

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名：特別養護老人ホームしらさぎの里

(介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護・短期入所生活介護)

評価実施期間 2022年4月26日 ～ 2022年11月30日

実地(訪問)調査日 2022年9月14日

評価決定委員会開催日 2022年11月15日

2022年12月7日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

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

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームしらさぎの里	種別：介護老人福祉施設 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 短期入所生活介護		
代表者氏名：有末 将士	定員（利用人数）：	70	名
所在地：〒679-4213 兵庫県姫路市林田町山田351-3			
TEL：079-261-4088	ホームページ： http://www.sirasagi.or.jp/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：1990年 4月 16日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人しらさぎ福祉会			
職員数	常勤職員：	49	名
		非常勤職員：	29
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1	名
	生活相談員	1	名
	特養介護職員	41	（16）名
		介護支援専門員	2
		特養看護師	7
		機能訓練指導員	1
施設・設備の概要	居室	43	室
	食堂	3	
	機能訓練室	2	
	浴室	3	
	スタッフルーム	3	
	便所	8	
	医務室	1	
	看護師室	1	
	静養室	1	
	休憩室	1	
	事務室	1	
	相談室	2	
	調理室	1	
	洗濯室	1	
	リネン室	1	
	汚物処理室	2	
	倉庫	4	
	宿直室	1	
	会議室	1	

③理念・基本方針

<p>【基本理念】 誠心誠意を尽くし その人らしさを尊重し 貢献心を強く持つ</p> <p>【基本方針】 1.わたしたちは、懇切丁寧に接し、安全で安心、安楽な生活環境をつくります。 2.わたしたちは、尊厳を守り、個別性のある心温かい支援を行います。 3.わたしたちは、地域社会とのつながりを大切にし、福祉向上のために貢献します。</p>

④施設・事業所の特徴的な取組

当初より、地域とのつながりを大切にし、地域ニーズに基づく地域貢献活動に力を注ぎ続けてきました。現在も兵庫県知事認定の地域サポート施設として、介護保険制度では届かない地域の高齢者の生活を24時間体制で見守り、ご支援しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年4月26日（契約日）～ 令和4年11月30日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成23年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **理念や基本方針に基づく、中・長期計画に具体的な取り組みを明確化され、職員とともに計画の達成に向けて施設全体で推進されています。**

経営ビジョンを明確にしながら、中・長期事業計画が策定されています。また、中・長期事業計画の内容は可能な限り数値目標や成果が確認できる内容となっており、法人理念や基本方針に沿った整合性のある計画となっています。また、中・長期計画に基づく単年度計画を、各部署や委員会の中で職員が計画をたて、その進捗状況について会議や委員会の中で確認が行われています。

- **法人が大切にしている「地域貢献」に向けた多様な取り組みが展開されています。**

法人運営当初より、法人や施設が最も大切にしている地域とのつながりについて、経営ビジョンや基本方針に明文化され、地域交流と地域貢献に向けて積極的に取り組まれています。なかでも、「アットホーム林田しらさぎ（地域交流センター）」での地域住民のふれあいサロンの実施や地域行事への職員派遣など、地域との交流を広げるための取り組みが行われています。

- **職員の働きやすさと、職員を育てるための具体的かつ多様な取り組みが推進されています。**

ひょうご仕事と生活センター認定企業・姫路市シニア活躍事業所・高齢者雇用開発コンテストの特別賞の受賞など、職員の福利厚生や労働環境の改善に積極的に取り組まれています。また、キャリアパスフレームに基づいた階層別研修や求められる職能を明確に示し、必要な研修や技術の習得に向けて研修の機会を設けています。内部研修では職員が講師役となり、他者へ伝達するために職員自ら研修資料を作成するなど、職員を育てる取り組みが推進されています。

◇改善を求められる点

- **提供される福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを明確にしていくことが望まれます。**

定期的な委員会の開催や会議の開催を通じて、現在行っているサービスの質についての課題や改善方法の検討や年に1回実施される利用者アンケートや家族に対するアンケートを実施されていますが、提供される福祉サービスの質の向上に向けた仕組みは明確ではありません。今後は、定期的な第三者評価の受審に加えて、自己評価の実施や評価と分析を行うとともに、現在取り組んでいる利用者アンケートの結果を踏まえ、食事や入浴、排泄などの支援の質の向上に向けた取り組みが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、第三者機関による評価を受審させていただいた結果、私達の視点と利用される方の視点とでは「できている」と判断する基準の違いが当然あり、そこに更に質を高めるためのヒントを見出すことができました。また、評価員が行う確認作業が私たちのとても良い振り返りとなり、改めて「利用される方の視点に立って取り組みを考える」という基本に立ち返ることができました。この受審を通じて、職員の視点や意識が洗練されたようにも感じています。今後、さらに磨きをかけたしらすぎの里をご覧いただけるように、職員一同、力を合わせて頑張って参ります。

