

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書 (概要)

公表日：令和3年9月2日

評価 機 関	名 称	(社福)広島県社会福祉協議会
	所 在 地	広島県広島市南区比治山本町12-2
	事業所との契約日	令和3年4月1日
	訪 問 調 査 日	令和3年6月29日
	評価結果の確定日	令和3年8月20日
	結果公表にかかる事業所の同意	あり・なし

I 事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称	特別養護老人ホームあすらや荘	種 別	介護老人福祉施設		
事業所代表者名	施設長 正田 昌義	開設年月日	昭和52年11月10日		
設置主体	社会福祉法人 三篠会	定 員	100人	入居者数	100人
所 在 地	〒737-0161 広島県呉市郷原町2380番地				
電話番号	0823-77-0949	FAX番号	0823-77-1207		
ホームページアドレス	http://www.misasakai.or.jp/shisetsu/asurayaso.php				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	事業所の主な行事など
○入所施設(特別養護老人ホーム・ショートステイ)	誕生日会(毎月), 避難訓練(年2回)
○在宅支援(通所介護・訪問介護)	夏祭り(7月), ビアガーデン(8月),
○居宅介護支援事業所	敬老会(9月), 開荘記念式典(11月),
	元旦互礼会(1月)
居室の概要	居室以外の施設設備の概要
● 総居室数 100 室	○食堂 12か所 ○大ホール 2か所
・居室内訳(個室) 100 室	○浴室 12か所
	○機能訓練室 12か所
	○医務室 1か所
	○談話室 2か所

職員の配置

職 種	人 数 (うち常勤の人数)	職 種	人 数 (うち常勤の人数)
施設長	1人(1人)	調理員	4人(3人)
医師	3人(0人)	機能訓練指導員	2人(2人)
生活相談員	2人(2人)	介護支援専門員	3人(3人)
介護職員	70人(41人)	事務員	1人(1人)
看護職員	7人(4人)		
栄養士	1人(1人)		

II. 第三者評価結果

◎評価機関の総合意見

あすらや荘は社会福祉法人三篠会の設置・運営する高齢者福祉施設群で、呉市郷原町の住宅街に面した丘陵地帯の中腹に位置しており、その中でも特別養護老人ホームあすらや荘は7階建ての施設で見晴らしもよく、遠くからもよく見える建物でした。あすらや荘は、昭和51年に設立したわが国最初の聴覚障害者専用の養護老人ホームに始まり、翌52年に特別養護老人ホーム、平成9年に老人保健施設、同10年にグループホームなどの施設と、居宅介護支援事業所と通所リハビリ・通所介護などの居宅サービス事業所も併設する施設群となっており、この地域だけでなく広域の高齢者の多様なニーズに対応されていることがうかがえます。7階建ての建物は、2階から7階までが全室個室で10人定員のユニットが左右2ユニットずつ配置され、1階に医務室・歯科診療所と事務室などの管理部門と居宅介護支援事業所、2階の20床がショートステイ専用棟、3階から7階の100床が特別養護老人ホームとなっていました。

あすらや荘の各施設とも第三者評価は複数回受審されていて、特別養護老人ホームは今回で2回目となります。3年前の受審からの改善項目も多く、サービス改善に上手に結びつけられているという印象でした。

◎特に評価の高い点

- (1)介護記録の電子化には数年がかりで取り組んで来られ、定着している様子が確認できました。また、介護現場で記録を行うための携帯端末(iPod)は、コロナ禍で面会制限中のオンライン面会にも活用されており、コミュニケーションツールとしての可能性が示唆されました。(管理運営編 No.27:サービス実施状況の記録)
- (2)職員の就業意欲を大事にされ、定期的な個別面談の実施、希望部署の聴取、年2回の勤務異動時の目的説明とフォロー、職員向けの情報紙の毎月発行などを継続して、5年間で離職率が27%から10%に下がるなど、就業状況改善の実績に結びつけておられました。(管理運営編 No.10:職員の就業状況への配慮)
- (3)以前はベッド上で過ごされていた胃ろうの方も、ノーリフティングケアや利用者に合わせた車いすを使用されることで、ベッドから車いすに移乗し、食事時間も食堂で過ごすことができるように介護職・看護師が連携して支援されていました。(サービス編 No.16:総臥床時間減少の努力)
- (4)居室では、超低床ベッドや転落防止マットの設置、寝る位置やコンセントの位置などの細やかな工夫をされ、認知症の利用者も安心して暮らせる環境づくりに努められていました。(サービス編 No.31:環境の整備)

