

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 サンホームみかづき		種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：施設長 細田 佳代子		定員（利用人数）：60 名	
所在地：兵庫県佐用郡佐用町志文 515 番地			
TEL 0790-79-3145		ホームページ：http://www.sunhome-cat.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：H6. 4. 8			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 博愛福社会			
職員数	常勤職員： 30 名	非常勤職員： 21 名	
専門職員	医師 2 名	看護師 4 名	
	相談員 1 名	管理栄養士 1 名	
	介護福祉士 23 名	介護支援専門員 1 名	
施設・設備の概要	(居室数) 30 室		(設備等) 食堂 1 室
	個室 1 4 室・2 人部屋 4 室		浴室 2 室 (機械浴・特殊浴槽)
	4 人部屋 1 2 室		機能訓練室 1 室・医務室 1 室

③ 理念・基本方針

理念

高齢者及びその家族の尊厳ある「生命(いのち)」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うとともに、地域社会に貢献することを目的とする。

基本方針

利用者が住みやすく、職員が働きやすく、地域の人々が入って来やすい明るい施設創りを目指そう。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

○医療・介護・保育事業を広く展開する社会福祉連携推進法人日の出医療福祉グループ内の社会福祉法人博愛福社会が運営する、高齢者総合福祉施設サンホームみかづき内の特別養護老人ホームである。平成6年開設以来、在宅サービスから施設入所まで、同一敷地内に多様な高齢者福祉事業を展開し、利用者個々に適したサービスが利用でき、状況の変化に対しても施設内の連携により対応が可能な体制を整備している。

○地域福祉の拠点としての役割を担い、「サンホーム通信」「在宅新聞」を町内の全戸に配布する等、広報活動を積極的に行い、地域の高齢者や家族が必要時にいつでも相談・利用できるように取り組んでいる。施設内の専門職者の連携を密に、専門性の高い個別支援を行い、受け入れ困難な事例にも積極的な対応に努めている。

○豊かな自然に恵まれた環境の中、広々とした敷地内に四季折々の樹々や花を植栽し、多種多数の動物と生活の中でふれあい、動植物と共生しながら、家庭的な雰囲気の中で生活できる環境づくりに取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 6 月 1 日 (契約日) ~ 令和 6 年 9 月 2 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	6回 (令和 元 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の「中・長期計画」をもとに具体的な施設の「事業計画」「経営計画」を策定し、法人内・施設内で実施状況を評価し、計画的、組織的に運営管理を行っている。施設内に各種委員会・会議を設置して定期的を開催し、研修体制・人事考課制度・目標管理制度等を整備し、また、法人内に内部監査制度を整備し、組織体制の整備・人材育成・サービスの質向上等に取り組んでいる。また、ICT化の推進、業務改善、福利厚生の実施等、働きやすい職場環境づくりに努めている。

○内部研修・法人研修・外部研修等多様な研修機会を設け、階層別・職種別・テーマ別研修等を実施し、オンラインによる自己研鑽研修の受講を奨励する等、研修の充実に取り組んでいる。法人の新人研修・施設のオリエンテーションプログラムに基づいたOJT・メンター制度等により、新人職員の育成に取り組んでいる。法人で、職員の専門性の高い資格取得も支援している。

○PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントが定着し、記録も整備されている。記録システムを活用し、種別欄による計画に基づいた実施の記録、色分けによる情報共有等、記録の工夫も行われている。検討事項が生じた際は、カンファレンス・ショートカンファレンスを開催して検討し、カンファレンスノート・記録システムに記録を残し、職員間で情報共有し利用者個々の現状に即した個別支援につなげている。

○施設として、ほっとかへんネット佐用・佐用町社会福祉法人連絡協議会・揖龍宍粟佐用給食施設協議会・民生児童委員協議会・ケアマネジャー連絡会等に参加し、地域共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。地域サポート型施設事業として、見守り・介護予防教室・オレンジカフェ等を実施するとともに、福祉避難所協定、BCPに基づく備蓄、地域の清掃活動への参加等、地域貢献に継続的に取り組んでいる。

○施設内の専門職者・各種委員会との連携により、科学的理論に基づいた施設サービス計画・個別機能訓練計画・栄養ケア計画・口腔ケア計画・看取り計画等を基に、専門性の高い個別支援を行っている。ICT化の推進とともに、移動用リフト・移乗用リフト・睡眠サイクルが把握できる離床センサー等の福祉機器を積極的に導入し、活用され定着しており、利用者・職員の負担軽減、安全確保、業務の効率化により、サービスの質向上につなげている。

○施設サービス計画や個別機能訓練計画を基に、利用者個々の状況に応じて、レクリエーションやクラブ活動（習字・体操・レクリエーション・料理・手芸）への参加、カラオケ、周辺の散歩、簡単な家事作業等、個人・グループで活動できるよう工夫し、利用者が楽しみや役割を感じながら、機能低下・認知症進行の予防に取り組んでいる。3ヶ月に1回、利用者個々から食事の希望や嗜好について聞き取りを行い、給食会議で検討し、定期的に行事食を、月に4回昼食のメニューを選択できる日を設け、行事食では実演を行う等、食事を楽しめるよう工夫している。

○桜並木の川に面した四季が感じられる自然豊かな環境にあり、広い敷地内にも四季折々の樹木・花を植栽している。施設内も広い生活空間が確保されており、全体的に明るい木調と障子で統一され、中庭を見ることもでき、落ち着いた家庭的な雰囲気が感じられる。広い共用空間・広い長い廊下の適所にテーブル席の他に、ソファやソファセットが各所に設置され、一人や少人数で過ごせるスペースも確保されている。居室も、障子やカーテンで個人のスペースが確保され、馴染みのもの・使い慣れたものの持ち込みを奨励している。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はない。さらなる向上に向けた取り組みとして、

