

# 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7年11月18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7年6月9日
	訪問調査日	令和7年8月8日
	評価結果の確定日	令和7年10月31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 鈴が峰	種別	介護老人福祉施設		
事業所代表者名	施設長 己斐 聡美	開設年月日	平成13年6月1日		
設置主体	社会福祉法人 三篠会	定員	70人	入居者数	70人
所在地	〒731-5122 広島市佐伯区五日市町大字皆賀104-27				
電話番号	082-943-8888	FAX番号	082-924-9032		
ホームページアドレス	<a href="https://www.misasakai.or.jp/shisetsu/suzugamine.php">https://www.misasakai.or.jp/shisetsu/suzugamine.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 (特別養護老人ホーム・ケアハウス・GH)	定例行事: 買い物、誕生会、茶話会、訪問理美容、
○在宅支援 (通所介護・訪問介護・短期入所生活介護)	音楽セラピー、外部講師によるレクリエーション
○居宅介護支援事業所	カラオケ大会、避難訓練 (年2回)、土砂災害訓練 (年1回)
	季節行事: お花見会、外出行事 (春・秋)、健康診断、
	開設記念式典、七夕会、盆法要、そうめん流し、敬老記念式典、
	鈴が峰秋祭り、クリスマス会、忘年会、餅つき、カーブ観戦
	新年互例会、新年会、報恩講、節分、ひな祭り

居室の概要		居室以外の施設設備の概要	
● 総居室数	27 室	○食堂	3か所
・居室内訳 (個室)	4 室	○大ホール	3か所
(2人部屋)	13 室	○浴室	3か所
(3人部屋)	室	○集会室	か所
(4人部屋)	10 室	○機能訓練室	1か所
		○クラブ室	か所
		○医務室	1か所
		○家族室	か所
		○談話室	1か所
		○静養室	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	1人(0人)
医師	2人(1人)	機能訓練指導員	1人(1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	30人(24人)	事務員	1人(0人)
看護職員	5人(4人)	宿直員	2人(0人)
栄養士	1人(1人)		人(人)

## II. 第三者評価結果

### ◎評価機関の総合意見

特別養護老人ホーム鈴が峰は、広島市の自然豊かな佐伯区にあり、閑静な住宅街の山手側に位置しています。平成13年に設立された3階建ての高齢者施設であり、玄関には、ゆったりとくつろげるオープンカフェスペースが目を引きまします。床や居室の扉も落ちついた色味で統一され、和の雰囲気テーマにした空間が広がっています。福祉サービス第三者評価は3年ごとの受審となり、前回評価時に助言があった事項の改善も多くみられました。今後は、複合型福祉施設の強みを活かした、地域に開かれた施設運営を期待します。

### ◎特に評価の高い点

- (1) 職員採用は、職員配置計画に基づいた、採用活動が行われています。半年に一度、職員は個人目標シートを記入し、一人ひとりの目標設定と達成状況が把握され、その結果が研修計画に活かされています。定期的に職員の就業状況のチェックや個別面談が行われ、意向や意見を吸いあげるとともに、その結果に基づき、職員体制の見直しや改善策を講じられています。(管理運営編\_No.9:人事管理の体制整備、No.10:職員の就業状況への配慮、No.11:職員の質の向上に向けた体制)
- (2) 以前は食器の洗浄を朝昼晩の3回行われていましたが、食器乾燥機の導入により1回で済むようになりました。洗浄に充てていた時間を調理に使うことができるようになり、カット野菜の使用をやめたことで、コストカットを実現されています。また、ベトナムからの技能実習生にレシピを教わり、バナナの天ぷらなど利用者が楽しめるベトナム料理が提供されています。(サービス編\_No.5:栄養管理)
- (3) 入所時には利用者・家族の意見を取り入れたケアプランが策定されるとともに、医師を含めた多職種が出席するケアカンファレンスが定期的に行われています。会議録は紙媒体で回覧され、確認したらサインをすることで、欠席した職員にも漏れなく共有されています。(サービス編\_No.39:ケアプランの策定(入所者の意見の反映))

