

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 桃源の家		種別：短期入所生活介護		
代表者氏名：施設長 秋田 倫告		定員（利用人数）： 10名		
所在地：島根県邑智郡邑南町中野574-3				
TEL：0855-95-0001		ホームページ： https://www.iwamisakurakai.or.jp/tougenno-ie		
【施設の概要】				
開設年月日：平成24年5月1日				
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 石見さくら会				
職員数	常勤職員	6名	非常勤職員	8名
専門職員	施設長	1名	介護職員	4名
	生活相談員（本体兼務）	1名	調理員	1名
	看護師	1名	その他	3名
	介護職員	2名	医師（本体兼務）	0名
	管理栄養士（本体兼務）	0名		
	栄養士（本体兼務）	0名		
	理学療法士（本体兼務）	0名		
	介護支援専門員（本体兼務）	0名		
	調理員	1名		
	事務員（本体兼務）	0名		
施設・設備 の概要	ユニット型個室	10室	リフト付き個浴槽	1カ所
	（トイレ、洗面台付）		食堂・談話室	1カ所
	相談室	2ヶ所	台所（対面キッチン）	1カ所
	家族室	1ヶ所	台所（対面キッチン）	9カ所
			医務室	1ヶ所
			地域交流ホール	1ヶ所
			テラス	1ヶ所

③理念・基本方針

法人理念

児童から高齢者ひとり一人が、住み慣れた地域や家庭で、多様な個性に基づいて自分らしく、生きいきと自立して暮らすことのできる福祉の町、地域の住民みんなが力を合わせ、若者から高齢者まで、共に安心して暮らせる「豊かで活力のある福祉コミュニティ」の実現に資する。

法人基本方針

社会福祉法人石見さくら会は、石見さくら会クレド（約束）を踏まえ、社会福祉事業の安定的・継続的経営に努め、多様な生活課題や福祉需要に柔軟かつ主体的に取り組み、地域に根ざした社会貢献に寄与することを基本方針とします。

施設の経営理念

- ・利用者一人ひとりの人格を尊重した介護を実践します。
- ・お互いに感謝と奉仕の気持ちを大切に行動します。
- ・地域と連携し、地域に開かれた施設運営を行います。

施設の運営方針

- ・桃源の家は、「感謝と奉仕」を基調とした生活の支援に徹し、入所者様の人格を尊重し、より家庭的な雰囲気の中で自由に生活していただくことをモットーに全職員一体となって取り組みます。
- ・明るく健康的で、生き甲斐のある豊かな生活を実現するため、精神的ニーズの把握に努め、個々の特性をよく理解してきめ細やかな介護を実践し、生活の質の向上に努めます。

④施設の特徴的な取組

○自立支援を促すサービス提供

専任介護支援専門員を配置され、自立生活支援プランを作成されています。

排泄・移動・食事の場面など利用者の残存能力を考慮しながら、出来るだけ自立した生活が過していただけるような支援を心がけておられます。

○ボランティアを含めたサービス提供

地域社会に信頼される法人、高齢者福祉施設であることが、理念に掲げてあり、地域の方との交流を通して、利用者の満足度の高い開かれた施設運営を目指しておられます。音楽演奏、お茶会を始め中学生の職場体験、高校生のインターシップ、毎年のサマーボランティアの学生との交流を行っておられ、施設内の地域交流ホールでは地域の方との餅つきや保育所の園児の訪問行事も実施されて利用者にも好評です。

○ユニット対応の個別サービス

居室は全室個室のユニット形式です。ユニットにはそれぞれ共同生活スペースがあり、食事や談話など交流を楽しまれたりします。お部屋は個室です。クローゼットやトイレ

などは標準設備ですが、自宅にあったものを飾るなど自分に合ったしつらえが可能となっています。

それぞれのプライバシーが守られながら、個々の状況に応じたケアプランによるサービス提供をされています。

○職員の業務改善、情報伝達の整備が導入

職員の業務改善に向け、介護機器を導入され、職員の負担軽減を図っておられます。

また、タブレット端末による記録、ICT化による情報管理に取り組み、より迅速で確実な情報共有が可能になりました。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年8月1日（契約日） ～ 令和2年12月4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

