

令和4年度

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

特別養護老人ホーム 皆楽園

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

(別記)

福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 皆楽園	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 菊池 茂	定員（利用人数）：50名（50名）
所在地：愛媛県西予市三瓶町皆江2598番地1	
TEL：0894-20-5710	ホームページ： http://www.seiyofukushi.com/nfacility/f371.html
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成20年4月	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 西予総合福祉会	
職員数	常勤職員： 37名 非常勤職員 5名
専門職員	（専門職の名称） 名
	看護師 4名 管理栄養士 1名
	理学療法士 1名 介護支援専門員 5名
	社会福祉士 2名 介護福祉士 20名
施設・設備の概要	（居室数）50室（13.4㎡）（設備等）
	共同生活室・食堂、特殊浴室、 医務室、相談室等 木造平屋建て

③理念・基本方針

【法人基本理念】

老人に生きがいを 障がい者には希望を 子どもには大きな夢を

【施設理念】

「皆楽園に住んでよかった、皆楽園を利用したいと言える施設づくり」

【基本方針】

- ①利用者様のこれまで生きてこられた環境を基本にしつつ、お一人お一人にあった希望を大切に、常に相手の立場にたったサービスを提供します。
- ②家族や地域とのふれあいを密に生きがいの感じられる《普通の暮らし》を目指します。
- ③法人設立50周年の節目にあたり、皆楽園職員としての自覚を持ち、常に向上心をもって技能・知識の習得に努めます。
- ④利用者様の人権を尊重し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るよう支援します。
- ⑤稼働率の上昇やコスト削減に努めることで経営の効率化を図り、健全経営を維持推進します。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人の中・長期計画に定める施設ビジョンに連動させ、数値化を含む具体的な施設の事業計画が策定されている。

戦略上位概念（MDCV）を定めて、求められる人材像を明確にして、人事考課やキャリアアップの仕組みを整備するとともに、職種別職員計画をもとに、外国人技能実習生を計画的に採用するなど、人材の確保や定着に努めている。

近隣施設や地域住民との接点を設けて、工夫しながら利用者と地域との交流を推進している。また、情報共有システム「kintone」にユーザー登録して、市行政を中心に、地域の社会資源のネットワークが構築され、連携の強化が図られている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年6月7日（契約日）～ 令和5年1月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成24年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

社会福祉法人西予総合福祉会（以下、法人という）により、平成20年に地域の中学校跡地に、全室個室のユニット型特別養護老人ホームが開設され、地域住民の福祉ニーズに多大な貢献を果たしてきた。

特に、法人と連携して、リスクマネジメント体制を整備し、内部監査の実施や評価と合わせて、ユニット群で目標計画や進捗管理を行い、事故防止のためのケアの見直しや、設備管理等の徹底に努めている点は高く評価できる。

今回が2回目の第三者評価の受審で、中・長期計画の検証時期に合わせて、第三者評価の評価基準に準じた自己評価を行い、施設における課題を明確にして、改善に向けて取り組んでいる。

また、ノーリフティングケアの推進を事業計画の重点項目に掲げて、利用者と職員がともに、安心安全で安楽なケアの実現に向けて、研修を実施して、段階的に福祉機器等を導入するなど、計画的な取り組みが進められている。

◇改善を求められる点

実習生やボランティアの受け入れについて、指導体制の強化や受け入れに関する方針等が明文化されることを期待したい。

また、特に意思決定が困難な利用者も含めて、話しやすい環境整備や情報を提供する際の配慮と工夫を行い、利用者満足度の向上に向けた仕組みが強化されることを期待したい。

さらに、災害時における連絡体制や社会資源との協力など、地域性に即した取り組みが、推進されることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人内で連携して、あるいは事業所として取り組んでいる事に関しては評価して頂きありがたく思います。ご指摘を頂いた点については真摯に受け止め、職員一丸となって少しずつ改善していきます。今一度、施設理念を念頭に置き、利用者がより安全、より快適に生活できる様、また地域の中の施設という事を強く意識して、更に地域に根差した、地域から求められる施設を目指していきます。

