

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すいせんホーム (従来型)	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 榮慎吾	定員（利用者人数）：50名
所在地：兵庫県南あわじ市賀集野田764	
TEL 0799-53-0030	ホームページ： https://awaji-yasuragi.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成6年5月1日
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人淡路島福祉会
職員数	常勤職員：28名 非常勤職員：13名
専門職員	施設長 1名 看護職員 1名
	生活相談員 1名 介護職員 12名
	介護支援専門員 1名
	管理栄養士 1名
	看護職員 4名
	介護職員 20名
施設・設備の概要	(居室数) 個室(16室) 2人部屋(9室) 4人部屋(9室) (設備等) ベッド・テーブル・クローゼット ナースコール・エアコン・洗面台

③理念・基本方針

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に

1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

・広く社会福祉事業を展開する社会福祉法人淡路島福祉会が運営する、島内で長い歴史のある施設である。市や島内の各種連絡会・ネットワークと連携し、地域福祉の拠点としての役割を継続して果たしている。法人内の居宅介護支援事業所や施設内の在宅介護支援センターと情報共有し、地域の福祉ニーズの把握に努めサービス提供につなげている。

・ノーリフティングケアを導入し、事業計画にノーリフティングケア推進計画を位置付け、推進計画をもとに、毎月、実践研修を実施している。ノーリフティングケア推進委員会を毎月開催し、体制整備・職員教育・福祉機器の管理運用・ケアプランの立案等について協議し、利用者・職員双方の安全確保・負担軽減に取り組んでいる。

・多様な職員（短時間パート・シニア層・外国人スタッフ・障がい者等）を雇用し、研修体制を整備することで、人員体制の整備・充足、職員の質向上と連携を図り、介護サービスの質向上に向け取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4 年 8 月 8 日 (契約日) ~ 令和 5 年 1 月 25 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

・ダイルームは広く開放的で見通しが良く車椅子移動に十分な動線を確保している。自然光で明るく清潔感があり、様々な形のテーブルやソファで、1人席・少人数席・グループ席・テレビ席を配置し、利用者が思い思いの場所でくつろいで過ごせる環境作りを行っている。居室は個室・2人部屋・4人部屋があり、全居室に洗面台・クローゼット・ベッドを設置している。多床室は障子とカーテンでプライバシーが保持され、光や音等の刺激で不快や混乱がないよう配慮している。使い慣れた物や好みの物が持ち込まれ、自宅同様に安心して過ごせるよう支援している。浴室は一般浴・座位浴・機械浴・寝台浴の設備があり、利用者の身体状況に応じて安全・快適に入浴できるよう支援している。PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントが機能し、多職種の専門職者が連携し、利用者個々の心身状況に応じた個別支援に取り組み、記録類も整備されている。

・施設の給食センターで調理した食事を、個々の状況に応じた食事形態にして、温冷車で運び適温で提供している。献立に月初の赤飯特別メニュー・季節の食材・行事食等の工夫があり、トレイに季節の敷き紙を敷が敷かれ、朝食は和食・パン食・パンの種類・飲み物の種類が選べる等、食事が楽しめる機会作りを行っている。毎月の給食検討委員会・年2回の嗜好調査等で、利用者の意見や希望を献立に反映させるよう取り組んでいる。

・法人内・施設内に各種会議・委員会の体制を整備し、各会議・委員会の役割や機能、連携体制を明確にしている。施設内で、役職別・職種別・部署別の会議、各種委員会が定期的で開催され、責任者会議で情報共有と必要な検討を行い、その結果を施設全体で共有できるように取り組んでいる。施設長・生活相談員・介護支援専門員・管理栄養士・看護職員・介護職員等の専門職者が、適宜、各種委員会・部署会議に参加して評価や検討を行い、職種・委員会・会議間で連携を取り、利用者個々の心身状況に応じた専門性の高い支援を行っている。

・法人の新人研修・施設内でのOJT・職場内研修・外部研修・ノーリフティングケア研修・法人スキルアップ研修等により階層別・職種別・テーマ別研修の機会を確保し、人事考課制度・個人目標管理制度・キャリアパスフレームを整備する等、職員の資質向上に計画的・継続的に取り組んでいる。事業計画に「働きやすい環境の整備」を掲げ、人員体制・職場環境の整備、福利厚生の実施等働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

・通常は、施設の広い交流スペースを活用し、「アートハウスすいせん」活動（作品展・演奏会等）や施設の秋祭り等の機会に地域交流を行い、シニア層・認知症サポーター・中学生向けの各種講座の開催、出前講座・出張相談、実習生・ボランティアの受け入れ、地域の祭りへの職員協力等地域貢献に取り組んでいる。コロナ禍のため活動は縮小しているが、地域の各種連絡会・ネットワークと連携し、独居高齢者への配食サービス・福祉避難所協定・離島への車両提供等を継続し、コミュニティーカフェの設立を計画している。

◇改善を求められる点

大きな改善点はありません。取り組みの実施状況が明確になる記録の整備等、更なる向上に向け取り組まれることを期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審することで、サービスが自己満足に終始すること無く「より良いケアとは何か」を考える機会となり職員の意識向上に役立ちました。
また、受審するにあたり自己評価したことで分かった施設の強みや課題、評価機関からいただいた助言をもとにこれから改善に向けて取り組んで行く様々なことが、ご利用者の満足につながると思います。
今後も定期的を受審し、事業運営における具体的な改善点を把握し、福祉サービスの質の向上に結びつけていきます。

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。

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> 法人の理念・基本方針を、ホームページ・総合パンフレット・広報誌・事業計画等に記載している。理念は法人や施設の方針を明示し、3項目の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。介護職員室等への掲示、毎日の朝礼や部署ミーティング、月1回の部署会議での唱和により、職員の周知を図っている。年度初めの責任者会議や各部署会議等で、施設長が理念・基本方針とそれに基づいた年間の方針を説明し、理解を深めている。人事考課の項目に「理念の理解」を設定し、年2回の自己評価と面談で周知と実践に向け継続的に取り組んでいる。家族には、理念を広報誌の表紙に記載し、年に2回発行し配布している。コロナ禍以前は、年度初めの家族会で理念・基本方針を記載した事業計画を配布して説明していた。		

