

評価細目の第三者評価結果

（高齢者分野）

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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。	a	法人理念は新規入職の職員には入職時に説明を行っている。事業所独自で定める施設方針は、職員への周知を行った上で職員通路にも掲示している。理念を踏まえて個別のケアを検討・提供している。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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	毎月される運営会議にて、稼働収益等の数値・運営に関わる情報を共有している。法人内の高齢事業部会での検討及び情報共有を行い、課題抽出に繋がっている。
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	運営会議、リーダー会議にて課題共有を行い、分析を行っている。それぞれの課題に対して改善策の検討を行い実践に繋がっている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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	法人全体で中・長期ビジョンを明確にしており、2030年までの長期的なビジョンを作成し、職員へ周知している。
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	法人で統一した書式の単年事業計画を策定し、年度初めに職員間で読み合わせを行うほか、館内にも掲示し、いつでも確認できるようにしている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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	施設方針を踏まえ、各課・ユニット・委員会単位で計画策定し、毎年3月、4月に振り返りを実施している。職員の理解については、周知・共有は行っているが十分ではない部分もあり今後の課題としている。
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	積極的な取り組みは行っていないが、エントランスに事業計画を掲示しているため、利用者や来所した家族、来訪者が閲覧できるようにしている。

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	コメント
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。		
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	毎月1回、サービス向上委員会を開催し、サービス内容についての見直しを行っている。各種加算の取得によりケアの質・幅を広げる取組を行っている。
I-4-(1)-② 評価結果に基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	今回が初めての受審の為、評価結果を事業所の運営に生かしていきたいと考えている。

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	コメント
Ⅱ－１－（１） 管理者の責任が明確にされている。		
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	毎年度、事業計画内で施設長方針として表明している。管理監督職が参加する合同会議の場において話をしており、各課リーダーの理解は得られているが、一般職においてはどこまで浸透しているかは課題が残っている。
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	コンプライアンス研修を現場に即した内容にし、分かりやすいよう工夫している。課題が発生した際には情報共有ツール等を使用して周知している。
Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	b	各課の取組みや課題に対して助言・指導を実施し、質の向上を目指しているが、具体的な取り組みを行うに至っていないため、課題と感じている。今年度より、アンケート等を実施して課題抽出を始める予定である。
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。	b	運営会議や各課ミーティングでの具体的指導や提案等を図り、方向性を明確にしているが、改善につながらないこともあり、今後の課題としている。

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	法人全体のホームページに求人情報を掲載し、常に募集を行っている。求職者が具体的に仕事内容をイメージしやすくしている。また、職員面談は毎年行い、面談時に管理者と目標を共有している。事業計画に人材育成方針を定め、状態目標・取組内容を具体化し実践している。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として人事基準が定められ、考課が行われている。リーダー職は人事評価を含め、経営層にて指導・評価を実施している。介護課はフロアリーダーを中心に職員の課題を共有し、指導内容について検討・対応している。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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	現場での就業状況の確認やリーダー職からの報告、個人面談の機会を活用し、個々の意向を把握・対応し、環境づくりに努めている。埼玉多様な働き方実践企業として認証を受けており、職員の多様な働き方を支援している。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	人事評価結果及び日常のケアにおける課題を、面談を通じて職員一人ひとりにフィードバックしている。また、フィードバック内容はリーダー職と共有し、改善策の提案、指導を実施している。
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。	b	法定研修を含めた研修計画を策定している。今年度は新人職員向けの教育プログラムを策定し、新人職員の育成、定着を目指している。今後は既存職員向けの教育プログラムの策定を検討している。
Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	外部研修や資格取得のための研修の機会を提供している。参加職員には、時間的な補助や金銭的な補助も含め幅広くサポートしている。
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。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	今年度より介護実習生の受入れを再開予定としている。職員側の気づき（学び）に繋げていきたいと考えている。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	法人ホームページ・パンフレット等を活用し理念・基本方針・援助内容・社会貢献活動・苦情解決の体制・基本財産・定款等を公開している。社会福祉法の規定に基づき、財務諸表等がWAMNETで公開されている。
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	法人作成の経理規程に予算・取引ルール・内部監査等定められ、適切な経営管理に努めている。施設の事務・経理等は管理者および施設長がルールに基づき本部へ報告している。また税理士へ報告・相談を行い透明性の高い運営がなされている。

