

## 福祉サービス第三評価結果の公表ガイドライン

### ①第三者評価機関名

NPO 法人未来
鳥取県倉吉市東仲町 2 5 7 1 番地

### ②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームあいご	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 松本敏紀	定員（利用人数）： 50名（50名）
所在地：鳥取県日野郡日野町根雨 730 番地	
TEL：0859-77-0777	ホームページ： <a href="http://www.nissyokai.net/">http://www.nissyokai.net/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成17年4月26日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 日翔会	
職員数	常勤職員： 30 名      非常勤職員 7 名
専門職員	（専門職の名称） 名
	施設長 1名      医師 1名
	看護師 1名      看護師 2名
	介護職員 20名      介護職 1名
	生活相談員 1名      調理員 1名
	介護支援専門員 1名
	栄養士 1名
	調理員 4名
施設・設備	（居室数） 50      （設備等）
の概要	全室個室ユニット型      防火設備・居室内トイレ・特殊浴槽

### ③理念・基本方針

【理念】 「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」	
【基本方針】	
1. 個を大切にし、心を満たす医療・福祉の実現	5. 誇れる職場の創設
2. よろこびと感動の共有	6. 要求事項への適合
3. 地域社会との対話と交歓	7. 品質マネジメントシステムの
4. 安定と健全な発展	継続的な改善

### ④施設・事業所の特徴的な取組

地域で暮らす高齢者の自立支援事業「ゆうゆう倶楽部」を立ち上げ、介護予防や娯楽活動支援を行い在宅生活の継続ができるようにしている。

※「こやまケア行動方針」は事業所と経営する日翔会が属する湖山医療福祉グループが定めた行動指針である

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年11月16日（契約日）～ 平成31年3月26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

1. 法人内事業所や地域行政との連携を図りながら、サービス向上、行事開催や施設利用の多様化によって、中山間地にある小さな町の福祉拠点として柔軟な機能を保持している。
2. 法人組織の明確な指導と連携の下、「こやまケア」理念が浸透しており、利用者本位のサービス、地域の拠点・終の棲家として穏やかに暮らせる場となっている。
3. 地域との連携
  - ①「地域ケア会議」に隔月参加し、情報交換や地域の福祉ニーズの把握をしている。「見える事例検討会」に毎月参加し、一般住民や医療・福祉関係者にも開かれた困難事例の検討会を行い、問題解決の取組の一助となっている。
  - ②自立支援事業「ゆうゆう倶楽部」を行い、地域の在宅高齢者の介護予防活動を担っている。
  - ③地元の祭りや自治会活動の場として施設を開放し、地域住民から施設の理解を得ている。
  - ④法人の広報紙を毎月発行し、利用者家族をはじめ、日野町住民へ全戸配布し、施設の情報を発信している。
  - ⑤地元高校の出前講座に職員を派遣し、高校生へ介護や高齢者への理解を深める機会を提供している。
  - ⑥当該施設を「指定避難所」として日野町と災害協定を締結している。
4. 満足度の把握  
年に1回「お客様アンケート」を実施しており、80%以上の回収率である。結果分析を行い、迅速な対応に心がけ、改善に繋がった事例も多い。
5. 業務改善
  - ①昨年10月から電子記録システム「ほのぼの」を導入し、記録時間の短縮やケアの向上等、業務改善につながった。
  - ②他職種や医療機関との連携協力により、終末期や緊急時の対応マニュアルを整備し、看取りについて検討を重ねている。
  - ③2年前から介護ロボット3台（ベッド設置）を導入し、様々な想定にも見守りセンサーで対応でき、利用者を制止することなく、安心安全なかかわりに心掛けている。

#### ◇改善を求められる点

1. ボランティアを法人全体として受け入れているが、施設独自のボランティアマニュアルや協力者名簿があると、さらに良い。
2. 看護・介護の手順書を策定しているが、在宅酸素療法の手順や留意点についても追記されたい。
3. 記録の電子化に伴い、情報の保管管理についてのルール化を期待する。

