

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しらさぎ苑	種別：介護老人福祉施設			
代表者氏名：苑長 木代 操	定員（利用人数）：105名（105名）			
所在地：島根県安来市古川町829番地1				
TEL：0854-28-6220	ホームページ： http://yasugifukusikai.jp/			
【施設の概要】				
開設年月日：昭和57年5月1日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 やすぎ福祉会				
職員数	常勤職員：	47名	非常勤職員	19名
専門職員	苑長	1名	介護職員	10名
	主任	1名	看護師	3名
	介護士・介護員	33名	歯科衛生士	1名
	看護師	5名	用務員	5名
	介護支援専門員	1名		
	生活相談員	1名		
	作業療法士	2名		
	マッサージ師	1名		
	管理栄養士	2名		
施設・設備の概要	個室（本館）	48室	相談室	1ヶ所
	個室（東館）	10室	面接室	1ヶ所
	2人部屋（東館）	2室	サービスステーション	2ヶ所
	4人部屋（東館）	12室	食堂ダイルーム	5ヶ所
	男子便所 （車椅子対応可能）	2ヶ所	診察室	1ヶ所
			医務室	1ヶ所
	女子便所 （車椅子対応可能）	2ヶ所	静養室	1ヶ所
			事務室	1ヶ所
	男女共用便所 （車椅子対応可能）	5ヶ所	個浴	1ヶ所
		特殊浴槽	2ヶ所	

③ 理念・基本方針

法人経営理念

・ 私たちは地域 No.1 をめざし、最高の福祉サービスを提供します。

- ・私たちはご利用者、家族、地域に最大の満足と誠意を贈ることにより信頼される関係を築きます。
- ・私たちは、21世紀の少子高齢化社会をサポートする事業者として、地域に貢献します。

特別養護老人ホームしらさぎ苑（サービス理念）

- ・利用者の尊厳を支え、利用者本位の真心のサービスを提供します。
（利用者が日常の自由や自己決定で、いつまでも自分らしく安心して暮らせるよう、心をこめた親切・丁寧な生活支援を行います。）

スローガン

「いつも笑顔で、明るく、元気に」

「四季折々の風、山々の彩り、天然温泉の湯にゆったりつかる」自然豊かな環境の中で、ご利用者のみなさまと職員の笑顔あふれる家庭的な施設です。お一人ひとりの生活を考慮し、職員一同サービスに努めてまいります。

④ 施設の特徴的な取組

社会福祉法人「やすぎ福祉会」は、地域福祉の向上への貢献を目指し、昭和54年9月に創設され、「より質の高い」福祉サービスを追求し、地域の皆さまの期待に応えてこられました。

やすぎ福祉会の最初の高齢福祉分野で初めての施設として、鷺の湯温泉、足立美術館の近隣の自然豊かな環境の地に、昭和57年5月特別養護老人ホーム「しらさぎ苑」が創設され、その後、平成22年4月東館の改築、令和3年8月本館改築による環境の整備が行われ、地域に於ける自宅での生活が困難で介護が必要な方々が、安心して日常生活を送って頂くための支援が行われています。

専任の作業療法士、マッサージ師を配置し個別プログラムの実施により、リハビリ・余暇活動（外出支援など）の充実に努めておられます。

入浴は個々の身体機能に合わせ、4種類の入浴体制が取られています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年9月1日（契約日）～ 令和6年3月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成29年度）

⑥ 総評

◇【特に評価の高い点】

○多職種によるチームケア

部門別サービス目標（介護部門、看護部門、生活相談部門、介護支援部門、栄養管理部

門、機能訓練部門)を設定した自宅での生活が困難な方へ安心して入居生活を送って頂く為の担当部門の多職種によるチームケアとしての連携した施設運営が行われています。

○社会福祉法人としての地域貢献

地域の社会福祉法人連絡会に加入され、行政との連携による積極的な支援に加えて、業務スキルを活かした地域公民館等への介護予防の講演等、地域の要請等に応える取組みが行われています。

