

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

| | | | |
|-----------------------------------|-----------|------------------------------------|---|
| 名称：福島県さつき荘 | | 種別：指定介護老人福祉施設 | |
| 代表者氏名：園長 小貫美江子 | | 定員（利用人数）：100名 | |
| 所在地：福島県西白河郡西郷村大字真船字芝原341-6 | | | |
| TEL：0248-25-3102 | | ホームページ：http://www.fukushima-sj.jp/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日：昭和50年9月15日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 福島県社会福祉事業団 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 44名 | 非常勤職員 8名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） | 名 | |
| | 施設長 | 1名 | |
| | 次長 | 1名 | |
| | 援助員・介護員 | 31名 | 介護員（清掃、介護補助）5名（2名） |
| | 看護師・准看護師 | 5名 | |
| | 介護支援専門員 | 2名 | |
| | 管理栄養士 | 1名 | |
| | 機能訓練指導員 | 1名 | |
| | 生活相談員 | 1名 | |
| | 事務員 | 1名 | |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | | （設備等） |
| | 6人部屋 16居室 | | 食堂・機能訓練室・浴室（機械浴・座位式特殊浴槽）・医務室・静養室・デイルーム等 |
| | 2人部屋 2居室 | | |

② 理念・基本方針

【経営理念】私たちはお客様の人格・人権・命を守ります。

【基本方針】老人福祉法及び介護保険法に定めるサービスの理念に則り、お客さま一人一人の思いに寄り添いお客様本位のサービスの提供と安心・安全な施設づくりを目指し、更なるサービスの質の向上と効率的な運営で経営基盤の強化を図るため、以下の基本方針のもと事業を推進する。

- 1 お客様の意向を尊重した良質な福祉サービスの継続的・安定的な提供
- 2 お客様の人権の尊重と権利擁護の推進
- 3 リスクマネジメント体制の強化による安心・安全な生活の提供
- 4 防災・防犯・安全管理体制の強化による安心・安全な生活の提供

- 5 お客様の能力に応じた自立支援と地域と共に歩む施設づくり
- 6 人材育成と組織の活性化
- 7 適切なコスト管理に基づく効率的で安定した施設経営。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

1. 法人には特別養護老人ホーム以外にも障害者支援施設や救護施設等の入所施設その他、障害者就業・生活支援センター、共同作業所、相談支援事業所、共同生活事業所等があり、それぞれの種別で従事した職員が人事異動により、異なる種別の施設等に従事することがあるため、高齢者のみならず障害者支援などで経験して身に付けたスキルを活かし利用者お一人おひとりに合わせた支援を行っております。また、様々な種別の施設や事業所は、様々な場面で互いに協力・連携しており、災害や感染症発症の際にも安定した支援を継続して行うことができいております。
2. 4月に法人と西郷村との実行委員会によるイベント「桜祭り」が法人敷地内で行われ、様々な催しを見に来られた方々や桜並木を見ながらウォーキングを行う方々ともふれあい、地域交流を図っています。
3. 福祉施設としての使命を果たせるように、医療依存度の高い方や生活保護の方の他、行政との協定を取り交わし緊急、措置入所依頼には、受け入れ体制を整えて積極的に対応しています。
4. コロナ禍においても出前や移動パン店からパンを購入するなどして楽しみのある食事提供の他、培ってきた趣味の継続を支援することで生きがいを持って楽しみのある生活ができる様支援しております。
5. ご本人様とご家族様のご要望を確認し、協力医療機関とも密に連携を図り、最期まで自分らしく安心してお過ごしいただける環境を備えております。

④ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 令和5年5月26日（契約日） ～ 令和6年1月26日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1 回（平成23年度） |

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 公正かつ透明性の高い経営・運営のための取り組みについて

内部管理体制の基本方針を整備するとともに事務・経理・取引等に関するルールなども経理規程に基づき職員にも説明・周知を図っている。管理者は、常務理事兼事務局長・副理事長・経営管理部長等が出席する「月例施設長会議」で事業運営内容の詳細を報告し、理事・役員間でも経営状況並びに諸課題について共通認識を図っている。

また、年1回の法人本部による内部監査(総務・経理・サービス面)と、公認会計士による財務・経営管理、組織運営・事業等への助言・指導等の外部監査を毎月受けており、その結果や指摘事項に基づいて経営改善並びに適切な経営管理に努めている。

さらに、毎年、家族代表や行政区長、消防団、駐在所など関係者を法人本部に招き「地域の皆様との懇談会」を開催し、施設の役割や特色ある実践・活動を主体的に報告し、経営運営の透明性を高めている。

2. 安心・安全なサービス提供に向けたリスクマネジメントの体制整備について

「リスクマネジメント実施要綱」によりリスクマネジメント委員会を設置し、多職種参加のもとで毎月委員会を開催、ヒヤリハット等を分析・検討し、結果は回覧により全職員に周知されている。

また、事故発生時は間をおかず臨時のリスクマネジメント委員会を開催して情報共有と再発防止策を検討している。事故やヒヤリハットは発見した職員が状況・原因を様式にまとめ、棟内会議に諮り、リスクマネジメント委員会で事故発生 of 要因と分析・検証し改善策を周知する等、体制が築かれ機能している。

3. 終末期の対応について

「福島県さつき荘における看取りに関する指針」があり、対応手順と責任者が示されている。入所の際、利用者と家族に説明し同意を得ている。医師の判断で看取り期となった場合は、家族と頻繁にコミュニケーションを取り、希望に応じ面会・宿泊などに対応する他、家族へ別れへの心の準備についてケアをしている。

また、看取りに関する研修を行い看取りについて職員は学んでおり、「ACP(人生の最終段階における介護について)」の説明資料が作成され家族に説明し同意を得て看取りをしている。さらに、看取り後は「看取り確認ケアシート」を活用しケアの振り返りや利用者への思いを語り合うデスカンファレンスを行う等、職員のグリーフケアに取り組んでいる。

