

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：百寿苑短期入所生活介護事業所		種別：短期入所生活介護（併設型）	
代表者氏名：施設長 入江 祐子		定員（利用人数）：１０名	
所在地：鳥取県東伯郡琴浦町赤碕１０６１－３			
TEL：０８５８－５５－２０５１		ホームページ：https://www.hyakujiyuen.jp/	
【施設の概要】			
開設年月日：平成４年（１９９２）５月１日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 赤碕福祉会			
職員数	常勤職員：	２８名	非常勤職員 １４名
専門職員	介護職員	１５名	介護員 １４名
	生活相談員	１名	
	介護支援専門員	１名	
	看護師	５名	
	機能訓練指導員	１名	
	管理栄養士	１名	
	調理員	４名	
施設・設備の概要	１人部屋	２室	食堂 ３ヶ所
	２人部屋	５室	浴室（個浴１、大浴場１、特殊浴槽１）
	４人部屋	１２室	洗面所
			便所（車椅子対応）
			医務室、機能訓練室
			機能訓練室

③ 理念・基本方針

◎法人基本理念：「報恩感謝」 「奉仕精神」

◎法人基本方針

- （１）利用者の基本的人権を尊重し、個別ケアの充実に努めます。
- （２）福祉サービスの質の向上に努め、自立した生活を支援します。
- （３）利用者が地域社会の一員として明るく楽しく生活できるよう支援するとともに、地域福祉の向上に努めます。

- (4) 利用者のプライバシーを保護します。
- (5) 豊かな人間性と高い専門性を備えた人材の育成を目指します。
- (6) 経営の安定と透明性を図り、利用者がいつまでも安心して利用できる施設づくりに努めます。

◎法人中期経営理念

- (1) 利用者が住み馴れた地域で安心して生活できるサービスを提供する。
- (2) 意欲的な職員が思う存分にその専門性が発揮できる職場をつくる。
- (3) 地域から信頼され多様なニーズに対応できる地域福祉の拠点となる。

◎事業所方針

- (1) 労りと尊敬の念を持ち、笑顔のたえない心のこもったサービスを提供します。
- (2) 地域に開かれた施設となれるよう、ご家族や地域との交流の機会を作ります。
- (3) 施設の安全・安心・機能の充実に努め、快適に暮らせる環境づくりに取り組みます。

④ 施設の特徴的な取組

短期入所計画に基づき、事業所の介護職員等は、介護予防者及び要介護者等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ことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる援助及び心身機能の維持向上に努める。

このことにより、入所者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができることを目指す。

- ・ 介護福祉士の有資格者を介護職員の 79 パーセントを擁し、専門性の高いサービスを提供が行われています。
- ・ 完全なユニットケアではないが、3つのユニットに分けることにより、ゆったりとした雰囲気でのんびり過ごす方と過ごして頂く時間を作り、利用者個々の状況を把握した個別ケアを提供しておられます。
また、認知症ケアの取り組みも実施しておられます。
- ・ 利用者のニーズを把握する為、利用者・ご家族への満足度調査を実施しておられます。
- ・ 「ヒヤリハット」の充実と「にやりほっと」の視点を持つ事で、リスクだけではなく、出来た(出来る)能力にも目を向ける体制作りが行われています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年11月1日（契約日）～ 令和7年3月10日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成22年度（2010））

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○認知症部会も設置され百寿苑全体で認知症ケアの改善や予防に取り組まれており、ユニット毎に毎月、認知症リーダー研修受講者を中心に認知症研修が行われています。