(高齢者福祉サービス版)

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

※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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針は適切に明文化され、職員会等での説明をはじめ、共有サーバー「N a s」を活用して、職員は閲覧できるようになっている。利用者や家族への周知について、施設長は、広報誌「えがお」への掲載や郵送時に書類を同封することで、周知を図りたいと考えている。今後は、利用者や家族への周知方法の工夫が期待される。</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が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的に、民生委員と面談する機会を設けて、地域住民の困りごとを把握している。また、今年度から入所判定連絡会を発足して、法人内の他施設と入所待機者の動向や地域ごとの福祉ニーズの把握、分析が行われている。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>経営課題を明確にして、職員から意見を聞きながら、組織的に取り組みを進めている。今後は、事業経営を取り巻く環境や経営状況を把握して、分析を踏まえた具体的な取り組みが行われることを期待したい。</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>法人として、中・長期計画を策定している。中・長期計画検証委員会を中心に、施設や事業所ごとの計画の改善や修正の検討が行われ、3年に1回実施する定期検証の結果が反映された計画策定の仕組みが構築されている。</p>		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画にある施設ビジョンに連動した単年度の具体的な事業計画を策定している。数値目標を掲げて、評価を行いやすい計画となっている。</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。	a・㉡・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、職員の意見を反映させて作成する仕組みが構築され、共有サーバーを活用して、閲覧できるようになっている。今後は、実施状況の把握や評価の時期、手順などを明確にして、検証が行われることを期待したい。</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・㉡・c
<p><コメント></p> <p>事業計画や行事計画等は施設内に掲示され、利用者はいつでも確認できるようになっている。ノーリフト機器や介護ロボットの導入など、施設の重点項目の理解を得るために、施設長は、家族会の再結成や家族の面会時間の活用などを通じて説明することを検討しており、今後の取組みを期待したい。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>年1回法人内で内部監査を実施して、改善に向けた対応を行うとともに、次年度にその結果の確認と評価が実施されている。また、中・長期計画の検証時期には、第三者評価の評価基準に準じた自己評価を実施して、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいる。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>内部監査の指摘事項には、優先順位を付けて職員へ周知を行い、対応部署に振り分けて改善に繋げている。今年度は、転倒・転落事故の減少に注力しており、施設長は福祉機器の点検や使用方法等のチェック項目を、業務日誌の中に取り入れることなどを検討している。改善計画は、ユニットごとに作成して、分析を行うことを目指している。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長の役割は、職務分掌に明記されている。また、事業継続計画（BCP）や各種規程には、権限委任を含めた責任が明文化されている。施設長と副施設長は、年度始めの職員会をはじめ、分掌外の委員会や会議に参加して、意思を表明している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、西予市老人福祉施設協議会や法人内の管理者会等に参画して情報収集を行い、意欲的に、法令遵守等の法人内や外部の研修へ参加している。各種規程は共有サーバーに保存され、職員が確認できる仕組みが整備されている。		
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> 職員の普段の言動や各種報告書、介護記録等の確認を行い、必要に応じて、施設長は職員へ指導や助言をしている。今年度から、施設として、ノーリフティングケア推進を掲げて、積極的に主管しているケア向上委員会に参加している。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 施設長は、職員の腰痛改善に向けたノーリフティングケアを推進し、介護ロボットなどの導入を検討している。また、事業計画の実効性を高める観点から、異動による職員配置の見直しや、外国人技能実習生を採用するなど、環境整備を進めている。		

