

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

(福) 静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：小鹿なでしこ苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 増田 信	定員（利用人数）： 96（90）名
所在地：静岡市駿河区小鹿 402 番地の 1	
TEL：054-260-4165	ホームページ： https://nadeshiko.konjiki.jp/index.html
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 24 年 4 月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ^{恩賜} 財団 ^{財団} 済生会支部 静岡県済生会	
職員数	常勤職員： 33 名 非常勤職員 43 名
専門職員	施設長 1 名 医師 1 名
	看護師 3 名 看護師 2 名
	生活相談員 2 名 准看護師 1 名
	管理栄養士 1 名 介護職員 31 名
	介護職員 20 名 介護補助 1 名
	介助支援専門員 3 名 清掃員 2 名
	機能君欄指導員 1 名 宿直員 3 名
	事務員 2 名 事務員 2 名
施設・設備 の概要	定員 1 人当たり居室面 11.76 m ² 食堂 4 力所
	定員 1 人当たりの食堂面積 7.22 m ² /人

③ 理念・基本方針

(1) 理念

「あなたがあなたらしく 私が私らしく」

～ユニット環境を生かして、個性豊かな生活を支援します～

(2) 基本方針

入居者一人ひとりの暮らし方を尊重し、家での生活が継続できるように支援します。
また、施設機能を生かし地域に貢献します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

CSW を配置し、地域貢献活動を積極的に行っている。

市社協、地区社協、自治会との連絡を密に行っている。

- ・ S デイ、サロンの手伝い
- ・ 医療と福祉の無料出前講座
- ・ 学生服のリユース支援
- ・ こども食堂の支援
- ・ ウエスの会の支援
- ・ 地域防犯活動（青色防犯パトロール）
- ・ 地域防災活動
- ・ 認知症サポーター養成（今後予定）

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 6 月 20 日（契約日） ～ 令和 7 年 3 月 28 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（初めて）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・ 事業経営を取りまく環境と経営状況を的確に把握・分析し、経営課題に対し、具体的な取組を進めています。
- ・ 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定し、その計画を踏まえた単年度計画が策定されています。
- ・ 管理者は自らの役割と責任を明確にし、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、「生産性向上委員会」を新たに立ち上げるなど、経営の改善や業務の実効性を高める取組に、リーダーシップを発揮しています。
- ・ 総合的な人事管理が行われ、職員の就業状況に配慮され、職員の質の向上に向けた体制が確立されているなど、福祉人材の確保・育成に体制が整備されています。
- ・ 地域に根ざした施設運営について、令和 6 年 4 月から、コミュニティーソーシャルワーカー（以降；CSW）を配置することで子ども食堂運営に関わる等、地域ニーズに即した取組みが組織的に進められ、地域貢献につながっています。
具体的には「カフェ NAVO」、敬老会での地域交流及び自治会との情報交換会、青パトによる子どもの学校下校時での見回り等の活動をしています。
- ・ 人員不足の中においても、職員同士で知恵を出し合い、車いすの調整や備品交換等、より良くしていこうという工夫がみられます。

◇改善を求められる点

- ・ 施設の理念や基本方針、事業計画を分かりやすく説明した資料等を用いて、利用者や家族に周知することが望まれます。
- ・ 事業計画は、定めた手順により、職員等の参画の基で策定することが望まれます。
- ・ 職員の悩みの相談窓口を設けるなど、職員が相談しやすい体制整備が望まれます。
- ・ 苦情等に基づく改善・対応の公表は、施設を明らかにしておくことが望まれます。

- ・日々出し合った知恵や工夫は、その場限りになってしまっている傾向が見受けられますので、現場の職員のやりたい事、出来そうなこと等をメモ書きして記録として残すことにより、次に生かしていくことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当苑は、この度初めて第三者評価を受審いたしました。実は平成24年に開苑し、数年したところで第三者評価を受審してみようかという話はあったものの、作業の手間や費用対効果等に対して勝手な想像でネガティブにとらえており受審に至らなかったという経緯があります。確かに事前に行う個人作業や根拠となる書類の整理など、予想を上回る作業ではありましたが、個人は苑の現状を見直すきっかけとなり、管理者は職員がどれだけ運営方針や事業計画などを理解しているかを知る機会となりました。

また、調査員の方による客観的な視点により、できている部分について、至らない部分についていずれも「何が」「どこが」「どのように」できているのか不足しているのか、的確なコメントをいただけたことが最大の収穫であったと思います。