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> 淡路ブロックの老人福祉施設長会・老人福祉事業会等が開催する会議や研修への参加、近畿ブロック・全国老人福祉事業協会等からの情報提供等により、社会福祉事業の動向の把握に努めている。南あわじ市等の福祉計画を管理者層の職員が共有し、法人内の施設・施設内の事業所・地域の関係機関との連携により、地域ニーズ等の把握に努めている。毎月「事業実績表」を作成し、利用者の推移・利用率・収支等の分析を行い、毎月開催する法人内の「幹部運営委員会」で共有している。		
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「幹部運営委員会」の中で四半期毎に「業績報告会」を行い、「資金収支実績管理内訳表」をもとに、法人が契約している会計士が経営課題を明確にしている。「業績報告会」には役員（副理事長）の出席があり、課題を共有している。課題については、責任者会議で共有し、責任者が内容に応じて各部署や各委員会で報告し改善に取り組んでいる。進捗状況を責任者会議で共有しながら、継続的に改善に向け取り組んでいる。電気・水道料金等の推移や排泄用品の発注状況を把握できる表を作成し、経費削減を図る等、職員が参画し具体的に取り組んでいる。		

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>法人が「中期経営計画2021」を策定し、今後5年間の理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、経営課題等の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。目標として6項目を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。年度末に検証し、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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>法人の中期経営計画をもとに、単年度事業計画を策定し、施設長方針・専門職別方針とともに、会議・委員会・行事等の運営体制、施設営繕（防犯カメラの導入等）・職員研修・家族や地域社会との連携等、実行可能な具体的な内容になっている。ノーリフティング推進計画の月別明記や、項目ごとに表を活用する等、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>事業計画ファイルを部署内に設置し、責任者が部門会議で説明し職員の周知と理解を図っている。年度末の各部門会議で職員の意見を集約して、施設長が事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。</p> <p>事業計画について、計画期間中に定められた時期、手順にもとづいて実施状況の把握と評価を行い、評価結果にもとづいて見直しを行うことが望まれる。</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、玄関に設置している。通常は家族会で配布して主な内容を説明し、参加できなかった家族には郵送し周知を図っている。家族会が開催できない年度は、全家族に郵送している。利用者の参加を促す観点から、月ごとの行事活動予定や、クラブ・出張サービス・ボランティア活動等を明示している。また、家族の参加を促す観点から、月ごとの「行事・喫茶・クラブ計画」に「家族交流行事」を明記して家族にも参加を募っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護計画の作成・人事考課制度・目標管理制度・各種会議等を活用し、PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質向上につなげている。年1回、情報の公表制度・チェックリストの評価基準にもとづいた自己評価を行っている。評価結果は、責任者会議・各部門会議で共有する仕組みがある。今後も、第三者評価の定期的な受審を計画している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>チェックリストによる自己評価の結果、課題があれば文書化して責任者会議で共有し、責任者が各部門会議で報告し、改善に向け取り組む仕組みがある。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は経営・管理に関する方針と取り組みを、令和4年度施設長方針（事業計画）として明確にし、年度初めの責任者会議で説明している。責任者は部門別会議で配布・説明するとともに、事業計画書ファイルを各部門詰め所に設置して周知を図っている。「職務分掌（職種別業務項目表）」に、施設長の役割責任を定め、配布・説明とともに事務所内に設置し周知を図っている。有事における施設長不在時は、消防計画の「自衛消防隊編成表」・「運営規定」で、権限委任を明確化している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は経理規定・職務分掌等をもとに、利害関係者と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会の淡路ブロック施設長会や青年部会、行政連絡会、県の介護報酬説明会や集団指導等の研修に参加して幅広い分野の法令理解に努め、法令遵守に取り組んでいる。法人新入職者研修・内部研修等で、職員が遵守すべき法令等について学ぶ機会を設け、守秘義務について誓約書を交わす等具体的な取組を行っている。</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。	a · b · c
<コメント> 施設長は、第三者評価の受審、情報の公表制度や県のチェックリスト、嗜好調査等の活用努めるとともに、各種会議、各種委員会体制を整備して参画し、定期的に福祉サービスの質の現状について評価・分析を行っている。各会議・各委員会で職員の意見を集約し、質の向上に向け取り組んでいる。令和4年度研修計画（キャリアアップ支援計画）に沿って、職場内研修・法人内研修・外部研修と資料回覧による伝達研修等を活用し、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。	a · b · c
<コメント> 施設長は、法人の事業実績報告会等に参加し、毎月の施設月次報告に基づいて、労務・財務等の分析を行い、分析結果に基づいて、責任者会議で経営改善・業務の実効性向上に向け取り組んでいる。施設内に、責任者会議・部門別会議等の会議体制を構築し、職員の意見・提案等の把握に努めている。職員勤務実績表で毎月の人員配置状況を確認し、シニア層の積極的な採用や外国人労働者の雇用等で、余裕ある人員配置に努めるとともに、パート職員の柔軟な勤務時間調整や職員間のコミュニケーション形成を図り、働きやすい環境整備に取り組んでいる。		

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。	a · b · c
<コメント> 必要な福祉人材や人員体制について運営規定に、人材の確保と育成方針について法人の「中期経営計画2021」・令和4年度施設長方針に明示している。「加算要件シート」に基づいて、専門職等必要な人員体制について充足度等を確認している。幹部運営委員会で必要な人材確保計画を検討し、法人事務局と連携して人材派遣会社・就職フェアへの参加・職員紹介制度・ホームページ・市のシニア応援プロジェクト等を活用し、余裕ある人材確保に向け採用活動を実施している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<コメント> 期待する職員像を、職員倫理要綱で明確にしている。就業規則・人事考課制度要綱で人事基準を明確にし、入職時配布・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。個人目標管理制度と連動させた人事考課制度を導入し、各職種・階層に応じた一定の評価基準により「共通要素評価表」「専門要素評価表」に基づいて、専門性・能力・成果・貢献度等の評価を実施している。地域の情報や、職員への「給与・賞与についてのアンケート」・会議・個人面談等で把握した職員の意見・提案等を基に、幹部運営委員会で処遇について評価・分析し、改善への取り組みを継続している。キャリアパスフレームを整備し、職員が目標をもって将来の姿を描くことができる仕組みづくりを行っている。		

