

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： 介護福祉施設 岩井あすなろ	種別： 特別養護老人ホーム（従来型）	
代表者氏名：（施設長）坂本 資明	定員： 38名	
所在地： 鳥取県岩美郡岩美町宇治1034番地		
TEL： 0857-72-3571	ホームページ： https://t-asunaro.jp/kourei/	
【施設の概要】		
開設年月日： 平成6年4月21日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 あすなろ会 理事長 濱崎 淳子		
職員数	常勤職員： 37名 非常勤職員 17名	
専門職員	施設長 1名 介護士 7名	
	介護士 22名 調理員 5名	
	看護師 5名 事務員 1名	
	理学療法士 1名 清掃員 4名	
	ヘルパー2級 2名	
施設・設備 の概要	居室（2人部屋） 3部屋 男子トイレ（車椅子対応） 2ヶ所	
	居室（4人部屋） 8部屋 女子トイレ（車椅子対応） 2ヶ所	
	面会室 1ヶ所 大浴場 1ヶ所	
	医務室 1ヶ所 特殊浴槽 1ヶ所	
	介護士室 1ヶ所 一般浴槽 3ヶ所	
		送迎車（リフト車） 4台
		送迎車（普通車） 1台

③ 理念・基本方針

◇法人理念

私たちは、あすなろの木にふりそそぐ光と水のように、愛情と使命感を持ち地域福祉の未来を創造します。

◇法人基本方針

- 1 ご利用者へより質の高いサービスの提供を行い、満足されるものとします。
- 2 職員の資質向上を図り、愛情と使命感で働きがいのある職場とします。
- 3 地域の意見を反映し、地域とともに発展する社会福祉法人を目指します。
- 4 法人事業の継続性を強化し、事業を総合的に運営するための具体的方策を推進します。

◇事業所運営方針

介護保険法令に従って利用者が居宅において可能な限りその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう適切な支援を致します。

◇事業所運営理念

- 1 経営基盤の安定・・・将来にわたって継続的かつ安定的な経営基盤を確立する。
- 2 福祉サービスの充実・・・質の高い福祉サービスを安定的に提供する。
- 3 地域社会との連携・・・地域福祉の担い手としての社会的役割を果たし、社会及び地域への貢献に寄与する。
- 4 質の高いサービスを提供する人材の育成と確保・・・安定的、継続的なサービスの提供を行うため、その基盤となる人材の確保と育成及び定着を推進する。
- 5 職場環境の整備 …仕事に誇りを持ち、全職員がその能力を十分に発揮できる職場環境の整備、改善を行う。

④ 施設の特徴的な取組

- ・利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように支援されています。
- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って公正にケアが行なわれています。
- ・利用者の尊厳を守り、安心して生活できるサービスの提供を目指されています。
- ・常にサービスマナー、介護技術の向上ができるよう、積極的な研修参加への促進しておられます。
- ・38床を2つのグループに分けてグループケアを実施して、ゆったりとした生活を送って頂いておられます。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年8月1日（契約日） ～ 令和4年12月2日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成23年度）

⑥ 総評

<特に評価の高い点>

- ・法人理念・基本方針や業務マニュアルを掲載した職員必携を職員全員が所持され、いつでも確認することができます。
- ・人事考課制度が導入されており、職員一人が目標設定し、年2回の面談の際には上司と振り返り、評価が行われ次年度へと繋げておられます。

・施設全体として風通しの良い職場環境作りを目指し、職員の意見が聴けるような体制を整えるよう努めておられます。

また、ユニット会議等でもリーダーは職員の意見を引き出せるように努めておられます。

・身体拘束ゼロマニュアルに沿った対応を行ない、法人全体で身体拘束ゼロ宣言をされており、利用者個々の尊厳を大切にされたサービスを提供されています。

<改善を求められる点>

・従来からの多床室がありますので、それぞれのプライバシー保護という観点からは難しい場面もあると思いますが、これからもマニュアルの見直しを続けながら、一人ひとりが快適な住空間になるような工夫や配慮に期待します。

・サービスの質を維持する為、定員38名を36名で運営実施される等、利用者本位のサービス提供を心掛けておられますが、高齢化が進む社会情勢の中で、職員確保は重要な問題になっています。法人全体でも取組まれておられますが、更なる職員への処遇改善策を、国や自治体に対して要望を継続して頂く事を望みます。

・職員不足という事もあり、スーパーバイザーが多忙となり力を十分に発揮できない事が課題です。経験や知識が多い職員が多く中心となり、より一層の水準確保されることに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

