

## 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書(概要)

公表日:平成26年12月24日

|      |                |                   |
|------|----------------|-------------------|
| 評価機関 | 名称             | (社福)広島県社会福祉協議会    |
|      | 所在地            | 広島県広島市南区比治山本町12-2 |
|      | 事業所との契約日       | 平成26年5月19日        |
|      | 事業所への評価結果の報告日  | 平成26年10月10日       |
|      | 結果公表にかかる事業所の同意 | あり・なし             |

### I 事業者情報

#### (1) 事業者概況

|            |  |       |              |      |      |
|------------|--|-------|--------------|------|------|
| 事業所名称      | 広島原爆養護ホーム神田山やすらぎ園  | 種別    | 原爆養護ホーム      |      |      |
| 事業所代表者名    | 園長 松野 禎水   | 開設年月日 | 昭和57年6月1日    |      |      |
| 設置主体       | 広島県・広島市  | 定員    | 100人         | 利用人数 | 100人 |
| 所在地        | 〒732-0068 広島県広島市東区牛田新町一丁目18-2  |       |              |      |      |
| 電話番号       | 082-223-1390   | FAX番号 | 082-221-5985 |      |      |
| ホームページアドレス | <a href="mailto:yasuragien@hge.city.hiroshima.jp">yasuragien@hge.city.hiroshima.jp</a> |       |              |      |      |

#### (2) 基本情報

| サービス内容(事業内容)         |     | 事業所の主な行事など                                   |                 |
|----------------------|-----|--|-----------------|
| 1 養護事業               |     | 観桜会(4月), 慰霊碑参拝(5月), 運動会(6月), 盆踊り(8月)         |                 |
| 2 短期入所生活介護事業(空床利用型)  |     | 敬老祝賀会(9月)日帰り旅行(10月), 文化作品展(11月), もちつき大会(12月) |                 |
| 3 診療所事業(倉掛のぞみ園付属診療所) |     | クリスマス会(12月), 獅子舞・初釜(1月), 節分(2月), 雛祭会(3月)     |                 |
|                      |     | 毎月: 誕生日会, 喫茶会, 自動車図書館, 郷土料理, 各種クラブ           |                 |
|                      |     | 健康教室, 栄養教室                                   |                 |
| 居室の概要                |     | 居室以外の施設設備の概要                                 |                 |
| ○総居室数                | 29室 | ○食堂  | 2か所             |
| ○2人部屋室               | 3室  | ○浴室  | 4か所(うち1か所は個室浴室) |
| ○3人部屋室               | 2室  | ○機能訓練室                                       | 1か所             |
| ○4人部屋室               | 22室 | ○医務室   | 1か所             |
| ○静養室                 | 2室  | ○霊安室   | 1か所             |
|                      |     | ○ロビー   | 3か所             |
| 職員の配置                |     |  |                 |
| 職種                   | 人数  | 職種   | 人数              |
| 施設長                  | 1人  | 医師(嘱託医師)                                     | 1人              |
| 事務員                  | 2人  | 理学療法士  | 1人              |
| 生活相談員                | 1人  | 栄養士(管理栄養士含む)                                 | 1人              |
| 介護員(再雇用・非常勤5人含む)     | 35人 | 自動車運転手                                       | 1人              |
| 看護師(園, 診療所: 非常勤2人含む) | 6人  |  |                 |
|                      |     |  |                 |
|                      |     |  |                 |

## II. 第三者評価結果

### ◎評価機関の総合意見

|   |
|---|
| <p>原爆弾被爆者を援護し、その福祉の向上を図ることを目的に昭和44年に広島県・広島市が共同で設立された「公益財団法人広島原爆被爆者援護事業団」のもとに事業の拡大をされながら今日まで歩んでこられています。加齢に伴う心身の変化のみではなく、被爆という特別な体験と共に年を重ねられた高齢者に安心して過ごして頂ける取り組みを、法人全体の中期・長期計画に盛り込まれ、計画的な実施に向けて解りやすく表示されています。</p> <p>事業計画・事業報告・説明用の資料等については、ホームを周囲に理解して頂くために透明性が高く、グラフなどを活用して解りやすく作成されています。またホームの特性を活かして、地元住民、近隣の施設、高校生などと交流を持たれ、平和教育にも力を入れておられます。特別な体験をされた方々に、人生を安心して、大切に過ごして頂ける施設・法人になられるように、さらに向上されることを望みます。</p> |
|---|

### ◎特に評価の高い点

|   |
|---|
| <p>職員全体で自己評価を継続実施されていますが、今回は第三者での評価ということで、自己評価の段階で課題に気づかれ、改善に向けて職員間で話し合いが進んでいる項目が多く見られました。</p> <p>人材育成、資格取得に力を入れ、介護職は介護福祉士資格保有者100%と高い割合になっています。また間接業務は業者委託をされ、介護が充実できる組織作りがされています。ホーム全体でサービスの質向上に取り組んでおられます。</p> |
|---|