- ・各種委員会が設置され、内部研修が実施されています。
それぞれの委員会の研修の充実が、サービス向上へつながっています
- ・施設内に地域交流ホールがあり、地域の方との餅つきや保育所の園児との交流もされており、積極的にボランティアの受け入れもされ、地域に開かれた施設運営をめざしておられます。
- ・介護機械の導入やタブレット端末の記録、ICT化による情報管理に取り組み、職員の負担軽減や迅速で確実な情報共有を目指されています。

◇改善を求められる点

- ・居室は個室でユニット形式にということで、個別の支援に力を入れておられますが、職員の思いがユニットリーダーを中心にひとつになるよう、職員も経営に参画しているという気持ちも持ってもらう工夫も必要です。
施設の特色であるユニット対応での個別の支援が行われているよい所をこれからも更によりよくされるために、職員一人ひとりが目的意識を持ってサービス提供をしていただきたいです。
- ・嗜好調査は行っておられますが、利用者の満足度を知るための調査は実施されていないようですので、本人が回答をされることは難しい面もあると思いますが、工夫をされ利用者の思いを知る機会を持たれることに期待します。
- ・多くのマニュアルが作成され、新たな法改正や制度変更等で見直し・改善が実施されていますが、各専門委員会が専門的な観点から現行のマニュアル現行維持や各ユニットでの適正な運営実施状況等の検証が行われる仕組みに期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

