

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 特別養護老人ホーム平生園
(指定介護老人福祉施設)

評価実施期間 2018年7月6日 ~ 2018年12月31日

実地(訪問)調査日 2018年9月27日

2018年12月28日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム平生園	種別：指定介護老人福祉施設	
代表者氏名：松本 雄二	定員（利用人数）： 60 名	
所在地：兵庫県朝来市和田山町竹田1779		
TEL 079-674-0174	ホームページ：http://www.kobeseirei.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： 2001年11月11日		
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団		
職員数	常勤職員： 29 名	非常勤職員： 6 名
専門職員	施設長 1 名	看護師 5（2）名
	生活相談員 1 名	栄養士 1 名
	副主任介護職員 2 名	事務員 3 名
	介護職員 21（3）名	その他 7（1）名
施設・設備の概要	居室 18 室	

③理念・基本方針

基本理念：私達はキリスト教精神にもとづき聖書に示された愛と奉仕の実践を通して社会福祉の向上に努めます。

基本方針

- ①利用者様が安全で安心できる介護を提供します。
- ②利用者様を人生の先輩として尊敬する心を持って介護いたします。
- ③利用者様にやすらぎのある生活の場を提供いたします。
- ④地域と共に歩み、地域に生きる（生きる）施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

●第3期中期計画に沿った各部会・委員会の活動

重点実施項目

- ・基本理念の理解と基本理念に沿った支援の実践
- ・計画的な研修の実施と人事考課制度の活用
- ・サービスの標準化
- ・利用者主体の支援の充実
- ・修繕計画
- ・経営力の確保
- ・地域住民のニーズ把握とボランティアの育成
- ・在宅介護者のサポート
- ・パンフレットなどを活用した情報発信

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 7月 6日（契約日）～ 平成 30年 12月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回 （前回 2014年）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- 法人の理念から施設の支援における考え方で一連の流れが確立し、中期事業計画をもとに計画的な施設運営が行われています。

現在、法人事務局において、第3期中期計画をもとに新たな時代に向けた体制や仕組みの構築が進められていることが、随所にうかがえます。また、施設長をはじめ、行政関連の協議会や関係施設団体等と連携することにより、地域の動向を含め、社会福祉事業全体の動向を把握し、施設運営に役立てています。

- 食事場面など利用者ひとり一人の心身状況や、意向に配慮した支援が行われています。

食事の際には、利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせ6種類の食事形態が準備されており、利用者一人ひとりの心身状況に応じた食事の工夫を行うとともに、誕生日には希望の献立が提供され、バイキングや駅弁に見立てたメニューなど、食事をおいしく食べられる配慮がなされています。また、委員会での検討や栄養アセスメントにもとづいて、一人ひとりに応じた栄養ケア計画を作成し、一人ひとりに配慮した介護サービスが行われています。

- 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、利用者の状況に応じた終末期のケアが行われています。

看護師と介護職の連携のもと、日々の利用者の健康確認と健康状態が把握され、緊急時の対応手順が分かりやすく記載されたチェックポイントにもとづいて、利用者の急変時に備えた共通理解を図る取組が行われています。また、終末期の対応について、看取り指針・マニュアルに終末期の対応とその手順が示され、終末期においては、家族等に看取り介護についての説明を行い、同意、要望を確認しながら看取りのケア計画が策定し、利用者の状況に応じた終末期のケアが実施されています。

◇改善を求められる点

- 支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。

昨今、人材育成をはじめ、基本的なマニュアルの整備等、業務の改善が図られており、多様な事業が展開されていることがうかがえます。今後は、介護マニュアルやサービス実施計画など、多様な業務についての評価から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。

- 高齢者の権利擁護や利用者の尊重に関する取組をより明確にしていくことが望まれます。

施設の生活について、日々の介護や支援を通じて、利用者の相談や意見を吸い上げていることがうかがえましたが、利用者のプライバシーの保護や利用者満足度の向上、利用者の苦情対応など、利用者本位の取組としての位置づけが明確ではありません。今後は、利用者の意向や権利擁護にもとづく取組を整理し文章化することで、利用者の権利などについて施設全体の統一した見解を明確にし、取組を具体化していくことが望まれます。

- サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントを充実していくことが重要です。

施設サービス計画(ケアプラン)をベースにサービスを個別・具体的に実施されていますが、介護現場において、生活に対する具体的な意向やこれまでの環境(物的・人的)、生活習慣などを文章化し、明示するには至っていません。今後は、さらに計画が利用者個々の生活により活かされていくことを目指して、サービスを個別・具体的に実施するためのアセスメントの充実を図り、利用者個々の支援の内容について、具体的な方法を明示していくことが必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）にもと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。	b
<コメント> ○ 理念・基本方針は、人権尊重の精神にもとづき、介護及び福祉職員の行動規範の内容となっており、ホームページ、パンフレット、施設内の掲示、職員会議、家族会等を通じて、周知が図られています。 ○ 今後は、利用者・家族に対して、分かりやすく説明した資料を作成するなど、更に周知していくことが望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ 法人本部や朝来市高齢者施設連絡会を通じて、社会福祉事業や地域の高齢者施策の動向を把握するとともに、業務報告書を通じて、毎月のコストや利用率の分析が行われています。 ○ 今後は、法人関係事業との連携を深めることにより、更に地域でのニーズの特徴や変化を把握していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 平生園第3期中期計画により、現状の課題、問題点を明確にし、それぞれの課題について各委員会が中心となって、解決に向けての具体的な取組が行われています。		

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
<コメント> ○ 平生園第3期中期計画により現状の課題、問題点を抽出し、重点実施項目による具体的な実行計画を分かりやすく明示するとともに、定期的に実行状況の評価が行われています。 ○ 今後は、実行状況の評価にもとづいて、計画を細やかに見直していくことに期待します。		

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
<コメント> ○ 単年度の事業計画は、中期計画を踏まえた事業計画として、事業内容を具体的に記載されており、「月次振り返りシート」において実施状況の評価が毎月行われています。		
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
<コメント> ○ 事業計画は、委員会や職員会議を通じて職員の意見を取り入れ、決められた時期、手順で毎月の進捗状況の把握と評価が行われています。 ○ 今後は、進捗状況の評価にもとづいて、計画を細やかに見直していくことを期待します。		
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
<コメント> ○ 事業計画の内容は家族に配布するとともに、年度最初の家族会総会に参加し、説明が行われています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族がより理解しやすい工夫が望まれます。		

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
<コメント> ○ サービスの質については、食事委員会、QOL委員会など、委員会活動を通じて、評価され、検討が行われています。 ○ 今後は、サービスに関する定期的な自己評価を行うことによって、サービスの質の向上に向けたPDCAサイクル（改善のサイクル）を確立していくことが重要です。		
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。	c
<コメント> ○ 自己評価等を通じて、組織として取組むべき課題を明確にし、改善に向けた計画を策定することによって、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。		

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
<コメント> ○ 職務分掌表、キャリアパスフレーム表により管理者の役割と責任を明示し、管理者として事業に取り組む考え方を会議や広報誌を通じて表明しています。 ○ 今後は、管理者が不在時の権限委任や、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 介護保険サービス事業者等に対する集団指導や法人の研修等を通じて、管理者は遵守すべき法令等を理解し、会議等を通じて、全職員に周知しています。 ○ 今後は、施設の運営に関係する法令等をリスト化するなど、福祉分野以外の法令をはじめ、環境への配慮も含む幅広い分野について、遵守すべき法令を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 管理者は、職員会議をはじめ、各種委員会の会議等を通じて、施設におけるサービスの質について職員の意見を聞き、課題に取り組み、指導力を発揮しています。 ○ 今後は、管理者自らがサービスの質の評価を明確にすることによって、根拠にもとづいた質の向上を指導していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 月ごとの実績報告書にて、経営の改善、業務の実行性について分析を行うとともに、就労環境の向上に対し、具体的に取組や意識付けを行っていることがうかがえました。 ○ 今後は、施設において、経営や業務の改善に向けて検討する具体的な体制を構築し、経営改善の仕組みを明確にしていくことを期待します。		

