

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 特別養護老人ホーム 平生園

(介護老人福祉施設)

評価実施期間 2021年8月4日 ~ 2022年2月28日

実地(訪問)調査日 2021年11月26日

評価決定委員会開催日 2022年1月7日

2022年3月4日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

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

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 平生園		種別：指定介護老人福祉施設		
代表者氏名：太田 敦子		定員（利用人数）：	60 名	
所在地：〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田 1779 番地				
TEL : 079-674-0174		ホームページ： http://www.kobeseirei.or.jp/		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：1991年11月11日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 神戸聖隷福祉事業団				
職員数	常勤職員：	29 名	非常勤職員：	7 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1 名	看護師	4 名
	生活相談員	1 名	管理栄養士	2 (1) 名
	特養介護員	25 (5) 名	事務員	2 名
	介護支援専門員	1 名	洗濯員	1 名
施設・設備の概要	居室（個室）			6
	居室（多床室：全室洗面トイレ付）			16
	トイレ			6
	浴室			2
	パントリー			2
	会議室			1
	洗濯室			1
医務室			1	

③理念・基本方針

基本理念：私達はキリスト教精神に基づき聖書に示された愛と奉仕の実践を通して社会福祉に努めます。

- 基本方針：①利用者様が安全で安心できる介護を提供します。
 ②利用者様を人生の先輩として尊敬する心をもって介護いたします。
 ③利用者様に安らぎのある生活を提供いたします。
 ④地域と共に歩み、地域に生きる(活きる)施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

第4期中長期計画に沿った各部会・委員会の活動		
重点実施項目	<ul style="list-style-type: none"> ・基本理念の理解と実践 ・福祉人材の育成に努める ・働きやすい職場作り ・利用者主体の支援の充実 ・サービスの質の向上 ・計画的な従前の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・経営力の確保 ・協力在宅介護者のサポート ・地域への情報発信 ・積極的なボランティアの受け入れ ・ワーク・ライフ・バランスの推進 ・危機管理の強化

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 8月 4日（契約日）～ 2022年 2月 28日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（平成 30 年度）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 法人の第4期中期計画（2020年度～2022年度）にもとづく、平生園第4期中期計画が策定され、また、単年度事業計画が職員参画のもとで具体的な内容で策定されています。</p> <p>平生園の第4期中期計画や単年度事業計画には、基本方針、ビジョン、視点、重点実施項目、実行計画が明確化されています。また、事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されています。さらに、経営課題を明確にし、職員などの参画のもとで単年度事業計画が策定され、具体的な取り組みが実施されています。特に、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ます。（総合的な人事管理、目標管理、労務管理、研修計画など）また、地域との交流・地域貢献や福祉ニーズにもとづく公益的な事業活動にも努められています。</p> <p>○ 利用者・家族の意向に沿った、過ごしやすい環境や福祉サービスの提供がなされています。</p> <p>利用者・家族からの要望もあり、30年経過した建物・設備の大改修工事が実施されています。各居室や食堂に加湿付き空気清浄機が設置され、利用者にとって快適な環境づくりの工夫が行われています。</p> <p>一人ひとりの趣味や生活歴について詳しくアセスメントし、幼児期からこれまでの人生の歩みを4つの区分に分けて記述した「ライフヒストリーカルテ」を基に、その人らしく生活できるような配慮・支援が見られます。</p> <p>看取り事例も多く、看取りに関する指針が明確になっており、職員の看取り研修が行われています。職員は終の棲家としての役割や責任を認識されており、好きなものを部屋に飾ったり、家族が付き添えるように個室を準備したり、環境を整えるなどの配慮した支援がなされています。</p>
--

◇改善を求められる点

○ **福祉サービスの質の向上への組織的・継続的な取り組みが制度化されていません。**

福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、QOL推進部が中心となり、各委員会やユニット会議でサービス評価され、支援の見直しが実施されています。しかし、第三者評価は3年に1回受審されていますが、年1回の自己評価の実施には至っていません。今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて組織的に年1回以上自己評価を行い、評価結果にもとづいて、具体的な課題に対する改善策や改善計画を明確にしていくことが求められます。

