

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書 令和6年度

社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会
新鶴見ホーム 新館

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

目次

サービス第三者評価結果報告書

◆福祉サービス第三者評価結果の概要

- ① 評価機関
- ② 施設・事業所情報
- ③ 理念・基本方針
- ④ 施設・事業所の特徴的な取組
- ⑤ 第三者評価受審状況
- ⑥ 総評
- ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント
- ⑧ 第三者評価結果

◆第三者評価結果(共通評価)(別紙1A)

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
- I-2 経営状況の把握
- I-3 事業計画の策定
- I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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
- II-2 福祉人材の確保・育成
- II-3 運営の透明性の確保
- II-4 地域との交流、地域貢献

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

- III-1 利用者本位の福祉サービス
- III-2 福祉サービスの質の確保

◆第三者評価結果(内容評価)(別紙2A)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

- A-1-(1) 生活支援の基本
- A-1-(2) 権利擁護

A-2 環境の整備

A-3 生活支援

- A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援
- A-3-(2) 食生活
- A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア
- A-3-(4) 介護職員用による喀痰吸引・経管栄養
- A-3-(5) 機能訓練・介護予防
- A-3-(6) 認知症ケア
- A-3-(7) 急変時の対応
- A-3-(8) 終末期の対応

A-4 家族との連携

- A-4-(1) 家族との連携

福祉サービス第三者評価結果 の概要

①第三者評価機関名

株式会社フィールズ

②施設・事業所情報

名称:	特別養護老人ホーム 新鶴見ホーム新館
種別:	特別養護老人ホーム
事業所代表者氏名:	比嘉 規之
定員(利用人数):	60名
所在地:	〒231-0002 神奈川県横浜市鶴見区江ヶ崎町2-42
TEL/FAX:	TEL 045-583-0800 FAX 045-583-0881
ホームページ:	https://www.hama-wel.or.jp/branch/shinturumi/news/
開設年月日:	2013年4月1日
経営法人・設置主体:	社会福祉法人 横浜市福祉サービス協会

職員数	常勤/非常勤	常勤: 40 名 非常勤: 7 名
	専門職員(名称)	介護福祉士、介護支援専門員
		看護師、管理栄養士
		生活相談員、機能訓練指導員

施設・設備の概要

居室数	個室 50
設備等	浴室、トイレ、エレベーター、医務室、静養室、面接室等

③理念・基本方針

<法人理念>
 ・お客様の満足
 ・人を大切にし共に育ちあう協会風土
 ・公正で透明感のある協会倫理
 <事業所理念>
 「しあわせをつくる」私たちは、新鶴見ホームを笑顔(smile)感謝(thanks)感動(impressed)で溢れる場所に、新鶴見ホームに関わるすべての人のしあわせをつくり
 ます。
 <基本方針>
 「お客様にとっての一番を一緒につくる」
 「職員の未来をつくる」
 「社会福祉の発展をつくる」

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>「毎日を、こころ豊かに暮らしていただきたい」これが新鶴見ホームの願いです。</p> <p>【介護方針】</p> <p>①お客様一人ひとりへの丁寧なサービス提供の実践をしています。</p> <p>②研修委員会を通じて、精力的に研修内容を吟味し、職員のスキルアップを効果的に推進しています。</p> <p>③ICT機器（見守り機器やインカム）の導入により業務の効率化による職員の業務負担の軽減に取り組んでお客様に寄り添う時間を大切にしています。</p> <p>④計画的な育成指導を行い、質の向上に取り組んでいます。</p> <p>⑤全介護職員がノーリフティングケアを習得し、介護される側、介護する側双方にとって安全・安心で負担のないケアを提供します。</p>
--

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	契約日:令和 6年 5月 17日	訪問調査日:令和 6年 11月 15日
	評価結果確定日 :令和 7年 2月 6日	
受審回数(前回の時期)	1回 (前回:平成29年度)	

⑥総評

◇特長や今後期待される点

1)利用者一人ひとりに合わせたケアの実践

日常生活で不可欠な食事、排泄、入浴、移動、日中活動など、利用者個々の状況に応じてきめ細かく柔軟にケアを提供しています。朝食の時間に睡眠を取りたい方には、2時間まで取り置き、温め直して提供しています。入浴時は、最初に湯温の好みを試してから介助を始める、コミュニケーションの取りにくい方とは、1対1でゆっくり関われる時間に意向を聞き取るなど、表情やしぐさも含め利用者の気持ちや意向を汲み取りながらユニットケアの特徴である個別ケアを徹底しています。

2)医療的ケアの充実

経管栄養や喀痰吸引に関するケアについては、看護師不在の時間帯もあることから、介護職員の多くが技術を習得して看護・介護にあたっています。講義、シミュレーション演習、実地研修など事業所として毎月1回、継続して実施しています。事業所では、介護職が行う医療的ケアの資格取得について積極的に推進しており、委員会で進捗状況を確認しています。また、睡眠や便秘等の対策、褥瘡予防対策など、看護師が中心となって事業所全体で行う医療的ケアを、配置医師と連携し実施しています。

3)ICT（情報通信技術）や見守り機器の導入による業務の効率化

事業所では、全職種参加型ICT委員会を立ち上げ、積極的な組織運営の構築と向上を図っています。各種会議のデジタル化を図り情報の共有と周知を効率的に行い、職員研修は職員の都合に合わせてオンラインで簡単に受講できるシステムで、研修の実効性を上げています。利用者のベッドには見守り機器を導入し、さらにインカムを導入することで、介護者はスマートフォンで利用者の動向を把握し、近くにいる職員が駆けつけて必要な介護を迅速に行うことができます。効果として、職員の業務負担を軽減し介護に当たる時間を増やすことができました。タイムリーなケアを導入することで利用者の事故防止につなげるなど、介護の質の向上を図っています。

4)利用者満足を把握するための仕組みの構築

利用者家族の面会時等、個別に事業所やケアに関する意見や要望を聞く機会を大切にしています。しかし、感染症対応中などで面会ができないなど接触の機会が少なくなっていることもあり、全体として施設に対する満足度を把握する機会が減っています。サービスの質の向上を図る手段の一つとして、事業所と利用者・家族双方向での取組とするために、家族会の復活などコロナ禍の状況を勘案しながら、更に広く意見等を汲み取る機会を広げるための工夫が期待されます。

⑦第三者評価結果 に対する施設・事業所のコメント

前回第三者評価を受審してからの経過期間があった事や、コロナ禍から平常時に戻った事もあり、施設の運営が変化している状況でした。
その為、気付きも多くあった受審となりました。
お客様からの声も把握出来て、事業所としての対応・改善をしていく指標になりました。
ユニット型施設の特徴を生かして一人一人に寄り添ったケアをしていき、安心して生活できる場所となる様に、ICT(情報通信・伝達技術)導入をして、業務改善を行い、選ばれる施設となる様に職員一丸となってケアの質の向上をしていきます。

⑧第三者評価結果

(別紙1A)「第三者評価結果(共通評価基準)」、(別紙2A)「第三者評価結果(内容評価基準)」のとおり報告します。

公表については、かながわ福祉サービス第三者評価推進機構が定める既定様式で公表します。

(別紙1A)

第三者評価結果（共通評価）

* 全ての評価細目(45項目)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。

* 評価細目ごとに判定理由等のコメントを記入する。

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

Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

第三者評価結果

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。	a
---	-----------------------------------	---

【判断基準】

- a) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
 - b) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。
 - c) 法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化や職員への周知がされていない。
- ☒ ア 理念、基本方針が法人、福祉施設・事業所内の文書や広告媒体（パンフレット、ホームページ等）に記載されている。
 - ☒ イ 理念は、法人、福祉施設・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。
 - ☒ ウ 基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
 - ☒ エ 理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。
 - ☒ オ 理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。
 - ☒ カ 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。

<コメント>

法人の理念は、ホームページで広く知らせるとともに、事業所内の各フロアに掲示しています。職員や面会等にきた家族の目に留まりやすいように工夫しています。法人理念を受けて事業所の理念を開設と同時に定め、併せて基本方針として職員の行動信条を定めて具体的な行動の指針としています。利用者や家族には、入所時に重要事項説明書の中でこれら理念や基本方針を運営方針として記載し説明しています。理念等の実践については、年度末の会議で振り返りをしています。

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

第三者評価結果

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
---	---	---

【判断基準】

- a) 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。
- b) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境と経営状況が把握されていない。
 - ☒ ア 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。
 - ☒ イ 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。
 - ☒ ウ 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人(福祉施設・事業所)が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。
 - ☒ エ 定期的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る。

<コメント>

横浜市から、法律や制度改正等の情報がメールで送られてくるほか、近隣の高齢者施設や医療機関、地域ケアプラザなど、地域住民に密着した機関との定期的な会議や自治会長等との交流を通じ、行政の情報を始めとする地域の福祉事情について把握しています。毎月の月次報告を基に、事業所の責任職会議でベッドの稼働率やコスト分析を行い、常時経営状況を把握し、改善に向けての協議を行っています。

