

## 〔評価結果の公表様式〕

### 福祉サービス第三者評価 評価結果

#### ①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号：24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成26年11月17日(月)

#### ②事業者情報

名称：(法人名)社会福祉法人薫風会 (施設名)特別養護老人ホーム 第二大和の里	種別：(施設種別)特別養護老人ホーム (基準の種類)高齢者施設版(特別養護老人ホーム)
代表者氏名：(施設長)渡辺 昭二	定員(利用人数)：110名
所在地：〒492-8468 愛知県稲沢市井堀野口町27番地	TEL：0587-36-8011

#### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆防災意識の高さ 地域の合同防災訓練に参加したり、同法人の隣接事業所をも含めた合同防災訓練(避難訓練)を実施しており、実施後には報告書を作成して課題の抽出をしている。地域との自主防災協定の締結はあるものの、事業所周辺には民家はない。夜間災害時の応援体制の構築を課題として挙げており、法人が重点的に進めてきた防災教育が職員間にも意識の高さとなって浸透している。</p> <p>◆ボランティアの有効活用 延べ1,500名を超えるボランティアが1年間に事業所を訪れている。シーツ交換や理髪サービス、裁縫ボラ等の生活ボランティア、書道や絵画・工芸、大正琴、生け花等の学習ボラ、日本舞踊や歌謡ショー、カラオケ、マジック等の演芸ボラ等々、多士済々のメンバーが日替わりでやってきて、利用者の生活に潤いを与えてくれる。「ボランティア感謝の日」が設けられており、利用者と職員がボランティアの労をねぎらっている。</p> <p>◆利用者の状況を一元的に把握できる記録シート ISO9001の認証取得事業所であり、記録の管理は十分である。多くの記録がある中でも、利用者の援助記録は、食事、排泄、入浴、医療など、各援助場面での一体型の記録シートになっている。利用者の支援の一部を記録するだけではないので、利用者の全体像(状況)を把握することができる。今後、一人の利用者を時系列で追いかけていく時に、いろいろな記録を探して組み立てなくてもいいように、各種記録から引っ張って来れるシステムを構築できれば、支援の簡素化・効率化に大いに寄与することとなる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆安定的な職員雇用を 将来的に必要な職員についての人事プランの構築がない。介護業界の多くの事業所が抱える「慢性的な職員不足」の弊害であり、基準違反とはなっていないが厳しい労働環境となっており、欠員を補充することが人事政策の柱となっているらしいがある。「職員の定着」に特効薬があるわけではないが、キャリアパス制度の活用や職員の処遇改善、法人の福利厚生面の充実等、多角的な視野に立ち、職員の働きやすい職場づくりが進むことを期待したい。</p> <p>◆マニュアルの総点検を 利用者の安全・安心な暮らしを支えるべきマニュアル類はそろっている。ただし、一部のマニュアルには作成日(制定日)や改訂の日付が欠落しているものも散見された。「最新版管理」の上からも、文書(規程、手順書、マニュアル類)には作成日や改訂日の明示は必要であり、総点検の必要性を感じる。さらに、実習生の受け入れやボランティアの受け入れ等、積極的な取り組みが見られる活動についてのマニュアル整備が求められる。</p>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価を受け課題に対して取り組みます。

⑤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。

(別添)

# 評価項目(細目)の評価結果(特別養護老人ホーム)

※すべての評価細目(70項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	特 1	㉖ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	特 2	㉖ ・ b ・ c
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。	特 3	a ・ ㉖ ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	特 4	a ・ ㉖ ・ c

### 評価機関のコメント

創業者の思いを基に、日本国憲法の「包括的な基本的人権の尊重」を取り入れた基本理念を掲げ、S(スマイル)・H(ハート)・A(アクト)をスローガンとして支援にあたっている。  
ISO9001の認証取得事業所ではあるが、職員雇用の不安定さは否めず、理念や方針が職員に正しく周知・理解されていない面も出てきている。利用者・家族に対しても、積極的なアプローチが必要となっている。

### I-2 計画の策定

		第三者評価結果	
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。	特 5	a ・ ㉖ ・ c
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。	特 6	a ・ ㉖ ・ c
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。	特 7	㉖ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	特 8	a ・ ㉖ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	特 9	a ・ ㉖ ・ c

### 評価機関のコメント

ISO9001の取り組みの中で単年度の目標管理は行われているが、中・長期的なビジョンは明示されていない。施設運営に大きな影響を及ぼす制度改正や報酬改定等の外的要因はあるが、全職員に将来に向けての支援の方向性を示すためにも、中・長期の計画を策定することが望まれる。  
事業計画の作成にあたっては、ISO9001の目標管理と一体で運用されており、各部署(部門)で作成した計画を包括して事業所の事業計画としている。ただし、ISO9001に関与が薄い職員に対しては、事業計画の周知が十分でない面も見られる。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
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。	特 10	① ・ b ・ c
I-3-(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。	特 11	a ・ ② ・ c
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。	特 12	① ・ b ・ c
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。	特 13	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

