

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 シスナブ御津	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	鷲尾 由紀	定員（利用者人数）：	63 名	
所在地：	たつの市御津町中島980-3			
TEL	079-324-0767	ホームページ：	<a href="mailto:cisnav@yumekoubou.or.jp">cisnav@yumekoubou.or.jp</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成9年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 夢工房			
職員数	常勤職員：	31 名	非常勤職員：	9.2 名
専門職員	生活相談員	1 名	看護師	9 名
	施設ケアマネ	2 名	管理栄養士	0.2 名
	介護職員	23 名		名
	看護職員	3 名		名
	管理栄養士	1 名		名
	機能訓練指導員	1 名		名
施設・設備の概要	(居室数) 4人部屋×9 2人部屋×10 個室×14		(設備等) ベット浴 チェア浴 大浴場 床走行式リフト	

③理念・基本方針

・その人らしく生きるを基本に、利用者の人間性を見失わず個々の尊厳を重視し生活支援に努める。  
 ・生命の保護を第一に医療機関との連携を築き利用者の生活を守る。  
 ・家族や知人縁故者等の繋がりを持続できるような支援を心がける。

④施設・事業所の特徴的な取組

○高齢者・保育分野の福祉サービスを広く展開する法人が運営する総合施設内の特別養護老人ホームである。デイサービス・居宅介護支援事業所・ケアハウス・在宅介護支援センターを併設し、地域の高齢者福祉の拠点として役割を果たしている。

○自然に恵まれた環境に立地し、食堂等の共用空間・幅広い廊下・浴室・居室など全体的に余裕のある設計である。また、ソファ・椅子・テレビを適所に設置し、環境整備担当者を配置する等、清潔で快適に生活できる環境作りを行っている。

○介護福祉士・看護師・理学療法士・介護支援専門員・栄養士等、多種多様な専門職者が連携し、専門性の高い個別支援、総合的な日常生活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 5 年 5 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 7 月 6 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (令和 1 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の中期経営計画、施設・事業所の事業計画を策定し、施設内に各種委員会・会議を設置して定期的に開催し、研修体制の整備、人事考課制度・目標管理制度等、運営管理体制を整備し、また、BCP（事業継続計画）を策定してBCP訓練も実施し、安定した事業運営に取り組んでいる。また、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着がよい。

○施設全体の規定・指針を共有するとともに、施設の各種マニュアル・指針を整備し、利用者に安全に快適な生活が提供できるよう取り組んでいる。施設独自の「特養自己評価チェックシート」を作成し、定期的に振り返りを行い、マニュアル・指針にもとづいたサービスの実施につなげている。

○感染症対策・安全・褥瘡対策・看取りケア・危機管理・防災・「食」・安全衛生等の各種委員会、高齢者施設運営推進・運営推進・特養職員・医療職員等の各種会議を設置して機能し、継続的な喀痰吸引研修受講により実施体制の強化を図る等、多職種の専門職者が連携し、専門性の高いサービス提供を行っている。

○施設の研修係が中心となり施設全体の研修スケジュールを作成し、「介護技術研修」「全体研修」等の施設内研修を実施し、職員の資質向上に取り組んでいる。新人研修マニュアルとチェックシートに沿ったOJT、職種別・階層別の外部研修受講奨励など、研修の充実を図っている。

○利用者アンケート（食事・入浴・環境・行事・対応・言葉づかい）を年1回実施し、利用者の意見をサービスに反映できるよう取り組んでいる。嗜好調査を年2回実施し、管理栄養士・食の委員会が結果を分析し、利用者の意見や希望を献立や行事食に取り入れている。季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供し、選択メニュー・各種企画等、食の楽しみが感じられる機会を数多く設けている。

○コロナ禍のため、自治会と合同開催の「ふれあい会」や地域住民参加の夏祭り等は休止しているが、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生児童委員との交流会等への参加、地域の介護者を対象とした口腔ケア等介護塾（まちの保健室）の開催、地域からの介護相談対応、災害時の福祉避難所協定等を継続し、地域のニーズ把握と地域貢献に取り組んでいる。

---

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。  
 更なる向上に向け、事業計画の主な内容を、利用者等にもわかりやすく伝える工夫を期待します。  
 また、現在共有ノート等に詳細に記録されている、利用者個々のサービスや活動の実施状況、支援内容の変更経過等を、DX化の推進等により、個別のケース記録に効率よく残す工夫が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価ありがとうございました。外部の方に見て頂くことで客観的に評価してもらう事ができ、新たな視点や気付きにつなげる機会とさせて頂くことができました。A評価頂いた項目は助言を参考にさせて頂きながら、さらに向上していけるよう、b評価の項目は見直しを行い、次回受講時にはa評価となるよう改善していきます。

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 · c
<コメント> 法人の基本理念・介護理念をホームページにわかりやすく掲載し、施設玄関に掲示し利用者・家族に周知を図っている。中期経営計画にも記載している。介護理念を事業計画に記載し、ファイルを施設玄関に設置している。法人の基本理念には法人が目指す方向性が明示され、介護理念は法人の基本理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。年度末の全体研修の中で介護理念について説明し、職員に周知を図っている。自己評価チェックシートで介護理念の周知状況を定期的に確認している。		

