

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームファミリーユ		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：高橋 壽枝		定員（利用人数）：80名	
所在地：福島県伊達市保原町上保原字遍照原8-8			
TEL：024-575-2300		ホームページ：http://tokushinkai.care	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：2004年 7月22日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人篤心会			
職員数	常勤職員： 60名	非常勤職員：	28名
専門職員	施設長（兼任） 1名	医師	1名
	管理職（事務長・その他）2名		
	看護師または准看護師 3名	看護師	1名
	機能訓練指導員 1名		
	介護職員 38名	介護職員	8名
		介護助手	7名
	管理栄養士 1名		
	栄養士 2名		
	調理員 5名	調理員	1名
	生活相談員 2名	清掃員	6名
	介護支援専門員 1名	宿直員	2名
	事務員 4名	事務員	2名
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	80床		収納家具、洗面、エアコン、介護用ベッド、テレビ等

② 理念・基本方針

・入居者個人の思いを尊重し、家庭的な雰囲気の中で、安心して生きがいのある生活を送っていただけるよう、質の良いサービスを提供します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・夏祭りを地域向けに開催し、1000名程度の出席をいただけた。（令和元年度実績）
- ・コロナ禍前までですが、地域貢献事業（見守り、洗濯、ゴミ捨て代行）を行っていた。
- ・冬期に敷地内で花火を打ち上げ地域住民へも周知し、楽しんで頂いた。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年7月14日（契約日）～ 令和6年2月13日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成29年度）

④ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 事業経営環境と経営状況の把握・分析・活用について

法人が運営する特別養護老人ホーム(5事業所)の施設長会議を毎月開催している。稼働状況・収支状況・入所待機者の状況・職員の残業状況等に基づき、経営環境・状況の把握及び分析が行われている。

また半期ごとに「施設・事業所の経営課題」を、利用申込者の安定的確保・稼働率の確保・中重度者の受け入れ促進、加算取得の促進、生産性の向上、離職率の低下、地域貢献事業の展開等、多面からの分析・把握を行い、中・長期計画や事業計画に反映している。管理会議・リーダー会議・ユニット会議等をとおして職員にも周知されている。さらに施設・事業所の経営課題を踏まえた年度の「管理目標並びに達成状況」では、複眼的視点から現状の把握・分析を行い、経営課題を喫緊の課題・長期的課題・取組中などに区分し、具体的な取り組みを進めている。

2. 中・長期計画の策定に基づく事業運営について

理念や基本方針の実現に向けて令和3～7年度までの中・長期の事業計画(第2次)と中・長期の収支計画を策定している。法人・事業所全体及び部門ごとに年次計画(目標)を策定し、年度の振り返り・評価・次年度以降の計画調整・見直し等も行っている。

また、法人本部では安定経営と中・長期計画の実現に向けて、職員採用計画・介護職員負担軽減計画・サービス改善計画・諸規定の見直し・ICTの活用等にも取り組んでいる。毎月の施設長会議では中・長期計画を念頭に置き、現在の運営状況や年度事業計画の進捗状況の確認を行っている。これらを経て中・長期計画の内容が年度計画の事業計画と収支計画に反映され、実行に移されている。

3. 福祉サービスの標準的実施方法の確立について

食事ケア・排泄ケア・口腔ケア・車椅子取扱いと操作など、各ケアマニュアルが整備されている。それを実践するための具体的な業務マニュアルがあり、ケア向上委員会が職員採用時(新規採用・中途採用)に研修を行い、ケアの統一に努めている。

また、ケアが業務手順書に沿ったものか「課業達成評価表」に基づき実践状況を自己評価と上司評価を行い、ケアの実施状況を確認しながら職員の支援方法の統一が図られている。さらに、業務手順書は年1回連携室長・介護長により「課業達成評

価表」結果を受けて見直しを図っている。加えて、利用者の状況に合わせてサービス担当者会議などで手順書の見直しも行われている。

4. 利用者の状況に応じた快適なケア提供について

「さっぱどした委員会」（排泄・入浴委員会）が中心となり、快適な入浴ケア並びに排泄ケアの実現に努めている。入浴ケアでは、複数の浴槽が準備され、身体状態と本人の希望を取り入れつつ、身体機能を維持できるように支援している。1対1で対応し、尊厳や安全に配慮するとともに、ゆず湯や菖蒲湯など季節を感じられる環境を提供している。

また、排泄ケアでは、排泄リズムの把握を行った結果をもとに排泄用具の選択や状況に応じた随時のトイレ誘導などを行っている。状態観察をもとに適切な支援を行った結果、介助が必要な方が1人でできるようになった事例もある。

さらに、食事ケアではリビングでご飯を炊き、炊きあがりの香りを感じてもらえるようにしており、盛り付けは目で見て美味しく見えるように配慮している。献立は利用者の希望を取り入れて作成するとともに、行事ではお寿司屋さんやお弁当・おやつセレクトなどを実施し、利用者を選ぶ楽しみを定期的に提供している。

◇改善を求められる点

1. 運営の透明性を確保するための情報公開について

ホームページには法人単位の財務情報として資金収支計算書・事業活動計算書・貸借対照表、そして財産目録を載せているが、加えて法人・事業所の理念や基本方針、事業計画や事業報告、苦情・相談内容等も公表し、社会や地域の人々からのさらなる理解と信頼を高めていく取り組みを期待したい。

