

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

名称：	特別養護老人ホーム 翁寿園	種別：	地域密着型介護老人福祉入所者生活介護	
代表者氏名：	垣 いくみ	定員（利用人数）：	18 名	
所在地：	兵庫県南あわじ市八木寺内 373 番地 1			
TEL：	( 0799 ) 42 - 6006	ホームページ：	<a href="https://awajishima-fukushikai.or.jp/">https://awajishima-fukushikai.or.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2005 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：	15 名	非常勤職員：	13 名
専門職員	施設長		生活相談員	
	介護支援専門員		管理栄養士	
	看護師		介護職員	
施設・設備の概要	2 ユニット 個室 18 室		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が運営する、2005 年開設の 2 ユニットの地域密着型特別養護老人ホームである。施設としては島内で長い歴史があり、市・地域の関係機関との連携や協力関係を深め、地域福祉の拠点としての役割を継続して果たしている。島内・地域の各種連絡会・協議会・会議等に積極的に参加してネットワークを活用し、独居高齢者への配食サービス・地域サポート型施設活動による相談支援・災害時の福祉避難所協定、法人と連携し離島への車両提供等、地域貢献に取り組んでいる。

○併設事業所として従来型特別養護老人ホーム・ショートステイ・通所介護・保育所・給食センター・在宅介護支援センターを有している。複合施設の利点を活かし、地域の人々・施設内の他事業所の利用者・様々な世代との交流が可能である。また、施設内の馴染みのある環境の中で、利用者の現状に即したサービス利用が可能であり、各部署の専門職者の連携により専門性の高いサービスが提供されている。

○同系列の病院があり、毎週回診を実施し医務との連携が図れている。嘱託医・看護師・機能訓練指導員・管理栄養士・介護職員等が連携し、健康管理・急変時対応と共に、利用者個々のニーズに応じた栄養ケアマネジメント・機能訓練・褥瘡予防・喀痰吸引・経過栄養・終末期対応等に計画的に取り組んでいる。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 2 月 25 日 (契約日) ~ 令和 6 年 4 月 26 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	8 回 (令和 3 年度)

### ⑥総評

◇特に評価の高い点

○令和元年に大規模改修工事を完了し、快適な生活環境を提供している。広くゆったりとした共用空間は明るく、大きな窓から景色がよく見え、ユニット間や併設の施設へも自由に行き来できるバリアフリーになっており開放感がある。居室は全て個室で、使い慣れた家具や馴染みのある物の持参を勧め、自宅に近い環境で過ごせる環境作りを支援している。コロナ禍のためクラブ活動・施設の合同行事・地域行事への参加は休止しているが、事業所内での毎月の季節行事・グループレクリエーション・買い物外出・観梅外出・自宅への外出・訪問販売車での買い物・ボランティアによるオカリナ演奏・大道芸等、感染対策を継続しながら、日中活動・社会参加・楽しみづくりができるよう取り組んでいる。おしぼりたたみ・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も支援している。

○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。法人内の会議・委員会を定期的実施し、情報共有・課題解決に向けての検討を行い、協働してサービス向上に取り組んでいる。事業計画は施設長方針に沿って、各部署が具体的な計画を策定し、方向性が統一できるよう取り組んでいる。責任者会議で進捗を確認しながら、職員が参画して実践に向け取り組んでいる。施設内でも、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。

○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・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。事業計画に働きやすい職場づくり・福祉人材の確保を掲げ、多様な人材雇用による人員体制の整備・充足を図り、福利厚生の実・ワークライフバランスに配慮した取り組み・相談しやすい環境整備等、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。

○PDCAサイクルにもとづいた丁寧なケアマネジメントが確立され、利用者個々のニーズに応じた施設サービス計画により個別支援が行われている。ケアマネジメントに関する書類・記録類もわかりやすく整理されている。実施状況は毎日の「実施モニタリング表」と「ニーズ番号」を付記する「ケース記録」に記録し、職員が計画内容を理解し実施状況を記録できる書式が工夫されている。計画の更新時は、家族に「サービス計画作成のためのお伺い」を郵送して事前に意向・要望等を把握し、サービス担当者会議にも利用者・家族の参加を基本としている。計画以外の利用者の意見・要望については、年に1回「利用者満足度調査」「食事嗜好調査」を利用者に個別に聴き取りを行い把握に努めている。また、日常的にも、施設長・生活相談員・看護師等多様な職員が巡回して聴き取りを行い、意見・要望が伝えやすい環境作りを行っている。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれており、大きな改善点はない。  
さらなる取り組みとして、

○多種多様な研修が実施されているため、外部研修の伝達研修も含め、研修計画と実施が明確になる実施記録の工夫が望まれる。

○次回のマニュアル検証の際に、ボランティア・感染症・リスクマネジメントマニュアルについての一部検証と追記が望まれる。

○コロナ禍終息以降は、多様な機関等と連携し、地域コミュニティの活性化やまちづくり等に取り組むことを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

外部から判断基準に沿った評価をして頂くことで、施設内の現状を把握するとともに相次ぐ制度変更にも対応していく環境を構築できたと考えております。  
介護報酬改定があった後などは特にこういった機会が必要であると感じます。  
ありがとうございました。