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> 法人として、戦略上位概念（MDCV）を定めて、求められる人材像やキャリアアップの仕組みを明確にしている。また、職種別職員計画（採用計画）を立案して、外国人技能実習生を採用するほか、地元の高校と連携を図るなど、人材確保に取り組んでいる。		
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> 法人として、人事考課制度があり、個別面談や考課シートを活用して、職員一人ひとりの目標管理や評価が行われている。また、評価の公平性を担保するために、評価担当者の研修も行われている。		

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組んでいる。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の勤怠管理等は、法人のシステムで組織的に管理されている。リフレッシュ休暇の取得促進や新たな特別休暇制度を設けるなど、実情に即した取り組みが行われている。職員は、人事考課等の面談に加えて、意向調査書により、異動や職務上の意見を表明できる体制が整備されている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>戦略上位概念（MDCV）や人事考課制度に基づき、職員等級別に職員一人ひとりの目標を設定し、上司が確認や助言をしている。施設長と副施設長が相談を行い、必要時と希望する職員に面談を実施し、意見などの聞き取りをしている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人で作成している「ようこそファイル」に、職員に必要とされる専門技術や資格が明示され、体系的に整理が行われている。事業計画の中には、研修計画が明記され、定期的に評価と見直しが行われている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の資格取得状況をもとに、面談の中で、求められる技術や資格取得等に関する研修への参加を働きかけている。また、法人の管理職等研修や、法人連絡会を活用した職種別の研修を実施するなど、職員一人ひとりに教育や研修の機会が確保されている。</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・㉠・c
<p><コメント></p> <p>地域の学校の職場体験プログラムなどをもとに、専門学校や大学からの実習生を受け入れるための普及・啓発をしているが、近年、施設では福祉関連の実習生の受け入れ依頼がない状況となっている。施設長は、積極的に実習生を受け入れたいと考えており、今後は、実習指導者の育成や実習マニュアルの見直しをするなど、指導体制が強化されることを期待したい。</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><コメント></p> <p>ホームページをはじめ、法人や施設の広報誌、記念誌等を通して、運営の透明性などを公表するとともに、提供する福祉サービスや取り組みを発信している。苦情を受け付けた場合は、概要や対応等について広報誌「えがお」に掲載している。</p>		

