

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

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：登呂の家		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：久野宗孝		定員（利用人数）：80名	
所在地：静岡市駿河区登呂3丁目4－1			
TEL：054-203-3363		ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成17年9月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人天竜厚生会			
職員数	常勤職員：49名	非常勤職員	19名
専門職員	（専門職の名称）名	生活相談員	3名
	医師1名	ケアワーカー	51名
	看護師6名	管理栄養士	1名
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）	
	入所80床 短期入所 20床	地域交流室、セミパブリックホール 食堂、機械浴室等	

③理念・基本方針

基本理念「九十九匹はみな帰りたいと、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん」

事業所基本方針

ご利用者・ご家族、地域、行政、同事業者等、「登呂の家」に係わる方達が「登呂の家」に入居出来てよかった。「登呂の家」がここにあったよかった。と喜びや幸せを感じられるよう【登呂の家でよかったや〜】を目指し、各々の職種が有機的に結びつき基本理念をもとに事業を展開する。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 法人設立当初より地域で一番困っている方を受け入れるという姿勢を持ち、困難ケースや緊急対応の依頼があれば受け入れる姿勢を持ち、実践している。
- 2) 特別養護老人ホーム、短期入所、通所介護、訪問介護、居宅介護支援を事業として行い、短期入所、訪問介護は障がい者の方達の支援を行っており、総合的に福祉・介護の提供を行っている。
- 3) 地域交流スペースの貸出。コロナ禍から貸し出し数は減少しているが毎週月曜日でんでん体操の実施場所として提供をしている
- 4) 近隣住民にカレーを手作りし、配布している（月1回）

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年8月1日（契約日）～ 令和7年3月26日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・評価結果の分析から、施設が高層階（6階建て）のユニット型のため、他の階との職員の顔馴染みが少なく、応援体制時のコミュニケーションの取りにくさに配慮しています。現場の職員から生産性向上委員会への提案で実施に至っています。
- ・施設長は、「困難を抱える利用者を一人でも多く受け入れる」として円滑な喀痰吸引の実施で利用者増員を目指しています。また、フロア会議（現場）からの要望により、各階の備品配置位置の統一、おやつの配膳準備卓の追加、勤務表の掲示位置の統一等、職員の急な欠勤時にケアの質を低下させない交代勤務を可能にし、異なるフロアへのスムーズな応援体制や、細かな作業の効率化や間接業務員の導入等ケアワーカーが直接業務に注力できるよう、間接業務（リネンをたたむ、食器を洗う等）員の設置や業務効率が上がるよう労働時間の変更を行い、具体的な取り組みを行っています。
- ・地域のイベント「登呂まつり」「駿河トロベ―week」の参画・地域の方対象の「でんでん体操」「カレー提供「お買い物会」・近隣の園児との交流など、地域との繋がりを創出しています。また、防災では市と福祉避難所の協定を結んでいます。
- ・「自立支援」を基本とし、利用者の「家での暮らし」をサポートする姿勢がケアに表れています。本人の生活歴から、これまでの自宅での生活状況など丁寧なアセスメントのもと、施設介護計画が立案され、栄養面、生活機能面、介護予防、医療面等多職種が連携してカンファレンスに参加し、利用者の生活をサポートしています。
- ・ユニット単位での活動の中で、シフト調整をしながら原則週2回の入浴に対し、個浴は週3回の実施を実現するなど、利用者の意向にあわせ柔軟に対応する姿勢があります。

◇改善を求められる点

- ・法人理念・スローガン等には解説が付き、玄関に掲示もしていますが、利用者や家族への周知にまでは至っておらず、文字に読みやすいための工夫は見当たりません。
- ・事業計画は施設の玄関に掲示しています。また、事業計画はルビ付き、イラスト付きで作成していますが、家族会や利用者会はありません。9月、10月の敬老会や縁日祭で家族に説明しています。しかし、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫は行っていません。

・福祉サービスの開始・変更にあたり、意思決定が困難な利用者には、生活歴を確認し、家族からの聞き取りで意向を確認していますが、ルール化はしていません。また、福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談窓口について掲示はしてありますが、口頭での説明のみになっており、文書は渡していません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

定められた設問について、多職種での検討を行い、第三者（外部）の方との面談を通して、あらためて自施設の状況、強み・弱みについて客観的に確認することが出来ました。法人理念や事業計画について再度、ご利用者、ご家族への周知の方法を検討できればと思います。結果は会議で共有し、今後の施設運営に役立てていきたいと思っております。

