

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	特別養護老人ホーム桜谷荘	種別：	介護老人福祉施設
代表者氏名：	施設長 立坂 守	定員（利用者人数）：	85 名
所在地：	兵庫県赤穂市塩屋3450番地38		
TEL	0791-45-1820	ホームページ：	s://www.sakuradani-fukushikai.c
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	昭和55年5月8日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人桜谷福祉会		
職員数	常勤職員： 48 名	非常勤職員：	11 名
専門職員	(専門職の名称)	名	
	介護支援専門員	2 名	内科医師 1 名
	生活相談員	2 名	精神科医師 1 名
	機能訓練指導員	2 名	理学療法士 1 名
	介護員	33 名	介護員 3 名
	看護員	4 名	看護員 4 名
	管理栄養士	2 名	厨房職員 1 名
	栄養士	1 名	
施設・設備の概要	厨房職員	2 名	
	居室 個室 8室 3人部屋 1室 4人部屋 21室		設備 特殊浴槽 リフト

③理念・基本方針

<<基本理念>>
 ① 公益的事業の積極的取組み
 ② 人権を擁護する
 ③ 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立
 ④ 医療・教育・福祉の連携強化
 ⑤ 地域社会との共生
 <<基本方針>>
 ① 福祉施設としての専門的知識・技術・機能を地域に福祉還元する
 ② 入居者の自己選択を尊重する
 ③ 安心・安全・安楽な生活を保障する
 ④ 生きがいつくり、リハビリ等を提供し心身の自立を支援する
 ⑤ 世代間交流や地域住民等との連携を図り互いに協力しあえる環境を構築する

④施設・事業所の特徴的な取組

* 地域の高齢者福祉の拠点となる社会福祉法人内の特別養護老人ホームである。24時間対応可能な医療機関が併設しているため、利用者の日々の健康管理・体調変化時の迅速な対応・終末期対応の体制が整備されている。地域内に、同法人が運営する在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・デイサービスがあり、協働して利用者サービスの充実に取り組むと共に、地域ニーズの把握・地域貢献活動への参画につなげている。

* 地域サポート施設としての活動、福祉避難所としての体制整備、地域住民対象の介護技術講習会等を行い、地域の高齢者福祉の拠点施設としての役割を担っている。

* 重度化した利用者の自立と安定した日常生活を支援するフロア・認知症高齢者の人格を尊重し豊かな暮らしを支援するフロア、個室によるユニットケアを通じて個性や生活リズムを大切に家庭的な生活を支援するフロアから成り、利用者個々の状況に応じた支援が受けられる環境を整備している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 7 月 30 日 (契約日) ~ 令和 4 年 1 月 7 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

* 経営5カ年計画をもとに事業計画を策定している。毎年、全職員に向け理念研修・事業計画説明会を実施し、4半期ごとに進捗状況を確認しながら、法人代表者のリーダーシップのもと、職員が参画して法人の理念・基本方針の実現に向け取り組んでいる。事業計画は、施設全体の計画と共に各専門職部門の計画が策定され、個別ケア・認知症ケア・ターミナルケアの充実等について、多職種専門職者が協働する取り組みを明示している。

* 法人全体の運営管理体制が確立され、法人内の各種会議・委員会を連動的に運営し、サービスの質向上につなげている。人事考課制度・目標管理・研修体制の整備と充実により職員の資質向上に取り組んでいる。各専門職者・委員会の連携により、リスクマネジメント・感染症対策・災害時対応についての体制を整備し機能している。

* 家族会(年2回)、利用者自治会の利用者集会(月1回)、サービス検討委員会(民生委員・利用者・家族参加)、利用者・家族満足度調査(年1回)、食事嗜好調査(年2回)を実施して利用者・家族の意見・要望の把握に努め、サービスの質向上・利用者満足の向上に取り組んでいる。

* PDCAサイクルにもとづくケアマネジメントにより、利用者個々に応じた個別支援に取り組んでいる。隣接する協力医療機関の理学療法士と協働して個別機能訓練計画を作成し、制作活動・園芸活動・プリント・ゲーム・音楽療法等、楽しみながら機能訓練ができるように取り組んでいる。毎月、認知症ケア全体会議を開催し、利用者の状態に応じたケアを検討し、症状の改善に向けた支援に取り組んでいる。作業療法士が認知症の症状やレベルに応じてプログラムを立て、レクリエーションや作業療法を実施している。嗜好調査を反映した献立作り・季節感の感じられる食材の使用・選択食の実施・代替食の提供・行事食の実施・テーブルに花を飾る等の雰囲気づくりを行い、楽しみのある食生活の提供に努めている。