2. さらなる公正かつ透明性の高い経営・運営のための取り組みについて

毎月外部税理士による監査指導や社会保険労務士の助言のもと、適切な取り組みが行われている。今後は「令和5年度事業計画書」（法人本部）経理部門の目標にも掲げられているとおり内部統制の整備とともに、さらなる公正性と透明性の確保、ガバナンス並びにアカウンタビリティの強化を図るうえでも会計監査人の設置（公認会計士等による会計監査の実施）が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で2回目の第三者評価の受審です。コロナ禍もあり内部評価が思うようにできていない中での受審でした。

評価内容につきましては、調査員の方々のヒヤリングから思っている以上に高い評価を引き出して頂きました。「自信を持って良いですよ」「入居者の方、職員さんの表情が良いですよ」と言われた言葉が、大変励みになりました。調査員の方々のヒヤリングの仕方も大変勉強になりました。

第三者評価の結果を基に内部評価を年1回実施する。職員全員が評価に関わり結

果を施設全員で共有することが大切である。 と、再認識しました。今後は、実践できるように取り組んで参ります。

最期に調査にご協力頂いたご家族の皆様に感謝を申し上げます。

ありがとうございました。

⑧ 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（共通評価基準）

※すべての評価細目（45項目）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、基本方針を確立・周知している。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念を基軸とし、事業所としての基本理念・目標・運営方針を明文化している。これらを具現化するための目標・方針を部門ごとに定め、職員間で周知を図っている。理念はネームホルダーの裏に記載し、いつでも確認できるようにしていることと、各部門の長と部下の個別面談(3ヶ月ごと)においても理念に基づいたケアサービスができていないか否かの確認を行い、理解の深化に努めている。</p> <p>今後は、ケア提供の場面で具体的な例を示しつつ、利用者への説明・周知がなされることを期待したい。</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を的確に把握・分析している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人が運営する特別養護老人ホーム(5事業所)の施設長が一堂に会する施設長会議を毎月開催している。稼働状況・収支状況・入所待機者の状況・職員の残業状況等に基づき、経営環境・状況の把握及び分析が行われている。</p> <p>また半期ごとに「施設・事業所の経営課題」を、利用申込者の安定的確保・稼働率の確保・中重度者の受け入れ促進、加算取得の促進、生産性の向上、離職率の低下、地域貢献事業の展開等、多面からの分析・把握を行い、中・長期計画や事業計画に反映している。管理会議・リーダー会議・ユニット会議等をとおして職員にも周知されている。</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。	①・b・c

<p><コメント></p> <p>毎月の施設長会議での半期ごとに取りまとめる「施設・事業所の経営課題」を踏まえた年度の「管理目標並びに達成状況」では、1. 機能性(稼働率・利用者1人1日当たりのサービス活動収益・加算取得率など)・2. 費用の適正性(人件費率・経費率など)・3. コスト削減(光熱水費・介護材料費・職員1人当たり年間サービス活動収益など)等から現状の把握・分析を行っている。年度ごとに経営課題を喫緊の課題・長期的課題・取組中などに区分し、具体的な取り組みを進めている。経営課題や取り組み内容は理事会で説明・承認を受けるとともに、管理会議・リーダー会議・ユニット会議等をとおして職員にも周知されている。</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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>理念や基本方針の実現に向けて令和3~7年度までの中・長期の事業計画(第2次)と中・長期の収支計画を策定している。事業所全体及び事務部・看護部・介護部・生活相談部・栄養部など部門ごとに年次計画(目標)を策定し、年度の振り返り・評価・次年度以降の計画調整・見直し等も行っている。</p> <p>法人本部では安定経営並びに中・長期計画の実現に向けて、職員採用計画・介護職員負担軽減計画・サービス改善計画・諸規定の見直し・内部統制の整備・ICTの活用などにも取り組んでいる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を踏まえた事業所の年度計画並びに部門ごとの方針と年度目標が策定されている。毎月の施設長会議では中・長期計画を念頭に置き、現在の運営状況や年度事業計画の進捗状況の確認を行っている。これらを経て中・長期計画の内容が年度計画の事業計画と収支計画に反映され、実行に移されている。</p>		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期事業計画の達成に向けた単年度事業計画は、前年度の事業内容を振り返り、各部門・委員会などから計画案を提出してもらい、それらを原案として施設長・管理部と各職員協働のもとで策定している。</p> <p>事業計画は理事会で説明・承認を経て、新年度研修やリーダー会議などで職員への説明・周知を図るとともに、各ユニットに整備されているPC内でいつでも確認できるシステムが整備されている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・②・c