高い評価を頂いた点については、より充実した実施ができるよう継続していきたいと思います。

やや不十分な項目については、職員一人ひとりが改善・参加意識を持って取り組んでいくように努めます。

評価を実施して頂き、施設の強みと弱みを知ることができたことで今後の施設運営に役立てていきたいと思ひます。

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>法人理念、基本方針を基に、特別養護老人ホーム「桃源の家」としての経営理念・運営方針が明文化され、パンフレットやホームページに掲載されています。</p> <p>施設内の玄関、各ユニットのサテライトステーションに掲示して職員に周知されています。</p> <p>また、法人の理念・基本方針を具体化した「法人クレド」（約束）のカードを携行する事で、常に意識し、いつも自らの役割・使命の原点に立ち返る取り組みが行われています。</p> <p>利用者や家族等に対しては、利用開始時に重要事項説明書、パンフレット等を使用し、周知が行なわれています。</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> <p>事業経営を取り巻く国・県・地域行政政策等の高齢者福祉サービスに関する動向や地域の高齢者増減の推移等に関するデータの把握・分析は法人本部に於いて行われています。</p> <p>毎月施設長会議で把握・分析された内容と財務状況、施設環境・運営体制等について討議されます。</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> <p>施設長会議の後に行われるユニット会議の際に会議録を基に、把握・分析された経営課題や問題点について説明が行なわれています。その際に事業計画に対する進捗状況も報告されます。</p> <p>課題解決に向けた運営サービスの在り方や質の向上につながるより具体的な取り組みの推進に期待致します。</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>3年ごとに中期計画を作成され、目標を明確にされています。</p> <p>サービス面、人材育成、ITC活用、労働環境の整備、収益・収支計画、地域貢献への取り組み等の各実施項目や具体的実施内容が示されています。</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>中期計画に基づき、当年度の事業方針・事業目標が定めら、事業計画として、利用率、サービスである生活支援・食事支援・健康管理及び施設設備計画、人材育成計画、苦情解決、専門部門計画等々の目標に対する達成度が数値化され的確に示されています。</p> <p>計画の全てが事業の経営基盤の安定や施設のあるべき姿や機能・役割が反映されており、工夫された計画策定となっています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎月のユニット会議等で事業計画の達成状況や成果・課題等及び対策方針等が周知されており、事業計画の策定について、ユニットリーダー・係長が参加する管理者会の意見も聞きながら、経営層で策定されています。</p> <p>また、管理者会で、事業計画の目標達成状況や課題の対策・見直し等の説明や周知も行われています</p> <p>現場職員の理解の面では不十分さが見えますので事業計画達成状況の意識強化や理解を深める取り組みが工夫され実施されることに期待します。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者、家族等に対しては、利用開始時に事業計画について説明されています。</p> <p>また、地域対してホームページ等を活用して情報開示を行い、来園者に対しては、自由に閲覧できるよう施設玄関に事業計画が用意され、透明性のある組織運営の取り組みが行われています。</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>理念・基本方針に沿った事業計画は作成され、単年度の事業計画の振り返りをし、次年度に活かされています。</p> <p>職員の共通理解を更に高めるために、ユニット単位でサービス内容の振り返りが行われる等、課題や問題点の共有は図り、改善への取り組みが行なわれています。</p> <p>また、人事考課制度の導入で、職員一人ひとりの個人目標や年2回の上長面談による自己評価に対する指導・アドバイスや実績評価も行われています。</p> <p>今回、第三者評価を受審される機会を持つことにより施設としての自己評価につながりました。</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>組織的な事業運営の検証等、定期的なサイクルで施設長会議、課長会議、リーダ会議、ユニット会議等で課題の明確化と対策等の積み上げが行なわれ、成果分析や課題への対策等が計画的に行われています。</p> <p>また、桃源の家のサービス充実や質の向上に向け、各ユニットから職員が参画した専門委員会が組織化され、各ユニットからの課題や困りごとの相談等への素早い対応や改善対策等実施され職員の情報共有の取り組みも行われています。</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>職務分掌表は作成されており、毎年改定されています。</p> <p>年度当初の職員等への事業計画目標の表明や自らの役割と責任について表明しておられます。</p> <p>不在時の権限委任も明確にされています。</p> <p>法人広報誌の年頭の挨拶に於いて、法人理事長が自らの役割・責任を掲載し表明されています。</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>施設長は勉強会、研修にも参加し法令遵守の理解に努め、管理職会議において就業規則等の確認をされ、年末には職員に法令遵守について話す機会を持っておられます。</p> <p>また、法人全体のクレド（約束）を基に、職員全てが組織人としての法令を遵守する動議付けも行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>毎月、定例会議において各ユニットからの報告、意見等を聴き助言をされています。</p> <p>施設内の各委員会に出席されサービス向上についての働きかけをされています。</p> <p>また、内外研修の実施も取り組まれています。</p> <p>今後に於いても、サービスの質の向上への目標や実績の見える化の促進や接遇・マナー及び職員のコミュニケーション力等の向上施策等の継続的な取り組みに期待致します。</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>施設長会議を通して、桃源の家としての経営状況やコストバランスの分析を行い、改善施策等に取組まれています。</p> <p>業務改善委員会があり、記録の省力化等 ITC 化による業務の実行性を高める取り組みも行われています。</p> <p>また、施設運営に関するコスト削減対策等の実施等、健全な経営基盤の構築に向けた取り組みが行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>人材確保のための採用活動は法人として計画的に取り組まれており、ホームページ、広報誌へ求人募集の掲示、ハローワークへの募集対策等が行なわれています。</p> <p>福祉人材の確保は、全国的にも非常に厳しい現状にあり、定着に向けた現在行われた各種研修実施や資格取得者への報奨金制度や職員の身体的負担軽減にも取り組んでおられます。</p> <p>仕事へのやり甲斐、達成感あるものにしていくための人事考課制度の更なる充実に期待します。</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>人事基準は、就業規則で定められています。</p> <p>人事考課制度も整っており、定期的に職員への個人面談が実施されています。</p> <p>把握された職員の意向・意見や評価・分析等にもとづく改善策を検討されています。</p> <p>今後に於いても職員へ人事考課制度の特性である人材育成と将来的展望の為の取り組みである評価体系を十分理解いただき、職員誰もが目標を持って再挑戦が行える職場を目指した取り組みとして発展継続されることに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>改善委員会が設置され、働きやすい職場環境について検討されており、今年度はメンタルヘルスの観点からみた職場環境や取り組みを目指すための研修を受けられ邑智郡内の社会福祉法人として初のヘルスマネジメント認定を取得されました。</p> <p>有給休暇や時間外労働等については定期的に確認され把握されており、休暇取得等推進されています。