

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

1 評価機関

| | |
|--------|--------------------------|
| 名 称 | 一般社団法人岡山県社会福祉士会 |
| 所在地 | 岡山市北区南方2丁目13-1 きらめきプラザ7階 |
| 評価実施期間 | 平成28年10月1日 ~ 平成29年2月28日 |

2 事業者情報

【平成28年12月1日現在】

| | | | |
|---|--|-----------|-----|
| 事業所名称:特別養護老人ホーム高寿園 | サービス種別:介護老人福祉施設 | | |
| 管理者氏名:仁木 則子 | 開設年月日:昭和55年7月7日 | | |
| 設置主体:社会福祉法人津山福祉会 | 代表者 職・氏名:理事長 松本 晃 | | |
| 経営主体:社会福祉法人津山福祉会 | 代表者 職・氏名:理事長 松本 晃 | | |
| 定員:80人 | 利用人数:80 | | |
| 所在地:〒708-1123 岡山県津山市下高倉西1581-1 | | | |
| 連絡先電話番号:0868-29-0115 | FAX番号:0868-29-0116 | | |
| ホームページアドレス :http://www.kojuen.jp/index.html | E-mail:kojuen@ruby.ocn.ne.jp | | |
| サービス内容 (事業内容) | | | |
| 常に差別のない平等の立場で、利用者の基本的人権を尊重し、心身の健康保持と機能の維持・回復に努め、明るく幸せな毎日が送れるよう援助を行います。また、多種多様な高齢者問題へ対応するための施設整備および在宅福祉サービスの展開に取り組み、より良いサービスが提供できるよう「時代に即応できる施設運営」を理念とし、利用者の方々が生きがいを持って、楽しく生活してもらえる施設を目指すと共に、地域福祉推進の拠点としての役割を果たすように努めます。 | | | |
| 居室の概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| 1人部屋 80部屋(ユニット型個室、トイレ・洗面台完備) | リビング 8部屋 浴室 8部屋 機械浴室 2部屋 (1階:チェアインバス、2階:特浴) サンルーム 3部屋 医務室 1部屋 理容室 1部屋 地域交流ホール 1箇所 | | |
| 職員の配置 | | | |
| 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| 施設長(管理者) | 1 | 機能訓練指導員 | 0.1 |
| 介護職員 | 44.3 | 介護支援専門員 | 2 |
| 生活相談員 | 2 | 医師(嘱託医4名) | 0.1 |
| 看護職員 | 6.6 | 管理栄養士 | 2 |

3 評価結果総評

◇特に評価の高い点

- ・平成27年11月に新築移転されましたが、新築移転に当たっては、職員同士で利用者の利便性や職員の働きやすさを考慮した検討が幾度となく行われ、職員が一致協力して造り上げた思いが、至る所に見受けられます。
- ・建物のすべてにわたって、採光、廊下の配置、庭、生活空間、床暖房などが工夫されており、誰もが利用しやすい施設となるよう努力しています。
- ・地域とのつながりが強く地域交流スペースを玄関部分に配置するとともに、様々な工夫されたアメニティにより地域住民が利用しやすくなるよう配慮されています。その結果、利用者にとっても心地よい空間となっています。
- ・地域担当相談員を配置し、自立支援を目的とした生活支援サポーター事業を行い、要介護高齢者だけでなく、地域のすべての高齢者への支援を行っています。
- ・プリセプター制度を導入し、新人職員の指導と教育に当たるのみでなく、苦情処理やヒヤリハットの情報を共有できる場として活用し、新人職員の支援の質の向上に努めています。
- ・家族に対して定期的に介護記録やバイタルなど日々の状態が分かる記録をプリントアウトして配布しており、家族と一体となったケアの提供がなされています。

