

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

株式会社 H.R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：西谷憩いの家		種別：介護老人保健施設	
代表者氏名：理事長 山田哲明		定員（利用人数）：100	名
所在地：兵庫県宝塚市大原野字波坂2番地7			
TEL 0797-91-1234		ホームページ：http://www.nisitanikai.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成12年8月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 西谷会			
職員数	常勤職員： 50 名	非常勤職員： 34	名
専門職員	施設長 1 名		
	介護士 24 名	介護士 6	名
	看護師 6 名	看護師 10	名
	理学療法士 3 名	理学療法士 2	名
	作業療法士 1 名		
	言語聴覚士 1 名		
	管理栄養士 2 名		
	介護支援専門員 2 名		
	支援相談員 4 名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)
	4人部屋 20室		食堂・浴室・談話室
	2人部屋 5室		レクリエーションルーム
	個室 10室		デイルーム・リハビリテーションルーム

③理念・基本方針

理念

虚往実帰

社会福祉法人西谷会においてになった方が、西谷会の職員や西谷会の心にふれて頂いただけで、明るく満ち満ちた気持ちになって頂けるような社会福祉法人西谷会でありたいという考え。

基本方針

高齢者の人生をサポートする

④施設・事業所の特徴的な取組

高台の緑に囲まれた眺望の良い立地で、施設の窓から四方に山並みが広がり、春は桜、夏は蛍、秋は紅葉、冬は雪と四季を感じることができる環境である。リハビリテーションの3専門職者である機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士、介護職員、看護師、管理栄養士等の専門職者が連携し、利用者ができるだけ早く、自宅での日常生活に復帰できるよう支援に取り組んでいる。自宅復帰後は、施設内の居宅介護支援事業所と連携し、ショートステイ・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを利用できる体制も整備している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 6 月 15 日 (契約日) ~ 令和 5 年 10 月 6 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初回

⑥総評

◇特に評価の高い点

○2階を一般棟、3階を認知症棟として分け、利用者個々の状況に応じて落ち着いて過ごせる環境に配慮している。2階・3階ともに談話室・廊下に広いスペースが確保され、テーブル席・ソファが配置され思い思いに過ごせる環境である。3階には広いデイスペースのホールもあり、リハビリや行事に活用している。

○リハビリテーションの3専門職者である機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士を常勤配置している。利用者個々の状態に応じた個別機能訓練計画を作成し、日常生活動作の指導、個別訓練、集団体操、作業活動等を実施し、早期の自宅復帰に向け取り組んでいる。広い談話室・廊下・デイスペースによりリハビリのスペースが確保されている。また、自然に恵まれた眺望の良い立地を、施設の敷地内での散歩や歩行によるリハビリに活用している。

○フロア会議・運営会議・職種別会議・各種委員会等各種会議・委員会の定期開催により、部門横断での情報共有・検討を行っている。機能訓練士・言語聴覚士・作業療法士、介護職員、看護師、管理栄養士等の専門職者が連携し、利用者個々の状況に応じた日々の身体介護や生活支援、認知症ケア・褥瘡予防・機能訓練等について専門性の高い支援に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

○定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上自己評価を行い、評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。

○事業計画策定時の職員の意見の集約、事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。事業計画の主な内容を家族に周知する取り組みの工夫が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、外部の方に客観的に評価をして頂くことによって施設の強みや課題を確認することができ、新たな視点や気づきにつながる非常によい機会となった。評価期間から頂いた助言をもとに、これから改善に向けて取り組み福祉サービスの質の向上を目指してまいります。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

