

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

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

地域密着型特別養護老人ホーム 憩～荻野～	種別：地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護		
代表者氏名：施設長 寺下 達弥	定員（利用人数）：	39	名
所在地：兵庫県伊丹市荻野4丁目75番地			
TEL 072-779-7733	ホームページ：https://nisitanikai.jp/ogino/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2014年11月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 西谷会			
職員数	常勤職員：	23	名
	非常勤職員：	17	名
専門職員	専門職員	21	名
	看護職員	3	名
	介護職員	13	名
	生活相談員	2	名
	介護支援専門員	1	名
	管理栄養士	1	名
	機能訓練指導員	1	名
施設・設備の概要	居室	39室	トイレ 16か所
	共同生活室	4か所	個浴（リフト無し） 2か所
			個浴（リフトあり） 2か所
			寝台浴槽 1か所

③理念・基本方針

<p>基本理念「虚往実帰」は施設を利用される皆様が抱えているかもしれない不安な気持ち、寂しい気持ちに寄り添い、私たちの提供するサービスを受けてよかったと心に実りをもっていただくように取り組む姿勢を表しています。</p> <p>また施設の基本方針「その人らしい暮らしをサポートする」は、個別の課題に取り組み、暮らしを支えることが私たちの施設の方針であることを表しています。</p>
---

④施設・事業所の特徴的な取組

広く高齢者福祉事業を展開する社会福祉法人が運営する地域密着型特別養護老人ホームである。9～10名のユニットケアで、全室個室でプライバシーが守られている。ユニット内のリビングでは入居者間の交流が図られ、家庭的な環境で認知症進行予防・自立支援に取り組んでいる。入所3ユニットと共に、1ユニットのショートステイ（全室個室）があり、ショートステイは在宅生活での家族の介護負担の軽減と、利用者の入所時の環境変化のストレス軽減につなげている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 6 月 15 日（契約日）～ 令和 5 年 10 月 13 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（令和 年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○各ユニットは床・壁・設備等を白と明るい木調を基調にし、明るく落ち着いた環境で清潔感がある。利用者と一緒に制作した季節感のある飾り付けを行い、テーブル席・ソファ・椅子・テレビ等を設置し、家庭的な雰囲気の中でくつろいで過ごせる環境作りを行っている。居室は全室個室で、使い慣れた家具や馴染みのある物を自由に設え、その人らしい生活が継続できるよう支援している。</p> <p>○各ユニット、9～10名のユニットケアを行っている。PDCAサイクルにもとづいたケアマネジメントにより、各専門職者の意見・評価を集約し、利用者個々の意向やニーズに即した個別支援・自立支援に取り組んでいる。家族に「計画の見直し評価のお願い」を郵送し、生活への意向とプランへの満足度・意見を記入してもらい反映している。</p> <p>○ユニット会議・リーダー会議・運営会議・職種別会議・各種委員会等各種会議の定期開催により、部門横断での情報共有を行っている。介護職員、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員等の専門職者が連携し、利用者個々の状況に応じた日々の身体介護や生活支援、認知症ケア・褥瘡予防・機能訓練等について専門性の高い支援に取り組んでいる。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行い、評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。</p> <p>○事業計画策定時の職員の意見の集約、事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。事業計画の主な内容を家族に周知する取り組みの工夫が望まれる。</p>

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

個別の課題に縦横断的に取り組むことが、ユニット型の施設に課せられた意義と位置づけ取り組んできたことを評価いただき感謝します。

自己評価を通じた振り返りを行い、サービスの質を高めるべく課題を抽出し、計画的な改善に取り組むこと、事業の根幹を形成する事業計画・事業報告書を周知し「課題の見える化と広く課題解決の方法を収集する仕組み作り」が今求められていると感じていますので、次年度以降に活性化できるよう取り組んでいきます。

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。

(別紙)