調査員の皆様、県社協のご担当者様、ありがとうございました。いただいたコメントは真摯に受け止め改善に取り組み、更なるサービスの質の向上に努めてまいります。

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> 施設の理念、基本方針は法人の理念及び福祉サービスの内容を踏まえ、施設の使命や目指す方法等を読み取ることができる。また、職員の行動規範となるような具体的な内容となっており、ホームページや法人のパンフレットで確認できる。しかし、職員及び利用者や家族への周知への取組が、十分でない。		

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
<コメント> 法人の本部及び支部において社会福祉事業全体の動向について把握し、分析するとともに、コスト分析や利用者率等の分析をしている。また、施設においても老施協等から地域の特徴・変化等の経営環境や課題の把握を行っている。		
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> 法人本部において経営分析が行われた「経営状況報告」を基に、運営会議が中心になって勉強会が行われるなど、役員及び職員の間で周知されている。また、入所者の介護度が重いことによる退所者の増加に対応するため、入所者の介護度に配慮するなど、改善が図られている。		

--

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> 中・長期計画は理念や基本方針の実現に向けて明確にし、経営課題等の改善に向けた具体的な内容となっている。また、目標は評価が行われる内容となっており、当初計画していなかったコミュニティーケースワーカーを年度途中に地域の相談員として配置するなど、必要に応じて見直しされている。		
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> 単年度の事業計画は中・長期計画の内容を反映させ、実施状況の評価を行える内容となっている。また、地区社協と共同して「ウエスの会」を立ち上げるなど、具体的な内容となっている。		
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。	c
<コメント> 事業計画は年2回の職員面接で意見を聞いているが、職員の参画の基で策定されておらず、職員の理解を促すための取組みが、十分ではない。		
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
<コメント> 事業計画の主な内容は、利用者や家族が見やすい場所に掲示しているが、説明は行われていない。		

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
<コメント>		

今年度から生産性向上委員会を創設し、毎年行われている職員の自己評価結果と利用者満足度調査を基に、組織的に福祉サービスの向上に向けた取組が行われている。しかし、第三者評価は今回初めて受審した。		
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> 今年度からユニットリーダー等が現場職員の意見を聞き、生産性向上委員会において福祉サービスの向上に向けた改善策が検討されている。その結果、排泄時には部屋のドアを閉めることを徹底するなどの改善が図られている。		

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> 管理者は事業概要で自らの経営・管理に関する取組を明示し、広報誌の新年のあいさつでも自らの役割等を表明している。また、自らの役割と責任を事務分掌等で表明し、職員に会議で周知が図られ、有事等の不在時には介護長に権限を委任することを、事業継続計画において明確化している。		
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> 遵守すべき法令等は法人が規定集として配信しており、必要時に誰もがみられるように整備されている。また、新入社員にはコンプライアンス研修を行うとともに、年に一度は法人本部がズームを用いてコンプライアンス研修を行うほか、コンプライアンス委員会を設置するなど、法令等を正しく理解するために積極的に取組んでいる。		
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> 職員の自己評価及び利用者満足度、年に2回の職員の面談等で福祉サービスの評価・分析を行うとともに、今年度から生産性向上委員会を創設し、福祉サービスの向上に向けて、職員の意見を反映させる取組を行っている。また、福祉用具・介護機器等の導入について、教育・研修を充実している。		

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> 法人本部において経営状況等を分析し、運営委員会において職員に周知している。また、管理者は今年度から施設内に「生産性向上委員会」を整備し、経営の改善や業務の実効性を高めるための取組に、積極的に参画している。		

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> 法人は「人材育成計画」で必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を明示している。また、勤務意向調査において資格取得希望者を把握し、取得のための研修に出席する場合には、勤務のシフト調整等で便宜を図っている。さらに、職員の出身校に講演に行くなど、福祉人材確保に努めている。		
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> 法人において「人材育成計画」で「期待する職員像」を示すとともに、人事基準は明確に定められ、人事評価を年に2回、実施している。また、意向調査により職員の意向を聴取し、勤務形態を変更するなどの対応が図られている。さらに、キャリアアップ制度でケアマネジャーの資格取得等、自らの将来の姿を描くことができる仕組みづくりが出来ている。		
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。	b
<コメント> 年に一度、職員面談により就業に対する意向調査を行っている。また、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは毎月、メンタルヘルスチェックは毎年確認し、場合によっては夜間勤務から省たり、乳児保育を必要とする女性職員には特別休暇を手厚くするなど、働きやすい職場づくりに取組んでいる。また、総合的な福利厚生は法人の互助会で実施している。しかし、職員の悩み相談窓口が整備されていない。		

