

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書 (概要)

公表日：令和5年1月10日

評価機関	名称	(社福)広島県社会福祉協議会
	所在地	広島県広島市南区比治山本町12-2
	事業所との契約日	令和4年7月19日
	訪問調査日	令和4年11月2日
	評価結果の確定日	令和5年1月1日
	結果公表にかかる事業所の同意	あり・なし

I 事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称	介護老人保健施設ひうな荘	種別	介護老人保健施設		
事業所代表者名	管理者 伊藤 信昭	開設年月日	平成5年11月10日		
設置主体	社会福祉法人 三篠会	定員	140人	入所者数	136人
所在地	〒734-0031 広島市南区日宇那町30-1				
電話番号	082-256-1001	FAX番号	082-256-1008		
ホームページアドレス	https://www.misasakai.or.jp/shisetsu/hiunaso.php				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	事業所の主な行事など
○入所施設	毎月：誕生日会
介護老人保健施設, 特別養護老人ホーム, ショートステイ	花見(4月), カーブ観戦(5月), 夏祭り(7月),
○在宅支援(通所介護, 通所リハビリ)	ビアガーデン(8月), 敬老記念式典(9月),
○居宅介護支援事業所	秋祭り(10月), クリスマス会(12月), 元旦(1月),
○訪問介護事業所	節分(2月), 避難訓練・ひな祭り(3月)
居室の概要	居室以外の施設設備の概要
● 総居室数 54 室	○食堂 3か所 ○集会室 1か所
・居室内訳(個室) 10 室	○浴室 1か所 ○家族室 1か所
(2人部屋) 23 室	○機能訓練室 2か所
(4人部屋) 21 室	○医務室 2か所

職員の配置

職種	人数(うち常勤の人数)	職種	人数(うち常勤の人数)
施設長	1人(1人)	調理員	3人(3人)
医師	4人(1人)	薬剤師	1人(0人)
支援相談員	5人(4人)	理学療法士	1人(0人)
介護職員	43人(35人)	作業療法士	3人(0人)
看護職員	15人(13人)	言語聴覚士	1人(0人)
管理栄養士	1人(1人)	介護支援専門員	3人(0人)
		事務員	3人(2人)

Ⅱ. 第三者評価結果

◎評価機関の総合意見

介護老人保健施設ひうな荘は、広島市南区の黄金山の麓から住宅街を抜け、広島大橋や瀬戸内海などの壮大な景色が臨める高台に位置し、高齢者総合福祉施設として、平成4年4月に開設した特別養護老人ホームに続き、平成5年11月より運営を開始されました。

施設の建設から30年以上が経過していますが、職員の意見を積極的に取り入れながら、「近未来」をテーマとした統一感のあるモダンな空間に改装し、利用者・職員が快適に過ごせる環境の整備に努めておられます。介護ロボットや電子記録など、最新の介護を取り入れながらも、ユマニチュードケアやノーリフティングケアを基本とし、利用者に寄り添った支援が行われています。

◎特に評価の高い点

(1)施設長は、目標記入シートに基づき、職員全員の面談を実施されています。職員との対話や相談を通して、職員の意見・提案を積極的に汲み取り、実現に向けた検討に努めておられます。施設改修時のコンセプトも職員発案の「近未来」と定め、各フロアの環境整備についても、職員の意見や工夫を取り入れながら、改善に取り組んでおられます。(管理運営編 No.6:リーダーシップの発揮)

(2)コロナ禍以前は、地域と共同で夏祭りなどのイベントを開催し、ボランティアや地域住民の参加を積極的に受け入れておられました。また、地域の協力を得て、施設内を神輿が回ったり、正月に仮設神社を設けるなど、地域との良好な関係を築かれています。さらに、コロナ禍においても、感染対策を講じながら、ボランティアによる月に1回の法話会を開催するなど、ボランティアも積極的に受け入れておられます。(管理運営編 No.16:地域との関係)

(3)利用者の尊厳を保つために「見る」「話す」「触れる」「立つ」を「ケアの4つの柱」と位置付けた「ユマニチュードケア」を認知症利用者への支援の基本とされています。さらに、センサーマットや見守りロボットの活用により抑制・拘束を行わない支援方法を検討されています。また、医師の協力も得ながら支援マニュアルも作成し、事業所全体で、ユマニチュードケアに積極的に取り組まれています。

(サービス編 No.27-33:1(9)認知症高齢者)

(4)利用者の状況や生活課題を「ICF情報整理シート」で把握・整理した上で、「ケアプラン作成展開シート」を用い、ニーズの分析から支援内容の決定に至る丁寧なケアプラン作成過程を通じて、サービスの質の向上と同時に人材育成の取り組みにも繋げておられます。さらに、家族カンファレンスを実施し、利用者・家族の意見を踏まえ、生活歴なども聴き取りケアプランに反映されており、利用者の状況に変化があった場合には、作成時と同じ手順で見直しがされています。(サービス編 No.40-42:2(1)施設サービス計画)