### ◎特に改善を求められる点

|   |
|---|
| <p>法人全体で中・長期計画を策定され、ソフト面では充実した内容になっていると思いますが、被爆された方の人生をより豊かなものにしていくためには、口腔スペース・多床室の改善などの環境整備を図ることも必要かと思えます。時代の流れと共にハード面の整備も必要になってきますので、環境設備面についても計画に入れられる事を望みます。県・市とは積極的に意見交換をされていますので、その場を活用される事を提案いたします。</p> <p>ケアカンファレンスに、必要に応じて利用者や家族が参加できるような配慮を期待します。</p> |
|---|

## III. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

|   |
|---|
| <p>この度、第三者評価を受審するにあたり、施設運営と介護サービスのあり方の基本に立ち戻り、職員一丸となって、点検や課題の抽出、さらには課題解決のための工夫などに取り組むことができ、職員間での目標共有や連携強化などでも大きな効果があったものと考えています。</p> <p>また、訪問調査では、一つ一つの評価項目ごとに職員の説明を丁寧に聴取、確認され、当施設の実情に即した適切なアドバイスなどもいただき、ありがとうございました。</p> <p>今回は高い評価をいただき、大変ありがたく励みに感じておりますが、これに慢心することなく、受審の際にいただいたアドバイスや社会情勢の変化などにも的確に対応しながら、入居者やご家族の皆様により満足していただける施設づくりをめざして、引き続き改善や工夫を重ねていきたいと考えております。</p> |
|---|

## IV. 項目別の評価内容

## 1 管理運営編

|                     |                                       |   |
|---------------------|---------------------------------------|---|
| 1<br>福祉サービスの基本方針と組織 | (1)理念・基本方針<br>自己評価:N0.1-2             | 法人としての理念は「運営の基本姿勢」として明文化され、事務所内やホームページ、事業年報等に揭示、掲載されています。また、理念から介護の質の向上や運営の健全化等、法人のめざす方向が読み取れます。職員は、研修や会議を通して法人の使命や支援のあり方を共有されています。   |
|                     | (2)計画の策定<br>自己評価:N0.3-4               | 中・長期計画の中で、職員の年齢構成や男女比等が分析され、利用者支援に係る将来の問題点を明らかにされています。毎年の事業計画は、中・長期計画に基づいて、利用者や家族、地域住民からの要望、意見を取り入れて策定されています。事業計画は1階ロビーで閲覧できます。   |
|                     | (3)管理者(施設長)の責任とリーダーシップ<br>自己評価:N0.5-6 | 管理者は、日頃から専門誌等によりマネジメントの自己啓発に努め、各種委員会や会議でリーダーシップを発揮され、職員に対しては、法令等を周知するために、会議等を活用したOJTの他、専門家による研修会を実施されています。また、全職員に個人面談を実施し、職員からの意見を取り入れられています。   |
| 2<br>組織の运营管理        | (1)経営状況の把握<br>自己評価:N0.7-8             | 定期的に利用者の状況や施策動向等の経営状況を整理分析され、経営改善検討委員会でコスト分析される等、経営をとりまく環境の把握と課題の発見に努められています。また、法人が広島県・広島市の出資法人であり、出資法人監査等の指導に基づいて課題の改善にあたられています。   |
|                     | (2)人材の確保・養成<br>自己評価:N0.9-12           | 職員は、正規職員を基本として具体的なプランに基づき計画的に採用され、資格取得の奨励、有資格者の適正配置に努められています。特に新採用職員には、採用後3か月、6か月、1年毎に目標に対する達成状況などの自己評価や指導者による評価・育成が実施されています。また、実習生の受け入れに積極的で、実習マニュアルに基づいた適切な指導が行われています。                        |
|                     | (3)安全管理<br>自己評価:N0.13                 | 緊急時には、危機管理マニュアル、感染症防止マニュアル等に基づいて対応する体制が整備されています。また、衛生管理に関する研修やKYT訓練等の利用者の安全確保に関する職場内研修を実施され、緊急時に適切な対応が行えるように取り組まれています。  |
|                     | (4)設備環境<br>自己評価:N0.14-15              | 各階のロビーにテーブルやテレビ等が設置され、くつろぎの空間が確保されています。清掃については、トイレ・食堂は毎日、廊下は週5回、居室は週2回、委託の専門業者が実施し、その他の日は職員が清掃し、衛生管理と環境美化に努められています。<br>◎多床室の改善等を中・長期計画に盛り込まれ、県・市へ働きかけられることで、近い将来、より高いサービスの提供が利用者にも可能となるよう期待します。 |
|                     | (5)地域との連携<br>自己評価:N0.16               | 盆踊り大会や餅つき大会を主催し、子ども会・町内会・近隣施設等と交流を図るとともに意見交換も行われています。また、近隣の学校の平和学習やボランティア教育と連携して生徒を受け入れる等、利用者と地域の関わりづくりに努められています  |
|                     | (6)事業の経営・運営<br>自己評価:N0.17-18          | 広島県、広島市との施設担当者連絡会議に出席され、制度に関する意見や意向を伝えられています。特に、集約した意見については、積極的に県・市に報告、相談、協議され、利用者サービスの更なる質の向上に努められています。情報開示については、情報開示規程を定め、開示の請求に対応する体制が整備されています。  |

