

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

株式会社 H.R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームけやきホール	種別：介護老人福祉施設		
代表者氏名：池本 雄一	定員（利用人数）：50		名
所在地：兵庫県豊岡市但東町太田 614			
TEL0796 - 56 - 1016		http://himawari-mission.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成2年4月12日			
経営法人・設置主体（法人名）：ひまわり			
職員数	常勤職員： 19	名	非常勤職員： 23
専門職員	看護師	5名	介護福祉士 9名
	介護支援専門員	1名	歯科衛生士 1名
	作業療法士	1名	管理栄養士 1名
施設・設備の概要	（居室数）22室 個室：10室、2人部屋：4室、 4人部屋：8室		（設備等） 食堂、機能訓練室、浴室、医務室、 静養室、看取り介護家族部屋、ス タッフルーム、トイレ

③理念・基本方針

（経営理念）

1. 地域になくってはならない存在になろう
2. お客様に喜ばれ、信頼される良質なサービスを提供しよう

（運営方針）

1. 介護サービス第一と考える
2. 社会・顧客・法人内関係者との約束を遵守する
3. サービス提供プロセスの継続的改善に取り組む
4. 常に顧客の声に耳を傾ける
5. 良質なサービスは職員の健康から  
お客様に喜ばれ信頼される良質なサービスは職員一人一人の健康が礎と考える

④施設・事業所の特徴的な取組

○朝来市でも高齢者総合福祉施設を運営する社会福祉法人が運営する特別養護老人ホームである。平成2年に開設され、ユニット型介護老人福祉施設、短期入所生活介護・各種通所介護事業所を併設し、「地域になくはない存在になろう」の「経営理念」のもと、地域の高齢者福祉の拠点としての役割を果たしている。

○ICT化を推進し、チャットワーク・インカム・介護ロボット（眠リスキャン）・外部委託の医療サービス（ドクターメイト）、ポケットエコー、チャットGPT等を導入し効果的に活用している。職員間の迅速な情報共有、職員の負担軽減と安心の確保、業務の効率化等を図り、それらが利用者の安全確保とサービス向上につながるよう、事業計画に位置付けて計画的に取り組んでいる。

○介護福祉士・看護師・歯科衛生士・作業療法士・介護支援専門員・管理栄養士等、多職種の専門職者が連携し、利用者サービス充実のための各種加算を取得し、専門性の高い総合的な支援に取り組んでいる。PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントが整備されて機能し、利用者個々のニーズに応じた個別支援を行い、利用者・家族の意向に沿った最期が迎えられよう看取りケアを行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年8月22日（契約日）～ 令和5年12月30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

○法人の中期経営計画、施設・事業所の事業計画を策定し、施設内に各種委員会・会議を設置して定期的に開催し、研修体制・人事考課制度・目標管理制度等を整備し、運営管理体制を整備し、安定した事業運営に取り組んでいる。また、ICT化の推進、業務改善、福利厚生の実施等、働きやすい職場環境づくりに努めている。ホームページで積極的に情報公開を行い、透明性の確保にも取り組んでいる。

○内部研修にeラーニングシステムを取り入れ、法人研修・外部研修等多様な研修機会を設け、階層別・職種別・テーマ別研修等を実施し、研修の充実に取り組んでいる。法人の新人研修・施設のカリキュラムに基づいたOJT・オーベン・ネーベン制度等により、新人職員の育成に取り組んでいる。処遇委員会に、排泄ケア・入浴ケア・食事口腔ケア・介護用品・褥瘡対策リハビリ等11種類の委員会を設置し、従来型・ユニット型特別養護老人ホームの介護職員が、必要に応じて、その他の多職種の専門職者とも連携し、介護サービスの質向上に取り組んでいる。

○フェイスシート・家族記入の情報シート・クリティカルパス・ケアチェック表・モニタリング総括表等の書式を整備し、利用者・家族と各部署の職員が参加してサービス担当者会議を開催して施設サービス計画書の作成・見直しを行い、PDCAサイクルに基づいたケアマネジメントを行い機能している。施設サービス計画書をもとにケース担当者が介護計画を作成し、統一したケアに取り組んでいる。介護計画は1か月毎に検証し、変更があれば別紙「介護計画の変更」に順次記録して介護職員に周知している。家族にも、介護計画と「介護計画の変更」を毎月郵送し伝えている。

○自立支援推進に関する評価・支援計画を作成し、利用者の自立に配慮した援助、自立や活動参加への動機づけを行っている。利用者の希望等を把握し、個別レクリエーション（脳トレ・塗り絵・散歩等）・グループレクリエーション（歌・体操等）・音楽療法（1か月に1回）・家事（洗濯物たたみ・おしぼり巻等）・施設内の季節行事（毎月）等日中活動に反映し、生活の中で楽しみや役割を感じられるよう取り組んでいる。家族に月に1回介護計画と写真を郵送して定期的に利用者の状況を伝え、家族との面会・外出・外泊を再開している。施設内の夏祭り・チューリップ祭りへの外出・日帰り旅行にも家族の参加を勧め、利用者と家族がつながりをもてるよう取り組んでいる。

○定期的に、豊岡市特養・養護・老健施設長等連絡協議会、資母まちづくり協議会・ほっとかへんねつと豊岡・給食施設協議会・栄養士連絡会等に参加し、地域共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。市内の法人に呼びかけ、「ほっとかへんねつと朝来」の設立に向けネットワーク化に取り組んでいる。資母まちづくり協議会に参加して多世代交流等のまちづくりに貢献し、豊岡市の委託を受けて「ゆうゆうくらぶ」を開催し歯科衛生士による口腔ケア・管理栄養士による栄養講座等を開催し、福祉避難所協定、AEDの設置、ドクターヘリポートとして用地の提供、地域の清掃活動への参加等、地域貢献に継続的に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