◎特に改善を求められる点

(1)利用者・家族の満足度調査が実施されていませんでした。以前、法人全体で実施されていた顧客満足度調査を現在再検討されていると伺いました。特にコロナ禍では、家族の意見などが把握しづらい状況ですので、利用者・家族の意見や要望を把握するアンケート調査を早期に実施し、サービスの質の一層の向上に努めていただくことを期待します。(管理運営編 No.21:利用者満足の向上)

(2)定期的に福祉サービス第三者評価を受審されていますが、今回の自己評価は、管理者、相談員、主任、介護職・看護職のリーダーと限られたメンバーで実施されていました。今後は職員全員で自己評価に取り組み、管理職と現場職員との認識の差を把握して課題を見出し、サービス向上のツールとして活用していただくことを期待します。(管理運営編 No.25:質の向上に向けた組織的な取り組み)

(3)各サービス業務に関するマニュアルは作成されていましたが、マニュアルごとの整理や見直しが不十分でした。新任職員を含め、多くの職員が同じ視点で一定の水準を保ちながら支援に取り組むためにも、マニュアルの整備・活用と定期的な見直しを提案します。(管理運営編 No.26:標準的な実施方法の確立)

Ⅲ. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

自分たちが日ごろ行っている業務について、客観的に振り返る良い機会となりました。

評価結果については、私どもが日ごろ気がつかない点多々あり、今後の事業運営において、大変参考になりました。

今後は、評価結果を職員と共有し、評価をいただいた点については、さらに良くしていけるように取り組み、改善点については施設全体で取り組みを行い、「ここに来てよかった」と思っていただけの施設となるよう努めて参ります。

IV. 項目別の評価内容

1 管理運営編

1 福祉サービス (法人または事業所) の基本方針と組織	(1)理念・基本方針 自己評価：NO.1-2	法人理念「歩・実・心(あゆみのこころ)」を基本とし、法人としての基本方針が明文化されています。全職員に、理念・基本方針が記載された手帳を配布し、法人本部主催の新任研修などで説明されるとともに、会議・研修などでも繰り返し確認することで職員の意識づけに努めておられます。 理念・基本方針は、法人ホームページで公開されている他、施設玄関に設置されたデジタルサイネージ(電子掲示板)でも表示し、来所者に周知されています。
	(2)計画の策定 自己評価：NO.3-4	法人理念に基づき、施設独自で中・長期的に取り組む目標を掲げ、各部署・職員個人は、施設が定めた目標に沿って、個別の目標を設定されています。 事業計画は、職員や地域住民の意見なども反映し、相談員などと複数で策定されています。 ◎事業計画が掲示されていませんでした。施設玄関に設置されているデジタルサイネージを活用して公開されてはいかがでしょうか。
	(3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ 自己評価：NO.5-6	施設長は、年4回の法人幹部連絡会議で、施設運営に関わる法令などを把握し、毎月の主任者会議などで報告をされています。 施設長は、目標記入シートに基づき、職員全員の面談を実施されています。職員との対話や相談を通して、職員の意見・提案を積極的に汲み取り、実現に向けた検討に努めておられます。施設改修時のコンセプトも職員発案の「近未来」と定め、各フロアの環境整備についても、職員の意見や工夫を取り入れながら、改善に取り組んでおられます。
2 組織(法人または事業所) の运营管理	(1)経営状況の把握 自己評価：NO.7-8	毎月、法人本部の経営本部長と事務長・施設長が集まり、各事業所の稼働率などを確認し、コスト分析や課題について協議し、改善に向けた取り組みが行われています。3か月に1回は理事長を交えた会議を開催されています。会議の内容は、主任者会議および部署ミーティングを通じて、職員に周知されています。 また、法人として会計監査を定期的実施し、適切な事業運営に努めておられます。
	(2)人材の確保・養成 自己評価：NO.9-12	法人の定める階層別研修と施設内研修を組み合わせ年間研修計画を策定し、現場の課題に即したテーマ別の研修も適宜開催されています。法人で介護職員初任者研修を開催したり、資格取得費用の助成や報奨金制度を設けるなど、資格取得支援にも積極的に取り組まれています。 所属長とは年に2回、施設長とは年に1回の面談を実施し、短時間勤務の希望などにも柔軟に対応されています。また、法人として、実習生を受け入れる体制を整備し、年間を通じて介護・看護の学生を積極的に受け入れておられます。 さらに、平成29年には職員の福利厚生の一環として職員食堂を設置され、希望者に昼食を提供し、部署を超えたコミュニケーションが図れる場の工夫もされています。
	(3)安全管理 自己評価：NO.13	緊急時の対応として、リスク別の対応手順・連絡網などを整備し、職員に周知されています。リスクマネージャーを2人配置し、毎月、主任・介護職・看護職の各リーダー、相談員が集まり、事故事例の検証と再発防止策を検討し、各部署に周知されています。
	(4)設備環境 自己評価：NO.14-15	施設全体でエントランスや共有スペースなどの改修が行われています。認知症専門棟では、居室の視認性を高めるために扉をオレンジ色に塗り替えたり、危険箇所をカモフラージュする壁紙を使用するなど、職員が意見を出し合いながら環境を工夫されています。 施設内の清掃は、清掃専門職員が担当し、計画的な清掃が行われています。施設の年月が経過しているため、若干異臭を感じる箇所もありましたが、自動ラップ式ポータブルトイレを活用するなど、異臭対策への配慮に努めておられます。