#### 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
<コメント> 西播磨ブロック施設長研修・主任ケアマネ更新研修への参加、国・県・市が発信する情報等から、福祉事業や介護保険の動向・市の福祉計画等について把握している。在宅介護支援センターの個別訪問事業や地域ケア会議等によるネットワークから、地域の実態やニーズの把握を行っている。月次報告で、コスト分析や利用率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。	a · b · c
<コメント> 運営推進会議（年8回）で月次と稼働率の報告を行い、高齢者施設運営推進会議（年4回）で収支実績をもとに経営状況の把握と取り組み状況の報告を行い、課題や問題点を明確にしている。運営推進会議には施設の幹部職員が参加している。高齢者施設運営推進会議には会計士・理事長・専務の理事参加もあり、法人事務局もオンラインで参加し、課題の共有と、改善に向けた取り組みを検討している。課題について、特養職員会議で職員に周知を図っている。		

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>「社会福祉法人夢工房中期経営計画」（令和5年度～令和9年度）を策定している。「具体的な取り組み」として、法人の基本理念、介護理念を具体化する取り組みを明確にし、また、「法人運営の新たな取り組み」としてSDGsの取り組みと法人運営のDX推進を明示している。各取り組みは具体的な内容で、実践状況の評価が行える内容となっている。 今後、「中期経営計画進行管理委員会」を設置し、進行管理を行うこととする。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「中期経営計画」の内容を反映した単年度の事業計画を策定している。事業計画は、施設の共通目標、部署ごとの重点目標、委員会・会議体、研修・防災計画、福利厚生、年間行事等、具体的で実行可能な内容で、実践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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を年度末の全体会議で説明し、職員に周知を図っている。3ヶ月に1回の高齢者施設運営推進会議で、「事業計画取り組みシート」をもとに事業計画の実践状況を把握・評価し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、職員の意見を集約して「事業計画評価表」と「事業報告書」を作成し、次年度の「事業計画」策定に反映している。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画ファイルを施設玄関に設置し、事業計画にもとづいた事業報告をホームページで公開し、家族等に周知を図っている。通常は、家族会で事業計画の主な内容を説明している。利用者等の参加を促す観点から、レクリエーション・年間行事の一覧表を掲載している。 今後、事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた文書を作成し、利用者には施設内掲示で、家族には配信で伝える予定である。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営推進会議・特養職員会議・各種委員会・職員の目標管理等を定期的実施し、組織的にPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に向けた取り組みを行っている。4年に1回第三者評価を受審している。情報の公表システム・監査事前チェックリストの評価基準に基づいて、毎年、自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、施設長・副施設長が幹部職員の意見を集約して行っている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>監査事前チェックリストの評価結果から把握した課題を、運営推進会議で共有し、年度内の全体研修に取り入れて、迅速に改善に取り組んでいる。把握した課題と改善に向けた取り組みを文書化し、運営推進会議の議事録など記録に残すことが望まれます。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は 事業計画の中で、経営管理に関する方針を明示し、「重点目標」で施設の具体的取組を明確にしている。事業計画を、年度末の全体研修時に説明し、参加できなかった職員にはDx発信・回覧等で周知を図るとともに 事業計画ファイルを施設玄関に設置している。「職員配置計画と役割分担」（以下業務分掌）で施設長の役割、責任を文書化し、事業計画ファイルに綴じて周知している。「施設運営規定」にも施設長の職務内容を定めている。「業務分掌」で施設長事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、BCP・避難確保計画でも権限委任を明確にしている。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は法令遵守規定等法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。「法令遵守業務推進のための行動規範」に「利害関係者との適切な関係」保持を定め、「業務分掌」で監署との渉外連絡（経理・取引）に関する事項を施設長業務と明確にし、規範・業務分掌に基づいて利害関係者と適正な関係を保持している。行政監査を定期的受審し運営に反映している。老施協西播磨ブロック主催施設長研修や県主催の主任介護支援専門員更新研修等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。産業廃棄物処理法や市条例等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。介護技術研修・全体研修で、個人情報保護法・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。</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
<コメント> 運営推進会議でサービスの質の現状について評価・分析を行い、課題の抽出と、改善策を検討している。毎年、情報の公表制度や県の監査事前チェックリストを用いて評価・分析を行い、チェックリストから把握した課題について運営推進会議で共有し改善に取り組んでいる。4年に1回、第三者評価を受審している。施設長は、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・特養職員会議等各種会議や各種委員会、研修・目標管理など具体的な体制を構築し参画している。各種会議・個人面談時を活用し職員意見の把握に努め、把握した意見について運営推進会議等で共有し改善に向け検討している。令和4年度研修テーマに「介護の質の向上」を掲げ、介護技術研修・全体研修を研修スケジュールをもとに実施し、外部研修の受講を奨励し、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
<コメント> 施設長は、事業所の稼働率等を「月次報告書」としてまとめ、運営推進会議で経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータがフィードバックされ、3ヶ月に1回高齢者施設運営推進会議で職員配置、労務管理、財務状況等業務の効率化に向けて課題把握と解決に向け取り組んでいる。検討した改善策を運営推進会議で再検討し改善に反映している。非常勤職員の確保・加配職員の配置等余裕ある人員配置、ノーリフト介護の推進、夏季・リフレッシュ休暇取得促進、残業時間の軽減に努める等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。施設長は、特養職員会議・運営推進会議・高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。		

## 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
<コメント> 法人中期経営計画で、福祉人材の確保・育成・定着に向けた取り組みについての具体的な基本方針を明示している。専門職配置状況を事業計画書・運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「勤怠データ」「必要人員計算シート」により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用、また、外国人労働者採用要綱に沿って効果的な採用活動を実施している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a • b • c
<コメント> 「介護理念」に期待する職員像を明確にし、職員に周知している。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にしている。入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度を導入し、「振り返り評価シート（階層別）」と「自己評価チェックシート」で、自己評価に基づいて評定者評価を行い、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、採用広告、ハローワークのデータ等から法人本部が分析している。「目標設定シート」等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、本部で改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパス要件を整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。		