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人共通の基本理念を、ホームページ・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。玄関・会議室・ユニット内の共用空間とスタッフルームへの掲示、朝礼や昼ミーティングでの唱和、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。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。基本理念を広報誌の表紙に掲載し、利用者・家族に契約時に説明している。事業計画は毎年、広報誌は発刊ごとに家族に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。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>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インターネットの活用等により、社会福祉事業の動向の把握に努めている。市・在宅介護支援センター・運営推進会議（市職員・自治会員・民生委員等が参加）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。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催する法人内の「入所施設事業連絡会」に生活相談員が参加し、経営や運営に関する課題を明確にし、改善に向け取り組んでいる。副理事長・会計士等が参加する実績報告会を3～4ヶ月に1回開催し、会計士が「資金収支実績管理表」をもとに稼働率や経営状況についての課題を明確にし、役員間で共有している。課題については責任者会議で共有し、責任者会議の内容はユニット会議での報告と議事録の回覧により職員に周知している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「中期経営計画2021」を策定し、理念や基本方針の実現に向けた今後5年間の目標6項目を設定し、経営課題の解決・改善に向けた具体的で実施状況の評価を行える内容となっている。昨年末に法人の幹部運営委員会で進捗状況について検証を行い、検証結果に基づき理事会で中期経営計画の継続し、必要に応じて見直す事としている。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中期経営計画の主な内容を反映した、施設の単年度事業計画を策定し、事業計画の実現を可能とする「収支予算案」が策定されている。事業計画は、施設長方針3項目に沿って、各部門責任者が部署ごとに実行可能な具体的な内容を策定している。収支予算案とともに、事業計画には、嗜好調査の頻度等数値目標や具体的成果が設定されており、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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度末に、施設長が各部門責任者の意見を集約して次年度事業計画を策定している。施設長は責任者会議で説明し、部門責任者が各部署会議で報告・周知を図っている。施設長が毎月の責任者会議で各部署の事業計画の進捗状況を確認して評価を行い、必要に応じて評価結果を基に見直しを行っている。見直しに関する検討について毎月の責任者会議録に記録している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通常は、年度初めに開催する家族会で入居者及び参加家族に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。令和5年度は開催を休止し、全家族に郵送している。事業計画は部署ごとに項目別に記載し、表等を活用しわかりやすい内容となっている。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事業計画に記載し、利用者がいつでも手にとれる場所に設置している。また、家族の参加を促す観点から、月ごとの「行事計画」・「地域交流行事（だんじり訪問・夏祭り等）」を明記し、通常は家族会（年2回開催）で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。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアマネジメント・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・指導監査チェックリストの評価基準にもとづいた自己評価を実施し、評価結果を責任者会議・各部署会議で共有している。第三者評価を定期的に受審している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>指導監査チェックリストによる主な課題「防災対策」について、「非常災害対策計画」に訓練の実施を明示し、施設訓練計画（事業計画に記載）に基づいて訓練を実施し改善に向け取り組んでいる。第三者評価結果に基づく課題は、法人の幹部運営委員会・入所施設連絡協議会等で共有し、内容に応じて、施設内の各部署・委員会が担当して改善に向けて取り組んでいる。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は経営・管理に関する方針と取り組みを、事業計画に施設長方針として明確にしている。職務権限規定・運営規定・職務分掌一覧表等に施設長の役割・責任を文書化し、年度初めの責任者会議での説明・配布を通じて表明している。「非常災害対策計画（マニュアル）」に、有事における施設長不在時は、生活相談員への権限委任を明確にしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、法人諸規定・法令等をもとに利害関係者と適正な関係を保持しており、取引事業者とは決裁規定等に基づき、行政関係者とは県の定期的な監査受審・制度説明会参加等を通じて適切に対応している。法人の幹部運営委員会・淡路ブロック兵庫県老人福祉施設事業協会の施設長会や行政連絡会・県の介護報酬説明会・集団指導（オンライン）等に参加し、幅広い分野の法令理解に努め、遵守に取り組んでいる。法人新人研修・施設内研修・責任者会議・各部署会議等を通じて、職員に遵守すべき法令について学ぶ機会を設け、職員の守秘義務について、誓約書を交わしている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価・情報の公表制度・指導監査チェックリスト・利用者満足度調査・嗜好調査等を活用し定期的・継続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。課題について、責任者会議・各部署会議で共有し、各委員会で課題改善策を検討し改善に向け取り組んでいる。人事考課面談・各種委員会、会議等で職員意見を集約し、質の向上に反映できるよう取り組んでいる。外部研修・施設内研修・法人内研修・伝達研修等を活用し、教育・研修の充実を図っている。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>四半期ごとに、外部コンサルタント（会計士）による収支や稼働率等経営状況の分析結果に基づいて、幹部運営委委員会で経営改善・業務改善の実効性向上に向け課題検討を行っている。責任者会議・部署会議等で課題を共有し、法人と連携しながら、ICTシステム・ノーリフティングケアの導入等、課題改善に向け取り組んでいる。シニア層の積極的な採用や外国人労働者の雇用、パート職員の柔軟な勤務時間調整等により余裕ある人員体制の確保に努め、「ギスギスしない職場のチェックリスト」の集計分析結果の活用・休憩の確保・残業の削減等働きやすい環境整備に取り組んでいる</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「中期経営計画2021」・令和5年度施設長方針に、福祉人材の育成・確保に関する基本方針を、事業計画・運営規定・重要事項説明書等に職員体制（専門職の配置）を明示している。余裕ある人員配置や、必要な専門職配置ができるよう、毎月の人員充足度を「職員勤務実績表」で把握・確認している。幹部運営委員会に必要な人材確保計画を検討し、障がい者やシニア層の採用、外国人雇用とともに、学校訪問・就職フェアへの参加・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余裕ある人材確保に努めている。また、法人で介護職員実務者研修・喀痰吸引研修等、人材育成を図っている。</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>期待する職員像を、職員倫理要綱（行動規範）で明確にし、責任者会議での説明や事務室・介護職員室への掲示により周知している。就業規則・人事考課制度要綱で、採用・異動・昇格等についての人事基準を明確化し、新人研修・事務所への規定集ファイル設置により周知している。人事管理は職務分掌一覧表で施設長の職務としている。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・役職により評価要素を明確にしている。「共通要素評価表（全職員共通）」・「専門要素評価表（職種別）」での自己評価を基に、一次考課者・二次考課者が、専門性・能力・成果・貢献度等の評価を実施し、助言等を「考課者からのコメント欄」に記入している。職員処遇の水準について、地域情報を基に法人本部が分析し、各種会議・個別面談等で把握した職員の意見・意向に基づき幹部運営委員会で評価・分析し、法人として改善に取り組んでいる。「役割資格等級要綱」に等級別昇格要件等に基づく「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が周知されている。</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>労務管理に関して、職務権限規程・職務分掌一覧表で施設長の職務としている。就業状況を勤怠システムにより確認し、有給休暇の取得状況等については毎月実績一覧表を作成し法人と共有・管理している。健康診断（夜勤者は年2回）・ストレスチェック・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進している。また、安全衛生委員会を設置し設備等就業環境の把握、改善に努めるとともに、法人単位でストレスマネジメント研修を定期的・継続的に実施している。考課者による定期的な個別面談、施設長や生活相談員による随時の相談対応、法人本部や嘱託医・産業医への相談窓口設置等、職員が相談しやすい環境を整備している。意向調査・各種会議・面談等での職員の意見や希望を採り入れ、再雇用制度・半日単位有給制度の導入・指定医療機関での診療費補助等、福利厚生を実施している。また、短時間就労、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や、相談しやすい環境整備等、事業計画の「働きやすい職場づくり」の実践に向け取り組んでいる。</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>職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。期待する職員像を基に、職員は年度初めに前年度評価を踏まえて「目標設定申告書」に個別目標を設定し、考課者は面談で目標の水準や内容・難易度等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。目標期限を1年とし、考課者は中間期に面談を実施し、職員の間中期自己評価を「エバリュエーション・プラン」欄で相互確認を行う機会を設けている。年度末に職員が記入した年度末自己評価「エバリュエーション・プラン」欄をもとに面談を実施し、設定した目標の達成度に対する評価結果を「上司コメント」欄に記入して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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人内研修・施設内研修・外部研修等の研修体制を整備している。施設内研修について、責任者会議での前年度研修内容の検証結果に基づき「令和5年度研修計画」を策定し、職員に必要とされる専門性を研修内容に明示している。外部研修は半明分を事業計画に位置づけ、随時研修案内があれば情報を提供し参加を奨励している。法人研修は法人で計画を策定し実施している。施設内研修は計画を基に、集合・資料回覧・オンライン形式により適時実施し、参加者の「施設内研修アンケート」を集約し、担当委員会書記が「施設内研修」報告書を作成し「施設内研修」ファイルに保管管理している。欠席者には、報告書・資料の供覧により周知を図っている。外部研修は、研修内容・感想等を記載した「出張命令・出張復命書」を作成し、「復命書」ファイルに資料とともに保管管理している。報告書・資料等の供覧と、必要に応じて責任者会議で伝達・共有する機会を設けている。事業報告書に研修テーマ別「職員研修実績」を掲載している。研修を主催する各担当委員会が、年度末に進捗状況の確認・アンケート分析結果等から計画・研修内容の検証を行い、責任者会議で次年度の計画・研修内容に反映させている。伝達研修の実施、研修計画に基づいた研修の実施、外部研修の個別の受講履歴が明確になる記録の工夫が望まれる。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>職員個別の「職員名簿」を随時更新し、個々の専門資格の取得状況・経験年数等を把握・管理している。新入職者には、法人での新人研修実施後、「新任職員到達度チェックシート」に沿ってA評価（3段階評価）が得られるまで介護主任がOJTを実施し、自己評価・評価者評価により習熟度を確認している。階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。計画外の外部研修案内は回覧で情報提供し、希望者や経験年数等に応じた対象者に参加を奨励している。外部研修受講のためのシフト調整・費用負担、オンライン研修受講のための受講時間・環境の整備等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>令和5年度は実習生の受け入れはない。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、オリエンテーション時に、留意事項等を説明し「誓約書」を交わしている。養成校のカリキュラムを基に、実習生の希望を採り入れたプログラムを作成し実習を実施している。施設長・生活相談員が、実習生受け入れ時に、実習指導担当者にマニュアル・実習プログラムに沿って助言している。養成校との事前打ち合わせ、巡回教員との実習現場見学や進捗確認・振り返り等を通して連携を図っている。実習後「評価表」を作成し、学校に送付している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページを活用し、法人基本理念、基本方針・サービス内容・決算情報・広報誌・パンフレット等を公開している。事業計画・事業報告は施設玄関に公開用ファイルを設置して公開しているが、現在ホームページをリニューアル中であり、ホームページでの公開を計画している。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「福祉サービスをよりよくするために」を、玄関に掲示している。閲覧用「苦情相談受付対応表」の玄関設置により、苦情・相談内容や改善・対応の状況について公表し、運営推進会議でも報告している。（議事録は公開していない）ホームページの活用とともに、広報誌を、居宅介護支援事業所・市役所等に設置し、地域へ向けて活動内容等について情報提供している。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人諸規定を整備するとともに、職務分掌一覧表で会計管理・予算決算に関する権限・責任を施設長と明確にしている。法人の法務事務局が、施設の経理、取引等について毎月監査を実施するとともに、監事が定期的に監事監査をしている。監査法人による定期的な監査支援を実施し、必要に応じて、会計事務所・弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を得られる体制がある。