地域貢献と交流の場として、コロナ禍中断した法人主催の地域交流グランドゴルフ大会、地域交流ゲートボール大会が5類移行に伴い再開されました。

開催の運営や会場準備等、取組まれています。

○利用者に寄り添った支援や利用者の要望に対する支援

施設サービス計画に基づく利用者一人ひとりに寄り添った日課表が作成され、体調を考慮した過ごし方が行われています。

身体機能の維持に向けた室内のリハビリ活動が実施されています。

利用者の要望に応えたイベント企画やレクリエーションが計画されています。

◆【改善を求められる点】

●中・長期的なビジョンの目標設定及び進捗管理の取組み

東館、本館の改築が完了し、入所者の快適な生活空間の整備が進められました。

今後は、安心・安全な入所者の生活の保持や健康管理、サービス提供に必要な介護知識・技術スキルの向上に向けた職員一人ひとりの育成計画の作成と進捗管理の実行に期待します。

業務体制、業務内容、利用者へのサービス品質の検討、改善に加えて、業務の効率化に向けた改善、見直しや必要な介護機器の導入や設備改修等の継続的な取組みに期待します。

●効果的な人事考課

人員配置基準を満たした人員配置での業務が行われていますが、現場に於いての人材不足が課題となっており、人員不足を克服するために、働き甲斐や業務の達成感を醸成するための人事考課が実施されています。

職員の一人ひとりが自らの業務に対する課題や今後に向けた指標等、組織内で自分の将来像を描くための指導やアドバイス等を行いスキル向上に向けた取組みの充実に期待します。

●業務マニュアルの見直し

業務マニュアルが整備され、更に、業務標準化基本カードが作成され、利用者への支援手順の流れが同一手順でのサービス提供を行うための標準的指標が作成されています。

必要な改善、見直しや全てのマニュアル類の定期的な点検が必要であり、点検、見直し後の職員への勉強会等による職員間の周知の為の取組みの継続に期待します。

⑦ 三者評価結果に対する施設のコメント

第三者評価を受けることで、改めて自施設の良い点・改善点を確認出来たことは大変良かったと思います。

今回良かったと評価していただいた項目・内容は職員にも伝達しモチベーションアップつなげていければと思います。

又、今後の課題であるマニュアルの見直しを早急に検討していきたいと思っています。

又、職員の質の向上の為、多様な研修会への参加、勉強会の開催を積極的に勧めて行きたいと考えます。

特別養護老人ホーム しらさぎ苑

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（特別養護老人ホーム）

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人やすぎ福祉会としての経営理念、経営方針及び特別養護老人ホームしらさぎ苑の理念等が施設内掲示され、ホームページ、パンフレット、広報誌等に掲載する等、地域社会に広く周知が行われています。 ・年度始めの職員会議で事業計画の説明資料に理念が掲載される等、事業の目的と事業計画をつなぎ合わせて理解する等の説明が行われています。 <p>また、職員のネームプレートへ法人の経営理念、施設のサービス理念等が明記され、いつでも確認できる工夫が行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族等へは、入所時のパンフレットや重要事項説明書に於いて説明が実施されています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・国の介護保険制度、安来市介護保険事業計画等より、事業を取り巻く環境の変化の把握や分析が行われています。 ・毎月の経営会議で、苑長より経営状況（組織の利用稼働率、コスト分析等）の事業報告が行われ、法人グループ全体の事業経営の進捗状況や経営分析が行われています。 <p>施設のサービス会議（部長、主任、担当等）及び職員会議に於いて共有が図られています。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営会議に於いて、介護部門の社会の動向や経営に関する介護保険制度等の方向性等についての情報共有が図られ、それぞれの担当部門の経営状況に関する課題（運営課題、収益改善等）の改善対策等の討議が行われ、施設のサービス会議（苑長、介護係長、生活相談員、主任等）及び職 		

員会議に於いて共有が図られています。

・経営課題として、地域の働き手の減少を考慮した人員確保施策、介護サービスの提供に必要な知識・技術スキルの向上や業務内容の検討・改善及び業務記録の効率化の改善や介護機器導入に関する検証や検討が進められています。

