

評価細目の第三者評価結果

（高齢者分野）

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	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	理念は基本目標として、各年度の基本方針と共にホームページに掲載され、各工場の事務所にも掲示され、年初の職員全体会議で配布説明が行われ、家族にも家族会にて配布説明が行われています。また、職員の目標も作成されています。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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。	b	介護保険制度と法改正の内容や社会のニーズをウェブサイト等のネットワークから収集する一方、行政や地域の関連関連機関とのかかわりを深め、課題や今後の方向性の把握に努められています。
I-2-1 (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。	b	人手と人材の不足や働き方改革等の社会的要因による課題と大規模改修工事等の事業所要因による課題の二つに分けて把握がされています。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-1 (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	現在、各種の改定項目や大規模改修工事等を含む中・長期計画の策定が検討されています。
I-3-1 (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。	b	2～3年を見据えた単年度事業方針として、7つの項目に分けて策定されており、年初の全体会議にて職員に配布説明されると共にホームページにも掲載されています。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-1 (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	単年度事業計画は、各部門にてまとめられた情報やデータを反映して策定されており、実施状況については、運営会議での評価・見直しが行われています。また、予算書は職員が自由に閲覧することができます。
I-3-1 (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	年初の家族会にて配布・説明が行われています。また、利用者には、行事計画を月単位で掲示板に表示するなどの方法で周知されています。

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	コメント
I-4-1 (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。		
I-4-1 (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	個人研修と資格取得のための助成制度が設けられており、介護職員初任者研修を施設内で受けられるようにも取り組まれている他、虐待・ハラスメント等の研修も講師を招いて行われています。また、年1回の家族アンケートや家族会では意見や要望を汲み取り、サービスの向上に活かされています。
I-4-1 (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	3月に1回開催される各委員会が設置され、所属する職員を中心に課題への取り組みが行われ、緊急を要する改善点や予防については、随時改善に取り組まれています。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	基本目標と各年度の基本方針は、ホームページや施設便りに掲載され、財務諸表については、社会福祉法人電子開示システムにて開示されています。
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	外部監査は行われていませんが、監査員2名による内部監査が行われています。また、会計事務所による帳簿の管理が行われています。

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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	運動会や秋祭り等の催しには地域の方々の参加があり、地域の祭り神輿の来訪やセブンスの出張販売など、ボランティアの協力や社会資源の活用による交流が継続的に行われています。
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	「ボランティア受け入れマニュアル」が作成され、学校の職場体験や図書の読み聞かせ・音楽療法・アロマセラピー等が行われています。また、ボランティア保険にも加入されています。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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	地域見守りネットワークを基に、地域の社会資源が明確にされ、地域包括支援センターや居宅介護支援事務所、及び、町立病院の「地域連携室」との密な連携が行われています。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	法人には地域交流スペースが設けられ、町の健康増進事業への協力が行われています。また、災害援助協定が結ばれ、緊急時避難場所の提供と共に、3日程度の備蓄も備えられています。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	社会福祉協議会との連携や地域の介護事業所が参加する地域連絡協議会への参加により、地域のニーズに基いた活動や協力が行われています。また、広域市町村会議への参加も行われています。

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	コメント
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	基本目標と各年度の基本方針について年初の職員全体会議で配布説明が行われると共に各ユニットの事務所にも掲示され、各委員会と部会やケースワーカーにより利用者の思いや要望を叶えるための検討と対応が行われています。
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	「個人情報の収集目的・個人情報保護方針・プライバシー保護に関するガイドライン」が作成され、利用者と家族には契約時に詳細な説明が行われており、権利擁護に関する研修も実施されています。