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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>総合的な労務管理は法人が行い、施設内の労務管理に関しては職務分掌で、施設長の職務として定めている。勤怠システムと書面（時間外勤務命令簿等）で就業状況を把握し、毎月実績一覧表で法人と共有している。日々の健康チェック・健康診断・腰痛検査を実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。腰痛予防のために、ノーリフティングケアを推奨している。法人として安全衛生委員会を設置し、ストレスチェック・メンタルヘルス研修を定期的実施している。考課者による定期的な面談、介護主任・生活相談員による随時の相談対応、また、直接施設長や法人本部（総務課長）、嘱託医・産業医への相談窓口設置等、職員が相談しやすい体制を整備している。職員の意見に基づきコロナ特別休暇を採り入れ、また、再雇用制度・半日単位有給制度・県及び県社協の退職金制度への加入・指定医療機関での受診時診療費補助等総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。事業計画に「働きやすい環境の整備」を掲げ、ハラスメント防止・時間外労働の削減等、計画的に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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>「目標設定申告書」（全職員用）に職員個別の「期待する職員像」を明確にし、目標管理体制を整備している。年度初めの目標設定時に、目標期限を1年とし、考課者が目標の水準や内容が適切であるかを確認し、必要に応じて助言等を行っている。半期ごとに考課者が個別面談を実施し、目標に対する進捗度・達成度等について相互確認を行う機会を設け、年度末にフィードバック面談を実施して、年度初めに設定した目標の達成度に対する評価を伝え、次年度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>運営規定に組織が必要とする専門資格を、職務分掌に求められるスキルを、研修計画に求められる知識を明示している。職場内研修実施後や外部研修受講後は、適宜、報告書・資料などをファイリングし保管している。研修計画に研修を実施する各担当者や委員会を明示し、研修報告書をもとに意見・感想・成果等の分析を行い、研修計画・研修内容や資料の評価、見直しを行っている。</p> <p>事業計画の中に職場内研修計画・外部研修計画・ノーリフティングケア推進計画を策定し、状況に応じて、実施月を変更したり、実施方法を工夫して実施している。研修計画以外にも、法人内の委員会や施設内の委員会が主催して、随時研修を実施している。計画にもとづいた研修実施、計画以外の研修実施が明確になる実施記録の工夫が望まれる。また、年間の研修の実施状況を明確に把握し、次年度の研修計画の策定に反映することが望まれる。</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「受講・資格一覧」を作成し、経験年数や水準・知識、専門資格を明確にしている。法人のオリエンテーション実施要項に沿って、法人が新人研修を実施している。施設への配属後は、到達度チェックシートに沿って介護主任が中心となってOJTを行い、自己評価・評価者評価で習熟度を確認している。職場内研修・外部研修・ノーリフティングケア研修・法人スキルアップ研修等、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等の機会を確保している。外部研修の受講案内を回覧して希望者を募り、また、該当者には受講を奨励し、旅費規程に沿って参加支援を行っている。外部研修の「研修参加表」を作成し、研修機会の公平性の確保や職員個々に応じた研修参加ができるよう取り組んでいる。</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>例年は、教員免許取得の実習生受け入れがある。実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・受け入れ担当・オリエンテーション内容等を明示している。個人情報保護については、学校が誓約書を準備している。実習担当職員がマニュアルを理解し、学校のカリキュラムに沿って実習を実施している。実習期間中に、実施状況の説明や情報交換を行い学校と連携して実施している。</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>ホームページを活用し、法人理念・基本方針・サービス内容・決算情報・中長期事業計画等を公開している。施設の事業計画・事業報告は施設玄関に公開用ファイル設置して公開している。第三者評価受審結果はWAMネットに公表している。苦情相談体制（苦情相談対応マニュアルより抜粋）は、玄関に掲示し公表している。ホームページの活用と共に、関係機関との連絡会への参加を通して、法人や施設のビジョン・役割等について、地域に伝えている。広報誌を、居宅介護支援事業所・医療機関等へ配布し、法人・施設で行っている活動や理念・基本方針等を地域に向けて発信している。ホームページへの掲載等により、苦情・相談の体制や内容、改善・対応の状況について公表することが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>経理規定・決裁規程等に、法人の事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、入職研修時、必要に応じて各種会議での説明、規定類の事務所への設置等により周知している。職務分掌に施設内での権限・責任を明確にし配布により周知している。法人で、会計事務所・弁護士・社会保険労務士等外部の専門家と委託契約を結び、必要に応じ相談して助言を得る体制がある。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。法人として、業務・取引等について定期的に監事監査を実施し監査結果を公表している。また、法人の事務局が、システム内で経理、取引等について内部監査を実施している。外部監査の活用により、事業・財務等に関するチェックを定期的に行い、指導や指摘事項にもとづいて、幹部運営委員会が主導して経営改善に取り組んでいる。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を掲げ、地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。社会資源や新聞・市の広報誌等地域の情報を、フロアへの設置・掲示等で利用者に提供している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。通常は、地域の敬老会・中学校の体育祭・高校の文化展等に、利用者が参加できるよう職員の支援体制を整えている。地域大学生ボランティアによる地域行事（祭り等）への同行支援を受けていた。「アートハウスすいせん」活動（絵画展等地域のサークル活動に事業所のスペースを提供し利用者等と交流している）・保育園児・カラオケクラブの来訪等を通じて、地域の人々と利用者の交流機会を設け、施設や利用者への理解が得られるよう努めている。個々の利用者のニーズに応じて、地域の医療機関への通院同行や、例年は理美容、買い物、外食等は地域の社会資源の利用などを支援している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>令和4年度は、トライやるウィーク、通常は、高校生のインターンシップ、サマーチャレンジ等のボランティアを受け入れ、学校教育への協力を行っている。また、館外清掃活動、家事支援（洗濯物たたみ・衣類の縫い付け等）、市の思いやりポイント制度を利用した会員活動等、各種ボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、「理念の理解、交流機会の確保」という基本姿勢を明示している。マニュアルに、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にし、オリエンテーション時にボランティアへ注意事項等を説明し、守秘義務について誓約書を交わしている。マニュアルに学校教育等への協力基本姿勢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>医療機関・居宅介護支援事業所・高齢者施設・行政機関等地域の社会資源連絡先ファイル「電話帳登録」を職員事務所に、「医療機関」リストを2階職員室に設置し、利用者や職員間で共有している。淡路ブロック老人福祉事業協会施設長会・行政連絡会・地域ケア会議・南あわじ市ほっとかへんネット等の定期的な連絡会に参加し、独居高齢者への配食支援（配食サービス）等共通の問題に対して、解決に向けて協働して取組を行っている。「南あわじ市ほっとかへんネット」では、災害時の高齢者見守り支援体制の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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	○ a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>通常は、施設の秋祭りへの地域住民招待・地域の老人会来訪時・「アートハウスすいせん」活動等、施設の交流スペースを活用し、地域住民と交流している。シニア層向け福祉講座・認知症サポーター養成講座・近隣中学での介護技術講座（車いすの使い方等）等、施設の専門性や特性を活かし、地域の住民等が参加できる活動を行っている。事業所での相談対応、施設として出前相談・出張相談等多様な相談支援活動を行っている。市と災害時の福祉避難所として協定を結び、水・食料の備蓄を行う等、災害時の地域における役割について確認している。また、AEDを設置し、受付カウンターにステッカーを掲示している。「アートハウスすいせん」活動を通じて、演奏会・作品展示会開催や、社協祭りへの職員参加、離島への災害時通院用車両の提供等、地域の活性化や地域貢献に努めている。</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。	○ a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>福祉講座や認知症サポーター講座の開催（通常）、相談支援事業、淡路ブロック施設長会や地域ケア会議等地域の関係機関との連携や情報交換の中で、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握した福祉ニーズにもとづいて、配食サービス・福祉避難所としての協力・コミュニティーカフェの設立等を中期経営計画に明示し、在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所と連携して継続的に取り組んでいる。</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
<コメント> 利用者尊重の姿勢を、基本理念・職員倫理綱領・各種介護マニュアルに明示し、研修や会議等を通して共有と実践に取り組んでいる。職場内研修の年間計画に入れ、倫理・接遇・プライバシー保護・虐待及び身体拘束・認知症ケア等、利用者尊重や基本的人権への配慮についての研修を実施している。「虐待・身体拘束ゼロ推進委員会」を毎月実施し、また、人事考課の評価項目にも入れ、定期的に状況の把握・確認を行い、必要な対応を行う仕組みがある。		
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
<コメント> 「プライバシーマニュアル」「虐待防止マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」を整備し、各種「介護マニュアル」にプライバシーへの配慮事項を記載し、職場内研修の年間計画をもとに研修を実施している。パーテーション、多床室の間仕切り、カーテンの設置等、利用者のプライバシーが守れる設備の工夫を行っている。契約書・重要事項説明書に、プライバシー保護と権利擁護についての施設の取り組みを記載し、利用者・家族に契約時に説明している。「虐待身体拘束ゼロ推進委員会」を毎月開催し、不適切な対応がないかを確認し、プライバシー保護・人権擁護に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、「虐待発見時対応のフローチャート」に明示している。		
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
<コメント> ホームページを整備し、パンフレット・広報誌を病院等の関係機関・居宅介護支援事業所等に配布し、基本理念・サービス内容・施設の特長等について広く情報提供している。施設を紹介するホームページ・パンフレット・広報誌は、言葉遣い・写真・絵・図等を使用しわかりやすく工夫されており、適宜見直しを行っている。入居希望者には見学や体験利用（ショート利用）に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。時期に応じて、スマートフォンを活用したリモートでの施設内見学や、写真の資料による説明等、工夫している。		