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

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
<コメント> ○ 法人理念の実現に向けた達成状況を確認するとともに、新たな時代に向けた、経営ビジョンが新たに掲げられています。また、職員会議や新任研修の際には、法人や施設の変遷を踏まえた理念のプレゼンテーションを行ったり、ホームページの更新や分かりやすいパンフレットの作成を通じて、職員のみならず利用者や家族に対して周知を図る取り組みが行われています。		

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
<コメント> ○ 経営環境の変化について、コロナ禍による社会情勢や介護保険事業計画、地域福祉計画をはじめ、老人福祉施設連盟での情報把握に努められ、地域の動向も踏まえた経営状況の把握が行なわれています。また、毎月行われる部署長会議でも月次の収支状況の確認や予算に対する推移状況の確認が行なわれています。		
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
<コメント> ○ 経営課題について月次の収支状況の把握とともに、顧問会計士との経営分析や相談の機会が設けられ、具体的な課題を明確にしなが、部署長会議で具体的な改善策の検討を組織全体で取り組まれています。		

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。	a
<コメント> ○ 経営ビジョンを明確にしなが、中・長期事業計画が策定されています。また、中・長期事業計画の内容は可能な限り数値目標の設定や成果が確認できる内容となっており、法人理念や基本方針に沿った整合性のある計画となっています。さらに、中・長期計画の見直しにおいては、運営会議のなかで、中・長期計画の執行状況や評価とともに、明確なビジョンが示された、中・長期計画の見直しが行われています。		

