し、認知症の治療・ケア等について最新の知識・情報を得られるような研修記録がない。関係職員との連携で行動・心理症状についての分析や支援内容を検討した記録がない。</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>体調変化時の早期発見、健康確認等は申し送り記録、内部研修はあるが、迅速に対応するための手順の確立と取組がない。</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。	b
<p><コメント>終末期の方針や手順の確認は意向確認書や、看取り介護計画書がある。職員に対して、終末期のケアに関する研修が内部研修報告、実施記録はあるが、精神的ケアについての記載や実施についての記録がない。</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。	b
<p><コメント>職員と家族とメールでのやり取りがあり、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。一方で利用者と家族とのつながりが持てるような取組や工夫がされていない。</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。	a・b・c
<p><コメント></p>		