○ **福祉サービス実施計画について、PDCAサイクルを明確にし、計画に沿った福祉サービスの仕組みの構築が望まれます**

福祉サービス実施計画の策定は、包括的自立支援プログラム(ケアチェック表)や独自のアセスメント表を活用し、協議、実施、評価、見直しの一連のプロセスで行われていますが、協議された記録や、福祉サービス実施計画に基づいたサービス内容の日常的なチェック、その結果に基づいて見直すために話し合われた記録などの確認ができませんでした。今後は、福祉サービス実施計画のサービス内容を明確にするとともに、サービス実施の日常的なチェック、見直しを行うための組織的な取り組みが必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回は再受審ですが、前回受審した際の指摘・提案等の改善が不十分であることが再確認できました。特に福祉サービスの質の確保、向上への組織的・計画的な取り組み等については、今回の評価結果を再度職員で共有し改善に努めたいと思います。

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。

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の基本理念(行動規範)や基本方針をホームページ・事業計画などに記載されるとともに、事業所内にも掲示され、研修会や職員会議でより理解を徹底する継続的な取り組みがなされています。基本理念(行動規範)は、事業所の使命や目指す方向、考え方が示され、基本方針は基本理念との整合性が読み取れ行動規範の内容となっています。また、新規入所者への説明の際には理念・基本方針についても説明がなされています。 ○ 今後は、利用者や家族が、基本理念(行動規範)や基本方針について、より理解しやすいように、わかりやすく説明した資料などを作成する工夫が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社会福祉事業全体の動向は、全国経営協など本部からの情報や兵庫県老人福祉施設連携協議会、全国老人福祉施設連絡協議会などに加盟し、情報収集を行っていることがうかがえます。地域の動向は朝来市高齢者施設連絡会にて確認しており、施設長が朝来市の第8期介護保険事業計画の策定委員となって、地域の課題やニーズを把握されています。また、事業所で作成する月次実績報告書にコスト分析や利用状況が取りまとめられています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経営課題は、法人本部の定例中期計画実現会議で法人全体の経営状況や課題、問題点を明らかにされ、法人本部の中期計画や事業所の年度事業計画に具体的に明記されています。また、法人本部に「6つの推進部」が作られ、各施設長がそれぞれの推進部に入り、具体的な課題整理と課題に向けた計画を策定されており、部長(理事)間での情報共有が図られていることがうかがえます。その内容が職制会・職員会議などで周知され、経営課題の具体的な取り組みが、各部会・委員会で実施されていることがうかがえます。 		

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><コメント></p> <p>○ 基本理念（行動規範）や基本方針の実現に向けた法人の「第4期中期計画（2020年度～2022年度）」が策定され、ビジョン、6つの視点、重点実施項目、実行計画が掲げられています。法人の「第4期中期計画」にもとづき、「平生園第4期中期計画」が具体的に策定されています。毎月の「月次報告」で進捗状況が確認され、年度末に評価、見直しがうかがえます。また、3か月に1回行われる中期計画実現会議で法人施設の取り組みの報告（振り返り・進捗状況など）が行われていることがうかがえます。</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>○ 「平生園第4期中期計画」にもとづく「単年度事業計画」が、6つの視点・重点実施項目ごとに実行計画が策定され、達成目標を明確にしています。「単年度事業計画」は毎月「振り返りシート」で進捗状況の評価が行われています。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>○ 事業計画の策定は、法人本部から事業計画の策定に関するスケジュール表が送られてきており、各委員会などの意見を集約して行われています。進捗状況は「月次報告書」により把握し、評価・見直しがされ、毎月の職員会議で周知されています。また、3か月に1回行われる中期計画実現会議で法人施設の取り組みの振り返り・推進状況などの報告が行われています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <p>○ 事業計画は年に1回家族会総会で資料を配布し、サービスに関する内容などの事業計画を説明していますが、今年度は新型コロナウイルス感染症の影響により実施できていません。家族には資料の送付がされています。</p> <p>○ 今後は、利用者などの参加を促す観点から、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料など作成の工夫が望まれます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、QOL推進部が中心となり、「利用者満足度調査」や「接遇チェックリスト」の取り組みが行われ、各委員会やユニット会議で評価され、支援の見直しが実施されています。しかし、第三者評価は3年に1回受審されていますが、年1回の自己評価は実施されていません。 ○ 今後は、福祉サービスの内容について評価基準を定めて、組織的に年1回以上自己評価を行い、評価結果を分析・検討する仕組みの整備が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ QOL推進部が実施される「利用者満足度調査」や「接遇チェックリスト」の取り組みが行われ、結果にもとづいて課題が文書化され、質の向上に向けて取り組まれています。 ○ 今後は、評価結果にもとづいて、具体的な課題を明確にして改善策や改善計画を策定し、職員間で共有化を図り、改善の取り組みを計画的に行うと共に、必要に応じて改善計画を見直していくことが望まれます。 		