○各種マニュアルが作成されているので、定期的な検証を行い、現状に即した見直しや不足しているマニュアルの整備、マニュアルの周知を図り活用する仕組み作りが望まれる。

○定期的な満足度調査等により利用者書・家族の満足度・意見・要望等の積極的な把握を工夫し、さらなるサービスの向上に活用する仕組みづくりを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

特養部門会議において各種マニュアルの管理（定期的な見直し・現状に即した整備）に取り組めます。また、介護ソフトの導入・有効活用により業務の効率化を進めていきます。今後も介護力向上講習会に継続的に参加するとともに、新たにノーリフティングケアの取り組みも進め、サービスの質の向上に努めます。

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
<p>〈コメント〉</p> <p>日の出医療福祉グループの理念・基本方針、サンホームみかづきの経営理念・基本方針・行動指針5訓をホームページ等に記載している。経営理念は施設の目指す方向を明示し、基本方針・行動指針5訓は経営理念と整合性があり、具体的に職員の行動規範となる内容である。入職時研修で理念に関して時間を多くとって説明し、毎年年度初めの全体会議で事業計画と共に説明し、各種会議でも理念に立ち戻って周知を図り実践に向け取り組んでいる。パンフレットにグループ理念・基本方針を記載し、エレベーター内にグループと施設の理念を掲示し、広報誌の中でも言及し利用者・家族への周知を図っている。</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>〈コメント〉</p> <p>施設長が地域の事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会の会議・研修・活動や主任ケアマネ連絡会の部会等に参加し、社会福祉事業の動向・介護保険事業計画・地域の状況やニーズについて把握に努めている。施設長は、毎月の営業会議で「事業所別資金収支実績表」を基に収支・稼働率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>〈コメント〉</p> <p>営業会議での収支・稼働率等の分析から経営や運営に関する課題を明確にし、改善策を検討している。検討内容を各部門会議で共有し、経営改善・業務改善に向け取り組み、翌月の営業会議で経過や結果を報告している。統括エリア責任者会議や理事会で、課題について役員間での共有がなされている。全体会議で施設内の各事業所の実績報告を行い、経営状況や課題についても周知している。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人グループの「中長期経営計画」を策定している。計画は、数値目標や具体的な成果を設定し実施状況の評価を行える内容となっている。毎年度末に「中長期経営計画プロジェクトチーム」で、計画の進捗状況について評価を行い、評価結果に基づき外国人雇用・研修制度の充実化等目標達成のための課題を明確にしている。見直し後の計画内容について課長会議で説明し周知を図っている。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>中・長期計画の主な内容を反映した単年度の「事業計画」を策定し、具体的な取り組み・収支予算を明示している。「事業計画」を基に、「経営計画」を策定し、「重点施策項目」に対する「実行計画」「指標」「目標値」「スケジュール」等を明確にし、実施状況の評価が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>半期ごとに営業会議で事業計画の実施状況について検証・評価を行い、評価結果に基づいて「進捗報告書」を作成している。進捗報告書をもとに事業計画の見直しを行い、「経営計画まとめ」を作成し、見直し後の課題を明確にしている。年度末に収支と一体化させた「決算事業報告書」を作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。年度初めの全体会議で説明し、説明・周知について「全体会議録」に明確にしている。また、各部門会議でパート職員にも周知・意識付けを図っている。</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>事業計画の主な内容と、月毎のホーム内行事・利用者処遇・管理、人事等、事業所の活動や取り組みを、「事業計画・行事予定表」にまとめ、家族に郵送して周知を図っている。「事業計画・行事予定表」は、利用者等の参加を促す観点から利用者等が理解しやすいよう工夫した資料になっている。また、ホーム内行事を月ごとに掲示し、利用者等に参加を促している。</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。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課制度、目標管理等、組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。毎年、情報の公表システム・法人の内部監査を活用し、「自己点検表」で評価基準に基づく自己評価を行っている。また、定期的に第三者評価を受審している。評価結果の分析・検討は、各部門会議で実施している。</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>「自己点検表」での評価結果を基に、「内部監査改善報告書」の「指摘・推薦事項」欄に課題を明確にし、各項目に沿って改善策を策定している。課題・改善策について、各部門会議で共有し、課題の内容に応じて、各種委員会や各部門会議で改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況をエリア長に報告している。第三者評価についても、同様の方法で課題の共有と改善への取り組みを行っている。</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>〈コメント〉</p> <p>施設長は、経営計画・事業計画で、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めに、全体会議や各部門会議で説明し周知している。施設長は、年始にサンホーム通信に施設としての方針を掲載し表明している。施設長は自らの役割と責任について「職務分掌」に明示し、職員への配布・事務所に設置し周知を図っている。「運営規定」・「BCP」に施設長不在時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>〈コメント〉</p> <p>施設長は、法人諸規定・法令等を理解し、利害関係者と適正な関係を保持している。施設長は、安全衛生委員会、法人管理者研修、県・町集団指導等への参加を通じて、幅広い分野の遵守すべき法令の理解に努めている。法人、施設の新入職者オリエンテーション・「介護保険事業所必要研修」等への参加を通じて、職員に遵守すべき法令を周知している。入・退職時に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>〈コメント〉</p> <p>第三者評価・情報の公表制度・内部監査制度等を活用し定期的・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、営業会議・各部門会議で共有し、各委員会と連携しながら課題改善に向け取り組んでいる。施設長はノーリフティングケア委員会・介護力向上委員会・各部門会議等に参画し、職員の意見・提案等を集約して改善方法を検討し、指導力を発揮して改善に取り組んでいる。施設内研修・外部研修・法人研修・オンラインによる自己研鑽研修等を活用し、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>〈コメント〉</p> <p>施設長は毎月の営業会議で、収支・稼働率等「事業所別資金収支実績表」を基に、経営の改善や業務の実効性の向上に向け分析を行っている。課題があれば、各部門会議で経営改善・業務改善に向け検討を行い解決に取り組んでいる。相談体制の構築や、適正な人員体制の整備・ICT化の推進・ノーリフティングケアによる業務の省力化等、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>〈コメント〉</p> <p>人材の育成に関する方針を「経営計画」の「重点施策項目」に、職員体制（専門職の配置）について、運営規定・重要事項説明書に明示している。適正な人員配置や、必要な専門職配置ができるよう、施設長は「各種加算管理表」を基に把握・確認している。経営計画の「人材育成」方針に基づいて人材育成に取り組み、法人管理者会議で必要な人材確保計画を検討し、ホームページ・ハローワーク・人材派遣会社・就職フェア・中途採用・職員紹介制度等を活用して、人材確保に努めている。また、法人として認知症介護実践者研修・介護福祉士資格取得研修・喀痰吸引資格取得研修等、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>経営理念の「行動指針」に、法人として期待する職員像を明確にしている。「就業規則」「等級運用規定」に人事基準を明確にしている。規則・規定は、新入職者オリエンテーション時に説明し、規程集として事務所に設置している。人事考課制度を導入し、年2回、「人事考課表（階層別）」を基に、階層毎の人事考課ガイドラインにもとづき、上位者が面談による人事考課を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、地域情報を基に法人が分析し 個別面談・意向調査等で把握した職員の意見・意向に基づき課長会議で検討し、法人として改善策を実施している。「等級運用規定」に基準在級年数表・昇格要件等を定めて「給与規定」と連動させ、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。</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>〈コメント〉</p> <p>決裁規定の「職務権限表」で、人事・労務管理を施設長職務とし責任体制を定めている。事業所での担当者を「職務分掌」に明確にしている。タイムカード・出勤簿により就業状況を把握し、法人と共有・管理している。