

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：特別養護老人ホーム 桃源の家		種別：短期入所生活介護	
代表者氏名：施設長 森脇 麻里		定員（利用人数）： 10名	
所在地：島根県邑智郡邑南町中野574-3			
TEL：0855-95-0001		ホームページ： https://www.iwamisakurakai.or.jp/tougenno-ie	
【施設の概要】			
開設年月日：平成24年5月1日（2012年） 現在の建物での営業開始平成24年5月1日（2012年）			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 石見さくら会			
職員数	常勤職員 66名	非常勤職員	29名
専門職員	施設長 1名	看護師	3名
	生活相談員 2名	介護職員	11名
	看護師 4名	調理員	6名
	介護職員 48名	環境整備	7名
	管理栄養士 2名	医師	2名
	理学療法士 2名		
	介護支援専門員 2名		
	調理員 4名		
	事務員 1名		
	ユニット型個室 90室	個浴槽	4カ所
施設・設備 の概要	（トイレ、洗面台付）	リフト付き個浴槽	5カ所
	相談室 2ヶ所	特殊浴槽	2ヶ所
	家族室 1ヶ所	食堂・談話室	9カ所
	中央ステーション 2室	台所（対面キッチン）	9カ所
	サテライトステーション5室	医務室	2ヶ所
		地域交流ホール	1ヶ所
		セミパブリックホール	2ヶ所
		テラス	5ヶ所

③理念・基本方針

法人理念

児童から高齢者ひとり一人が、住み慣れた地域や家庭で、多様な個性に基づいて自分らし

く、生きいきと自立して暮らすことのできる福祉の町、地域の住民みんなが力を合わせ、若者から高齢者まで、共に安心して暮らせる「豊かで活力のある福祉コミュニティ」の実現に資する。

法人基本方針

社会福祉法人石見さくら会は、石見さくら会クレド（約束）を踏まえ、社会福祉事業の安定的・継続的経営に努め、多様な生活課題や福祉需要に柔軟かつ主体的に取り組み、地域に根ざした社会貢献に寄与することを基本方針とします。

施設の経営理念

- ・利用者一人ひとりの人格を尊重した介護を実践します。
- ・お互いに感謝と奉仕の気持ちを大切に行動します。
- ・地域と連携し、地域に開かれた施設運営を行います。

施設の運営方針

- ・桃源の家は、「感謝と奉仕」を基調とした生活の支援に徹し、入所者様の人格を尊重し、より家庭的な雰囲気の中で自由に生活していただくことをモットーに全職員一体となって取り組みます。
- ・明るく健康的で、生き甲斐のある豊かな生活を実現するため、精神的ニーズの把握に努め、個々の特性をよく理解してきめ細やかな介護を実践し、生活の質の向上に努めます。

④施設の特徴的な取組

○自立支援を促すサービス提供

専任介護支援専門員を配置され、自立生活支援プランを作成されています。
排泄・移動・食事の場面など利用者の残存能力を考慮しながら、出来るだけ自立した生活が過していただけるような支援を心がけておられます。

○地域社会との関係性の強化

地域の方々との包括的な社会形成を築いていくために、施設資源の活用やボランティアの受入れ、公益的事業活動等を積極的に実施し、理解を頂けるように取り組んでおられます。

○ユニット型対応の個別サービスの提供

居室は全室個室のユニット形式で、利用者個々のプライバシーを大切にして状況に応じたケアプランに基づくサービス提供をされています。
ユニットにはそれぞれ共同生活スペースがあり、食事や談話など交流を楽しまれたりします。居室にはクローゼットやトイレなどは標準設備されており、馴染みの物等持ち込んで頂き自分に合った居心地の良い空間が整えられています。

○介護機器、介護ロボット等の導入

業務改善に向け、介護機器を導入され、職員の負担軽減を図っておられます。
また、タブレット端末による記録、ＩＣＴ化による情報管理に取り組み、より迅速で確実な情報共有が可能になっています。