外部専門機関による指摘事項があれば、内容に応じて、幹部運営委員会・責任者会議で共有し経営・運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>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方について基本的な考え方を、法人基本理念（地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に）に明示し、具体的取り組み内容を事業計画に文書化している。地域の社会資源や情報を、新聞チラシ・市の広報誌・暮らしの便利帳等のフロア設置、ケーブルテレビ受信等により、利用者に提供している。利用者の希望に応じて、地域の敬老会への参加時には職員の支援体制を整えている。ポイント制ボランティアやオカリナボランティア受け入れ時に、地域の人々と利用者が交流する機会を設けている。個々の利用者のニーズに応じて、通院同行や、買い物等地域の社会資源の利用を支援している。</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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>通常は、近隣大学での出前講座や、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等を受け入れ、学校教育への協力を行っている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・受け入れ手順・オリエンテーション内容等を明文化している。ボランティアには事前のオリエンテーション時に、オリエンテーション内容に沿って留意事項を説明し「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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>タクシー会社・医療機関・行政機関等地域の関係機関一覧を作成し、事務所・公衆電話横への掲示・設置等で情報共有している。淡路ブロック老人福祉施設事業協会の施設長会や行政連絡会・地域ケア会議・特養情報交換会・給食施設連絡協議会等に参加し、独居高齢者への配食支援等共通の問題に対して、解決に向けて協働して取り組んでいる。また、地域ケア会議で、地域の認知症高齢者の徘徊時の情報共有等、地域の商業施設・介護施設等で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。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>家族代表・市役所職員・自治会長・民生委員・医療関係者等を構成委員とし、2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、地域の福祉ニーズや生活課題等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>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>配食サービスを事業計画に明示し、市との福祉避難所協定・集団献血への協力、法人として離島への車両提供等地域貢献に関わる事業・活動を実施している。地域サポート型施設活動を通じて相談支援や、通常は認知症サポータ講座、介護者教室の開催・近隣大学での出前講座等に取り組んでいる。市の防災訓練に参加し地域との協力体制を整備している。市と福祉避難所協定を結び、水・食料の備蓄を行う等、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。「福祉避難所用資器材リスト」に沿って、食料は管理栄養士が、備品は施設長が管理している。多様な機関等と連携して、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどに取り組むことが望まれる。</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>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（留意事項）等に明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。施設内研修の年間計画をもとに、「身体拘束」「虐待」「認知症ケア」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」を実施し、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。</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、「介護マニュアル」の留意事項にも記載し、施設内研修やユニット会議の勉強会で理解を図っている。多職種の巡回により、プライバシーに配慮したサービス実施を確認する仕組みがある。居室は個室で、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等の工夫を行っている。パンフレット・契約書・重要事項説明書でプライバシー保護と権利擁護についての取組みに言及し、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設のパンフレットや法人の広報誌を市役所や関係機関に配置し、また、ホームページを整備し広く情報提供している。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、面接室や会議室で個別に丁寧な説明を行い、リモート見学で設備や環境を説明している。時期に応じて、空床利用のショートステイで体験利用に対応している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約前に必ず利用者本人と面談して説明し、自己決定を尊重している。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。施設的环境や設備を写真で紹介した「ご利用案内」・料金表・パンフレット・広報誌等を活用し、わかりやすい説明に努めている。特に、個室対応のため、プライバシーが確保され、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できるユニット型の特長を説明している。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>サービス終了の際は、契約書・重要事項説明書の「契約の終了に伴う援助」の条項に沿って支援している。看取りでサービスを終了する機会が多いが、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) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>年に1回、「利用者満足度調査」「食事嗜好調査」を、利用者への個別の聴き取りにより行っている。「利用者満足度調査」の担当者を生活相談員とし、集計結果をユニット会議・責任者会議で共有し、改善やサービスの質向上に取り組んでいる。「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。6ヶ月毎にサービス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。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。年2回開催の家族会はコロナ禍のため休止していたが、令和6年度から再開を予定している。</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・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。重要事項説明書に明記し、契約時に説明して配布している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物を施設の玄関・各ユニットの共有スペースのボードに掲示している。多職種職員の巡回による日々のコミュニケーション・利用者担当職員の設置・「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」を施設の玄関に設置し公開している。今後、ホームページでの公開を予定している。苦情事例は、ユニット会議で周知し、責任者会議で報告して検討し、サービス質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・意見・相談の受付と流れについてわかりやすく表わした掲示物を、各ユニットの共有スペースのボードに掲示している。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。居室が個室であるため、主に居室で意見・相談に対応している。</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>「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、「入所施設事業連絡会」で年に1回検証・見直しを行っている。介護・看護職員が日々のサービス提供の中で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し、利用者が意見・相談等を話しやすいように配慮している。年に1回「利用者満足度調査」「食事嗜好調査」を個別の聴き取りで行い、利用者担当職員を設置する等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。意見・相談内容はケース記録や朝礼で共有し、内容に応じて責任者会議で検討し、個別支援やサービス向上に反映できるよう取り組んでいる。</p>		
<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。</p>		
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責任者を施設長とし、「事故防止検討委員会」を毎月実施し体制を整備している。事故発生時の対応について「緊急時対応マニュアル」に記載し、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を作成している。毎月の「事故防止検討委員会」で1か月間のインシデント・アクシデント事例を一覧表にまとめ、責任者会議・ユニット会議で共有し再発防止に取り組んでいる。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。年度末には、「事故防止検討委員会」が1年間の集計表を作成し、前年度との比較を行っている。発生場所を施設の見取り図上にマークし、多発場所を視覚的に把握する工夫も行っている。実地訓練・動画視聴を取り入れて、「緊急時対応・事故防止」研修を実施している。</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、責任者を施設長とし、「衛生管理感染対策委員会」を毎月実施し管理体制を整備している。「感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針」をマニュアルとしていたが、令和5年度に見直し、「介護現場における感染対策の手引き」をマニュアルとして導入した。「介護現場における感染対策の手引き」をもとに、感染症予防策を講じ、発生時対応も行っている。ユニット会議でのマニュアル勉強会、施設内研修計画に沿ったのオンライン研修で研修を実施している。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「非常災害対策計画（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。職員の安否確認は緊急連絡グループラインで行い、地図上に職員の居住地をマークし、被災状況の確認を行うこととしている。利用者家族の安否確認は、緊急連絡先に電話・ラインで行うこととしている。食品や備品の備蓄リストを作成し、施設長と管理栄養士を管理責任者とし備蓄を整備している。防災計画を整備し、夜間・昼間想定の大規模火災訓練を年2回、自然災害訓練を年1回施設合同で、利用者も参加して実施している。実施後は実施記録に写真を添付して回覧し、回覧印で周知を確認している。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。</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・c
<p>〈コメント〉</p> <p>サービスの標準的な実施方法を、各種「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「留意事項」に明示している。新任職員研修でマニュアルをもとに介護技術研修を行い、到達度チェックリストで周知を確認している。また、毎月のユニット会議で、順次マニュアルの勉強会を行い、「介護マニュアル」についても勉強会も行っている。人事考課の「専門要素評価表」に介護技術の項目を設け、定期的に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>施設内の「ケア業務検討委員会」が担当し、年に1回、「介護マニュアル」の見直しを行っている。ユニット会議の「介護マニュアル」の勉強会の中で、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。「ADL調査」「ADL等評価表」等をもとに課題分析を行い、介護職員・管理栄養士・看護職員・介護支援専門員でケアカンファレンスを行い、介護支援専門員が「施設サービス計画」の原案を作成している。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。利用者・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、サービス計画担当者会議を実施して「施設サービス計画」を作成している。毎日の「実施モニタリング表」と毎月の「評価表」「別紙まとめ」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、「評価表」「別紙まとめ」によるモニタリング・評価、「ADL等評価表」による課題分析を行っている。家族に「サービス計画作成のためのお伺い」を郵送し、事前に意向・要望等を把握している。施設内でのカンファレンスをもとに、利用者・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サービス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。施設サービス計画はユニット内で回覧し、「ケアプラン一覧表」ファイルを設置し周知を図っている。また、毎日「実施モニタリング表」に記録することで、サービス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、「ADL調査」「ケース記録」等により把握し記録している。計画の「サービス内容」の実施状況を、毎日の「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」により確認できる。記録が適切にできるようケース記録を介護主任が確認・添削し、随時個別に指導・助言を行っている。朝・昼に申し送りを行い、内容は申し送り簿の回覧で共有している。ユニット会議を毎月実施し、各種委員会の伝達事項はユニット会議で報告し議事録の回覧で共有している。責任者会議の内容も議事録の回覧で共有している。申し送り簿・各種議事録は、回覧印で周知を確認している。ネットワークシステムでも情報共有を行っている。</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・文書取扱規定で、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。法人の新人研修で、また、施設内研修で毎年「個人情報・プライバシー」研修を実施し、令和5年度はオンライン研修を予定している。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、契約時に契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書で説明し、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)-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