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> 「期待される職員像」は法人の「人材育成計画」で明示し、職員一人ひとりの目標設定・管理のための仕組みが整備されている。また、毎年意識調査を行い、職員一人ひとりの目標を設定し、年2回の面接と人事評価で目標達成度を確認している。		
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> 「期待される職員像」を明示し、意向調査で示した職員の希望等を基に、教育研修委員会で職員の研修計画を検討している。また、苑内研修はその時に研修が必要となっているテーマを行うなど、カリキュラムの見直しが行われている。		
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> 職員の資格取得状況は把握され、経験年数等に応じた階層別の研修が行われている。また、新入社員には同行担当を付け、個別的なOJTが行われている。さらに、外部研修の情報は年度当初に職員に提供して希望者を募り、教育研修委員会が検討して受講生を決定し、受講の際には、シフトを配慮している。		
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> 実習生受け入れに関する基本姿勢を明示し、福祉サービスの専門職の育成についてのマニュアルが整備されている。マニュアルには実習受け入れ前、実習期間中、実習終了時・修了後に分けて留意すべき事項を明示し、それには学校との連携についても記載されている。また、指導者は実習指導者研修を受けた職員が担当している。		

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
＜コメント＞ ホームページを活用して、理念や基本方針、福祉サービスの内容や予算、決算等が適切に公開されている。また、地域の大型薬局において、地域包括ケア連携職員が近隣住民を対象とした相談会を開催するなど、地域に向けた活動を行っている。しかし、苦情に対する対応状況については、法人全体で公開しているが、どの施設が対象か不明で、十分ではない。		
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＞ 施設における事務、経理、取引等に関する規定、職務分掌と権限・責任は明示され、職員等に周知している。また、主食等の購入契約は入札を基本としている。さらに、法人における内部監査に加え、会計監査法人による監査を毎年行うなど、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の取組が行われている。		

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。	a
＜コメント＞ 地域交流については基本理念、事業目標に「地域と連携した活動」と明記し実践している。「ウエスの会」「カフェ NABO」の実施、広報誌・ホームページ・ブログによる情報発信も行っている。利用者には通院時に買物したり、移動販売を利用し、衣類等を自分で購入できる機会を設けている。コミュニティーソーシャルワーカー（CSW）を配置して、子ども食堂運営に関わる等、地域ニーズに即した取組みがみられる。敬老会には地域こども園のDVDによるお祝いメッセージが届き、利用者の喜ぶ姿が見られた。		
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＞ ボランティア受入の基本姿勢は、マニュアルを令和6年度に整備して職員に周知し、実践している。CSWにより積極的にボランティア受入にもつながっている。「ウエスの会」「カフェ NABO」「敬老会」「フルーツ演奏」「ウエスの会」等を積極的に受入れることで、利用者のサービス向上につながっている。		

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> 関係機関との連携については、CSW を中心に地域とのネットワークが構築されている。主な関係機関として静岡市社会福祉協議会、地区社会福祉協議会、自治会、民生委員・児童委員、地域のこども園、学校関係が掲げられ、地域の共通課題に対して積極的に取り組んでいる。		
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> 地域の福祉向上に向けた福祉ニーズ等を把握するための取組については、運営親睦会の開催、関係機関、地域自治会等との情報収集により、施設内にて協議・検討し、事業計画に反映させて事業活動を行っている。		
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> 地域福祉向上に向けた取組は、基本理念に掲げられ事業計画、事業報告に経過を記載している。地域防災訓練、地域の子ども達が出校する際の安全確保に向けた「青パト」（静岡市による許可車両）による通学路の見回り、子ども食堂運営協力、学生服のリユース支援等、ニーズに応じた取組を行っている。広報誌、ホームページでも公益的活動を紹介している。		

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
<コメント> 利用者を尊重した福祉サービスについて、基本理念、パンフレットに明示して支援を行っている。さらにコンプライアンスについての研修を実施し、福祉サービスの向上にも努めている。また「福なび（とうきょう福祉ナビゲーション）」の調査票を用いてサービス自己評価を行い、利用者の個別状況に応じた支援について分析し、職員に周知している。		

