

# 評価細目の第三者評価結果

## 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) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	

### I-2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	

### II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	

### II-4 地域との交流と連携

	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	

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 地域の福祉ニーズを把握している。	b	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	

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	理念に基づいて作成された「理念の実行方法」に、利用者の尊重が行動として明示されています。また、各倫理委員会、虐待防止委員会、身体拘束廃止検討委員会が設けられ、各委員会の指針やマニュアルの作成と事業所内研修により、全職員に対する共通の理解と知識の習得に取り組まれています。
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	プライバシー保護規程が完備され、特にプライバシーの保護が欠かせない排泄、入浴、更衣などには、介護の手順書も作成されています。また、不適切ケアチェックリストの記入と面談により、各職員への周知徹底が行われています。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者家族に対して満足度調査を実施し、サービス担当者会議での聴き取りと併せ、利用者が望む介護が何であるかを捉えるための取り組みがなされており、1人ひとりの利用者に対するケアや支援の具体的な改善に努められています。
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	毎日各フロアに、介護職を含む各職種の出勤者の氏名を掲示し、話し易い相手や話したい内容に合った職員を選んで話せる仕組みが作られています。また、定期的に介護相談員の来所があり、利用者の話を聴かれています。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情対応マニュアルが作成されると共に、苦情受付責任者、苦情解決責任者が設けられ、必要に応じて第三者委員会の意見を聴くなど、相談員と現場の介護職も含めて迅速に対応・解決し、申出者に回答できる仕組みが作られています。記録は事務所で保管、管理されています。
Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	苦情に対しては、フローチャートにより対応の手順が明確化され、多岐にわたる意見や要望に対して迅速に責任者への報告がなされ、適する職種・職位が対応する体制が取られています。また、汲み取られた意見や要望は検討を経て、サービスの向上に活かされています。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	県指導による自主点検表を用いて、年1回サービス内容の評価が行われ、その結果を共有して改善策を検討し、実施する仕組みが作られています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	業務改善会議、主任会議、カンファレンス等で明確化された課題は、PDCAの展開で、職員への周知と理解が図られています。
Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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サービスが提供されている。	a	整備されたマニュアルに基づき、標準的なサービスが提供されています。また、定期的な面談と評価が行われることで、職員の介護に対する目的が確認され、介護過程に応じた介護が提供できる体制が整えられています。
Ⅲ-2-(2)-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	業務委員会が設置され、月1回、実施方法について検討され、必要な見直しが行われています。また、利用者や職員の意見や提案を反映し易くするために、アンケート等の実施も検討されています。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	介護過程プロジェクトチームを組織し、ケアプランと日々の生活記録が繋がるように介護計画が作成されています。また、SOAP形式により記録することで、記録方法が標準化され、見落としや漏れが防がれています。
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	個人情報保護規程やIT管理規程に基づき管理され、外部漏洩を防いでいます。また、個人記録の取り扱い、スタッフルーム内に限定するなど、管理の徹底が図られています。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	多職種合同で半年に1回、カンファレンスを開催し、利用者の情報が共有されています。また、回覧を利用した伝達も行われ、情報を共有する仕組みが、複数作られています。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページや広報誌で随時情報提供がなされています。広報誌は地域の施設や近隣へ配布され、見学や相談にも随時対応できる体制が取られています。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	利用開始時には、相談員から利用者や家族にサービス内容の説明が丁寧に行われ、理解いただけたことを確認の上、同意をいただいています。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	退所される際には、ケアプランや看護サマリーなどで情報提供を行い、スムーズな引継ぎが行われるように手配が取られています。サービス終了後についても、その後の状況をフォローされるなど、サービスの継続が望まれます。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	施設介護支援専門員業務マニュアルに沿って、アセスメントが実施されています。入所時にはカンファレンスが開催され、多職種によるアセスメントが行われ、利用者のニーズが検討されています。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	多職種でのカンファレンスによるアセスメントの結果から、個々の課題が明確にされ、具体的に記入されたサービス計画書が作成されています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	定期的に評価や見直しが行われています。利用者、家族、主治医及び多職種にも意見を求め、状況変化に合わせた介護計画が作成され、また、必要に応じて、見直しも随時行われています。