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。		
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	ホームページは施設内環境やサービス提供時の写真等を活用することで解り易く紹介され、パンフレットは社会福祉協議会・在宅介護支援センター・地域医療連携室等に配布され、サービス利用希望者の選択を助ける情報提供が行われています。また、個別の見学や質問にも丁寧な対応がなされています。
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	サービス利用開始時には、契約書・重要事項説明書等に基づき、時間をかけて丁寧に説明がなされ、利用者・家族の同意を得られています。また、変更時は利用者自身の意向を確認し、自己決定を尊重した対応が行われています。
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	会議や催しを通して地域との関わりを深め、他の施設や病院への移行時は連携が取り易く、適切な情報提供を行うことでサービスの継続性に配慮がなされています。また、入所時に自宅への復帰も可能であることが説明され、希望があれば居宅の介護支援専門員に引継ぎが行われています。
Ⅲ-1-（3） 利用者満足の向上に努めている。		
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。	a	介護計画の作成時には利用者面談を行い、各人の意向を計画に反映されています。また、家族会での意見や要望と家族アンケートの結果を基に「サービス改善委員会」による検討と改善が行われています。
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。		
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	「苦情・要望等対応手順」が作成されており、苦情の内容は上司に報告され、関係部門による小カンファレンスが行われ、回答と解決策がフィードバックされており、現場だけの解決は禁じられています。
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	従来型の77をエト77に近付けることで利用者の要望等が汲み取り易くなっています。また、相談室が設けられ、事務所もいつもオープンで、話し易い相手に話せる環境が作られています。
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	相談や意見に対して介護・相談・看護等の必要な関係部門が連携して対応されており、介護ソフト「福祉見聞録」により、相談や意見等を含めたすべての利用者情報が一元管理され、内容を職員が共有することが可能となっています。
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。		
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	「急変時対応マニュアル・事故発生時対応手順・医療機関との連携手順」等のマニュアルが作成され、「危機管理対策委員会」にて発生要因の分析や防止・改善策等が検討され、研修も行われています。
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	「感染症対策委員会」が設置され、「感染症対策マニュアル」が作成され、研修も実施されています。また、必要に応じて、面会制限を含む各種の感染予防処置が取られています。
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	「災害対応手順・防災対応手順」が災害種別に作成されており、夜間想定を含む年2回の避難訓練が利用者も参加して実施されています。また、備蓄が完備されると共に、地域との災害援助協定が結ばれています。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-① 提供する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	「サービス計画策定手順」と各種の「介護手順」が整備され、マニュアルに沿ったサービスが提供されています。また、多職種でのカンファレンスを基に計画が立てられ、介護計画は職員全員に配布され、統一した支援が行われています。
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	各種の業務マニュアルや手順書は各委員会や職員会議で定期的に見直しがされ、共に、利用者の状態の変化に応じて、関係する職員で話し合い、随時に見直しも行われています。
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。		
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	アセスメントにより利用者の状況を把握した上で、多職種での話し合いを基に介護計画が策定され、カンファレンスの要点を各部門にフィードバックし、出席できない職員への周知が図られています。
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	6ヶ月ごとに見直しが行われると共に、状況の変化に応じて多職種での実施計画の評価・見直しが行われています。また、居室担当職員や看護師が毎月モニタリングを実施し、利用者がその人らしく暮らせる支援に繋がられています。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	利用者の介護計画・個別ケア・排泄・入浴・栄養・看護情報等、全てが介護ケア「福祉見聞録」を利用して詳細に記録され、利用者の身体状態や生活状況を職員間で共有できる仕組みが作られています。
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	「個人情報保護推進委員会」が設けられ、「個人情報保護方針」に基づき管理され、パソコンの請求管理はパスワードが設定され、個人台帳は施錠出来る場所に保管されています。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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	従来型ケアをユニット型ケアに近付けるために4ユニット化されたことで、1人ひとりの利用者に応じた過ごし方を提供するための工夫が進み、月1回の外出プラン・生け花・料理・書道・貼り絵ケア等の活動計画を立て、各人が興味のあることを楽しんでいただけるよう取り組まれています。