### ◎特に改善を求められる点

- (1) 中長期的なビジョンと計画については、前回の第三者評価受審時に、改善を求められる点として挙げられていましたが、取り組みを進められていないようでした。今後の中長期計画はビジョンとして持たれており、柔軟に対応もされていますが、明文化されているものが確認できませんでした。まずはキャンパス単位で、事業所としての中長期計画を作成されることを提案します。(管理運営編\_No.3:中・長期的なビジョンと計画の明確化)
- (2) 苦情以外の意見については、マニュアルは整備されていませんが、日常のルーティン業務として、迅速に対応されています。現在対応されていることを文書化し、マニュアルを作成されてみてはいかがでしょうか。(管理運営編\_No.21:利用者満足の向上)
- (3) 現在は誕生日会にご家族の招待はされていないようですが、今後、状況に応じて、ともに参加できるイベントの機会を少しずつ増やしていかれてはいかがでしょうか。(サービス編\_No.26:家族・ボランティア等の参加)
- (4) 入退所時の相談に関するマニュアル作成ならびに記録の内容が弱く感じます。事業所として入退所のマニュアルが作成されれば、相談員の急な欠員の場合にも、マニュアルに沿って対応することが可能となります。記録についても入所に関する記録と同様に、退所に関する記録を作成されることを提案します。(サービス編\_No.57:専門職員による入退所相談)

## III. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

3年おきに評価を受け、評価機関の助言やご利用者及びご家族からのご意見をもとに、数ある課題の一つずつ取り組んでいます。課題への取り組みに対して、改善できているのか悩むこともありますが、定期的に第三者評価を受けることで改善できている事・出来ていない事を確認し整理することで、出来ていないことについては、引き続き職員会議等を利用して改善策を話し合い取り組んでいきたいと思ひます。

また、前回の助言が全て取り組んでいる訳では無く、また新たな課題も評価の中から出て来てるため、この点についても評価内容を職員会議等で共有し従前の課題とともに改善を進めて行きたいと思ひます。

コロナ禍以前のような地域との交流については昨年からは少しずつ再開を進めておりますが、ご家族の行事参加については十分に行えていないため、地域との交流も活かしつつご家族の行事への参加についても企画していきたいと思ひます。

今回の評価結果を真摯に受け止め、今後の事業所運営に活かしていきたいと思ひます。

## IV. 項目別の評価内容

## 1 管理運営編：特別養護老人ホーム鈴が峰

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	関東にも事業を展開する大きな法人となり、理事長と職員が直接話す機会を持つことが難しく、関係性が希薄になった経緯から、理念や基本方針を明文化した「歩・実・心(あゆみのこころ)」というポケットサイズのハンドブックが作成され、職員全員に周知されています。新任研修は必ず集合型で行われ、理事長自らが説明されています。また、利用者や家族に対しても、入所時に説明の機会を設けられています。
	(2)計画の策定 自己評価：NO.3-4	事業計画については、グループホームや地域密着型デイサービスセンターの運営推進会議も参考にしながら、リーダー会議で策定されています。策定後は主任やリーダーから、職員へ伝えられています。これまでは各事業所ごとに教育が行われてきましたが、今年度からは重度心身障害者施設と高齢者施設での連携した教育を検討されています。◎前回の第三者評価受審時に、改善を求められる点として挙げられていましたが、取り組みを進められていないようでした。今後の中長期計画はビジョンとして持たれており、柔軟に対応もされていますが、明文化されているものが確認できませんでした。まずはキャンパス単位で、事業所としての中長期計画を作成されることを提案します。
	(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	毎月開催されるリーダー会議において、施設長から法令遵守やサービス向上について発信する機会を設けられています。また、法人の個人面談のルールが定められており、昨年度は全職員と、人事希望面談を含めた面談を2回実施しています。日頃から職員とコミュニケーションを積極的にとり、士気の向上に努められています。
2 組織(法人または事業所) の運営管理	(1)経営状況の把握 自己評価：NO.7-8	施設長は業界専門誌や各種新聞などから情報収集することにより、社会福祉事業全体の動向を把握しておられます。また、町内会との連携により、地域ニーズの把握に努められています。財務諸表や利用状況を通じて事業の収支状況を確認し、必要な対処を随時行われています。
	(2)人材の確保・養成 自己評価：NO.9-12	職員採用については、職員配置計画に基づいた、採用活動が行われています。半年に一度、職員は個人目標シートを記入し、一人ひとりの目標設定と達成状況が把握され、その結果が研修計画に活かされています。定期的に職員の就業状況のチェックや個別面談が行われ、意向や意見を吸いあげるとともに、その意見等に基づき、職員体制の見直しや改善策を講じられています。年間の研修計画に沿って職員研修を実施するとともに、外部研修についての情報提供が行われ、希望者が受講できる仕組みが整えられています。実習生の受け入れについては、実習指導者講習を受講した職員を中心として積極的に行われており、法人として定められている「実習の心得」を基に実施されています。社会福祉士の実習については、実習プログラムと指導計画が準備されていました。◎今後は他の資格の実習プログラムと指導計画を準備することを、目標にされてはいかがでしょうか。
	(3)安全管理 自己評価：NO.13	緊急時の各種マニュアルが整備・周知され、緊急時には関係職員への連絡体制が整えられています。事故防止委員会で、事故やヒヤリハットの事例を共有されています。昨年度は、労働災害削減を目標とした転倒予防の取り組みが二度行われ、各部署でリスクのある場所を確認されていました。