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
＜コメント＞ 基本理念・事業の目的は法人と施設の事業計画書やホームページに記載し、目指す方向、考え方を読みとることができ、行動指針があり、具体的な内容となっています。基本理念・事業の目的は会議での説明のほか、職員はミニパンフレットを携帯用とし、年2回、面接時に職員の周知状況を確認しています。法人理念・スローガン等には解説が付き、掲示もしていますが、利用者や家族への周知にまでは至っておらず、文字に読みやすいための工夫は見当たりません。	

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
社会福祉事業全体の動向については法人が担当、管理職会議及び静岡県老人福祉施設協議会への参加等により、把握・分析して施設にデータを配付と説明をしています。施設長は連絡調整会議、静岡市の動向については静岡市待機者の人数等ホームページや、静岡市介護保険事業者連絡協議会にて2か月に1回、把握、分析し表にしています。月例報告を基に、福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っています。	
3 I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
＜コメント＞ 経営環境や経営状況等の現状分析にもとづき課題を明らかにし、光熱水費、食費、その他について課題があると判断しています。さらに、慶弔費等削減できるものをまとめ、法人互助会における福利厚生費の変更をしています。職員が目で確認できるようにし、エリア会議（リーダー、看護、事務、ワーカー）で話し合い、フロア会議（現場）で周知しています。具体的には令和6年度において年賀状仕舞い、慶弔費の改定等を行いました。	

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
<コメント> 2022～2025 年の 3 年間の中期計画は法人・施設共、行動計画（行動指針）を立て、経営目標の中から「人材・経営管理」について具体的内容を絞り込んでいます。各職種について、各年度に目標にあった具体的な取り組みを定めて評価し、令和 6 年度は 2 つの部署目標に重点を置き、個人の達成基準を設け必要に応じ見直しをしています。		
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
<コメント> 単年度計画はエリア会議で職員は何をするかを各階で具体的に内容を話し合い、それをフロア会議（現場）で決め、全体計画しています。ISO 品質目標があり、各階で振り返りシートに月別に記録しています。8 月と他に必要に応じて見直しを行い、設けた達成基準に照らし、評価をしています。		
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。	a
<コメント> 事業計画は法人の経営方針〈品質方針〉の 4 つから選び、エリア会議、フロア会議から意見を集約して策定しています。実施状況は ISO の手順基準に合わせ、毎月決められた手順で施設長が評価し、2 月の初めに法人に報告しています。事業計画の見直しは毎年 11 月に実施し、施設長は毎月、各職員から提出された振り返りシートを評価しています。		
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。	b
<コメント> 事業計画は施設の玄関に掲示しています。また、事業計画はルビ付き、イラスト付きで作成しています。また、9 月、10 月の敬老会や縁日祭で家族に説明していますが、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫は行っていません。		

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。	a
<コメント> 施設の自己評価、利用者満足度調査は年 1 回実施しています。虐待チェックリストは年 2 回、職員面談で内容を確認し、結果は生産性向上委員会（旧業務改善委員会）に投げかけています。虐待チェックリストの内容は月 1 回、エリア会議にかけ、フロア会議で全体への周知と改善を実施しています。第三者評価は法人内で輪番制であり、今回で 2 回目です。他に		

も入所時に配付して標準的实施方法についてのサービスの確認をする「サポート帖」も随時使用しています。		
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。	a
<コメント> 評価結果の分析から課題を文書化して職員間で共有しています。施設の自己評価の結果はグラフ化し、各部所共通の評価方法により分析表を作成しています。満足度調査は11月にエリア会議で検討し、フロア会議で周知を図っています。「ことばづかい」について虐待防止委員会で取り上げ、職員に周知しています。施設が高層階のユニット型のため、他の階との職員の顔馴染みが少ないため、各関係組織の会議や夜勤者全体を集めての引継ぎなどでコミュニケーションに配慮しています。現場の職員からの生産性向上委員会への提案を採用し、喀痰の講習は実施に至っています。		