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－４－（１） 地域との関係が適切に確保されている。		
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	地域の畑を借りて芋掘りを行うなど、地域資源を活用した交流行事を継続している。また、地域のボランティアの受け入れを行っている。
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	受入れに際しては感染症対策への理解・個人情報保護・プライバシー保護の理解がある方を依頼。マニュアルはないが、受入れの際にオリエンテーションを実施。受入れ実績は多数あり、現在は傾聴ボランティアを中心に受け入れを行っている。
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
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	定期的に地域の医療機関、社協、居宅介護支援事業所等との情報交換を行っている。特に、医療機関と密に連携を図ることで、地域福祉の拠点となる存在となっている。
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	b	近隣の医療機関等と連携を図り、地域ニーズの把握に努めている。定期的な情報交換などを実施している。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	現在はニーズの調査中であり、具体的な取り組みは行っていないが、常に地域との交流やつながりがある為ニーズ抽出に繋がっている。

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	コメント
Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	重要事項説明書にて明示し、契約時に説明している。身体拘束廃止・虐待防止の指針整備・委員会の開催及び取組み内容を周知しているほか、定期的に研修を実施している。
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	プライバシー保護に関する研修を実施。ブログ・ホームページ・広報誌に掲載する写真等の取り扱いについては全職員に周知徹底を図っている。
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。		
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	ホームページやパンフレットに施設概要、施設方針等を公表。入居を検討されている方へは生活相談員が主体となり、施設紹介・概要・見学対応を積極的に実施している。
Ⅲ－１－（２）－② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	a	サービスの開始、変更については、契約書類等を用いて、サービス内容については施設サービス計画書を用いて説明し、同意を得ている。サービス内容や料金変更等は適宜、口頭だけでなく書面にてお知らせし、同意を得ている。

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	事業所の変更や在宅復帰については、必要な情報を移行先事業所やケアマネージャーと共有している。在宅復帰の際には入居者及び家族に介護上の注意点等情報提供を行い、居宅介護支援事業所と連携を図り、安心・安全な環境で在宅に戻れるよう支援している。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	a	サービス向上委員会が主体となり、入居者及び家族に対し満足度調査としてアンケートを実施している。また、管理栄養士による嗜好調査を実施している。今年度からは、独自のレクチームを結成し、レクリエーション活動にも力を入れている。
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。		
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	サービス開始時に、サービス内容に関する相談・苦情の申し出についての説明を行っており、エントランスに閲覧できるようファイルを置いている。苦情受付担当・苦情解決責任者・その他の窓口を明示している。
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	入居者や家族からの相談や要望などを伺う際は、気軽に相談が出来るよう、エントランスや相談室などで対応している。また、施設ロビーに意見箱を設置している。
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	入居者や家族からの相談や意見を受けた場合、介護支援専門員へや施設長等と情報の共有を行い、迅速に対応するよう心がけている。
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。		
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	リスクマネジメント体制が構築されており、事故発生時はカンファレンス内容を含めた事故報告書を作成している。報告書は職員への周知・対策の評価を実施している。事故防止委員会にて事故・ヒヤリハット分析や重大事故・対応困難な事案に対して事故検証を行う等再発防止を図っている。
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	職員は検温、手指消毒、マスク着用を必須としている。入居者の熱発・嘔吐時は居室隔離、個別に防護服等の対応を行い、状況により抗原検査を実施している。委員会にてBCPの改訂や指針の見直し等を行うほか、予防対策の実施・評価、法定研修及び訓練を実施している。感染症発生時はBCP及びマニュアルに基づき拡大防止を図っている。
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	事業所内の災害対策委員会において、自然災害の発生を想定したBCPの改訂や召集リストの作成、研修及び訓練を実施している。備蓄品の管理やリスト更新等も定期的に行っており、緊急時の初動対応ができるよう毎月ミニ訓練を実施している。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