◇改善を求められる点

全体的に大変よく取り組まれています。評価基準をもとに、更なる質向上に向け取り組まれることを期待します。

*定められた評価基準による自己評価の結果にもとづく取り組みについて、改善・向上に向けた取り組みを計画的・継続的に実施することが望まれます。

*開催頻度、全職員が参画して取り組める仕組み作り等、虐待防止委員会の運営について検討することが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設サービスの質を公正・中立な第三者評価機関による専門的、且つ、客観的な立場からの評価を受けることで、自施設の評価点及び課題点を把握すること出来ました。特に、課題点につきましては改善策を検討・実施し、改善策の実施状況を検証することでPDCAサイクルを確立し、サービスの質の向上に努めていきます。また、評価点につきましても職員へフィードバックし仕事の達成感ややりがいに繋げていきたいと思えます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。	a・b・c
<コメント> 基本理念をホームページ・パンフレット機関紙等に、事業計画には基本理念・基本方針を記載している。基本理念は法人の使命や目指す方向性を明示し、基本方針は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。基本理念を玄関入り口に掲示し、毎年、事業計画説明会と職員研修で説明し職員への周知を図っている。職員が順次、理念説明者研修を受講し、理念についての理解を深められるよう取り組んでいる。施設長会議の中で、理念の周知状況を確認している。利用者・家族には、契約時に、わかりやすい資料を用いて理念について具体的に説明し、機関紙の表紙に毎回掲載し、周知を図っている。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<コメント> 社会福祉事業全体の動向や、地域の動向・経営環境・ニーズ等についての情報を、法人の幹部職員による経営会議の中で共有し、分析している。利用者の推移・利用率、コスト分析等は、毎月の実績報告会で行っている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 法人の幹部職員による経営会議の中で、経営環境や組織体制等についての課題を明確にし、解決・改善に向け具体的に取り組んでいる。取り組み状況は、「課題及び課題への対応状況」として、議事録に記載している。理事会や監事監査の中で、役員間での共有がなされている。 経営状況や課題について、職員への周知を明確にすることが望まれます。		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「経営5ヵ年計画」を策定し、基本理念の実現に向け、中・長期的なビジョン（重点目標）を明確にしている。法人の強み・課題をもとに、計画の推進方向として、施設の取り組みを具体的に明示し、実施状況の評価を行える内容となっている。経営計画検討委員会で、進捗状況の検証を行い、必要に応じて見直す仕組みがある。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「経営5ヵ年計画」をもとに、単年度の「事業計画」を策定している。項目別に、実行可能な具体的な内容となっており、実施状況の評価を行える内容となっている。施設全体の事業計画と共に、部門ごとの事業計画も具体的に策定している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画を職員に配布し、4月の「事業計画説明会」で説明し、職員の周知と理解を図っている。4半期ごとに「事業計画進捗状況」（事業計画の内容・実施状況・今後の予定）を作成して進捗状況を把握し、必要に応じて見直しを行っている。進捗状況は施設長会議の中で検証している。部門ごとに職員の意見を集約し、特養幹部会で事業報告書を作成し、次年度の事業計画の策定につなげている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>通常は、「家族会」で事業計画（要約）を資料として配布し説明している。家族会が開催できない年度は、郵送している。利用者には、主な内容を「入居者集会」で説明し、参加を促す観点から、年間行事予定はホワイトボードにわかりやすく書いて説明の工夫を行っている。</p>		