(様式第1号②)

|                   |                                    |   |
|-------------------|------------------------------------|---|
| 3<br>適切な福祉サービスの実施 | (1)利用者本位の福祉サービス<br>自己評価：N0.19-24   | 家族アンケートや利用者との対話を通じて得た意見を基に、積極的にサービスの改善に取り組まれています。例えば、トイレの補助用具を導入したり、入浴のフローシフトを変更されたりと利用者の意見を大切にされています。また、苦情解決のしくみについては、施設内に掲示され、利用者や家族等に周知されています。 |
|                   | (2)サービス・支援内容の質の確保<br>自己評価：N0.25-28 | 平成13年度から自己評価を実施され、課題や問題点を踏まえながら介護の質の向上に努められています。また、個々のサービスについてマニュアルが整備され、その内容は担当者会議等で検証、随時の見直しが行われています。   |
|                   | (3)サービスの開始・継続<br>自己評価：N0.29-32     | 施設がイメージしやすいパンフレットやホームページを作成され、広く情報を提供されています。入園時には、事前面接により入園案内や重要事項説明書等を提示し、説明され、利用者の不安解消に努められています。また、退園時には、区の相談員に引き継がれる体制が整備されています。               |

## IV. 項目別の評価内容

## 2 サービス編:特養・老健

|                         |                                   |   |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| 1<br>日常生活<br>援助サ<br>ービス | (1)食事<br>自己評価:NO.1-5              | 食材に応じた配色の食器や調理内容に沿った食欲をそそる盛り付け等、食事を楽しくするように配慮されています。各階の食堂には冷蔵庫、電子レンジが設置され、食品を温めたり冷やすことができます。朝食の主食はご飯かパンが選択でき、飲み物も牛乳・コーヒー牛乳・ヨーグルト等から選択できます。また、定期的に「麺の日」「丼の日」を設ける等、利用者の嗜好を考えたバラエティに富んだ食事の工夫と豊富なメニューによる選択食を実施されています。 |
|                         | (2)入浴<br>自己評価:NO.6-9              | 希望があれば毎日でも入浴やシャワー浴が出来ます。入浴時には、介護マニュアル(入浴編)の入浴時確認項目に沿って利用者の健康状態を確認されています。また、利用者の羞恥心への配慮が介護マニュアルに明文化され、職員間で確認、共有し、実行されています。入浴の際のタオルは、使用部位により分けられています。   |
|                         | (3)排泄<br>自己評価:NO.10-14            | 職員は、排泄の自立支援に向けて、利用者個々の排泄状況について認識し、常に利用者の状況、希望にあう介助を行われています。深夜・早朝のオムツ交換では個々の排尿量によって、回数等を設定して交換されています。また、排尿・排便が困難な利用者には、看護師、栄養士等と連携して水分・食事内容・量を検討されています。  |
|                         | (4)寝たきり防止<br>自己評価:NO.15-17        | 寝たきり防止に向けて、少しでもベットから離れることが出来るように、日中グループ活動や行事、定期的なクラブ活動等を設定し、参加を促進されています。また、ベットから離床が難しい利用者については、ベットギャッジアップ、クッション等を利用して起座が出来るようにされています。日常着は個別の障害に合わせてリフォームする等の工夫に努められています。  |
|                         | (5)自立支援<br>自己評価:NO.18-19          | 利用者の自立支援の視点に立ち、年2回のADL調査を基に関係する職種間で介護方針を協議、検討されています。例えば、状況に応じて介護食器を活用したり、皿の並べ替えを行い自力摂取出来るように配慮されています。また、ケア担当者や理学療法士が主となって利用者の状態に合わせた自助具等の検討が行われています。  |
|                         | (6)外出や外泊への<br>援助<br>自己評価:NO.20-21 | 花見、夏まつり、餅つき大会、日帰り旅行、原爆慰霊碑参拝等の外出機会を設け、計画的に実施されています。また、外出デイや慰霊碑参拝等、家族も一緒に参加できる行事に積極的に取り組まれ、利用者が外出、外泊を希望される際には、家族等に伝え、外出、外泊の機会が持てるように働きかけをされています。  |
|                         | (7)会話<br>自己評価:NO.22-23            | 介護マニュアル等を活用して、利用者の自尊心を傷つけないケアについて全職員が意識し、マニュアルも定期的に担当者会議で見直されています。また、外部講師による虐待防止研修を毎年実施し、利用者の尊厳を傷つけない言葉づかいや態度について学習されています。例えば、利用者に対して普段から状況に応じた声かけや表情、些細な会話でのコミュニケーション、利用者の意向が表現しやすいような声かけに努められています。              |
|                         | (8)レクリエーション等<br>自己評価:NO.24-26     | 利用者が自由に選択できる各種のクラブ活動があります。また、外出デー等を企画され、ショッピングセンターで買い物や飲食を楽しまれています。その他、盆踊り、餅つき、文化作品展等の各種行事の際には、家族やボランティア、地域の子ども会等に案内され、参加を呼びかけ、利用者とともに楽しめる場づくりに努められています。  |
|                         | (9)認知症高齢者<br>自己評価:NO.27-32        | 認知症高齢者の特性に応じたりハビリやクラブ活動、季節の行事を実施されています。また、月2回、協力医の往診があり、適宜のアドバイスや指導を基にケアカンファレンスが行われています。身体の抑制・拘束に関しては、身体拘束廃止委員会が組織されています。   |