よく取り組まれていて、大きな改善点はない。さらなる取り組みとして、

○「食」以外のサービスについても利用者満足度調査を行い、さらなるサービスの向上につなげる仕組みづくりが望まれる。

○各種マニュアルが整備されているが、実習生受け入れ、ボランティア受け入れ、虐待防止、意見・相談対応、就寝・睡眠に関するマニュアルについて、一部内容の充足が望まれる。また、マニュアルについては、担当部署を決めて定期的に（年1回以上）検証し、必要に応じて見直す仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設は、入居者のケアと安全性に関し、入居者の健康と介護サービスの質に焦点を当て、介護、看護及び事務スタッフと協力して、常にサービス評価を行っています。今後も入居者のニーズに適応した介護サービスの見直しを展開し、安全で快適な環境を提供してまいります。また、家族とのコミュニケーションに関して、今後も積極的なアプローチを行い、家族との協力を一層強化し、透明性を重視したコミュニケーションを提供していくことで、入居者と家族が安心感を持って生活できるようサポートしていきます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

### 第三者評価結果

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

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

#### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「経営理念」「運営方針」を、ホームページ・パンフレット・短期中期計画・事業計画・事業報告等に記載している。「経営理念」は法人が目指す方向を明示し、「運営方針」は具体的で職員の行動規範になる内容である。玄関・各フロア・会議室等に掲示し、職員が携帯するハンドブックにも記載し、職員の周知を図っている。新人研修や内部研修で理解を深めるよう取り組み、「経営理念」「運営方針」をもとに事業計画を作成し、実践に向け取り組んでいる。ホームページ・パンフレットにわかりやすく記載し、玄関に掲示し利用者・家族に周知を図っている。</p>		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>豊岡市特養・養護・老健施設長等連絡協議会、豊岡市老人福祉計画第9期介護保険事業計画策定委員会、法人内の施設長会議（週1回）・経営会議（月1回）等に参加し、社会福祉事業の動向、市の各種福祉計画の策定動向と内容、地域の動向と福祉ニーズ等について、把握・分析している。施設長は毎月「経営会議の指標」を作成して、予算・決算・稼働率等を分析している。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>担当者責任会議・施設長会議・経営会議で課題を明確にし、人材確保・利用者確保等課題解決に向けて検討し、具体的に取り組んでいる。施設長が理事であり、施設長会議に理事長の出席があり、理事会が年6回・評議員会が年4回開催される等、課題について理事間でも共有している。施設長会議の内容は、内容に応じて担当責任者会議・部門会議で報告し周知を図っている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「短期～中期経営計画（令和5年度）」を策定し、重点課題、施設の3年間で取り組む管理方針に対するアクションプランを4半期ごとに明確にしている。数値目標を含む具体的で、実施状況の評価を行える内容となっている。「合同担当責任者会議（法人）」・「経営会議（法人）」で上半期・下半期に進捗状況を確認し、必要に応じて見直しを行い次年度計画に反映している。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「短期～中期経営計画」をもとに、単年度の施設における部門別事業計画を策定し事業内容を具体的に明示している。事業計画は、数値目標を含む具体的で実行可能な内容で、実施状況の評価を行える内容となっている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度末に担当責任者会議を開催し、前年度の各部門事業計画に対する評価結果を基に、事業報告・次年度の事業計画（案）を作成し、合同担当責任者会議・施設長会議での検証を経て策定している。担当責任者会議で進捗状況を確認し、各部門の課題を「行動計画書」に反映している。事業計画は、上期・下期毎に見直しを行っている。10月に各種会議・委員会の実践状況を基に「上半期事業報告」を作成し、必要に応じて見直しを行い、下期に反映している。事業計画は、施設長が年度初めの担当責任者会議で説明し、部門責任者が各部門会議で職員への説明とビジネスチャットにより周知を図っている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画・事業報告をホームページで公開している。家族会で事業計画書・事業報告書を配布し、事業報告を基に次年度の事業計画の主な内容を説明している。欠席者にも家族会議事録・事業計画書・事業報告書を送付している。利用者等の参加を促す観点から、レクリエーション・年間行事の一覧表を館内・エレベータ内に掲示している。</p> <p>事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた文書を作成し、掲示等で利用者にも周知することが望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>目標管理制度、各種委員会・会議、施設サービス計画等、PDCAサイクルにもとづいて定期的にサービス内容について評価・振り返りを行う体制を整備し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。担当責任者会議・処遇委員会・身体拘束委員会・検証グループ会議等、サービス内容について評価を行う体制が整備され、処遇委員会が内部監査チェックリスト（自己評価欄）により、定められた評価基準にもとづいて自己評価を実施している。担当責任者会議で、評価結果の分析・検討を行って課題を共有し、改善に取り組んでいる。また、情報の公表・兵庫県指導監査チェックリストの評価基準をもとに、年1回自己評価を行っている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>内部監査チェックリストによる自己評価結果の分析に基づく改善すべき課題は担当責任者会議で共有し、会議録に文書化し改善に取り組んでいる。入居者処遇に関に関する課題については、処遇委員会で入浴、食事、排泄等委員会毎に共有して改善に取り組む等、課題があれば、定期的開催する各種会議・委員会等で検討し計画的に改善に向け取り組む仕組みがある。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は事業計画の中で経営管理に関する方針を明示し、部門別に施設の具体的な取り組みを明確にしている。事業計画を、施設長が年度初めの担当責任者会議で説明し、部門責任者が各部門会議で説明し、表明・周知している。「業務分掌基準表」で施設長の役割と責任を文書化し、「運営規定」でも施設長の職務内容を明確にしている。ビジネスチャット閲覧により、規定集ファイルの周知を図っている。BCP（事業継続計画）を策定し、災害時施設長に事故ある時の代行業を副施設長と権限委任を明確にしている。また、「運営規定」でも施設長の職務代行職員を定めている。</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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「業務分掌基準表」で、経理・取引に関する分掌事務を施設長業務と明確にしている。施設長は法人諸規定・法令等に基づいて利害関係者と適正な関係を保持し運営に反映している。老人社会福祉施設事業協会但馬ブロック・全国施設長研修や、集団指導（動画視聴）等、外部研修に参加し、遵守すべき法令の理解に努めている。ハザードカーテン活用によるゾーニング・感染性廃棄物の適切な処理等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令遵守に取り組んでいる。法人新人研修・内部研修（「倫理・法令遵守」「パワハラ防止法（通称）」「個人情報保護法」「高齢者虐待防止法」等）で遵守すべき法令を周知している。道路交通法（安全運転管理者講習会）・食品衛生法（北但給食施設協議会研修）等外部研修受講者による伝達研修を実施している。入職時に、職員の守秘義務について誓約書を交わしている。</p>		
