

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : 地域密着型特別養護老人ホーム さくらの苑
(介護老人福祉施設)

評価実施期間 2023 年 8 月 29 日 ～ 2024 年 3 月 31 日

実地（訪問）調査日 2023 年 12 月 14 日

2024 年 8 月 31 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

はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：地域密着型特別養護老人ホーム さくらの苑	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：小山 哲也	定員（利用人数）：29名
所在地：〒669-5252 兵庫県朝来市和田山町竹田 2486-10	
TEL：079-674-0264	ホームページ： https://www.kobeseirei.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：2017年5月1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：41名 非常勤職員：5名
専門職員	施設長 1名 看護師 5(2)名
	生活相談員 2名 栄養士 1(1)名
	特養介護員 26(2)名 作業療法士 1名
	介護専門員 5名
施設・設備の概要	居室 39室 静養室
	食堂兼機能訓練室 5室 相談室 2室
	面談室 事務室
	介護予防拠点スペース（多目的室） 浴室 6室
	医務室 看護師詰所
	パントリー

③理念・基本方針

- 理念：
- 私たちは、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、社会福祉の向上に貢献します。
- 基本方針：
1. 利用者様が安全で安心できる介護を提供いたします。
 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. 利用者様にやすらぎのある生活の場を提供いたします。
 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

1. 元気な方々にも気軽に親しんでいただける地域密着型特別養護老人ホームを目指します。
2. 住民の皆様との交わりの中で、地域全体の介護予防に重点を置いたサービス提供が求められ、またそのようなサービスの提供が可能になっていくことを考えています。
3. 介護が必要になった時にご自宅から遠く離れるのではなく、ご家族や親しい友人、ご近所の皆様との繋がりを大切にしながら不安のない生活ができるよう支援いたします。
4. 建物設計では、ひとりになれる場所を積極的に設けるためすべて個室としてお部屋での自分だけの自由な時間がもてる「住まい」をつくります。
5. 一方で、地域や家庭に近い環境で過ごすため10人のユニットとし、施設内だけの介護サービスではなく、住民の皆様にもお手伝いを頂いてご利用者へ「あったか介護」を提供する態勢を構築したいと考えています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 8月 29日（契約日）～ 令和 6年 3月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（ 2018年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **地域の福祉ニーズなどにもとづく、地域貢献や公益的な事業・活動が行われています。**
地域との関わり方について「基本方針」に「地域と共に歩み、地域に生きる（活きる）施設を目指します。」と明示されて、「事業計画」では「地域公益の視点」として、地域との連携などが重点実施項目として取り組まれています。運営推進会議の開催や朝来市高齢者施設合同連絡会に参加、地域住民との交流（地域ミニデイなど）を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められています。地域の秋祭りの参加や会場提供、感謝祭への参加などで地域との交流や協力の取り組みがうかがえます。また、一体型プロジェクト（認知症と家族の支援事業）の会議に参加・協力されています。地域の防災対策として、福祉村防災協議会にも参加されて活動されています。
- **利用者が快適に、安定して過ごせるように環境整備が整っています。**
共有スペースは清掃業者を利用することで、施設の衛生環境の保持に努められています。居室においても職員の連携により室温の管理と換気に十分気を配られるとともに、利用者の居室は馴染みの家具や仏壇等を置くなど、希望を伺いながら、過ごしやすい環境を整えられています。また、個人での携帯電話やスマートフォンの利用やアレクサ（AI音声認識サービス）の使用、iPadでのオンライン面会など、郵便や電話などの通信機会を確保されるとともに、新聞や雑誌などは自由に購入することができ、テレビなども自由に持参され、安定して過ごせる環境を整えています。
- **利用者の状況に応じた生活支援がなされています。**
アセスメントシートや24時間シートに沿って、利用者の心身の状況を把握し、意向に沿った入浴支援や排泄支援が行われています。特に移動支援においては、ADL評価を作業療法士が確認し、利用者に合った器具や方法を取り入れられ、定期的な介助方法の見直しを行うなど、安全性に配慮した支援が行われています。また、利用者の主体性を

尊重した衣服の選択や理美容に関する支援に努められるとともに、利用者の心身の状況や嗜好にも配慮し、多様な食事形態で食事が提供され、特に、食事時間は決めず、利用者のペース、心身状況に合わせて、居室、ベッド上にて食事を提供するなど、利用者の状況に応じた工夫がうかがえました。