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
<コメント> ○ 法人による「人事制度運用マニュアル」があり、必要な人材の確保と定着率の安定・育成の実践計画指針が示されています。 ○ 今後は、福祉サービスの提供に関わる専門職（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を策定していくことが望まれます。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> ○ 行動規範にあたる基本方針に職員の基本姿勢は明確にされ、人事基準にもとづくキャリアパス制度の導入により、評価、人事管理の仕組みが確立しています。 ○ 今後は、職員処遇の水準について明確にしていくことにより、さらに総合的な人事管理の仕組みにしていくことが期待されます。		
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
<コメント> ○ 管理者兼総務課長が中心となって各部門長と連携しながら労務管理が行われています。また、各種ハラスメント相談窓口を設置して健康管理及び悩み相談をしやすいよう配慮するとともに、誕生日休暇の取得やノー残業デーの導入など、働きやすい職場づくりに努められています。 ○ 今後は、人事計画を明確にすることにより、さらに施設の特異性に配慮した人材確保と定着の取組に期待します。		
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。	a
<コメント> ○ 法人キャリアパス制度および人事考課制度が確立され、それにもとづいて職員一人ひとりが目標をもって取組む姿勢を明確にするとともに、定期的なフィードバック面接により、進捗状況・目標達成度の確認が行われています。		
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
<コメント> ○ 法人の研修計画に従って、階層ごとの研修が実施されています。また、施設独自のキャリアパスフレーム表を用いて、期待される職員像や必要とされる技術及び資格を明確にされています。 ○ しかし、研修計画の評価・見直しや研修内容の評価・見直しを定期的に行うには至っていません。今後は、研修計画にもとづいた研修が確実に実施される仕組みを確立されることが望まれます。		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況の把握に努められ、職員に対して情報提供し、外部研修に多くの職員が参加できる体制が整備され、職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮されています。また、施設内にエルダー制を導入し、OJT（日常業務にもとづいた研修）が実施されています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生受入対応マニュアルにもとづく受入れが行われ、実習指導者研修への参加により専門性を高め、実習の事前、実習中、終了後において学校と協議し、連携が行われています。 ○ 今後は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢について、明確にすることが期待されます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページ等の活用により、法人の理念、基本方針や福祉サービスの内容、決算書等が公表されています。また、広報誌「ひなたぼっこ」「わらしべ」に施設の活動等を公開することで、幅広い活動の周知が行われています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、第三者評価の取組をはじめ、苦情や相談内容を公表するなど、更に情報公開を積極的に行うことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の規定や事務分掌表により、運営に関するルールを明確にするとともに、監事や法人本部による内部チェックが行われています。また法人では、監査法人による外部監査が実施され、監査結果にもとづく改善について、職員に周知を図ることで、運営の透明性を確保しています。 ○ 今後は、運営に関する規定について、職員に周知していくことにより、更に透明性を確保していくことが期待されます。 		

