

# 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4月5日

|              |                |                   |
|--------------|----------------|-------------------|
| 評価<br>機<br>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10月7日         |
|              | 訪 問 調 査 日      | 令和5年1月19日         |
|              | 評価結果の確定日       | 令和5年3月29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      | 特別養護老人ホーム三篠園  | 種 別   | 介護老人福祉施設     |      |     |
| 事業所代表者名    | 施設長 野間 久司   | 開設年月日 | 昭和47年11月1日   |      |     |
| 設置主体       | 社会福祉法人 三篠会  | 定 員   | 30人          | 入居者数 | 30人 |
| 所 在 地      | 〒739-1301 広島県広島市安佐北区白木町井原1244番地   |       |              |      |     |
| 電話番号       | 082-828-3330  | FAX番号 | 082-828-1403 |      |     |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.misasakai.or.jp/shisetsu/misasaen.php">http://www.misasakai.or.jp/shisetsu/misasaen.php</a> |       |              |      |     |

### (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<br>(特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・ショートステイ) | 毎月:誕生日会<br>開園記念式典(10月)、<br>クリスマス、忘年会(12月)、元旦互例会(1月)、<br>外出行事(随時)、内食会(随時) |
| 居室の概要                                | 居室以外の施設設備の概要   |
| ● 総居室数 30 室<br>・居室内訳(個室) 30 室        | ○食堂 3か所<br>○浴室 6か所<br>○医務室 1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     | 4人(0人)        |
| 医師    | 2人(0人)        | 機能訓練指導員 | 1人(0人)        |
| 生活相談員 | 1人(1人)        | 介護支援専門員 | 1人(1人)        |
| 介護職員  | 22人(13人)      | 事務員     | 2人(0人)        |
| 看護職員  | 2人(2人)        |         |               |
| 栄養士   | 1人(1人)        |         |               |

## II. 第三者評価結果

### ◎評価機関の総合意見

社会福祉法人三篠会は、昭和25年に、農繁期に養泉寺で子ども達を預かったことを原点とした保育園事業からスタートし、三篠園は、現在の広島市安佐北区白木町井原に養護老人ホーム三篠園として、昭和30年6月に開設されました。その後、同敷地内に広島市で初めてとなる特別養護老人ホームの運営を昭和47年11月に開始し、開設50周年を迎えた令和4年秋に、従来型特養が同じ白木町内の事業所に移転して、現在は、定員30人のユニット型小規模特養として運営されています。

利用者の心身の特性、状態を踏まえ、継続した暮らしの場として自律的な生活を営めるよう「ノーリフティングケア(抱えない介護)」に積極的に取り組み、家庭的な雰囲気や大切にされたユニットケアの理念「暮らしの継続」をめざしたサービスの提供に努めておられます。

福祉サービス第三者評価は、今回で3回目の受審でした。全室個室のユニット型特養に移行され、改善された項目もありますが、改善されていない項目もありましたので、今回明らかになった課題については、職員間で共有して改善策を検討し、さらなるサービス向上に繋がられることを期待しています。

### ◎特に評価の高い点

(1)各フロアは、介護職員室を挟み、10人のユニット2つで構成され、各ユニットは、食堂を中心に居室が配置されています。介護技術の練習や利用者との面会のために使用できる部屋や定員に応じた手洗いスペースも確保され、前回の受審時から環境整備は改善されていました。食堂に蛍光灯を多く設置することで施設内の明るさが確保され、また、熱帯魚の水槽や仏壇を設置するなど利用者がくつろげる居場所づくりにも配慮されていました。(管理運営編 No.14:設備環境)

(2)居室、食堂、トイレなどは部署リーダーを清掃責任者に定め、丁寧な掃除が実施されていました。また、使用済みのおむつを個別に廃棄されるなど、細やかな異臭対策に取り組まれており、臭気は一切感じませんでした。(管理運営編 No.15:環境衛生)

(3)施設として、民間の排泄ケア資格「おむつフitter」の取得に精力的に取り組まれ、1級を取得した職員もいらっしゃいます。排泄ケアのスペシャリストの職員を交え、ケア会議で適切な排泄ケア方法や用具・おむつを検討し、選定して使用されています。(サービス編 No.14:適切な用具の使用)