○法人全体で食事を大切にされており、すべて施設内で調理をされ、旬の食材や手作り物が提供されています。

毎月写真を見てメニューを選択できるようにされたり、行事の際には好きなものを選んで頂けるようなバイキングでの食事も提供されています。

ミキサー食の方にも見た目・形態を大切にする工夫をされ、食事が楽しめるように取り組まれています。

○地域に開かれた施設になるよう、ボランティア・実習生の受け入れ、こども園・小学生等の交流・行事が積極的に行われています。

○生産性向上委員会の設置が行われ、生産性の向上に係るICT導入による記録システム、眠りスキャン、センサー付きベッド、インカムの導入が行われ、ノーリフトの推進のための移乗リフト、移乗ボード（シート）の導入、職員の業務負担軽減のためのミスト浴の導入が行われています。

◇改善を求められる点

●職員は虐待の芽チェックシートを活用され、振り返りの機会を持たれたり、接遇研修も行われていますが、職員間でも言葉かけ等の接遇マナーが不十分だと感じておられる職員もあり、これからは誰が見てもよいと思える接遇マナーになるよう今後も繰り返し研修を行なう等努められることに期待します。

●収納スペースが少ないこともありますが、利用者が安全に暮らして頂けるように、施設内の整理整頓の工夫をされるよう期待します。

●すべてのマニュアルが整備され、見直しが行われていることを確認されるよう期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

指導・助言いただいた内容を、令和7年度に取り組み・改善に繋げてまいります。

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
＜コメント＞ 理念・基本方針はホームページ、パンフレット、広報誌にも記載されており、職員は毎日の全体朝礼や会議、研修会等の前には継続的に唱和され周知が図られています。 理念・基本方針は玄関、ホール等に利用者が見えるよう掲示されています。 家族会開催時には理念・基本方針に説明をされ、年4回送付されている広報誌にも理念を掲載され周知が図られています。 地域へも広報誌の配布をされ周知が図られています。		

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対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
＜コメント＞ 国の介護保険制度、近隣市町村の人口動態、高齢化率、琴浦町介護保険計画等関係資料を基に外部環境の把握に努めておられます。 「経営協ドック」を活用され、事業経営を取り巻く環境と経営状況の把握・分析が行われています。 毎月、月次試算表、稼働率等を幹部会で把握・分析されています。 毎年度、決算数字を分析し理事会・評議員会に報告されています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 「経営協ドック」の分析結果に基づき経営課題を抽出、中期計画・事業計画に反映し、対策を実施しておられます。 把握・分析された結果は役員・監事・幹部職員と共有されています。 課題対応表を使用され、PDCAサイクルを回し取組まれています。 幹部会で把握した幹部経営状況や改善すべき課題は、部署会等により職員に周知されています。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<コメント> 中期計画において目標（ビジョン）を明らかにされています。 中期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています。 今年度中期計画（令和6年～10年）が策定され、苑内研修で職員への周知が図られました。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<コメント> 単年度事業計画は中期計画を反映した具体的な内容になっています。 実行可能な内容となっており、数値目標を設定され、評価しやすくなっています。 単年度の収支計画も策定されています。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<コメント> 部署会を開き、各部署からの職員の意見が反映・集約され、事業計画の策定が行われています。 10月に上半期実施状況の評価と後期取組みの見直しを行ない、1月に評価を行ない来年度事業計画に反映されています。 職員へは事業計画文書を配布され、年度当初の苑内研修を活用し説明が行われて、理解を促されています。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<コメント> 事業計画を百寿苑玄関に設置し利用者等に自由に閲覧して頂けるようにしてあり、広報誌「たんぽぽ」に掲載され配布されています。 利用者・家族等に対して説明は、利用開始時に利用者個別に説明しておられます。		

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> 毎月、課題対応表を活用され課題の設定、PDCAサイクルで改善に取り組まれています。 年2回自己評価による振り返りの機会を持たれ、職員の気付き、利用者のためのより良いサー		