法人の規程によって管理者(施設長)の責任と権限が規定されており、大きな組織の先頭に立って職務を執行している。管理者自らは法令遵守責任者としてコンプライアンスの重要性を理解しているが、職員の教育体系がこれまでの「階層別教育体系」から「勉強会」へと変わったことによって、職員への周知活動は弱まったと言わざるを得ない。しかし、法人が力を入れて取り組んで来た「個人情報の保護」、「利用者のプライバシーの確保」、「防災対策」、「ボランティアの活用」等に関しては、職員が深い理解を示している。

### 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	
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。	特 14	① ・ b ・ c
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。	特 15	a ・ ② ・ c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	特 16	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

待機者を多く抱える事業所であり、その実態把握のために毎年「待機者現況調査」を実施している。介護業界全体に言える「慢性的な職員不足」が、当該事業所においても継続的な課題となっている。その課題の抜本的な解決が図られないまま歳月が経過しており、事業所としても、「サービスの質の向上」の前段階の条件である「職員雇用の安定」を目指す結果となっている。

毎年、会計事務所の財務・会計面での監査を受け、ISO審査機関によるサービス面での審査も受けている。これらから指摘された要改善事項に関しては是正処置がとられていた。ただし、一部の是正処置においては、処置後の効果(再発の防止)が確認(チェック)されていないものがあった。

#### II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果	
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。	特 17	a ・ ② ・ c
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。	特 18	a ・ ② ・ c

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。	特 19	a ・ ⑥ ・ c
	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。	特 20	a ・ ⑥ ・ c
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。	特 21	① ・ b ・ c
	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。	特 22	a ・ ⑥ ・ c
	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。	特 23	a ・ ⑥ ・ c
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。	特 24	a ・ ⑥ ・ c

### 評価機関のコメント

中・長期計画が策定されていないこともあり、将来を見据えた必要人材のプランがなく、欠員補充に重点を置いた人事政策が続いている。法人主導の人事考課制度はあるが、自己査定や上司面談がなく、考課者訓練も実施されていなかった。人事考課制度の意義・目的を自ら問い直す時期と思われる。

事業計画書の重点目標に、「職員の資質向上への取り組み」として職員育成の方向性は示してある。なお、従来の「階層別教育システム」を廃止して、「勉強会」を職員教育の場としたことによって、目指すべき「資質の向上」が見込めるか否かは次年度以降の評価に委ねることとなる。実習生の受け入れに関しては、早急にマニュアル整備が求められる。

## II-3 安全管理

			第三者評価結果
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。	特 25	① ・ b ・ c
	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。	特 26	① ・ b ・ c
	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。	特 27	① ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

利用者の安全・安心な生活を支えるべきマニュアルは整備されており、「予防」と「対応」の両面からの視点で作成されている。ただし、マニュアルの一部には、作成日(制定日)や改訂の日付が欠落しているものも散見された。「最新版管理」の上からも、文書(規程、手順書、マニュアル類)には作成日や改訂日の明示は必要であり、総点検の必要性を感じる。

同法人の隣接事業所をも含めて、合同防災訓練(避難訓練)を実施しており、実施後には報告書を作成して課題の抽出をしている。事業所周辺には民家はなく、地域との自主防災協定の締結はあるものの、夜間災害時の応援体制の構築が課題として挙げられている。

## II-4 地域との交流と連携

			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。			
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	特 28	① ・ b ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	特 29	① ・ b ・ c
	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。	特 30	a ・ ⑥ ・ c

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。	特 31	㉠ ・ b ・ c
	Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	特 32	㉠ ・ b ・ c
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。	特 33	㉠ ・ b ・ c
	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。	特 34	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者への支援を充実させるために、ボランティアの活用を積極的に進めている。ボランティア受付簿を集計すれば、年間164回、延べ1,586名のボランティアが来訪しており、「ボランティア感謝の日」を設けて謝意を伝えている。これらのボランティアをさらに有効に活用するためにも、受け入れマニュアルの整備を急ぎたい。

待機者、利用希望者の多さから見ても、地域の期待を一身に集めた事業所であることは一目瞭然である。待機者の現況調査に留まることなく、広くニーズの収集に努めて使命を果たされんことを願いたい。

### 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。			
	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。	特 35	a ・ ㉠ ・ c
	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。	特 36	a ・ ㉠ ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	特 37	a ・ ㉠ ・ c
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。	特 38	㉠ ・ b ・ c
	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。	特 39	a ・ b ・ ㉡
	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。	特 40	a ・ ㉠ ・ c