4. 終末期における確認の同意（延命処置について）を得ている。また、緊急時の連絡体制を整備し、ケアに携わる職員には終末期における研修を実施している。さらに連携が円滑に行くよう期待する。
5. 介護の重度化及び医療依存度の高い利用者が増え、人員確保と更なる業務の見直しが課題であろう。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

職員アンケートの実施は初めての実施でした。職員の考えや課題の把握ができ、今後の改善に繋がる内容でした。事業所側から職員へ聞きたい項目を入れた内容でアンケートを実施していただけたらと考えます。

⑧第三者評価結果

以下のように「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

※すべての評価細目（45項目）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。※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。

### 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> ホームページやパンフレット、運営規定に明文化し、広域的に周知している。基本方針を具体化した「こやまケア行動方針」を名札に入れて持っており、いつでも確認できる。利用者や家族へは入所時や家族会でパンフレットを使用して説明している。		

#### 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> 事業経営をとりまく動向は行政や関係機関のホームページから情報を得ている。毎月のグループ経営基本会議で情報を収集し、経営課題を把握している。毎月の経営会議時に予算執行状況、利益率、食単価、人件費率等を分析し、報告している。		
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> 取り組み、成果、反省、課題を明確にして毎月の経営会議で報告している。  
また、毎月の職員会議で報告内容を周知し、課題改善に向けての取り組みをしている。

### 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・c
<コメント> 理念や基本方針の実現に向けた中・長期的なビジョンを明確にしている。ビジョンを達成するための計画を実行し、経営課題等の具体策を実施している。収支計画を策定している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 中・長期の内容を反映させ、数値目標も含め具体的に計画的に計画を策定し、実施している。毎月の実施状況・成果・反省・課題を経営会議で報告している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 事業計画はリーダー職員が職員の意見を集約して、施設長や課長・主任・リーダーで構成する事業所会議で協議し、策定している。数値目標・行動目標は法人のキックオフミーティングで報告し、その後職員会議時に職員に説明している。		
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 Ⓑ c
<コメント> 事業計画は法人のホームページに掲載し、家族報告会で説明している。周知に関しては、毎年の家族アンケートの質問項目に入れて様子を見てはどうか。		

### 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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ISO9001 品質マネジメントシステムを活用して、手順に基づき自己評価と内部監査を年2回行い、継続的改善ケアの質の向上に取り組んでいる。 法人が属する「こやまグループ」による「こやまケア行動方針」に基づき、ケアを自己評価したり、施設間評価に取り組んでいる。第三者評価を受審している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ISO 内部監査、こやまケア内部監査、第三者評価で指摘のあった改善事項は事業所会議改善策を検討し、改善計画を作成している。改善計画は、実施後の改善効果を検証して評価する仕組みを整えている。		

## 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・c
<p>&lt;コメント&gt; 施設長は理念や基本方針を明確にしているとともに、事業所会議や職員研修の中で、事業所の役割や目指すものを表明し、理解を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 環境配慮等を含む幅広い分野について、遵守すべき法令等を把握している。マニュアルを活用し、職員研修で周知している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 事業計画の行動目標の一つにサービスの質の向上を掲げ、事業所会議で取組状況・成果・反省をし、次月への課題を整理して経営会議で報告している。職員研修を毎月、計画・実施し、外部研修も受講できるようにしている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 毎月の経営状況の報告と併せて、先月の課題への取組と成果、次月への課題を事業所会議・経営会議で報告している。経営会議の資料を職員に周知し、共有している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 中・長期計画及び単年度計画の中で、採用の計画を立て、採用活動・人材確保・人材育成を行っている。職員の資格取得に向けて事業所内で勉強会や研修を行い、支援している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 期待する職員像は「職員行動指針」に明示している。職員の能力は「力量評価票」や「職務評価票」を使い、確認している。法人目標に沿って個人目標を毎年設定し、上司は面談により個人目標のサポートをしている。</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。	Ⓐ・b・c

