

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：さやの家	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：大石 直弘	定員（利用人数）：120名	
所在地：掛川市長谷1673		
TEL：0537-21-1340	ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/kourei/saya/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成8年4月1日開設		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会		
職員数	常勤職員：66名	非常勤職員：39名
専門職員	医師1名	介護支援専門員2名（兼務）
	看護師6名	機能訓練指導員1名（兼務）
	管理栄養士1名	
	介護職員81名	
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	既存型居室120床 ユニット型居室50床 既存型ショートステイ居室20床 ユニット型ショートステイ居室20床	入浴設備等

③理念・基本方針

【法人基本理念】

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん

【さやの家基本理念】

「わたしがわたしらしく暮らすもうひとつの我が家」づくりを目指します

【さやの家基本方針】

1. さやの家を利用して幸せだったと思われる施設づくり
2. 職員が生き生きと働ける施設づくり
3. 自分がさやの家で暮らしたいと思える施設づくり

④施設・事業所の特徴的な取組

(1) 法人理念にも通じるが、地域で一番困っている方を受け入れるという姿勢で、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、医療機関等からの困難ケースや緊急対応の依頼があれば、積極的に受け入れるようにしている。

(2) 特養と併設してショートステイ、デイサービスセンター、ケアサポートセンターを運営しており、特にケアマネジャーを通じて得られた地域からのニーズに応じて拠点単位で対象者にあわせたサービスを提供し、事業間の連携により変化するニーズにも対応している。

(3) 子どもがお年寄りを癒し、お年寄りが子どもの感受性を育むという考えのもと、隣接する同法人運営の子育て支援センターの園児との交流に努めている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年6月29日（契約日）～ 令和6年3月27日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成27年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・ 事業計画は、職員に対して「令和5年度に向けて（意見聴取）」というアンケートを行い、その結果を集約・反映のもとで策定されています。
- ・ 地域の福祉教育に対して、体験学習の受け入れ等積極的な取り組みや貢献をしています。
- ・ 災害時の対応について、地域も含めた詳細な対応方法が定められ、それに基づく訓練も実施しています。
- ・ 寝返りなどの体動を感知して睡眠状態がわかる「ねむりスキャン」を全員のベッドに設置し、利用者の状態をセンサーで確認して夜間の見守りや排泄介助の時に睡眠を妨げないようにするなど利用者一人ひとりに合わせた支援を行っています。
- ・ インターネットの環境を整え、youtubeが見られるなど利用者の希望を取り入れ、一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう工夫しています。

◇改善を求められる点

- ・ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明することが求められます。
- ・ 口腔ケアについて、利用者全員に口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っていることが確認できません。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回の受審から8年ほどが経過し、少しずつ社会に求められていることにも変化がある中であらためて第三者評価を受審しましたが、客観的な観点からの評価をいただくことで、自施設の現状を把握し、改善すべき課題を明らかにすることができました。

審査にあたっては、管理する立場の職員が中心となって対応しましたが、準備から審査、さらには評価に至るまでのプロセスを通じて気づかされたことを施設全体の理解として共有し、改善を図る中でより良いサービス提供につなげていけるよう取り組んでいきたいと思っております。