A①	<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」「ADL票」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。自立や活動参加も「施設サービス計画書」に位置付けている。定期的にモニタリングを行い、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。コロナ禍のためクラブ活動・施設の合同行事・地域行事への参加は休止しているが、事業所内での毎月の季節行事・グループレクリエーション（誕生会・交流会・おやつ作り・ちぎり絵・年賀状づくり・書初め等）・買い物外出・観梅外出・自宅への外出・訪問販売車での買い物・ボランティアによるオカリナ演奏・大道芸等、感染対策を継続しながら、日中活動・社会参加・楽しみづくりができるよう取り組んでいる。おしぼりたたみ・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	<p>ユニットケア、利用者担当職員の配置、多職種職員の巡回等により、会話の不足している利用者にも配慮し、日々のコミュニケーションの中で利用者の思いや希望の把握に努めている。把握した思いや希望はケース記録・「相談受付対応票」に記録し支援に活かしている。「虐待防止委員会」で言葉遣いや対応についても検討し、ユニット会議・委員会議事録回覧で周知を図っている。「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、6カ月ごとの「ADL調査」の更新により検討・見直しを行っている。現在はいないが、必要に応じて、筆談など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>「虐待防止マニュアル」「身体拘束マニュアル」を作成し、施設内研修やユニット会議内の勉強会で理解を図っている。利用者の権利擁護について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。毎月「身体拘束0推進委員会」「虐待防止委員会」を実施し、「虐待防止委員会」で施設内パトロールを行い、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。委員会では、権利擁護のための取り組みについて検討しており、また、権利侵害が発生した場合は再発防止策について検討する仕組みがある。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は、定められた手続き・記録に沿って実施し、「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んでいる。「虐待防止マニュアル」「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。</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