◇改善を求められる点

1. 食事をおいしく食べられる工夫について

令和5年度においては、給食センター建て替えに伴いチルド食の提供となっているが、利用者の希望に応じ毎月複数回出前食や雰囲気を変えた食事会を催している。

しかし、施設内視察で食事場所(食堂・ダイルーム)が狭く老朽化していることや移動支援に時間を要すること、さらにはコロナ感染防止のため棟間の交流を避ける理由から、各棟内のダイルームや廊下で食事をしている利用者も散見された。飲食に適さない場所で食事を摂ることは利用者の心理面への悪影響や衛生面からも不適切ケアであるため改善が求められる。

2. 福祉サービスの開始・変更にあたっての説明について

利用時に契約書や重要事項説明書、料金表などを配布しサービス内容を説明して

いるが、料金変更時は料金表の配布に留まっている。料金の変更は重要事項の内容変更該当するため、料金表の配布だけではなく重要事項説明書内に変更後の料金内容を明記のうえ、説明・同意・配布の手続きをとることが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は、10年ぶりに受審いたしました。この10年間を振り返りますと組織として行うべき事は着実に行われてる部分もありましたが、ここ数年の新型コロナウイルス感染症対応、特に令和4年は2度のクラスターにより閉鎖的な対応を余儀なくされ、職員の中には感染症の恐怖感や感染対策に拘泥した意識から抜け切れておらず、本来のサービス提供に戻る過程での受審であった事から以前は出来ていたことも出来なくなってしまっていた事に改めて気づかされる良い機会となりました。調査員の方々からのヒアリングでは、少し視点を変えて取り組むことで、達成出来る項目も多くあり、具体的に取り組むためのアドバイスもいただきましたので、サービス改善につなげられるよう、職員一同取り組んでいきたいと思っております。評価結果の高い点については今後さらに推進して参ります。ありがとうございました。

⑧ 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（共通評価基準）

※すべての評価細目（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、基本方針を確立・周知している。 | | |
| 1 | I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページに福島県社会福祉事業団としての経営理念と経営方針が示され、それらを具体的実践につなげていくために福島県さつき荘のページにはスローガンと6つの基本方針が記載されている。職員には全体会議や職員会議で説明するとともに理念・基本方針をはじめ業務関係書類を1冊にファイリングした加除式資料集(通称「赤本」)を全職員に配布して周知を図っている。パンフレットにも経営理念と運営方針を記すとともに関係者には「地域の皆様との懇談会」などの場をとおして理解の促進に努めている。</p> <p>今後は、家族の来所時や利用者へ日々のケア場面、行事等をとおして具体的な例を示しつつ理念並びに基本方針の理解促進が図られることを期待したい。</p> | | |

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を的確に把握・分析している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、西郷村高齢者保健福祉計画の策定委員として参画し、地域に密着した福祉課題の把握に努めるとともに施設内外の研修会にも定期的に参加する等、経営環境変化の現状と課題について学びを深めている。</p> <p>法人事業所の代表者等が一堂に会する「月例施設長会議」では、利用者の入所変動状況(入所率)・介護度内訳・未収及び督促状況・事業管理状況などが詳細に説明されている。職員にもスタッフ会議や全体会議などをとおして周知を図っている。</p> <p>今後は組織体制や人材育成、財務状況等の現状分析を更に深め、把握した情報やデータが中・長期計画や年度事業計画に反映されることを期待したい。</p> | | |

| | | |
|--|-------------------------------------|-------|
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「月例施設長会議」では、経営状況の詳細が報告され具体的な課題や改善すべき事項等を明らかにしている。本会議には副理事長・常務理事兼事務局長・経営管理部長等も出席し、役職員間でも経営状況並びに諸課題について共有が図られている。定時の理事会のみならず、必要の都度、事務局より理事や監事にも現状や課題について報告がなされ認識を共にしている。</p> <p>新型コロナウイルス感染対策により一時入所率の低下が見られた際には、スタッフ会議や全体会議などで課題を明確・共有化し、入所率安定に向けて計画的取り組みを進めている。</p> | | |

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を明確にしている。 | | |
| 4 | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人経営管理部長を委員長とする「事業団中長期経営計画策定委員会」を設置するとともに実務組織としてサービス提供の在り方を検討する「サービス作業部会」と組織運営及び収支シミュレーションを担当する「経営作業部会」を併設し、中・長期計画の策定にあっている。計画では、財政基盤の強化や内部統制の強化、人材確保及び組織体制、各種業務の合理化及び省力化の改善などについての取り組み計画が策定されている。</p> | | |
| 5 | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。 | a・②・c |
| <p><コメント></p> <p>「事業団中長期経営計画」では法人の経営理念並びに経営方針の具現化に向け、全体計画期間として10年間(令和5年度～14年度)、計画見直し・修正期間の令和9年度をさみ、前期(前半5年間)・後期(後半5年間)の実施計画を策定している。</p> <p>しかし、年度終了時に実施状況を評価するうえでの数量化した定量的分析可能な計画内容までには至っていない。今後、中・長期計画において経営環境等の把握・分析を踏まえて単年度計画の策定を進め、数値目標や具体的な成果等を設定のうえ、進捗状況評価を行える内容を期待したい。併せて法人の中・長期計画をふまえた福島県さつき荘としての単年度計画の策定が望まれる。</p> | | |
| I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。 | | |
| 6 | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の基本理念並びに基本方針に基づく福島県さつき荘の事業計画は、前年度の事業実施状況を踏まえて、各部署・各委員会等から計画案を上げてもらい、それらを原案として</p> | | |