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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人パンフレット等に理念、基本方針を明示しています。また、理念は法人の使命や目指す方向を読み取ることができるとともに、基本方針は理念との整合性が確保され、職員の行動規範になるような具体的な内容です。加えて、職員間会議等を通して、理念や基本方針は職員に周知しています。しかし、利用者や家族への周知はできていません。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>高齢者関係会議を通して、社会福祉全般の動向等について把握しています。また、掛川市が実施しているサービス施設利用状況アンケート結果を通して、地域サービスのニーズ等の特徴・変化等の経営環境や課題を把握しています。加えて、月次経営成績表から、定期的なコスト分析等を行っています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>本部が中心となって、経営環境や実施する福祉サービスの内容等を分析し、その内容は役員間でも共有されています。また、職種間会議を通して職員にも周知し、経営課題の解決・改善に向けた取り組みを進めています。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>第7期中期経営計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしています。また、前期計画の振り返りを実施し、経営課題や問題点の解決や改善に向けた具体的な内容となっています。加えて、計画内容は実施状況の評価を行える内容となっており、必要に応じて見直しを行っています。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、第7期中期経営計画の内容を反映した具体的な内容となっており、実行可能な内容です。また、単なる行事計画ではなく、達成の度合いなど実施状況が評価できる内容となっています。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>事業計画は、職員の意見聴取を通して、職員等の参画や意見の集約等のもとで作成しています。また、事業計画の実施状況は年2回、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて評価しています。加えて、前年度事業評価を基にして看取り介護の充実を計画するなど、事業計画の見直しを行うとともに、合同リーダー会議を通して、事業計画を職員に周知しています。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画から施設長が大切にしたい項目を抜粋し、イラストや写真を多用するなどわかりやすく作成した資料を利用者や家族等に周知するため、事業所内に掲示しています。しかし、利用者や家族等への事業計画等の説明ができていません。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>年1回、施設自己評価と利用者満足度調査を組織的にPDCAサイクルに基づいて実施し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいるとともに、第三者評価を定期的に受審しています。しかし、再チェックを評価結果の分析・検討する場を施設として位置づけ実行することが課題です。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>法人内事業所比較表（集計表）により、評価内容を分析した結果やそれに基づく課題を文書化しているとともに、職種間会議を通して職員間で課題を共有しています。また、明確になった課題については職種間会議で改善策や改善計画を策定し、計画的に取り組んでいます。しかし、改善計画の見直しが課題となっています。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は重点施策をまとめたわかりやすい資料を作成し、職種間会議で説明するなど経営等に関する方針と取組を明確にしています。また、職務分掌を通して、自らの役割と責任を文書化し職種間会議で表明し周知を図っています。加えて、消防計画を通して、有事における管理者の役割と責任、不在時の権限移譲等を含めて明確にしています。しかし、自らの役割と責任については広報誌等に掲載して表明をしていません。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は管理者会議を通して、感染症等幅広い分野について順守すべき法令把握や理解に取り組み、職種間会議を通して職員に対して周知等を行っています。また、利害関係者との関係評価を実施することで、適正な関係保持に努めています。しかし、法令順守の観点での経営に関する研修等への参加が課題となっています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、実施するサービスの質の現状について、施設自己評価や利用者満足度を通して、定期的、継続的に評価・分析を行っているとともに、課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示し、指導力を発揮しています。また、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するために職員面談を行うとともに、外部研修等に職員を参加させるなど、職員の教育・研修の充実を図っています。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、法人が作成する資料をもとに、事業所の経営の改善等に向けて人事、財務等を踏まえた分析を行っています。また、組織の理念や基本方針の実現に向けて、全床見守りセンサーの導入などを通して、人員配置、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいます。加えて、職種間会議等を通して、経営の改善や業務の効率性を高めるための体制を構築し、自らも積極的に参画しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>必要な福祉人材等に関する基本的な考え方や福祉人材の育成等に関する方針が確立しています。また、資格一覧表等には、専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画として明示し、計画にもとづいた人材の確保や育成を実施しています。加えて、奨学金協定を結ぶなど、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施しています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしています。また、人事制度綱領等により人事基準が明確に定められており、その基準に基づいて、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価しています。加えて、社内留学制度やジョブチャレンジ制度など、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。しかし、職員処遇の改善の必要性を評価・分析するための取組はできていません。</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り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしていると同時に、時間外勤務の月次分析などを通して、職員の就業状況等を把握するとともに、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っています。また、衛生委員会を通して、職員の心身の健康と安全の確保に努めるとともに、個別面談やメンタル推進室の設置など、職員が相談しやすい工夫を行っています。加えて、五九六連続休暇制度やグループチェンジ制度等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに取り組んでいます。しかし、福利厚生充実のための職員の希望聴取のアンケートの書面が確認できません。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>組織として「期待する職員像」を明確にしており、等級業績効果シート等による職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されています。また、個別面談を通して、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標を設定しているとともに、目標項目、目標水準、目標期限を明確にした適切なものとなっています。加えて、期末面談を通して、達成度の確認を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>組織が目指す福祉サービスを実施するために、職員ハンドブック（私たちの天竜厚生会）の中に、「期待する職員像」を明示しています。また、人材育成月別計画表に基づき、教育・研修が実施され、同時に計画の評価と見直しを行っています。加えて、定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>等級業績考課シート等を通して、個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握しています。また、新任職員・異動職員研修評価シートを活用しながら、新任職員をはじめ、職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTを適切に行っています。加えて、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。</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。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント></p> <p>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化しています。また、マニュアルを整備して、介護福祉士や社会福祉士等専門職種の特性に配慮したプログラム用意しているとともに、ソーシャルワーク実習研修など、指導者に対する研修を実施しています。加えて、学校側と連携してプログラムを整備し、実習期間中も継続的な連携を維持しています。</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。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>ホームページや事業所受付場所への冊子の設置など、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業報告、決算情報、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容、その結果等について公表しています。また、実践発表会や</p>		