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。	b
<コメント> 介護マニュアル「nade-ism」に入浴時、排泄において、基本理念の1つ「人間の尊厳」を尊重してプライバシーに配慮した対応を行い、職員会議及び職員研修において周知徹底している。居室については、利用者の同意を持って2人部屋をカーテンで仕切ることでプライバシーを確保した生活としている。しかし、このプライバシー保護について責務等を明記したマニュアルがない。		
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> 利用希望者に対しては、サービスの内容が写真入りで明示されたパンフレット、ホームページの閲覧及び見学により、必要な情報が納得できるよう積極的に提供している。ショート、ロングショートを利用することで利用につながることも見られる。		
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。	a
<コメント> 福祉サービスの開始・変更については重要事項説明書にも明記され、利用者・家族の意向を尊重した説明を行っている。その説明経過については、ケース記録、サービス計画書に記録して職員にも周知している。利用者の居室移動についても意向を尊重し、家族にも電話等で説明し承諾の上、実施している。		
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。	a
<コメント> 福祉施設・事業所の変更や家族への移行等についての対応は、重要事項説明書に明記して相談員が窓口となり、利用者及び家族が納得して安心できるように対応している。また、経過について、サービス計画書に記録している。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<コメント> 利用者満足を把握する取組みについては、介護マニュアルの定期的見直し、利用者の安心安全をテーマにしたコンプライアンス研修、利用者満足度調査の実施、分析を組織的に取り組んでいる。分析した結果は新人職員研修に伝えられ、全職員が利用者満足の向上に取り組む姿勢が見られた。		

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> 苦情対応マニュアルの仕組みは確立していて、苦情ボックス設置、第三者委員の掲示も適切である。また、苦情を申し出にくい利用者には、その都度、職員が受け付けて対応している。施設のホームページでの情報公開において「苦情解決対応結果の公表」について、閲覧手順が難しいこともあり明確にすることが求められる。		
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> 利用者が相談や意見を述べやすい環境については、基本理念の「個性豊かな生活を支援」、令和6年事業目標「本人、家族に寄り添った思いやりのある介護サービスの提供」と明示した上で、サービスが提供されている。利用者との寄り添った関わりでの日常会話やユニット内での面接、さらには個室での対応により環境を整備した対応を行っている。		
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
<コメント> 利用者からの相談や意見への対応については職員会議にて周知し、利用者個々のサービス計画書にも記録している。毎年、実施している満足度調査において9割近くの利用者が「満足な対応」と回答している。令和6年度には利用者からの相談や意見についての対応マニュアル作成される予定であり職員及び利用者への周知が求められる。		
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についてはリスクマネジメント委員会を中心に危機管理マニュアルを整備して定期的見直しを行っている。ヒヤリハット、事故報告書は職員に周知して対応している。令和6年度には、コンプライアンス研修が実施され安心・安全な福祉サービスの向上につなげている。夜間緊急対応としてオンコールシステムを導入し、事態に応じて管理職、看護師等に相談する支援体制が整っている。		
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> 感染症発生時対応業務継続計画「感染症BCP」を整備して、感染症予防としての平時の取組から、発生時の対応、陽性者発生時の対応例について職員会議にて周知している。研修委員会が中心になり、看護師等による研修会も行なっている。令和6年度には感染症、食中毒、インフルエンザ、疥癬症についての研修を実施している。		

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やっている。	a
<コメント> 災害時における安全確保のための取組みについては、防災委員会が中心となって防災マニュアルとしてBCP（事業継続計画）を整備し、職員に周知している。利用者、職員及び地域住民を含めた訓練も年間防災訓練計画により実施している。総合防災訓練では地域住民も参加しての「起震車による地震体験」が行われており地域防災との連携も図っている。BCPは毎年、見直しも行っている。DCAT（災害派遣福祉チーム）として被災地の福祉施設への支援にも協力している。		

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> 提供する福祉サービスについては介護マニュアルとして「nade-ism」を整備することで、職員に対して標準的な実施方法を周知徹底している。「褥瘡・ポジショニング・入浴委員会」、「身体拘束・リスク委員会」が組織化され文書化し、職員に周知することで標準的な福祉サービスの提供につなげている。		
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> 標準的な実施方法の見直ししている状況についてはリーダー会議議事録に明示している。夜間対応の「オンコール」の体制の見直し等、利用者に関わる職員の意見を反映して行っている。		
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> 利用者個々のサービス計画については、アセスメントに基づいて担当国会議を開催して策定している。看護師、栄養士等の多職種での検討会議を行い、利用者個々のニーズに応じた計画を策定し、利用者及び家族の承認を持ってサービスにつなげている状況は、会議録から確認した。		

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
<コメント> 福祉サービスの実施計画の評価・見直しについてはサービス計画書に記載され、職員間で共有して栄養士、看護師等と連携した上で、サービス実施を実施している。経過についてのアセスメントも記載されている。実施結果については利用者満足度調査、職員自己評価を定期的に実施する事、日々の利用者との会話からも把握している。しかし、周知する手順が定められていない。		
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> 利用者に関するサービスの実施状況については利用者個々のサービス計画書に記載され、利用者への具体的対応を明記している。このサービス計画書はパソコンにおける介護記録ソフトに記載され、個人情報の管理体制を遵守した上で職員間にて共有し、適切な福祉サービスに反映している。		
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> 利用者に関する記録の管理については、「個人情報保護方針」及び「個人情報の取扱いについて」「個人情報保護規程」により管理体制は整備されている。また、利用者に対しては重要事項説明書をもって説明し、同意を得ている。		