<p>II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、自己評価・担当責任者会議等を通じて、サービスの質の現状について、定期的に評価・分析を行っている。課題等があれば、担当責任者会議・各種委員会で課題の改善方法を検討し改善に取り組んでいる。施設長は、担当責任者会議・検証グループ会議等各種会議や委員会・個人面談等を通じて職員の意見の把握に努め、担当責任者会議で共有し福祉サービスの質向上に反映できるように取り組んでいる。法人事業計画重点目標の「研修への取り組み方針」に基づき、内部研修・外部研修等により、職種別・階層別・テーマ別研修機会を設け、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は毎月「経営会議の指標」を作成して、予算・決算・稼働率等を分析し、経営会議で報告・課題共有・解決に向け取り組んでいる。法人と連携して、非常勤職員の確保・技能実習生の採用等適正な人員配置に取り組み、ICT化の推進、残業時間の軽減等職員支援を実施し、働きやすい環境整備に取り組んでいる。また、「ひょうご仕事と生活の調和推進企業」認定に向けて取り組んでいる。施設長は、担当責任者会議・各種委員会等、業務の実効性を高めるための体制を構築し、職員意見を反映させながら業務改善に取り組んでいる。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人「短期～中期経営計画」に、重点課題として、福祉人材の確保・育成・定着に向けた基本方針を明確にし、「事業計画」で具体的な取り組み内容を明示している。「運営規定」に職員体制（専門職の配置）を明確にし、適正な人員配置や必要な専門職配置のため、毎月人員の充足度を「サービス提供体制加算計算書」で確認している。法人総務部門と連携し、意向調査結果等に基づき、学校訪問・ホームページの活用・積極的な技能実習生の採用等、人材確保に努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「運営方針（5項目）」に期待する職員像を明確にしている。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にし、新人研修での説明、規定集のビジネスチャット閲覧等で周知している。「目標面接シート（階層1～4グループ別）」での自己評価に基づいて、考課者が一定の評価基準にもとづき年2回面談により人事考課を実施し、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準について、採用広告・ハローワークのデータ・市内施設との情報交換等を基に法人が分析している。各部門会議・担当責任者会議等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、施設長会議、経営会議で改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパス体制を整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みを構築している。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設での労務管理について職務分掌基準表で、施設長の職務としている。施設長が、勤怠管理システムで就業状況を把握し、法人施設長会議・経営会議で確認している。法人ともシステム内で共有・管理している。健康診断・ストレスチェック・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。がん検診費用の補助・要精検日の勤務扱い、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。施設長は、定期的に（年2回）、個別面談の機会を設け、また、随時、施設長・副施設長に相談できる体制があり、職員が相談しやすい環境整備を行っている。法人の総務部門でも相談対応している。意向調査・部門会議・面談等での職員意見や希望を採り入れ、「置くだけ社食サービス」の導入等福利厚生に反映している。育児休業制度の取得・育児休業後の短時間勤務制度利用奨励等、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。「健康経営優良法人」の認定を受け、「ひょうご仕事と生活の調和推進企業」認定に向けて準備を進めるなど、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。</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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の目標管理のための仕組みが構築されている。「目標面接シート」に、階層（4グループ）に応じた職員・専門職としての目標を設定している。階層ごとの「期待目標（シートに記載）」に沿って目標が設定されており、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。年度初めに職員は、前年度評価を踏まえ期限を1年とした目標を設定し、考課者が初回面談で目標の水準や内容が適切であるかを確認し、必要に応じて助言等を行っている。中間期面談時に、進捗状況・達成度を自己評価して「本人前期欄」に記入し、考課者と相互確認を行って考課者は「上司前期欄」に評価結果を記入している。考課者は職員が設定した目標の達成度に対する評価を相互確認して「総合欄」に記入し、年度初めの面談で次年度の目標設定に反映している。</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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>内部研修について「内部研修一覧」に、月別の年間研修計画を策定している。外部研修について「外部研修計画実績一覧表」に個別に研修計画を策定している。職員に必要とされる専門性を「研修名」に明示している。必要に応じて、法人として、新入職者研修・研修システム（STSラーニング）の活用等、階層別・専門性に特化した研修を行う仕組みがある。研修は、策定された計画に基づいて実施している。内部研修はeラーニング形式により実施し、受講者の「確認テスト」の提出と「内部研修一覧」により受講日・受講者名・受講回数等を明確にしている。「確認テスト」記録は、研修別にタグを付し「施設内研修」ファイルに保管管理している。訓練については、「施設内研修記録表」に訓練内容・実施日・参加者名（サイン）を記録として残している。外部研修は、「研修報告書」を基に、実績一覧表で参加者・実施日等を明確にし、「研修報告書」はビジネスチャットに保管管理している。また、必要に応じて講義形式による伝達研修の実施、報告書のシステム内での閲覧により共有を図り、伝達研修欠席者には資料配布により周知している。年度末に、担当責任者会議・検証グループ会議で進捗状況の確認・内容の見直しを行い、次年度の研修計画・内容に反映させている。</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) b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人・施設で職員個別の専門資格の取得状況・経験年数等を把握・管理し、日常の業務・個別面談等を通じて職員個別の知識・技術水準を把握している。新入職者は、法人での新人研修実施後、4週まで「オリエンテーション項目表」・「ディスカッション項目表」に沿って介護技術等の基本的事項について研修を実施し、新入職者は「実習日誌」を提出している。その後基本的に1年間「オープン・ネーベン」制度により、先輩職員が「最終ディスカッション項目表」に沿ってOJTを実施し、項目別に習得状況の評価している。内部研修・法人研修・外部研修等多様な研修機会を設け、階層別・職種別・テーマ別研修等を実施し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。外部研修案内は回覧で情報提供し、希望者や経験年数等に応じた対象者に参加を奨励している。eラーニングを活用した内部研修、外部研修受講のためのシフト調整・費用負担、オンライン研修受講のための受講環境の整備等、職員が教育・研修の場に参加できるよう支援している。</p>		

