

# 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

令和5年度

養護老人ホーム香梅苑

# 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：養護老人ホーム香梅苑                           | 種別：養護老人ホーム<br>一般型（介護予防）特定施設入居者生活介護  |                                 |
| 代表者氏名：施設長 秋田 倫告                         | 定員（利用人数）：50名  |                                 |
| 所在地：島根県邑智郡邑南町矢上347番地                    |   |                                 |
| TEL：0855-95-2777                        | ホームページ： <a href="http://iwamisakurakai.or.jp">http://iwamisakurakai.or.jp</a> |                                 |
| 【施設の概要】                                 |   |                                 |
| 開設年月日：2001年 4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（理事長：漆谷 光夫） |   |                                 |
| 職員数                                     | 常勤職員： 21名   | 非常勤職員 8名                        |
| 専門職員                                    | 施設長 1名  | 看護師 1名                          |
|   | 介護支援専門員 1名  | 介護支援員 4名                        |
|   | 生活相談員 1名  | 調理員 2名                          |
|   | 介護福祉士 5名  | 環境整備員 1名                        |
|   | 介護支援員 5名  |                                 |
|   | 看護師 1名  |                                 |
|   | 栄養士 1名  |                                 |
|   | 調理師 4名  |                                 |
|   | 事務職 1名  |                                 |
| 施設・設備<br>の概要                            | 居室（個室－和室） 20室   | 食堂（梅花亭） 1室                      |
|   | 居室（個室－洋室） 26室   | 散髪室（とこやさん） 1室                   |
|   | 居室（2人用－和室） 1室   | 医務室 1室                          |
|   | 居室（2人用－洋室） 3室   | 静養室 1室                          |
|   | 談話室 1ヶ所   | 洗濯室 3室                          |
|   | ラウンジ 1ヶ所  | 個浴 1ヶ所                          |
|   | 地域交流集会室 1ヶ所   | 大浴槽 1ヶ所                         |
|   | 介護ステーション 1ヶ所  | トイレ27ヶ所 共同トイレ5ヶ所<br>（内車椅子対応2ヶ所） |

## ③ 理念・基本方針

### 法人理念

地域住民が多様な個性に基づいて自分らしく、生き生きと自立して暮らす事ができる「豊かで活力のある福祉コミュニティー」の実現に資する

## 法人の基本運営方針

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。

## 香梅苑の事業方針

その人らしく、元気で、笑顔あふれる生活が継続できるよう、利用者様の立場に立ち尊厳を守りながら、常に自立を目指した取り組みを行うとともに、福祉施設としての役割を果たすべく施設の専門性を活かし、地域福祉の増進に努めます。

## 基本理念

- ・ 利用者個々の尊厳を大切にする。
- ・ 生活の継続性、日常生活での自己決定を尊重し、残存能力の活用を図る。
- ・ 常に熱意と敬愛の心を持って接する。
- ・ 社会参加・地域交流を通じ、地域に根ざした楽しく安らぎのある施設づくりに努める。

## 基本方針

1. 利用者個々の居住空間を尊重し、快適で生きがいの持てる文化的生活が送れるよう支援します。
2. 利用者個々に合った、自立生活に向けて生活意欲を高めるよう支援します。
3. 専門的な知識を研鑽すると共に利用者とのコミュニケーションを深め生きがいづくりを支援します。

## ③ 施設の特徴的な取組

養護老人ホーム香梅苑は、緑豊かな自然に囲まれた地に、明るく清潔感あふれる落ち着いた平屋建ての施設です。

平成13年に町立運営で事業開始され、その後、旧石見町より平成16年に社会福祉法人石見さくら会が指定管理の委託を受けられました。

平成18年に入所要件が変更になった事により外部サービス型特定施設利用者生活介護を開始され、平成26年度に社会福祉法人石見さくら会による民設民営化となりました。

平成29年より外部サービス型から一般型の特定入居生活介護に変更されました。

地域住民の方々の多様な個性や要望を受け入れ、在宅で生活が困難な高齢者が個人の能力に応じ自立した日常生活を通じた社会復帰を目指すための地域のセーフティネットとして、利用者一人ひとりの個別支援計画の策定に基づき、入所者が自立して暮らすための支援（援助）の取り組みが行われています。

### ⑤第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和5年6月23日（契約日）～<br>令和5年11月2日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回目（令和1年度）                            |

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

○経営理念「豊かで活力のある福祉コミュニティ」の実現に向け、地域への約束として「クレド（基本理念）」宣言による地域密着型の福祉サービスの提供の実施

- ・社会法人石見さくら会の理念・基本方針および香梅苑の理念・基本方針を明文化され、朝礼時に職員は唱和し、施設内にも掲示されています。

また、理念・基本方針を基に作成されている5つの約束が書かれたクレドカードを職員全員が携帯され、「絶対ルール」の作成により行動規範を常に意識できるよう職員の周知に努めておられます。

「絶対ルール」の見直しも行われ、改善を続けられています。

- ・利用者の思いを尊重し、相談や要望に対しては生活相談員を中心にどの職員でも話してもらえることを伝え、問題解決に向け真摯に取り組まれています。

#### ○事業計画に対する的確な進捗管理

- ・事業計画の進捗状況等は、事業評価表（収支計画以外の介護サービス提供の実績等）への各員会での四半期単位に検証や作成が行われる等、事業の進捗が測定され、事業目標達成に向けた職員の目標面談シートを活用した業績（成果、随意、スキル把握等）が上長との対面時に双方で確認しながら作成する等の見直し（以前は、職員による自己評価の作成や面談時のチェック等）等、職員の意識や要望（業務内容等の実績）がより届く等の取り組みが実施されています。

#### ○職員の働き甲斐や達成感や人材育成に向けた取り組みと連動した人事考課制度

- ・人事考課制度が導入されており、施設長面談もあり、目標シートで職員一人ひとりの目標を明確にされており、進捗状況を確認され、中間評価・最終評価があり。次年度に向け新たな目標設定ができるような仕組みがあります。