### 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
<p>〈コメント〉</p> <p>法人理念をホームページに記載し、法人理念・施設の基本方針を入職時研修の資料に記載している。法人理念は、法人が目指すあり方を明示し、施設の基本方針は具体的な内容となっている。法人理念を施設の玄関に掲示し、入職時研修で説明すると共に、毎年実施している施設内研修のコンプライアンス研修で説明し、継続的に職員の周知と理解を図っている。法人理念を施設のパフレットにわかりやすい言葉で表現し、利用者・家族への周知を図っている。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>厚生労働省・福祉医療機構・伊丹市の統計、伊丹市介護保険事業者協会、集団指導（オンライン）、法人の拠点長会議等を活用し、社会福祉事業全体、伊丹市、地域の動向やニーズの把握、分析に取り組んでいる。施設からの日報をもとに法人本部が月次実績表を作成し、コスト分析や利用率等の分析を行っている。</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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>拠点長会議で月次実績表をもとに分析し、事業経営の環境と経営状況について課題を明確にし、課題解決・改善に向け取り組んでいる。拠点長会議に役員も参加し、課題について共有している。経営状況や改善すべき課題について、相談員合同会議で各拠点の相談員に周知し、相談員合同会議でも課題解決・改善に向け検討している。</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。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>中長期計画は、具体的で実施状況の評価を行える内容となっている。中長期計画は、法人状況の変化等から、必要に応じて拠点長会議で見直しを行っている。理念・基本方針の実現に向けた目標の明確化が望まれる。</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。	(a) b c
<p>〈コメント〉</p> <p>中長期計画の内容を反映して事業計画を策定している。事業計画は、実行可能で具体的な内容で、実施状況の評価を行える内容となっている。</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 (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>事業計画を年度初めの運営会議で説明し、職員に周知を図っている。中間決算期の理事会で、事業計画の実施状況を報告し把握している。年度末に施設長が職員の意見を集約し、次年度の事業計画の策定に反映している。事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。</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。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>事業計画を綴じたファイルを玄関に設置している。令和5年度は、運営推進会議で事業計画の主な内容を説明している。事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料や、運営推進会議に出席できなかった家族への説明の工夫が望まれる。</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>職員の目標管理制度等、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に関する取り組みを実施している。拠点長会議・運営会議・ユニット会議等、サービス内容について評価を行う体制が整備されている。情報の公表・兵庫県のチェックリストの評価基準をもとに、年に1回自己評価を行っている。組織として評価結果を分析・検討することが望まれる。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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・ <b>c</b>
<コメント>  評価結果にもとづいた課題の明確化、計画的な改善策の実施には至っていない。評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。		

## 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。	a・ <b>b</b> ・c
<コメント>  施設長は 事業計画の中で経営管理に関する方針を明示している。事業計画を年度初めの運営会議で説明し、参加者が所轄する職員に説明・周知を図っている。事業計画実践に向けた施設長自らの役割と責任について、長期目標・短期目標・目標を実現するための実行プランとして目標管理シートで明確にし、コンプライアンス研修時に配布・説明している。BCPで管理者不在時の権限委任を「上席主任」と明確にしている。職務分掌を策定し、具体的業務分担と責任の明確化が望まれる。		
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>a</b> ・b・c
<コメント>  施設長はコンプライアンス研修の講師を担っており、法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。経理規定・稟議書記載事項等に基づいて取引関係者と適正な関係を保持している。法人の管理職研修や県主催の集団指導参加等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。事業所ごみは適切に区分し委託業者に、感染性廃棄物は産廃業者に廃棄を委託して manifests を受領する等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。内部研修で高齢者虐待防止法・ハラスメント禁止法等、職員が遵守すべき法令を周知する機会を設けている。		
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>a</b> ・b・c
<コメント>  施設長は、毎年、情報の公表制度や県のチェックリストを用いて、福祉サービスの質の現状について評価・分析を行い、把握した課題について運営会議で共有し改善に取り組んでいる。施設長は、拠点長会議・運営会議・運営推進会議・リーダー会議・ユニット会議等各種会議や各種委員会、研修・目標管理など具体的な体制を構築し参画している。個人面談を活用し職員意見の把握に努め、把握した課題・意見について運営会議で共有し改善に向け検討している。		

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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設長は稼働率等を「日報」として本部に報告し、本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータが「月次実績表」としてフィードバックされ、拠点長会議・運営会議等で財務状況等業務の効率化に向けて課題共有と解決に向け取り組んでいる。個別面談・リーダー会議等を通じて職員の意見を収集し、非常勤職員の適正配置・有給休暇取得促進等、働きやすい環境づくりに反映している。施設長は、拠点長会議・運営会議・リーダー会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。</p>		

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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人の中・長期事業計画で、福祉人材の確保・育成に向けた方針を明示している。専門職の配置を運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「職員配置実績表」・「組織図」等により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用、また、外国人労働者雇用、職員紹介制度等効果的な採用活動を実施している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「西谷会スタッフ倫理規定」に法人として期待する職員像を、「施設はどのような職員を求めているか」に施設として期待する職員像を明確にし、入職時オリエンテーションで説明・周知している。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にし、入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。年2回個別面談を行う人事考課制度を導入している。職種別「職能評価シート」により複数上位者が評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、採用広告・ハローワークのデータ等から拠点長会議で分析し、面談等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、拠点長会議で改善策を検討・実施している。昇進要件等を具体的に定めたキャリアパスシートを整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。</p>		

