

## 評価細目の第三者評価結果

### 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・c   |
| 良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・理念については、HP やパンフレットなどに記載されており、職員に対しては、全体朝礼時に唱和を実施している。</li> <li>・認知症などの利用者に住み慣れた家で最後まで過ごせるようサポートする旨ヘルパーは常時伝えるようにしている。</li> </ul> |                                   |         |
| 改善できる点／改善方法：  |                                   |         |

#### 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。 | ㊦・b・c   |
| 良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域ケア会議で、地域の社会福祉事業全体の動向については把握している。また、担当者から会議実施報告書を決裁、回覧し報告している。</li> <li>・利用者数については、毎月経営会議と運営委員会にて、各部署責任者より実績報告を行い、他部署からの意見も徴収し、合わせて収支報告にてコスト面についても報告、共有を行っている。</li> </ul> |   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |   |         |
| 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。       | ㊦・b・c   |
| 良い点／工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営委員会にて収支状況・利用者数を共有し、各部署（訪問介護会議）で課題や取り組みを検討している。</li> <li>・施設全体として職員体制確立を目指して、衛生委員会で検討し、施設内の他部署への応援勤務調整を行い、更に、職員全体にアンケートを実施し、働きやすい職場に向け環境改善も行っている。</li> </ul>              |   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |   |         |

### 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。               | ㊸・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年度経営状況を踏まえ、理念や基本方針、質の高い福祉サービスの実現に向けた目標を施設目標として設定し、各部署、各委員会でも中・長期的な計画を作成している。</li> <li>・更に、予算作成時に人件費の増減予測を実施しており、揖斐川町職員とは毎月の連絡会議で、高齢者の増減についても話し合い、また今後の施設の運用方法についても町と協議を行っている。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p> |   |         |
| 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。                | ㊸・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単年度の事業計画はコンセプトに基づき、年度始めに施設全体の目標を掲げ、その達成に向けた取り組みとして委員会・部署で目標設定を行い、4半期に分けて評価を行っている。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p>  |   |         |
| 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。 | ㊸・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画は、職員全員に表示し周知するとともに達成状況や進捗状況が4半期毎に分かるようになっており、課題も抽出されPDCAサイクルを活用している。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p>   |   |         |
| 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。                 | a・㊸・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>改善できる点/改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今後、認知症等のある利用者に対しては、家族カンファレンスの席などでも発信することが期待される。</li> </ul>  |   |         |

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|                                    |   | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---|---------|
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 |   |         |
| ⑧                                  | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a・㊸・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p>               |   |         |

|  |  |       |
|--|--|-------|
| 改善できる点/改善方法：<br>・今年度の第三者評価受審を契機に、今後教育委員会を中心に現状分析、改善点の把握等福祉サービスの質の向上への組織的な取組が期待される。 |  |       |
| 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・⑩・c |
| 良い点/工夫されている点：  |  |       |
| 改善できる点/改善方法：<br>・今後教育委員会を中心として、福祉サービスの質の向上のため、PDCAのサイクルを継続して実施されることが期待される。         |  |       |

## 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。   | ③・b・c   |
| 良い点/工夫されている点：<br>・管理者は職員全員に、少なくとも月一回の定期的な発信をSNSを介して行っている。また、定例の朝礼を介して発信している。<br>・有事ための災害対策マニュアルを整備し、各管理職および監督職は、状況に応じ指揮者を務められるよう整備されている。 |  |         |
| 改善できる点/改善方法：   |  |         |
| 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。       | ③・b・c   |
| 良い点/工夫されている点：<br>・管理者は協会本部での法令遵守の講習会参加している。また、施設に講師を招いての講習に全職員が参加している。<br>・随時各部署でコンプライアンス研修が行われている。                                      |  |         |
| 改善できる点/改善方法：   |  |         |
| 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。 | ③・b・c   |
| 良い点/工夫されている点：<br>・管理者、管理職はサービスごとの個別事例のカンファレンスに必ず参加し、職員間でのサービスの提供について共有し、意見交換を行っている。  |  |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 改善できる点/改善方法：  |  |       |
| 13  | Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | ㊦・b・c |
| 良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・各職員は委員会に所属し、業務の効率・効果的な運営に携わっており、管理者は常に掌握している。</li> <li>・委員会および職場内の人事に際しては毎年そのための会議を開催し、適切に管理している。</li> <li>・人事考課制度も導入し、管理・監督者と一般職間の面談を定期的に設け、その掌握に役立てられるよう組織化している。</li> </ul> |  |       |
| 改善できる点/改善方法：  |  |       |