<p>&lt;コメント&gt; 今年度の目標を「働きやすい職場環境」として、有給休暇取得促進・懇親会の実施等を掲げ、取り組んでいる。具体的には、有給休暇の取得状況や時間外勤務を把握し、ワークライフバランスに配慮した取り組みをしている。また、休暇希望や健康面の把握を行い、職員の希望に添えるように勤務表に反映させている。</p>		
<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。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 職員は「個人別目標管理シート」を使用し、前年度の評価や事業計画を踏まえて、年度毎に個人目標を設定し取り組んでいる。年2回の面談を行い、進捗状況の中間確認や達成状況の確認をしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 職員の教育、研修に関する基本姿勢を明確にし、前年の評価を踏まえて計画し、実施している。研修内容は「研修主催者報告書」にまとめ、評価と見直しをしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 職員の知識・技術水準を「力量評価票」で把握して個人別に「教育訓練表」を作成し、研修計画に基づいて取り組んでいる。事業所内勉強会は月2回設定して参加しやすくし、また外部研修に参加できるように勤務調整している。</p>		
<p>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。</p>		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt; 専門職の実習については（医療法人）老人保健施設おしどり荘としてマニュアルを整備し、受け入れている。当事業所では地元の中학생・高校生の体験学習の受け入れを行っている。学校側からの指導要綱に沿って行うが、事業所としての受け入れマニュアルを充実した内容に整備されたい。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
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・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人のホームページに、理念や基本方針・提供する福祉サービス・事業計画・事業報告・予算決算等を情報公開している。毎月、日野町全戸に広報誌「おしどりの風」を配布し、地域へ情報発信している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 経理規程でルールを明確にしている。経理・事務については税理士に相談し、助言指導を受ける体制にしている。会計監査人による外部監査、また、法人内では相互監査をしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 日野町主催の「ねう祭り」では、施設駐車場が地域住民の踊りを披露する場となっており、利用者も参加・見学し、交流できる場となっている。</p> <p>施設主催の「あいご祭り」に地域の人を招くなど、地域の方と関われる場を提供している。</p> <p>日野町子育て支援室「おひさまひろば」と連携し、園児と触れ合う場をもち、園児と高齢者の世代間交流の機会となっている。</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 Ⓑ c
<p>&lt;コメント&gt; 「体験学習受け入れマニュアル」を作成し、地元小中高生の受け入れ準備を整えている。年に1度、地元の日野高校2年生が「ミュージックセラピー」で施設を訪れ、利用者の楽しみの機会となっている。</p> <p>一般住民ボランティアに関しては、日翔会としてボランティアの共有を行っているが、事業所独自の「ボランティアマニュアル」と登録者名簿を検討してはどうか。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 「地域ケア会議」に隔月参加し、情報交換や地域の福祉ニーズの把握を行っている。</p> <p>「見える事例検討会」に毎月参加し、一般住民や医療・福祉関係者にも開かれた困難事例の検討を行い、問題解決の取組の一助となっている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 毎週火曜日に自立支援事業「ゆうゆう倶楽部」を行い、地域の在宅高齢者の介護予防活動も担っている。</p> <p>地元の祭りや自治会活動の場として施設を開放し、地域住民から施設の理解を得ている。</p> <p>当該施設を「指定避難所」として日野町と災害協定を締結している。</p> <p>地元高校の出前講座に職員を派遣し、高校生へ介護・高齢者理解の機会を提供している。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 日野町内の「ねう祭り」や「いきいきひのふれあい祭り」に施設の利用で協力したり、駅伝大会に職員が参加をするなど、地域と一体化した取組を積極的に行っている。地域の在宅高齢者向けの自立支援事業「ゆうゆう倶楽部」で介護予防サービスを提供している。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 法人理念や施設の理念・基本方針に「利用者を尊重したケア」と取り組み姿勢が、施設内掲示をはじめ、広報紙やホームページにも明示されている。法人の「こやまケア行動指針」の下、職員は言葉遣いや接遇に配慮し、利用者を尊重したケア・関わりに努めている。</p> <p>年に2回行う自己評価と上司評価により、ケア目標に対するケアの振り返り・フィードバックの機会を設けている。</p>		