22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の規程に基づき、定期的に内部監査や、外部の公認会計士による監査が実施され、結果を公表している。その内容は、共有サーバーを活用して、職員へ周知している。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、地域に根差した施設を目指すとの思いを職員へ伝えて、地元の公民館や保育園、近隣地区に協力をしている。コロナ禍の中でも工夫を凝らしながら、利用者が地域で交流できる機会を確保している。今後は、地域交流に関する考え方を明文化して、地域に向けた発信が強化されることを期待したい。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアは、法人で受け付けを行い、社会福祉協議会と調整の上で受け入れをしている。毎年、地元の小学校で出前介護教室を実施している。西予市の高等学校の再編に伴い、法人として積極的な関わりを検討している。今後は、教育や学習等への協力の方針が明文化されることを期待したい。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>地域における福祉サービス事業所をリスト化して、必要に応じて、利用者に情報提供している。また、地域包括支援センターが運用する情報共有システム「kintone」にユーザー登録して、福祉事業者をはじめ、保健所や警察、消防、調剤薬局など、約250ユーザーの地域の社会資源のネットワークが構築されている。今後は、福祉サービス以外の社会資源をリストに追加して充実を図るとともに、職員への周知を促進することで、有効に活用されることを期待したい。</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が行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>地域の民生委員に、施設入所判定会議に参加してもらい、支援が必要な地域住民やその困りごとなどの情報を収集している。施設長は、近隣にある法人や施設と協力して、地域住民と交流する機会を充実させたいと考えている。今後は、地域における福祉ニーズなどを、より明確にすることを期待したい。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>市行政から、福祉避難所の指定を受けており、平成27年には津波被害を想定した避難施設兼研修施設を増築して、施設内の避難訓練や学校の職場体験学習等に活用している。施設長は、地域の消防団と連携して、避難体制を強化するとともに、地域に向けて施設機能を広報していきたいと考えている。今後は、地域の福祉ニーズ等をもとに、充実した取り組みが行われることを期待したい。</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>利用者を尊重した基本姿勢は、基本方針や事業計画、各種規程等に明示するとともに、考課シートの行動評価を活用して、職員一人ひとりに振り返りの機会が設けられている。また、中・長期計画の検証時期に、利用者アンケートを実施し、集計結果をもとに評価をしている。</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が行われている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護に関する規程・マニュアルを整備し、定期的に施設内研修やOJT研修（職場での実践を通じた研修）を実施している。支援場面に応じて、個別対応や同性介助等が行われている。また、施設内環境は、全室が個室となっており、トイレや浴室入口には暖簾を設置することで、プライバシー保護に努めている。</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>近年、アクセスしやすいようにホームページを刷新して、定期的に事業所の取り組みを発信している。また、利用希望者には、面談等での情報提供に加えて、ショートメッセージサービスを活用するなどの工夫が行われている。</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>サービス開始・変更は、重要事項説明書に記載して、契約時のほか、必要に応じて、利用者等に説明をしている。今後は、提供するサービスの内容等がより分かりやすく伝わるように、配慮や工夫の検討を行い、具体化されることを期待したい。</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>重要事項説明書等に記載するほか、退所前カンファレンスなどにおいて、退所後の相談体制を説明している。また、主治医や居宅介護支援事業所等への情報提供をはじめ、情報共有システム「kintone」を活用して、継続的な支援のための連携が図られている。今後は、文書化を含めて、より具体的な手順や円滑な引継ぎの工夫が行われることを期待したい。</p>		
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、取組を行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画の検証時期に、利用者アンケートを実施して、満足度を把握している。施設長は、コロナ禍で外出行事の制限が続いているため、行事計画委員会を中心に検討を重ねながら、将来的にユニットごとの計画を行い、実施を目指したいと考えている。今後は、利用者満足度の上昇に向けた仕組みが強化されることを期待したい。</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>苦情解決の体制が整備されている。苦情の受付状況は、広報誌「えがお」に、件数や対応の概要を掲載して公表している。法人と協働して、市行政や県南予地方局への苦情等を報告して、利用者や家族への対応方法等の連携が図られている。今後は、苦情解決第三者委員の効果的な活用が期待される。</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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>相談窓口や対応の流れは入所時に説明し、家族の状況に合わせてメールなどのツールを活用して、意見を出しやすい工夫をしている。今後は、利用者への周知方法の工夫が行われることを期待したい。</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>利用者ごとの担当職員に、相談などの役割が分担され、日常の相談や意見はユニット会の中で取り上げて、対応を検討するとともに、必要に応じて家族に報告している。今後は、ユニット間の対応の標準化に向けた取り組みを、職員間で検討することを期待したい。</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>法人・施設でのリスクマネジメント体制が確立され、定期的に内部監査が行われている。また、ユニット群で目標計画や進捗管理票を作成し、実施状況や分析結果を職員に周知している。施設長は、事故の要因分析や報告手法等に改善の余地があると考え、更なる推進を目指している。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>法人の感染症マニュアルなどを踏まえて、看護職員を中心に、施設の特徴に応じた内容に修正をしている。また、職員会やユニット会、各研修で説明するとともに、共有サーバーで閲覧できるようになっている。今後は、マニュアルや予防策・対応策等が、定期的に見直しが行われることを期待したい。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>有事の際の食糧・物品等の備蓄は、中・長期計画に沿って確保をしている。施設敷地（海抜6.6メートル）付近では、最大8メートルの津波が想定されることから、平成27年度に2メートル嵩上げした避難施設兼研修施設を増築して、利用者の避難場所を確保している。また、シェイクアウトの日に訓練を実施して、防災意識の醸成に努めている。今後は、円滑な利用者や職員等の安否確認や、即時対応するための連絡体制が強化されることを期待したい。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>法人で作成された介護マニュアルをもとに、施設のマニュアルを作成し、共有サーバーで、閲覧できるようにしている。実施状況は、日々の取り組みの現場責任者による確認や指導をはじめ、考課シートを活用して、職員自身とユニットリーダー、管理職等が確認している。施設長は、標準的な実施方法の周知徹底と各ユニットの現状に応じた効果的な実践展開の強化が課題と考えている。今後は、標準的な実施方法の周知が図られ、標準化に向けた方策が展開されることを期待したい。</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・ ㉔ ・c
<p><コメント></p> <p>利用者から出された意見やアセスメントの内容を介護計画に反映し、より良いサービスの実施に繋げている。今後は、施設が推進するノーリフティングケアなどの新たな技術を踏まえて、定期的実施方法を見直すことで、標準的な実施方法がより強化され、充実していくことを期待したい。</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。	㉔ ・b・c
<p><コメント></p> <p>評価時期等に合わせて、担当の介護職員が利用者の情報を更新して、アセスメントをしている。日々の関わりから得たケアに影響する内容は、ケアチェック表に記載し、多職種と協議した上で、必要に応じて、介護計画に盛り込んでいる。支援困難ケースは、ユニット会の中で検討を行い、他のユニットなどとの共有が図られている。</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、毎月末にモニタリングを実施するとともに、定期的に、利用者や家族の意向等を反映して、見直しをしている。利用者の状態変化等に応じて、適宜計画の見直しが行われている。</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・㉠・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのサービスの実施状況は、業務日誌やケアチェック表等に記録して、栄養士や看護師等を含めて、職員間で共有をしている。施設長は、職員の記録内容の個人差異を課題と考えている。今後は、介護計画に位置づけた個別的支援内容などの充実した記録が残せることを期待したい。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護に関する方針を定めて、重要事項説明書等に記録の取扱いを明記して、適切に管理している。今年度は、4月と10月に個人情報の取扱いなどの職員研修が実施されている。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護**A-1-(1) 生活支援の基本**