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 • b • c
<p><コメント></p> <p>法人内・施設内に各種会議・委員会が組織され、サービス内容について評価を行う体制が整備され、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に向けた取り組みを実施している。兵庫県老人福祉事業協会のサービス評価基準にもとづいて、年に1回自己評価を行うと共に、第三者評価を定期的に受審している。評価結果の分析・検討は、サービス評価委員会が行っている。</p>		
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 • b • c
<p><コメント></p> <p>評価結果から課題を抽出し、「サービス自己評価からの課題に対する改善策」シートに課題項目・課題内容を文書化している。各課題項目について、担当部署と責任者を決め、改善策をシートに記載している。令和2年度の自己評価結果にもとづく改善は、令和3年度に実施する計画である。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設長は事業計画を策定し、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めの研修で「事業計画説明会」を設け、事業計画書を配布して説明し周知を図っている。「業務分担表」に、具体的職務内容毎に主・副担当者を定め、事業計画書とともに配布し周知を図っている。業務分担表で、「施設長事故ある時の代行」を介護課長とし不在時の権限等を明確にしている。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設長は、介護保険法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法などの関係法令、法人諸規定を理解している。決裁規定に則って、利害関係者と適正な関係を保持している。施設長は、法人の諸規定説明会、また、例年は、市の研修、県の集団指導、西播ブロック老人福祉施設協議会研修等に参加し法令に関して学ぶ機会を確保している。職員には、法人の新人研修で遵守すべき法令等を周知し、入職時に守秘義務の誓約書を交わしている。諸規定説明会は全職員対象に実施されている。職員研修実施計画に、虐待防止法・労働安全衛生法を入れ実施している。施設長がコンプライアンス委員会に参加し、遵守するための取り組みを職員に伝達し共有している。</p>		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 施設長は、第三者評価・兵庫県老人福祉事業協会サービス評価基準・各種委員会・法人の内部点検・情報の公表制度・県のチェックリスト等を活用し、サービスの現状について定期的・継続的に評価し、必要な改善に向けて取り組んでいる。施設長は、各種会議・委員会への参加を通して、また、年に3回の個人面談時に職員の意見を把握している。職員から出た意見をサービス評価委員会や特養幹部会で話し合い、サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。施設長は、施設内の「職員研修実施計画」を作成し、法人内研修や外部研修の受講を奨励し、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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
<コメント> 施設長は、法人の実績報告会・経営会議に参加し、経営改善や業務の実効性の向上に向けて分析し、改善に向け検討している。施設長は、施設長会議・労働安全委員会等に参加し、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいる。施設長は特養幹部会・経営会議・職員会議・サービス評価委員会等に参加し、施設の経営に関する現状・課題・対応策を明確にし、具体的に改善に取り組んでいる。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の重点項目に、「人材養成の積極的展開」として福祉人材の育成に関する方針を明示している。利用者数に応じた職員体制を基本とし、専門職員配置を運営規定・重要事項説明書に明記している。毎月、必要な人員の充足度を常勤換算人数表により確認し、また、法人として職員に意向調査を行い、計画的に人材確保を行っている。就職説明会、養成校訪問、ハローワーク、ホームページ、新聞広告等、採用活動を行っている。見学・実習生受け入れ等も積極的に行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人の基本理念・基本方針にもとづき、「期待する職員像」を人事考課のガイドラインの中に明確にしている。就業規則・人事考課ハンドブックで、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。新人研修で配布し説明するとともに、施設に規定集ファイルを設置し周知している。改定時は、改定文書を配布し説明会を実施している。人事考課制度を導入し、「自己点検表」「自己成長シート」に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備している。ハローワークや求人広告等から、処遇の水準について把握している。処遇についての職員の意見・提案等を、人事考課の育成面談や、自己点検表の記載欄等で把握し、法人の施設長会議・経営会議で検討している。キャリアパスフレームが明示され、職員が自らの将来の姿を描くことができる総合的な仕組み作りが行われている。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>労働安全衛生委員会を設置し、勤怠管理システムにより職員の就業状況の把握を行い、労務管理は法人本部が行うことを業務分担表で定めている。職員の心身の健康と安全の確保のため、健康診断・ストレスチェック・予防接種等を実施している。労働安全衛生委員会が主導し、健康チェック表で毎日の体調確認を行ったり、腰痛体操を推奨している。施設長が定期的、随時にも個人面談の機会を設け、また、法人内に相談窓口を設置する等、職員が相談しやすい組織内の工夫を行っている。職員旅行・忘年会・歓迎会等を、職員の希望の聴取をもとに実施している。互助会の整備、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。福利厚生の実施・ワークライフバランスに配慮した取り組み・研修体制の実施など、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。年度初めの人事考課面談時に話し合い、目標項目・目標水準・目標期限を明確にし、「自己成長シート」に目標を設定している。4ヶ月・8ヶ月・12ヶ月目に進捗状況・達成度を考課者と相互に確認し、12ヶ月目の年度末にフィードバック面談を行い、次年度の目標設定につなげている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、キャリアパス表に階層別・職種別に法人が職員に求める専門資格や専門技術を明示している。令和2年度は研修委員会が策定した年間研修カリキュラムに基づき、施設内研修を実施している。令和3年度は、施設の職員研修実施計画に沿って研修を実施し、受講後に研修報告書「今日学んだこと」の提出と振り返りを行っている。外部研修に関しては、令和2年度は中止等で受講が困難な状況下にあったが、令和3年度はコロナ禍の状況を注視しつつ、可能な限り、リモートを活用したキャリアアップ研修等に参加している。研修委員会で研修について反省・振り返りを行うとともに、研修報告書の感想欄等を基に年度末には年度反省を、年度初めには年間研修プログラムの研修内容等について検討している。年度途中でも、必要に応じて見直している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員個々の専門資格や研修受講状況を、法人本部と施設で把握し管理している。新入職者には、法人で新人研修を実施し、配属後は、指導職員が「チューター制年間スケジュール表」に沿って個別的なOJTを実施している。新入職者は3ヶ月毎に「自己チェックシート」に沿って振り返りを行い、指導職員は3ヶ月毎に「施設長会議」で評価・課題等を報告している。法人内の研修で、新人研修・チューター研修・幹部候補者対象マネジメント研修等の階層別研修、看護師・厨房職員対象の職種別研修、施設内の職員研修でテーマ別研修の機会を設け、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。外部研修の案内があれば回覧し、希望・経験年数等を考慮して参加を促している。専門資格取得のための受講も推奨している。施設内研修に参加できるように、定例的に第3水曜に開催しシフト調整等の配慮を行っている。外部研修についてはリモート研修の活用、交通費・受講料の法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるように配慮している。</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><コメント></p> <p>例年実習生を受け入れている。生活相談員業務マニュアルを整備し、実習生受け入れについての基本姿勢を明示している。生活相談員が受け入れ窓口になり、オリエンテーション時に、注意事項の事前説明を行っている。実習生の希望、施設の方針等も勘案し、施設で個別の実習プログラムを作成している。職員が実習者指導研修に参加しており、指導職員に助言している。大学と連携協定を締結し、継続的に連携を図っている。事前の打ち合わせ・指導教員巡回時の振り返り等により、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習後「評価表」を作成し、学校に送付している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページで法人の基本理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開し、法人機関紙に予算決算情報を掲載して地域に全戸配布し公開している。苦情相談体制については、施設の玄関に運営規程抜粋を掲示して公開している。現在は苦情等はないが、あれば、ホームページで公開できるように整備を進めている。第三者評価結果はWAMNETで公表している。法人機関紙を、地域に全戸配布して事業所で行っている活動等の情報提供を行っている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>就業規則・経理規定等の関連規定に、事務・経理・取引等に関するルールが明確にされ新人研修で職員に周知している。業務分担表で施設運営に関する主担当を施設長とし、経理に関する主担当を法人本部とし、業務分担表を職員に配布し説明している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて、会計士・弁護士・社会保険労務士等に相談し助言を受けている。年1回、「自主内部点検チェックリスト」に沿って内部監査を実施している。指摘事項があれば、法人本部へ改善状況を報告している。監事監査を年2回実施している。年に1回、会計士が施設に来訪し、収支等の会計監査を実施している。法人として会計監査人を配置して監査を受け、指摘事項に関して法人として経営改善を行っている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人基本理念に「地域との共生」を掲げ、桜谷福祉会第4期経営5か年計画書の重点項目に「地域貢献への積極的展開」を明記し、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化している。市・地域が開催するイベント・講演等活用できる社会資源の情報を収集し、案内を施設内に設置し、入居者集会で紹介する等、利用者に情報提供を行っている。例年は、地域の夏祭り・敬老会等に職員が同行し参加を支援している。地域との行事打ち合わせ会に職員が参加し、夏祭りに模擬店を出す等地域との交流に取り組んでいる。利用者の買い物や通院等、日常的な活動についても地域の社会資源を利用している。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>在宅介護支援センターがボランティア養成講座開催に協力している。行事支援ボランティア・喫茶ボランティア・傾聴ボランティア等が来訪している。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・注意事項等を明文化している。新規のボランティアには事前のオリエンテーションの中で利用者との関わり方や、個人情報遵守について注意喚起を促している。トライやるウィークについては、中学校で冊子を作成し配布している。学校での出前講座の開催、地域の教育機関との世代間交流行事を通じての福祉体験、トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。学校教育への協力についての基本姿勢を、マニュアルに明文化することが望まれます。</p>		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>社会資源を明示した「関係機関連絡先一覧」等を事務室に設置し、職員間で共有している。赤穂市老人福祉施設協議会の施設長会・行政連絡会・給食施設連絡協議会等、関係機関・団体との定期的な連絡会に参加している。在宅介護支援センターが地域ケア会議に参加し、地域共通の問題解決に向けて協働して取組を行っている。例年は、給食施設連絡協議会の研修・訓練に参加し、情報共有を行い課題解決に向け取り組んでいる。</p>		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>例年は、施設の地域交流スペースを活用して、地域の敬老会を開催したり、地域の人を招待して施設の夏祭りを行い、地域住民との交流を行っている。在宅介護支援センターが主催する介護者教室、公民館でのボランティア養成講座に、施設からも参加し開催に協力している。地域住民を対象に介護技術講習会を開催している。主に在宅介護支援センターが相談窓口となって介護相談に対応しているが、内容に応じて、施設でも介護相談を受け対応している。施設が災害時の福祉避難所として市と協定を結び、地域合同の災害時避難訓練にも参加し、災害時の地域における役割について確認している。備蓄については、水・食料は管理栄養士が、備品は介護課長が管理している。例年は、法人として地域の夏祭り等の行事への協賛・参加・模擬店機材の貸し出し等、地域の活性化に貢献している。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>在宅介護支援センターを事務局とする法人の地域貢献推進委員会活動に参画し、在宅介護支援センター活動（介護者教室・ボランティア養成講座等）を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。サービス検討委員会・地域貢献推進委員会等に民生委員の参加があり、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。地域からの相談に生活相談員が窓口となって対応し、在宅介護支援センター経由や地域ケア会議での相談からも、地域ニーズの把握に努めている。把握したニーズをもとに、地域サポート施設活動・地域貢献推進委員会活動を通じて地域貢献に関わる事業・活動を実施している。「介護技術講習会」の開催を各事業所連携・協力のもと実施しており、施設の事業計画に明示している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重したサービスの実施について、基本理念・基本方針、職員処遇心得、介護マニュアル・コミュニケーションマニュアルに明示している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、理念研修を実施し、実践状況について施設長会議・ケアスタッフ会議・認知症ケア会議で把握し、必要な対応を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルの中で、プライバシー保護について言及している。虐待防止等の権利擁護について、身体拘束適正化に対する指針・権利擁護マニュアルを整備している。プライバシー保護・虐待防止について、理念研修や身体拘束・虐待防止研修を実施している。ハード面での課題はあるが、カーテン・移動式パーテーション等、プライバシーを守る設備を工夫している。プライバシー保護と権利擁護に関する取組を契約書・重要事項説明書に記載し、利用者・家族に契約時に説明している。プライバシー保護・権利擁護の実践状況は、施設長会議や身体拘束対策委員会等で確認する仕組みがある。マニュアル等に不適切な事案が発生した場合の対応方法を明示することが望まれます。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針、サービス内容や施設の特性等をホームページ・機関紙・「施設案内」で紹介している。機関誌は地域の全戸に配布し、「施設案内」は市役所・居宅介護支援事業所に配布している。組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすく工夫している。見学や説明の希望時に対応している。ショートステイを利用して体験利用に対応している。「施設案内」は適宜見直し、機関紙は毎年最新情報を提供している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>契約時は本人の同席を基本とし、自己決定を尊重している。写真を多く掲載した施設パンフレットを資料として、わかりやすく説明している。契約書・重要事項説明書を丁寧に説明し、文書で同意を得ている。契約内容の変更時は、変更内容を明示した新旧対照表を作成し、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者には代理人・身元引受人の同席を要請することとし、適正な説明、運用を図っている。</p>		

