

様式第1号

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 翁寿園 (地域密着型)	種別：	介護老人福祉施設
代表者氏名：	垣 いくみ	定員(利用者人数)：	18 名
所在地：	兵庫県南あわじ市八木寺内373-1		
TEL	(0799)42-6006	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17年4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： 計 16 名	非常勤職員：	計 10 名
専門職員	(専門職の名称) 施設長 1 名	看護職員	5 名
	生活相談員 1 名	介護職員	5 名
	介護支援専門員 1 名		名
	管理栄養士 1 名		名
	看護職員 2 名		名
	機能訓練指導員 1 名		名
	介護職員 9 名		名
施設・設備の概要	(居室数) 個室18室	(設備等)	ベッド・テーブル・クローゼット
	2ユニット(10床・8床)		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内にある、島内で長い歴史のある施設であり、市との連携や協力関係を構築し、地域福祉の拠点としての役割を継続して果たしている。徘徊対策として24時間継続見守りや独居高齢者への配食サービスの実施、災害時の福祉避難所など、地域共通の課題解決に向けて取り組んでいる。

・ 併設事業所として従来型特養・通所介護・保育所・給食センターを持つ複合施設の利点を活かし、様々な世代との交流・地域との交流・地域貢献が可能な環境である。例年は、地域行事への参加・施設行事での交流・施設スペースの活用・ボランティアや実習生の受け入れ・介護相談対応など、施設の機能を活かした取り組みを行っている。

・大規模改修工事を完了し、快適性、安全性、自立支援、プライバシー確保、QOL（生活の質）を考慮した生活環境を提供している。ユニット型の利点を活かし、家庭的な自宅に近い環境の中で、その人らしい生活が継続できるよう支援している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 4 月 14 日 (契約日) ~ 令和 3 年 7 月 22 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	7 回 (令和 1 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*大規模改修工事を完了し、明るく、清潔感があり、デザインにもこだわった生活環境を提供している。各ユニットの共用スペースは家庭的な雰囲気があり、カウンターテーブル・ソファ・テーブルセットを置き、利用者が思い思いの場所で落ち着いて過ごせるように工夫している。居室に使い慣れた家具や道具等を持ち込み、自宅に近い環境での生活を継続している。ユニット間、併設の従来型特養との行き来も自由にでき、広い生活空間で安全に移動でき、交流できるように支援している。

*利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、「フェイスシート」「ユニット生活習慣調査表」をもとに把握し、利用者個々の意向や生活リズムに応じた生活となるよう支援している。日々のミーティング、定期的な部署会議・サービス担当者会議等で、利用者個々の状況やニーズを共有し現状に即した個別支援に取り組んでいる。コロナ禍のため外部との交流や外出が困難な状況にあるが、日課としての体操・個別リハビリ、おやつ作り、誕生会、散歩、趣味の継続、コンビニエンスストアの訪問販売・お茶の時間のコミュニケーション等、利用者が日中活動に主体的に参加できるよう工夫している。ユニットのキッチンで炊飯・汁物づくり・厨房で調理した食事の盛り付けを行い、メニュー書き・エプロンたたみ・洗濯物たたみ等家事参加を支援し、生活感を大切にし、日常生活の中で役割づくりを行っている。

*法人内、施設内に会議・委員会の体制を整備し、各会議・委員会の役割や機能、連携体制が明確になっている。施設内で、役職別・職種別・部署別の会議、各種委員会を定期的開催し、部署会議で内容の報告と検討を行い、利用者支援や業務だけでなく、運営や法人・施設の取り組みについても、施設全体で共有できる仕組みづくりを行い機能している。看護師・介護職員・理学療法士・栄養士が、褥瘡対策委員会・リハビリ委員会・部署会議等で評価や検討を行って褥瘡予防・対応を行う等、職種・委員会・会議間で連携を取り、専門性の高い支援を行っている。

*法人の理念・基本方針、施設の事業計画を全職員で共有し、方向性が統一できるよう取り組んでいる。施設内研修・部署会議での勉強会・法人スキルアップ研修・外部研修（Web研修含む）・個別研修など、職員が教育・研修の場に柔軟に参加できるよう工夫し、人事考課制度・目標管理を継続しする等、職員の資質向上に努めている。大半の介護職員が喀痰吸引・経管栄養資格を取得する等、専門性の高い資格取得も支援している。安全衛生委員会が中心となり働きやすい環境整備を行い、数種類の職員アンケートや面談等で職員の意見等を把握して反映する等、働きやすい職場環境づくりに取り組み、職員の定着もよい。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれていて大きな改善点ではありません。
サービスの質向上に向けた熱意があり、今後も更なる質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

継続して評価を受審してきた結果、当施設だけでなく法人単位で課題について検討し改善していく体制が構築できたと考えております。
今後も「サービスの質を向上させる」という熱意を維持し、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
<コメント> 法人共通の基本理念を、ホームページ・パンフレット・広報誌・事業計画等に記載している。基本理念は法人・施設の使命や方針を明示し、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。スタッフルームや会議室等への掲示、朝礼や部署会議での唱和、各種会議録の次第や会議録への記載等により、職員の周知を図っている。また、責任者会議と部署会議の中で「理念の理解」についての研修を行い、理念についての理解が深められるよう取り組んでいる。人事考課の項目に「理念の理解」を設定し、周知状況を定期的・継続的に確認している。基本理念を事業計画や広報誌にわかりやすく掲載し、利用者・家族に毎年配布し周知を図っている。例年は、年度初めの家族会でも説明している。		