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
<コメント> ○ 中・長期計画を踏まえた単年度計画について、食事や入浴をはじめ、感染対策や身体拘束など各種委員会のなかで意見をとりまとめ、主任会議や部署長会議を経て事業計画が作成されています。また、中長期事業計画との整合性も図りながら、数値目標や具体的な成果が設定された単年度計画となっています。		
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
<コメント> ○ 単年度計画の策定については、食事や入浴をはじめ、感染対策や身体拘束など各種委員会のなかで意見がとりまとめられ、職員の参画や意見集約によって事業計画が作成されている事がうかがえます。 ○ 事業計画が職員参画のもと作成されている過程は確認できましたが、その取り組みを明確に確認できる資料は確認できませんでした。今後は、毎月行われる委員会活動をはじめ、事業計画の進捗状況を確認する会議の位置づけと手順を明確にしておくことが期待されます。		
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
<コメント> ○ 定期的実施される家族会の総会で事業計画の内容を周知したり、毎月発行される「しらすぎ新聞（機関誌）」の中で事業計画に基づいた実績報告が行われています。 ○ 今後は、事業計画の概要版のような、事業計画の内容をさらに読みやすく、理解を得やすいものにしていくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ 定期的な委員会の開催や会議の開催を通じて、現在行っているサービスの質についての課題や改善方法などの検討が行われています。 ○ 今後は、定期的な第三者評価の受審とともに、自己評価や現在取り組んでいる利用者アンケートの結果を踏まえてサービスの改善を図るなど、支援の質の向上に向けた、さらなる取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ 定期的な委員会の開催や会議の開催を通じて、現在行っているサービスの質についての課題や改善方法などの検討が行われ、文書化されています。 ○ 今後は、支援の質について、一定の評価基準を設けて評価を行うことにより、その結果を分析し、取り組むべき課題に対する改善策を計画的に実行していくことが望まれます。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長自ら朝礼や部署長会議に参加し、経営や管理に関する方針や具体的な取り組みを職員に向けて周知するとともに、「しらさぎ新聞（機関誌）」に年頭のあいさつを掲載され、施設長自らの役割と責任を表明しています。 ○ 今後は、平常時のみならず有事における権限委任に関する規定を文書化していくことが望まれます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法令遵守規程やマニュアルを整備され、法令について定期的にチェックを行う仕組みとともに、職員会議や主任会議、部署長会議を通じて、遵守すべき法令について周知が図られています。 ○ 今後は、施設運営を取り巻く幅広い分野の法令について把握するための取り組みが望まれます。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長自ら月次のサービス提供実績を介護現場に出向いて把握したり、毎月実施される主任会議や部署長会議への参加を通じて、提供されるサービスの質について評価および改善に向けた助言や指導が行われています。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月、経営状況を把握するとともに、毎月行われる部署長会議でも月次の収支状況の確認や予算に対する執行状況の確認が行なわれています。また、経営課題については、部署長会議の中で課題を示し、職員とともに改善策の検討が進められています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人基本理念を踏まえた人材の確保や育成についての考え方、取り組みの内容が中・長期事業計画の中で明確に示されています。また、キャリアパスフレームにより階層別の研修の受講や求められる職能を明確に示されています。 ○ 今後は、施設における専門職の配置や必要な福祉人材の確保など、体制の構築に向けた人事計画の策定が望まれます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経営ビジョンに基づいて、法人基本理念をはじめ、職員の行動規範が示され、キャリアパスフレームにより、昇進・昇格の基準を明確にされています。また、定期的に行われる、職員との面談や目標管理を通して人事考課が行われています。 ○ 今後は、人事基準に採用や異動の基準を明記していくとともに、職員処遇の水準について評価、分析する取り組みが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経営ビジョンに基づいて、就業に関する相談は部署長を通じて施設長に集められ、施設長自らが実態に基づいて個別面談を実施されています。また、「ひょうご仕事と生活センター認定企業」・「姫路市シニア活躍事業所」・「高齢者雇用開発コンテスト」の特別賞の受賞など、職員の福利厚生や労働環境の改善に積極的に取り組まれています。 ○ 今後は、改善された内容を人事計画に反映していくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年度初めの事業計画や施設の方針を基に、職員一人ひとりが目標管理シートに目標の設定が行われ、半年に1回進捗状況について評価をおこない、必要時応じて個別面談が設定されています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人が目指す経営ビジョンに基づいた、職員の行動規範（期待する職員像）が示され、キャリアパスフレームにより、求められる技術や必要な資格など標準化を図るための水準の設定と研修が実施されています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ キャリアパスフレームにより、求められる技術や必要な資格が示され、職員一人ひとりに対する資格の取得状況を把握されています。また、外部研修は、情報提供とともに勤務調整を行ない、参加しやすくなるよう配慮したり、内部研修では職員が講師役となり、伝え方や自己研鑽を図るための学びの機会が設けられています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設としての標準的な施設実習受け入れマニュアルが整備され、学校側と実習の内容について連携したプログラムの設定を行うなど柔軟な対応が行われています。 ○ 今後は、専門職種に特化した実習マニュアルの整備と実習指導者に対する内部研修の実施が望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページ上に基本理念や基本方針ならびに事業計画や事業報告をはじめ決算情報などが公開されています。 ○ 今後は、第三者評価の受審結果とともに、改善に向けた施設の課題と改善事項や改善に向けた計画の掲載、苦情や相談に関する対応状況について公表していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事務、経理、取引等に関するルールを経理規定に定められ、月次の会計状況を顧問会計士に相談・報告し、指摘事項があれば改善に向けた見直しが行われています。 ○ 今後は、事務、経理、取引等に関するルールを職員に周知するとともに、定期的な外部監査を実施していくことが望まれます。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人運営当初より、法人や施設が最も大切にしている地域とのつながりについて、経営ビジョンや基本方針に明文化され、地域交流と地域貢献に向けて積極的に取り組まれています。なかでも、「アットホーム林田しらさぎ（地域交流センター）」での地域住民のふれあいサロンの実施や地域行事への職員派遣など地域との交流を広げるための取り組みが行われています。 ○ 今後は、施設利用者が活用できる地域の社会資源を利用者に提供していくことが望まれます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア受け入れマニュアルが整備され、ホームページ上でも募集されています。また、ボランティアを受け入れる際にはスライドを用いて、施設の概要や特徴、ボランティアを受け入れる目的、注意事項など一連の考え方をボランティアへ伝える取り組みが行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設の所在する地域の公的なサービスや関係機関など、社会資源に関する情報や公的なもの以外の情報について一覧表にまとめられています。また、施設の関係する連絡会や協議会への参画をはじめ、自治会や民生委員との情報交換が行われています。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域貢献を経営ビジョンに掲げられ、「アットホーム林田しらさぎ（地域交流センター）」での料理教室や介護者教室のほか、ふれあいサロンの開催など、事業所が有するノウハウや設備を提供されています。また、小学校への出前講座の講師派遣や地域で行われる災害訓練への協力など施設が持てる機能を地域へ還元されています。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の自治会や民生委員、老人会などの会合への参加を通じた情報交換や地域との災害訓練の実施、地域交流センターを活用した、料理教室や介護相談などの取り組みのほか、高齢者の外出（移動手段の少なさ）においては、福祉有償運送等の活用について相談にのるなど、地域の福祉ニーズの把握と活動に向けた積極的な関わりが行われています。 		