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 · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス終了時は、契約書の「契約終了に伴う援助」に沿って対応している。サービス終了後も、利用中と同じ相談窓口で対応することを口頭で説明し、重要事項説明書に記載している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族満足度調査を毎年実施し、サービス評価委員会が担当して調査結果・対応策をまとめ、具体的な対応を行っている。調査結果は家族会、または、郵送でフィードバックしている。家族会を年に2回、利用者自治会（桜寿会）の利用者集会を月1回開催し、職員も出席している。民生委員・家族・利用者が出席するサービス検討委員会は、職員は出席せず開催し、委員会の内容を面談で聴きサービスに反映している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書・運営規定に明記し、重要事項説明書を配布し、玄関に運営規程を掲示している。家族アンケート・家族会・利用者集会・サービス検討委員会・意見箱等、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。近年苦情はないが、「苦情受付対応報告書」を整備し、苦情発生時は「苦情解決委員会」を開催し、改善に取り組む仕組みがある。ホームページの公開ページを整備中である。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に「苦情・相談受付窓口」を明示し、利用者・家族に配布・説明している。写真入りの職員紹介を掲示し、相談相手を選べる工夫を行っている。玄関前のオープンスペースや会議室等、内容に応じて相談しやすいスペースを確保している。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>「苦情・相談マニュアル」を整備している。職員は、日々の関わりの中でコミュニケーションを図り、利用者担当職員を設置する等、相談・意見が述べやすいように配慮している。家族アンケート・家族会・利用者集会・サービス検討委員会・意見箱等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行い、サービスの質向上に向け取り組んでいる。</p> <p>「苦情・相談」マニュアルについても定期的な検証と見直しが望まれます。内容に応じた相談・意見への対応手順の記載が望まれます。</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。		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>介護事故防止委員会を設置し、リスクマネジメント体制を整備している。「危機対応マニュアル」「危機対応フローチャート」を整備している。事故事例を収集し、システム内で共有している。介護事故防止委員会で、原因や再発防止策を検討し、月ごとに報告書を作成している。事故防止策の実効性も委員会が検証している。毎年「介護事故防止」研修を実施している。</p> <p>ヒヤリハット事例の収集と分析から事故を未然防止する仕組み作りが望まれます。</p>		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設置し、感染症対策の体制を整備している。「感染症・食中毒の予防・蔓延防止に関する指針」と「感染症対策マニュアル」を整備している。毎年、「食中毒研修」「感染症研修」を実施している。指針の「平常時の対応」に沿って感染症予防策を講じ、発生した場合は指針の「発生時の対応」に沿って適切に対応している。マニュアルの見直しは看護師が行い、特養幹部会（又は、主任副主任ミーティング）で共有し、議事録に検証結果と変更事項を記録し、各部署に伝達している。</p>		
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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「防災関係マニュアル」に災害時の対応体制を明記し、立地条件等から災害の影響を把握して「避難確保計画・土砂災害」を作成している。職員の安否確認は「非常招集連絡表」で行うこととしている。食料備品の備蓄リストを作成し、厨房の栄養士が管理者として管理している。防災計画に沿って、日勤帯・夜勤帯等様々な想定で毎月避難訓練を実施している。年2回は消防署立ち合いがあり、地区との合同消防避難訓練では消防署・警察・自治会と連携している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を、介護マニュアル・コミュニケーションマニュアルに文書化し、その中で利用者尊重・プライバシー保護に言及している。新任職員研修プログラムに採り入れて研修を行い、チューター制度実施記録で習熟度を確認している。毎年人事考課の自己評価と上位者評価で確認している。</p>		