育児短時間勤務等も導入されており、子どもが小学校入学までは夜勤の免除の制度もあります。</p> <p>年2回の健康診断やインフルエンザ予防接種の負担等も行われています。</p> <p>職員互助会もあり、定期的な職員交流（スポーツ大会・食事会）が行われています。</p> <p>いろいろな配慮はされていますが、職員は人員不足から不公平感を感じている方もあるようですので、今後の人員配置の改善に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>組織として期待する職員像としての5つの行動規範はクレドにも載せてあり、人事考課の前には目標面接シートを提出し、年に2回直属の上司、施設長と面談が実施され、一人ひとりの目標の達成度の確認をされています。</p> <p>職員自身の理解度のバラつきや受けとめ方の違いもあるようですので、設定した目標の達成度を確認される際にしっかりとフィードバックができるような取組みに期待します。</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>研修専門委員会により、人材育成に関する基本方針に基づき、研修計画が策定されています。</p> <p>事業内研修は、年間12回以上の定例研修（全職員対象）が計画され、施設内実験研究発表会（1年間のまとめ）が実施される等の理解度の浸透を図るための振り返りの取り組みが行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>基本的な研修計画に基づき、職員一人ひとりの階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等、業務習熟度に適応した研修実施が行われています。</p> <p>新任職員には、職場 OJT が行なわれています。</p> <p>優良な取り組みの一つとして、法人全体研修として、職種別人事考課訓練が管理者対象に実施され、職員一人ひとりへの人事評価の公平・公正性を担保した評価実施や面談時の聞き取りや指導・アドバイス等が適切に行われるための研修が実施されています。</p> <p>研修後の復命の供覧や他の職員への報告も行われています。</p> <p>組織的な研修方針に基づいた研修計画や研修の機会が職員一人ひとりに実施されていますが、職員一人ひとりの研修履歴に基づいた職員育成を図るためのデータベース化に基づく育成に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>実習性受け入れマニュアルに基づき、依頼先機関との実習プログラム調整等を行ないながら、積極的に実習生の受け入れが行われています。</p> <p>今年度は、新型コロナ禍の影響で、現段階での受け入れは行われていない現状にあります。</p> <p>介護福祉人材確保対策として、今後も近隣以外の福祉サービス専門学校等へのアプローチの継続に期待します。</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>社会福祉法人全体で透明性確保のための情報公開の取組みが行なわれています。</p> <p>ホームページへ内に理念・基本方針、決算報告書法人概要、施設案内、事業計画、資金収支計画、個人情報保護規定、提供する福祉サービス内容、職員の5つの行動規範、苦情解決対応体制等、地域貢献活動、求人募集等の掲載を初め、第三者評価の受審結果の公表等が掲載されています。</p> <p>地域には広報誌（さくらだより）の配布を行い、施設玄関にも閲覧用の資料を用意されています。</p> <p>SNSも活用され情報公開に努めておられます。</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>法人の定款、業務管理規程、運営規程に基づいて、内部監査、外部監査を行い、外部の会計事務所によるチェックも実施されており、公平かつ透明性の高い経営・運営が行なわれています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>施設の経営理念にも地域と連携し、地域に開かれた施設運営を掲げられています。</p> <p>買い物際には、地域のお店を利用されています。</p> <p>例年、施設内にある地域交流ホールやセミパブリックホールを利用し、地域の方たちとの餅つき会やボランティアによるお茶会や音楽会や保育所との交流は定期的に行われ、「桃源の家」秋祭りも開催されていました。</p> <p>また、地域のお祭りやイベント等のポスターの施設内掲示や町の高齢者行事等へ入所者の希望に沿って参加されていましたが、今年度は、新型コロナ禍の影響による交流が非常に難しい状況にあります。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルの基、例年受入れが行なわれていますが、今年度に於いては新型コロナウイルス感染症対策の為受入れを見合わせておられます。</p> <p>毎年お茶会や音楽会、サマーボランティア等の受入れをしておられます。</p> <p>また、中学生の職場体験、高校生のインターシップの受入れも行われています。</p> <p>受入れのマニュアルや事前説明用の資料等の整備面は十分でない部分もありますので整備される事を望みます。</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 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>役場、福祉事務所との連携会議が年に数回開かれています。</p> <p>桃源の家のサービス品質保持・強化に向け、町行政、地域包括支援センター、社会福祉協議会、病院、保健所、消防署、警察等の関係機関等とのネットワークが構築され、機関の一覧表等が作成され緊急時等の連絡が適切に行われるよう職員への理解も図られています。</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ます。	b
<p><コメント></p> <p>地域ケア会議への参加や地域の高齢者の方々が集まる「ひだまりサロン」、「オレンジカフェ」に於いて地域のニーズの把握が行なわれています。</p> <p>今後にも於いても多様なニーズの掘り起こしに向けた取り組みに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>現在は施設が地域ニーズにもとづいて実施されている活動は「ひだまりサロン」への職員の派遣が中心となっています。</p> <p>また、施設の交流を深めるための地域交流ホール等の開放、災害時の一時的な避難場として提供されています。</p> <p>町からの委託を受け開催されている「オレンジカフェいわみ」に於いて、認知症の方との関わり方や予防についても知ってもらう機会となっています。</p> <p>相談会等から地域住民のニーズに努め「桃源の家」で提供できる公益的な事業・活動を見つけ出して頂く事を期待します。</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。	a
<p><コメント></p> <p>倫理綱領、就業規則に利用者本位の姿勢が明示されており、利用者の尊厳に対する姿勢が示されており、職員への周知も図られています。</p> <p>共有理解を図るため、接遇研修や身体拘束・虐待防止研修も実施されています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護についてのマニュアルは整備されています。</p> <p>虐待防止のチェックリストがあり、奇数月に確認をされ職員の理解を図られています。</p> <p>居室はユニット形式で一人部屋ですので、個人のプライバシーは基本的に守られています。</p> <p>トイレも各部屋に設置されており、入浴も個浴で使用できます。</p> <p>排泄介助、入浴介助は手順書に沿って行われています。</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。		