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>過去に高校福祉科の実習生受け入れはあるが、平成30年以降受け入れはない（現在、但東町から高校福祉科へ通学する生徒がいない）。「研修実習受け入れ手順書」に受け入れ目的、意義・担当責任者等を明示している。オリエンテーション時に、別紙「オリエンテーション内容」に沿って、留意事項等について文書配布・説明する仕組みがある。今後の受け入れに備え、基本姿勢・受け入れ窓口・オリエンテーション内容・留意事項・配布文書等を一体化したマニュアルを再整備してはどうか。</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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ホームページを活用し、法人の経営理念・運営方針、法人・施設の事業計画・事業報告、苦情相談体制・苦情内容・改善内容、決算情報、第三者委員会報告等を公開している。第三者評価受審結果をWAMNETで公表する予定である。「ゆうゆうくらぶ（支え合い通所介護事業）」開催・地域の独居老人交流会・老人会等への参加を通じて、施設のビジョン等を地域に説明している。見学時のパンフレット配布等により、理念や活動内容等について地域に発信している。</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・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備し、職務分掌基準表で会計・経理・財産管理等を施設長業務と明確にしている。経理、取引等について、定期的に法人の内部監査員による内部監査と、監事による監事監査を実施している。内部監査時に課題・指摘事項等があれば、担当責任者会議で共有し改善に取り組んでいる。監事監査時には、収支計算書・事業報告書等の監査を受けている。監査法人等外部専門機関による定期的な監査支援を実施し、指摘事項があれば、経営会議で共有し、経営・運営改善を実施している。必要に応じて弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を得られる体制がある。</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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人経営理念に「地域になくてはならない存在になる」という地域との関わり方について基本的な考え方を明確にしている。活用できる社会資源や地域の情報があれば、案内チラシ等のラックへの設置・配布等で利用者に情報提供している。文化展出展見学・「但東チューリップ祭り」見学等に、職員の支援体制を整えている。老人会への参加等を通じて、地域の人々と利用者との交流の機会を設け、事業所や利用者への理解が得られるよう取り組んでいる。利用者のニーズに応じて、買い物代行・同行等を支援している。理容出張サービスの利用等地域における社会資源を利用できるよう情報提供している。</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・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉用具（車いす等）の清掃・音楽療法士等クラブ活動講師（音楽療法士等）ボランティアの受け入れを再開している。通常は、小・中学校での出前授業等、学校教育への協力を行っていたが休止している。「ボランティア受け入れ手順書」に、受け入れ目的、意義・担当責任者等を明示している。参加前に、別紙「オリエンテーション内容」に沿って、留意事項等について文書配布・説明する仕組みがある。</p> <p>学校教育等への協力についての基本姿勢・受け入れ窓口・オリエンテーション内容・留意事項・配布文書等を一体化したマニュアルを再整備してはどうか。</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 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「介護保険関連事業所一覧」「医療機関一覧」「業者一覧」等を作成し、職員への配布・ビジネスチャット供覧で情報共有している。定期的に、豊岡市特養・養護・老健施設長等連絡協議会、資母まちづくり協議会・ほっとかへんねっと豊岡・給食施設協議会・栄養士連絡会等に参加し、独居高齢者対応等共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。市内の法人に呼びかけ、「ほっとかへんねっと朝来」の設立に向け ネットワーク化に取り組んでいる。</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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係機関との連携、地域の各種会合への参加等を通じて、地域の要支援者に対する介護・移動支援等 地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。</p>		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>把握した福祉ニーズにもとづいて、施設車両にマグネットステッカーを貼付して、のぼり旗を持ち地域の清掃活動に参加している。資母まちづくり協議会に参加し、多世代交流等まちづくりに貢献している。豊岡市の委託を受け開催している「ゆうゆうくらぶ」で、歯科衛生士による口腔ケア・管理栄養士による栄養講座等を開催している。福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。AEDを設置してステッカー掲示により地域に情報発信し、また、ドクターヘリポートとして用地の提供等、住民の安全・安心のための支援に努めている。法人の「短期～中期経営計画」に重点課題として「地域貢献として地域活動への参加」を盛り込んでいるが、事業計画等に具体的な事業・活動等を明示することが望まれる。</p>		

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの実施について、法人の「経営理念」「運営方針」「倫理規定」、施設の「介護職員業務マニュアル」に明示している。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、新任研修・内部研修（接遇・倫理・法令順守）で研修を実施し、「虐待防止委員会」で定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>利用者のプライバシー保護について「介護職員業務マニュアル」に明記し、新任研修・内部研修で理解を図り実践につなげている。多床室にもカーテン、パーティションを設置しプライバシーに配慮している。プライバシー保護と権利擁護に関する施設の取り組みを重要事項説明書に記載、契約時に利用者・家族に説明している。</p> <p>一部未設置の多床室があるため、全多床室について、カーテン・パーティションの設置等によるプライバシーへの配慮が望まれる。</p>		