◎特に改善を求められる点

- (1)苦情解決のしくみはマニュアル化されていましたが、利用者からの意見への対応は日常的に職員間で行っているものの、マニュアルとして明文化されていませんでした。苦情にまで至らない利用者からの意見に対応するルールを定めてマニュアル化し、PDCAの好循環によって改善と標準化につなげていっていただきたいと思えます。(管理運営編 No.24:意見を述べやすい体制の確保③)
- (2)年度毎の事業計画と事業報告はわかりやすくまとめられており、記録の電子化やノーリフティングケア、制服の検討など、複数年をかけて施設横断的に取り組んでいる活動も成果をあげておられます。しかしながら、進捗状況が検証可能な中・長期計画として明文化されていませんでした。法人全体・キャンパス単位・施設単位、いずれか打ち出しやすいレベルで中・長期のビジョンを示していただき、年度ごとに進捗状況の確認を行う指標にされてはいかがでしょうか。(管理運営編 No.3:中・長期的なビジョンと計画の明確化)
- (3)職員の状況をみて、施設長が職員へ文書で気づきを発信されていますが、今後は、法人として接遇委員会を組織されるなど職員自らが気づく工夫をして、さらに意識の高揚に務める仕組みづくりをされることを提案します。(サービス編 No.22:入所者への言葉づかい)

III. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

このたび第三者評価を受審し、客観的な立場から評価いただくことで、日々の業務の中で自らが気づきにくい課題や問題点を把握することができました。

習慣化された業務のマニュアル化(明文化)など、改善が必要な点につきましては、環境を整備し、改善に努め、さらなるサービスの質の向上に努めてまいります。

また、今後は、評価当日に、介護職や管理栄養士など、多職種が参加し、多くの気づきを得ることで、この第三者評価を成長の機会と位置づけ、活用していきたいと思えます。

IV. 項目別の評価内容

1 管理運営編

1 福祉サービスの基本方針と組織	(1)理念・基本方針 自己評価：NO.1-2	法人理念「歩・実・心(あゆみのところ)」のハンドブックを作成するとともに、パンフレットやホームページにも掲げ、職員のみならず、利用者や家族にも周知されており、全体に浸透しています。また、ハンドブックは持ち歩き可能な手帳サイズで作成され、職員が常に携帯されています。新入職員には、理念・基本方針を理解するための研修機会が確保されている他、施設内のスタッフ会議等でも常に確認し、周知徹底されています。あすらや荘では、理念・基本方針をもとに、施設独自の「合言葉」を作成し、職員全員で同じ目標に向かって支援をされています。
	(2)計画の策定 自己評価：NO.3-4	年度毎の事業計画と事業報告はわかりやすくまとめられており、記録の電子化やノーリフティングケア、制服の検討など、複数年をかけて施設横断的に取り組んでいる活動も成果をあげておられます。しかしながら、進捗状況が検証可能な中・長期計画として明文化されていませんでした。◎法人全体・キャンパス単位・施設単位、いずれか打ち出しやすいレベルで中・長期のビジョンを示していただき、年度ごとに進捗状況の確認を行う指標にされてはいかがでしょうか。
	(3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ 自己評価：NO.5-6	職員状況把握のための職員アンケートの実施や、メンタルヘルス相談窓口を開設し、職員がいつでも相談できるよう連絡先をカードサイズにして職員全員へ配布されるなど、職員の就業状況の改善に努めておられます。特に直近では、施設長自らが日々、県内の新型コロナウイルス感染状況を全職員に発信し、感染に対する不安に寄り添った感染対策を徹底され、リーダーシップを発揮されています。
2 組織の運営管理	(1)経営状況の把握 自己評価：NO.7-8	定期的にコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を実施され、事業計画や施設の経営状況の改善に活かされています。職員の意見を聞いたり、職員間で検討する場を設けるなどして、改善すべき課題解決に、取り組まれています。
	(2)人材の確保・養成 自己評価：NO.9-12	職員の就業意欲を大事にされ、定期的な個別面談の実施、希望部署の聴取、年2回の勤務異動時の目的説明とフォロー、職員向けの情報紙の毎月発行などを継続して、5年間で離職率が27%から10%に下がるなど、就業状況改善の実績に結びつけておられます。研修は、非正規職員も対象に実施され、資格取得対策講座の実施や資格取得費用負担など職員の資格取得も積極的にサポートされています。実習生の受入れマニュアルを整備し、施設内には「実習受入れの心得」も掲示され、介護福祉士、社会福祉士、リハビリテーション職種、看護師などの実習生を積極的に受け入れて、将来につながる人材育成にも努めておられます。
	(3)安全管理 自己評価：NO.13	毎月リスクマネジメント委員会を開催し、事故事例やヒヤリハット事例について、発生要因の分析と再発防止策について検討されています。安全管理マニュアルを整備されている他、看護部会職員が主体となって、医療安全に関するハンドブックを作成され、新入職員の教育に活用されています。夕礼は、施設長、相談員、夜勤スタッフ全員が揃って行うなど、連絡体制も整えられています。