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>理念・運営方針も記載され、写真や図を用いたパンフレットやホームページ、インスタグラムツイッター等で事業所の情報を提供しておられ、事業所の特色等についてもわかりやすく知る事が出来ます。</p> <p>見学希望者にも都度対応されており、短期入所用の居室を利用しての、一日体験入所の希望にも対応をされています。</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>利用者・家族等には、利用開始時、契約書及び重要事項説明書を使用して丁寧に説明が行われ、同意を頂きサービスが開始されます。</p> <p>また、介護支援計画書の内容についても説明を行い、同意を得られます。</p> <p>重要事項説明書、介護支援計画書に変更があった場合には、改めて説明し、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>利用者が、他の福祉施設・事業所、病院等に移られる場合には、情報提供や連携が行われています。</p> <p>家庭への移行の場合、家庭での留意事項について説明も行われます。</p> <p>利用が終了後も施設に相談等が出来る事も伝えておられます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>ユニット職員は日頃より利用者の表情等を観察し、満足度を確認するように心掛けておられます。</p> <p>カンファレンスの際には同席して頂ける利用者・家族の方には同席して頂き、意見・意志を確認しておられます。</p> <p>利用者の満足度調査は給食委員会の嗜好調査が実施され、食事メニューや意見・要望を取り入れた食事の工夫の取組みが行われています。</p> <p>現在、定期的な利用者の満足度調査は実施されていないので、利用者満足を向上させる仕組みを整備されることに期待します。</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>マニュアルや苦情解決の体制が整備されており、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されています。</p> <p>苦情解決の体制については、重要事項説明書内にも記載されており、法人以外にも、第三者機関に苦情等が述べられる事も記載されています。</p> <p>また、施設内にも掲示されています。</p> <p>利用者からの苦情や相談は、施設内のひとことボックス（意見箱）でも受け付けておられます。具体的な説明や対応策に関してもホームページに公表されています。</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>いつでも職員へ気軽に要望等が出来ることを周知し、ホームページやひとことボックス等、意見を述べやすい環境の整備がなされています。</p> <p>居室が個室になっていますので、個別に口頭で相談や意見を話して頂けるよう心掛けておられます。</p> <p>施設内には相談室、面談室も設けてあります。</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>苦情解決対応マニュアルに沿って、相談・意見等に対しても利用相談は、受付簿へ記録して必ず上司へ報告され、その内容等は生活相談員へ通知され、相談・意見に対する検証や検討により、組織的に意見に対するフィードバック等の対応が行われています。</p> <p>組織として、利用者・家族等への回答は迅速に対応することがベストですが、時間（日数）がかかる場合は、途中経過等を含め、伝える配慮が行なわれています。</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>事故対応マニュアル、事故・ヒヤリハット報告書は整備されています。</p> <p>事故防止委員会を中心に事例件検討による事故発生の内部研修が行われ、入所者の安心・安全についての取り組みが行なわれています。</p> <p>また、事故防止や虐待防止等の会議の実施や研修会も行われています。</p> <p>設備点検は安全衛生委員会が毎月実施されています。</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>「感染症対策・褥瘡委員会」が毎月開催され、感染症対策（予防・発生時の対応等）についても検証や対策等の取り組みが行われています。</p> <p>看護師を中心に対策作成やシュミレーションによる研修が実施されています。</p> <p>嘔吐物処理道具を各所に設置し、感染症予防マニュアルも整備されています。</p> <p>特に、今年度は、新型コロナ感染対策に向けた組織をあげてのリスク排除の取り組みが行われています。</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>BCP計画（事業継承計画）が作成されており、防災委員会も設置され、防災マニュアルの整備されており、備蓄品も常備されています。</p> <p>防災計画に基づく年2回の防災訓練が実施されています。</p> <p>BCP計画の改訂案を法人本部に現在提出されています。</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>介護業務マニュアルは整備され、各ユニットごとに置いてあります。(来年は改訂版で実施予定)</p> <p>職員は、介護業務マニュアル等による基本的な実施手順に沿ったサービスの提供を心掛け、利用者一人ひとりの介護支援計画の留意点等に気を付けながら、統一化が図られています。</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>介護業務マニュアルについては、定期的に見直しが行なわれ、現在、次年度以降の見直し案が作成されました。</p> <p>また介護支援計画についても、利用者の変化に併せ、毎月のユニット別会議やモニタリング記録（24時間シート等）に於いて、対応等についての話し合いが行なわれています。</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>利用開始時に、サービス実施計画策定に責任者である施設内の介護支援専門員より、定められた項目の細かなアセスメントが行なわれ、多職種連携し、担当者会議で意見を述べ合い、記録に残し、利用者・家族等の希望、意向を確認し、介護支援計画は策定されています。</p> <p>マニュアルも整備がされています。</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>ユニット別にカンファレンスを開催し、ケアプランの見直し、検討が実施されています。</p> <p>24時間シートを基に利用期間内のモニタリング、カンファレンスを実施し、介護支援計画の評価が行われています。</p> <p>サービス担当者会議において全体の介護支援計画書の評価が行われています。</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>ケアプラン委員会が記録の書き方等の研修も行っておられます。</p> <p>円滑な情報共有と仕事の効率化を目指し、記録は、タブレット端末を使用して介護ソフトの共有ファイルに記録され、担当職員がいつでも閲覧できる仕組みが構築されています。</p> <p>また、パソコンはネットワークシステムで共有化が図られています。</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>利用者・家族等には、契約時、重要事項説明書により個人情報の取扱いについて、説明が行なわれています。</p> <p>個人ファイル等、個人情報の関する書類等は、保存期限をつけて鍵の掛かる書庫等に保管されています。</p> <p>職員は、入職時に、個人情報の守秘義務が課され、誓約されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>24 時間シートに過ごし方を落とし込み、本人・家族様の意向や希望に応じられるよう支援が行なわれています。</p> <p>ただ、施設の業務との兼ね合いがあり、意向に沿える範囲が限られているのが現状です。</p> <p>利用者本人が、楽しみが持てるような役割やプログラム参加が出来る取組みを期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>コミュニケーションが上手く取れない方や会話の機会が少ないと思われる方に対してケアプラン等で支援のひとつとして会話をするようにされています。</p> <p>また、居室の近くを通る際には声掛けをするよう心掛けておられます。</p> <p>職員の中には、人員不足からコミュニケーションを十分に取ることが難しいと感じておられる意見もあります。</p> <p>意思表示が困難になっていく中で個別のコミュニケーション方法の手技が確立できる工夫に期待します。</p>		
1-（2）権利擁護		
A⑤	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>施設では、権利侵害につながるような行為は行われていません。</p> <p>規約やマニュアルは整備されています。</p> <p>身体拘束廃止・虐待防止委員会が設置され、虐待や身体拘束等の研修も行われており、体制整備が行なわれています。</p> <p>具体的な内容や事例を収集し、事例検討や研修会で掲示して、職員に周知されています。</p>		