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>ホームページ・パンフレット等により、入居希望者に情報提供している。パンフレットをコミュニティセンターに設置し、多くの人が入手しやすいように配慮している。「入居前・入居申込み者来所時マニュアル」を整備している。見学希望に随時対応し、パンフレット・料金表・関連資料に沿って個別に丁寧な説明に努めている。体験にはショート利用で対応している。ホームページ・パンフレットについては、適宜見直しを実施している。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>契約・入居時カンファレンス・担当者会議に利用者・家族の参加を基本とし、利用者の自己決定を尊重するとともに、意思決定が困難な利用者も含め適正な説明・運用を図っている。契約書・重要事項説明書・指針・同意書等の関係書類に、「利用者の皆様へお約束・お願い」等わかりやすい資料も付けて説明し、書面で同意を得ている。契約書・重要事項説明書の内容の変更時は、家族会で説明するとともに、「新旧対照表」で説明し同意を得ている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「契約の終了に伴う援助」について、重要事項説明書に記載している。他の福祉施設や家庭への移行に当たっては、「看護・会議情報提供書」、要請があれば「フェイスシート」「施設サービス計画書」等で情報提供している。利用終了後も、利用中と同じ窓口で相談対応することを口頭で説明している。</p> <p>利用が終了した時に、相談担当者の名刺等、その後の相談窓口を記載した文書を渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>食に関する満足度調査年1回実施している。食に関する満足度調査は、担当者の栄養士が集計・分析を行い、献立等に反映している。サービス担当者会議を6ヶ月に1回開催し、利用者・家族の参加を通して満足の把握に努めている。家族会を年2回実施し、職員も参加し、家族の満足把握に努めている。</p> <p>「食」以外のサービスについても満足度調査を行い、サービスの向上につなげる仕組みづくりが望まれる。</p>		

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 (a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に記載して配布し、玄関に掲示している。玄関に意見箱を設置し、苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容・対応・解決を図った記録を「苦情対応書」に記録し、ホームページで公表している。苦情があれば、ビジネスチャットで職員間で迅速に共有し、検証グループ会議・担当者責任会議で検討し、再発防止・サービスの向上につなげるよう取り組んでいる。第三者委員の連絡方法を明記することが望まれる。</p>	
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に「当施設における苦情・相談の受付」として、受付担当者・受付時間・受付方法を記載し、配布している。相談しやすいスペースとして、居室・会議室で相談対応している。複数の相談相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成し、利用者にも周知することが望まれる。</p>	
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日々のコミュニケーションで介護職員・生活相談員・介護支援専門員等が傾聴すると共に、利用者から相談しやすいようにケース担当職員を設置している。「相談・苦情等対応マニュアル」を作成している。把握した意見・相談は引継ぎ・ケアカルテ・ビジネスチャット等で職員間で共有し、支援等に反映している。内容に応じて、部署・職種間で検討し、家族にも説明し、結果を職員に共有しサービスの向上につなげている。</p> <p>「相談・苦情等対応マニュアル」の相談対応についての内容を、施設の現状に即した内容に見直すことが望まれる。また、マニュアルについては、担当部署を決めて定期的に（年1回以上）検証し、必要に応じて見直すことが望まれる。</p>	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 (a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>検証グループ会議を設置し、施設のリスクマネジメント体制を整備している。事故予防については「介護サービス業務マニュアル」を、発生時対応については「緊急時対応マニュアル」を整備している。ヒヤリハット事例は個別のケアカルテに入力し、タイトルを「ヒヤリハット」として明確にしている。事故事例（軽微・受診伴う）は「事故報告書」に記録している。ヒヤリハット・事故事例は引継ぎとビジネスチャットで迅速に職員間で共有し、再発防止に取り組んでいる。毎月の検証グループ会議でヒヤリハット・事故事例を分析し、年2回ヒヤリハット・事故事例を集計して「総括」を作成し、再発防止策の実効性の検証も行っている。内部研修で「事故発生防止のための研修」を実施し、事故初動訓練・KYT（危機予知トレーニング）も実施している。</p>	

38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>感染症対策委員会を設置し、施設の感染症対策の体制を整備している。感染症マニュアルを整備し、感染症対策委員会が定期的には年度初めに検証し、必要時は適宜見直しを行っている。改定した際は、「マニュアル改定表」に記載し、詳細な内容は委員会議事録に記録している。内部研修で、「感染症及び食中毒予防・蔓延防止研修」を年2回実施している。感染症マニュアル・ハンドブックに沿って感染症予防策を講じ、園内感染症発生時に関するフローチャート・ハンドブックに沿って感染症発生時対応を行っている。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に 行っている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>消防計画・「自衛消防隊の構成及び任務」に災害時の対応体制を定めている。BCP（事業継続計画）に、災害にサービス提供を継続するために必要な対策を講じている。火災一斉メールシステム・緊急連絡網で、利用者及び職員の安否確認を行っている。但馬圏域総合給食施設協議会で備蓄リスト作成し、栄養士が管理している。防災委員会が年間計画に沿って年5回防災訓練（火災・地震・水害・防犯・AED）を実施している。防災委員会が企画書・訓練レジメ・総括を作成し、パソコン内の共有フォルダで共有している。昼間想定総合訓練に消防署・警察・地域の役員・消防団も参加し、防犯訓練には警察の協力を得ている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	(a)・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>介護サービスの標準的な実施方法を、「介護サービス業務マニュアル」に文書化している。マニュアルに利用者尊重やプライバシーの保護について言及している。「介護サービス業務マニュアル」を新任研修のカリキュラムに位置付けて指導している。到達度を自己評価と指導員評価で確認し、介護テストで最終確認している。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a (b) c
<p>〈コメント〉</p> <p>処遇委員会の排泄ケア・入浴ケア・食事口腔ケアに関する各会議を毎月開催し、マニュアルの見直しが必要な場合は会議の中で随時検証し、見直すこととしている。会議では、職員の意見や利用者の声をもとに検討し反映している。 処遇委員会の各会議の年間計画に位置付け、定期的な検証・見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</p>		