2 組織（法人または事業所）の運営管理	(4)設備環境 自己評価：NO.14-15	エレベーターやトイレは障害者対応の設計になっています。車椅子は複数用意されており、利用者の体形にあわせて調整が行われています。施設の共有部分については、就労継続支援B型事業所に委託し、1日に1回、丁寧な清掃が行われています。居室については、出勤状況により1日に1回以上の清掃が難しい場合がありますが、離床時には、常に綺麗に整えるよう配慮されています。
	(5)地域との交流と連携 自己評価：NO.16	新型コロナウイルスの影響で地域との交流行事は少なくなりましたが、敬老会開催などの情報提供が行われています。在宅生活を支援するための専任の相談員が配置され、地域の福祉ニーズの把握に努められています。昨年度は未実施だった認知症カフェ「喫茶去(きつきこ)」については、今年度から少人数制で再開されています。
	(6)事業の経営・運営 自己評価：NO.17-18	財務諸表を公開する規程が整備されていますが、広報紙が作成されていないため、公表には至っていませんでした。 ◎部署ごとに家族へおたよりや写真を送るなど、個別に対応されているので、広報紙を定期的に作成し、経営等の報告に活用されてはいかがでしょうか。
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 自己評価：NO.19-24	法人として個人情報保護規程が策定され、取り扱いについてのマニュアルも整備されています。1階と3階に面談室が設けられており、個別相談時のプライバシーは守られています。利用者・家族からの苦情については、法人の「苦情処理解決に向けての処理要綱」に沿って対応されています。傾向として個別ケースが多いため、公開には至らず、面談や電話で対応されているようです。 ◎苦情に至らない意見については、マニュアルは整備されていませんが、日常のルーティン業務として、迅速に対応されています。現在対応されていることを文書化し、マニュアルを作成されてみてはいかがでしょうか。
	(2)サービス・支援内容の質の確保 自己評価：NO.25-28	法人として福祉サービス第三者評価を3年ごとに受審するルールが定められ、受審結果についてはホームページで公開されています。個人情報の取扱いに関する規程が法人で定められており、定期的に研修も行われています。文書管理については法人が定める規程のほかに、広島市の条例に基づき、適正に管理されています。前回の評価で改善の提案があった、個々のサービスに関するマニュアルの整備や把握については、マニュアル化されたことにより改善がみられました。しかし、今回の評価受審においても、限られた職員で自己評価が実施されていました。 ◎今後は、多数の職員で自己評価に取り組み、事業全体の質の向上をより目指されることを提案します。
	(3)サービスの開始・継続 自己評価：NO.29-32	法人ホームページのほかに、各施設ごとのFacebookが作成されており、日頃のトピックスが発信されています。現在、施設内見学は再開されていませんが、利用相談については、継続して随時受け付けられています。 サービス開始時には、生活相談員が利用約款や重要事項説明書を丁寧に説明し、同意を得たうえで、写しを渡されています。また、書類については視認性を高くするためフォントを大きくしたり、できるだけわかりやすい表現にするなど工夫されています。 サービスの終了・変更・移行についても、利用約款や重要事項説明書のとおり、利用者や家族に同意を得たうえで行われ、必要な情報共有が行われています。