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 · b · c
<p><コメント></p> <p>各介護マニュアルの見直し担当者を決め、分担して年に1回、検証・見直しを行っている。特養幹部会議、又は、主任副主任会議で検証・変更箇所を議事録にまとめ共有し、変更箇所は各部署に伝達している。見直し担当者が職員の意見を集約すると共に、マニュアル研修の中でも意見を集約している。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画策定の責任者を介護支援専門員としている。新規入所者情報提供表・包括的支援ケアチェック表をもとにアセスメントを行っている。施設サービス計画書に利用者個々のニーズを明記している。各部署がケアチェック表・施設サービス計画書を検証し、それらをもとに課題分析し、サービス担当者会議で多職種でアセスメントや計画書作成を協議している。毎月モニタリングを行い、計画どおりにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、担当者会議・認知症ケア会議で検討しながら支援に取り組み、介護支援経過記録に経過を記録している。利用者個々の生活歴・生活習慣・趣味・嗜好等、人物像を把握し個別支援に活かせる情報シート（フェイスシート等）の工夫が望まれます。</p>		
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 · b · c
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員業務マニュアルをもとに、施設サービス計画書を定期的には6ヶ月毎に、必要時には随時見直しを行っている。毎月のモニタリングとモニタリング評価表による評価、包括的ケアチェック表による再アセスメントをもとに担当者会議で検討している。作成した計画書は各部署に配布、説明し周知している。緊急に計画を変更する場合は、ケア変更届を提出し同じ手順で計画を変更する仕組みがある。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、介護ソフトのケース記録等を活用し把握し記録している。記録の書き方について、チューター研修で記録研修を行い、ケアスタッフ会議でも指導している。毎朝の申し送りの情報を、部署ミーティング・部署の連絡ノートで伝達し周知を図っている。職員会議・スタッフ会議・施設長会議等、各種会議、また、各種委員会で、情報共有がなされている。パソコンのネットワークシステム・議事録の供覧・必要書類の供覧等でも情報共有を行っている。介護ソフトの「種別」欄の活用や、記録をチェックし指導する体制整備など、計画に基づいた記録を標準化する仕組みづくりが望まれます。</p>		

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 · b · c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・文書規程に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・利用所適正管理について規定されている。入職時研修の中で個人情報保護について研修を行い、守秘義務について説明し誓約書を提出している。個人情報の取扱いについて、契約書・重要事項説明書に記載し、契約時に説明し同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-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。(特養)	a · b · c
A②	A-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 · b · c

特記事項

<p>A① 利用者の心身の状況と暮らしの意向を入所時等に把握して計画に反映し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。施設サービス計画書や個別機能訓練計画をもとに、自立や活動参加への動機づけを行っている。定期的なモニタリングとサービス担当者会議により、個々に応じた生活になっているか検討する仕組みがある。制作活動・園芸活動・プリント（計算・漢字・塗り絵等）・体を動かすゲーム・音楽療法等、個別・集団プログラムを実施している。おしぼりやエプロンたたみ、食堂のテーブル拭き、湯のみを洗う等、役割が持てるように工夫している。朝のミーティングで利用者個々の状態や生活サイクルをを共有し、快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。</p> <p>A② コミュニケーションマニュアルをもとに「一動作一声かけ」をテーマとし、日々のコミュニケーションで思いや意向の把握に努め、支援に活かせるよう取り組んでいる。理念研修の中で利用者尊重・人権について継続的に学ぶ機会を持ち、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいの徹底を図っている。ケアチェック表でコミュニケーション能力と支援方法を6ヶ月毎に検討・見直している。ホワイトボードや文字表の使用等、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。利用者集会を開催し、話したいことを話せる機会を作っている。利用者担当職員を設置し、会話の不足している利用者も話しやすいよう配慮している。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

権利侵害防止のための取り組みを契約書・重要事項説明書に記載し、利用者・家族に説明している。「身体拘束適正化に対する指針」を整備し、研修の中で周知を図っている。権利侵害の防止と早期発見、権利侵害防止についての検討、発生した場合の再発防止策の検討と実施のために、身体拘束適正化委員会を設置し、年4回開催している。マニュアル等に、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にすることが望まれます。権利侵害が発生していないかの検証は毎月行う等、頻度の検討が望まれます。また、ケアスタッフ会議を活用する等、より多くの職員が直接参加して具体的に取る取り組みづくりを期待します。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	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 ・ b ・ c

