

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 淡路ふくろうの郷	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	狭間 孝	定員（利用者人数）：	70 名	
所在地：	兵庫県洲本市中川原町中川原字東山28番地1			
TEL	0799-25-8550	ホームページ：	<a href="http://hyoufuku.main.jp">http://hyoufuku.main.jp</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成18年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会			
職員数	常勤職員：	46 名	非常勤職員：	25 名
専門職員	看護師	2 名	看護師	1 名
	准看護師	2 名	准看護師	2 名
	管理栄養士	1		
施設・設備の概要	(居室数) 1人部屋 70室 (1ユニット10名)			
	(設備等) * 食堂：各ユニットに1カ所 (7ユニット) * 医務室			
	* 浴室：1階 寝台浴・一般浴 (リフト浴) ・個浴 / 2階 一般浴 (リフト付) ・個浴			

③理念・基本方針

理念：一人ひとりを大切に ともに生きる  
基本方針：国際障害者年のテーマ「完全参加と平等」の理念を施設運営と地域社会に生かします。

④施設・事業所の特徴的な取組

\* 社会福祉法人ひょうご聴覚障害者福祉事業協会が運営する新型特別養護老人ホームである。ろうあ者・難聴者・盲ろう者の利用者だけでなく、聴覚に障害を持たない利用者の受け入れも行い、人としての尊厳・情報保障・コミュニケーション保障・人権を大切にした1ユニット10人（全7ユニット）

\* 「働く」「学ぶ」「自治会活動」「寛ぐ」を暮らしの4本柱として、利用者が主体的にその人らしく暮らせるように支援している。

○ 「働く」：「ふくろう工房」・各ユニットのリビングで、ちぎり絵屏風・マット・フラワー・ストラップ・つまようじ入れ・手芸・梅干し作り等を楽しみ、展示したり、販売し、売り上げはお給料として支給している。

- 「学ぶ」：「ふくろう大学」を学びの場とし、「健康」「書道」「農業」「料理」「絵手紙」の講義を開講している。講義は、写真や絵を使い、難聴者のためには要約筆記、ろう盲者には触手話を用いて支援している。農作業を通じて食等を学ぶ機会も設けている。若い頃に農業に従事していた利用者の知恵と経験、地域のボランティアの協力を得て、一緒に作業している。
- 「自治会活動」：「入所者自治会」を作り、自治会役員を決め、年度初めに総会を、月に1回「入居者懇談会」を開催し、利用者が意見を出し合い、利用者主体の生活づくりが行えるよう自治会活動を支援している。
- 「寛ぐ」：「自分の居場所」が確保できる居室、快適な浴室、「文化としての食生活」を目指した食事等、利用者が日々の生活の中で寛げるよう支援に取り組んでいる。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 5 月 25 日 (契約日) ~ 令和 4 年 2 月 2 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

\* 緑に囲まれ自然豊かで眺望の良い環境に立地し、多くの窓から光が入り、明るい木目調と白色を基調にした館内は、暖かみと家庭的な雰囲気があり、掃除も行き届き清潔感がある。階段の踊り場や各ユニットのコーナーに設計上の工夫を行い、チャイムと共に居室の呼び出しランプ・非常ランプが光る等、聴覚障がい者が安全に生活できるよう様々な配慮がされている。各ユニットは季節感や生活感を採り入れ、全室個室で、夫婦部屋や和室もあり、使い慣れた家具を持参しその人らしい生活が続けられる環境づくりを支援している。

\* 「入所者自治会」を作り、自治会役員を決め、年度初めに総会を、月に1回「入居者懇談会」を開催し、利用者が意見を出し合い、利用者主体の生活づくりが行えるよう自治会活動を支援している。自治会を通して利用者の意見が、施設行事・食事・ふくろう大学・ふくろう工房の企画等に反映できるよう取り組んでいる。

\* ユニットケア・担当職員の設置・ケアプラン会議等で利用者の心身の状況や暮らしの意向等の把握に努め、ケアプラン・個別機能訓練計画等に位置づけて自立支援や活動への動機づけを行っている。利用者個々の「ふくろう物語」を作成する中で、一人ひとりの生い立ちから人生の軌跡を知り職員間で共有することにより、利用者の思いや価値観に寄り添った個別支援が行えるよう取り組んでいる。

\* 「淡路ふくろうの郷地域交流会」の協力を得て、様々な施設行事を行い、「ふくろうふれ愛まつり」では地域住民との交流を行っている。民生委員主催の「独居高齢者食事会」の開催、「手話講座」「介護サポーター講座」の開講、障がい者相談窓口等、地域貢献にも取り組んでいる。協会・手話サークル・地域からのボランティアの協力があり、外出や話し相手、「ふくろう理容店」等の支援を受けている。定期的に「ボランティア協議会」を開催し、職員とボランティアの懇談会を行っている。

\* 施設内に、各種委員会・係が構成され、役職・職種・ユニット毎の会議を定期的で開催し、専門職者が連携し運営体制を整備している。事業計画として、「部門別実行計画」を具体的に作成し、4半期毎に振り返り評価を行いながら、基本理念の実践・重点目標の達成に向け、職員が参画して取り組んでいる。

◇改善を求められる点

\*定められた評価基準にもとづいた施設の自己評価、職員個々の自己評価と上位者評価、目標管理の仕組みづくりと、計画的な運用が望まれます。

\*必要なマニュアルの整備に取り組まれています。マニュアル整備後は、定期的に検証・見直しを行い、施設の現状に即したマニュアルとして活用されることを期待します。

\*会議・委員会・研修等、現在実施している取り組みを効率的に記録に残し、可視化することが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設開設15年を経過し、初めて福祉サービス第三者評価を受審しました。自己評価は、幹部職員を中心に行い、その後、それぞれの評価を出し合うことで、共通認識を得ることができました。さらに、第三者評価委員から質問を受け、客観的に説明し理解をしていただくことの難しさを理解しました。私たちが実践している福祉介護サービスを可視化することが今回、不足していることやマニュアルの整備、効率的に記録することの重要性について理解を深めました。ご指摘いただいた不足なことを改善していきます。

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>b</b> ・ c
<コメント>  理念・基本方針を、ホームページ・パンフレットに記載している。理念は法人が目指す方向・考え方を明示し、基本方針は法人の理念との整合性を確保し、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。新任職員研修で理事長から講和があり、職員の周知を図り理解を深めている。その後も各種会議・研修・委員会活動・行事の中で理念に立ち戻って検討し、理念の実践に向け取り組んでいる。利用者・家族には、入居時にパンフレットをもとに説明し周知を図っている。理念や基本方針の周知状況を確認し、理解を深め実践につなげる継続的な取り組みが望まれます。		