<p>2 組織 の 運 営 管 理 (法人または事業所)</p>	<p>(5)地域との交流と連携 自己評価：NO.16</p>	<p>コロナ禍以前は、地域と共同で夏祭りなどのイベントを開催し、ボランティアや地域住民の参加を積極的に受け入れておられました。また、地域の協力を得て、施設内を神輿が回ったり、正月に仮設神社を設けるなど、地域との良好な関係を築かれています。 「ボランティア規程」を設け、ボランティアも積極的に受け入れ、コロナ禍においても、感染対策を講じながら、ボランティアによる月に1回の法話会を開催されています。</p>
	<p>(6)事業の経営・運営 自己評価：NO.17-18</p>	<p>日頃から、同法人が運営する地域包括支援センターと連携して勉強会などを開催し、地域ニーズの把握や介護保険に関する意見などを集約されています。 必要に応じて、地域ケア会議にも参加されています。 財務諸表については、開示規程を整備し、法人ホームページやWAMネットで公開されています。</p>
<p>3 適 切 な 福 祉 サ ー ビ ス の 実 施</p>	<p>(1)利用者本位の福祉サービス 自己評価：NO.19-24</p>	<p>利用者を尊重したサービス提供については、法人理念にも定め、職員の支援の基本とし、虐待防止や身体拘束に関する規程、委員会も設置されています。個人情報やプライバシー保護に関する規程を備え、入所時に、利用者・家族に説明されています。個別の相談が受けられるよう、施設内に相談室・面談室を確保されています。 利用者・家族の意見は日常的に聴き取られ、意見箱も設置されています。苦情・意見対応に関する手順を整備し、毎月、受付とデジタルサイネージで苦情内容についての報告をされています。 ◎日常的なケア記録は、電子化され、パスワードなどで厳格に管理されていますが、契約書など紙媒体ファイルの保管場所は鍵が損傷し、適切に保管されていませんでした。適切な保管場所を至急確保していただくよう提案します。 ◎利用者・家族の満足度調査が実施されていませんでした。以前、法人全体で実施されていた顧客満足度調査を現在再検討されていると伺いました。特にコロナ禍では、家族の意見などが把握しづらい状況ですので、利用者・家族の意見や要望を把握するアンケート調査を早期に実施し、サービスの質の一層の向上に努めていただくことを期待します。</p>
	<p>(2)サービス・支援内容の質の確保 自己評価：NO.25-28</p>	<p>利用者の記録は、iPhoneやパソコンと連動させて随時記録し、電子記録で管理されています。サービス提供記録の開示については規程を整備し、約款にて利用者・家族に説明されています。 ◎サービス提供記録の開示手順は、対応する事務担当者では共有されましたが、開示手順などが明文化されていませんでした。今後は現場職員に情報開示が求められた場合にも適切に対応できるよう手順を示し、全職員に周知されてははいかがでしょうか。 ◎定期的に福祉サービス第三者評価を受審されていますが、今回の自己評価は、管理者、相談員、主任、介護職・看護職のリーダーと限られたメンバーで実施されていました。今後は職員全員で自己評価に取り組み、管理職と現場職員との認識の差を把握して課題を見出し、サービス向上のツールとして活用していただくことを期待します。 ◎各サービス業務に関するマニュアルは作成されましたが、マニュアル内の整理や見直しが不十分でした。新任職員を含め、多くの職員が同じ視点で支援に取り組むためにも、マニュアルの整備と定期的な見直しを提案します。</p>
	<p>(3)サービスの開始・継続 自己評価：NO.29-32</p>	<p>サービス内容は、ホームページと併せて、ひうな荘から見える景色を温もりのあるイラストで表現したパンフレットで情報提供されています。また、法人として広報誌を定期的に発行し、利用者・家族や関係機関に配布されています。サービス開始時に、重要事項説明書を用い、契約解除事項も含めて、利用者・家族に説明をされています。 事業所の変更、移行時には、関係機関と連携して支援をされています。</p>