第三者評価結果

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
---	-----------------------------------	---

【判断基準】

- a) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
- b) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。
- c) 経営環境と経営状況の把握・分析にもとづく取組が行われていない。
 - ☒ ア 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。
 - ☒ イ 経営状況や改善すべき課題について、役員(理事・監事等)間での共有がなされている。
 - ☒ ウ 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知している。
 - ☒ エ 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。

<コメント>

事業所の運営や福祉サービス等に関する重要事項は、責任職会議で協議決定する仕組みです。月2回開催の責任職会議では、組織体制、人材の確保育成、行事や細部に亘る確認事項等について幅広く話し合わせ、財務についての課題も会議出席者から各セクションの職員に会議やメール等で伝達しています。近年はコロナ禍の影響による収入減やコスト増、人材確保などの課題に対してコストダウンなどの対策を取っています。所長が本部役員を兼務していることもあり、課題及び改善内容については法人本部との共有を図っています。

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
- b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらかを策定していなく、十分ではない。
- c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。
- ☒ ア 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標(ビジョン)を明確にしている。
- ☒ イ 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。
- ☒ ウ 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。
- ☒ エ 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。

<コメント>

法人として、現在は令和6年度までの中期経営計画を推進中であり、令和7年度から5年間の新たな計画を責任職会議メンバー等でも検討中です。内容は、法人理念を具体的に実現するものとなっており、事業所としては関連する計画について職員の意見を吸い上げながら、見直しを検討しており、さらに改善していきたいと考えています。職員がより良い職場作りに向けて考えていけるようにすること、ICT(情報通信技術)導入によって得られる時間をどのように有効活用するかなど、新たな方向性を検討しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
- b) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しているが、内容が十分ではない。
- c) 単年度の計画は、中・長期計画を反映しておらず、内容も十分ではない。
- ☒ ア 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。
- ☒ イ 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。
- ☒ ウ 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。
- ☒ エ 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。

<コメント>

法人全体で作成している単年度事業計画の他に、事業所独自の事業計画を策定しています。法人理念を基本に、中長期計画の内容を実現する計画として、経営の改善・向上、接遇向上、ICTの導入と充実による業務の効率化、職員の介護スキルアップ、職場改善などが具体的に目標とする数値と共に示しています。今年度、就寝時の見守り機器や話す言葉が自動的に記録するシステムを導入したことで、業務や経営に与える影響について、ICT委員会などで評価をしています。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

第三者評価結果

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
---	---	---

【判断基準】

- a) 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) 事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。
- c) 事業計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。
- ☒ ア 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。
 - ☒ イ 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。
 - ☒ ウ 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。
 - ☒ エ 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。
 - ☒ オ 事業計画が、職員に周知(会議や研修会における説明等)されており、理解を促すための取組を行っている。

<コメント>

事業所の事業計画は、所長が作成した原案を責任職会議で協議・決定し、その内容を、フロア長を経由して全職員に周知しています。責任職会議には各フロアや職種別の責任者が参加しており、うち課長クラスの管理職が日常業務の中で拾い上げた職員の意見をとりまとめ、反映した意見を出しながら、会議での協議を進めています。決定した計画は、課長やフロア長が会議等を通じて各職員に伝達し周知しています。計画の進捗状況は、各フロアで課長が日ごろの業務の中で確認し、年度ごとの振り返りと見直しに繋げています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 事業計画を利用者等に周知するとともに、内容の理解を促すための取組を行っている。
- b) 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。
- c) 事業計画を利用者等に周知していない。
- ☒ ア 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知(配布、掲示、説明等)されている。
 - ☐ イ 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。
 - ☐ ウ 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。
 - ☐ エ 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。

<コメント>

事業所の玄関に、ホームの年度ごとの事業計画書と予算書、個人情報取り扱い書などをファイルに閉じて設置しています。家族等の面会時に、いつでも閲覧できることになっていますが、コロナ禍もあり面会のない家族も多く、十分な周知が図られていません。更に利用者家族にも事業所の取組を理解してもらうための工夫が期待されます。

I-4 福祉サービスの質の向上へ組織的・計画的な取組

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 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ているが、十分に機能していない。
- c) 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ていない。
- ☒ ア 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。
 - ☒ イ 福祉サービスの内容について組織的に評価（C：Check）を行う体制が整備されている。
 - ☒ ウ 定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。
 - ☒ エ 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。

<コメント>

法人及び事業所の理念として、利用者の幸せを考えることを最も重要視しています。法人では年に1回、自己評価をする機会を設け、課題を見つけてサービスの質の向上につなげる仕組みがあります。事業所の事業計画でも介護のスキルアップを大切に、食事、歩行、移乗等各項目ごとの業務点検チェック表で自己評価をするともに、チームリーダーのチェックとも併せて、自らのサービス提供について振り返っています。課題が認められる場合は、チームリーダーと当該職員間で話し合い振り返りをし、その内容は責任職会議でも共有しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。
- b) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。
- c) 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。
- ☒ ア 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。
 - ☒ イ 職員間で課題の共有化が図られている。
 - ☒ ウ 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。
 - ☒ エ 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。
 - ☒ オ 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。

<コメント>

年に1回、職員は自己評価を行います。内容は、接遇、事故防止対策、介護内容等多岐にわたり、結果を各フロアごとに会議で点検しています。フロア会議には、介護職を始め生活相談員、ケアマネジャー、看護職など多職種が参加し、課題内容の確認から改善案までを出し合っています。これらは責任職会議で確認した後、職員全体で共有され、改善策の実施予定も含め、まとめて本部に報告をしています。会議の内容は、議事録として整備しています。

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

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。

第三者評価結果

a

【判断基準】

- a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。
- b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。
- c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。
- ☒ ア 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。
 - ☒ イ 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。
 - ☒ ウ 管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。
 - ☒ エ 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。

<コメント>

事業所では、組織上、実質的な管理者として担当課長や課長補佐を位置付けています。その役割については、事業所の情報共有システムに収納してある「リーダーの役割と業務項目」で明記し、事業所内の会議や研修を通じて職員に周知を図っています。管理者不在時における災害や事故等有事の際の権限移譲は、チームリーダーとしています。

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。

第三者評価結果

a

【判断基準】

- a) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。
- ☒ ア 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。
 - ☒ イ 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。
 - ☒ ウ 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。
 - ☒ エ 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。

<コメント>

法人本部では、管理職を対象とする勉強会を開催しており、副所長や実質管理者としての課長が経営研修に参加し、横浜市からの、例えば「介護保険運営の手引き」等、法制度改正等の情報を得るとともに、本部管理職会でサービス向上課が主催するコンプライアンス推進委員会の取組を把握しています。内容は事業所の責任職会議で各セクションの代表に伝達し、主にフロア会議で職員全体に周知しています。なお、責任職会議には、所長、副所長、課長の他、各フロアの代表と職種別の代表が出席し、情報伝達は利用者の居住フロアと職種別とで重層的に行っています。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

第三者評価結果

12

II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、その取組に指導力を発揮している。

a

【判断基準】

- a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
- c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。
- ☒ ア 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。
 - ☒ イ 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
 - ☒ ウ 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
 - ☒ エ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。
 - ☒ オ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。

<コメント>

福祉サービスの向上に向けては、管理者集団としての責任職会議が主導しています。責任職会議は毎月2回実施しており、接遇の向上や介護技術向上のための課題などを検討し、マニュアルの作成や見直しも含め、必要な研修を協議・決定しています。特に業務改善についてはICTの導入による業務の効率化とそれに伴うサービス向上を図っています。日常業務を通じて、実質的な管理者である課長が福祉サービスの実施状況について確認するとともに、必要な指導を行っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。
- b) 管理者は、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が、十分ではない。
- c) 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組について指導力を発揮していない。
- ☒ ア 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。
 - ☒ イ 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。
 - ☒ ウ 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。
 - ☒ エ 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。

<コメント>

管理職集団である責任職会議では、人員配置、財務、職員の資質向上、地域行事、マナーチェック、業務改善等運営に関するあらゆる内容について、現状分析、協議や意思決定を行っています。業務改善実現に向けた取組の一環として、人手不足を補いサービス向上を図るために障がい者を介護助手として雇用しました。さらに働きやすい職場になるように環境を整えています。また、全職種参加型ICT委員会を立ち上げ、事業所内のあらゆるところにデジタル化推進のためのポスターを掲示し、全職員への周知と意識改革に取り組んでいます。会議のデジタル化、見守り機器やインターコミュニケーションシステムの導入等で業務改善を進めています。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理体制が整備されている。

第三者評価結果

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計画が確立し、取組が実施されている。

a

【判断基準】

- a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。
 - b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
 - c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立していない。
- ☒ ア 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。
 - ☒ イ 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格者）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。
 - ☒ ウ 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。
 - ☒ エ 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。