#### 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  兵庫県老人福祉事業協会淡路ブロック会議・近畿合同機構経営交流会・全国高齢聴覚障害者施設協議会・法人事務局会議等からの情報をもとに、社会福祉事業・地域の福祉計画の動向、地域ニーズ等の把握と分析に努めている。月次報告書を作成し、毎月のコスト分析や利用率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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  施設の管理会議（週1回）・法人事務局会議（月1回）で、職員体制・稼働率・加算要件等の現状分析にもとづいて課題を明確にし、課題の解決・改善に向け取り組んでいる。法人事務局会議に理事長・理事の出席があり、課題について共有している。管理会議の内容は、内容に応じて、運営委員会・全体会議・ユニット会議で報告し職員に周知している。		

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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>令和3年度に、「中期ビジョン・経営方針」を策定している。経営課題や問題点の解決・改善に向けた、実施状況の評価を行える内容となっている。 今後、定期的の実施状況や進捗を具体的に確認し、必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれます。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画が策定されている。事業計画は、ビジョン・キャッチフレーズ、目標値、行動規範・行動指針を設定し、重点テーマに沿って部門別に策定された「部門別実行計画」で、実行可能で、実施状況の評価を行える内容となっている。 「中期ビジョン・経営方針」の内容が事業計画に反映されることが望まれます。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書を職員全体に配布し、各部署で閲覧可能にし周知を図っている。事業計画は4半期毎に進捗を確認し、期毎に事業報告書を作成している。上半期・下半期の事業報告書は監事監査でも進捗を確認している。年度末に、職員の意見を集約して部門別に事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定につなげている。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度初めの家族会で「事業計画集」を資料として配布し、説明している。法人の事業報告の冊子も配布している。利用者には、年度初めの自治会総会で、「自治会総会資料」をもとに「行事計画」を説明し参加を促している。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>部門別実行計画（事業計画）・ケアプラン等、PDCAサイクルにもとづいてサービスの質向上に取り組んでいる。各種会議・各種委員会を定期的に行い、サービス内容について評価を行っている。情報の公表を活用し、年に1回自己評価を行っている。評価結果の分析は、施設長・副施設長・事務長が行っている。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a ・ b ・ <b>c</b>
<コメント>  評価結果の分析から、課題を文書化するには至っていない。 課題を文書化して職員間で共有し、改善に向け計画的に取り組む仕組み作りが望まれます。		