<p><コメント></p> <p>事業所の玄関に事業計画書をファイリングしたものを置いており、家族・来訪者誰もが、閲覧可能な態勢になってはいる。</p> <p>しかし、閲覧実績は殆どないのが実状であり、今後家族の理解を深め協力を得るためにも、家族会で説明する他、ファミリー広報「ふれあい」へ掲載し、事業内容を具体的に例示しつつ利用者の生活内容や職員が工夫している取り組みを伝え、利用者や家族の理解を図る取り組みが望まれる。</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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>管理会議・リーダー会議・ユニット会議などで随時サービスの質の向上に向けた検討を行っている。ケア向上委員会による内部研修会や利用者へのアンケート調査なども行っている。また、苦情解決制度要綱を定め、施設長が率先して苦情への迅速かつ適切な対応と改善活動を行っている。</p> <p>しかし、それぞれの活動内容が組織的・効果的に行われているとは言い難い。今後は定められた評価基準(例えば「福祉サービス第三者評価」の共通評価基準・内容評価基準)に基づいて全職員協働のもと年1回以上自己評価を行い、評価結果を分析・検討する場を組織として位置づけ、実行されることを期待したい。</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・⑥・c
<p><コメント></p> <p>各種会議や委員会活動をとおして取り組むべき課題を検討している。しかし、定められた評価基準によるサービスの質の向上に向けた自己評価等の組織的取り組みは十分とは言い難く、その結果、評価に基づく取り組み課題が組織として把握されていない。</p> <p>今後は、一定のフォーマットに基づいた自己評価を行い、そこから導き出された評価結果を分析し、職員間で課題の共有化を図り、改善策や改善実施計画の検討・策定、実行が組織的に行われることを期待したい。</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) 管理者の責任を明確にしている。		
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・⑥・c
<p><コメント></p>		

<p>職務分掌表や組織体制表などにより自らの役割と責任を明確にするとともに、災害対策時の対応と不在時の権限委譲についても明文化されている。毎年度「施設長管理目標並びに達成目標」を作成し、事業所の経営・管理をリードする立場として役割と責任を明らかにしている。</p> <p>一方で広報紙「ふれあい」新年号(No. 64)で利用者の声とともに方針を表明しているが、十分な内容とは言い難い。今後は広報への記載内容を見直すとともに、年度当初、事業計画を説明・確認する会議などを利用し、自己の役割や責任等を職員に表明する機会を設けることを期待したい。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は介護認定審査会委員を務める傍ら、福島県女性施設長の会や外部研修会、会議等に出席し、様々な法令に触れる機会をもち、職員への説明周知を図っている。各部署・ユニットに整備されているPCには法令遵守のための資料や映像データが保存されており、職員それぞれが学びを深めている。毎月の労働安全衛生委員会でもハラスメントの防止や労働災害への対応など、施設長が自ら遵守すべき法令等の理解を図る取り組みを行っている。会議や朝・夕礼では、高齢者虐待事案など新聞等で報道された事件・事故の話題にふれるなど、自分事として高齢者虐待防止法などへの理解を深めている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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・①・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上のため、令和5年度事業計画において「利用者が安全・安心かつ生きがいのある生活が送れるよう支援」することを定め、各委員会と連携し、質の高いサービス提供に努めている。施設長はキャリアパス制度で求める階層別の職員像を目指してユニットリーダーやスキルリーダー等との協働のもとで職員の教育・育成に注力している。</p> <p>今後は、提供している福祉サービスの現状を定められた評価基準に基づいて自己評価し、サービスの質の向上に向けて多職種の意見を活かし、分析・検討していく具体的取り組みを期待したい。</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・①・c
<p><コメント></p> <p>毎月の施設長会議では、月次の利用実績や収支、前年度比、中・長期計画との関連など、データを報告・分析し、経営や業務の効率が高められるように努めている。管理会議でも情報を共有し、経営改善への課題把握、働きやすい職場環境整備などについて検討をしている。</p> <p>経理等の状況は法人本部並びに外部税理士との連携のもと直近の状況を把握する体制が採られているなど、業務の実効性を高める取り組みがなされている。</p> <p>今後は、各部署・部門でのコスト意識の高揚、コストバランスへの理解促進も含め、経営や業務の効果をさらに高めていくための全職員による組織的取り組みを期待したい。</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、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>令和5年度法人事業計画に「安定経営に向けた取り組み」として職員採用計画・離職改善計画・心の健康づくり計画・職場環境改善計画・介護職員負担軽減計画等を示し、具体的な計画を確立している。</p> <p>高校への訪問活動や専門学校・大学等への求人に加え、ハローワーク主催の職場紹介では丁寧でわかりやすいパワーポイント資料を作成し、介護の仕事への理解促進を図っている。法人として人材紹介謝礼金制度や就労準備支援金制度、広域異動手当金制度なども整え、人材確保・定着のために具体的な取り組みを進めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人における将来の経営展望に見合った人材(職員像)を体系的に示し、組織力の強化を図り、職員個々に将来目標を設定、目標達成に向けたキャリアパス制度を平成22年度から実施している。職能資格等級制度により各職員が将来的に「目指す職員像」(法人として「期待する職員像」)達成に向けて人事考課により把握、得られた評価結果に基づき、昇格・昇級など処遇に反映されている。職員が自ら将来を描くことができるようキャリアパス制度を整備・周知しているとともに、施設長やユニットリーダー等は職員個々に求めるスキルやその獲得のための機会(研修等)の意向や希望なども丁寧に聴取し、支援している。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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組んでいる。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は職員の有給休暇の取得や月次の残業状況等を把握し、必要の都度改善策を提案するとともに、職場相談員を配置して働きやすい環境づくりに取り組んでいる。部署の長は部下と3ヶ月ごとに個別面談の機会をもち、把握した意向や意見について施設長と分析・検討する仕組みが構築されている。定年延長や保育所の設置、ノー残業デー、時間単位有給休暇制度、アニバーサリー休暇(年3日)の他、市主催のイベントなどにも積極的に参加を支援(勤務調整や参加費用の補助等)するなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場づくりを行っている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>理念の実現に向けて、キャリアパス制度において「期待する職員像」を示し、将来どのような役割を担いたいのか、そのためには何が必要なのか等を明確にするため、個人目標を定めて育成を支援している。法人本部とも連携し、個人目標の達成にはどのようなスキル・知識・能力を修得しなければならないのかを検討し研修等への参加を促すとともに、資格</p>		

