

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 第二大和の里	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：渡辺昭二	定員（利用人数）：110名（110名）
所在地：愛知県稲沢市井堀野口町27番地	
TEL：0587-36-8011	
ホームページ： <a href="http://www.ans.co.jp/u/daiwanosato/2daiwa/">http://www.ans.co.jp/u/daiwanosato/2daiwa/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成12年 4月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 薫風会	
職員数	常勤職員：39名
専門職員	(施設長) 1名 (事務長) 1名 (事務員) 3名
	(介護士) 護福祉士、ヘルパー資格56名 (看護師) 看護師・准看護師 8名
	(相談員) 社会福祉士 2名 (栄養士) 管理栄養士 1名
	(機能訓練士) 作業療法士 2名 (施設ケアマネ) 介護支援専門員 5名
施設・設備の概要	(居室数) 68室 (設備等) 居室、デイルーム、
	浴室、機能訓練室、相談室、
	喫茶室、談話コーナー、事務室、
	介護士室、医務室、会議室、
	食堂、ふれあいホール、洗濯室

### ③理念・基本方針

#### ★理念

#### ・法人

社会福祉法人薫風会は、日本国憲法第十三条(個人の尊重)「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。」により、この法のもとと生活の場における地域化、また福祉サービスを求めているすべての人に、「尊厳と自由」を尊重し、サービスの質の向上を図り、コンプライアンスの体制強化に努めます。

私たちは、要援護者に対するプロとして、S(スマイル)・H(ハート)・A(アクト)を法人のモットーとし、経営基盤の健全化を図るとともに、ISO9001:2015の認証保持に努めます。

・施設・事業所

ゆったりと穏やかに対応し、ご利用者様からの言葉を待ちます。

★基本方針

施設目標 接遇について取り組みます。5S(整理・整頓・清掃・清潔・躰)について徹底します。

事業方針

1. 科学的介護の推進

- ①5つのゼロ(おむつ、骨折、胃瘻、拘束、褥瘡)への取り組み
- ②4つの自立支援(認知症ケア、看取りケア、リハビリテーション、口腔ケア)への取り組み

2. 介護環境整備の推進

- ①安全・安心な介護環境の推進
- ②その人らしい生活環境の実現

3. 職員資質向上の推進

- ①クレドカード実践を推進
- ②モラルガイド遵守の徹底
- ③接遇能力向上への取り組み
- ④人間力(思考力・行動力・責任力)を高める取り組み

4. 職場環境整備の推進

- ①報・連・相を徹底し問題解決力を高める取り組み
- ②チームワークを最大限に生かす業務改善の実施

④施設・事業所の特徴的な取組

・介護職の腰痛予防と、利用者が快適に移乗できるように移乗用リフトを導入している。「持ち上げない介護」が完全に実現するには、まだしばらくかかるが、日々前進している。また、移乗用リフトの他、スライディングボードやスライディングシートも活用している。  
・利用者の生理的安寧、心理的安寧を守る事を目標にした静的姿勢の援助に「ポジショニング」という方法を用いている。  
・施設が工夫して、利用者をおちこちに連れて行っている。小旅行気分が味わえ、楽しく過ごせている。

資格取得支援制度について

・「介護職員初任者研修」や「介護職員実務者研修」、「介護福祉士」など、国家資格を含めた資格の取得を目指す職員を支援している。  
・資格を取得して、介護スタッフとしてスキルアップしてもらうために、資格取得支援金を支給し、費用面でも、資格取得に対してサポートしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年11月10日(契約日) ~ 令和元年6月13日(評価結果確定日) 【平成30年12月19日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	5回 (平成29年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

#### ◆人材育成に向けた取り組み

職員に求める職員像を明確にしており、職員にも周知されている。法人・事業所として研修計画が策定され、職員の研修履歴を把握したうえで、経験や力量にあった研修の受講に努めている。教育委員会が設置されており、研修や勉強会の実施状況を把握している。実習生を受け入れており、次世代の福祉人材の育成に向け取り組んでいる。資格取得支援制度があり、資格取得支援金を支給し、職員の資格取得を支援している。