<コメント>

人材確保の基本的な部分は法人本部が担っています。事業所では運営規程で最低配置する職員数を明記しており、夜勤の回数等介護の現場状況や財務状況に合わせて、人員の確保に努めています。介護職に関しては初任者研修終了を必須として採用し、採用後はその他の職種も含めて資格取得を積極的に支援しています。人材育成は、法人本部と事業所が役割分担しながら、計画的に進めています。非常勤職員の採用は、職員の紹介など地域により近い情報発信により行うなどの工夫をしています。

第三者評価結果

15

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

a

【判断基準】

- a) 総合的な人事管理を実施している。
- b) 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。
- c) 総合的な人事管理を実施していない。

- ☒ ア 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。
- ☒ イ 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。
- ☒ ウ 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。
- ☒ エ 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。
- ☒ オ 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。
- ☒ カ 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができてい

＜コメント＞

法人では協会理念を基本とした「ホーム職員心得帳」を作成し、運営の基準、施設職員としての心構えを明記しています。また、人事の基準を職員就業規程で示すとともに、人事考課制度を導入し職員評価・分析のための仕組みを構築しています。管理職は「目標管理シート」、その他の職員は「職員目標シート」で業務の自己評価や意向を記載し、上位職との面接を受けています。年度初めに目標設定、年度末に目標達成の進行状況を上司と個別に話し合うことで、業務への取組の確認と振り返りを行っています。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

第三者評価結果

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。

a

【判断基準】

- a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
 - b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。
 - c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。
- ☒ ア 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。
 - ☒ イ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。
 - ☒ ウ 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。
 - ☒ エ 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
 - ☒ オ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。
 - ☒ カ ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。
 - ☒ キ 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。
 - ☒ ク 福祉人材の確保、定着の観点から組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。

<コメント>

法人では年に一度全職員にWebによるストレスチェックと腰痛アンケートを実施しています。フロア長が超過勤務等の状況を把握しています。有給休暇は年間を通して計画的に取得するよう勤務調整をしています。月45時間以上の超過勤務者や事前に希望がある職員、その他上司が気にかかる職員に関しては、毎月来所する産業医との面接を実施しています。その他、日ごろから身近な存在のチームリーダーに気軽に相談できる雰囲気づくりを心がけています。

Ⅱ-2-(3) 職員の質向上にけた体制が確立されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。
 - b) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われているが、十分ではない。
 - c) 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。
- ☒ ア 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。
 - ☒ イ 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。
 - ☒ ウ 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。
 - ☒ エ 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。
 - ☒ オ 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。

<コメント>

法人全体で毎年6月に、責任職は「目標管理シート」、一般職は「職員目標シート」を記載し上司との面談を行っています。個々の職員は業務やキャリアについての目標を設定し、課長クラスの上司と目標達成に向けた話し合いをします。年度末には目標達成状況について振り返りの面談をする作業を繰り返すことで、職員自身の気づきを促しています。その他、トラブル発生時や職員の態度、利用者の言動に変化があった場合など、チームリーダーやフロア長が声をかけ、職員とのコミュニケーションを図るなどして、成長に向けたサポートをしています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 組織として職員の教育・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) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
- c) 組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されていない。

- ☒ ア 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。
- ☒ イ 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。
- ☒ ウ 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。
- ☒ エ 定期的に計画の評価と見直しを行っている。
- ☒ オ 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。

＜コメント＞

法人としての教育・研修は、法人本部の研修センターと事業所の研修委員会がそれぞれの役割をもって計画し実行しています。本部では、階層別、職種別、課題別等の組織全体を見据えた内容で、また事業所では毎年度、技術研修や人権にかかわる研修を計画し実施しています。非常勤職員も随時短時間で視聴できるWebでの研修を受けています。受講者は研修報告書を作成し、研修委員会で実施状況を把握、評価・分析をしながら、次年度の計画に繋げています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。
- b) 職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分でない。
- c) 職員一人ひとりについて、研修機会が確保されていない。
- ☒ ア 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。
 - ☒ イ 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。
 - ☒ ウ 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。
 - ☒ エ 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。
 - ☒ オ 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。

＜コメント＞

法人の人材育成計画の中で、体系的な研修計画が立てられ育成プログラムを実施しています。職員の経験年数や職場での地位、職種によって、個々の職員に必要な研修を、年度当初上司との目標設定面談の中で確認し、必要な情報を提供するとともに、受講を推奨しています。受講後は研修報告書を作成し、事業所の研修委員会で状況を把握しています。業務に必要な資格についても事業所で把握し、資格取得を積極的に勧めています。新任職員にはプリセプター制度を適用し、組織としてバックアップ体制を取りながら職場定着と育成を図っています。

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。

第三者評価結果

20	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。	a
----	--	---

【判断基準】

- a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。
 - b) 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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
 - c) 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ておらず、教育・研修が行われていない。
- ☒ ア 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。
 - ☒ イ 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。
 - ☒ ウ 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。
 - ☒ エ 指導者に対する研修を実施している。
 - ☒ オ 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。

<コメント>

事業所では、社会福祉士実習の学生を受入れています。対応は生活相談員やケアマネジャーが行います。「社会福祉士実習マニュアル」を策定し、実習生受入れに関する基本姿勢や対応の方法を明記しています。実習プログラムは、基本的に学生が指導教員と作成した内容で行いますが、職員の実際の動きなどを実感してもらうため、ホームの利用予定者や家族の了解を取り、家庭訪問に同行もしています。実習中には大学の指導教員が来所し連携を図っています。指導者研修は資格を満たした職員に受講を勧めています。

II-3 運営の透明性の確保

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。

第三者評価結果

21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するため情報公開が行われている。	a
----	--------------------------------------	---

【判断基準】

- a) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
- b) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報を公表していない。

- ☒ ア ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。
- ☒ イ 福祉施設・事業所における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・相談の体制や内容について公表している。
- ☒ ウ 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。
- ☒ エ 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・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。
- ☒ オ 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。

＜コメント＞

法人では、ホームページで法人の理念をはじめとして、運営方針や事業、決算、予算等の内容、事業所案内等を公開しています。また、理念とともに、目指している福祉サービス提供の方針なども丁寧に説明しています。法人本部では、法人で受けた全ての事業所への苦情の内容をまとめて公開しています。事業所独自のパンフレット等は来所した方への配布にとどまっており、地域住民への広報の手段としては、ホームページ、広報紙の地域への回覧を行っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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。
 - b) 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が、十分ではない。
 - c) 公正かつ透明性の高い適正な運営・経営のための取組が行われていない。
- ☒ ア 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。
 - ☒ イ 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。
 - ☒ ウ 福祉施設・事業所の事業、財務について、外部の専門家による監査支援等を実施している。
 - ☒ エ 外部の専門家による監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。

＜コメント＞

財務状況については、月次報告を基にフロア長が常勤職員に伝えとともに、稼働率を毎週はじめに発表して張り出し、職員の経営に関する意識を喚起しています。事業所からは法人に毎年自己チェック表を提出しており、法人では、各事業所に対して毎年年度初め3ヶ月以内に監事による業務監督及び会計監査を実施しています。会計監査法人の監査は、法人が毎年3、4か所の事業所を指定し実施しています。適正な運営・管理の遂行については、責任職会議が事業所の合議体として大きな役割を担っています。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。
- b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。
 - ☒ ア 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。
 - ☒ イ 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。
 - ☒ ウ 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。
 - ☒ エ 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。
 - ☒ オ 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。

<コメント>

利用者の豊かな生活にとって地域とのつながりが大切であるとの考えから、事業所の方針として地域住民やボランティアとの連携協力を図ることを、重要事項説明書などで利用者や家族に伝えています。また、事業所として地域の福祉に貢献することも明記しています。10月には自治会のおまつりの神輿が事業所まで来てもらい、利用者にも大変喜ばれました。また、11月には地域の住民や近隣事業所を対象に「川のまち防災ウォークラリー」を開催しました。新聞紙でスリッパ作り、段ボールベッドの紹介や組み立て体験、ペットの飼い主に向けた防災への備えなどの企画を実施しています。

第三者評価結果

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。	b
----	--	---

【判断基準】

- a) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
- b) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。
- c) ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。
 - ☒ ア ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。
 - ☒ イ 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。
 - ☒ ウ ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している
 - ☐ エ 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、支援を行っている。
 - ☐ オ 学校教育への協力を行っている。

<コメント>

ボランティア受入れは、生活相談員が担当しています。相談員のマニュアルで、ボランティア受入れの意義、手順、流れ等を詳細に示しています。コロナ禍以前には、近隣の中学校や保育所等との交流があり、音楽やハンドマッサージ等のボランティアを受け入れていましたが、コロナ禍以降、利用者や事業所全体の安全や事業継続を第一に考え活動を制限しています。今後に向けては面会制限の緩和と併せて、ボランティア受入れの取組を検討しています。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。
- b) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。
- c) 利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。
 - ☒ ア 当該地域の関係機関・団体について、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している。
 - ☒ イ 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。
 - ☒ ウ 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。
 - ☒ エ 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。
 - ☐ オ 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。