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設サービス計画の策定責任者を介護支援専門員としている。フェイスシート（アセスメントシート）・家族記入の情報シートをもとに、アセスメントを実施している。入居時カンファレンスに各部署の職員・家族・利用者が参加し、アセスメント・計画作成の協議を行っている。「クリティカルパス」を作成し、1か月後にケアチェック表で課題分析して、初回の施設サービス計画書を作成している。施設サービス計画書の課題欄に、利用者個々のニーズを明示している。モニタリング総括表で6か月毎にモニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースへの対応について、ケース会議に各部署担当者が参加して検討し適切な福祉サービスの提供につなげている。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリング総括表での評価・ケアチェック表での再アセスメントをもとに、必要時は随時、定期的には6か月に1回、施設サービス計画書の見直しを行っている。見直しの際は、利用者・家族が参加し、参加できない場合は事前に聞き取りを行い、各部署の職員が参加してサービス担当者会議を実施している。施設サービス計画書を各部署に配布し、回覧して周知している。施設サービス計画書をもとに、ケース担当者が介護計画を作成している。介護計画は1か月毎に検証し、変更があれば別紙「介護計画の変更」に順次記録して介護職員に周知している。家族にも毎月郵送して伝えている。計画を緊急に変更する場合は、ケース会議を開催し、変更内容をビジネスチャットやケアカルテで迅速に周知している。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、ケアカルテによって把握し記録している。施設サービス計画書をもとに介護計画を作成して介護内容を周知するとともに、ケアカルテのタイトル欄を活用し、計画にもとづくサービスの実施を記録している。デフォルトの使用、リーダーや副主任の個別の指導等により、記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。引継ぎ（朝・昼・夕）、インカム、ビジネスチャット、ケアカルテ等により、必要な情報が的確に届く仕組みがある。各種会議・委員会を定期的に開催し、部署横断で情報共有できる仕組みがある。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規定に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法、管理の責任者を規定している。新任研修・内部研修「倫理及び法令順守研修」で、個人情報保護に関する研修を実施し、秘義務の誓約書をかかわしている。個人情報の取扱いについて、契約時に利用者や家族に説明し、文書で同意を得ている。</p>		

## A 内容評価基準

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。(特養)	Ⓐ・b・c
A②	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	Ⓐ・b・c

#### 特記事項

<p>A① フェイスシート・家族記入の情報シートから把握した利用者の心身の状況と暮らしの意向もとに施設サービス計画書を作成し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。定期的なモニタリングにより、利用者個々に応じた生活となっているかを検討し、改善する仕組みがある。自立支援推進に関する評価・支援計画を作成（「日々の過ごし方」欄）し、利用者の自立に配慮した援助、自立や活動参加への動機づけを行っている。利用者の希望等を把握し、個別レクリエーション（脳トレ・塗り絵・散歩等）・グループレクリエーション（歌・体操等）・音楽療法（3か月に2回）・家事（洗濯物たたみ・おしぼり巻等）等の日中活動に反映し、生活の中で楽しみや役割を感じられるよう取り組んでいる。毎月開催する施設内の季節行事や家族参加の行事（チューリップ祭り外出・夏祭り（施設内）・日帰り旅行等）もあり、利用者の生活の活性化につなげている。日課表や眠りスクリーンを活用し、利用者の心身の状況に合わせて快適な生活のリズムが整えられるよう支援している。</p> <p>A② 日常のコミュニケーションで利用者の思いや希望の把握に努め、ケース担当職員の設置により個別に把握しやすいよう配慮している。把握した思いや希望は引継ぎ・ビジネスチャット・ケアカルテで共有し、支援に反映できるよう取り組んでいる。サービス担当者会議に利用者の参加があり、施設サービス計画に反映している。内部研修で「接遇に関する研修」を行い、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについて周知を図っている。ケアチェック表により6か月ごとに再アセスメントを行い、必要に応じてコミュニケーション方法や支援について、検討・見直しを行っている。自発的な会話が少ない利用者には、ケース担当職員を中心に職員から積極的に声掛けを行ったり、クローズドクエッション等問いかけを工夫する等、話しやすいよう個別の配慮に努めている。</p>	
---	--

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

#### 特記事項

<p>利用者の権利擁護について、身体拘束適正化指針・身体拘束適正化マニュアル・虐待防止指針を整備している。利用者の権利擁護のための施設の取り組みを重要事項説明書に記載し、利用者や家族に周知している。原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法を指針やマニュアルに明確に定め、内部研修により周知を図っている。身体拘束・虐待防止検討委員会を月に1回開催し、権利擁護のための取り組みについて検討している。身体拘束事例は、処遇委員会の身体拘束会議で解除に向けて検討している。権利侵害の事例はないが、発生した場合は検証グループ会議・担当責任者会議で再発防止策を検討し、法人としても施設長会議・経営会議・懲罰会議で検討し対応する仕組みが。規程やマニュアルに、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にすることが望まれる。</p>
---

A-2 環境の整備

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

特記事項

館内の清掃は外部委託業者に依頼し、清掃が行き届いている。館内は採光がよく明るく、加湿器を設置し、エアコンをスタッフルームで調整する等、快適に過ごせるよう配慮している。共有スペースにテーブルや椅子、ソファやテレビが設置がされ、思い思いの場所でくつろげる環境作りを工夫している。居室は、使い慣れた家具や道具・馴染みのもの等の持ち込みを勧め、自宅と同じ動線が確保できるようベッドや家具等の配置を工夫し、居心地良く安全に過ごせる環境づくりを行っている。ケース担当職員が中心に利用者の意向の把握に努め、環境整備を支援している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑥	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	(a)・b・c
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a・(b)・c
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a・(b)・c

特記事項

A⑤  
 ケアチェック表等をもとに心身の状況や意向を踏まえ、利用者個々に応じた入浴形態・入浴方法により入浴支援を行っている。浴槽は臥床式浴槽・座位式浴槽・一般浴槽の3種類あり、利用者の状況に応じて使用している。手すり・滑り止めマット等の福祉用具を整備し、事前にバイタルチェックを行って医師の可否基準をもとに判断し、エアコン調整や湯温調整等で環境を整備する等、安全に快適に入浴できるよう取り組んでいる。利用者が自力で入浴できる場合も、安全のための見守りを行っている。浴室内はカーテン・パーテーションを使用し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している。心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。拒否がある場合は、日や時間帯、職員、声かけ方法を変えたり、気の合う利用者と一緒に入浴する等、工夫している。モニタリングや日々のケアの状況から、入浴形態や入浴方法の検討・見直しを行っている。