## IV. 項目別の評価内容

## 2 サービス編：特別養護老人ホーム鈴が峰

1 日常生活援助サービス	(1)食事 自己評価：NO.1-5	<p>食堂内は広々としており、落ち着いた雰囲気です。食事が楽しめる空間になっています。車椅子の利用者も楽な姿勢で食事ができるよう、高さ調節のできるテーブルを配置され、足踏み台を活用されていました。</p> <p>主食は、パンも選択可能で、常温ではなく温めたものを提供する提案など、利用者のことを考えた工夫が行われています。</p> <p>看取り期の利用者については家族に好きなものを伺い、口を湿らせる等の工夫により味わっていただけるよう取り組まれています。</p> <p>以前は食器の洗浄を朝昼晩の3回行われていましたが、食器乾燥機の導入により1回で済むようになりました。洗浄に充てていた時間を調理に使うことができるようになり、カット野菜の使用をやめたことで、コストカットを実現されています。</p> <p>ベトナムからの技能実習生にレシピを教わり、バナナの天ぷらなど利用者が楽しめるベトナム料理が提供されています。</p> <p>また災害時の備蓄についても、同じ敷地内の重症児者生活支援施設と分散管理の体制がとられていました。</p>
	(2)入浴 自己評価：NO.6-9	<p>安全に入浴いただくために、利用者の身体状況に合わせて、一般浴、特別浴、リフト浴での入浴が行われています。タオルも使用枚数に制限はなく、自由に使用することができます。</p> <p>入浴の際に皮膚の状態を確認し、異常があれば看護師と連携する体制が整えられています。前回の評価で事業所独自のマニュアル作成について改善の提案がありましたが、今回は独自の入浴マニュアルが作成されており、改善がみられました。</p>
	(3)排泄 自己評価：NO.10-14	<p>オムツについて、種類ごとに綺麗に整理整頓されていました。</p> <p>排泄と褥瘡の担当者を設け、月に1回各部署で行われる会議の中で、利用者にあうパットの種類やオムツのサイズを検討し、褥瘡予防につなげています。立位が難しい人にはスタンディングリフト等福祉用具を使用し、トイレ誘導を行っています。排便が困難な利用者に対しては、個別に排泄を記録することで、排便のタイミングを見える化し、便秘を防ぐ取り組みが実施されています。</p> <p>会議録については、部署ごとに記録が作成されています。</p>
	(4)寝たきり防止 自己評価：NO.15-17	<p>生活のメリハリをつけるために必ず声掛けが行われており、着脱は自立している利用者については、着替えやすいように配慮されています。日常の中でもリハビリが行われるよう、トイレ誘導では支援バーを使用し、立位での排泄ケアや、車椅子の人は、状況に合わせて起座できるように取り組まれています。</p> <p>日中は理学療法士による週に1回のリハビリ体操や、カラオケなどのグループ活動が行われています。</p>
	(5)自立支援 自己評価：NO.18-19	<p>月に1回のカンファレンスでは利用者の日常動作を多職種の専門職のもとで評価しています。機能訓練加算を取得されており、計画書にも記載されています。車椅子でも正しい座位が保てるよう、高さの異なる足踏み台を利用者ごとに組み合わせて使用するなど、自助具にも配慮されています。</p>
	(6)外出や外泊への援助 自己評価：NO.20-21	<p>花見などの季節行事やカープ観戦など、利用者の意向を聞きながら、外出の機会を計画されています。今年度は新しく建設されたスタジアムパークなど、新たな外出先についても検討されています。</p> <p>家族には入所面接時に、外出・外泊について説明されており、来所での申請以外にスマホで二次元コードを読み取り、オンラインフォームで申請できるようになっています。</p>