(4)日常活動として、毎日のお参りや体操、利用者の趣味・興味に合わせ工作や編み物などを実施されています。また、本棚や数合わせゲームなどを手作りで作成するなど、利用者の個性に配慮した活動を提供されています。(サービス編 No.25:多彩なメニューの工夫)

### ◎特に改善を求められる点

(1)年度毎の事業計画と事業報告は作成されていますが、中・長期計画は法人の方針として明文化されていませんでした。法人として中・長期計画の新たな策定は難しいかもしれませんが、事業所の改修や取り組み内容などを複数年度(3か年程度)の見通しとしてまとめ、中期計画の視点から単年度毎の事業評価を行い、抽出された課題を翌年度の事業計画に反映する仕組みづくりを提案します。(管理運営編 No.3:中・長期的なビジョンと計画の明確化)

(2)苦情解決の手順は整備されていますが、意見についての受付手順が確立されていませんでした。意見を受け付けた職員が、記録や報告に迷わないような流れを手順書として整理されることを期待します。(管理運営編 No.24:意見を述べやすい体制の確保③)

(3)接遇研修は、新任研修で実施後、継続した研修が実施されていませんでした。支援がマンネリ化すると、不適切な接遇に気がにくい状況となりますので、接遇については、研修を実施して繰り返し確認する機会を持たれることを提案します。(サービス編 No.22:入所者への言葉づかい)

(4)薬の副作用に関する情報は薬剤情報や口頭での説明を通じて職員に周知されていました。誤薬などは重大な事故に繋がることから、職員が薬の管理についての意識を高く持てるように、薬の副作用やヒヤリ・ハット事例の検証などを含めた勉強会を開催されることを提案します。(サービス編 No.47:服薬管理)

## III. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度は丁寧な評価ありがとうございました。  
ご家族のアンケートでもおおむね高い評価をいただき、大変嬉しく思います。  
今後更によりよい施設となるために、ご指摘いただいた点の中でも、意見箱やアンケートを通してのご利用者ご家族の意見を把握する機会の確保、接遇研修の実施などについて施設全体で検討し、具体化していきたいと思っております。