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・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会等からの情報やオンライン会議・研修の活用等により、社会福祉事業の動向の把握に努めている。市の福祉計画を管理者層の職員が共有し、また、市・在宅介護支援センター・（例年は）運営推進会議等から情報収集し、地域の福祉事業の動向・地域のニーズ等について把握に努めている。毎月「事業実績表」を作成し、利用者の推移・利用率・収支等の分析を行っている。		
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> 3～4ヶ月に1回、法人の幹部会議の中で業績報告会を行い、会計士が資金収支実績管理内訳表をもとに、稼働率や経営状況についての課題を明確にしている。業績報告会には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、内容に応じて部署会議や委員会等で改善に取り組み、責任者会議で進捗を報告している。「排泄用品使用金額表」を作成して毎月記録し、事務費支出削減を図る等、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>昨年度までは、施設の中長期計画を策定し、年度末に検証し、必要に応じて見直しを行っていた。今年度は法人が「中期経営計画2021」を策定し、今後5年間の目標を明示している。6項目を設定し、具体的な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、施設の単年度の事業計画を策定している。事業計画は、事業方針（施設長方針・職種別方針）を明示し、会議・委員会・行事等の運営体制、職員研修、家族との連携、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。項目ごとに、表を活用する等わかりやすく記載し、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>各部署会議で職員の意見を集約し、責任者会議で事業計画を策定している。事業計画ファイルを部署内に設置し、部署会議で説明し周知を図っている。毎月の責任者会議で事業計画の実施状況を確認し、必要に応じて見直しを行っている。年度末に、各部署会議で職員の意見を集約し、責任者会議で事業計画の評価を行って事業報告書を作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。</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、利用者が手にとれる場所に設置している。例年は、4月の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。事業計画は、項目別に記載し、表等を活用しわかりやすい内容となっている。参加を促す観点から、月ごとの行事予定表や、クラブ・出張サービスも記載している。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>PDCAサイクルにもとづく人事考課制度・目標管理により、職員の質向上をサービスの質向上につなげている。責任者会議・各部署会議・各種委員会により、サービス内容について組織的に評価を行う体制を整備している。第三者評価を定期的に受審し、また、年に1回、情報の公表システム・チェックリストの評価基準にもとづいた自己評価を行い、評価結果は責任者会議で分析・検討している。</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>評価結果の分析結果や課題は、責任者会議で共有し、各部署会議で報告し職員間の共有を図る仕組みがある。課題については、内容に応じて、法人の会議や施設内の部署・委員会が担当して改善に向けて取り組んでいる。コロナウイルス感染予防対策マニュアル策定については、看護師会が担当する等、改善に取り組んだ事例がある。評価結果の分析や課題、また、改善の実施状況や結果を、議事録等に明示する工夫が望まれます。</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。	a • 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、施設長方針として令和3年度事業計画に明確にしている。事業計画を配布・設置し、責任者会議や家族会で説明し表明している。「職務分掌」で施設長の役割責任を定め、職員がいつでも見ることが出来るよう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、「非常災害対策計画組織図」で相談員に権限委任することを明確にしている。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設長は、関係法令・法人諸規定など遵守すべき法令等を理解している。物品購入・修繕時には、決裁規定に則って対応する等、利害関係者と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会主催の淡路ブロック施設長会、行政連絡会、県の介護報酬説明会兼集団指導等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排出抑制法等、環境への配慮等も含む幅広い分野の遵守すべき法令を把握し、適切に対応している。高齢者虐待防止法・プライバシー・個人情報保護等について内部研修を実施し、職員に遵守すべき法令等の周知を図っている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 第三者評価の継続的受審、情報の公表制度・チェックリスト・利用者満足度調査を活用し、定期的にサービスの質の現状について評価・分析を行っている。課題等があれば責任者会議で明確にし、各職種会議や各種委員会で検討し改善に取り組んでいる。施設長は施設内に各職種会議・各種委員会の体制を構築し、主要な会議・委員会に参加し職員の意見等を把握し取り組身に反映している。年間計画に沿って施設内研修や法人スキルアップ研修を実施し、外部研修の受講を奨励し、サービスの質の向上に向け、職員の教育・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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 4ヶ月に1回外部コンサルタントが収支・稼働状況等から法人内施設ごとのポジショニング分析を行い、その分析結果に基づいて責任者会議で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。職員勤務実績表・月次職員一覧表等を基に基準以上の人員配置を整備している。毎月安全衛生委員会を実施し、「ギスギスしない職場のチェックシート」「エンゲージメント調査(貢献意欲調査)」で職員の意見等を把握する等、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。施設長は法人の幹部運営委員会に参加し、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて検討した内容を、責任者会議・職種会議で周知し、施設内の取り組みに積極的に参画している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 人事管理は法人が一括して行っている。法人の「中期経営計画2021」の目標として人材確保・人材育成を掲げ、令和3年度施設長方針でも「福祉人材確保」を明示している。重要事項説明書・運営規定で、基準に準じた職員体制を明確にし、職員勤務実績表で充足度、保有資格等を把握している。幹部運営委員会で検討し人材確保を行う仕組みがあり、法人での介護職員初任者研修の実施、喀痰吸引研修参加等、人材確保や育成を図っている。また、障がい者雇用やEPAによる外国人雇用を実施している。学校訪問・就職フェア・職員紹介制度・ハローワーク・ホームページ・市のシニア応援プロジェクト等を活用し採用活動を行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 「職員倫理要綱」に施設として「期待する職員像」を明確にしている。人事基準を、就業規則・人事考課制度要綱に明確にし、職員への説明・規定類の事務所への設置で周知している。人事考課制度を導入し、各職種・役職により評価基準を明確にしている。「評価シート」に基づいて職員が自己評価を行い、上位者が面談・評価を実施している。法人として、外部コンサルタント・ハローワーク・地域の職員募集媒体等から職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。面談等で把握した職員の意向・意見等に基づき、法人で改善策を検討・実施している。キャリアパスビジョンとして将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。		

