

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : さくらの苑

(地域密着型 特別養護老人ホーム)

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10月10日

2019年1月9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：さくらの苑	種別：地域密着型特別養護老人ホーム		
代表者氏名：掃部 久美子	定員（利用人数）：	29	名
所在地：兵庫県朝来市和田山町竹田 2486-10			
TEL 079-674-0264	ホームページ：http://www.kobeseirei.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2017年5月1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：	36	名
			非常勤職員：
			7
			名
専門職員	施設長	1	名
	作業療法士	1	名
	生活相談員	3	名
	介護支援専門員	6	名
	特養介護員	19	名
	栄養士	1	名
	通所介護員	5	名
	事務員、運転手	7	名
施設・設備の概要	居室	39	室
	多目的室	1	室
	静養室	1	室
	浴室	6	箇所
	食堂兼機能訓練室	5	箇所
	医務室	1	室
	相談室	2	室
	看護師詰所	1	室
	面談室	1	室
	パントリー	1	箇所
	事務所	1	箇所

③理念・基本方針

〈理念〉私たちは、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、社会福祉の向上に貢献します。

〈基本方針〉1. 利用者様が安全で安心できる介護を提供いたします。

2. 利用者様を人生の先輩として尊敬する心をも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. 地域とともに歩み、地域に生きる（活きる）施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 元気な方々にも気軽に親しんでいただける地域密着型特別養護老人ホームを目指します。
2. 住民の皆様との交わりの中で、地域全体の介護予防に重点を置いたサービス提供が求められ、またそのようなサービスの提供が可能になっていくことを考えています。
3. 介護が必要になった時にご自宅から遠く離れるのではなく、ご家族や親しい友人、ご近所の皆様との繋がりを大切にしながら不安のない生活ができるよう支援いたします。
4. 建物設計では、ひとりになれる場所を積極的に設けるためすべて個室としてお部屋での自分だけの自由な時間をもてる「住まい」をつくります。
5. 一方で、地域や家庭に近い環境で過ごすため10人のユニットとし、施設内だけの介護サービスではなく、住民の皆様にもお手伝いを頂いてご利用者へ「あったか介護」を提供する態勢を構築したいと考えています。

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）	初回 （前回 通所介護さくらの苑として平成26年度に受審）

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。**
事業活動の根幹ともいえる法人の理念・基本方針、施設の基本方針が、全職員・関係者に周知・共有され、事業活動の実践に着実に反映されていることがうかがえます。また、中長期計画及び単年度計画が策定され、単年度計画の毎月の進捗状況チェック、振り返り3ヶ月ごとのまとめがなされ、PDCAサイクルにもとづき計画が進められています。
 - **24時間シートの作成を通してきめ細やかなケアの実践が行われています。**
2018年度事業計画で示されているように、利用者一人ひとりに対する具体的なケアの方法や利用者の暮らし方などの生活習慣について全職員が統一した支援ができるように施設をあげて24時間シートの作成に取り組まれており、利用者一人ひとりに対する暮らし方が具体的に示されています。
 - **利用者個々に合わせた自由な環境作りと施設での暮らしが快適に過ごせるような考え方や工夫が見られます。**
居室の入り口には飾り棚が設置され、手作りの飾りや写真など、利用者のプライベート空間を演出できる環境になっており、利用者の使い慣れたものを持参することを推奨され利用者個々に合わせた居室の環境づくりを通し、施設での暮らしが快適に過ごせるような考え方や工夫が見られます。

◇改善を求められる点

○ **苦情解決など利用者本位のサービスの具体化が必要です。**

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。

○ **利用者支援に関するサービスの標準化が望まれます。**

現在、個別支援として24時間シートによって細かく把握し、ケアに繋げています。しかし、チームで利用者を支援していくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的な支援方法（スタンダード）を確立していくことが大切です。今後は、最善の支援が継続的かつ効率的に実践出来るよう早い段階での利用者支援に関する体系的なマニュアルの整備が望まれます。