今回の第三者評価を、施設をふり返るよい機会とし、今後も改善を重ねていきたいと思っております。

## IV. 項目別の評価内容

## 1 管理運営編

|                                       |                                       |   |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1<br>福祉サービス<br>(法人または事業所)<br>の基本方針と組織 | (1)理念・基本方針<br>自己評価：NO.1-2             | 理念「歩・実・心(あゆみのこころ)」に基づいた基本方針を手帳サイズのハンドブックに明文化して職員に配布し、法人研修の際に理念・基本方針を確認することで、職員の意識づけに繋げておられます。理念・基本方針は、ホームページに掲げ、職員の名刺にも掲載するなど、利用者や家族などへの周知に努めておられます。<br>◎入所時に利用者・家族に理念・基本方針を説明されていませんでしたので、今後作成予定のパンフレットへの明示など、説明資料について検討されてはいかがでしょうか。  |
|                                       | (2)計画の策定<br>自己評価：NO.3-4               | 事業計画には、ユニットケアの理念「暮らしの継続」をめざし、施設的环境整備やノーリフティングケア(抱えない介護)の実践などを掲げ、主任・リーダー会議などを通じて職員に周知されています。年度毎の事業計画と事業報告は作成されていますが、中・長期計画は法人の方針として明文化されていませんでした。<br>◎法人として中・長期計画の新たな策定は難しいかもしれませんが、事業所の改修や取り組み内容などを複数年度(3か年程度)の見通しとしてまとめ、中期計画の視点から単年度毎の事業評価を行い、抽出された課題を翌年度の事業計画に反映する仕組みづくりを提案します。   |
|                                       | (3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ<br>自己評価：NO.5-6 | 施設長の役割と責任は運営規程に定めておられます。施設長は、ユニットケア施設管理者研修を受講し、より家庭的なサービスを提供するための環境や支援方法を職員間で検討するユニット会議を月に1回開催するなど、サービスの質の向上に向けてリーダーシップを発揮されています。   |
| 2<br>組織(法人または事業所)<br>の運営管理            | (1)経営状況の把握<br>自己評価：NO.7-8             | 施設長は、定期的に理事長や法人本部を交えた会議に参加し、経営や業務の効率化と改善に向けた協議が行われています。生活相談員連絡会議や主任リーダー会議、全体連絡会議で経営状況を分析して課題を明らかにし、改善に繋げておられます。また、職員面談を通じて、個々の職員の目標達成度や課題を把握し、職員の意見や思いを汲み取り、サービスの質の向上や職員の意識を高めるための取り組みに指導力を発揮されています。  |
|                                       | (2)人材の確保・養成<br>自己評価：NO.9-12           | 法人で定めた職員の配置基準をもとに、必要な人材を確保されています。職員はユニットリーダー研修を積極的に受講し、各ユニットに複数のユニットリーダーを配置することで、専門的なサービス提供に繋げておられます。三篠園(キャンパス)で年間の研修計画を策定されるとともに、法人外の研修への参加希望にも柔軟に対応されています。新任職員には、新任育成マニュアルに定めたカリキュラムに沿った研修や指導が行われています。<br>実習の受け入れについては、法人が定めた「実習生受け入れの心得」に沿って、カリキュラムや担当者などを明確に示した実習生受け入れマニュアルを策定し、実習生を積極的に受け入れる体制を整備されています。                               |
|                                       | (3)安全管理<br>自己評価：NO.13                 | 緊急時に対応するため、リスク別に対応手順を定め、事故発生時マニュアルを整備して各部署に配布し、職員への周知を図られています。<br>事故防止研修を実施し、事故、ヒヤリ・ハット事例については、事故防止委員会で検討後、施設内の全体連絡会議で職員に周知されています。  |
|                                       | (4)設備環境<br>自己評価：NO.14-15              | 従来型特養が移転し、施設全体で改装工事が行われていました。各フロアは、介護職員室を挟み、10人のユニット2つで構成され、各ユニットは、食堂を中心に居室が配置されています。介護技術の練習や利用者との面会のために使用できる部屋や定員に応じた手洗いスペースも確保され、前回の受審時から環境整備は改善されていました。食堂に蛍光灯を多く設置することで施設内の明るさが確保され、また、熱帯魚の水槽や仏壇を設置するなど利用者がくつろげる居場所づくりにも配慮されていました。<br>居室、食堂、トイレなどは部署リーダーを清掃責任者に定め、丁寧な掃除が実施されていました。また、使用済みのおむつを個別に廃棄されるなど細やかな異臭対策に取り組まれており、臭気は一切感じませんでした。 |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| <p>2<br/>組織（法人または事業所）の<br/>運営管理</p> | <p>(5)地域との交流と連携<br/>自己評価：NO.16</p>         | <p>コロナ禍以前は、施設で夏祭りを主催し、地域住民も多く参加されていました。また、井原地区の関係機関や自治会などが参加する会議に出席し、地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。デイサービスが移転する前は、ボランティアも受け入れておられましたが、ユニット型特養に移行後は、受け入れが難しい状況を伺いました。<br/>◎ボランティアの受け入れマニュアルが整備されていませんでした。ボランティアの受け入れや地域住民との交流の機会を検討するとともに、マニュアルの整備についても検討されてはいかがでしょうか。</p>   |
|                                     | <p>(6)事業の経営・運営<br/>自己評価：NO.17-18</p>       | <p>広島市老人福祉施設連盟の会議・研修や多職種連携共同ネットワーク会議を通じて、介護保険制度の情報共有や地域のニーズ把握に努めておられます。財務諸表については、法人の経理規程に基づき、法人全体のホームページや事業所の広報誌を通じて公開されています。</p>   |
| <p>3<br/>適切な福祉サービスの<br/>実施</p>      | <p>(1)利用者本位の福祉サービス<br/>自己評価：NO.19-24</p>   | <p>利用者の尊厳を尊重したサービスの提供に向けて、事故防止・身体拘束廃止検討委員会を設置して、身体拘束廃止・事故防止研修や虐待防止研修を開催し、職員の日々の業務を振り返る機会とされています。<br/>利用者のプライバシー保護に関しては規程に定め、利用者・家族に説明し、職員には新任研修で周知しておられます。利用者の記録は、施錠可能な棚に保管されていました。<br/>利用者・家族の意向はケアプランの策定・更新時に確認されていますが、利用者満足度調査はここ数年実施されていませんでした。<br/>苦情解決の体制を整備し、利用者・家族にも重要事項説明書などで周知されています。<br/>◎ユニット型特養に移行し利用者が少人数となり、職員への負担も少ないと思いますので、ユニットケアの利点をさらに広げるためにも、利用者満足の向上に向けたアンケートを実施されることを提案します。また、現在設置されている意見箱の取り扱い方法や第三者委員との関わりなど、利用者の意見を広く把握するための環境についても見直しをされてはいかがでしょうか。<br/>◎苦情解決の手順は整備されていますが、意見についての受付手順が確立されていませんでした。意見を受け付けた職員が、記録や報告に迷わないような流れを手順書として整理されることを期待します。</p> |
|                                     | <p>(2)サービス・支援内容の質の確保<br/>自己評価：NO.25-28</p> | <p>福祉サービス第三者評価は定期的に受審され、今回の自己評価も施設長、生活相談員、介護リーダーなどで実施しておられました。<br/>同法人の近隣の事業所担当者が協力して、各サービス業務に関する共通のマニュアルを策定されていますが、活用促進や見直しはされていませんでした。<br/>利用者の記録は電子化され、共通様式で記録されています。記録の開示については規程を定め、手続きに沿った対応が行われています。<br/>◎前回の受審時から改善されていない項目も見られました。今回明らかになった課題は、職員と共有し、サービス向上に向けた改善に取り組まれることを期待します。<br/>◎新任職員に正しく業務を理解してもらい、また、異動した職員の業務にばらつきが生じないようにマニュアルを活用するとともに、業務内容の変更に合わせてマニュアルの見直しをされてはいかがでしょうか。</p>  |
|                                     | <p>(3)サービスの開始・継続<br/>自己評価：NO.29-32</p>     | <p>事業所の情報はホームページやパンフレットで提供し、年に数回、三篠園の広報誌「三篠園ふれあい通信」も発行されています。パンフレットは、近隣の地域包括支援センターにも設置して周知されています。<br/>サービス開始時には、重要事項説明書・契約書に基づき、契約解除に関する内容も含め、利用者・家族への説明が行われています。<br/>利用者が事業所を移行する場合には、生活相談員が窓口となり、関係機関と連携し、サービスの継続性に配慮した引継ぎが行われています。</p>   |