	第三者評価結果
A① A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	㉑・b・c
A② A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	非該当
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。	非該当
A④ A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・㉒・c

所見欄

入所時に、生活歴などの詳細を利用者や家族から聞き取り、意向の確認をしている。また、定期的にフェイスシートなどの更新を行うとともに、日々の生活支援の振り返りやカンファレンス、ユニット会の中で事例検討を行い、生活の継続性を意識した支援をしている。

利用者や家族の要望に応じて、自助具などを購入することにより日常生活動作の向上を図り、洗濯物たたみや行事食への調理参加、焼き芋の銀紙つつみなどの作業を取り入れることで、やりがいや役割に繋がるような工夫をしている。また、塗り絵などの軽作業をはじめ、集団レクリエーションを週1回程度実施し、楽しみや活動に繋がる取り組みが行われている。寝たきりの利用者も、可能な範囲でレクリエーションの雰囲気を楽しめるよう、体調や病状に合わせて離床を進めている。

業務日誌やケアチェック表に把握した利用者の意向を記録し、サービス計画に活かしている。また、利用者の状態に応じた個別的な支援内容をサービス計画に盛り込み、同様の対応が提供できるよう標準化に努めている。認知機能等の低下により意向の伝達に困難が生じている利用者には、その言動に傾聴して寄り添うことで背景要因を探り、本人の気持ちを推察しながら、支援方法をケアカンファレンスの中で検討している。

今後は、利用者が話しをしたい、話したいことが話せると思える場が、より充実することを期待したい。

A-1-(2) 権利擁護

	第三者評価結果
A⑤ A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㉑ - c

所見欄

身体拘束廃止に関する指針を定めて、身体的拘束適正化検討委員会の中で、身体拘束の有無や必要性、具体的な対応等を検討している。また、虐待防止委員会の中で事例を挙げて、不適切なケアやグレーゾーンのケアなどの内容把握に努め、適切な対応や想定される権利侵害等の協議をしている。これらの委員会での協議内容をユニットに報告し、周知・啓発に努めている。普段の生活支援における、不適切な声掛けなどの事例は、コミュニケーションの課題として、別途取り扱いをしている。