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
<コメント> ○ 施設長は、ホームページや機関誌「ひなたぼっこ」などに自らの役割と責任や方針を表明されています。また、施設長の役割と責任は職務分掌表において示され、職員会議などで周知されています。平常時、有事（災害、事故等）を含め不在時の権限委任などは、運営規程に職務代行者が明記され「職務代行表」で明確化されています。		
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。	b
<コメント> ○ 施設長は、リスクマネジメント研修や法人規則集を通じて、遵守すべき法令などを十分に理解しており、定められたルールに則り利害関係者との適正な関係を保持しています。今年度はコロナ禍の影響で外部研修などの開催がなく勉強の機会がありませんでしたが、法人が契約している、社会保険労務士や弁護士などに必要な法令など問合せできる関係性を構築されています。 ○ 今後は、幅広い分野について遵守すべき法令などを把握して、職員会議などで周知していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、QOL推進部が中心となり、各委員会やユニット会議でサービス評価され、支援の見直しが実施されています。施設長もその活動に積極的に参画し、職員の意見を反映するためにリーダーシップを発揮していることがうかがえます。また、福祉サービスの質の向上について、法人内で階層別研修などが実施されています。 ○ 今後は、実施する福祉サービスの質の現状について、定期的、継続的に評価・分析を行うための自己評価の仕組みを構築するとともに、施設長自らも年1回以上は自己評価を実施する取り組みが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 施設長は、経営の改善や業務の実効性について、月次実績報告書により分析を行い、職制会議などで毎月の実績や施設の経営状況を説明し、人員配置や環境整備などの改善に取り組まれています。また、改修工事に伴う、職員の休憩室を確保した事例が確認できました。 ○ 今後は、経営や業務の効率化や改善に関する検討を行う組織体制（業務改善委員会など）を明確にされ、施設長自らもその活動に参画し指導力を発揮することが望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 必要な福祉人材の確保・定着など基本的な考え方は「中期計画」に示されています。また、採用・育成・人事管理については、人事ヒアリングが行われ法人一括で実施されています。 ○ 今後は、専門職（有資格の職員）の配置など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プランなど）の作成が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は基本理念(行動規範)や事業計画の中に基本方針として明示されています。人事基準は法人キャリアパスフレームや「人事制度運用マニュアル」にて定められ、人事考課制度により職務遂行能力や成果・貢献度などを評価し、評価結果はフィードバック面接で本人に伝えられています。また、「人事・労務・危機管理推進部」の中で、職員処遇の水準を評価、分析が行われています。法人キャリアパスフレームや人事管理制度の整備などで、職員が自ら将来の姿を描くことができる総合的な仕組みづくりが行われています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労務管理は、施設長が中心となって総務部門と連携しながら職員の就業状況や意向把握などの責任体制が明確化されています。ハラスメント防止委員会の設置やメンタルヘルスチェックの実施などで職員の心身の健康と安全確保に努められ、年1回の職員面談は悩み相談の機会としています。福祉互助会の加入、週1回のノー残業デーの設置、短時間労働の導入など、総合的な福利厚生の実施でワーク・ライフ・バランスにも配慮されています。働きやすい職場づくりに向けて「ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言登録」によるワーク・ライフ・バランスの推進にも努められています。 ○ 今後は、検討された改善策などが、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プランなど）に反映していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「期待する職員像等」は法人キャリアパスフレームに明示され、職員ごとの目標管理制度が構築されています。職員一人ひとりの目標設定は、人事考課制度の中で行われ、直属の上司と面談で具体的な内容で設定され、毎月直属の上司が進捗状況を確認し、フィードバック面接が行われています。また、年度末には自己評価を行い、目標達成度などがフィードバック面接で確認されています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 「期待する職員像等」は基本理念（行動規範）や事業計画の中に基本方針として明示され、エルダー制度（職業教育制度）やキャリアパスフレームなどに、必要とされる専門技術や専門資格が明確にされています。