## 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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<コメント>  管理者は、事業計画を策定し、経営管理に関する方針を明確にしている。管理者は事業計画について、新人研修時及び年度初めの運営委員会で説明し、運営委員が各部署で事業計画書を配布して説明している。広報誌「ふくろう新聞」（毎月発行）に管理者の方針を掲載している。「分掌一覧」で、管理者の役割と責任について明確にし、具体的職務内容毎に担当者を定めている。分掌一覧を事務所内に設置し周知している。 有事（災害、事故等）における管理者不在時の権限委任等を明確化することが望まれます。		
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>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  管理者は、身体障がい者福祉法・介護保険法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法等関係法令、法人諸規定等、遵守すべき法令等を理解している。経理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。全国老人福祉施設協議会淡路ブロック施設長会・全国社会福祉協議会施設長研修会・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。高圧ガス保安法・フロン排出抑制法等、入居者の住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、法令に則り適切に対応している。新任職員研修で高齢者虐待防止法等遵守すべき法令を周知し、守秘義務について誓約書を交わしている。職員全体会議後の内部研修で、事例やパワーポイントを用いて高齢者虐待防止法・ハラスメント防止法等遵守すべき法令について周知している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  年1回 県のチェックリストや介護サービス情報の公表制度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。課題があれば担当委員会で改善に取り組む仕組みがある。管理者は、各種会議・委員会への参加や年1回の個人面談を通して、職員の意見を把握に努めている。職員から出た意見を各委員会で話し合い、福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。令和3年度研修計画（内部・外部）を策定し、年間計画に沿って計画的・継続的な施設内研修の実施や外部研修の受講奨励等、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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は毎月、短期長期入所稼働状況表・経費比較表・人件費分析表等を作成し、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、分析を行っている。分析資料を基に、毎月「運営委員会」で経営課題を明確にして具体的な取り組みを進めている。課題・取り組み内容等について、職員全体会議時での資料配布・資料供覧・申し送り等で職員に意識付け、共有している。半期ごとに集計し、経営会議で経営課題等の分析を行っている。安全衛生委員会・人材確保定着委員会が主導して、職員が働きやすい環境整備に向けて、取り組んでいる。具体的取り組みとして、余裕ある人員配置により、休憩時間の確保・残業時間の軽減等働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は運営委員会・経営会議・職員全体会議等に参加し、事業所の経営に関する現状・課題・対応策を明確にし、具体的に改善に取り組んでいる。職員の確保と定着等、当面の経営課題を法人と共有し改善に取り組んでいる。</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>人事管理は法人が一括して行っている。部門別実行計画に、「人材の育成」を採り入れ、福祉人材の育成に関する方針を明示している。重要事項説明書に、基準と実数での職員体制・専門職員配置を明確にしている。必要な人員の充足度を毎月「生活援助係報告書」により確認し、人材の確保と資格取得など育成に取り組んでいる。第3四半期の意向調査結果を参考にして、法人が採用計画を基に人材確保に努めている。採用パンフレットを作成し、合同就職説明会開催・養成校・ハローワーク訪問を行っている。採用情報をホームページに掲載し、新聞広告の活用、見学・実習生受け入れ、障がい者雇用等、福祉人材確保に努めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として期待する職員像を「法人共通等級基準」に等級ごとに「期待される人材像」を明確にしている。就業規則で、採用・異動等について、給与規定で昇給・昇格等の基準を明確化している。入職時配布・説明するとともに、改定時は改定書面を配布し、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度・目標管理制度等を導入するには至っていない。労働組合・ハローワーク・求人広告等から、処遇の水準について、また、職員から処遇について意見・提案等を面談・意向確認時等に把握し、法人で処遇改善についての必要性を検討している。職員の育成につながる客観性の高い人事評価制度を導入し、職員一人ひとりが将来の姿を描きやすい仕組みを構築することが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>分掌一覧で、労務管理に関する責任者を施設長（管理者）と定めている。タイムカード制を導入し、管理者は「時間外命令簿」「休暇簿」で就業状況を把握している。実務的には就業状況管理を法人が行っている。安全衛生委員会が主導し、健康チェック表での体調確認を毎日実施し健康管理に努めている。健康診断・ストレスチェック（年1回）、夜勤者には腰痛検診、インフルエンザワクチン接種の無償化等を実施している。主任・副主任が窓口になり、随時面談の機会を設け、相談しやすいよう環境整備を行、内容に応じて管理者に報告し対応している。労働組合の整備、短時間就労、時間単位有給休暇、育児・介護休暇休業制度等を採用入れ、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。また、職員の家庭状況や意向に応じて、シフト調整や有給休暇の取得を促すなど働きやすい環境整備に取り組んでいる。有給休暇の入職時付与等にも取り組んでいる。労働組合・安全衛生委員会・研究研修委員会等が連携し、福利厚生の実施・ワークライフバランスに配慮した取り組み・研修体制の実施など、人材の確保・定着の観点から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>&lt;コメント&gt;</p> <p>目標管理制度を導入するには至っていない。 職員一人ひとりの育成に向けた目標管理のための仕組みを構築が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画に、「研修参加によるプロ意識の向上」を掲げ、研究研修委員会が「令和3年度研修計画（内部研修・外部研修）」を作成している。研修計画の内容に、施設が職員に期待する専門知識や専門技術等を明示している。法人として専門資格取得を推奨している。内部研修は概ね年間研修計画に沿って、職員全体会議後に実施している。参加できなかった職員には、資料配布により周知を図っている。外部研修に関しては、コロナ感染状況に留意しつつ可能な限り参加している。参加者は「研修報告書」を提出し、全体会議時に伝達研修の機会を設けている。健康看護係（看護部門）は令和2年度年間研修実績について、研修実績表を作成している。研修後のアンケート・報告書の感想欄等を基に、年度末に研究研修委員会が評価を行い、研修内容見直し・カリキュラムの選択等について検討している。外部研修は年度途中でも、必要に応じて追加等見直している。 研修計画書に研修実績欄を設ける等、研修計画にもとづく実施状況が明確になるよう工夫してはどうか。また、健康看護係以外の部署も年間研修実績が明確になる資料を作成してはどうか。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入職時に、資格証・履歴書等で、専門資格等を把握し、施設・法人で一括管理を行っている。新入職者には、法人で、2日間規定説明等の研修を実施し、配属後、内部研修計画に採り入れ設備等について研修を実施している。例年は、入職後3ヶ月目にフォローアップ研修を実施している。生活援助係（介護部門）に配属された職員には、リーダー以上の職員が指導者となり「チェックシート」に沿って基本的に3ヶ月間OJT研修を実施している。「業務の基本マスター」と「職員・社会人としての基本姿勢」を到達目標に掲げ、目標項目ごとに新入職者・担当職員が評価を実施して到達度を相互に確認している。外部研修のユニットリーダー研修等階層別研修、看護師・厨房職員等対象の職種別研修や、内部研修で全職員対象にテーマ別研修等の機会を設け、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。外部研修に関する情報を研究研修委員会で収集し、希望・経験年数等を考慮して、対象者に参加を呼び掛けている。専門資格取得のための受講を推奨している。内部研修に参加できるように、基本的に職員全体会議後に実施する等の配慮を行っている。外部研修については、オンライン研修の活用、出勤扱いで交通費・受講料法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるように配慮している。オンライン研修は応接室や地域交流スペースの活用して受講できるように環境を整備している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>例年、介護福祉士・看護師・社会福祉士等実習生を受け入れている。「実習生指導マニュアル（介護職用）」を整備しており、社会福祉士用マニュアルを作成中である。オリエンテーション時に、注意事項の事前説明を行っている。実習生の希望、施設の意向等も勘案し、施設で個別の実習プログラムを作成している。介護支援専門員・副施設長・看護師長等が実習者指導研修に参加しており、指導職員に助言している。事前の打ち合わせ・指導教員巡回時の振り返り等により、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習後「評価表」を作成し、学校に送付している。</p> <p>マニュアルに、専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化することが望まれます。また、受け入れ窓口や、オリエンテーション時の注意事項等も明文化しておいてはどうか。</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>法人ホームページに理念・基本方針、法人の提供する福祉サービスの内容、地域の福祉向上のための取り組み、予算決算情報、事業報告等を掲載し公開している。苦情相談体制について、重要事項説明書抜粋の施設内掲示、ホームページ等で明確にしている。第三者評価結果はWAMNETで公表を計画している。広報委員会が毎月法人広報誌「ふくろう新聞」を（2800部）発行し、関係団体・地域に全戸配布して事業所で行っている活動等の情報提供を行っている。</p> <p>苦情等の内容に基づく改善、対応について、館内掲示・ホームページ、ふくろう新聞への掲載等で公開する仕組みづくりが望まれます。また、事業所の事業計画・事業報告等の公開用ファイルを玄関に設置する等で公開してはどうか。</p>		