IV. 項目別の評価内容

2 サービス編：介護老人保健施設

1 日常生活援助サービス	(1)食事 自己評価：NO. 1-5	<p>食堂には、利用者の体型に合わせて高さが調整できるテーブルも導入し、食事姿勢を良好に保たれています。</p> <p>朝食は、白飯・パンを選択制にし、好き嫌いやアレルギーのある利用者には代替食で対応されています。温蔵庫・冷蔵庫を活用して適温で食事を提供し、月に1回、利用者と一緒に料理をしながら食事を楽しむ居酒屋を開催するなど、食事を利用者の楽しみとして大切にされています。</p> <p>栄養ケアマネジメント計画を立案し、栄養マネジメントが行われています。定期的な会議などを通じて同法人の管理栄養士と連携し、嗜好調査の実施や広報誌を作成するなど、利用者・家族への情報発信をされています。</p>
	(2)入浴 自己評価：NO. 6-9	<p>1フロアの入所定員が多く、夜間入浴などへの対応は難しい状況ですが、利用者の体調や状況に配慮して、必ず週に2回は入浴できるよう支援されています。各フロア毎に、個別浴槽、機械浴槽を備えた浴室が配置されています。入浴マニュアルを備え、看護師によるバイタルチェックが行われています。脱衣スペースは狭いですが、浴室外にカーテンを設置するなど、プライバシーに配慮されています。</p>
	(3)排泄 自己評価：NO. 10-14	<p>月に1回、介護職・看護職・リハビリテーション職による排泄検討委員会を開催し、マニュアルの整備や利用者の排泄自立の取り組み、用具などの検討が行われています。</p> <p>夜間の安眠を重視し、皮膚疾患などのある利用者以外は、尿量に合わせたパッドを使用することで、個別に対応されています。</p> <p>排泄ケアでもユマニチュードケアの視点を大切に、居室での排泄ケア訪問の際には、他の職員に支援中であることがわかるようカーテンに職員名が記入されたメッセージカードを掲示し、プライバシーへの配慮がされています。</p> <p>排泄・水分摂取状況については、電子媒体で随時記録されています。</p>
	(4)寝たきり防止 自己評価：NO. 15-17	<p>利用者の身体状況に合った車椅子を選定するなど、寝たきりの利用者も行事への参加などを通じて離床時間を設けておられます。</p> <p>食堂には、円背の利用者も座位が保てるリクライニング式の一人掛けソファを設置し、リラックスした時間が過ごせるよう配慮されています。</p> <p>日中の着替えは、入所前のライフスタイルと希望に合わせて、個別のケアプランに位置づけて対応されています。</p>
	(5)自立支援 自己評価：NO. 18-19	<p>車椅子利用者にも足でこいで移動していただいたり、利用者自身で洗濯をしていただくなど、日常生活の中で、利用者自身が取り組めるように支援されています。</p> <p>ユマニチュードケアの柱の一つでもある短時間でも「立つ」ことを重視し、立位を保持する補助具なども積極的に活用されています。</p>
	(6)外出や外泊への援助 自己評価：NO. 20-21	<p>社会参加として、利用者の馴染みの場所や外食の希望などを聴き取り、個別に外出する機会を設けておられます。コロナ禍でもドライブを実施するなど、積極的に取り組まれています。</p> <p>お盆・お正月の時期には、書面で家族に外出・外泊の希望を聞き、実施されています。コロナ禍以前は、家族も行事に参加されていましたが、現在は、LINE面会の実施や、行事写真の送付などで近況を報告されています。</p>
	(7)会話 自己評価：NO. 22-23	<p>積極的にユマニチュードケアに取り組まれており、ユマニチュードケア自体を接遇教育として実践し、相手の気持ちに寄り添った支援をされています。本人の意向を確認する場として、家族カンファレンスなどを大切にされています。</p>
	(8)レクリエーション等 自己評価：NO. 24-26	<p>レクリエーションプログラムは、利用者の希望・意見を聴き取りながら計画書を作成し、実施されています。</p> <p>おやつ作りや毎月実施されている居酒屋などは、利用者と一緒に調理をしながら楽しまれています。また、入所前の趣味・興味などに合わせ、折り紙や塗り絵、将棋などの小グループ活動を準備されています。書道では毎年、作品展にも出品し、やりがいに繋げておられます。</p>