有給受理については施設長が決裁し、公休残、有給取得状況を管理している。健康診断・腰痛検査を定期的に実施している。ストレスチェックを実施し、高ストレス者は嘱託医への相談を勧めている。施設長は定期的に年2回個別面談の機会を設け、随時にも、相談対応する等、職員が相談しやすい環境を整備している。法人として「自己申告シート」による相談の他、「相談室」を設置している。職員の意見や希望を採り入れ、グループ内医療機関でのオンライン診療体制・インフルエンザ予防接種費用負担・会員制クラブ加入等福利厚生を実施している。残業時間の削減・時間単位有給・家庭状況に応じた柔軟な勤務体制の採り入れ・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い、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>「人事考課表」を活用し、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。職員は人事考課結果や職員自己評価結果に基づいて「人事考課表」の「期初目標設定」欄に、法人理念・各事業所の事業計画に沿って今年度目標を設定している。考課者は、面談で目標の水準や内容が適切であるかを確認して助言等を行い、「考課者コメント」欄に記録している。目標期限を1年とし、中間期に進捗状況・達成度を中間面談で相互確認を行い、中間評価を実施し職員に説明している。年度初めに最終面談を実施し、設定した目標の達成度に対する評価を「総合評価」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・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人内研修・施設内研修・外部研修等研修体制を整備している。施設内研修は「令和6年度介護保険事業所必要研修計画」を策定し、職員に必要とされる専門性を研修項目に明示している。必要研修計画を基に、事業所別研修計画を策定している。各部門会議の中で講義形式により実施し、実施日を研修計画に記録し、計画に基づいた実施を明確にしている。参加者は「施設内研修報告書」を、研修担当者が「施設内研修実施記録」を作成し、資料とともにファイルに保管管理している。欠席者には、資料配布・報告書提出により共有を図っている。外部研修については、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。受講者は、研修内容・感想等を記載した「出張申請書兼報告書」を提出している。オンライン形式による自己研鑽研修は、システム内で受講者等を把握・管理している。必要に応じて各部門会議で伝達・共有する機会を設け、会議録に実施を明確にしている。法人研修は、法人研修室が計画立案し、計画に沿って実施している。施設内研修は、課長会議で計画を、施設長が研修内容・カリキュラムを検証し、次年度の計画・研修内容に反映させている。外部研修については、年度末に施設長が計画や研修内容を見直している。</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>職員個別の「資格一覧表」を随時更新し、個々の専門資格の取得状況を、「履歴書」で経験年数等を把握・管理している。新入職者には、法人の新入職者研修後、施設で「オリエンテーション予定表」に沿って施設のルール等を説明している。その後、経験・履歴等をもとに、個別の「オリエン予定表（研修プログラム）」を作成し、担当職員が「業務内容」に沿ってOJTを実施し、「オリエンテーション記録」の提出とともにテストを実施して進捗を確認している。メンター制度も採り入れている。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。法人で資格取得に向けた研修を実施している。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・機器の貸与等、職員が教育・研修の場に参加できるように配慮している。施設内研修は各部門会議時に実施し、全員が研修に参加できるように配慮している。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れの基本姿勢を明確にしている。マニュアルに、受け入れ時の手順・確認事項・利用者、家族の承諾等を明示している。養成校のプログラムに実習生の希望等を採り入れ実施している。実習指導者講習を終了した職員が、マニュアル・実習プログラムに沿って指導している。養成校との事前打ち合わせ・指導教員巡回指導時の中間カンファレンス、最終カンファレンス等を通じて連携している。実習後「実習評価表」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>〈コメント〉</p> <p>ホームページを活用し、理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容・決算情報・苦情、相談受付体制、苦情内容、対応状況・第三者評価受審結果等を公開している。ホームページの活用・自治会役員との情報交換等を通じて、法人の理念・ビジョン等を地域に発信・説明している。また、パンフレットを、居宅介護支援事業所等に設置している。サンホーム通信・在宅新聞を、地域の全戸に配布し、事業所で行っている活動等について情報提供している。事業計画・事業報告についても、ホームページの活用等で公開することが望まれる。また、ホームページを適宜更新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>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備している。「職務権限表」で、人事・労務管理を施設長職務とし責任体制を定めている。事業所での担当者は「職務分掌」に明確にしている。定期的にエリア内の他事業所担当者による「内部監査」を実施している。必要に応じて弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を受けている。監査法人による定期的な監査支援を実施し、指摘事項等があれば、法人事務部門で共有・検討し、経営改善を実施している。月1回、営業会議に経営コンサルタントが参加しており、指導・指摘に基づいて、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>〈コメント〉</p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備している。「職務権限表」で、人事・労務管理を施設長職務とし責任体制を定めている。事業所での担当者は「職務分掌」に明確にしている。定期的にエリア内の他事業所担当者による「内部監査」を実施している。必要に応じて弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を受けている。監査法人による定期的な監査支援を実施し、指摘事項等があれば、法人事務部門で共有・検討し、経営改善を実施している。月1回、営業会議に経営コンサルタントが参加しており、指導・指摘に基づいて、経営改善を実施している。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>トライやるウィーク中学生の受け入れを表明しているが、地域の中学生生徒数の減少により受け入れの依頼はない。「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について明文化している。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口頭で説明している。マニュアル等に、地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を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・介護サービス事業所等の「医療と介護の連携シート」、また、行政機関等をBCPの「関係機関一覧」に明示し、利用者の状況に対応できる社会資源情報資料を事務所に設置し共有している。施設として、ほっとかへんネット佐用・佐用町社会福祉法人連絡協議会・揖龍穴栗佐用給食施設協議会・民生児童委員協議会・ケアマネージャー連絡会等に参加し、(配食サービス等) 共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。</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。	(a) b・c
<p><コメント></p> <p>関係機関との連携、地域住民との交流活動などを通じて、配食サービス等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・c
<p><コメント></p> <p>地域サポート型施設事業として、見守り・介護予防教室・オレンジカフェ等地域貢献に関わる事業・活動を実施し、「佐用エリア事業計画」に明示している。施設として、清掃活動等自治会活動に参加し、相談援助や介護予防教室の開催等に取り組んでいる。町と福祉避難所として協定を結び、BCPの「備蓄リスト」に沿って、飲料水・食料・備品等の備蓄を行う等、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。食料は管理栄養士が、備品は事務所が管理しているが、食料について再整備を図る予定である。</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><コメント></p> <p>利用者尊重の姿勢を、「経営理念」「基本理念」「行動指針」「職員こころえ」「介護マニュアル」に明記し、職員の周知と実践に取り組んでいる。特養部門研修の中で「接遇」「高齢者虐待防止・人権擁護」「プライバシー保護」に関する研修を実施している。「身体拘束廃止・高齢者虐待委員会」を毎月開催し、利用者尊重や基本的人権への配慮について振り返る機会を設けている。</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><コメント></p> <p>介護マニュアルの各項目にプライバシー保護について言及している。特養部門研修の中で「プライバシー保護」に関する研修を実施している。入浴・排泄介助時は、マニュアル・研修をもとにプライバシーに配慮したケアを周知している。カーテンや障子で利用者個々の生活空間を確保し、プライバシーに配慮した環境整備に努めている。