ビス提供ができるよう取組むことを目指しておられます。 中期経営計画にサービスの質の向上を掲げ、サービスの自己点検、第三者評価の受審を具体的内容として取組まれています。 令和４年から自己点検会議を行ない、分析された結果は会議録に残されています。 生産性向上委員会を立ち上げサービスの質の向上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＞ 課題を明確にされ、職員間（ラインワークス）で共有され改善計画の見直しが行われています。 評価結果から明確になった課題解決について、職員が参画の基での改善策や改善計画の策定は十分ではないという意見も見られますので、主任を中心に職員との意見交換を定期的に行ない課題解決に取り組む体制確立に期待します。		

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＞ 中期計画、単年度事業計画に方針を盛り込まれています。 施設長は４月発行の広報誌「たんぽぽ」に今年度方針を載せておられます。 施設長は、事務分掌において自らの役割を文書化し、４月の苑内研修において事業計画・中期経営計画とともに説明が行なわれています。 自然災害・感染症まん延時における事業継続計画（ＢＣＰ）において災害対策統括責任者としての役割と責任を明確にされ、また、不在時の責任者も明確にされています。		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
＜コメント＞ 施設長は報酬改定、制度改定時には積極的に研修に参加すると共に、係長以上の会において入手した情報を都度伝達・周知されています。 法人内委員会に積極的に参加され、法令遵守の観点から守られているか点検されています。 法人内に自己点検会議、コンプライアンス会議を組織として位置付け、自ら参画され法令遵守の取り組みを行っておられます。 職員へは外部・内部の研修で周知が図られています。 ショートステイでは送迎も実施しますので、アルコールチェックも行われています。		

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 施設長は毎朝施設内のラウンドを行ない利用者の様子や職員の動きを見ておられ、朝礼後の声かけも行っておられます。 サービスの向上に向けて組織内に各委員会を設置され、自らもその活動に参加されています。 職員の教育・研修の機会を設け充実が図られています。 百寿苑の現状を分析し、適切な指導ができるよう心がけておられます。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<コメント> 幹部会、生産性向上委員会に施設長も参画され取り組まれています。 記録システム、眠りスキャン、センサー付きベッド、インカムなど生産性の向上に係る機器の導入や移乗リフト、移乗ボード（シート）の導入によるノーリフトケアの推進、特殊浴槽（ミスト浴）の導入による職員の業務負担の軽減に取り組まれ、職員の働きやすい人員配置になるよう図られています。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<コメント> 法人の組織として「人材確保対策チーム会議」を設け効率的な採用に向け検討・対策が行われていますが、人員確保と定着は常に課題としての取組みを継続する必要性を感じておられます。 人材確保については、ハローワークでの求人募集、就職フェアへの参加や職員からの紹介制度が行われています。 新人職員、異動職員にはOJTで研修・指導が行われており、職員の資格取得に対しては勉強会や補助金等取得しやすい環境があります。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> 人事考課制度を導入されており、赤碕福祉会キャリアパス一覧表を作成され「期待する職員像」が明記されています。 赤碕福祉会人事管理制度（給与規程・役割資格等級制度要綱・人事考課制度要綱）に基づき、評価・反映が行われています。 研修の機会を設け、職員に周知され、キャリアパスの理解を促されています。		

Ｄｏ－ＣＡＰシートを活用され、個人の目標等の確認が行われています。 面談の際には職員からの意見の聞き取りが行われています。 人事考課制度について職員に周知できていますが、「職員が自ら将来の姿を描くことができるよう総合的な仕組みづくりができています」という点で疑問があるという考えもあるようです。		
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<コメント> 有給休暇の取得は管理簿を基に適正に管理されており、３日間のリフレッシュ休暇も取得できます。 ＩＣＴシステムによりタイムカード、月末の就業状況の確認、日勤退勤時間の確認により時間外手当の支給が行われています。 昨年度職員への福利厚生アンケートも実施され、その結果から改善が行われています。 人事考課制度による年２回の面談の際には聞き取りを行ない、ワーク・ライフ・バランスに配慮した個々の職員が働きやすい職場環境づくりに取り組まれています。 ユニフォーム、マスクの配布、インフルエンザ予防接種費用、年末年始勤務手当等様々な取り組みが行われています。		
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ－２－（３）－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<コメント> 赤碕福祉会キャリアパス一覧表を作成され、役割等級別目指す姿を明示されています。 Ｄｏ－ＣＡＰシートを活用し職員一人ひとりの目標管理が行われており、上期（５月）下期（１０月）の２回人事考課面談を行ない、半年毎に目標達成状況を把握され、目標、研修希望確認、異動アンケートも行われています。		
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
<コメント> 法人の研修計画、事業所毎の研修計画は作成されています。 希望する研修・必要な研修が受けられるよう配慮されています。 研修員会が設置されており、研修内容の見直しも行われています。 e－ラーニングも活用され、５類移行は外部研修にも出かけられています。		
19	Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<コメント> 県社協キャリアアップ研修、専門職外部研修、階層別研修等個々に応じた研修に参加されています。 職員別研修履歴、出張命令簿があり、部署内研修は毎月実施されており、外部研修後は復命書に		