## IV. 項目別の評価内容

## 2 サービス編：介護老人福祉施設

|                 |                                |   |
|-----------------|--------------------------------|---|
| 1<br>日常生活援助サービス | (1)食事<br>自己評価：NO. 1-5          | ミキサー食を食材の形に整えて提供されたり、ユニットケアでの家庭的な雰囲気大切にされ、職員はあえてエプロンを使用されないなど、食事をおいしく食べるための工夫に努めておられます。定期的に嗜好調査を実施し、朝食はパンと白飯の選択制となっており、アレルギーや嗜好に合わせた代替食を提供されています。ユニット毎に電子レンジやトースターを設置し、白米は地元の米を炊飯器で炊くなど、食事は適温で提供されています。<br>テーブルの高さやクッションで車椅子姿勢の調整をしたり、利用者の身体状況に合わせ、食器やスプーン、フォークなど自助具の工夫と正しい姿勢で自分のペースで食べられるよう配慮されています。 |
|                 | (2)入浴<br>自己評価：NO. 6-9          | 利用者の身体状況を確認しながら、週2回の入浴を提供されています。浴室に天井走行リフトを設置し、利用者・職員の負担を軽減しながら入浴を支援されています。浴室にカーテンを設置し、入浴時は個別対応をされるなど、プライバシーにも配慮されています。入浴時のタオルも複数枚準備されています。   |
|                 | (3)排泄<br>自己評価：NO. 10-14        | 利用者の排泄パターンを24時間シートに記載して職員間で共有し、トイレ誘導や夜間のポータブルトイレ使用など、排泄の自立を促されています。施設として、排泄ケア資格「おむつフitter」の取得に精力的に取り組まれ、1級を取得した職員もいらっしゃいます。民間の排泄ケアのスペシャリストの職員を交え、ケア会議で適切な排泄ケア方法や用具・おむつを検討し、選定して使用されています。  |
|                 | (4)寝たきり防止<br>自己評価：NO. 15-17    | ノーリフティングケア(抱えない介護)に積極的に取り組み、利用者の身体状況に合わせた車椅子やポジショニングクッションを活用し、日中には工作や体操、編み物など利用者に合わせた活動を実施するなど、離床時間の確保に努めておられます。<br>利用者は、日中、寝間着から日常着に着替えて過ごしておられます。ユニット型特養に移行され、以前よりも細かな支援に取り組まれていることが伺えました。  |
|                 | (5)自立支援<br>自己評価：NO. 18-19      | 家庭で使い慣れた食器類を持ち込まれたり、居室の家具の配置を工夫して立ちあがりや歩行をサポートするなど、日常生活の中で利用者自身で取り組めるよう配慮されています。<br>ノーリフティングケア委員会が主体となり、車椅子やポジショニングクッションの他、利用者の身体状況に合わせ、硬さの異なるベッドマットレスの選定にも積極的に取り組み、自立支援に繋げておられます。  |
|                 | (6)外出や外泊への援助<br>自己評価：NO. 20-21 | コロナ禍以前は、施設で祭りを開催したり、イベントを実施する機会を持たれていましたが、現在は、感染状況に配慮しながら、可能な限り面会を実施し家族と一緒に過ごす機会を提供されています。また、事業所として積極的に取り組まれている「ノーリフティングケア体験会」なども開催して、日頃提供されているケアの専門性の周知にも努めておられます。   |
|                 | (7)会話<br>自己評価：NO. 22-23        | 新任研修で接遇についての研修を実施し、職員同士で利用者への言葉づかいなどについて気付き合える機会として虐待防止研修などを開催されています。毎日実施されている体操やお参りに参加するよう利用者に声掛けをされたり、日常会話が不足している利用者には、個別に居室を訪問して話を聞く時間を持つなど、個々に応じて対応されています。<br>◎接遇研修は、新任研修で実施後、継続した研修が実施されていませんでした。支援がマンネリ化すると、不適切な接遇に気付きにくい状況となりますので、接遇については、研修を実施して繰り返し確認する機会を持たれることを提案します。                      |