契約書にプライバシー保護と権利擁護に関する条項を設け、契約時に家族に説明している。また、見学時にも環境について説明している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ホームページ・パンフレット・「在宅新聞」・「サンホーム通信」に、施設の理念・基本方針、サービス内容、事業所の特性等を紹介している。「在託新聞」「サンホーム通信」は地区の全戸に配布し、パンフレットは関係機関に配布している。紹介資料は、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。見学希望に対応し、個別に丁寧に説明している。パンフレットは適宜見直しを行い、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新情報を提供している。ホームページは、更新中である。</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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>契約時は、可能な限り利用者の同席を基本とし、利用者の自己決定を尊重している。契約時は、契約書・重要事項説明書等各種書類に沿って説明し、文書で同意を得ている。料金表を用いて、利用料の概算を個別・具体的に伝えている。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には家族等の同席を求め適正な説明と運用を図っている。契約内容を変更するときは、変更内容を明示した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。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>サービス終了時には、契約書の「契約終了に伴う援助」の項目に沿って必要な援助を行っている。入院による終了時は「看護サマリー」を作成する等、要請に応じて引継ぎの文書で情報提供している。重要事項説明書に明記した相談窓口を利用終了後の相談窓口としても設置している。サービス終了時に口頭で伝え、サービス提供責任者が名刺を渡すようにしている。</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・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設サービス計画書の見直しの際は、利用者・家族に聴き取りを行い、利用者個々の満足の把握に努めている。利用者満足に関する検討は部門会議で実施することとし、改善や担当者をサービス向上につなげている。定期的に利用者満足度調査を実施する、利用者会・家族会を実施する等、利用者満足を把握しサービスの質向上に具体的につなげる仕組み作りが望まれる。</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て利用者・家族に配布している。施設玄関に大きな意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情があれば迅速に対応し、利用者・家族への説明を行い「苦情受付書」に記録している。記録システムと職員会議で共有し、再発防止とサービス向上に取り組んでいる。法人のホームページで、法人単位での苦情内容と解決結果を公表している。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内に掲示することが望まれる。</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>重要事項説明書の「苦情の受付について」に苦情・相談の窓口として記載し、利用者・家族に配布している。施設内各所のオープンスペース・会議室等の個室等、相談しやすいスペースを確保している。利用者・家族が相談・意見を述べる方法・相手について、わかりやすい表示の工夫が望まれる。</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>利用者との日々のコミュニケーションの中で、利用者が相談・意見を話しやすい雰囲気づくり・傾聴に努めている。「苦情処理対応マニュアル」を相談・意見対応マニュアルとしている。受け付けた相談・意見は記録システムに記録し、職員間で共有している。カンファレンスで検討し、内容に応じて、部門会議で共有しサービスの向上につなげている。対応マニュアルは定期的に見直し、苦情対応と異なる相談・意見対応の手順や記録方法等については、マニュアルやフローチャートを追加することが望まれる。利用者の意見等を積極的に把握する取り組みや工夫が望まれる。</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>「事故防止・安全対策委員会」を設置し、リスクマネジメント体制を整備している。「事故報告書」と「ヒヤリハット報告書」で事例の収集を行なっている。収集した事例について一覧表とグラフを作成し、「事故防止・安全対策委員会」で分析し、改善策・再発防止策を検討している。事故防止策等の実効性についての検討や見直しも委員の中で行っている。特養部門研修で、「事故発生又は再発防止に関する研修」を実施している。事故防止・発生時対応に関するマニュアル・フローチャートの整備と職員周知が望まれる。</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>「安全衛生委員会」を設置し、感染症対策に関する体制を整備している。法人グループの「感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針」を作成している。看護師の指示の下、日常の感染症予防、発生時の対応を行っている。特養部門研修で、「感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止に関する研修」を実施している。定期的に見直しを行い、指針をもとに施設に応じた具体的なマニュアル・フローチャートの整備と職員周知が望まれる。</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。	(a) b c
<p>〈コメント〉</p> <p>立地条件等も把握し、施設として「防災計画」「BCP（事業継続計画）」を整備し、災害時の対応体制を定めている。「職員緊急連絡網」を作成し、電話により安否確認を行うこととしている。BCPの中に「災害備蓄品リスト」を作成し、施設としての備蓄を整備し、BCP委員会と事務所が管理している。年間訓練計画に基づき、施設で毎月訓練を実施している。佐用町と「防災協定」を結び、消防訓練の際は年に1～2回消防署の立ち合いがあり連携している。給食施設協議会に参加し、緊急時の相互支援体制を整備している。</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。	(a) b c
<p>〈コメント〉</p> <p>入浴・排泄・食事等、サービスの標準的な実施方法について、マニュアルに文書化している。マニュアルには、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。オリエンテーションの際に、標準的な実施方法について指導している。オリエンテーション指導職員の所見で習得度を確認している。その後は、日々のサービス実施の中で役職者が確認している。</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>介護職会議の中で職員の意見・提案を集約し、年に1回介護マニュアルの見直しを行うこととしている。介護マニュアルの見直しについて、計画的・定期的な実施が望まれる。</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>施設介護支援専門員を「施設サービス計画」策定の責任者としている。「入所申込書」「日常生活アンケート用紙」「入居事前面接調査票」「フェイスシート」をもとにアセスメントを行い、サービス担当者会議で、アセスメント・計画策定についての協議を行っている。「施設サービス計画書」に利用者個々のニーズを明示している。計画に基づいたサービスの実施状況を、3カ月に1回モニタリングで確認する仕組みがある。支援困難ケースへの対応については、多職種間で連携して日々検討して対応し、検討や経過をケース記録に記録している。</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>施設サービス計画は、必要時は随時、定期的には3カ月に1回モニタリングを行い、6カ月に1回見直している。竹内式ADLアセスメントによる再アセスメントとモニタリング記録によるモニタリング評価をもとに見直しを行っている。施設サービス計画書をケアプランファイルに綴じて設置し、変更内容を周知している。施設サービス計画を緊急に変更する場合は、ニーズを明確にし、看護師を中心にカンファレンスで検討し変更することとしている。</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、記録システムにより統一した様式で把握し記録している。記録システムの「種別」の「ケアプラン内容」で記録することにより、計画に基づく実施を確認することができる。記録は役職者が確認し、必要に応じて、個別に指導している。記録システム・パソコンメール・カンファレンスノート等により、必要な情報を共有できる仕組みが整備されている。特養内では部門会議・主任副主任会議・医療職会議・介護職会議・パートナー会議・カンファレンス・ショートカンファレンスを、施設内では全体会議・営業会議・課長会・定例ミーティング・各部署会議を行い、部門横断で情報共有がなされている。</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>「個人情報保護規定」「特定個人情報保護規程」「文書保存規程」に、個人情報や記録についての管理体制を規定している。職員には入職時研修で個人情報保護について研修を実施し、誓約書を交わしている。特養部門研修の中で、「プライバシー保護の取り組みに関する研修」を実施している。利用者・家族には、契約時に個人情報の使用についての説明を行い、文書で同意を得ている。「動画に関する同意書」も説明し、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