○災害の備えや感染症に対応できる備品

自然災害、感染症ＢＣＰ（事業継続計画）の策定に伴い、自然災害時や感染症発生時における事業所としての対応の検討、訓練の実施や必要な備品類について再確認し、必要なものに関して整備しておられます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和６年８月５日（契約日）～ 令和６年１２月６日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	１回（令和２年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 職員が働きやすい職場環境になるよう、業務改善委員会を中心に最低でも１０日以上の有給休暇取得を目指し、職員一人ひとりのワークバランスに配慮した勤務体制になるよう取り組まれています。
また、人事考課制度も導入されており、年２回職員面談を実施され、職員の意見を聞き取る機会を持たれており、ハラスメント相談窓口も掲示されています。
- ・ 社会福祉法人石見さくら会として、今年度、厚生労働省のえるぼし認定としての五つの基準の全項目を満たす三ツ星に認定されました。
職員の８割を女性が占める職場の正職員の割合が７４％と高く、管理職に占める女性の割合も全国平均大きく上回る等による認定通知書が交付されています。
- ・ 各種委員会が設置され、内部研修が実施されています。
それぞれの委員会の研修の充実が、サービス向上へつながっています
- ・ 介護機械の導入やタブレット端末の記録、ＩＣＴ化による情報管理に取り組み、職員の負担軽減や迅速で確実な情報共有を目指されています。
- ・ ユニット型を活かした個別ケアの充実を目指し、利用者の自立支援に向けた取り組みを進めておられ、各ユニットリーダーを中心にユニット毎の目標を作成され、半期ごとに評価し振り返りが行われています。

◇改善を求められる点

- ・ 事業計画について、現場職員の理解が不十分な面も見えますので、各ユニットで事業計

画達成状況の意識強化や理解を深める取り組みをされ、次年度の目標を作られる際には職員からの意見が反映された、より理解しやすい事業計画になるよう期待します。

- ・多くのマニュアルが作成され、新たな法改正や制度変更等で見直し・改善が実施されていますが、各専門委員会が専門的な観点から現行のマニュアル現行維持や各ユニットでの適正な運営実施状況等の検証が行われる仕組みに期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

高く評価していただいた部分については、より充実したサービスが提供できるように取り組んでいきたいと思えます。不十分な部分に関しては、職員とどのように改善していけばよいのかを検討し、実施していきたいと思えます。

今回の評価で、自施設の自信が持てる部分と改善に努めなければいけない部分を改めて知ることができました。引き続きサービスの向上・改善に努めていきたいと思えます。

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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（短期入所生活介護）

共通評価基準（45 項目）

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
＜コメント＞ 法人理念、基本方針を基に、特別養護老人ホーム「桃源の家」としての経営理念・運営方針が明文化され、法人ホームページや施設パンフレットに掲載されています。 施設内の玄関、各ユニットのサテライトステーションに掲示して職員に周知されています。 また、法人の理念・基本方針を具体化した「法人クレド」（絶対ルール）のカードを携行すると共に毎朝唱和を行ない、常に意識し、いつも自らの役割・使命の原点に立ち返る取り組みが行われています。毎月の会議でも確認され、声掛けをされ職員の理解に努められています。 利用者・家族等に対しては、利用開始時に重要事項説明書、パンフレット等を使用し、周知が行なわれています。		

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。	a
＜コメント＞ 事業経営を取り巻く国・県・邑智郡総合事務組合等の動向や地域の高齢者人口推移等に関するデータの把握・分析は法人本部に於いて行われています。 毎月施設長会議で把握・分析された内容と各施設、事業所の財務状況、施設環境・運営体制等について討議されます。 施設長会議の内容はユニットリーダー会議で説明されたのちに、リーダーはユニットに持ち帰り、各ユニット会議で職員に報告され周知がなされています。		
③	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 施設長会議の後に行われるユニット会議の際に会議録を基に、把握・分析された経営課題や問題点について説明が行なわれています。 その際に事業計画に対する進捗状況も報告されます。		

事業所毎の会議及び各委員会の中で、職員からの意見を聞きながら、課題解決に向け取り組まれています。

また、6ヶ月に1回監事監査があり、施設長・課長・リーダーから話を聞かれ、具体的な取り組みや問題点を聞かれています。

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
〈コメント〉 3年ごとに中期計画を作成され、具体的な目標を明確にされており、各部署で目標について話し合われています。 サービス面、人材育成、ICT活用、労働環境の整備、収益・収支計画、地域貢献への取り組み等の各実施項目や具体的実施内容が示されています。 設備等の整備や積立については中・長期計画に基づいて具体的に計画されています。		
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
〈コメント〉 中期計画に基づき、当年度の事業方針・事業目標が定められた事業計画が策定されます。 利用率、介護サービス支援、食事支援、健康管理、施設設備計画、人材育成計画等の目標に対する達成度が数値化され的確に示されています。 事業の経営基盤の安定や施設のあるべき姿や機能・役割が反映されており、工夫された計画となっています。		
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
〈コメント〉 毎月のユニット会議等で事業計画の達成状況や成果・課題等が周知され対策等について話し合われています。 ユニットリーダー・係長が参加する管理者会に於いて、現場職員の意見も加味した上で事業計画が策定されています。 前期・後期に管理者会で、事業計画の目標達成状況や課題の対策・見直し等の説明や周知も行われています。 現場職員の理解について不十分な面もありますので、各ユニットで事業計画達成状況の意識強化や理解を深める取り組みを行なわれる事に期待します。		