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
<コメント> ○ 地域との交流について基本的な考え方を文章化し、施設周辺の地域行事や、地域こども園との交流などを通じ、地域の人との交流が積極的に行われています。また、利用者ニーズに対応する為に、オンリーワン支援が実施されており、個々のニーズに応じた社会資源の利用を推奨しています。 ○ 今後は、活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者が地域の行事や活動に参加できる体制を充実させていくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ ボランティア受入れ規定にボランティア受入れの意義を明文化し、施設行事等で地域ボランティアを受入れるとともに、地域の小・中・高校に福祉体験学習への講師派遣等、学校教育への積極的な協力が行われています。 ○ 今後は、学校教育への協力に対する基本姿勢を明確にし、体制を確立することが期待されます。		
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
<コメント> ○ 現在、朝来市高齢者施設合同連絡会へ参加し、地域ニーズ調査を行い、地域との連携に取り組んでいます。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源について整理され、職員間で共有を図られることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 地域住民の生活に役立つ講演会や研修会として、家族介護者交流事業、認知症サポーター養成講座を開催するとともに、災害時の避難場所や、お城まつり・グラウンドゴルフ大会に参加することで、施設が有する機能を地域に還元しています。 ○ 今後は、法人の地域貢献の一環として、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動の実施に期待します。		
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
<コメント> ○ 無料福祉相談所や地域住民の生活に役立つ講演会や研修会、事業所団体等を通して、地域の福祉ニーズを把握し、それに応じて、事業・活動を検討されています。 ○ 今後は、把握した地域の福祉ニーズについて整理し、事業計画等に反映していく仕組みの整備が望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、法人の基本理念において行動規範が示されています。具体的には、研修委員会にて基本的人権配慮の勉強会が行われ、職員への周知が図られています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設における標準的な実施方法等に反映を行うことで、利用者の権利を高める取組について明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 虐待・拘束・事故防止委員会が設置され、虐待防止チェックリストによるチェックを年2回実施し、職員会議にて勉強会を予定しています。 ○ 今後は、プライバシーに配慮した支援についてマニュアル化するなど、権利擁護に配慮した支援について、更に明確にしていくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページや事業所パンフレット、機関誌を作成し、市内公共事業所、金融機関、学校等に配布するなど、選択に必要な情報提供を行っています。また、入所希望の利用者に対して、見学などを通して説明が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、高齢者の特性に応じたさらにわかりやすい情報提供が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの内容については、利用者や家族等の同意を得たうえで、その内容を書面で残し説明されていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者等に応じて分かりやすいように工夫した資料を用いるなど、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、更にわかりやすい説明、工夫が図られることが望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 退所する利用者等、福祉サービスの変更については、生活相談員を中心に継続性に配慮した引継ぎを行っていることがうかがえます。 ○ 今後は、引き継ぎやアフタフォローについて文章や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが必要です。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 家族会例会等に年2回参加し、利用者からの意見や要望を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努められています。 ○ 今後は、項目を定めたアンケート調査や聞き取りを定期的に行い、分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みを整備され、掲示されるとともに、出された苦情に対しては記録し、利用者家族へ迅速にフィードバックされるとともに、家族会にて報告が行われています。 ○ 今後は、さらに、利用者の苦情や意見を取り入れる工夫を明確にしていくことが期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの相談については、面会時や家族会等を通して、プライバシーに配慮した会議室や静養室等を活用し、随時行われています。 ○ 今後は、利用者の生活における多様な相談先を文章化し明示していくことで、意見を述べやすい環境を整備していくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日常生活の中で、利用者との話し合いの機会を多く持ち、意見箱を設置するなど、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように丁寧な声掛けが行われています。 ○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備していくことが重要です。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事故発生時の対応と安全確保について、虐待・拘束・事故防止委員会を設置され、緊急対応マニュアルを整備し、起こったアクシデントについて対応が図られています。また、ヒヤリハットや事故報告書を通して、安全を脅かす事例の収集がなされています。 ○ 今後は、組織による再発防止策の検討がなされ、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しの仕組みを構築していくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策マニュアルを整備され、ビデオ上映やガウンテクニックのロールプレイなど計画的に勉強会が実施されており、職員の予防接種実施など感染症に備えての予防策が適切に実施されています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 消防計画に体制を整備するとともに、地域や隣接する施設と連携して消防・防災訓練が行われており、備蓄として土嚢や飲料水、食品等を備え、対策を講じられています。また、利用者の安否確認の方法については、居室の名前プレートを裏返すことで避難完了を示す工夫がなされていました。 		