#### ◆利用者本位のサービスの提供

事業所は、サービスを提供するにあたっての注意啓発事項をポスターやスローガンとして各所に掲示し、職員に対して徹底を図っている。特に、プライバシーへの配慮が必要な利用者には、介護計画に明記し、理解を促すための研修が行われている。利用希望者に対しても相談や見学には随時対応している。相談員以外の職員でも資料を使い対応でき、必要な情報を提供できる。

#### ◆質の高い看取り支援

終末期の判断、「看取り介護計画」の作成、援助の実施、永眠後の遺族への対応等の流れが確立しており、看取り介護の質は高い。業務としてはルーティンであるが、形や時間に流されることもなく、職員は“心”を入れて支援している。遺族からの感謝の言葉で職員も癒される。振り返りを行い、次に活かし、人間の尊厳について考える機会となっている。

### ◇改善を求められる点

#### ◆利用者満足度向上への取り組み

満足度アンケートは、年に1回実施されている。実施されたアンケートで得られた意見や要望についての事業所としての対応を、利用者にフィードバックする方法、およびアンケート以外での日常の支援の中で要望把握が出来るコミュニケーションの機会も必要と思われる。

#### ◆就業状況の改善

職場環境の整備については事業計画に掲げ事業所として取り組んでいる。有給休暇の取得状況としては職員の要望に十分応えられていない状況がある。法律が改正され有給休暇の取得が義務化される中で、どう対応していくかが今後の課題となる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善を求められる点に挙げられています「利用者満足度向上への取り組み」について、日常の支援の中で、毎月の特別行事食や日帰り旅行を通じてご家族様より、ご意見・ご要望を把握していく機会を増やすよう改善に努めます。「就業状況の改善」について、今年度より法律が改正され有給休暇の取得が義務化され、計画的に取得できるよう、改善に努めます。

## ⑧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(62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・周知されている。			
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。	高 1	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念・運営方針は明文化されており、クレドカードに記載されている。職員が常時携帯し、いつでも確認できるようにしている。広報誌や事業計画に明示し周知に努めている。			

### 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。			
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。	高 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人全体としての取り組みがあり、事業所毎に経営状況や人員管理状況などの検証は3ヶ月毎に行い、状況の変化や課題の把握に努めている。相談員や民生委員との連携により、地域のニーズ等の情報収集も出来ている。			
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。	高 3	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
経営状況や人員等、様々な課題について明確になっており、役職者会議等にて対応策が検討されている。検討結果については職員会議にて報告、説明が行われ、議事録の回覧やビデオにて周知している。課題については、改善に向けて対策が講じられている。			

### 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。			
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。	高 4	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業計画に明確にビジョンが記載されており、理念・方針の実現のための取り組みがある。必要に応じて見直しも行われており、組織的な活動となっている。			

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。	高 5	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>理念・運営方針の実現に向けた計画が策定されており、職場目標が掲げられている。年度毎に職場目標は職員に説明され、達成に向けて取り組んでいる。数値目標が設定された項目や成果については、実施状況が具体的に把握されており、次年度の計画に反映させている。</p>			
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
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。	高 6	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の意見や要望も検討され、事業計画に反映される仕組みがある。策定された計画は、職員会議やリーダー会議、それぞれの部署の会議等で職員に周知される。</p>			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	高 7	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業計画は事業所内に掲示され、利用者や家族にも配布されている。利用者会や家族会はなく、十分な説明を行う機会が確保されておらず、今後の課題といえる。</p>			