#### 評価機関のコメント

認知症の高転倒リスク利用者のベッド・布団が廊下に出してあったり、ショートステイ利用者は利用開始時に施設の服に着替えなければならない決まりがある。利用者側から異論がないとしても、特養は寝まきを借りて入院する病院ではない。施設管理側の都合を優先せず、「利用者が普通に暮らし続けられる」ことこそが利用者主体であり、利用者の尊重と考えたい。安全確保はもちろん重要であり、いかにして安全且つ利用者を尊重した支援を可能にするかの工夫を望みたい。

苦情と要望の区別に難儀しているが、自分たちで苦情と受け止めたのなら、自ら定めた規定に沿って解決すべきであろう。受付や解決の報告書を整えることの必要性は認識しているが、記録は残されておらず、公表も未実施である。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
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。	特 41	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価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。	特 42	㉠ ・ b ・ c
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。	特 43	㉠ ・ b ・ c
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。	特 44	㉠ ・ b ・ c
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。	特 45	a ・ ㉠ ・ c
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。	特 46	㉠ ・ b ・ c
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。	特 47	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

利用者の援助記録は、食事、排泄、入浴、医療など、各援助場面での記録シートになっている。場面場面での利用者全体の状況を把握しやすいと思われる。一人の利用者を時系列で追いかけていときに、いろいろなものを見て頭で組み立てなくてもいいように、各種記録から引っ張って来れるシステムを構築できれば、支援の簡素化・効率化に寄与することとなる。

ISO認証取得しており、内部監査、外部機関審査により定期的な評価を受けている。指摘により施設の改善計画を定め、是正に取り組んでいる。介護サービスに関する標準的なマニュアルも作成されている。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
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。	特 48	㉠ ・ b ・ c
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。	特 49	㉠ ・ b ・ c
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	施設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。	特 50	㉠ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

待機者の多数いる特養であり、申し込みや見学案内、入所の相談、入所決定の手順等は確立している。特養から他のところへ移ることは、入院以外ではないといってもいいほどであるが、ショートステイ利用者が他の施設へ入所することになった場合には、文書を含み引き継ぎは行っている。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
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。	特 51	㉞ ・ b ・ c
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。	特 52	a ・ ㉞ ・ c
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。	特 53	㉞ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

計画作成の手順は整っており、入所開始に合わせてプランも用意できている。介護計画は1ヶ月ごとに達成評価をしており、6ヶ月ごとの定期のモニタリングの時期と合わせて、家族にも意見を聞くなどの配慮がある。最新のプランを書式として整えるのに時間がかかっている、必ずしも最新になっていない例がある。記録整備は決まり事なので、進捗管理の意識を高めたい。

### 特別養護老人ホームの固有サービス

		第三者評価結果	
A-1 支援の基本			
A-1-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	特 54	a ・ ㉞ ・ c
A-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。	特 55	a ・ ㉞ ・ c
A-2 身体介護			
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	特 56	a ・ ㉞ ・ c
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	特 57	a ・ ㉞ ・ c
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	特 58	a ・ ㉞ ・ c
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	特 59	a ・ ㉞ ・ c
A-3 食生活			
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	特 60	a ・ ㉞ ・ c
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	特 61	㉞ ・ b ・ c
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	特 62	a ・ ㉞ ・ c

A-4 終末期の対応			
	A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	特 63	㉑ ・ b ・ c
A-5 認知症ケア			
	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	特 64	a ・ ㉑ ・ c
	A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	特 65	a ・ ㉑ ・ c
A-6 機能訓練、介護予防			
	A-6-① 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。	特 66	a ・ ㉑ ・ c
A-7 健康管理、衛生管理			
	A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	特 67	㉑ ・ b ・ c
	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	特 68	㉑ ・ b ・ c
A-8 建物・設備			
	A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	特 69	a ・ ㉑ ・ c
A-9 家族との連携			
	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	特 70	㉑ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

以前褥瘡ができていて、現在治っている人だけを再発リスクとしてあげている。これから褥瘡ができる人もいることを考えれば、褥瘡リスクのスクリーニングはまだ改善できる点がある。経管栄養の利用者の口腔ケアも望まれる。看取り計画は綿密に作成されており、密度の濃い様子観察が行われ、医師との連携も十分に図れている。

認知症ケアに関し、知識・技術を習得し実践するための教育訓練は、施設が計画してすべての職員に実施する必要がある。しかし、それに反して職員の研修機会が減少している点が気になる。障害の名称について、現在では使わない不適切な表現がそのまま残っていたり、利用者の特性に関係なく出入りに施設がされていることなども、研修を通じての意識改革が求められる。