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、契約書・重要事項説明書・リスク説明・指針・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。料金表・写真の資料等を活用し、また、看護師・管理栄養士からのオリエンテーションもあり、質問や理解を確認しながらわかりやすい説明に努めている。利用者・家族同席での説明を基本とし、家族不在の場合は代理人等の同席を依頼し、適正な説明・運用を図っている。契約内容の改定の際は、改定前・改定後を対比表でわかりやすく説明し、文書で同意を得ている。</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>サービス終了の際は、重要事項説明書の「契約の終了に伴う援助」に沿って支援している。サービスの終了は入院か看取りによるものであり、入院の際は看護サマリー・インテークシート・ケース記録等で情報提供をしている。サービス終了後も、入居中と同様に重要事項説明書に記載した相談窓口で対応することを説明し、必要に応じて、生活相談員が名刺を渡している。</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>半年に1回ケアカンファレンスを実施し、利用者・家族の満足を個別に把握する機会を設けている。年に1回、施設長・各専門職の職員が参加し、家族会を開催している。(コロナ禍のため休止) 年に1回、聴き取りで「食事嗜好調査」を実施している。担当者を管理栄養士とし、集計結果を施設の食事会議・責任者会議で共有し、法人の給食業務検討委員会で検討し献立や調理法に反映している。今後は、生活相談員を担当者とし、利用者満足度調査を実施する予定である。コロナ禍により利用者・家族の満足を把握する通常の実施が困難であるため、計画している満足調査の実施等、取り組みの工夫が望まれます。</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>解決責任者、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。苦情相談窓口を重要事項説明書に明記し、説明し配布している。施設玄関スペースに掲示し、閲覧ファイルにも綴じている。利用者にはケース担当職員の設置、介護職員・看護職員とのコミュニケーションと共に多職種職員の巡回により、家族には「ご意見箱」の設置、通常は家族会の開催等、苦情を申し出しやすいように工夫している。苦情は「苦情相談受付対応票」に記録し、回覧により迅速に共有すると共に、緊急会議や責任者会議で共有し再発防止に取り組んでいる。閲覧ファイルに「苦情・相談マニュアル」「苦情解決対応フローチャート」「苦情・要望公開ファイル」を綴じ、玄関に設置し公開している。苦情事例は、施設内では責任者会議や各部門会議で、法人内では「入所施設事業連絡会」で報告して検討し、サービス質の向上につなげる仕組みがある。</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>苦情相談窓口を重要事項説明書に明記し、契約時に利用者・家族に説明し、施設玄関スペースに掲示している。居室・1階共有スペース・会議室・小会議室など、相談しやすい、意見を述べ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>法人共通の「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、法人の「入所施設事業連絡会」で年に1回見直しを行っている。介護・看護職員が日々コミュニケーションをとり、生活相談員・介護支援専門員・管理栄養士・施設長など多職種の職員が巡回中に声をかけ、利用者が相談しやすい環境づくりに努めている。ケース担当者の設置・食事の嗜好調査（聴き取り）・（コロナ禍以前、可能な利用は）サービス担当者会議への参加等、利用者の意見を把握する取り組みを行っている。意見・要望・相談はケース記録に記録し、内容や対応をシステム内の申し送りでも共有し、迅速に統一した対応に努めている。個別の内容には個別に対応し、嗜好調査の結果や家族面会についての要望等共通の内容については、各部門会議で検討し対応している。</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 . c
<p><コメント></p> <p>施設のリスクマネジメントに関して、「事故防止検討委員会」を設置し、責任者を施設長とし体制を整備している。生活相談員と介護主任が安全対策担当者研修を修了し、安全対策担当者として配置されている。「事故発生防止のための指針」を整備している。インシデント事例はケース記録に、アクシデント事例はアクシデントレポートとケース記録に、発生要因・対応・対策・経過等を記録している。毎月、「事故防止検討委員会」を実施し、インシデント・アクシデントを一覧表にまとめ、責任者会議・グループ会議でも共有し再発防止に取り組んでいる。法人の「ケア業務委員会」でも、各施設の事例を共有し再発防止策を検討している。再発防止策の実効性については、「事故防止検討委員会」で検証している。</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 . c
<p><コメント></p> <p>感染症対策について、法人では「看護業務検討委員会」を、施設では「衛生管理感染対策委員会」を設置し、施設内の責任者を施設長としている。「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針」「コロナ発生時マニュアル」を整備している。指針に沿って感染症予防策を講じ、各種チェック表により、職員の健康状態・居室の清掃・温湿度の管理を行っている。感染症の発生時には、指針とフローチャートに沿って、感染予防策の強化と隔離により対応することとしている。感染症によるクラスター発生を想定した訓練を、年2回実施している。「衛生管理感染対策委員会」内での実施も予定している。指針・マニュアルに関しては、定期的（年1回以上）の検証・見直しが望まれます。</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
<コメント> 「消防計画」に火災時の対応体制を、「水防法・土砂災害防止法に係る避難確保計画」に立地条件を考慮した災害時の対応体制を明示している。BCPも作成している。利用者は施設内での避難を基本としているが、避難所での避難時を想定し安否確認用の名札を準備している。職員は、緊急連絡網で電話による安否確認することとしている。食品や備品の備蓄リストを作成し、食料は管理栄養士が、備品は防火管理者が管理している。「消防計画」に、年2回総合訓練、年1回消火訓練を計画している。令和4年度は、消火訓練と夜間想定総合訓練を実施し、年度内に昼間想定総合訓練と災害訓練を実施する予定である。通常は、年1回は訓練に消防署の立ち合いがあり連携している。訓練前に防災委員会が、実施方法を検討し日程表（レジメ）を作成している。		