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>勤怠システムを導入し、施設長が日々の時間外勤務等就業状況を把握し、法人本部が「勤怠台帳」で月間のデータを管理している。有給取得状況は「有給台帳」で管理している。健康診断・メンタルヘルスケア診断・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。インフルエンザワクチンの費用一部補助を実施している。施設長が定期的に個別面談を行い、リーダー等管理職が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境を整備している。法人のハラスメント相談窓口も設置し、新人研修・運営会議等で周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を取り入れ、リフレッシュ休暇の付与・野外BBQ大会の開催等福利厚生に反映している。短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、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。福利厚生の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組み等、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。職務分掌を策定し、労務管理に関する責任体制を明確にすることが望まれる。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みを構築している。「目標管理シート」に、階層に応じた職員・専門職としての目標を設定している。目標は「職能評価シート」の組織目標に基づいて設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。職員は、5月・11月に、目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定し、6月・12月の上位者面談で目標項目・目標水準・目標期限等の適切性・目標達成度を相互確認し、次期の目標設定に反映している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>内部研修計画として年間研修計画を策定し、研修内容・スケジュール・担当者を明示し、研修内容に求められる知識や専門性を明確にしている。内部研修は同じ内容で2回実施し、多くの職員が参加できるように工夫し、欠席者には資料配布により周知を図っている。外部研修計画は策定していないが、案内があれば随時参加を検討している。外部研修については、参加者は「研修レポート」を作成し、事業報告書に反映している。受講した外部研修は、必要に応じて次年度の内部研修に取り入れ、参加者が講師となり伝達する機会を設けている。年度末の運営会議で研修内容等の評価・検討を行い、次年度の研修内容・計画の見直しに反映している。</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>職員個別の資格取得状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新人職員には、入職後1週間「研修日程表」沿って基本的事項に関する研修を実施し、その後6ヶ月間、「指導者として指導・見極めるポイント」チェックシートに沿ってOJTを実施し、定期的に進捗状況を新人職員・指導職員が相互確認する仕組みを構築し、今後運用を予定している。「内部研修計画」をもとにテーマ別、外部研修参加により、職種別・階層別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修に関したは、案内の回覧・現場管理職を通じて情報発信を行い、希望者や該当者がいれば現場管理職を通じて受講を推奨している。受講時は、研修内容に応じてシフト調整・受講費負担など参加を支援している。リモート研修受講は、視聴環境整備や受講時間調整等、受講しやすい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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>特別支援学校生の卒業要件としての実習を受け入れている。学校に事前提案・確認し、専門性に配慮したカリキュラムを用意している。実習担当者にはカリキュラムに沿って施設長が指導する体制を整備している。学校との実習受け入れや、カリキュラムに関する事前打ち合わせ・評価のための教員の来訪・保護者との面談等を通して連携を図っている。実習生受入れマニュアルを整備し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢等に関する事項等を明文化することが望まれる。</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、法人の理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容等を公表している。財務諸表を、WAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果はWAMNETで公表する予定である。また、事業計画・事業報告・予算決算情報ファイルを施設内に設置しており、申請があれば公開する旨を掲示している。第三者委員を含めた苦情相談体制を施設玄関に掲示している。法人の理念やビジョン・事業所の活動内容等について、社会・地域に対してホームページで情報発信している。パンフレットを居宅介護支援事業所等に配布する等で地域に広報している。運営推進会議で、事業所で行っている活動資料等を民生児童委員等、構成委員に配布している。苦情の内容・改善・対応についてプライバシーに配慮の上、ホームページ等で公表することが望まれる。また、事業計画・事業報告についても、ホームページで公表することを検討してはどうか。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事務・経理・取引等に関するルール・権限等を経理規定・稟議書に明示している。規程ファイルを事務所に設置し、職員等に周知している。年1回、定期的に監事監査を実施し、監査結果は理事会で報告している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。財務について監査法人による定期的な監査支援を実施し、指摘事項があれば拠点長会議で共有し、経営改善を実施する仕組みがある。</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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「社会福祉法人西谷会スタッフ倫理規定」に地域との関わり方について基本的な考え方を掲げ、文書化している。通常は、市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置・掲示等で利用者に情報提供を行っている。通常は、地域の夏祭り等に、職員が同行し参加を支援しているがコロナ禍のため休止している。通常は、地域の人々も参加して施設内で老人サロンを開催し、利用者も参加して地域の人との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。職員による通院同行支援・買い物代行支援を行っている。通常は、必要に応じて社会福祉協議会ヘルパーを活用しているが、現在は休止している。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>通常は、トライやるウィークを受け入れ、学校教育への協力を行っているが、コロナ禍のため休止している。「ボランティア受け入れマニュアル」を整備している。オリエンテーションでの事前説明に関する「ボランティアさんへお願い」書面が作成され、受け入れ時に書面を配布する仕組みがある。