## 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。 | ㊦・b・c   |
| 良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・高校生ワークショップ、地域の教育委員会や地域包括との連携で行う事業、多職種連携教育、介護・医療の専門職を集めたワークショップの取り組みなど、教育機関としての取り組みが特徴的である。</li> <li>・また、新入職者には他部署研修や、新人教育マニュアルを整備して取組んでいる。</li> </ul> |  |         |
| 改善できる点/改善方法：  |  |         |
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | ㊦・b・c   |
| 良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事考課システムにより、自己評価と管理・監督職間の評価の差を面談で埋めるなどの努力を行い、客観的に評価できるようにしている。</li> <li>・昇任・昇格に於いて一定の期間を設け、職員が理解できるような試みを行っている。</li> </ul>                            |  |         |
| 改善できる点/改善方法：  |  |         |
| 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・c   |
| 良い点/工夫されている点： <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的なストレスチェックを行い、産業医の下で相談やアドバイスが得られ、職員が相談しやすい環境づくりをしている。</li> <li>・全職員の有給休暇の取得状況や時間外労働時間を管理し、働きやすい環境を整備し各々の職場でのサポート体制を整えている。</li> </ul>                |  |         |
| 改善できる点/改善方法：  |  |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 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。                         | ㊦・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>目標設定は組織の目標に沿って、上半期・下半期に分けて年2回、職員一人一人と個別面談を行いアドバイスしている。また目標達成のための具体的な取り組み等の確認、進捗・達成の確認を行っている。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p>                               |  |       |
| 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。         | ㊦・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研修は教育委員会主導により、各専門職間における研修のシステムを整備し1年を通じて計画的に行われている。</li> <li>協会本部研修や、学会参加の促し、学会発表に向けての具体的なサポートなど、各々のキャリアアップに向けたサポートを行っている。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p> |  |       |
| 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。                       | ㊦・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>職種別研修は受講の機会が多く、可能な限り勤務調整をし、年間を通して参加できる体制をとっている。</li> <li>研修内容によっては自己研鑽として参加できるよう情報提供をしている。また各研修の出席者はフィードバック研修を行っている。</li> </ul> <p>改善できる点/改善方法：</p>       |  |       |
| 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・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <p>(訪問介護部門では、実習生の受け入れはないので、非該当とする。)</p> <p>改善できる点/改善方法：</p>  |  |       |

### 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・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページにおいて施設紹介、パンフレット・重要事項説明書に理念や取組が記載され、苦情</li> </ul> |                                       |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>対応に関する窓口についても公表されている。また、毎月発行される施設広報誌にいろいろな情報を掲載し地域への情報発信に取り組んでいる。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・今回の第三者評価受審は、結果が公表される。</li> </ul>   |   |       |
| 改善できる点／改善方法：  |   |       |
| 22  | <p>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。</p> | ㊸・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事務の執行、経理・契約については法人の規則・内規により実施し、事務所内における担当は事務分掌によって定められ明確になっている。</li> <li>・事業所の運営にあたり指定事業所として2～3年毎に法に基づく実地指導を受けて指摘事項は改善している。</li> </ul> |   |       |
| 改善できる点／改善方法：  |   |       |