取得支援制度も整備されている。適宜個別面談も行い、「人材育成評価制度に関する規定」に基づき、個人目標の進捗・達成状況を確認し、計画的な育成を図っている。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>令和5年度法人事業計画の基本方針に「職員教育の徹底を図る」「勉強会を充実させ専門職としての必要な知識及び技術の習得を図る」ことが明記され、これを受けて人材育成室の方針には「新人職員、中堅職員各々のキャリア育成における法人内研修計画を策定・実施し、スタッフの満足度向上と共に離職防止の努める」等が示されている。</p> <p>施設長・部門長・キャリアマネージャー等で年度の教育・研修の評価を行い、その結果を踏まえて外部研修・内部研修及び勉強会の計画を策定している。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>職員個々の目標達成に向けて施設長・部門長・キャリアマネージャー等が教育・研修の機会を確保している。正規職員の他、臨時職員やパート職員など全ての職員を対象に育成を支援している。マニュアルを用いた標準的の新人研修の他、職員の経験や習熟度に応じたOJT/Off-JTを随時行っている。外部研修参加後には内部報告を行い、施設内で情報を共有するとともに毎月テーマ別の施設内研修会を開催し、教育・研修の機会を確保している。</p> <p>また法人が運営する介護福祉士実務者研修実施機関「かいごの学校」で職員が講師を務め、後進の育成にあたることで、業務の振り返りや自己覚知の機会ともなっている</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・育成を適切に行っている。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>高校生の体験学習や専門学校、看護学校などから実習生を受け入れているが、学生数の減少やコロナ禍により活動人数は減少傾向にある。</p> <p>また、「実習生指導マニュアル」が作成されており、実習の目標やねらい、援助技術・方法等の記述内容は、介護福祉士養成校の実習指導要綱と同様の内容で作成している。</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を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>広報を活用して福祉サービスの内容・事業計画・事業実績・予算・決算の状況を公開している。苦情に関しては「苦情解決制度要綱」や「苦情解決制度事務処理規程」に加え、「苦情対応マニュアル」を整備し、苦情対応の12カ条や苦情対応の7ポイントなどを職員間で理解・共有している。苦情解決委員会を年2回(9月・3月)開催し、苦情内容や対応を報告、助言を得る機会としている。苦情内容は広報紙に毎回掲載・公開している。</p>		

<p>なお、事業所の玄関に一連の資料をファイリングし、閲覧可能な態勢になっているが閲覧実績は殆どなく、適切な周知・公開がなされているとは言い難い。今後はホームページにも事業所の理念・基本方針、財務等に関する情報、苦情・相談の内容並びに改善の取り組み等を公開していくことが望まれる。</p>		
22	<p>II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等については「経理規程」「事務決済規程」「公印管理規程」などの法人諸規程に基づき公正・適切に処理されている。経理規程第68条の「外部監査」に基づき、毎月外部税理士による監査指導を受けるとともに、法人監事による内部監査と人事労務については社会保険労務士の助言指導のもと、適切な取り組みが行われている。</p> <p>法人が経営する事業所の増加に伴い、更なる公正性と透明性の確保、ガバナンス並びにアカウンタビリティの強化を図るうえでも会計監査人の設置(公認会計士等による会計監査の実施)が望まれる。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>II-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。</p>		
23	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナ禍前は地域住民が1,000人参加の夏祭りや夜桜祭りなど、広く地域貢献事業を行っている。コロナの状況をみながら花火の打ち上げを行い、地域住民と交流する機会を設け、利用者との買い物やドライブ、お墓参りに行くなど徐々に日常生活ペースに戻りつつある。事業所のエントランスには地元の衣類小売店の品物を売店として常設しており、デイサービス利用者にも好評を博している。</p>		
24	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の生活並びに施設と地域との交流を図ることを目的として「ボランティア受入規程」を定めている。ボランティア活動の原則として「自主性・主体性」「社会性・連帯性」「無償性・無給性」「創造性・開拓性」を掲げ、事業所全体で活動を支援している。</p> <p>中高生・専門学校・看護学校・各種団体・個人など多くのボランティア活動があったが、コロナ禍により一時受け入れを中止している。学校やボランティア団体等からの問い合わせも多く、徐々に受け入れを再開している。</p>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携を確保している。</p>		
25	<p>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を適切に行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、介護認定審査会委員や伊達地方在宅医療介護連携支援センター設立検討委員</p>		