トライやるウィークについては留意事項等冊子を中学校で作成し配布している。「ボランティア受け入れマニュアル」に、ボランティア受け入れに関する基本姿勢・学校教育への協力についての基本姿勢等について明文化することが望まれる。</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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、伊丹市の「介護保険事業所リスト」や配置医・医療機関・消防署等行政機関・設備業者等の一覧を事務所に掲示・設置し、共有を図っている。伊丹市介護保険事業者協会への参加を通じて、ヤングケアラー問題・サロンの充実等共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。施設として給食施設連絡協議会に参加し 災害時の給食ネットワーク化に取り組んでいる。</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 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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営推進会議の開催、伊丹市介護保険事業者協会への参加等を通じて、医療・介護の連携体制構築等、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。</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・活動が行われている。	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通常は、地域の老人サロン開催協力を行っているが、休止している。また、通常は夏祭りへの参加・秋祭り時の神輿来訪受け入れ等、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどにも協力している。施設として福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。把握した福祉ニーズ等にもとづく事業・活動を、事業計画等で明示するとともに、コロナ禍終息後には、施設・事業所が有するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組が望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設理念・西谷会職員倫理綱領・「介護手順（マニュアル）」に利用者尊重を明示している。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設内研修のコンプライアンス研修を実施している。年2回実施する「自己評価シート」による自己評価と施設長面談で、利用者の尊重や基本的人権への配慮について把握・評価を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシー保護マニュアル」を整備し、新人研修・施設内研修で学ぶ機会を設けている。ユニット型の完全個室で、プライバシー保護に配慮した設備となっている。重要事項説明書にプライバシー保護と権利擁護に関する施設の取り組みを明記し、契約時に説明し利用者・家族に周知を図っている。</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>パンフレットを居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・病院等に配布し、希望する人が入手できるようにしている。パンフレットは、言葉遣いや写真・絵の使用等で、わかりやすい内容になっている。見学希望に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。希望者には、詳細な内容の「ご入居のしおり」でも説明している。体験には、ショートステイを活用している。パンフレット等利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。</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>入所時の説明は利用者の同席を基本とし、利用者の自己決定を基本としている。契約書・重要事項説明書等の一連の書類に沿って説明し、文書で同意を得ている。「入居のしおり」・リスク説明書等のわかりやすい資料を工夫し、重要事項については理解を確認しながら説明するようにしている。重要事項の内容の変更については、文書で通知し、内容に応じて文書で同意を得ることとしている。意思決定が困難な利用者への配慮について、契約書に身元保証人・法定代理人・任意代理人の同意欄を設け、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>施設の利用を終了する際は、契約書の「退所時の対応」に沿って円滑な退所のために必要な援助を行っている。利用終了後も利用中と同じ相談窓口で対応し、退所後のあいさつ文に記載し渡している。</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>3ヶ月毎に家族に「計画の見直し評価のお願い」を郵送し、長期目標毎の「満足度」「ご意見」を記入してもらい把握している。2ヶ月毎に開催する運営推進会議に家族の参加があり、利用者・家族の満足を把握する機会としている。居宅サービス計画に関する満足以外にも、サービスについての満足を把握する調査を行い、調査結果の分析・検討にもとづいて改善を行う仕組みづくりが望まれる。</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>b</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。苦情相談窓口について重要事項説明書に記載し、配布し説明している。第三者委員について玄関の掲示板に掲示している。施設玄関に意見箱を設置し、運営推進会議に家族が参加する等、家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容・対応について「苦情受付書」に記録し、1か月後の状況確認も記録し再発防止に取り組んでいる。職員には運営会議・ユニット会議等で周知を図り、サービスの質向上に取り組んでいる。苦情については、運営推進会議でも報告している。第三者委員の連絡方法の公開が望まれる。利用者が苦情を申し出やすい工夫が望まれる。運営推進会議の議事録の公表など、苦情内容や解決結果についての公表が望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>重要事項説明書に複数の担当窓口・相談方法を記載し、契約時に説明し配布している。相談しやすいスペースとして、地域交流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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ユニットケアの日々のコミュニケーションから、利用者の意見・要望の把握に努めている。利用者個々に関する事項は、介護支援専門員や生活相談員に伝達し、検討が必要な場合はユニット会議等で検討し、内容に応じて家族にも連絡し、支援やサービス計画に反映できるよう取り組んでいる。全体のサービスに関する事項はリーダー会議で検討し反映している。「相談・要望・意見の受付手順」(マニュアル)を整備し、定期的に検証している。意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが望まれる。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事故防止委員会を毎月開催し、事故防止の体制を整備している。