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。	a
<コメント> 管理者は、自らの福祉施設の経営・管理に関する方針と取組を施設の基本方針として明確にし、自らの役割と責任については広報誌で施設内の各フロアに2部ずつ掲載し表明しています。また、自らの役割と責任を含む職務分掌等については文書化してあり、エリア会議等を通じ、周知を図っています。有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任については組織規定に記載があり、不在時の権限委任等は係長、主任と明確にしています。		
11	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。	a
<コメント> 施設長は、遵守すべき法令等は行政や団体の研修を通じて理解し、利害関係者とは組織規定と、権限内の一覧表を参考に、年1回評価を行い全体共有しています。また、都道府県経営セミナーに参加や、静岡市老人福祉施設連絡会、市の集団指導への参加を通じての勉強や、街づくり計画や光熱費に等についても削減の取り組みをしています。職員に対して遵守すべき法令等はエリア会議を通して周知を図っています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	a
<コメント> 施設長は職員の自己評価や定期面談、虐待チェックリストを定期的に確認し、継続的に評価・分析を行っています。課題は業務改善委員会にフィードバックし、必要な利用者の受け入れを促進するために喀痰吸引研修の強化や、フロア会議（現場）からの要請に基づき、各階の		

備品配置位置の統一、おやつ配膳準備卓、勤務表の掲示位置の統一等を行い、異なるフロアへのスムーズな応援体制、細かな作業の効率化や間接業務員の導入等、具体的な取り組みを行っています。		
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
<コメント> 施設長は経営成績表から前年度との差異、また経営成績表の費用の増減を細かく分析し、エリア会議で今年の目標でもある光熱水費の節減については使用量、料金表の確認で意識を高め、経営の改善を目指しています。ケアワーカーが直接業務に注力できるために、間接業務（リネンをたたむ、食器を洗う等）員の設置や業務効率が上がるよう労働時間の変更を行い、職員の腰痛に配慮し、介助時の身体的負担の削減のための器具を検討しています。		

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。	a
<コメント> 法人の人材育成必携で「私たちの法人天竜厚生会」で求める職員像を明示し、人事制度要綱に基づき人事考課を行い、キャリアパス制度が整備されています。有資格者一覧表を作成し、階層別研修などで統一した人材育成が行われています。人材確保では、法人は有料のサイトや採用業者を活用し、施設はハローワーク、人材センター、派遣業者や有料サイトを使用し、大学へも施設見学の誘い、採用に努めています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 「私たちの法人天竜厚生会」に求める職員像を示し、人事考課も理念、行動指針に則った内容になっており、法人は人事制度要綱、キャリアパス制度に基づいて人事管理を実施しています。職員には入所時の研修で周知し、職員処遇は4年に1度の職員アンケートで意見等を吸い上げ、必要に応じ改善しています。人事基準に基づき、毎年1回パフォーマンスレポートから職員処遇の水準については職員アンケートから給与の昇給希望や、ケアマネジャー資格の増額が実施されました。将来の描き方としてジョブチャレンジ、社内留学、出向制度、求職登録があります。		
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組んでいる。	a
<コメント> 施設長は就業状況、有給休暇取得状況、時間外勤務を把握するとともに、職員は体調に合わせた勤務変更届が出せ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っています。心理面に負担があった場合などに別の階で働くこともでき、ストレスチェックの実施・メンタルヘルス推進室の設置により高ストレス者対応もしています。面談を年2回実施、勤務体制、精神面等様々な意見については必要に応じ、エリア会議で伝え、具体的な計画に反映してい		

ます。採用形態に関わらず、外部のレジャー施設も含め様々な福利厚生が受けられます。		
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。	a
<コメント> 法人の人材育成必携に求める職員像を示し、それぞれに求められる役割基準に基づき人事考課を実施しています。各人が年度初めに法人の設定した目標項目、目標水準、目標期限を想定し、中間面談の際に本人の弱み、強みを確認し、過去の実践状況を参考に動機づけ等を行っています。職員一人ひとりが設定した目標について、年2回、年度当初・年度末（期末）面接で、目標達成度の確認を行っています。		
18	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。	a
<コメント> 法人の人材育成必携「私たちの法人天竜厚生会」や、人事制度要綱等で必要な資格と必要とされる専門技術や専門資格を一覧表で明示し、新任職員研修、2年目座談会、ステップアップ研修等階層に応じた研修を明示しています。法人、施設それぞれが策定した研修計画により、教育研修を実施しています。研修内容の評価は復命書や参加した職員の感想が主となり年1回、エリア会議で相談してすり合わせと見直しを行い、「研修スマイルブック」も参考にしています。		
19	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。	a
<コメント> 資格取得状況は有資格者一覧表にて把握し、新任職員、フロア異動職員についてはOJTとしてその人に合わせて見習い期間を設定し、必要に応じて延長しています。法人で定めた階層、職種別、テーマ別研修等の機会については県社会福祉協議会等の研修資料を配付するとともに、声掛けやエリア会議で知らせ、参加者を募り、受講者を決定しています。研修はフロア会議でも行われ、時間外参加も可能であり、ウェブ研修も導入し、都合の良い時に受講できます。		
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。		
20	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。	a
<コメント> 法人の「実習生受け入れマニュアル」に基本姿勢を示し、専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されています。マニュアルに沿って介護福祉士、社会福祉士、保育士等のプログラムを用意しています。法人の中で実習指導者養成研修修了者が主担当となり、学校側と連携を取りつつ指導をしています。		