### 第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

#### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念をホームページ・パンフレットに記載し、法人理念・施設の基本方針を入職時研修の資料に記載している。法人理念は、法人が目指すあり方を明示し、施設の基本方針は具体的な内容となっている。法人理念を施設の玄関に掲示し、入職時研修で説明すると共に、毎年実施している施設内研修のコンプライアンス研修で説明し、継続的に職員の周知と理解を図っている。法人理念と意味を施設のパンフレットにわかりやすく掲載し、利用者・家族への周知を図っている。</p>		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>厚生労働省・福祉医療機構・宝塚市の統計、地域生活支援会議、集団指導（オンライン）、法人の拠点長会議等を活用し、社会福祉事業全体、宝塚市、地域の動向やニーズの把握、分析に取り組んでいる。施設からの日報をもとに法人本部が月次実績表を作成し、コスト分析や利用率等の分析を行っている。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>拠点長会議で月次実績表をもとに分析し、事業経営の環境と経営状況について課題を明確にし、課題解決・改善に向け取り組んでいる。拠点長会議に役員も参加し、課題について共有している。経営状況や改善すべき課題について、相談員合同会議で各拠点の相談員に周知し、相談員合同会議でも課題解決・改善に向け検討している。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画は、具体的で実施状況の評価を行える内容となっている。中長期計画は、法人状況の変化等から、必要に応じて拠点長会議で見直しを行っている。理念・基本方針の実現に向けた目標の明確化が望まれる。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中長期計画の内容を反映して事業計画を策定している。事業計画は、実行可能で具体的な内容で、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を年度初めの運営会議で説明し、職員に周知を図っている。中間決算期の理事会で、事業計画の実施状況を報告し把握している。事業計画の評価・事業報告書・次年度の事業計画の策定の連動性が望まれる。事業計画は、職員の意見を集約して策定することが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を綴じたファイルを施設の玄関に設置している。コロナ禍以前は、事業計画の主な内容を家族懇親会で説明していたが、コロナの影響で家族懇談会の開催を休止している。事業計画の主な内容を家族に周知する取り組みの工夫が望まれる。</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>職員の目標管理制度等、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に関する取り組みを実施している。拠点長会議・運営会議・フロア会議等、サービス内容について評価を行う体制が整備されている。情報の公表・兵庫県のチェックリストの評価基準をもとに、年に1回自己評価を行っている。組織として評価結果を分析・検討することが望まれる。</p>		

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・b・ <b>c</b>
<コメント>  評価結果にもとづいた課題の明確化、計画的な改善策の実施には至っていない。評価結果から課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。		

## 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>b</b> ・c
<コメント>  管理者（副施設長）は 事業計画の中で、経営管理に関する方針を明示している。事業計画を、年度初めの運営会議で説明し、参加者が所轄する職員に説明・周知を図っている。職務分掌を策定し、具体的業務分担と責任の明確化が望まれる。また、 BCP・組織図・職務分掌等で管理者不在時の権限委任の明確化が望まれる。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>  副施設長は管理職研修の主催を担っており、法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。経理規定・稟議書記載事項等に基づいて取引関係者と適正な関係を保持している。法人の管理職研修や県主催の集団指導参加等、法令遵守の観点で経営に関して学ぶ研修に参加している。事業所ごみは適切に区分し委託業者に、感染性廃棄物は産廃業者に廃棄を委託して manifests を受領する等、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。内部研修で、個人情報保護法・ハラスメント禁止法等、職員が遵守すべき法令を周知する機会を設けている。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>  副施設長は、毎年、情報の公表制度や県のチェックリストを用いて、福祉サービスの質の現状について評価・分析を行い、把握した課題について運営会議で共有し改善に取り組んでいる。副施設長は、拠点長会議・運営会議・フロア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。個人面談を活用し職員意見の把握に努め、把握した課題・意見について運営会議で共有し改善に向け検討している。		

13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>副施設長は、稼働率等を「日報」として本部に報告し、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「月次実績表」としてフィードバックされ、拠点長会議・運営会議等で、財務状況等業務の効率化に向けて課題共有と解決に向け取り組んでいる。個別面談・管理職会議・フロア会議等を通じて職員の意見を収集し、非常勤職員の適正配置・有給休暇取得促進等、働きやすい環境づくりに反映している。副施設長は、拠点長会議・運営会議・管理職会議等、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。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人中・長期事業計画で、福祉人材の確保・育成に向けた方針を明示している。専門職の配置を運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「常勤人数換算表」・「組織図」等により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用、また、職員紹介制度等効果的な採用活動を実施している。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「西谷会スタッフ倫理規定」に法人として期待する職員像を明確にしている。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にし、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。年2回個別面談を行う人事考課制度を導入している。職種別「職能評価シート」により複数上位者が評価を行い、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拠点長会議で分析し、面談等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、拠点長会議で改善策を検討・実施している。昇進要件等を具体的に定めたキャリアパスシートを整備し、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。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>勤怠システムを導入し、副施設長が日々の時間外勤務等就業状況を把握し、法人本部で「勤怠台帳」で月間のデータ管理している。有給取得状況は「有給台帳」で把握・管理している。健康診断・メンタルヘルスケア診断・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。インフルエンザワクチンの費用一部補助を実施している。副施設長は、定期的に個別面談を行う機会を設け、また、リーダー等管理職が職員の相談に対応し、職員が相談しやすい環境を整備している。法人のハラスメント相談窓口も設置し周知している。面談等で把握した職員の</p>		