## 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   | <p>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。</p>                   | a・b・c   |
| <p>良い点／工夫されている点： (訪問介護は評価外である)</p>   |   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |   |         |
| 24   | <p>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。</p>           | a・b・c   |
| <p>良い点／工夫されている点： (訪問介護は評価外である)</p>   |   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |   |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・</li> </ul>  |   |         |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。  |   |         |
| 25   | <p>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。</p> | ㊸・b・c   |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・併設されている久瀬診療所や調剤薬局との連携が大きなメリットとなっている。</li> <li>・サービス担当者会議に参加し各事業所や包括支援センターと連携している。</li> <li>・また、地域ケア会議にも出席して民生委員はじめ行政、ケアマネを通して成年後見人との関係を密にし、問題解決に取り組んでいる。</li> </ul> |   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |   |         |

|   |   |       |
|---|---|-------|
| 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。     | ㊦・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・揖斐川町との定期的な会議等での話し合いで知り得た情報をもとに地域に合わせた福祉が提供できるように取組んでいる。</li> <li>・民生委員と合同研修を行い、地域課題を抽出し、解決方法を話し合う場を設けている。（今年度はコロナの影響で中止となった。）</li> </ul> <p>改善できる点／改善方法：</p> |   |       |
| 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。 | ㊦・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者と地域の関わりとしては夏まつり、運動会、クリスマスなどの行事には地域住民にも来所してもらったり、利用者が地域に出向いたり交流できるように取組んでいる。</li> </ul> <p>改善できる点／改善方法：</p>  |   |       |

## 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・c   |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者を尊重する姿勢は理念、基本方針に明示され、「倫理綱領」にも策定されている。</li> <li>・職員は定期的な勉強会を実施し理解している。</li> <li>・利用者の自己決定を促し、また虐待防止・身体拘束ゼロの取組を行い、利用者尊重の細かい配慮ができ、対応が出来ている。</li> </ul> <p>改善できる点／改善方法：</p> |  |         |
| 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・c   |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者にも説明し同意を得ている。また、プライバシーに配慮された生活環境が提供されている。利用者へは、事前に仕様など十分に説明を行っている。</li> </ul> <p>改善できる点／改善方法：</p>   |  |         |
| 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。             | ㊤・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>パンフレット、ホームページにより施設紹介をしている。パンフレットは関連機関にも配置している。相談窓口では、利用希望者にサービスを選択するために資料を提示し、事細かい説明を行い選択できるよう配慮している。</li> </ul>  |   |       |
| 改善できる点/改善方法：  |   |       |
| 31  | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。              | ㊤・b・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス申し込みの契約時にケアマネ、家族も同席し、様式にもとづき同意を得ている。訪問曜日、時間、ケア内容の希望など具体的なことを尋ね、対応している。</li> </ul>   |   |       |
| 改善できる点/改善方法：  |   |       |
| 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・㊤・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>他事業所、老健等へのサービス移行にあたり、アセスメントシート・個別援助計画など支援の基本情報をケアマネを通じて移行先に提供し、途切れることのないケアが受けられるよう支援している。</li> </ul>  |   |       |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>サービス終了時に今後の相談方法や担当者を記載した文章を作成し、家族用、事業所用として保存する対策が望ましい。</li> </ul>  |   |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。   |   |       |
| 33  | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。                  | a・㊤・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者訪問の際の日々の会話の中で情報収集している。また利用者の家族とも連携し、職員間で情報交換を行っている。</li> <li>利用者の満足度の上昇のため、日々の会話の中から利用者の思いを聞き取ったり、サービス提供責任者が利用者及び家族に対して傾聴姿勢をもちながら満足度を伺い、事業所会議で検討している。</li> </ul> |   |       |
| <p>改善できる点/改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>定期的に利用者満足に関するアンケートを実施できる体制作り期待される。</li> </ul>  |   |       |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。  |   |       |
| 34  | Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                      | a・㊤・c |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>重要事項説明書には、提供したサービスに対する要望や苦情などは、医療センター事務所、サービス提供責任者、または担当ヘルパーまで気軽に相談するよう記載されている。また、国保連合</li> </ul>   |   |       |