<p>広報誌等を通して、法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めています。</p>		
22	<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。</p>	a
<p><コメント> 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知しています。また、ISO 内部監査を通して、事務、経理、取引等の状況を確認しているとともに、外部の専門家による監査支援等を実施し、その結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を行っています。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 利用者と地域との交流を広げる取り組みについては、法人の中期経営計画の中にも明示され、地域の社会資源や情報などは、掲示等により利用者や職員に提供をしています。また、ボランティアの受け入れについてはマニュアルを整備し、受け入れや活動支援の体制を整備しています。ポスターの掲示などもしていますが、常に提供されていることは確認できません。施設で開催する夏祭りなどへ地域の人を招待し、近隣に出かけることで地域との交流を図っています。本人の希望に合わせた活動についても、地域のボランティア団体等の協力を得ながら実施がしています。</p>		
24	<p>Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の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。</p>	b
<p><コメント> ボランティアの受け入れについてはマニュアルが整備され、担当者により受け入れ時のオリエンテーションなどし、活動が安全に安心して行えるよう、支援がしています。小・中学校の体験学習等についても年間計画に位置付け、積極的に受け入れています。ただ、基本姿勢の明文化と利用者との交流を図る視点等の研修や支援の実施については確認ができません。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 掛川市事業所連絡会や中東遠地域職種別研修会へ参加することで、地域の課題や必要な社会資源の把握をしています。また、地域の団体とネットワークを構築しており、地域との連携も図っています。利用できる社会資源については、ファイルにしていいつでも利用できる様準備をしています。リスト化の確認はできません。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>掛川市事業所連絡会、中東遠地区特養連絡会、医療センター等の後方支援施設との連絡会議や、地域包括支援センターによる地域ケア会議の圏域会議へ参加することで、地域課題の把握に努めています。また地域課題に対し、具体的なニーズの把握や解決に向けて他機関と協力しての取組を行っています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>地域からの福祉教育や職場体験学習の依頼については、すべて受け入れています。また定期的なものについては年間計画の中に位置付けています。地域の人が参加する居場所や介護者教室については、場所の提供は専門職の支援などを行ってききましたが、コロナ禍の影響で、現在は休止している内容もあります。地域の防災に関しては、中東遠地区特養施設災害時相互応援協定及び、災害時における福祉避難所の開設運営に関する協定を締結しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人・施設、それぞれの事業計画に基本理念を明記しており、職員会議等で読み合わせや確認を行い、周知しています。虐待防止や身体拘束については研修を実施し、基本的人権の配慮や利用者の尊重については、職員が活用している「ご利用者の生活サポート帳」に記載しています。虐待に関しては、虐待セルフチェックシートを年2回実施し、職員へ評価と意識づけを行い、それに基づいた改善などの対応を行っています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」の中で、それぞれの場面に適した内容が記載されており、チェックリストを活用しOJTなどを行っています。プライバシーに関しては、4人部屋を改造し、壁や引き戸を付ける等で2人部屋にし、プライバシーが守れるようにするなどの工夫をしています。利用者や家族に対しては、重要事項説明書を使用し、虐待関係と個人情報保護についての説明を行い、了解を得ています。</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
<p><コメント></p> <p>法人内のホームページの閲覧や配布している施設のパンフレットにより、選択に必要な情報を得ることが出来るように、また内容や誰にでもわかるような工夫も行っていきます。利用希望者に対しては、丁寧な説明を行い、体験利用などの機会も設け、利用後のフォローも介護支援専門員などと協力して行っています。利用希望者へ2年に1回、利用希望の再確認を行う際には、新しい情報の収集や施設からは現状に即した情報提供を行っています。福祉施設・事業所の利用希望者については、入所申込書に沿って、丁寧に説明をしていますが、実施について記載された記録が確認できません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>契約書や重要事項説明書の文字を大きくすることで、読みやすくしてあり、説明も利用希望者に応じてゆっくりと大きな声で説明を行っています。必要に応じて、他の資料も示しながら説明を行っています。意思決定が困難な利用者への対応については、ISO教育マニュアルに基づき、定められた手順で配慮をもって利用者への説明を行っています。</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
<p><コメント></p> <p>アセスメントやサービス担当者会議の実施により、利用者にも不利益が生じないよう配慮をしています。施設から地域への移行は少ないですが、病院や他施設への移行に際しては申し送りや引継ぎはきちんと行っています。また、退所後の相談に対しては、色々な手続きを含め相談対応をしています。手順について明文化した文書は確認することができません。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>年1回、満足度調査を実施しています。コロナ禍の影響もあり、現在は利用者へは聞き取り、家族へはアンケートで実施しています。結果については職員へは職員会議の中で、利用者へは本人への説明や掲示で、家族へは文書で報告をしています。調査の中で出された意見などについては、調査を行い、その結果や対応は公表しています。検討会議について、利用者参画の下での検討会議の記録は確認することができません。</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。	a