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。	a
＜コメント＞ ホームページに理念・基本方針・決算情報等を公開し、「登呂の家」の玄関に事業報告書等を掲示し、公表しています。地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容、苦情対応についても公開しています。「登呂の家」独自の「登呂の家便り」を家族に送付し、機関紙「あかまつ」は地域、行政、関係施設、病院、学校、大学、専門学校に配付、地域の民生委員や行政、自治会等に送付、S型デイサービスや地域包括にもつなげています。		
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
＜コメント＞ 法人、施設の事務分掌があり、取引先の一覧表でルールや権限が示されており、入所時と3年目の研修で周知しています。内部監査はISOに準拠し、年1回（輪番制）で実施し、会計監査人監査は毎年実施しています。月に一度行われる経営戦略会議にて公認会計士の助言を受け、年賀状じまい、出張旅費の廃止、慶弔金の改定等の費用削減に取り組んでいます。		

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
＜コメント＞ 法人の経営方針に「地域との連携協働・地域課題解決」が明示され、それに基づいて地域のイベント「登呂まつり」の参画・施設内では地域の方対象の「でんでん体操」「カレー提供」、「お買い物会」、近隣の園児との交流機会を定期的に設けています。地域のイベントポスター等は見やすい工夫はしてありますが、エレベーター内に掲示しているため確認の機会が限定されています。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の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。	a
＜コメント＞ ボランティア受け入れマニュアルが整備され、基本姿勢・受け入れ手順等が明示されています。ボランティア開始前には資料を用いて事前オリエンテーション・見学を実施し、施設の理解や注意点を伝えています。学生ボランティアの受け入れを行う他に、学校に出向き相談援助支援や介護に関する講話を行っています。		
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。	a

＜コメント＞ 地域の介護事業所はリスト化され、パソコンで共有しています。静岡市老人福祉施設連絡協議会では、地域課題の協議が行われています。介護関係機関のネットワークがあり、地域で社会資源等の必要な福祉サービスについて包括的会議を開催しています。		
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
＜コメント＞ 法人が開催する高齢関係運営会議に参加をし、地域の問題点を話し合っています。また、在宅支援者のケアサポート会議を毎週行い、生活課題等について協議をしています。		
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。	a
＜コメント＞ 1階交流スペース等で地域の人向けの「でんでん体操」「カレーの提供」を行っています。施設内にギャラリースペース・喫茶コーナーの場があり、コロナ禍前には地域の方との交流がありました。駿河トロベークweekには福祉体験教室を担当し、市と福祉避難所の協定を結んでいます。事業計画に「生きがい活動の実施」を毎月計画し、その他にユニット毎の活動・アニマルセラピー・喫茶の利用があります。		

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。	a
＜コメント＞ 理念や基本方針には利用者の尊重が明示されており、初任者研修では人材育成必携「私たちの法人天竜厚生会」を用いて理解を深め、全職員ミニパンフレットを常に携行し、研修等で読み合わせを行っています。利用者尊重の基本姿勢は「ご利用者の生活サポート帳～介護マニュアル～」にも盛り込まれています。また、定期的に施設自己評価・満足度調査・虐待防止セルフチェックリスト等を行い、対応策などをエリア会議で検討しています。		
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
＜コメント＞ 重要事項説明書で個人情報の保護と虐待防止、身体拘束について記載しており、入所の際に書面説明と口頭でプライバシー保護と権利擁護の説明をしています。利用者の尊厳を守るという広い意味での利用者保護は、人材育成必携「私たちの法人天竜厚生会」で示され、介護マニュアル「ご利用者の生活サポート帳」には、各項目でプライバシーに配慮することが明記されています。相談は居室（個室）で聞き、フロアで過ごす際にも個々の希望に応じて配慮しています。		