<コメント>

鶴見区内の特養ホームやヘルパーステーション、地域ケアプラザなどの地域福祉支援機関でエリア連絡会議、老人保健施設やデイサービス事業所等高齢者支援機関と区社会福祉協議会で構成する連絡会議の他、地域の福祉防災会議、協力医療機関との定期的な情報交換会議など重層的に様々な社会資源となる機関との顔の見える交流を継続しています。会議の内容はそれぞれの機関の課題や連携したい事柄などで、結果を責任職会議や生活相談員会議で報告しています。「防災ウォークラリー」などを実施し、各支援機関が協働して共通課題への取組を進めています。

II-4-(3) 地域の福祉向上のため取組を行っている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を行っていない。
 - ☒ ア 福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。

<コメント>

地域の福祉ニーズなどは、地区ごとに設置されている地域ケアプラザに集約されており、直接生活課題等を把握する機会は殆どありませんが、近隣の高齢者福祉支援機関や医療機関、福祉関係機関との連絡会議に参加して、各機関の課題等を共有しています。その他、地域包括支援センター主催の「川のまち会議」に参加して、地域の様々な機関と一緒に権利擁護啓発などの活動をしています。また、自治会行事や会合に職員が参加することで、地元の状況を知る機会を確保しています。更にボランティア受入れ再開等により、地域の福祉ニーズを把握していく必要があると考えています。

第三者評価結果

27 II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。

b

【判断基準】

- a) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。
 - b) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。
 - c) 把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っていない。
- ☒ ア 把握した地域ニーズ等にもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。
 - ☐ イ 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、計画等で明示している。
 - ☒ ウ 多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも貢献している。
 - ☒ エ 福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや、専門的な情報を地域に還元する取組を積極的に行っている。
 - ☒ オ 地域の防災対策や、災害時における福祉的な支援を必要とする人びと、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。

<コメント>

法人は主に高齢者福祉分野で様々な種類の事業所を抱えており、そのうちの機能を活用して、地域介護事業所が中学生の介護体験の機会を提供する、福祉用具センターで地域住民や小学生に向けた福祉用具勉強会を開催するなどの活動をしています。新鶴見ホームでは、横浜市社会福祉協議会の呼びかけで、フードバンク活動への協力としてお米等を寄付しました。地元町内会のお祭りでは事業所としてアイスパインの販売で参加してお祭りを盛り上げ、その他にも地域包括支援センターや地元まちづくり委員会の行事への協力をしています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの提供

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。
- b) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。
- c) 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されていない。

- ☑ ア 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
- ☑ イ 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。
- ☑ ウ 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。
- ☑ エ 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。
- ☑ オ 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・評価等を行い、必要な対応を図っている。

＜コメント＞

法人、事業所ともに利用者を尊重することを中心とした理念を掲げています。事業所として、そのために介護サービスの質を向上させることを今年度の目標と定め、施設内の様々なところに掲示しています。虐待防止、身体拘束廃止、プライバシーの尊厳と保護に関するマニュアルなどを策定・整備し、各フロアに設置しています。毎月実施する全員対象の研修にも人権尊重の内容を計画的に組み込んでいます。併せて、虐待に関する自己点検シートや接遇自己評価表などで職員の振り返りを行い、結果を虐待防止委員会で評価・分析し、改善に取り組んでいます。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。
 - b) 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るが、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が十分ではない。
 - c) 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ない。
- ☑ ア 利用者のプライバシー保護について、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員への研修によりその理解が図られている。
 - ☑ イ 規程・マニュアル等にもとづいて、プライバシーに配慮した福祉サービスが実施されている。
 - ☑ エ 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。
 - ☑ オ 利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。

＜コメント＞

「プライバシーの尊厳と保護に関するマニュアル」を策定しています。法人作成の「ホーム職員心得帳」でも、施設職員としての心構えとして、特にトイレや浴室での利用者の尊厳を尊重した行動について、具体的に説明しています。排泄も入浴も、ドアの設置などでプライバシーを守っています。利用者の尊重については介護職員に周知・実践しています。利用者や家族にも、入所時にプライバシーを尊重し、守る取組や介護職員の実践について伝えています。

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。

第三者評価結果

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
----	---	---

【判断基準】

- a) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。
- b) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。
- c) 利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供していない。
 - ☑ ア 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に置いている。
 - ☑ イ 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。
 - ☑ ウ 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。
 - ☑ エ 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。
 - ☑ オ 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。

<コメント>

法人本部がホームページの作成や管理をしています。ホームページでは、法人の理念や事業所の紹介、サービスの内容等詳細に情報を掲載しています。事業所のパンフレットは学生との共同作業で生活相談員が作成・管理し、必要に応じて内容の見直しをしています。優しいイメージのパンフレットで事業所の受付に配架しています。いずれも内容は丁寧に分かりやすく書いています。見学の希望者には生活相談員が希望者の都合に合わせて対応しています。体験入所の希望者には、単なる体験ではなくショートステイの対応で受け入れています。

第三者評価結果

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
----	---	---

【判断基準】

- a) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。
- b) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。
- c) 福祉サービスの開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っていない。
 - ☑ ア サービスの開始及び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は、利用者の自己決定を尊重している。
 - ☑ イ サービスの開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。
 - ☑ ウ 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。
 - ☑ エ サービスの開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。
 - ☑ オ 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、適正な説明、運用が図られている。

<コメント>

ホーム入所前提の見学時には実際の生活の場を見てもらい、体験としてはショートステイで実際の生活を体験する機会を設けています。入所に向けた手続きの際ホームに来ることができない場合は、生活相談員が利用者のいる場所まで出向きインテーク面接を行っています。優しい色調のパンフレットや写真で入所後の生活のイメージがつかめるよう工夫しています。入所手続き時やケアプランが変更になる場合には、利用者本人や家族の同意を取りますが、家族の同意が取れない場合には、生活保護のケースワーカーや後見人、ケアマネジャー等の支援者の同席もお願いしています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ている。
 - b) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、十分ではない。
 - c) 福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ていない。
- ☒ ア 福祉サービス内容の変更にあたり、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。
 - ☒ イ 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。
 - ☒ ウ 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。
 - ☒ エ 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、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。

<コメント>

ホーム入所後、自宅に戻る、或いは入院のまま最期を病院でと希望する等の福祉サービス終了後の相談を受け付けています。施設の移行については生活相談員が窓口となり調整や手続きなどの支援を担っています。移行に関する相談を受けた場合、利用者に必要なサービスの継続的な提供が行われることを目的に、移行先には、ホームで提供していたサービスや利用者本人に関する情報を伝えています。渡す様式は、事業所で作成したフェイスシートと看護サマリで、その他は口頭で伝達をしています。個人情報については、利用者・家族の同意書により開示しています。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

第三者評価結果

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。

b

【判断基準】

- a) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。
- b) 利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。
- c) 利用者満足把握するための仕組みが整備されていない。

- ☐ ア 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。
- ☒ イ 利用者への個別の相談面談や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。
- ☐ ウ 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。
- ☐ エ 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。
- ☒ オ 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。

<コメント>

利用者満足度調査の実施は、コロナ禍を契機として中止しており再開の検討はされていません。ケアプランの更新時やその他個別の相談面接時に、利用者や家族から施設サービスの満足度について聴取し、必要に応じて改善を図っていますが、仕組みとしての位置づけはありません。相談や苦情などがある場合は、生活相談員が対応しフロア長を通して副所長、所長に内容や改善を含めた対応について報告をしています。コロナ禍以前に実施していた定期的な家族会の再開など、仕組みとして利用者満足の状況を把握し、利用者・家族と双方向で課題改善を組織的に整備する取組が期待されます。

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。
- b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。
- c) 苦情解決の仕組みが確立していない。
 - ☒ ア 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。
 - ☒ イ 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。
 - ☒ ウ 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。
 - ☒ エ 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。
 - ☒ オ 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。
 - ☒ カ 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。
 - ☒ キ 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。

<コメント>

法人として、苦情解決の仕組みを確立しています。入所時には、契約書に提供したサービスについての苦情が申し立てられること、そのことで不利益は無いことなどを明記するとともに説明し、重要事項説明書では苦情の申し立て先を細かく案内しています。苦情の内容については、法人でまとめホームページで公表しています。また、事業所では苦情や相談があった場合の記録を整備し、全体で共有しています。

第三者評価結果

35

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べ易いように環境を整備し、利用者等に周知している。

a

【判断基準】

- a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。
- b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。
- c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、方法や相手を選択できない。
- ☒ ア 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。
 - ☒ イ 利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。
 - ☒ ウ 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。