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
<コメント> サービスの標準的な実施方法が「介護マニュアル」に文書化されている。「介護マニュアル」の各項目に、利用者尊重・プライバシー保護に関する配慮事項が明示されている。法人の新人研修で、マニュアルに沿った介護技術研修を行っている。配属後のOJT研修でも介護技術研を行い、「到達度チェックシート」に沿って各部署の介護主任が中心となり習熟度を確認している。その後は、人事考課の「専門要素評価表」に介護技術の項目を設け、定期的実施状況を確認している。		
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
<コメント> 法人内の「ケア業務検討委員会」が、年に1回、「介護マニュアル」の検証・見直しを行っている。検証・見直しに当たっては、グループ会議の中で、職員の意見・提案を集約し、「ケア業務検討委員会」での検討に反映している。		
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
<コメント> ケアプランの責任者を施設長としている。入居時の「利用者基本情報」「ADL等評価表」をもとにアセスメントを行い、各専門職者の意見を集約してケアカンファレンスを開催し、初回のケアプランを策定している。ケアプランに、利用者個々のニーズを明記している。ケアプランにもとづいた日々のサービスの実施状況は「実施モニタリング表」に記録し、1ヶ月の実施状況は「施設介護支援経過」に記録し把握している。支援困難ケースへの対応についてもケアプランのサービス内容に明記し、統一した支援が行えるよう取り組んでいる。		

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>ケアプランの見直しは、定期的には6ヶ月毎としている。見直しの際は、「ADL等評価表」で再アセスメントを、6ヶ月目の「施設介護支援経過」で評価を行い、各専門職者の意見を集約してケアカンファレンスを開催し検討している。通常は、利用者・家族・ケアカンファレンスに出席した各専門職の職員が参加しサービス担当者会議の開催を基本としている。コロナ禍のため、家族の意向は電話・来訪時・郵送時の返信等で確認している。見直したケアプランは、各部署に配布し内容を共有している。また、毎日、ケアプランのサービス内容に沿った「実施モニタリング表」に記入することでも周知を図っている。利用者の状況の変化等により、ケアプランを緊急に変更する場合も同様の手順で行っている。</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>法人内で統一している「利用者基本情報」「ADL評価表」「ケース記録」等により、利用者の身体状況や生活状況を把握し記録している。「実施モニタリング表」「ケース記録」により、ケアプランにもとづくサービスの実施を記録している。記録の書き方について、記録マニュアルでポイントや注意点を周知すると共に、介護支援専門員が確認して必要時に個別に指導を行っている。毎日の朝礼やグループミーティング、毎月のグループ会議や各種委員会で情報共有を行っている。業務や利用者、また、各種会議や委員会内容での共有事項は、毎日の「申し送り簿」で共有している。パソコン内の共有フォルダでも情報を共有している。</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>法人の個人情報保護規程・文書管理規定に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応・管理責任者等に関する規定を定めている。法人の新人研修・毎年の施設内研修で個人情報保護について研修を行い、入職時に守秘義務の誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し、文書で同意を得ている。</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 入居時に把握した利用者の心身の状況と暮らしの意向等を「利用者基本情報」で共有し、ケアプランに反映して支援している。ケアカンファレンスで利用者個々に応じた生活となっているかを検討し、必要に応じてケアプランを変更する仕組みがある。ケアプランに、自立や活動参加への動機づけ、利用者個々の希望や心身の状況に応じた日中活動への参加等を取り入れている。通常は、各種クラブ活動(音楽・手芸・カラオケ・アロマ)、音楽療法、園芸療法等、複数の活動メニューを設定している。これらの活動はコロナ禍のため休止しているが、グループ単位での季節行事の開催、グループレクリエーション、個別レクリエーション、おしぼり巻き等、利用者が日常生活の中で楽しみや役割が持てるよう工夫している。</p>
<p>A② 入居時に把握したコミュニケーション能力や配慮事項を初回の「ADL等評価表」で把握し、定期的な再アセスメントにより、検討・見直しを行っている。必要に応じてケアプランにも位置付けて、筆談・片側から話しかける等の個別の方法でコミュニケーションを行っている。介助時や巡回時に多職種の職員が言葉をかけてコミュニケーションを図り、会話の不足している利用者も含め、利用者が話しやすい環境づくりに努めている。おやつの時間等、落ち着いて話せる時間も設けている。把握した思いや希望は、ケース記録・グループミーティング等で共有し、支援に活かしている。入職時研修や、職場内研修(接遇・プライバシー保護・虐待拘束・認知症ケア等)の中で、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについての研修を継続的に実施している。</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