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。	a
<コメント> 施設を紹介したパンフレットは全体的に写真やイラストを多く使用しており、1日の流れやサービス利用開始までの流れを時系列でわかりやすく示しています。利用希望者にはパンフレットでの説明と見学・体験入所で理解を促しています。パンフレットは、地域包括支援センターに置いています。		
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
<コメント> サービス開始・変更時にはイラスト等を使いわかりやすく記載された「ご利用案内」を使い、マーカー等で印をしながら説明しています。その後、必ず利用者の意思を確認し自己決定を尊重し、施設サービス計画書に記入しています。意思決定が困難な利用者には、生活歴を確認し、家族からの聞き取りで意向を確認していますが、ルール化はしていません。		
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
<コメント> 利用者移行の際には、フロア会議やカンファレンスにて協議し、移行先にはアセスメントシートを関係職種と共有・申し送りをして、サポートの継続性に配慮をしていますが、手順書・引継ぎ文書を定めてありません。利用終了後も相談ができるよう相談担当者を定めていますが、利用終了時の説明では、口頭での説明のみで文書は渡していません。		
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、取り組んでいる。	a
<コメント> 年に1回、ご利用者満足調査を利用者と家族に実施しています。利用者会・家族会は開催していませんが、敬老会・買い物会等が利用者や家族からの声が聞ける機会と捉え、意見の収集に努めています。ご利用者満足調査は年度初めに行い、法人がまとめた後、施設に公表され、エリア会議で検討し改善に繋がっています。		
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。	a
<コメント> 「苦情対応マニュアル」が整備され、苦情内容に基づき、エリア会議等で検討し、改善方法を職員に周知、利用者や家族へのフィードバック、法人ホームページでの公表など一連の流れが明記され対応が行われています。苦情解決に関するポスターは施設内に掲示し、意見箱は事務所前のわかりやすい場所に設置しています。		

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。	a
<コメント> 相談窓口を設置するとともに、だれでも相談できることを説明し、チラシを配布しています。また、利用者が相談をする手段のひとつとして、市の介護相談員が来所し、施設職員に言いにくいような内容も話せる体制を作っています。周知のチラシ・相談窓口チラシ・意見箱は利用者や家族が目につきやすい1階やエレベーター内に掲示してあります。相談は、相談室や利用者本人の居室（個室）を使い、落ち着いて話せるような配慮をしています。		
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。	a
<コメント> 日常的な生活場面で利用者の声に耳を傾ける他、市の介護相談員が来所し利用者の相談を受け、意見箱の設置・ご利用者満足度調査の実施・行事等で利用者や家族の意見を聞くなど声を聞く機会を設けています。それらの意見は苦情対応マニュアルに沿って対応を検討し、相談や意見は、職員への周知・対応が素早くできるようケアカルテに記載し、エリア会議等でも検討をしています。		
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。	a
<コメント> リスクマネジメント体制は「事故・ヒヤリ対応マニュアル」が整備され、責任者・委員会・手順等が定められており、職員には文書で配布されファイルサーバーでも見ることができます。月に1回行われているリスクマネジメント委員会で事例の収集・検討し、予防・是正処置後の効果の確認をしています。		
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
<コメント> 感染症対策委員会を設置し、法人の「感染対策マニュアル」や「コロナ業務手順書」に則り対応しています。マニュアルは職員研修にて周知を図り、定期的な見直しも行っています。感染症予防及び蔓延防止に関する研修は年2回開催しています。		
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。	a
<コメント> 災害時の対応体制は「非常災害マニュアル」「事業継続計画（BCP）」で決められています。利用者・職員の安否確認はマニュアルに定められ、訓練により職員の周知を図っています。食料や備蓄品は非常持ち出し班を定め、各階に保管しています。防災訓練は毎月行い、消防署との通報訓練も行っています。		