・サービス会議で経営課題が周知されていますが、経営目標等の達成状況の課題や改善に向けた職員一人ひとりの理解度の高めるための工夫に期待します。

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
<p><コメント></p> <p>・社会福祉法人やすぎ福祉会としての中・長期（中期3ヶ年、長期10ヶ年）計画が策定されています。</p> <p>・中・長期計画として、新館改築（令和3年8月）による個室の快適な施設での生活環境の整備が行われ、それに伴う職員配置や多様な業務改善等の取組みが行われています。</p> <p>・事業収益の安定に向けた稼働率や経費見直し、人材確保・定着、ICT化等の今後に向けての取組みの検討が進められています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>・中期計画に連動した単年度の事業計画が策定されています。</p> <p>中・長期事業計画の進捗状況の把握に加えて、事業年度報告による経営やサービス提供等の振り返りが実施され、新たな単年度計画が策定され、新年度の職員研修会で説明が行われています。</p> <p>・単年度計画は、組織的な重点サービス項目、利用数値目標、行事計画及び部門別（介護部門、看護部門、生活相談部門、介護支援部門、栄養管理部門、機能訓練部門等）のサービス目標計画が策定されています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>・各担当部門単位に、前年度の事業成果の振り返り等による新たな事業計画への意見・要望等が積みあげられ、全体の計画への反映による新年度の事業計画の策定が行われています。</p> <p>・事業計画の進捗状況として、担当部門のサービス提供や行事等への計画に対する職員の振り返り等の反映は、組織内のサービス会議で共有される等、必要な改善等の見直しが行われています。</p> <p>また、稼働率、収支状況、施設建物の改修状況等は、サービス会議や職員会議等で状況報告や改善に向けた取組み方針等が周知されています。</p>		

7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<コメント> ・法人のホームページで広く公表しておられます。 ・家族に対しては、家族会議（役員会）への事業計画の説明が行われています。 ・利用者の自治会はコロナ対策の為に中断されており説明が出来ない状況が続いています。		

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> ・サービス提供等の質の向上に向け、毎月の職員研修としての接遇面の勉強会が実施しておられます。 ・本館主任リーダー、東館主任リーダー、看護師主任、管理栄養士等によるリーダー会議が毎月開催されサービス品質の向上に向けた情報共有が行われています。 ・組織内委員会体制による適正な組織運営や福祉サービス第三者評価の受審が行なわれ、質の高いサービス提供等の検証を行い改善に向け取組まれています。		
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。	b
<コメント> ・各担当部署の年間目標に対する評価が実施され、次の年度に向けた課題の改善等を意識した取組みが行われています。 ・各委員会の日常の業務点検、職員の自己評価に対する業務課題や福祉サービス第三者評価に於ける課題等、必要な改善対策等を明確にして、必要な改善策を実施されています。 改善策の進捗管理に期待します。		

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> ・業務の責任体制が職務分掌として文書化され、新年度の事業計画と業務分担等の資料配布による説明が行われています。		

<ul style="list-style-type: none"> ・ 広報誌に於いて、法人理事長による地域社会に向けて組織を代表するコメントの公表が行なわれています。 ・ 苑長の不在時の緊急時に於ける権限委譲の責任者の配置も行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苑長は、関係法令に関する外部研修や内部研修に参加し、運営会議等を通して各部署の職員に周知が行われています。 ・ 法人組織としての各規程に基づく、法令遵守の取組が行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苑長は施設サービス会議、カンファレンス会議や各委員会に参加し、サービス提供の実態を把握して、必要な指導・アドバイス等が行われています。 ・ 利用者の声も傾聴し、楽しみのある快適な生活の場の提供を心掛けておられます。 ・ チームワークの強化、組織内で定期的な接遇マナー研修の実施等によるサービスの向上に向けた取組が行われています。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月の法人への事業報告及び収支状況を経営会議に於いての成果分析等が実施されています。 ・ 苑長は、具体的な改善に向けた対策等を施設サービス会議や職員会議等で職員に対して周知が行われています。 ・ 新館・東館の改修による苑内の環境改善が図られ、職員の事務環境についてはICT化を進捗させ効率化が図られています。 ・ 職員の立ち位置の見直しを行う等、福祉人材の確保の難しい現状に於いて、効率化に向け、継続した取組みに期待します。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の合同企業説明会、お仕事相談会、就職フェアへのアプローチに加えて、法人のホームページ 		