<p>広くゆったりとした共有空間は明るく、大きな窓で外の景色がよく見え、利用者と一緒に作り上げたちぎり絵等が壁に飾られ、春夏秋冬と季節を感じることができる。各ユニットにはキッチンが設置され、家庭的な雰囲気を感ぜられる。ソファやテーブル、椅子、たたみの間、テレビ、雑誌や新聞、広報誌等が設置され、二つのユニット間や併設の施設へも自由に行き来できるようにバリアフリーの作りになっており、思い思いにくつろいで過ごせるように工夫されている。毎月1回衛生管理感染対策委員会が開催され、温湿度表を元に、毎日朝と昼2回確認し、施設内の換気や加湿器、空気清浄機、除菌加湿器等が設置され、最適な空調管理、快適な生活できるように配慮されている。毎週3～4回職員により各ユニット内の清掃が実施され、掃除チェック表に記録されている。居室は全て個室となり、ベッド、箆箆、クローゼット、椅子、洗面台が設置され、入居時に確認した意向や要望等使い慣れた家具や寝具、電化製品、時計、馴染みのある家族写真やぬいぐるみ等持参され、自宅で過ごされているような空間作り、家具の配置や角には緩衝剤が取り付けられ、安全で安心して暮らせる環境作りがされている。</p>		
--	--	--