◇改善を求められる点

- ・運営規程に各会議や各委員会に関する規程(活動目的や内容)は見られませんでした。加えて、組織図については、現状と一部整合性がとれていない箇所がありました。一度、各種規程やマニュアルの再整理をしてみても如何でしょうか。
- ・地域との防災協定書の策定に取り組んでください。
- ・退所時のマニュアルを作成してください。
- ・利用者家族調査により、ユニット内の清掃が不十分との回答が複数あり、改善が望まれます。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審することによって、施設の強みや課題がより明確になったと感じています。

第三者からの客観的評価は、質向上のために地道に取り組みを続けてきた職員に大きな自信をもたらすとともに、課題を整理し、何に注力して取り組むべきかという優先度や具体的な実施方法の検討などの意欲につながると感じています。

特にご指摘いただいた点については、幹部職員も課題として何らかの取り組みを始めていたところですが、その課題を第三者の評価として受け取ることで、部下や他のスタッフに伝えやすくなり、共有がしやすいというメリットも生まれました。

若いスタッフが多いので、自分たちの考えや感覚ではなく、外部の目から見ても…と実感できたことは、物事を客観的にとらえることの理解につながり、それは自発的に改善や向上の取り組みに意欲をもってあたることのきっかけになると感じました。

5 評価分類別評価内容

評価対象 I

1 理念・基本方針

理念、並びに基本方針が明確化され、理事長を中心に各委員会や会議等で表明されています。また、「人が好きだから一生けんめい」という一見抽象的な表現ですが、その根底には、①利用者を選ばない、②権利擁護を実施する、③利用者満足度の向上を目指す、④サービス実施に責任を持つ、⑤自己研鑽に取り組む、⑥地域貢献を目指す、という意味が含まれており、その考えは他の職員に浸透しています。

一方、利用者家族に対しては、利用契約の際の最低限の説明は行われていますが、家族会が組織化されていないため(その一方で、後述する利用者家族への月1回の報告書の作成と配布は、利用者家族調査結果から好評です)理念や基本方針の表明は、会報による不定期な表明にとどまっています。

| | |
|------------------|---|
| | <p>す。また、玄関ホールにある液晶モニターで理念を確認することは出来ますが、訪問調査当日は放映されていませんでした。</p> |
| 2 計画の策定 | <p>長期計画(10年)、中期計画(5年)を踏まえた事業計画となっています。加えて、各目標においてすべてではないものの具体的な数字が明記されています。また、施設長が頭の中で計画している事が、中長期計画にも記載されています。</p> <p>評価施設は、新築移転後1年という時期ですが、新築移転に当たっては、職員同士で利用者の利便性や職員の働きやすさを考慮した検討が幾度となく行われ、現施設を造り上げた経緯があります。このように、職員が一体となって計画に取り組む風土が見て取れます。そして、施設が完成し概ねシステムが滞りなく動き出した現在では、前述の中長期計画に基づき、新たに「ドリーム・プロジェクト」を立ち上げ、中長期計画の見直しや追加が行われる予定です。その中で、中長期計画において足りない部分については、より具体的な行動計画の策定を期待しています。</p> <p>一方、事業計画については、4・5月の職員会議議事録にその報告や計画に関する記録が見当たりませんでした。また、利用者家族へは会報において報告はありますが、紙面の関係上抽象的であり、家族会が組織化されていないことから、より丁寧な対応が求められます。なお、平成28年度事業計画に明文化されている行動指針について、「えがお、かんしゃ、おもいやり、なまえ、あいさつ」について、その頭文字を取って、「えがお(じゃ)なあ」とより理解してもらえるような工夫がされています。これについて、利用者家族を含め評価施設の方針としての対外的な表明の手段として、もっと活用されては如何でしょうか。</p> |
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | <p>評価施設における課題や今後の展望について、施設長自ら先頭に立ち進めていく意欲と姿勢が見られると共に、中長期計画に関する表明も明確にされています。業務の合間には現場に足を運び、サービス提供の様子を見るなど目配りを行っています。</p> <p>また、より良い福祉サービスの提供を目指して、職員間の課題解決の方法として、「プリセプター・プリセプティーミーティング」をシステム化し、新人職員に対する悩みや課題を確認し、共に解決するよう取り組んでいます。但し、これらのミーティングについて、検討結果を評価するための議事録が不十分であったり、必ずしも新人職員から上司へ考えや思いを十分伝えるところまでは進んでないようです。今後の改善を期待します。</p> |
| 評価対象Ⅱ | <p>経営の効率化については、日常のサービス提供の中で直ぐに実行可能なこまめな電気のON・OFFや、おしめなどの日用品の費用削減について積極的に取り組んでいます。ところが、一般職員に対し経営に関する研修や、現状の表明が不十分です。</p> <p>一方、業務の効率化については、全室ユニット型のため、職員同士の情報共有が従来型より困難な状況の中で、ITを駆使した利用者並びに職員の情報共有システムを導入し、必要な情報を見落とさないよう工夫がなされています。また、このシステムを利用し、前述の利用者家族への情報提供を定期的に行うことで、好評を得ています。</p> |
| 1 経営状況の把握 | <p>また、事業経営を取り巻く環境把握については、そもそも評価施設が新築移転する際に行われており、今後益々そのような活動が先の「ドリーム・プロジェクト」で検討されることが期待されます。既に、評価施設の生活相談員が、「地域支援員」として地域訪問(全戸訪問)を行い、地域福祉ニーズの掘り下げを進めています。</p> <p>なお、運営規程に各会議や各委員会に関する規程(活動目的や内容)は見られず、別紙に整理されていたり、表記によっては「寮母長」などかなり古い表現が使われている部分が見受けられました。加えて、組織図については、現状と一部整合性がとれていない箇所がありました。</p> |
| | <p>職員研修においては、各人の年齢や勤務年数、職種に応じて細かく規定さ</p> |