22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務・経理・取引等に関するルールが就業規則・経理規定等関連規定に明確にされ、入職研修時に配布・説明し、事務所に設置し周知している。改定時は、職員全体会議で新规定等を配布・説明し周知している。「分掌一覧」で、予算決算・物品の購入等、経理・取引に関する権限・責任が明確にされている。分掌一覧の職員全体会議での配布・説明、事務所内設置等で職員に周知している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けている。監事による会計監査・業務監査を年2回実施している。指摘事項があれば、法人本部へ改善状況を報告している。定期的に顧問会計事務所が施設に来訪し、指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に「共生」を、施設運営方針に「広く地域との交流に努める」を掲げ、重要事項説明書等に、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化している。市広報誌、小学校だより、地域が開催するイベント・講演等活用できる社会資源の情報を収集し、案内のユニットへの配布・館内掲示・入居者集会での紹介等で利用者に情報提供を行っている。また、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、小学校運動会の観覧・淡路島祭り・ふれあいマーケットでの買い物等に職員が、もう豊者友の会が実施するイベントには、ボランティアが同行し参加を支援している。敬老旅行等聴覚障がい者協会が実施するイベントには、職員・ボランティアが支援している。地域と施設で運営する地域交流会（そうめん流し・かかしづくり等）で地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。例年は、いきいき100歳体操への参加・地域の独居高齢者との食事会開催等で交流機会を設けている。利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、地域における社会資源を利用するよう推奨している。また、移動販売車「とくし丸」が毎月曜日施設に来訪しており、利用者の買い物を支援している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>絵手紙・書道・手話サークル等のボランティアが来訪している。現在、ボランティア受け入れマニュアルを作成中である。（マニュアル案に、目的・事前説明等に関する項目等を明文化している。）「ボランティア登録票」を作成し、新規のボランティアには事前のオリエンテーションの中で利用者との関わり方や、個人情報の遵守について注意喚起を促している。ボランティアルームが設置されている。小学校での出前講座の開催、特別支援学校生の就業体験等、学校教育への協力を行っている。 マニュアルを整備し、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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ほっとかへんネット洲本」「洲本市障がい者福祉サービス手引き」等を事務室に設置し、職員間で共有している。また、部署毎に医療機関・設備関係業者一覧等を作成している。使用した社会資源についての情報を、都度職員間で共有している。洲本市社会福祉法人連絡協議会（ほっとかへんネット）・淡路ブロック老人福祉事業協会の施設長会・行政連絡会・栄養士会・給食施設連絡協議会等、関係機関・団体との定期的な連絡会に参加している。給食施設連絡協議会の研修・訓練に参加し、災害時対応等共通の課題に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。ショートステイ利用後の生活支援について、居宅介護支援事業所等と連携して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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域と施設で運営する地域交流会で地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。例年は、施設の地域交流スペースを活用して地域の人を招待して「ふくろうふれ愛祭り」を開催し、地域住民との交流を行っている。地域へ参加を呼びかけ介護サポーター研修を開催している。法人内の聴覚障がい者センターが相談窓口となって障がい者相談を実施し、担当部署が支援に対応している。玄関にステッカーを貼付して、必要に応じてAED使用を地域に情報発信している。給食施設連絡協議会で災害時の事業所の役割等を確認している。例年は、法人として地域の春祭りへの協賛等、地域の活性化に貢献している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>障がい者相談支援事業・地域交流委員会活動等を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。年1回、民生委員主催の「高齢独居者との食事会」への参加や、民生委員も参加する「ほっとかへんネット洲本」活動を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。法人として障がい者相談支援事業している。聴覚障がい者関係団体との連携・障がい者相談支援事業・地域交流委員会活動・ほっとかへんネット洲本への参加等を通じて、独居高齢者への配食サービス・買い物難民等、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。地域の人との共同組織「お互いさま中川原」で地域の清掃活動を行っている。2021年度法人事業計画に、「ふれあい食堂」・「ふれあい劇場」開設を明示し、法人内の事業所連携・協力のもと社会福祉事業や文化活動による地域貢献を計画している。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント>  利用者尊重の姿勢を、理念・基本方針、就業規則、介護マニュアルに明示している。「身体拘束・虐待防止」「入居者へのアプローチ」研修や、職員会議で利用者の人生を振り返る勉強会等で、利用者尊重について学ぶ機会を設けている。運営会議の中で虐待防止委員会を実施し、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・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。	Ⓐ・b・c
<コメント>  介護マニュアルに、プライバシー保護についての言及がある。身体拘束適正化指針を、身体拘束マニュアルとして活用している。虐待防止マニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示している。全室個室のユニットケアを実施し、プライバシーが守られる環境である。契約書に、身体拘束適正化と守秘義務について記載し、契約時に利用者・家族に周知を図っている。「身体拘束・虐待防止」研修を実施し、運営会議の中で虐待防止委員会を実施し、マニュアルにもとづいたサービスの実施に努めている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント>  利用希望者に対して、ホームページ・パンフレット・ふくろう新聞等で情報提供している。言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっている。パンフレットを聴覚障がい者協会の事務所等、入手しやすい場所に置いている。ふくろう新聞は、ホームページにも掲載している。見学希望があれば随時対応し、生活相談員や施設ケアマネが個別に説明している。ショートステイを利用して、体験利用も可能である。情報提供の内容は、適宜見直している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント>  契約時には本人の同席を基本とし、利用者の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・パンフレットに沿って説明し、文書で同意を得ている。利用料金については、詳細な「利用料金表」を資料としてわかりやすい説明に努めている。必要に応じて、手話通訳士の有資格者が説明している。また、意思決定が困難な利用者には、代理人にも説明して同意を得、適正な説明、運用が図られている。契約内容の改定時は、変更内容を明記した文書で通知している。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約の終了時は、運営規程の「入退所」の条項に沿って、サービスの継続に配慮した対応を行っている。移行先の施設や病院の要請に応じて、引継ぎ文書を提供することとしている。利用が終了した後も、利用中と同様の窓口で相談対応し、重要事項説明書や名刺等記載したものを渡している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居者懇談会を月1回、家族会を年3回開催し、職員も出席して意見交換を行い利用者満足の把握に努めている。担当を副施設長とし、主に運営委員会で検討し、満足向上に向け取り組んでいる。内容に応じて、ユニットや係でも検討している。移動販売や行事食等、利用者懇談会での意見を反映させた事例が多くある。 定期的に利用者満足調査を実施することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>解決責任者・受付担当者・第三者委員が設置され、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に記載し配布して説明し、ファイルを施設の玄関に設置している。苦情については、「苦情等の受付報告」に内容や対応結果、フィードバックなどを記録し保管している。職員会議で共有し、再発防止、サービス向上につなげるよう取り組んでいる。 アンケートの実施・意見箱の設置等、匿名で苦情が申し出やすい工夫が望まれます。苦情を申し出た利用者・家族に配慮した上で、公表する仕組み作りが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の「相談・苦情の受付について」に複数の相談窓口を記載し、利用者・家族に配布し、ファイルを施設の玄関に設置している。職員紹介の写真を掲示し、相談相手を選ぶように配慮している。応接室等、相談し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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月入居者懇談会を行い、また、利用者担当職員を設置し、利用者が相談しやすく意見を述べやすいよう配慮している。把握した意見・相談はユニット引継ぎノートやユニット会議で共有・検討し、また、内容に応じて委員会やリーダー会議等で検討し、迅速に対応できるよう取り組んでいる。</p> <p>意見・相談の記録方法、対応手順等について、「相談・意見対応マニュアル」を作成し、定期的に検証・見直しを行い、見直し履歴に記録することが望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関して、リスク委員会を設置し、月に1回開催している。ヒヤリハット報告書・事故報告書を作成し、ユニット内で回覧し迅速な共有に努めている。1ヵ月間のヒヤリハット・事件事例の内容と今後の取り組みをリスク委員会が一覧表にまとめ、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もリスク委員会で検証している。リスク委員会の内容は、担当者がユニット会議で報告しユニット内で共有している。年間研修計画に入れ、「リスク対策」研修を実施している。</p> <p>事故予防・事故対応等リスクマネジメントに関するマニュアルを整備し、職員に周知することが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策に関して、感染症対策委員会を設置し、月に1回開催している。感染症対策マニュアルを整備し、各ユニットに設置して周知を図っている。年間研修計画に入れ、「感染症対策」研修を実施し、受講者は研修アンケートを提出している。手洗い・手指消毒・マスク・換気・温湿度管理・館内消毒・三密回避等、感染症予防策を適切に講じている。感染症が発生した場合は、消毒の強化、ユニット隔離等により蔓延防止の対策を講じている。毎月の感染症対策委員会の中でマニュアルの内容を検証し、必要時に見直し変更を行っている。</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やっている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「非常災害時対応マニュアル」に、火災時と、立地条件から風水害（土砂・崖くずれ含む）時の対応策を記載している。利用者の避難状況は居室のドアにチェックを入れて確認することとしている。職員の安否確認は、職員の状況に応じて、電話・ライン・メールで行うこととし、避難訓練実施時に連絡訓練も行っている。3日間の献立に沿って食事形態別に「備蓄職リスト」を作成し、栄養調理係が管理し備蓄食訓練時に入替を行っている。防災・防犯委員会が計画を立て、新入職員対象の総合避難訓練、総合避難訓練（年2回）、備蓄食訓練、AED訓練、炊き出し訓練、防犯訓練を実施している。職員全員が順次参加できるよう、参加者を調整している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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。マニュアルの中で、利用者尊重やプライバシー保護についても言及している。新入職員研修で介護技術について研修を行い、実施記録で習得状況を確認している。その後も、月に1回介護技術研修を行い、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 ・ Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「介護マニュアル」の定期的な見直しには至っていない。時期を決めて定期的に検証し、必要時に見直しを行うことが望まれます。検証と見直しの際は、職員の意見を集約すると共に、検証・見直しの履歴を残すことが望まれます。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプラン策定責任者を施設長としている。アセスメントは、ケアチェック表を用いて行っている。介護支援専門員・ユニット介護職員・看護師・管理栄養士が参加してケアプラン会議を行い、アセスメント・計画策定に関する協議を行い、議事録に記録している。ケアプランには、利用者個々の具体的なニーズを明示している。担当のユニット介護職員が、ケアプランのサービス内容毎の1カ月の実施状況を「支援経過記録」に記録している。また、ケアマネジャーが3ヶ月に1回モニタリングを行って評価票に記録し、プランどおりにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3ヶ月に1回ケアプランの見直しを行っている。見直しの際には、モニタリング・再アセスメントの結果をもとにケアプラン会議で検討している。各ユニットに「計画書ファイル」を設置し、ユニット会議でも確認し、職員に計画内容の周知を図っている。緊急にケアプランを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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況は、介護ソフトのケース記録に記録している。各ユニットに「計画書ファイル」を設置し、ケアプランにもとづくサービス実施を記録するように、意識付けに努めている。運営委員会・職員会議・ユニット会議・各種委員会の開催、ユニット引継ぎノート（利用者情報・業務連絡を別冊にして）、回覧資料等により、ユニット内・施設内の情報共有に取り組んでいる。介護ソフトによるネットワークシステムもあり、活用の幅を広げられるよう取り組んでいる。</p> <p>記録の研修やユニットリーダー等による記録の確認と個別指導等により、ケアプランにもとづいた実施記録等、職員の記録の標準化を図る仕組みづくりが望まれます。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」「文書管理表」「就業規則」に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法等が規定されている。管理責任者を、施設長としている。新入職員研修で、個人情報保護について研修を行い、守秘義務についての誓約書を交わしている。利用者・家族には、入居時に個人情報の使用について説明し文書で同意を得ている。継続的な研修により、定期的に意識付けを行うことが望まれます。</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）	<b>a</b> ・ 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