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
＜コメント＞ 利用者へは、各ユニット単位で職員より説明が行われています。 家族等に対しては、家族会総会資料として配布され、欠席者には郵送でお送りされます。 また、地域の方に対しては、ホームページをはじめとするSNSを活用し情報開示を行い、理解を深めて頂いています。 来園者に対しては、自由に閲覧できるよう施設玄関に事業計画が用意してあります。		

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
＜コメント＞ 理念・基本方針に沿った事業計画が作成され、中間、期末と進捗度の評価・見直しを行い次年度に活かしておられます。 福祉サービスの内容については、施設ケアマネが立てたプランに基づき個別支援計画書の評価・見直しが行われています。 年2回家族等にアンケートも行い、アンケート結果をサービス向上へとつなげておられます。 また、年2回苦情解決第三者委員会を開催され、対応についての評価や第三者の視点による意見を頂いておられます。 人事考課制度による職員一人ひとりの個人目標に対する実績評価も行われています。 福祉サービス第三者評価を受審され、施設としての自己評価につなげられています。		
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
＜コメント＞ 事業運営の検証等を定期的に施設長会議、課長会議、リーダー会議、ユニット会議等で課題の明確化と対策等の積み上げが行なわれ、成果分析や課題への対策等が計画的に行われています。 また、桃源の家のサービス充実や質の向上に向け、各ユニットから職員が参画した専門委員会が組織化され、各ユニットからの課題や困りごとの相談等への素早い対応や改善対策等実施され職員の情報共有の取り組みも行われています。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<コメント> 職務分掌表は毎年改定されおり、年度当初の職員会等で事業計画目標の表明や自らの役割と責任について表明しておられます。 事業継続計画書（BCP）も策定されており、不在時の権限委任も明確にされています。 法人広報誌の年頭の挨拶に於いて、法人理事長が自らの役割・責任を掲載し表明されています。		
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。	a
<コメント> 施設長は研修、勉強会にも積極的に参加し法令遵守の理解に努め、その内容については、定例会議等で法令遵守について周知が図られています。 法改正の都度、規程の見直しを行ない規程の整備をされています。 また、法人全体のクレド（約束）を基に、職員全てが組織人としての法令を遵守する動機付けも行われています。		
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
<コメント> 毎月、定例会議に於いて各ユニットからの報告、意見等を聴き助言をされています。 施設内の各委員会にも出席され、サービス向上についての助言が行われています。 施設内をラウンドし利用者や職員の様子を確認し必要に応じて声掛け等も行われています。 また、内外研修の充実にも取り組まれています。		
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
<コメント> 施設長会議を通して、桃源の家としての経営状況やコストバランスの分析を行い、改善施策等に取り組まれています。 業務改善委員会があり、記録の省力化等ITC化による業務の実行性を高める取り組みも行われています。 また、施設運営に関するコスト削減対策等の実施等、健全な経営基盤の構築に向けた取り組みが行われています。 働きやすい環境を整えるよう職員配置を変更し、どのユニットも人数がバランスよくなるよう配慮されています。		

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
＜コメント＞ 人材確保のための採用活動は法人として計画的に取組まれており、ホームページ、広報誌へ求人募集の掲示、オープンキャンパスや学生が集まる研修参加、就職フェアや実習生の受け入れも積極的に行なわれています。 福祉人材の確保は、全国的にも非常に厳しい状況ですが、町からの奨学金・さくら会からの奨学金制度あり、利用された職員も入職されています。 定着に向け計画的な新人研修や資格取得キャリアアップを目指す職員を支援する制度や研修計画に基づき、全職員が研修に参加できる環境を整えておられます。 1 時間休憩の確保等、職員の身体的負担軽減にも取り組んでおられます。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞ 法人の経営理念、ミッション、バリュー、ビジョン、行動規範について記載されたクレドにより「期待する職員像」を明確にされています。 人事考課制度を導入されており、「職能資格制度に関する規程」「人事評価実施規程」に基づき考課が行われています。 人事基準は、就業規則で定められています。 年 2 回の職員面談が実施され、年度当初に各ユニットリーダーへ自己申告書を提出され、上半期・下半期で評価があり、やりたい事や学んでみたい事の聞き取りが行われています。 把握された職員の意向・意見や評価・分析等にもとづく改善策を検討されています。 初めて考課者になれる時には考課者研修も実施されており、同じ観点から考課ができるよう取り組まれています。		
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
＜コメント＞ 職員の時間外労働等を把握するため、勤怠管理ソフトが導入されています。 有給管理簿もあり、有給休暇が年間 10 日取得することができ、取得しやすい職場環境になるよう職員も互いに協力し合い、月に 1 日は取得すことを目標にし、取得日数の少ない職員には声掛けが行われています。 育児短時間勤務、子どもが小学校入学までは夜勤の免除の制度等、一人ひとりのワークライフバランスに配慮した勤務体制が導入されています。 メンタルヘルスの観点からみた職場環境や取組みを目指すための研修を受けられ邑智郡内の社会福祉法人として初のヘルスマネジメント認定を取得されています。		