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>労務管理に関する責任体制を、業務分掌や就業規則で明確にしている。勤怠システムを導入し、施設長が就業状況を把握し、法人本部でデータ管理している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。生活習慣病検診・女性がん検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。施設長は、定期的に面談を行う機会を設け、また、副施設長が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境整備を整備している。法人の相談窓口（公益通報制度）も設置し、メールアドレスの掲示等で周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を採り入れ、インフルエンザワクチンの無償化・休憩時間確保の徹底等福利厚生に反映している。夏季休暇やリフレッシュ休暇、有給休暇の入職時付与、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。外部研修受講時のバックアップ体制・福利厚生の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組みなど、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境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>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みが構築されている。「目標設定シート」に、階層に応じた職員・専門職としての目標を設定している。目標は、事業計画の施設全体の共通目標や事業所別の重点目標に基づいた個人目標を設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。基本的に、6月に目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定し、2月に「目標設定シート」「振り返りシート」で、目標の達成状況を施設長と相互に確認して「評価者欄」に評価を記録し、次年度の目標設定に反映している。令和5年度は、9月・2月に面談を行い、中間で進捗状況の確認を行う予定である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「シスナブ御津研修スケジュール」を策定し、介護技術研修・全体研修（法定研修・外部研修報告等）について、研修内容とスケジュールを明示している。外部研修計画は、事業計画書に明示している。研修計画内容に組織が職員に必要とされる知識や専門性を明確にしている。介護技術研修は、「研修議事録」ファイルに研修別資料と研修感想記録をファイリングし研修の実施状況を把握・管理している。全体研修は多くの職員が受講できるよう同じ内容で2回実施し、感想記録を提出している。外部研修については、「研修申請及び命令書」「研修報告書」をもとに「出張申請書・研修申請書」一覧を作成し受講履歴を把握・管理している。処遇改善計画書策定時に、感想記録・研修報告書・面談時の意見等をもとに、施設長が内容やカリキュラムの評価・分析を行い、次年度の研修計画見直しに反映させている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格証、履歴書等で、資格・経験年数等を把握し、本部でも一括管理を行っている。職員の知識や技術水準は、上位者が現場で観察したり、人事考課面談を活用して確認している。新入職者には、担当職員が概ね6ヶ月間、「新人職員介護レベル判定表」に沿ってレベル判定を行い、レベルに沿って「新人職員研修マニュアル」に沿ってOJTを実施し、チェックシートにより、進捗状況の確認を行っている。「研修スケジュール」をもとにテーマ別の、事業計画をもとに階層別・職種別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修情報を掲示し、面談時の希望に応じて研修計画に採り入れたり、対象者に参加を呼び掛け参加を奨励している。全体研修は勤務時間外に同じ内容で2回実施し、外部研修はシフト調整・時間外扱い・受講料法人負担、オンライン研修は視聴用スペースの整備や受講時間調整等、職員が研修に参加できるよう配慮している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページで、法人の理念、介護理念・方針・目標、法人・事業所の事業報告、第三者委員を含めた苦情相談体制、各事業所の苦情内容別件数等を公表している。財務諸表を、WAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果をWAMNETで公表している。また、事業計画ファイルの玄関への設置、苦情の内容・対応についてプライバシーに配慮の上、施設内掲示で公表している。法人の理念や基本方針等について、社会・地域に対して主としてホームページで情報発信している。事業所の活動について、パンフレットをスーパー・行政窓口等に設置し地域に広報している。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	<input checked="" type="radio"/> 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を決裁規定・経理規定等に明示し、業務分掌で権限・責任を明確にしている。規程は事務所に設置し、業務分掌は事業計画ファイルに綴じて閲覧可能にしている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。外部専門機関、会計監査人等による定期的な往査を実施し、指摘事項を講評記録で共有し経営改善を実施している。年1回、監事監査を実施している。</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>法人基本理念に、地域社会との共生を掲げ文書化している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置・掲示等で利用者に情報提供を行っている。「たつの市暮らしの便利帳」を活用し、活用できる社会資源や地域の情報を提供している。通常は地域の夏祭り・マラソン見学等に、職員が同行し参加を支援しているが、コロナ禍のため休止している。通常は、夏祭りに、模擬店を出店し利用者も参加して地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。介護タクシーの利用による通院等地域における社会資源の利用について情報提供している。</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>通常は、演芸ボランティア受け入れているが休止し、現在は外部清掃等環境整備ボランティアの受け入れを継続している。「ボランティア受け入れ計画（ボランティア受け入れマニュアル）」を整備し、導入意義等基本姿勢を明文化している。令和4年度には、トライやるウィークを受け入れ、学校教育への協力を行っている。留意事項等冊子を中学校で作成し配布している。ボランティア受け入れマニュアルに、オリエンテーションでの事前説明事項・学校教育への協力についての基本姿勢等について明文化し、受け入れ時には、ボランティアに対して守秘義務等必要な研修・支援を行うことが望まれます。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、「たつの市暮らしの便利帳」・「たつの市生活いろいろお助け帳」・介護保険事業所サービスマップ等を事務所に設置し、共有を図っている。必要時にはインターネットでも検索閲覧している。施設として、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生委員との交流会・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設として、通常は、「ふれあい会」（自治会と合同開催する食事会・介護相談等）や地域住民参加の夏祭り等を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている（コロナ禍のため休止中）。施設内各事業所が連携して年4回、地域の介護者を対象とした口腔ケア等介護塾（まちの保健室）を開催している。随時、施設で介護相談を受けるとともに、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し相談記録を作成している。施設として、福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。「福祉避難所」に関する地域住民共同の研修会を開催して地域における役割等について確認がなされている。通常は、法人として菜の花祭り等地域行事へ協賛を行い、夏祭りには出店して開催に協力している。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設として、介護塾（まちの保健室）の開催、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生児童委員との交流会等への参加や、主として在宅介護支援センターが窓口となつての相談事業の実施等を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を事業計画等に明示し、実施することを期待します。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者尊重について、法人の基本理念・介護理念、倫理規定・運営規程、介護マニュアルに明示している。全体研修・介護技術研修の各種研修の中で、利用者尊重や基本的人権への配慮についての研修を実施している。「身体拘束・虐待防止委員会」（毎月）、「特養自己評価チェックシート」（年1回）で定期的に状況把握や評価を行い、必要な対応を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者のプライバシー保護について介護マニュアルに記載し、介護技術研修（排泄介助研修・入浴介助研修等）で職員の理解を図っている。虐待防止指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修で年2回研修を実施している。多床室にはプライベートカーテンを設置し、プライバシーに配慮している。プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを重要事項説明書に記載し、利用者や家族に説明し周知を図っている。各種研修・「身体拘束・虐待防止委員会」・「特養自己評価チェックシート」等により、マニュアル・指針にもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則・虐待防止指針に明示している。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所希望者に対してホームページで必要な情報を広く提供し、また、パンフレットを施設玄関・役所・スーパー等多くの人が入手できる場所に置いている。ホームページ・パンフレットは、言葉遣い・写真等で、わかりやすく情報提供できるよう工夫している。