<p>ージでの求人募集、ハローワーク、職員による人材紹介制度、外国人採用の受入れ等の導入等による人材確保の取組みが行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習生の受入れも積極的に取組まれていますが、正規職員の人材確保が厳しい現状であります。 ・ 新規の採用人材への丁寧な新人研修、人事考課による業績に反映した人事制度の導入や階層別研修の実施の取組みが行われています。 ・ 人材の定着に向けた職員の働き甲斐を高める取組みを継続されることに期待します。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給与規程、人事考課規程が整備され、「しらさぎ苑」のサービス理念及び期待する職員像が明文化され、職能単位の業務責任に対する業績評価等の人事考課制度が導入され、職員の業務に於ける業績、行動等のスキルや特性を把握し、職能別の目標に対するKPTを客観的に評価する等の総合的な人事管理が行われています。 ・ 組織に必要な人材育成計画への反映や適正な人材配置を行う為の人事管理の目標に加えて、職場での将来像を描ける人事考課面談を行うための考課者研修が毎年実施されています。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 就業規則に基づき、有給休暇の取得状況や時間外労働の把握等、勤務管理が行われています。 ・ 法人の福利厚生制度として互助会制度加入、各種保険等の法定福利厚生及び各種休暇制度（年次休暇、産前産後休暇、育児休暇、介護休業等）の充実、定期健康診断（インフルエンザ含む）、ストレスチェック等が行われています。 ・ 職員の緊急時の休暇等への対処としての交代人員の配置を柔軟に行う等の取組みに努力されています。 ・ 介護を担う人材不足対応、介護職員の処遇改善・業務のやり甲斐、人材の定着、キャリアアップ、介護サービスの質の向上、職員の業務負担の軽減等に伴い、更なる働きやすい職場づくりに期待します。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人より期待する職員像が示されています。 ・ しらさぎ苑のサービス理念に基づき、職員一人ひとりの職能レベルに合った職員による目標設定が行なわれ、年2回上長による面談が実施され就業課題等への指導に加えて、育成に必要なアドバイスや職員からの研修等の要望の収集が行われています。 		
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

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員研修実施要綱の基本方針に基づき、研修計画が策定されています。 ・研修は、必須研修（高齢者虐待防止・身体拘束廃止、コンプライアンス、人権及びプライバシー保護、接遇マナー等）及び介護スキル研修計画が策定される等、職員のスキルアップに向けた社会の勉強会や研修への参加が行われています。 ・組織内研修（毎月）が実施され、交代制勤務であることから日程を分けて、出来るだけ多くの職員が参加できるよう工夫が行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の職域歴、知識、技能や専門資格等の取得等の業務遂行能力等のスキル管理が行われ、職員一人ひとりの介護サービスの提供に必要な育成に向けた研修が実施されています。 ・新採用の職員へは、新人研修等の介護の基礎的研修に加えて、日常の業務運営や記録記入等の職場のJ Tによる育成が行われています。 ・キャリアパス基準に基づき、職能別、専門知識、技術等の習熟度等、階層別研修が設定される等、職員の育成に向けた取組みが行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習性の受入れ業務標準化基本カードに基づき、担当窓口による依頼先の福祉専門学校等との学習プログラムの調整等が実施され、日程や育成体制等が決まれば、職場内へ学習プログラム等が回覧される等の周知が図られています。 ・実習開始時は、介護係長から実習生へのオリエンテーションを実施しておられます。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人やすぎ福祉会として、経営理念・基本方針に基づいた経営に関する現況報告書等は、法人ホームページ、広報誌「福祉会だより」、WAMネットへの掲載により広く情報公開が行われています。 ・福祉サービス第三者評価も受審され、その結果についてはWAMネットで公表しておられます。 		
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
<p><コメント></p>		