<コメント>

入所時に、重要事項説明書で生活全般に関する相談や質問を生活相談員が受けることを明記し説明しています。苦情については事業所内に掲示し申した先を案内しています。実際の生活の中では、利用者は買い物に行きたい、電話をしたいなどの要望を介護者に伝え、介護者の段階でできることはできるだけ早い対応を心がけています。内容によっては生活相談員やケアマネジャー、看護師が対応し、相談は利用者それぞれの居室で対応しています。利用者や家族が苦情や要望を申し出しやすい環境として、事業所内に苦情申し立ての案内を掲示し意見箱を設置しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。
- b) 利用者からの相談や意見を把握しているが、対応が十分ではない。
- c) 利用者からの相談や意見の把握をしていない。
- ☒ ア 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。
 - ☒ イ 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。
 - ☒ ウ 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。
 - ☒ エ 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。
 - ☒ オ 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。
 - ☒ カ 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。

<コメント>

利用者からの苦情を含めた相談等に対しては、法人として仕組みを構築し、苦情対応マニュアルの作成や見直しをしています。事業所では、日常的に介護職員が利用者の要望や意見等を一義的に受け止め、必要に応じて事業所内組織で情報を共有し、その場で対応できること、事業所として対応を検討する必要がある事案等の整理をしながら、利用者のニーズに応えています。利用者や家族の意見については、重要事項説明書で受ける体制がある旨説明しています。意見箱の設置等で、個別に要望等を聞く機会を持っていますが、事業所全体でアンケートや家族会等で意見を聞く機会はありません。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のために組織的な取組が行われている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。
- b) リスクマネジメント体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。
- c) リスクマネジメント体制が構築されておらず、利用者の安心と安全を脅かす事例を組織として収集していない。
 - ☑ ア リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネージャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。
 - ☑ イ 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。
 - ☑ ウ 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。
 - ☑ エ 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。
 - ☑ オ 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。
 - ☑ カ 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。

<コメント>

事業所では、リスクマネジメントに関する委員会を中心に事故防止等の体制を構築しています。法人の事故防止対策指針に基づき、事故対応マニュアル、救急対応マニュアル等を整備し、2ヶ月毎の委員会では事故やヒヤリハット報告に基づき検証・分析をしています。また、ヒヤリハット事例を活用し、重大事故に至らないよう、フロア会議、申し送り、職種別の会議等で情報を共有しながら検討を進めています。事業所内で、事故防止、感染症、ドライバー研修を計画し、職員が随時QRコードやURLから効率的に受講できるようにしています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。
- b) 感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備しているが、取組が十分ではない。
- c) 感染症の予防策が講じられていない。
 - ☑ ア 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。
 - ☑ イ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。
 - ☑ ウ 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。
 - ☑ エ 感染症の予防策が適切に講じられている。
 - ☑ オ 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。
 - ☑ カ 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。

<コメント>

法人で感染症及び食中毒対策指針を策定し、事業所では安全・衛生・感染に関する委員会を設置し、各職種や各階の代表がメンバーとして参加しています。衛生委員会では、看護師が中心となり管理職も参加して、産業医の話も参考に、感染症対応、コロナ対応各マニュアル等に添って、出勤時の注意、マスク使用、配膳やリネンの出し方等細かく予防策を講じています。職員は随時、食中毒及びその他感染症に関する研修を年4回動画で受講できるようにしており、職員間での意識向上と対策の浸透を図っています。各ユニットに嘔吐時対応キットを準備し、マニュアルは、適宜更新しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、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) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。
- ☒ ア 災害時の対応体制が決められている。
- ☒ イ 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を講じている。
- ☒ ウ 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。
- ☒ エ 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。
- ☒ オ 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。

<コメント>

地震、火災、水害を想定して、責任職会議で災害対策を決定し、訓練等を実施しています。防災訓練として年2回消防署と連携した訓練を実施、避難訓練はシミュレーションと実際に職員が利用者役をして夜を想定した訓練を実施しています。法人全体としては、職員全員に安否確認と参集の可否について確認の連絡が行くシステムを導入し、事業所では災害時のBCPを作成し毎年見直しをしています。横浜市との協定で住民の避難所指定を受けており、備蓄品は利用者、職員、住民を想定して準備しています。事業所としては、BCPを現実的なものとし、職員への周知を進めています。

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。
- b) 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ているが、それにもとづいた福祉サービス提供の実施が十分ではない。
- c) 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ていない。

- ☑ ア 標準的な実施方法が適切に文書化されている。
- ☑ イ 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。
- ☑ ウ 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
- ☑ エ 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がある。

<コメント>

法人としても、事業所としても、利用者の尊厳や幸せを第一とする理念に基づき、ホーム職員としての福祉サービス提供の根拠となるマニュアル類を、きめ細かく整備しています。マニュアルは、法人が導入しているICTシステムで各職員が随時確認することが可能で、定期的又は随時関係する委員会が中心となって見直しを図っています。方針通りの福祉サービスが実施されているかどうか、各ユニットのチームリーダーが主に日常業務を通して確認しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。
- b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるような仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。
- c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。
- ☑ ア 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。
 - ☑ イ 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的に行われている。
 - ☑ ウ 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。
 - ☑ エ 検証・見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。

<コメント>

事業所で策定した各種マニュアルは、関連する委員会で見直し等の管理をしています。定期的な見直しと共に、コロナ対応マニュアルなどは、状況が変わるごとに随時見直しをしています。個別の支援計画については、各ユニットで介護支援を行っている介護者からの意見や利用者・家族の変化、要望等を受けて、申し送りやユニット会議で栄養士等関係する職種も加わり確認します。その後、ケアマネジャーを通じて改めて利用者や家族と面談し、変更した支援計画を確認後、提供するサービスの内容や実施方法などの変更をしています。

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。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。
 - b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しているが、取組が十分ではない。
 - c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立していない。
- ☒ ア 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。
 - ☒ イ アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。
 - ☒ ウ 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。
 - ☒ エ 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
 - ☒ オ 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（職種によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。
 - ☒ カ 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。
 - ☒ キ 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。

<コメント>

施設サービス計画策定責任者はケアマネジャーです。生活相談員が聞き取った情報を基にアセスメントシートを看護師、介護士、管理栄養士に回覧し記載後にケアマネジャーが取りまとめサービス担当者会議で作成します。その後、施設ケアプラン定例業務決裁簿で所長、副所長、フロア長がチェックする仕組みです。アセスメントは6ヶ月ごと、施設サービス計画は1年ごとにカンファレンスを行い作成しています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。
 - b) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。
 - c) 福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。
- ☒ ア 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
 - ☒ イ 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。
 - ☒ ウ 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。
 - ☒ エ 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が明確にされている。

<コメント>

施設サービス計画見直しの時期、メンバー、利用者の同意手順は「生活相談員ガイドライン」で定めています。モニタリングは「モニタリング総括表」に沿ってケアマネジャー、介護士、看護師、生活相談員が参加して行います。3ヶ月ごとに〇△×で本人、家族満足度をチェックしています。退院・看取りなど大きく状況が変わった場合は随時変更しています。総合的な援助の方針、短期目標の「職員や他のお客様と交流し楽しみ、趣味を持って過ごすことができるようにする」などサービスの質の向上に関わる課題を明確にしています。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
- b) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。
- c) 利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されていない。
 - ☒ ア 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。
 - ☒ イ サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。
 - ☒ ウ 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、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。
 - ☒ エ 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。
 - ☒ オ 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。
 - ☒ カ パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。

<コメント>

ケアカルテにはフェイスシート・モニタリング総括表・担当者会議録が記入され、ICTを活用して共有できる仕組みになっています。情報の変更があれば随時更新しています。生活相談員ガイドラインに記録要録作成方法を明示しています。インターコミュニケーションシステムを導入してナースコールが近くにいる職員に伝わり速やかに対応でき、会話内容も記録できるなど職員の負担軽減につながっています。申し送りは赤字で表示することで、休み明けの職員が確認しやすい工夫をおこなっています。重要な情報は電子媒体の他、用紙、確認印を併用して共有しています。

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

【判断基準】

- a)利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。
- b)利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
- c)利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。
 - ☒ ア 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。
 - ☒ イ 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。
 - ☒ ウ 記録管理の責任者が設置されている。
 - ☒ エ 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。
 - ☒ オ 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。
 - ☒ カ 個人情報の取扱いについて、保護者等に説明している。

<コメント>

個人情報保護規程により個人情報の取り扱い方法を定めセキュリティマニュアルを整備しています。職員には入職時とその後は定期的な研修を実施しています。利用者には重要事項説明書で説明して「個人情報使用同意書」の提出を得ています。受付担当者は生活相談員、責任者は副所長です。個人情報の相談窓口を重要事項説明書に明記しています。法人内ICT委員会が組織されています。郵便物、ファックスの誤送信防止のため「個人情報送付時チェック表」で確認して適切な管理に努めています。記録管理の責任者はフロア長です。

