

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

株式会社 CoAct

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームうさみの園	種別：特別養護老人ホーム			
代表者氏名：志太佐知江	定員（利用人数）100名（内ショートステイ20）			
所在地：静岡県伊東市宇佐美 2403-1				
TEL：0557-47-6200	ホームページ： https://kansekien.com/usami/			
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：2005年4月				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人鑑石園				
職員数	常勤職員： 64名	非常勤職員	17名	
専門職員	（医師）	1名	（介護支援専門員）	4名
	（看護師）	4.8名	（機能訓練指導員）	2名
	（栄養士）	1名	（管理栄養士）	2名
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）	

③理念・基本方針

（1）理念

一人ひとりを主人公に

（2）基本方針

一人ひとりの歩んできた道を尊重し自分らしく自由に

④施設・事業所の特徴的な取組

（1）ユニットケアを実施することにより、利用者と職員間において馴染の関係を作ることにより、明るく家庭的な雰囲気を作り、自宅での生活の延長線上の環境を提供する。

（2）定期的に様々な災害を想定した防災訓練を実施し有事の際に安全な行動がとれるように備えている。

（3）桜まつりや七夕まつりなど季節に合わせた行事を施設全体で開催している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年11月1日（契約日）～ 2024年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（-）※初めて

⑥総評

◇特に評価の高い点

【共通評価基準】

- ・理念、方針や経営状況の把握、事業計画策定は多くの項目で高い評価となっている。社会福祉事業全体の動向については、法人本部が把握し分析結果を提供し、伊東市の利用者数や福祉サービスのニーズなどの分析を行い経営環境を把握したうえで必要な変更を行っている。また経営課題について管理運営会議などで共有することで事業所としての取組に繋げている。中長期的なビジョンや計画も具体的に設定され、必要な部分には数値目標が設定されている。
- ・経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮するという項目では人事、労務、財務等の状況について分析結果の共有から、人材確保定着委員会において施設長も参加のもと介護職員から出た意見を幅広く聞き入れる体制もある。具体的な取組として電気代の高騰によりデマンドを導入し全職員に使い方や説明を徹底することで職員の意識を向上させることもできている。
- ・人事管理において「期待する職員像」の共有と人事評価シートを使った評価・分析・採用・異動など実施している。その他にもキャリアパスや処遇改善手当の支給に関する取り決めなどで職員への周知を図り、異動希望など施設長自らが個人面談で職員から希望を聞き、できるだけ希望通りに話を進めるなど取り組みがされている。
- ・プライバシーの保護については入浴・排泄マニュアル等にプライバシー保護について記載があるほか、入社時の誓約書や新人職員研修などでプライバシー保護については周知されている。玄関にプライバシー保護と権利保護に関するポリシーが貼るなど取組がなされている。
- ・感染症について、指針やマニュアルが整備されており各フロアに配置。定期的な見直しも行われており研修も実施している。新型コロナウイルス感染症の対策として玄関に体温計や手指消毒が設置。訪問者の体調確認など実施。面会の対応も工夫されている。感染症のBCPにおいても現在作成中など継続した取組みが確認できた。

【内容評価基準】

- ・移動支援について移動介助マニュアルが整備され、自力での移動を促しており車イスの利用者にもできるだけ自走で移動できるような声掛けをしている。歩行器、車イス、杖、手すりの利用など利用者の状況に応じた方法での移動ができる体制がある。状態の変化についてはモニタリングによる検討とケアプランの見直しを行っている。その他、廊下を広く設計し、動線に物を置かないよう配慮し利用者が移動しやすい環境を整えている。ナースコールを利用しできるだけ早く利用者の移動希望に応じている。送迎時は運転手振り返りチェックシートで安全に配慮するなど多くの取組が確認できた。
- ・食事の提供について居室担当者、看護師、ケアマネージャー、管理栄養士が話し合い栄養ケア計画書を作成。計画書は毎月チェックし半年ごとに更新するなど栄養ケアマネジメントが実施されている。計画書では食事をゆっくり食べる方には早めの提供をし、早く食べる方には小さめのスプーン使用するなど食事のペースに配慮している。利用者の心身の状況に合わせ箸、スプーン、自助具を利用、とろみ食やきざみ食を用意したり、体調変化時にはおかゆに変更したりポカリスエットを提供するなど工夫している。食事