<p>を務めるとともに福島県女性施設長の会にも所属しており、地域の関係機関・団体との連携を深めている。個々の利用者の状況並びに地域の実情に応じた制度外のサービスを含む、移動支援・家事支援・買い物支援・食事支援・見守り安否支援、その他水やガスの提供や灯油の配達などをまとめた「社会資源リスト」を整備するとともに、各関係機関との協働関係が形成されている。</p> <p>また、職員は毎月「保原ケアマネジメント連絡会」に出席し、地域内の関係機関と積極的に関わり、地域生活課題の把握・解決に努めている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>平成28年度から認知症カフェ「喫茶いどばた」を開始し、地域住民との交流をとおして福祉ニーズを把握するための積極的な取り組みをしている。ミニ講話の時間も設け、ケアマネジャーや薬剤師、理学療法士など専門職の協力も得て、暮らしをより豊かにするための情報交換の場ともなっている。カフェ運営には地域のボランティアや認知症当事者の方も加わっている。コロナ禍により開催困難な状況が続くなか、徐々に通常の活動に戻りつつある。また、事業所敷地をグランドゴルフ場として開放(月・水・金曜日)し、地域の高齢者の交流と健康増進にも寄与している。</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・活動を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>認知症カフェ「喫茶いどばた」を切っ掛けとして、平成29年8月に「地域サービスいどばた」を開始している。保原地域を対象に在宅高齢者等の安否確認や洗濯・食事・車椅子貸し出しなどを無料～300円程度で行っている。施設の介護職員だけではなく、職種を超えて施設全体で取り組んでいる。コロナ禍により活動困難な状況が続くなか、徐々に通常に戻りつつある。令和5年度地域における公益的取組として「未来くる(ミラクル)プロジェクトだて」「暮らしの保健室」などに参画して、後進の育成や安心して暮らせる地域づくり支援に努めている。</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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。</p>		
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>基本理念と運営方針の中に利用者尊重と人権・人格の尊重を掲げ、毎年1回「課業達成評価表」に基づき理解度や実践状況について自己評価を行い、上司による評価で達成状況を確認している。身体拘束・虐待防止やカスタマーハラスメントへも取り組み、利用者の</p>		

<p>尊重について周知徹底に努めている。法人倫理綱領があり、利用者の人権配慮について明記し施設内に掲示して周知している。</p> <p>また、施設内観察でも利用者の表情が明るく、家族アンケートのコメントにも入所後落ち着いた表情が見られる事等が寄せられており、安心できるサービスが提供されていると推測される。</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を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴・排せつ・移動介助マニュアルの他それらの業務手順書があり、そのなかでプライバシーへの配慮が具体的に明示されている。マニュアルを各ユニットに置き各職員が確認して介助に当たっている。毎年、「課業達成評価表」の中で振り返りが行われている。また、入所時に本人と家族にも重要事項説明書の中でプライバシーの保護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）を適切に行っている。		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者に対しては、相談員が写真付きのパンフレットや広報誌で説明し見学にも対応している。ホームページにも写真付きで施設内容を説明する他、行事はブログで紹介している。</p> <p>なお、パンフレットには理念や基本方針は掲載されていないので、理念や基本方針を掲載して公共施設など入手しやすい場所へ置くなど、広く情報提供することが望まれる。また、体験入所に対応していないのでショートステイを活用も含め入所先を選択するうえで体験への対応も望まれる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者には、説明が長時間にわたらないよう配慮し分かりやすく説明している。意思決定が困難な利用者には、代わりに家族に説明している。重要事項説明書は、要点が絞られ分かりやすく工夫されており、配布し説明したうえで本人・家族から同意を得ている。サービス変更時も介護計画の内容について状況変化も含め説明し、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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>家庭復帰の際は、居宅のケアマネジャーを通じて在宅サービスに繋ぎ支援の継続性に配慮した支援をしている。また、家族を通じて健康診断書とサマリーを提供し訪問看護や訪問診療につなげている。さらに、特養に移行した例では診断書とサマリーの他に生活状況を伝え、引継ぎを丁寧に行っている。家族には退所後も相談できることを伝えている。</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	a・㉒・c

	を行っている。	
<p><コメント></p> <p>部屋担当職員が、利用者の要望について口頭で食べたいもの・行きたいところ・会いたい人などを聞き対応している。また、面会時に家族から意見を聞く他、家族会総会や役員会に相談員とケアマネジャーが参加し意見を聞くようにしている。面会時など家族が職員を認識できるようにユニット職員の名前と顔写真を掲示するなど、家族と顔の見える関係を築こうとしている。</p> <p>なお、利用者満足度調査はショートステイ利用者にものみ行っているため、声にならないニーズを把握するため利用者・家族を対象に実施することが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決制度要綱があり、責任者・担当者が決められ重要事項説明書や事業内の掲示で示され、第三者委員も設置されている。苦情対応マニュアルも整備され、苦情をマイナスではなく組織の欠点を教えていただくチャンス、即ちプラスとしてとらえる方針を示し職員が隠すことなく出しやすい環境を整えている。</p> <p>また、意見箱は玄関・けやき通り・相談室廊下に置かれ、苦情申し出用紙も備えられている。さらに、職員向けにファミリーボックスを設けて職員からも意見が出せるようになっている。苦情に対しては第三者委員から助言を得て解決に取り組むこととしており、結果については広報誌で公開することとしている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>面会の都度相談員が声をかけ意見を聞くようにしている。また、重要事項説明書の中に相談援助についての担当者の名前も明示し周知している。相談室もあり、プライバシーが守られ安心して相談できる環境となっている。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>意見箱は玄関・けやき通り・相談室廊下に置かれ、気兼ねなく意見を入れられる環境となっている。苦情や相談に対しては受付簿に記入し、施設長に報告している。苦情に対しては、迅速に対応し処理経過も記録され解決されるまで1か月ごと申し出者に対し経過報告をすることとしている。マニュアルは苦情解決委員会が中心になって見直しをしている。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組を行っている。		
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を構築している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止・発生対応マニュアルがあり、事故防止委員会が置かれている。リスクマネジ</p>		