入所者一人ひとりの方が安心した施設生活を送っていただける様、引き続きプライバシーへの配慮に努めたいと思います。

利用者本位のサービスを引き続き提供できるためにも、職員研修の充実、風通しの良い職場環境作りに努めます。

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（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> <p>理念・基本方針は明文化されており、法人ホームページ、パンフレット、施設広報誌に掲載されています。</p> <p>職員には年度当初の全体会において継続した理念の周知が行われており、職員全員に渡されている職員必携にも掲載しいつでも確認できるようにしておられます。</p> <p>利用者・家族には利用開始時に契約書・重要事項説明書を用い説明し伝えられています。また、施設内に掲示もされています。</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事業経営を取りまく環境と経営状況が的確に把握・分析している。	a
<p><コメント></p> <p>WAMNET新着情報配信サービス（毎日配信）の閲覧や、全国老人福祉施設協議会や鳥取県老人福祉施設協議会に加入し社会福祉事業全体の動向や把握に努め、岩美町地域福祉計画に策定委員として施設長が参画され、地域における各データの把握が行われています。</p> <p>毎月の利用率や利用状況を把握し代表者会で報告し分析されています。</p> <p>各種関係団体や法人が主催する研修に参加する等、福祉を取り巻く環境や動向について情報収集をされています。</p> <p>施設長は代表者会議、研修等で把握した内容について、職員に報告し周知、理解が図られています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体の経営課題については毎月の施設長会や月2回開催される経営企画会議において協議されています。</p> <p>施設内においては代表者会、安全衛生委員会を毎月開き、課題や問題点を検討・共有され、事業別ごとの部会においても情報共有や課題解決に取り組まれています。</p> <p>また、毎月法人本部に稼働状況や試算表の提出が行われ共有・検討されています。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体で中・長期計画が5年毎に策定されています。各部会の役割を分担し実践の評価、問題点の解決、改善が図られています。</p> <p>理念・基本方針の実現に向けたビジョンを明確にし、施設内でも法人の中・長期計画に基づいて策定されています。</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>法人の中・長期計画を基に各拠点区分に拠点事業計画が策定されており、職員必携にも綴られています。代表者会議においてフィードバックを行ない、最終的に拠点の事業報告をされ、評価が行われています。</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>法人、事業所の理念、基本方針を基に拠点事業計画が策定されおり、毎月の代表者会において、実施状況報告、評価も行ない、状況の共有が図られています。</p> <p>拠点事業計画は年度当初に職員会議で周知が図られ、職員必携にも綴られます。</p> <p>次年度に向け職員の意見を聞く機会も設けられており、検討・協議が行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画はホームページや年度当初の広報誌に掲載されており、拠点事業計画については、事業所内に掲示され、利用者への周知が図られていますが、今後利用者・家族等がより施設の理念・基本方針が理解し協力頂ける様資料作成等の工夫に期待します。</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
<p><コメント></p> <p>毎年利用者及び家族満足度アンケートを実施され、結果は館内にも掲示されています。</p> <p>法人内部監査の実施や部署別において、接遇チェック、虐待自己チェックシート等を定期的に実施されており、各委員会でも検討し、改善に向け話し合われています。</p> <p>また、人事考課制度もあり、年2回の自己目標の設定や評価を行ない、振り返りをしながら、次へと繋げていく仕組みがあり、上席や施設長との面談においても質の向上に向けた取り組みが行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画に基づき法人内部監査を受審しており、指摘点については改善策を検討し改善されます。</p> <p>毎月の代表者会や各部署におけるユニット会、リーダー会において改善策の検討や取り組みが行われ、結果については職員に情報共有されています。</p> <p>利用者満足度調査、家族アンケート等についてはそれぞれの結果を分析し、課題の改善について検討し、具体的な改善計画書等を作成しておられます。</p> <p>改善計画書に基づいた行われ、再評価も実施しながら計画を見直しも行なわい事業所全体で取り組まれています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>管理者は自らの役割と責任を年度当初に広報誌に掲載され、職員には代表者会や職員全体会において表明され周知されています。</p> <p>職務分掌表は毎年見直しが行われ、事務所内に配置しいつでも、誰でも確認できるようにされています。</p> <p>また、BCP計画や各マニュアルを作成され、毎年見直しも行なわれています。職員全体会を通じて計画の重要性について周知が図られています。</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
<p><コメント></p> <p>施設長は、福祉施設専門講座を受講し毎月の施設長会にも参加し学び、施設内安全性衛生委員会を通じて取り組みが行なわれています。</p> <p>施設の運営に関する基準を遵守させるために、法令遵守マニュアルが載った職員必携を全職員に所持させ、随時確認できる体制整えられており、職員全体会の際に研修も実施されています。</p> <p>常に直ぐ確認できるよう、デスク直ぐ後ろに法令関係書籍を用意し、必要毎に確認しておられます。</p> <p>また、修繕や購入など利害関係者との適正な関係を保持する為、適宜本部事務局へ伺い対応されています。</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