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り組んでいる。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 職務分掌で施設での職員の労働安全衛生に関する責任者を施設長と定め、有給休暇・時間外勤務等は、施設長が最終決済している。システム内で就業状況を把握し毎月実績一覧表作成している。健康診断・腰痛検査を定期的実施し、法人として安全衛生委員会を設置し、ストレスチェックも定期的実施している。基本的に主任、相談員が相談窓口となり、希望に応じて、施設長や法人本部に相談できる窓口もある。随時の個人面談や定期的な人事考課制度での個人面談を行い、相談しやすい仕組みを整備している。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、老人福祉事業協会の永年勤続表彰、また、「コロナ対策福利厚生企画」に職員の希望を採り入れ、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。基準を上回る人員配置に努め、福利厚生・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場づくりに努めている。職員の定着もよい。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 人事考課制度の「階層別考課シート」に組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回上位者と個別面談を行い、職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を1年とし、各職種・役職ごとに目標項目・目標基準が明確にされた適切なものとなるよう、個人面談を通して検討している。半期ごとに評価者が個別面談を実施し、考課シートに基づいて目標設定・目標に対する達成度等の確認を行い、次の目標設定に反映させている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 運営規定に組織が必要とする専門職種を、研修計画に職員に必要とされる専門知識を明示している。施設内研修計画を作成し、令和2年度は計画に沿って資料回覧研修を行い、研修報告書(アンケート)・研修資料・研修参加者名簿を保管管理している。外部研修については、「職員別研修管理表」に日時・研修名・参加者等を記載し保管管理している。研修を実施する各担当委員会が、研修報告書をもとに意見・感想・成果等の分析を行い、計画・研修内容・カリキュラムの評価、見直しを行っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 「職員名簿一覧」を随時更新し、経験年数、取得資格等を明確にしている。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「新任職員到達度チェックリスト」に沿ってOJTを行い、自己評価・評価者評価で習熟度を確認している。パート職員のOJTは日報に実施状況を記録している。施設内研修・法人スキルアップ研修・外部研修(Web研修含む)・個別研修により、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、受講者が限定される研修は当該職員に伝え受講を奨励し、旅費規程に沿って参加支援を行っている。外部研修について「個別研修管理表」を作成し、研修機会の公平性の確保に配慮している。内部研修は、回覧・Web研修を採り入れ職員一人ひとりが、教育・研修の場に柔軟に参加できるよう配慮している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 例年は、教員免許取得と法人が実施している介護職員初任者研修の実習生を受け入れている。「実習生受け入れマニュアル」を整備し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れは生活相談員が行い、マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定めている。介護職員初任者研修は実習担当職員がマニュアルを理解し、法人が準備したプログラムに沿って実習生指導にあたっている。養成校から実習要請があれば、養成校のカリキュラムに沿って実習を行う仕組みがある。介護職員初任者研修については法人と連携して実施し、教員免許取得実習生については学校と連携して実施し実習報告書を提出している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 施設ホームページで、理念・基本方針・サービス内容等を公開している。法人ホームページで、中長期経営計画・事業方針・現況報告・決算報告を公開している。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ネットで公表している。苦情相談体制は重要事項説明書抜粋を、玄関に掲示している。「苦情・要望ファイル」を玄関に設置し、苦情・相談内容や改善・対応の状況について公表している。広報誌に、事業所で行っている活動や、理念・基本方針等を掲載し、行政・居宅事業所・医療機関等への設置等を通じて情報提供を行っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 事務・経理・取引等に関するルールを経理規定・決裁規程等で、また、権限・責任を職務分掌で明確にし、法人規程集の事務所内設置により周知している。法人として、会計事務所・弁護士・社会保険労務士など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ている。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。法人として財務内容について、監事が定期的に監査を行っている。法人の法務事務局が、システム内で経理、取引等について毎月内部監査を実施している。事業・財務等に関するチェックを外部の専門家に委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営委員会で経営改善に取り組んでいる。		

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方針を明確にしている。コンビニの移動販売案内・市の広報誌等を掲示・設置・配布している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。例年は、地域から敬老会開催情報の提供を受け、対象者への案内と希望に応じて参加を支援している。例年は、地域高校生ボランティアの買い物同行支援を受け、地域の祭りの開催時には職員が参加支援を行っている。例年は小学校運動会、敬老会、文化展等の見学、また、事業所での餅つき会・夏祭り時の地域住民や大学生の参加、演奏やダンスのボランティア・保育園児・カラオケクラブの来訪等、地域の人々との交流の機会を定期的に設けている。通院は地域の医療機関を利用している。例年は、理美容・買い物・外食等は地域の社会資源を利用している。</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2年度は、園芸教室・園外清掃ボランティア等を受け入れている。例年は、音楽療法・書道・手芸・市の思いやりポイント制度を利用した会員活動受け入れ等、各種ボランティアも受け入れている。「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ている。初回受け入れ時にはオリエンテーションを行い、ボランティアへ注意事項等を説明している。ボランティア受け入れ簿の誓約書欄への記入を依頼し、守秘義務について周知を図っている。例年は、高校生のサマーチャレンジ・中学生のトライやるウィークを受け入れている。また、近隣中学の授業の中で介護技術（車いすの使い方等）に関する講習を行う等学校教育への協力を行っている。 マニュアルに、学校教育等への協力についての基本姿勢を明文化することが望まれます。</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>社会資源（行政機関・介護タクシー・病院・警察署等）を明示したリスト等を事務室・公衆電話設置場所等に設置し職員間で共有している。淡路ブロック老人福祉事業協会の施設長会（令和2年度はオンライン）・行政連絡会・栄養士会・地域ケア会議・給食施設連絡協議会など、関係機関・団体との定期的な連絡会に参加している。施設として地域ケア会議に参加し、認知症高齢者の徘徊対策として24時間継続見守りや、独居高齢者への配食支援として配食サービスの実施等、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。市の防災訓練等に参加し、地域での連携・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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 例年は施設の夏祭りに地域の人を招待し、また、地域の老人会来訪時や地域活動のギャラリーとして事業所の交流スペースを提供して、地域住民との交流を行っている。令和2年度は老人大学の作品展示の場として交流スペースを提供している。例年は県事業として、介護技術講習会を開催している。また、介護者教室等も開催している。地域住民を対象にした事業所での相談対応、出前相談、出張相談等多様な相談機会を設けている。社会福祉協議会と連携して、地域住民を対象に認知症サポーター養成講座を開催している。地域の祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化等に協力している。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。食料は管理栄養士が、毛布等備品は施設長が管理している。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 地域サポート型施設の活動を通じてニーズの把握に努め、法人として、配食サービス・24時間継続見守り事業等を実施している。例年は民生委員も参加している運営推進会議で地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域からの介護相談に、生活相談員が窓口となり対応し、地域ケア会議でも相談に対応している。在宅介護支援センターや居宅介護支援事業所を通じて、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など具体的な福祉ニーズを把握し、中期経営計画で明示し、継続的に地域貢献に関わる事業や活動を実施している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 利用者を尊重したサービス提供について、基本理念・倫理綱領(行動規範)・介護マニュアル等に明示し、職員の理解と実践に取り組んでいる。年間計画をもとに毎月施設内研修を実施し、「個人情報・プライバシー」「接遇・マナー」「身体拘束」「虐待」等、利用者尊重や人権への配慮について学ぶ機会を設けている。毎月「身体拘束0推進委員会」「虐待防止委員会」を開催し、利用者尊重や基本的人権について、状況の把握・評価等を行い必要な対応を図っている。		