<p>意見や希望を採り入れ、リフレッシュ休暇の付与等福利厚生に反映している。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。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。職務分掌を策定し、労務管理に関する責任体制を明確にすることが望まれる。</p>	
<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。</p>	
17	<p>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。</p>
<p>(a)・b・c</p>	
<p>〈コメント〉</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を構築している。「目標管理シート」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「職能評価シート」の組織目標に基づいて設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。職員は、5月・11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、6月・12月の上位者面談で目標項目・目標水準・目標期限等の適切性・目標達成度を相互確認し、次期の目標設定に反映している。</p>	
18	<p>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。</p>
<p>a (b)・c</p>	
<p>〈コメント〉</p> <p>内部研修計画として年間研修計画を策定し、研修内容・スケジュール・担当者を明示している。研修内容に求められる知識や専門性を明確にしている。外部研修計画は策定していないが、案内があれば、随時参加を検討している。内部研修計画に沿って、資料配布・研修報告書提出により研修を実施している。外部研修については、参加者は「研修レポート」を作成し、事業報告書に反映している。毎年度末に研修内容やカリキュラム等の評価・検討を行い、次年度の研修内容・計画の見直しに反映させることが望まれる。</p>	
19	<p>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。</p>
<p>(a) b・c</p>	
<p>〈コメント〉</p> <p>職員個別の資格取得状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新人職員には、入職後1週間「研修日程表」沿って基本的事項に関する研修を実施し、その後6ヶ月間、「指導者として指導・見極めるポイント」チェックシートに沿ってOJTを実施し、定期的に進捗状況を新人職員・指導職員が相互確認する仕組みを構築し、今後運用を予定している。「内部研修計画」をもとにテーマ別、外部研修参加により職種別・階層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。外部研修に関し、案内の回覧・現場管理職を通じて情報発信を行い、希望者や該当者がいれば現場管理職を通じて受講を推奨している。受講時は、研修内容に応じてシフト調整・受講費負担など参加を支援している。リモート研修受講は、視聴環境整備や受講時間調整等、受講しやすいように配慮している。</p>	



II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・ <b>c</b>
<コメント> 理学療法科実習生受け入れ実績はあるが、コロナ禍のため受け入れを休止している。実習生受け入れマニュアルを整備するには至っていない。実習生受け入れマニュアルを整備し、専門職の研修・育成に関する基本姿勢・留意事項等オリエンテーションに関する内容等を明文化することが望まれる。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<コメント> ホームページで、法人の理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容等を公表している。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はWAMNETで公表する予定である。事業計画・事業報告・予算決算情報は、施設内にファイルを設置しており申請により公開する仕組みがある旨を掲示している。第三者委員を含めた苦情相談体制を施設玄関に掲示している。法人の理念やビジョン・事業所の活動内容等について、社会・地域に対してホームページで情報発信している。パンフレットを居宅介護支援事業所に配布する等、地域に広報している。苦情の内容・内容に基づく改善・対応についてプライバシーに配慮の上、ホームページ等で公表することが望まれる。また、事業計画・事業報告についても、ホームページで公表することを検討してみてもどうか。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント> 事務・経理・取引等に関するルール・権限等を経理規定・稟議書に明示している。規程ファイルを事務所に設置し、職員等に周知している。年1回、定期的に監事監査を実施し、監査結果は理事会で報告されている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。財務について、監査法人による定期的な監査支援を実施し指摘事項があれば拠点長会議で共有し経営改善を実施する仕組みがある。		