2 組織の運営管理	(4)設備環境 自己評価：NO.14-15	2階から7階までが全室個室で10人定員の2ユニットとなっており、フロア毎に利用者が日中集まれる談話コーナーを設置されています。 コロナ禍で面会制限中の現在は、玄関横の面接室にモニターを備え、ご家族が利用者と同オンライン面会できるよう対応されています。 ノーリフティングケアを実践され、利用者個々の身体状態に合わせた車いすを選定して使用されています。 介護周辺業務を担当するケアサポーター制度を導入し、ケアサポーターが施設内の清掃をされています。
	(5)地域との連携 自己評価：NO.16	お祭り等施設のイベント時は、地域の婦人会・民生委員・保育園児などがボランティアとして参加されています。 社会福祉法人連絡会議に参加され、地域の自治会長と地域の課題を共有・検討される機会を設けられています。 実習生受け入れのマニュアルはありましたが、ボランティア受け入れの対応マニュアルがありませんでした。 ◎法人内のほかの施設でも共通のニーズはあると思いますので、法人として地域のボランティアに対する方針を整理され、具体的な対応方法も含めてマニュアルとして整備されることを提案します。
	(6)事業の経営・運営 自己評価：NO.17-18	広島県老人施設連盟や行政の会議・研修等へ参加し、保険者や関連事業所と連携され、介護保険のよりよい運用を検討されています。 財務諸表は、ホームページ等に掲載し、公開されており、説明を求められた場合は、財務諸表開示の順に沿って対応できるよう体制を整えておられます。
3 適切な福祉サービスの実施	(1)利用者本位の福祉サービス 自己評価：NO.19-24	利用者を尊重したサービス提供は、法人理念・基本方針にも掲げられ、研修会や会議等で常に確認されています。 個人情報保護およびプライバシー保護については、入所時の契約締結時に説明されています。身体拘束については、身体拘束廃止委員会を定期的に開催され、検討されています。 毎年実施するアンケートや利用者へのヒアリング、家族の面接で満足度を把握し、スタッフ会議で検討されています。直近では、食に関するアンケートを実施されており、施設内に結果を掲示し、利用者や家族にも公開されていました。 苦情解決のしくみはマニュアル化されていましたが、利用者からの意見への対応は日常的に職員間で行っているものの、マニュアルとして明文化されていませんでした。 ◎苦情にまで至らない利用者からの意見に対応するルールを定めてマニュアル化し、PDCAの好循環によって改善と標準化につなげていっていただきたいと思います。
	(2)サービス・支援内容の質の確保 自己評価：NO.25-28	第三者評価を受審され、受審後の課題をフィードバックして、サービス・支援内容の改善に努められています。 個々のサービスについてはマニュアルが文書化され、変更時は、研修会や勉強会等で周知されています。 介護記録の電子化には数年がかりで取り組んで来られ、定着しています。また、介護現場で記録を行うための携帯端末(iPod)は、コロナ禍で面会制限中のオンライン面会にも活用されており、コミュニケーションツールとしての可能性を広げておられます。
	(3)サービスの開始・継続 自己評価：NO.29-32	あすらや荘の会報誌を年4回発行し、ホームページやフェイスブックでも施設の様子を発信されています。 サービス開始時には、サービス内容や料金、契約解除等が記載された重要事項説明書の書面に沿って説明し、利用者・家族の同意を得られています。 現在、重要事項説明書の内容について、現状のサービス提供状況にあわせた変更も検討されています。