<p><コメント></p> <p>施設長はサービスの質の向上を目的に、時間が取れば施設内の巡回や実際に現場に入り介護業務を行う等行っておられます。</p> <p>事故防止検討委員会等の施設内の各委員会にも参画し、都度改善策等の指示を行われており、全職員から意見を吸い上げられる様、常に伝え全職員で施設を作り上げる意識を高める様に指示しておられます。</p> <p>各研修への積極的な参加を促し職員一人ひとりの資質向上を目指しておられます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>毎月の安全衛生委員会や代表者会議を通じて職場環境の検討や改善、運営状況の確認、検討を行い改善策が講じられています。</p> <p>トップダウンのみならず各職員の気づきを促す、構築する様に常日頃から全職員へ会議等を通じて指示しておられます。</p> <p>働きやすい風通しの良い職場環境になるよう職員とのコミュニケーションを深めて行く努力をされています。</p> <p>I C Tの導入により業務の事務的時間の効率化にも取り組まれています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画で人材の育成と確保に向けて採用計画を立てながら取り組み、人材確保は法人が窓口となり各就職説明会やホームページ、ハローワークで求人募集が行なわれています。</p> <p>必要な人材や人数においては適宜法人本部と協議しながら、人材確保に向けて実習生の受入れも実施されています。</p> <p>法人全体の研修委員会が設置されており、研修委員会の立案された研修計画に基づき、人材育成の研修会等が実施されています。</p> <p>採用後のプリセプターシップや奨学金制度（日本語学校、介護福祉士試験）など人材育成の定着に努めておられます。</p>		
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> <p>法人の倫理綱領に役割や責務を明確化しており、職員必携にも綴られています。</p> <p>人事考課制度を法人全体で取り組んでおり最低滞留年数や各段階の能力に求められる事等、職務基準書が各専門職で等級別に作成されており、年2回の前期と後期に確認、評価、面談を行い、個々の目標の進捗状況をフィードバックして自ら将来の姿を描けるよう取り組んでおられます。</p> <p>考課者研修も毎年行ない、体制が整えられています。</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
<p><コメント></p> <p>年2回の全職員に対する面接、年1回の自己申告書により意向や把握され、職員個々のライフステージに応じた働き方に反映され働きやすい職場づくりに取り組まれています。</p> <p>有給休暇取得の促進やノー残業デイの設定、イクボス、ファミボス宣言、ストレスチェックを年1回実施し、職員へのフィードバックが行なわれています。</p> <p>総合的な福利厚生として、職員主体で職員互助会を運営し、給付事業のほか余暇活動を充実させるための事業を計画し、職員の福利厚生に努めておられます。</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
<p><コメント></p> <p>各段階の職員に対し、職務基準書により期待する職員像を明確にしながら、年2回の面接時に目標評価や次期目標設定等を定期的実施しておられ、面談の際には研修の希望も聞いておられます。</p> <p>法人全体での取り組みにて研修委員会による職歴や等級等に細分化された研修を実施しておられます。</p> <p>新人職員や異動職員においてはプリセプターシップにて個別での指導も実施しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体として基本方針や中・長期計画に明示し、法人研修委員会を中心に法人全体の取り組みとして等級別や職階別の研修が実施されています。</p> <p>施設内においても運営基準に定められている虐待防止研修や身体拘束適正化研修等、年間研修計画を策定し実施しておられます。</p> <p>職員全体会に直接出席できなかった職員に対しては会議録閲覧時に感想の記載を求める等、事業所内での情報共有に努められています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員の習熟度に応じた研修への参加を促したり、研修への情報提供、個別で見つけてきた研修への参加を承認する等、積極的な研修受講を勧めておられます。</p> <p>受講した研修の一覧やスキルアップ目的にて研修計画シートや生涯研修（キャリアアップ）計画シートを活用して把握されています。</p> <p>新人研修、異動職員にはプリセプターシップを活用されOJTで指導されています。</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> <p>コロナ禍に於いては、予定されていた実習も法人フェーズ対応により急遽中止もありますが、可能な場合は積極的に受入れをしておられます。</p> <p>また、地元高校へ介護実習講師として職員を派遣も行われています。</p> <p>実習マニュアルを法人全体で作成し活用され、定期的に見直しも行われています。</p> <p>実習指導者に対し各種学校への研修参加や新規指導者養成研修にも参加させておられます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人ホームページやWAMNETへ法人理念、基本方針、予算、決算状況、提供している全福祉サービスの内容等を公開しておられます。</p> <p>施設に於いては、広報誌を定期的に発行し公民館等にも送付しておられます。</p> <p>家族等には、毎月の入所者の状況報告を行い共有しておられます。</p> <p>第三者評価受審状況は重要事項説明書へ明記し、苦情対応に対して必要毎に施設内へ掲示し公表しておられます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人で経理規定などを策定整備し、規定に基づき日々の経理処理が行われています。</p> <p>法人外部の公認会計士に法人内各施設の経理報告・内部監査をし、経理実施状況の確認を定期的に行い、経営改善に努めておられます。</p> <p>施設内では誰でも閲覧できるよう規定集、職務分掌表をファイリングし明確にしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人中・長期計画で地域社会との連携に向けて目標設定し、拠点事業計画にあげて取り組んでおられます。</p> <p>岩井あすなる救護協力会を中心として、定期的または必要時に、協力して頂ける関係を構築しておられます。