#### 特記事項

<p>A①</p> <p>ユニットケア、担当職員の設置、入居者懇談会（毎月）、ユニット会議（毎月）、アセスメント（3ヶ月毎）、ケアプラン会議（3ヶ月毎）等で、利用者の心身の状況や暮らしの意向等の把握に努め、利用者個々に応じた生活となるようケアプランに沿った支援を行っている。定期的にモニタリングを行い、利用者個々に応じた生活となっているかを検討する取り組みがある。ケアプラン・個別機能訓練計画等に位置づけて、自立支援や活動への動機づけを行っている。ふくろう大学（料理・手芸・書道・演劇）、ふくろう工房（ちぎり絵・手芸）、手話講座等、希望に応じて参加できる活動プログラムが実施されている。カーテンの開閉・タオルたたみ・ゴミ集め・ケース回収など、日常生活の中で役割が持てるよう工夫している。塗り絵・折り紙・編み物等、趣味を楽しみながらゆっくりくつろぐ時間も設けている。淡路ふくろうの郷地域交流会の協力を得て、そうめん流し・案山子作り・ふれあい祭り・餅つき・しめ縄づくりなど、施設行事を開催し、利用者の楽しみとなっている。</p>
--



A②

聴覚障がい者・難聴者・盲ろう者等、利用者個々の状況に応じた方法でコミュニケーションを行っている。入居時のアセスメントをもとに、入居後の生活の中で、個々に応じた詳細なコミュニケーション方法の把握に努め、ユニット会議やケアプラン会議等で共有し検討している。定期的には3ヶ月毎の再アセスメントで見直す仕組みがある。入居者懇談会で、利用者が話したいことを話せる機会を設け、ユニットケアや担当職員の設置により、会話が不足しがちな利用者にも配慮し話を聴いている。研修・委員会・会議での意識付けや注意喚起により、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいの周知に努めている。