よる伝達講習も行われています。 新人職員、異動職員にはＯＪＴ制度により適切な助言・指導が行われています。		
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
＜コメント＞ マニュアルは整備されており、介護福祉士を目指す実習生の受入れを中心に行われています。 指導担当者は、指導者研修も受講されています。 実習についてのプログラムは学校と連携を図り実施されています。 実習生受入れの際には、実習生に対して、実習中の注意事項等のオリエンテーションを行い実習が開始されます。 実習の対象となる利用者には説明をされ、同意して頂いています。 栄養士・理学療法士の受け入れも可能です。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
＜コメント＞ ホームページ、広報誌「たんぽぽ」を活用して、理念・基本方針・サービス内容・事業計画・決算情報を公開されています。 ホームページ、広報誌「たんぽぽ」を活用し第三者評価の受審結果や苦情・相談内容を公開されています。 ワムネットに財務諸表、第三者評価受審結果が公開されています。 地域に向けても広報誌等の配布が行われています。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
＜コメント＞ 事務分掌を作成し職員に周知されています。 法人監事による内部監査を年2回行っておられます。 外部の会計士に点検を依頼され、指導が行われています。		

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＞ 中期経営計画、単年度事業計画に地域との交流に関する方針・計画を策定されています。 コロナ感染症が５類になり、地域との交流の機会である敬老会や秋祭りを再開されています。 避難訓練時には地域の消防団に参加していただき、利用者への理解を得る取り組みが行われています。 個別の買物に職員と一緒に出かけられることもあります。 小学校や子ども園の子ども達との交流や琴の浦高等特別支援学校生徒の見学・実習受入れ、地域の祭りの際に神輿を見せて下さったり、歌や踊り等様々なボランティアの方も来苑されています。		
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。	b
＜コメント＞ ボランティアの受入れは行われています。 小学生の職場見学、中学生の職場体験、夏休みの小中学生のボランティアの受け入れも行われ学校教育への協力が行われています。 また、傾聴、草取り、生け花、歌や踊り等様々なボランティアの方が来苑されています。 マニュアルの作成が行われていますが、整備・見直しが行われていないので、早急の実施される予定です。		
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＞ 行政、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、医療機関、消防、警察等の関係機関はリスト化され、活用できる状況が作られています。 法人としては、鳥取県老人福祉施設協議会、鳥取県社会福祉法人経営者協議会に加入され、会議・研修、イベント等に参加され、関係者と連絡を取られています。 また、施設長が琴浦町介護保険事業計画・高齢者福祉計画策定委員会に参画されています。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
＜コメント＞ 法人内に居宅介護支援事業所、通所介護、訪問介護、認知症対応型共同生活介護、配食サービス事業があり、地域のニーズを把握しやすくなっています。 保険者等団体が実施する連絡会への参加や定期的に行われる運営委員会の実施により、地域のニーズや生活課題等の把握に努めておられます。		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
＜コメント＞ 中期経営理念に「地域から信頼され多様なニーズに対応できる地域福祉の拠点となる」を掲げられ取り組まれています。 小学校へ職員を派遣しての福祉出前授業が行われています。 地域のニーズから高齢者、障がい者を対象とした配食サービスをされ、独居の方の安否確認も行われています。 職員は海岸清掃、河川清掃活動へ参加されています。		