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。	b
<コメント> ○ 介護マニュアルとして、プライバシーにも配慮した内容を含め、ケアの実施にあたっての細かな標準的なサービスの実施方法が定められています。 ○ 今後は、研修の実施など、マニュアルにもとづいてサービスが提供されている事を確認する仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
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。	c
<コメント> ○ 定期的なマニュアルの見直しには至っていませんでした。今後は、マニュアルの活用の中で定期的に見直しの必要性を確認の上、適時に変更していく仕組みの構築が求められます。		
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
<コメント> ○ 福祉サービスの実施計画の作成の責任者は、組織図にもとづいて定められており、入居者情報化シートに細かく情報収集が行われ、生活援助プラン表に繋がられています。また、困難ケースについては、カンファレンスを通じて検討されていることがうかがえました。 ○ 今後は、継続的なアセスメントとカンファレンスを実施することで、多職種が協働して組織的にサービス実施計画が策定できる仕組みの整備が望まれます。		
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。	c
<コメント> ○ 福祉サービスの実施計画については、介護支援専門員を中心に管理栄養士、看護師、介護員によって、サービス担当者会議を開催し、定期的な見直しが行われていることがうかがえますが、利用者の意向を把握する仕組みがうかがえませんでした。今後は、「観察結果」「評価」「見直し」の手順を明確にしていくとともに、計画の見直しにおける利用者の意向把握や同意を得るための仕組みを構築していくことが必要です。		
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。	b
<コメント> ○ 支援記録は内容が施設内で共有できるよう、パソコン上の記録支援システム内で管理されています。また、毎月ユニット会議がひらかれ、情報の共有、ケアの検討の機会が設けられています。 ○ 今後は、記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への研修を実施していくことが望まれます。		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none">○ 法人による文書管理規定をはじめ、各種規定により、個人情報の取り扱いについて明記されており、職員会議において秘密保持の勉強会が行われ、家族には契約等の説明時にて周知されています。○ 今後は、個人情報の不適正な利用や漏えいが発生した場合の対応方法を、更に明確にしておくことが望まれます。		

A 内容評価基準

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。(特養)	b
A①	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。(養護、軽費)	非該当
A②	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。	b

特記事項

- ユニット会議やケース記録からの情報をもとに、利用者一人ひとりに対する具体的なケアの方法や個々に応じた暮らしが送れるよう、支援の方法が確立されています。また、文字盤やジェスチャーなど非言語的コミュニケーションを活用され、利用者の思いや希望を十分に把握できるような配慮がうかがえます。
- 今後は、利用者個々の暮らしが実現できるよう、定期的に日中活動のメニューやコミュニケーション方法について検討し、見直していくことが望まれます。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	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。	b

特記事項

- 「虐待に関する受付・対応に関する手順書」を玄関に掲示し、利用者の権利侵害の防止について年2回の虐待防止チェックに合わせて、個々の職員の自己評価セルフチェックが行われ、権利侵害の防止等に関する取組が行われています。
- 今後は、虐待など利用者の権利侵害について、具体的な対応方法や事例について定期的に検討する機会を設け、利用者に周知するなど、権利擁護の取組を明確にしていくことが望まれます。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(I) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(I)-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。	b

特記事項

- 施設の老朽化がうかがえますが、施設内は整理整頓がしっかりと行われており、清潔感が感じられます。また、居室には飾りつけや好きなものを身の回りに置く等の工夫がなされており、利用者の快適性に配慮した環境になっています。
- 今後は、利用者の意向やこれまでの暮らし方を大切にしていることを把握し、更なる施設内での利用者の快適な暮らしについての工夫を明確にしていくことが望まれます。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(I) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(I)-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
A⑥	A-3-(I)-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。	b
A⑦	A-3-(I)-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
A⑧	A-3-(I)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	b
A⑨	A-3-(I)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	b
A⑩	A-3-(I)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a

特記事項

- 入浴、排せつ、夜間対応などのマニュアルを整備し、利用者の状況に応じて支援が組み立てられています。
- 入浴開始から終了後の誘導までマンツーマン体制が構築されており、リフトで入浴できる環境を整備され、同性介護にも配慮した取組が行われています。
- 夜間でもトイレの希望が聞かれた場合にはおむつ交換ではなく排泄介助が行われており、できるだけ浣腸は使用せず、水分摂取や腹部マッサージ等排泄の促進に努めています。
- 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、作業療法士の専門的な分析にもとづいて、福祉用具の使用について検討が行われ、利用者が安全に移動できる取組が行われています。
- 今後は、利用者の生活支援について、利用者の個性、好みを踏まえた施設独自の支援方法の構築と、施設外の資源活用も踏まえた多様な選択肢が持てるような仕組み作りが期待されます。