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> <p>太陽の光を取り込んだ明るい完全バリアフリーの建物で、利用者はユニット単位の個室で、利用者の快適な生活空間の保持及びプライバシー保護等が可能で、ゆっくり過ごすことができる環境が整備されています。</p> <p>共有空間も安全面を考え、移動動線上に障害となる物もなく整備されており、地域交流ホール等、くつろげるスペースも完備されています。</p> <p>居室清掃確認表があり、定期的な清掃が実施され、行き届いていました。</p> <p>適温も保たれていました。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>入浴介助マニュアルに基づき、利用者の尊厳やプライバシーに配慮した入浴を心掛けておられ、心身の状況に合わせて、個浴、リフト浴、特殊浴槽で対応されています。</p> <p>入浴前にはバイタルチェックを行い、体調に応じてシャワー浴、清拭の場合もあります。</p> <p>入浴回数や時間については、利用者個々の意向に沿うように心掛けておられます。</p> <p>拒否がある方には職員を変えて、声掛けをされているが無理には行わないようにされています。</p>		
A⑧	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>排せつ介助マニュアルに基づき、24時間シート、排泄パターン表を活用し、状態に合った方法やリズムについて把握され、個々に応じた介助・支援方法が取られています。</p> <p>自立に向けた排泄支援の取組みとして、排泄ケア委員を中心に自然な排泄を促す働きかける方法や排泄用品業者の訪問指導を受け適切な物品の使用を目指しておられます。</p>		
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> <p>動作介助・衣服着脱介助マニュアルに基づき、24時間シート、ケアプランから、利用者の状況に合わせた移動支援が行なわれています。</p> <p>バリアフリー化の施設内の移動は、車椅子・押し車・歩行器等を利用した利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた方法での移動が行われています。</p> <p>送迎時には、送迎マニュアルに従い安全な送迎が心掛けておられます。</p>		