法人「職員育成推進部」による年間研修計画が策定され、職制などで希望やキャリアパスフレームに沿った研修内容（階層別、職種別研修など）のマッチングにより各自研修に参加できる体制を構築しています。年間研修計画や研修内容・カリキュラムは毎年「職員育成推進部」で見直しがされています。</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>〈コメント〉</p> <p>○ 職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況は職員台帳や資格証で把握されています。新任職員にはエルダー制（職業教育制度）によるOJT研修（日常業務にもとづいた研修）が行われています。法人「職員育成推進部」で策定された年間研修計画に従って実施されています。また、外部研修は職制で職員個別に希望する研修に参加できるように調整されています。</p>		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 「実習生受入れ指導マニュアル」が整備されて、実習受け入れについての決まりごとや標準的なプログラムが用意されています。また、実習指導者として、介護福祉士実習指導者研修を修了されています。学校からの実習受け入れについては、実習の事前、実習中、終了後において学校と協議し連携を図っています。</p> <p>○ 福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢が明文化されていません。今後は、福祉施設・事業所の社会的責務の一つとして、実習生の受け入れについて基本姿勢を明文化していくこと望まれます。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人のホームページなどの活用により、法人、事業所の基本理念（行動規範）や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、決算書、現況報告や第三者評価の結果、利用者満足度調査などを公表されています。また、法人広報誌（洗足）、事業所機関誌（ひなたぼっこ）などを配布することで幅広い活動の周知が行われています。しかし、苦情・相談に関する対応状況は事業報告書や利用者満足度調査の中で公表されていますが十分とは言えません。</p> <p>○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取り組みとして、法人のホームページなどに苦情や相談内容に関する改善・対応の状況を公表するなど、さらに情報公開を積極的に行うことが望まれます。</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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人規則集(経理規定、専決規定など)や職務分掌により、取引などに関するルールや権限・責任が明確にされて、職員にも周知されています。また、必要に応じて外部の専門家に相談や助言を得るとともに定期的に法人本部や監事による内部監査が行われています。加えて、監査法人による外部監査が実施され、監査結果報告や改善について、職員にも会議や朝終礼時に周知することで運営の透明性を確保しています。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との関わり方についての基本的な考え方が、中期計画（地域貢献の視点）及び事業計画の基本方針（地域と共に歩み、地域に生きる（生きる）施設を目指します）に明文化されています。地域の情報は事務所に掲示され、パンフレットなどを設置し、市の広報誌を利用者に回覧する取り組みも行っています。また、但馬地区地域交流部会での参加や地域ボランティアとの交流、移動販売車の活用、オンリーワン支援での外出支援などの地域交流が行われています。 		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備して、基本姿勢の明文化もされています。ボランティアの受け入れや市内の小中学校、高校へ福祉体験学習の職員派遣や受け入れなど、学校教育への協力も積極的に行なわれていますが、今年度はコロナ禍の影響で交流や活動を自粛されています。 ○ 今後は、学校教育などへの協力についても基本姿勢を明文化するとともに、ボランティアに対する研修などの支援が望まれます。 		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関・団体との連携では、定期的に朝来市内の特別養護老人ホーム、市高年福祉課などとの連絡会や朝来市合同施設連絡会と連携し、問題の共有と解決に向けて協議が行われています。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料を作成して、職員間でも共有が図られることが望まれます。 		