|                 |                                |   |
|-----------------|--------------------------------|---|
| 1<br>日常生活援助サービス | (8)レクリエーション等<br>自己評価：NO. 24-26 | <p>おやつ会や料理会など食事を楽しむ機会や、七夕会やクリスマス会など季節行事を定期的実施し、利用者の生活が単調にならないよう工夫されています。</p> <p>日常活動として、毎日の体操やお参り、利用者の趣味・興味に合わせ工作や編み物などを実施されています。また、本棚や数合わせゲームなどを手作りで作成するなど、利用者の個性に配慮した活動を提供されています。</p> <p>コロナ禍以前は、事業所で開催する夏祭りには家族や地域住民も参加されており、保育園との交流会や中学校の職業体験なども積極的に受け入れておられました。</p>  |
|                 | (9)認知症高齢者<br>自己評価：NO. 27-32    | <p>認知症利用者の対応についてはケアプランに掲げ、3か月に1回、介護職・看護職などと連携し、見直しが行われています。</p> <p>抑制や拘束については、声掛けなど日常的に関わる時間を多く持つことで、なるべく行わないよう支援されていますが、必要な場合は毎月の会議で状況を把握・判断し、家族の同意を得られています。また、今後、利用者の睡眠状態を把握するセンサーを導入し、利用者の生活リズムを把握して支援に繋げることも計画されています。</p> <p>認知症の利用者にも、塗り絵など、他の利用者と同様に日中活動を提供されています。</p> <p>トイレの場所がわからなくなる利用者には、居室内のトイレに表示を付けたり、手編みの「認知症マップ」を認知症利用者の手に使用して安心感に繋げるなど、環境にも配慮されています。</p>   |
|                 | (10)入所者の自由選択<br>自己評価：NO. 33-38 | <p>事業所の食堂で、月に2回、嗜好品などを販売する購買を実施し、養護老人ホームの利用者と一緒買い物を楽しまれる利用者もおられます。</p> <p>食堂には複数台のテレビが設置されています。新聞は各ユニットで購入され、雑誌コーナーも設けておられます。個人的に居室にテレビを設置されたり、新聞を購入される利用者もいらっしゃいます。</p> <p>月に1回の訪問理美容サービスを提供し、利用者は身だしなみを整えておられます。</p> <p>外部との連絡手段として、建物の1階に公衆電話を設置し、また、利用者が希望された場合は、事業所の電話を提供されています。個人的に携帯電話を持ち込まれている利用者もおられます。コロナ禍においては、オンライン面会にも対応されています。</p> <p>購買などで個人的に使用される利用者の金銭は介護職員室で預かり、利用者・家族へ定期的に残額を報告されています。</p> <p>コロナ禍においても、感染状況に配慮しながら、可能な限り家族が面会できる機会を提供されています。</p>                                       |
| 2<br>専門サービス     | (1)施設サービス計画<br>自己評価：NO. 39-41  | <p>ケアプラン(施設サービス計画)は、入所前の生活状況などを把握し、利用者・家族の意見を取り入れ、利用者・家族の同意を得て策定されています。</p> <p>利用者も少ないことから、カンファレンスは月に1回、関係職種や利用者・家族の意見を事前に聞いたうえで開催され、カンファレンスの記録も定められた様式で保管しておられます。</p>  |
|                 | (2)看護・介護<br>自己評価：NO. 42-49     | <p>重篤な場合や終末期の対応については、「医療体制についての同意書」に基づき、入所時に家族への確認が行われています。</p> <p>感染症については委員会を設置し、マニュアルも策定されています。</p> <p>利用者個々に合わせたクッション・体位を検討し、24時間シートに基づいた体位変換が行われています。</p> <p>利用者の睡眠・食事・排泄状況などは電子記録で管理し、職員間で共有されています。また、ユニット毎の連絡ノートで業務連絡などの情報を共有し、朝礼でも周知されています。</p> <p>◎薬の副作用に関する情報は薬剤情報や口頭での説明を通じて職員に周知されていました。誤薬などは重大な事故に繋がることから、職員が薬の管理についての意識を高く持つように、薬の副作用やヒヤリ・ハット事例の検証などを含めた勉強会を開催されることを提案します。</p> <p>◎現在、定期的に吸引が必要な利用者は入所されておらず、喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修などは実施されていないとのことでしたが、対象となる利用者が入所した際に備え、研修体制は継続されてははいかがでしょうか。</p> |