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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
＜コメント＞ 基本方針に利用者の尊厳を尊重する取り組みを明示され、職員採用時には新人研修で説明されています。 赤碕福祉会倫理基本方針を策定され、採用時や事業所内研修を行ない理解が促せるよう図られています。 事業所内研修で人権に関する研修会が行われています。 年2回は虐待の芽チェックリストを活用され、挙げられた課題について改善の取組が行われています。		
29	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。	b
＜コメント＞ 利用者のプライバシー保護に関する規程やマニュアル等は整備されており、勉強会を行ない、プライバシーが保護されていないと思うことを提案し、改善できるよう心掛けておられます。 全室個室対応ではないので、快適に過ごしていただけるようプライベートカーテンは各部屋にあり、同室の方に対する苦情等があれば部屋の変更も行われています。 排泄、入浴時のプライバシーにもマニュアルに従い配慮されています。 職員間で利用者の話をされる時も注意を払われています。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a

＜コメント＞ ホームページ、パンフレットには理念や基本方針、サービス内容等が紹介されており公開されています。 パンフレットは医療機関や薬局に置かれています。 施設や事業所の資料は写真等も使われ見やすいものになっています。 見学にも対応されています。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
＜コメント＞ サービス開始時には重要事項説明書を用いて、施設のケアマネ、生活相談員が分かりやすく説明し、同意を得て書面に残しておられます。 内容の変更があった場合にも同様の手続きが行われています。 意思決定が困難な利用者に対しては家族（キーパーソン）を中心に説明が行われています。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
＜コメント＞ 事業所の変更や家庭への移行等の際には、事業所内における情報を引き継ぎ書類としてまとめ、居宅介護支援事業所に情報提供が行われています。 事業所の変更や家庭への移行後も相談して頂ける事を説明されており、重要事項説明書に相談窓口は明記されています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
＜コメント＞ 利用者へは日々の関わりの中で職員による確認が行なわれています。 年2回「百寿会」を開き、利用者からの満足度、困っていること、希望すること等意見を聞き取り改善へとつなげられています。 利用者・家族への満足度調査が行われており、分析・改善に取り組まれています。 ユニット会を通じて、利用者の希望を共有し、行事をされたり、対応の見直しが行われています。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
＜コメント＞ エレベーター内に苦情申し出に関する掲示をされています。 百寿苑玄関に意見箱が設置されています。 苦情解決の体制が整備されており、苦情の内容、解決結果は広報誌に掲載されています。		

年に１～２回苦情解決事業報告（第三者委員参加）が行われています。 受けた苦情内容と改善方法について、毎月の係長以上の会で協議検討が行われています。		
35	Ⅲ-１-(４)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
＜コメント＞ 利用者が相談したり、意見を述べたりする際には担当や主任・生活相談員をはじめとして、誰でも話してもらえることを伝えられています。 生活相談員を配置され、利用者の意見・要望を聞き対応されています。 個別に相談できるよう相談室を設けられています。 利用者からの意見を聞き取る「百寿会」を開かれています。 満足度アンケートを行ない、利用者からの意見が出やすいよう配慮されています。 意見箱を百寿苑の玄関に設置しておられます。		
36	Ⅲ-１-(４)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
＜コメント＞ 利用者からの相談を傾聴され、迅速な対応に努めておられます。 利用者等からの相談や意見を頂いた場合には、施設長、幹部会まで報告があがる仕組みとなっており、必要があれば職員会議等で検討し対応されるようになっていきます。 時間を要する場合にはその旨伝えられています。 適切な対応が行われていますが根拠となる記録、報告、対応策の検討等のマニュアルの整備、見直しの実施を望みます。		
Ⅲ-１-(５) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-１-(５)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
＜コメント＞ リスクマネジメント委員会を設置され、定期的開催、体制が整備されています。 事故発生時のマニュアル等も明確にされており、職員にも周知されています。 利用者の安心・安全を脅かす事例の収集を行ない、改善策、再発防止策を検討、実施され職員に対して研修等も行われています。 ヒヤリハットの記入や話し合いで事故防止に努め、安全対策担当者を配置し、事故防止対策検討委員会を設置され、毎月開かれています。 朝のミーティングやラインワークスでも周知が行われています。		
38	Ⅲ-１-(５)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
＜コメント＞ 定期的に看護師を中心として感染症の予防や対応、安全確保に関する勉強会が行われています。		