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。	a
<コメント> 介護マニュアル「ご利用者の生活サポート帳」には、具体的な介護実施方法・利用者を尊重するための姿勢・チェックリストが記載されています。初任者にはこれを用いて研修やOJTで徹底した指導を行っています。		
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。	a
<コメント> 介護マニュアル「ご利用者の生活サポート帳」は、法人のケアワーカー連絡調整会議でその都度検証・見直しをしており、巻末には改定の記録が明記されています。会議には施設ケアワーカーが参加しており、施設内の意見や提案を協議し、それらを個別の実施計画に反映する仕組みができています。		
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。	a
<コメント> 「福祉サービスのためのISO9001教育マニュアル高齢者用」に介護サービス計画の作成項目があり、マネジメントフロー図で手順が記載され、計画策定の手順を定めた「施設ケアマネジメント共通ルール（入所）編」を使用しています。利用者及び家族の生活に対する意向を聞き取り、ソーシャルワーカーやケアワーカー・看護師・栄養士等が連携しアセスメントを実施し、介護サービス計画の作成をしています。支援困難ケースはフロア会議で対応を検討し、サービスに反映させています。		
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。	a
<コメント> 計画の見直しは、急変時も含め、ISOマネジメントフロー図に基づき手順等の仕組みを定めた規定に則り実施しています。計画を見直した際には、ケアカルテ上に入力する他、計画書のコピーを利用者のフロアーファイルに入れて、いつでも閲覧できるようにしています。		
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。	a
<コメント> 利用者の日々の記録は記録システム「ケアカルテ」に記録し、重要な箇所は赤字で示すことで、職員間の共有が図られています。個別記録以外で共有したい事柄は、フロアごとの「連絡ノート」や申し送りで情報共有をしています。定期的に行われているエリア会議・フロアー会議・ケアワーカー会議で部門間の情報共有をしており、会議録はパソコンのシステム内で職員は誰でも見ることができます。		

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。	a
<コメント> 法人の「個人情報管理規程」が定められ、施設長が責任者となり、職員には個人情報保護の誓約書に署名・年1回のプライバシー保護の研修を受講することで遵守・理解を深めています。利用者や家族には、契約時や介護保険更新時に重要事項説明書や文書を用いて説明をしています。		

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。	a
<コメント> アセスメントシートをもとに利用者のこれまでの生活や、これからの意向を聞き取り施設介護計画に反映させるなど、一人ひとりに応じた生活になるよう支援しています。心身の状況にあわせた起床時間の設定や排泄のタイミングなど検討し、変更する仕組みがあります。生活動作をリハビリの機会ととらえ、過剰な支援にならないよう声掛けを工夫するほか、おしぼり巻きなどの家事的リハビリを取り入れ、役割が持てるよう支援しています。日々の変化は記録に残すほか、月1回の頻度でモニタリングを行い、フロア会議やカンファレンスで検討するなど、都度施設介護計画を変更・修正する仕組みとなっています。		
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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
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。	a
<コメント> アセスメントにて利用者の希望を把握するほか、日々の支援場面での声掛けなどで思いを汲み取るようにしています。筆談をはじめ、ジェスチャーを交え反応から意向を推し量るなどのコミュニケーションをとっています。フロア内の共用部分に談話スペースを設ける環境整備や、支援場面では「ゆっくりと丁寧に」を心掛け、話しやすい雰囲気づくりに努めています。利用者の尊厳に配慮する取り組みとして、月に1回に開催される虐待防止委員会で言葉遣いをはじめとする接遇に関する研修を実施し、チェックができる体制を整えています。コミュニケーション方法についてはモニタリングで支援方法の見直しを行い、気になる利用者については申し送り・記録にて職員間で共有・対応をしています。		
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。	a
<コメント> 「虐待防止マニュアル」「身体拘束適正化マニュアル」など、利用者の権利擁護についての書面を整備しています。利用者・家族への説明については、重要事項説明書を用いて説明を行い、		

フロア内にポスターを掲示しています。入職時にマニュアルについての講義があるとともに、法定研修として年2回の研修を企画・実施しています。防止と早期発見への取組として、月1回の開催の虐待防止委員会で「不適切ケア」や言葉遣いについてチェックを行うほかに、年2回実施の人事考課の際に「虐待防止セルフチェックリスト」を使用し、メンタルヘルス面でのフォローや、日々の支援の振り返りを行っています。

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。	a
<コメント> フロア・居室等は定期的に清掃し、換気・エアコン調整にて適温を保っています。フロア内には時節の飾りを配し、季節を感じる演出をしています。高層階のフロアでは富士山や駿河湾を望むことができ、職員と利用者の会話の一助になっています。フロア内には談話のスペースや家事リハビリを行うスペースがあり、利用者がフロア内を自由に行き来できる環境づくりや、自室やトイレをわかりやすく表示するなどの工夫をしています。アセスメントにて意向を把握し、家具の持ち込みや写真の掲示など自宅に近い空間づくりを行い、モニタリングで評価、環境の見直しを実施しています。		