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
<コメント> 「社会福祉法人西谷会スタッフ倫理規定」に地域との関わり方について基本的な考え方を掲げ、文書化している。地域の社会資源や活動についての情報や案内があれば、施設内の掲示・設置等で利用者に情報提供している。コロナ禍以前は、地域の夏祭りに利用者が参加する際は、職員が同行支援していた。施設の夏祭りに地域の人々を招待し、ボランティアの受け入れを行い、利用者と交流する機会を設けていた。令和5年度は地域の夏祭りが再開され、施設として屋台を出店したり、介護相談のブースを設置したり、案内を配布する等、施設の理解が得られるよう職員が参加している。利用者個々のニーズに応じて適切な受診ができるよう、医療機関についての情報を提供している。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a (b)・c
<コメント> コロナ禍のためトライやるウィークの受け入れを休止していたが、今年度は受け入れを再開し、学校教育への協力を行っている。「ボランティア受け入れマニュアル」を整備している。オリエンテーションでの事前説明に関する「ボランティアさんへお願い」書面が作成され、受け入れ時に書面を配布する仕組みがある。トライやるウィークについては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、ボランティア受け入れに関する基本姿勢・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することが望まれる。		
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
<コメント> 介護保険事業所・医療機関・権利擁護相談窓口等「社会資源リスト」を作成し、事務所に設置し、共有を図っている。施設として宝塚市介護保険事業者協会・ケアマネージャー部会・地域生活支援会議等への参加を通じて、独居高齢者対応等共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。施設として給食施設連絡協議会に参加し 災害時の給食ネットワーク化に取り組んでいる。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	(a)・b・c
<コメント> 施設として、地域生活支援会議等への参加を通じて、独居高齢者対応等地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>通常は、いきいき100歳体操に理学療法士を派遣していたが休止している。地域の夏祭りに職員が参加し、地域コミュニティの活性化やまちづくりに協力している。施設として、一時避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。把握した福祉ニーズ等にもとづく事業・活動を、事業計画等で明示するとともに、コロナ禍終息後には、施設・事業所が有するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組みが望まれる。</p>		

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>法人理念、法人の職員倫理規定、介護マニュアルに、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、施設内研修（資料配布・報告書提出）を実施している。利用者尊重や人権について、実施状況を把握・評価する仕組みづくり、各種介護マニュアルへの更なる明示が望まれる。</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が行われている。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>プライバシーマニュアルを作成している。契約書・重要事項説明書に権利擁護に関する施設の取り組みを記載し、契約時に説明して利用者・家族に周知している。居室は4人部屋・2人部屋・個室があり、多床室ではカーテンで仕切り、一人ひとりの空間が確保できるようプライバシー保護に配慮している。プライバシー保護マニュアルの内容の充足（個人情報保護・守秘義務以外の内容の追記）、研修の実施、実施状況を把握する仕組みづくりが望まれる。利用者・家族にプライバシー保護についての取り組みも周知することが望まれる。</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。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設のパンフレットを多くの人が入手できるよう、病院・居宅介護支援事業所等に配布している。利用希望者には、状況や希望に応じて、自宅・施設・電話等で個別に説明している。コロナ禍のため見学対応ができない時期は、写真を用いて施設内を説明している。パンフレットの内容が充足していないため、現在見直しを実施している。</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>〈コメント〉</p> <p>「入所相談受け入れマニュアル」を作成している。契約書・重要事項説明書・各種書類を説明し、文書で同意を得ている。理解を確認しながらわかりやすい説明に努め、記入箇所に印をつける等、工夫や配慮を行っている。可能な限り利用者同席で説明し、自己決定を尊重している。契約書に「身元保証人・法定代理人・任意代理人」欄を設け、意思決定が困難な利用者への適正な説明、運用が図られている。重要事項の内容の変更については、文書で通知し、内容に応じて文書で同意を得ることとしている。</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>〈コメント〉</p> <p>「退所相談マニュアル」を作成している。家庭復帰の際は、退所前の自宅訪問時の引継ぎや要請された書類の提供でサービスの継続性に配慮した対応を行っている。退所後の相談窓口を相談員としている。退所後の相談方法や担当者についての内容を記載した文書を、利用者・家族に渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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>〈コメント〉</p> <p>3ヶ月に1回計画見直しの際に、介護支援専門員が利用者・家族に個別に聴取する際に満足把握も行っている。コロナ禍以前は年に1回家族懇談会を開催し、家族懇談会の際に全利用者の家族対象にアンケート実施していた。介護支援専門員がアンケート結果を集計し、「アンケート結果」「家族懇談会アンケート報告書」を作成していた。アンケートの定期的な実施とアンケート結果をもとに改善につなげる仕組みづくりが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。苦情相談窓口に関する事項を重要事項説明書に、要望・苦情・意見の表明についてを契約書に記載し配布し説明している。第三者委員と苦情対応の流れを玄関に掲示している。施設玄関に意見箱を設置し、コロナ禍以前は家族懇親会でアンケートを実施していた。苦情内容・対応について、「苦情受付書」に記録している。苦情処理委員会で再発防止策を検討し、議事録の「今後の対策」に記録し、内容に応じて各フロアの申し送りでも共有しサービスの質向上に取り組んでいる。第三者委員への連絡方法の明示が望まれる。苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表することが望まれる。苦情を申し出やすい工夫として、アンケートを継続してはどうか。</p>		