29	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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のプライバシー保護等の権利擁護への配慮は、法令遵守マニュアルをはじめケア手順書等へ記載があり、職員はそれに沿ったサービス提供に努めている。</p> <p>「個人情報保護方針」を施設内へ掲示し、周知している。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 施設パンフレットや法人パンフレットの他、広報紙「おしどりの風」の毎月発行やホームページ公開にて、施設情報や取組等を丁寧に発信している。広報紙は役場等へ設置し、さらに日野町全戸配布も行っている。施設の利用見学は随時受け入れている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 相談員や介護支援専門員は、福祉サービス提供前とプラン変更時に、利用者・家族へ理解できるよう説明し、同意を得ている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 病院へ入院や他事業所への移行時には、看護サマリーを作成し、担当者に引き継ぎしている。移行後・退所後も相談員が行政・関係機関と連携し、情報交換を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 年に1回、利用者・家族向けアンケートを実施し、結果を施設内に掲示している。栄養士と連携し嗜好調査を年に2回行い、利用者一人ひとりの意向を尊重するよう努めている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決についてマニュアルを作成し、意見箱も談話コーナーに備えているが、苦情や意見は出ていない。利用者や家族に対して入所時に重要事項説明書に沿って説明し、事業所内には苦情受付窓口・第三者委員の連絡先をポスターで掲示し、周知を図っている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 相談員や介護支援専門員が窓口となり、いつでも利用者・家族の意見や相談を受けられる体制を整えている。施設内に交流スペースやボランティアルームの他、談話コーナーが各ユニットの間に4か所あり、柔軟に活用できるスペースとなっており、相談時にも利用できる。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 苦情解決の体制を整え、談話コーナーに意見箱を設置している。利用者・家族の意見を吸い上げるため、年に1回利用者・家族アンケートを実施し、結果分析を行っている。迅速な対応から改善に繋がった事例として、家族の意見から職員ユニフォームの支給を行い、家族・利用者はもちろん職員にも好評を得た。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 事故苦情防止委員会を設置し、「緊急時対応マニュアル」を策定し、インシデント・アクシデントの分析、苦情処理について対応の仕組みを整えている。 事故においてはSHELL分析シートを用い、原因分析から再発防止に向けた組織的な取組を行っている。リスクマネジメントの内部研修を定期的に行っている。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 「感染症対策マニュアル」を策定し、季節に応じた予防・対策（温度・湿度管理や加湿器の設置等）を行っている。感染症委員会を設置し、感染予防の想定訓練や研修、手順の見直しを行っている。同法人や外部清掃業（障がい者雇用）に施設内清掃を委託し、清潔環境を保持している。</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している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 防災マニュアル（火災、地震、その他の災害）を策定し、防災委員会による火災想定、水害想定訓練を年に2回実施している。施設の訓練以外に、訓練に参加できなかった職員が近隣事業所訓練に参加する等相互で補うとともに、鳥取県西部町村合同避難所設営訓練等へ参加している。備蓄は法人各所と合同で3日以上準備し、栄養士がリスト作成と管理を行い、施設外保管所に保管している。日野町と「福祉避難所」として協定を交わしている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 看護・介護の手順書を策定し、職員はその手順に基づき標準的なサービスの提供に努めている。各手順書の見直しを必要に応じて行き、「職務評価票」による実施状況の確認を行っている。在宅酸素療法の手順や留意点についても手順書に追記されたい。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 年に一度(10月)事業所会議にて各手順書の見直し・検討を行い、組織的に見直す仕組みがある。施設サービス計画書の開始と変更時には、利用者・家族の意向をサービスに反映し、職員が確認できる仕組みづくりがある。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 「自立包括支援プログラム」によるアセスメントを行い、医療面や機能訓練、メンタル面での支援も含めた総合的な視点での個別援助計画を作成している。サービス担当者会議を定期的に行い、利用者・家族と専門職による検討・合議がなされ、プランに反映されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 担当職員は毎月利用者の状況をまとめ、家族に手渡し、報告している。6か月ごとのモニタリングと、必要に応じ福祉サービス計画の評価・見直しをPDCAサイクルで行っている。プランの変更点は利用者・家族の同意の下で行い、全職員に周知する仕組みを確立している。</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、職員間で共有化している。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt; サービスの実施状況は経過記録として残し、他職種とも情報共有できている。今年度10月より記録物の電子化への移行により、職員の記録負担の軽減に繋がった。ケアチェック票や申し送りノートを用い、職員間での情報共有に努めている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt; 「個人情報保護方針」を定め、施設内に掲示している。職員に対しては、守秘義務について就業規則や法令遵守マニュアル、労働条件通知書等に明記し、入職時研修等を通じて周知徹底を図っている。利用者・家族には入居時に同意を得ている。</p>		