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
<p><コメント></p> <p>「プライバシー保護マニュアル」「虐待防止マニュアル」「拘束廃止マニュアル」を整備し、年間研修計画をもとに、毎年研修を実施している。居室は個室で、各居室の入り口に暖簾を設置する等、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。不適切な事案が発生した場合の対応方法等については、上記マニュアルや「相談内容について緊急な対応が必要な場合」フローチャートに明示している。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明記し、契約時に説明し利用者・家族に周知を図っている。毎月「身体拘束0推進委員会」「虐待防止委員会」で現状を確認しながら、マニュアルにもとづいたサービス実施に取り組んでいる。</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>パンフレットや広報誌を関係機関や公共施設に配置し、居宅介護支援事業所等にも配布し、また、ホームページを整備し広く情報提供している。施設を紹介するホームページや資料は、言葉遣い・写真・絵・図等を使用しわかりやすく工夫されている。ホームページをリニューアルし、パンフレットの内容を変更し、適宜見直しを実施している。利用希望者には、個別に丁寧な説明を行い、見学や体験利用（ショート利用）にも対応している。コロナ禍の間は、スマートフォンを活用しリモートで施設内を案内している。</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>契約時は、契約書・重要事項説明書・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・パンフレット・広報誌・写真などを資料とし、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。特に、個室対応のため、使い慣れた家具や道具等を持ち込み自宅に近い環境で生活が可能であるユニット型の長所を説明している。基本的には家族に、不在の際は代理人等の同席を依頼し、適正な説明・運用が図れるように取り組んでいる。</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>サービス内容変更やサービス終了の際は、重要事項説明書の条項に沿って支援している。看取りを行う場合が多いが、他施設や医療機関への移行の際は、看護サマリー・インテイクシート・ケース記録等で情報提供を行っている。サービス終了後の相談窓口を生活相談員として説明し、必要に応じて名刺を渡している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 年に1回、「利用者満足度調査」「食事嗜好調査」を実施している。各調査は、利用者に個別の聴き取りを行っている。3～6ヶ月毎に担当者会議を実施し、利用者・家族に出席を依頼し、満足度の把握にも努めている。通常は年2回家族会を開催し、施設長・各職種の職員が参加し、意見・情報交換を行っている。2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、家族会代表が参加している。(コロナ禍のため休止)「利用者満足度調査」の担当者を生活相談員とし、責任者会議で調査結果を共有し、改善や質向上に向け検討を行っている。「食事嗜好調査」の担当者を管理栄養士とし、調査結果を献立や調理法に反映している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 苦情についての解決責任者、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。重要事項説明書に明記し、契約時に説明して配布すると共に、施設の入り口に掲示している。日常のコミュニケーションと共に、「ご意見箱」の設置、アンケートの実施等、利用者・家族が苦情を申し出しやすいように工夫している。苦情内容は、ケース記録に入力し、「苦情相談受付対応票」を作成している。個人情報に配慮した内容で「苦情・要望公開ファイル」を作成し、玄関に設置し公開している。苦情事例は、主任会議で報告して検討し、サービス質向上につながる仕組みがある。		
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 ・ c
<コメント> 苦情・意見・相談の受付と流れについてわかりやすく表わした図を作成し、エレベーター横・各ユニットの共有スペースに掲示している。重要事項説明書にも、苦情・相談の対応窓口を記載し配布している。喫茶コーナー・居室・面接室・会議室など、内容や希望に応じて相談しやすい環境に配慮している。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「苦情・相談対応マニュアル」を整備している。日々の関わりの中で介護・看護職員が積極的にコミュニケーションをとると共に、施設長・介護支援専門員・生活相談員も日々ラウンドを行い、利用者が意見・相談等を話しやすいように配慮している。意見箱の設置、聴き取りでの満足度調査や食事の嗜好調査・ケース担当職員の設置等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。意見・相談内容や対応については、ケース記録・申し送り簿で共有し、迅速な対応に努めている。 法人の入所施設事業連絡会で行う、マニュアルの定期的な検証と必要時の見直しを、議事録等に明記することが望まれます。		

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 • b • c
<コメント> 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。「緊急時対応マニュアル」に事故対応についての記載があり、対応手順をフローチャートで明示している。インシデント・アクシデント事例発生時には、インシデント・アクシデントレポートに、発生要因・対応・対策・経過を記録している。毎月、事故防止検討委員会で、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・介護職会議で共有し、再発防止に取り組んでいる。発生場所を施設の見取り図上にマークし、多発している場所を視覚的に把握する工夫も行っている。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。法人スキルアップ研修で「緊急時対応・事故防止」研修を実施している。		
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
<コメント> 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、管理体制を整備している。「感染対策マニュアル」を整備し、年間計画に位置付けて、毎年、看護業務検討委員会がマニュアルの見直しを行っている。施設内研修・法人スキルアップ研修・外部研修（Web研修）・個別研修により、感染症についての研修を実施している。「感染予防のための環境整備・吐物処理マニュアル」に沿って感染症予防策を講じ、職員健康管理チェック表・居室の清掃チェック表、温湿度チェック表等により確認している。感染症の発症時には、感染予防策の強化と、居室や静養室での隔離により対応することとしている。		
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している。	a • b • c
<コメント> 「非常災害対策計画」「防災マニュアル」に、立地条件等からの災害を含め、災害時の対応体制を明確にしている。職員は緊急連絡網により安否確認を行うこととしている。避難所への避難時を想定し、非常時防災グッズに利用者の安否確認用の名札を準備している。食品や備品の備蓄リストを作成し、管理栄養士を管理者とし備蓄を整備している。防災計画を整備し、夜間・昼間想定火災訓練を年2回、自然災害訓練を年1回施設合同で実施している。例年は、火災訓練に年1回消防署の立ち合いがある。福祉避難所として市と協定を結び、給食施設連絡協議会との連携もある。		