- ・公正で透明性のある経営に向けた、社内規定類が整備され、法人の内部統制によるガバナンスの効いた総括的な事業推進が行われています。
- ・しらさぎ苑の経理処理は、小口現金扱いの収支管理が行われ、施設設備（電機設備含む）の改修等の大口案件は、法人の稟議承認等による対応が行われています。
- ・社会規定等に基づいた業務適正の検証は、外部監査（公認会計士）及び内部監査等に加えて、行政監査等が実施され、指摘事項等の是正対策等の改善の取組みが行われています。

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。	a
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・コロナ5類に伴い、従来より開催していた法人主催のグランドゴルフ大会、ゲートボール大会は本年度から再開され、交流が出来ました。 ・コロナ禍では、利用者の感染予防対策が最優先とした為、しらさぎ苑の夏祭りや地域の小・中学校やこども園の園児との交流も中断していましたが再開を予定しております。 		
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制を確立している。	a
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア活動申込手順書が策定され、ボランティアの参加者、内容、参加者数等の申込の受付等の事前の手続きが行われています。 ・コロナ禍の中は、利用者の感染予防対策が最優先の為、中断していましたが、コロナ5類移行に伴い、地域の感染状況を見極めながら、ボランティアの受入れを再開される予定です。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の関係機関や団体として、行政、地域包括支援センター、社会福祉施設経営協議会、社会福祉法人連絡会、医療機関、保健所、消防署、警察等とのネットワークが構築され、地域の福祉サービスを支える連携協議や緊急時の円滑な対応等に必要な支援や助言等を収集するための取組みが行われています。 ・関係機関のリスト一覧表も作成しております。 ・安来地域の高齢者見守りネットワークとも連携しております。 		
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が行われている。	a

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会福祉法人連絡会に於いて、定期的な連絡会を行ない情報交換、連携が図られています。 ・ 地域の公民館への介護予防教室の講師派遣の際には、地域の方々からの意見、要望等の聴き取り等が行なわれています。 		
27	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人主催でゲートボール大会やグラウンド・ゴルフ大会が開催する等、地域の高齢者支援に積極的に取組まれています。 ・ 地域の健康教室・介護予防教室へ職員を派遣する活動も継続しておられます。 ・ 地域の方の介護相談も受けておられます。 ・ 災害時に於ける地域への協力体制や施設の役割等も示されています。 		

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ しらさぎ苑のサービス理念の基、倫理規定等で利用者を尊重した福祉サービスの提供を行うことが明示されています。 ・ 組織内に虐待防止委員会、身体拘束防止委員会の体制が整備され、日常のサービス提供での不適切な行動への対策が実施されています。 ・ 職員には、外部・法人内研修で人権、プライバシー保護、高齢者虐待防止等の研修が実施されています。 		
29	<p>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等に配慮した福祉サービス提供が行われている。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ プライバシー保護マニュアル、個人情報保護管理手順が策定され、サービス提供が行なわれています。 ・ 契約時に書面にてプライバシー保護に関する説明が行われ、広報誌等への利用者の写真掲載等に対する同意を得る対応も行われています。 ・ 多床室の場合にはパーテーション、カーテン等によるプライバシー空間の確保等の工夫が行われています。 ・ トイレ使用時のトイレ誘導や声掛けについても配慮されています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・浴室入り口にカーテンを設置する等、プライバシーに配慮した工夫が行なわれています。 		
<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。</p>		
30	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、広報誌、パンフレット等を活用し、利用者・家族等が施設の選択に必要な情報提供が行われています。 ・施設利用に関する電話等での問い合わせや相談等には丁寧に対応が行われています。 ・施設見学を希望される方には、施設の正面玄関に配備したパンフレットや広報誌等を見ながら施設環境等の案内が行われています。 ・ショートステイを活用しての体験利用も可能となっています。 		
31	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・契約時、利用者・家族等に重要事項説明書を用いて分かりやすく説明を行い、不明な点の無い様心掛けて、利用者・家族等に同意を得ておられます。 ・ケアプランについても、利用者・家族等に丁寧に説明され、利用者・家族等に同意を得て、プランに沿ったサービスが適切に提供されています。 ・利用開始後に、重要説明書の変更やケアプランの変更時には、都度利用者・家族等へ説明を行ない、同意を得ておられます。 		
32	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設・事業所や病院への変更や家庭への移行等あればアセスメントやサービス内容等が継続できるよう必要な情報提供が行われる事となっています。 ・家族には、サービス提供の終了後も相談等が出来る事をお伝えしておられます。 		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族相談員会を開催し、事業内容の説明を行い意見交換等が行なわれています。 ・食事サービス委員会による残食チェックの実施による嗜好調査を行う等、入所者の方々の嗜好や栄養バランス、食事形態に合った食事の提供に反映しておられます。 		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	<p>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。</p>	a