<p>権利侵害防止等のために具体的な取り組みを「重要事項説明書」に記載し、契約時に利用者・家族に説明している。「虐待・身体拘束ゼロ推進委員会」を毎月、「虐待及び身体拘束に関する研修」を年3回実施し、また、部署の責任者や他部署の職員が施設内を巡回する等、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。「身体拘束廃止マニュアル」に原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、研修により職員に周知している。「虐待防止マニュアル」の「虐待発見時対応フローチャート」に、発見時の届け出・報告の手順などを明確にしている。権利侵害が発生した場合は、緊急会議を開催して対応や再発防止策等を検討し、「虐待・身体拘束ゼロ推進委員会」で事後の経過を確認することとしている。</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		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

共有空間は広く開放的で見通しが良く、車椅子移動に十分な動線を確保している。清潔感があり、適切な空調管理や換気・消毒により、感染予防に努めている。リビングには様々な形のテーブルやソファで、1人席・少人数席・グループ席・テレビ席を用意し、利用者が思い思いの場所で寛いで過ごせる環境作りを行い、集団活動時には各利用者の意向や相性等を把握して配席に配慮している。居室は個室・2人部屋・4人部屋があり、全居室に洗面台・クローゼット・ベッド（ベッドライト・ナースコール付き）を設置している。多床室は障子とカーテンでプライバシーが保持され、光や音等の刺激で不快や混乱がないよう配慮している。家族の協力を得て使い慣れた物や好みの物の持ち込みに対応し、自宅同様に安心して過ごせるよう支援している。

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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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
入所時に「ADL等評価表」で利用者個々の心身状況や自立度・意向を把握し、ニーズに応じてケアプランに反映している。「入浴チェック表」に利用者個々の入浴形態・方法・配慮すべき点を明記し、統一した入浴支援を行っている。一般浴・座位浴・機械浴・寝台浴の設備があり、状況によりシャワー浴対応、シャワーチェア・滑り止めマット等の福祉用具を活用し、安全・快適に入浴できるよう支援している。「入浴マニュアル」「不適切ケアマニュアル」に基づき、個々の状況に応じた介助方法で尊厳や羞恥心に配慮した支援を行っている。健康状態、入浴拒否時、失禁・汚染等、必要に応じて随時臨機応変に対応している。施設看護師は、入浴前に検温と身体状況の観察を行い、入浴の可否と入浴形態変更を判断し、感染症等を踏まえた入浴順の助言を行っている。

A⑥

入所時に「ADL等評価表」で利用者個々の身心状況や自立度、意向を把握し、ケアプランに反映している。グループ会議や日々のミーティングで介助状況や課題等を検討し、適切な支援方法、排泄用品やポータブルトイレの活用等、現状に適した支援に努めている。「排泄マニュアル」「不適切ケアマニュアル」に基づき、個々の状況に応じた介助方法で尊厳や羞恥心に配慮した支援を行っている。「排泄チェック表」とシステム内のケース記録で尿・便量や状況を職員共有し、必要時は看護師に報告している。自然な排泄を促すために食事量・水分量、運動に配慮して記録に残し、看護師や管理栄養士の助言を得て調整している。トイレは車椅子移動に十分な広さがあり、手すりの設置、カーテン仕切りで安全面とプライバシーが確保されている。ナースコールやセンサーチャイムの活用や、個別に排泄パターンや排泄量を把握した定時誘導で、迅速な対応と不快感の軽減に努めている。

A⑦

入所時に「ADL等評価表」で利用者個々の身心状況や意向を把握し、ニーズに応じてケアプランに反映している。「移動・移乗マニュアル」を整備し、安全面に配慮した環境整備のもと自立に向けた支援を行っている。ケアプランに基づき各種シルバーカー・歩行器・車椅子を利用し、グループ会議や日々のミーティングで利用者個々の介助状況や課題を検討し、現状に適した支援に取り組んでいる。毎月「ノーリフティングケア推進委員会」で利用者・介護者の負担軽減について研修を行い、各グループで資料配布と現場での指導で介護技術の向上を図っている。ナースコール・センサーチャイム、必要時にはセンサーマットを設置し、移動希望に迅速に対応できるよう努めている。

A⑧

起床時と就寝時は更衣し、生活のリズムを整えている。更衣の際は、可能な利用者には衣類を選択してもらい、必要に応じて職員が支援している。衣類の購入の際は、基本的には家族に依頼しているが、状況に応じて職員が購入の代行を行っている。着替えの支援は介護職員が、洗濯や衣類の補修は洗濯担当職員が行っている。

A⑨

月に1回、出張理容サービスがあり、契約時にサービスの内容や料金を説明し、利用希望も把握している。理美容カレンダーを掲示し、カタログを設置し情報提供している。可能であれば利用者の希望を、または、家族の希望を聞き、「散髪予定者一覧表」で業者に伝えている。コロナ過のため休止しているが、通常は、希望に応じて地域の理美容院を利用する利用者もあり、家族が同行し、状況に応じて送迎の支援をしている。

A⑩

「睡眠マニュアル」を整備し、安眠の妨げにならない環境作りと利用者個々に応じた支援を行っている。多床室は光・音の刺激がないようベッドライト調整に配慮し、センサー音は職員事務所で反応するよう設定している。寝付けず落ち着かない利用者には一旦場所を移動して気分転換を図る等、状況に応じて対応している。同室者に影響を及ぼすような場合は、必要に応じて適切な居室替えを行っている。寝具はリース対応しているが、使い慣れた寝具の持ち込みにも対応している。