○ **社会資源の活用を図り、利用者の施設外活動の充実が望まれます。**

今後は、施設近隣にとどまらず、利用者の希望や要望に応じた外出が行われるよう、地域の社会資源の把握と共に、協力者も踏まえた利用者の外出に関するルール化や外出援助の体制の構築が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

各事業において共通した課題である仕組み作りができていないことに気付き、今後の利用者支援の向上に取り組む必要性を感じました。

又、開設して、1年半が経過し、職員にも少し余裕ができた時期なので第三者評価の課題を施設全体で共有し、改善に向けて取り組んでいきたいと思えます。

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、基本方針は明文化され、ホームページ、パンフレット、施設内の掲示、職員会議、家族の集い等を通じ利用者、家族、職員等に周知が図られています。 ○ 今後、利用者・家族に対してさらに理解を深めるためには、わかりやすく説明した資料などの作成が求められます。		

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。	a
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向や地域での福祉に対する需要動向等の情報を収集して課題をまとめ、福祉サービスのコストや利用率の分析等が行われています。 ○ 今後も、引き続き事業の将来性や継続性を見通しながら、利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に努めることが期待されます。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> ○ 経営状況や改善すべき課題は前年度目標・対年度実績達成状況に基づいて毎月、見直され、役員、職員とともに改善の取組が行われています。 ○ 今後も、経営状況の把握や分析について、組織として役員や管理者のみならず、職員も参画し、実施されることが求められます。		