介助マニュアルを活用し口やのどが見えるように座る位置なども意識している。食事での事故発生に備えて日頃から誤嚥事故発生対応フローで確認している。24時間生活シートに毎食時の摂取量を記録し、把握するようにしている。

・健康管理について看護師が毎朝健康チェックを行っている。昼夜問わず2時間（看取りや発熱の方は1時間）以上空けることなく見守りや声掛けを行っており、体調の変化や異変に早く気付けるよう工夫している。服薬については服薬研修を行い、服薬表で管理、セッター、服薬者はダブルチェックを行いミスを防いでいる。

◇改善を求められる点

【共通評価基準】

・事業計画の周知等については1階ロビーに掲示し入所契約時に相談員が口頭で説明しているが、新型コロナ感染症流行もあり施設に来園する利用者家族は限られているため、周知は部分的と評価。コロナ前は家族会を開いており、その際に説明を行っていたが現在は行われていない。事業計画の主な内容についてわかり易く説明した資料の工夫なども今後の改善の余地が見られた。

・組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施する項目については、個人面談や自己評価はしており、職員間での課題の共有は各ユニット会議で話し合いができています。前述の取り組んでいる個人面接や自己評価の分析が不十分で職員間で出た課題についても文章化されていないなど改善の余地がみられた。

・ボランティアの受け入れについて伊東市主催のボランティア受け入れに協力している。園の祭りでの利用者の移動ボランティアに近隣の高校生の受け入れを行っているなどしている。ボランティア受入の際には事前にその時に合わせた注意事項については口頭にて説明しているなど取り組みはされている。ボランティア受入の基本姿勢の明文化や受け入れについての登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等が記載されたマニュアル等の確認がまた、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援も確認できなかった。

・関係機関の連携について年に4回市連絡協議会に参加しているほか、地域包括支援センターから地域ケア会議への出席要請があった場合に出席している。主に居宅介護支援事業所で定期的な連絡会への参加、地域のネットワーク化に取り組んでいるが、成年後見人などの個別の資料は用意しているが、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料の作成が不十分で、関係機関、団体の機能や連絡方法を体系的に明示できるものが確認できなかった。

・利用者満足の向上を目的とする仕組み新型コロナ感染症の流行前には家族会を実施。家族会には施設長、相談員、ケアマネ、看護係長、介護主任の出席は決められていて、他職員も希望があれば出席可能としていた。家族会に合わせて家族アンケートの聴取を実施し、結果の集計を介護現場に配布していた。現在は実施しておらず、別の方法も確認できなかった。

【内容評価】

内容評価全体については各項目で既に取り組みがされている部分が多く、その中で部分的にできていない所が確認されており、改善することで評価が変わり項目が多く見られた。

・権利擁護について、身体拘束のマニュアルや身体拘束に関する文書、同意書などは整備されている。苦情の窓口のお知らせも利用者や家族に周知している。虐待防止と身体拘束廃止委員会が月に一回開かれており委員会で再発防止についても検討されている。拘束や虐待に関する規定はある。議事録や規定など現場にも回覧しているなど取組はされているが、職員それぞれの読み込みや把握ができていないことが多い、この点においては施設でも課題と認識し努力をしている。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価においての指摘箇所については、真摯に受け止め施設及び各部署にてすでに改善を進めております。