|               |                                  |   |
|---------------|----------------------------------|---|
|               | (10)入所者の自由選択<br>自己評価:N0.33-38    | 施設内に売店はありますが、月2回の移動販売や近隣の店舗等の注文配達で、利用者は好みの品を購入されています。共有スペースには、テレビ等が設置されており、自由に見ることができます。また、平和学習等を通じて小・中・高校生の訪問を継続的に受け入れ、利用者との交流を図られています。  |
| 2<br>専門的サービス  | (1)施設サービス計画<br>自己評価:N0.39-41     | 入園当日からケアは始まるので、入園前と入園当日に得た情報から暫定ケアプランを作成して対応されています。また、見直しが必要な場合には、速やかにケアカンファレンスを実施されています。ケアカンファレンス記録には、参加者、検討内容、残された課題等が整理されています。<br>◎ケアカンファレンスに必要なに応じて利用者や家族も参加できる仕組みを整えられることで、ケアの質がより一層高まります。 |
|               | (2)看護・介護<br>自己評価:N0.42-48        | 重篤な状態になった時の対応については、あらかじめ家族と話し合われています。感染症への対策は、施設内感染マニュアルを作成され、各部署に設置される等、職員間に周知徹底を図られています。利用者の服薬については、かかりつけ医や施設の協力医の指示に基づき、各利用者毎に看護・介護職員が適切に服薬の管理をされています。                                       |
|               | (3)リハビリテーション<br>自己評価:N0.49-52    | 介護職員の中にリハビリ担当者が設置され、理学療法士の指導の基づいてリハビリテーション訓練が行われています。各利用者の身体状況に応じてポータブルトイレの位置を決めたり、ベットの高さ、Pバーの設置等を行われ、ADLの維持・向上に努められています。   |
|               | (4)社会サービス<br>自己評価:N0.53-55       | 利用者の状況について、家族に文書や電話等で定期的に報告され、誕生月には、メッセージカードに写真や近況、健康状態等を記載してお知らせされています。また、利用者からの相談には、必要な時にいつでも相談にのり、調整できる体制が整えられています。  |
| 3<br>その他のサービス | (1)入退所に関する項目<br>自己評価:N0.56-58    | 入退所時の相談に関するマニュアルが作成されています。入所については、事前に電話等での問い合わせや見学の希望にも丁寧に対応されています。退所については、利用者の状況把握と家族との連絡調整を行い、退所に至るまでの過程を記録に残され、利用者・家族の同意を得たうえで、関係機関への情報提供が出来る体制を整えられています。                                    |
| 4<br>地域連携     | (1)医療機関・他機関との連携<br>自己評価:N0.59-60 | 入院に際しては、出来るだけ利用者・家族が希望する医療機関で治療が受けられるように対応されています。退院時には、医療機関からの療養計画書に基づき、ケアプランを立てられています。医療機関については、2つの協力病院と7科の協力医を確保され、定期的な受診や来診等、協力連携されています。また、県・市の被爆者援護担当課や市区の相談員と定期的に会議を開催して情報交換されています。        |
|               | (2)権利擁護事業の取り組み<br>自己評価:N0.61     | 権利擁護(制度)については、関係する講習会への参加や資料の提供等により、職員に周知徹底を図られ、必要に応じて家族等にも情報提供されています。また、任意後見人がある利用者については、その後見人と連絡・連携がとれる体制が整備されています。   |
| 5<br>施設設備環境   | (1)施設設備<br>自己評価:N0.62-63         | 各階のロビーには、テレビや椅子、テーブル等が設置され、くつろげるスペースが確保されています。また、廊下にはソファが置かれ、新聞や雑誌等、いつでも読めるように工夫され、食堂に置かれた給茶機で自由にお茶を飲むことができます。ナースコールへの対応は迅速であり、建物の構造上、ナースコールが聞こえにくい場合を想定され、ナースコール表示灯も設置されています。                  |
|               | (2)施設内環境衛生<br>自己評価:N0.64         | 訪問時にもにおいは感じられませんでした。消臭機、消臭剤を使用され、施設内の掃除を徹底されています。また、ポータブルトイレの容器も定期交換以外でも適宜交換され、臭気への配慮に努められています。   |