## 内容評価基準（特別養護老人ホーム）

※すべての評価項目（20項目）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記入する。

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

評価項目	判断した理由・特記事項等	第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
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。	Ⓐ・b・c

<p>&lt;コメント&gt; 利用者、家族からの聞き取り、アセスメントを行い生活に対する意向を確認し個々のニーズに合わせた生活とサービス提供ができるようにしている。モニタリングを定期的実施し、利用者個別の役割や活動をサービス担当者会議等で検討している。</p>		
2	A-1-(1)-② 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>&lt;コメント&gt; 残存能力を活かせるよう、居室内に工夫をしたり、買い物支援を行ったりしている。必要な制度等は介護支援専門員や生活相談員が情報を収集し、適時利用出来るよう支援している。</p>		
3	A-1-(1)-③ 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>&lt;コメント&gt; 介護支援専門員、生活相談員が行政手続きや関連サービス等利用の支援を行っている。個々の心身の状況に配慮し、施設サービス計画を立案している。</p>		
4	A-1-(1)-④ 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; 個別にコミュニケーションをとり、利用者の思いや希望を施設サービス計画書やケア内容に反映させている。接遇の勉強会を実施し、挨拶や言葉遣い等、尊厳に配慮した関わりを心がけている。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 身体的拘束適正化のための指針に関するマニュアルを整備し、該当があれば手順に沿って実施を行う。身体的拘束廃止、権利侵害の研修を計画している。</p>		

## A-2 環境の整備

<p>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</p>		
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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 居室はすべて個室であり、馴染みの物や家族の写真・作品を掲示したり、ベッドやテーブルの配置に気を配り、居心地良い居室環境に配慮をしている。共有スペースには様々な工夫（季節感・懐かしさ・居心地良さ・空間など）をし、職員も共に楽しんでいる。温湿度チェックは毎日2回実施し、記録している。清掃は環境整備員が毎日清掃を行っている。</p>		

## A-3 生活支援

<p>A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援</p>		
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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 個々の心身の状況に合わせ、個室・座位式特浴・臥床式特浴などを使用し、介助している。羞恥心と快適性に配慮し、手順書をもとに支援している。入浴の判断基準としてバ</p>		