◇改善を求められる点

○ **福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを、組織として構築していくことが重要です。**

事業計画がPDCAサイクル（改善のためのサイクル）にもとづき、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして実施されていますが、福祉サービスの質の向上に向けた仕組みはうかがえませんでした。第三者評価は定期的に受審されていますが、自己評価の仕組みが構築されていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた評価基準にもとづいて、毎年自己評価を行うとともに、振り返りや検討を行う仕組みの構築と第三者評価や自己評価などで明らかになった課題に対して、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価を行うとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みが重要です。

○ **利用者の満足度の向上やプライバシー保護などの権利擁護に配慮した仕組み作りが望まれます。**

虐待や身体拘束など権利侵害の防止に関する取り組みはうかがえますが、利用者の満足度の向上やプライバシー保護など利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、利用者満足度の向上や利用者のプライバシー保護について、職員の意識を高め、利用者の権利擁護に関する規定やマニュアルを整備することで、権利擁護の取り組みを具体化することが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

--

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。	b
＜コメント＞ ○ 事業計画やパンフレットに法人の基本理念、事業所の基本方針が明文化され、掲示もされています。また、週１回の朝礼時や月１回の職員会議にて理念の唱和を実施し、継続的な周知がうかがえます。 ○ 今後は、基本理念や基本方針が利用者・家族に対してさらに理解を深めるために、わかりやすく説明した資料などの作成が求められます。		

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
＜コメント＞ ○ 社会福祉事業全体の動向は、朝来市高齢者施設合同連絡会や県の介護保険制度の説明会より情報収集がうかがえます。地域の動向などは朝来市高齢者保健福祉計画で把握・分析されています。福祉サービスのコストや利用率の分析などが「実績報告」で行われています。		
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
＜コメント＞ ○ 但馬地区担当理事・施設長・支援課長などが参加する、定期的な施設連絡会が開催されて、現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにされています。職員にも経営状況や改善すべき課題について説明され、改善に向けた取り組みがうかがえます。		

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
＜コメント＞ ○ 第５期中期計画（2023年～2025年）では、基本理念・基本方針の実現に向けて、５つの視点ごとに、重点実施項目、実行計画などが具体的に策定され、「月次報告」をもとに集計し、半期ごとに評価・見直しが行われています。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
＜コメント＞ ○ 第5期中期計画にもとづく年度事業計画が具体的な内容で策定されています。毎月「実績報告・月次報告」を実施して、職制会議で評価など検討がされています。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
＜コメント＞ ○ ユニット会議、リーダー会議、職制会議、地区担当理事からのヒアリングなどで意見の集約を行い、事業計画の策定が行われています。事業計画は、毎月「重点実施項目」の振り返りや評価・見直しが実施されて「月次報告」を本部に報告するとともに職員にも周知されています。また、事業計画はPDCAサイクル（改善のためのサイクル）が確立されています。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
＜コメント＞ ○ 事業計画は家族会（4月・12月）で配布、説明されています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者などがより理解しやすいような工夫（ビジュアル化など）が望まれます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	c
＜コメント＞ ○ 事業計画がPDCAサイクル（改善のためのサイクル）にもとづき、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを実施されていますが、福祉サービスの質の向上に向けた仕組みは確認できませんでした。第三者評価は2回目の受審ですが、自己評価の実施はできていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けた評価基準にもとづいて、年1回以上自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する仕組みを確立していくことが重要です。		
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。	c
＜コメント＞ ○ ユニット会議やリーダー会議、職制会議を通じて、事業計画の取組むべき課題を明確にすることにより、改善に向けた検討が行われています。今後は、第三者評価や自己評価などで明らかになった課題に対して、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定し、実施状況の評価を行うとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みが重要です。		