「オンコールマニュアル」に事故発生時の対応を事故の種類別にわかりやすく記載し、ラミネート加工して各ユニットに設置し周知を図っている。ヒヤリハット報告書・事故報告書により、事例の収集・記録を行っている。事故発生時は発生要因の分析、再発防止策の検討を迅速に行い、事故報告書に記録している。回覧ボードでユニット内の職員に周知を図ると共に、毎月の事故防止委員会でも報告し共有している。事故発生1～2週間後にカンファレンスを実施し、再発防止策の実効性等を検証している。事故防止に関する研修は、令和4年度はコロナ禍対応のため実施できなかったが、令和5年度は年度内の実施を予定している。</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・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>感染委員会を毎月開催し、感染症対策の体制を整備している。「感染症マニュアル」を作成し、感染症に関する研修（感染症・ガウンテクニック・食中毒）を、年2回実施している。「感染症マニュアル」の「平常時の衛生管理」「発生時における対応方法」をもとに、看護師が中心となり感染症予防策、発生時の対応を適正に行っている。「感染症マニュアル」の定期的な検証・見直しが望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「事業継続計画」（策定中）に、災害時の対応体制、立地条件を考慮した災害対策、職員の安否確認の方法を定め、備蓄リストを作成している。安否確認は災害時にも稼働可能なラインワークスを用いることとしている。備蓄品は管理栄養士を責任者として、災害発生から6日間の食糧と飲料水を倉庫に保管している。消防訓練は、コロナ禍のため自主訓練で実施している。直近では、令和5年2月と5月に、「火災報知器が作動した場合手順」の総合訓練を夜間想定で実施し、浸水時の対応も説明している。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>介護の標準的な実施方法を「介護手順」に文書化し、利用者尊重にも言及している。「プライバシー保護マニュアル」に、入浴介助時・排泄介助時のプライバシーへの配慮について記載している。年2回実施する「自己評価シート」による自己評価と面談で、介護実践について確認する仕組みがある。研修や個別指導で「介護手順」の周知を図る取り組みが望まれる。</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・ <b>c</b>
<p>〈コメント〉</p> <p>「介護手順」（介護の標準的な実施方法）の見直しには至っていない。「介護手順」の定期的な見直しを職員の意見等を反映して行い、現状に即したマニュアルの整備とマニュアル周知につなげることが望まれる。</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>施設サービス計画の策定責任者を担当介護支援専門員としている。「フェイスシート」「ケアチェック表」を用いてアセスメントを実施している。部門を横断した様々な専門職者で担当者会議を開催し、アセスメント・計画作成の合議としている。施設サービス計画に、利用者個々のニーズが明示されている。3ヶ月に1回のモニタリングにより、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースがあれば、多職種間で協働して支援に取り組み、経過を支援経過記録に記録することとしている。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>必要時は随時、定期的には3ヶ月に1回、施設サービス計画の見直しを実施している。家族に「計画の見直し評価のお願い」を郵送し、「生活のご意向」と長期目標毎の「満足度」「ご意見」を記入してもらい把握している。「ケアチェック表」での再アセスメント・「評価表」でのモニタリング・評価を行い、各専門職者の意見を「ケアプラン見直し表」で収集し、担当者会議を開催して協議している。「施設サービス計画ファイル」を各ユニットに設置し、更新した計画の内容を職員に周知している。計画の緊急な変更を要する場合は、ユニット内でカンファレンスを行い介護支援専門員が同じ手順で見直しを行うこととしている。</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)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、介護ソフトの統一した様式により把握し記録している。計画にもとづくケース記録の入力について介護リーダーが指導し、介護ソフトの「種別」欄を活用し確認しやすいよう工夫している。介護リーダーがケース記録を確認し、必要に応じて職員個別に指導・助言している。回覧ボード・申し送りノートにより、フロア内の情報共有を行っている。ユニット会議・リーダー会議・運営会議・職種別会議・各種委員会等各種会議の定期開催により、部門横断での情報共有を行っている。パソコンのネットワークシステム、回覧ボードでの各種議事録回覧でも情報共有している。</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>「個人情報保護に関する取扱いの指針」「個人情報保護規程」「運営規定」に、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正利用や漏えいに対する対策と対応、責任者等を規定している。個人情報保護に関する研修（動画研修・報告書提出）を実施している。入職時に守秘義務について説明し、誓約書を交わしている。利用者・家族に、契約書・重要事項説明書・「個人情報提供同意書」を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)-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
A①	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。(養護、軽費)	a・b・c
A②	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・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フェイスシートやカンファレンス、日々の関わりの中で把握し、計画書に反映して利用者一人ひとりに応じた生活になるように支援している。活動参加への動機づけとして施設サービス計画書や個別機能訓練計画をもとに工作等のレクリエーションやおしぼりや洗濯物たたみ、テーブル拭きなど家事作業など利用者個々の好みや希望に応じた活動を支援している。コロナ禍前は敬老会でボランティアの訪問、ドッグセラピー、買い物などの外出レクなど行っていたが、感染症拡大予防の観点から現在は中止している。介護計画に沿って実施できているか定期的にモニタリングやユニット会議、カンファレンスを行い、利用者毎に応じた生活になっているか検討する仕組みがある。介護計画の週間計画表を基に1日の過ごし方を職員間で共有し、生活のリズムが整えられるよう支援している。朝のミーティングや引き継ぎで利用者個々の状態や生活サイクルを共有している。また、申し送りノートや介護ソフトを活用している。</p> <p>A② 利用者の心身の状況や生活歴、嗜好をフェイスシートをもとに把握し、日々のコミュニケーションや個別機能訓練など個別に関わる時間に、利用者の思いや希望の把握に努めている。会話の不足している利用者には特に気を配り、話したいことを話せるように配慮している。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、接遇研修を開催し意識向上に努めている。課題のある利用者については介護計画書に位置づけ、3ヶ月毎にコミュニケーションの方法や支援について検討・見直しを行っている。配慮が必要な利用者には、必要に応じて文字で伝える、表情・反応から推察する等、個別の方法でコミュニケーションを行っている。</p>
---