### 評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

#### Ⅳ-1 個別サービスの提供

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ-1-(1) 利用者に対する食事の提供。		
Ⅳ-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	主食は選択でき、利用者の好みに合わせ代替食も提供されています。おせち料理や流しソーメン、秋刀魚祭りなど、行事食も工夫され、食器も家庭的な雰囲気を感じてもらうために、柄を揃えないなどの配慮がなされています。
Ⅳ-1-(1)-② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。	a	満足度調査を年2回実施され、その結果を残食量の記録と合わせて、栄養管理委員会で検討し、献立に反映されています。また、季節の食材を取り入れ季節感を味わっていただいたり、温いものは温く提供することにも努められています。
Ⅳ-1-(1)-③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	利用者の状況に合わせた食事形態で提供されています。栄養アセスメントをもとに評価が行われ、多職種で連携し、テーブルや椅子の高さについても検討され、安全に食事を楽しんでいただける支援が行われています。
Ⅳ-1-(1)-④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	栄養士が定期的に聴き取りを行い、できるだけ希望を取り入れるように努められています。行事の際にはノンアルコール飲料で飲酒の気分も味わっていただくなど、嗜好にもできる範囲の配慮がなされています。
Ⅳ-1-(2) 利用者に対する入浴の提供。		
Ⅳ-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	大浴場、個浴、機械浴、リフト浴を備え、利用者の身体状態に合わせた入浴方法が取られています。最初から最後まで同じ職員が支援し、BGMを流すなど、安心して入浴を楽しんでいただける支援が行われています。
Ⅳ-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	脱衣所はドアとカーテンを閉めるように徹底されています。また、男女別に入れ替えを行い、希望者には同性介助が行われています。

IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理。		
IV-1-(3)-① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。	a	排泄委員会が中心となり、パットの色分けで排泄状況が把握できるように工夫されています。個々の状態に合わせて、尿器や差込便器、ポータブルトイレなど、適したものを使用されています。また、機能訓練を継続したことにより夜間もトイレでの排泄が可能になるなど、自立度が改善した事例も見受けられます。
IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	定期的に研修が実施され、消臭や換気にも気を配った介助が行われています。また、別の階や併設のデイサービスのトイレを利用することもでき、利用者一人ひとりの気持ちや羞恥心に配慮した支援がなされています。
IV-1-(4) 利用者の移乗の確保。		
IV-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	a	機能訓練士が利用者の身体状態に合わせた福祉用具を選定し、可能な限り離床していただけるよう取り組まれています。
IV-1-(5) 利用者の整容の確保。		
IV-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	就寝時と起床時に着替えの支援が行われ、生活のリズムが整えられています。また、洗顔や口腔ケアも行き届いており、月2回の理美容も楽しまれています。
IV-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護。		
IV-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	半年に1度、多職種でのカンファレンスが行われ、SOAP形式で記入することで見落としや漏れが防がれ、個々の障害に合わせた介護計画が作成され、適切な支援が行われています。
IV-1-(6)-② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	a	様々な集団レクリエーションや個別レクリエーションを楽しまれています。また、リアリティオリエンテーションを継続することで、日常生活動作が改善され、ナースコールが押せるようになり、トイレでの排泄が可能になるなどの改善効果も見られます。
IV-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応。		
IV-1-(7)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。	a	在宅医と連携し、対应手順書に基づき受け入れが行われています。施設で点滴や酸素療法が実施できる環境も整えられ、適切な対応が取られています。
IV-1-(8) 利用者の健康管理。		
IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	バイタルチェックは定期的に行われ、月1回の体重測定、年1回の健康診断で体調に変化が見られた場合は、随時、医療機関へ報告と連絡がなされ、必要な対応が取れる体制が整えられています。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	手順書に基づき、職員2人で確認するなど、誤薬を防ぐためのチェック体制が整備されています。また、疾病による副作用対策も講じられ、情報は職員間で共有されています。
IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	感染症対策委員会が設置され、毎月検討会が開かれています。また、研修も行われ、嘔吐処理方法についても日頃から勉強され、職員間で迅速に対応できる体制が作られています。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	衛生管理マニュアルや予防マニュアルが整備され、年2回の研修を通じて、職員間にも周知徹底されています。また、定期的な検便検査や食器類の衛生管理も行われ、予防対策が適切に実行されています。



IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	b	個別リハビリ計画書に基づき、機能訓練士により、週1回実施されています。また、月1回体重測定をもとに、管理栄養士による健康状態の評価も行われています。多職種での評価と見直しが行われ、身体機能維持に努められていますが、実施できる利用者が限られているように見受けられます。
IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	b	食事を自分で食べられるように、食事時の椅子やテーブルの高さや配置などの検討、また排泄や入浴を安全に行うための立位保持訓練が生活リハビリとして行われ、機能維持が図られていますが、寝たきり利用者への取り組みには、改善の必要があると思われれます。
IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。	a	褥そう予防委員会が設置され、褥そう予防ケアスクリーニングにより、個々の状態に応じた対応がなされています。栄養士による評価では低栄養にも配慮され、活動する楽しみを提供することで離床を促し、生活リズムが整えられています。
IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。	a	多職種で協議し、利用者の身体状態に合わせた福祉用具が提供されています。使用方法への理解が難しい利用者には練習を重ね、安全に使用できるように取り組まれています。
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。	a	転倒アセスメントシートを活用され、リスクマネジメント委員会が中心となり、転倒への対策が講じられています。生活リハビリで筋力維持を図り、事故が発生した場合には分析し再発防止にも取り組まれています。
IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。		
IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	余暇活動には力を入れられ、季節の行事のほか、創作活動や外出、生け花クラブ、調理レクリエーションなどの様々な活動が提供され、利用者1人ひとりにあわせて、楽しんでいただいています。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	入所前の生活環境や個別性を重視した生活の継続に配慮がなされています。新聞や雑誌、テレビは各フロアで見ることができ、訪問理美容で、気に入った髪型や髪染めを楽しんでいただくなど、好みの生活をしていただける環境が整えられています。
IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	預かり金規定に定められた方法で管理されています。希望時には職員2人で対応し、出納状況は年4回、家族に報告されています。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	起床、就寝時間は個別に対応され、レクリエーション活動や行事への参加も自由で、利用者の自主性が尊重されています。また、食事や入浴時間なども体調や気持ちに配慮した対応がなされています。
IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	仏壇や植木など大切にしていたものが持ち込まれ、これまでの生活習慣が継続できるように配慮されています。また、居室担当を決めることで、利用者と職員が馴染みの関係となるように努められています。

#### IV-2 家族との交流の確保

	第三者評価結果	コメント
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。		
IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	面会時間に制限はなく、利用者と家族がゆっくり過ごしていただける環境が整えられています。また、施設の行事には積極的に家族の参加を呼びかけ、外出や外泊時には現在の健康状態を伝えるなど、安心と安全に配慮して支援がなされています。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	広報誌やホームページを通して事業所の様子が伝えられています。また、日常の利用者の様子は、家族懇談会や面会時、電話などで報告され、介護計画作成時の連携も図られています。

#### IV-3 利用者の人権の擁護

	第三者評価結果	コメント
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。		
IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束防止委員会が毎月開催され、定期的な研修により、職員への周知が図られています。緊急やむをえない場合にはマニュアルに沿った対応がなされ、直ちに家族への説明と経過観察が行われています。
IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	倫理委員会や虐待防止委員会を開催し、職員全員へアンケート調査を実施し、その結果を反映した研修が行われています。また、職員へのストレスケアの制度も設けられ、いつでも相談できる環境が作られています。
IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a	成年後見制度については、ポスターやパンフレットで周知が図られています。現在、数名の利用者がおられ、後見人の方と連携して、利用者の暮らしが支えられています。
IV-3-(2) 生きがいのある生活。		
IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	居室担当職員が利用者と毎日関わりを持ち、コミュニケーションを取ることで、利用者のニーズをくみ取り、レクリエーションや創作活動、外出企画、アニマルセラピーなどへの参加に反映させ、日々の生活が退屈にならないように努められています。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	県で定めた自主点検表により、自己評価が実施されています。また、今回の第三者評価の自己評価により、課題の確認とその改善が行われ、よりよいサービスへつながるものと期待します。
IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。	a	利用者や家族の希望に応じられるように、看取り担当者が配置され、24時間の連絡体制や静養室も整備されています。また、ターミナルケアの実施については、特に、利用者が孤独にならないための配慮がなされています。