</p> <p>現在は、法人の定めた感染予防対策のガイドラインに沿い可能な範囲で交流を実施しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルを作成し、受入れ実施しておられます。</p> <p>コロナ禍に於いては、法人のガイドラインに沿い、感染症対策を行いながら、適宜受入れ実施されています。</p> <p>今年度も感染症対策を行いながら中学生の職場体験は行なわれました。</p> <p>また、施設玄関の門松作りが行われる予定です。</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 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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスを提供する上で必要な関係機関、団体の機能や連絡方法は把握されており、施設自身も地域のネットワークの一員として各種事業に参画しておられます。</p> <p>消防・警察・役場等すぐに連絡する必要のある関係機関の番号が載っている「暮らしの電話帳」が各部署に置かれています。</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 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> <p>介護施設としての専門性、多様な職種の専門知識を活かし、地域の高校生の福祉学習等に寄与しておられます。</p> <p>また、岩美町ボランティアセンター活動推進協議会（にこにこネットワーク）の委員として運営に関わっておられます。</p> <p>できるだけ、幅広い年齢層から話が聞ける機会が持てるよう努められています。</p> <p>毎月の公民館だよりを見て公民館活動の清掃活動に参加されたり、地域交流センターの貸し出しも行ない、公民館主催の活動もされています。</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
<p><コメント></p> <p>岩美町の地域福祉活動計画の策定にあたり推進委員として施設長が参画を行い、地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。</p> <p>地域と連携し、計画的に事業、活動を行っており、事業計画にも明示しておられ、毎月の公民館だよりを見て公民館活動の清掃活動に参加されたり、地域交流センターの貸し出しも行ない、公民館主催の活動もされています。</p> <p>法人として、えんくるり事業に参加して生計困難者に対する相談支援事業が行なわれています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人として倫理綱領等が策定されており、全職員に配布しておられます。</p> <p>施設単位で年間計画を作成し研修を実施するとともに、定期的なチェックにより状況の把握や評価が行なわれています。</p> <p>職員それぞれが定期的なチェックをすることによって、自分自身のケアの振り返りができ、誰でも同じサービスが提供できる共通理解へと繋がっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>倫理綱領 に利用者のプライバシー保護が明示されており、プライバシー保護マニュアルも整備されています。</p> <p>職員必携にも添付してプライバシー保護に配慮された支援が行われています。</p> <p>利用者・家族等の判断能力が十分でない場合は身元引受人又は法定代理人に対し説明等を行いサービス提供が行なわれています。</p> <p>従来型の特養は多床室になるためプライバシーの確保は難しい点があるが、カーテンを閉めることで互いのプライバシーが確保されています。</p> <p>しかし、設置のトイレが古く、使い勝手の面で課題もありますので検討されることに期待します。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>利用希望者への問い合わせに対し、説明や見学には適宜対応しておられます。</p> <p>公共施設へのパンフレットは公平を期す観点から置いてもらえないので、法人のホームページを充実させ、全ての人に対して分かりやすいように工夫し情報提供しておられます。</p> <p>コロナ禍で、居室スペースに案内が出来ない場合は、タブレットを使用し映像をお見せして分かりやすく情報提供しておられます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>サービスの開始、変更の際し、入所契約書や重要事項説明書等を示し丁寧に説明し同意を得るようにしておられます。</p> <p>利用者・家族等の判断能力が十分でない場合は身元引受人又は法定代理人に対し行っている。</p> <p>ケアプランの変更時には家族にも事前に要望を伺い、コロナ禍で郵送になりますが確認して頂き同意を得られています。</p> <p>また、重要事項説明書、料金の変更時においても同様に説明され同意を得ておられます。</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
<p><コメント></p> <p>特養においては、終の棲家としての側面もあり、他施設や家庭へ移行希望したいニーズや事例がほぼありません。</p> <p>医療機関の入退院時には、関係者と連携し医療・福祉サービスの継続性には配慮しておられ、地域連携室と連携が取られています。</p> <p>移行後も心配事や気になる事柄が発生した場合は、気軽に相談できる事について案内しておられます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みとして、年1回、利用者・家族等へ満足度調査を実施され、結果を分析・評価して、玄関等に結果を掲示しておられます。</p> <p>利用者は参加できていませんが、家族会表が検討会議に参加頂き利用者の代弁を行って頂いています。身体拘束・虐待防止委員会に家族代表に入って頂いていいいます。</p> <p>意見箱の設置もあります。</p> <p>利用者とは日頃から「よろず相談」の時間を持ち、話を聞きき要望等を確認しておられます。</p> <p>また、嗜好調査も毎年1回管理栄養士が主となり実施し代替食等の食事提供の参考にする他、給食委員会等で検討した内容を記録に残して反映させておられます。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>法人の苦情解決規程に定められている項目に基づき苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置・苦情受付担当の設置・第三者委員の設置）が整備されており、利用者・家族等には契約時に重要事項説明書を使用し丁寧に説明を行い、事業所内にも掲示されています。