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> <p>各ユニットで炊飯やみそ汁は調理し、厨房からのおかずや副食は盛り付けられます。</p> <p>季節感の工夫や温かい食べ物は温かく、冷たいものは冷たくした適温で提供され、各ユニットの食堂で利用者のお気に入りのテーブルで楽しく食べられる取り組みが行われています。</p> <p>また、給食委員会・安全衛生委員会等による安全・安心な食の提供等に向けた対策（毎月）の実施や衛生管理マニュアル等に沿った食材、調理、食器類及び食事の前の手洗い・消毒等によるノロウイルス対策等の安全対策が行われています。</p>		
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> <p>食事介助マニュアルに基づき、入所者一人ひとりに合せた食事形態に配慮した食事提供が行なわれています。</p> <p>また、利用者に合った食事のペースに配慮しながら、個々の心身の状況に合わせて見直しが行なわれています。</p> <p>出来るだけ自力で食事をしていただけるよう自助食器、介護用品を利用し召し上がって頂いています。</p> <p>栄養ケアマネジメントを実施し、個々の栄養管理、健康、心理面の状態を把握し、低栄養の予防に努めておられます。</p>		
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> <p>口腔内ケアマニュアルに基づき、利用者一人ひとりの口腔ケア（食事後・就寝前等の歯磨き、入れ歯洗浄等）が行なわれています。</p> <p>また、口腔ケア委員会の設置があり、口腔内の清潔が保てるように研修をされており、口腔内観察記録や歯科衛生士指導記録を活用し、個々に応じた口腔ケアの方法を選択し、計画に基づいてケアをされています。</p> <p>必要に応じてケアプランや栄養計画に口腔ケアを盛り込み、確実に実施できるように配慮されています。</p> <p>毎月、歯科衛生士が来所され、職員に対する口腔ケア指導が行なわれています。</p>		
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> <p>褥瘡予防マニュアルの整備が行なわれており、マニュアルに沿った支援が実施されています。</p> <p>また、褥瘡予防委員会も設置されており、看護師を中心に予防のための研修も実施されています。</p> <p>褥瘡対策として栄養面でも低栄養にならないように食事の提供の工夫や個々の状態に合ったベッドマットの使用や寝たきりの方の体位交換が行なわれています。</p>		