## 自己評価・第三者評価の結果 (管理運営編)

| NO. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

## 1 福祉サービスの基本方針と組織

## (1) 理念・基本方針

|   |            |                                |   |   |  |
|---|------------|--------------------------------|---|---|--|
| 1 | 理念・基本方針の確立 | 法人としての理念、基本方針が確立され、明文化されていますか。 | A | A |  |
| 2 | 理念・基本方針の周知 | 理念や基本方針が利用者等に周知されていますか。        | A | A |  |

## (2) 計画の策定

|   |                   |                               |   |   |  |
|---|-------------------|-------------------------------|---|---|--|
| 3 | 中・長期的なビジョンと計画の明確化 | 中・長期的なビジョン及び事業計画が策定されていますか。   | A | A |  |
| 4 | 適切な事業計画策定         | 事業計画が適切に策定されており、内容が周知されていますか。 | A | A |  |

## (3) 管理者(施設長)の責任とリーダーシップ

|   |                    |   |   |   |  |
|---|--------------------|---|---|---|--|
| 5 | 管理者(施設長)の役割と責任の明確化 | 管理者(施設長)は自らの役割と責任を明確にし、遵守すべき法令等を理解していますか。         | A | A |  |
| 6 | リーダーシップの発揮         | 管理者(施設長)は質の向上、経営や業務の効率化と改善に向けて、取り組みに指導力を発揮していますか。 | A | A |  |

## 2 組織の運営管理

## (1) 経営状況の把握

|   |               |                                     |   |   |  |
|---|---------------|-------------------------------------|---|---|--|
| 7 | 経営環境の変化等への対応① | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されていますか。           | A | A |  |
| 8 | 経営環境の変化等への対応② | 経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取り組みを行っていますか。 | A | A |  |

## (2) 人材の確保・養成

|    |               |   |   |   |  |
|----|---------------|---|---|---|--|
| 9  | 人事管理の体制整備     | 必要な人材確保に関する具体的なプランをたてて、実行していますか。        | A | A |  |
| 10 | 職員の就業状況への配慮   | 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善するしくみが構築されていますか。 | A | A |  |
| 11 | 職員の質の向上に向けた体制 | 職員の質の向上に向けた具体的な取り組みを行っていますか。            | A | A |  |
| 12 | 実習生の受け入れ      | 実習生の受け入れについて、積極的な取り組みを行っていますか。          | A | A |  |

## (3) 安全管理

|    |          |                                |   |   |  |
|----|----------|--------------------------------|---|---|--|
| 13 | 利用者の安全確保 | 利用者の安全確保のための体制を整備し、対策を行っていますか。 | A | A |  |
|----|----------|--------------------------------|---|---|--|

## (4) 設備環境

|    |      |                                       |   |   |   |
|----|------|---------------------------------------|---|---|---|
| 14 | 設備環境 | 事業所(施設)は、利用者の快適性や利便性に配慮したつくりになっていますか。 | B | B | ○ |
| 15 | 環境衛生 | 事業所(施設)は、清潔ですか。                       | A | A |   |

(様式第3号①)

| No. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

### (5) 地域との交流と連携

|    |        |   |   |   |  |
|----|--------|---|---|---|--|
| 16 | 地域との関係 | 利用者と地域との関わりを大切にし、地域のニーズに基づく事業等を行っていますか。 | A | A |  |
|----|--------|---|---|---|--|

### (6) 事業の経営・運営

|    |                |                                       |   |   |  |
|----|----------------|---------------------------------------|---|---|--|
| 17 | 制度に関する意見・意向の伝達 | 制度について、保険者あるいは行政担当部署等に意見や意向を伝えてありますか。 | A | A |  |
| 18 | 財務諸表の公開        | 地域住民、利用者に対して財務諸表を公開していますか。            | A | A |  |