		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

A⑪

管理栄養士が栄養面に考慮し、定例の月初めの赤飯特別食を含め、季節感や行事を採り入れた献立を作成している。施設の給食センターで調理した食事を、個々の状況に応じた食事形態にして、温冷車で各フロアに運び適温で提供している。毎月給食検討員会で残食状況を確認し、年2回嗜好調査を行い献立に反映させている。お盆に季節に応じた敷き紙を敷いたり、個々の状況に応じた配席に工夫する等、楽しく食事ができるよう配慮している。朝食は和食・パン食・菓子パン食・牛乳・野菜ジュース・コーヒーを準備し、利用者が選択できるようにしている。「衛生管理マニュアル」を整備し、厨房はハサップに基づき衛生管理体制を確立している。

A⑫

利用者個々の身心状況・嚥下能力・栄養面は「栄養・摂食嚥下スクリーニング・アセスメント・モニタリング」で現状把握、課題を抽出し、ニーズに応じてケアプランに反映して支援を行っている。身体状況に適した福祉用具を用いた座位保持、自助具の活用、飲み込みや意向に合わせた食事のペース、食事介助を要する利用者にはマンツーマンで対応する等、心身の負担や誤嚥リスクがないよう取り組んでいる。看護師や管理栄養士の助言を受けて、個々の状況に応じて普通食・刻み食・ミキサー食・ゼリー食等の食事形態で提供し、「トロミ表」で各液体ごとのトロミ量を周知して経口摂取が継続できるよう取り組んでいる。食事中は看護師・栄養管理士が巡回しながら様子観察を行っている。「緊急時対応マニュアル」で事故発生時の対応方法を周知している。介護職員は喀痰吸引研修に積極的に参加し、吸引資格を得ている。利用者個々の食事量・水分量は「食事摂取表」に記録し、管理栄養士が体重変動と照らし合わせて2～3週間から2ヶ月ごとにモニタリング・再アセスメントを実施している。6ヶ月おきに「栄養ケア・経口移行・経口維持計画表」を見直し、必要時は栄養補助食品を採り入れる等の栄養マネジメントを行っている。

A⑬

利用者個々の口腔ケア状況は「口腔一覧」に記録し、課題のある場合には「経口維持加算計画書」を作成し、ニーズに応じてケアプランに反映して支援している。日々のサービス状況は「口腔ケアチェック表」に記録し、毎月「リハビリ・口腔ケア委員会」で利用者個々の口腔機能状況・課題等を検討し、口腔機能の保持・改善に取り組んでいる。今後、協力医療機関から歯科医・歯科衛生士の訪問診療や個別指導を定期的に受けられるよう計画している。

		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・体位交換マニュアル」で標準的な褥瘡予防について職員周知している。毎月「褥瘡対策委員会」で看護師・管理栄養士・介護職員が利用者個々の現状を共有・検討し、連携して予防対策に取り組んでいる。個別対応を要する場合はケアプランに反映させ、利用者の居室に写真入りの処置方法を掲示し、看護師の指導・助言のもとで統一した支援を行っている。看護師が、関連業者等からの情報提供やオンラインセミナーから褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに活かしている。栄養面からの褥瘡予防は「栄養ケア計画書」で栄養管理を行っている。

		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

入所時に「喀痰吸引提供に係る同意書」を得て、医師の指導書に基づき「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書」「施設サービス計画書」に反映し、医師・看護師の指導・助言のもとで利用者個々に適切な支援を行っている。「安全委員会」の設置規定の中で施設長を管理者とし、医師・看護師・管理栄養士を含めた関係職員の安全管理と実施体制を明確にしている。看護師が指導員としてフォローアップ研修や職場内研修で学習の場を設け、年1～2回外部の実務者研修に介護職員が参加して特定行為の資格を取得し、実施体制の充実・強化に取り組んでいる。

		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

入所時に「ADL等評価表」で利用者個々の心身状況や意向を把握し、ケアプランに基づき「機能回復訓練計画書」を作成している。看護師を機能訓練指導員とし、リハビリ委員会では利用者個々の訓練状況・課題について検討し、生活動作に対応した支援に取り組んでいる。実施状況は計画書の目標項目番号に合わせて記録に残している。看護師が3ヶ月おきに「機能回復訓練・ADL評価表」で再アセスメントを実施し、必要時には訓練計画の見直しを行っている。認知症状の変化があった場合には医師・医療機関との連携体制が整備されている。

		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機能、生活歴について「利用者基本情報」「ADL等評価表」で把握し、定期的に「ADL等評価表」で再アセスメントを行っている。利用者個々の対応や留意点をケアプランで共有して受容的な支援に取り組み、経過をケース記録に記録している。職場内研修の年間計画に沿って、「認知症ケアに関する研修」を実施している。共用スペースでは、相性に配慮して配席を工夫したり、一人席やソファ等利用者個々が落ち着ける場所の把握に努めている。家族に馴染みのものの持ち込みを依頼し、居室で落ち着いて過ごせるよう支援している。利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループでレクリエーションや活動に参加できるよう支援している。不穏症状が強い利用者については、経過をケース記録で共有し、看護師が嘱託医に報告し指示を受けたり、専門の医療機関につなぐ等、適切な対応に努めている。

		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) ・ b ・ c

特記事項

「緊急時対応手順・事故対応手順」ファイルで「緊急時フローチャート」「緊急時連絡」「報告基準」等を整備し、体調変化等の緊急時対応手順や家族・医療関係との連携体制を確立している。各グループに専属看護師を配置し、毎日2回の検温、入浴前のバイタルチェック、日々の巡回での様子観察、月1回の体重測定等で健康管理を行い、体調変化や異変の兆候を早期に発見できるように取り組んでいる。年1回、「緊急時の対応について」の職場内研修を実施している。「服薬マニュアル」に基づき、看護師が服薬管理を行っている。看護師が薬ケースに配薬し、看護師と介護職員が服薬チェック表で服薬確認している。

		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

入所時に「看取り介護の指針」「看取りの手順」「看取りを希望される家族へ」に沿って利用者・家族に終末期を迎えた場合の対応についての方針・手順を説明し、「看取り等についての意向確認書」で意向共有している。終末期を迎えた段階で医師からの状況説明があり、施設における対応を改めて家族と共有し、今後の意向を確認している。話し合いの内容はケース記録で職員周知し、希望があれば「看取りに関する同意書」を得て、家族の意向や医療関係者の意見を基に「看取り介護計画」を作成している。年1回「看取り介護について」の職場内研修を実施し、利用者の状況に適した支援に取り組んでいる。