IV. 項目別の評価内容

2 サービス編：介護老人福祉施設

1 日常生活援助サービス	(1)食事 自己評価：NO.1-5	個々の高さを調整できる4人がけのテーブルを使用され、利用者の身体状況に合わせた食事が摂取できるように配慮されています。 夏祭りや開荘記念日などのイベント時には特別な食事を提供され、アレルギーや苦手な献立は代替食で対応されるなど、利用者の食習慣等に合わせた食事を提供されています。 食事はユニット毎に、温かいものは温かく、冷たい物は冷たい状態で提供され、食事提供時間も、通院など個々の状況に配慮されています。 管理栄養士が年1回嗜好調査を実施し、利用者の好みを反映した献立を作成されるなど、「食」を強く意識した支援をされています。
	(2)入浴 自己評価：NO.6-9	「入浴マニュアル」を整備され、特殊浴・一般浴(個浴)別に対応されています。家族の希望があった場合は、介護職と一緒に入浴介助をしていただくなど、状況に応じて柔軟に対応されています。 ◎浴室にはカーテンが設置されるなど、プライバシーに配慮された入浴支援をされていますが、入浴マニュアルに、羞恥心への配慮について記載されていませんでした。入浴マニュアルに羞恥心への配慮の項目を追記されることで、改めて職員の意識向上につながることを期待します。
	(3)排泄 自己評価：NO.10-14	排泄介助は、プライバシーに配慮され利用者の居室のトイレで行われています。排泄後の換気の徹底や空気清浄機の設置など臭気に配慮されています。 ケアプラン作成・見直し時にケアマネジャー、相談員、介護職等多職種で排泄についても検討されています。 夜間は、吸水量の多いおむつを使用されるなど、安眠を損なわない支援がされるようケアカンファレンスで検討されています。 排泄記録はデータで記録され、水分摂取量を把握されています。
	(4)寝たきり防止 自己評価：NO.15-17	介護度の低い方は、日中、談話コーナーで体操などのグループ活動に参加されています。以前はベッド上で過ごされていた胃ろうの方も、ノーリフティングケアや利用者に合わせて車いすを使用されることで、ベッドから車いすに移乗し、食事時間も食堂で過ごすことができるように介護職・看護師が連携して支援されています。 起床時には日常着、就寝時には寝間着に着替え、生活のリズムを整えられています。
	(5)自立支援 自己評価：NO.18-19	ケアプラン作成時に、ADL調査票で日常生活のアセスメントを実施され、利用者のご自身でできることを尊重する支援をされています。 理学療法士や作業療法士とも連携して、利用者にも最適な福祉用具の選定や機能訓練を実践され、ノーリフティングケアにつながられています。
	(6)外出や外泊への援助 自己評価：NO.20-21	積極的な声掛けなどで、利用者のニーズを把握するよう努められ、お花見など、利用者の要望・状況に応じて、活発な外出支援をされています。毎月の誕生日会や敬老会など、家族が参加される行事の際に、外出や外泊について周知されています。 ◎家族会の組織化は難しいと思いますが、施設の活動を家族へ積極的に伝える機会を多く作られることで、家族と施設の敷居を低くし、施設の見える化につながってはいかがでしょうか。
	(7)会話 自己評価：NO.22-23	施設長が職員に折にふれて言葉遣いやコミュニケーション方法についての気づきを文書で発信し、スタッフ会議で周知されています。 ユニットケアのため利用者と職員の距離が近く、意思疎通が難しい利用者にも、ノーリフティングケアやユマニチュードの実践をすることで、積極的なコミュニケーションにつながっています。 ◎職員の状況をみて、施設長が職員へ文書で気づきを発信されていますが、今後は、法人として接遇委員会を組織されるなど職員自らが気づく工夫をして、さらに意識の高揚に務める仕組みづくりをされることを提案します。