年2回の健康診断、インフルエンザ予防接種の費用負担やハラスメント等の相談窓口の設置等も行われています。 職員互助会もあり、定期的な職員交流（スポーツ大会・食事会）が行われています。		
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
＜コメント＞ 期待する職員像としての5つの行動規範はクレドにも載せてあり、人事考課の前に毎年度考課表の考課項目について、一人ひとりの職員が具体的な目標を定め人事考課の前には目標面接シートを提出し、半年に一度直属の上司、施設長と面談が実施され、進捗状況の確認をされ、目標が達成できるよう上司は支援をされ、達成された場合は人事考課に反映されています。 人事考課を活かした職員の育成に取り組まれています。		
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
＜コメント＞ 研修専門員会により、人材育成に関する基本方針に基づき、研修年次計画が策定され実施されています。 各自の研修ファイルがあり、目標面談に於いて研修希望も聞かれています。 毎月全員が見られるようeラーニングを活用して行われており、ユニット毎のパスワードがあり、研修終了後には報告書の提出をされ、理解を深められています。 外部研修も目標に沿った研修に参加できるよう促されています。 法定研修、必須研修も実施されています。		
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
＜コメント＞ 基本的な研修計画に基づき、職員一人ひとりの階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等、業務習熟度に適応した研修実施が行われています。 新任職員には、職場OJTが行なわれています。 内外部、個人に合った研修に参加され、研修後の復命書等を供覧されています。 個人毎の研修履修簿も作られています。		
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
＜コメント＞ 実習生受け入れマニュアルに基づき、依頼先機関との実習プログラム調整等を行ないながら、積極的に実習生の受け入れが行われています。 新型コロナ禍の影響もありましたが、現段階は依頼があれば積極的に受け入れが行われています。 今年度は指導者を2名増員される予定です。		

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
＜コメント＞ 法人全体で透明性確保のための情報公開の取組みが行なわれています。 ホームページ内に理念・基本方針、決算報告書法人概要、施設案内、事業計画、資金収支計画、個人情報保護規定、提供する福祉サービス内容、職員の5つの行動規範、苦情解決対応体制等、地域貢献活動、求人募集等の掲載を初め、第三者評価の受審結果の公表等が掲載されています。 地域には定期的な広報誌（さくらだより）の配布を行い、法人の決算報告書も載せられています。 施設玄関にも閲覧用の資料を用意されています。 SNSも活用され情報公開に努めておられます。		
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
＜コメント＞ 法人の定款、経理規程細則、契約事務処理細則規程、業務管理規程、運営規程に基づいて、内部監査、外部監査を行い、外部の会計事務所によるチェックも実施されており、公平かつ透明性の高い経営・運営が行なわれています。		

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。	b
＜コメント＞ 施設の経営理念にも地域と連携し、地域に開かれた施設運営を掲げられています。 ユニット行事として外出、買物、ドライブを計画し行われています。 例年、施設内にある地域交流ホールやセミパブリックホールを利用し、地域の方達との餅つき会やボランティアによるお茶会や音楽会や保育所との交流は定期的に行われ、「桃源の家」秋祭りも開催されていました。 ミニ講座は地域交流ホールで行われているので、利用者の方にも参加して頂いています。 また、地域のお祭りやイベント等のポスターの施設内掲示や町の高齢者行事等へ入所者の希望に沿って参加されていましたが、コロナ感染症の発生状況を確認しつつ復活された町のイベント等に参加できるよう体制を整えておられます。		
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	a