| | | |
|---|------------------------------------|-------|
| <p>管理者はじめ各職員協働参画のもと策定している。</p> <p>事業計画は理事会で説明・承認を経て、新年度研修や各委員会内での説明、回覧等とおして全職員への理解・周知を図っている。</p> | | |
| 7 | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は、例年家族交流会の場で説明を行っているが近年はコロナ禍で行えず広報等での周知に留まっている。施設内にも掲示しているが面会制限などで来所者が限られ広く周知することが困難な現状にある。</p> <p>今後は、コロナが徐々に収束に向かい、面会制限が緩やかになってきた現状において、家族来所時や利用者へ日々のケア提供場面、行事等とおして具体的な例を示しつつ事業計画内容の理解促進が図られることを期待したい。</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を組織的・計画的に行っている。 | | |
| 8 | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「福祉サービス第三者評価基準」の項目(主に「内容評価基準」)を用いた評価を行っている。多職種による「サービス評価委員会」を編成し、施設サービスの現状を理解し更なる福祉サービスの質の向上を図ることを目的として自己評価を進めている。</p> <p>また家族を対象に事業団共通の様式を使用し、満足度調査(郵送・無記名にて)を実施するとともに利用者にも聴き取り調査を行い、意見を職員会議等で共有化・改善に向けた活動を組織的にしている。</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>「福祉サービス第三者評価基準」の項目調査で抽出された課題の「改善方針と具体的な改善策及び取り組み等」や「担当部署・達成予定」などを施設サービス改善計画書にまとめ、各棟や関係する委員会と協働のもと改善に取り組んでいる。その改善状況を偶数月開催のサービス評価委員会で協議、取りまとめのうえ、職員会議内でも情報を共有している。また、本年度の取り組みを踏まえ翌年度の施設サービス改善計画書を作成している。</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) 管理者の責任を明確にしている。 | | |
| 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>法人管理規則や事務分掌表によって管理者の役割が明文化されており、毎年度職員会議にて説明のうえ配布し、自らの役割を表明している。事務分掌表では専決事項や分掌事務内容が、キャリアパスでは管理者の役割・求められる能力・資格取得(取得目標)などが明確に示されている。運営規程においても「施設の業務を掌理し、職員の指導監督を行うとともに、お客様に対して満足のいくサービス提供を図る」ことが明記されている。管理者不在時の権限委任等については業務継続計画(BCP)や消防計画のなかでも明確にしている。</p> | | |
| 11 | <p>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。</p> | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>職員倫理綱領で、「個人の尊重」「体罰の禁止」「自己決定の尊重」「生活権の尊重」等を明記するとともに、令和5年度の事業計画では「お客様の人権の尊重と権利擁護の推進」を掲げ、これらの実行に向けて関係書類の配布・説明、周知を図っている。また毎年「職員倫理綱領自己チェック表」を実施し、現状の確認と改善、利用者の権利擁護や法令遵守に向けた取り組みを行っている。</p> <p>なお、管理者は月例施設長会議や外部研修会に参加して法令遵守の理解に努めているが、今後は福祉分野に留まらず、雇用・労働・環境への配慮等、さらなる広範の法令理解を期待したい。</p> | | |
| <p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。</p> | | |
| 12 | <p>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。</p> | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上に向けて、令和5年度事業計画において「お客様の意向を尊重した良質な福祉サービスの継続的・安定的な提供」を掲げ、管理者自らもその活動に積極的に参画している。計画を具体的サービスにつなげるために「(1)一人ひとりの思いを尊重した質の高いサービス」・「(2)笑顔あふれる生活の支援」・「(3)お客様の健康管理支援体制の強化」をあげ、(1)～(3)のそれぞれに細かい努力(行動)目標も定め、各委員会のなかでも実施状況の確認等も行われている。</p> <p>今後は、さらに多くの職員や利用者からの声をサービスの質の向上に反映させるために、定期的・継続的なサービス内容の評価やその取り組みに向けて指導力の発揮を期待したい。</p> | | |
| 13 | <p>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。</p> | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は、「月例施設長会議」で入退所状況(利用率)・未収及び督促状況・職員欠員及び求人状況・事業管理状況等の報告と情報交換を行っている。加えて法人事務局より財務状況の報告を受け、利用率向上等の経営改善に向けて職員会議等でも課題を共有化し、組織的取り組みに努めている。</p> <p>一方で施設には様々な委員会があり定期的に活動しているが、業務の現状や課題の把握</p> | | |