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> ○ 中期計画では理念・基本方針の実現に向けて重点実施項目が策定され、現在の実施状況に基づいて数値化するなど具体的な取組が行なわれています。 ○ 今後も、3～5年先の中長期の構想を描き、施設の成果について評価し、見直しが行なえる体制づくりが行われることが期待されます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画の策定を踏まえた、単年度の事業計画が策定されており、活動収入や活動収支等の数値目標について、月々の進捗状況について評価や確認が行われています。 ○ 今後も、中長期計画の策定を通して、単年度計画を事業計画などに位置づけ、実施した内容が評価できる目標を掲げ、更に計画が着実に進行されているかの確認を行う取組が求められます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の毎月の進捗状況の把握と見直について、3ヶ月に1回のペースで会議を通じて職員に対して報告し、周知が図られています。また、計画実現推進表に3ヶ月に1回の会議に基づいた進捗状況が記載されており、周知が図りやすいような体制づくりに取組まれています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の内容については、理解が得られるよう、家族会で配布し説明を行う機会が設けられています。 ○ 今後は、事業所の取組や事業計画の内容を利用者等に伝えるためにも、利用者等が理解しやすいような方法を用いて伝える工夫が望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画には、サービスの質の向上に向けた取組について、組織として評価を行う体制が法人として整備されています。 ○ 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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ユニット会議やリーダー会議、職制会議を通じて取組むべき課題を明確にすることにより、改善に向けた検討が行われています。 ○ 今後は、この度の自己評価や第三者評価の活用などを通して、結果の分析から、課題を明文化し、具体的な改善計画に結びつけてく仕組みを構築されることが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理職の役割や責任について、職務分掌表、キャリアフレーム表により役割や責任が明確となっていることを確認することができました。 ○ 今後は、平常時のみならず、管理者が不在時や災害などの有事、事故などの際における、権限委任を明確にすることにより、もしもの時に対応ができるような体制となることが求められます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は遵守すべき法令等規定集に基づいて消費者関係法や労働法関係法令などの福祉分野以外の法令について理解し、自ら経営の研修等に参加するとともに全職員に遵守すべき法令について職員会議で説明されています。 ○ 今後も、新たな法令に関する情報把握に努め、倫理や法令遵守の徹底に向けた規程の整備を行う事により適正な運営の継続が望まれます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は職員会議、ユニット会議、リーダー会議等を通じて施設におけるサービスの質の向上について職員の意見の聞き取りや年1回実施されている個人面談などを通して職員の意見を反映する体制が構築され、指導力が発揮されています。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者や職制が人員配置体制や各種加算チェック表などを通して、事業活動の現況を把握し人事・労務・財務等の分析を行い、経営や業務の情勢を、全職員が共有していくために各ユニットに伝達し体制を確保し、指導力が発揮されています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人として標準的な福祉人材の確保や定着に向けた指針が示されており、職員の質の向上や意欲向上につながる取組の事例があります。 ○ 今後は、指針に基づいた福祉サービスの提供に関わる有資格の職員の配置や必要な福祉人材、人員体制について示されることが求められます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の理念・基本方針に基づき、施設独自の人事考課制度が策定され、職員とのコミュニケーション対応と職員の処遇改善につながる総合的な人事管理についての取組が行なわれています。 ○ 今後は、昇進や昇格の基準、賃金の水準、必要となるスキルの水準、必要となるスキルを獲得するための機会（研修等）などの明確化を通して、職員等が、自ら将来を描くことができるような人事管理の仕組みが構築されることが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 働きやすい職場づくりのための取組みとして、職員の生活環境調査を目的としたメンタルヘルスチェック表を通じた状況把握や、個人面談などを通じたワークライフバランスの確認が行われ、職員の心身の健康や安全管理の確保のための福利厚生充実の充実に向け、開設間もない状況下であるが有給休暇取得を推進する職場づくりに取組まれています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりに対する、人事考課制度があり、目標設定、進捗状況、達成度のチェックを行い目標管理を行う仕組みが確立されています。また、定期的な面接が実施され、その状況を職員と確認できる体制が整備されています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画に基づく単年度計画に職員の教育・研修に関する基本方針が明記されており、職員の教育や研修に関する計画が策定されています。また、人材育成の観点から目標が掲げられその目標に基づく研修実績や報告書などから振り返りが行われ、課題の抽出に繋がっています。 ○ 今後は、研修実績や振り返りを通し、課題の抽出に基づいた、研修内容の見直しやカリキュラムの評価・見直しを行うことにより、事業所が求める「期待する職員像」に近づけるような取組が求められます。 		
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"> ○ 年度計画に従い、人員配置体制や職員台帳による職員個々の資格取得状況、研修の受講の実績から職員一人ひとりの学べる機会の確保が行われています。また、個々の職員に対し国家資格や業務に必要な資格のみではなく、必要な技術水準、知識、専門資格等について把握がおこなわれています。 		
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"> ○ 現在、福祉に関わる実習生を受け入れるにあたっての受け入れに関するマニュアルの作成と実習受け入れに関する外部研修を受講されている状況となっています。 ○ 今後も、実習生等の受け入れに関するマニュアルの整備と福祉に関わる実習生の学ぶ内容について整理を行い、よりよい受け入れ体制の構築が期待されます。 		

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"> ○ ホームページや第三者評価結果を掲載したワムネット、パンフレット、機関誌等に法人、施設の情報が公表されています。また、現在ホームページの更新をすすめられていることを伺いました。 ○ 今後は、外部に向けた運営の透明性を確保するための取組みとして、苦情解決責任者の明記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"> ○ 事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確化され、職員には規則集を閲覧することにより周知されています。また、法人の取組として外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善が実施されています。 ○ 今後、事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌の権限や責任を明確にするとともに、内部監査を実施することにより、さらに運営の透明性を確保する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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が地域との交流を広げることを目指すという内容が事業計画に文書化し、事業所内には社会資源と地域で行われる春・夏・秋の交流機会を掲示して定期的な実施に取り組まれています。 ○ 今後は、利用者が地域の交流を行えるような現状の取組の継続に加え、個々の利用者のニーズに応じた社会資源の活用について取組まれることが求められます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア受け入れに関する基本姿勢と地域の学校教育への協力については2018年度計画に明文化され、ボランティア受け入れ規定により運用されています。 ○ 今後は、事業所側の姿勢や受入れ方針、体制を明確にすることにより、思いがけないトラブルなどについて、見知らぬ人に対して不安感を抱く利用者への配慮が求められます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の高齢者施設合同連絡会に参加し、他事業所や他機関との連携が明確になっており、連絡・交流・協働の関係性の構築が行われています。 ○ 今後は、現在の取組を社会資源のリスト化や関係機関との連携に資する記録を用いて、より明確なネットワークづくりが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 開設後、間もがないが地域との交流、還元については拡大しつつあり、さらに地域ニーズに応えるべく多様な支援に向けて取組まれています。 また、朝来市と福祉避難所として協定を締結し、事業所がもつ機能を地域に還元する取組が行なわれています。 ○ 今後更に、地域との関わりを深めていくためには、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や地域の活性化やまちづくりへの参画が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 公益的事業活動は事業所としての重点実施項目に位置づけ、福祉ニーズの把握のために民生児童委員や老人会等の困りごとの調査など、相談事業を含む地域貢献活動を通じた取組や朝来市高齢施設合同連絡会などから地域福祉のニーズを把握されています。 ○ 今後は、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に係る事業・活動を通して、地域住民の主体的な活動の促進や支援を行う役割が事業所に求められます。 		