通常は希望に応じて見学に対応し、施設を案内しながら個別に丁寧な説明を行っている。コロナ禍のため、施設玄関でiPadを活用して説明している。ホームページ・パンフレットは随時見直し、ブログは定期的に更新している。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時の説明は、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。契約書・重要事項説明・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。利用者がわかりやすい資料として、パンフレットを用いて説明している。料金表で内訳を説明し、シュミレーションして1ヶ月の合計金額を提示したり、介護リスク同意書で介護リスクを具体的に説明する等、利用者・家族が理解しやすいよう工夫している。重要事項説明書等に変更があった場合は、新旧対照表を作成し、文書で同意を得ている。身元保証人を設定し、適正な説明、運用を図っている。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入院でサービスの利用が終了する場合は、「看護サマリー」を作成し、病院に情報提供している。サービスの利用が終了した後の相談窓口を重要事項説明書に明記して配布し、利用者・家族に退所時にも説明を行っている。</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>利用者アンケート（食事・入浴・環境・行事・対応・言葉づかい）を年1回実施している。ケアカンファレンス（6ヶ月に1回）時の利用者への聴取により、満足の把握を行っている。通常は年2回家族会を開催し、職員も参加し、利用者満足把握の機会としている。利用者アンケートは、介護支援専門員が聞き取り調査を行い、「集計結果」「高評価」「不満・改善希望」「意見に対する対応について」を文書化し、特養職員会議と掲示で共有し具体的な改善を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情解決規定」を作成し、解決責任者、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。「相談・苦情の受付について」として、苦情受付窓口・対応について、重要事項説明書に記載して配布し、施設玄関にファイルを設置し、ホームページにも掲載している。意見箱の設置・利用者アンケートの実施・カンファレンスへの参加等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情があれば、苦情対応記録に記録し、苦情件数・内容（分類）を事業報告書に記載してホームページで公表し、内容や改善策についてはエレベーター内に掲示している。また、特養職員会議や危機管理委員会で共有し、サービスの質向上に取り組む仕組みがある。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に、「相談・苦情の受付について」として複数の窓口や方法を明記し、契約時に配布するとともに施設玄関に設置している。また、施設玄関に組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、相談相手を選べるよう工夫している。会議室・応接室等、相談しやすいスペースを確保し環境に配慮している。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談・意見受付対応マニュアル」を整備し、年に1回検証している。日常のコミュニケーションと共に、利用者担当職員の設定、個別機能訓練時の活用など、相談・意見の傾聴に努めている。利用者アンケートの実施・カンファレンスへの参加等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。意見・相談は生活相談員・介護支援専門員が集約して迅速に対応し、ケース記録に記録し共有している。内容に応じて、特養職員会議や各種委員会で検討する仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>危機管理委員会を設置し、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事故防止、発生時対応について事故発生防止指針を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、閲覧により周知を図っている。事故について、時間・場所のグラフ・内容・対応・今後の取り組みの月次報告書を作成し、危機管理委員会で共有している。事故防止策の実施状況や実効性は、危機管理委員会・特養職員会議で評価・見直しを行っている。介護技術研修・全体研修で、KYT研修を実施している。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策委員会を設置して感染症対策についての管理体制を整備し、3ヶ月に1回開催している。感染症マニュアルを整備し、定期的には年に1回看護主任が中心に検証するとともに、必要時には随時見直しを行っている。感染症マニュアルをもとに、感染症の予防策を講じ、発生した場合の対応を適切に行っている。介護技術研修・全体研修で研修を実施するとともに、令和4年度は感染症対応のBCP訓練を年7回実施し、各職員が主体的に迅速な対応ができるよう取り組んでいる。</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している。	a . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災マニュアルに災害時の対応体制を定めている。立地条件等から災害の影響を把握してBCPを整備し、事業継続のために必要な対策を講じている。利用者については、ドアを閉めシグナルで避難を、利用者名簿で安否を確認し、職員については、緊急連絡網・職員の住所地の防災マップを作成し、一斉メールで安否確認を行うことを定めている。防災計画を整備し、火災対応の総合避難訓練を年2回、土砂・水害対応のBCP訓練を年1回実施している。</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>&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。介護マニュアルには、利用者尊重・プライバシーの保護に関わる姿勢も明示されている。入職時のOJTで介護技術研修を行うと共に、例年は、介護技術研修で移乗・排泄・口腔ケア・食事介助・入浴介助研修を実施し、職員に周知を図っている。実施状況は、研修や特養自己評価チェック表の中で確認している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルの見直しは、年度初めに、年に1回実施している。食事・排泄・入浴係からの意見・提案を中心に職員の意見を集約し、介護副主任が見直しを行っている。見直し履歴を、マニュアルファイルの目次に記載している。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分掌により、施設長をケアプラン策定の責任者としている。アセスメントシート（初回）・包括的自立支援プログラムのアセスメント表を用いてアセスメントを実施し、本人・家族・介護支援専門員・看護師・介護士・管理栄養士・機能訓練士が参加して担当者会議を開催し、アセスメント・計画策定に関する協議を行っている。利用者担当職員（介護士）による毎月のモニタリング、介護支援専門員による6ヶ月毎のモニタリングを実施し、ケアプランに沿ったサービス実施を確認している。支援困難ケースへの対応は、ケース記録に経過を記録し、役職者会議で検討し、特養職員会議で共有し支援に取り組んでいる。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者担当職員（介護士）が毎月モニタリングを実施してケース記録に記録し、定期的には6ヶ月毎にケアプランの見直しを実施している。見直しの際は、介護支援専門員がモニタリング記録表でモニタリング・評価を、包括的自立支援プログラムのアセスメント表で再アセスメントを行い、本人・家族・各専門職者が参加して担当者会議を開催して検討している。担当者会議マニュアルを整備し、手順について明記している。定期更新時以外に、随時の見直しを行う場合も、基本的には同じ手順で実施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>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等を、アセスメントシート・包括的自立支援プログラムのアセスメント表・ケース記録等により把握し記録している。介護記録マニュアルの作成、生活相談員・介護支援専門員による必要時の個別指導により、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないように工夫をしている。申し送りファイル・特養職員会議・DX化によるメール配信・書類の回覧等により、必要な情報が適確に共有できるよう取り組んでいる。役職者会議・担当者会議・運営推進会議・各種委員会を定期的で開催し、部門横断での情報共有に取り組んでいる。職員にケアプランの内容を周知し、ケアプランにもとづくサービスの実施状況を記録により確認でき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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。職員は入職時に個人情報保護規定について説明を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。全体研修で、個人情報保護研修を実施している。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し同意を得ている。</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		
<b>A①</b>	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
<b>A②</b>	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>利用者の心身の状況と暮らしの意向をアセスメントシートやカンファレンスで把握し、ケアプランに反映して利用者個々に応じた生活になるよう支援している。担当制を設け、個々の意向を把握しやすいよう配慮している。ケアプランや個別機能訓練計画を、自立や活動参加への動機づけにつながるよう作成している。利用者の意向や希望を聞き取り、心身の状況に合わせた活動内容やグループ分けを行い、ラジオ体操・カラオケ・ハンドマッサージや書道、行事など個別・集団プログラムを実施している。また、花の水やりや草引きなどの園芸活動を中心に、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。コロナ禍前はおしぼりやエプロンたたみ等も行っていたが、感染症拡大予防の観点から中止している。ケアプランに沿って実施できているか定期的にモニタリングやサービス担当者会議で確認し、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。日課計画表をもとに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。</p>
---