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
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法を、「介護マニュアル」に文書化している。利用者尊重やプライバシー保護について、「介護マニュアル」の各項目に明示している。法人の新人研修の中で、マニュアルに沿った介護技術研修を行っている。また、毎月の介護職会議の中で、順次マニュアルの勉強会を行い、介護技術についても勉強会も行っている。その中で、標準的な実施方法にもとづいて実施できているかの確認も行っている。また、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する仕組みがある。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>法人内の「ケア業務検討委員会」が担当し、年に1回、年度初めに、介護マニュアルの見直しを行っている。見直しの内容を委員会の議事録に記録し、変更があれば各施設に持ち帰り周知を図っている。介護職会議の介護技術のマニュアル勉強会の中で、マニュアルの内容についての検証を行い、職員の意見や提案を「ケア業務検討委員会」に反映している。</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>施設サービス計画策定の責任者を施設長としている。入居時は「フェイスシート」「ユニット生活習慣調査表」等をもとにアセスメントを行い、初回の計画を作成している。その後のアセスメントの際は、「ADL調査」での再アセスメントと、介護職員・管理栄養士・看護職員のカンファレンス結果から、介護支援専門員が「課題分析表」を作成している。利用者個々のニーズを施設サービス計画書のニーズ欄に明示している。計画策定時は、施設長・介護支援専門員・生活相談員・介護職員・看護職員・管理栄養士が、また、通常は家族も参加し担当者会議で合議している。日々の「実施モニタリング表」と毎月の「評価表」により、計画通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。支援困難な事例については、日々の朝・昼のミーティングやカンファレンスで情報共有や検討を行い、ケース記録や申し送り簿で支援方法や経過を共有し、適切な個別支援が行えるよう取り組んでいる。</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>施設サービス計画書は、定期的には3～6ヶ月毎に、必要時は随時、見直しを行っている。見直しの際は、「ADL調査」による再アセスメント、「評価票」によるモニタリング・評価、「課題分析表」による課題分析を行っている。それらをもとに、家族・施設長・介護支援専門員・生活相談員・介護職員・看護職員・管理栄養士が参加して担当者会議を実施している。緊急に計画内容を変更する場合も、基本的には同様の手順で行っている。見直した計画書は、回覧して周知するとともに、「ケアプラン一覧表」ファイルを設置し、いつでも確認しやすいよう工夫している。また、日々の「実施モニタリング表」でもサービス内容の内容を把握している。</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、「フェイスシート（「ADL調査）」「ユニット生活習慣調査表」等により把握し記録している。計画の「サービス内容」毎の実施状況を記録する日々の「実施モニタリング表」と、計画の「ニーズ番号」を付記する「ケース記録」により、計画にもとづくサービスが実施されていることを確認できる。ケース記録を介護主任と介護リーダーが添削し、随時個別に指導・助言を行うことで、各職員が適切に記録が書けるよう取り組んでいる。ケース記録・申し送り簿・各種会議録の回覧により情報共有を行っている。朝・昼のミーティング内容は申し送り簿で、ケース検討会はケース記録で、責任者会議・主任会議・各種委員会の伝達事項は介護職会議で共有できる仕組みがある。パソコンのシステムでも情報共有を行い、議事録・申し送り資料等の回覧は回覧印で周知を確認している。</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・文書管理規定を整備し、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。法人の新人研修に、また、施設内研修では毎年「個人情報・プライバシー」研修を実施している。入職時に守秘義務についての説明を受け、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</p> <p>利用者の心身の状況と暮らしの意向等を、「フェイスシート」「ユニット生活習慣調査表」をもとに把握し、「施設サービス計画書」「日課計画表」を作成し、利用者個々の意向や生活リズムに応じた生活となるよう支援している。定期的にモニタリングと担当者会議を行い、利用者に応じた生活になっているかを検討する仕組みがある。通常は、ボランティアによる書道クラブ・音楽療法・園芸療法等が定期的に開催され、買い物・地域の祭り・運動会・文化祭・老人会等の外出があり、お菓子やパンの移動販売・出張理美容サービスの利用等、複数の活動メニューと社会参加に配慮した機会作りを行っている。コロナ禍のため外部との交流や外出が困難な状況にあるが、日課としてのラジオ体操・口腔体操・個別リハビリ、おやつ作り・誕生会・散歩・カラオケ・カルタ・コンビニエンスストアの訪問販売・お茶の時間のコミュニケーション等、利用者が日中活動に主体的に参加できるよう工夫している。メニュー書き・エプロンたたみ・洗濯物たたみ等、日常生活の中で役割が持てるように支援している。</p>
--

A②
 入居時は「フェイスシート」により、その後は「ADL調査」により、利用者個々のコミュニケーション能力や特記事項を把握し、必要に応じて施設サービス計画書に支援方法等を明示して支援している。計画の見直し時に「ADL調査」による再アセスメントを行い、コミュニケーション方法についても検証や見直しを行っている。現在はないが、必要に応じて、筆談・片側から話しかける等、個別の方法でコミュニケーションを行っている。施設内研修で毎年「接遇・マナー」研修を行い、また、「虐待防止委員会」等から発信し、利用者の尊厳に配慮した言葉遣いや接し方について周知している。人事考課の評価項目にも入れ、定期的に意識付けを行っている。居室での介助時やラウンド時には、個別にコミュニケーションをとり、会話が不足している利用者にも話しやすい機会づくりに努めている。

		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

A③
 重要事項説明書に権利侵害防止について記載し、契約時に利用者・家族に説明している。定期的な施設内研修、「身体拘束0推進委員会」「虐待防止委員会」「安全衛生委員会」、施設内パトロール等により、権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取組を行っている。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、「身体拘束0推進委員会」で毎月検討し解除に向けて取り組む仕組みがある。虐待防止マニュアルや「相談内容について緊急対応が必要な場合」に、行政への届出・報告についての手順等を明確にしている。

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

A④
 月1回衛生管理感染対策委員会を実施し、衛生管理感染対策委員の指導で「環境整備点検表」に基づき毎日各所の拭き清掃、用具や物品類のアルコール消毒を徹底している。明るい施設内は温湿度計で適切な温湿度が保たれ、廊下に加湿器や空気清浄機、各フロアに除菌加湿器が設置されている。各フロアは朝・昼時間を決めて窓を開け放して換気を行っている。ユニットにはキッチンが併設され、季節の飾り付けで家庭的な雰囲気がある。大型テレビの前には利用者同士で会話を楽める大型ソファ、小型テレビ前には1人用ソファ、フロア中央に大・小テーブル席を配置し、また、各種新聞・雑誌類を用意し、利用者が思い思いに過ごせるよう環境づくりを行っている。1人部屋の居室にはベッド・箆笥・椅子・洗面台が設置され、各居室入り口のカーテンはプライバシー確保と部屋間違い防止になっている。利用者の意向を把握し、これまでの生活を尊重した過ごし方ができるよう慣れ親しんだ寝具、家具、電化製品等の持ち込みに対応し、季節の花を飾ったりボードに家族の写真を飾る等、個性ある居室環境づくりに努めている。ユニット間、併設の従来型特養との行き来も自由にでき、広い生活空間で、安全に移動でき、思い思いの場所で過ごせる環境である。

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・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