コロナ過で開催されていなかった家族会は、再開したいと考えております。

より良い施設になるよう職員一同一丸となり努力していきます。

⑧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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
- b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
- c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針はホームページなどに記載されている。基本方針の内容も特にならなく、具体的な内容になっている。毎年4月の職員全体会議では基本方針を伝えていたが、コロナ中は集合研修をしておらず1階エレベーター付近に張り出してあるのみである。周知については不十分と評価。利用者や家族への周知は、入所申し込み時にパンフレットを使って説明をし、契約時には相談員が契約書とともに口頭で説明している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向については、法人本部が把握し分析結果を提供している。伊東市の利用者数や福祉サービスのニーズなどの分析を行い経営環境や把握した上でサービスの縮小を決定するなど事業の判断に反映させている。事業別利用実績を毎月分析しており、施設長から管理運営会議で報告周知している。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
<p><コメント></p> <p>毎月実施している管理運営会議で、課題の共有をして課題解決に向けた努力をしている。管理運営会議には、施設長をはじめ各部署長が参加しており、様々な活発な意見が運営会議録で確認できる。運営会議録は作成し次第、各部署に配布され周知が図られている。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>中長期計画は具体的な計画が記載されておりそれに向けた経営課題なども話し合われている。中長期計画が事業計画書の中に例えば稼働率向上 98%というような具体的な目標設定されるなどしており、管理運営会議にて共有されている。今年度経営状況や地域課題の問題が話し合われサービス縮小の選択をするなど必要におじて計画の見直しを行っている。</p>		
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> <p>中長期計画の内容が事業計画に反映しており、可能な具体的な内容になっていた。年度途中でサービス縮小の選択をしており、机上だけの計画ではなく現実問題を見据えた内容に変更している。計画の中には満床率など具体的な数値設定がなされている。また、行事計画以外にも委員会活動や研修計画なども入っており目標に向けた具体的取り組みも記載されている。計画作成時点より、コロナの問題が大きくなり計画変更を余儀なくされている部分もある。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画は毎月行われる管理運営会議にての課題を集約して作っている。事業計画変更については理事会会議（議事録で確認）で議題に上がっており承認を得て変更に至るなど手順となっている。共有について事業計画は共有フォルダに入っており誰でも見ることができるが、それ以外の周知の場としてあった全職員の集合研修をコロナ中に行っていないことと職員アンケート結果から周知は不十分と評価。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>事業計画は1階ロビーに掲示してあるのと、入所契約時に相談員が口頭で説明をしているが、コロナもあり施設に来園する利用者家族は限られており周知は部分的。コロナ前は家族会を開いており、その際に説明を行っていたが現在は行われていない。事業計画の主な内容についてわかり易く説明した資料の工夫なども確認できなかった。</p>		

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> <p>自己評価表があり個人面談を年間計画の中に入れてある。全職員対象に個人面談のスケジュールを周知しており、自己評価表も二次評価までしている。個人面談の結果と自己評価の結果は法人本部にも送ってある。第三者評価については今回が初めての実施となり今回の評価には反映させず。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>個人面談や自己評価はしており、職員間での課題の共有は各ユニット会議で話し合いができています。しかし個人面接や自己評価の分析はされておらず、職員間で出た課題についても文章化されておらず、計画的に改善する仕組みもできていない。</p>		

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> <p>広報誌を通じて施設長の職務分掌も職員へ通知はしているが、それ以外の会議や研修において表明し周知が図られておらず、職員アンケートの結果から周知が不十分と評価。組織図が作られており、各委員会の長や有事における役割なども明確になっている。管理者が不在の際は代理の役職者も記載があることが確認できた。</p>		
11	<p>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。</p>	c
<p><コメント></p> <p>ここ数年トラブル等もなく利害関係者とは適切な関係を保っている。法令順守の観点では行政からの通達等を各部署長及び事務所内で回覧している。コロナ過で研修等が中止となるなど学んだり周知する機会が減少、職員アンケートの結果も含め新たな知識の取り入れ等に関しては不十分と評価。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>施設長が各委員会に参加しており、現状把握に努めている。サービス向上を目的とした委員会活動の開催や施設内研修の実施について積極的に取り組んでいるが評価分析が不十分。随時実施している人員確保定着委員会で施設長が各フロア介護主任、看護係長、総括係長より意見を聞き具体的体制を構築、問題解決を図る体制がある。上記委員会で解決できない内容、構築に対する意見は毎月実施しているリーダー会議にてリーダーの意見を聞き解決等に取り組んでいる</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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> <p>人事、労務、財務等の状況について法人本部への報告は管理者がしており、分析結果の共有もできている。人事確保定着委員会があり、介護職員から出た意見を幅広く聞き入れている。静岡県働きやすい介護事業所の認証も受けており職員の働きやすい環境整備等具体的に取り組んでいる。経営改善に向けた課題が出ると管理運営会議で相談をしている。電気代の高騰によりデマンドを導入し全職員に使い方や説明を徹底したところ職員自ら意識するようになってきている</p>		