35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <p>重要事項説明書の「苦情相談窓口に関する事項」に、複数の相談窓口と相談方法を記載し、配布し説明している。相談しやすい、意見を述べやすいスペースの確保が望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <p>担当職員・介護支援専門員、また、その他職員も、日々のコミュニケーションの中で利用者の意見の傾聴・相談対応に努めている。把握した意見や相談については、申し送りで共有している。内容に応じて介護支援専門員や相談員に報告し、迅速な対応や利用者個々のサービスに反映できるよう取り組み、ケース記録や支援経過記録に記録している。意見・相談対応マニュアルの整備と、定期的な見直しが望まれる。利用者対象の意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設内で事故防止委員会を設置し、「事故防止マニュアル」を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書により、事例の収集・記録を行っている。事故発生時は発生要因の分析、再発防止策の検討を迅速に行い、事故報告書に記録している。事故報告書の内容を申し送りして周知すると共に、毎月の事故防止委員会でも報告し共有している。事故に関する研修（資料配布・報告書提出）を、年1回実施している。事故発生2週間後のカンファレンスを実施し、事故防止策の実施状況や実効性を確認することが望まれる。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>施設内で感染委員会を設置している。施設共通の「感染症マニュアル」を作成し、年1回見直しを行っている。感染症に関する研修（資料配布・報告書提出）を、年1回実施している。「感染症マニュアル」の「平常時の衛生管理」「発生時における対応方法」をもとに、看護師の指示のもとで感染症予防策、発生時の対応を適正に行っている。</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やっている。	a・(b)・c
<p>〈コメント〉</p> <p>防災マニュアルの災害対策組織図に、災害時の対応体制を定めている。管理者を管理栄養士とし、備蓄品一覧表を作成し、品名、数量、賞味期限などを明記している。消防署立ち合いで、年2回、施設合同の消防訓練を実施している。施設全体のBCP（事業継続計画）を現在作成中である。BCPに立地条件を考慮した災害対策・職員の安否確認の方法を明記し、職員に周知することが望まれる。夜間想定消防訓練・災害時対応訓練・安否確認の連絡訓練等も、実施することが望まれる。</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>介護サービスの標準的な実施方法を各種介護マニュアルに文書化し、利用者尊重・プライバシーへの配慮について言及している。介護マニュアルに、利用者尊重・プライバシーへの配慮についてさらに明記することが望まれる。標準的な実施方法を周知し、実施状況を確認する仕組みづくりが望まれる。</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>マニュアルの検証・見直しに職員等の意見等が反映される仕組みづくりが望まれる。各種介護マニュアルは年に1回、介護主任・介護副主任が見直しを行っている。</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>施設サービス計画の策定責任者を担当介護支援専門員としている。「生活機能（ICF）アセスメント」を用いてアセスメントを実施している。部門横断での会議が開催できない場合は、各職種からのコメントを「生活機能（ICF）アセスメント」に記載し、アセスメント・計画作成の合議としている。施設サービス計画に、利用者個々のニーズが明示されている。毎月のモニタリング（支援経過記録に記録）により、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースがあれば、多職種間で協働して支援に取り組み、経過を支援経過記録に記録することとしている。今後は、部門横断の会議での合議を予定している。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3ヶ月に1回、「モニタリング記録表」「生活機能（ICF）アセスメント」をもとに施設サービス計画の見直しを実施している。担当者会議が開催できない場合は、利用者・家族の意向、各職種からのコメントを「生活機能（ICF）アセスメント」に記載し、計画の見直しに反映している。「施設サービス計画ファイル」をフロアに設置し、更新した利用者名を明示し、更新した計画の内容を職員に周知している。計画の緊急な変更を要する場合は、日々の申し送り情報交換し、介護支援専門員が同じ手順で見直しを行うこととしている。今後は、担当者会議での合議を予定している。</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>〈コメント〉</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、介護ソフトの統一した様式により把握し記録している。日々の申し送り・申し送りノート・連絡ノートにより、フロア内の情報共有を行っている。フロア会議・運営会議・職種別会議・各種委員会等各種会議の定期開催により、部門横断での情報共有を行っている。パソコンのネットワークシステム（介護ソフト・共有フォルダ）・議事録等の回覧でも情報共有している。計画にもとづくサービス実施が明確になるよう記録することが望まれる。記録の内容や書き方について差異が生じないよう指導の工夫が望まれる。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<b>a</b> ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「個人情報保護に関する取扱いの指針」「個人情報保護規程」「運営規定」に、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正利用や漏えいに対する対策と対応、責任者等を規定している。個人情報保護に関する研修（動画研修・報告書提出）を実施している。入職時に守秘義務について説明し、誓約書を交わしている。利用者・家族に、契約書・重要事項説明書・「個人情報提供同意書」を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		
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。(特養)	<b>a</b> ・b・c
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。(養護、軽費)	a・b・c
A②	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・ <b>b</b> ・c