(別紙2A)

第三者評価結果(内容評価)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

第三者評価結果

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
----	--	---

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
- ☒ ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 - ☒ イ 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。
 - ☒ ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。
 - ☒ エ 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。
 - ☒ オ 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。
 - ☒ カ 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。
 - ☒ キ (特養) 利用者の心身の状況に合わせ、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。
 - ☒ ク (特養) 利用者の生活の楽しみについて配慮と工夫を行っている。

<コメント>

入居前の生活歴や日中、夜間の生活を聞き取り「個別ケア」に努めています。食事は、フロアでご飯を炊き副菜はフロアごと一斉に配膳されますが、ゆっくり眠りたい場合には2時間以内は食事を保存して温め直して提供しています。2時間を過ぎると破棄する決まりですが、その場合は軽食を提供するなど利用者に寄り添った柔軟な対応に努めています。廊下やトイレは広々としています。おしぼりたたみや下膳やコップ洗い、タオルや洗濯物たたみ、新聞紙たたみやごみ箱作りなど毎日の生活は一人ひとり生活リズムができています。行事計画を立てクリスマス、節分、初もうで、誕生会など月1回楽しみごとの支援もあります。日中活動で作成した塗り絵や貼り絵などの力作を〇〇様作成と書いて沢山掲示していました。麻雀やカラオケ、テラスでの外気浴、買いものや隣接する公園の桜や紅葉、子ども達の遊びを見ることが利用者の楽しみの一つになっています。

第三者評価結果

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。	評価外
----	---	-----

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

- ☐ ア 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
- ☐ イ 日々の支援において利用者の自立に配慮するとともに、利用者の自立への動機づけを行っている。
- ☐ ウ 自立した生活が営めるよう、利用者の意向やこれまでの生活を尊重しながら、居室等に配慮し支援を行っている。
- ☐ エ 鍵を預かる場合や買い物代行などで金品を預かる場合のルールが決まっており、適正に取り扱っている。
- ☐ オ 必要に応じて、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげている。
- ☐ カ 安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

特別養護老人ホームのため評価外です。

第三者評価結果

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。

評価外

【判断基準】

- a) 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) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っているが、十分ではない。
 - c) 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っていない。
- ☐ ア 生活相談等により、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
 - ☐ イ 日々の相談・支援において利用者の自立に配慮して支援を行うとともに、自立や社会参加の支援を行っている。
 - ☐ ウ 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加等に配慮したプログラムや支援が実施されている。
 - ☐ エ 精神疾患がある高齢者や被虐待高齢者などの利用者については、一人ひとりに配慮した支援を行っている。
 - ☐ オ 行政手続、生活関連サービス等の利用を支援している。
 - ☐ カ 介護が必要になった利用者には、必要に応じて介護保険サービス等を利用できるように支援している。
 - ☐ キ （養護）地域移行が可能な利用者については、地域生活移行に取り組むとともに、地域生活移行後の継続的な個別支援を行っている。

<コメント>

特別養護老人ホームのため評価外です。

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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
 - ☒ ア 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。
 - ☒ イ 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。
 - ☒ ウ 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。
 - ☒ エ コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。
 - ☒ オ 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。
 - ☒ カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。
 - ☒ キ (特養、通所介護、養護、軽費) 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。

<コメント>

お風呂の温度の好みは少しお湯を掛けてみて表情から汲み取ります。食具は箸が基本ですがスプーンを併用する人もいます。落ち着かない素振りや椅子から立ちあがるなどの場合にはトイレに誘って排せつやパット交換をします。コミュニケーションに配慮が必要な場合はジェスチャーや筆談、ホワイトボードに書き出すなどして表情などから利用者の思いを汲み取っています。表出困難な人にはお茶を出す、音楽をかける、本や雑誌を渡してみるなどありとあらゆる方法を試し汲み取っています。日々のケアの場面でコミュニケーションを図り利用者の要望を聞き職員間で検討・実践しています。接遇については「接遇自己評価表」を使って挨拶、言葉遣い、表情、態度、身だしなみを毎月チェックし、年に1度他者評価で振り返っています。利用者の尊厳に配慮した接遇に努めています。

A-1-(2) 権利擁護

第三者評価結果

A5

A-1-(2)-② 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。

a

【判断基準】

a) 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。

b) -

c) 利用者の権利擁護に関する取組が十分ではない。

- ☒ ア 利用者の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている
- ☒ イ 利用者の権利擁護のための具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。
- ☒ ウ 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。
- ☒ エ 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。
- ☒ オ 所管行政への虐待の届出・報告についての手順を明確にしている。
- ☒ カ 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。
- ☒ キ 権利侵害が発生した場合に再発防止策を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。

<コメント>

居室はすべて個室でプライバシーが保持出来ます。プライバシーと尊厳保護に関するマニュアルを整備しています。尊厳委員会で財産研修を実施し財産管理も支援しています。運営規程に成年後見制度・地域福祉権利擁護事業の活用を掲げ自己決定に支援の必要な人には生活相談員やケアマネジャーにつながります。成年後見人が決まるまで相続財産管理人などの案内も行っています。身体拘束廃止、虐待防止の指針を整備しています。身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会は医師、所長、副所長、所属長、チームリーダー、看護師、介護士、生活相談員、管理栄養士をメンバーとして毎月開催して議事録を回覧し職員に周知しています。定期的にスピーチロック研修を実施しています。年に1度高齢者虐待防止の一斉点検を実施し結果を委員会に諮りフロア会議で徹底して再発防止策検討や理解・実践する仕組みがあります。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮を行っていない。
- ☒ ア 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気が保たれている。
- ☒ イ 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。
- ☒ ウ 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。
- ☒ エ (特養、養護、軽費) 利用者の意向やこれまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮し支援をしている。
- ☐ オ (通所介護) 休息に適した環境づくりを行っている。

<コメント>

清掃は業者委託しフロア、食堂、トイレは毎日清掃しています。居室の掃除は週4日、配膳車や車いすは毎月清掃しています。共有空間は明るく清潔で利用者の作品などを掲示しています。居室はユニット型個室になり玄関を備えた作りで内鍵も掛けられるなどプライバシーが確保されています。表札の他に花や季節の物を飾っています。居室で面会もできます。食事介助や入浴介助などはきめ細かな個別ケアを実施しています。居室とフロアに加湿機・空気清浄機を設置し感染対策を講じています。CO2モニターで安全衛生点検チェックを行っています。デイルームにはクリスマスツリーが飾られ、テレビ2台とソファ、テーブルがあり、寒くないように施設のひざ掛けを使用できるなど快適に過ごせる環境です。入居時に使い慣れたタンス、机やテレビ、ラジオ、枕や羽毛布団、写真、仏壇を持参する人もいます。ノーリフティングケアを実施しています。

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。
- c) 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。

- ☒ ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援（入浴介助、清拭、見守り、声かけ等）を行っている。
- ☒ イ 安全・快適に入浴するための取組を行っている。
- ☒ ウ 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。
- ☒ エ 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。
- ☒ オ 入浴方法について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。
- ☒ カ 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。
- ☒ キ （特養、通所介護、養護、軽費）心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。
- ☒ ク （特養、通所介護）利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。
- ☐ ケ （養護、軽費）利用者の安全及び健康管理のため、利用者の入浴状況を把握している。
- ☒ コ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。
- ☒ サ （特養、養護、軽費）利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
- ☒ シ （特養、養護、軽費）利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができる。
- ☐ ス （通所介護、訪問介護）家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

入浴は午前中は女性、午後は男性で週2回の入浴が基本です。入浴マニュアルがあります。プライバシーに配慮して入浴前後にバスタオルを使用しています。入浴日は検温、血圧測定の結果を看護師に伝え部分浴、短め入浴、シャワー浴などを判断しています。新型コロナウイルス等感染の可能性がある場合は週2回清拭を行っています。2階には複数入浴できる大きな浴槽がありますが、原則マンツーマンで一人ずつ入浴支援をおこないます。各ユニットには個浴、車いすリフト浴、シャワーチェアを備えて利用者の状態に応じた個別ケアに努めています。胃ろうや膀胱瘻、人工肛門など配慮が必要な場合は最後に入浴しています。浴室に大型パネルヒーターを設置して急激な温度変化や湯冷めしないようにしています。同性介助の希望には時間をずらしたり別の日に対応しています。失禁で汚染がある場合には入浴日以外でもシャワー浴を行っています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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。
- b) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。

- ☒ ア 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。
- ☒ イ 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。
- ☒ ウ トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。
- ☒ エ 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。
- ☒ オ 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。
- ☒ カ 排せつの自立のための働きかけをしている。
- ☒ キ 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。
- ☒ ク 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
- ☒ ケ （特養、通所介護）尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。
- ☐ コ （通所介護、訪問介護）家庭での排せつについて、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