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
<コメント> ○ 理念や基本方針に利用者尊重に関する内容が記載され会議等で職員に周知されています。 ○ 今後は、事業所の組織内で共通の理解を持つための具体的な取組について推進されることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 虐待/拘束/事故防止委員会が設置され利用者の虐待防止等の権利擁護について取組が行われています。 ○ 今後は、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案が生じた場合も含めた対応方法等の明確化と利用者のプライバシー保護と虐待防止についての規程やマニュアルを整備し職員に周知する取組が望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業所独自のパンフレットを新たに作成し理念、基本方針及び目的を説明されるとともに、市役所や公民館等に設置することにより、多くの方が見ることができるよう取組が行われています。 ○ 今後は、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、利用者や家族等がサービスを選択するにあたっての必要な情報を提供されることが望まれます。		
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
<コメント> ○ サービス開始・変更時の同意にあたって、利用者の自己決定が尊重されており利用者や家族等にわかりやすく説明を行い、同意を得られています。 ○ 今後は、サービス開始時の説明に分かりやすい資料が用いられたり、わかりやすい説明の工夫が行われていることにより、利用者等の権利を守ると同時に、組織にとっても不必要なトラブルを回避するための取組みが求められます。		

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。	c
<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、開設から間もないため、具体的な事例はうかがえませんが、必要に応じて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構築にしていくことが必要です。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者満足に対する意見の把握のために家族を含めたカンファレンスが年1回実施され、年2回実施予定の家族会に職員が出席して満足度を把握するように努められています。また、新規事業のため経過実績がなく、利用者満足度チェックは今年度準備されています。 		
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"> ○ 苦情を受けた場合の受付簿、対応記録が整備・保管されており、利用者家族へのフィードバックは迅速に行われています。 ○ 今後は、重要事項説明書などに苦情解決責任者の設置（記載）を行い、利用者が意見を述べやすい体制の構築が求められます。 		
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"> ○ 施設内に相談場所として、意見が述べやすいよう相談の機密が守られるスペース（相談室）が確保されています。 ○ 今後は、専門的な相談や事情により直接相談しにくい内容の相談等の構築を進めるとともに、利用者や家族に対して具体的に示されることにより、さらに相談しやすく、意見が述べやすいような工夫が望まれます。 		
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"> ○ 日々利用者のケース記録において、利用者が職員に対して相談や意見を述べやすいように配慮されている取組が行なわれています。 ○ 今後は、利用者個々の対応の標準化を図るためにも、利用者に対する相談のマニュアルの整備を行い、組織として標準的な取組が実施されることが望まれます。 		