#### 特記事項

<p>①入所前に生活相談員が本人・家族から心身の状況や意向確認し、入所後、介護支援専門員から再度確認を行っている。内容は介護ソフトに記録し、それをもとに施設サービス計画書を作成している。利用者の好きなことや得意なものは施設サービス計画書に明記し、プログラム化し提供している。プログラムの内容は、変化があれば随時、定期的には施設サービス計画の見直し時期に検討し見直しを行っている。おしぼりを巻く、エプロンをたたむなど利用者が役割を持てるよう工夫している。起床時間、就寝時間を利用者個々の生活リズムに合わせ、生活リズムが乱れていた利用者については、規則正しい生活リズムになるよう支援している。</p>
--

②コミュニケーション能力を「生活機能（ICF）アセスメント」で把握し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置付け、利用者個々に応じた支援を行っている。変化があれば随時、定期的には施設サービス計画の見直し時に、コミュニケーション方法の検討・見直しを行っている。難聴の利用者には筆談を用いたり、意思表示が困難な利用者には返答を選択できるように簡素化した質問や返答を記入したボードを使用している。接遇研修（資料配布・報告書提出）を実施し、言葉使いや接し方について学んでいる。下の名前で呼ばれることを希望する利用者には、家族に承諾を取った上で対応し、話しやすい関係づくりを工夫している。話す内容に応じて別の席を設ける等個別に話ができる機会を作ったり、会話の不足している利用者には職員から積極的に声をかける等配慮している。今後も接遇の徹底や利用者の思いや希望の把握に、さらに取り込まれることを期待する。

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

特記事項

「高齢者虐待防止マニュアル」「報告チャート」を整備し、「報告チャート」に所管行政への届出・報告についての手順を明示している。「身体拘束マニュアル」を整備し、緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の手続と実施方法等を明記している。「事故防止・身体拘束廃止委員会」で拘束事例がないことを確認している。利用者の権利擁護のための具体的な取り組みを重要事項説明書・契約書に記載し、契約時に利用者や家族に説明している。虐待防止委員会の定期開催、チェックリストの活用等により、権利侵害防止と早期発見、取り組みについての検討、発生時の再発防止策の検討を行う仕組みづくりが望まれる。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・b・c

特記事項

清掃職員がほぼ毎日清掃を行い、エアコンの温度調整、加湿器の設置、換気により、快適な施設環境を整えている。談話室にテーブル席・ソファを設置し、3階には広いダイスペースのホールもあり、快適にくつろいで過ごせる環境である。居室のレイアウトやエアコンの温度は、可能な範囲で利用者の意向に沿えるよう配慮している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
A⑥	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c



A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	a・(b)・c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	(a)・b・c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	(a)・b・c

特記事項

⑤「生活機能（ICF）アセスメント」で心身の状況を把握し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置付け、利用者個々に応じた入浴支援を行っている。リフト浴・機械浴・個浴を設置し、入浴時は浴室に3名、脱衣場に2名職員を配置し、安全面に配慮している。同性介助を希望する利用者に対しては同性介助を行い、尊厳や羞恥心に配慮している。入浴を拒否する利用者には、声掛けをする職員を替える、時間をおいて再度声掛けする等対応している。変化があれば随時、定期的には施設サービス計画の見直し時に、入浴方法の検討・見直しを行っている。入浴前のバイタルチェックにより、入浴の可否判断を行っている。入浴できない場合は、シャワー浴・部分浴・清拭で対応している。入浴順は曜日毎や利用者の希望に応じて変更している。感染症の場合は、医師に確認し、順番に配慮している。入浴日以外の日でも、入浴が必要な利用者については対応している。

⑥「生活機能（ICF）アセスメント」で心身の状況を把握し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置付け、利用者個々に応じた排泄支援を行っている。変化があれば随時、定期的には施設サービス計画の見直し時に、排泄方法の検討・見直しを行っている。排泄パターンの把握、オムツ対応の利用者のトイレでの排泄、水分摂取量のチェックと水分摂取の促し等、自然な排泄につながるよう支援している。トイレは男女別になっており、広いスペースが確保されている。見守りが必要な利用者にはあらかじめ了解を得てから見守りを行い、見守り介助が必要でない利用者には扉の外で待機したり、声掛けの声の大きさに留意する等、羞恥心に配慮している。排泄記録で尿便の状態を記録し、異常がある場合、看護師に連絡している。排泄パターンの把握、利用者の動きのパターンの把握、居室のナースコールの設置等、排泄の要望に早く対応できるようにしている。