		第三者評価結果
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
A⑫	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。	b
A⑬	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

特記事項

- 誕生日には希望の献立が提供され、バイキングや駅弁に見立てたメニューなど、楽しく食べられるよう献立や提供方法の工夫が行われています。また、委託業者から衛生面や提供方法について明記された独自のマニュアルが整備され、衛生管理の体制を確立しています。
- 利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせ6種類の食事形態が準備されており、委員会での検討や栄養アセスメントにもとづいて、一人ひとりに応じた栄養ケア計画が立てられています。また、定期的に歯科医師、歯科衛生士の訪問があり、口腔機能の維持・改善が図られています。
- 今後は、施設における水分補給や口腔ケアの取組を明確にしていくことを通して、施設全体で健康的な食生活を保持する取組の充実が期待されます。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b

特記事項

- 現在は褥瘡対象者はおられないものの、褥瘡対策指針にもとづいて、理学療法士や作業療法士により車いす上での姿勢保持、臥床時のポジショニングのアドバイスを受け、褥瘡予防に取り組んでいます。
- 今後は、褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れていくことにより、褥瘡に対する標準的な実施方法の構築が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	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

特記事項

- 喀痰吸引・経管栄養は医師の指示書に沿って、主として看護師が行っており、介護職員等に喀痰吸引等の研修を新たに1名受講中であることから、介護職員等が喀痰吸引などの医療行為に対する体制の整備を目指す取組が行なわれています。
- 今後は、喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者が、生活の場において、安心・安全に暮らし続けるために計画的に喀痰吸引等の研修を受講し、体制を整えるための取組の充実が期待されます。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	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。	b

特記事項

- 機能訓練や介護予防活動について、定期的に理学療法士や作業療法士の助言・指導を受け、楽しみ(外出)の活動の中で心身の機能訓練につなげていくことで、利用者の自立に向けた支援が行われています。
- 今後は、機能訓練や介護予防についての計画を明確にしていくことにより、利用者の心身の状況に合わせた取組の充実が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b

特記事項

- 認知症の方に対して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っており、ケース記録より心身の状況を記載され、職員会議で認知症に関する学習の機会が確保されています。
- 今後は、認知症ケアに向け医師や看護師、介護職員との連携により、行動心理症状についての分析や対策を考える機会を設けるなど、施設内における認知症ケアの充実が期待されます。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	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。	b

特記事項

- 日々の利用者の健康確認と健康状態の把握は、看護師と介護職の連携のもと詳細に記録するとともに、緊急時の対応が図れるよう、場面ごとに対応手順が分かりやすく記載されたチェックポイントが作成され、利用者の急変時に備えた共通理解を図る取組が行われています。
- 今後は、職員に対する利用者の急変時に備えた定期的な内部研修の実施や高齢者の病気、薬の効果や副作用等に関する研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
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

特記事項

○ 終末期の対応について、看取り指針・マニュアルが整備され、終末期の対応とその手順が示されています。また、終末期のケアに関する研修会は定期的で開催するとともに、終末期においては、家族等に看取り介護についての説明を行い、同意、要望を確認しながら看取りのケア計画を策定し、ケアが実施されています。
--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族との連携		
A⑳	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。	b

特記事項

○ 家族への日頃の状況の報告については、面会や年に2回の家族会の時に報告されています。また、具体的に家族からの希望が聞かれた時にはケア記録に記載し、情報共有が図られています。
○ 今後は、面会や家族会に参加されない方への状況報告及び意向確認ができるよう、定期的な利用者の状況報告を通して、家族との相談記録を作成し、今後の取組に活かせるような仕組みの構築が望まれます。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	b
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	b