	制を確立している。	
＜コメント＞ ボランティア受入れ規程による受入れ体制の整備が行われています。 コロナ感染症予防対策の為、毎年のお茶会や音楽会の受入れはありませんでしたが、発生状況等を把握しつつ、仏具磨きや介護ボランティアの受入れは行われました。 また、中学生の職場体験、高校生のインターシップの受入れも行われています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
＜コメント＞ 役場、福祉事務所との連携会議が年に数回開かれています。 桃源の家のサービス品質保持・強化に向け、町行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、病院、保健所、消防署、警察等の関係機関等とのネットワークが構築され、機関の一覧表等が作成され緊急時等の連絡が適切に行われるよう職員への理解も図られています。 地域の方が集まる場としてのひだまりサロン規程があり、職員が携わられています。		
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みが行われています。	b
＜コメント＞ 行政、協力医療機関との連携を図るため研修会や地域ケア会議の会合等に参加されています。 地域の高齢者の方々が集まる「ひだまりサロン」、「オレンジカフェ」に於いて地域のニーズの把握が行なわれています。 今後に於いても多様なニーズの掘り起こしに向けた取り組みに期待します。		
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
＜コメント＞ 現在は町からの委託を受け、毎月地域の公民館を巡回して行われている「オレンジカフェ」に於いて、認知症の方との関わり方や予防についても知ってもらう機会となっています。 その他施設が地域ニーズにもとづいて実施されている活動としては「ひだまりサロン」への職員の派遣が行われています。 また、施設の交流を深めるための地域交流ホール等の開放、災害時の一時的な避難場として提供もされています。 相談会等から地域住民のニーズに努め「桃源の家」で提供できる公益的な事業・活動を見つけ出して頂く事を期待します。		

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
＜コメント＞ 倫理綱領、就業規則に利用者本位の姿勢が明示されており職員への周知も図られています。 共有理解を図るため、接遇研修や身体拘束・虐待防止研修も実施されており、虐待防止アンケートを2ヶ月に1回実施し、振り返りの時間を持たれています。 利用者への対応に困った場合は、多職種で会議を開き、意見を出し合い利用者本位のサービスが提供できているか検討されています。		
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
＜コメント＞ 利用者のプライバシー保護についてのマニュアルは整備されています。 居室はユニット形式でトイレ付一人部屋ですので、個人のプライバシーは基本的に守られています。 入浴時も個浴対応ですので配慮されています。 排泄介助、入浴介助の際には手順書に沿ってプライバシー保護が行われています。 入所時、契約時には利用者・家族等にもプライバシー保護に関する取り組みについて説明を行い、利用者の写真使用等についても確認を取っておられます。		
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
＜コメント＞ パンフレットやホームページ、インスタグラム、X（旧ツイッター）等で事業所の情報を提供しておられ、事業所の特色等についても分りやすく知る事が出来ます。 見学希望者にも都度対応されており、短期入所用の居室を利用しての入所体験の希望にも対応をされています。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
＜コメント＞ 利用者・家族等には、生活相談員・施設ケアマネ・管理栄養士等より、利用開始時、契約書及び重要事項説明書を使用して丁寧に説明が行なわれ、同意を頂きサービスが開始されます。 また、施設サービス計画書の内容についても説明を行い、同意を得られます。		

重要事項説明書、施設サービス計画書に変更があった場合には、改めて説明し、同意を得ておられます。 短期入所の場合は居宅介護支援事業所からのケアプランが届き、施設ケアマネが利用開始時にアセスメントを行ない事業所としての介護支援プランを作成し、同意を得ておられます。		
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
＜コメント＞ 利用者・家族等には、生活相談員・施設ケアマネ・管理栄養士等より、利用開始時、契約書及び重要事項説明書を使用して丁寧に説明が行なわれ、同意を頂きサービスが開始されます。 また、施設サービス計画書の内容についても説明を行い、同意を得られます。 重要事項説明書、施設サービス計画書に変更があった場合には、改めて説明し、同意を得ておられます。 短期入所の利用終了時には居宅介護支援事業所へ報告されています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
＜コメント＞ ユニット職員はそれぞれに担当の利用者を持ち、日頃より利用者の表情等を観察し、満足度のモニタリングが行われています。 参加可能な利用者には、サービス担当者会議に参加して頂き、意向等を聞いておられます。 給食委員会による嗜好調査も実施され、意見・要望を取り入れた食事の提供できるよう工夫されています。		
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
＜コメント＞ 苦情解決の体制やマニュアルが整備されています。 苦情解決の体制（苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置）については、重要事項説明書内にも記載され説明が行なわれています。 施設内にはポスターも掲示されています。 利用者からの苦情や相談は、施設内のひとことボックス（意見箱）でも受け付けておられます。 苦情内容は施設内で把握され、その都度改善策を考え実施されています。 具体的な説明や対応策に関してもホームページに公表されています。		
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
＜コメント＞		