また、昇進の基準も明確にされています。

#### ◇改善を求められる点

#### ○福祉サービス等の地域、医療との連携及び福祉人材の確保・定着への取り組み

- ・法人としてのホームページへの求人情報の掲載やハローワーク登録、就職セミナー等への参加、専門学校等への対応等を行っておられます。

また、働きやすい職場環境に向けたICT導入による作業効率化、年次有給休暇取得や時間外労働等の上限規制、ワーク・ライフ・バランスを考慮した勤務体制や人材育成に向けた各種研修への参加等による人材確保・定着に向けた取り組みが積極的に行われていますが、全国的に福祉人材の不足が恒常化している現状を克服するための対策として、

今後も引き続き、組織の特性を全面に掲げる等、各団体、機関等に対して今まで以上の取組みに期待します。

- ・コロナ禍に於いては、従来取組まれていた保育所との異年代交流や地域交流の機会が殆どなくなりましたが、今後は以前のように沢山の笑顔が見られるような交流の場の復活に期待します。

#### ○利用者に対する自立度向上に向けた取組み

- ・利用者の高齢化や要介護状態になられ一般特定の利用者が数多くおられる現状として養護老人ホームの役割、機能、自立への支援・援助等を考慮しながらの日常における生活機能訓練の必要性は大きい物があります。現在もラジオ体操・施設内ウォーキングの運動は行われていますが、法人内の理学療法士・作業療法士の協力も得ながら、利用者一人ひとりの望む生活を目指すための機能訓練に取り組みられ運営を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

法人全体に於いて、職員としての規則や行動についての組織的な取り組みや、毎年の事業計画に沿った事業運営の遂行に向けた取り組み、人材育成に関する人事考課制度について良い評価をいただきありがとうございます。

改善点にある人材確保の課題については、ホームページやハローワーク等への呼びかけ、職員間の人材情報などを基に引き続き確保に向けて努力するとともに、離職率低下のための職場環境の整備及び改善にも力を入れていきたいと思っております。

利用者サービスについては、コロナ禍における生活状況からの脱却を少しずつ進め、入居者様が楽しみを持ち生き甲斐を感じて頂けるよう、創意工夫を行ったサービス運営に努めていきたいと考えます。

#### 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（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>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会法人石見さくら会の理念・基本方針および香梅苑の理念・基本方針を明文化され、朝礼時に職員は唱和し、施設内にも掲示されています。また、理念・基本方針を基に作成されている5つの約束が書かれたクレドカードを持たれ、「絶対ルール」による行動規範を常に意識できるよう職員の周知に努めておられます。</p> <p>利用者・家族には入所時に理念・基本方針の説明が行われ、利用者の話し合いの場でもある毎月の全体常会でも伝えられ、家族会もあり、開催された際には説明をされて周知が図られています。</p> <p>地域の方々へはホームページの掲載や広報誌を配布されることで周知が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の連絡会による事業経営を取り巻くコスト分析含む経営指標や利用者推移や利用率等、事業運営や財務状況の経営情報の把握・分析が行われています。</p> <p>国、県、町の動向等については、全国老人福祉施設協議会、島根県老人福祉計画、邑南町医療福祉政策課等より把握・分析が行われています。</p> <p>また、高齢者事業部会による介護保険連絡会議でも地域動向等についての情報収集し把握・分析が行われています。</p> <p>施設内では、係長以上で協議検討され、毎月の職員会議で結果報告を行い、全員に周知されています。</p> <p>係長以上は全員マネジメント研修も受講されました。</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>&lt;コメント&gt;</p>   |   |         |

法人本部でグループ全体の事業運営における諸課題等がまとめられ、施設長が参加する役員会において、経営課題分析が行なわれています。

経営状況及び事業運営等が報告共有され、提供するサービスの実施状況の成果や組織体制、施設の設備関係の改善・整備や職員体制、人材育成、財務状況等の分析による課題・問題点の要因分析による具体的な対策等が検討され新たな取り組み方針が決定されています。

施設設備の老朽化対策等に対する検証や必要な改善が行われています。

また、毎月行われている施設内職員会議を活用し、3ヶ月毎に事業計画に対する進捗管理表による事業運営状況が報告され、良かった点や改善が必要な点等の職員との共通認識を図るなどの取り組みが行われています。

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期事業計画が策定されており、4月の年度始めの内部研修の際、事業計画資料に基づき職員に説明が行われています。</p> <p>中・長期ビジョンは、財務状況、組織体制、利用者の経年別利用数、サービス内容や行事、施設設備修繕計画、人材育成計画等は、現状の事業運営分析等を踏まえ、重要業績評価指標（KPI）で数値目標を明確にされています。</p> <p>また、3年ごとに中期計画の見直しを実施されています。</p> <p>特に「組織としてのあるべき姿」等の中・長期的ビジョンは、職員が常に意識できるように施設内に掲示した見える化が実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されており、KGI（経營業績評価）指標がKPI（中間目標）で数値設定されているので、評価しやすい内容となっています。</p> <p>前年度の事業計画の実績としての事業報告の実績（利用者、実施サービス内容、人員育成等の研修、事故防止、施設整備、苦情解決等）が整理され、次年度の計画に反映されています。</p> <p>進捗管理表により数値目標も分析され、単年度の事業計画の進捗状況も把握されながら進められています。</p> <p>行事計画は月毎や担当者が決められステーション内に掲示されています。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |   |         |

事業計画の策定は係長以上が策定に携わっており、係長は、4半期ごとに部門別の進捗状況を把握されており、年度末に部門別に職員と話し合い評価、見直しを行ない、部門としての計画策定が行われています。

職員会議での意見も取り入れ、事業計画の策定が行われています。

事業計画は部門ごとの目標を数値化され、毎月提示されています。

策定された施設の事業計画は、年度始めの職員会議で職員に配布され周知が図られていますが、事業計画の理解が十分にできていないという声もあるようですので、理解への工夫に期待します。