1 日常生活援助サービス	(8)レクリエーション等 自己評価：NO. 24-26	入所時のアセスメントで、利用者の趣味・興味を把握して利用者の希望に沿った活動ができるよう配慮されています。定期的にアクセサリー作りなどのプログラムが実施されています。 ミニ夏祭りやフルーツポンチ作りなど、利用者の希望に沿ってイベント・行事が実施されています。 施設の夏祭り開催日は、毎年7月の第4金曜日に定められており、小・中学校や支所など家庭に配布される地域のカレンダーにも地域の行事として掲載されているため、毎年たくさんの地域住民が夏祭りに参加されています。 家族には、請求書の発送時に手紙を同封され、行事等の参加を呼びかけられています。
	(9)認知症高齢者 自己評価：NO. 27-32	認知症高齢者は、認知症ユニットにて支援されています。 散歩や塗り絵などの他、テレビを高い位置に設置して利用者が集まる場を提供するなど、安全に配慮しながら日中活動を支援されています。 認知症の症状については、職員へ配布される「ハンドブック」や、ユマニチュードの研修等でも理解を深められ、月に2回、精神科の医師に相談する機会を設けておられます。 居室では、超低床ベッドや転落防止マットの設置、寝る位置やコンセントの位置などの工夫をされ、認知症の利用者も安心して暮らせる環境づくりに努められています。 身体拘束については、身体拘束防止委員会が設置され、「身体拘束等に関するマニュアル」に沿って対応されています。やむを得ない場合は、「身体拘束改善計画書」にて家族の同意を得たうえで実施され、見直しをされています。
	(10)入所者の自由選択 自己評価：NO. 33-38	敷地内には飲み物の自動販売機が設置され、同敷地内の養護老人ホームの移動ショップで希望するものを購入することができます。 現在喫煙される利用者はおられませんが、喫煙スペースも設置されています。 各ユニットの共有コーナーには、利用者が自由に閲覧できるよう新聞・雑誌が置かれています。 施設内への携帯電話の持ち込みは自由で、家族と携帯電話でコミュニケーションを取られている利用者もおられます。 金銭については、施設での預かりを行わないことを重要事項説明書に記載して説明をされているため、ジュースの購入等、小銭程度の金銭を利用者個々で管理されています。
	(1)施設サービス計画 自己評価：NO. 39-41	利用者・家族の意見をふまえて、利用者本人ができる部分に着目したケアプランの作成に努められています。 ケアカンファレンスは定期的に行われています。会議の議事録は、職員全員に伝達され、押印にて職員の確認状況を把握されています。
2 専門的サービス	(2)看護・介護 自己評価：NO. 42-49	急変時は、居室での家族の付き添いにも柔軟に対応されています。 感染対策マニュアルを作成され、職員間で周知されるとともに、感染症対策委員会も設置されています。 ノーリフティングケアを実践され、体位変換には利用者に合わせたポジショニングクッションを選定・使用されています。 施設内に歯科診療所があり、口腔ケアに力を入れ、利用者の健康維持につながられています。
	(3)リハビリテーション 自己評価：NO. 50-53	機能訓練だけではなく、施設内でのすべての活動がリハビリテーションとなるよう支援されています。 リハビリテーション計画はリハビリテーションスタッフや機能訓練指導員も関わり、ケアプランと一緒に立てられ、車いすやポジショニングクッションなどの福祉用具についても詳細に記載されています。 施設内の老人保健施設と連携し、リハビリテーションスタッフを手厚く配置されています。

2 専門的サービス	(4)社会サービス 自己評価：NO. 54-56	特に利用者の体調に係る内容は、医務室から家族へ迅速に連絡されるよう努められ、必要に応じて、医師・看護師・介護職員により、利用者の状況等を説明されています。 家族からの要望があれば、社会福祉士などの専門職が、積極的に家庭を訪問され、課題解決や在宅復帰に向けた相談に対応されています。
3 その他のサービス	(1)入退所に関する項目 自己評価：NO. 57-59	入退所時には、相談員がマニュアルに沿って対応をされています。 実際に施設から在宅復帰されるケースは少ないですが、常に在宅復帰の視点をもった支援を心がけておられます。 退所された場合も、利用者・家族の同意を得たうえで、療養経過、検査結果等の記録を情報提供し、継続した支援に努められています。
4 地域連携	(1)医療機関・他機関との連携 自己評価：NO. 60-61	入院に関しては、状況を利用者・家族などに説明し、合意のうえで進めておられ、必要に応じて、各施設との連携を取りながら支援されています。
	(2)権利擁護事業の取り組み 自己評価：NO. 62	権利擁護に関する情報を利用者・家族に情報提供されており、法定後見人がいる場合は、その後見人と連携されています。
5 施設設備環境	(1)施設設備 自己評価：NO. 63-64	施設内には大きな吹き抜けがあり、各ユニットにも大きな窓が確保され、室内全体が明るく、共有スペースにはソファが配置されています。各所に生け花や絵画、利用者の作品が飾られるなど、快適な空間となっています。 施設内は木の温もりが感じられ、各居室にも懐かしさを感じさせる扉を採用されています。また、談話コーナーには仏壇が置かれるなど、利用者が家庭的な雰囲気でも過ごせるよう配慮されています。
	(2)施設内環境衛生 自己評価：NO. 65	排泄介助後には、換気を心がけられたり、ユニット内に空気清浄機を設置するなど、臭気の対策を徹底されているため、異臭はまったく感じられませんでした。