いつでも職員へ気軽に要望等が出来ることを周知し、ホームページやひとことボックス等、意見を述べやすい環境の整備がなされています。 苦情相談窓口を重要事項説明書にて説明されています。 居室が個室になっていますので、個別に口頭で相談や意見を話して頂けるよう心掛けておられます。 施設内には相談室、面談室も設けてあります。		
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
＜コメント＞ 苦情解決対応マニュアルに沿って、相談・意見等があった場合には受付簿へ記録し、その内容については生活相談員・施設長が確認し、相談・意見に対する検証や検討する事により、組織的に意見に対するフィードバックの対応等が行われています。 利用者の要望、相談、苦情に対して、その日のうちに対応するよう心掛けておられますが、時間がかかる場合は、途中経過等を含め、伝える配慮が行なわれています。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
＜コメント＞ 事故対応マニュアル、事故・ヒヤリハット報告書は整備されています。 安全管理委員会が毎月開かれ、ヒヤリハット、事故内容について、職員間で対応策を含め、情報共有が行われています。 ヒヤリハットを積極的に出すことで事故防止につながる取り組みを行ない、マニュアルの見直し、検討されています。事故が続いた際には緊急会議も開かれています。 また、事故防止や虐待防止等の会議の実施や研修会も行われています。 設備点検は安全衛生委員会が毎月実施されています。		
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
＜コメント＞ 感染部門委員会が定期的開催され、感染症対策（予防・発生時の対応等）についても検証や対策等の取り組みが行われています。 感染症予防マニュアルや感染症対応のBCP計画（事業計画計画）も策定されており、研修、訓練が行われています。 看護師を中心に感染予防に関する情報を共有され、特にコロナ関係のマニュアルの見直しは状況に応じて行われ、職員に周知されています。 嘔吐物処理道具を各所に設置されています。		
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	a

	組織的に行っている。	
＜コメント＞ 防災委員会も設置され、防災マニュアルが整備されており、計画的に食料・飲料水・トイレ用品の備蓄を整備されています。 防災計画を整備され、消防署とも連携した訓練も実施されています。（年２回の防災訓練のうち１回で実施） 利用者を想定して職員が全体的な動きを確認される避難訓練も行われました。 自然災害編のＢＣＰ計画（事業継続計画）が作成されており、計画の改訂も行われ、より実効性のある計画になるよう検討されています。		

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
＜コメント＞ 介護業務マニュアルは整備され、ユニット毎に置いてあります。 職員は、介護業務マニュアルによる基本的な実施手順に沿ったサービスの提供を心掛け、利用者一人ひとりの施設サービス計画の留意点等に気を付ける事で、サービスの統一化が図られています。		
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
＜コメント＞ 介護業務マニュアルについては、介護部門委員会を開催し定期的に見直しが行なわれています。 係長以上の会議でユニットからの意見も出してもらわれています。 また、施設サービス計画についても、利用者の変化に併せ、毎月のユニット別会議やモニタリング記録（個別援助計画等）に於いて、対応等についての話し合いが行なわれています。 施設ケアマネが毎月スケジュール作成をされ、ケア会議が行われています。		
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
＜コメント＞ 施設利用開始前に、サービス実施計画策定に責任者である施設ケアマネより、定められた項目の細かなアセスメントが行なわれ、多職種連携し、担当者会議で意見を述べ合い、記録に残し、利用者・家族等の希望、意向を確認し、施設サービス計画は策定されています。 マニュアルも整備がされています。 支援困難ケースについては、都度、多職種職員が参加する検討会を行ない、対応策を協議され		

ています。		
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
＜コメント＞ ユニット別にカンファレンスを開催し、ケアプランの見直し、検討が実施されています。 24時間シートを基にモニタリングを行い、状態変化があれば、定期以外でのカンファレンスを開き、施設サービス計画の評価・見直しも行われています。 サービス担当者会議において多職種で全体の施設サービス計画書の評価が行なわれています。		
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
＜コメント＞ ケアプラン委員会があり、記録の書き方等の研修も行っておられます。 円滑な情報共有と仕事の効率化を目指し、記録は、タブレット端末を使用して介護ソフトの共有ファイルに記録され、担当職員がいつでも閲覧できる仕組みが構築されています。 また、パソコンはネットワークシステムで共有化が図られています。 ケア記録、申し送り等職員間で共通意識が必要な物は紙ベースで印刷され、周知されています。		
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
＜コメント＞ 就業規則、文書管理規程、個人情報管理規定に基づき、利用者・家族等には、契約時、重要事項説明書により個人情報の取扱いについて、説明が行なわれています。 個人ファイル等、個人情報の関する書類等は、保存期限をつけて鍵の掛かる書庫等に保管されています。 職員は、入職時に、個人情報の守秘義務が課され、誓約されています。		

内容評価基準（短期入所生活介護17項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
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。	b
＜コメント＞ 24時間シートに過ごし方を落とし込み、本人・家族様の意向や希望に応じられるよう支援が行なわれています。 ご自身で出来る事に関してなるべく見守りを心掛け、食事や衣類の着替え、車椅子等での移動		