#### 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。			
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。	高 8	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所には、様々な会議や委員会が設置されており、把握された課題・問題点は検討され、改善に向け取り組むための仕組みが構築されている。福祉サービスの質の向上に不可欠な職員の育成についても、組織的な取り組みがある。</p>			
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。	高 9	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>把握された課題や問題点については明確にしており、事業所内の様々な会議や委員会での検討がなされている。改善に向けて取り組むべき課題に関しては事業計画の中に掲げ、組織的な改善活動となっている。</p>			

## 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。		
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。	高 10 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者の役割や責任については、「運営管理規程」に責任や権限について文書化され明確になっている。各種会議や委員会等で職員に対して所信を表明しており、理解・周知に努めている。		
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。	高 11 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法令順守に関しての勉強会に参加することで、法令を正しく理解するために取り組んでいる。職員に対しての周知に向けた取り組みとして、年に2回の勉強会が継続して実施されている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	高 12 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
管理者は提供する福祉サービスの質を向上することの必要性を理解しており、積極的に取り組んでいる。介護に関して専門的な部分については、外部から講師を招き勉強会を行っている。		
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。	高 13 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
介護士、看護師間の情報共有のためのツールとして「介護日誌」を活用し、様々な情報を共有できるように取り組んでいる。人員配置や職場環境に配慮しており、各種会議や委員会を通じて積極的に取り組んでいる。		

### 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。		
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。	高 14 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
職員の確保・育成に関して、法人・事業所として取り組んでおり、「採用・育成計画」が策定されている。職員の育成に関しては、教育委員会が設置されており、階層別に人材育成目標を明確にして取り組んでいる。		
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15 (a) ・ b ・ c
評価機関のコメント		
法人・事業所として、“求められる職員像”が明確になっており、「人材育成計画」もある。一定の基準による人事考課が行われ、その結果は職員にフィードバックされている。		

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	高 16	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員の時間外労働や就業状況については把握されており、個別面談等で話し合う機会もある。職場環境の改善については事業計画に掲げられており、事業所としての取り組みとなっている。有給休暇の取得状況については職員の意向に沿うことが難しい状況があり、今後の課題となる。</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。			
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。	高 17	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>事業所は、職員に対して“求められる職員像”を明確に示して周知している。研修計画が作成され、職員の力量にあった研修が受講出来るよう配慮されている。研修後は「研修フォローシート」を作成・提出する仕組みがある。「目標管理シート」を作成しており、職員が目標を達成できるように取り組んでいる。</p>			
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。	高 18	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>職員に求められる専門的な技術や資格については、キャリアパスとして明確になっており、階層別の研修計画が策定されている。事業所の基本方針として事業計画に明示しており、年度ごとに振り返りを行い、必要な研修が受講できるように取り組んでいる。</p>			
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。	高 19	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>「教育委員会」が設置され、研修や勉強会の毎月の実施状況を把握している。職員の研修履歴は把握されており、経験や力量にあった研修が受講できる仕組みが構築されている。</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。			
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。	高 20	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
<p>実習生の受け入れに関しては、法人・事業所として明確にしており、教育機関や実習生の意向に沿えるような実習内容で行われている。次世代の福祉人材の育成に向け、専門性を考慮したプログラムやマニュアルの整備は課題としてあげられる。</p>			

### II-3 運営の透明性の確保

			第三者評価結果
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。	高 21	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
<p>ホームページやパンフレット等により、法人や事業所の理念・事業内容や財務について紹介し、公開されている。家族やボランティア、行政に対しても配布できる印刷物等も用意されており、地域に対して情報を発信している。</p>			

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。	高 22	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
事業運営に関してはルールが明確にされており、職員にも周知するための取り組みがある。法人による内部監査が実施されており経営状況について定期的に確認されている。しかし、「社会福祉法」が求めるレベルの、外部専門家による外部監査は実施されていない。			