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
<p><コメント></p> <p>○ 法人理念および基本方針に利用者を尊重する姿勢が示されています。また、利用者を尊重するための取り組みとして、職業倫理を定め会議や勉強会などで確認したり、標準的な実施方法の内容に反映することで共通理解が図られています。</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
<p><コメント></p> <p>○ プライバシー保護や虐待防止など、利用者の権利を擁護するためのマニュアルが整備されています。また、私的空間の確保に向けて、多床室であってもカーテンの仕切りが施されており、細やかな配慮が確認できました。</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
<p><コメント></p> <p>○ ホームページでの情報提供や法人内事業所ならびに支所などの公共の場に施設のパンフレットを設置するなど、利用希望者に対して、選択に必要な情報を積極的に発信されています。コロナ禍においても、施設内の写真や機関誌などを用いて説明したり、利用料金などを説明する際は、タブレット端末を用いるなど、丁寧な説明が行われていることがうかがえます。</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
<p><コメント></p> <p>○ 契約時には契約書や重要事項説明書を用いた説明が行われ、同意を得られています。その他、コロナ禍においても、タブレット端末を用いて、利用料を説明したり、施設内の様子を動画や写真を用いて説明されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>○ 利用者や家族より、退所の意向があれば、フェイスシートを提供し、施設内での暮らしと大きな変化が生じないよう情報提供に努められています。</p> <p>○ 今後、退所される際の説明書を作成するなど、利用者が退所後も見通しを持てるような文書の提供が望まれます。</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
<コメント> ○ 年に1回利用者及び家族からのアンケート調査が実施されています。アンケート調査の内容は、サービスの満足度を評価するものとなっており、アンケートの結果に応じて、課題を明確にしなが、検討する機会を設けられています。		
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
<コメント> ○ 苦情解決委員会が設置され、相談窓口や第三者委員など、重要事項説明書や施設内にも閲覧できるように掲示されています。また、苦情意見箱の設置をはじめ、苦情を受け付けた際にはその記録や解決に向けた過程や対応した結果に至る一連の記録が適切に整備されています。		
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
<コメント> ○ 相談室での面談ができる環境やスタッフルームと利用者が生活する環境には扉や仕切りがなく、利用者がいつでも職員に尋ねられる環境となっています。 ○ 今後は、苦情と相談の内容を整理していくとともに、いつでも自由に相談ができることを分かりやすくした文書の作成や掲示が望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 相談室の確保やいつでも職員の顔が見える勤務体系や環境的な工夫が行われ、年1回実施するアンケート調査や意見箱の設置など、利用者からの意見を組織的に受け付ける体制が整備されています。 ○ 今後は、受け付けた意見の記録の方法や報告手順、対応策の検討や改善方法など一連の流れをマニュアル化していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 安全対策に関する委員会が設置され、毎月の全体会議やフロアごとで行われる会議のなかで安全を脅かす事例（ヒヤリハット）を検討する機会が設けられています。また、定期的にヒヤリハットの分析と具体的な予防対策を講じたり、安心で安全なサービスの提供に向けてマニュアルの見直しや内部研修が行われています。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新型コロナウイルス感染症をはじめとする、施設内で起きうる感染症についてのマニュアルが整備され、内部研修や会議の中で感染症についての知識を職員へ周知されています。コロナ禍による感染についてもマスクに加えてフェイスシールドの着用や手指消毒など、施設で行える感染症に対する予防が徹底されています。 		
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やっている。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設が立地する災害リスクを把握しながら、土砂災害や水害などあらゆる災害リスクに組織的に取り組まれています。また、消防署などの関係機関とともに、自治会や近隣住民との訓練や勉強会を通して、災害時の利用者や職員の安全確保とともにBCP（事業継続計画）の策定に向けて積極的に取り組まれています。 		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援に関する標準的な実施方法（マニュアル）が整備され、年間を通した研修計画の中でマニュアルに基づいた支援方法の確認が行われています。 ○ 今後は、支援に関する標準的な実施方法（マニュアル）に利用者の尊重やプライバシー確保など、権利擁護に関わる姿勢を明示していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 委員会を中心とした、施設内の組織全体で支援に関する標準的な実施方法を見直す取り組みが行われています。また、マニュアルの内容は施設サービス計画書との整合性にも配慮したものとなっています。 		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設サービス計画書の作成にあたっては、生活相談員や介護支援専門員を中心に家族への意向確認をはじめ、定められたアセスメント様式に基づいて、看護師や機能訓練士、栄養士といった専門職の意見を踏まえた、施設サービス計画書が作成されていることがうかがえました。また、日々の支援記録からの計画に沿った支援の実施状況の記録が確認できました。 ○ 現在各種専門職の意見を取り入れている過程はうかがえましたが、手順として明確に示されているものは確認できませんでした。今後は、専門職の意見を取り入れる手順を明確にしていくことが期待されます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者や家族の意向の確認、アセスメントやモニタリングに至る一連の手順を明確にしながら利用者一人ひとりに沿った個別の計画が作成されており、利用者の状態悪化などによる緊急に計画を変更する場合の手順も踏まえた手順書が整備されています。 ○ 今後は、見直しによって変更された施設サービス計画書の内容を職員へ周知する方法や手順を明確にしていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設内のネットワークシステムとともに、記録支援システムの導入が進められ、統一した様式により利用者一人ひとりの情報の共有が図られています。また、施設サービス計画書の支援内容に沿ったサービス提供と実施状況を記録より確認することができました。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報保護規程および個人情報に関する基本方針が定められ、個人情報の取り扱いについてマニュアルに基づいた年1回以上の研修の開催を通じて、職員への周知が図られています。今後は、個人情報をはじめとする、委員会の記録や利用者に関する書類の整理をしていくことが期待されます。 		