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> <p>人材確保定着委員会がありキャリアパスを利用して育成に力を入れているが、方針としては明確化されていない。人員配置については介護保険法に基づいて行われている。直近では人材確保が困難なためサービス縮小を余儀なくされている。人材確保のためにハローワークへの求人募集や新人職員の研修計画などはできている</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>基本方針に期待する職員像が記載されており、それを元に人事評価シートを使い、評価・分析・採用・移動など活用している。その他にもキャリアパスや処遇改善手当の支給に関する取り決めなどで職員への周知を図っている。異動希望など施設長自らが個人面談で職員から希望を聞いておりできるだけ希望通りに話を進めている</p>		
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り組んでいる。	b
<p><コメント></p> <p>有給の積極的取得、男性職員の育児休暇の推奨。職員投書箱を設置し毎月実施の労働安全衛生委員会で議題にあげ議事録にいて全職員に回覧している。衛生管理者を相談窓口にしている。施設長は主任リーダーからの聞き取りおよび本人からの声かけがあると随時面談相談に対応している。その他施設長からの面談希望もある。定期的な健康診断とストレスチェックも実施されているが改善策について具体的な計画に反映していることは確認が出来なかった。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>期待する職員像は事業計画に明記されており、年間スケジュールに沿って職員の個人面談を</p>		

<p>行っている。</p> <p>職員一人一人の目標は人事評価シートに記載されており、個人面談の際にも話をしている。目標達成度の確認は人事評価シートを使用して結果を含め本人に返しているが途中の進捗状況の確認については不十分と評価。</p>		
18	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>キャリアパス内に必要資格や研修名が記載されており、職員には配布周知されている。施設内研修の計画があり研修報告書で実施を確認している。研修の内容は、毎年個人面談や人事評価シートから得られる情報をもとに変更している。しかし研修自体の評価はできていない。</p>		
19	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>施設内研修で職員の都合を考慮し、同内容の研修を2回ずつ開催している。職員の取得資格の把握はキャリアパス要件を見ながら研修参加リストで確認している。階層別研修には力を入れているが職員のOJTは現場任せにしている部分が大きく習熟度に合わせた個別的なOJTの実施には不十分と評価。県社協のスマイルブックを参照して、各委員会主体で募集を行うも参加希望者は無い</p>		
<p>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。</p>		
20	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>実習生受け入れマニュアルがあり、受け入れるための基本姿勢は明示されている コロナ前は高校や中学校の介護実習も受け入れており、事前に教職員と内容やスケジュールを調整している。専門職種の特性に配慮したプログラムの用意や指導者に対する研修については実施が確認できなかった。</p>		

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> <p>年3回広報誌を発行しており、地域住民等に配布している。広報誌には苦情の内容なども書かれている。法人の基本方針や提供する福祉サービスの内容などは、ホームページやパンフレットで分かりやすく説明してあり入所希望時に説明している。コロナ前はいきいき支援相談会を行っており、利用者家族を呼んで説明会などを行っていたが現在は休止。法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明する機会は設けられていない。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>職務分掌と権限・説明が明確に整備されており職員がわかるようにしているが職員アンケートの結果にて周知や部分的にとどまっていると評価。毎月法人本部で定期的に内部監査を行っており、年に一度は外部の専門家及び経営改善の話し合いが行われている。その結果は法人本部より報告があり、管理運営会議で各所属長に伝わっている</p>		