日中布パンツを使用する人もいます。車いす対応のトイレがユニットごとに3ヶ所設置され、アロマスプレーや寄りかかれる折り畳み式手すりや腹圧をかけて自然排便を促すための足台を設置しています。排泄の際は尿や便の形状や量、排便がない日数を色分けして警告するなどケアカルテで共有しています。排便がない場合は看護師と相談して医師から処方された薬を飲む仕組みがあります。臥床時の見守り支援システムを家族の了解のもと全フロアに導入しています。利用者のタイミングに合わせた排泄支援につながり、転倒事故が減少しています。その他にもナースコールが鳴ると近くにいる職員に即時に伝えて速やかな排泄支援が行え、また話すことによって記録連絡が出来るインターコミュニケーションシステムを活用しています。個別ケアを行うために「排泄注意者一覧」を作成するなど看護師、介護士で情報を共有して適切な排泄支援に努めています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。
- b) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。
- c) 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。
 - ☒ ア 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。
 - ☒ イ 移動の自立に向けた働きかけをしている。
 - ☒ ウ 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。
 - ☒ エ 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。
 - ☒ オ 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。
 - ☒ カ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者が移動しやすい環境を整えている。
 - ☒ キ （特養、通所介護、養護、軽費）移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。
 - ☐ ク （通所介護）送迎サービスでは、利用者の希望、心身の負担や乗降時・移動中の安全に配慮し実施されている。
 - ☐ ケ （通所介護、訪問介護）家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

見守りや声がけ支援を基本にしています。一人ひとりに応じて、端坐位から立ち上がる、ベッドから起き上げれば手すりにつかまる、足を延ばしておしりをずらして介護者に近づくなど出来ることは続けられるようにしています。ユニットの居室や廊下は広くゆとりがありノーリフティングケアを実行しやすい環境です。スライディングボードで移乗やリフト移動がスムーズに出来て利用者にも職員にも優しい支援を行っています。杖やシルバーカー、歩行器、車いす(チルト型、フルフラット型)など一人ひとりにあった福祉用具を備えてケアカルテやユニット会議で共有しています。廊下や共有空間は移動しやすい環境整備に努めています。ナースコールが鳴ると近くにいる職員に即時に伝えて速やかな排泄支援や移動支援が出来るインターコミュニケーションシステムを活用しています。話すことによって記録も出来て職員の負担軽減にも繋がっています。

A-3-(2) 食生活

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。
- b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。
- c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。
 - ☒ ア 食事をおいしく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。
 - ☒ イ (特養、通所介護、養護、軽費) 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。
 - ☒ ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。
 - ☒ エ (特養、養護、軽費) 食事を選択できるよう工夫している。
 - ☐ オ (訪問介護) 訪問介護員に対して調理に関する研修を行っている。
 - ☐ カ (訪問介護) 利用者の意向を確認し、調理している。
 - ☐ キ (訪問介護、軽費) 調理器具・台所等の衛生に留意し対応している。

<コメント>

食事は委託業者の完全調理品を本館厨房から提供しています。ご飯は各フロアで自己炊飯を行い炊き立てのご飯が食べられるようにしています。水にとろみをつけたり清涼飲料水のゼリーを提供しています。デイルームに献立表を掲示し職員が説明をしています。相性を考慮して配席したり、各フロアで電子レンジで温めて提供したり、6種類のふりかけを付けるなどおいしく食べられる工夫をしています。利用者に合わせ米飯、パン食、常菜、刻み食、ペースト食をそれぞれ提供しています。週3回のおやつに蒸しパン、シュークリームなどを用意し、食具も工夫しています。おせちなどの行事食や各地の郷土食も用意しています。トマトソースやキノコソースなどソースも選択できます。秋のスイーツバイキングでは6種類のケーキや、プリンやようかんなど利用者に好みのスイーツを選んで楽しめる工夫をしています。衛生管理マニュアルに沿って適切な管理に努めています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 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ない。
- ☒ ア 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。
 - ☒ イ 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。
 - ☒ ウ 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。
 - ☒ エ 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。
 - ☒ オ 誤嚥、窒息など食事中の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。
 - ☒ カ 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。
 - ☒ キ (特養、通所介護、訪問介護) 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。
 - ☒ ク (特養) 利用者一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。
 - ☐ ケ (訪問介護、通所介護) 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。
 - ☐ コ (訪問介護) サービス提供時のみならず、利用者の食事全体の聴き取りや確認をしている。

<コメント>

利用者の嚥下機能やし好品、食物アレルギーに配慮し利用者や家族の意向を聞き担当者会議で栄養ケア計画書を作成しています。食事時間の変更や居室内で食事提供をするなどの個別支援を行っています。自分で食べることが続けられるように食具や姿勢にも気を配り声かけを行いさりげなく支援をしています。給食委員会があり、ご飯の他にお粥、刻み食、ミキサー食、トロミ剤の使用など嚥下状態に配慮した食事の提供や、食事が少ない人には医師の処方した半消化態栄養剤の併用も行っています。毎月体重測定を行い「体重表」で管理しています。栄養・摂食嚥下スクリーニングに沿ってアセスメント・モニタリングを行っています。窒息や誤嚥に備えて夜勤を行っている職員は全員喀痰吸引の研修を受講しています。各フロアには吸引機を配備して事故があった場合に早急な対応がとれるように努めています。

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。
- b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。
- c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。

- ☒ ア 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。
- ☒ イ 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。
- ☒ ウ (特養、通所介護、養護、軽費) 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。
- ☒ エ (特養、通所介護) 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。
- ☒ オ (特養、通所介護) 口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。
- ☒ カ (特養) 食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックが実施されている。
- ☐ キ (通所介護) 食後に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内チェックを行っている。
- ☐ ク (訪問介護、養護、軽費) 食後または就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。
- ☐ ケ (訪問介護、養護、軽費) 口腔内に異常が認められた場合、歯科の受診を促している。
- ☐ コ (通所介護、訪問介護) 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

介護マニュアルに沿って毎食後自分で出来る利用者には声かけを行い、介助が必要な場合は支援して口腔ケアを実施しています。必要に応じてスポンジブラシ等も使用しています。訪問歯科医による口腔衛生管理体制についての計画や口腔清掃にかかる知識・技術の習得の必要性、嚥下のメカニズムを知るために口腔スクリーニング研修を年2回実施しています。内容は研修報告書で共有しています。歯科医師や歯科衛生士の助言・指導を受けています。DVDで吐物研修も行っています。週2回別の歯科医師の訪問を受け入れ、希望により口腔状態や入れ歯などの診察を行っています。朝、昼、夕食後に看護師が必要に応じてガーゼで口腔内を拭うなど口腔チェックを実施しています。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

第三者評価結果

A13 A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。

a

【判断基準】

- a) 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。
 - b) 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。
 - c) 褥瘡の発生予防・ケアを行っていない。
- ☒ ア 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。
 - ☒ イ 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。
 - ☒ ウ 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取り組んでいる。
 - ☒ エ 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。
 - ☒ オ 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日頃のケアに取り入れている。
 - ☒ カ (特養) 褥瘡を食事面から予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っている。
 - ☐ キ (通所介護、訪問介護) 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

褥瘡防止指針、褥瘡予防マニュアルを作成しています。職員は年2回Web研修を受講しています。皮膚科医による褥瘡回診が毎週実施され看護師が立ち会っています。チームリーダー、看護師、介護士、生活相談員、ケアマネジャー、管理栄養士専任職が参加して褥瘡予防対策委員会を2ヶ月ごと開催しています。褥瘡が発生するメカニズムや褥瘡処置のケア方法を共有しています。看護師2名が褥瘡の外部研修に参加して研修内容を医務会議やフロア会議で発表して最新情報を周知しています。寝たきりの人は2時間ごと体位交換の実施や除圧マット、ビーズクッションの使用、湿潤、摩擦に留意し姿勢を整え排せつ介助に努めています。毎月の体重測定や食事摂取量もチェックして、褥瘡リスク管理表で把握・管理を行い褥瘡リスク低下に努めています。褥瘡の発生予防策を講じる支援に努めています。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

第三者評価結果

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

【判断基準】

a) 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) 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と取組が、十分ではない。

c) 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が確立していない。

- ☒ ア 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。
- ☒ イ 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。
- ☒ ウ 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。
- ☒ エ 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。
- ☒ オ 介護職員の喀痰吸引・経管栄養の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。