| | |
|-------------------------|--|
| 2 人材の確保・養成 | <p>れており、計画的に行われています。本人の希望についても、申請制度をもうけ、なるべく個人の要望に応える努力をしているようです。また、個人の業務における課題や悩みは、定期的に「個人カード(新人・一般・幹部職員用)」に記載、提出してもらうことで、把握するよう努めています。有給休暇の取得についても、具体的に現状把握には至っていませんが、概ね取得できているとのことです。その一方で、研修希望や有休の取得希望については、上司と部下でその実現度の理解については必ずしも一致していませんでした。もちろん、施設経営の方針や計画も加味した長期的視野に立った養成が必要であるため、必ずしも本人の希望にすべて応えるわけにはいきませんが、今後は、それらの隔たりについてより丁寧な対応が求められます。</p> |
| 3 安全管理 | <p>安全管理のマニュアル類はきちんと作成されており、事故報告書、ヒヤリハット報告書等も収集されています。集約された資料を基に対応策を考え、職員へ帰していくシステム、特に新人職員を意識した取り組みもできています。災害時の地域との協力については、災害時の地域住民の避難所となっており、地域との連携が取られています。しかし、地域との協定書などは策定されていません。一方、地域合同防災訓練の実施や施設内の常備食の状況や消火設備の確認を目的とする関係機関との会議が設けられる予定です。今後の防災に関する地域との連携が期待されます。</p> |
| 4 地域との交流と連携 | <p>施設内に売店がありますが、利用者と地域との接点を広げるためにあえて移動スーパーに来てもらっています。特に、他施設に見られない特徴としては、玄関部分に地域交流スペースが接し、エントランスホールを成しており、地域の人に解放されています。喫茶コーナー、幼児のおむつ換え対応トイレなどアメニティにも優れています。会議室も、地域の民生委員会、町内会の会合などに度々利用されています。地域の介護研修会へ講師としての職員を派遣するだけでなく、地域担当相談員を配置し、自立支援を目的とした生活支援サポーター事業行い、要介護高齢者だけではなく、地域のすべての高齢者への支援を行っています。また、学校等とも連携して子育て相談にも応じています。ボランティアについては積極的に受け入れ、夏祭りなどの行事で主体的に関わってもらっています。しかし、地域の社会資源の把握はできていますが、リストアップされたものはありません。</p> |
| 評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス | <p>要介護度の重い利用者が多い中、家族との連携、職員の支援の質の向上を目標としています。特に新人職員には特別研修を実施して、利用者本位のサービスの提供、プライバシー保護に努めています。利用者満足度については、重度の利用者が多く直接利用者に調査する事が難しいため、家族の来園を促して、工夫された生活場面面接の環境の中で、効果的に聞き取りを行っています。また、担当者が聞くのではなく、話しやすいように利害関係のない他職員が聞き取るなどの配慮も行っています。しっかりとした苦情解決のシステムができており、速やかな対応がされ、報告もきちんとなされています。</p> |
| 2 サービスの質の確保 | <p>自己評価は行っていますが、第三者評価は今回が初めての受審となります。評価結果については、プリセプター会議などで新人職員も共有できるよう工夫し、改善に努めています。サービスの標準化については、24時間シートを利用し、個別化に配慮した標準化を行っています。サービス実施の記録については、パソコンでの記録とそれを利用しての情報の共有化が行われています。また、記録を基にしたケアカンファレンスの定期的開催、ユニットリーダー会議からの全職員への発信ができています。</p> |
| 3 サービスの開始・継続 | <p>ホームページがあり、利用情報を公開しています。また、入所時の対応マニュアルがあり、サービス開始期の説明などにも工夫がなされています。他事業所、家庭への移行についても、担当者が十分な配慮に努めています。退所時のマニュアルが作成されていません。</p> |
| 4 サービス実施計画 | <p>サービス実施計画は適切なアセスメントの実施により、利用者の個別性に配慮したニーズを把握できており、策定責任者によるリーダーシップの基で</p> |