		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>b</b> ・ c

特記事項

身体拘束適正化の方針を契約書に記載し、利用者・家族に周知を図っている。毎月の運営委員会の中で虐待防止委員会を実施して各ユニットの状況を共有して検討し、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。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身体拘束適正化指針に明確に定め、研修で職員に周知している。虐待防止マニュアルを作成し、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、フローチャートに明記している。虐待防止委員会で、身体的な虐待・拘束だけでなく、心理的虐待・ネグレクト・行動制限の危険性についても検討し、議事録に記録することが望まれます。運営委員会の虐待防止委員会で検討すると共に、各ユニット会議で委員会の報告をする際に、ユニット内の職員間でも状況を確認し意識付けを行ってはどうか。

## 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

施設内は清掃が行き届き清潔感があり、多くの窓から自然光が入り明るい。各ユニットは温湿度計で適温湿度が保たれ、廊下にも加湿器を設置している。ユニット玄関にポストを設置し、リビングは対面キッチンが併設されて家庭的雰囲気があり、季節の飾りや利用者の作品等が飾られている。2つのユニット間のスペース、飾り付けされた広い廊下、本棚がある談笑スペース、喫茶スペース、ふくろう工房作業場等、多種多様な共有スペースがあり、自由に寛いで過ごせるようテーブル席やソファを設置している。月1回自治会懇談会で利用者の意向等を把握し、快適な環境づくりに取り組んでいる。居室には洗面台、ベッド、エアコンを設置し、居室ドアの内側にカーテンを付けプライバシーが確保されている。家族の協力を得てテレビ、家具類、人形、仏壇、家族の写真等、慣れ親しんだ物や馴染みの物が持ち込まれ、思い思いに写真や自分の作品等を飾っている。ナースコールの設置、居室ドアのチャイム・非常時のベルはライト点滅で認知できる等、配慮している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A⑥	A-3-(1)-② 排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</p> <p>ケアチェック表で利用者個々の心身状況や意向を把握し、介護計画のサービス内容に反映させて支援している。月1回ユニット会議で入浴形態や方法、介助内容を検討・確認し、変更時は「特浴表」備考欄の介助内容を更新している。利用者の心身状況や意向に応じた入浴形態で、職員と利用者マンツーマン介助や必要時は2人体制での介助、自立している利用者でも安全の為の見守りを行い、利用者のペースで安心して入浴できるよう配慮している。個浴・リフト浴併設の大浴・特浴の設備に手すり、回転椅子、滑り止めマット、スライドボード等の福祉用具が用意されている。基本的に週2回入浴ができるよう「入浴チェック表」で管理し、入浴拒否時は声掛けのタイミングや担当職員の交代、日時を変更する等して無理強いせず利用者の意向に合わせた支援に努めている。毎朝看護師が健康チェックを行い、必要に応じてシャワー浴や足浴に切り替えたり入浴日の変更する等の対応をしている。入浴順は可能な限り利用者の希望を踏まえて決定しているが、感染症発症が認められた場合は最後に入浴している。</p>
<p>A⑥</p> <p>ケアチェック表で利用者個々の心身状況や意向を把握し、介護計画のサービス内容に反映させて支援している。自然な排泄を促すために食事量・水分量を記録管理し、利用者個々の生活歴・習慣に合わせて牛乳・ヨーグルト等の乳製品も採り入れている。尿意・便意の訴えに迅速に対応できるよう各ユニットにトイレを3ヶ所設置している。トイレは清潔で、リクライニング車椅子が移動できる十分な広さがあり、ドアでプライバシーが確保されている。動線に合わせて手すりを設置し、歩行移動・車椅子移動・立位時の安全面に配慮している。ユニット会議で介助方法・内容を検討し、職員共有で現状に即した支援を行っている。「排泄チェック表」で個々の排泄パターンや状況を把握し、夜間はベッド上介助を要する利用者でも、可能であれば日中は排泄用品を切り替え、身体状況に応じて2人介助でも対応し、トイレでの排泄支援に努めている。尿・便に変化があればケース記録で共有し、看護師に報告して健康管理を行っている。居室ベッドやトイレ内にナースコールを設置し、利用者の要望に速やかに対応している。</p>
<p>A⑦</p> <p>ケアチェック表で利用者個々の心身状況を把握し、介護計画のサービス内容に反映させ自立に向けた支援を行っている。施設内はバリアフリーで動線が広く、長い廊下には手すりや衝突防止の為の鏡、ソファを設置して個々のペースで自由に移動できるよう安全面に配慮して環境整備している。杖、歩行器、自走用車椅子、介助用車椅子、リクライニング車椅子等を用意し、利用者の状況に合わせた器具を活用している。職員は現場での見守りやガラス張りの事務所から目配りし、移動を希望している利用者には迅速に対応できるよう努めている。盲聾者には手引きや肩に手を置き、共用部を付き添い介助している。個々の移動状況について毎月ユニット会議で多職種含めて検討を行い、現状に適した器具の選択、介助方法を共有している。</p>

A⑧

利用者が着用する衣服を自由に選択できるよう、職員が居室の箆笥に衣類を分かりやすく整理して支援している。衣類の購入を要する時は個々の好みを確認して家族に依頼しているが、必要時は職員が相談に応じ、情報提供や購入代行、又、通常は希望があれば利用者の買い物に職員が同行して買い物支援している。定期的、汚染時に衣服の着替えを随時支援している。基本的に職員が洗濯を行っているが、利用者が自分で行える洗濯室を用意している。

A⑨

月1回訪問理美容があり、毎月開催している自治会懇談会で訪問理美容の予定案内を行い、利用の意向や希望する髪型を確認している。希望があれば相談に応じ、利用者の好みや意向を利用者に代わって伝える等、希望に沿った理美容が受けられるよう支援している。通常は、希望に応じて、慣れ親しんだ美容室・理髪店に職員が同行支援している。

A⑩

居室は全室個室で、利用者個々の希望や意向、心身状況に応じて安眠できるよう環境作りを行っている。夜間の物音で寝付けない利用者には可能な限り居室の場所替えにも応じている。寝具は施設で用意しているが、希望があれば使い慣れた寝具の持ち込みにも応じている。不眠者に対してはホットミルクを提供したり、共有スペースで話し相手になる等、気分が落ち着くよう配慮している。職員が基本的な支援方法を共有できるよう「就寝マニュアル」の作成が望まれます。

		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 ・ 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