<コメント>

夜間は看護師不在のため利用者・家族と喀痰吸引等業務の提供に係る同意書を交わしています。医師による介護職員等喀痰吸引等指示書に沿って喀痰吸引等業務計画書・喀痰吸引等業務実施状況報告書を整備・作成して医師に提出しています。夜勤をする介護士は全員看護師による喀痰吸引等月一研修を実施し4ヶ月間で全職員が受講できるようにしています。介護職員の胃ろう処置実施については「胃ろう指示書」「胃ろう手順書」に沿って看護師により実務者研修、記録研修など毎月継続して実施しています。50時間の講義と各行為のシミュレーション演習と実地研修を実施しています。胃ろうによる経管栄養研修修了者、喀痰吸引・経管栄養基本研修修了者は新館常勤職員で16名、59%に上っています。介護職員による喀痰吸引・経管栄養処置を実施するための体制を確立し継続的な取組を実施しています。

A-3-(5) 機能訓練・介護予防

第三者評価結果

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
-----	---	---

【判断基準】

- a) 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) 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が、十分ではない。
- c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。
- ☒ ア 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。
 - ☒ イ 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。
 - ☒ ウ (特養、通所介護、訪問介護) 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。
 - ☒ エ (特養、通所介護、養護、軽費) 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。
 - ☒ オ (特養、養護、軽費) 判断能力の低下や認知症の症状の変化を早期発見し、医師・医療機関との連携など必要な対応を行っている。
 - ☐ カ (通所介護、訪問介護) 認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。
 - ☐ キ (訪問介護) 自宅や地域での介護予防活動やメニューについて助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

機能訓練指導員として看護師が配置されています。認知症予防の一環として塗り絵や折り紙、計算問題など利用者の状況に応じて実施しています。チューリップ体操やブルーライト横浜体操や、立つ、歩く、座る、移る、手引き歩行を行う、体操や足踏みを行うなどの事例があります。判断能力の低下や夜間不眠で日中傾眠状態などの場合には、看護師に相談して家族の了解を得て週1回来訪の精神科医の診察を受けて内服薬で落ち着いた人、改善せず職員が同行支援して別の医療機関を受診した人など医療機関と随時連携して必要な対応を行っています。

A-3-(6) 認知症ケア

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。
- b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。
- c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。

- ☒ ア 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。
- ☒ イ あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。
- ☒ ウ 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。
- ☒ エ 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。
- ☒ オ （特養、通所介護、養護、軽費）認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。
- ☒ カ （特養、通所介護、養護、軽費）利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。
- ☒ キ （特養、通所介護、養護、軽費）医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）について分析を行い、支援内容を検討している。
- ☐ ク （通所介護、訪問介護）サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- ☐ ケ （通所介護、訪問介護）家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。
- ☐ コ （通所介護、訪問介護）認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

<コメント>

入居時の情報と生活相談員が実態調査で得た情報をもとにアセスメントの状況を記入しています。職員は利用者の気持ちに寄り添い、否定的な言葉ではなく「そうですね」と傾聴に努め肯定的に関わるように支援しています。認知症についての対応方法を学ぶために年2回全職員に研修を実施しています。看護師は外部の認知症研修を受講し医務会で共有しています。家に帰りたいとそわそわした素振りが見られた場合はベランダに外気浴に誘ったり、おしぼりたたみや洗濯物たたみを職員と一緒にいき気分転換を図っています。担当学会議やユニット会議で行動や心理症状(BPSD)について分析を行い支援内容を検討しています。夜間不眠や日中傾眠状態や暴言、暴力行為がある場合には看護師に相談して内科医や精神科医の診察を受けて服薬コントロールしてもらうこともあります。ケース記録に記入してカンファレンスで何をしたら落ちついたのか職員間で共有しています。

A-3-(7) 急変時の対応

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 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、取り組みを行っているが、十分ではない。
- c) 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ていない。

- ☒ ア 利用者の体調の変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取組んでいる。
- ☒ イ 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。
- ☒ ウ 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。
- ☒ エ 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。
- ☒ オ 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。
- ☒ カ (特養、通所介護、養護、軽費) 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。
- ☐ キ (通所介護) その日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、さらに利用開始時・終了時には必ず健康チェックを行っている。
- ☐ ク (通所介護) 異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。
- ☐ ケ (訪問介護) 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。

<コメント>

体調変化の場合は看護師にバイタルサインを伝え看護手順、受診手順に沿って対応することを明記しています。嘱託医に相談して受診が必要な場合は家族に連絡し、夜間は夜間緊急対応マニュアルに沿って対応しています。日々のケアで顔色、表情、熱感、食事摂取量、座位保持の状態を観察しています。臥床時の呼吸、心拍数、目覚め、起き上がり、離床が確認・記録できる見守りシステムを導入して体調変化の早期発見に努めています。看護師は、ナースのための高齢者の心身のアセスメントケア、医療的ケア、摂食嚥下障害評価と安全な食事、高齢者に多い皮膚疾患と褥瘡、フットケア爪切りなど7回の外部研修に参加して最新の情報を共有出来るようにしています。各フロアにAEDを設置して毎年消防訓練時に実地訓練しています。服薬は医務室マニュアルに沿って原則、看護師と介護士でダブルチェックしています。薬剤師による薬についての研修を実施して資質向上に努めています。

A-3-(8) 終末期の対応

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 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) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。
 - c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。
- ☒ ア 利用者が終末期を迎えた場合の対応について方針と手順が明らかになっている。
 - ☒ イ 医師・医療機関等との必要な連携体制を確立している。
 - ☒ ウ 利用者及び家族に終末期を迎えた場合の意向の確認と福祉施設・事業所での対応・ケアについて説明し、対応している。
 - ☒ エ 職員に対して、終末期ケアに関する研修を実施している。
 - ☒ オ 終末期ケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対して、精神的なケアを実施している。
 - ☒ カ (特養、養護、軽費) 利用者・家族から希望があった場合に、利用者の状況に応じてできる限り施設での終末期のケアを行う体制を整え取組を行っている。

<コメント>

入居時に看取りの指針の説明を行い家族の意向を確認しています。看取りについては重要事項説明書に明記しています。ほとんどの人が看取りを希望しています。法人作成のDVDによるターミナル研修を精神的ケアも含めて年2回受講しています。研修後は研修報告書を3日以内に管理者へ提出する仕組みがあります。看取りをイメージしてもらうために「最期までしんつるで過ごす」冊子を作成して説明時に配布しています。医師が看取りと判断した場合には家族、医師、看護師、生活相談員で話し合い方向性を決めます。施設での看取りを希望される場合は経済費用面も含めて生活相談員が看取りについての説明を行います。「最期までしんつるで過ごす」冊子に沿って緊急時の連絡先、看取りの見守りシステムの同意書を交わし看取りケアプランを作成します。看取り後は振り返りを行い職員の精神的ケアに努めています。

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家庭との連携

第三者評価結果

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

【判断基準】

- a) 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。
 - b) 利用者の家族等との連携と支援を行っているが、十分ではない。
 - c) 利用者の家族等との連携と支援を行っていない。
- ☒ ア 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。
 - ☒ イ 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。
 - ☒ ウ 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。
 - ☒ エ 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。
 - ☒ オ (特養、養護、軽費) 利用者と家族がつながりをもてるよう、取組や工夫をしている。
 - ☐ カ (通所介護、訪問介護) 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。
 - ☐ キ (通所介護、訪問介護) 家族(介護者)に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。
 - ☐ ク (通所介護、訪問介護) 家族(主たる介護者)の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

<コメント>

体調に変化があった場合や利用者から家族への要望はその都度家族に電話や面会時に伝えていきます。新型コロナウイルス以降は家族会は開催していませんが、法人広報誌やホームだよりを定期的に発行しています。利用者の状況については電話や面会時に「変わりないですよ」など積極的に報告を行い家族から気軽に意見や要望を言いやすい関係を構築しています。医療的な内容は看護師から伝え、普段の様子は介護士から伝えるなど内容が確実に伝わるようにしています。面会は居室で行ってもらいます。その他に年に1度の家族のカンファレンス出席時にも連携が取れるようにしています。欠席する場合には電話や手紙で意向を聞くなど交流が途絶えないよう連携に努めています。来訪が少ない人には、葉書でお知らせすることもあります。外出や外泊の希望にも出来るだけ沿えるようにして利用者と家族のつながりを持てるように支援しています。

A-5 サービスの提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

第三者評価結果

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。

評価外

【判断基準】

- a) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っている。
- b) 安定的で継続的なサービスの提供体制を整え取組を行っているが、十分ではない。
- c) 安定的で継続的なサービスの提供体制が整っていない。
 - ☐ ア 打ち合わせや会議等により、サービスの実施方法・手順等を職員全体に周知徹底するための方策を講じている。
 - ☐ イ 利用者の状況などの情報を共有するための仕組みがある。
 - ☐ ウ 定期的にケアカンファレンスや研修を開催し、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を確保している。
 - ☐ エ 訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡をしている。
 - ☐ オ 利用者宅に初めて訪問する訪問介護員に変更になった場合には、サービス提供責任者が同行している。
 - ☐ カ 必要に応じ、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。

<コメント>

特別養護老人ホームのため評価外です。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL:0466-29-9430

Mail:hyouka@fieldsshonan.jp