<p>A⑥ ケアチェック表等をもとに利用者個々の心身の状況や意向を踏まえ、排泄パターンを把握し、定時の声かけや訴えに応じて誘導や見守りを行い、可能な限りトイレでの排泄を支援している。立位困難な場合はベッド上でのパット交換等を実施している。バナナ・ヨーグルト・オリゴ糖等で腸内環境を整え自然な排せつを促している。トイレ内に手すり・安全バーを設置し、オムツ処理機や便座保温機能付き便座を使用し、トイレを安全に快適に使用できるよう配慮している。トイレ内ではカーテンを、居室内はカーテン・パーテーションを設置し、排せつ介助時の利用者のプライバシーや羞恥心に配慮している。ボクサーパンツを使用して排泄の自立に向けて支援し、約20%の利用者に機能している。排泄時には尿や便を観察し、異常があれば看護師に報告相談し、ケアカルテに記録している。モニタリングや日々のケアの状況から、排泄介助方法や排泄用品の検討・見直しを行っている。</p> <p>A⑦ 利用者個々の心身の状況や意向をもとに、歩行器歩行や車椅子の自走等自力で移動できるよう見守り支援している。車椅子からテーブルの椅子への移乗・ベッドサイドやトイレでの手すりを利用した移乗・3B体操（クッションを持ち上げたり引っ張ったりする体操）等、下肢筋力の維持向上・自立に向けた取り組みを行っている。共有スペースや居室等は、障害物がないようにテーブルや家具の配置を考慮し動線を確認している。眠りスキャンを導入してベッド上での動作確認を行い、ベッドからの転落や歩行時の転倒防止を図っている。歩行や車いす自走の利用者について、施設内インカムで所在を確認して共有し事故や転倒の防止に努めている。移動介助方法等について、利用者の心身の状況をモニタリングや日々のケアの中で把握し、必要に応じて検討と見直しを行っている。</p> <p>A⑧ 更衣の際は利用者の意向を尊重し、衣類を提示して選択してもらったり、必要があれば相談に応じている。ケース担当職員を設置し、衣替えや衣類の購入が必要な場合は家族に連絡している。洗濯物は提携業者に委託し、ウール系等は家族に依頼している。</p> <p>A⑨ 入所時や理美容業者訪問時に、髪型・パーマ・毛染め等について利用者の意向を確認し伝えている。必要に応じて、整髪や化粧を手伝っている。月2回訪問理美容の日を設け、定期購読雑誌やタブレット等で情報提供し支援している。 理髪店や美容院の利用には対応していない。</p> <p>A⑩ ナースコールボタンの光や常夜灯が気になる利用者にはライトを消灯し、入室時は扉の音に注意する等、光や音に配慮している。個々の習慣に合わせてパジャマに着替え、枕や布団等は使い慣れたものの持参も可能である。夜間は2時間ごとに体位変換やおむつ等の交換を行い、眠りスキャンで睡眠状況を把握し転倒リスクに対応している。眠れない利用者については、デイルームで対応している。 夜間就寝中の利用者に対するサービスについてマニュアルを整備することが望まれる。</p>
--

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a (b) c
A⑫	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) b c
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	(a) b c

特記事項

<p>A⑪</p> <p>外部の給食会社に委託し、施設内で調理し提供している。年1回嗜好調査を実施し、給食委員会で検討し利用者の嗜好をもとに献立の見直しを行っている。嗜好調査で利用者から希望の多い献立を盛り込んだり、モバイル献立を寿司や炊き込みご飯に変更したり、月1回程度旬の高価な果物を提供する等、食事をおいしく楽しく食べられるよう工夫している。年間活動計画に沿って、季節に応じた行事食も提供している。テーブルの配置や高さの調整、仲の良い利用者同士の配席等、環境・雰囲気づくりに配慮している。外部委託給食業者の衛生管理マニュアルをもとに管理体制を確立し、衛生管理が適切に行われている。選択食は実施していない。</p> <p>A⑫</p> <p>栄養ケアマネジメント強化可算・経口維持可算・科学的介護推進体制可算を取得している。利用者個々の状態に合わせて食事形態への対応・自助具の選定等を行い、無理のないペースで摂取できるよう自立支援・食事介助・見守りを行い、経口での食事摂取を継続するための取り組みを行っている。毎食の食事摂取量・水分摂取量を把握し、ケアカルテに記録している。昼食・夕食時には口腔体操・耳下腺マッサージ等を実施し、誤嚥・窒息等の事故防止に努めている。マニュアルの整備、吸引機の準備等により、事故発生時の対応に備えている。ミールラウンドを行い、他部署と連携を図りながら利用者個々の状態に応じた栄養ケアを見極め、低栄養リスクの高い利用者・状態の変化があった利用者について情報共有・検討を行い、食事摂取量の増加や健康状態の維持向上につなげている。栄養ケア計画を作成し、3ヶ月毎に評価・見直しを行い、栄養ケアマネジメントを実施している。</p> <p>A⑬</p> <p>口腔機能加算を取得している。毎月協力歯科医院と歯科衛生士が利用者全員の口腔状態一覧表を確認し、指導・助言を受け口腔機能の保持・改善に取り組んでいる。歯科衛生士が6カ月に1回口腔ケアに関する研修を行っている。一部介助から全介助の利用者が多く、利用者個々の自立度に応じて口腔ケアの対応・食事の援助を行い、就寝前は入念な口腔ケア・夜間は義歯の預かりを行っている。口腔衛生管理加算様式（LIFE）に沿って、月に2回以上支援の記録を残し、見直しをしている。</p>
--