対応マニュアルを作成され、職員に周知し、定期的に見直しが行われています。 感染症が発生した場合は介護士、看護師が連携され、迅速な感染対応が行えるよう体制整備が行われます。 感染症発生時における事業継続計画（ＢＣＰ）が策定されており、見直しも行われています。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に 行っている。	a
＜コメント＞ 防災計画や自然災害発生時における事業継続計画（ＢＣＰ）を策定され、対応体制を明記されています。 法定で決められた年２回の避難訓練が実施されており、地域の消防団、行政の協力も得た避難訓練が行われました。 利用者及び職員の安否確認の方法をＢＣＰに明記され職員に周知されています。 管理責任者を決め、備蓄品リストを作成され、備蓄が行われています。		

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＞ 提供する福祉サービスについての標準的な実施方法については文書化された各種マニュアルが作成されており、新任研修、ＯＪＴ、介護技術の外部研修にも参加され実施方法を確立されています。 個々の利用者に応じたサービス内容についてはケアプランに記載されています。		
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＞ 標準的な実施方法の見直しについては委員会で定期的に見直しが行われています。 ミスト浴が導入された際には研修が行われ、マニュアルの変更も実施されました。		
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＞ 居宅介護事業所よりのケアプランに沿って、事業所内の計画策定の責任者によるアセスメントを基に、利用者・家族からの意見を聞き取り計画が立てられています。 多職種によるカンファレンスを行い、短期入所計画が作成され、プランに沿って利用者一人ひとりに対応しています。		

とりの介護サービスが実施されています。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
＜コメント＞ 短期入所計画については、利用終了時にモニタリングを行われ、結果については居宅介護支援事業所に報告されます。 緊急に変更する場合はケアマネからミーティング、ラインワークスを活用して周知が行われています。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a
＜コメント＞ ＩＣＴ化による介護ソフトが導入されており、パソコン内での実施状況チェック、ラインワークスの活用による情報共有が行われています。 タブレットでも記録の入力ができ、事業所内で情報共有が行われています。 記録に関する研修も行われています。 申し送りは口頭、タブレット、業務日誌で行なわれています。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
＜コメント＞ 個人情報に関する基本方針を定め、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規程を定めておられます。 職員の個人情報の取扱いについては就業規則にも定めておられます。 家族には利用開始時に、個人情報についての説明・同意を得ておられます。 職員は入職時に守秘義務についての誓約書の提出が行なわれています。		

内容評価基準（短期入所生活介護１７項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-（１）生活支援の基本		
A①	A-1-（１）-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
＜コメント＞ 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方となるようユニットで検討しておられます。 個々の体調観察により活動参加への調整をされ、自分でできることはやって頂くよう、声掛けを行ないできないことは支援されています。		