A-2 環境の整備**A-2-(1) 利用者の快適性への配慮**

	第三者評価結果
A⑥ A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	㉞・b・c

所見欄

居室は完全個室化され、必要に応じて、自宅で使用していた家具等を持ち込むことで、暮らしの継続性に努め、馴染みや家庭的な雰囲気を大切にしている。ユニットの共用スペースは、全員が食事をする環境のほか、ソファを設置して少人数で落ち着いて過ごせる環境を設けるなど、場面に応じた過ごし方ができるよう工夫されている。また、施設ロビーも生活環境として利用してもらい、近くの事務室の職員が適宜声掛けすることで、コミュニケーションを図る機会づくりに努めている。設備は、マニュアルをもとに、定期点検や使用時等に確認を行い、共有サーバー上で記録が残され、職員は確認できるようになっている。

A-3 生活支援**A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援**

	第三者評価結果
A⑦ A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉞・b・c
A⑧ A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉞・b・c
A⑨ A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉞・b・c

所見欄

各ユニットに設置する個別浴槽や共用の特殊浴槽により、利用者一人ひとりの身体機能に応じた入浴環境を提供している。また、入浴の声掛けや衣類の着脱等の一連の支援をマンツーマンで対応することで、プライバシーへの配慮に努めている。なお、特殊浴槽を使用する場合や、特別な配慮が必要な場合には、2人体制で職員が対応をしている。

可能な限りトイレで排泄することを念頭に、スタンディングリフトなどの福祉用具を活用してトイレ誘導を励行し、便座に座る機会を設けている。ノーリフティングケアを導入することにより、今後更なるサービスの質の向上を目指している。また、全ユニットにオムツマイスター資格保有者を配置できるよう、年間の研修計画に盛り込み、資格取得を推進している。オムツマイスターを中心に、排泄量や水分摂取量などのデータを集計し、それらの取り組みを月1回程度、医師へ報告して連携を図っている。

ノーリフト機器は順次導入を予定しており、今年度に3機のスタンディング系機器の導入を予定している。安全性や快適性を踏まえて、シューズの買い替えや適切なサイズへの変更、装具の変更など、理学療法士との連携を図りながら検討をしている。転倒や転落などのリスクには、家族に相談して許可を得た上で、心身に合った移動方法の変更を行うとともに、変更後の移動状況を観察して、必要な環境整備や見守りなどの必要とされる支援や新たなリスク要因を生み出していないかなどの評価が行われている。必要に応じて、利用者の適正な姿勢のポジショニングを、写真等を張り出して共有をしている。

A-3-(2) 食生活

	第三者評価結果
A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・ ⑩ ・c
A⑩ 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。	⑩ ・b・c
A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・ ⑫ ・c

所見欄

利用者へ嗜好調査を実施し、利用者が食事を楽しめるメニュー作りを心掛けている。特に、利用者にはコロッケが好評である。栄養シート（栄養アセスメント・モニタリング計算シート）が利用者ごとに作成され、記録に残している。終末期の場合には、特に利用者が食べたいメニューなどの意向を重要視して、内容を変更している。誤嚥をはじめ、食事の急変時の対応マニュアルに沿って支援をしている。口腔ケア研修は、法人内の言語聴覚士などの人的資源を活用しながら、施設長等はより良い取り組みを進めていきたいと考えている。週1回歯科医の往診があり、治療対象の利用者への口腔ケアの助言を受けながら、サービス計画に取り入れている。今後は、利用者が食事を選択できるような取り組みを期待したい。また、有する資源の活用等を行うことにより、適切な口腔ケアが実施できる体制整備を期待したい。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