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>

年度初めの入所者自治会である全体常会で事業運営計画等の資料が作成され、施設長等により周知が行われています。

事業計画の中でも利用者に関わることは理解できるよう伝えて頂けるよう期待します。

高齢化や介護の必要な方など十分に理解ができない方も増えてきていますので、分かりやすく、見えやすい工夫をされることを望みます。

家族には家族会等で説明されており、欠席の家族には郵送でお知らせされています。

#### 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>

利用者が元気で、笑顔あふれる生活の継続に向け、利用者の立場に立った尊厳を守る等の事業方針に基づき、安心・安全で自立支援、介護を推し進めるための体制を整備し、支援サービス、給食・栄養支援サービス等の検証や安全対策、感染対策が定期的な把握・分析によるサービスの維持・向上に向けた対策の取組みが実施されています。

事業計画は、事業評価表による進捗状況は、四半期単位に法人本部報告等での検証の実施及び組織内の自立支援介護委員会（毎月）、給食委員会（四半期）の開催等による生活向上に向けた定期的な評価・改善等が行われています。

また、人事考課制度による職員目標の設定や研修要望等の自己申告書の提出等に対する施設長面談（上期・下期）による業務の振り返り等が実施され、福祉サービスの質の向上に向けた人財育成（内部・外部研修等）が行われています。

福祉サービス第三者評価の受審が定期的な実施され、施設運営に於ける更なるサービスの向上に向けた組織的な取組みが行われています。

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>



毎月の職員会議に於いて、各種行事計画の実施状況や各委員会報告等が報告、討議され、業務改善等に向けた実施方針が明確にされる等の事業運営が実行されています。

また、定期的なケア会議による利用者の個別支援計画についても評価・見直しを行い提供されています。

定期的な業務・施設環境の見直しを行い、業務の軽減化対策、利用者の見守り機器等の安全性確保に向けた対策、チームケア、多職種等の協力連携体制による生産性向上への取組みが行なわれています。

中間期や年度末には、事業総括としての事業報告書が作成される等計画的な改善対策に向けての取組みを実行する仕組みとなっています。

業務改善計画は作成され評価表もあるので改善策について、職員間で十分話し合う時間を設けられ取組まれることに期待します。

## 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度当初に施設長の役割・機能である職務分掌が職員に配布される等、施設運営に於ける責任が明確にする等、香梅苑を全体の統括業務を推進されています。</p> <p>また、毎月の利用者常会で事業運営に向けた計画や方針等の説明や理解を求める等の対応を行っておられます。</p> <p>施設長の不在時の組織運営として、緊急時責任者の権限委譲が明確化される等の有事対応（自然災害・火災等での避難等）に対する整備が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部が中心となり、法令等の研修が行われており、変更があった場合にも法令等の研修には係長以上が参加され、受講後、職員に内部研修等で法令等の周知、理解を促すよう取組まれています。</p> <p>施設長も同様に、施設運営上必要な遵守すべき法令等を正しく理解するための会議や研修の参加や、関係機関との連携や情報共有を行いながら、施設内会議や研修等を利用し、遵守すべき法令等の周知が行われています。</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        | a       |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | 力を発揮している。                                |   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体で接遇に力を注いでおられ、「絶対ルール」の唱和をされ、日常的に言葉掛け等の指導助言をされ、「絶対ルール」の見直し、改善も行われています。</p> <p>定期的に内部研修を開催し福祉サービスの質の向上に取組まれ指導されています。</p> <p>施設長はラウンドをされ、話のしやすい風通しの良い環境になるよう、利用者と話し、利用者の声を聴かれ、職員からの意見も施設運営に反映し活かせるよう心掛けておられます。</p> <p>サービスの質の向上に向け、組織内に各委員会（自立支援介護委員会、事故防止委員会、苦情対応委員会、身体拘束委員会、感染予防委員会等）体制を整備し、日常の施設運営の検証や課題に対する改善対策等が行なわれています。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の収支報告（経営指標）の検証や香梅苑の事業活動報告（四半期単位）が定期に実施され、利用者数（稼働率）及び現状の人員配置等でのサービス提供課題等の対策が検討されています。</p> <p>記録用の業務ソフトを導入され、タブレットを使用し事務的な時間の軽減が行われています。</p> <p>昨今の光熱費の高騰により、特に電気代の節約には施設全体で取組まれています。</p> <p>労務や人事より業務を職種別に分担し仕事量の配分を行い人員配置や職員の育成に取組まれています。</p> <p>業務改善について、職員からの意見や要望を話せる仕組み作りに期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人石見さくら会として、一括で人材募集が行なわれており、人材確保検討委員会を開催し法人全体で人材確保について検討し、計画的に行われています。</p> <p>法人ホームページ内に求人情報の掲載、ハローワーク登録、就職セミナーの参加、専門学校等へ出掛けて人材確保に取組まれています。</p> <p>近年は外国人技能実習生の受入れも行われ、人材確保に向け取組まれています。</p> <p>法人として、福利厚生や各種休暇等の充実、ICT整備による作業効率化の推進、働きやすい職場環境の整備、人材育成、人事考課制度等による働き甲斐のある職場作り等、人材確保・定着に向けた取組みが行われています。</p> <p>全国的に福祉人材の不足等が恒常化しており、採用募集をして、待っている時代は過ぎ、人材確保体制や働きやすい職場環境への取組み等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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念・基本方針に基づいて、「期待する職員像」を明確にされ、クレドカードを各自が持ち行動規範が常に確認できるよう取組まれています。</p> <p>法人の就業規則に採用・配置・異動・昇進・昇格等の人事基準が明記されています。</p> <p>人事考課が導入されており、個人面談が行われ、職員の意向、意見を確認し、目標面談シートによる業務遂行の振り返りによる評価が行われており、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みがあります。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として、施設長会議や業務連絡調整会議が定期的で開催され、職員の健康管理や職場の必要な環境改善等に向けた対策検討等が行なわれています。</p> <p>働きやすい職場環境作りとして、勤務表作成時に職種ごとに職員の希望休や有給休暇を確認し勤務体制の配分を行い、リフレッシュ休暇取得の推進にも取り組まれ、職員一人ひとりのワークバランスに配慮された働きやすい職場作りを目指しておられます。</p> <p>また、職員の健康作りに向け、メンタルヘルス研修やストレスチェック（年1回）、インフルエンザ予防接種（費用補助）、健康診断（年2回）等が行なわれています。</p> <p>福利厚生については、年1回法人全体の定期的なイベント交流会や懇親会等が開催されます。契約社員以上は共済組合に加入され、年1回の健康診断の実施、共済組合からの各種お祝い金の支給、毎月応募者へ各種地域イベントの利用料助成金贈呈、ストレスチェックの実施、インフルエンザの予防接種費用の補助もあります。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員全員が、クレド（目指すべき職員像）を明記したコンパクトカードを携帯しており、クレドに沿った支援が行える職員となれる様、職員一人ひとりの育成に取り組まれています。</p> <p>また、「絶対ルール」を作成され、利用者に対する接遇の向上に向け取り組まれています。改善点があれば、見直しをされ変更事項は赤字で書かれています。</p> <p>人事考課制度が導入され、考課者によって職員一人ひとりとの面接が実施され、目標面接シートを用い目標を明確に設定し、目標の達成ができるよう進捗状況の確認も行われ、人事評価時に個々の目標達成状況について話し合われています。</p> <p>法人内には人事考課委員会があり、係長以上へ昇格させる基準を明確にし、協議され行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の研修計画を基に年間研修計画が設定されています。</p> <p>事業計画の項目とした研修計画も含まれているので、年度ごとの事業計画の見直しが行われています。</p> <p>職員は、法人研修、待遇研修、職種に沿った研修等に参加されており、係長以上は全員マネジメント研修も受講されました。</p> <p>また、研修受講後、他の職員に向けた伝達講習が行われ質の向上に向けた教育・研修が実施されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人全体の研修計画の中の職能シートにより、職員一人ひとりの研修進捗状況を把握しながら、それぞれに合わせた研修が受けられるようにされています。</p> <p>外部研修、法人研修や事業所内研修に参加されています。</p> <p>新人研修については主任が担当されOJTで指導されています。</p> <p>各職種別や階層別研修にも参加され職員一人ひとりの教育・研修の機会が設けられています。</p> <p>内外部研修参加後に報告書等で、職員間で情報提供や共有が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生等の受け入れマニュアルに基づき、実習先の学校と実習プログラム調整が行なわれ積極的に実習生の受け入れが行われています。</p> <p>担当者には指導者講習受講終了者を担当させる体制も確立されています。</p> <p>前年度は、外国人技能実習生の受入れも行われました。</p> <p>開催予定等、職員周知する等の事前の準備が実施され、実習生に対するオリエンテーションによる施設案内や実習等での守って欲しいによる実習支援が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念、基本方針、事業運営の施設概要、香梅苑のサービス内容をホームページや法人広報誌「さくらだより」等で情報公開をされています。</p> <p>法人の事業計画、事業報告、予算、決算等も開示されています。</p> <p>ワムネットで法人に関する現況報告書等が開示されています。</p> |  |  |
|---|--|--|