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

#### 特記事項

<p>A③ 「高齢者虐待防止マニュアル」「身体拘束マニュアル」を整備し、施設内研修で研修を実施し職員の理解を図っている。「身体拘束マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の手続と実施方法等を明記している。「事故防止・身体拘束廃止委員会」で拘束事例がないことを確認している。利用者の権利擁護のための具体的な取り組みを重要事項説明書・契約書に記載し、契約時に利用者や家族に説明している。虐待防止委員会の定期開催、チェックリストの活用等により、権利侵害防止と早期発見、取り組みについての検討、発生時の再発防止策の検討を行う仕組みづくりが望まれる。</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		
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

利用者の生活環境は、整理整頓、清掃が行き届いており、職員が清掃を定期的に行っている。館内には、自由にくつろげるようにテレビやソファ、椅子が設置されている。居室の設えは自由とし、テレビなど持ち込み品も利用者の意向に沿って配置されている。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。居室は全室個室となっており、プライバシーに配慮されている。フロアで過ごす場所については利用者の希望や利用者間の相性、認知機能など職員が考慮し対応している。

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。	(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。	(a)・b・c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c

特記事項

A⑤  
フェイスシートで心身の状況を把握し、利用者個々の状態に応じた入浴支援を行い、課題がある利用者は施設サービス計画に反映している。脱衣室にエアコン、浴室にヒートパネルを設置し、季節に応じた室温管理を行っている。マンツーマン介助を基本とし、プライバシーに配慮している。希望や生活習慣に応じて入浴順を変更したり、入浴拒否に対応して声かけの方法・誘導する日や時間を変更したり、同性介助に可能な限り対応する等、個別の配慮で対応している。利用者の状態の変化があればユニット会議やミーティングで検討・見直しを行い、介護記録・申し送りノートで周知している。入浴前のバイタルを看護職員に報告し、入浴の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。入浴順は、感染症・利用者の意向を踏まえて考慮している。浴槽の湯は利用者毎に入れ替えを行っている。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまで見守りを行い、安全面に配慮しながら自立支援を行っている。個浴・リフト浴・特殊浴槽を用意し、各所に手すり・シャワーチェア等を設置し、安全に入浴できるよう支援している。体調不良・発汗・汚染等の場合は、入浴日時を変更・調整している。

A⑥

フェイスシートで心身状況を把握し、課題がある利用者は施設サービス計画に反映し、個々の利用者に合わせた介助方法、排せつ用品の選定等を工夫している。トイレでの排せつ・排せつパターンの把握・運動・水分補給・オリゴ糖の摂取等、自然な排せつを促すため取り組んでいる。トイレは完全個室でプライバシーに配慮され、ウォシュレットを設置し、毎日のトイレ掃除で臭気や汚れにも配慮している。トイレ内には手すり・介助バー・ナースコールが設置され、利用者個々の心身状況に合わせて、羞恥心にも配慮しながら、職員が見守ったり、複数名で介助するなど安全面に配慮している。利用者の状態に変化があった際は、ユニット会議やミーティングで支援方法の変更を検討し、申し送りノートで共有を図っている。排せつチェック表・介護ソフトに実施状況を記載し、情報共有している。異常があれば介護記録に記載し、看護職員に報告する仕組みがある。業務担当を明確にしてフロアに職員を配置し、居室にはナースコールを設置し、排せつの要望に速やかに対応できるようにしている。尿意を訴えられない利用者については、排せつチェック表で排せつパターンを把握し排せつ支援を行っている。