自己評価・第三者評価の結果（管理運営編）

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

1 福祉サービスの基本方針と組織

(1)理念・基本方針

1	理念・基本方針の確立	法人としての理念，基本方針が確立され，明文化されていますか。	A	A	
2	理念・基本方針の周知	理念や基本方針が利用者等に周知されていますか。	A	A	

(2)計画の策定

3	中・長期的なビジョンと計画の明確化	中・長期的なビジョン及び事業計画が策定されていますか。	D	B	○
4	適切な事業計画策定	事業計画が適切に策定されており，内容が周知されていますか。	A	A	

(3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ

5	管理者(施設長)の役割と責任の明確化	管理者(施設長)は自らの役割と責任を明確にし，遵守すべき法令等を理解していますか。	A	A	
6	リーダーシップの発揮	管理者(施設長)は質の向上，経営や業務の効率化と改善に向けて，取り組みに指導力を発揮していますか。	A	A	

2 組織の運営管理

(1)経営状況の把握

7	経営環境の変化等への対応①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されていますか。	A	A	
8	経営環境の変化等への対応②	経営状況を分析して，改善すべき課題を発見する取り組みを行っていますか。	A	A	

(2)人材の確保・養成

9	人事管理の体制整備	必要な人材確保に関する具体的なプランをたてて，実行していますか。	A	A	
10	職員の就業状況への配慮	職員の就業状況や意向を把握し，必要があれば改善するしくみが構築されていますか。	A	A	
11	職員の質の向上に向けた体制	職員の質の向上に向けた具体的な取り組みを行っていますか。	A	A	
12	実習生の受け入れ	実習生の受け入れについて，積極的な取り組みを行っていますか。	A	A	

(3)安全管理

13	利用者の安全確保	利用者の安全確保のための体制を整備し，対策を行っていますか。	A	A	
----	----------	--------------------------------	---	---	--

(4)設備環境

14	設備環境	事業所(施設)は，利用者の快適性や利便性に配慮したつくりになっていますか。	A	A	
15	環境衛生	事業所(施設)は，清潔ですか。	A	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

(5)地域との交流と連携

16	地域との関係	利用者と地域との関わりを大切にし、地域のニーズに基づく事業等を行っていますか。	B	B	
----	--------	---	---	---	--

(6)事業の経営・運営

17	制度に関する意見・意向の伝達	制度について、保険者あるいは行政担当部署等に意見や意向を伝えてありますか。	A	A	
18	財務諸表の公開	地域住民、利用者に対して財務諸表を公開していますか。	B	A	

3 適切な福祉サービスの実施**(1)利用者本位の福祉サービス**

19	利用者を尊重する姿勢①	利用者を尊重したサービス提供について、共通の理解を持つための取り組みを行っていますか。	A	A	
20	利用者を尊重する姿勢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ますか。	A	A	
21	利用者満足の向上	利用者満足の向上(または保護者の意向を尊重)に向けた取り組みを行っていますか。	A	A	
22	意見を述べやすい体制の確保①	利用者(または保護者)が相談や意見を述べやすい環境を整備していますか。	A	A	
23	意見を述べやすい体制の確保②	苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能していますか。	A	A	
24	意見を述べやすい体制の確保③	利用者(または保護者)からの意見に対して迅速に対応していますか。	C	D	○

(2)サービス・支援内容の質の確保

25	質の向上に向けた組織的な取り組み	自己評価の実施や第三者評価の受審により、提供しているサービス・支援内容の質向上を図っていますか。	B	A	
26	標準的な実施方法の確立	各サービス業務が標準化され、マニュアル化されてサービスが提供されていますか。	A	A	
27	サービス実施状況の記録	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ますか。	A	A	
28	記録の管理と開示	記録等の開示を適切に行っていますか。	A	A	