<p><コメント></p> <p>苦情対応マニュアルが整備され、苦情受付の流れや対応方法については施設内に掲示しています。また、ご意見箱を設置しており、用紙や筆記用具を一緒に置くなど工夫しています。苦情対応としては委員会を設置し、改善等については申立者にはもちろん、職員にも周知・共有し、申立者から了解が得られた内容についてはホームページにも記載し、一般にも公表しています。サービスの質の向上のために対応状況やその後の効果の確認をしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者が直接意見を述べやすいよう意見箱の設置や、面談の際は対応する職員を指名できる様、配慮しています。また、相談に際しては、相談室、研修室、家族宿泊室等プライバシーへ配慮した意見を述べやすいスペースを確保してあり、利用していますが、説明するための文書を確認することができません。</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
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談を受けやすくするため、意見箱の設置や、満足度調査、サービス担当者会議などの機会をとらえ、積極的に意見の把握をしています。手順についてはマニュアルで定められており、法人で定期的な見直しも行われています。相談を受けた内容について、迅速な対応をしています。時間がかかるものについては本人に理由を含め伝えて了解を得ています。出された意見等については、委員会でも検討をし、サービスの質の向上に向け取り組みを行っています。</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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、事故・ヒヤリハットマニュアルの中に責任者と体制、対応手順について明記しています。また、提出された事故報告書やヒヤリハット報告書に基づき原因や再発防止策が話し合い、効果についても1か月後に確認を行っています。事故・ヒヤリハット集積グラフを基に再分析も行っていきます。</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
<p><コメント></p> <p>感染対策マニュアルが整備され、その中に管理体制が明記されています。マニュアルに対する研修や勉強会を行っており、実際に即した内容になっています。感染症が発生した場合は、感染対策委員会が対応方法や経過を職員に配付し、情報の共有と効果的な対応を行っています。</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
<p><コメント></p> <p>消防計画と大規模震災（自然災害）における事業継続計画（BCP）が作成し、災害時の対応を定めています。安否の確認方法についても、消防計画の中に定め、消防訓練を通じ職員に周知しています。非常食については5日分の献立表に基づき備蓄を行っています。要配慮者利用施設避難確保計画に基づき、地域の施設などとも合同の訓練を実施しています。</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
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」に標準的な支援方法が記載されており、利用者の尊重やプライバシー保護などについても全職員がそれに基づいた対応を行っています。またチェックリストを用いることを行っています。不足がある部分については個々に再チェックを主任や係長が行い、個別に指導を行っています。</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
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」の見直しは、法人の施設サービス事業部入所支援課が中心となり見直しをしています。見直しされた内容については、サービス担当者会議やアセスメントの中で検証し、意見や提案が出され、施設サービス計画を作成しています。福祉サービスの標準的な実施方法の定期的な検証・見直しについては、法人主体で行われている為、記録の確認ができません。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画の策定にあたり、アセスメントからの一連の手順についてはISO教育マニュアルに明記されています。アセスメントについては様々な職種の関係職員が行い、アセスメントシートを作成しています。施設サービス計画には利用者の具体的なニーズを記載し、サービス実施については支援経過に記録し、モニタリングを定期的に行っています。支援困難のケースについては、対応状況については色を変えて詳細を記載し、一目でわかるような対応を行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画の緊急に変更することを含む見直しの手順については、ISO教育マ</p>		