## 3 適切な福祉サービスの実施

### (1) 利用者本位の福祉サービス

|    |                |   |   |   |  |
|----|----------------|---|---|---|--|
| 19 | 利用者を尊重する姿勢①    | 利用者を尊重したサービス提供について、共通の理解を持つための取り組みを行っていますか。 | A | A |  |
| 20 | 利用者を尊重する姿勢②    | 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ますか。         | A | A |  |
| 21 | 利用者満足の向上       | 利用者満足の向上(または保護者の意向を尊重)に向けた取り組みを行っていますか。     | A | A |  |
| 22 | 意見を述べやすい体制の確保① | 利用者(または保護者)が相談や意見を述べやすい環境を整備していますか。         | A | A |  |
| 23 | 意見を述べやすい体制の確保② | 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能していますか。               | A | A |  |
| 24 | 意見を述べやすい体制の確保③ | 利用者(または保護者)からの意見に対して迅速に対応していますか。            | A | A |  |

### (2) サービス・支援内容の質の確保

|    |                  |  |   |   |  |
|----|------------------|--|---|---|--|
| 25 | 質の向上に向けた組織的な取り組み | 自己評価の実施や第三者評価の受審により、提供しているサービス・支援内容の質向上を図っていますか。 | A | A |  |
| 26 | 標準的な実施方法の確立      | 各サービス業務が標準化され、マニュアル化されてサービスが提供されていますか。           | A | A |  |
| 27 | サービス実施状況の記録      | 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われていますか。                  | A | A |  |
| 28 | 記録の管理と開示         | 記録等の開示を適切に行っていますか。                               | A | A |  |

### (3) サービスの開始・継続

|    |                  |  |   |   |  |
|----|------------------|--|---|---|--|
| 29 | サービス提供の開始①       | 利用希望者に対して、サービス選択に必要な情報を提供していますか。                             | A | A |  |
| 30 | サービス提供の開始②       | サービスの開始にあたり、利用者等に説明し、同意を得ていますか。                              | A | A |  |
| 31 | 利用契約の解約・利用終了後の対応 | 利用者がいつでも契約の解約ができることを説明し、また、利用者または事業者から直ちに契約を解除できる事由を定めていますか。 | A | A |  |
| 32 | サービスの継続性への配慮     | 事業所変更や家庭への移行(または保育サービスや保育所の変更)にあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っていますか。  | A | A |  |



## 自己評価・第三者評価の結果（サービス編：特養）

| NO. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

## 1 日常生活援助サービス

## (1) 食事

|   |             |   |   |   |  |
|---|-------------|---|---|---|--|
| 1 | 食堂の雰囲気づくり   | 食事をおいしく、たのしく食べるための食堂の雰囲気づくりを行っていますか。      | A | A |  |
| 2 | 食事の選択       | 食事の選択が可能になっていますか。                         | B | B |  |
| 3 | 料理の保温に対する配慮 | 温かいものは温かく、冷たいものは冷たい状態で食べられるような配慮がされていますか。 | A | A |  |
| 4 | 食事介助のペース    | 食事介助は入所者のペースに合わせていますか。                    | A | A |  |
| 5 | 栄養管理        | 入所者に対する栄養管理が適切に行われていますか。                  | A | A |  |

## (2) 入浴

|   |               |                                    |   |   |  |
|---|---------------|------------------------------------|---|---|--|
| 6 | 入浴日以外の入浴      | 入浴日以外の日でも希望があれば入浴あるいはシャワー浴ができますか。  | A | A |  |
| 7 | 身体の状態に応じた入浴方法 | 身体の状態に応じた入浴方法（安全・形態）をとられていますか。     | A | A |  |
| 8 | 羞恥心への配慮       | 入浴時、裸体を他人（介助者は除く）に見せない工夫がとられていますか。 | A | A |  |
| 9 | タオルの準備        | 入浴の際のタオルは1人1枚以上用意されていますか。          | A | A |  |

## (3) 排泄

|    |             |  |   |   |  |
|----|-------------|--|---|---|--|
| 10 | 排泄自立        | 入所者に対して排泄自立のための働きかけをしていますか。                | A | A |  |
| 11 | 深夜・早朝のおむつ交換 | 深夜・早朝のおむつ交換に配慮していますか。                      | A | A |  |
| 12 | 羞恥心への配慮     | 排泄介助時にカーテンを引く等、プライバシーが守られていますか。            | A | A |  |
| 13 | 排泄記録表の作成    | 排泄記録表が作成され、健康管理その他の面で活用されていますか。            | A | A |  |
| 14 | 適切な用具の使用    | おむつやおむつカバー、便器等は入所者に適したものが使用できるよう配慮されていますか。 | A | A |  |