イタル等の値から清拭に変更する等対応している。		
8	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; 利用者個々の状況により排泄のケア方法や使用するおむつやパッドの種類等を検討し、支援している。排泄の支援については施設サービス計画書に位置付けし、サービスの提供、介助方法等の検討見直しをしている。</p>		
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。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt; 移乗方法、移動に必要な用具等個々の状態に合わせて使用している。福祉用具については安全点検を行っている。個々の利用者の自立支援に向けた車いすの活用について再検討してみてもどうか。</p>		
A-3-(2) 食生活		
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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 年2回嗜好調査を実施し、献立や企画に反映させている。食事のセレクトメニューの日を設けている。栄養士、調理員も食事時に見守りをする事で、摂取量、嗜好などの状況把握に努め、献立に活かしている。衛生管理マニュアルに基づき適切に調理等を行っている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 食器、自助具を工夫し、自立して食事が摂れるよう工夫している。食事の事故発生防止のため個々に正しい姿勢等を写真撮影してマニュアルにしている。個々の摂取状況に合った無理のない食事形態、提供カロリーにしている。介護老人保健施設のリハビリスタッフの助言を受け、食事姿勢や口腔内の状態に合わせた食事提供を行っている。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 週1回、協力歯科医師が口腔内の状態等を確認し、医師の指示でケアを行ったり、アドバイスを受けている。また、歯科医の講義を受けてケアに活かしている。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
13	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; 褥瘡予防、褥瘡治癒に向けてのマニュアルを整備している。褥瘡予防委員会を月に1回開催し、軽度の表皮剥離でも見逃さず、検討している。また、褥瘡予防学会の研修に参加し、ケアに取り入れている。個々の栄養状態について栄養士が管理を行っている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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
<p>&lt;コメント&gt; 喀痰吸引等実施登録機関として協力医療機関の医師の指示の下、安全に実施している。利用者の吸引及び経管栄養は、個別に指示を受け、計画に基づき実施している。研修の機会も確保している。</p>		
A-3-(5) 機能訓練・介護予防		
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	(a)・b・c

	を行っている。	
<p>&lt;コメント&gt; 機能訓練は機能訓練指導員や介護職員が施設サービス計画書に基づき、実施・評価見直しをしている。認知症の症状等は早期発見し、専門の医師と連携を図っている。</p>		
<p><b>A-3-(6) 認知症ケア</b></p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のアセスメントを行い、生活歴等を確認し、個別に配慮をしてケアを行っている。たとえば、入所当時は周辺症状が強く困難事例であった利用者が次第に穏やかになった事例がある。また、認知症について事業所内で勉強会を実施している。</p>		
<p><b>A-3-(7) 急変時の対応</b></p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 緊急時対応マニュアルを整備し、対応方法や各機関との連絡方法等を定め、それに基づく研修を実施している。利用者の健康確認は都度毎日行っており、電子カルテに記録をしている。異常時も再チェックしている。薬の処方内容の変更があった場合、看護師が服薬介助をする職員に申し送りをし、誤薬がないよう留意している。</p>		
<p><b>A-3-(8) 終末期の対応</b></p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 方針や手順書を整備し、必要時に家族に説明を行い、終末期における確認の同意（延命処置について）を得ている。また、緊急時の連絡体制を整備していることで、安心安全な支援が出来るようになった。ケアに携わる職員には終末期における研修を実施している。さらに連携が円滑に行くよう期待する。</p>		

#### A-4 家族等との連携

<p><b>A-4-(1) 家族等との連携</b></p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; 体調が変化した時は、看護師か主任が家族に連絡をとっている。日常的には、毎月利用者の様子を手紙に記入し、報告している。家族には体調変化時や施設サービス計画書更新時、モニタリング時に介護支援専門員が確認を行い、介護支援経過に記録をしている。できる限り、職員と面談での確認をすることで、さらに連携が深まるのではないかと期待する。</p>		

#### A-5 サービス提供体制

<p><b>A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制</b></p>		
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
<p>&lt;コメント&gt; サービスの実施方法は、サービス担当者会議を行い、施設サービス計画書の内容について他職種と検討し、サービスに活かしている。口腔ケア方法等は、歯科医療機関と連携し、指導・助言を受けている。</p>		