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。		
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。		
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	積極的な声掛けと傾聴を基本に、コミュニケーションボードの利用や筆談、ボディタッチ、地元の慣れ親しんだ方言等の工夫をしながら意思疎通が図られています。また、ユニット型ケアは認知症利用者とのコミュニケーションにも効果をもたらされています。
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	「身体拘束ゼロ推進委員会」が設けられ、「身体拘束廃止へのガイドライン」が作成され、止むを得ない場合の手順や手続きが定められ、随時の見直しと年2回の研修が行われ、現在身体拘束を必要としないケアが実践されています。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
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	従来型の施設ですが4ユニット化され、よりユニット7に近づけた支援が行われています。各部屋は間仕切りでブラザーが確保され、室温・湿度は居室ごとに管理が行われるなど、利用者の快適な生活に配慮が行われています。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
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	一般浴・リフト浴・シャワー浴・ミスト浴が設置され、「入浴手順書」に基づき、利用者の意向と身体状況に合わせた入浴支援がなされ、「サービス改善委員会入浴部会」にて、利用者1人ひとりの入浴支援の検討と見直しが行われています。
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	排泄時間・排泄パターンの一覧表を活用し、排便は7段階の形状で記録を行い、「排泄手順書」に基づき、1人ひとりの状態に応じた排泄支援が行われ、「サービス改善委員会排泄部会」にて、改善に向けた検討と見直しが行われています。
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	残存機能を活かし、できるだけ自力で移動が行えるよう声かけが行われ、杖や歩行器、車椅子などの福祉機器は理学療法士立会いのもと、適切な機器が使用できるようになされています。
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	嗜好調査が年1回行われており、食前の献立の説明や食器の利用、食器の大きさの選択等に加えて、月1回の喫茶対応があり、利用者の好みの品を注文することができ、常食の利用者は「バウン」に参加することも可能で、食への興味を持っていただけるように工夫がされています。
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	栄養ケア計画が作成され、利用者の状態に合わせた食事内容・食事形態・自助食器の選定等が行われ、「食事介助手順書」に基づき、各人の状態に応じた支援がなされています。また、「サービス改善委員会食事部会」にて、食事内容や支援方法の検討と見直しが行われています。
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	歯ブラシ・歯間ブラシ・モブブラシ・口腔スポンジ等、利用者の状態に合わせた支援が行われており、定期的に歯科医師の往診があり、助言・指導を受けられると共に研修会も開催され、「口腔ケア実施検討委員会」にて、検討と見直しも行われています。
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	褥瘡予防と褥瘡対策のケースファイルが行われ、看護師と理学療法士等多職種で連携を図り、ポジショニング・体位交換・栄養補助・清潔の維持や弱酸性パッド・エアマットやクッション性の座布団等の利用を駆使した対応で、予防と改善が進んでいます。
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。		該当なし。
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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a	自分で出来ることは自分で行っていただくことを基本に、理学療法士が利用者全員の機能訓練計画を作成し、歩行や立位保持等の訓練が実施されています。また、介護職員による生活リハビリのプログラムが作られ、体操やリレーションを通しての介護予防が生活の中に取り入れられています。

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	「認知症利用者へのケアガイドライン」が作成され、外部研修に参加した職員が伝達研修を行い、知識や技術及び情報を伝えるように取り組まれ、マニュアルケアを取り入れて効果を上げるなど、否定をしたり、行動を止めるのではなく、各利用者に合わせて認知症ケアが実践されています。
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	「利用者急変対応マニュアル・事故発生時対応手順・医療機関との連携マニュアル」が整備され、利用者の急変及び事故時には看護職員への連絡や医療機関との連携が迅速に図れる体制が作られています。
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	入所時に、事業所における終末期の対応について説明がなされ、重度化した場合は家族と医師を含めて話し合いを重ね、利用者にとって最適と思われる選択と対応がなされています。「看取り介護手順」が作成され、看取り介護及び終末期についての定期的な研修も行われています。

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
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	各職種からの情報は相談員を通じて定期的に家族に伝えられ、緊急の場合は随時伝えられています。家族会では講演会や研修会その他、利用者と家族がコミュニケーションを図ることができる「家族会カフェ」が開催されるなどの工夫が行われています。

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
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。		