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 入居時に聞き取りした心身の状況や意向を元に、施設サービス計画書、介護ケア計画書が作成され、入浴名簿に入浴形態や方法、注意事項を明記し、個別に入浴支援を行っている。個浴は檜風呂が用意され、一般浴やリフト浴、併設の施設には特殊浴も用意されている。安全に心地よく入浴できるように、ヒートショックを起こさないように脱衣場の温度管理、滑り止めマットや手すり、シャワーチェア、スライディングボード等用意され、マンツーマンでの入浴を実施し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮したタオル掛け、二人介助の必要な方へは職員二人で対応し、拒否のある方へは声かけや時間、曜日を変えて入浴出来る様に配慮されている。週2回の入浴を基本とし、本人希望時や排泄等で汚れた時、皮膚の状態等必要時には、清潔保持のため入浴やシャワー浴、清拭を行っている。毎月1回ユニット合同の職員会議で入浴方法や心身の状況等検討され見直ししている。入浴前にバイタルの確認をし、看護師の最終判断をもって入浴している。発熱や風邪症状等あれば、最後に順番を回し、足浴や清拭等にて対応している。自力で入浴される方へも職員の見守りが行われている。支援を行った内容等、介護日誌に記録されている。</p> <p>A⑥ 入居時に聞き取りした心身の状況や意向を元に、施設サービス計画書、介護ケア計画書が作成され、排泄介助の状況を記録した排泄表で個々の排泄状況や排泄用品等周知し、定期的にもた訴えがあれば都度対応し、職員の手が足りないときにはユニット間で応援を頼み、個別に排泄支援を行っている。日中はできる限りトイレでの排泄を促し、時間を見て声かけや誘導をし、トイレのドアは閉め、トイレ外で待機する等羞恥心やプライバシーに配慮された取り組みを行っている。夜間は個別に対応し、ベッド上でのおむつ交換やポータブルトイレの使用、時間を見て居室の見回り等、安眠を妨げないように配慮されている。毎月1回ユニット合同の職員会議で排泄用品や排泄用具、心身の状況について検討され、排泄マニュアルやプライバシーマニュアルを元に勉強会を行い周知されている。トイレやポータブルトイレは清潔を保つために毎日清掃やアルコール消毒が行われている。</p> <p>A⑦ 入居時に聞き取りした心身の状況や意向を元に、施設サービス計画書、介護ケア計画書が作成され、職員へ周知し、理学療法士による個別のリハビリを行い、歩行器等個々に合った移動手段を使用し、できるだけ自力で移動できるように支援を行っている。日中の様子を都度看護師や理学療法士へ報告し、月1回ユニット合同の職員会議で心身の状況や福祉用具等について検討され、個々に適した介助方法等見直しされている。福祉用具等不具合があれば点検、補修し、必要に応じて福祉用具の事業所へ連絡し修理している。共有空間や居室には手すりを設置したり、車椅子や歩行機器が安全に移動できるように、テーブルやソファ、家具の配置等動線の確保や環境整備が行われている。移動の希望があれば、最初に声かけをして安全を確保し、速やかに移動の介助を行っている。</p>
--