<p>ヤーが置かれ、委員会は毎月開催されている。ヒヤリハットは、ファミリーレポートとし報告され分析し統計を取っている。危険予知訓練でリスク探しを行い、職員がリスクを共有できるようにしている。事故については、事故報告書を作成し委員会で原因分析が行われ結果を回覧し情報共有している。対応策については、1か月後・2か月後・3か月後に効果検証を行い、結果を踏まえて見直しをしている。重大事故(骨折・エスケープ・誤飲)については、リスクマネジャー・ユニット職員で原因や防止策について話し合いをしている。</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>感染症対策委員会を中心に感染症対策表標準マニュアルを作成し、関係機関からの情報を基に定期的に見直しを行っている。対策の責任者は主任看護師が務め、年2回感染症に関する研修を行い、マニュアルや対応策の周知を行っている。新型コロナウイルス感染症については、BCPを作成し毎月発生時のシミュレーション訓練を行い計画の見直しをしている。昨年コロナ感染症のクラスター発生時もマニュアルに基づき対応し、拡大を防ぎ全員警戒するなど体制が機能している。</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>法人の防災計画と事業所の防災マニュアル(火災・地震・風水害及び雪害編)、BCPがあり責任者や体制が定められている。年1回消防署立ち会いの総合訓練があり、地元消防団も参加するなど地域との協力体制が築かれている。また、年2回各ユニットで夜間想定避難訓練も実施している。利用者・職員の安否確認方法が定められ、職員とはLINEで通報できる体制になっており、参集範囲・参集条件なども災害の種類や規模に応じマニュアルで定まっている。食料など1週間分が備蓄され、防寒用具・発電機も備えてある。</p> <p>なお、BCPによる訓練はまだできていないので、シミュレーション訓練を重ね現実合った内容に見直すことが求められる。</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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>食事・排せつ・口腔・車椅子移乗など各介助マニュアルが整備されている。それを実践するための具体的な業務マニュアルがあり、ケア向上委員会が採用時(新規採用・中途採用)に研修を行いケアの統一に努めている。また、ケアが業務手順書に沿ったものか「課業達成評価表」に基づき実践状況を自己評価と上司評価を行い、ケアの実施状況を確認しながら職員の支援方法の統一が図られている。</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を確	a・b・c

	立している。	
<p><コメント></p> <p>業務手順書は年1回連携室長と介護課長により「課業達成評価表」結果を受けて、見直しを行っている。また、利用者の状況に合わせサービス担当者会議で手順書の見直しも行われている。</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を策定している。		
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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプラン作成の業務手順書があり、アセスメント・ケアプラン原案作成・サービス担当者会議・ケアプラン決定と交付・モニタリング・ケアプラン評価までの手順や方法が決まっており、機能訓練や栄養など多方面の情報を共有しながら策定するプロセスが示されている。ケアプラン策定のサービス担当者会議は、ケアマネジャー・相談員・ユニット職員・看護師・栄養士など多職種が参加し、それらの意見を反映しながら策定している。</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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス計画は、短期目標の期間に合わせ6か月ごと見直しが行われている。入院などで利用者の状況が変化した時は随時見直しが行われ、毎月開催しているサービス担当者会議で検討・見直しが行われている。医師から看取り期の判断がなされれば、即看取り計画に移行する手続きが取られている。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>ケア記録は介護ソフトで管理している。サービス実施状況は、ケアプランに連動した記録をするよう求められており、プランに沿った内容で記録が行われている。記録の書き方は指導されており、上司が回覧時に訂正などにより統一している。</p> <p>また、職員間の情報共有もパソコン内で可能となっている。利用者に変化があった場合は、その内容が記録され一覧で閲覧が可能になっている。パソコン閲覧の余裕がない場合は、申し送りがありユニットごと利用者ごと引継ぎを行っている。介護計画や利用者の状況を共有するため月1回ユニット会議も行われている。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の文書保存規程があり、文書管理者は施設長で保存年限が定められており、それに従い文書の管理・廃棄が行われている。法人個人情報保護規程があり、入職時に守秘義務・個人情報の扱い・SNSへの投稿禁止も含め研修が行われる他、誓約書も提出させている。毎年、人事考課で個人情報順守の状況を確認している。本人・家族には入所時に個人情報の取り扱いについて説明し、広報誌などへの写真の掲載についても家族の同意を得ている。</p>		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20項目）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。