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
<コメント> 個別計画に個々に応じた対応が組まれていたが、確認が取れないものが多く、複数の活動メニューや社会参加に配慮したプログラム等の確認ができなかった。また、改善する取組が組織的に継続して行われているとは言い難い。		
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>		
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>		
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
<コメント> 利用者の思いや希望を把握し、日々の支援に反映しているが、検討、見直しが定期的に行われていることが確認できなかった。言葉使い等では、個人に合わせたものではなく、一人ひとりに応じたコミュニケーションとは言えない。		
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
<コメント> 身体拘束の緊急時の具体的な手続き、方法等はマニュアル等で明確化されており、職員への周知もされている。しかし、権利擁護の規定・マニュアル等が整備されていない。		

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
<コメント> 施設的环境は清潔で適温と明るい雰囲気、職員が知恵を出し環境作りの工夫をしている。しかし、利用者の意向等把握する取組と改善の工夫において、十分ではない		

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> 入浴記録があり、周知されており、職員同士の話が行われ、個々に合わせた入浴支援を行っている。		
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> 変更する場合は、1週間程度試しを行い、その後のアセスメントも行い評価している。また、定期的に排せつがなければ時間をずらす等、職員は日々努力して取組んでいる。		
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> 一人ひとりの福祉用具はないが、その人に合わせて福祉用具を選んだり、調整したり、修繕しながら、利用者の自立に向けた支援を行っている。		
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> 利用者同士のトラブル等を避けるため、席の配置を工夫し、食事提供の間違い等ないように2重チェックしている。衛生管理体制が確立され適切に行われている。		

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。	b
<コメント> 日々、利用者の心身の状態を観察し、食事、水分等の把握を行い支援しているが、食事摂取を継続するための取組がない。事故に関する報告書やヒヤリハット報告書は良く提出されていたが、事故等の危機管理についての話し合いが行われていない。		
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> 歯科医や衛生士が訪問歯科に来て定期的な口腔状態のチェックは行われている。しかし、利用者の日々の状況に応じた口腔内チェック表等はなく、利用者の状況に応じた口腔ケアが実施されているとは言えない。		
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> 褥瘡も発生予防に対する取組があり、ポジショニング方法も周知され、職員間での提案が来ている。月1回の栄養士・看護師・介護士等の話し合いもあり、職員間の連携も見られる。		
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
<コメント> 介護職員による喀痰吸引の実施手順や個別計画書の策定はされていたが、資格取得後の研修や個別指導を行っておらず、研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっているとはいえない。また、医師や看護師の指導、助言のもと安全管理体制が構築されているとはいえない。		
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> 生活の維持や介護予防では、週1回午前中は全体で午後は個別、週1回は音楽療法を取り入れている。ベット上での予防活動についての記録がない。また、介護職員や機能訓練士、看護師等との話し合いが行われており、日常的に心身の状況にあわせて行われているが、計画的で評価、見直しについては、不十分である。		

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
<コメント> 職員勉強会に参加出来ない職員に対しても、ビデオを撮り感想を提出し、職員全員の参加が出来ており、対応に困惑する場面では、職員同士で意見を出し合い、計画に落とし込んでいると聞き取るが、計画書に反映されていない。また、観察記録、改善に向けたケアや生活上の配慮を行っているとは言えない。		
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。	b
<コメント> 急変時対応マニュアルはあり、1時間に1回の訪問で体調変化や異常の早期発見に努めているが、研修や個別指導等職員に周知徹底するための方策を講じている記録がない。なお、職員が扱える内服は看護師の指示のもと行われている。		
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> 終末期対応の方針、手順が明らかになっており、医師等の連携体制もできている。また、家族に対して対応や、ケアの説明、利用者の状況に応じて、出来る限りの終末ケアを行う体制が出来ている。しかし、職員に対する終末期研修が十分でなく、精神的フォローが出来ていない。		

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。	b
<コメント> 月1回家族に定期的な手紙を出しているが、利用者の状況等や報告は、緊急時以外は、2か月に1回の情報誌を送るに留まっている。年間行事等がなく、毎月何が行われているのかという情報も、年6回の情報誌で知る家族もいて、利用者と家族の繋がりを持てるような取組や工夫が行われていない。		