等、本人のできることを尊重されています。 洗濯物たたみやおしぼり巻き等の手作業を手伝われ役割を持たれている方もあります。 ユニット型の良さとして、家庭的な雰囲気等で職員と利用者の距離も近いですが、施設の業務との兼ね合いがあり、意向に沿える範囲に限られているのが現状です。 利用者本人が、楽しみが持てるような役割やプログラム参加が出来る取組みの工夫に期待します。		
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。	b
＜コメント＞ コミュニケーションが上手く取れない方や会話の機会が少ないと思われる方に対してケアプラン等で支援のひとつとして会話をするようにされています。 難聴の方には筆談をしたり、ゆっくり大きな声で話したり、ジェスチャーも交えながらコミュニケーションが取れるよう工夫されています。 話をする機会がなかなか持てない時は入浴時に1対1になる時間に話をされることもあります。 利用者と接する際には笑顔になるよう心掛け、お互いに楽しい気持ちになることを大切にされています。		
1-(2) 権利擁護		
A⑤	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
＜コメント＞ 施設では、権利侵害につながるような行為は行われていません。 規約、指針やマニュアルは整備されています。 身体拘束廃止・虐待防止委員会が設置され、身体拘束や虐待等の研修も行われていいいます。 具体的な内容や事例を収集し、事例検討や研修会で掲示して、職員に周知されています。		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	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
＜コメント＞ ユニット型の完全バリアフリーの建物で、全室トイレ付の個室となっています。 利用者の快適な生活空間の保持及びプライバシー保護等が可能となっています。 体調の変化に応じてレイアウトの変更など随時検討されています。 地域交流ホール、セミパブリックホール等、くつろげるスペースも完備されています。 居室清掃確認表があり、定期的な清掃が実施され、行き届いていました。 ユニット内で話し合いを行ない環境整備に対する共通認識を持ち、適温も保たれていました。 経年劣化が見られる箇所や利用者の安全に係わる箇所から優先順位をつけ対応されています。		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	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
＜コメント＞ 入浴介助マニュアルに基づき、利用者の尊厳やプライバシーに配慮した入浴を心掛けておられます。 心身の状況に合わせて、個浴、リフト浴、特殊浴槽で対応されています。 入浴前にはバイタルチェックを行い、体調に応じてシャワー浴、清拭の場合もあります。 入浴回数や時間については、利用者個々の意向に沿うように心掛けておられます。 拒否がある方には職員を変えたり、日にちを変更されたり、声掛けをされる等の工夫を行い、本人の意向に大切に無理強いはされません。 短期入所の場合同性介助が難しい時がありますが、基本的に個別支援計画に従って支援が行われています。		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 排せつ介助マニュアルに基づき、24時間シート、排泄パターン表を活用し、状態に合った方法やリズムについて把握され、個々に応じた介助・支援方法が取られており、安全で快適な自然な排泄が促せるよう、希望があればオムツを使用されている方もトイレでの排泄ができるよう支援されています。 自立に向けた排泄支援の取組みとして、排泄ケア委員会を中心に自然な排泄を促す働きかける方法や排泄用品業者の訪問指導を受け適切な物品の使用を目指しておられます。		
A⑨	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
＜コメント＞ 動作介助マニュアルに基づき、個別援助計画による分析と理学療法士よりのアドバイスを基に、個別機能訓練計画書、ケアプランに組み込み利用者の状況に合わせた移動支援や福祉用具の選択が行なわれています。 施設内の移動は、利用者ができるだけ自力で移動して頂けるよう心身の状況に合わせて検討・見直しが行われています。 送迎時には、送迎マニュアルに従い安全な送迎が心掛けておられます。		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
＜コメント＞ 各ユニットで炊飯やみそ汁は調理し、厨房からのおかずや副食は盛り付けられます。 季節感の工夫や温かい食べ物は温かく、冷たいものは冷たくした適温で提供され、各ユニットの食堂で利用者のお気に入りの場所で楽しく食べられる取り組みが行われています。		