</p> <p>相談苦情等対応マニュアルも作成されており、マニュアルに従い行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等には、日頃からどの職員にでも気軽に相談できることは伝えておられ、職員側も日常生活の中で利用者と触れ合う際に意向等を伺うようにしておられます。</p> <p>相談室も用意されており、プライバシーに配慮しながら、安心して相談や意見が述べる事ができます。</p> <p>町の介護相談員（2名）の受入れも定期的に行なわれていましたが、コロナ禍で一時受入れが中断されています。</p> <p>家族等につきましては、面会時やプラン更新時等に意見等をお伺いするようにしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>相談苦情等対応マニュアルを整備し、利用者からの相談や意見の把握に努め、組織的かつ迅速に対応しておられます。</p> <p>些細なことでも上司に連絡をし、判断を仰がれています。</p> <p>マニュアルの見直しは毎年行なわれています。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、事故防止の為に、ヒヤリハット報告や事故報告を用いて、毎月、委員会を開催し、事故の検証と再発防止策の検討が行なわれています。</p> <p>事故防止検討委員会を中心に施設内や利用者の安全を検討されています。</p> <p>結果は各部署でも確認し、施設全体の事例を回覧等で全職員にフィードバックし周知が図られています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告、新聞、報道等の事例収集し安全・安心な福祉サービスの提供を行われています。</p> <p>マニュアルは毎年見直しを行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人で「感染症・食中毒の予防・まん延防止に関する指針」及び「感染症の予防・まん延防止マニュアル」が作成されており、発生時にはマニュアルに沿い適切に対応しておられます。</p> <p>新型コロナウイルス対応マニュアルも作成され、看護師が中心になって感染予防に努めておられます</p> <p>マニュアル担当各部会で毎年見直しを行われています。</p> <p>年4回感染対策委員会・年2回職員全体会で感染症対策研修実施されています。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<p><コメント></p> <p>消防計画、土砂災害浸水避難計画を策定し、地震や浸水被害に対応する避難訓練も定期的を実施しておられます。</p> <p>岩井あすなろBCP計画（火災、地震・津波・土砂災害、風水害、新型コロナウイルス）を策定されています。</p> <p>防災計画等を整備し、行政・消防署・警察・公民館・地域等と連携を取り避難訓練も行なわれています。</p> <p>食料の備蓄もあります。</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
<p><コメント></p> <p>法人理念、倫理綱領、事業計画の基本方針に利用者を尊重した介護計画により福祉サービスの提供を明示されています。</p> <p>利用者へのサービス提供を実施するための各種マニュアルが整備されており、マニュアルと連動した自己ケアチェック表を用いて確認できる仕組みとなっています。</p> <p>サービス提供の手順書を作成され介護計画に沿ってプライバシーに配慮したサービス提供されています。</p> <p>標準的なケアが、どの職員が行なっても同様に提供できるようプリセプターシップや研修でも確認し、サービス提供が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人内中長期計画において、「各マニュアルの見直しと継続について」、継続審議中です。</p> <p>また、毎年、各マニュアルは各部門の担当部会で見直しが行われています。</p> <p>サービス提供について介護計画の課題を毎月のモニタリング・6ヶ月に1回、評価・見直しを行ない、状態変化がみられた時は介護計画を変更されます。</p> <p>職員はマニュアルやサービス提供内容の変更点については、共有され支援されています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状態、病歴、日常生活動作、食事形態、地域との関わり等の定められたアセスメント様式に基づき、利用者・家族等、計画作成者、看護師、理学療法士、医師等関係する多職種で福祉サービス実施計画を策定するための体制を確立しておられます。</p> <p>ケアプラン実施状況は介護ソフトのケース記録に保管されています。</p> <p>入浴拒否等の支援困難ケースの対応については、検討会を開催し、計画を作成し、ご家族の協力のもと、適切なサービスを提供している。</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
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画については、計画と見直しに関する手順を定め実施されています。</p> <p>ケアプランは、介護ソフトのケース記録をもとに6ヶ月ごとにモニタリング報告書を作成し、計画作成担当者を中心とした会議で、サービスの効果や成果を判断しながら、評価・見直しが行われています。</p> <p>入院時や利用者の身体状況に変化が現れた時は、多職種による随時の見直しが行われます。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>法人は介護ソフトを法人内で統一し、記録の記載方法についても介護ソフト記録マニュアルを参考に統一化が図られ、個人ケアプランのサービス実施状況や必要事項を記録、保存されています。</p> <p>また、介護ソフト導入とネットワーク化されたことにより、利用者の状況等を事業所内で情報共有しておられます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「個人情報に関する基本規則」を基に、文書取扱規程を定め管理されています。</p> <p>「個人情報の利用目的」により利用者、家族に個人情報の取り扱いについて説明され同意を得ておられ、施設内に掲示しておられます。</p> <p>職員は「個人情報に関する誓約書」により誓約を交されています。</p> <p>職員は利用者の個人情報保護について法令順守マニュアルや守秘義務、個人情報保護等の確認をされ共有されています。</p>		