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

特記事項

<p>褥瘡対策指針を整備し、褥瘡予防に向け取り組んでいる。内部研修で「褥瘡対策に関する研修」を実施し、褥瘡委員会の中でも研修（自動エア一体位変換器）を実施している。3ヶ月に1回褥瘡対策委員会を開催し経過報告している。褥瘡対策委員と処遇担当職員が、毎月リスク評価や実施内容について検討している。毎週回診が行われ、回診記録に記録し、主治医と看護師・介護職員等で情報共有しながら支援している。外部委託のドクターメイト（皮膚科）との連携もあり、専門的な助言を受け、栄養補助食品（コラーゲンジェリー）の使用やアイソカルゼリー等食事の摂取状況に合わせて取り入れ、栄養管理している。家族へは毎月状況報告している。</p>
---

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

特記事項

<p>「痰吸引の指針」をもとに、喀痰吸引業務方法書、注入食準備～提供マニュアル（手順書）を作成している。医師の指示にもとづいて「喀痰吸引・経管栄養計画書」を作成し、医師・看護師の指導・助言のもとで実施している。マニュアルの中に安全対策が明記され、年1回基準一覧表をもとに研修している。実地確認も行い、その際に個別に指導している。</p>		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A16	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	○a・b・c

特記事項

<p>看護師や作業療法士等から助言・指導を受け、介護計画に基づいた機能訓練や介護予防活動に取り組んでいる。洗濯物たたみ（食事のエプロンやハンドタオル）・フェイスタオルの清拭巻きを日課とする、嚥下体操・リハビリ体操を行う、車椅子の自走を促す等、日々の生活動作の中で意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。毎月の介護計画のモニタリングの中で、評価や見直しを行っている。判断能力の低下や認知症の症状の変化に留意し、週1回の主治医の回診や月1回の精神科医の回診時に報告・相談し、医療・介護の連携を図り早期発見・早期対応に取り組んでいる。</p>		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A17	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a・b・c

特記事項

<p>利用者個々の日常生活能力や機能や生活歴について、フェイスシート・アセスメントシートで把握している。毎月のモニタリング評価、6ヶ月に1回の科学的介護推進に関する評価により、利用者個々の認知症状について理解し、支持的・受容的な援助に努めている。行動・心理症状がある利用者については生活パターン表を作成し、月1回の精神科医の回診時に状況を報告している。精神科医・看護師・介護職員で支援内容について検討の場を設け、指導や助言を受け症状改善に向け取り組んでいる。内部研修で「認知症及び認知症ケアに関する研修」を年2回実施している。配席に配慮する、居室に家族の写真や手紙を飾る、インカムの使用によりピッチのコール音をなくす等、安心して落ち着ける環境づくりに努めている。音楽療法・個別レクリエーション（脳トレ・塗り絵・散歩等）・グループレクリエーション（歌・体操等）・役割づくり（洗濯物たたみ・おしぼり巻き等）、利用者個々の症状に合わせて活動できるよう工夫している。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A18	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○ a · b · c

特記事項

利用者の体調変化に気づいた場合は、日中は「緊急時対応マニュアル」に、夜間は夜間対応外部委託業者の「対応マニュアル」をもとに対応している。日々の利用者の健康確認と健康状態をケアカルテに記録している。嘱託医の週1回の回診、看護師の巡回、週1回以上のバイタル測定、「眠りスキャン」の導入等により、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づけるよう取り組んでいる。内部研修で「医療に関する教育」研修を行い、必要に応じて利用者個々の疾患や薬について看護師が資料配布し説明している。年に1回、CPR・AEDの研修を実施している。薬は朝・昼・夕に分けて看護師がセットし、「投薬介助マニュアル」をもとに介護職員が3回確認して服薬介助している。臨時薬の服薬についてはケアカルテに記録している。

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

特記事項

「看取りに関する指針」を整備し、嘱託医との連携体制を確立している。契約時に「終末期意向調査」を行い、終末期を迎えた段階で再度「終末期意向調査」を行っている。看取り介護の意向があればターミナル契約を行い、施設サービス計画書・クリティカルパス（ターミナルケア用）、介護計画をもとに嘱託医・多職種の専門職員が連携し、終末期ケアを行う体制がある。家族には、「お別れのしおり」を配布し、面会・電話連絡・カンファレンスで意向を確認し、一時帰宅を勧める等精神的な支援に努めている。関係職員に対しては随時相談対応し、サービスが終了後はデスカンファレンスを行って「ターミネーション評価表」を作成し、精神的なケアを実施している。内部研修で「看取りに関する研修」を実施している。

A-4 家族等との連携

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

特記事項

家族に月に1回介護計画と写真を郵送し、定期的に利用者の状況を伝えている。変化があった場合は主に電話で迅速に伝え、面会時にも説明している。電話・メールにより、報告すべき事項が必ず家族に伝わるようにしている。サービス担当者会議に家族の参加を基本とし、サービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談対応する機会としている。内容はサービス担当者会議の議事録に記録している。希望時、必要時にも相談対応し、内容はケアカルテに記録している。家族との面会・外出・外泊を再開し、施設内の夏祭り・チューリップ祭りへの外出・日帰り旅行に家族の参加を勧め、利用者と家族がつながりをもてるよう取り組んでいる。

A-5 その他

		第三者評価結果
A①	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	○ a ・ b ・ c
A②	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	○ a ・ b ・ c
A③	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	○ a ・ b ・ c

特記事項

<p>A① 以前は地域のボランティアに協力依頼し外出していたが、最近は職員が外出介助を行い、家族にも依頼している。市の広報誌から地域イベント等の情報を収集し、利用者が参加できるよう支援している。外出時は必ず職員と一緒に外出しているが、不測の事態に備えて利用者に名札を付けている。</p> <p>A② 郵便ポストが施設の玄関に設置され、希望があれば投函している。家族等から届いた手紙等は直接手渡ししている。電話の取り次ぎはスタッフルームで行い、プライバシーに配慮している。耳の遠い利用者には職員が会話を仲介し支援している。</p> <p>A③ 新聞・雑誌の個人購買は可能で、以前は新聞を購読している利用者もいた。雑誌は施設で用意している。テレビ・ラジオ等も希望に応じて持参可能である。共有スペースでのテレビ利用は、職員が仲介し希望に応じて番組等を調整している。</p>
---