|   |   |       |
|---|---|-------|
| <p>会介護保険課、揖斐広域連合等の連絡先の電話番号が記載されている。</p>   |   |       |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>定期的パンフレットを配布したり、アンケートを実施して、苦情解決の仕組みがあることの周知を図り、利用者が意見を述べやすい環境、システム作りが構築されることを期待したい。</li> </ul>   |   |       |
| 35  | <p>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。</p>         | a・⑩・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>契約書、重要事項説明書の中に苦情相談窓口が複数あり、どこに言ってもらっても良いことを説明している。またケアマネの訪問時やサービス事業責任者が訪問した時、担当者会議などで利用者、家族が相談しやすい部屋を確保し環境に配慮している。</li> </ul>                  |   |       |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者、家族から相談を受けた時の対応マニュアルの整備が期待される。</li> </ul>   |   |       |
| 36  | <p>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。</p>            | a・⑩・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者・家族からの相談、苦情は担当職員からサービス担当責任者・ケアマネに相談し、そこで解決できない場合や内容によっては、その定めに基づいて苦情委員会に報告し早期に対応している。</li> </ul>   |   |       |
| <p>改善できる点／改善方法：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者・家族から意見や要望、提案などを受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への結果の説明、公開の方法などを具体的に記載されるための、対応マニュアルの作成が期待される。</li> </ul>                                       |   |       |
| <p>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。</p>  |   |       |
| 37  | <p>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。</p>  | ⑩・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リスク管理の為にマニュアル・手順書にもとづき対応している。職員間で周知できるようにヘルパー会議でも取り上げている。施設全体でもリスクマネジメントに関する研修を行い、安全対策、事故防止に関する研修を行っている。</li> </ul>                           |   |       |
| <p>改善できる点／改善方法：</p>   |   |       |
| 38  | <p>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。</p> | ⑩・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>感染に取り組む対策として、施設全体で感染運営委員会が設けられ各事業所内のBCPが作成されている。</li> <li>感染対策マニュアルに準じ検温・マスク着用・手袋使用・適宜消毒の実施を行い利用者宅を訪問している。施設全体として、感染に対する勉強会も行っている。</li> </ul> |   |       |
| <p>改善できる点／改善方法：</p>   |   |       |
| 39  | <p>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。</p>           | ⑩・b・c |
| <p>良い点／工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>防災マニュアルは事業所に準じて整備されている。今年度の大雪災害の、山間部の利用者訪問時</li> </ul>  |   |       |

|  |
|--|
| <p>には、無理に自宅まで車で行かずに、手前の積雪の少ない場所で停車して訪問した。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• また、利用者の安全と訪問する職員の安全も確認した。山間部の独居の利用者宅には、手元ライト、食べ物、暖をとるものの確認を行っている。</li> <li>• 大雨による土砂崩れなどの情報もケアマネを通じて役場からの情報を共有できるよう対応している。</li> </ul> |
| 改善できる点/改善方法：   |

## 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。 | ㊤・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 援助計画書・ケア手順と実施方法は文書化し、ミーティングで共有し個人ファイルで閲覧できるようにしている。日々のサービスはサービス計画書に基づきスケジュールに従って行っている。</li> </ul>                         |   |         |
| 改善できる点/改善方法：  |   |         |
| 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。               | ㊤・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 毎月の評価表が個別援助計画と照らし合わせ出来ている。利用者を確認し、パソコン入力で見直しができるように管理している。毎月の確認の中でケアマネとも定期的に検証し見直しができる。</li> </ul>                        |   |         |
| 改善できる点/改善方法：  |   |         |
| 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。        | ㊤・b・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 個別の居宅サービス計画に具体的な意向が示され、アセスメントシートがケアマネから提供されるので、それに基づき個別援助計画を作成している。サービス担当者会議に出席し、関わる他職種とも協働して検討しサービスの提供を行っている。</li> </ul> |   |         |
| 改善できる点/改善方法：  |   |         |
| 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・c   |
| <p>良い点/工夫されている点：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 日々パソコン入力を実施して、毎月、三か月ごとの評価記録ができています。見直し等によって変更が生じた場合にはミーティングで報告され、職員間での情報共有ができています。</li> </ul>                             |   |         |
| 改善できる点/改善方法：  |   |         |

|   |  |       |
|---|--|-------|
| 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、職員間で共有化している。 | ㉓・b・c |
| 良い点／工夫されている点：<br>・日々の個別サービス実施記録は統一した方法でパソコン入力を行っている。特に次の訪問者に伝えたい事項については、●印を記載し、注意喚起を促すしくみになっている。          |  |       |
| 改善できる点／改善方法：<br>・定期的なヘルパー会議の議事録は現在手書きである。今後はパソコン入力が期待される。   |  |       |
| 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。                   | ㉓・b・c |
| 良い点／工夫されている点：<br>・個人情報保護規定により記録は適切に管理されている。職員にも不適切な取り扱いや漏えいしないよう周知している。また、その取扱いについて利用者・家族に重要事項として説明をしている。 |  |       |
| 改善できる点／改善方法：  |  |       |