1 日常生活援助サービス	(7)会話 自己評価：NO. 22-23	「虐待の定義や身体拘束に伴う弊害」をテーマとして虐待防止研修を開催し、職員自身が支援方法を見直す機会としています。 コミュニケーションが取りにくい利用者には、身振り手振りやサインなどで会話ができるよう努められています。 ◎体操の時間など利用者が集まる時を、話を聞く機会とされることを提案します。
	(8)レクリエーション等 自己評価：NO. 24-26	利用者の好みや状況にあわせたレクリエーションを考え、無理強いしない声掛けが行われています。コロナ前は地域住民が参加する行事が行われていましたが、コロナ禍以降、ともに参加できる行事が開催できない状況が続いていました。しかし町内会主催の秋祭りのおみこしの出発点を事業所に設定してベランダから応援したり、移動動物園を招いたり、少しずつイベントの機会が回復するよう取り組まれています。 ◎現在は誕生日会にご家族の招待はされていないようですが、今後、状況に応じて、ともに参加できるイベントの機会を少しずつ増やしていかなければいかげんでしょうか。
	(9)認知症高齢者 自己評価：NO. 27-32	夜間の睡眠状況を看護職、介護職等で共有し、不眠等がある場合は、症状の原因を考え、対応方法を検討されています。精神科医の2週間に1回の訪問診療の際には、対応について助言をいただいています。 行動抑制・拘束はやむを得ない場合をのぞき、極力行わないようにしています。実施する場合は家族へ事前に経緯を説明し、同意を得たうえで短時間の実施となるよう配慮されています。 家庭の雰囲気大切にされており、トイレの表示は花が飾られ、通路にも随所に置物が置かれていたり、施設を感じさせない落ち着いた雰囲気づくりをされています。 利用者がわかりやすいように居室の入り口に大きく名前を記入して掲示するなど、一人ひとりの状況にあわせた工夫がみられました。 ◎認知症の利用者に対するマニュアルが作成されており、前回の評価時よりも改善されていましたが、事業所独自のマニュアルではありませんでした。今後の更なるサービス向上のためにも、事業所で行われている取り組みを文書化することをおすすめします。
	(10)入所者の自由選択 自己評価：NO. 33-38	月に1回、2業者による移動販売が行われており、利用者の楽しみになっています。事業所として現金は預かっていないため、購入料金は利用料に上乗せする仕組みが作られ、利用者・家族にも説明されています。 施設の1階には無料で利用できる喫茶スペースが設けられており、そちらを利用する人もおられます。 訪問理美容も自由に選択でき、化粧などのオプションも選べるように配慮されています。利用者の誕生日にはプレゼントにあわせた服装を提案したり、ポップな色味を選択ができるなど工夫されています。
2 専門サービス	(1)施設サービス計画 自己評価：NO. 39-41	入所時には利用者・家族の意見を取り入れたケアプランが策定されるとともに、医師を含めた多職種専門職が出席するケアカンファレンスが定期的に行われています。会議録は紙媒体で回覧され、確認したらサインをすることで、欠席した職員にも漏れなく共有されています。 ケアプランは介護記録システムに記録されています。法人として早くから電子システムを導入する先駆的な取り組みが行われており、記録方法が標準化されているため、記録が積みあげられ、ケアの選択肢が広がることが、事業所としての強みになっています。