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> <p>ケアプランで立案し実施しておられます。</p> <p>毎月チーム会で個人の処遇についても検討し周知できるよう努められています。</p> <p>ケアプラン立案時は本人・家族等に意向を確認し、意思疎通困難な利用者に対しては、日々の生活の中で推察し、ご本人に合わせた生活が提供できるよう検討されています。</p> <p>本人の意思を大切にしながら、日課の支援を行い、生活リズムを作り、一日一回は寝たきりの方も体を起して頂けるよう、できる範囲で離床をして頂き、快適に過ごせるよう心掛けておられます。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>ケアプランで立案し実施しておられます。</p> <p>毎月チーム会で個人の処遇についても検討し周知できるよう努めておられます。</p> <p>難聴の利用者には筆談や言葉カードを作成したり、視力障がい利用者にはクロックポジション等を使用して皿の位置等の説明が行なわれています。</p> <p>コミュニケーション方法等は、マニュアル等を使用し介護士会でも研修が行なわれています。</p>		

1- (2) 権利擁護		
A③	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
<p><コメント></p> <p>法人で身体拘束ゼロ宣言をしておられ、現在該当の利用はおられません。</p> <p>高齢者虐待マニュアルに記載し職員必携に揚げておられます。</p> <p>施設職員全体会で虐待防止研修を行い啓発しておられます。</p> <p>職員に虐待防止チェックリストを実施しフィードバックしておられます。</p> <p>毎月ユニット毎に、不適切ケアチェックを実施しケアの質の向上に努めておられます。</p>		

A-2 環境の整備

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
<p><コメント></p> <p>冷暖房完備し、温度計を設置して管理しておられます。</p> <p>馴染みの関係が作れるテーブル席にしたり、多床室の為、利用者同士の相性等も鑑みながら部屋決定を行っておられます。</p> <p>入所前に自宅での生活環境や生活歴、趣味、嗜好を聞き取り、ケアプランやケアに活かせるよう努めておられます。</p> <p>多床室の為、ベッドスペース毎にプライバシーカーテンを設置し、本人の意向に合わせながら利用しておられます。</p>		