A⑧	基本的には起床時と就寝時には利用者の希望を聞き衣服の選択を行っている。必要に応じて職員が選択し介助している。衣類の購入の際は、家族に依頼している。家族の許可をもらい、買物外出時に購入したり、職員が購入する時もある。洗濯や衣類の補修は洗濯専任の担当者が行っている。
A⑨	毎月1～2回訪問理美容の日があり、訪問理美容の日を掲示し情報提供し、髪型やカラーリング等、本人や家族からの希望や要望を聞き入れ、業者に伝えて行っている。整髪や化粧水やハンドクリーム等希望に応じ職員が手伝ったり相談に応じている。理美容員を利用する場合は家族対応としているが、送迎等の希望があれば支援している。
A⑩	睡眠マニュアルが整備され、寝室の明かりやベッド周辺の常夜灯等、個々の希望に応じ安眠できるように配慮がされている。1時間おきに居室を周り、睡眠状況や排泄用品の確認をし、2時間置きに体位交換を行っている。居室はベッドや寝具が用意され、使い慣れた寝具や馴染みの物を持参され、居室変更の必要な場合や利用者の要望に応じて居室の変更に対応している。不眠時には傾聴したり共有空間で過ごしてもらったりして対応している。

		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	毎年食事に関する満足度調査を行い、利用者の嗜好に合わせた献立や季節感のある食材、行事食等取り入れ、管理栄養士が給食委員会を開催して献立を立てている。施設全体の厨房で調理され、温冷ワゴンで運び、各ユニットでは炊飯と汁物を調理し、盛り付けを行い提供している。食事時は食事が楽しめるように個々の相性等考慮した配席に配慮されている。食事マニュアルが整備され、食事ごとに食事チェック表に、食事量等食事状況を記録している。毎月1回おやつ作りレクリエーションがあり、利用者も手伝って楽しまれている。朝食は和食かパン食が選択できるように工夫されている。
A⑫	入居時に聞き取りした心身の状況や意向を元に、施設サービス計画書、介護ケア計画書が作成され、職員へ周知し、食事マニュアルを元に、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。食事前には口腔体操を行い、個々に合った食事形態（きざみ、ミキサー、ムース等）や食器用具（スプーン、フォーク等）、食事ペース、声かけや食事時間をずらしたりして心身に負担の無いように配慮し、食事中の観察も行っている。栄養ケア・経口移行・経口維持計画書（施設）が作成され、食事や水分摂取量の確認を行い、経口での食事摂取を継続するための取り組みが行われている。看護マニュアルや緊急時等対応マニュアルが整備され、タッピング方法や吸引器の使用法、事故発生時の対応方法等研修し、全職員が吸引できるように資格を取得している。月1回ユニット合同の職員会議で個々に合った食事形態や介助方法を検討し、見直している。

A⑬  
 入居時に聞き取りした心身の状況や意向を元に、施設サービス計画書、介護ケア計画書、口腔ケアマネジメント計画書（全体）が作成され、職員へ周知し、食事前の口腔体操や嚥下確認、毎食後や就寝前の口腔ケアの実施、磨き残しや残渣物の確認を実施し、保持・改善に取り組んでいる。年1回オンライン研修が実施され、報告書が提出されている。毎月1回協力歯科医院からリハビリ・口腔ケア委員会の中で、指導や助言をもらい周知されている。往診時は往診記録に、受診時は受診連絡票に記録され、情報共有している。