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＞ ○ 管理者は、自らの役割と責任について、分掌表などで明確にして職員に周知されています。また、ホームページや広報誌に「ご挨拶」として掲載し表明されています。法人全体で職務代行表を作成し、平常時の運営が行われています。また、BCP（事業継続計画）が策定されて、災害時の体制も明示されています。		
11	Ⅱ－１－(1)－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
＜コメント＞ ○ 管理者は、遵守すべき法令規定集（経理規定など）に基づいて、取引業者などとの適正な関係の保持に努められています。また、法令遵守の観点での経営に関する研修の参加や消費者関連法令や雇用・労働・防災・環境など福祉分野以外の法令について理解し、職員に遵守すべき法令については職員会議などで説明されています。		
Ⅱ－１－(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ－１－(2)－① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
＜コメント＞ ○ 管理者は、自己評価の結果を評価・分析は行われていませんが、職員会議・職制会議・エリア施設長会議にて事業計画の現状の把握や評価・分析が行われて、改善のための指導力を発揮されています。また、福祉サービスの質の向上に向けて、年間研修計画にもとづく内部・外部研修への参加を勧奨されています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な仕組みや体制（サービス向上委員会など）を構築し、自らもその活動に積極的に参画されることが望まれます。		
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。	b
＜コメント＞ ○ 管理者は、経営の改善や業務の実効性向上について、職制会議にて「実績報告」にもとづき検討が行われて、ユニット会議やリーダー会議にて周知がうかがえます。また、人員配置や職員の働きやすい環境整備（インカムの導入など）に具体的に取り組まれています。 ○ 今後は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制（業務改善委員会など）を構築し、自らもその活動に積極的に参画されることが期待されます。		

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
＜コメント＞ ○ 福祉人材の確保・育成は法人一元化で行われていますが、事業所においては事業計画に福祉人材の確保と育成に関する方針が明示されています。また、法人のホームページにも「職員育成」が公表されています。 ○ 今後は、必要な福祉人材や人員体制について「勤務形態一覧表」で管理されていますが、具体的な計画（人事プランなど）の構築が望まれます。		
15	Ⅱ－２－(1)－② 総合的な人事管理が行われている。	a
＜コメント＞ ○ 総合的な人事管理は法人一元化で構築されています。法人の人事委員会にて職員の採用・研修・昇進・異動などの人事基準がうかがえました。人事考課制度により職務に関する成果や貢献度などを定期的な職員面談で評価されています。また、法人のホームページに「人事制度」が公表されて、キャリアパスフレームにより、職員が自ら将来の姿を描くことができるような仕組みが構築されています。		
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組んでいる。	b
＜コメント＞ ○ 総務課長を中心とし、職員の勤怠管理がデータなどで行われています。兵庫県社会福祉協議会の福利厚生互助会に加入されて、法人のホームページに「事業主行動計画」が公表されています。組織の魅力を高め、働きやすい職場づくりで、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みがうかがえました。（職員の働き方、休み方改革、長時間労働の削減、年次有給休暇の取得、仕事と介護の両立、子育て両立の取り組みなど）また、職員の心身の健康と安全の確保に努められて、メンタルヘルスチェックや個人面談などが行われています。 ○ 今後は、人事に関する改善策について、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映していくことが期待されます。		
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
＜コメント＞ ○ 人事考課制度により定期的に個別面談を行い、職員の目標管理（目標項目、目標水準、目標期限など）が明確に行われています。「期待する職員像」は、基本方針などで読み取れますが、明確ではありません。今後は明確化されることが期待されます。		
18	Ⅱ－２－(3)－② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
＜コメント＞ ○ 職員の教育・研修は法人一元化で行われています。「期待する職員像」は、基本方針などで読み取れますが、明確ではありません。今後は明確化されることが期待されます。法人のホームページに「職員育成」が公表されています。キャリアフレームに組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格が明示されて、人事委員会が年間研修計画を作成され実施されています。また、定期的な研修計画や内容を評価・見直しもされています。		

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
＜コメント＞ ○ 職員の専門資格の取得状況などは毎年職員台帳で確認されています。新任職員などの個別的なOJT（職務を通じた研修）はチェック表を活用して行われています。法人設置のキャリアフレーム表に基づき、職員に必要な研修（内部・外部研修）受講の促進が行われています。研修内容などは、法人のホームページに「職員育成」として公表されています。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
＜コメント＞ ○ 実習指導に関する研修修了者が指導を行っています。学校のカリキュラムに沿った実習が行われ、今期は3名の介護福祉士を受け入れられています。 ○ 今後は、実習の受け入れに際し、基本姿勢を明文化するとともに、専門職種の特性に配慮したプログラムや「実習マニュアルなど」の整備が望まれます。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
＜コメント＞ ○ 法人のホームページに、基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、満足度調査、第三者評価などが公表されています。また、機関誌（ひなたぼっこ）が配布されています。 ○ 今後は、法人のホームページに、基本理念や苦情・相談など、さらなる情報公開の充実が望まれます。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
＜コメント＞ ○ 事務、経理、取引などに関するルールが、経理規定や分掌表で職員にも周知されています。法人の理事・幹事による内部監査が年1回、外部監査法人が年2回監査支援が行われていることがうかがえました。また、監査支援などの結果や指摘事項がある場合は、経営改善を実施し、本部に報告書を提出されることがありました。		