特記事項

共用スペースは整理整頓・清掃が行き届き、温湿度管理・光の調節を行い、落ち着いて快適に過ごせるよう環境整備している。自由にくつろげるようにテレビやソファ・椅子を設置し、季節の花や制作活動の作品を飾り、雰囲気作りに配慮している。居室の設えは自由とし、写真や手紙・花等を利用者の意向に沿って配置している。全室に空気清浄機を完備し、定期的に掃除を行い快適に過ごせるように配慮している。和室（多床室）も用意され、希望に応じて対応が可能である。廊下や食堂まではバリアフリーで自由に移動できる環境となっている。利用者毎に担当職員を決め、利用者個々の希望を聴き、申し送りノートで共有し対応している。ターミナル期の利用者には、自宅から馴染みの物を持ち込む、好きだった歌を流す等の働きかけを行っている。職員差が出ないように、居室の設えについて写真を用いたマニュアルを作成している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	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 ・ b ・ c
A⑥	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 ・ b ・ c
A⑦	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 ・ b ・ c

A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

A⑤ ケアチェック表で利用者個々の入浴・清拭等に関するケアについて把握し、課題がある利用者は施設サービス計画に反映し、個々の状態に応じた入浴方支援を行っている。脱衣室の温度・入浴設備、湯温を事前確認している。入浴介助担当者（浴室担当・脱衣室担当）を複数配置し、安全に配慮しながら現存能力を活かした自立支援を行っている。自力で入浴できる場合も、見守りを行い安全に配慮している。利用者の相性や組み合わせ、感染症の有無を考慮し、順番についても配慮している。体調不良や発汗・排せつ等で汚れた場合等は、入浴日の変更やシャワー浴を行っている。入浴マニュアルに利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮を明記し、パーテーションの設置や肌の露出が無いように配慮している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず、声かけの方法・タイミングを検討し、誘導する時間や日の変更、居室に入浴日の案内を掲示する、職員が交代で対応する等、工夫している。利用者の状態の変化があれば、毎朝のミーティングで検討し入浴方法等の見直しを行い、変更事項を申し送りノートに記載し周知している。毎日バイタルチェックを行い、看護師が可否判断を行っている。入浴不可者は別日で清拭を行っている。一般浴、個浴、特殊浴槽（座位式・臥床式）を用意し、個々の心身状態に合わせた入浴設備を整備している。安全な入浴のため、各所に手すり、シャワーチェア、移乗リフト等を設置している。

A⑥ ケアチェック表で利用者個々の排泄に関するケアについて把握し、課題がある利用者は施設サービス計画に反映している。排せつチェック表で排泄状況やパターンを把握し、個々に合わせた誘導・介助を行い、自然な排泄を促している。自然排便を促すため、レクリエーションや体操等で運動し、水分摂取量が少ない場合は多職種間で連携して水分摂取を促し、乳製品や補助食品（乳酸菌入）を提供する等工夫している。介助バー・ナースコール・ウォシュレット機能のついた保温便座を設置し、毎日の掃除・消臭剤の設置等、安全で快適に使用できるよう配慮している。マニュアルに利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援が明示され、トイレにはカーテンでの仕切りや個室があり、消臭剤も使用しプライバシーに配慮している。マニュアルには自立に向けた働きかけも明示されており、残存能力を活かした自立支援に努めている。排泄物から健康状態を確認し、異常があれば介護記録に記録し、看護職員に報告している。利用者の状態の変化があれば、毎朝のミーティングで検討し介助方法や排泄用品等の見直しを行い、変更事項を申し送りノートに記載し周知している。居室にナースコールを設置し、フロアに複数職員を配置し、希望に応じて迅速に対応できるよう配慮している。

A⑦ ケアチェック表で利用者個々の移動・移乗に関するケアについて把握し、残存機能を活かせる働きかけ、個々に応じた福祉用具の活用等により、自立に向けた支援を行っている。自立支援に向け、状況に応じて居室の設えを動作しやすいうように工夫している。対応方法はミーティング、サービス担当者会議で協議し、施設サービス計画に反映している。標準型、リクライニング式、モジュール型車いす、シルバーカー、杖など利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。自宅から持ち込むことも可能である。スライディングボード、移乗リフト、スタンディングマシン、ベッドのL字型介助バー等の福祉用具を活用し、安全な移乗動作のため2人介助も行っている。移乗・移動についての研修会も実施している。福祉用具の安全点検を行い、点検の実施記録を残している。施設内はバリアフリーで、テーブルや椅子の配置を工夫し導線を確保している。居室にはL字バーを設置する、滑りにくいようにカーペットを敷く等、個別の配慮を行っている。移動の希望に迅速に対応できるよう、フロアに人員を配置し、居室にナースコールを設置している。