音楽療法や選択メニューなどの楽しみの工夫も行われています。 ボランティアの方と一緒に作業をされている方もあります。 短期入所の利用者に対しては本人のニーズを把握するじかんが少ないため、更にニーズ把握に努められ、利用者が充実した日々の過ごし方で出来る事に期待します		
A②	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
＜コメント＞ 言葉掛けだけでなく、手振り身振りを使いコミュニケーションを図られています。 利用者の状況に応じて、補聴器や集音器の活用、視覚障害の方への食事の配膳の位置の説明が行われています。 月1回のユニット会や百寿会での会話の機会があります。 接遇研修も行われていますが、日々の言葉掛けが難しいと感じられている職員の意見がありますので、今後も定期的な接遇研修を続け、利用者とのより良いコミュニケーションが図れるよう努められることに期待します。		
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
＜コメント＞ 身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を設置し、定期的に委員会を開催され職員が具体的に検討する機会が設けられています。 定期的に研修を行い、権利侵害、身体拘束、虐待や不適切なケアについて、理解を深められています。 虐待や不適切なケアのチェックシート等定期的に、自分を振り返る機会も持たれています。 身体拘束の実施の際の手続きと実施方法は明確にされており、苑内研修で周知・マニュアルで明記されています。 虐待防止や虐待の届出・報告に関して、苑内研修で周知・マニュアルで明記されています。		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
＜コメント＞ 午前・午後室温の管理や換気が行われており、年間を通して適温が保てるよう調整されています。 月曜日から金曜日までは外部から清掃にいられており、土曜日・日曜日は用務員の職員が清掃をされており、清潔な環境で過ごせるよう心掛けておられます。 体の動きに合わせたベッドの位置の調整が行われています。 利用者の特性に合わせた3フロアに分かれた環境にされ、くつろぎスペースもあり、それぞれ		

がゆっくりと過ごせる空間作りが行われています。

廊下に消毒液や介護機器が置かれていますが、物入れ等収納できる場所が少ないので、利用者の安全のためにも工夫をされるよう期待します。

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 利用者の健康状態に合わせ、週2回午後入浴をされています。 安心・安全な入浴ができるよう、入浴の前にはバイタル測定が行われています。 体調に応じて清拭や入浴日の変更も行われています。 一般浴、特浴、ミスト浴があり、個々の状態に合わせた入浴形態に対応されています。 ミスト浴を導入されたことにより心臓に負担がかかる方は楽になりました。 入浴拒否をされる方もありますが、入浴日を変更されたり、声掛け、職員を替えるなどの工夫をしながら都度対応されています。 入浴部会を中心に課題の抽出を行い、改善につなげておられます。		
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。	a
＜コメント＞ 利用者の心身の状況に応じ、定期的な使用物品、援助方法の検討が排泄部会で行われており、下肢筋力低下や麻痺により立位が不安定な方にも職員が2名で対応されています。 トイレのカーテンを閉め、見守りの必要ない方は終わられてから声掛けをするよう配慮されています。 便秘予防のマッサージ機を使用され排便を促されています。		
A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 利用者のその日の体調に合わせた移動方法の検討が行われており、利用者の負担軽減のためのベッドサイトの簡易手摺の使用も行われています。 歩行困難な方については、ケアプラン、家族の意向も伺い、短距離の歩行を行う機会を設けておられます。 できるだけ自立に向けた手段で用具を提供され、機能訓練指導員協力の基、支援されています。 安全に移動ができるように付き添い、見守りが行われています。 ユニット会で支援について検討され、リフト、スライディングボードも使用されています。 短期入所の方には送迎もあるので、送迎車の安全点検も含め、安心安全な移動に努めておられます。		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a