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> <p>マニュアルは整備されています。</p> <p>利用者への喀痰吸引・経管栄養等の医療処置は、資格取得された介護福祉士もおられますが、現行は、看護職で対応されています。</p> <p>今後、職員体制の変化等を勘案して、介護福祉士による資格取得等の研修等継続的な取り組みに期待します。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等の意向を踏まえ、理学療法士が中心となって利用者への維持・向上の機能訓練が行われています。</p> <p>専門職によるリハビリも必要ですが、日常生活の中でできる生活リハビリにも配慮された取り組みに努められる事に期待します。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>認知ケア委員会に於いて、認知症に関する対応課題の検討や施設内外の認知症研修参加が行なわれています。</p> <p>認知度や行動・心理症状（BPSD）が悪化してきた時はアセスメントを行い、指先運動や脳トレ等の症状改善に向けた取り組みが行われています。</p> <p>精神科の医師の毎月の訪問はあります。</p> <p>声掛けの統一は心がけておられますが、個別の支援方法や職員による統一された支援が全職員で出来るよう取り組まれる事に期待します。</p>		
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> <p>利用者の心身の体調変化が発生した場合は、施設の看護師担当との連携による夜間に於いても医療機関の看護師・医師の指示・指導等、適切な対応が行われるよう手順が確立しておられます。</p> <p>日常生活が不安なく介助するために医師との連携が図られており、利用者の様子等も家族へ情報提供が行われています。</p> <p>服薬管理マニュアルに沿って、都度確認を行いながら適切に服薬管理が実施されています。</p> <p>また、緊急時対応としての救急法研修も行われています。</p>		

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> <p>看取りケアマニュアルが整備されており、手順も確立されています。</p> <p>主治医や医療機関との連携体制も整っています。</p> <p>家族からの思い、これまでの人生、本人に対するケアなど終末期のケアに活かせるよう日頃から家族とのコミュニケーションを図るようにされています。</p> <p>経過記録も詳しく入力し、状態把握できるようにされ、亡くなられてから、早い段階でカンファレンスを実施し、看取りケアがどのように実施されたか振り返り、次へとつなげて行くようにされています。</p> <p>家族への対応や説明等はじめ、見取り実施に参加した職員への精神ケアの支援にも配慮されています。</p>		

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> <p>利用者の家族等との連絡網の整備により、いつでも家族への連絡・報告・相談が取れる体制が整えられています。</p> <p>家族にもカンファレンスへの参加を促したり、事前に要望事項を伺いプランに反映されています。</p> <p>コロナ禍にあり、面会が自由にできない中、お互いの顔を見ながら話ができるように、オンライン面会も活用されています。</p>		