<p>A⑤ 入居時に利用者の心身状況や意向を把握し、個々に応じた支援を行っている。「介護ケア計画」でサービス内容を職員に周知し、個々の入浴形態を明示した「入浴一覧表」に実施状況を記録している。一般浴・檜風呂・リフト浴と、従来型事業所の特殊浴もあり、入浴状況や介助方法を月1回部署会議で検討・確認し、個々の心身状況に適した支援に努めている。週2回の入浴を基本とし、個々の意向、皮膚疾患や汚染等、状況に応じて入浴回数を増やしたり、入浴形態をシャワー浴・足浴・清拭に変更する等柔軟に対応している。安全・快適な入浴ができるよう福祉用椅子・浴槽出入りスライディングボード・滑り止めマット等の福祉用具を準備している。自力で入浴できる場合でも安全の為の見守りを行っている。入浴拒否時は無理強いせず、声掛けの工夫や日時の変更、清拭で清潔保持する等、状況に合わせて対応し記録に残している。現在感染症の利用者はないが、心身状況や意向に合わせて入浴順番を配慮している。脱衣所と浴室のカーテンの仕切り、マンツーマン対応、タオルの活用等、プライバシーや羞恥心に配慮している。看護業務検討委員会で入浴の可否基準を定め、看護師が入浴前にバイタルチェックを行い、入浴中止や入浴形態の変更、清拭対応等の判断をしている。事業所でも用意しているが、大半の利用者は好みの石鹸・シャンプー・リンス・入浴後の保湿用品等が家族の支援で持ち込まれている。全利用者に保湿液やクリームを塗布し、必要時は看護師が処置している。</p>
<p>A⑥ 入居時に利用者の心身状況や意向を把握し、個々に応じた支援を行っている。「介護ケア計画」でサービス内容を職員に周知し、月1回の部署会議で排泄状況、排泄用具や排泄用品、介助方法を検討・確認している。「排泄表」でパット・オムツ交換、尿量、便状況を記録し、状況変化時は速やかに看護師に報告している。尿意・便意があった時に安全に移動しやすい環境整備や、食事量・水分量の記録管理で自然な排泄を促す支援を行っている。トイレは手すりを設置し、車椅子利用者が安全に使用できる十分な広さがある。毎日掃除とアルコール消毒を行い清潔保持されている。「排泄マニュアル」「プライバシーマニュアル」に基づき勉強会で周知し、尊厳や羞恥心の配慮、安全な介助に取り組んでいる。排泄用品はサイズや特性で幅広い種類を用意している。利用者が重度化している状況で、離床して排泄する為にポータブルトイレの活用、不快感の軽減や睡眠を乱さない介助の為に排泄用品の有効活用に努めている。日中の様子観察や夜間の1時間おき居室巡回、ナースコール等、利用者の介助要望にできる限り早く対応できるように努めている。</p>

<p>A⑦ 入居時に利用者の心身状況や意向を把握し、「介護ケア計画」でサービス内容を職員に周知して自力で移動できるよう支援している。月1回理学療養士が利用者個々の移動状況を評価し、部署会議で適切な福祉機器や福祉用具、支援方法について助言・指導を行っている。利用者の心身状況を踏まえ、可能な利用者には理学療養士の指導の下で車椅子から歩行器を利用して短距離リハビリを実施している。生活空間は明るく広い動線を確認し、手すり設置で歩行者と車椅子自走者が安全に移動しやすい環境整備に取り組んでいる。3名の利用者を1人の担当職員が安全の為の見守りを行い、移動の希望には迅速に対応ができるよう努めている。</p>
<p>A⑧ 起床時と就寝時は更衣し、生活のリズムを整えることとしている。更衣の際は、基本的には利用者に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。衣類の購入については、基本的には家族に依頼しているが、状況に応じて買い物外出の際に購入したり、職員が購入する場合もある。洗濯や衣類の補修は洗濯担当職員が行っている。</p>
<p>A⑨ 可能な場合は髪型や化粧の仕方等を利用者の意思で決め、状況に応じて家族の意向に沿って職員が支援している。月に1回、出張理容サービスがあり、契約時に説明している。出張日を掲示し、内容を掲載したカタログを設置し情報提供している。申し込み書に、カット・カラーリングなど希望の内容を記入し業者に伝えている。理美容院を利用する場合は家族が同行し、希望に応じて送迎の支援をしている。</p>
<p>A⑩ 「睡眠マニュアル」で適切な温度・湿度・照明・防音管理を含め安眠できる支援方法や不眠者への対応等を職員に周知し、利用者個々に応じた支援を行っている。1時間おきに居室巡回して睡眠状況を確認し、必要な利用者には2時間おきに体位交換している。睡眠の乱れがないよう日中と夜間で排泄用品を変えて介助回数を減らす等配慮している。各居室は個室でベッドや寝具は用意されているが、利用者の意向で使い慣れた寝具を持ち込み、カーペット上に布団を敷いている利用者もいる。要望に応じて居室替えにも対応している。</p>

		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

<p>A⑪ 管理栄養士が季節感や行事を取り入れた献立を作成している。施設の厨房で調理した食事を温冷ワゴンで運び、各ユニットで炊飯と汁物の調理、盛り付けを行い、適温な食事を提供している。利用者が今まで使用していた食器類や箸等の持ち込みにも対応している。毎日厨房で食べ残し状況を「給食日誌」に記録し、毎年「満足度調査」を行い、各利用者の嗜好を献立作りに反映させている。利用者が自由に選んで着席したテーブル席に一人一人ランチョンマットを敷き、家庭的な雰囲気の中で食事が楽しめるよう配慮している。月1回各ユニットでおやつ作りレクリエーションを企画し、利用者も参加している。「食事マニュアル」「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づき衛生管理体制が確立され、職員周知して取り組んでいる。朝食は和食・パン食・菓子パン食が選択でき、アレルギー食材には献立を変更して対応している。</p>
--

A⑫

入居時に嚥下能力や意向を把握し、「食事マニュアル」に基づき支援している。「介護ケア計画書」で個々のサービス内容を職員に周知し、普通食・刻み食・極刻み食・ミキサー食・ゼリー食・全粥食を提供し、介護日誌に食事状況を記録している。トロミ付けは職員が個々に適したトロミ量を共有し、計量スプーンで薄い・中間・濃いトロミを正確に作っている。食事前のリハビリ体操・口腔体操で咀嚼・嚥下準備を行っている。食事中は看護師や介護職員が随時巡回して様子観察を行い、変化時は朝・昼のミーティングや申し送りノートで職員共有している。部署会議で現状に適した食事形態や介助方法を検討・確認し、「介護ケア計画書」に反映させている。個々の状態に合わせた食事形態、自助具の活用等で自立支援し、食事介助を要する利用者にはマンツーマンで個々の食事ペースに合わせて負担がないよう配慮している。経管栄養の利用者は看護師が管理して対応している。事故防止委員会で作成した「緊急マニュアル」に基づき、誤嚥・窒息など食事中の事故対応方法について勉強会を実施し、職員に周知している。今後更に誤嚥・窒息時対応についてマニュアル強化を予定している。毎年実施している言語聴覚士による法人スキルアップ研修は、今回「摂食・嚥下の包括的理解へ」の資料で自己学習し、全職員がレポート提出している。管理栄養士が「栄養ケア計画」を作成し、食事・水分摂取量、残飯状況、体重記録を基に3ヶ月おきに栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリングで栄養ケアマネジメントを行っている。看護師と管理栄養士が連携を図り、必要時は栄養補助食品を採り入れている。