1 日常生活援助サービス	(9)認知症高齢者 自己評価：NO. 27-33	<p>認知症の周辺症状を呈する利用者の状況を確認し、利用者の尊厳を保つために「見る」「話す」「触れる」「立つ」を「ケアの4つの柱」と位置付けた「ユマニチュードケア」に沿った支援が行われています。</p> <p>抑制・拘束については、規程を設け、センサーマットや見守り介護ロボットなどを導入し、身体拘束を行わない支援を心がけておられます。</p> <p>夜間の睡眠が取れない利用者には、睡眠センサーなどを活用し、睡眠時間の分析などを行い、日中の活動内容や服薬の検討が行われています。</p> <p>認知症専門棟では、危険を伴う非常扉や医務室、浴室と居室の扉を壁紙や扉の色で分けて、認識しやすくするなど、安全性を重視しながらも、共有スペースの飾りつけなどの工夫をしながら、安心して過ごせる環境を整えておられます。</p> <p>ユマニチュードケアを認知症利用者への支援の基本とし、医師の協力も得ながら、食事・排泄など介護場面に対応できる支援マニュアルを作成されています。必要に応じて、専門医への受診にも対応されています。</p>
	(10)入所者の自由選択 自己評価：NO. 34-39	<p>嗜好品は、2週間に1回の移動販売で購入をされています。洋服などは、外出時に、自身で選び購入する利用者もおられます。理美容は、訪問理美容で対応をされています。</p> <p>テレビは、食堂に複数台設置されており、居室に設置されている利用者もおられます。新聞・雑誌は、利用者の好みに合わせて、閲覧コーナーに複数誌設置されており、新聞を個人的に購読されている利用者もおられます。</p> <p>1階の共有フロアとフロアのサービスステーション前に公衆電話が設置されており、多くの利用者が利用されていると伺いましたが、プライバシーに配慮した設置場所については課題とされていました。</p> <p>移動販売などで、ご自身で支払いをされる利用者は、サービスステーションで金銭を預かり、定期的に本人に残額を伝えておられます。</p> <p>小学校の体験授業の受け入れや、地域の神輿を各フロアに招いたり、正月には、近隣神社の出張所を設けて初詣を行われるなど、施設外部とも積極的に交流されています。</p>
2 専門サービス	(1)施設サービス計画 自己評価：NO. 40-42	<p>利用者の状況や生活課題を「ICF情報整理シート」で把握・整理した上で、「ケアプラン作成展開シート」を用い、ニーズの分析から支援内容の決定に至る丁寧なケアプラン作成過程を通じて、サービスの質の向上と同時に人材育成の取り組みにも繋げておられます。さらに、家族カンファレンスを実施し、利用者・家族の意見を踏まえ、生活歴なども聴き取りケアプランに反映されており、利用者の状況に変化があった場合には、作成時と同じ手順で見直しが行われています。</p>
	(2)看護・介護 自己評価：NO. 43-50	<p>重篤な状況や終末期に入った場合には、医師が家族に状況を説明し、その後の対応についての話し合いが行われています。看取りについては、特別養護老人ホームへの移行や入院などで対応されています。</p> <p>感染対策委員会を組織し、感染対策マニュアルの作成・見直しが行われています。1年に1回の胸部X線撮影も実施されています。</p> <p>ケアプランに沿って定期的な体位変換が行われ、実施状況は実施表に記録されています。また、リハビリテーション職と相談しながら、使用するクッションなどは個別対応ができるように多種類準備し、評価・交換をされています。</p> <p>利用者の睡眠・食事・排泄状況などは電子記録で管理され、各部署の連絡ノートの活用と合わせて情報を共有されています。</p> <p>睡眠センサーを活用して不眠の利用者の睡眠時間などを評価し、安楽な姿勢や薬剤、トイレ誘導時間などを検討して、睡眠の質を高める取り組みに繋がっておられます。</p> <p>服薬管理については、服薬マニュアルを整備し、薬剤情報を職員間で共有されています。</p> <p>入所後には歯科を受診して口腔内の状況を確認し、その後の口腔ケア方針を検討されています。週に1回の歯科訪問での診察や歯科衛生士による指導も受けられています。また、言語聴覚士も配置されており、食事形態の見直しや食事姿勢の評価を行い、ケアプランに反映されています。</p> <p>◎新しい薬剤の使用の際には、看護師から職員に副作用などの説明をされているとのことでしたが、勉強会は実施されていませんでした。副作用による転倒などのリスクも考えられるので、副作用の勉強会の開催を検討されてはいかがでしょうか。</p>