A②

日々の支援場面や個別機能訓練時など個別に関わる時間を活用し、利用者の思いや希望の把握に努めている。利用者担当職員の設定、担当者会議への参加等、会話の不足している利用者への配慮、話したいことを話せる機会作りを行っている。把握した思いや希望は生活相談員・介護支援専門員が集約し、内容に応じて家族とも相談し支援に活かせるよう取り組んでいる。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、介護技術研修での接遇研修、危機管理委員会での不適切ケア防止の検討、特養自己評価チェックシート等で意識向上に努めている。包括的自立支援プログラムのアセスメント表により6ヶ月毎にコミュニケーション能力をアセスメントし、方法や支援について検討・見直しを行う仕組みがある。必要に応じて、筆談など個別の方法でコミュニケーションを行っている。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
<b>A③</b>	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 · c

特記事項

権利侵害防止について、重要事項説明書の説明時に利用者・家族に説明している。身体拘束適正化委員会（月1回）、全体研修での身体拘束・虐待防止研修、特養自己評価チェックシート等により、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法や、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、身体拘束適正化指針・虐待防止に関する指針に明示している。身体拘束適性化委員会で、権利侵害の防止等について職員が検討する機会を定期的に設けている。また、権利侵害が発生した場合には、同委員会で再発防止策等を検討し実践する仕組みがある。

## 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		
<b>A④</b>	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

環境整備担当者が清掃・整理整頓を行い、清潔で快適な環境作りを行っている。バリアフリーで移動しやすく、自由にくつろげるようテレビやソファ、椅子等を設置している。居室の設えは自由とし、これまでの生活を尊重できるように利用者の意向に沿って持ち込み品を配置している。全室に空気清浄機を完備し、快適に過ごせる環境作りを行っている。多床室にはプライベートカーテンを設置し、プライバシーに配慮している。部屋割りについては、利用者の希望や利用者間の相性等を職員が考慮している。利用者の意向等を把握する取組として利用者毎に担当職員が決め、環境について聴き取った利用者個々の希望も、ミーティングや申し送りノートで共有し、反映できるように取り組んでいる。