<p>A① 利用者の心身の状況と暮らしの意向を、本人・家族から入所時面接で聞き取り、生活史シートやカンファレンスで共有し、施設サービス計画に反映し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。各利用者に担当制を設け、利用者個々の意向を把握しやすいよう配慮している。生活史シートで把握した意向を活動参加への動機づけとし、施設サービス計画や個別機能訓練計画を基に、編み物やカラオケ・レクリエーション・クラブ活動など利用者個々の好みや希望に応じた活動を実践している。月1回WEB研修で自立支援研修を受講し、科学的理論に基づいたケアの実践を行っている。また、研修の中で個別の事例検討を行う等、具体的に取り組んでいる。利用者の心身の状況に合わせて、ハンカチや洗濯物たたみ、テーブル拭きなどを中心に職員がサポートしながら利用者が生活の中で役割が持てるように工夫している。定期的にモニタリングやサービス担当者会議を行い、各利用者に応じた生活になっているか検討する仕組みがある。施設サービス計画の日課計画表を基に1日の過ごし方を職員間で共有し、生活のリズムが整えられるよう支援している。季節行事やカラオケ・体操・習字・手芸などの集団・個別レクリエーションを利用者の希望に応じて実施し、生活が楽しめる機会づくりを行っている。</p> <p>A② 日々の関わりの中でコミュニケーションをとり、状況に応じて個別に時間をつくり、利用者の思いや希望の把握に努めている。各利用者に担当制を設け、各担当が主となり関わる事で思いを把握しやすいように工夫している。聞き取った思いや希望はケース記録に記録し、職員間で共有し支援に反映している。「接遇・マナー研修」を実施し、「言葉づかいチェックシート」で自己点検を行い、接遇マナーに関する月間目標を作成して朝礼時・就業前に唱和し、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについて意識向上を図っている。フェイスシートの「意思疎通」「指示への反応」等の項目に沿って、コミュニケーションの方法や支援について定期的に見直しを行える。利用者個々のコミュニケーション能力に応じて、質問方法を工夫したり、ホワイトボードを利用し、言葉での意思表示が困難な利用者には表情や反応から汲み取る等、個別のコミュニケーション方法を工夫している。</p>