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。	a
<コメント> 入居時のアセスメントから一人ひとりに適した入浴形態を検討し提供しています。個浴・中間浴・特殊浴槽を備え、シャワーチェアをはじめとする福祉用具の準備があり、自宅に近い環境での入浴提供を可能にしています。シフトの調整により、同性介助での入浴提供のほか、個浴は3回/週の実施を実現しています。拒否のある利用者には、職員や時間を変えて試みることや誘導する環境を整備するなど工夫をしています。「ご利用者の生活サポート帳」をもとに入浴前の検温、羞恥心に配慮した支援を行っています。		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<コメント> 利用者一人ひとりアセスメントを実施し、排せつのタイミング・支援方法・排泄用品など検討し、施設介護計画に反映しています。自然な排泄を促すために食事量・水分摂取状況など観察し、声掛けのタイミングや体を動かす機会を作るなど個別に対応しています。また、心身状況に変化があった際にはフロア会議やカンファレンスを通じて検討するなど、多職種が連携し排泄支援に取り組んでいます。トイレ内は清潔が保たれており、介助者が支援に入っても十分な		

スペースが確保され、手すりや転落防止のための福祉用具を準備するなど安全面にも配慮があります。「生活サポート帳」にて、声掛け（大きさ等）やプライバシー面への配慮を明記するとともに、尿や便の性状観察についても標準化されています。		
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
<コメント> 生活におけるリハビリに焦点を置き、自力で移動ができるよう工夫をしています。車いすは自走式、リクライニングから円背の利用者用まで状態にあわせた車いすが選択でき、またクッション使用や脚漕ぎを可能にするためフットレストを外すなどの工夫もしています。移動支援については「利用者の生活サポート帳」に、安全に移動するための留意事項が明記され、標準化しています。月1回のモニタリングやフロア会議で支援方法の検討と見直しをしています。フロア内はバリアフリーとなっており、環境整備についてはリーダーが月に1回、点検を行っています。		
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。	a
<コメント> 季節の行事食やご当地メニューを盛り込んだ献立で食事を提供しています。また、月に2回の頻度で選択メニューを実施しています。ユニット内で炊飯や副菜の盛り付けを行い、陶器の食器を使うなど家庭的な雰囲気を作っています。「衛生管理マニュアル」に沿った衛生管理を行い、管理栄養士の確認・指示のもとでユニットキッチン点検・清掃チェックを行っています。		
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
<コメント> 嚥下能力にあわせて、常食・荒糲ミ・ソフト食・ペースト食などの形態を用意するほか、トロミ剤や餡掛け等組み合わせ食事提供をしています。体調や意向にあわせ居室での食事を実施や、ペースにあわせた配膳など個別に配慮しています。食事前に口腔体操を実施し、経口摂取が継続できるよう取り組んでいます。誤嚥・窒息といった事故に対応するために、「誤嚥・窒息対応マニュアル」に沿って研修を実施しています。また、「利用者の生活サポート帳」においても食事に関する支援方法として、過剰な支援はせず、利用者の持っている力を引き出すよう声をかけるよう明記されており、職員は励行しています。利用者ごとに栄養ケア計画を策定しており、多職種が連携して食事に関して支援しています。食事摂取量や水分摂取に関しても、介護記録ソフト「ケアカルテ」に記入し、トータル量を監視しており、少ない利用者には提供方法を見直す仕組みがあります。		
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
<コメント> 口腔ケアは毎食後に実施しており、自席にガーグルベースを準備し声掛けにて行うほかに、自室洗面台には口腔ケア用品を準備するなど主体的に取り組むことができるよう支援しています。口腔ケアは毎食後実施し、介護記録ソフトに記録の上、多職種で共有しています。アセスメントに基づいた施設介護計画書に口腔ケアを位置づけている利用者はいませんが、一人ひとりの口腔ケア計画は作成していません。歯科医・歯科衛生士による往診は週に2回の頻度であり、口腔ケアに関する助言や指導を受けるほかに職員研修も実施しています。		