食事の時間が楽しめるようにユニット単位で簡単なメニューをみなさんで調理される事もあり、敬老の日には出前寿司が施設に來られ握り寿司の提供もありました。 また、給食委員会・安全衛生委員会等による安全・安心な食の提供等に向けた対策（毎月）の実施や衛生管理マニュアル等に沿った食材、調理、食器類及び食事の前の手洗い・消毒等によるノロウイルス対策等の安全対策が行われています。		
A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 食事介助マニュアルに基づき、入所者一人ひとりに合せた食事形態、食事のペースに配慮した食事提供が行なわれています。 出来るだけ自力で食事をして頂けるよう自助食器、介護用品を利用し召し上がって頂いています。 栄養ケアマネジメントを実施し、個々の栄養管理、健康、心理面の状態を把握し、低栄養の予防に努めておられます。		
A⑫	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
＜コメント＞ 口腔内ケアマニュアルに基づき、利用者一人ひとりの口腔ケアが行われています。 利用者によって食後の歯磨きへの声掛け、歯磨きの補助、入れ歯洗浄等が行なわれています。 口腔ケア委員会が設置され、口腔ケアの研修も行われています。 口腔内観察記録や歯科衛生士指導記録を活用し、個々に応じた口腔ケアの方法を選択し、計画に基づいたケアが行なわれています。 3ヶ月に1回歯科衛生士が来所され、職員に対する口腔ケア指導も行なわれています。 必要に応じてケアプランや栄養計画にも口腔ケアを盛り込まれています。 歯科受診の意向、必要があれば看護師が付き添い受診されています。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
＜コメント＞ 褥瘡予防マニュアルの整備が行なわれており、マニュアルに沿った支援が実施されています。 また、褥瘡予防委員会も設置されており、看護師を中心に予防のための研修も実施されています。 褥瘡対策として、定時の体位交換や除圧マットの使用が行われています。 栄養面でも低栄養にならないように食事の提供の工夫も行われています。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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。	b
＜コメント＞ 喀痰吸引・経管栄養マニュアルも整備されています。		

利用者への喀痰吸引・経管栄養等の医療処置は、資格取得された介護福祉士もおられますが、現行は、看護職（夜間対応も１名）で対応されています。 経管栄養を行われている利用者は現在おられません。 今後も介護福祉士による資格取得の研修等の機会があれば継続的に取り組まれることに期待します。		
A－３－（５）機能訓練、介護予防		
A⑮	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。	b
＜コメント＞ 利用者・家族等の意向を踏まえ、理学療法士が中心となって利用者毎に利用者への維持・向上の機能訓練が行われています。 専門職は定期的に集団体操を行ったり、ユニット職員へ機能訓練の助言も行っておられます。 生活リハビリも取り入れ、洗濯物を畳まれたり、食器洗い等できる方は職員と一緒に引っ立てられ、生活動作の中でできるだけ自力で動いて頂けるよう促しておられます。		
A－３－（６）認知症ケア		
A⑯	A－３－（６）－① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
＜コメント＞ 認知症ケア委員会に於いて、認知症に関する対応課題の検討や施設内外の認知症研修参加が行われています。 認知度や行動・心理症状（ＢＰＳＤ）が悪化してきた時はアセスメントを行い、指先運動や脳トレ等の症状改善に向けた取り組みが行われています。 精神科の医師の毎月の訪問もあります。 声掛けの統一は心掛けておられますが、あらゆる場面で職員は利用者に配慮され、支持的・受容的な関わり、態度を重視して関わり、症状をタイプ別に分析され、個別の支援方法や職員による統一された支援が全職員で実践できるよう取り組まれる事に期待します。		
A－３－（７）急変時の対応		
A⑰	A－３－（６）－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
＜コメント＞ 利用者に体調変化が発生した場合は、マニュアルに従い看護職に指示を仰ぎ対応されます。 夜間に於いても看護師不在時もオンコールで対応しておられます。 急変時の対応フローチャートも作成されています。 服薬管理マニュアルに沿って、都度確認を行いながら適切に服薬管理が実施されています。 また、緊急時対応としての救急法研修も行われています。		
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	a

	を行っている。	
<コメント> 看取りケアマニュアルが整備されており、手順も確立されています。 看取り期が近付いた段階で施設、家族、主治医との会議を開催し今後の方針が決定され、看取りを実施する場合には、施設ケアマネによる看取りプランが作成されプランに従って行われます。 看取り期には居室に家族も泊まって頂き、最期を迎えられるよう協力体制が取られています。 経過記録も詳しく入力し、状態把握できるようにされ、亡くなられてから、早い段階でカンファレンスを実施し、看取りケアがどのように実施されたか振り返り、次へとつなげて行くようにされています。 家族への対応や説明等はじめ、看取り実施に参加した職員への精神ケアの支援にも配慮されています。 今年度、島根県健康福祉部が邑智郡で開催されたVRを活用した看取り研修にも参加されました。		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱	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
<コメント> 利用者の家族等といつでも連絡・報告・相談が取れる体制が整えられています。 家族会もあり、カンファレンスへの参加を促したり、事前に要望事項を伺いプランに反映されています。 毎月担当のコメントを添え、利用者の日々の様子を写真付きで送付されており、コロナ禍になり、自由に面会がして頂けない状況でしたが、家族との信頼関係が築けるよう工夫をされました。 今年度10月から面会が可能になり、家族との外出もして頂けるようになりました。 短期入所の利用者家族とは送迎の際に話をしておられます。		