<p>A⑧ 起床時、就寝時の更衣を基本とし、可能な限り衣類の選択は利用者の意向に沿って行い、必要に応じて職員が支援している。衣類の購入は、基本的には家族に依頼しているが、状況に応じて、施設で代行して行っている。衣替えは、担当職員が行っている。</p>		
<p>A⑨ 複数の訪問理美容業者から利用者・家族が選択できるように情報提供している。理美容の内容については、利用者の好みや希望を業者に伝えられるよう職員が支援している。希望や必要に応じて、化粧や整容の援助を行っている。希望があれば、家族が付き添ったり、個別外出を活用し、理髪店・美容院を利用できるよう支援している。</p>		
<p>A⑩ 利用者の心身の状況に合わせて同室者を調整するなどの工夫をしている。照明については、明るさ調整ができるものが設置されている。就寝マニュアルに基づき、環境の整備や姿勢、巡回時の対応などを明示し実践している。寝具は基本的にはリースでの対応となるが、私物の持ち込みには制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。不眠等により同室者に影響を及ぼす場合、居室を変更したり、一時的に静養室を使用することができる。夜間不眠の利用者はフロアで職員がテレビを観て過ごせるように就寝時間を配慮し対応している。</p>		
		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	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・b・c
A⑫	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・b・c
A⑬	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・○b・c
特記事項		
<p>A⑪ 年2回嗜好調査を実施し、利用者の希望や嗜好を食事サービス研究委員会で協議し、献立や調理法、行事食に反映している。定期的に行事食を提供する日を設けている。食堂は明るく清潔な環境を整備し、利用者の身体の大きさに合わせて高さが調整できるテーブルを設置している。車いすを利用する利用者は、椅子に座り直しをしている。利用者間で話が弾むように関係性を考慮して配席したり、季節の飾りつけや花を飾ったり、音楽を流したり、好みの番組を見ながら食事ができるよう配慮している。利用者の希望や体調に応じて、居室に食事を配膳している。マニュアルに、食器、器具の消毒等衛生管理について明示されている。毎日、昼食と夕食時に選択メニューを用意している。</p>		
<p>A⑫ 管理栄養士が栄養スクリーニングアセスメントを行い、栄養ケア計画に基づく栄養ケアマネジメントを実施している。3ヶ月に1回見直し、高リスク者は毎月見直しを行っている。個別の状況に応じた食事形態での提供、自助具の活用や介助を行い、自立支援、経口摂取の継続に取り組んでいる。職員が食事の際に関わりを持ち、自力での摂取を促したり、主食をおにぎりにする等の工夫も行っている。体重低下の著しい利用者に対して主食の量を調整する等の対応を行っている。テーブルの高さを調整し、正しい姿勢・安楽な姿勢で摂取できるよう工夫している。個々の食事ペースや体調に合わせて配膳時間を調整したり、居室配膳を行っている。食事・危機対応マニュアルに救急要請について明示されている。誤嚥リスクの高い利用者には吸引器を居室に設置し、食堂に職員を複数配置し見守りを行っている。緊急時には看護職員と協力して救急対応をする流れが、職員に周知されている。利用者の心身の状況に合わせ、ミーティング等で食事の提供・支援・介助方法等について検討と見直しを行い、申し送りノートで周知を図っている。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載して介護ソフトに入力し、多職種で共有し食事への配慮・水分摂取を行っている。</p>		

A⑬ケアチェック表で利用者個々の口腔ケアに関するケアを把握し、利用者の状況に応じて働きかけや介助を行い口腔ケアを支援している。居室又はフロア近くに洗面台が設置されており、食後には口腔ケアを行い口腔機能の維持改善に努めている。口腔ケアの実施は介護ソフトに入力している。必要に応じて施設サービス計画に反映し、評価・見直しを行っている。入所時に歯科医師にてスクリーニングを実施し、必要に応じて、月2回歯科衛生士による口腔ケアを実施している。口腔内に異常が認められた場合は、協力歯科医院による往診を調整している。
口腔ケアに関する研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a · b · c

特記事項

「褥瘡予防対応に関する指針」「褥瘡予防対応マニュアル」を整備している。看護職員が毎日の健康管理の中で皮膚の状態観察を行い、必要に応じて、早期発見・予防策について指導し、関係職員が連携して取り組んでいる。褥瘡発生後も、看護職員が中心となり関係職員が連携し治癒に向けたケアを行っている。栄養士が栄養ケア計画を作成し、栄養面からも予防に取り組んでいる。看護職員は、外部研修・医療機関からの情報・専門誌等から最新情報の収集に努め、日常のケアに取り入れられるよう取り組んでいる。
医務が担当する職員研修の中に、褥瘡発生予防・ケアについての内容を取り入れることが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	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 · b · c

特記事項

「介護職員による喀痰吸引等業務方法書」を指針とし、利用者毎に計画書を作成し、かかりつけ医の指示書と看護職員による安全管理体制のもと、適切かつ安全に実践している。日々の実践の中で、指導看護師が指導助言を行っている。施設の看護職員が医療的ケアの講師となり、法人で介護職員の喀痰吸引等研修を開講し、職員のスキルアップに繋げ実施体制の充実と強化を図っている。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	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 · b · c

特記事項

隣接する協力医療機関の理学療法士と協働してアセスメントを行い、利用者個々の心身の状況に応じた個別機能訓練計画を作成している。実施状況を記録し、3ヶ月に1回評価を行いモニタリング表に記録している。必要に応じて見直しを行い、自立支援・生活機能向上に取り組んでいる。日常の基本動作能力の維持・向上のための全身運動・関節可動域訓練と共に、制作活動・園芸活動・プリント（計算・漢字・塗り絵等）・体を動かすゲーム・音楽療法等、楽しみながら機能訓練ができるように取り組んでいる。日々の関わりの中で認知症状の進行に気付いた場合はミーティングや認知症ケア全体会で共有し、医療職に報告して医療機関につなぐ等必要な対応を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

ケアチェック表を活用し、認知症ケアのためのアセスメントを6ヶ月に1回行っている。ケアスタッフ全体会議で、年に2回、認知症に関する研修を実施している。毎月、認知症ケア全体会議を開催し、利用者の状態に応じたケアを検討し、変化に応じて検証しながら、症状の改善に向けた支援に取り組んでいる。掃除、生活環境、音や照明の調整を行い、自由にくつろげるようにテレビやソファ、椅子を設置し、季節の花を飾ったり飾りつけを行う等、落ち着いて快適に過ごせるよう環境作りに配慮している。作業療法士が認知症の症状やレベルに応じてプログラムを立てレクリエーションや作業療法を実施している。サービス担当者会議では、精神科医往診時の診断や所見をもとに、支援内容を検討している。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

「危機対応マニュアル」「危機対応フローチャート」を整備し、利用者の状態の急変時の対応手順・連携体制を明確にしている。日々のバイタルチェック・看護職員の巡回・各部署からの申し送り等により、利用者の健康管理・体調変化の早期発見に努めている。健康状態は、介護ソフトに記録している。高齢者の医療に関する研修は、医務研修で実施している。配薬ボックスを活用し、服薬管理は看護職員が、服薬介助・服薬確認は介護士が行っている。医務講習の中に取り入れて、高齢者の健康管理・病気・薬に関する研修を実施されることが望めます。服薬チェック表により、服薬確認を記録に残すことが望めます。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