|               |                                   |   |
|---------------|-----------------------------------|---|
| 2<br>専門サービス   | (3)リハビリテーション<br>自己評価：N0. 50-53    | リハビリテーションは、看護師を機能訓練指導員として配置し、利用者個々の状況に応じて、策定・見直しされたケアプランの個別機能訓練計画書に基づき実施されています。車椅子やリフトなど福祉用具の活用の他、認知症の利用者が安心感を保てるよう毛糸の「認知症マフ」を手作りして提供されています。  |
|               | (4)社会サービス<br>自己評価：N0. 54-56       | 利用者の健康状態は、必要に応じて介護職や看護職などにより説明されています。家族関係などの相談にもその都度応じ、対応内容については記録に残されています。利用者や家族が抱える経済的な課題についても、減免の手続きなどの情報を提供し、支援されています。  |
| 3<br>その他のサービス | (1)入退所に関する項目<br>自己評価：N0. 57-59    | 入退所時には、生活相談員をはじめ、介護職や看護職など多職種が連携して対応されています。入院や従来型特養への移行など、退所時には、利用者・家族の同意を得て、看護サマリーなどで利用者の情報提供が行われています。<br>◎入退所時の相談の流れをまとめたマニュアルが策定されていませんでした。現在、生活相談員が異動時に引き継ぎ書として作成されている内容を、担当者により業務のばらつきが生じないようにマニュアルもしくは手順書としてまとめられてはいかがでしょうか。<br>◎利用者の入所継続の要否判定が実施されていませんでした。介護保険上は特別養護老人ホームも在宅復帰の可能性を検討することとされていますので、契約書に定めている「定期的に実施される入所継続検討会議」の場で一緒に検討され、記録とともに残されることを提案します。 |
| 4<br>地域連携     | (1)医療機関・他機関との連携<br>自己評価：N0. 60-61 | 入院時・退院時には、利用者・家族の不安がないよう状況を説明し、フォローされています。<br>居宅介護支援事業所や病院などの関係機関とその担当者を生活相談員がリスト化し、把握・連携されています。  |
|               | (2)権利擁護事業の取り組み<br>自己評価：N0. 62     | 利用者の判断能力が低下した場合には、権利擁護に関する情報を利用者・家族に提供し、関係機関や相談機関などと連携し、成年後見制度の利用などに繋げておられます。また、職員にも研修を通じて、制度を周知されています。   |
| 5<br>施設設備環境   | (1)施設設備<br>自己評価：N0. 63-64         | 室内に多くの蛍光灯を設置することで、屋内でも明るい環境となっており、共有部分の食堂には雑誌も置かれています。<br>各ベッドにスマートフォンと連動したナースコールが設置されており、迅速に対応されています。  |
|               | (2)施設内環境衛生<br>自己評価：N0. 65         | おむつ交換時には、排泄物を個別に廃棄して臭いを抑えたり、加湿器を設置し、2時間毎の定期的な換気を行うなど、空気清浄機は設置されていませんが、事業所内の異臭は全く感じませんでした。   |