(3)サービスの開始・継続

29	サービス提供の開始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ますか。	A	A	
30	サービス提供の開始②	サービスの開始にあたり、利用者等に説明し、(同意を得)ていますか。	A	A	
31	利用契約の解約・利用終了後の対応	利用者がいつでも契約の解約ができることを説明し、また、利用者または事業者から直ちに契約を解除できる事由を定めていますか。	A	A	
32	サービスの継続性への配慮	事業所変更や家庭への移行(または保育サービスや保育所の変更)にあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っていますか。	A	A	

自己評価・第三者評価の結果（サービス編：特養）

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

1 日常生活援助サービス

(1)食事

1	食堂の雰囲気づくり	食事をおいしく、たのしく食べるための食堂の雰囲気づくりを行っていますか。	A	A	
2	食事の選択	食事の選択が可能になっていますか。	C	C	
3	料理の保温に対する配慮	温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で食べられるような配慮がされていますか。	A	A	
4	食事介助のペース	食事介助は入所者のペースに合わせていますか。	A	A	
5	栄養管理	入所者に対する栄養管理が適切に行われていますか。	A	A	

(2)入浴

6	入浴日以外の入浴	入浴日以外の日でも希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができますか。	B	B	
7	身体の状態に応じた入浴方法	身体の状態に応じた入浴方法（安全・形態）をとられていますか。	A	A	
8	羞恥心への配慮	入浴時、裸体を他人（介助者は除く）に見せない工夫がとられていますか。	A	B	○
9	タオルの準備	入浴の際のタオルは1人1枚以上用意されていますか。	A	A	

(3)排泄

10	排泄自立	入所者に対して排泄自立のための働きかけをしていますか。	A	A	
11	深夜・早朝のおむつ交換	深夜・早朝のおむつ交換に配慮していますか。	A	A	
12	羞恥心への配慮	排泄介助時にカーテンを引く等、プライバシーが守られていますか。	A	A	
13	排泄記録表の作成	排泄記録表が作成され、健康管理その他の面で活用されていますか。	A	A	
14	適切な用具の使用	おむつやおむつかバー、便器等は入所者に適したものが使用できるよう配慮されていますか。	A	A	

(4)寝たきり防止

15	寝・食分離	寝たきり防止が徹底され、少なくとも寝・食分離が行われていますか。	A	A	
16	総臥床時間減少の努力	1日の総臥床時間を減少する努力が行われていますか。	A	A	
17	寝間着・日常着の区別	日中は、寝間着から日常着に着替えるようにしていますか。	A	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
(5)自立支援					
18	自立を促す適切な介助	日常生活動作にすべて手を貸すのではなく、入所者ができるだけ自分で取り組めるように配慮していますか。	A	A	
19	自助具・補装具の設置	入所者の障害にあわせた、自助具や補装具などが、準備されていますか。	A	A	
(6)外出や外泊への援助					
20	外出の機会の確保	1人で外出することが困難な入所者に対して、希望を聞き、外出の機会を確保していますか	A	A	
21	家族への働きかけ	外出・外泊の機会を多く持ってもらおうよう、家族等に積極的に働きかけていますか。	A	B	○
(7)会話					
22	入所者への言葉づかい	入所者への言葉づかいに特に注意し、そのための検討が行われていますか。	B	B	○
23	適切なコミュニケーション方法の実行	日常会話が不足している入所者に対して、言葉かけと相手の話に耳を傾けるように配慮していますか。	A	A	
(8)レクリエーション等					
24	主体的な参加・活動	レクリエーション等のプログラムは、入所者が積極的に参加しやすいように計画され、実施されていますか。	A	A	
25	多彩なメニューの工夫	レクリエーション活動(クラブ活動等)は、趣味・娯楽などを活かした小グループで行われ、自由に選択できる多彩なメニューをそろえていますか。	A	A	
26	家族・ボランティア等の参加	各種行事に、家族やボランティア、地域住民も参加できるように配慮していますか。	A	A	
(9)認知症高齢者					
27	適切な対応	周辺症状(BPSD)等の観察と分析を行い、その行動への適切な対応を行っていますか。	A	A	
28	プログラム等への配慮	認知症高齢者に対しての生活上の配慮が行われていますか。	A	A	
29	抑制・拘束の有無	抑制・拘束は行わないようにしていますか。	A	A	
30	活動的な生活の援助	認知症高齢者に対しては、夜間安眠できるように、日中できるだけ活動的な生活を援助していますか。	A	A	
31	環境の整備	認知症高齢者が安心して生活できるよう、環境が整備されていますか。	A	A	
32	医学的配慮	認知症高齢者に対する医学的配慮が適切に行われていますか。	A	A	
(10)入所者の自由選択					
33	嗜好品の自由	嗜好品について、適切な対応がなされていますか。	A	A	
34	テレビ・新聞・雑誌等の自由な利用	テレビ・ラジオ・新聞・雑誌・図書・ビデオが自由に利用できますか。	B	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
(10)入所者の自由選択(続き)					
35	髪型・服装の自由	髪型や服装・化粧は、入所者の好みで自由に選ぶことができますか。	A	A	
36	外部との自由な連絡	外部と自由に通信（電話・ファクシミリ・手紙）することができますか。	A	A	
37	金銭等の自己管理	金銭等を自己管理できる人は、自己管理できるように配慮していますか。	B	B	
38	施設外部との交流	施設外部との交流が自由ですか。	A	A	