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		
A ①	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の希望を聞き意向に沿った対応ができるように努めている。職員の手伝いや余暇活動に本人の希望を極力取り入れ、役割や生活の楽しみを持てるようにしている。部屋には馴染みの家具を持ち込み、利用者の意向を取入れ生活しやすい部屋に整えている。部屋ではゆっくりテレビ鑑賞をされる方や趣味で編み物をされている方、共有リビングでは職員の仕事の様子を見て手伝いを積極的に行ってくれる方などそれぞれの思いに合わせて生活ができるようにしている。</p> <p>また、希望があれば家族と外出し墓参りに行くこともある。ここ数年は感染症流行の影響で従来のような夏祭りが開催できていなかったが、今年の夏祭りは家族のみ参加していただき交流を持つことができています。</p>		
A ②	A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
A ③	A-1-(1)-③ 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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>非該当</p>		
A ④	A-1-(1)-④ 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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>個人個人に合わせたコミュニケーションをとるよう工夫している。耳が遠い方や体調により言葉が上手く出ない方には、ジェスチャーでコミュニケーションをとっている。また、単語カードを活用して必要な内容を予め書いておき、適切な内容を選んですぐに意思を伝えられるようにしている。ベッドで過ごすことが多い方には、枕元にスケジュールを置き、今何をしているかこれから何をするかわかりやすくして伝えている。</p> <p>なお、普段の対応は充分できており、さらなる向上として利用者からの要望にすぐに対</p>		

応できない場面などにおいて、理解いただけるような工夫が期待される。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A ⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	①・②・③
<p><コメント></p> <p>入居の契約時に重要事項説明書で身体拘束を行わないことやサービスに関する相談苦情受付窓口の説明をしている。また、利用者の個人情報の取り扱いについて説明し同意を得ている。職員へは高齢者虐待防止に関する指針や身体拘束廃止マニュアル、個人情報保護規程を周知している。内部の身体拘束分科会にて月1回「グレーゾーン」や指針についての勉強をし、さらに年2回の研修会を行い権利擁護の内容が職員へ浸透するように取り組んでいる。</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		
A ⑥	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。	①・②・③
<p><コメント></p> <p>共有のリビングにはテーブルの他にこたつを置き、利用者に合わせた過ごし方ができるようにしている。利用者の部屋は希望に沿った形で使用できるように、なじみのある家具などを持ち込み整えている。部屋へ座椅子やテレビを持ち込み、部屋でゆっくり過ごしている方もいる。</p> <p>また、利用者同士の相性もあるため、状況に合わせて部屋の移動を柔軟に行う対応をしている。感染症流行の影響で現在は一部制限があるが、基本的に施設内は自由に移動することができ、友人や知人などと自由にコミュニケーションをとることができている。</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		
A ⑦	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。	①・②・③
<p><コメント></p> <p>浴室には一般浴・個浴・機械浴・リフト浴があり、複数の浴槽が準備され、身体の状態と本人の希望を取り入れつつ身体機能を維持できるように支援している。普段から一人一人の好みを把握するように努め、入浴は1対1での対応を行い尊厳や安全・快適性に配慮している。「さっばどした委員会」(排泄・入浴委員会)が中心となり、ゆず湯や菖蒲湯など季節を感じられる入浴環境を提供している。事情により予定日に入浴できない時は柔軟な対応をし、間が開かずに入浴できるように対応している。</p>		

A ⑧	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入居後1週間から2週間の間、排泄のリズムの把握を行っている。把握した結果をもとに適切な排泄用具を選択、また、施設で決められた時間だけではなく結果をもとにして利用者に合わせた時間で対応している。利用者の快適な排泄支援とともに施設のコスト削減にも繋がっている。継続した状態観察をもとに適切な支援を行うことによって介助が必要な方が1人でできるようになった事例もある。自然な排泄を促すため、あまり体を動かさない利用者には体を動かすように声をかけている。</p>		
A ⑨	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>入居時に身体状況の評価を行い、身体に合わせた適切な福祉用具を選択している。選択の際は車椅子・リクライニング車椅子・歩行器などを多職種により検討している。ベッドでは利用者の身体状況に合わせ介助バーを使用するなど、できる限り自分で乗り降りができるように環境を整えている。歩行ができる利用者には、歩くことが継続できるよう支援し、部屋や共有リビングでも安全に自力で歩行して移動ができるように、つかまる場所を想定し家具の配置や動線の工夫をしている。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>家庭的な雰囲気でご飯をとっていただけるように、共有リビングでご飯を炊き、炊きあがりの香りを感じてもらえるようにしている。食器は食欲をそそる柄等のものを職員が意見を出し合いながら決めている。盛り付けは目で見て美しく見えるように配慮している。献立は利用者の希望を取り入れて施設の管理栄養士が作成している。</p> <p>また、食事関連の行事ではお寿司屋さんを行い、利用者が好きなネタを選び目の前で寿司を握り提供して楽しんでいただいている。お弁当セレクトやおやつセレクトを実施し、味が良いうえに利用者を選ぶ楽しみを定期的に提供している。</p>		
A ⑪	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。	①・b・c
<p><コメント></p> <p>介護職員や看護職員による普段の食事や水分の摂取量、生活の様子の確認、嘱託医による定期回診、栄養士による週に3回のミールラウンド、サービス担当者会議などの情報を総合して栄養ケア計画を作成し、計画に基づき栄養ケアマネジメントを行っている。利用者の状態に合わせ、介助食器の使用、量を沢山食べられない場合には半量で提供し、栄養補助食品で補っている。咀嚼や嚥下機能に変化があった方は、随時多職種にて食形態の検討を行っている。</p>		