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
<コメント> ○ 虐待/拘束/事故防止委員会が設置されており、ヒヤリハットと事故の状況を毎月まとめ、職員会議で職員に周知が図られています。 ○ 今後、事故発生時の対応と安全確保についてマニュアルを整備し職員全員に周知することが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 感染症委員会が設置されて計画的に研修会・勉強会が実施されており、感染症に備えての予防策について適切に実施されています。 ○ 今後は、事業所独自のマニュアルの整備に基づいた実践と振り返りを通し、定期的な見直しを行い、感染症の予防や発生時における利用者確保のための体制を構築されることが期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ 災害時の担当部署や対応を定めて明示し、想定される災害に対する緊急連絡、避難訓練が実施されています。 ○ 今後は、安否確認方法や責任者不在時の対応の明確化、施設内備蓄品リスト作成等による利用者、職員に対する周知徹底が望まれます。		

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> ○ 法人理念をもとに法人としての人権の尊重やプライバシーへの配慮などのマニュアルがあり、職員へ周知するための研修が行われています。 ○ 今後は、施設として一定の水準を設けることにより、福祉サービスを確認するために実施方法について明文化し、標準的な手順書を作成していくことが求められます。		
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> ○ 職員会議やユニット会議、ユニットリーダー会議、職制会が定期的に行われ、福祉サービスの内容について検討と見直しが行われています。 ○ 今後は、福祉サービスの内容について検討、見直しを図るためには施設として一定の水準を設けることにより、福祉サービスを組織的に確認する、標準的な手順書の作成が求められます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの実施計画の作成の責任者は業務分掌にもとづいて定められており、入居時の情報カード・ライフストーリーカード等、生活歴・趣味・嗜好等を細かく情報収集が行われ、アセスメントに繋がられています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画を多職種連携で実施していくためには、多職種が協働して組織的な体制の構築と標準的な実施方法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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの実施計画については、計画見直しの対象者をリスト化し、介護支援専門員を中心に主任、副主任、介護職員などで開催されるサービス担当者会議で、定期的な見直しが行われており、会議録と計画書を全職員が閲覧できるようユニット毎に掲示しています。 ○ 今後、ケアプラン作成の標準的な手順の文書化と現在取り組まれている24時間シートへサービス内容の反映が組織的に実施できるような取組の改善が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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おり、ケアプランのサービス内容についても記録にて確認が行われています。 ○ 今後、職員間の記録内容の差異がでないようにするために、法人のマニュアルをもとに事業所独自の仕組み作りや施設内研修を行う取組の推進が望まれます。 		
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"> ○ 利用者に関する記録の管理については、法人で定められた個人情報管理規定や規則集にもとづいた、管理体制が示されています。 ○ 今後は、利用者の個人情報保護の観点から記録の管理体制について職員へ周知する取組が求められるとともに、情報の整理が体系化し、円滑に行われるような体制づくりが望まれます。 		

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)	a
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。	a

特記事項

- 情報カード・ライフストーリーカードや家族・利用者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利用者の暮らし方を職員が誰もが支援できるような24時間シートを作成し、利用者個々に応じた暮らしが送れるような支援の方法が確立されています。
- 今後は、24時間シートの活用について継続的に推進していくためには、介護職員や相談員、介護支援専門員等の専門職を交えた作成、見直し、更新手順を明確に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施設全体でその仕組みについて理解を図る取組が行われています。また、身体拘束に関する具体的な手続と実施方法についても明確に定められており、3ヶ月に1回の委員会開催や法人全体で年2回全職員を対象とした研修会を実施することにより職員への周知が図られています。
- 今後は、虐待などの利用者の権利が侵害された場合における具体的な対応方法や行政への届け出、報告の手順などを明確にされることが求められます。

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		
A④	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

特記事項

- 全居室は個室になっており、居室の入り口には飾り棚が設置され、利用者のプライベート空間を演出できる環境になっています。
- 今後、さらなる施設内での利用者の快適な暮らしを配慮していくためには、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利用者や家族等に説明できる工夫が期待されます。

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		
A⑤	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
A⑥	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。	b
A⑦	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
A⑧	A-3-(1)-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-(1)-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-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	b