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
〈コメント〉 ○ 地域との関わり方について「基本方針」に明示されています。地域の秋祭り、感謝祭に参加されています。地域ミニデイ（ボランティア活動）の参加や、秋祭りでの設備協力など地域との交流や協力の取り組みがうかがえました。また、地域の行事や活動に参加する際は、職員が支援をされています。 ○ 今後は、個々の利用者のニーズに応じた外出支援など、地域の社会資源の活用について取り組みが望まれます。		
24	Ⅱ－４－(1)－② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
〈コメント〉 ○ トライやるウィークや福祉体験学習の受入れが行われていますが、今期はボランティアの受入れ実績はありません。 ○ 今後は、ボランティア受入れや学校教育などへの協力について基本姿勢の明示と、「ボランティア受入れマニュアルなど」の整備や必要な研修・支援の取り組みが望まれます。		
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
〈コメント〉 ○ 朝来市高齢者施設合同連絡会に参加され、関係機関との連携や共通の問題に対して、解決に向けて協働して取り組まれていることがうかがえます。 ○ 今後は、地域の関係機関・団体や個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を整備されて、職員間でも共有化が望まれます。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
〈コメント〉 ○ 運営推進会議の開催や朝来市高齢者施設合同連絡会に参加、地域住民との交流（ミニデイなど）を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められています。		
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
〈コメント〉 ○ 地域の福祉ニーズにもとづく地域貢献や公益的な事業・活動について、事業計画に「地域公益の視点」として明示されています。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、昨年度は実施されなかったが、今年度は秋祭りの会場提供が具体化されています。一体型プロジェクト（認知症と家族の支援事業）の会議が、今年度２回開催されて参加されています。また、地域の防災対策として、福祉村防災協議会にも参加されています。今後は、事業所が地域コミュニティの場として活用できる取り組みが期待されます。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ－１－(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ－１－(1)－① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
＜コメント＞ ○ 理念研修会、キリスト教福祉基礎研修を通じて、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図っています。また、ユニットケア会議においても、利用者を尊重する対応について検討され、共有されていることがうかがえます。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
29	Ⅲ－１－(1)－② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
＜コメント＞ ○ 居室は全て個室とし、お風呂場の脱衣室などに、利用者のプライバシーを守る設備の工夫が行われています。契約時にプライバシー保護等を説明し、利用者・家族への周知が図られています。 ○ 今後は、利用者のプライバシー保護について規定やマニュアルを整備し、規定に基づいた権利擁護に関する取り組みが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 事業所のパンフレットには、写真や色彩豊かにまとめられ分かりやすい工夫が施されています。銀行や図書館にパンフレットを設置され、見学時には丁寧に説明されています。また、見学が難しい時にはタブレットを使用するなど、わかりやすい説明の工夫がうかがえました。 ○ 今後は、利用希望者へ福祉サービスの選択に必要な情報の提供と共に、提供される情報の見直しも期待されます。		
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
＜コメント＞ ○ サービス開始や変更時には、契約書や重要事項などを用いて時間をかけ丁寧に説明がなされており、費用、看取り介護について、入院になった場合など、不安がないように納得されるように具体的に話されて同意を得ておられます。 ○ 今後は、意思確認が難しい利用者への具体的な対応方法や配慮について、適切な契約締結に向けた仕組みが望まれます。		