| | |
|--------------------|---|
| <p>サービスの企画の策定</p> | <p>他職種の職員による横断的な検討がなされています。計画の見直しについても、様々な会議を利用して行い、利用者家族の参加も含めて見直しを行い、適切なサービスの実施に努めています。</p> |
| <p>サービス種別ごとの基準</p> | <p>1. 支援の基本 平成27年11月に新築移転された2階建ての施設で、1階部分に広い地域交流スペースがあり、地域住民を迎えての様々なイベントなどが開催されています。また、2階の会議スペースにおいても生活支援サポーター養成講座や団体会議等が積極的に行われており、地域に解放された取り組みが積極的に行われています。 入所者のスペースにおいては、ユニットごとに設置されている家具や照明が異なっていたり、入所前に使っていた馴染みのある家具や食器等の持ち込みが可能となっていたりするなど、利用者の生活感あふれる環境に配慮した取り組みがなされており評価できます。その他、汚物処理のスペースや洗濯スペースがユニット外に設置されているなど、臭いに配慮した工夫もなされています。 利用者個々の支援の観点からは、作業療法士と介護士・看護師が協力した「一人ひとりのリハビリ計画」をはじめ、「水分補給1日1,500CC以上」、「自然な排便、トイレでの排泄、下剤の廃止」、「適切な運動、歩行器歩行支援、車椅子から椅子への座り替え」、「栄養の摂取1日1,500kcal以上」、「できるだけ普通食で食べる」など自立支援に向けた取り組みも積極的に行われています。 その他、4名の医師が嘱託医としておられ、主治医と連携した看取りや急変時の迅速な対応ができる体制が構築されています。 以上のように評価すべき点が多いですが、家族調査の結果からは、「居室等の清掃に関する徹底」を求める意見が多く寄せられており、細かい部分までの清潔さを保つ努力が求められると考えます。</p> <p>2. 身体介護 居室内のトイレは通常の施設よりも広いスペースが確保されており、また腹圧がかかりやすいようなトイレバーの工夫もされているなど、極力おむつを使わないような取り組みが積極的に行われています。また、浴室も安定感のあるシャワーチェアの工夫が行われているなど安全性に配慮された工夫が行われています。 バイタル・食事・水分量・排泄等の記録も電子カルテ化されており、各職種がリアルタイムに入力・閲覧できる環境が整備されています。 褥瘡予防の取り組みに関しては、栄養士と連携した栄養補助食品の活用や、耐圧分散マットの活用などにより個々の利用者の状態に合わせたケアが提供されています。</p> |