A⑬

入居時に状況を把握して「口腔ケア・マネジメント計画書」を作成し、各居室の洗面台で、義歯着脱・歯ブラシ・スポンジ磨き・ガーゼで拭き取り等個々の状況に応じた口腔ケアで口腔機能の保持・改善に取り組んでいる。機能訓練の「口腔・嚥下機能」に実施状況を記録に残している。月1回協力病院の歯科医がリハビリ・口腔ケア委員会で各利用者の口腔ケア内容に関して評価・助言・指導を行い、介護計画の見直しに反映させている。今年の法人研修は歯科医から提供された資料で自己学習し、全職員がレポート提出している。食後や就寝前の口腔ケアで口腔内の観察を行い、改善の為に必要な場合は家族の了承を得て受診支援している。受診記録は「利用者受信連絡表」で職員共有している。

		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

A⑭

褥瘡対策委員会で「褥瘡対策の質の向上を目指す指針」に基づき「褥瘡・体位交換マニュアル」を作成し、褥瘡予防における標準的な実施方法を職員に周知して取り組んでいる。月1回リハビリ委員会で褥瘡予防について検討・学習し、リハビリ委員が中心となり利用者個々の状態に応じたポジショニングや体位交換方法を画像で指導している。2ヶ月おきに部署会議で褥瘡対策委員会を設け、個別のケア状況を検討・確認している。褥瘡リスクが認められる利用者には理学療法士、看護師、管理栄養士の意見・助言・指導内容を反映した「褥瘡対策におけるケア計画書」を作成し、個々の状況に応じた支援を行っている。月1回部署会議で理学療法士が個々の支援方法について評価・助言・指導を行い、適切なケアによる褥瘡予防を行っている。食事時は基本的に車椅子から椅子に移乗して適切な座位保持を支援し、必要な利用者には2時間おきに体位交換を行っている。日々の介助で皮膚状態を観察し、変化がみられた場合は看護師に報告し「介護日誌」で職員共有している。入浴時には看護師が皮膚観察し早期発見に努めている。褥瘡発生後は嘱託医の指導の下、看護師が処方薬で適切に処置している。毎年法人研修を実施し、今年は理学療法士による「褥瘡ケアの基礎知識」資料で自己学習し、全職員がレポート提出している。食事摂取量や体重変動、皮膚状況の記録を基に部署会議で栄養面からの褥瘡予防を検討し、必要な利用者には看護師、管理栄養士が参加して「栄養ケア計画」を基に2週間おきにモニタリングを実施している。

		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

<p>A⑮ 介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施について方針と責任者が明確に確立され、実施手順マニュアルが整備されている。個別の状況を把握して「介護ケア計画」を作成し、嘱託医の指示に基づき看護師による安全管理体制の下で適切かつ安全に取り組んでいる。毎年法人研修で学習の場を設け、実施体制の充実・強化を図るべく大半の職員が現場での実地研修で喀痰吸引・経管栄養資格を取得している。</p>		
--	--	--

		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

<p>A⑯ 全体で食事前にリハビリ体操・口腔体操を日課にしている。利用者の身体能力を把握して「個別機能訓練計画書」を作成し、看護師が機能訓練指導員となり、リハビリ委員を中心に利用者個々の心身状況に応じた機能訓練を実施している。毎月理学療養士がリハビリ訓練に参加して個々の状況を評価し、リハビリ委員会で助言・指導をして適切な計画書の見直しに反映させている。車椅子利用者と歩行者が共にユニット間を自由に安全に移動できるように環境整備を行い、生活活動範囲を広げている。利用者の状況に応じて理学療養士の指導の下、車椅子利用者が歩行器で短距離歩行リハビリ等を実施している。看護師が日々の状況観察を行い、判断能力や認知機能の変化の早期発見に努めている。状況の変化を職員間で共有し、随時嘱託委や家族に報告・相談して連携を図り、必要時は紹介病院へ受診支援をしている。</p>		
--	--	--

		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

<p>A⑰ 利用者個々の日常生活能力や機能、生活歴について「フェイスシート」「ユニット生活習慣調査表」で把握し、「ADL調査」「認知症スクリーニング検査表」で継続的に再アセスメントしている。対応についての留意点を施設サービス計画書等で共有して受容な援助に取り組み、経過をケース記録に記録している。嘱託医の回診時や受診時の所見を、日々のミーティングや担当者会議で共有し支援内容を検討している。共用スペースは明るく開放的で、適所にソファやテーブルセットを置き、利用者が思い思いの場所で落ち着いて過ごせる環境づくりを工夫している。また、相性や認知症状を考慮し、配席にも配慮している。居室には、使い慣れた家具や、ぬいぐるみ・趣味の物等馴染みのものの持ち込みを勧め、家族の協力を得て自宅に近い環境づくりに努めている。掲示ボードに家族の写真や自身の作品を飾ったり、好みの音楽を聴く等、落ち着いて過ごせるよう支援している。集団レクリエーション・個人レクリエーション・お茶の時間のコミュニケーション等、利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループで活動できるよう工夫している。(通常は定期的に音楽療法・園芸療法・書道クラブを行っている。)法人スキルアップ研修で「認知症」研修を実施している。</p>		
---	--	--

		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

A⑱
 「観察マニュアル」「緊急マニュアル」で利用者の体調変化に気付いた場合の対応方法を職員に周知している。介護職員が日常的に看護師に報告・相談し、看護師も巡回で早期発見に努めている。嘱託医と連携し、必要時は嘱託医が受診病院に情報提供している。毎日バイタル結果や状況を看護師が記録し、年2回以上健康診断を実施して健康管理している。毎年「観察・バイタルサインについて」「緊急時の対応・事故防止」研修、1年おきに「薬の知識・服薬について」研修を実施し、職員の周知と知識の向上に取り組んでいる。服薬管理は看護師が行っている。「服薬手順フローチャート」に基づき看護師が利用者一人ひとりの服薬準備、介護職員が服薬介助した後空袋を回収して最終確認を行い、看護師と介護職員がそれぞれ服薬チェック表で確認し誤薬防止に取り組んでいる。