2 専門的サービス

(1)施設サービス計画

39	ケアプランの策定①	ケアプラン(個別の看護・介護計画)は、入所者の意見を取り入れて作成されていますか。	A	A	
40	ケアプランの策定②	ケアカンファレンスを定期的に行っていますか。	A	A	
41	ケア記録	ケアプランについての記録は適切に記入され、管理され、活用されていますか。	A	A	

(2)看護・介護

42	家族との連携	重篤な状態や終末期に入った場合、家族との連携が密にとれていますか。	A	A	
43	感染症対策	感染症(例：かいせん・MRSA・インフルエンザ・結核等)に対する対策は検討されていますか。	A	A	
44	十分な体位交換	十分な体位交換は定期的に行われていますか。	A	A	
45	職員間の情報交換	職員間の情報交換や伝達はスムーズにできるような体制になっていますか。	A	A	
46	睡眠・食事・排泄状況等の把握	入所者の睡眠・食事・排泄状況の把握をしていますか。	A	A	
47	服薬管理	入所者に対する服薬管理が適切に行われていますか。	A	A	
48	口腔ケア	入所者に対する口腔ケアが適切に行われていますか。	A	A	
49	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	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、取組を行っていますか。	A	A	

(3)リハビリテーション

50	生活の中のリハビリテーション	リハビリテーションを訓練室のみならず生活に役立つ視点で実施していますか。	A	A	
51	用具の工夫	自助具や介助用品の作成や改造などをしていますか。	A	A	
52	立案・会議・再評価の実施	リハビリテーション計画の立案(評価・目標設定・実施計画)について、ケアカンファレンスを行っていますか。	A	A	
53	専門家の指導による計画的な機能訓練	医師や理学療法士、作業療法士等の指導のもとに計画的に機能訓練サービスを行っていますか。	A	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

(4)社会サービス

54	入所者及び家族への説明	入所者及び家族に健康状態等を分かりやすく説明していますか。	A	A	
55	家族との話し合い	家族関係についての相談に応じ、適切な調整を行っていますか。	A	A	
56	経済的・社会的相談	入所者や家族からの経済的・社会的な相談に応じていますか。	A	A	

3 その他のサービス**(1)入・退所に関する項目**

57	専門職員による入退所相談	入退所相談には、医師・看護師、支援相談員等による専門的な対応をしていますか。	B	A	
58	定期的な入所継続判定	入所継続の要否判定を定期的に行っていますか。	A	A	
59	退所先への情報提供	退所にあたり、その退所先への入所者の状態に関する情報提供は適切に行われていますか。	A	A	

4 地域連携**(1)医療機関・他機関との連携**

60	入所者等への説明	入院に関して入所者や家族等と相談していますか。	A	A	
61	関係施設との連携・協力	必要な場合には、病院・診療所・歯科医療機関・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等、各種施設と連携が取れていますか。	A	A	

(2)権利擁護事業の取り組み

62	後見人との連携	入所者の判断能力が低下した場合、任意後見人や法定後見人などとの連携をとれる体制にありますか。	A	A	
----	---------	--	---	---	--

5 施設設備環境**(1)施設設備**

63	快適性への配慮	施設全体の雰囲気は、入所者の快適性に配慮していますか。	A	A	
64	ナースコールの活用	各ベッドおよびトイレや浴室のナースコールは円滑に作動していますか。	A	A	

(2)施設内環境衛生

65	異臭の有無	施設に異臭がありませんか。	A	A	
----	-------	---------------	---	---	--