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。	a
<コメント> 褥瘡予防についての標準的な実施方法は、「利用者の生活サポート帳」に記載し、日々のケアに取り入れています。アセスメントを実施し、マットの種類や排泄用品の選定をはじめ、臥床時間やポジショニング、栄養の観点から補助食品を検討するなど多職種で取り組んでいます。介護記録ソフト「ケアカルテ」内で情報共有をし、必要時にはカンファレンスを実施しています。褥瘡防止委員会を開催し、年1回の頻度で研修を実施しています。		
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。	a
<コメント> 経管栄養の対象者1名が在籍しており、体制を整えています。医療的ケアに関する研修を年1回、実施しており、法定会議も執り行われています。法人の「痰の吸引マニュアル」「経管栄養マニュアル」を活用し、実施手順を明確化しています。医師による指示は「介護職員等喀痰吸引等指示書」を使用し定期的に検討・更新しています。		
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
<コメント> アセスメントに基づき、「残存機能を活かす」「低下を予防する」視点をもって施設介護計画書に反映させています。移乗時や排泄時における立位や、入浴の際の関節の伸展などの生活リハビリやおしぼりたたみなどの家事リハビリなど支援を行っています。法人のリハビリ職による助言・指導を受ける環境を整えており、今期はポジショニング指導を受けた実績があります。各フロアには下肢の運動器（イージーウォーク）を設置し、自主的に取り組むことができるほか、ぬりえ・手作業などの認知機能にもアプローチした訓練も実施しています。「利用者の生活サポート帳」に記載の観察事項に沿って、普段と違う様子や気になる言動など介護記録ソフト「ケアカルテ」に記載し、多職種で共有しており、必要に応じて医療につないでいます。		
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。	a
<コメント> 介護記録ソフト「ケアカルテ」内にあるアセスメントシートに沿って、利用者一人ひとりのアセスメントを適切に行っています。「利用者の生活サポート帳」のコミュニケーションの項目には、支持的・受容的な対応に関する記載があり、研修を通じて職員は支援しています。BPSDがある利用者については、フロア会議にて本人のこだわりや行動パターン、また場面転換における成功事例の共有など、多職種で検討し症状改善に向けて支援しています。環境面においても馴染んだ家具の持ち込みから居室内レイアウト、食席周辺の環境整備など落ち着けるよう工夫をしています。施設介護計画に家事リハビリや作品作りなど位置づけ、役割をもって活動できるよう支援しています。また、医師との連携の下で内服の副作用など予測される影響を共有するなどしています。		

A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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。	a
<コメント> 医師の回診は週1回、実施し、状態に応じて医療機関につなぐ体制を整えています。法人の「ご利用者の観察項目マニュアル」にもとづき、体調変化の際は介護記録ソフト「ケアカルテ」に記録し申し送り、介護・看護間で共有しています。急変に際しても「急変時の対応マニュアル」に沿い、夜間帯でも看護・医療と連携が取れるよう整備しています。各マニュアルは入職時、OJT研修を通じて読み合わせを行うほかに、フロー図をフロア内に掲示し即対応できるよう訓練しています。服薬は「与薬マニュアル」により適切に管理しています。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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。	b
<コメント> 「看取りに関する指針」を整備し、看取り期におけるケアや対応手順を示しています。入居時に重要事項説明書をもって医療体制や終末期におけるケア等を説明し、「終末期の看取りについて（意向確認書）」の書面をもってご家族の意向を確認し、書面は年1回の頻度で更新をしています。看取り・終末期のケアに関する研修は、年間計画に位置付けており実施していますが、職員への精神的ケアについてはフロアリーダー・上役にあたるスタッフが担当者に声をかけ労う程度のフォローにとどまっており、仕組みとしてはありません。ご家族へは面会時間制限緩和をするなど柔軟に対応をしています。		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A19	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。	a
<コメント> 施設介護計画書の更新（年1回）にあわせ状況報告することを定期とし、その他身体状況の変化や物品の購入、行事参加等必要に応じて連絡をとっています。連絡担当者は状況や内容にあわせ介護支援専門員、生活相談員、看護師、介護職員など多岐にわたっていますが、介護記録ソフト「ケアカルテ」にて共有しており報告漏れが無いようにしています。伝達方法としては電話が主な手段になっていますが、要望にあわせメールでの対応も可能にしています。連絡先もキーパーソンの他に予め1~2名ほど備えるなど緊急時にも伝わるように工夫しています。施設介護計画書の更新時に本人・家族の要望等確認するほかに、利用者満足度調査を実施し意見等を吸い上げる工夫をしています。行事案内などを通じ家族との関係性を継続できるよう支援し、遠方のご家族に対してはZOOM面会を行うなどの対応をしています。		

評価対象 A－5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	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。	a・b・c
<コメント> 非該当		