に留まっている。今後は、管理者自らの取り組みとともに委員会をさらに機能的に活用し、より効果的な事業運営に向けた取り組みを期待したい。

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、人事管理の体制を整備している。 | | |
| 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を確立し、取組を実施している。 | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>「中長期経営計画」の経営管理計画に、経営基盤の更なる強化として人材確保及び組織体制の重要性が記されている。そこでは福祉事業の根幹を成す人材の確保・育成・定着に向けた具体的な働きかけとして、学校訪問や採用説明会の活動強化、求人サイトや採用チャンネルの拡大検討、キャリア採用試験の実施、実習生・インターンシップの積極的な受け入れなどを示している。</p> <p>また「定年退職者の再雇用に関する要綱」や「事業団 0B 職員人材登録・活用要綱」を定め、職員がこれまで培ってきた技術や知見を活かして頂く機会の確保と対人支援サービスの向上に努めている。</p> <p>今後は、組織の理念や基本方針、事業計画に沿って福祉サービスの質を向上させていくために必要な人数や体制、常勤職員と非常勤職員の比率など具体的な計画の確立と実施を期待したい。</p> | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。 | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>平成 26 年度からキャリアパス制度を設け、人材育成にあたり職位に応じた求められる能力を示すとともに必要なスキルや業務知識等の習得、職員個々のキャリア形成と労働意欲の向上支援に取り組んでいる。</p> <p>また、事業団研修基本方針では、計画的な職員育成として階層別(採用時・採用半年後・採用 2~3 年・4~5 年・5 年以上・副主任職・主任職・係長職・管理職)の受講を要する研修と求められる職員像を明示している。</p> <p>今後は、人事考課制度の一環として実施している個別面談にて把握した職員個々の意向や意見を評価・分析し、職員が自らの将来像を描けるような総合的な仕組みづくりを期待したい。</p> | | |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。 | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>令和 5 年度事業計画では「次世代育成及びワークライフバランスを推進し、産業医との連携により職員が働きやすい環境づくりに努める」ことを明記するとともに勤務シフトの調整や希望休の対応など個別具体的な配慮も行っている。「職場におけるハラスメントの防止に関する規程」を定め、ハラスメントの防止とともに相談及び苦情の対応についても明記されている。メンタルヘルスカウンセリングサービスとして外部専門機関と契約し、</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| <p>「事業団相談室 なごむ」が設けられ、臨床心理士など専門家と電話・Web・面談にて相談できる体制に加え、棟ごとにも男女2名ずつの職員を相談員として配置し細やかな対応を行っている。また管理者は日常的に職員とコミュニケーションを図るとともに、有給休暇の取得状況や時間外労働の状況を定期的に確認している。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。</p> | | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>基本理念の実現並びに組織として必要とする人材育成にあたり、職位・職階に応じた習得すべきスキルや業務知識等を示し、職員個々のキャリア形成を図ること等を目的として「事業団キャリアパス設置要綱」を定めている。</p> <p>また、勤務実績や職務遂行に関連しての職員の能力等を上司並びに本人が評価し、職員の育成・能力発揮の高揚を図ることを目的に「事業団人事考課要綱」も定めて職員に周知している。年度当初職員が目指すべき目標・課題を定め、10月に本人による業務等の実績確認ののち、上司との個別面談をとおして目指すべき目標・課題の進捗状況の確認を行っている。年度末にも一次評価者の係長、二次評価者の管理者が目標・課題の達成状況を確認・評価するなど個別かつ計画的に育成を行っている。</p> | | |
| 18 | Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期経営計画の経営管理計画では、「福祉事業の根幹を成す人材の確保及び育成」並びに「人事考課制度及びキャリアパスに基づく人材育成の推進」を明記し周知している。経営理念に基づき、利用者主体で質の高いサービス提供のために職員個々の専門的スキル向上とチームケア、権利擁護の充実、リスクマネジメント強化を図るため「令和5年度職員研修基本方針」を定め、計画的に教育・研修を実施している。</p> <p>今後は教育・研修結果の評価・分析を行い、それらの結果に基づいて個々に必要な教育・研修計画の策定に反映させる仕組みづくりを期待したい。</p> | | |
| 19 | Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>令和5年度職員研修基本方針並びに令和5年度事業計画に基づき、管理者をトップとした研修推進体制が構築されている。質の高いサービス提供を図るため、内部・外部研修を積極的に取り入れ、職員の能力や資質の向上を図るために研修委員会を編成し、個々に応じた研修計画を策定・実施している。</p> <p>また、研修参加状況は個々の研修履歴カードで適切に管理され、今後必要な研修の選択などにも活用されている。新任職員には「新任職員育成プログラム(エルダー制度活用)」をもとに組織や社会人として必要な知識や技術を習得できるよう先輩職員が指導者となり、OJTで教育・育成を図っている。</p> | | |
| <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・育成を適切に行っている。</p> | | |
| 20 | Ⅱ-2-(4)-① 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、積極的な取組をしている。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> | | |

「施設実習等受け入れ要項」を定め、実習受け入れの種別とその内容等・対象者・申し込み方法・受け入れ決定・事前打ち合わせ・オリエンテーションの内容等の詳細を明記している。また、実習生や職場体験など外部の方を受け入れることは福祉や職場の魅力を直接伝えられる絶好の機会ととらえ、「実習生等の受け入れに際して」（リーフレット）を作成し、専門職育成の重要性について共通理解を図っている。

今後は、現行の介護福祉士養成専門学校の「実習の手引き」を用いた指導に加えて、養成校と連携のもとで福島県さつき荘の特性を活かした研修育成プログラム(マニュアル)の整備を期待したい。また、実習生受け入れ施設として介護福祉士実習指導者や社会福祉士実習指導者等を計画的に養成し、実習生の目的や種別(資格)に応じた効果・効率的な育成指導の体制構築が望まれる。

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を行っている。 | | |
| 21 | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>施設の運営状況を掲載した「広報さつき」は家族と関係機関、近隣行政区の住民等にも広く配布・公開している。ホームページでは理念・基本方針・事業報告・決算報告・法人現況報告などを公示するとともに、ホームページ内の「お知らせ」では最新情報をほぼ毎月アップして、より多くアクセスしてもらえるように努めている。</p> <p>また、毎年、家族代表や行政区長、消防団、駐在所など関係者を法人本部に招き「地域の皆様との懇談会」を開催し、法人・施設の役割や特色ある実践・活動を主体的に報告している。</p> | | |
| 22 | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>内部管理体制の基本方針・管理規則・組織規程・会計規則(及び細則)等を整備するとともに事務・経理・取引等に関するルールなどは経理規程に明記されており、職員にも説明・周知を図っている。</p> <p>また、管理者は、「月例施設長会議」で事業の運営内容の詳細を報告するとともに、年1回の法人本部による内部監査(総務・経理・サービス面)と、毎月(もしくは月内で複数回)公認会計士による財務管理、経営管理、組織運営・事業等に関する助言・指導等、外部監査を受けてその結果や指摘事項に基づいて経営改善に努めている。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------|---------------------------------------|---------|
| II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。 | | |
| 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。 | a・㉒・c |