|   |  |   |
|---|--|---|
| 第3者評価も定期的に受審されており、結果もワムネットで公表されています。<br>家族会や施設見学に来られた方にも資料を配布し説明されています。   |  |   |
| 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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての業務管理規程、経理規程等に基づき、香梅苑の職務分掌より事業所内の権限と責任が明確にされており、事務・経理等は施設長が権限を持っています。</p> <p>また、本部による定期的な内部監査（年2回）が実施される等の適正な業務運営に向けた取組が行われています。</p> <p>法人は、外部監査（公認会計士）、内部監査が実施され、適正な経営・運営の検証等が行なわれています。</p> <p>担当の職員は理解されていますが、他の職員の方々への周知についての工夫に期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営理念である地域住民が生き生きと自立して暮らすことができる「豊かで活力のある福祉コミュニティ」の実現に資する等に基づき、地域社会との関係性を強める取組みとして、近隣地域の方々との合同避難訓練や地域住民による施設周りの草刈り作業等のボランティア受入れ、地域の公民館活動（文化祭、行事等）への参加等による交流（地域交流記録表）等が行なわれています。</p> <p>利用者の地域への買い物、通院等での地域交流が行われています。</p> <p>コロナ禍以前は、お出掛けランチやふるさと巡り、グループのミニ運動会への参加、保育所との交流等の活動も行われていました。</p> <p>5類移行後は、少しずつ地域でのイベントや交流も従来のように行われると想定されることから地域情報等の収集し、気軽に参加交流する場の提供等が増えることに期待します。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア等の受入れマニュアルに基づき、前年度は、施設周辺の草刈り作業活動が行われています。</p> <p>ボランティア規定を作成され基本姿勢も明確にされています。</p> <p>事前にオリエンテーションを行い、注意事項も伝えられています。</p> <p>基本的には地域からのボランティアの方の受け入れは快く受け入れる体制はあります。</p>  |  |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>コロナ禍に於いては、ボランティア活動も減少している状況でしたが、今年度は社会福祉協議会からの依頼のあった小中学生が4名サマーボランティアとして来られていました。</p>  |   |   |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>   |   |   |
| 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、関係機関等の連携が適切に行われている。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関として、邑南町福祉課、地域包括支援センター、邑南町福祉事務所、医療機関、矢上公民館、社会福祉協議会、介護サービス事業所、警察、消防署等との連携が適切に行われています。</p> <p>関係機関等の一覧（リスト）や連携の取組み等の資料が作成され、職員間で共有が図られ、利用者の施設入退所や移行時の対応、災害時の緊急時での対応、地域活動での協力等の施設運営が円滑に実行できるための関係構築が整備されています。</p> <p>措置元である市町村とは定期的に連絡会が開催されています。</p> |   |   |
| <p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>  |   |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>邑智郡地域連携推進協議会が開催する家庭介護等の困りごとや必要な知識等を学ぶ講習会への講師派遣への依頼への積極的な参加や地域の皆さまとの意見交換が行われています。</p> <p>地域貢献チラシを公民会へ配布し、地域の福祉向上のための取組みが行なわれています。</p> <p>介護保険連絡会議にも参加され意見交換されています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>災害時に於ける要支援者の支援ネットワーク等への参加や地域公民館と共同による合同避難訓練等の実施による緊急時の連携等について、近隣の自治会との良好な関係が構築される等、地域に根ざした施設機能を有する取組みが行われています。</p> <p>また、法人として、地域のサロン事業やオレンジカフェ事業推進等、地域の高齢者福祉の向上に資する取組みが行われています。</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 |
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> |                                     |         |
| 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 | a       |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | をもつための取組を行っている。                                   |   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経営理念、倫理規程に基づき、職員へのクレドカードや絶対ルール等に基本姿勢が明確にされ、毎日唱和もされています。</p> <p>利用者に対する人権尊重の共通的な認識を持った福祉サービスの提供に向けた取組みが行われています。</p> <p>また、利用者の苦情に学ぶ等、苦情対応員会の苦情に対する対策検討や人権を擁護するための身体拘束委員会・虐待防止委員会による定期的な身体拘束・虐待等の自己点検シートによるセルフチェックの実施や身体拘束・高齢者虐待防止の研修会による利用者を尊重した取組みが行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護等についてマニュアルを作成されています。</p> <p>居室は基本的に一人部屋になっています。</p> <p>居室のドアの窓ガラスには、居室内が見えない様にプライバシー保護の為テープを貼られています。</p> <p>内部研修で排泄、入浴支援におけるプライバシー保護の理解と周知に努められています。</p> <p>また、居室内でポータブルトイレを使用されている方については、ドアを開けた時にポータブルトイレが直接見えない様に配置し布を掛ける等の工夫が行われています。</p> <p>玄関先の面会コーナーについては、面会時に周りの人に見えないようアコーディオンカーテンを目隠しに使用されるなどプライバシー保護が図られています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページ、パンフレット、広報誌で、分かりやすく、写真やイラスト付で福祉サービスの提供に関する説明が行われています。</p> <p>また、事業所玄関には、事業計画綴り、広報誌、パンフレット等の施設サービス提供等が理解できる資料が配備され、いつでも見る事が出来る環境が整備されています。</p> <p>施設見学等の希望があれば、随時来苑頂き説明資料等による必要な情報が提供されています。</p> <p>ショートステイでの体験入所が可能となっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの利用開始・変更について、契約書、重要事項説明書、パンフレットを用い利用者・家族等に施設案内、利用時間、サービス内容等分かりやすい言葉で説明が行われています。</p>   |   |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>生活のしおりも渡され、施設内のルールについての説明が行われています。</p> <p>また、本人・家族等に介護計画や個別支援計画で福祉サービスを分かりやすく説明され同意を得られています。</p> <p>成年後見制度が必要な場合には家族に説明を行い、利用について同意を得ておられます。</p> <p>介護計画や個別支援計画の変更時や重要事項説明書の内容等の変更時にも同様に説明を行い、同意を得られています。</p>  |  |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>他の福祉施設や事業所の変更や家庭への移行等があれば福祉サービスの継続に努めサービスの利用、変更についてアセスメント表や介護計画、個別支援計画等で情報提供が行われます。</p> <p>介護施設の場合には、サービス担当者会議にも参加されます。</p> <p>入院の場合には地域連家室と連絡を取られています。</p> <p>移行にあたっては、家族等に説明され利用者にとって最適な時期を考慮されています。</p> <p>利用が終了時には電話や自宅訪問を行い、利用者・家族等にその後の相談方法や担当者について説明をされています。</p> <p>重要事項説明書に連絡先の電話番号等が記載されています。</p> |  |   |
| <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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々の暮らしの中で生活相談員を中心に、利用者や家族一人ひとりから意向や希望、思いを聞き取り満足の向上につなげておられます。</p> <p>年1回のサービス提供の内容等についての利用者アンケートや嗜好調査も実施されており、要望等の把握に努められています。</p> <p>毎月の利用者全体常会や年1回の家族会で要望、意見を伺うようにされています。</p> <p>また、家族面会時ケアプランの見直しの際にも利用者の状況を説明され意向や希望、思いを伺われています。</p>   |  |   |
| <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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。</p> <p>重要事項説明書に、苦情解決責任者、苦情受付担当者、第3者委員の体制や苦情解決の仕組みが明記されており、入所時に利用者・家族等に説明されています。</p> <p>施設内に苦情解決のポスター掲示されており、周知が図られています。</p> <p>日常の職員への直接の苦情相談や意見箱への投稿も含め、苦情等が上がってくれば、苦情対応委員会を開催し解決に向け検討されます。</p>   |  |   |