<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決体制（苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員 2 名）が整備され、組織内に苦情解決委員会も設置されています。 ・ 苦情解決マニュアルに基づき、苦情が発生した場合は、苦情内容を記録に残し、苑長への報告、解決委員会による検討による早期の対応やフィードバックが行なわれています。 ・ 苦情の対策が長引く場合の途中報告が行われています。 		
35	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日頃より職員だれでも何かあれば相談や意見を受付ける事を、利用者・家族等に周知されています。 ・ 意見箱の設置も行われています。 ・ 相談内容によって、相談室や研修室等を利用し、他者の目を気にする事ない相談場所も提供しておられます。 ・ 月 2 回の介護相談員の受入れ（コロナ禍は中断）も行われており、利用者に直接、希望、要望、ケア対応等の聞き取りが行われ、訪問後に施設に報告頂きサービスに反映しておられます。 		
36	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決マニュアル手順と同様に利用者からの相談や意見等に対する対応が行われています。 ・ 利用者から意見・要望等があった場合は、上司に報告し対応の検討が行われ、組織的に迅速な対応するように心掛けておられます。 		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ リスクマネジメントマニュアルに基づき、苑長を責任者としたリスクマネジメント委員会が設置されています。 ・ ヒヤリハット、インシデント報告等の事例を基に発生要因の分析を行い、改善策、再発防止策等を検討し実施する体制が構築されています。 ・ 安心・安全なサービス提供に向けた施設の設備や福祉用具の定期的な安全点検も実施しておられます。 		
38	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染症対応マニュアルに基づき、発生時の対応フローチャートを作成しておられます。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・毎月看護職を中心とした感染症対策委員会を開催し、マニュアル類の点検や発生予防や発生時の対応についての研修も実施しておられます。 		
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織的に行っている。	a
<コメント> <ul style="list-style-type: none"> ・事業継続計画（BCP）、防災マニュアルに基づく、災害時の発生を想定した避難訓練、総合訓練が実施しておられます。 ・土砂、水災害が予想される時は、施設2階へ避難する事とされ、早めに対応する事とされています。 ・原子力災害対策マニュアルも作成され、避難計画も策定されています。 ・災害時の備蓄も用意されています。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスに於ける業務マニュアルが整備され、更に、業務標準化基本カードが作成され、職員によるサービス提供の差異の無いよう心掛けておられます。 ・利用者一人ひとりの状況や留意点等については、ケアプランの確認と日々の申し送りを通して職員間で情報共有してサービス提供が行われています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・各種業務マニュアルについては定期的に見直しが行われており、組織内の必須研修を行なうことで周知が図られています。 ・ケアプランについても定期的な評価・見直しが行われており、利用者に変化等ある場合には、その内容について職員間で情報共有しておられます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成の担当者は施設内の介護支援専門員となっており、多職種連携を行いながらケアプランが作成されます。 利用者、家族より身体状況、生活歴、入所前の介護サービスの利用有無、病歴、利用者、・家族		