特記事項

- 利用者に対する入浴について、希望者には事業所で定めている回数よりも多く入浴できる体制を構築されており、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。
- 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、ケアプランやリハビリ計画書に明記されており、福祉用具の使用についても検討を重ね利用者が安全安楽に移動できる取組が行われています。
- 今後は、利用者の自然な排せつを促すためには、適度な運動、食事改善・水分摂取、必要に応じた排せつリズムの把握等を行う事が望まれます。
また、利用者の暮らしについては利用者の個性、好みを踏まえた、施設独自の把握方法の構築と施設以外の協力者も踏まえた多様な選択肢が持てるような仕組み作りが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	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

- 配食業者から季節に応じた日替わりの食材が届き、配食業者から衛生面や提供方法について明記されたマニュアルにもとづいて調理が行われており、ゆったりとした食事の時間を過ごせるような取組が行なわれています。
- 食事形態は配食業者から提供される形態だけではなく、各ユニット単位で刻み食や一口大の形態もできるように職員が対応し準備されています。
- 今後は、食事を楽しむこと以外に誤嚥や窒息といったリスクマネジメントや歯科医師の訪問を通して、情報の共有を行い施設全体で口腔内の清潔を保持する取組が望まれます。

		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

- 入職時に入職者を対象とした褥瘡の予防に対するポジショニングの指示や看護師による洗浄方法・皮膚保護材の使い方などの内部研修を実施され、各ユニット会議でも利用者の安楽な体位などの研修が随時行われています。
- 今後は、褥瘡に対する標準的な実施方法の構築を通して、職員への周知と褥瘡の予防に対する関係職員の連携を図る取組が望まれます。

		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。	非該当

特記事項

- 現在は、介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施していないため非該当となりますが、医療行為にあたる、介護職員による喀痰吸引や経管栄養の器具の操作方法について新任職員の研修時に見学を行い、医療行為に対する理解を伝える取組が行なわれています。また、現在厚労省が定める喀痰吸引等の研修を3名修了者が在籍しており、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。

		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。	a

特記事項

- サービス担当者会議にはリハビリ専門職である作業療法士が参加し、利用者の個々の心身機能や日常生活動作にもとづいた支援内容を機能訓練計画書に明記し、利用者の自立に向けた支援が行われています。
- 今後は、現在24時間シートなどへ支援内容を明記していく仕組みづくりに期待します。

		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過去の暮らしや認知症による症状など、情報を把握することの重要性を認識し、入所時には家族や本人から、生活歴や日常生活動作などの情報を職員に対して、書面で情報共有できるような取組が行なわれています。
- 現在は、認知症に伴う帰宅願望や妄想、幻覚、異食などの行動が明らかにみられる利用者はいませんが、今後の認知症ケアに向け医師や看護師、介護職員との連携を踏まえた、症状について分析の方法や対策を考える機会を設け認知症ケアが事業所内でさらに質の高いものになることが期待されます。

		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

- 入居時に家族や医師、看護師等で面談を行い入居後の対応について、予め家族と共通理解を図る場を設け、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、利用者の体調変化時の対応手順の確立と、迅速に対応するためには、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等の方策が望まれます。

		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。	b

特記事項

○ 施設の開設以降5名の利用者の看取りの実績があります。医師から疼痛の緩和などについて家族への説明があり、要望を看取り介護計画書に反映させ、家族や利用者が最期の瞬間まで安らかな気持ちで生きることができるような支援が行われています。
○ 今後は、看取り後の家族の安心を得るために、利用者が終末期を迎えた場合の施設の方針、対応の手順を明らかにしていく体制の構築と仕組み作りが求められます。

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

○ 年に1回、看護師・作業療法士・介護職員と協働し生活状況のお知らせを配布しており、施設行事（花見会・クリスマス会・感謝祭・たいまつ祭り）に利用者の家族に向け参加を呼びかけ、家族等と施設の関りが持てるような取組が行なわれています。
○ 2ヶ月に1回、併設でサービスを提供する地域密着型通所介護と合同で運営推進会議を開催し、家族の連携を図る取組が行なわれ、4月には家族会を発足した事例があります。
○ 今後は、施設のサービスを家族支援の観点から充実させていくためには、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。	c
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。	a