|   |  |   |
|---|--|---|
| 苦情内容を受け付けた時はすぐに対応され解決に向けて検討されます。  |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の全体常会において意見を述べる機会が設けられています。個別な案件等、話しにくい事であれば相談員などに直接話される方もあります。</p> <p>また、介護相談員の訪問時に話を聞いて頂く機会も設けてあります。</p> <p>日常的に、どの職員でも、相談、意見があればお伺いできる事を、利用者・家族等に伝えておられます。</p> <p>相談コーナーが設けられていますが個室ではないので、個別に相談を伺う場合には、利用者の居室で聞き取りを行なう等、プライバシー保護についても注意されています。</p> <p>利用者からの意見や相談を伺った職員は、申し送りや生活相談員、施設長に報告され、検討されています。</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。            | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情・相談等の利用者等からの申し出は、受付記録簿へ記入、生活相談員への報告や施設長への共有が行われ、生活相談員が相談・意見等への対応が迅速に行われています。</p> <p>また、相談・意見が施設内多職種で検討・協議が必要な場合は、苦情対応委員会を開催する等の組織的な対応が行われています。</p> <p>相談や意見については、内容と対応方法について職員に周知されています。</p> <p>相談、苦情等の返答に時間がかかる時は、利用者、家族等にお知らせをされています。</p> <p>事業所で解決が難しい案件の場合、法人及び第三者委員会で検討し結論等を出されます。</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。   |  |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全確認マニュアルが整備されており、リスクマネジメントの体制がありヒヤリハット・事故報告の事例を基に委員会で発生の原因を分析され改善策・再発防止策を検討しておられます。</p> <p>対応策、改善策については、職員には職員会議で報告され、情報共有をされ支援が行われています。</p> <p>他の施設での事故等の実例を取り上げる等、内部研修も行われています。</p> <p>安全点検は、防災委員により廊下、手すり、福祉用具、設備の点検等、定期的に行なわれています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症病（食中毒含む）対策マニュアルに基づき、看護師を中心とした感染予防委員会が設置されています。</p> <p>年2回の感染対策研修会を実施され、感染症の予防と発生時の対応について勉強され体制的な整備が行われています。</p> <p>事業継続計画が作成されており、新型コロナウイルス感染症についてのマニュアルが記載されており、平時と異なる事業運営（復旧までの手順等）についての組織内研修が行われました。</p> <p>マニュアルの見直しは毎年行われています。</p> <p>また、看護師職員によるインフルエンザやノロウイルス等の発生時期前の勉強会等による予防対策が行われ、利用者が感染症を発症した場合の適切な安全管理・感染拡大防止の取組みが行われています。</p> |   |   |
| 39   | <p>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。</p> | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災計画の策定による行政、消防署、警察と連携する等の総合防災訓練（年2回）が実施され、避難訓練の実施や災害時の緊急連絡網のチェックが行われ、利用者、職員等の災害時の安全対策の確認が行われています。</p> <p>自然災害による停電時の備えとして、大型容量の発電機の整備や3日分の食料備蓄や災害備蓄品の整備が行われており、備蓄リストを作成し定期的にチェックしておられます。</p> <p>事業継続計画が作成されており、毎年見直しが行われています。</p> <p>今後、事業継続計画に沿った研修や訓練等の継続的で充実した取り組みに期待します。</p>   |   |   |

## Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|   |  |         |
|---|--|---------|
|   |  | 第三者評価結果 |
| <p>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。</p>  |  |         |
| 40  | <p>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。</p> | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人組織としての経営理念の沿った石見さくら会クレドや入所者対応等の絶対ルールに加えて、業務マニュアル、介護マニュアルが作成されており、介護計画や個別支援計画に沿って利用者一人ひとりに合ったサービス内容や留意点に気を配りながら、共有され支援が行われています。</p> <p>また、利用者一人ひとりの介護計画としての個別支援計画が策定され、利用者一人ひとりに合ったサービス内容や留意点に気を配りながら、共有され支援が行われています。</p> |  |         |
| 41  | <p>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。</p>               | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p>   |  |         |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>年に1回厨房、介護、看護各担当部署で職種別に業務マニュアルの見直しが行われています。</p> <p>一人ひとりの利用者の留意点を話し合わせ、介護計画、個別支援計画について6ヶ月に1回の評価、見直しが行なわれています。</p>   |  |   |
| <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。</p>  |  |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の支援計画の作成マニュアルに従い、多方面から入所希望者の客観的な情報収集の為のアセスメントを実施し、心身の状態、課題抽出等を把握し、多職種によるケア会議を開催し、介護支援専門員による個別支援計画（最初の暫定1ヶ月程度）が策定されます。</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。             | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリングにより、福祉サービスを十分に提供出来ていない内容等、課題を明確にして見直しに反映させています。</p> <p>個別支援計画は、1年に1回評価・見直しが行われています。</p> <p>介護計画については、6ヶ月に一度、或いは状態に変化が生じたときには、介護支援専門員、看護師、栄養士、介護職員でケア会議を行って評価・見直しが行われています。</p> <p>ケア会議の結果は職員に情報共有されています。</p> <p>利用者の心身機能の維持・向上及び日常生活への身体機能の低下防止の対策等については、法人グループ内のPT（理学療法士）等の定期的なリハビリ支援の連携等の取組みに期待します。</p> |  |   |
| <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。</p>   |  |   |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づいた利用者一人ひとりの生活記録・実施記録・モニタリング・評価等をパソコン、タブレット端末の業務ソフトに入力し、担当部門を越えて、職員間で共有が図られています。</p> <p>円滑な業務運営に向けた日常の介護に於ける引継ぎ書による朝夕の職員間の共有等によるサービスの提供が行われています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程が整備されており、利用者の個人記録について保管、廃棄時期等についても明記されています。</p> <p>また、業務に必要な紙ベースの個人情報資料は、施錠のある保管棚での施設長管理や廃棄時期の適正な処分等が実施されています。</p>   |  |   |