また、できるのにやらないのか、できないのか等、多職種と情報を共有し、負担を少なくしてできるだけ自分で行っていただく為にはどのようにしたら良いかをサービス担当者会議で意見を出し合い検討している。		
A ⑫	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
<p><コメント></p> <p>食後には口腔ケアを実施し、利用者の口腔機能の保持・改善に努めている。月2回歯科医の訪問診察を受けている。個人個人に必要な助言をいただき口腔ケアに反映させている。口腔内に変化があった場合は、訪問時や随時相談し歯科受診につながるよう支援している。</p> <p>なお、現在の支援を継続し、一層の口腔アセスメントの充実を期待したい。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡予防マニュアルを作成し褥瘡の発生予防ケアを行っている。毎月1回褥瘡予防委員会を開催し施設全体で情報の共有を行っている。入浴時などに随時皮膚状態の観察を行っており、褥瘡の発生の兆しがあるときは嘱託医と連携して必要な処置や体圧分散の効果のあるマットを選定し速やかに対応ができるようにしている。管理栄養士が栄養管理、介護職員へは適切な体位となるように指導と確認を行い、早期の治癒に努めている。</p>		

		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		
A ⑭	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
<p><コメント></p> <p>業務手順書(口腔鼻腔内吸引)を作成し、嘱託医の指示のもと実施している。実施した場合は実施者の記録を文書として残している。適切かつ安全に行うために喀痰吸引安全委員会を月1回開催している。年1回有資格者に対し個別に手順の確認を実施している。確認の時には実施試験を行い実際に適切かつ安全にできているか確認している。無資格者については介護職員実務者研修を受講させ喀痰吸引の研修としている。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A ⑮	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
<p><コメント></p>		

機能訓練指導員が生活動作の確認から個別機能訓練計画立案まで行い、必要な機能訓練指導を提供している。作成した機能訓練計画書は介護職員と共有し、日常生活の中で身体機能の維持向上が図れるようにしている。見た目には歩行に不安定さがある場合でも、歩行機能の維持や排泄の自立につながるように生活の中での動作や体に合わせた福祉用具を選定し支援している。機能訓練計画は3か月に1回サービス担当者会議にて見直しを行っている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑬	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・⑬・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状態に合わせた対応を行うために、認知症ケアマニュアルを作成し職員へ周知をしている。認知症の対応は利用者それぞれ異なるためきめ細かな対応ができるように取り組んでいる。その取り組みの一つとしてケア向上委員会主催で認知症に関する勉強会を行い、職員の知識習得に努めている。施設での勉強会以外にも認知症に関する資格を取得する職員もおり少しずつ成果が出てきている。</p> <p>なお、認知症の行動と心理症状はさまざまであり、観察を行いその状況について多職種で理解把握をしているが、あらゆる場面で受容的な関わりができるようになることが望まれる。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	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。	⑰・b・c
<p><コメント></p> <p>体調に変化があるときに迅速な対応をするため緊急対応用のファイルを利用者ごとに準備している。ファイルの情報については3か月に1度見直しを行っている。生活の中で利用者を注意深く観察しており、普段と様子が違うと職員が感じたときは血圧や体温などを測定し記録をしている。体調に変化があり囑託医との連携が必要と判断した場合は、ファックスや電話で連絡をとり指示を仰いでいる。休日でもメールや電話により報告し速やかに対応できる体制を確立している。</p>		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑩	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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者や家族が納得できる最期を迎えられるように、看取りの指針に基づき対応している。終末期が近づいた場合には、まず囑託医からの状態の説明があり、さらに看取りに関</p>		

する文書で説明し、理解いただいた上で終末期の対応に進んでいる。終末期の希望で入浴や自宅への外出希望などがある場合は柔軟に対応している。自宅へ戻りたいとの希望もあり退所し自宅で最期を迎えた方もいた。このように終末期であっても可能な限り希望に対応する体制を整えている。

また、全職員へ指針の周知徹底を行い、年2回看取りに関する研修を行い指針の理解と看取りに関する対応の理解に取り組んでいる。設備面では家族の付添いや宿泊ができる場所を準備している。

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		
A ⑱	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。	③・b・c
<コメント> 施設と家族が連携し家族会の運営を行っている。家族会の運営を通して施設に関する要望や意見を聞き施設運営に活用するように取り組んでいる。個別には体調の変化などがあつた際には電話連絡を基本とし、家族の状況に合わせメールを活用するなど連絡が付きやすい方法を選択し随時連絡を行っている。定期的に連絡を取るケアプランの作成時期には、日常の変化についてメモをつけて文書を送付して連絡している。家族が面会に来られた時には職員が必ず声をかけ日常の様子をお伝えしている。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A ⑳	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		