A-3 生活支援

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
<p><コメント></p> <p>入浴ケアマニュアルに沿って入浴ケアが行なわれており、プライバシー保護の観点から、身体をタオルやバスタオルで覆うよう配慮しておられます。</p> <p>利用者個々の配慮点については、ケアプランに掲げ安全に配慮した保清が出来るようしておられ、入浴中は必ず傍で見守りを行い安全に入浴できるよう努めておられます。</p> <p>入浴形態等は利用者本人に合わせた入浴が行えるよう入浴方法や入浴機種等の検討を行い、個別入浴表に表記して行われており、ユニット会等で検討し適宜見直しが行われています。</p> <p>入浴前には、機器の安全点検、脱衣室や浴室の室温調整も行い、利用者の検温や体調確認を行い、変わりがある場合は医務と相談し清拭や中止、日程変更等が行なわれます。</p> <p>入浴を拒まれた場合にも日程変更や清拭等で対応しておられます。</p> <p>感染症を踏まえた入浴順も取られています。</p>		

A⑥	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
<p><コメント></p> <p>排泄ケアマニュアルに沿いながら排泄ケアの支援が行なわれており、プライバシー保護にも配慮されています。</p> <p>利用者個々の配慮点については、ケアプランに掲げ、毎月のチーム会で個々の排泄等も見直しの検討を行い、変更時は排泄表を更新して周知できるよう努めておられます。</p> <p>記録を行い利用者個々の排泄パターン、排泄量を把握し、おむつのアイテムや、交換回数等を検討し支援しておられます。</p> <p>便秘や、尿路感染症の既往等、尿性状に異常のある場合等は、介護士、管理栄養士、看護師等で対策を検討するとともに、本人にとって飲みやすい形態や味等工夫を行い水分摂取がスムーズに行なえるよう支援しておられます。</p> <p>トイレ内の手すりも左右、可動式を用意し個々身体状態に合わせトイレが使用できるよう対応されています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>移乗・移動ケアマニュアルに沿ってケアが行なわれています。</p> <p>利用者の移動についてアセスメントし、利用者自身できる部分はプラン等に立案し継続した自立支援に努めておられます。</p> <p>本人の身体状況を把握しながら、機能訓練指導員、看護師と共に、利用者個々に合わせた福祉用具を選定しておられます。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑧	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> <p>嗜好調査も実施し、献立や提供方法について栄養士部会で検討が行なわれています。</p> <p>好き嫌い等も把握し代替食で対応しておられます。</p> <p>毎月「リクエストメニューの日」があり、利用者の意見を基にメニューを決定し提供する機会も設けています。</p> <p>また、誕生日には利用者本人の好きな物をできるだけ提供できるようにされています。</p> <p>衛生管理マニュアルに沿って、安全な調理が行なわれています。</p>		
A⑨	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> <p>食事マニュアルに沿って、ケアを行ない、マニュアルの研修会も行なわれています。</p> <p>利用者の状態、状況に合わせて適宜食事形態を検討しておられます。</p> <p>利用者個々の栄養ケア計画を作成し、計画に基づく栄養ケアマネジメントが実施されています。</p> <p>食事量、水分量の把握と記録を行い、毎月のチーム会で食事、水分状況に変化があれば検討しておられます。</p> <p>量の減少等あれば看護職員、管理栄養士、機能訓練指導員等とも協議して対応しておられます。</p> <p>歯科医師と連携し経口維持カンファレンスを開催し、経口摂取維持への取組みも実施しておられます。</p>		