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		
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 ・ c

特記事項

毎月、写真を掲載した「生活状況表」を家族に郵送し、日常生活の様子・健康状態等、利用者の状況を報告している。変化があった時には、電話で迅速に報告している。「緊急連絡先調査票」で把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。ケアプランの見直しの際に、サービスの説明や要望を聴く機会を設けている。通常は、サービス担当者会議を家族参加で開催しているが、コロナ禍のため、電話や訪問時に説明し、電話や郵送時の返信用シートで要望や相談を収集している。家族との相談内容は、「ケース記録」に記録している。通常は、家族会、秋祭り・食事会・外出行事への参加等で、利用者と家族がつながりを持てるよう取り組んでいる。コロナ過のため、時期に応じた短時間面会・オンライン面会・毎月の「生活状況表」の郵送など、可能な方法で取り組んでいる。

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。	○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。	○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。	○a・ b ・ c

特記事項

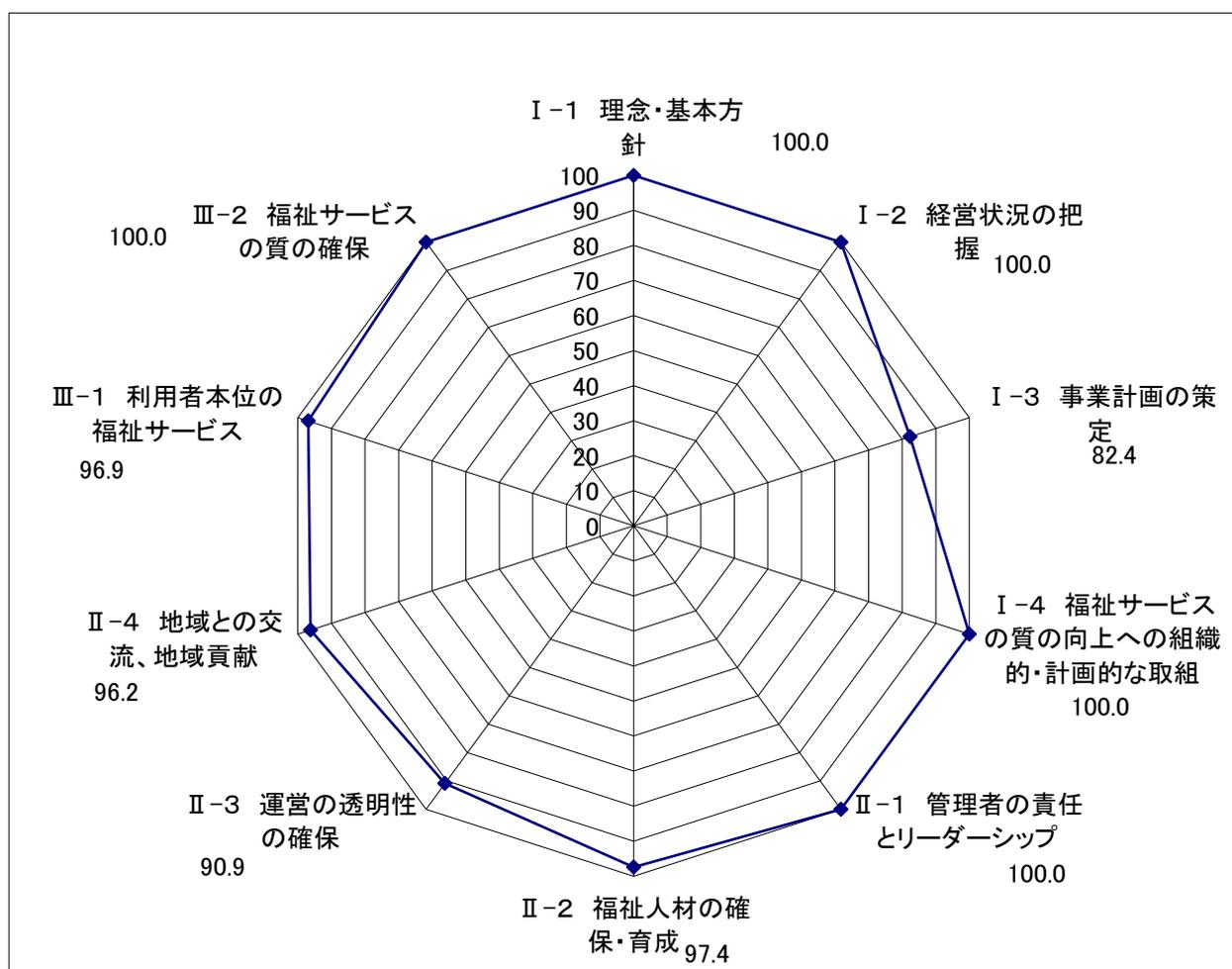
A㉑
通常は、事業計画の行事計画の中に外出行事を計画し、また、個別の希望に沿って個別外出を企画し、職員が同行し外出支援を行っている。外出時には、行事計画の立案・必要時の下見・安全面を考慮した職員配置や看護職員の同行・救急ボックスや携帯電話の持参等、安全確保と不測の事態に備えている。コロナ禍のため、外出は休止している。市の広報誌をラックに設置したり、チラシの掲示や配布等、地域のイベント等の情報を利用者に提供している。

A㉒
利用者個人に届いた郵便物は直接手渡し、プライバシーに配慮している。手紙やはがきを送りたい希望があれば、送れるように準備や支援を行っている。希望があれば、1階の公衆電話を使用できるように支援したり、施設の電話で取り次いでいる。携帯電話の持ち込みも自由である。電話中は職員が距離をとり、プライバシーに配慮している。

A㉓
新聞・雑誌等は施設で共同購入しており、希望があれば個人購入も可能である。テレビ・ラジオ等の持ち込みも可能である。共用空間に複数台テレビを設置し、ラックに数種類の新聞・雑誌を設置し、共同利用が円滑に行われている。

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	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	14	82.4
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	9	100.0
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	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
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	62	96.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合計	227	219	96.5



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	21	100.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	92	91	98.9
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合 計	130	129	99.2

合計(I ~ III + A)	357	348	97.5
-----------------	-----	-----	------