		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

A⑲
 入所時に終末期を迎えた場合の指針について説明を行い、利用者・家族の希望があった場合は「看取り介護についての同意書」で同意を得ている。利用者の状況に応じて家族・関係者・専門職員等と情報・意見交換を行い、連携体制が確立されている。終末期を迎えた段階で嘱託委から家族に説明があり、家族の意向を確認後は往診医に情報提供している。利用者の状態に応じて話し合いを重ね、事業所としてできる事・できない事を改めて説明した上で再度「看取り介護についての同意書」で同意を得て、今後の支援について共有確認している。話し合いの内容は経過記録に記録している。年1回法人スキルアップ研修で「終末期・看取りケア」に関して学ぶ機会があり、今年は資料で自己学習後に全職員がレポート提出し理解を深めている。部署会議において「看取りの振り返り」シートで良かった点・反省点・改善点を話し合い、職員の精神的なケアを実施している。

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

A⑳
 定期的には、施設サービス計画書の見直しの際に担当者会議に家族の参加があり、利用者の状況の報告、サービスの説明、要望・相談の聴取を行っている。コロナ禍等で担当者会議に家族が参加できない場合は、電話で説明し、電話や返信用のシートで要望や相談を収集している。変化があった時は随時、主に電話で迅速に状況を報告し、必要に応じて担当者会議を開催している。緊急連絡先を把握し、主に電話で、また、メールやグループラインを活用し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるように工夫している。家族との相談内容は、主に支援経過記録に記録している。通常は、夏祭り・クリスマス会・家族会(年2回)・誕生会・外出行事への参加を案内し、利用者と家族がつながりを持てる機会づくりに努めている。

A-5 その他

		第三者評価結果
A①	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a • b • c
A②	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
A③	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

A①

通常は、施設の外出行事や個別外出を企画し、職員が同行している。買い物外出には、高校生ボランティアも同行している。日常的にも、施設の周辺や近隣への散歩に出かけている。市の広報誌の設置やチラシの掲示で、地域の祭りや地域のイベントの情報を利用者に提供し、希望があれば参加するように取り組んでいる。外出時には、行事計画を立て、必要時には下見に行き、1対1対応での職員を配置し、救急ボックスを持参する等、外出の安全確保と不測の事態に備えている。現在は、コロナ禍のため、散歩以外の外出は休止している。

A②

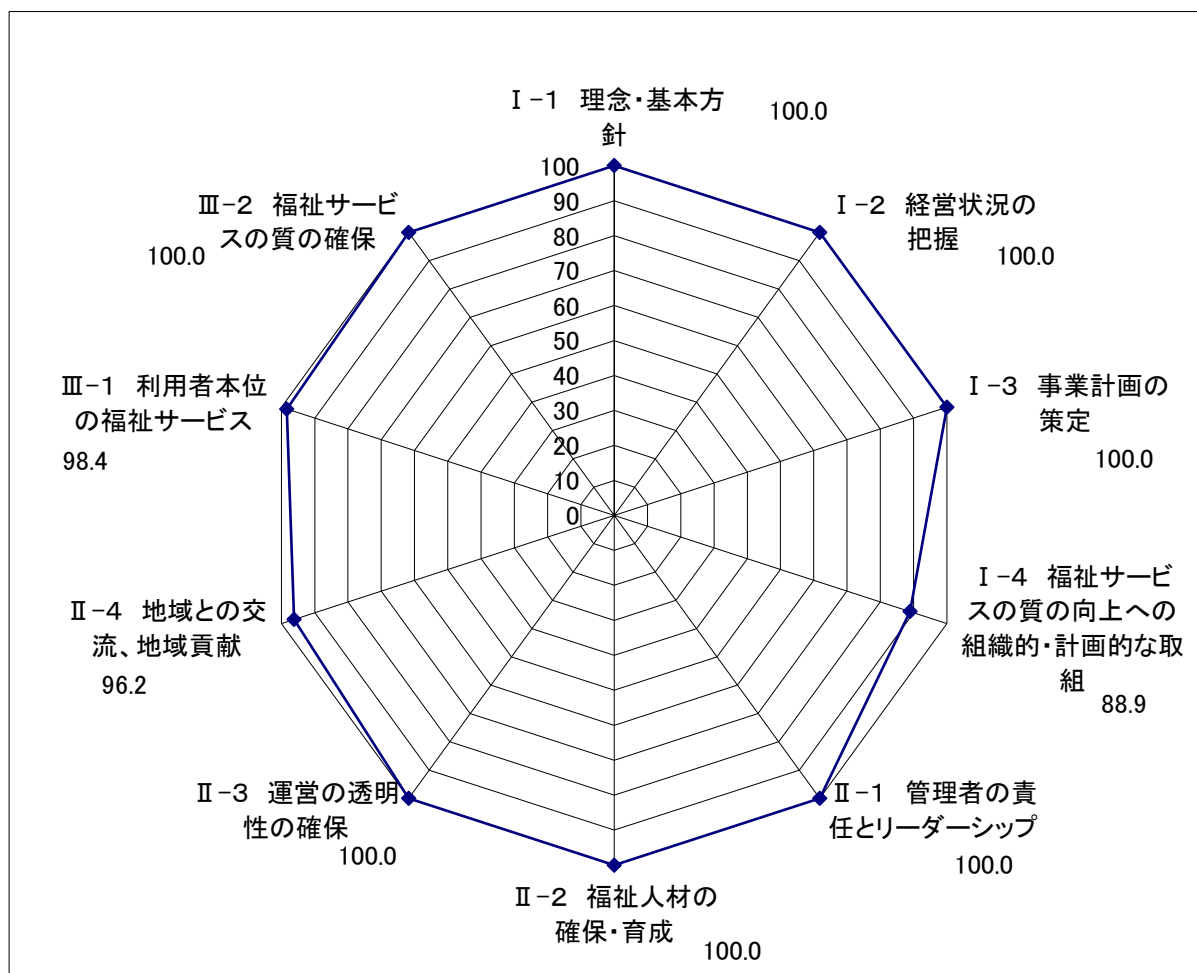
施設に公衆電話の設置があり、利用者の希望に応じて職員が支援して利用している。携帯電話の持ち込み・使用も自由である。ハガキ・封筒・切手等を事務所で準備し、希望時に郵便の利用を支援している。年賀状を出す際も、個別に援助している。郵便や電話などの利用時のプライバシーにも配慮している。

A③

各ユニットにテレビを2台ずつ設置し、複数種類の新聞と雑誌を共同購入してラックに設置し、各利用者が希望に沿って利用している。各居室へのテレビ・ラジオ・カセットデッキの持ち込み・使用も自由である。希望があれば、新聞・雑誌の個人購買に対応し、コンビニエンスストアの訪問販売で購入することも可能である。

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	17	100.0
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	8	88.9
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	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
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	63	98.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合計	227	224	98.7



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	92	100.0
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	130	100.0

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	357	354	99.2
-----------	-----	-----	------