A⑦

フェイスシートに移動・移乗の支援方法、車いすの使用の有無、麻痺や拘縮の有無を明記し、利用者個々の心身状況を把握し、移動の自立に向け支援している。課題がある利用者は介護計画に位置づけている。車いす（標準型・リクライニング式・ティルト式）、シルバーカー、歩行器、タッチアップなど利用者の状態に合わせた福祉用具を利用している。スライディングボードの利用・居室のL字型の介助バーの設置・複数名での移乗介助等、安全な移動・移乗の介助を行っている。機能訓練指導員からの助言で、移動方法・支援方法・福祉用具等の変更を検討している。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て動線を確認し、休息できる椅子やソファを設置している。フロアに職員を配置し、居室にナースコールを設置し、移動の希望に早く対応できるようにしている。

A⑧

職員と一緒に好みの衣類を準備している。自分で選択可能な入居者には選んでもらっている。衣類の選択が困難な利用者については、声掛けや相談に応じている。衣類の購入は基本、家族に依頼しているが、施設職員が買い物の代行をする場合もある。コロナ過以前は外出時の際にショッピングを職員と行い衣類の購入をすることがあった。衣類の選択は職員が支援し、衣類のほつれがあれば修繕をしている。

A⑨

毎月1回、訪問理美容の業者の訪問があり、次回訪問の日時は口頭で伝え、希望を確認している。ヘアカラーや髭剃りも希望すれば可能である。起床時には一人ひとり整容の言葉をかけ、必要に応じて支援している。意思疎通のとれる入居者は髪型を決めたり、化粧を自身で行っており、希望があれば職員が支援している。コロナ過以前は希望があれば、地域の美容室に外出を支援することもあった。

A⑩

不眠がある利用者については、日中の活動参加を勧め睡眠サイクルを整えている。不眠があった場合は介護記録に残し、職種間で共有し対応を協議している。事例によっては医療職と連携し対応している。夜間巡回マニュアルや認知症ケアマニュアルに巡回時の対応、不眠の対応などを記載している。寝具は基本的にはリース対応であるが、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。個室であるため変更する事例はないが、不眠の際は職員が付き添うなど個別の対応を行い、トラブルを未然に防ぐような働きかけを行っている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A①	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
A②	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
A③	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>A①</p> <p>温冷配膳車を使用し、適時適温で提供している。年1回嗜好調査を実施し、利用者の希望や嗜好について給食委員会で協議し、献立や調理法・行事食を検討している。行事食や世界のグルメツアーを企画し提供している。フロアは明るく清潔な環境で、テーブルは利用者の身体の大きさに合わせ高さが調整できるものを設置している。利用者間で話が弾むように同室者で同じ席にする等、座席を配慮している。利用者の希望や体調に応じて居室配膳にも対応している。衛生管理は、厨房関係については大量調理施設衛生マニュアルを基に点検表を作成し、食材の温度管理や調理員の健康状態の確認を定期的実施している。主食について、ご飯食かパン食かを選択できるようにしている。</p> <p>A②</p> <p>言語聴覚士の回診が月2回あり、嚥下機能について利用者個々の状況を把握している。利用者の心身の状態や好み、嚥下能力に合わせた調理・食事形態に対応し、個別の栄養ケア計画をもとに提供している。テーブルの高さ調整・クッションや足置き台の設置により、正しい姿勢を保持している。個々の食事ペースや体調に合わせて配膳時間や居室配膳等を配慮している。職員の声かけで自力摂取を促し、補助食器・自助具の活用、主食をおにぎりにする等の工夫により自立に向けた支援を行っている。栄養ケア計画に基づく栄養ケアマネジメントを実施し、経口摂取が維持できるようにケアプラン会議で検討している。協力歯科医の往診があり、義歯の調整や口腔ケアを受ける体制がある。緊急時対応マニュアルの作成、各階の吸引器の設置、食堂の職員配置等、緊急時に速やかに対応できるよう取り組んでいる。利用者の心身状況の変化に応じて、支援方法をミーティングで検討し、見直しをした内容については介護ソフト、申し送りノートを活用し周知している。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載し、介護ソフトにも入力し多職種で共有している。食事量が著しく低下している場合は、介護職員から医療職へ連携している。管理栄養士が毎日ミールラウンドを行い、課題があれば助言を行っている。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、3ヶ月に1回見直を行っている。</p> <p>A③</p> <p>居室に洗面台が設置されており、起床時と毎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。月2回協力歯科医、歯科衛生士の訪問があり、専門職からの口腔ケアを実施している。協力歯科医が講師となり、研修会を開催し口腔ケアに関する助言・指導を行っている。歯科医師及び歯科衛生士のアセスメントによる助言・指導を受け、施設職員による適正な口腔ケアを実施している。課題がある利用者は介護計画に位置づけている。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。口腔嚥下機能の維持のため、毎日口腔・嚥下体操を実施している。毎食後に口腔ケアを実施し、夕食後に義歯を回収し確認している。実施状況の記録は介護ソフトに残している。</p>
--