⑦「生活機能（ICF）アセスメント」で心身の状況を把握し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置付け、利用者個々に応じた移動・移乗支援を行っている。変化があれば随時、定期的には施設サービス計画の見直し時に、移動・移乗方法や福祉用具の検討・見直しを行っている。車いす・歩行者・シルバーカー等の福祉用具を用意し、個々の状態に合せ提供している。利用者の安全な移動のため、実際に介助している場面の写真を撮影して居室の壁に掲示し、介助方法の変更時には写真の撮り直しを行っている。館内は広い動線が確保されており、利用者が移動しやすい環境となっている。各利用者が移動しやすいように、座席の位置にも配慮している。共用空間に職員を配置し、居室にナースコールを設置する等、移動の要望に早く対応できるようにしている。

⑧利用者の衣類はリース服対応となっており、汚れた際は速やかに更衣している。色とサイズは選べるが、リース服のため、個性や好みへの対応や起床時・就寝時の更衣は行っていない。季節によってベストやひざ掛け等の持ち込みを可能としている。衣類の着脱時の支援は、利用者個々の状態に合わせて行っている。

⑨契約時に、施設内での訪問理美容について説明し意向を確認している。月1～2回の訪問理美容の日を設け、共用スペースに実施日を掲示し情報提供している。髪型等は利用者と美容師が相談して決めている。毎朝の整髪や髭剃りで支援が必要な利用者には介助を行っている。コロナ禍以前は、家族同行での理髪店や美容院の利用は可能としていた。

⑩居室は4人部屋・2人部屋・個室があり、多床室ではカーテンで仕切り、出来る範囲でプライバシーを確保している。個室では利用者の希望に応じて、環境を整備している。寝具はリースであるが、毛布・タオルケットは施設で準備しており、希望に応じて提供している。私物の持ち込みは可能であるが、洗濯は家族対応としている。同室者に不眠等で影響がある場合、空き部屋の使用や共用スペースで過ごしてもらう等の対応を行っている。

		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

⑪委託の給食業者が作成した献立案を、管理栄養士が確認しメニューを決定している。温冷配膳車を使用し、適時適温で提供できるよう配慮している。食事中に音楽を流したり、座席の配置を配慮し食事環境を整えている。月2回行事食や世界各国の料理を献立に取り入れ、食事が楽しめるよう取り組んでいる。主食を選択制にし、ごはん・お粥・軟飯・雑炊を利用者の嚥下状態や希望に応じて提供している。衛生管理については、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて行っている。

⑫「生活機能（ICF）アセスメント」で心身の状況を把握し、ニーズに応じて施設サービス計画に位置付け、利用者個々に応じた食事の提供・支援を行っている。変化があれば即時、定期的には施設サービス計画の見直し時に、移動・移乗方法や福祉用具の検討・見直しを行っている。利用者の状態に合わせて、粥・刻み食・ミキサー食等を提供し、施設医・看護師と相談し療養食の提供も行っている。機能訓練士と連携し、クッションの使用等で姿勢の保持を行い、利用者の心身負担の軽減に努めている。自助具や滑り止めマットを使用し、可能な限り自力摂取できるよう配慮している。言語聴覚士と連携し、食事形態の調整等により経口摂取を継続するための取り組みを行っている。NSTマニュアルと食事介助マニュアルを整備し、月1回NST委員会を開催し、利用者の心身の状況について検討し、食事提供の見直しを行っている。誤嚥・窒息などの事故対応マニュアルを整備し、事故発生の対応方法を周知徹底することが望まれる。

⑬口腔衛生管理加算を算定しており、月2回歯科衛生士による口腔ケアを実施している。口腔ケアの内容を「口腔機能維持管理に関わる指導内容」に明記し、介護職員もサービス提供できるようにしている。NST委員会（栄養サポートチーム）で口腔ケアについての研修（資料配布・報告書提出）を行い、周知を図っている。口腔内の状態は口腔ケア時に確認し、必要に応じて介護ソフトに記録している。3ヶ月毎にモニタリング、評価、見直しを実施している。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c