| | | |
|--|--|-------|
| <p><コメント></p> <p>中・長期経営計画にて「社会から求められる福祉サービスの実践」として、「地域との連携及び地域包括ケアの推進」を掲げ、令和5年度事業計画では「自立支援と地域と共に歩む施設づくり」として社会参加の促進と地域福祉支援について実施計画をまとめている。</p> <p>また、コロナ禍により外出の機会は減っているが、飲食物や衣類の訪問販売、近隣の散策やドライブ、医療機関への受診支援、法人と西郷村との実行委員会によるイベント桜祭りへの参加や文化祭への出展等々をとおして、地域交流の場面を設けている。</p> <p>今後の社会情勢等も勘案し、施設が地域社会の一員としての社会的役割を果たすため、事業団の特色や専門機能も活かしながら地域との連携深化を期待したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「施設実習等受け入れ要綱」内にてボランティア(体験実習)の活動支援について、活動内容や受け入れ施設の対応、ボランティア保険の加入確認、管理者によるオリエンテーションの実施、ボランティアの責務等について明確に記している。ボランティア希望者には「ボランティア(体験学習)の心得」を配布して、利用者に接する際の心得や服装、守秘義務等を丁寧に説明したうえで活動に入ってもらっている。</p> <p>現在、新型コロナウイルス感染防止のため一部を除きボランティア受け入れは行っていないが、外部から活動受け入れについての問い合わせが増えてきている。社会状況を勘案しつつ法人本部とも協議のうえ、保育園・幼稚園・小中学生との訪問交流、民間企業や各種関係団体からの清掃活動などの受け入れ再開を検討している。</p> | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携を確保している。 | | |
| 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を適切に行っている。 | a・㉒・c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は「西郷村高齢者保健福祉計画」の策定委員として参画するとともに、地域の皆様との懇談会にも出席して関係機関等との連携に努めている。医療看護福祉サービスの機関等をまとめた「白河・西白河地域在宅医療・介護連携ガイド」を常備しているが、職員間での周知や共有化は十分とはいえず、また、制度外の社会資源等を網羅したリストは作成されていない。</p> <p>今後は、これまで築き上げてきた地域とのネットワークやボランティア等の受け入れ実績も活かしながら、利用者の生活支援に寄与できる、より地域に密着した事業団並びに施設オリジナルのリスト作成を期待したい。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>経営方針に地域福祉の推進を掲げ、「常に地域と連携を取り、地域の一員としての役割、使命を果たす」ことを明記している。毎年、家族代表や行政区長、消防団、駐在所な</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| <p>ど関係者を法人本部に招き「地域の皆様との懇談会」を開催し、法人・施設の役割や特色ある実践・活動を報告するとともに地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。</p> <p>また、施設は福祉避難所の指定を受け、災害時に避難生活が困難な高齢者や障がい者の福祉ニーズに応えている。地元自治体の広報やホームページ上の「緊急避難場所・避難所マップ」にも記載され、地域住民に周知されている。</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・活動を行っている。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期経営計画のサービス事業計画では、「社会から求められる福祉サービスの実践」を明記し、「県民福祉のセーフティーネット」の使命を果たすことを表明している。福島県被災地介護施設再開等支援事業に協力し法人として平成29年度から概ね3ヶ月程度職員を派遣している。</p> <p>また「地域福祉支援プロジェクトチーム派遣実施要綱」を定め、職員の経験・知識・技術等を活用した機動的な支援体制を構築している。地域で開催される講習会の講師として職員を派遣し、福祉サービスのノウハウや専門的情報を地域に還元する取り組みを行っている。</p> <p>今後は、法人の経営方針にも示す「地域福祉の先駆者」として、今まで培ってきた知識・経験・技術等と地域とのネットワークを活用し、更なる地域の福祉ニーズへの対応や地域住民の主体的な活動支援などを期待したい。</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を明示している。 | | |
| 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。 | ㉔・b・c |
| <p><コメント></p> <p>倫理綱領を掲示し職員は毎日確認できるようになっている。法人の経営理念である「人権・人格・命を守る」について実践状況を年2回自己評価し、施設ごとに課題の分析を行い権利擁護委員会で話し合い改善に努めている。権利擁護委員会は毎月利用者代表も加わり不適切ケアや利用者聞き取りで出された課題を検討し、改善に努めている。虐待防止・身体拘束適正化委員会を定期的で開催して利用者の権利擁護の徹底に努めている。</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を行っている。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報の保護に関する規程があり入職時にプライバシー保護について誓約書を取る他、研修を行い内容の周知・徹底に努めている。入所時に配布するパンフレットにも個人情報の保護について記載があり本人・家族に周知している。</p> <p>なお、居室は多床室(大半は6人部屋)となっており、カーテンで仕切られる環境となっ</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>ているが、カーテンは排泄時などの利用にとどまり、訪問時はカーテンを利用している入所者はおらず、また築50年と施設が古く工夫だけでは生活の場にふさわしい環境とはなっていないので改善が望まれる。</p> | | |
| <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）を適切に行っている。</p> | | |
| 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>施設のパンフレットを西郷村役場や地域包括支援センターに置き、誰でも入手できるようになっている。利用希望者にはパンフレットを配布し料金も含め説明している。コロナ禍以降施設内部を窓越しに見てもらうことで見学に代えている。</p> <p>なお、体験入所などには対応しておらず、ショート利用も空床がある時のみでお試しの利用の実績がなく利用者や家族が入所を選択する情報提供面で課題となっている。コロナ5類移行を踏まえ、見学や1日体験など施設選択に資する情報提供が望まれる。</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>入所時に重要事項説明書・パンフレット・料金表などを配布しサービス内容を説明している。</p> <p>しかし、料金変更時は料金表を配布するのみで、説明・同意について確認できるものは取っていない。料金変更などは重要事項説明書の変更に当たるので、単なる料金表の配布だけではなく重要事項説明書の中に料金表を入れ、説明・同意の手続きをとることが望まれる。</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>これまで施設の変更や家庭復帰の事例がなく引き継ぎ書などは作成していないが現在在宅復帰を進めている利用者が出ている。保険者・地域包括支援センター・居宅事業所による担当者会議を開催し継続性に配慮した対応を進めている。喀痰吸引の手技や胃ろう対応について施設の看護師や介護士が家族に伝授する等、スムーズな移行を進めている。家族のレスパイトのためショートステイ受け入れも検討している。</p> <p>今後に備え、今回の事例を活かし移行手順書や引き継ぎ書の様式などの作成が望まれる。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p> | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者本人と家族向け満足度調査を毎年交互に実施しており、面会・外食・行事などについてニーズを把握している。要望に応えノンアルコールの提供や出前食、ドライブ、面会方法などに反映している。</p> <p>また、毎月利用者との懇談会を開催し意見を出してもらう機会を設けている。出された要望やニーズにはサービス向上委員会が中心となり検討し対応している。</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | | |
| 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決については法人全体で対応しており、施設内に苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員・苦情の公表方法を定め重要事項説明書に記載し、入所の際説明している。権利擁護委員の中の虐待防止委員が中心となり年2回意見や要望を一人一人の利用者から聞き取る他、日々の生活の中でも相談・要望を受けている。</p> <p>なお、苦情解決制度を分かりやすく明示した掲示物への工夫や他人に知られることなく苦情や意見を出せるよう、事務室前に置いた意見箱の設置場所を検討することが望まれる。</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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>面談や満足度調査など意見や要望を聴く機会は設けており、利用者の意見が反映された運営となっている。</p> <p>しかし、相談方法や相談相手について複数の方法があることを利用者に周知する文書等が作成されていないことや意見箱が事務室前にあり入れにくいことから改善が望まれる。</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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>要望や意見に対し権利擁護委員会で検討される体制をとっており、組織的に対応している。職員は利用者の声を傾聴し、意見や相談に対し記録に残し、職員間で情報の共有を行い職員レベルで対応可能なものは迅速に対応し、難しい案件は上司にあげ協議検討している。</p> <p>しかし、苦情解決制度以外の意見や要望への対応マニュアルは整備されておらず、組織としてもれなく迅速に対応できるよう対応マニュアルの整備が望まれる。</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を行っている。 | | |
| 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を構築している。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「リスクマネジメント実施要綱」によりリスクマネジメント委員会を設置し、多職種参加のもとで毎月委員会を開催、ヒヤリハット等を分析・検討し、結果は回覧により全職員に周知されている。</p> <p>また、事故発生時は間をおかず臨時のリスクマネジメント委員会を開催して情報共有と再発防止策を検討している。事故やヒヤリハットは発見した職員が状況と原因を様式にまとめ、棟内会議に諮りリスクマネジメント委員会で事故発生の要因分析と検証を行い改善策を周知する等、体制が築かれ機能している。</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・⑥・c |