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。	c
＜コメント＞ ○ 業者の変更や家庭への移行などの事例は少なく、福祉サービス終了後の相談は主に相談員や、介護支援専門員が丁寧に対応されていることがうかがえました。今後は、他の福祉施設や事業所などに移行する場合において、退所された後の相談窓口や相談方法を記載した文章など、サービスの継続性に配慮した様式の準備と引継ぎ手順を明確にする取組みが重要です。		
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＞ ○ 年に1回、法人の統一したアンケート用紙を用いて調査が行われ、ホームページへアップされています。また、施設サービス計画書を作成する段階でサービス担当者会議の中で利用者の意向を確認する機会は設けられています。 ○ 今後は、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備し、調査結果を活用するなどの福祉サービス改善に向けた取組みが望まれます。		
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＞ ○ 重要事項説明書に苦情解決責任者及び窓口を明記され、エントランスに掲示されています。年2回、法人内の3施設が集まって第三者に入ってもらい、苦情解決委員会を開催され業務改善に努められています。 ○ 今後は、苦情内容及び対応方法などは、利用者に不利にならないよう配慮の上で、ホームページや広報などを利用して、利用者・家族に公表するなど、苦情を福祉サービス向上に向けた具体的な取り組みにつなげ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。	b
＜コメント＞ ○ 重要事項説明書に、施設内の相談窓口、第三者委員、県、市の相談窓口などを明記され、説明がなされています。相談スペースは、ユニット個室以外に相談室を設け、機密が守られ、利用者に配慮された環境が整備されています。 ○ 今後は、さらに、施設内外の専門的な相談窓口を分かりやすく文書化するなど、意見や相談したい時の方法や相手が選択できることを、分かり易く伝える工夫が望まれます。		
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＞ ○ 職員は日々利用者支援の中で、丁寧に話を聞き、後日結果を伝えるなど、随時、対応されていることがうかがえました。 ○ 今後は、現在行われている相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討などについて、記録を整備することで、対応の標準化を図っていくことが望まれます。		

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
＜コメント＞ ○ リスクマネジメントに関する対応と安全確保について「事故防止委員会」が設置され、ヒヤリハット、事故報告書を用い、必要に応じて職員会議で予防対策を講じ、対応されています。また、定期的にリスクマネジメントの研修も行われています。 ○ 今後は、安全を脅かす事例の収集に努めながら、定期的（年2回以上）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、安全対策の評価・見直しを行わ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
＜コメント＞ ○ 感染症対策について、BCP（業務継続計画）を策定され、「感染症対策委員会」の設置や「感染症マニュアル」を整備するとともに、勉強会の開催や予防策の検討など対策が実施されています。また、新型コロナウイルス感染症対策も徹底され、新型コロナウイルス感染症対策に関する「マニュアル（通知）」は随時更新されています。		
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やっている。	a
＜コメント＞ ○ 避難確保計画が2021年度に策定されて、災害時（洪水など）の対応体制が決められています。今年度、BCP（業務継続計画）を策定されて、想定される災害についてマニュアル化がされています。（緊急連絡網、備蓄の整備、地域との連携など）また、福祉村防災協議会による、近隣施設や消防署と合同の避難訓練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
＜コメント＞ ○ 福祉サービスの各マニュアルが整備されており、入浴支援、移乗、認知症など、支援全般に関する手順や必要な留意点が明記されています。これらのマニュアルは、各階にファイルが保管されています。 ○ 今後は、支援全般にわたり、利用者の尊厳やプライバシー保護の姿勢を具体的に明記され、周知が図られるとともに、標準的な支援方法に基づき、実施されているかどうかを確認する仕組み作りが望まれます。		

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。	c
＜コメント＞ ○ 標準的な実施方法について見直し取り組みがあるとうかがいましたが、検証や見直しに関する検討について、具体的な仕組みを確認することができませんでした。今後は、標準的な実施方法の見直しの時期に職員からの提案や、個別の福祉サービス実施計画の状況が反映できるような仕組みづくりが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 施設長を責任者として、部門やフロア、多職種の職員がアセスメントを実施し、個別的な福祉サービスの実施計画を作成されています。また、24時間シートも作成され、支援困難ケースには、病院の臨床心理士とも連携され、安心した生活を送ることができるよう、サービスを提供されています。 ○ 今後は、計画の策定手順や個々の利用者の具体的なニーズを明確にする仕組みづくりが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 福祉サービス実施計画の評価・見直しは半年に1回、定期的に実施され、家族の同意のもと、検討される仕組みが確認されました。 ○ 今後は、変更された福祉サービス実施計画の内容を職員に周知する手順を示すとともに、見直しに当たって、標準的な実施方法に反映すべき内容と、提供できなかったサービス内容を明確にする取り組みが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 記録支援システム(ほのぼの)を活用し、利用者の身体状況や生活内容など統一した様式で記録され、職員間で共有が図られています。また、パソコンのネットワークシステムにより利用者に関する情報や引継ぎ事項などの情報が組織内で伝達されています。 ○ 今後は、利用者に関する情報の流れを明確にされることや、記録の標準化など、記録や情報を活用できるよう、組織的な取り組みが望まれます。		
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
＜コメント＞ ○ 利用者の記録などの管理については、責任者が決められており、個人情報における研修を実施し、適切に保管、保存されていることがうかがえます。 ○ 今後は、個人情報の不適切な取り扱いや漏洩に対する規定などを明確にするとともに、個人情報の取り扱いについてチェックするような仕組みづくりが望まれます。		