職員は入職時に誓約書に同意、署名され、個人情報保護についての研修も行われ、周知しておられます。

利用者・家族等には、事業所利用開始時に重要事項説明書等での個人情報保護の説明を行い、同意を得られています。

## 内容評価基準（養護老人ホーム）

### 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   |                                   |         |
| A②<br>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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>全体常会の場で行事や生活相談に助言やお願いされることを伺ったり、個別にも相談、希望等を伺い心身の状況と暮らしの意向を把握し利用者一人ひとりに応じた個別支援計画に基づき支援が行われています。</p> <p>適宜ケア会議を行い、話し合わせ、適切なケアが提供できるよう心掛けておられます。</p> <p>また、介護が必要になった利用者には必要な介護サービス等が利用できるよう介護認定の申請の相談、手続きが行なわれています。</p> <p>希望に沿ったクラブ活動（習字・学習・運動・音楽）や行事の参加ができるよう行なわれており、慣れ親しんだ畑仕事が続けたいと希望される方には居室前の花壇をお貸しし、野菜作りを楽しまれている方もおられます。</p>     |                                   |         |
| A④<br>2  | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎朝、看護師が検温を兼ねて部屋への巡回をされて、その日の体調等を伺い、1日誰とも話さない状況にならないよう配慮されています。</p> <p>相談員の居室訪問による相談対応、職員と利用者が、話ができる時間を設ける等、一人ひとりに応じたコミュニケーションが図れるように心掛けておられます。</p> <p>難聴等でコミュニケーションの取難い利用者に対しては、筆談、カードを使用したり、認知症等で難しい方には、笑顔で寄り添う非言語コミュニケーションで意思疎通を図る工夫が行われています。</p> <p>「絶対ルール」に接遇マナーについて記載されており、丁寧な利用者の尊厳に配慮した言葉遣いを意識してコミュニケーションができるよう努めておられます。</p> |                                   |         |
| 1-（2）権利擁護  |                                   |         |
| A⑤<br>3  | 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       |

〈コメント〉

権利擁護に関連する各種マニュアル（権利擁護マニュアル、高齢者虐待対応マニュアル、身体拘束廃止マニュアル、個人情報保護基本方針等）が整備されています。

身体的拘束委員会、虐待防止委員会が設置され、指針の設定や各種研修等も実施されています。

接遇、虐待や身体拘束防止等の研修を定期的に行なう事で、職員への理解を徹底されています。

また、身体拘束・虐待等の自己点検シートを活用した調査等が実施され、組織内での検討による組織内の権利侵害等の防止対策の取り組みが行われています。

接遇・マナー研修が全職員対象に毎年実施されています。

## A-2 環境の整備

### 2-（1）利用者の快適性への配慮

|          |                                  |   |
|----------|----------------------------------|---|
| A ⑥<br>4 | 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 |
|----------|----------------------------------|---|

〈コメント〉

2001年開設の建物は、適切な管理の基、快適な空間が維持されています。

居室の清掃等は、利用者が基本的に行うこととなっていますが、高齢化が進み不十分な方もあるので、職員が手伝われ掃除をされている方もあります。

共用設備の清掃等は、環境整備員による清潔感のある生活等が行なわれています。

居室に併設のトイレや洗面所の清掃の部分については、環境整備員の増員等の対策、工夫に期待します。

施設内は、エアコンによる適温調整・換気等が職員によって行われています。

利用者の意向等にあわせ、ベッド、タンス等、使いやすい位置への変更等が行われています。

フローリングと畳の部屋があり利用者の意向、希望等に基づき利用できるようにされています。

利用者の意向等にあわせ、ベッド、タンス等、使いやすい位置への変更等が行われています。

私物の持ち込みは制限もありますが、衣類や好みの持ち物を持参され過ごされています。

## A-3 生活支援

### 3-（1）利用者の状況に応じた支援

|          |                             |   |
|----------|-----------------------------|---|
| A ⑦<br>5 | 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〉

個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています。

入浴マニュアルに基づき、利用者の入浴前の健康状況のチェック等が行われ、週2回の入浴が行われています。

利用者の健康状況や身体の状態に応じて一般浴槽、小浴槽、シャワー浴、清拭等が行われています。

入浴を拒む方への声掛けによる入浴日の変更や担当者の変更し入浴して頂けるよう柔軟に対応されています。

|   |                             |   |
|---|-----------------------------|---|
| A⑧<br>6   | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています<br/>         利用者の心身の状況あわせて声掛け、トイレ誘導等が行われトイレで排泄が行われるよう支援が行われています。</p> <p>排泄マニュアルに基づき、プライバシー等の保護への自尊心への配慮に心掛ける等、なるべく利用者自身の力によるトイレでの排泄等が行なわれるよう勧められています。</p> <p>転倒に注意が必要な方には夜間のみポータブルトイレを使用される方もおられ、使用後は洗浄を行い清潔が保たれています。</p> <p>便秘気味の方には利用者の状態に合わせて下剤の使用量を減らせるよう、水分摂取や運度を促しておられます。</p> <p>体調面など変化があった時はケース会議等で検討され利用者にあった支援が行われます。</p> |                             |   |
| A⑨<br>7   | ④ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています<br/>         職員の見守りや廊下等の手すり、老人車、車椅子、ベッドの手すり等を使用され安全に移動が行われています。</p> <p>利用者の心身の状況により必要な福祉用具をケアマネージャーが提案しています。</p> <p>移動はできるだけ自力で行えるよう、歩行能力に応じ老人車、歩行器、車椅子等が使用されています。</p> <p>施設内は回廊式なので、朝夕に音楽を流し歩行訓練も行われています。</p> <p>看護師の配置はありますが、できれば理学療法士（PT）の意見も聞き、福祉用具の選択や歩行訓練について取組まれることに期待します。</p>   |                             |   |
| 3- (2) 食生活  |                             |   |
| A⑩<br>8   | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している      | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>給食委員会に於いて、献立の検討や食事場所の環境整備やテーブルの配置についても話し合われ、利用者が楽しい雰囲気でおいしく食事ができるよう取組まれています。</p> <p>利用者常会や嗜好調査によって食事に関する要望等を確認されており、利用者の要望をできるだけ反映させたメニューや季節料理、行事食を定期的に献立に組み入れ提供しておられます。</p> <p>日々の食事の献立は、ボード掲示や献立表回覧で利用者へ事前に提供されています。</p> <p>朝食はパンかご飯、どちらか選択することができます。</p> <p>また、利用者の希望や嗜好に沿ったメインの料理を注文し届けてもらう「出前ランチ」の日が設けられています。</p> <p>誕生日の方には当日お祝いの特別メニューが提供されています。</p>              |                             |   |