		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

看護マニュアルや褥瘡・体位変換マニュアルが整備され、職員へ周知し取り組んでいる。2ヶ月に1回褥瘡委員会が開催され、個々の身体状況の確認、個々のポジショニングの写真や移乗の仕方、体位交換の動画等用いて周知徹底している。褥瘡リスクがある場合には、医師を初め関係職員で検討し、褥瘡対策におけるケア計画書を作成し、連携して取り組んでいる。日常のケアの中で、皮膚の状態を観察し、褥瘡傾向にあれば看護師へ報告し、褥瘡発生後は、医師の指示を仰ぎ、関係職員と連携し介助を行っている。管理栄養士が食事の状況等個々に確認し、栄養ケア計画書を作成し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

吸引（口腔・鼻腔内吸引・気管内吸引）マニュアルが整備され、経管栄養についての手順書や実地研修の実施に関わる指導書が作成されている。医療的ケア教員講習会へ参加や介護職員等による痰吸引等の実施のための研修を実施している。協力病院医師の指示の元、利用者や家族の同意を得て、看護師の指導の下安全管理体制を構築し、毎年実地研修し、実施体制の充実・強化をはかり、ほとんどの職員が喀痰吸引・経管栄養資格を取得している。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	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

個々の状態を把握し、個別機能訓練計画書が作成されている。看護師や理学療法士の指導や助言を受け、歩行訓練やリハビリ体操を実施している。毎月1回リハビリ委員会にて、看護師や理学療法士等中心となり今の心身の状態や認知機能等評価している。訓練内容や共有空間等安全に移動できるように動線の確保等、指導や助言を実施している。3ヶ月に1回個別機能訓練計画書の見直しを行っている。日常生活の中で状態の変化があれば、看護師等専門職へ報告し、早期発見に努め、協力病院医師の指示の元、家族や関係医療機関と連携し受診している。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑪	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

日々のケアの中から個々の状態をケース記録に記録し、日常生活能力や機能、生活歴について、認知症スクリーニング検査表を使用し再アセスメントを行っている。個々の趣味や嗜好に合わせて、日中は声かけして集団レクリエーションや個別のレクリエーションへの参加を呼びかけ、広々としたベランダでのお茶会等開催し、症状の改善に向けたケアを実施し、個人あるいはグループで活動できるよう工夫している。認知症研修を実施している。広くゆったりとした共有空間は明るく、ソファやテーブル、椅子、たたみの間等設置され、思い思いの場所で落ち着いて過ごせるように工夫され、居室には使い慣れた家具や馴染みの物を持参され、落ち着いた空間作りが行われている。協力病院医師の往診記録やケース記録から状態を分析し、職員会議で支援内容について検討している。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑫	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

「観察マニュアル」「緊急マニュアル」を作成し、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。看護師が巡回し、毎朝体温測定を、入浴日・体調不良時にバイタルチェックを行い、体調変化や異変の早期発見に努めている。日々の利用者の健康確認と健康状態は、介護ソフト内に記録している。高齢者の病気や薬、体調変化時の対応等についての研修は、オンライン研修で実施している。ている。「服薬管理マニュアル」を作成し、服薬管理・配薬は看護師が行い、介護職員が服薬介護を行った後、看護師が空袋で確認し、チェック表に記録している。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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

終末期の対応について、「看取り（ターミナルケア）に関する指針」を作成し、入所時に家族に説明している。嘱託医との医療連携体制を整備している。終末期を迎えた段階で看護師が家族の意向を確認し、回診記録に記録し嘱託医に報告している。施設内でのケースカンファレンスの後、家族参加でサービス担当者会議を実施し、看取り対応を説明し、看取りの同意書を作成している。看取り後には、ユニット会議で看取り反省会を行っている。「看取り」研修は、オンライン研修で実施している。

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・c

特記事項

定期的には、「施設サービス計画書」の見直し（6カ月ごと）の際のサービス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・要望の聴取・相談対応を行っている。変化があった時は随時、主に電話で迅速に状況を報告している。緊急連絡先への電話・メール・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。随時・必要時の家族との相談内容は、主に支援経過記録に記録している。コロナ禍以前の行事参加や外出行事は再開できていないが、面会・自宅への外出・年賀状送付等、可能な方法で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
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  
外出計画書が作成され、主に職員が同行し外出支援を行っている。高校生ボランティアが外出同行できるように環境整備を行っている。地域のガイドマップやイベント等の情報を玄関に設置し情報提供している。地域のイベントや行事があれば、行事委員会で検討され、職員の配置や当日の個々の体調等考慮され外出している。外出時には不測の事態に備え、計画書の周知や救急用品の持参等準備し行っている。

A②

玄関には公衆電話を設置し、携帯電話も自由に使用できるように持ち込まれている。家族からの郵年賀状作成や郵便も希望時には支援し、事務所内で施設ラインも利用できるよう対応している。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

新聞・雑誌は定期的に共同購入し玄関に設置している。個人でも購入できるように対応している。テレビやCD、ラジオ等持ち込みは可能で、各ユニットの共有空間にもテレビを2台ずつ設置し、利用者間で決めたり職員が介入して視聴されている。