終末期を迎えた場合の対応についての方針と手順を「ターミナルケア指針」「ターミナルケアマニュアル」に明らかにしている。隣接する医療機関との連携体制を確立している。終末期を迎えた段階で家族を交えて「拡大カンファレンス」を開催し、家族の意向の把握、施設での対応・ケアについての説明を行うと共に、看護部門を中心に各部署と情報共有・連携を強化し、ターミナルケアに取り組んでいる。ターミナルケア実施後は、家族へのアンケート、カンファレンスを実施し、担当職員への精神的ケアに努めている。毎年、職員研修の中で「ターミナルについて」の研修を実施している。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑳	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

家族に対し、定期的には3ヶ月に1回写真入りの近況報告の「便り」と個別の写真を郵送して状況を伝え、変化があった時は電話で迅速に報告している。連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるようにしている。月に1回家族が来訪する機会を設けると共に、家族会・サービス検討委員会・サービス担当者会議等、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聴く機会を設けている。個別の相談内容は介護支援経過に記録している。月に1回来訪する機会作り・リモート面会、通常は施設行事・外出行事への参加等、利用者と家族がつながりをもてるよう取り組んでいる。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

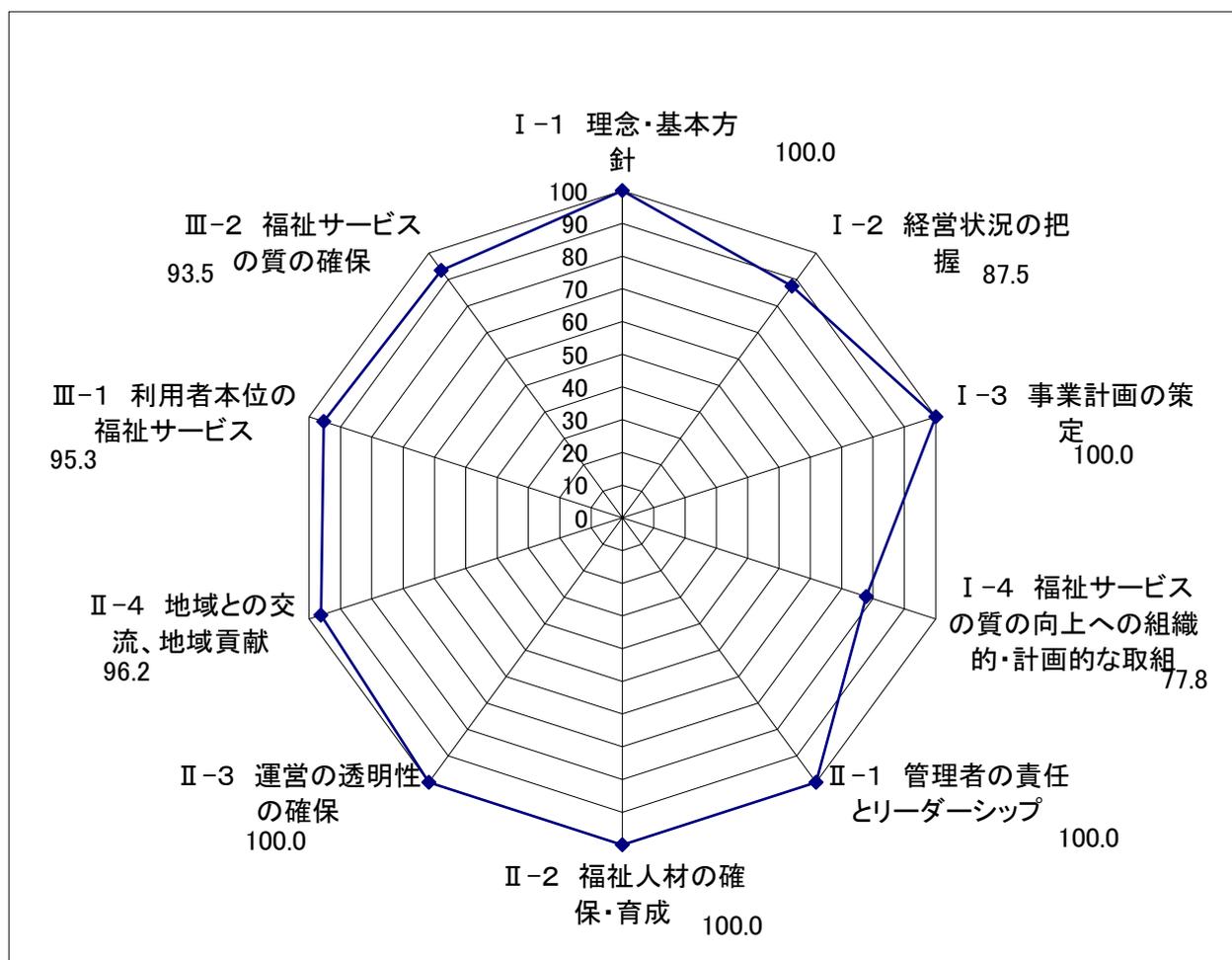
A㉑ 外出行事・個別外出に、職員が同行している。敬老会・音楽会等の地域行事があれば、利用者集会で情報提供している。家族との安全な外出のために、家族介護教室を実施している。

A㉒ 携帯電話の持ち込み・使用を自由に行っている。希望時には施設の電話の利用を支援している。可能な利用者には、定期的には3ヶ月に1回、また、希望時にも手紙を書いて送れるよう援助している。郵便・手紙などの利用時には、プライバシーに配慮している。

A㉓ 新聞は共同で購入し、利用者が自由に読むことができる。また、利用者が個人購入することが可能である。利用者のライフスタイルにあわせて、テレビやラジオ等の持ち込みが可能である。フロアに設置しているテレビの共同利用でのトラブルの事例はなく、職員が配慮して対応している。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	7	77.8
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	61	95.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5
合計	227	218	96.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	19	90.5
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	93	90	96.8
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	131	126	96.2

合計(I～Ⅲ+A)	358	344	96.1
-----------	-----	-----	------