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 隣接事業所のスペース（地域交流館）を活用して、定期的に「家庭介護者交流事業（介護者のつどい）」を開催しています。また、事業所の専門性を活かした地域住民に役立つ「認知症サポーター養成講座」への講師派遣にも取り組んでいます。また、災害時の地域における役割として、朝来市と災害時協定（福祉避難所）を締結し、但馬総合事務所は竹田中町の災害時の一時避難場所として安全なまちづくりに貢献しています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 地域の福祉ニーズの把握では、「家庭介護者交流事業（介護者のつどい）」や「認知症サポーター養成講座」を通じてニーズ把握に努められています。また、無料福祉相談所を開設し多様な相談に応じるとともに、朝来市介護保険事業計画等審議会に参画し、ニーズ把握に努められています。福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を第4期中期計画に明示され、新たに法人内に「よろず相談所」の開設と対応について検討がされています。</p> <p>○ 今後は、地域の民生委員・児童委員などと定例会議の参加や交流の機会をもって、地域の具体的なニーズ把握が望まれます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が理念や基本方針に明示され、組織内で共通理解を持つための取り組みがなされています。 ○ 今後は、標準的な実施方法に利用者尊重の姿勢を具体的に明記されることが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 虐待防止規定・マニュアルが整備され、職員に研修などで周知するとともに、プライバシーが守れる生活環境を整えるために大掛かりな改修が行われています。 ○ 今後は、プライバシーに関するマニュアルを整備するとともに、利用者や家族に対し、権利擁護に関する取り組みを周知していくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用希望者に対して市役所、病院、金融機関、学校などにパンフレット、法人広報誌、機関誌を配布し、ホームページやSNS（フェイスブック）を活用して積極的に情報提供が行われています。 ○ 今後は、提供資料の定期的な見直しが見込まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの開始・変更時には利用者・家族に詳しく説明し、同意においては利用者の自己決定を尊重されています。 ○ 今後は、利用者に応じた分かりやすい資料の工夫や、意思決定の困難な利用者への配慮について検討することが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 他の福祉施設や事業所の変更にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われています。 ○ 今後は、利用が終了した後も利用者や家族が相談できる窓口を設置したり、引継ぎ文書などを整備していくことが望まれます。 		