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
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)	非
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

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 入所前の事前面談での利用者や家族からの聞き取りをはじめ、3か月に1回行われるモニタリングにおいて、利用者が望む暮らしの方や心身状態から必要となる具体的な支援内容の検討が行われています。 ○ 施設内での日常生活においては、お皿拭きや洗濯物たたみなどの家事作業や歌謡番組の鑑賞や塗り絵、創作活動といった、利用者一人ひとりに合わせた、多様なプログラムが提供されています。 ○ 利用者へのコミュニケーション手法として、ホワイトボードを活用した筆談や日常的な動作をジェスチャーで伝える取り組みが行われています。また、発語が困難な利用者に対しても、居室を訪問する回数を多くしたり、手を握るなど適度なスキンシップを通して、利用者とのコミュニケーションが確保されています。 	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		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。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 安全対策研修会のなかで過去にあった高齢者の権利侵害における判例をもとに、利用者の権利が脅かされることがないように、施設全体での共通理解が図られています。また、身体拘束委員会の定期的な開催において、施設内の現状や身体拘束をしないための支援内容の検討が行われています。 ○ 現在行われている検討会議は随時となっていることから、職員への周知徹底をしていくためにも、今後は、権利侵害の防止に向けて検討する機会を定期的に設けていくことが望まれます。 	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

特記事項

○	外部清掃業者への施設内清掃とともに一定の空調管理が施され、利用者が快適に生活するための配慮がうかがえます。
○	利用者がこれまで大切にしてきた過ごし方ができるよう居室内の持ち込み備品についても大きく変えることのないよう工夫されています。
○	廊下には利用者同士がくつろげるよう椅子やソファが備え付けられたり、家族との交流スペースでは自動販売機やカラオケの機材など、家族と交流しやすくなるような工夫がうかがえます。

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
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
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
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
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。	b
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a

特記事項

○	入浴委員会を中心としながら、利用者の意向や心身状況の把握とともに、入浴形態の検討や入浴前のバイタル測定、脱衣室と浴室の温度差が少なくなるように工夫されています。
○	入浴形態では、個浴、機械浴（椅子浴）、特殊浴（臥床式）が設置され、利用者一人ひとりにあつた入浴形態を備えられています。
○	利用者のADL（日常生活動作）や意向に合わせて、トイレ誘導をおこなったり、おむつの着用、パットの交換など利用者一人ひとりにあつた、排泄支援が行われています。また、可能な限り、トイレでの排泄がおこなえるよう夜間と日中の排泄方法を変更したり、安易なおむつを使用しないよう排泄委員会を中心に利用者一人ひとりに合わせた排泄方法の検討が行われています。
○	車椅子による移動や杖による歩行、歩行器を使用しての移動など多様な移動方法や支援内容が利用者一人ひとりに応じて設定されています。また、機能訓練指導員が介入し、専門的な視点から利用者にあつた最適な移動方法を助言してもらえる体制となっています。
○	毎月3回の訪問美容の機会があり、毛染めや化粧品など利用者の個性や好みを尊重しながら利用者がおしゃれを楽しむための支援が行われています。
○	今後は、理美容に関する情報提供をさらに充実した形で利用者へ提供していくことが期待されます。