## 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。			
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。	高 23	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
利用者と地域との交流を推進するために、事業所は積極的な取り組みに努めている。ボランティア感謝デーの開催、計画的な日常外出や遠出をする「お出かけの日」など、利用者を支援する取り組みがある。			
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。	高 24	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
ボランティアの受け入れに関しての基本的な姿勢は明確になっている。毎年、多数のボランティア受け入れ実績があるが受け入れる側としての、手順やリスクに対する対応についてはマニュアル化が必要と考える。			
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。	高 25	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
事業所として必要な社会資源は把握しており、緊密な連携体制を維持している。ボランティアや理・美容といった、利用者にとって身近なサービスとして提供されている。			
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。	高 26	㉒ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
法人・事業所として、地域の福祉ニーズに基づいた事業活動に努めている。過去をたどれば、法人の創業者は、“地域貢献”を第一義として福祉事業を創業した。災害時の福祉避難所の指定を受けており、事業所の専門性が活かされている。民生委員との共同で、認知症の一人称体験が出来る講座に事業所のスペースを提供した。			
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。	高 27	a ・ ㉑ ・ c
評価機関のコメント			
法人・事業所として、民生委員や地域包括支援センター職員との連携により、情報を共有して地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域の福祉拠点となる複合施設であることは間違いない。今後とも行政や関係機関との良好な連携を保ち、収益に関わらない公益的な地域貢献のための取り組みが推進されることに期待したい。			



## 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。	高 28	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
理念を明確にし、注意啓発事項をポスターやスローガンとして各所に掲示して徹底を図っている。科学的介護の推進を具体的に数値目標で定め、人権に配慮する活動や身体状況の向上に向けて活動している。			
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。	高 29	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別の介護計画に、特にプライバシーへの配慮が必要な場合はその旨明記されている。理解を促すための研修が、計画的に行われている。			
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。	高 30	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
相談や見学には、随時対応できる。相談員以外の職員でも資料を使って対応できる。利用者・家族が情報を得るのにはホームページも一つの手段であるので、内容を充実させて、様々なことが分かるような構成を考えていきたい。			
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。	高 31	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入所にかかる手続きや契約、介護計画の策定や見直しなど、計画的に実施され、家族からの同意も得ている。			
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。	高 32	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
事業所を変更したり、在宅へ復帰することは特別養護老人ホームとしては実現が難しい。法人内で、「居宅のケアマネジャーから入所へ紹介」とか、「ショートから入所へ」といった場合のサービスの連携、継続について、今後の相談先としての機能を担っている。			
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。	高 33	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント			
利用者の満足度アンケートを、毎年1回実施している。アンケートで得られた意見をどのようにしていくか、また、利用者にフィードバックする方法、および年1回以外の要望把握について、今後の検討課題となる。利用者会や家族会のような規模でなくても、日常の中でそれができていくようなコミュニケーションの機会を作ってもらいたい。			

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。	高 34	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
苦情発生から解決までの対応内容や原因、再発防止策について、苦情処理委員会にて話し合い、議事録を施設内に掲示している。苦情とは別に、事故が発生した場合には「事故報告書」、事故になっていないものは「ヒヤリハット」を業務日誌内で報告し、事故防止委員会内で検討・分析を行っている。			
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。	高 35	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
相談場所や受け付ける職員等は、利用者に配慮して設けられている。ユニットの場合は人数が固定しているので、計画的に意見を聞く機会を設けて、利用者とのコミュニケーションを向上させる機会を多く持つことを期待したい。			
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。	高 36	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
意見・要望が「苦情処理委員会」で検討されている。中にはすぐ解決できないものもあり、継続検討中になっているものもある。結果を返答できる時期を検討していきたい。			
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。	高 37	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
ヒヤリハット報告も多く出ており、分析も行われている。視覚的にとらえやすい表現方法があれば、より分かりやすいと感じる。			
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。	高 38	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
4月から5月にかけて疥癬が発生し、80人中11人(疑いを含む)が対象となった。対応マニュアルに基づき治療を行って終息した。この件を受けて対応マニュアルを変更し新しいガイドラインとしている。			
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。	高 39	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント			
非常事態に備え、訓練や備蓄を行っている。地域との協定も結んでいる。さらに一層の地域の協力が得られるように、訓練公開、合同訓練等を災害ごとの想定で実施することを検討されたい。			