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。	b
<コメント> ○ 利用者・家族に対して満足度調査を定期的を実施し、結果を家族会で報告され、具体的な改善が行われています。 ○ 今後は、調査結果を分析する担当者や、定期的な検討会議を開催する取り組みが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 法人苦情解決規定に基づき、責任者、受付担当者、第三者委員を定め、苦情解決のポスター（苦情フローチャート）が掲示されています。意見箱の設置や利用者満足度調査も実施し、申し出しやすい機会を設けています。また、苦情相談受付表により記録やフィードバックが行われ、年1回の家族会総会での報告やユニット会議などで支援の振り返りなども実施されています。 ○ 今後は、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を利用者などに配布し、説明していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 各フロアにポスターを掲示し、利用者に説明されています。また、玄関に意見箱の設置もしています。現在、工事中ですが、会議室、デイルーム、施設長室など相談・意見が述べやすいスペースを確保しており、改装後は「相談室」が新たに設置されます。		
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> ○ 利用者の相談・意見はモニタリングの機会や受診時、おやつ時間など普段の会話の中から意見などを聞く機会を設けています。また、利用者・家族から相談・意見があった場合は、職員間で情報共有し、上司への報告や必要に応じ各部署と連携により速やかに対応されています。具体的には、利用者（家族）の意見として、サプリメント（栄養補助食品）の要望や居室内の家具などの配置の提案がうかがえました。 ○ 今後は、苦情に関わらず、福祉サービスの内容や生活環境の改善などに関する利用者からの意見や要望、提案などに積極的に対応するマニュアルの整備が望まれます。		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リスクマネジメントに関する責任体制として、「虐待、拘束、事故防止委員会」が設置されており、毎月ヒヤリハットや事故報告書をもとに、職員会議で分析し改善策や防止策が検討され、勉強会が行われています。また、施設内の「安全対策委員会」において、定期的に各リスクの事故防止など安全策について実施状況をチェックし、見直しが行われています。 ○ 今後は、事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）などを整備し、職員に周知されることが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症に対する管理体制は、「感染症委員会」や安全委員を設置し、感染症マニュアルが整備されています。予防策として「マスクの着用、手洗い消毒、換気、職員の食事時密接を控えるなど」の実施と、必要に応じた家族との面会制限の実施などに取り組み、職員の勉強会も行われています。新型コロナウイルス感染症の予防や発生対策についても、行政の通知に沿って適切に対応され、感染症マニュアルの見直しが随時行われています。 		
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している。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害時の対応体制は「避難確保計画」を整備し、立地条件などから想定される災害時（土砂災害など）の対応体制が明文化されています。BCP計画（業務継続計画）の策定については、朝来市老人福祉施設連盟において、策定について話し合いが行われています。また、職員や利用者・家族のメーリングリストが整備され、平常時から連絡（安否確認）などの配信を行うとともに、利用者の避難確認の方法（名札を裏返す・点呼など）も決められています。福祉村防災施設連絡会に参加し、近隣施設との連携や消防署などとの連携、訓練、会合なども実施されています。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの標準的な実施方法がサービスごとに文書化され、利用者の尊重に配慮する姿勢が記されています。 ○ 今後は、新人職員に対する指導のみならず、標準的な実施方法により福祉サービスが行われているかを施設全体で確認する仕組みづくりが望まれます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの標準的な実施方法は、年間計画に沿って定期的に見直しをおこなう仕組みが確立しています。 ○ 今後は、職員や利用者からの提案を反映する取り組みが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多職種の関係職員によって協議され、アセスメントや利用者の意向を反映した福祉サービス実施計画の策定が行われています。 ○ 今後は、アセスメントの手法を確立し、サービスの実施について、日常的なチェックの仕組みを構築していくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3か月に1回のユニット会議において、福祉サービス実施計画の変更や見直しが行われ、サービス内容が継続できない課題の確認が定期的に行われています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画の見直しや職員に周知する手順、緊急に変更する仕組みなどを整備していくことが望まれます。 		
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、職員間で共有化されている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の身体状況や生活状況などの記録は情報記録システムのネットワークを活用し、職員間で共有されています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画に基づいた記録のつけかたや記録要領などを用いて統一化を図ることにより、記録する内容に差異が生じないための工夫が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報保護規定を定め、個人情報の不適切な利用や漏洩に対する対応方法が定められています。 ○ 今後は、個人情報や記録の管理について職員に教育や研修を実施していくことが望まれます。 		