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> <p>中長期計画に法人の理念の具現化、地域の奉仕活動への参加が明文化されている。地域の行事や活動にもコロナ前は参加していたが、今は行っておらず別の方法での実施も確認できなかった。ボランティアの受け入れや家族会もコロナ前はやっていたが、現在は行っていない利用者のニーズを聞き病院受診のあとに買い物をするのがあり、預かり金帳簿も個人別で帳簿内にレシートがきちんと保管されている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
<p><コメント></p> <p>伊東市主催のボランティア受け入れに協力している。園の祭りでの利用者の移動ボランティアに近隣の高校生の受け入れを行っているなどしているが、ボランティア受入の基本姿勢の明文化や受け入れについての登録手続き、ボランティアの配置、事前説明等が記載されたマニュアル等の確認が出来なかった。また、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援も確認できなかった。</p>		
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。	c
<p><コメント></p> <p>年に4回市連絡協議会に参加しているほか、地域包括支援センターから地域ケア会議への出席要請があった場合に出席している。主に居宅介護支援事業所で定期的な連絡会への参加、地域のネットワーク化に取り組んでいるが、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成もされておらず、関係機関、団体の機能や連絡方法を体系的に明示できるものが確認できなかった。</p>		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>地域に向けてニーズ等を把握する機会として定期的にいきいき支援相談会を行っていたコロナ中はできていない。いきいき相談会以外に定期的で開催される介護事業者連絡協議会の会議に出席しており、関係機関、団体との連携を通じて地域の福祉ニーズなどの把握はしている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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> <p>定期的ないきいき支援相談会の開催(現在はコロナで休止)。近隣の河川清掃活動に参加したり、宇佐美地区のお祭りにも参加することで地域コミュニティの活性化に貢献している。施設で実施している総合防災訓練に地域住民の参加を促している。近隣で災害による被害が発生した時は片付け等の支援をしている。地域の災害避難場所としての登録している。自治会に参加しており、連絡網が施設の中にあり自治会長とも定期的に連絡が取れている。把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を計画等で明示することまではできていない。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>倫理規定内に利用者の尊重 や 基本的人権への配慮について 明記されている。年に一度の職員研修の際には、全職員に伝えていたがコロナ中はできておらず、別の方法での伝達も確認できなかった。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等も実施も確認できなかった。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>全居室が個室対応となっており、入浴・排泄マニュアル等にプライバシー保護について記載がある。入社時の誓約書や 新人職員研修などでプライバシー保護については 研修をしている。玄関にプライバシー保護と権利保護に関するポリシーが貼って周知を図られている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>パンフレットにはわかり易いように館内の見取り図が掲載されている、現在新しいパンフレットを製作中（見直し中）。施設利用希望者については相談員が個別に丁寧な説明を実施している。コロナ前は見学が可能だったが 現在は行っていない。入所希望者には、体験利用の一環として ショートステイの利用を進めるなど取り組んでいる。理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所への設置については確認ができなかった。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>所希望時にはパンフレットを渡しており 入所までの手順が書かれている資料も用意してある。必要であれば後見人制度のパンフレットなど 福祉サービスに関する資料が取り揃えている。預り金と取り扱いについて入居時に口頭で説明はしているが、利用者への説明はおこなっていない。サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたって、利用者の自己決定を尊重する取組や意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化されるなどは確認ができなかった。</p>		
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。	b
<p><コメント></p>		

入所時にケアマネからアセスメントシートもらい検討会で使用している、他施設への移動についてはサマリーや薬状等を渡すことで従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。入院による対処後に再入所の要望があった場合には相談を受け付けているなど継続的に支援は行っているが、入所契約時に上記の内容等について相談を受け付ける説明を口頭で行っており文章として記載はされていない。

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。	c
----	---	---

<コメント>

新型コロナウイルス感染症の流行前には家族会を実施。家族会には相談員、ケアマネ、看護係長、介護主任の出席は決められているが、他職員も希望があれば出席可能としていた。家族会に合わせて家族アンケートの聴取を実施し、結果の集計を介護現場に配布していた。現在は実施しておらず、別の方法も確認できなかった。

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
----	--------------------------------------	---

<コメント>

玄関の見やすいところに苦情解決のポスターが貼っており、誰でも交換できるように目安箱も設置してある。その他、苦情受付簿が整備してあり、どのように対応したかが書かれておりきちんとフィードバックされている。苦情の大きさに関係なく、定期的に発行されている発行物に苦情内容が書かれており、年に1回第三者及び苦情の内容を説明する苦情委員会を行っている苦情解決の対策はマニュアルを作成しており、入所契約時にも相談員から説明している。定期的に行われる苦情委員会では、苦情に関する対応が適切だったか検証している。一方、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料について、刑事はあるが配布し説明していることは確認できなかった。