2 専門サービス	(3)リハビリテーション 自己評価：NO. 51-54	ケアプランと連動した個別のリハビリテーション計画を理学療法士が作成し、多職種による定期的なケアカンファレンスが実施されています。各フロアの廊下や景色のよいベランダなども活用した歩行訓練など、日常生活と連動させたプログラムが行われています。また、職員の意見からデイサービスフロアにモデルルームを設け、在宅復帰に向けたリハビリテーションに活用されています。車椅子やマットレス、ポジショニングクッションなどの福祉用具を多数揃え、利用者の状況に応じた福祉用具を選定し、使用されています。また、拘縮予防クッションやアームスリング、フットカバーなど、利用者に合わせて用具も作成されています。
	(4)社会サービス 自己評価：NO. 55-57	利用者の状況については、定期的な報告とともに、利用者・家族からの相談にも、随時対応されています。在宅復帰される場合には、感染症の状況に配慮しながら、介護支援専門員と連携して調整をされています。生活に困窮されている利用者には、減免制度の説明を行い、関係機関と連携しながら申請などの支援が行われています。
3 その他の	(1)入退所に関する項目 自己評価：NO. 58-60	入退所時の対応方法は、相談員マニュアルとして整備し、相談記録なども残されています。1か月に1回、多職種が参加して行われる老健会議の中で、入所継続判定を協議されています。入院時には看護サマリー、在宅復帰時には退所時指導表を作成し、退所先への情報提供が行われています。
4 地域連携	(1)医療機関・他機関との連携 自己評価：NO. 61-62	入院時は、相談員が窓口となり、利用者・家族の不安がないよう対応をされています。地域包括支援センター主催の研修などに参加し、他施設と交流の機会を持たれています。また、毎月、管理者と相談員が、同法人の地域包括支援センターのカンファレンスに出席し、困難事例や待機者などの情報を共有されています。関係する医療機関や居宅介護支援事業所・担当者をリスト化し、適宜更新しながら、情報を共有されています。
	(2)権利擁護事業の取り組み 自己評価：NO. 63	判断能力が低下した利用者・家族には、権利擁護に関する情報を提供し、成年後見制度の利用も積極的に勧めておられます。権利擁護の勉強会も実施し、利用者には後見人等がつく場合は、職員に改めて制度などを周知されています。
5 施設設備環境	(1)施設設備 自己評価：NO. 64-65	各フロアの廊下や食堂には、利用者がリラックスできるように、長椅子やリクライニング式ソファが置かれていました。職員同士で意見を出し合い、壁紙や装飾なども工夫し、利用者が快適に過ごせるよう配慮されていました。ナースコールは、各ベッドサイドに適切に設置されていました。ナースコールは、職員が所持するiPhoneと連動しており、迅速に対応されています。
	(2)施設内環境衛生 自己評価：NO. 66	建物の築年数が経過し、蓄積した臭いを感じる場面もありましたが、空気清浄機の設置や、自動ラップ式のポータブルトイレの使用など、異臭対策に努めておられます。

自己評価・第三者評価の結果（管理運営編）

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

1 福祉サービスの基本方針と組織（法人または事業所）

(1)理念・基本方針

1	理念・基本方針の確立	法人としての理念，基本方針が確立され，明文化されていますか。	A	A	
2	理念・基本方針の周知	理念や基本方針が職員・利用者等に周知されていますか。	A	A	

(2)計画の策定

3	中・長期的なビジョンと計画の明確化	中・長期的なビジョン及び事業計画が策定されていますか。	A	A	
4	適切な事業計画策定	事業計画が適切に策定されており，内容が周知されていますか。	B	B	

(3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ

5	管理者(施設長)の役割と責任の明確化	管理者(施設長)は，自らの役割と責任を明確にし，遵守すべき法令等を理解していますか。	A	A	
6	リーダーシップの発揮	管理者(施設長)は質の向上，経営や業務の効率化と改善に向けて，取り組みに指導力を発揮していますか。	A	A	

2 組織（法人または事業所）の運営管理

(1)経営状況の把握

7	経営環境の変化等への対応①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されていますか。	A	A	
8	経営環境の変化等への対応②	経営状況を分析して，改善すべき課題を発見する取り組みを行っていますか。	A	A	

(2)人材の確保・養成

9	人事管理の体制整備	必要な人材確保に関する具体的なプランをたてて，実行していますか。	A	A	
10	職員の就業状況への配慮	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ますか。	B	A	
11	職員の質の向上に向けた体制	職員の質の向上に向けた具体的な取り組みを行っていますか。	A	A	
12	実習生の受け入れ	実習生の受け入れについて，積極的な取り組みを行っていますか。	B	A	

(3)安全管理

13	利用者の安全確保	利用者の安全確保のための体制を整備し，対策を行っていますか。	B	A	
----	----------	--------------------------------	---	---	--

(4)設備環境

14	設備環境	事業所(施設)は，利用者の快適性や利便性に配慮したつくりになっていますか。	A	A	
15	環境衛生	事業所(施設)は，清潔ですか。	B	B	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

(5)地域との交流と連携

16	地域との関係	利用者と地域との関わりを大切にし、地域のニーズに基づく事業等を行っていますか。	B	A	
----	--------	---	---	---	--

(6)事業の経営・運営

17	制度に関する意見・意向の伝達	制度について、保険者あるいは行政担当部署等に意見や意向を伝えていますか。	A	A	
18	財務諸表の公開	地域住民、利用者に対して財務諸表を公開していますか。	C	B	

3 適切な福祉サービスの実施**(1)利用者本位の福祉サービス**

19	利用者を尊重する姿勢①	利用者を尊重したサービス提供について、共通の理解を持つための取り組みを行っていますか。	A	A	
20	利用者を尊重する姿勢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ますか。	B	B	
21	利用者満足の上	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っていますか。	D	D	○
22	意見を述べやすい体制の確保①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備していますか。	B	B	
23	意見を述べやすい体制の確保②	苦情解決のしくみが確立され、十分に周知・機能していますか。	B	A	
24	意見を述べやすい体制の確保③	利用者からの意見等に対して迅速に対応していますか。	B	B	