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
A①	A-1-(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。(養護、軽費)	非該当
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

特記事項

- 日常支援について、利用者の自立に配慮し、利用者一人ひとりに対するトイレ誘導や入浴中の支援、移動や移乗など、利用者の意向に沿えるよう、日々の支援が行われています。
- 今後は、利用者の尊厳に配慮した接し方、コミュニケーション方法の見直しや検討など、多様な日中活動の提供に向けた取り組みが期待されます。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

- 全職員を対象とした年2回のアンケートを通して、利用者の虐待防止や早期発見に向けた事例検討が行われているほか、身体拘束や虐待防止等の委員会の定期的な開催を通して、権利侵害の防止に向けた取り組みが行われています。
- 今後は、権利侵害が発生した場合の再発防止策等の検討や実践に向けた仕組みを明確にしていくことが期待されます。

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

特記事項

- 利用者・家族からの要望に応え、築30年を経過した建物・設備の大規模な改修工事が行われています。
- 共有空間や居室ごとに加湿付き空気清浄機を設置し、環境整備に配慮した清潔な環境が提供されています。
- 利用者の意向や過ごしやすい居室環境に配慮し、日常の生活支援が行われています。

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。	b
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
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
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。	b
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。	b
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	b

特記事項

- 看護師による入浴前の検温や健康チェックに基づく入浴可否の判断、新たに導入された特殊浴槽のほか、移乗シートを用いるなど、利用者や職員双方が安全で快適に入浴できる取り組みや環境整備が行われています。
- モニタリングを通じて、利用者一人ひとりの身体機能と利用者の意向を踏まえた、排泄支援が行われています。また、オリゴ糖を使用しながら、下剤に頼らない自然排便に向けた工夫が行われています。
- 利用者の身体状況にあった、自走式車椅子や介助式車椅子、リクライニング式の車椅子や歩行器が備えられ、利用者が安全に移動できるよう、多様な福祉用具を活用した移動支援が行われています。
- 利用者の好みに合わせた服装ができるよう、利用者や家族の希望に応じた衣類の購入や季節感のある衣服の選択に向けて支援が行われています。
- 理美容について、利用者の好みの髪形やいきつけの理髪店へ行くことを支援されています。また、施設で行う外部理髪店は2社入っており、利用者が選択できるようになっています。
- 今後は、生活支援の見直しや検討された内容を記録に残すとともに、支援マニュアルに追記や利用者への情報提供を通して、さらなる支援の充実が望まれます。

		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
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。	b
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。	b

特記事項

- 温冷配膳車を利用し適温での食事提供がなされ、食べたいものが反映される仕組みが整っています。
- 利用者一人ひとりの嚥下能力や心身の状況により、栄養面や食事形態に配慮しながら経口摂取を維持する取り組みが行われています
- 今後は、水分摂取量の把握方法や、食事中の事故発生時の対応方法、日頃からの注意事項などを話し合い、支援に活かす取り組みが期待されます。

		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。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 現状では褥瘡処置が行われている事例はなく、ポジショニングマニュアルを整備し褥瘡にならないための取り組みが行われています。 ○ 今後は、褥瘡対策のための指針を明確にし、褥瘡の発生予防やケアについて、標準的な実施方法を確立し、取り組まれることが望めます。 		
--	--	--

		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。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施については、方針を明確にされ、医師の指示に基づく安全な計画書が作成されています。 ○ 今後は、介護職員の喀痰吸引・経管栄養の研修に取り組まれ、衛生面の管理や実施体制の充実を図ることが望めます。 		
--	--	--

		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。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 介護計画に目標を設定し、定期的に理学療法士を外部から招いたり、法人内の作業療法士からの指導を受けながら、一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動が行われています。 ○ 今後は、一人ひとりに応じた機能訓練プログラムに沿って実施の様子を記録に残し、評価、見直しをする仕組みづくりが期待されます。 		
--	--	--

		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。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の心身の状況や生活能力についてアセスメントを行い、幼児期からこれまでの歩みをまとめたライフヒストリーカルテを活用し尊厳をもって、その人らしく生活できるように支援がなされています。 ○ 今後は、認知症のBPSD（行動・心理症状）の原因や行動パターンについて、分析し、支援内容を検討していくことが望めます 		
--	--	--

		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。	b

特記事項

- 緊急時対応フローチャートを整備し、看護師、医師などの連携体制が整えられ、緊急時に迅速に対応する仕組みが構築されています。
- 今後は、利用者の体調変化や異変に気付くための取り組みや対応について、継続的な研修の実施が望まれます。

		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。	b

特記事項

- 看取りに関する指針や手順が策定され、医療連携体制の確保のもと、家族への説明と同意を得て看取りケアが実施されています。
- 職員は、最期の棲家としての役割を認識され、希望に応じた手厚い終末期のケアに取り組まれています。
- 今後は、終末期のケアに携わる職員の精神的なケアを適切に行う取り組みが望まれます。

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。	b

特記事項

- 毎月一人ひとりの暮らしの様子を写真とともに報告され、定期的に家族会を開催しサービスの説明や要望を聞く機会を設けられています。
- 今後は、家族からの相談を定期的に受ける仕組みや相談内容を記録に残し、事業所のサービスに活かす取り組みが望まれます。