### 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。			
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。	高 40	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴援助の仕方、排泄援助の仕方といった介護の各場面でのマニュアルがあり、注意事項として理解するのに適している。			

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。	高 41	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
マニュアルの性格上、内容に大きな変化はないが、前述の感染症対策で変更をかけるなど、適時の見直しは行っている。			
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。	高 42	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
計画的にアセスメントを実施し、「介護サービス計画」、「機能訓練計画」、「栄養ケア計画」を作成している。利用者・家族の意見も取り入れている。担当者のみでなく、他職種がアセスメントの時点から関わられるようにして困難なケースに臨みたい。			
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。	高 43	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
入所時の介護計画は1ヶ月後に見直し、通常のプランは6ヶ月に1回見直している。随時の変更も他職種と利用者・家族のかかわりを持って行っている。サービス提供が不十分とか質の問題で計画が未達成のことがあり課題としている。			
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、職員間で共有化している。	高 44	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント			
記録は援助の場面に応じて、数多く整備されている。記録は事実を客観的に記述するものだが、認知症への取り組み等は職員の働きかけと、それに対する反応などを共有して学んでいけるとよいところがあるので、今後も検討していきたい。			
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。	高 45	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
規程に基づき、記録物を作成、保管、廃棄している。個人情報の保護と情報開示も規程に基づいて実施されている。			

#### A-1 生活の支援の基本と権利擁護

			第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本			
A①A-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。	高 46	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
外出や買い物、喫茶のコーナーなどを充実させている。外出支援については専用のパート職員が行うなど、介護の細分化が試みられている。ホームの中でどう充実して暮らすかについて、レクリエーションや日課もいろいろあり、一人ひとりが望む形で参加できるように心がけている。			

	A②A-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。	高 47	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
	A③A-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。	高 48	非該当
評価機関のコメント			
非該当			
	A④A-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。	高 49	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
生活援助パート、外出支援パートなど、役割が決まっている非常勤職員もいる。利用者の身体・精神の状況に応じ、時と場合を選び、利用者一人ひとりに合わせて接するのが望ましく、コミュニケーションのさらなる充実を望みたい。直接処遇職員以外の職員も、利用者のことをよく知るように接する機会を設けている。			
A-1-(2) 権利擁護			
	A⑤A-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。	高 50	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
個別の身体拘束の例はない。かつて、利用者が自由に居場所を移動できない、施錠されていたフロアについても、開放して既に2年程が経過している。徘徊等で危険が予想されるときには施錠している時もあったが、フロア内の利用者とその旨を伝えてから施錠を行って、短時間で解錠するようにしている。			

## A-2 環境の整備

			第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
	A⑥A-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。	高 51	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
施設の臭いが気になるという意見は多少ある。排泄援助の時には、どうしても一定時間臭いがしている。ほかにも生活臭があるので一概にはいえないが、換気の頻度、汚染物の処理方法、設備改善等から、できることに取り組むことが望ましい。また、排泄の支援は利用者それぞれに違いがある場合も多く、排泄援助を個別ケアとして行うことも大切であるとする。			
A-3 生活支援			
			第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
	A⑦A-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。	高 52	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
入浴も専門のパート職員がいて、介護場面の役割細分化が行われている。浴室環境もカーテンや仕切りなどで分けている。週2回の入浴機会が確保できている。			