の希望・意向等と言ったアセスメントをしっかりと確認し、利用者一人ひとりに合わせたケアプランが適切に作成されています。		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランについては、毎月のモニタリング、3ヶ月単位のミニカンファレンス、6ヶ月に1回多職種によるカンファレンス等を基に評価、見直しが実施されています。 ・利用者に急変等の変化がある場合には、随時ケアプランの見直しが行われます。 		
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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・定められた様式で利用者一人ひとりのサービス実施状況の記録が行われています。 ・職員間で記録の差異が生じない様に、定期的に勉強会や研修による点検が実施されています。 ・職員間ではカンファレンス、職員会議等を通じ記録の共有が行われています。 ・また、介護ソフト導入によるネットワークシステム内で確認し共有されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規定が定められています。 ・記録管理責任者も定められており、各部署主任が担当として当たっておられます。 ・利用者の情報や記録を入力するパソコンについてはパスワード管理が行われています。 ・利用者、家族に対しては、個人情報の取り扱いについて契約時に重要事項説明書を使用し説明されています。 ・職員は、入職時に個人情報保護規定等の守秘義務遵守の誓約書への契約等による業務対応が行われています。 		

内容評価基準（特別養護老人ホーム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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種によるカンファレンスを基にケアプランを作成し、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた日課表に沿った支援が行われています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・その日の体調に応じた過ごし方を検討しておられます。 ・施設内でのエプロンやおとし紙を折ったり、布を切ったり、広告紙でゴミ箱づくり等の手作業の日中のプログラムが行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・朝の離床時の笑顔での声掛けに始まり、日常の会話やレクリエーション等、一人ひとりに応じたコミュニケーションが図れるよう心掛けておられます。 ・難聴の方や失語症等の方は、利用者の正面からはっきり、ゆっくり、区切って話す等の対応支援やホワイトボードを使用した筆談等、一人ひとりに合った手法で対応しておられます。 ・忙しさ感のあることからコミュニケーション不足を感じる職員もあることから他職種との連携したチームケアに取り組む等、充実したコミュニケーションに期待します。 		
1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護に関する規定、マニュアルが整備され、職員にも周知が図られています。 ・法人必須研修としての研修も実施しておられます。 ・虐待防止委員会、身体拘束防止委員会体制が整備され、施設内での虐待行為、身体拘束等の防止に努めておられます。研修会の開催等が実施されています。 ・身体拘束をやむを得ず行う場合は、カンファレンスを開催し検討が行ない身体拘束の必要性の検討や家庭や関係機関との連携した対応が行われています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・令和3年8月に個室完備等の快適な生活環境としての本館改装が行われ、空調設備による適温管理の中での快適な生活を過ごされています。 ・平成22年4月に改築された東館は、2人部屋、4人部屋があり、プライベート対策としてカーテン等で仕切りが行われています。 ・毎日の清掃実施等により施設室内の異臭も無く、清潔の保持に努められています。 ・居室に於いても、なるべく利用者の意向に沿う様に居室のレイアウトや馴染みの物を持ち込んで頂く等、工夫されています。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴介助マニュアルに基づき、利用者の心身の状況や意向を聞き特性に合った一般浴、機械浴、座位浴、シャワー浴、清拭等の方法を検討し入浴支援が行われています。 ・入浴日には介護士と看護師は連携を取り利用者が安全、安心して入浴できるよう心掛けておられます。 ・安全な入浴時間の確保、利用者の入浴日の変更や入浴支援の職員数の確保の面から、週3回の入浴実施が、厳しい状況が継続しています。 ・利用者の清潔保持の為にも入浴回数等の検討に期待します。 		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄介助マニュアルに基づき、排泄支援に取り組まれています。 ・泄表に沿って利用者のレベル、パターンを把握し、トイレ誘導、声掛け、パッド交換等一人ひとりに応じた支援が行われています。 ・利用者の尿や便の観察等、異変を感じた場合の施設内の医務担当と連携した対応が行われています。 ・利用者の安眠時間や生活リズムを考慮し、利用者の特性に合ったおむつの交換時間や他のパット・オムツ等の検討が行われています。 ・オムツ交換の回数が決まっていることから清潔の維持や職員の業務効率等に向けたオムツ等の導入検討に期待します。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・移乗・移動介助マニュアルに基づき、作業療法士（OT）、看護師等と連携した利用者一人ひとりの心身に合わせた安心・安全確保に向けた福祉用具の選定や介助方法等の検討の実施による福祉遊具の導入等による移乗や移動支援が行われています。 ・また、利用者の状況や意向を踏まえて歩行訓練や昇降運動等のリハビリが実施されています。 ・車椅子の安全確保に向け、毎月のブレーキ確認やタイヤの確認が行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事サービス委員会が整備され、毎月管理栄養士を中心とした多職種による食事が美味しく楽しめる工夫の検討が実施されています。 ・毎朝のごはん、パン食の選定や入所者の希望食の実施に加えて、誕生会に於いても誕生日を迎える利用者からの希望を聞いて、お好みの食事の提供が行われています。 ・更に行事食や郷土食等楽しみのある食事の工夫が行われています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事介助マニュアルに基づき、栄養ケアプラン作成、食事・水分チェック表で利用者一人ひとりに合わせた食事形態を都度検討されています。 ・一般食、ミキサー食、ソフト食等の食事摂取がスムーズに行えるよう工夫が行われています。 ・衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理が適切に行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア介助マニュアルに基づき、非常勤の歯科衛生士による利用者の口腔衛生管理や口腔ケアが実施され、特に食後の口腔内の清潔や機能保持が行われています。 ・週に1回は歯科医師による往診が実施されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡発生予防対策委員会が設置され、委員会が毎月開催され褥瘡予防、褥瘡ができている利用者の完治を目的に各部署で取組まれています。 ・看護師が中心となって、褥瘡予防の体位変換の実施や日々の皮膚観察、栄養面の管理、清潔保持が行われています。 ・褥瘡に関する知識、対応方法等の組織内での職員研修会を実施され、皮膚トラブルの早期発見を意識されています。 ・一人ひとりに応じたベッドマット、ベッド上のポジショニング、栄養補助食品の提供で予防ケアに努めています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施が可能となるよう資格取得の為の研修が受講できるよう取組まれています。 ・現在、資格取得者8名体制で、医師、看護師の指導や助言を受け、安全に実施しておられます。 ・資格取得を希望する職員もまだおられますので、今後も継続した受講の仕組みづくりに期待します。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の作業療法士（OT）による利用者の一人ひとりの機能訓練計画書が作成され、利用者の 		