| | | | |
|--|-----------|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>感染症予防対策委員会を設け感染症マニュアルを整備し、管理者を責任者とし職員それぞれの役割が定められている。また、看護師で構成している医務室を中心に研修を行い感染症への理解を図っている。BCPも作成しており、新型コロナウイルス感染症が発生したときは居室が個室でなく多床室のため、本来は居室としての環境が整っていないプレハブの会議室をレッドゾーンに定め感染した利用者の居室とし、対応職員を限定しケアに当たるなど蔓延防止に努めている。</p> <p>なお、今後コロナ等の感染症に備え、施設の工夫だけに任せることなく法人として隔離ゾーンなどの環境を整えていくことが望まれる。</p> | | | |
| 39 | Ⅲ-1-(5)-③ | <p>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> | a・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>あらゆる災害を想定した防災マニュアルとBCPが策定され、所在地の村とも防災協力協定を結んで協力関係を構築している。毎月、火災や地震、水害の他夜間想定避難訓練を実施している。人員確認表などの準備もなされ、3日分の食料の備蓄もしている。</p> <p>また、利用者個人の情報をベッドの脇に備え、一緒に持ち出せるよう準備している。法人全体の総合防災訓練も行われる他、非常時に備えセコムと契約し、応援体制も整えている。</p> <p>なお、調査時に廊下に受診用のストレッチャー2台が置かれており、避難経路の確保の面から収納場所の確保が望まれる。</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を確立している。 | | | |
| 40 | Ⅲ-2-(1)-① | <p>提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化し福祉サービスを提供している。</p> | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>介護マニュアル(入浴・排せつ・移動・移乗)と写真付きの基本介護技術マニュアル(体位交換・移乗・食事・おむつ交換)があり、法人本部での研修や新採用職員へ先輩職員をエルダー職員として配置し具体的な介護方法を伝え標準的な実施方法を習得させ、支援方法の統一を図っている。また、支援方法について課題が出た場合は棟内会議で検討し、統一に努めている。</p> | | | |
| 41 | Ⅲ-2-(1)-② | <p>標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。</p> | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>支援方法については利用者の状況に変化が見られれば棟内で検討し見直している。移乗介護などは利用者から動きやすさや楽な方法について意見を聞く機会を設け、支援方法の見直しをしている。</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を策定している。 | | | |
| 42 | Ⅲ-2-(2)-① | <p>アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施</p> | a・⑥・c |