ニユアルに記載されています。対象者一覧は毎月システムより出力をし、担当者や実施時期の調整をしています。計画はアセスメントやモニタリングに基づき、サービス担当者会議を経て施設サービス計画が作成・更新し、課題や目標を記載しています。残された課題についてもサービス担当者会議の要点に記載し、明確にしています。

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、職員間で共有化されている。	a
----	---	---

<コメント>

すべてシステムへ入力することで、利用者に関する様式は統一されています。記載する内容などについては、「ご利用者の生活サポート帳」の中に「申し送り・連携・記録」の項目で統一しています。情報の共有の為に職員会議や各種の委員会を定期的に行い、会議録の供覧で情報の共有を図っています。またパソコンのシステムを利用することで、いつでも情報の確認と共有が出来るようになっています。

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。	a
----	----------------------------------	---

<コメント>

個人情報の管理については、法人で「個人情報取り扱い規定」「個人情報管理規定」が定められており、対応方法や対策、管理体制が記載されています。また周知の為の研修も行っています。利用者や家族に対しては、重要事項説明書を用いて説明を行い、了解を得ています。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活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		
A①	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。	a
<p><コメント></p> <p>定期的にあセスメントを実施し利用者の心身の状況の把握をしています。利用者本人や家族から趣味や希望を聞き活動に取り入れています。おしぼり巻きやエプロンたたみなどできることに取組めるよう声掛けをして活動を支援しています。「ねむりスキャン」を導入し個々の生活リズムに合わせた対応をしています。</p>		
A②	A-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。	a・b・c 非該当
<p><コメント></p>		
A③	A-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。	a・b・c 非該当
<p><コメント></p>		
A④	A-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。	a
<p><コメント></p> <p>介助の時や家族の面会の機会など利用者が話しやすい環境を作っています。利用者や家族から聞きとった希望や思いは記録システムに入力し職員で共有し支援に反映しています。職員が所持している「ご利用者の生活サポート帳」に接遇や言葉遣いについてのチェックリストが明記され振り返りができるものとなっています。また「虐待防止セルフチェックリスト」を実施し改善点などを研修で取り上げ改善する仕組みがあります。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	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
<p><コメント></p> <p>「虐待防止マニュアル」「身体拘束適正化マニュアル」が整備され、ワーカー室に配置し常時覧できるようになっています。重要事項説明書に「虐待防止について」「身体拘束について」を明記し利用者や家族に説明周知しています。身体拘束については身体拘束経過観察記録用紙に記録し月1回身体拘束廃止委員会で拘束解除の検討をしています。定期的に虐待防止委員会、身体拘束廃止研修を実施し権利擁護に取り組んでいます。</p>		

評価対象 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		
A⑥	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
<p><コメント></p> <p>施設的环境はフロア・ユニットごと温度・明るさが調整でき、定期的に清掃し清潔を保っています。利用者は施設内を自由に移動ができます。これまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう利用者の意向把握に努め、希望がある利用者には wi-fi 環境を整え、youtube が見られるよう環境を整えています。</p>		

評価対象 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		
A⑦	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
<p><コメント></p> <p>入浴支援については、「ご利用者の生活サポート帳」に入浴介助サポート手順、プライバシー配慮について明記され実施しています。利用者の健康状態や意向に応じて入浴日の変更や入浴方法の変更を柔軟に対応しています。</p>		
A⑧	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントをもとにサービス計画書に排泄の援助内容を明記しています。「ご利用者の生活サポート帳」の排泄介助にプライバシーに配慮した介助をすることが明記され職員に共有されています。排泄状況は記録システムに入力し健康状態が把握できるようになっています。可能な限り日中はトイレ誘導して自立のための働きかけをしています。</p>		
A⑨	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントをもとにサービス計画書に移動支援内容を明記しています。様々な種類の福祉用具を整え利用者の状況に適した用具を使用し、安全に介助するために「ご利用者の生活サポート帳」に歩行介助・車いす介助の手順を明記し取り組んでいます。施設の廊下やフロアは広く、障害物がなく移動しやすい環境を整備しています。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
<p><コメント></p> <p>献立に季節の行事食や全国郷土料理やイベント食を取り入れています、また食事の時間に音楽を流し、敬老会行事ではランチオンマットを敷くなど雰囲気づくりをして楽しく食事ができるよう工夫しています。高さの変えられるテーブルを利用して利用者</p>		