(別紙)

### 評価細目の第三者評価結果（高齢分野）

#### A-1 生活支援の基本と権利擁護

##### A-1-(1) 生活支援の基本

|  |              |         |
|--|--------------|---------|
| 特養・通所  | A① A-1-(1)-① | 第三者評価結果 |
| 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・B・C   |
| 良い点／工夫されている点： 非該当  |              |         |
| 改善できる点／改善方法：   |              |         |
| 訪問   | A② A-1-(1)-① | 第三者評価結果 |
| 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。   |              | ㉓・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・介護支援専門員から情報提供を受け、利用者・家族と面談しアセスメントを行っている。<br>・利用者の意向や要望も考慮し訪問介護計画を作成している。出来る事は自分で行ってもらうよう、自立支援に向けたケアを行っている。 |              |         |
| 改善できる点／改善方法：   |              |         |
| 養護・軽費  | 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。  |              |         |
| 良い点／工夫されている点： 非該当  |              |         |

|  |         |
|--|---------|
| 改善できる点／改善方法：   |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A④</span> A-1-(1)-②              | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・言葉づかいや接し方は利用者一人一人に合わせて対応できるよう、ミーティングの中で統一している。難聴の人に対しては、携帯用ホワイトボードを使用し、意向を聞き取っている。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-1-(2) 権利擁護

|   |         |
|---|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A⑤</span> A-1-(2)-① | 第三者評価結果 |
| 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。   | ◎・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・実際に権利侵害等のケースに直面したことが無い。重要事項説明書に記載し権利擁護の取り組みや委員会の設置を行っている。             |         |
| 改善できる点／改善方法：<br>・   |         |

## A-2 環境の整備

### A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A⑥</span> A-2-(1)-① | 第三者評価結果 |
| 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・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：非該当   |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

## A-3 生活支援

### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A⑦</span> A-3-(1)-①  | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・訪問しバイタルチェックを行い入浴の可否を判断している。不安な場合は主治医に相談できるようなシステムができています。<br>・入浴の要望は本人の意志を尊重している。本人の状況に合わせてシャワー浴や清拭にするなど、柔軟に対応している。自宅での入浴が出来るので利用者は満足している。 |         |

|  |         |
|--|---------|
| 改善できる点／改善方法：   |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑧</span> A-3-(1)-②  | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・排泄の誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮されている。トイレは清潔にし、トイレ使用は自立して行えるよう物品の準備を行い、見守る支援を行っている。  |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑨</span> A-3-(1)-③  | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・利用者の意向を踏まえ、自力で移動してもらえよう、声かけや見守りを行っている。状態の変化に応じ、介助方法の変更や介護支援専門員に報告し、福祉用具が利用されている。内部研修を行い理学療法士より安全な移乗・移動の指導を受け、記録に残している。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-3-(2) 食生活

|   |         |
|---|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑩</span> A-3-(2)-①               | 第三者評価結果 |
| 食事をおいしく食べられるよう工夫している。   | ㊤・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・各家庭にある食材を利用し、利用者の要望する調理を行っている。利用者の身体状況に合わせて一緒に調理に参加してもらい楽しく食事ができるよう支援している。            |         |
| 改善できる点／改善方法：  |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑪</span> A-3-(2)-②               | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・食事は利用者の要望を取り入れたもので、利用者の身体状況に合わせて自分で摂取しやすいよう、セッティングして見守りを行っている。柔らかさや形態等も状態に合わせて提供している。 |         |
| 改善できる点／改善方法：  |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑫</span> A-3-(2)-③               | 第三者評価結果 |
| 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。   | ㊤・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・食事前後の口腔内チェックと義歯装着の状態や食事中、又は会話中の義歯の不具合等の様子を観察し、必要に応じ介護支援専門員に報告し歯科医師へつなぐことが出来ている。       |         |