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a・b・c

特記事項

利用者の権利擁護について、「身体的拘束等適正化のための指針」「虐待の防止のための指針」「高齢者虐待防止マニュアル」を整備している。「身体的拘束等適正化のための指針」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ている。「高齢者虐待防止マニュアル」に所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。特養部門研修で、「身体拘束の排除のための取り組みに関する研修」「高齢者虐待防止関連法を含む人権擁護・虐待防止に関する研修」を実施している。利用者や家族には、重要事項説明書に沿って契約時に説明している。「虐待防止及び身体拘束適正化委員会」を毎月開催し、権利侵害の防止と早期発見に取り組み、不適切ケア等権利侵害について検討し、発生した場合は再発防止に向けた検討と取り組みを行う仕組みがある。

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

利用者の生活環境は、整理整頓と清掃が行き届いており、清潔で温湿度管理が行われている。館内は木調で明るく、利用者が自由にくつろげるようにテレビやソファ、椅子が設置されている。施設の周囲や館内に植物があり、猫や犬を施設で飼い、自然や動物と触れ合える環境である。利用者や家族の意向を把握し、カンファレンス等で検討しながら、希望に添った環境づくりができるように工夫している。居室の設えは自由とし、テレビや衣装ケース、写真や持ち込みの飾りつけ等が利用者の意向に沿って配置されている。

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。	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

A⑤

フェイスシート・ADLアセスメント表で把握した利用者個々の心身の状況をもとに検討し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置づけて入浴支援を行っている。入浴チェック表に各利用者の支援方法をわかりやすく記載し、安全・快適に入浴できるよう取り組んでいる。入浴マニュアルに利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮を明記し、実践につなげている。入浴拒否がある場合は、無理強いせず、声かけの方法・タイミングを検討し、誘導する時間や日を変更するなどの工夫をしている。利用者の状態の変化があれば、ショートカンファレンスで検討し、変更があった場合は介護ソフトで周知している。入浴前にはバイタル測定を実施し、看護職員に報告し、入浴の可否判断を行っている。入浴不可な場合は、シャワー浴や清拭を行っている。入浴時は利用者の意向を尊重しているが、感染症等も考慮し決めている。脱衣場・浴室に職員を複数配置し、自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまで見守りを行い、安全確保しながら現存能力を活かした入浴を支援している。個々の心身状態に合わせた入浴設備、個浴・特殊浴槽（リフト浴・臥床式）が設置されている。安全に入浴できるよう、各所に手すり・スロープ・シャワーチェア等を設置している。概ね入浴日を決めているが、体調や意向に応じて入浴日を変更し、週2回の入浴が確保できるように対応している。発汗や汚染など必要に応じて、入浴日以外でもシャワー浴等で保清を行っている。

A⑥

フェイスシート・ADLアセスメント表で把握した利用者個々の心身の状況をもとに検討し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置づけて排泄支援を行っている。科学的理論に基づき、「水分摂取、歩行（運動）、食事（繊維質のあるもの）」に留意しながら、自然な排泄に向け取り組んでいる。排せつの間隔は排せつチェック表で確認し、チェック表には介助方法や排泄用品の種別が記載され、統一したケアの実践につなげている。マニュアルにプライバシー保護を明示し、トイレにカーテンを設置する、周囲に配慮した声かけ、見守り方法、インカムを使用した職員間での情報共有等、プライバシーに配慮している。トイレ内の各所に介助バーを設置し、ウォシュレット機能・ナースコールの設置、トイレ清掃の毎日の実施等、安全で快適な環境を整備している。支援方法の変更についてはショートカンファレンスで検討し、申し送りノートで共有を図っている。実施状況は介護ソフトに入力し、異常があれば介護記録に記載し、看護職員に報告する仕組みがある。排泄パターンの把握、ナースコール・センサーマットの設置、業務担当を明確にしてフロアには複数職員が配置する等、排泄の訴えや要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。

A⑦

フェイスシート・ADLアセスメントシートに、移動・移乗・起き上がり等の動作、麻痺の有無等を明記し、利用者個々の心身状況を把握している。現存機能を活かせるように職員が働きかけ、ニーズに応じて施設サービス計画にも位置づけ、利用者個々に応じた福祉用具を活用し移動の自立に向け支援している。対応方法はショートカンファレンスやサービス担当者会議で協議し施設サービス計画に反映している。移動については標準型・リクライニング式・ティルト型車いす、シルバーカー、歩行器等、移乗については移動用リフト・スライディングボード・床走行式移乗リフト・スライディングシート等、安全に配慮した福祉用具が活用されている。移動しやすいように、施設内はバリアフリーになっており、テーブルや椅子の配置も工夫され導線を確認している。フロアに複数職員を配置し、居室に離床センサーやセンサーマット等を設置し、廊下にカメラを設置してタブレットで状況を把握し、職員間の連携はインカムを利用する等、利用者の移動の希望にできるだけ早くに対応できるよう取り組んでいる。