A-5 その他

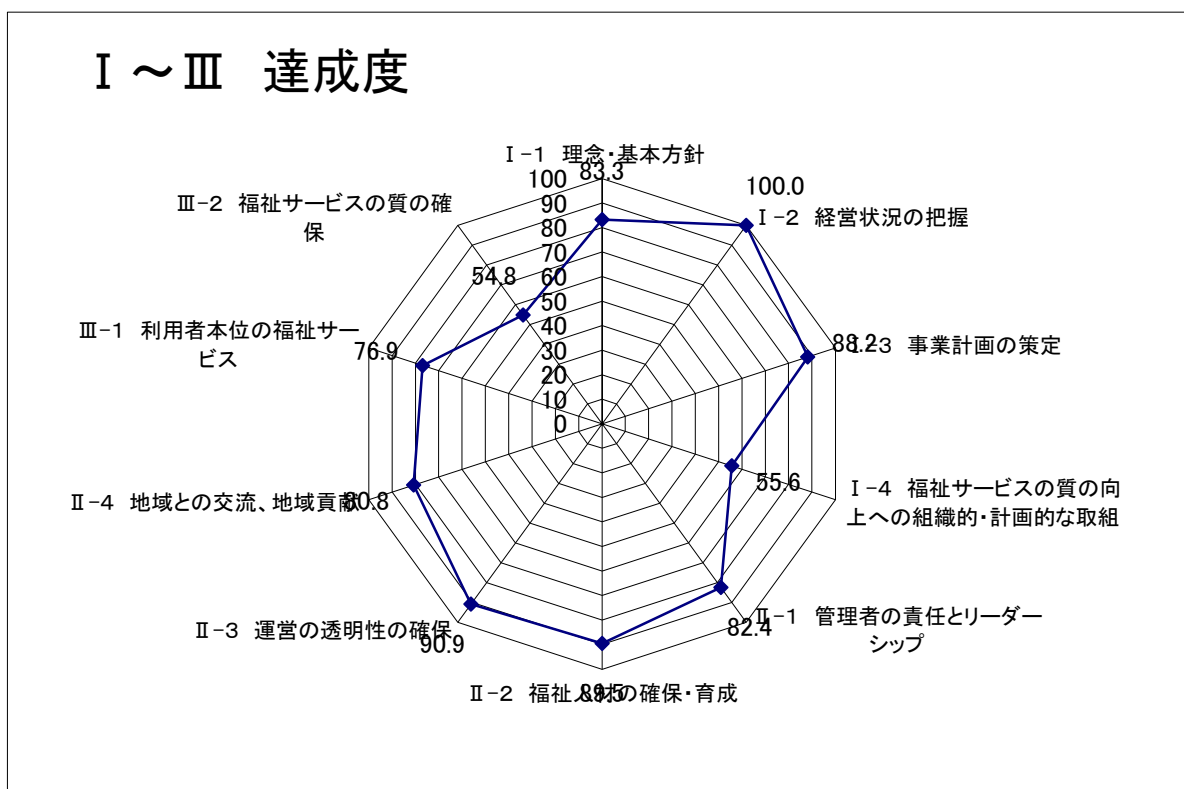
		第三者評価結果
A①	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	b
A②	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	b
A③	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a

特記事項

- 利用者が希望すれば、電話の使用も可能であり、新聞・雑誌も個人で購読でき、テレビ・ラジオを個人で所有できるように便宜が図られています。
- 今後は、外出に必要な時に介助や支援を受けられる体制を整えるなどの取り組みが望まれます。また、電話の設置場所など、プライバシーに配慮する工夫が望まれます。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	15	88.2
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	5	55.6
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・育成	38	34	89.5
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	21	80.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	65	50	76.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	17	54.8
合計	228	179	78.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	21	13	61.9
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	96	70	72.9
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	5	62.5
合計	134	96	71.6

合計(I～Ⅲ+A)	362	275	76.0
-----------	-----	-----	------