(2)サービス・支援内容の質の確保

25	質の向上に向けた組織（法人または事業所）的な取り組み	自己評価の実施や第三者評価の受審により、提供しているサービス・支援内容の質向上を図っていますか。	B	B	○
26	標準的な実施方法の確立	各サービス業務が標準化され、マニュアル化されてサービスが提供されていますか。	B	B	○
27	サービス実施状況の記録	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ますか。	A	A	
28	記録の管理と開示	サービス提供記録等の開示を適切に行っていますか。	B	B	

(3)サービスの開始・継続

29	サービス提供の開始①	利用者に対して、サービス選択に必要な情報を提供していますか。	B	B	
30	サービス提供の開始②	サービスの開始にあたり、利用者等に説明し、同意を得ていますか。	A	A	
31	利用契約の解約・利用終了後の対応	利用者がいつでも契約の解約ができることを説明し、利用者又は事業者から直ちに契約を解除できる事由を定めていますか。	A	A	
32	サービスの継続性への配慮	事業所（施設）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ますか。	A	A	

自己評価・第三者評価の結果（サービス編：老健）

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

1 日常生活援助サービス

(1) 食事

1	食堂の雰囲気づくり	食事をおいしく、たのしく食べるための食堂の雰囲気づくりを行っていますか。	A	A	
2	食事の選択	食事の選択が可能になっていますか。	B	B	
3	料理の保温に対する配慮	温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で食べられるような配慮がされていますか。	A	A	
4	食事介助のペース	食事介助は入所者のペースに合わせていますか。	A	A	
5	栄養管理	入所者に対する栄養管理が適切に行われていますか。	A	A	

(2) 入浴

6	入浴日以外の入浴	入浴日以外の日でも希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができますか。	B	B	
7	身体の状態に応じた入浴方法	身体の状態に応じた入浴方法（安全・形態）をとられていますか。	A	A	
8	羞恥心への配慮	入浴時、裸体を他人（介助者は除く）に見せない工夫がとられていますか。	B	A	
9	タオルの準備	入浴の際のタオルは1人1枚以上用意されていますか。	A	A	

(3) 排泄

10	排泄自立	入所者に対して排泄自立のための働きかけをしていますか。	A	A	
11	深夜・早朝のおむつ交換	深夜・早朝のおむつ交換に配慮していますか。	A	A	
12	羞恥心への配慮	排泄介助時にカーテンを引く等、プライバシーが守られていますか。	A	A	
13	排泄記録表の作成	排泄記録表が作成され、健康管理その他の面で活用されていますか。	A	A	
14	適切な用具の使用	おむつやおむつかバー、便器等は入所者に適したものが使用できるよう配慮されていますか。	A	A	