管理栄養士が季節感ある献立を作成し、朝の会で担当職員が当日の食事内容をイラストにして紹介している。食材は地産地消で旬のものにこだわり厨房で調理し、保温・保冷可能な配膳カートで各ユニット運ばれている。各ユニットではリビングの対面キッチンで利用者の前でお粥を作ったり汁物を温め、盛り付け、配膳し、自宅同様の家庭的な雰囲気がある。毎月開催している自治会懇談会や年2回の嗜好調査で利用者の希望や意見を把握し、献立作りに反映している。丑の日のうなぎ、夏はそうめん流し等の行事食や仕出し弁当を採り入れ、食事に変化をもたせ楽しく食べられるよう工夫して提供している。希望があれば居室へも適温の食事を配膳している。朝食はご飯・お粥・パン・パン粥の中から選択できるよう配慮している。衛生管理は「大量調理施設衛生管理マニュアル」「栄養調理係業務マニュアル」に基づき適切に行われている。

A⑫

「ケアチェック表」で心身や嚥下状況を把握し、刻み食・ソフト食等、個々の意向や状況に応じた食事形態で提供している。毎月ユニット会議に合わせて食事委員会を開催し、施設長・看護師・管理栄養士・言語聴覚療法士が参加して検食の感想、個々の心身・嚥下状況や支援内容を検討し、3ヶ月おきの介護計画に反映している。自力で摂取できるよう必要時は自助具を用意し、個々のペースで食事が楽しめるよう見守りを行い、自立を阻まない介助に努めている。言語聴覚療法士が定期的に訪問し、食事中的状況観察で個々の評価を行い、経口維持の為の助言・指導、管理栄養士との連携を図っている。食事中に事故が発生した場合には看護師に連絡し、対応できる体制がある。食事量・水分量を記録管理している。管理栄養士が利用者個々の栄養・水分摂取状態を把握して「栄養ケア計画書」を作成し、経管栄養の利用者を含め栄養ケアマネジメントを行っている。

A⑬

「ケアチェック表」で利用者の状況を把握し、自立度に応じて起床時と就寝前の口腔ケアを支援している。ニーズがあれば、介護計画にも位置付けている。通常は年1回、歯科医や歯科衛生士による口腔ケア研修を実施し、職員の知識向上を図っている。月1回、歯科衛生士の訪問があり、利用者個々の口腔状態や咀嚼嚥下機能について評価を行い、助言・指導を行っている。評価内容や助言・指導内容は記録に残して状況に応じた口腔ケアに活かすと共に、必要時は歯科通院に結び付けている。

		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

「褥瘡予防マニュアル」で標準的な実施方法を職員が共有し、褥瘡予防に取り組んでいる。毎月「褥瘡対策委員会」に看護師が参加し、個々の心身状況に応じた予防対策や褥瘡が発症した利用者の状況、支援内容を検討し、必要時は介護計画に反映させている。褥瘡発症が認められた時は嘱託医と情報共有し、助言や指導を得て、看護師による適切な処置が行われている。医療機関との連携や、外部研修に参加して最新情報を収集し、日頃の褥瘡予防・ケアに活かしている。食事面からの褥瘡予防として毎月「食事委員会」に管理栄養士が参加し、個々の食事摂取量から栄養状況を把握して栄養マネジメントを行っている。

		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

「喀痰吸引等実施マニュアル」で管理者の責任や各職員の役割分担を明確にして連携体制を構築し、具体的な実施手順を策定している。医師の指示書に基づき「栄養ケア計画書」を作成し、適切・安全な実施方法について家族の同意を得ている。日々の実施状況は実施記録や日誌で職員共有し、「実施状況1ヶ月分報告書」で安全管理の連携を図っている。職員に対し随時個別に指導を行い知識向上に努め、毎年外部研修に参加し実施体制の充実を図っている。喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を、定期的に行うことが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
<b>A⑯</b>	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

看護師を機能訓練指導の責任者として配置し、個々の心身状況に即した「個別機能訓練計画」を作成している。各利用者が主体的に日常活動の維持に取り組めるよう安心・安全な環境を整備し、日々の生活動作の中で機能訓練を行っている。利用者が自由に参加する朝の会で、体操や口腔体操を取り入れている。実施状況は短期目標と明確になるよう「個別機能訓練記録表」に記録している。看護師や利用者の状況に応じて、言語聴覚士が加わり助言や指導を行い、基本的に3ヶ月おきの評価・計画見直しに反映している。日頃の状況に変化がみられた時は随時職員間で情報共有している。嘱託医の回診時は看護師が付き添い、利用者の日頃の様子や認知症状・周辺症状の変化等を随時報告し、必要時は嘱託医が専門医につなぐ連携体制が確立されている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
<b>A⑰</b>	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をケアチェック表に、生活歴をフェイスシートに記載しアセスメントを行っている。施設サービス計画書に、認知症状への対応や支援を位置づけ、支持的・受容的な援助ができるよう取り組んでいる。行動・心理症状（BPSD）がある利用者については、「経過観察記録」に行動や状況を時系列に詳細に記録し、嘱託医・専門医・臨床心理士等と連携し、症状の改善に向けた支援に努めている。共用空間は照明や家庭的な雰囲気づくりに配慮し、居室には馴染みの物の持ち込みを勧め、安心して落ち着ける環境づくりを工夫している。利用者個々の症状や希望に合わせ、折り紙・編み物・トランプ・制作・回想法・ふくろう工房やふくろう大学への参加等、個人・グループで継続的に活動できるよう工夫している。認知症の医療・ケア等についての研修の実施が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
<b>A⑱</b>	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

利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順を、「夜勤等 緊急対応マニュアル」に勤務帯別に明記している。協力医療機関と連携体制を確立している。日々の利用者の健康確認と健康状態を、看護師が「フローシート」に記録している。毎日のバイタルチェック、午前・午後の看護師の巡回等により、体調変化や異変の兆候の早期発見に努めている。高齢者の健康管理・病気・薬等に関して、新人研修で研修を行っている。その後は、全体会議等で利用者の病状を説明する際に、看護職員が病気・薬・必要な対応についても説明している。薬は極力一包化し、朝・昼・夜を色分けし、看護職員が朝・昼・夜・眠前・頓服の色分けした薬ケースに配薬し、ケース内に薬の内容や数を記入したメモをはり、介護職員は名前と日付を確認して服薬介助し、空袋で服薬確認を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
<b>A19</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