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

A⑤  
 アセスメントシートで利用者の心身の状況を把握し、ニーズがあればケアプランに位置づけ、個々の状態に応じた入浴支援を行っている。ケアプランの定期的な見直しは6ヶ月毎に行い、状態に変化があればミーティングで検討し、支援内容に変更があれば申し送りノートに記録し周知している。一般浴（個浴・大浴槽）、特殊浴槽（座位式・臥床式）を設置し、また、各所に手すり、シャワーチェア、天井走行式移乗用リフト等を設置し、利用者個々の心身状態に合わせた安全で快適な入浴ができる設備を整備している。利用者の尊厳や羞恥心への配慮を入浴マニュアルに明記し実践につなげている。アセスメントシートの入浴備考欄に入浴拒否の有無を記載して職員間で共有し、声かけの方法・タイミングの工夫、日時の変更等で対応している。入浴の可否基準をマニュアル等で明示し、入浴前にはバイタル測定を実施し、看護職員に報告して入浴の可否判断を行っている。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、安全面に配慮しながら現存能力を活かした入浴を支援している。心身の状況、感染症、意向に応じて入浴順を配慮し、利用者の希望には可能な限り添えるよう努めている。

A⑥  
 アセスメントシートで利用者の心身の状況を把握し、ニーズがあればケアプランに位置づけ、個々の状態に応じた排泄支援を行っている。ケアプランの定期的な見直しは6ヶ月毎に行い、状態に変化があればミーティングで検討し、支援内容に変更があれば申し送りノートに記録し周知している。個々の排泄パターンに応じたトイレ誘導、体を動かすレクリエーションや体操、水分摂取量のチェック等で自然な排泄を促している。体格に応じた高さの便座・手すり・ナースコールの設置、毎日の掃除、ウォシュレット機能等、トイレを安全に快適に使用できるように配慮している。利用者の尊厳や羞恥心への配慮、自立のための働きかけについては排泄介助マニュアルや介護技術研修で周知を図っている。排泄状況を介護ソフトに入力して多職種間で共有し、異常があれば看護師と連携して対応している。フロアに複数の職員を配置し、居室にはナースコールを設置し、排泄介助の要望にできる限り早く対応できるようにしている。

A⑦  
 アセスメントシートで利用者の心身の状況・意向を把握し、ニーズがあればケアプランに位置づけ、個々の状態に応じた移動支援、移動の自立に向けた働きかけを行っている。また、理学療法士が個別機能訓練計画を作成し機能訓練を実施している。ケアプランの定期的な見直しは6ヶ月毎に行い、状態に変化があればミーティングで検討し、支援内容に変更があれば申し送りノートに記録し周知している。利用者の心身の状況に応じて、標準型・リクライニング式・自動ブレーキ機能付車いす、シルバーカー・歩行器・スライディングボード・移乗リフト等を活用し、安全な移動を介助している。施設内はバリアフリーで、テーブルや椅子の配置を工夫して導線確保している。フロアに複数の職員を配置し、居室にはナースコールを設置し、移動の要望にできる限り早く対応できるようにしている。

A⑧

「更衣マニュアル」を整備し、基本的には起床時と就寝時に更衣することとし、必要に応じて着替えの支援を行っている。洗濯は、介護補助の職員が行っている。居室に利用者個々のタンスを設置し、自分で選択できる利用者には衣類を選んでもらい、必要に応じて相談に応じている。衣替えの時期に利用者担当職員がタンスを整理し、補充が必要な衣類を「衣類依頼書」で家族に依頼している。必要に応じて、職員が家族に衣類についての相談対応や情報提供を行っている。

A⑨

入所時に、月2回、訪問理美容の業者の訪問があることを伝え、利用者・家族の意向を確認している。整容係が家族と連携し、理容・美容の支援を行っている。資料は訪問理美容の業者が用意し、利用者の意向や希望があれば業者に伝えている。必要に応じて、起床後や入浴後に、整髪やクリーム・化粧水の使用等の介助を行っている。理髪店や美容院利用の希望があれば、家族が同行して行っている。

A⑩

照明は明るさが調整できるものを設置し、多床室の場合はカーテンで仕切り、テレビを利用する際はイヤホンの利用を勧める等、音や光について配慮している。認知症対応マニュアルに睡眠について明記し、環境や日中の過ごし方、不眠の対応、頓服薬を使用する際の注意点等を詳細に記載し、マニュアルをもとに実践している。寝具は基本的にはリースでの対応となるが、私物の持ち込みに制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。不眠等により同室者に影響を及ぼす場合は、居室の変更する等で対応している。居室の組み合わせを職員会議で検討し、トラブルを未然に防ぐような働きかけを行っている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○ a ・ b ・ c
A⑫	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○ a ・ b ・ c
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○ a ・ b ・ c

特記事項

A⑪

年1回嗜好調査を実施し利用者の希望や嗜好を把握して食の委員会で協議し、食事をおいしく楽しく食べられるよう献立や調理法・行事食等に反映している。定期的に行事食を提供する日や昼食のメニューを選択できる日を設け、食事をより楽しめる機会づくりを行っている。食堂は明るく清潔な環境を整え、テーブルは利用者の身体の大きさに合わせ高さが調整できるものを設置している。利用者間で話が弾むように同室者で同じ席にする等配席に配慮したり、音楽を流したり、好みの番組を見ながら食事できるようにテレビを設置している。利用者の希望や体調に応じて、居室に食事を配膳している。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もとに点検票を作成し、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、食中毒対策マニュアル、まん延防止のための指針をもとに衛生管理を徹底している。