＜コメント＞ 食事は施設内で調理されており、旬の食材や手作り感のあるものが提供されています。 食事の際には音楽を流し、メニューを伝えながら召しあがられています。 温冷ワゴンで適切な温度で食事が提供されています。 選択メニューに日があり、事前に写真を見て選んでいただいています。 行事の際のバイキングで利用者は好みのものを選び食事を楽しまれています。また、誕生日の方へのデザートのお祝いプレートも提供されています。 衛生管理の体制、マニュアルも整備され適切に行われています。		
A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
＜コメント＞ 利用者の状態を把握され、ミキサー食、刻み食、荒刻み食、常食の提供が行われており、食事部会では食事形態の工夫について検討され、魚の形になるようミキサー食を提供されています。 すくいやすい皿、グリップスプーン等の自助具を使い自力摂取を促されています。 介助の必要な方には食べやすい食事のペースで介助されています。 食事、水分量の摂取量を記録し、状況把握をされています。 誤嚥、窒息等発生時の対応も行われています。 外部の言語聴覚士に3か月に一度来苑してもらい診てもらわれて、アドバイスをもらわれています。		
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
＜コメント＞ OHATを活用され口腔アセスメントを行い、評価が行われ、歯科医師による年2回の研修を受け、一人ひとりの状態に合わせた口腔ケアができるよう取り組まれています。 義歯は夜間に預かり洗浄液に漬け清潔保持が行われています。 歯科衛生士、言語聴覚士等に診てもらいアドバイスをもらわれています。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
＜コメント＞ 標準的な実施方法については職員に周知されており、除圧物品（エアマット、自動体位マット、移乗ボード）の活用し、離床時間にも注意されています。 入浴、排泄時には皮膚の状態を確認され、発赤等が見られたらすぐに看護師に報告されています。 管理栄養士、看護師、介護士による栄養管理が行われており、予防のための連携も図られています。 褥瘡予防対策委員会が設置されており、排泄部会、リハ部会、口腔部会等からの意見ももらわれ、現在褥瘡はゼロです。		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	b
<コメント> 喀痰吸引ができる資格取得した介護福祉士と未取得の介護職員がおられ、現在は実地研修の機会がないので資格取得した職員を増やすことが難しい状況です。 日中は看護師が対応されていますが、夜間に対応ができる職員が少ないため看護師に連絡をして実施してもらわれることがあります。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
<コメント> 生活リハを中心に行われています。 日常生活での「立つ、歩く、食べる、話す」を意識した関りが行われています。 リハ部会があり、機能訓練指導員、看護師、介護職員が参加し開かれています。		
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
<コメント> 毎月、各ユニットで認知症実践研修リーダーが中心になり、研修を行い、事例を挙げ症状の改善に向け取り組まれています。 認知症部会で認知症の維持・改善に向けたケアへの取り組みが行われています。 外部・内部の認知症研修が行われています。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	A-3-(6)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
<コメント> 体調変化に気づいた際のマニュアルがあり、職員間での情報伝達を行い、日々利用者の体調変化に対応されています。 体調不良時の変化について看護師を中心に医師、医療機関との連携が図られています。 内部研修で高齢者の健康管理について学ばれています。 薬局から配達された薬は医務で預かり、配膳の際に看護師、介護士によるダブルチェックを行い、服薬前に介護士が再度確認し利用者に直接手渡されています。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
<コメント> 利用開始時には看取りケアの意向を確認され、半年毎の施設サービス計画の評価・見直しの際		

や体調変化があった際にも本人、家族に説明し、確認されています。

本人の意思決定が難しい場合は家族に決定して頂いています。

終末期を迎えた利用者の尊厳を重んじ、医療、家族、スタッフが連携し取り組まれています。

定期的に終末期ケアの研修が行われており、対応マニュアルも整備されています。

最期は個室で過ごしていただけるよう対応されています。

デスカンファレンスは翌日の朝のミーティングで実施されています。

短期入所の方はターミナルケアが対応な方の利用はありません。

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
＜コメント＞ 体調変化があればその都度家族へ連絡をされ、面会時にも意見や要望等も聞かれています。 短期入所計画作成時、変更時にも家族の意向を伺われています。 利用期間中の様子を記載した書類で家族に報告が行なわれています。 送迎時に直接家族と話をされる機会を持たれています。 家族会があり、敬老会や秋祭りにも参加案内を出されています。 年に1回アンケートを実施され、家族の意向の把握に努めておられます。		