# 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。     | B | B |  |

### (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。   | D | C | ○ |
| 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。 | A | 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。          | A | 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。 | A | 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。                       | A | A |  |

| 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 | B |  |
|----|--------|---|---|---|--|

**(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。 | B | 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。         | A | A |   |
| 21 | 利用者満足の向上       | 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っていますか。                   | C | C |   |
| 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。                 | C | C |   |
| 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。               | A | 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。                   | D | D | ○ |

**(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。 | C | 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。           | C | 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。                         | A | A |  |

**(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。                           | A | A |  |
| 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。                          | B | 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。         | B | B |  |

## 自己評価・第三者評価の結果（サービス編：特養）

| 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、楽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。       | B | A |  |
| 2 | 食事の選択       | 食事の選択が可能になっていますか。                         | A | A |  |
| 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。                  | B | B |  |

#### (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 | 身体の状況に応じた入浴方法 | 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。 | A | 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    | おむつやおむつカバー、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。      | A | A |  |

| NO.                  | 小項目               | 設問  | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の必要性 |
|----------------------|-------------------|---|------|-------|--------|
| <b>(5) 自立支援</b>      |                   |   |      |       |        |
| 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     |        |
| <b>(6) 外出や外泊への援助</b> |                   |   |      |       |        |
| 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                           | B    | 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     |        |
| <b>(7) 会話</b>        |                   |   |      |       |        |
| 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    | B     | ○      |
| 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     |        |
| <b>(8) レクリエーション等</b> |                   |   |      |       |        |
| 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。                   | A    | 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。 | A    | 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。                              | D    | B     |        |
| <b>(9) 認知症高齢者</b>    |                   |   |      |       |        |
| 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。  | B    | B     |        |
| <b>(10) 入所者の自由選択</b> |                   |   |      |       |        |
| 33                   | 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     |        |
| 34                   | 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     |        |

| 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 | 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 |  |
| 36 | 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 | A |  |
| 37 | 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。 | B | B |  |
| 38 | 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

|    |                     |   |   |   |  |
|----|---------------------|---|---|---|--|
| 39 | 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 |  |
| 40 | 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。                  | B | B |  |
| 41 | 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

|    |                   |   |   |   |   |
|----|-------------------|---|---|---|---|
| 42 | 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 |   |
| 43 | 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 |   |
| 44 | 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 |   |
| 45 | 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 |   |
| 46 | 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 |   |
| 47 | 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 | ○ |
| 48 | 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 |   |
| 49 | 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | 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、取組を行っていますか。   | C | C |   |

## (3)リハビリテーション

|    |                   |   |   |   |  |
|----|-------------------|---|---|---|--|
| 50 | 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 |  |
| 51 | 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 |  |
| 52 | 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 |  |
| 53 | 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。         | D | C |  |

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

**(4)社会サービス**

|    |             |                               |   |   |  |
|----|-------------|-------------------------------|---|---|--|
| 54 | 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 |  |
| 55 | 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 |  |
| 56 | 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**

|    |              |  |   |   |  |
|----|--------------|--|---|---|--|
| 57 | 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。 | B | B |  |
| 58 | 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。                     | D | C |  |
| 59 | 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**

|    |             |  |   |   |  |
|----|-------------|--|---|---|--|
| 60 | 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 |  |
| 61 | 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、各種施設と連携が取れていますか。 | A | A |  |

**(2)権利擁護事業の取り組み**

|    |         |  |   |   |  |
|----|---------|--|---|---|--|
| 62 | 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**

|    |           |                                   |   |   |  |
|----|-----------|-----------------------------------|---|---|--|
| 63 | 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。       | A | A |  |
| 64 | 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**

|    |       |              |   |   |  |
|----|-------|--------------|---|---|--|
| 65 | 異臭の有無 | 施設に異臭がありますか。 | B | A |  |
|----|-------|--------------|---|---|--|