3-1. 食事

個々の利用者の状態に合わせ、様々な形態の食事が用意されていますが、施設の方針として、「できるだけ普通食を目指す」ことを掲げており、各職種が連携した取り組みが行われています。また、同時に、「水分摂取1日1,500cc以上」を目標として脱水予防・スムーズな排泄のための工夫が行われています。

おやつについても、行事に合わせて、「たこ焼き」や「ホットケーキ」など手作りのおやつも提供されており、家庭的な雰囲気を意識した提供がされています。

その他、ユニットごとに調理・盛り付けが行われており、「熱い・冷たい」など適切な温度管理に沿った食事の提供がされていると思います。

ただ、食事介助にあたっては、利用者に対する声かけがやや少なく、無言で利用者の口に食事を入れている場面も見受けられたため、もう少し声をかけながらの介助に努めていただければと思います。

3-2. 口腔ケア

歯科医や歯科衛生士の指導も適切に行われており、職員に対する研修や嚥下体操などを積極的に取り入れ、口腔ケアの質の向上に向けた取り組みがされています。

4. 終末期の対応

看取りに関する指針やマニュアルも整備されており、一人ひとりのニーズに沿った終末期ケアが提供されています。また、希望に応じて家族も宿泊できる体制が整備されており、家族との時間が確保できるよう配慮されています。

5. 認知症ケア

認知症の予防や進行防止のため、習字やカラオケを積極的に取り入れています。また、不穏状態になった際の発生場所・頻度・時間帯などについて分析がしっかり行われており、電子カルテで個々の状況が分かる体制が整えられています。

6. 機能訓練、介護予防

作業療法士の指示のもと、個別のリハビリ計画が作成されており、生活場面の中で、看護師や介護士が協力して自立支援を目指したリハビリが積極的に行われています。

7-1. 健康管理、衛生管理

4名の嘱託医がそれぞれの利用者を担当しており、常に健康管理や衛生管理ができる体制が整備されています。また、緊急時には、緊急時のマニュアルに沿って医療機関への搬送や受診がスムーズに行えるような体制が整備されています。

7-2. 感染症や食中毒

感染症や食中毒に関する職員研修が定期的に行われており、発生予防のための手洗い、うがいの励行を積極的に行っています。また、職員がインフルエンザ等の感染症に罹患したときの出勤停止の取り決めについても就業規則等で示されており、感染拡大防止策が取られています。

8. 建物、設備

新築の施設であるため、建物は綺麗で、設備も整っています。但し、前述のように居室の隅々までの清潔が必ずしも保たれているという状況にありません。

9. 家族との連携

前述の通り、家族に対して定期的に介護記録やバイタルなど日々の状態が分かる記録をプリントアウトして配布しており、家族と一体となったケアの提供がなされています。

10. サービス提供体制

評価外

11-1. 理美容

施設内に理容室が設置されています。また、ヘアカタログや写真が置かれており、利用者の一人ひとりの好みに応じた髪型にすることが可能です。加えて、希望に応じて、パーマや毛染めができる体制も整備されています。

11-2. 睡眠

利用者が安眠しやすいように照明の調整が可能であり、安眠への配慮がなされています。

11-3. 外出

利用者主体のルールに基づき、本人・家族の希望に応じた外出支援が行われています。

11-4. 所持金・預り金の管理

所持金・預り金の管理は個人の通帳を作成し、適切に管理されています。

11-5. 生きがいつくり

編み物やカラオケなど、個々の利用者の興味を活かした生きがいつくりに努めています。また、地域住民等によるボランティアも積極的に受け入れており、趣向を凝らした取り組みが展開されています。