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| 食事時間もゆとりを持たせ、それぞれのペースで食べて頂けるようにされています。   |                                    |   |
| A⑪<br>9  | ③ 食事の提供、食事の介助を利用者の心身に状況に合わせて行っている。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に基づき、利用者の身体状態に合わせ常食、キザミ、ミキサー食等多様な対応をされています。</p> <p>嚥下困難がある方はトロミ材を使用し安全に食事ができるよう対応されています。</p> <p>食前に嚥下体操を行い誤嚥予防に取り組みおいしく食べる為の工夫が行われています。</p> <p>利用者の嚥下能力や食事が食べにくい等の訴えがあればすぐに栄養士、調理職員、看護師、介護職員で話し合わせ食事形態等の変更が行われています。</p> <p>利用者に合わせた器や用具の工夫で自分で食べられる支援が行われています。</p> <p>食事チェック表があり、食事や水分の摂取量を把握され、摂取量が少ない方には、嗜好の確認や飲み込み確認が行われています。</p> <p>衛生管理マニュアルに基づき、安全な食事の提供が行われています。</p> |                                    |   |
| A⑫<br>10   | ⑤ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。            | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています。</p> <p>食前には、口腔体操が行われています。</p> <p>口腔ケアは介助が必要な方には、毎食後に声掛け、仕上げ磨き等の支援が行われています。</p> <p>義歯に関しては夜間に洗浄液に漬けて清潔保持が行われています。</p> <p>現在の課題の一つとして、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて口腔状態および咀嚼嚥下機能の定期的なチェックが実施できていないので、実施できるよう検討中です。</p>   |                                    |   |
| 3- (3) 褥瘡の発生予防・ケア  |                                    |   |
| A⑬<br>11   | ③ 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。                | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています。</p> <p>褥瘡予防対策マニュアルに基づき、入浴・排泄介助や更衣の際には、常時車椅子を使用されている方、退院後、重度化が進まれている方を中心に特に気を付け確認をされ、変化が見られた場合には看護師に報告し、対応されています。</p> <p>現在褥瘡の方はおられません、対象の方が見つかった際には、対策についてミーティングが行われます。</p> <p>発赤等見られる方や臥床時間が長い方には体位変換の声掛けや注意し、発赤等の改善に努めておられます。</p> <p>看護師は褥瘡や発赤の発生がないよう予防に努め、介護職員と連携を取られています。</p>  |                                    |   |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 3-(4) 介護職員等における喀痰吸引・経管栄養   |   |     |
| A⑭<br>12   | ① 介護職員における喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取り組みを行っている。 | 非該当 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引が必要な方の場合、看護師が喀痰吸引等を行うこととなっています。</p>   |   |     |
| 3-(5) 機能訓練・介護予防  |   |     |
| A⑮<br>13   | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者個々に応じて、介護予防活動を行ったり、機能訓練計画書を作成し個別の機能訓練プログラムが実施されています。</p> <p>それぞれの特性に沿った身体の維持、向上に向け、食事前のグーパー運動、ラジオ体操、施設内ウォーキング、運動クラブ（月1回）、レクリエーション活動等、利用者が自主的に運動する機会が設けられ、参加チェック表で参加状況も確認しておられます。</p> <p>理学療法士等の専門職の配置はありませんが、看護師が「個別機能訓練計画書」を作成し機能訓練が実施され、実施記録の作成し改善に向けた支援が行われています。</p>                            |   |     |
| A⑯<br>14   | ① 認知症の状況に配慮したケアを行っている。                        | b   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別支援計画に沿って、必要な利用者への対応が明記され支援が行われています。</p> <p>無資格の介護職員も「認知症介護基礎研修」を2020年度に全員受講されました。</p> <p>日中に活動して頂けるよう声掛けをされ、一日の時間の流れが感じて頂けるよう同じ時間に同じことが行えるよう支援されています。</p> <p>ケア会議が定期的に行われ認知症の変化に応じて支援内容を変更されています。</p> <p>認知症に関係する研修も多数参加されていますが、色々なタイプの認証に対応する為にも、更なる施設内研修、勉強会で支援の共有に期待します。</p>                     |   |     |
| 3-(7) 急変時の対応   |   |     |
| A⑰<br>15   | 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、取り組みを行っている。     | a   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>緊急時対応マニュアルに基づき、体調の急変に適切に対処する手順が確立しています。</p> <p>看護師等による日々のバイタルチェックや健康チェックが行われ、体調の異変時は、看護師を中心に医師・医療機関・家族との連携し、状況に応じた対応が行われています。</p> <p>夜間でも看護師へ迅速に連絡を取れる体制があります。</p> <p>全職員対象の救急対応の施設内研修が計画的に実施されています。</p> <p>服薬管理マニュアルに基づき、服薬の利用者自己管理以外は、看護師の服薬管理が実施され、利用者が薬を服薬する時は、看護師と介護職員のダブルチェックによる服薬が行われています。</p> |   |     |



|   |                                      |     |
|---|--------------------------------------|-----|
| 3 - (8) 終末期の対応  |                                      |     |
| A⑱<br>16  | ① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組みを行っている。 | 非該当 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>終末期対応としての看取りに関する指針が作成されており、終末期前に看取り可能な他施設や入院対応とされています。</p> |                                      |     |

#### A-4 家族との連携

|   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| A-4 家族等との連携   |                            |   |
| A⑲<br>17  | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所時には重要事項説明書やパンフレット等を使用して家族等にも施設の説明を行い、理解を深めて頂いております。</p> <p>また、年1回家族会を開催され施設の取組みを説明されています。</p> <p>行事の際には、写真や担当者の手書きの近況のお知らせ等を送られています。</p> <p>面会時に職員は普段の生活状況を説明され、家族の方の希望や要望等を聞いておられます。</p> <p>受診や、入院、転倒の時には家族に連絡をされ状況説明を行われています。</p> <p>ケアプランの作成時、見直し時にも家族に連絡され意見や要望も聞かれています。</p> <p>重度化した際には家族に今後のサービスについて希望を伺っておられます。</p> |                            |   |