		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
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
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

特記事項

○ 温かいものは温かく、冷たいものは冷たく適温適食の観点から、色合いにも工夫された食事提供が行われています。
○ 栄養士を中心とした食事の栄養価について、厨房職員との連携や残食の管理などを分析されています。また、食事を楽しむことができるよう、食卓に花を生けたり、選択メニューを取り入れるなど、食事を美味しく食べられるよう様々な工夫が行われています。
○ 咀嚼嚥下機能の低下に伴う、食事形態の検討をはじめ、視力低下に伴う、食事内容および配膳位置について、利用者にわかりやすい言葉を使いながら、声かけが行われています。また、利用者一人ひとりに応じた福祉用具の活用を通して、利用者の持てる力を使いながら食事が摂れるよう支援されています。
○ 食事前の嚥下体操の実施や訪問歯科医による往診により、助言および指導が受けられる体制となっています。また、食後の口腔ケアが行われています。

		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

特記事項

○ 褥瘡対策マニュアル及び褥瘡発生予防に関する指針があり内容に基づいて褥瘡に発展する可能性のある発赤時の対応（予防処置）や体位交換などに取り組まれています。現時点で褥瘡がある利用者はおられませんが、栄養価での改善が必要な利用者に対しては、付加食の提供により褥瘡予防に努められています。

		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

特記事項

○ 栄養が必要な利用者への対応が行えるよう喀痰吸引が実施できる職員を一定数確保する為に、研修受講の機会が確保され、喀痰吸引および経管栄養が介護職でも実施できるよう体制を構築されています。

		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

特記事項

○ 機能訓練指導員による適切な助言が受けられる体制にあり、ラジオ体操やリハビリ体操などが施設サービス計画書に位置付けられ、利用者の身心状況に合わせた介護予防活動が行われています。		
-------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		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

特記事項

○ 認知症における過去の生活背景を考慮しながら、アセスメントシートに利用者が自ら行える事や出来ないことなど詳細な情報収集とともに、利用者の尊厳を大切にしながら、BPSD（行動・心理症状）の軽減に向けた支援が行われている事がうかがえました。		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		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

特記事項

○ 急変時の対応は、看護師への24時間の連絡体制が整備され、日々のバイタル測定の数値との異変に気付けるよう、日々の様子観察とともに、看護師や主嘱託医との連携を通して、迅速な対応が行える体制と手順の確立が図られています。		
○ 誤薬を防ぐために、二人体制での確認が行われています。		

		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

特記事項

○ ターミナルケアに関するケアマニュアルが整備され、終末期の考え方やおさえるべき視点をはじめ、具体的に高齢者が最期を迎える経過とその対応方法が明確に示されています。		
○ コロナ禍により、最期を迎えられる利用者に対しては、家族の面会や一緒に時間を過ごせるよう、施設内での環境整備とともに、利用者の家族に配慮した取り組みが行われています。また、看取りを行った後には、施設内での終末期ケアに関する定期的な研修が行われています。		

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

特記事項

○ 毎月利用者を担当する職員の手によって、写真付きの手紙が作成され、利用者の施設での生活状況について報告を兼ねて、請求書とともに発送されています。コロナ禍による、つながりが少なくなるなか、継続的に行われている取り組みです。
○ その他、アンケート調査を年に1回行ったり、介護計画の見直しの際にも、介護計画に反映するための聞き取りも行われています。

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。	b
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
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。	a

特記事項

○ コロナ禍による、外出制限があるなか過去には近隣の入浴施設や商業施設への外出が積極的に行われていました。
○ 今後は、外出や外泊中をはじめ、急変など不慮の利用者の状態変化が起こった場合を想定したリスク管理とともに施設の連絡窓口を伝える取り組みが望まれます。
○ 家族からの手紙が届いたり、家族からの電話が入った場合には、利用者へ取り次いだり、手紙を返信する支援を行うなどの支援が行われています。
○ 新聞や雑誌を定期購読される方もおられたり、併設する他事業所の利用者が読み終えた新聞や雑誌を提供したり、利用者のニーズに応える支援が行われています。また、テレビのチャンネルについても、利用者がいつでも変えることができるよう、利用者の手の届く範囲に配置されています。