の身体状態に適した食事がしやすい環境づくりに配慮しています。大量調理施設衛生マニュアル、SSOP（衛生標準作業手順書）に基づき衛生管理を適切に行っています。		
A11	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントにもとづき利用者の状態に合わせた食事形態で食事を提供しています。毎月の給食会議で献立や食事の提供方法を検討しています。誤嚥、窒息など食事の事故発生の対応方法は「ご利用者の生活サポート帳」に明記され、「誤嚥窒息時の対応マニュアル」はワーカー室に設置しいつでも確認できるようになっています。栄養ケア計画を作成し栄養ケアマネジメントを実施しています。</p>		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者に歯ブラシを手渡し声掛けして歯磨き動作を促し、電動歯ブラシを使うなど主体的に行えるよう支援しています。口腔体操や食後の口腔ケアを行い口腔機能の保持改善に取り組んでいます。口腔ケアに関する職員研修は来年度から実施する予定です。しかし、利用者全員に定期的に行っていることを確認ができず、栄養ケア計画の一つとして口腔ケアの援助内容はありますが、口腔ケア計画の作成の確認ができません。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」に褥瘡予防についての標準的な実施方法が明記され取り組んでいます。理学療法士にポジショニングの指導を受けたり、自動体交マットなど福祉用具を取り入れたり、褥瘡予防・褥瘡発生後の治療に取り組んでいます。食事面から褥瘡を予防するために、食事摂取量を確認し、摂取状況により栄養補助食品などで栄養を補い栄養管理を行っています。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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。	b
<p><コメント></p> <p>「看護職員と介護職員の連携による医療的ケアに関する指針」「経管栄養マニュアル」「たん吸引マニュアル」が整備されています。医師の「介護職員等喀痰吸引等指示書」にもとづき喀痰吸引・経管栄養を適切に行っております。看護師が新任職員と指導を希望する職員に個別指導は行っていますが、定期的に行っていることを確認できません。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>アセスメントにより利用者の心身状態を把握しています。利用者の状態に応じた機能訓練をサービス計画書に位置付け、定期的にモニタリングシートで評価・見直しをしています。機能訓練等については、機能訓練指導員（看護師）や法人のリハビリ専門</p>		

職から助言・指導を受けています。利用者の変化に気づいたときはカンファレンスで確認共有し、医師に相談する等必要な対応を行っています。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の日常生活能力や機能、生活歴については、アセスメントシートで適切にアセスメントを行っています。「ご利用者の生活サポート帳」のコミュニケーションの項目に支持的、受容的な対応について明記されており、利用者の状況や場面に応じ職員間で対応を共有しています。研修については、「認知症介護基礎研修」の受講、認知症に関する外部研修を事業計画に位置付けて実施しています。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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
<p><コメント></p> <p>緊急時の対応について「ご利用者の生活サポート帳」に明記され、また急変時の対応の研修を実施し職員に周知を図っています。毎日バイタルチェックを実施、日々の記録はシステム入力し利用者の健康状態を職員間で共有できています。「利用者観察項目マニュアル」を参考に状態観察を行い体調変化や異変の兆候の早期発見に努めています。「与薬マニュアル」により適切に薬管理を行っています。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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
<p><コメント></p> <p>「看取り介護に関する指針」が整備されています。利用者及び家族には、入所時に「重要事項説明書」で施設での対応・ケアについて、医師・医療機関との連携体制について説明し、看取りについての意向を確認しています。「看取り介護に関する指針」をもとに、サービス計画書に具体的な援助内容を記載し、終末期のケア体制を整え取組を行っています。</p>		

評価対象 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		
A19	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
<p><コメント></p> <p>家族に対しサービス計画書の更新の時に定期的に利用者の状況報告を行い、体調変化などの時はその都度報告しています。介護認定調査の立ち合いや施設内行事、外出行事の時に連絡を取り家族も参加できるよう取組んでいます。また利用者の写真入りで様子を報告するなどの工夫をしています。</p>		

評価対象 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		
A20	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 非該当
<コメント>		