A⑩	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> <p>個々の口腔ケアについては必要があればケアプランに掲げ実施しておられます。</p> <p>歯科医師と連携し、口腔ケアを実践され、一人ひとりに応じた口腔ケアをユニットで話し合い実行しておられます。</p> <p>歯科医師や歯科衛生士の協力を頂き、介護士会で口腔ケア研修を行えるよう企画しておられます。（コロナ禍の現在は感染症対策の観点から中断していますが、今後対策を講じて再開予定）</p> <p>毎食後利用者個々に合った口腔ケアを実施し、生活支援記録に記録し検討しておられます。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	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> <p>褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡予防マニュアルに沿い取り組みが行なわれています。</p> <p>褥瘡予防委員会を月に1回開催し、介護士、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員、相談員等各種で連携し検討しておられます。</p> <p>入浴介助、排泄介助の際には皮膚状態を観察し、発赤、発疹等が出現した場合は早急に看護職員と相談し改善に努めておられます。</p> <p>また、毎食後食事摂取状況を記録し、食事量の減少、体重減少や日々の皮膚状態の観察から栄養面での改善が必要な際は看護職員や管理栄養士と協議し、栄養補助食品を活用する等行い、褥瘡予防に努めておられます。</p> <p>泡洗浄や、おむつのアイテム選び等、褥瘡予防に効果がある情報を他施設や、おむつ業者等と連携し情報収集しケアに活かすよう努めておられます。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	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
<p><コメント></p> <p>医療ケアに関する指針を整備し、手順に沿って安全に実施されています。</p> <p>安全衛生委員会や各部署で話し合い、利用者個々に検討し対応方法について職員間で共有し実施されています。</p> <p>介護職員による喀痰吸引等の研修の機会を確保し、実施体制の充実、強化を図り、職員が誰でも対応できるよう受講を促されています。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	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> <p>利用者個々に合せた個別機能訓練計画を作成し、身体機能の維持ができるよう取り組み、評価・見直しが行われています。</p> <p>機能訓練計画に基づいて、機能訓練指導員による訓練が行なわれています。</p> <p>機能訓練指導員によるポジショニング、シーティング等、助言・指導を受けておられます。</p> <p>日常生活の中で、利用者自身ができる事（立位動作、車いす自走、食事摂取動作、洗身動作など）は声掛けを行い、意欲を引き出せるよう努めておられます。</p>		

A-3-(6) 認知症ケア		
A⑭	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> <p>認知症ケアマニュアルに沿ってケアが行なわれており、認知症ケアマニュアル等を使用しての研修も行われています。</p> <p>利用者一人ひとりをアセスメントし、どのような環境下が落ち着くのか本人の様子や家族からの聞き取り等を通じて確認し実践に活かすよう努めておられます。</p> <p>また、施設、外部の神経内科医師と協力して認知症の症状に必要な対応を多職種で検討し実践しておられます。</p> <p>BPSDの出現時は観察、記録を行い、原因や要因に対してのアセスメントやケア方法を検討しておられます。</p> <p>この際、看護職員や、機能訓練指導員等も連携し改善に取り組めるよう努めておられます。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	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> <p>緊急時、急変時の対応マニュアルに沿った手順で対応しておられ、緊急時、急変時の対応についての研修会を介護士会で毎年行っておられます。</p> <p>平日、日中は施設嘱託医に連絡し必要に応じて適宜受診を行ない、休日、夜間は看護師へのオンコールにより365日24時間体制が整えられています。</p> <p>観察・バイタル測定・申し送り事項はケース記録を行い共有化している。</p> <p>利用者の服用中の薬については事前に看護師より申し送りを受けている。</p> <p>服薬管理マニュアルに沿って実施され、利用者の服用中の薬については事前に看護師による申し送りや薬剤指示書を個人ケースに保管し、職員がいつでも確認できるようにしておられます。(服用中の薬剤については介護ソフトにも入力して共有しておられます)</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑯	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> <p>看取り指針を整備し、契約時に説明しておられます。</p> <p>嘱託医、歯科医師、協力病院と契約を交わし連携体制を確立しておられます。</p> <p>入所時に、家族等(身元引受人)と利用者の看取りについての意向確認が行ない同意も得ておられます。</p> <p>終末期を迎えられた場合には、再度家族等の意向確認を行い、看取りを希望された場合には看取り指針に沿って、看取り計画を作成し看取りケアが実施されています。</p> <p>看取り研修に参加した職員等が、介護士会で看取りについての研修を行っておられます。</p>		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑰	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> <p>利用開始時やプラン変更の際には要望・意見等を伺いケアプラン作成に活かされています。</p> <p>現在はコロナ予防対策のガイドラインに沿って面会が行われおり、オンライン面会も行われています。</p> <p>利用者本人からの希望があれば電話で家族等に連絡しておられます。</p> <p>体調不良時にも家族に早急に連絡を入れられます。</p> <p>毎月、写真付きの近況報告をご家族等に宛て郵送され、施設内の様子を伝えておられます。</p> <p>定期的に利用者満足度アンケートを実施されています。</p> <p>苦情・要望等については担当者を決め、施設内に意見箱を設置し、意見・要望等をお聞きする体制を整備されています。</p> <p>家族と定期的な相談は行なわれていませんが、いつでも受け付けており、その内容は支援経過等に記録しケアプラン作成にも活かされています。</p>		