A⑫  
 アセスメントシートで利用者の心身の状況を把握し、ニーズがあればケアプランに位置づけ、利用者個々の心身状況・嚥下能力・栄養面に配慮した食事を提供し、経口摂取の継続に向けた支援を行っている。ケアプランの定期的な見直しは6ヶ月毎に行い、状態に変化があればミーティングで検討し、支援内容に変更があれば申し送りノートに記録し周知している。テーブルの高さを調整し、正しく安楽な姿勢で食事ができるように工夫している。個々の食事ペースや体調に合わせて配膳時間の調整や居室配膳を行うなど配慮している。個々の状態に合わせた補助食器・自助具の活用、おにぎりにして食べやすくする工夫等、自立に向けた支援を行っている。誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を食事マニュアルに明示している。食堂に職員を複数配置して見守りを行い、各階に吸引器を設置し、緊急時には看護職員と連携して救急対応する流れを職員に周知している。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載し、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、栄養ケア計画を3ヶ月に1回見直し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ており、毎食後には口腔ケア・口腔内のチェックを行い口腔機能の保持・改善に努めている。夕食後に義歯を回収し確認している。協力歯科医、歯科衛生士の定期的な訪問があり、歯科医師・歯科衛生士のアセスメントによる助言・指導を受け、職員が適正な口腔ケアを実施している。利用者個々の口腔ケア計画を作成し、3か月に1回見直しを行っている。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。施設合同の介護技術研修で「口腔ケア・食事介助研修」を実施している。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
<b>A⑭</b>	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

褥瘡対策委員会指針を整備し、利用者個々の褥瘡マネジメント計画を策定し3ヶ月に1回見直しを行っている。3か月に1回褥瘡委員会を開催し、勉強会は毎月実施し、ハイリスク者・有病者の現状確認や褥瘡に関する知識習得の研修を行っている。有病者には褥瘡対策に関する計画書に処置の内容や支援方法を記載している。処置一覧表で看護師と処置内容を共有し、委員会活動を通じて情報を職員間で共有している。外部研修に参加し、今年度はオンライン研修の受講を予定している。褥瘡を食事の面から予防するため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		
<b>A⑮</b>	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ている。利用者毎に計画書を作成し、嘱託医の指示書を基に、看護師による安全管理体制下で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。年間研修計画をもとに吸引・経管栄養に関する施設内研修を実施し、資料と会議録を回覧し周知している。資格取得のため、毎年外部研修に職員を派遣し、実施体制の充実強化を図っている。

		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、機能訓練指導員が利用者個々のニーズに応じた個別機能訓練計画書を作成し、希望に沿ったプログラムも取り入れている。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、脳トレや制作活動など、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、職員間のミーティングで共有している。医療職と連携し、精神科など専門医の診療につなげている。

		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

アセスメントシートに、利用者の生活歴・習慣・性格・趣味嗜好・職業を記録し把握している。支持的・受容的な関わり・態度については、介護技術研修で接遇・プライバシー研修を実施し、周知を図っている。介護技術研修で認知症研修を実施するとともに、毎年、認知症介護実践リーダー研修等の外部研修に職員が参加し、最新の知識や情報が得られ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、ケース記録に状況を記録し、役職者会議で看護師を含む専門職者で支援内容を検討し、ケアや生活上の配慮を行っている。食堂の席は、同室者と同席できるよう席を固定し、安心して落ち着いて過ごせるよう配慮している。

		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

利用者の体調管理について嘱託医と24時間体制の連携体制がある。体調変化時の対応手順を緊急時対応マニュアルに明記している。毎日の体温測定・週2回のバイタルチェックで利用者の日々の健康確認を行い、バイタル記録・看護記録に記録している。看護師による体温測定・バイタルチェック・排泄チェック等により、体調変化や異変を早期発見できる体制がある。介護技術研修で、健康管理・バイタル測定研修を行い、全体研修でAED/CPR研修を実施している。服薬マニュアルを整備し、服薬管理は看護師と事務職員が、服薬介助は看護師・介護士がダブルチェックで行い、服薬チェック表に記録している。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
<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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

終末期対応について、「終末期看取り指針」に明示している。利用者の体調管理について嘱託医と24時間体制の連携があり、たつの市民病院とも連携体制がある。入所時に「終末期看取り指針」の内容を説明し、「意向確認書」で家族の意向の確認を行っている。意向確認については、その後も定期的に行っている。終末期を迎えた段階で、嘱託医・家族・施設職員でムンテラを行い、「看取り介護についての同意書」で同意を得ている。家族と専門職者で担当者会議を行い、看取りに向けたケアプランを作成している。介護技術研修で看取り介護の研修を実施している。研修・専門職者との連携・ハンドケアの導入等を通して、職員の不安の軽減、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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

3ヶ月に1回、利用者担当職員が個別の「お便り」を作成し、写真と文章で家族に利用者の状況や生活の様子等を伝えている。施設の広報誌を3ヶ月に1回発行し、施設行事等について家族に伝えている。変化があった場合は、生活相談員・介護支援専門員が電話で迅速に連絡している。6ヶ月に1回開催する担当者会議に家族も参加し、利用者状況の報告、サービスの説明、要望の把握、相談対応を行っている。相談は随時にも生活相談員・介護支援専門員が対応し、内容はケース記録に記録している。施設からの連絡はメールで一斉配信し、個別の連絡は電話で行い、報告すべき内容が必ず家族に伝わるようにしている。通常は、施設の夏祭り・クリスマス会に家族に参加案内を出し、面会時間を柔軟にする等、利用者と家族がつながりを持てるよう取り組んでいる。