A⑧A-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。	高 53	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>専門家を招いての勉強会、食物繊維を含む水分摂取の勧め、トイレから移動しなくても必ず手袋等の排泄介助用品を使用する環境などを整備している。立位不安定な男性利用者に対して、おむつ使用率を30%から15%に減らす目標が立てられている。時期によりおむつ使用者が増えたり減ったりするが、調査時点ではこの目標を達成できていた。</p>		
A⑨A-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。	高 54	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>自分で移動できる利用者は、食事時には自由にフロアを移動している。自由に動けない利用者は車椅子で、なるべくその人に合ったものを使用できるよう努めている。利用者と職員双方の安全・安楽のため、リフトも用意があり使用している。フルリクライニング車いすは、寝ているのと変わらないから使っていない。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 55	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>利用者の嗜好に配慮し、ほぼ毎日、選択可能な昼食を提供している。食堂入口に見本を展示し、食事中は音楽をかけている。季節に合わせて、旬の食材を使用した献立を作成している。</p>		
A⑪A-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。	高 56	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>食事介助が必要な場合、落ち着いて一人の職員が担当して、利用者に食事介助の内容(「ご飯です」、「スープです」、「野菜サラダです」等)を口頭で知らせながら、支援している。利用者の咀嚼・嚥下の状態や手の動きなども確認している。</p>		
A⑫A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント		
<p>歯科指導は入っている。普段の口腔ケアは毎日夕食後に必ず行っている。自分で行う利用者もいる。利用者の状態によっては毎食後やってほしい場合もあり、それが確実にできるような把握と実施の仕組みを検討していきたい。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高 58	① ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>褥瘡の様子を写真に撮り、委員会活動を行っている。治療、悪化防止、予防のための活動を行い、事業所の目標にも掲げている。医療と連携して、利用者の10%以内に留めるようにしている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭A-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。	高 59	a ・ b ・ c
評価機関のコメント		
<p>非該当(介護職員等で喀痰吸引の指導を受けた者はいるが、現在は医療職によってのみ行われているので、介護職員等による実施はない。)</p>		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
	A⑮A-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を行っている。	高 60	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
介護サービス計画に沿って機能訓練の計画があり、実施されている。日常生活の行為を通してリハビリができるよう、介護サービス計画の充実と環境整備を望みたい。			
A-3-(6) 認知症ケア			
	A⑯A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 61	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
一人ひとりの認知症利用者が落ち着いて過ごすために、対応するためのマニュアルがある。しかし、対応には職員による差異がみられる。利用者個々の行動や症状、どんな働きかけにどんな反応があるか、などの情報を多く集めて職員間で周知し、対応を統一していく等の取り組みを期待したい。			
A-3-(7) 急変時の対応			
	A⑰A-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。	高 62	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
体調変化の際は、まず看護師に連絡するルールが定まっている。夜間はオンコール、救急搬送も相談はあるが、看護師の判断に委ねている。看護師配置があるので、介護職としては心強い。介護職はその上で病気や薬の知識を学び、救急対応や予防対応をすることに心がけている。			
A-3-(8) 終末期の対応			
	A⑱A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。	高 63	① ・ b ・ c
評価機関のコメント			
終末期の判断、「看取り介護計画」の作成、援助の実施、永眠後の遺族への対応等の流れが確立しており、看取り介護の質は高い。業務としてはルーティンであるが、形や時間に流されることもなく、職員は“心”を入れて支援している。遺族からの感謝の言葉で職員も癒される。振り返りを行い、次に活かし、人間の尊厳について考える機会となっている。			
A-4 家族等との連携			
			第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携			
	A⑲A-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。	高 64	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント			
家族との相談等は随時開催で、定期的な取り組みはない。緊急性がない家族と個別の話題は随時で差し支えないが、どの家族にも共通する話題などは近況報告や利用料金の請求、領収の機会などを活かしたい。家族会等、公式な大掛かりなものでもなくともよいと考える。家族から出された意見や要望に対応する仕組みを明確にすることが望まれる。			
A-5 サービス提供体制			
			第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
	A⑳A-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。	高 65	非該当
評価機関のコメント			
非該当			