| | | |
|---|---|-------|
| | 計画を適切に策定している。 | |
| <p><コメント></p> <p>ケアマネジメント手法はマニュアルで示されており、それによりケアマネジャーが介護計画を作成している。アセスメントは法人が導入しているソフト「絆」の様式を用い、ケアチェック表(ADL・IADL)を用い多職種で状況を確認している。</p> <p>なお、詳細なケアチェック表から導き出した結果がサービス計画書に活用されるとはいえない現状にある。</p> <p>今後は課題分析標準項目などを参考にして客観的な情報収集を行い、個別的なサービス計画策定に活かされるアセスメント方法及び様式変更の検討が望まれる。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>介護計画は短期目標の期間6か月後と長期目標の12か月後に見直している。見直しに当たっては、ケアマネジャーと担当者が行ったモニタリングや介護記録を確認するとともにリハビリ計画・栄養計画も参考にして現計画の評価を行い、原案を作成している。長期目標の12か月後の見直しを検討するサービス担当者会議には関係職員の他、家族も参加し要望を聞き検討に活かしている。また、困難事例には現場の困りごとを挙げてもらう他、看護師を通し医師の意見も加えるなど多職種で検討している。</p> | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。 | | |
| 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を適切に行い、職員間で共有化している。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>支援記録はパソコンソフト「絆」で記録されている。各職員で記録に差が出ないように記録方法の研修を行い、上司による回覧・チェックで統一されている。併せて看護記録やリハビリ計画・実施記録、栄養計画・実施記録などもソフトの中で確認でき、情報の共有が図られている。また、必要時に多職種によるケース検討会が開かれ各職種の情報共有がなされている。</p> | | |
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の文書管理規程・個人情報保護規程・情報公開規程があり、情報の管理が行われている。文書の保存年限も規程に定められ、期限が経過したものは廃棄・処分がなされている。</p> <p>また、パソコンネットワークの情報は法人本部が一元的に管理し、クラウドで安全に管理している。パソコンの外部ネットワークへの接続も制限され、職員の利用はパスワードで管理している。さらに、職員から個人情報保護について誓約書を取る他、家族には入所の際配布しているパンフレットの中でプライバシーの扱いについて説明し周知している。</p> | | |

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20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。

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 | | |
| A ① | 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>会話が可能な利用者には意向に沿った過ごし方ができるよう支援しているが、認知症利用者が多く日中活動の希望等の把握が困難となっている。利用者の希望で塗り絵・書道・テレビの時代劇鑑賞等を楽しむ他、家族から趣味やこれまでの生活歴を把握して対応している。</p> <p>しかし、職員は食事・入浴・排せつケアなどの業務遂行に追われ、利用者が選択して参加できる日中活動や社会参加プログラムの提供には十分に組み合わせていない。利用者が充実感をもって1日を過ごせるようなプログラム作りや利用者の可能性を活かした役割づくりが望まれる。</p> | | |
| A ② | A-1-(1)-② 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |
| A ③ | A-1-(1)-③ 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |
| A ④ | A-1-(1)-④ 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>認知症で会話が不足しがちな利用者に対してはジェスチャーや単語表の使用、声かけ、出身地の方言や地名を出してコミュニケーションをとるなど工夫している。また、月1回傾聴ボランティアを受け入れ利用者と馴染みの関係が築かれており、利用者が会話を楽しめる良い機会となっている。コミュニケーションに当たっては言葉遣いなどに留意し尊厳への配慮についても共有できている。</p> | | |

なお、コミュニケーションが不足している利用者への働きかけについては様々な方法を検討し、対応を変えるなど利用者の思いを汲み取る工夫が望まれる。

| | | 第三者評価結果 |
|---|----------------------------------|---------|
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A ⑤ | A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。 | a・-・c |
| <p><コメント></p> <p>理念と職員行動規範の中で権利擁護を掲げ、重要事項説明書で家族にも説明している。権利擁護に関する研修を年2回行う他、職員が遵守できているか定期的にチェック表を使い自己評価を行っている。</p> <p>また、権利侵害につながる虐待防止と身体拘束についても全職員が研修を受けている。定期的に「虐待の芽チェックリスト」を使い虐待の早期発見にも取り組んでおり、虐待防止委員会がチェックリストを分析し課題を把握しながら、毎月権利擁護についての目標を定め実践につなげるなど権利擁護に取り組んでいる。</p> | | |

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 | | |
| A ⑥ | 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>施設は多床室(2人部屋・6人部屋)で老朽化しており、一人一人のスペースが狭隘で快適な環境とはなっていない。排せつケアの時はカーテンを使いプライバシーへの配慮をしている。温度管理や利用者の状況によって部屋替えするなど快適性に取り組んでいるが、職員の工夫や取り組みだけでは対応が困難になっている。</p> | | |

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 | | |
| A ⑦ | 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・⑦・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせて個浴や機械浴で入浴支援をしている。ケアチェック表に利用者一人一人の配慮事項を入れるなど安全に配慮している。入浴拒否がある場合は日にちを変える他、地元の温泉名を書いた札を入口に下げ入浴につなげる工夫をしている。入浴日は決まっており、週2回を目安に支援している。</p> <p>なお、利用者の入浴希望に応じた入浴日以外での対応はしておらず、希望が出た時や汗をかいたときなどの必要に応じた取り組みが望まれる。</p> | | |

| | | |
|--|---------------------------------------|-------|
| A ⑧ | 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>自然排せつにつなげるため牛乳やヨーグルトの他、利用者の希望でファイブミニ等も対応している。便秘対策のため管理栄養士・看護師・介護士と担当者会議を開き、水分摂取や運動、繊維を含む食事について検討している。</p> <p>なお、おむつやりハビリパンツなどの交換は定時で行われているが、利用者の排せつリズムなどに合わせトイレの便座に座らせる等の排せつ自立への取り組みは十分とは言えず、検討が望まれる。</p> | | |
| A ⑨ | 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>移乗手段や車椅子の選定はリハビリ担当のアセスメントを含め多職種で話し合い検討している。車椅子への移乗の際は、安全性に配慮しスライドボードの活用や2人対応で支援している。自走できる利用者にも見守りで移動を確認する等、配慮している。車椅子も定期的に点検し、安全性を確認している。</p> <p>なお、居室が狭く動線が限られ環境面で移動の制約があるので、居室環境や廊下に置いてあるストレッチャー等移動の妨げにならないよう環境整備や動線への更なる工夫が望まれる。</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A ⑩ | 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・③ |
| <p>令和5年度における給食センター建て替えに伴いチルド食の提供となっているが、利用者の希望に応じ毎月複数回出前食や雰囲気を変えた食事会を催している。</p> <p>しかし、施設内視察で食事場所(食堂・デイルーム)が狭く老朽化していることや移動支援に時間を要すること、さらにはコロナ感染防止のため棟間の交流を避ける理由から、各棟内のデイルームや廊下で食事をしている利用者も散見された。飲食に適さない場所で食事を摂ることは利用者の心理面への悪影響や衛生面からも不適切ケアであるため改善が求められる。</p> | | |
| A ⑪ | 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・⑥・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状況に合わせてワンプレートでの盛り付けや手に持って食べられるおにぎりなど工夫する他、利用者のペースに合わせた声掛けなど工夫している。</p> <p>しかし、デイルームも廊下も狭く介助者が椅子に座る等、利用者と対面でゆっくり介助する環境になっておらず、食事介助への工夫が望まれる。</p> | | |
| A ⑫ | 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・⑥・c |