特記事項

褥瘡対策委員会を設置し、月1回委員会を開催し、フロアでの褥瘡発生者の把握・体位交換者のセレクトを行っている。褥瘡対策委員とNST委員（栄養サポートチーム）を中心とし、褥瘡発生時の対応の流れを決めている。褥瘡対策としてセラピスト・看護師・介護職員・管理栄養士と協力し、体位交換の実施・マットレスのセレクト・ポジショニング・栄養補助食品の提供を行っている。褥瘡の評価や処置はLIFEで管理し、看護師が主体となり処置を行っている。褥瘡対策のための指針・マニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

非該当

		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

機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士の専門職者が常勤で配置され、利用者個々の状態に応じて専門職者が個別機能訓練計画書を作成している。本人の状態、短期・長期目標、リハビリの方針、本人・家族への生活指導の内容等を明記しており、具体的な支援内容になっている。個別機能訓練計画書に沿って、日常生活動作の指導、個別訓練、集団体操、作業活動等を実施し、介護ソフトに記録を行い、3ヶ月毎に評価、見直しを実施している。判断能力の低下や認知症の症状の変化の早期発見に努め、施設医・専門病院の連携など必要な対応を行っている。

		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

<p>入所前に生活相談員が本人・家族から心身の状況や意向を確認し、入所後に介護支援専門員から再度確認を行っている。内容は介護ソフトのフェイスシートに記録している。支援内容は、施設医・看護師・介護職員・セラピスト（機能訓練士・作業療法士・言語聴覚士）・介護支援専門員がカンファレンスやミーティングを通じ検討している。認知症の研修（資料配布・報告書提出）を実施し、認知症の利用者への理解を深め、支援するよう配慮している。BPCDがある利用者には、介護ソフトのケア記録で経過観察を行い、症状の改善が難しい場合には施設医に相談し、専門病院での入院・加療につなげることもある。活動として、個別の状態に応じた体操やリハビリ、色塗りの提供やグループでの活動メニューを用意し提供している。3階は認知棟となっており、テーブル席の談話室、広いデイスペースがあり開放的で安心できる環境作りを行っている。</p>		
--	--	--

		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

<p>「急変時対応マニュアル」の「手順とフロー」に、利用者の体調変化時の対応手順を記載している。施設医師・協力医療機関との連携体制を整備している。毎日の検温、入浴日のバイタルチェックで健康確認を行い、健康状態を介護ソフトに記録している。バイタルチェック・看護師のラウンドにより、利用者の体調の変化や異変の兆候の早期発見につなげている。看護師が薬の確認とセット、服薬介助と確認を行い介護ソフトに記録している。高齢者の健康管理・病気・薬や、体調変化時の対応について研修を実施することが望まれる。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A19	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

<p>「ターミナルケアマニュアル」を整備し、ターミナルケア研修（資料配布・報告書提出）を実施している。終末期を迎えた場合、施設医が家族に病状を説明し、家族の意向確認を行っている。家族に施設での終末期ケアの希望があれば、ターミナル契約書で契約を行い、看取りに向けた施設サービス計画を作成し、家族の同意を得て終末期ケアを開始している。経過については、支援経過記録に記録している。週に1回開催される判定会議後に、終末期の利用者の状況を報告し情報共有している。多職種の連携を密にし、職員の不安の軽減・精神的ケアに努めている。</p>		
--	--	--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族との連携		
A⑳	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・b・c

特記事項

<p>変化があった時等、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう、電話・メール等伝達方法を工夫している。定期的には3ヶ月に1回、施設サービス計画を見直す際に、必要時は随時に、介護支援専門員がサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設け、支援経過記録に記録している。面会・電話・オンライン面会等、利用者と家族がつながりをもてるよう支援している。家族に対し、定期的に利用者の状況を報告することが望まれる。</p>
---

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・b・c
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a・b・c
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a・b・c

特記事項

<p>①コロナ禍以前は、有償ボランティアや職員で病院受診等の外出支援を行っている。その他の外出については、基本的には家族対応としている。また、地域の祭りの実行委員会に職員が参加し、祭りのブースに出店したり、利用者と共に参加してた。外出・外泊マニュアルを整備し、安全確保に配慮している。地域の情報を収集し、利用者に提供することが望まれる。</p> <p>②携帯電話の持ち込みを可能としている他、施設の携帯や、公衆電話を使用できるようにしている。手紙の申し出については便箋類を用意している。郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。</p> <p>③新聞・雑誌の個人購入は対応可能である。施設でも新聞・雑誌を用意し、共用スペースに設置している。テレビはレンタルで貸し出し、居室に設置できる。また、テレビは共用スペースに複数台設置している。</p>
--