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。		
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	事業所全体の業務マニュアルは整備されており文書化されている。ユニットごとの支援方法や個別の対応に関しては各ユニットで設定し共有されている。
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	見直しに関しては適宜、必要に応じて行われている。定期的な見直しについては年度末に実施されている。
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。		
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（個別支援計画）を適切に策定している。	a	介護支援専門員が入居者や家族、職員等から情報収集を行い、入居者個々の心身状態や生活状況、要望を分析・評価し、施設サービス計画書を策定している。
Ⅲ－２－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	サービス計画書は個々に応じて3～6ヶ月に1回評価・見直しを行っている。その際は入居者・家族、職員から情報収集を行い、入居者個々の心身状態や生活状況、要望を分析・評価し、サービス計画に組み込んでいる。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	入居者の情報は決められた書式や介護ソフトで統一したものを使用している。記載内容の統一が不十分な面もあり課題が残っているが、情報共有は介護支援ソフト使用により周知・共有できる状態である。
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	法人内の規定として、記録の保管・保存・廃棄に関する規定があり、個人情報保護の観点から職員教育研修を実施している。介護支援ソフト使用の際は、職員ID・PWがなければアクセスできず、個々に権限設定を行っているため管理体制が確立している。

A 個別評価基準

A－１ 生活支援の基本と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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	入居前の環境や、入居者家族の意向などに沿って一人ひとりの過ごし方を決めるようにしている。さらなる質の向上については課題と感じている。
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。	b	入居者のこれまでの生活を尊重しながら居室等配慮している。排泄ケア等は残存機能を維持できるよう働きかけ、自立支援を心がけている。
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。	b	入居者の心身の状況に合わせて生活支援を実施している。
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	ケアプランや個別機能訓練計画に沿って個別ケアを心掛けている。少人数の事業所という事もあり、コミュニケーションに力を入れている。
A－１－（２）権利擁護		
A⑤ A-1-（２）-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	b	各種研修などを通じて、入居者の権利擁護に取り組んでいる。権利擁護に関しては研修内容等の周知を徹底している。

A－２ 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
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	慣れ親しんだ地域で、季節感を感じながら生活できるよう環境設定を行っている。居室環境は、これまでの生活を尊重できるよう配慮し支援している。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
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	個浴・特殊浴を使用し、入居者の心身の状況に合わせた入浴設備を使用している。1対1で対応し、待たせることなく無理のない時間で対応している。入居者の羞恥心に配慮し、バスタオルなどを使用している。
A⑧ A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	入居者の心身の状況に合わせた排泄方法を選択し、個別の排泄パターンを把握するよう努めている。自然な排泄援助ができるように心がけ、定期的に介助方法の見直しを行っている。
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	多職種で連携して、必要に応じて福祉用具の使用も検討している。歩行が可能な限り、できるだけ車椅子を使用せず、歩行が短距離でもできるように介助している。
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	栄養士によるミールラウンドを実施して食事のモニタリングを実施している。また、嗜好調査は年に2回ほど実施し献立に反映している。
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。	a	主食・副食共に個人の状態、嚥下状態、嗜好に合わせ、他職種とカンファレンス等で話しあい決めている。定期的な歯科医師の訪問があり、歯科医師等のアドバイスを受けている。
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。	a	入居者の心身の状況に合わせて口腔ケアを実施している。歯科衛生士、歯科医師による口腔指導や口腔ケアを実施し、職員に周知している。
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	褥瘡予防委員会を中心に褥瘡発生の状況把握とケア方法を検討している。加算等は取得していないが、ポジショニングや福祉用具使用など他職種で連携し、褥瘡予防の研修を実施している。
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	希望する職員に対しては喀痰吸引研修の受講支援を実施している。
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。	a	機能訓練指導員により、個別または集団にてプログラム運営している。芸術活動もその一環として行われており、その他には身体機能、ADL、余暇活動へのアプローチが中心である。
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。	a	職員に対しては、入職時に認知症ケア研修を実施している。また、往診医と連携し、認知症による症状をしっかりと理解するよう努めている。
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	急変時・緊急時のマニュアルを整備し、わかりやすく手順等を記載している。
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。	a	看取りや終末期の入居者への対応をまとめた指針を作成している。また、職員に対して看取りケア研修を実施している。

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携		
A ^⑱ 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	緊急時の連絡体制を整えている。日常の様子は面会時に伝え、体調不良や転倒事故等の際は家族の就業状況等も踏まえ、希望する手段（電話・メール）で連絡している。広報誌や家族向けのハガキも発行・郵送している。

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A ^⑳ 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	BCP計画を策定し年2回のBCP研修及び訓練を実施している。また、質の高いサービスを提供するため、職員の資格取得にも力を入れ、各種補助制度などを創設している。