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。	c
<p><コメント></p> <p>居室が個室になっているので話をする際は居室で行うようにしている。家族からの相談は専用の相談室がある入所契約時に相談員から説明をしているが、相談相手を自由に選べることや複数の方法などを明記した文書がなく配布や掲示などもされていなかった。</p>		
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> <p>毎月行う委員会にて、苦情マニュアルの見直しや対応策の検討を話し合いはしている。苦情と意見との境界線が曖昧だが、利用者からの意見については速やかに対応しているが全ては記録していない。食事の変更に関わる相談については記録が確認できた。相談や意見があった場合、最長でも3ヶ月以内には回答している。利用者への意見の把握についてはアンケートなど新型コロナウイルス感染症の流行などもあり実施されていない。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会があり各部署からリスク委員を選出して月1回開催、定期的に話し合いが行われている。定期開催以外に、重大なケースの場合は適時委員会が開かれている。事故防止時は報告書を作成し原因究明と再発防止に努めているが事故防止対策の実施状況や実効性について、定期的な評価、見直しはされていない。</p>		
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。	a
<p><コメント></p> <p>感染症についてはマニュアルや指針が整備されており各フロアに置いてある。定期的な見直しも行われており、年に1回の研修もある。新型コロナウイルス感染症の対策として玄関に体温計や手指消毒が設置。訪問者の体調確認など実施。面会の対応も工夫されている。感染症のBCPにおいても現在作成中。</p>		
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行っている。	b
<p><コメント></p> <p>災害時の対応体制は決められているが更新はされていない。安否確認方法は 緊急連絡網とLINE グループを規定。備蓄リストは施設長が管理しており、定期的な補充がされている。行政主体の情報伝達訓練は毎年行われているなど行政連携も実施している。立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策についてBCPとして現在策定の途中。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>入浴排泄などのマニュアルが整備され各ユニットに置いてあり職員が見ることができるようになっているが、読み込みが出来ているかの確認が出来ていない。職員アンケートの結果でも確認。ユニット異動の際は研修期間を設けるなどしている。標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みは確認できなかった。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>個別に24時間シートを作成し定期的に見直しを行っている。ケアプランを元に個別的な福祉サービスは実施されているが検証・見直しについては利用者からの意見が反映されるような仕組みにはなっていない。</p>		
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> <p>ケアマネが中心となり他職種共同のアセスメントとモニタリングがされている。ケアプランも利用者・ご家族からのニーズを踏まえたプランとなっている。その他、24時間シートとケア記録が連動しており、計画通りケアが実施されているか確認できているが、支援困難ケースへの対応について適切な福祉サービスの提供などについては確認できなかった。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>適切な時期にモニタリングがされており、参加職員や手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。ケアプランを作成するためのアセスメントからモニタリングの一連の流れは全て確認できた。福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確にするなど確認が出来なかった。</p>		
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> <p>24時間シートを使用しておりケア記録とも連動しているが情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みまでは確認できなかった。記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、途中入社・新人教育の一環でケア記録の書き方の研修を行っている。定期的な管理運営会議があり、様々な問題は共有されている。介護システムで共有できるようになっているが、実際に職員に共有されているかの確認までには至っていない。</p>		
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> <p>個人情報については規定があり、入所契約時には相談員から説明をしている。</p> <p>その他、職員倫理規定があり入社時の誓約書の確認と新人教育で研修を行うなどしている。</p> <p>記録の管理について記録管理責任者を設置や職員へ教育や研修については確認はできなかった。</p>		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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。	b
<p><コメント></p> <p>ケアプラン作成時に本人や家族から意向を聞き取り、プランに反映している。塗り絵などのレクへの参加やおしぼり作りエプロンたたみなどの軽作業を通して役割をもてるような工夫をしている。また、モニタリングを通して改善する取り組みや24時間シートを活用して快適な生活リズムを整えるような支援をしているが、活動参加への動機付けは行っておらず複数の活動メニューは用意するには至っていない。</p>		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	特養非該当
<p><コメント></p>		
A③	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。	特養非該当
<p><コメント></p>		
A④	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。	b
<p><コメント></p> <p>入所時やケアプラン作成時の聞き取り、食事介助など日常場面での何気ない会話から利用者の思いや希望を把握している。採用時の研修や接遇マニュアルを各ユニットに置くなど、職員に対して利用者はお客様という意識づけを行なっている。訪室を増やし目が合ったらとにかく話しかけるという意識のもと、積極的に声掛けを行うことですべての利用者とコミュニケーションが取れるようにしており、筆談や表情の読み取りをすることで意思表示が困難な利用者ともコミュニケーションが取れるよう配慮している。その方法について必要な時に検討や見直しを行っているが定期的には行っていない。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	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。	c
<p><コメント></p> <p>身体拘束のマニュアルや身体拘束に関する文書、同意書などは整備されている。苦情の窓口のお知らせも利用者や家族に周知している。虐待防止と身体拘束廃止委員会が月に一回開かれており委員会で再発防止についても検討されている。拘束や虐待に関する規定はある。議事録や規定など現場にも回覧しているなど取組はされているが、職員それぞれの読み込み</p>		