A⑧

希望や要望に応じ、日中着と就寝着は更衣して、生活にメリハリがつけられるように支援している。可能な場合は、利用者の意向で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。衣類の準備や購入は、基本的には家族に依頼しているが、状況に応じて、買い物外出時に購入したり、職員が買い物の代行やカタログの衣類販売の利用などで支援している。衣類の洗濯は業務補助の職員が担当し行っている。衣替えについては年2回家族に協力してもらい行っている。

A⑨

訪問理美容について、利用開始時にサービス内容や料金について説明し、意向を確認している。2ヶ月に1回、美容師の訪問があり、訪問日は各利用者に職員が伝え情報提供している。好みの髪型など、要望に応じて依頼できるように支援している。外部の理髪店や美容院の利用は家族の協力を依頼し、車椅子の貸出しなど必要な支援を行う仕組みがある。訪問理容日程など利用者が把握しやすいようにパンフレットの設置や掲示するなど工夫が望まれる。

A⑩

明るさ調整ができる照明器具を設置し、希望に応じて調整している。多床室はカーテンで仕切られ、個別のスペースを確保している。センサーマット・睡眠サイクルが把握できる離床センサーを設置している。寝具は基本的にはリース対応であるが、私物の持ち込みには制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。不眠の利用者には、一時的に別の場所で休んでもらったり、足浴の実施や飲み物の提供など個別に対応している。同室者に影響を及ぼす場合は居室を変更するなど対応している。環境面や日中の過ごし方、不眠の対応、頓服薬を使用する際の注意点等を記載した睡眠に関するマニュアルを作成することが望まれる。

		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

3ヶ月に1回、利用者個々から食事の希望や嗜好について聞き取りを行い、給食会議で献立・調理法・行事食の検討や、個別の事例検討等を行っている。定期的に行事食を、月に4回昼食のメニューを選択できる日を設けている。行事食では鍋やお好み焼き等の実演を行い、楽しめるよう工夫している。適温で提供できるよう温蔵庫や冷蔵庫を利用し、配膳している。食堂は明るく清潔な環境を整え、利用者間で話が弾むように同室者で同じ席にする等、座席を配慮している。衛生管理は、厨房関係については大量調理施設衛生マニュアルを基に点検票を作成し、食材の温度管理や調理員の健康状態の確認を定期的実施している。介護現場については、職員が調理に携わる際は、管理栄養士の指導・助言をもとに衛生管理を徹底している。

A⑫

フェイスシート・ADLアセスメントシートに、利用者個々の食事形態、介助方法、使用器具、トロミ剤の有無等を詳細に明記し把握している。主食はご飯・軟飯・全粥・ミキサー・7分粥・おにぎり・パン食・経管栄養が提供でき、副食も利用者の心身状態・好み・嚥下能力に合わせた食事形態を工夫し、個別の栄養ケア計画を立て提供している。クッションや身体の大きさに合わせたテーブルで、安楽な姿勢で食事ができるように考慮している。個々の食事ペースや体調に合わせて、配膳時間や食事場所・居室配膳を行っている。職員が食事の際に関わりを持ち、自力での摂取を促している。主食をおにぎりやパン食で食べやすく工夫し、自立に向けた支援を行っている。栄養ケア計画に基づく栄養ケアマネジメントを実施し、個別の状況に応じた食事の提供及び自助具の活用や介助を行い、経口摂取が維持できるようにショートカンファレンスで検討している。食欲が増すように、普通食ではない利用者に対し、食材によっては形のある食事が提供できるよう献立を検討している。口腔ケアを実施し、協力歯科医の往診があり、口腔ケアを受ける体制がある。誤嚥対応マニュアルを各部署に設置し、食事場所に吸引器を設置し、緊急時に速やかに対応できるようにしている。食堂に職員を複数配置し、緊急時には看護職員と協力して救急対応をする流れを職員に周知している。利用者の心身状況の変化に応じて、支援方法をショートカンファレンスで検討し、見直しをした内容は介護ソフトを活用し周知している。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載している。食事量が著しく低下している場合は、介護職員から医療職へ報告し、家族に嗜好品を依頼したり、栄養補助食品・寒天ゼリー・野菜ジュースを提供する等工夫している。摂取量を介護ソフトに入力し、多職種で共有している。管理栄養士が栄養スクリーニングアセスメントを行い、栄養ケア計画に基づく栄養ケアマネジメントを実施している。

A⑬

フロア近くに洗面台が設置され、食後には口腔ケアを行い口腔機能の維持改善に努めている。協力歯科医・歯科衛生士の訪問が週1回あり、専門職が口腔ケアを実施している。令和5年5月に外部の歯科衛生士による口腔機能に関する研修を実施し、毎週の歯科医・歯科衛生士の訪問時に口腔ケアに関する助言・指導があり、職員の資質向上に取り組んでいる。入所時に歯科医師及び歯科衛生士のアセスメントによる助言・指導を受け、施設職員による適正な口腔ケアを実施している。個別の口腔ケア計画を立案し3か月に1回見直しをしている。口腔内に異常が認められた場合は、協力歯科医院による往診を調整している。義歯の管理、義歯固定剤の使用法、食事形態変更の助言など専門職との連携できる体制がある。毎食後に口腔ケアを実施し、夕食後、義歯を回収し確認し、実施状況を記録している。

		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

「褥瘡発生予防に関する指針」「褥瘡予防マニュアル」「褥瘡対策マニュアル」を整備している。医療職会議の中で「褥瘡予防委員会」を実施し、関係職員が連携し予防対策と発生後の治癒に向けたケアに取り組んでいる。インターネット情報・専門誌・専門医の助言等から最新の情報を収集し、日常ケアに取り入れている。褥瘡を食事面から予防するために、利用者個々の食事摂取状況を確認し栄養ケアマネジメントを行っている。褥瘡予防・発生時対応の標準的な実施方法について研修を行う等、職員に周知する仕組みづくりが望まれる。