| | |
|---|--|
| コメント> | |
| <p>定期的に協力歯科医や歯科衛生士の訪問診療がある。自立している利用者は自分で歯磨き、それ以外は職員が歯磨きの介助を行い口腔ケアに努めている。職員は口腔ケアについて外部講師を招いた研修に参加し、口腔ケアの大切さを学び始めている。</p> <p>しかし、口腔状態の定期的なチェックや磨き残しを職員が点検して歯磨きを介助する取り組みは十分でないので、歯科衛生士などから実技面で具体的な研修を受け、口腔ケアに関する知識や技術を習得するとともに口腔ケア計画の作成・評価・見直しへの取り組みが望まれる。</p> | |

| | | |
|--|-----------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A ⑬ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「褥瘡予防対策の指針」を作成し、多職種で構成する褥瘡予防委員会を毎月1回開催し予防に努めている。褥瘡のハイリスク者チェック表を作成する等、リスクのある利用者を洗い出し、体位交換や数種類の除圧マットを活用し予防に努めている。</p> <p>また、褥瘡を発生した利用者へは管理栄養士や看護師と連携し、栄養補助食品を使った栄養ケアに取り組むとともに入浴回数を増やし毎日処置することで改善に努めている。さらに、写真を撮り褥瘡の状態や経過を分かりやすく表記し、それらを全職員が共有しケアに取り組んでいる。</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| | | 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 | | |
| A ⑭ | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>喀痰吸引や経管栄養の資格取得者が各棟数名おり、看護師の指導のもと痰吸引と経管栄養を安全に実施している。毎年対象者に対し、有資格者が実施できるようシフトの工夫もなされ体制を整え対応している。また、看護師による実演指導等も定期的に行い手技の徹底に努めている。</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A ⑮ | 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント></p> <p>柔道整復師の資格を有している職員が医師の指示のもと個別機能訓練計画書を作成し、計画に沿って利用者の身体機能の維持・向上のため計画的に訓練を行っている。訓練は機器のあるコーナーで行う他、ベッドサイドに出向き機能訓練や介護予防訓練を行い機能の</p> | | |

維持に努めている。また、機能訓練計画はケアマネジャーにも事前に示され、サービス担当者会議で情報が共有されている。

| | | 第三者評価結果 |
|--|--------------------------------|---------|
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A ⑬ | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「認知症ケア基本マニュアル」があり環境や個々の利用者への対応策等を検討し、状態に応じたケアを実施している。認知症について外部講師や内部講師による職員研修も行われ、認知症への理解を深めている。行動・心理症状(BPSD)が見られる利用者には精神科医や看護師と連携を取り、ケア方法など検討し対応している。</p> <p>なお、認知症の利用者が混乱をきたさないよう馴染みのもの(人形等)を側に置く他、散歩などで工夫した対応をしているが、多床室で狭いため十分な環境設定には制限がある。また、自己評価では職員全員が支持的・受容的態度で関わりができるまでは至っていないことから、OJT や認知症専門研修の受講等の職員育成が望まれる。</p> | | |

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A ⑭ | 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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>「緊急時対応フローシート」があり夜間でも看護職員によるオンコール体制が取られており、指示を受け隣接する「太陽の国クリニック」の医師に相談・報告し、緊急を要する場合は協力医療機関に救急搬送の手順が示され迅速に対応できる体制が築かれている。バイタルチェックや看護師も入った夜勤者への申し送りで注意事項を共有し、夜間時の対応を確認している。薬は看護部の冷蔵庫に保管され、看護師がセットしており、服薬は誤薬を防止するため複数対応で読み上げ利用者を確認しながら服用させている。</p> | | |

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A ⑮ | 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・b・c |
| <p>「福島県さつき荘における看取りに関する指針」があり、対応手順と責任者が示されている。入所の際に利用者・家族に説明し同意を得ている。医師の判断で看取り期となった場合は、家族と頻りにコミュニケーションを取り、希望に応じ面会・宿泊などに対応する他、家族へ別れへの心の準備についてケアをしている。</p> <p>また、看取りに関する研修を行い看取りについて職員は学んでおり、「ACP(人生の最終段階における介護について)」の説明資料が作成され家族に説明し同意を得て看取りをしている。さらに、看取り後は「看取り確認ケアシート」を活用しケアの振り返りや利用者</p> | | |

への思いを語り合うデスカンファレンスを行う等、職員のグリーフケアに取り組んでいる。

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 | | |
| A ⑱ | A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>毎月、定期的に写真付き連絡表を送り家族に利用者の様子や状況を伝えている。ケアプラン見直しの時、状態に変化があれば家族に丁寧に説明し理解を頂いている。コロナ禍の面会も窓越しであったが、回数に制限を設けず要望に応じて行っている。コロナ5類移行に伴い9月から対面での面会に取り組み、家族との関係が途絶えないようにしている。その他電話で話すことも支援している。</p> <p>なお、以前はお盆や正月に外泊することもあったがコロナ禍で途絶えており、情報交換や交流の場である家族会も中止となっているので、これらの再開が望まれる。</p> | | |

A-5 サービス提供体制

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---|---------|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| A ⑳ | A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>非該当</p> | | |