特記事項

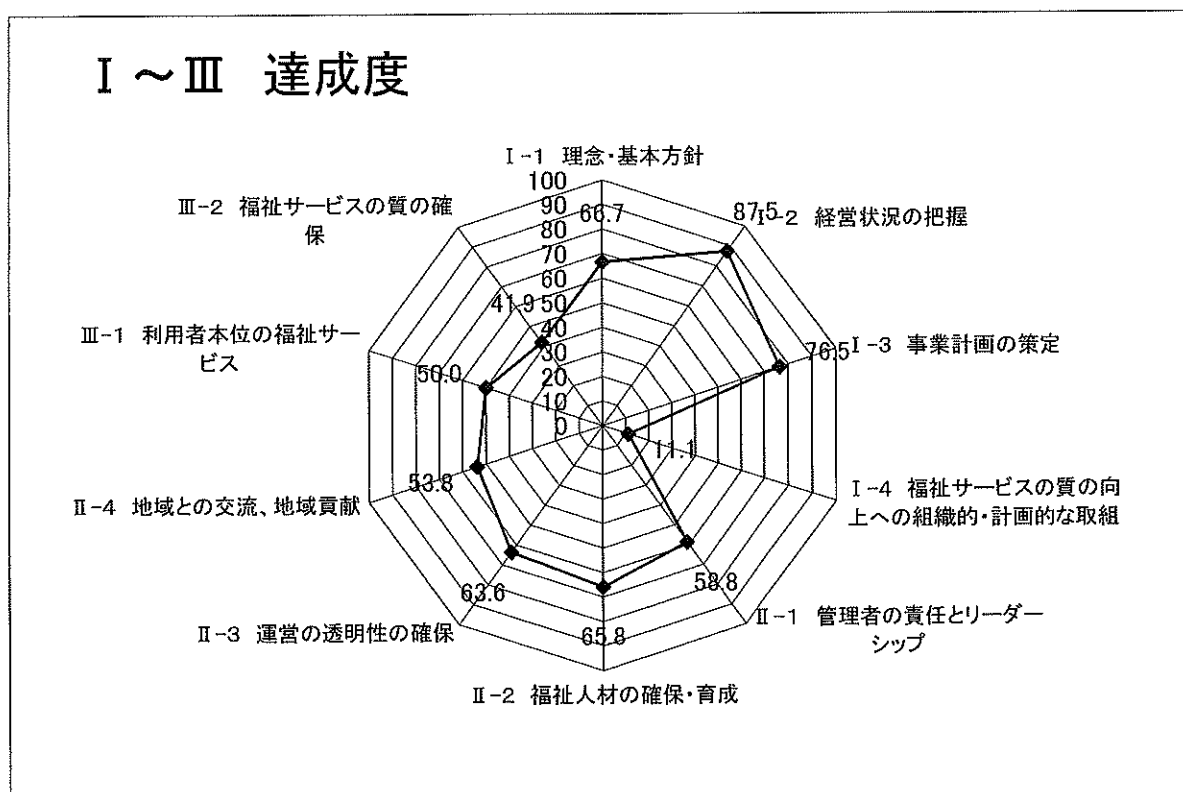
○ 「オンリーワン支援」の実施により利用者の希望に合わせた外出の支援が行われています。また、利用者の希望する外出について、随時検討がなされていることがうかがえました。
○ 携帯電話やテレビの所持は個々の意思や希望によって行われており、手紙の投函や通信代行などの支援を通じて、利用者が自由に利用できるような配慮が行われています。
○ 今後は、利用者の希望に応じた生活が行われるように、利用者の外出や娯楽に関するルールを明確にしていくことが望まれます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	1	11.1
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	10	58.8
II-2 福祉人材の確保・育成	38	25	65.8
II-3 運営の透明性の確保	11	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	26	14	53.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	32	50.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	13	41.9
合計	227	126	55.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	17	81.0
A-2 環境の整備	4	3	75.0
A-3 生活支援	92	75	81.5
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	6	75.0
合計	130	105	80.8

合計(I~III+A)	357	231	64.7
-------------	-----	-----	------