<p>残存機能を活かした機能訓練が実施され、評価・見直しが定期的に行われています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業療法士、マッサージ師を配し個別プログラムの実施により、リハビリ・余暇活動（外出支援など）の充実に努めておられます。 		
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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアマニュアルに基づき、アセスメント表やケアチェック表で認知症状況を把握されています。 ・定期的に認知症ケアについての勉強会や研修会に参加され、理解を深めておられます。 ・利用者へのケア方法について、職員間で共有が図られています。 ・また、「認知症実践者研修」受講も促しておられます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・急変時対応マニュアルに基づき、急変時は、看護師と連携して症状に応じた対策が取られています。 ・医師、医療機関、看護師等の緊急連絡先リストも作成されています。 ・服薬管理については申し送りでも周知され、服薬確認もチェック表に記入されています。 ・緊急時の対応として、定期的に救急救命研修も実施しておられます。 		
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、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期マニュアルに基づき、入苑時に施設としての看取りの方針について説明を行い意向確認が行われています。 ・終末期が近付いた際には、医師、家族と面談を行い看取りケアの説明が行われています。 ・意向確認で同意を得て、看取りプランを作成し、看取り支援が行われています。 ・家族と利用者が最期の穏やかに過ごして頂ける居室を提供する等、配慮が行なわれています。 ・看取りケアの職員研修会も開催されています。 		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族等へは、定期的な日常生活や健康情報等の提供に加えて、体調等の変化等の緊急時が発生 		

した場合は報告が行われています。

- ・ 家族会を開催する等の意見交換が実施され、新型コロナウイルス感染症以前の家族会が開催できたら利用者と家族間の楽しいひと時が過ごせる支援が行われる時が訪れると喜んで頂けるものと思います。

また、「ふるさと訪問」等の取組みがコロナ禍以前のように復活出来る事を祈ります。