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

- 24時間シートを活用し、アセスメントにて意向を把握し、ラジオ体操、新聞、花の水やり、袋たたみ、洗濯ものたたみなど、利用者ができることを提供し、参加してもらっています。
- 利用者とのコミュニケーションを図りながら、希望を聞いて筆談などの支援方法を提示して選択できるように配慮されています。
- 今後は、日中活動のメニューやコミュニケーション方法について、個別の配慮を明確にすることによって、一人ひとりに応じた過ごし方になっているかを検討し、改善する仕組みづくりが望まれます。

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

特記事項

- 高齢者虐待・身体拘束廃止推進の指針が整備され、身体拘束に関する手順が示されています。また、毎月、虐待、拘束、事故防止委員会が開催され、権利侵害の防止などについて検討する機会が設けられています。
- 権利侵害の防止に関する取り組みはうかがえますが、利用者の権利を高めていく取り組みは明確ではありません。今後は、職員の意識を高め、利用者の権利擁護に関する規定やマニュアルを整備することで、権利擁護の取り組みを具体化することが望まれます。

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

- 共有スペースは清掃業者を利用することで、施設の衛生環境の保持に努められています。居室においても職員の連携により室温の管理と換気に十分気を配られていることがうかがえました。また、利用者の居室は馴染みの家具や仏壇等を置くなど、希望を伺いながら、過ごしやすい環境を整えられています。

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。	a
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。	a
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
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	b

特記事項

- アセスメントシートや24時間シートに沿って、利用者の心身の状況を把握し、意向に沿った入浴支援や排泄支援が行われています。特に移動支援においては、ADL評価を作業療法士が確認し、利用者に合った器具や方法を取り入れられ、定期的な介助方法の見直しを行うなど、安全性に配慮した支援が行われています。また、利用者の主体性を尊重した衣服の選択や理美容に関する支援に努められています。
- 今後は、安眠の配慮や排泄の自立に向けた働きかけについて、さらなる取り組みの具体化が望まれます。

		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。	b
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。	a

特記事項

○ 食事形態を6形態準備し、利用者の状態に合わせて多職種で検討し提供され、ユニットごとで行事食を作ったり、主食や飲み物の選択ができるなど、おいしく、楽しく食べられるような工夫がうかがえました。
○ 特に、食事時間は決めず、利用者のペース、心身状況に合わせて、居室、ベッド上にて食事を提供しています。また、歯科医師と歯科衛生士は、それぞれ月2回、歯の治療と口腔ケアの実施指導のため来訪され、個別のケアの実践計画にもとづいて利用者に合わせた口腔ケアを実施するなど口腔機能の保持に取り組まれています。
○ 今後は、一人ひとりに応じた栄養ケア計画の作成と評価・見直しする仕組み作りに期待します。

		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

○ 医務と作業療法士、介護員とが連携し、治癒に向けた支援を検討・実施しています。具体的な治療やエアマットなどの環境整備、ポジショニングの再評価などチームで対応する仕組みを構築しています。
○ 今後は、褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立していくことが望まれます。

		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

○ たんの吸引に関する説明書を作成し、家族からの同意も得た上で、座学を含めた研修で医師から対応についての指示にもとづいて、支援が行われています。
○ 今後は、定期的な職員研修の実施と、個別指導を継続できる体制づくりを充実されることが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	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

○ ショートステイの利用者には希望を聞いて、作業療法士が立てた計画により個別機能訓練を実施されていますが、入所者には生活リハビリが中心となった支援が行われています。 ○ 不穏な症状があった場合には、看護師が中心となり、医療機関と連携し、認知症の早期発見などに努められています。 ○ 今後は、一人ひとりに応じた日々の生活動作の中で、機能訓練や介護予防活動を計画的に行うことが望まれます。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑪	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