改善できる点／改善方法：

### A-3-（3）褥瘡発生予防・ケア

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A13</span> A-3-（3）-① | 第三者評価結果 |
| 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。  | ◎・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・褥瘡予防に努め、利用者・家族に助言や情報提供を行っている。また、併設する診療所と連携して褥瘡に至る前に予防対策がとられている。          |         |
| 改善できる点／改善方法：<br>・褥瘡予防対策のマニュアルは整備されているが、職員に周知徹底するための研修や個別指導の更なる実施が期待される                     |         |

### A-3-（4）介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A14</span> A-3-（4）-①                   | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・喀痰吸引・経管栄養を実施する場合、医師・医療機関との連携体制は確立されており、必要であれば医師の指示のもとで行うことができる。喀痰吸引の研修の機会を確保し、実施体制は充実している。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-3-（5）機能訓練、介護予防

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A15</span> A-3-（5）-① | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・機能維持の観点から利用者の自室の清掃や近隣への散歩の促しなど行い、必要に応じ介護支援専門員につなぎ機能低下しないよう早期対応に務めている。    |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-3-（6）認知症ケア

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A16</span> A-3-（6）-①               | 第三者評価結果 |
| 認知症の状態に配慮したケアを行っている。   | ◎・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・利用者に対し受容することで安心し、落ち着いてもらえるよう配慮している。家族に助言や情報提供を行い、家族の悩みや相談を受け止めている。必要に応じ介護支援専門員に報告している。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-3-（7）健康管理、衛生管理

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑰</span> A-3-(7)-①              | 第三者評価結果 |
| 日常の健康管理が適切に行われている。   | Ⓐ・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・介護計画に基づき健康管理がされている。緊急時・変調時は介護支援専門員に連絡し、併設の診療所からの対応が受けられるようにマニュアル化されている。              |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑱</span> A-3-(7)-②              | 第三者評価結果 |
| 必要な時には、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。  | Ⓐ・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>診療所から医師の対応が受けられるようマニュアルが整備されている。  |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑲</span> A-3-(7)-③              | 第三者評価結果 |
| 感染症や食中毒の発生予防を行っている。  | Ⓐ・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・感染マニュアルは整備され、コロナウイルス・インフルエンザ等感染症対策としてマスク使用・手指消毒の徹底が行われている。利用者宅の冷蔵庫をはじめ食材の衛生管理を行っている。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

#### A-3-(8) 終末期の対応

|   |         |
|---|---------|
| 特養・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A⑳</span> A-3-(8)-①                | 第三者評価結果 |
| 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・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・家族・介護支援専門員・医師・医療関係との連携はできており、職員に関わり方の統一を図るためのミーティングを行い記録に残している。日々の報告は介護支援専門員に行っている。 |         |
| 改善できる点／改善方法：  |         |

### A-4 家族等との連携

#### A-4-(1) 家族等との連携

|  |         |
|--|---------|
| 特養・通所・訪問・養護・軽費 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">A㉑</span> A-4-(1)-①  | 第三者評価結果 |
| 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。   | Ⓐ・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・利用者家族に対して常に傾聴に努め、定期的、又は状態が変化した時に連絡している。必要に応じ介護支援専門員に報告・相談し家族の不安軽減に努めている。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |

### A-5 サービス提供体制

**A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制**

|  |         |
|--|---------|
| 訪問 <input type="checkbox"/> A② A-5-(1)-①   | 第三者評価結果 |
| 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。  | Ⓐ・B・C   |
| 良い点／工夫されている点：<br>・定期的・必要時にミーティングを行い、ケアの手順や方法を見直し、ケアの統一を行っている。訪問介護員の初回訪問時はサービス提供責任者が同行している。利用者情報共有表を活用し職員間の共有ができています。 |         |
| 改善できる点／改善方法：   |         |