特記事項

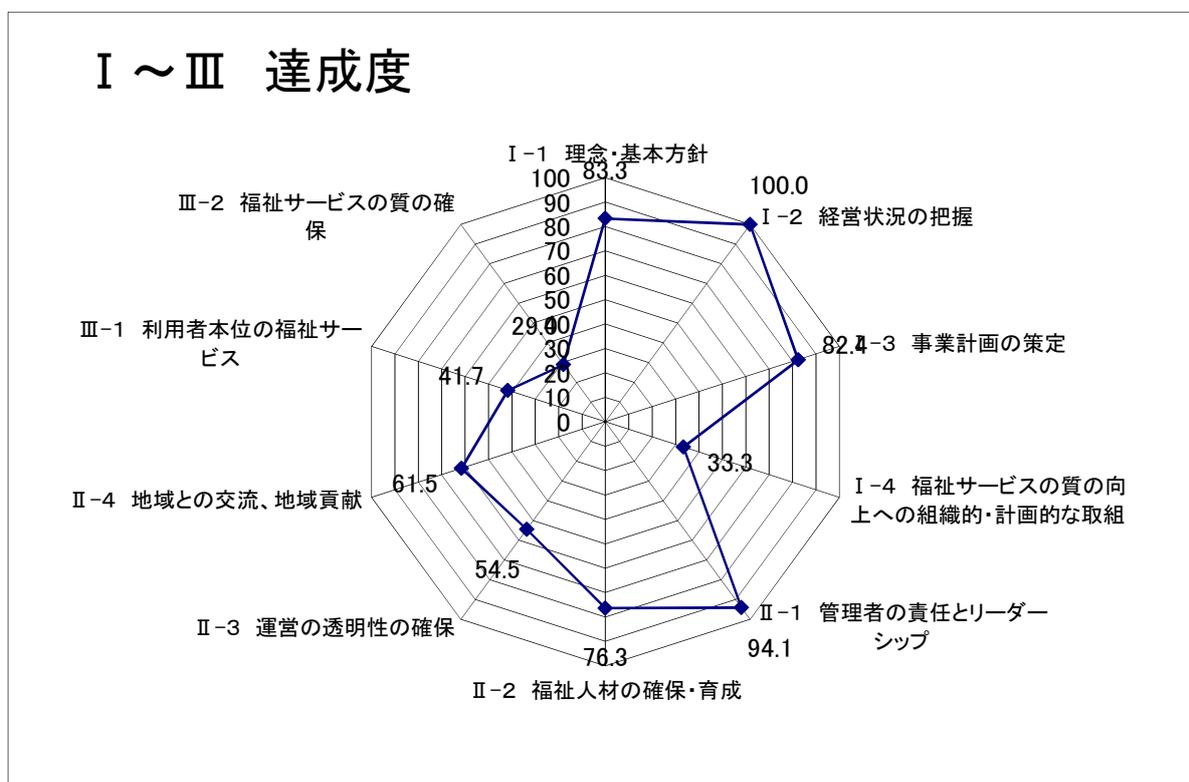
○ 携帯電話を持参されている利用者や、スタッフが常時持ち歩いているPHSで利用者がいつでも施設外の家族や知人からの連絡がとれるような体制となっています。
○ 新聞についても通所介護や短期入所のユニットに各1部ずつ購読されており、利用者が自由に見られるような配慮が行われています。
○ 今後は、施設内にとどまらず、利用者の希望に応じた外出が行われるように、協力者も踏まえた利用者の外出に関するルール化や外出援助の体制の構築が望まれます。

(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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	14	82.4
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	3	33.3
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・育成	38	29	76.3
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	16	61.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	60	25	41.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	9	29.0
合計	223	131	58.7



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	4	100.0
A-3 生活支援	87	62	71.3
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	5	62.5
合計	125	92	73.6
合計(I～Ⅲ+A)	348	223	64.1