## (4) 寝たきり防止

|    |            |                                  |   |   |  |
|----|------------|----------------------------------|---|---|--|
| 15 | 寝・食分離      | 寝たきり防止が徹底され、少なくとも寝・食分離が行われていますか。 | A | A |  |
| 16 | 総臥床時間減少の努力 | 1日の総臥床時間を減少する努力が行われていますか。        | A | A |  |
| 17 | 寝間着・日常着の区別 | 日中は、寝間着から日常着に着替えるようにしていますか。      | B | B |  |

(様式第3号②)

| NO. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

(5) 自立支援

|    |            |   |   |   |  |
|----|------------|---|---|---|--|
| 18 | 自立を促す適切な介助 | 日常生活動作にすべて手を貸すのではなく、入所者ができるだけ自分で取り組めるように配慮していますか。 | A | A |  |
| 19 | 自助具・補装具の設置 | 入所者の障害にあわせた、自助具や補装具などが、準備されていますか。                 | A | A |  |

(6) 外出や外泊への援助

|    |          |   |   |   |  |
|----|----------|---|---|---|--|
| 20 | 外出の機会の確保 | 実習生の受け入れについて、積極的な取り組みを行っていますか。          | A | A |  |
| 21 | 家族への働きかけ | 外出・外泊の機会を多く持つてもらおうよう、家族等に積極的に働きかけていますか。 | B | B |  |

(7) 会話

|    |                   |  |   |   |  |
|----|-------------------|--|---|---|--|
| 22 | 入所者への言葉づかい        | 入所者への言葉づかいに特に注意し、そのための検討が行われていますか。             | A | A |  |
| 23 | 適切なコミュニケーション方法の実行 | 日常会話が不足している入所者に対して、言葉かけと相手の話に耳を傾けるように配慮していますか。 | A | A |  |

(8) レクリエーション等

|    |               |   |   |   |  |
|----|---------------|---|---|---|--|
| 24 | 主体的な参加・活動     | レクリエーション等のプログラムは、入所者が積極的に参加しやすいように計画され、実施されていますか。                   | A | A |  |
| 25 | 多彩なメニューの工夫    | レクリエーション活動(クラブ活動等)は、趣味・娯楽などを活かした小グループで行われ、自由に選択できる多彩なメニューをそろえていますか。 | A | A |  |
| 26 | 家族・ボランティア等の参加 | 各種行事に、家族やボランティア、地域住民も参加できるように配慮していますか。                              | A | A |  |

(9) 認知症高齢者

|    |            |  |   |   |  |
|----|------------|--|---|---|--|
| 27 | 適切な対応      | 周辺症状(BPSD)等の観察と分析を行い、その行動への適切な対応を行っていますか。      | A | A |  |
| 28 | プログラム等への配慮 | 認知症高齢者に対する生活上の配慮が行われていますか。                     | A | A |  |
| 29 | 抑制・拘束の有無   | 抑制・拘束は行わないようにしていますか。                           | A | A |  |
| 30 | 活動的な生活の援助  | 認知症高齢者に対しては、夜間安眠できるように、日中できるだけ活動的な生活を援助していますか。 | A | A |  |
| 31 | 環境の整備      | 認知症高齢者が安心して生活できるよう、環境が整備されていますか。               | A | A |  |
| 32 | 医学的配慮      | 認知症高齢者に対する医学的配慮が適切に行われていますか。                   | A | A |  |

(10) 入所者の自由選択

|    |                  |                                  |   |   |  |
|----|------------------|----------------------------------|---|---|--|
| 33 | 嗜好品の事由           | 嗜好品について、適切な対応がなされていますか。          | A | A |  |
| 34 | テレビ・新聞・雑誌等の自由な利用 | テレビ・ラジオ・新聞・雑誌・図書・ビデオが事由に利用できますか。 | A | A |  |

(様式第3号②)

| NO. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

(10)入所者の自由選択(続き)

|    |           |                                   |   |   |  |
|----|-----------|-----------------------------------|---|---|--|
| 35 | 髪型・服装の自由  | 髪型や服装・化粧は、入所者の好みで自由に選ぶことができますか。   | A | A |  |
| 36 | 外部との自由な連絡 | 外部と事由に通信(電話・ファクシミリ・手紙)することができますか。 | A | A |  |
| 37 | 金銭等の自己管理  | 金銭等を自己管理できる人は、自己管理できるように配慮していますか。 | A | A |  |
| 38 | 施設外部との交流  | 施設外部との交流が事由ですか。                   | A | A |  |

2 専門的サービス

(1)施設サービス計画

|    |           |   |   |   |   |
|----|-----------|---|---|---|---|
| 39 | ケアプランの策定① | ケアプラン(個別の看護・介護計画)は、入所者の意見を取り入れて作成されていますか。 | A | A |   |
| 40 | ケアプランの策定② | ケアカンファレンスを定期的に行っていますか。                    | B | B | ○ |
| 41 | ケア記録      | ケアプランについての記録は適切に記入され、管理され、活用されていますか。      | A | A |   |