契約時に、「看取りに関する指針」「急変時や終末期における医療などに関する意思確認書」を説明し同意を得ている。嘱託医・協力医療機関と連携体制を確立している。終末期を迎えた段階で家族の意向を確認し、看取り介護の希望があれば「看取りの介護についての同意書」で意向を確認している。施設サービス計画書の中で看取りに向けた対応・ケアについて説明し、同意を得ている。毎月の運営委員会の中で看取り介護委員会を実施し、状況の共有と検討を行っている。毎年、看取り介護研修を実施している。看取り介護終了時に職員アンケートを実施し、全体会議でアンケート結果をもとに振り返りを行い職員に対する精神的ケアを行っている。

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		
<b>A20</b>	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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

定期的には月に1回、写真と生活や行事の様子等を伝える文書を掲載した個別の「ふくろう通信」を郵送している。変化があった時は迅速に連絡し、電話・FAX・メール等を活用し必ず家族に伝えるよう工夫している。通常は家族会を年3回程度開催し、サービスの内容を説明したり、要望・相談を聴く機会を設けている。個別には面会時や電話で対応し、「相談員日誌」に記録している。そうめん流し・敬老会・クリスマス会・ふくろう祭り等の施設行事に家族を招待し、利用者と家族がつながりが持てるよう支援している。また、家族との個別外出を支援したり、感染予防に留意したガラス越しの面会スペースを増築する等の取り組みも行っている。

A-5 その他

		第三者評価結果
<b>A21</b>	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A22</b>	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ <b>b</b> ・ c
<b>A23</b>	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

**A21**  
 買い物・外食・地域行事やイベント等への外出の際は、職員や手話通訳・盲ろう通訳等のボランティアの支援が受けられる体制を整えている。市の広報誌や地域交流会から、地域行事やイベント等についての情報を収集し、入居者懇談会や案内・ポスターの掲示により利用者に情報提供している。連絡先カードを携帯する、情報提供書を持参する、必要時は看護師が同行する、吸引器など個別の救急用具を持参する等、外出時の安全確保や不測の事態に備えている。

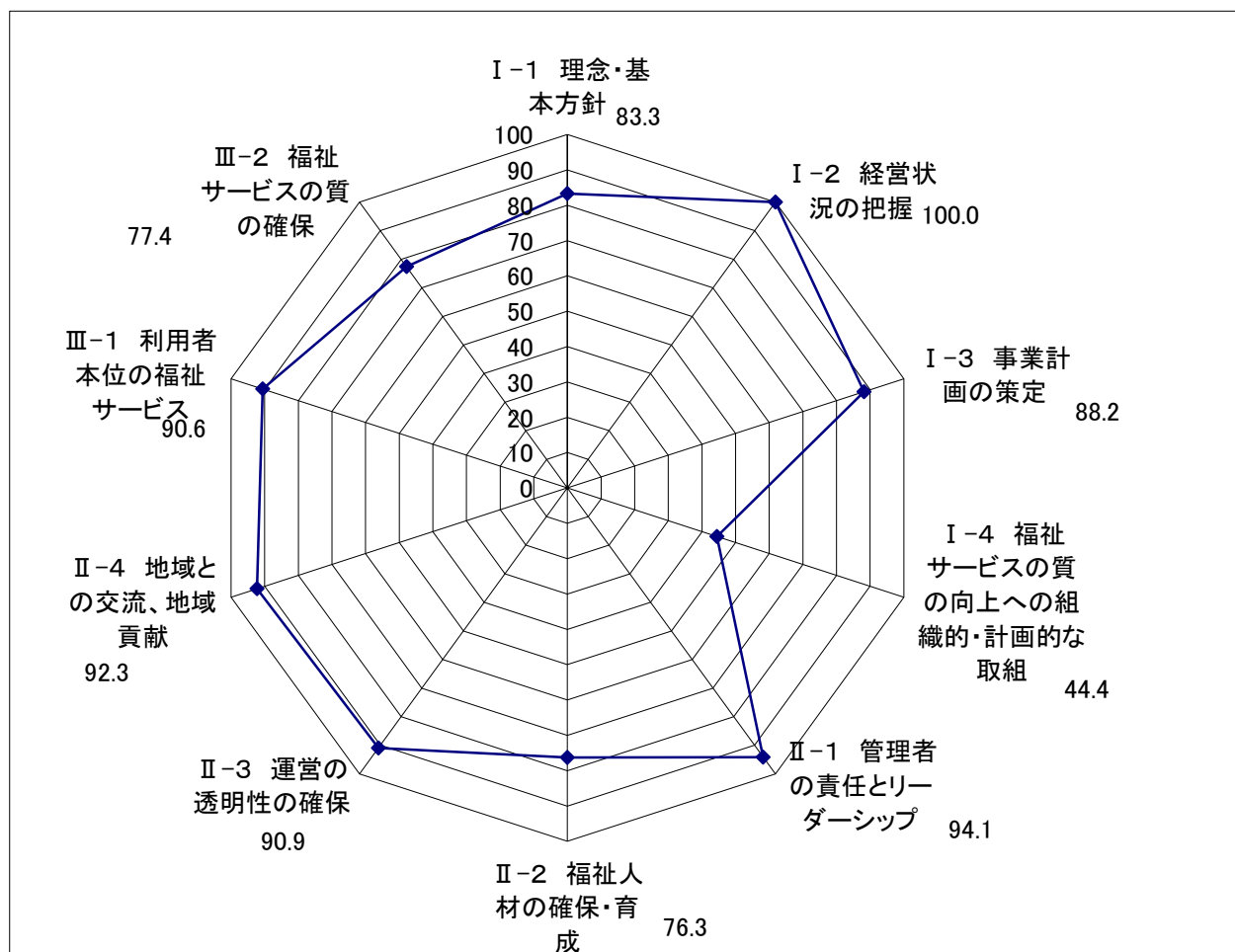
A②

希望に応じて事務所の電話の使用を支援している。郵便やFAXを送ったり、受け取ったりする際は、プライバシーに配慮して支援している。  
電話を使用する際のプライバシーに配慮した環境整備が望まれます。

A③新聞・雑誌の個人購入が可能である。テレビ・ラジオの個人所有も可能である。共同利用できるよう、喫茶スペースに新聞・雑誌を設置し、各ユニットにテレビを1台ずつ設置している。トラブルがあった場合は、職員が仲介して話し合い解決している。

# 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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	15	88.2
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	4	44.4
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・育成	38	29	76.3
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	24	92.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4
合計	227	193	85.0





# 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	20	95.2
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	92	89	96.7
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	7	87.5
合計	130	125	96.2

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	357	318	89.1
-----------	-----	-----	------