評価細目の第三者評価結果(別紙)

(別紙)

評価細目の第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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 法人や事業所の理念が明文化されている。 | ○a・b・c |
| I-1-(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。 | ○a・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。 | ○a・b・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。 | a・○b・c |

I-2 事業計画の策定

| | 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。 | a・○b・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。 | ○a・b・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。 | a・○b・c |
| I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。 | a・○b・c |
| I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | a・b・○c |

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。 | a・○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。 | a・○b・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。 | a・○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。 | ○a・b・c |

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。 | a・(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。 | a・(b)・c |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。【※社会福祉法人のみ対象 (他は評価外)】 | (a)・b・c |

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。 | a・(b)・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。 | a・b・(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。 | a・(b)・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。 | (a)・b・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。 | (a)・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。 | (a)・b・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。 | a・(b)・c |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | |
| Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受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。 | a・(b)・c |

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。 | Ⓐ・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。 | a・Ⓑ・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。 | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-3-(1)-④ 事故発生防止の対応として、事故発生防止の指針が整備されている。 | Ⓐ・b・c |

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。【※訪問介護は評価外】 | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | Ⓐ・b・c |
| Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）。なお公益法人であっても訪問介護は評価外】 | Ⓐ・b・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。 | a・Ⓑ・c |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | Ⓐ・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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】 | Ⓐ・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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象（他は評価外）】 | Ⓐ・b・c |

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。 | Ⓐ・b・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。 | Ⓐ・b・c |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。 | |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | Ⓐ・b・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。 | (a)・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。 | (a)・b・c |
| 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。 | (a)・b・c |

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。 | a・(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。 | a・(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。 | (a)・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。 | (a)・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。 | (a)・b・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。 | (a)・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。 | (a)・b・c |

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。 | (a)・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。 | (a)・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 事業所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。 | (a)・b・c |

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。 | ○a・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。 | ○a・b・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。 | ○a・b・c |

評価細目の第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その2：内容評価項目

評価対象A サービス内容評価

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| A-1 支援の基本 | |
| 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。【※ 訪問介護は評価外】 | a・○b・c |
| A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。【※ 訪問介護のみ対象（他は評価外）】 | a・b・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。 | a・○b・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。【※ 軽費B型は評価外】 | a・○b・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。【※ 軽費B型は評価外】 | ○a・b・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。【※ 軽費B型は評価外】 | a・○b・c |
| A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。 | ○a・b・c |
| A-3 食事 | |
| A-3-(1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。【※ 軽費B型は評価外】 | a・○b・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。【※ 軽費B型は評価外】 | a・○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。 | a・(b)・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。 【※ 短期入所、通所介護は評価外】 | a・(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。 | a・(b)・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。 | (a)・b・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。【※ 軽費B型は対象外】 | (a)・b・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。 | a・(b)・c |
| A-7-(2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a・(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。 【※ 訪問介護は評価外】 | a・(b)・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。 | (a)・b・c |
| A-10 サービス提供体制 | |
| A-10-(1) 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。【※ 訪問介護のみ対象（他は評価外）】 | a・b・c |
| A-11 その他快適生活のための支援 | |
| A-11-(1)-① 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。 | a・(b)・c |
| A-11-(1)-② 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。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】 | (a)・b・c |
| A-11-(2)-① 安眠できるように配慮している。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】 | a・(b)・c |
| A-11-(3)-① 外出、外泊は利用者の希望に応じて行われている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】 | a・(b)・c |
| A-11-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。【※ 通所介護及び訪問介護は評価外】 | a・(b)・c |

| | |
|---|----------------|
| A-11-(5)-① 利用者の余暇活動や生きがいをづくりへの支援が適切に行われている。【※ 軽費B型及び訪問介護は評価外】 | a・ b ・c |
| A-11-(6)-① 外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。【※ 養護及び軽費のうち該当事業所のみ対象（※他は評価外）】 | a・b・c |