		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

介護職員による喀痰吸引等業務方法書を指針とし、利用者毎の計画書を策定している。利用者毎に計画書を作成し、医師の指示書を基に看護師による安全管理体制のもと適切かつ安全に実践している。日々の実践の中で、看護師が、指導助言を行っている。資格取得のため、実務者研修修了者や介護福祉士合格者、介護福祉士養成施設卒業者に対し、医療的ケア研修を受講した指導看護師が実地指導を行うことで、職員の資格取得を支援している。資格を取得した職員に対し、定期的に研修等の開催が望まれる。

		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

利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むため、利用者個々に機能訓練指導員が個別機能訓練計画書を作成し、生活リハビリを中心に複数用意した利用者の希望に副ったプログラムを作成している。利用者個々の心身の状況に合わせた活動内容やグループ分けを行い、歩行、上肢の運動、メドマ、ホットパック、足浴、習字や制作活動、ラジオ体操や口腔体操など、個別、集団プログラムを実施している。個別機能訓練計画書を作成し、3ヵ月に1回、評価・見直しを行っている。日々の関わりの中で認知症状の進行があった場合は、職員間のショートカンファレンスを活用し共有し、医療職と連携し診療を受けている。

		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

日常生活能力や機能・認知症状について、竹内式ADLアセスメント・長谷川式スケールで把握している。支援方法・関わりについては、ショートカンファレンスやカンファレンスで検討し、記録システムやカンファレンスノートで共有し、統一した援助ができるよう取り組んでいる。特に、BPSD（行動・心理症状）がある利用者については、記録システムの「精神的事項」の種別に入力し、経過を青字で入力し情報共有に注力している。特養部門研修で「認知症及び認知症ケアに関する研修」「精神的ケアに関する研修」を実施している。共用空間は広く、障子と木調の落ち着いた雰囲気、テーブル席の他、ソファやソファセットが各所に設置され、一人や少人数で過ごせるスペースも確保されている。居室も、障子やカーテンで個人のスペースが確保され、馴染みのもの・使い慣れたものを持ち込みを奨励している。クラブ活動（習字・体操・レクリエーション・料理・手芸）への参加、カラオケ、周辺の散歩、簡単な家事作業、塗り絵、パズル、ドリル、脳トレ等、個人・グループで活動できるよう工夫している。月2回心療内科の往診があり、医師・施設内の医療職・介護職が連携して支援内容を検討し、記録システムに入力して情報共有している。

		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

利用者の体調変化時に迅速に対応するための手順を「緊急時対応マニュアル」に記載している。緊急時は、嘱託医に連絡し迅速に対応する仕組みがある。日々の利用者の健康状態を記録システムに記録し、異常があれば種別「身体的事項」に赤字で記録している。入浴日と状況に応じて適宜バイタル測定を行い、看護師が利用者の日々の健康状態・体調変化を把握し、体調変化や異常の早期発見につなげている。特養部門研修で、「医療に関する教育、研修」「緊急時の対応に関する研修」を実施している。利用者個々の服薬内容を「おくすり手帳」・薬情のファイルで把握し、薬の設置・配薬・服薬介助を看護師・介護職員が役割分担して適切に行っている。服薬の実施については、記録システムに入力し確認している。

		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

終末期対応についての方針と手順を、「ターミナルケアマニュアル」に明記している。嘱託医には適宜状況を報告し、24時間オンコールや必要時の往診等、連携体制を整えている。終末期を迎えた段階で、嘱託医から状態について、施設から対応やケアについて説明し、家族の意向を確認している。「緊急時の延命治療の意思確認書」による意向確認は年に1回行っている。看取り介護の希望があれば、「看取り介護についての同意書」で確認している。家族・嘱託医・看護職員等で担当国会議を行って「看取り計画書」を作成し、「ターミナルケア委員会」で毎月状態を確認しながら支援に取り組んでいる。特養部門研修で「ターミナルケアに関する研修」を実施している。ターミナルケア終了後に、介護職会議・医療職会議でそれぞれ偲びのカンファレンスを行い、職員に対して精神的なケアを実施している。家族の希望に応じて、スペースを確保して布団・お茶セット等も準備し、いつでも面会や宿泊ができるように支援している。

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、概ね3ヶ月に1回、担当職員が写真付きの近況報告を郵送し近況を報告している。変化があった場合は、主に電話で迅速に報告している。電話連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず伝わるよう工夫している。家族の面会時や電話連絡時に、サービス内容の説明、相談・要望の聴き取りを行っている。相談内容は、記録システムの種別「家族対応記録」に記録している。コロナ禍以前は、施設行事の参加案内を送り、利用者と家族がつながりをもてる機会作りを行っていたが、現在は休止している。家族との面会・外出・外食を再開し、可能な方法で利用者と家族が共に過ごせるよう支援している。

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

<p>A① 行事計画に沿って、個別に買い物や花見や花火大会など季節の外出を行い、職員が外出の支援を行っている。「広報さよう」の行事案内やホームページ等で情報を収集している。外出時には事前に下調べをしたり、利用者の組み合わせの調整や携帯電話や緊急連絡先一覧を持参し、不測に事態に備えている。</p> <p>A② 利用者の希望に応じ、個人的に携帯電話を所持することを可能としている。また、家族等から電話があった場合、取り継ぐことも可能である。郵便に関しては、必要な支援を行いながら、プライバシーにも配慮し対応している。届いた郵便物は本人の目の前で開封する等、個別に配慮している。</p> <p>A③ 現在、新聞や雑誌を定期購読している利用者はいないが、希望に応じて、新聞・雑誌の個人購買が可能である。ダイルームにテレビを複数設置し、見たいテレビの所に分かれて、共同利用でも見たい番組が見られるように工夫している。テレビ・ラジオ・CDラジカセの持ち込みも可能である。居室でテレビを見る際はイヤホンの使用を勧めている。</p>