		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

褥瘡対策委員会指針を整備し、多職種協働で毎月褥瘡委員会を開催している。利用者個々の状態確認や対応方法を協議し、課題がある利用者は介護計画に位置づけ支援している。委員会活動を通じ、会議録を回覧することで情報を職員間で共有している。毎日ナイトケアの際に皮膚トラブルの予防のため、保湿できるように支援している。毎月1回皮膚状態の確認を行い評価している。褥瘡を食事の面から予防するために栄養マネジメントを行い、栄養補助食品の提供など改善に向けた支援を行っている。

		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

非該当

		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

利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むため、機能訓練指導員が個別機能訓練計画書を作成し、拘縮予防や筋力訓練、集団体操など複数用意した利用者の希望に副ったプログラムを作成している。機能訓練指導員は個々の利用者の福祉用具の選定やポジショニングに関する助言を行っている。利用者個々の心身の状況に合わせた活動内容やグループ分けを行い、個別、集団プログラムを実施している。個別機能訓練計画書を作成し、3ヵ月に1回、評価・見直しを行っている。日々の関わりの中で認知症状の進行があった場合は、職員間のミーティングを活用し共有している。医療職と連携し、専門の診療を受けている。

		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。	a (b)・c

特記事項

利用者個々の日常生活能力や生活歴について、フェイスシートに記録している。認知症状への支持的・受容的な援助、行動・心理症状（BPSD）に対するケア等について、介護計画に位置づけ統一した対応ができるよう取り組んでいる。認知症ケアマニュアルに基づき日々のケアを実践している。課題がある利用者に対し、一定期間の観察を行い、支援方法をユニット会議・ミーティング・臨時のカンファレンスを通じて多職種で協議している。職員を固定配置し、馴染みの関係の中で落ち着いて生活できる環境に配慮し、体操・工作・カラオケ・食レク（流しそうめん、すいか割りなど）・家事活動等、利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に日中活動ができるよう工夫している。医師・看護師など多職種の関係職員が連携し、支援内容を検討している。認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施することが望まれる。

		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 (b)・c

特記事項

看護師が利用者の体調変化時の対応手順を「オンコールマニュアル」にわかりやすくまとめて各ユニットに配布している。配置医と看護師の24時間の連携体制があり、緊急時対応に取り組んでいる。毎日の検温、入浴日のバイタルチェックで健康確認を行い、健康状態を介護ソフトに記録している。バイタルチェック・看護師のラウンドにより、利用者の体調の変化や異変の兆候の早期発見につなげている。看護師が薬の確認とセットを行い、介護職員が服薬介助を行い介護ソフトに記録している。高齢者の健康管理・病気・薬や、体調変化時の対応について研修を実施することが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑲	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

特記事項

終末期対応についての方針と手順を「看取り介護指針」に明記している。配置医・協力医療機関との連携体制を整備している。終末期を迎えた場合、配置医が家族に病状を説明し、家族の意向確認を行っている。家族に施設での終末期ケアの希望があれば、看取りに向けた施設サービス計画を作成し、家族の同意を得て終末期ケアを開始している。経過については、支援経過記録に記録している。多職種の連携を密にし、職員の不安の軽減・精神的ケアに努めている。施設内研修で「看取りケア」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。	a・ <b>b</b> ・c

特記事項

定期的には3ヶ月毎に、施設サービス計画書の1表に利用者の状況を記載して家族に報告している。変化があった場合は、電話で迅速に報告している。電話とショートメールを併用し、報告事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。必要時・希望時は相談対応し、支援経過記録に記録している。家族参加の施設行事はコロナ禍のため休止しているが、「憩～萩野～からのお知らせ」（お便り）を毎月郵送し、面会、電話の取り次ぎ、写真の郵送等、利用者と家族がつながりを持てるよう工夫している。定期的にも、家族にサービス内容を説明したり、要望・相談を聴く機会を設けることが望まれる。

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。	a・ <b>b</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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・b・c

特記事項

A㉑  
 コロナ禍のため外出の機会は少ないが、以前は買い物レクなど外出時には職員が支援する体制がある。外出時には職員が携帯電話を所持するなど不測の事態に対応できるように準備している。今後は地域のガイドマップやイベント情報を収集し、利用者にも情報提供することが望まれる。

A㉒  
 郵便物が届いた際は開封せず利用者に渡し、介助が必要な時には承諾のもと開封しプライバシーに配慮している。郵便物を送りたい時は職員が代理で対応している。電話の使用について希望があれば対応している。

A㉓  
 新聞は希望に応じて個人購入している。雑誌も希望があれば対応可能である。テレビ・ラジオは持ち込みは制限なく可能で、希望があれば居室に設置している。各フロアにテレビが1台設置されており、希望があれば居室に個人で設置していることからトラブルになった事例はない。