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

## 特記事項

### A①

花見・外食・買い物等の施設の外出行事や、地域の祭りに外出する場合は、職員が同行支援する体制を整備している。家族との外出時には、介護タクシーや社会福祉協議会等について情報提供している。自治会からの広報誌や自治会長からの案内で地域のイベント等について情報収集し、利用者には個別に情報提供している。外出時は、連絡先一覧表や施設の携帯電話を携帯し、外食時にはポータブル吸引機に携帯する等、安全確保・不測の事態に備えている。

### A②

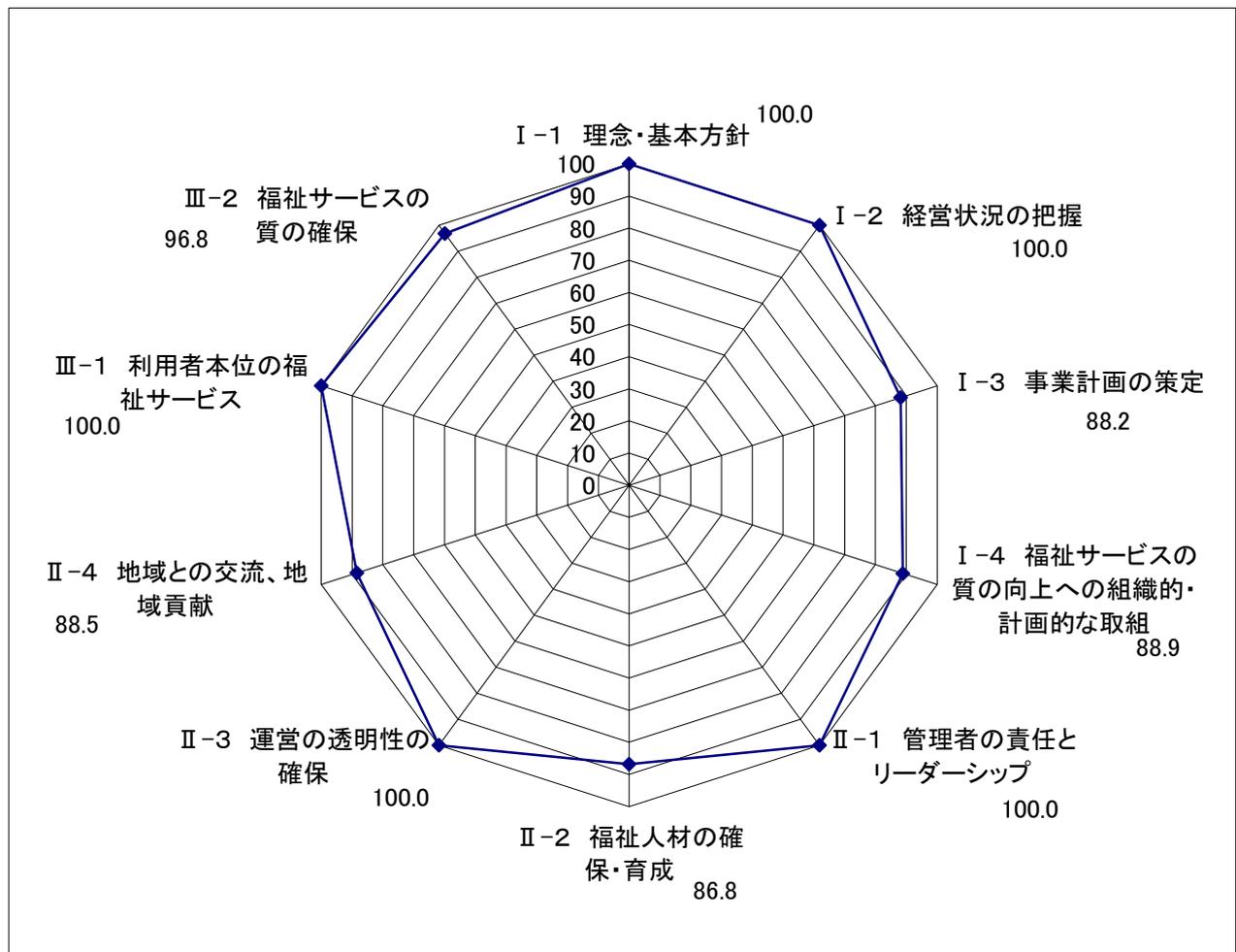
施設のコードレス電話を利用し、プライバシーに配慮した環境で通話できるよう対応している。携帯電話の持ち込みも自由で、必要に応じて操作の支援も行っている。郵便物は開封せず、家族に確認し対応している。利用者に渡す場合も開封せずに渡し、介助が必要な場合は一緒に開封している。可能な利用者は、絵手紙で暑中見舞いはがきを作成する行事企画に参加している。その他にも希望があれば、随時対応可能としている。

### A③

新聞・雑誌は希望に応じて個人購入可能である。テレビ・ラジオは持ち込み可能で、テレビはレンタルでも対応している。共用スペースにテレビを3台設置し、円滑に共同利用できるよう配慮している。新聞の共同利用については、希望者に順番に手渡して対応している。

## 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	6	100.0
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	8	88.9
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	33	86.8
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	64	100.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8
合計	227	215	94.7



## 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	20	20	100.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	92	92	100.0
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合 計	129	129	100.0

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	356	344	96.6
-----------	-----	-----	------