(4) 寝たきり防止

15	寝・食分離	寝たきり防止が徹底され、少なくとも寝・食分離が行われていますか。	A	A	
16	総臥床時間減少の努力	1日の総臥床時間を減少する努力が行われていますか。	A	A	
17	寝間着・日常着の区別	日中は、寝間着から日常着に着替えるようにしていますか。	C	C	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
(5)自立支援					
18	自立を促す適切な介助	日常生活動作にすべて手を貸すのではなく、入所者ができるだけ自分で取り組めるように配慮していますか。	A	A	
19	自助具・補装具の設置	入所者の障害にあわせた、自助具や補装具などが、準備されていますか。	A	A	
(6)外出や外泊への援助					
20	外出の機会の確保	1人で外出することが困難な入所者に対して、希望を聞き、外出の機会を確保していますか。	A	A	
21	家族への働きかけ	外出・外泊の機会を多く持ってもらおうよう、家族等に積極的に働きかけていますか。	B	B	
(7)会話					
22	入所者への言葉づかい	入所者への言葉づかいに特に注意し、そのための検討が行われていますか。	A	A	
23	適切なコミュニケーション方法の実行	日常会話が不足している入所者に対して、言葉かけと相手の話に耳を傾けるように配慮していますか。	A	A	
(8)レクリエーション等					
24	主体的な参加・活動	レクリエーション等のプログラムは、入所者が積極的に参加しやすいように計画され、実施されていますか。	B	A	
25	多彩なメニューの工夫	レクリエーション活動(クラブ活動等)は、趣味・娯楽などを活かした小グループで行われ、自由に選択できる多彩なメニューをそろえていますか。	B	A	
26	家族・ボランティア等の参加	各種行事に、家族やボランティア、地域住民も参加できるように配慮していますか。	A	A	
(9)認知症高齢者					
27	適切な対応	周辺症状(BPSD)等の観察と分析を行い、その行動への適切な対応を行っていますか。	A	A	
28	プログラム等への配慮	認知症高齢者に対しての生活上の配慮が行われていますか。	A	A	
29	抑制・拘束の有無	抑制・拘束は行わないようにしていますか。	A	A	
30	活動的な生活の援助	認知症高齢者に対しては、夜間安眠できるように、日中できるだけ活動的な生活を援助していますか。	A	A	
31	環境の整備	認知症高齢者が安心して生活できるよう、環境が整備されていますか。	A	A	
32	医学的配慮	認知症高齢者に対する医学的配慮が適切に行われていますか。	A	A	
33	認知症の専門的診断・評価	認知症疾患の専門的診断・評価がなされていますか。	B	A	
(10)入所者の自由選択					
34	嗜好品の自由	嗜好品について適切な対応がなされていますか。	A	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
(10)入所者の自由選択(続き)					
35	テレビ・新聞・雑誌等の自由な利用	テレビ・ラジオ・新聞・雑誌・図書・ビデオが自由に利用できますか。	A	A	
36	髪型・服装の自由	髪型や服装・化粧は、入所者の好みで自由に選ぶことができますか。	B	A	
37	外部との自由な連絡	外部と自由に通信(電話・ファクシミリ・手紙)することができますか。	B	B	
38	金銭等の自己管理	金銭等を自己管理できる人は、自己管理できるように配慮していますか。	A	A	
39	施設外部との交流	施設外部との交流が自由ですか。	A	A	
2 専門サービス					
(1)施設サービス計画					
40	ケアプランの策定(入所者の意見の反映)	ケアプラン(施設サービス計画)は、入所者の意見を取り入れて作成されていますか。	A	A	
41	ケアプランの策定(ケアカンファレンス)	ケアカンファレンスを定期的に行っていますか。	A	A	
42	ケア記録(記録の管理と活用)	ケアプランについての記録は適切に記入され、管理され、活用されていますか。	A	A	
(2)看護・介護					
43	家族との連携	重篤な状態や終末期に入った場合、家族との連携が密にとれていますか。	A	A	
44	感染症対策	感染症(例：かいせん・MRSA・インフルエンザ・結核等)に対する対策は検討されていますか。	A	A	
45	十分な体位交換	十分な体位交換は定期的に行われていますか。	A	A	
46	職員間の情報交換	職員間の情報交換や伝達はスムーズにできるような体制になっていますか。	A	A	
47	睡眠・食事・排泄状況等の把握	入所者の睡眠・食事・排泄状況の把握をしていますか。	A	A	
48	服薬管理	入所者に対する服薬管理が適切に行われていますか。	B	B	
49	口腔ケア	入所者に対する口腔ケアが適切に行われていますか。	A	A	
50	専門職種の配置	歯科衛生士、言語聴覚士など配置基準に規定されていない職種により、適切な入所者の処遇がなされていますか。	B	A	
(3)リハビリテーション					
51	生活の中のリハビリテーション	リハビリテーションを訓練室のみならず生活に役立つ視点で実施していますか。	A	A	
52	用具の工夫	自助具や介助用品の作成や改造などを行っていますか。	A	A	

NO.	小項目	設問	自己評価	第三者評価	改善の必要性
-----	-----	----	------	-------	--------

(3)リハビリテーション(続き)

53	立案・会議・再評価の実施	リハビリテーション計画の立案(評価・目標設定・実施計画)について、ケアカンファレンスを行っていますか。	A	A	
54	専門家の指導による計画的な機能訓練	医師や理学療法士、作業療法士等の指導のもとに計画的に機能訓練サービスを行っていますか。	A	A	

(4)社会サービス

55	入所者及び家族への説明	入所者及び家族に健康状態等を分かりやすく説明していますか。	A	A	
56	家族との話し合い	家族関係についての相談に応じ、適切な調整を行っていますか。	A	A	
57	経済的・社会的相談	入所者や家族からの経済的・社会的な相談に応じていますか。	A	A	

3 その他のサービス**(1)入退所に関する項目**

58	専門職員による入退所相談	入退所相談には、医師・看護師、生活(支援)相談員等による専門的な対応をしていますか。	A	A	
59	定期的な入所継続判定	入所継続の要否判定を定期的に行っていますか。	A	A	
60	退所先への情報提供	退所にあたり、その退所先等への入所者の状態に関する情報提供は適切に行われていますか。	A	A	

4 地域連携**(1)医療機関・他機関との連携**

61	入所者等への説明	入院に関して入所者や家族等と相談していますか。	A	A	
62	関係施設との連携・協力	必要な場合には、病院・診療所・歯科医療機関・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等、各種施設と連携がとれていますか。	A	A	

(2)権利擁護事業の取り組み

63	後見人との連携	入所者の判断能力が低下した場合、任意後見人や法定後見人などとの連携をとれる体制にありますか。	A	A	
----	---------	--	---	---	--

5 施設設備環境**(1)施設設備**

64	快適性への配慮	施設全体の雰囲気は、入所者の快適性に配慮していますか。	B	B	
65	ナースコールの活用	各ベッドおよびトイレや浴室のナースコールは円滑に作動していますか。	A	A	

(2)施設内環境衛生

66	異臭の有無	施設に異臭がありますか。	B	B	
----	-------	--------------	---	---	--