2 専門サービス	(2)看護・介護 自己評価：NO. 42-49	<p>看取りを実施されており、状態が変化した時点で家族に連絡しています。多職種で連携し、必要に応じてインフォームドコンセントも行われています。</p> <p>利用者に対する服薬管理について、前回の評価受審を経て、副作用についての勉強会が開催されており、改善がみられました。</p> <p>毎週訪問歯科が来所し、定期的な指導のもと、口腔ケアが実施されています。医師からの指導内容の記録も、職員間で共有されています。</p> <p>喀痰吸引については、医療度の高い利用者の人数は減少していますが、指針が作成され、看護師の指導のもと、適切な対応が行われています。</p>
	(3)リハビリテーション 自己評価：NO. 50-53	<p>日常生活上での残存機能を維持するための生活リハビリが行われ、利用者ごとに個別に記録されています。管理栄養士と理学療法士が連携し、利用者にあう福祉用具や食事用の道具等が選定され、より利用者の使い勝手がよくなるように改造されています。</p> <p>また、新しい介護用品については、販売事業者から日々情報収集をされています。事業所パンフレットにも積極的な福祉用具の活用について記載し、家族に周知されています。</p> <p>機能訓練については医師やセラピストによるモニタリングが行われ、看護・介護職員ともに情報共有されています。</p>
	(4)社会サービス 自己評価：NO. 54-56	<p>利用者の健康状態について、ケアプランとして書面での報告を行うとともに、看護職員から現在の状態をお伝えしています。家族から問い合わせがあった場合には、都度丁寧に対応されています。</p> <p>経済的・社会的な相談があった場合には、生活保護の所管部署への相談や、「かけはし」「成年後見制度」など権利擁護事業についても案内されています。</p>
3 その他の	(1)入退所に関する項目 自己評価：NO. 57-59	<p>入退所については、多職種による検討のもとで行われています。入退所は主に相談員が対応されていますが、マニュアルの整備がされていませんでした。また、入所に関する記録のみで、退所に関する記録は確認できませんでした。</p> <p>◎入退所時の相談に関するマニュアル作成ならびに記録の内容が弱く感じます。事業所として入退所のマニュアルが作成されれば、相談員の急な欠員の場合にも、マニュアルに沿って対応することが可能となります。記録についても入所に関する記録と同様に、退所に関する記録を作成されることを提案します。</p>
4 地域連携	(1)医療機関・他機関との連携 自己評価：NO. 60-61	<p>入院時・入院中について家族と密に連絡をとって情報交換が行われています。治療後も医療機関の看護サマリーを参考に、療養計画を立てられています。</p> <p>関係機関の担当者等情報一覧は、パソコン上で管理されています。また、行政から地域会議の案内がある場合には、必要に応じて、積極的に参加されています。</p>
	(2)権利擁護事業の取り組み 自己評価：NO. 62	<p>成年後見制度、任意後見制度などの権利擁護事業については、最新の情報をeラーニング(インターネットを利用して、パソコンやスマートフォンを利用して学習する方法)を用いた研修で周知されています。</p>
5 施設設備環境	(1)施設設備 自己評価：NO. 63-64	<p>施設は「和の雰囲気」で統一され、快適性が感じられます。多床室では、夜にテレビやラジオを使用する際にはイヤホンを着用いただくよう説明されており、騒音に対する配慮がなされています。</p> <p>ナースコールについては全体的に見直しを行い、夜間もライトが廊下にも点灯するものが導入され、より確認しやすいものになっています。</p>
	(2)施設内環境衛生 自己評価：NO. 65	<p>施設内は常に換気が行われ、除菌・消臭機能付きの機器が稼働しており、異臭への対応がされていました。訪問調査時にも、異臭は全く感じられませんでした。</p>



## 自己評価・第三者評価の結果（管理運営編：特別養護老人ホーム鈴が峰）

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	D	○
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。	C	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。	B	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。	B	B	
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。	B	B	

## (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。	B	B	
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。	B	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	B	

## (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。	B	A	
15	環境衛生	事業所(施設)は、清潔ですか。	C	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	利用者地域との関わりを大切に、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	B	
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。	B	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	A	
21	利用者満足度の向上	利用者満足度の向上に向けた取り組みを行っていますか。	D	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。	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	B	
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。	C	C	

## (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	C	
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。	A	A	
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。	B	B	
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	A	

## 自己評価・第三者評価の結果（サービス編：特別養護老人ホーム鈴が峰）

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	B	
2	食事の選択	食事の選択が可能になっていますか。	D	C	
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。	B	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。	B	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	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。	D	C	
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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	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。	D	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。	B	B	
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。	B	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	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。	C	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。	B	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。	B	B	

## (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。	C	B	
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。	D	B	
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。	C	C	○

## (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。	B	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。	C	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。	B	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。	C	B	
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。	C	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	

## (10)入所者の自由選択

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。	B	B	
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。	B	B	

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。	C	C	
38	施設外部との交流	施設外部との交流が自由ですか。	B	B	

## 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。	B	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	A	
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。	B	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。	A	A	
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。	B	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。	A	A	

## (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。	B	A	
51	用具の工夫	自助具や介助用品の作成や改造などをしていますか。	B	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。	B	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。	C	A	

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。	B	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。	C	B	
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。	B	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。	C	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。	B	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。	B	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。	C	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。	B	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。	B	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	B	
----	-------	--------------	---	---	--