や把握ができていないことが多い。

評価対象 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		
A⑥	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。	b
<p><コメント></p> <p>障害者就労の方たちが居室の清掃を行っていて清潔が保たれている。また夏、冬の適温が決まっており温度計で管理し、1日1回居室の換気をしている。可能な限り家具や食器など利用者が自宅で使っていた身の回りのものを持ってきていただき使ってもらうことでできるだけくつろいで過ごせるようにしている。利用者の意向を聞き取り把握する取組みは行っているができないこともあり改善ができていない。</p>		

評価対象 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		
A⑦	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。	b
<p><コメント></p> <p>入浴マニュアルが整備されており、利用者一人ひとりの状況に合わせて、チェア、ストレッチャー、浴槽、シャワー、清拭など適した形態で入浴を行っている。浴槽には手すりを設置しチェア、ストレッチャーの利用者はベルトの着用をタオルをかけるなど安全と利用者の尊厳に配慮している。入浴拒否を方には時間の変更や形態の変更など可能な方法を工夫し呼び掛けている。健康状態に応じて入浴日の変更、回数の変更を行っているが特別理由がない場合の意向については応じていない。</p>		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>排泄マニュアルが整備されており、排泄委員会を1~2ヶ月ごとに開催している。新規の利用者について1週間程度、排泄パターンを観察して把握し、その後は心身の状況に合わせてケアプランで検討見直しを行っている。24時間生活表に排泄の時間や状況を記録し1日の水分量を調整することで自然な排泄ができるよう配慮している。トイレに手すりを設置し車イスで乗り入れできるように空間整備をしており、介助の際には大声で確認することをせず、そばに寄って声掛けをしたり、その場から離れないようにしたりするなど利用者の尊厳や安全に配慮している。しかし排泄自立のための働きかけはできていない。</p>		
A⑨	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
<p><コメント></p> <p>移動介助マニュアルを整備している。自力での移動を促しており車イスの利用者にもできるだけ自走で移動できるような声掛けをしている。歩行器、車イス、杖、手すりの利用など利用者の状況に応じた方法での移動を支援している。モニタリングで状況に応じた検討と見直しを行いケアプランに反映している。廊下を広く設計し、動線に物を置かないよう配慮し利用者が移動しやすい環境を整えている。ナースコールを利用しできるだけ早く利用者の移動希望に応じている。送迎時は運転手振り返りチェックシートで安全に配慮している。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
<p><コメント></p> <p>嗜好調査は行っていないが希望があれば嫌いなものから好きなものへの変更など嗜好には応じている。食事時間にオルゴール音など明るい気分になるような音楽を流している。食事介助マニュアルの整備、職員の衛生面のチェック表の使用など衛生管理を行っている。月に1回お楽しみランチの企画を立て各ユニット単位でおやつを作って食べたり季節に応じたランチ会を行っている。おやつの選択はできるが食事の選択はできない。</p>		
A⑪	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。	a