	第三者評価結果
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	⑬ ・b・c

所見欄

褥瘡対策指針や褥瘡管理マニュアルを整備し、栄養士等との連携を含めた褥瘡予防・対処に資する標準的な実施方法を職員に周知している。看護職員を含む多職種が参画した褥瘡予防対策委員会を中心に、褥瘡リスクのある利用者のスクリーニングを行い、予防ケア計画を策定している。計画に基づいて、各専門職や各ユニットでフォローを行い、委員会や職員会等の中で再検討する仕組みが整備されている。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

	第三者評価結果
A⑭ A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	⑭ ・b・c

所見欄

喀痰吸引等に関するマニュアルが整備され、人事異動を加味したオンラインによる定期的な研修の機会が確保されている。また、喀痰吸引・経管栄養等にかかる実地研修は、法人の施設・事業所間で指導者育成を進めるなど、研修体制の強化が図られている。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A⑮ A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	⑮ ・b・c

所見欄

施設に専従する理学療法士が、利用者の機能低下の状況や機能回復の見込みなどを、ユニット職員との情報共有により評価が行われている。特に優先的に訓練が必要な利用者には、個別機能訓練計画書を立案して対応をしている。また、機能訓練の時間以外の生活場面で行うことのできる機能訓練のほか、安全面の配慮や住環境の整備等の提案を、職員と利用者に対して行うなど、効果的な支援に努めている。

A-3-(6) 認知症ケア

	第三者評価結果
A⑩ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c

所見欄

ユニット内のソファが設置された空間や、施設ロビーなどを活用した居場所づくりを心掛けている。認知症によるBPSD（行動・心理症状）が発生した場合には、他のユニット職員や事務職員にも協力してもらい、個別に対応をしている。また、サービス担当者会議の中で、嘱託医（精神科）から、より適切な助言を受けることで、認知症の状態に応じたケアに繋がっている。

A-3-(7) 急変時の対応

	第三者評価結果
A⑩ 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・㉒・c

所見欄

日中と夜間を想定した急変時対応マニュアルを策定している。特に医療依存度の高い利用者には、看護職員から介護職員に対して、ケアの留意点を伝達した上で対応を図り、記録を残している。看護職員はPHSを携帯し、随時情報共有や連携に活用している。薬は、服薬マニュアルに沿って、看護職員を中心に管理されている。
今後は、誤薬等のリスクマネジメントを踏まえた服薬マニュアルを充実させるなど、介護職員が内服の効果や副作用への理解が深められるよう工夫が行われることを期待したい。

A-3-(8) 終末期の対応

	第三者評価結果
A⑩ 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。	㉑・b・c

所見欄

契約時に看取りの方針を説明した上で、終末期と判断された時期には、その都度意向確認や対応の説明を行い、嘱託医（内科医）と連携を図りながら、同意のプロセスを踏んでいる。また、夜間であっても早急に死亡診断等の対応を行い、湯灌等のエンゼルケアも行っている。看取りの事例は、ユニット会の中で振り返りを行い、今後想定される利用者や対応などを共有している。また、特に新人職員には、主任やユニットリーダーなどが声を掛け、必要に応じて面談を行い、精神面のケアを行っている。

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

	第三者評価結果
A⑨ 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。	㉑・b・c

所見欄

行事イベントなどは、ホームページや広報誌「えがお」などで情報を提供している。体調変化や必要な物品の依頼などの生活支援上の連絡は、利用者ごとの担当職員が連絡を入れている。また、定期的に利用者の近況は、写真を添えて報告するとともに、伝える情報の内容により、看護職員や相談員等から連絡をしている。家族の状況に合わせてメールを活用して連絡を取り合い、将来的には、利便性の高いSNSのツールの活用などの併用を模索している。

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

	第三者評価結果
A⑩ 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。	非該当

所見欄

--