(2)看護・介護

|    |                |   |   |   |  |
|----|----------------|---|---|---|--|
| 42 | 家族との連携         | 重篤な状態や終末期に入った場合、家族との連携が密にとれていますか。             | A | A |  |
| 43 | 感染症対策          | 感染症(例:かいせん・MRSA・インフルエンザ・結核等)に対する対策は検討されていますか。 | A | A |  |
| 44 | 十分な体位交換        | 十分な体位交換は定期的に行われていますか。                         | A | A |  |
| 45 | 職員間の情報交換       | 職員間の情報交換や伝達はスムーズにできるような体制になっていますか。            | A | A |  |
| 46 | 睡眠・食事・排泄状況等の把握 | 入所者の睡眠・食事・排泄状況の把握をしていますか。                     | A | A |  |
| 47 | 服薬管理           | 入所者に対する服薬管理が適切に行われていますか。                      | A | A |  |
| 48 | 口腔ケア           | 入所者に対する口腔ケアが適切に行われていますか。                      | A | A |  |

(3)リハビリテーション

|    |                   |   |   |   |  |
|----|-------------------|---|---|---|--|
| 49 | 生活の中のリハビリテーション    | リハビリテーションを訓練室のみならず生活に役立つ視点で実施していますか。                | A | A |  |
| 50 | 用具の工夫             | 自助具や介助用品の作成や改造などをしていますか。                            | A | A |  |
| 51 | 立案・会議・再評価の実施      | リハビリテーション計画の立案(評価・目標設定・実施計画)について、ケアカンファレンスを行っていますか。 | A | A |  |
| 52 | 専門家の指導による計画的な機能訓練 | 医師や理学療法士、作業療法士等の指導のもとに計画的に機能訓練サービスを行っていますか。         | A | A |  |

(様式第3号②)

| NO. | 小項目 | 設問 | 自己評価 | 第三者評価 | 改善の提案 |
|-----|-----|----|------|-------|-------|
|-----|-----|----|------|-------|-------|

#### (4) 社会サービス

|    |             |                               |   |   |  |
|----|-------------|-------------------------------|---|---|--|
| 53 | 入所者及び家族への説明 | 入所者及び家族に健康状態等を分かりやすく説明していますか。 | A | A |  |
| 54 | 家族との話し合い    | 家族関係についての相談に応じ、適切な調整を行っていますか。 | A | A |  |
| 55 | 経済的・社会的相談   | 入所者や家族からの経済的・社会的な相談に応じていますか。  | A | A |  |

### 3 その他のサービス

#### (1) 入・退所に関する項目

|    |              |   |   |   |  |
|----|--------------|---|---|---|--|
| 56 | 専門職員による入退所相談 | 入退所相談には、医師・看護師、支援相談員等による専門的な対応をしていますか。    | A | A |  |
| 57 | 定期的な入所継続判定   | 入所継続の要否判定を定期的に行っていますか。                    | - | - |  |
| 58 | 退所先への情報提供    | 退所にあたり、その退所先への入所者の状態に関する情報提供は適切に行われていますか。 | A | A |  |

### 4 地域連携

#### (1) 医療機関・他機関との連携

|    |             |  |   |   |  |
|----|-------------|--|---|---|--|
| 59 | 入所者等への説明    | 入院に関して入所者や家族等と相談していますか。  | A | A |  |
| 60 | 関係施設との連携・協力 | 必要な場合には、病院・診療所・歯科医療機関・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等、各種施設と連携が取れていますか。 | A | A |  |

#### (2) 権利擁護事業の取り組み

|    |         |   |   |   |  |
|----|---------|---|---|---|--|
| 61 | 後見人との連携 | 入所者の判断能力が低下した場合、任意後見人や法定後見人などの連携をとれる体制にありますか。 | A | A |  |
|----|---------|---|---|---|--|

### 5 施設設備環境

#### (1) 施設設備

|    |           |                                   |   |   |  |
|----|-----------|-----------------------------------|---|---|--|
| 62 | 快適性への配慮   | 施設全体の雰囲気は、入所者の快適性に配慮していますか。       | A | A |  |
| 63 | ナースコールの活用 | 各ベッドおよびトイレや浴室のナースコールは円滑に作動していますか。 | A | A |  |

#### (2) 施設内環境衛生

|    |       |               |   |   |  |
|----|-------|---------------|---|---|--|
| 64 | 異臭の有無 | 施設に異臭がありませんか。 | A | A |  |
|----|-------|---------------|---|---|--|