<p><コメント></p> <p>居室担当者、看護師、ケアマネージャー、管理栄養士が話し合い栄養ケア計画書を作成し、栄養ケアマネジメントを実施している。この計画書は毎月チェックし半年ごとに更新している。食事をゆっくり食べる方には早めの提供をし早く食べる方には小さめのスプーン使用するなど食事のペースに配慮している。利用者の心身の状況に合わせ箸、スプーン、自助具を利用、とろみ食しやきざみ食を用意したり、体調変化時にはおかゆに変更したりポカリスエットを提供するなど工夫している。食事介助マニュアルを活用し口やのどが見えるように座る位置なども意識している。食事中の事故発生に備えて日頃から誤嚥事故発生対応フローで確認している。24時間生活シートに毎食時の摂取量を記録し、把握するようにしている。</p>		
A12	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
<p><コメント></p> <p>口腔介助マニュアルを整備しており、歯ブラシに歯磨き粉をつけて手渡しするなど自分で取り組むための支援を行っており、仕上げ磨きも行っているが利用者が主体的に改善に取り組むための支援は行っていない。マウススポンジを使用し口腔ケアを行っており、毎食後に口腔ケアや口腔内のチェックを行っている。歯科衛生士による職員研修を行っており来年度からは月2回歯科衛生士の訪問により定期的なチェックを行う体制が整う。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防衛生委員会を毎月開催、マニュアルを策定している。褥瘡が発生した場合には医師の指示に従い看護師を中心のケアをしている。栄養士と相談しながら栄養補助食品を使用するなど栄養管理も行っているが積極的に情報収集は行っていない。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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。	b
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引については夜勤勤務者に資格取得を推奨しており、経管栄養の手順書、注意事項を各ユニットの壁に掲示し確認している。研修についてはこれまでは年に1回行っていたがコロナ禍で最近は行えていない。来年度以降研修を行う予定。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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。	b
<p><コメント></p> <p>個別機能訓練計画書を作成し機能訓練指導員の助言、指導を受けている。移動の際、意図的に支援を最小限にしたり塗り絵、折り紙、軽作業など日常の活動でも介護予防を意識している。個別機能訓練計画書は半年ごとに更新しており、日々の生活における変化を見逃さないようにし早期発見に努めている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p>		

<p>入所前にアセスメントを行い、その後も定期的のアセスメントを実施している。接遇マニュアルにより利用者に対して受容的な関わりなどの配慮をしているが、認知症ケア研修はコロナ禍のため行えていないが今後実施予定。認知症に特化した活動はできておらず、心理症状のある利用者への特化したケアや分析等は行っていない。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A17	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 看護師が毎朝健康チェックを行っている。昼夜問わず2時間（看取りや発熱の方は1時間）以上空けることなく見守りや声掛けを行っており、体調の変化や異変に早く気付けるよう工夫している。服薬については服薬研修を行い、服薬表で管理、セット者、服薬者はダブルチェックを行いミスを防いでいる。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A18	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 看取り介護に関する指針があり、ケアマネージャーが看取り介護経計画を作成している。家族に対しても入所時と看取り介護が開始になったときに説明しており、看取り介護についての同意書、急変時における延命等に関する意見確認書を記入してもらっている。年に1回全職員対象に看取り研修を行っており、利用者、家族から希望があれば居室に簡易ベッドを用意し宿泊可能としている。終末期のケアに携わる職員等に対して精神的なケアは実施していない。</p>		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
A19	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 毎月メッセージカードを郵送し近況を伝えている。緊急時は電話で確実に伝えるようにしている。年に1回家族アンケートを実施、結果を集計し家族とユニットにフィードバックしている。施設の入り口に意見箱を設置している。家族との相談は随時行っているが定期的ではなく、記録も仕組みとしては整っていない。コロナ禍においても面会ができるよう環境整備を行った。うさみの園だよりを年に3回発行し家族にも郵送し、行事のお知らせなど写真入りで伝えることで利用者と家族がつながりがもてるようにしている。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
<p>A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制</p>		
A20	<p>A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。</p>	特養非該当
<p><コメント></p>		