○ 利用者一人ひとりの日常生活能力や生活歴について、アセスメントに基づいて確認され、不穏な行動がある方については、支持的、受容的な関わり・態度を重視した対応がなされています。また、席の配置やその人にあった対応ができるよう、食事券を活用したり、花の水やりなど役割を持っていただく取り組みなど生活での工夫がうかがえました。 ○ 今後は、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）のある方について分析を行い、症状の改善に向けた支援内容や日常生活の配慮などの継続した取り組みに期待します。		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑫	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

○ 介護職員は夜間帯にも検温や状態チェックを行うなど、利用者の異変に気が付けるように注意されています。看護師からは介護職員へ利用者個々の注意点などの申し送りを行っておられ、利用者の急変時に迅速に対応する取り組みが行われています。 ○ 今後は、高齢者の病気や、薬の効果、副作用に関する継続的な職員の研修が望まれます。		
--	--	--

		第三者評価結果
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

特記事項

○	看取りに関する指針が明確になっており、看取り手順に基づいた支援が行われています。また、24時間、看護師に連絡ができる医療体制が整っており、毎年、終末期の研修が行われています。デスカンファレンスをユニット会議の時に実施され、家族と過ごせる機会を作るなど、出来る限り利用者・家族の意向に沿った終末期の環境にも配慮がなされています。
---	---

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

○	半年に1回、生活状況のお知らせを作成され、ご家族からの要望を聞く機会は、アンケート調査で行われています。また、家族が利用者の様子を見たいという希望があり、テレビ電話で様子をお伝えすることや、希望があればPHSでの電話対応も実施しています。
○	今後は、サービスにおける家族の要望を聞く機会を明確にしていくことが期待されます。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	b
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
A㉓	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

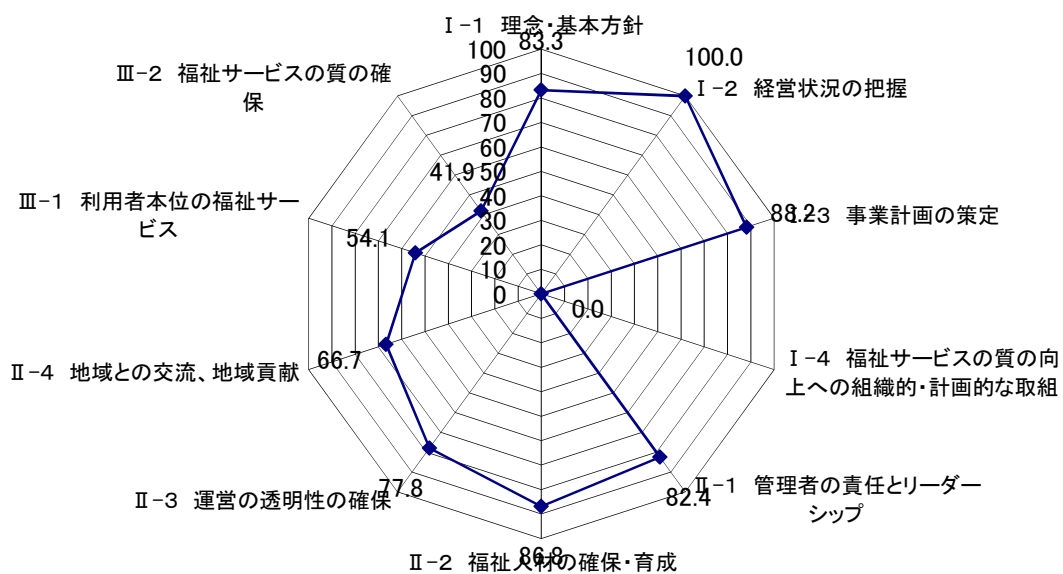
特記事項

○	秋祭りや地域のイベント、法人が運営する「あったかぷらざ」への外出が行われています。また、個人での携帯電話やスマートフォンの利用やアレクサ（AI音声認識サービス）の使用、iPadでのオンライン面会など、郵便や電話などの通信機会を確保されるとともに、新聞や雑誌などは自由に購入することができ、テレビなども自由に持参され自室に所有されています。
○	今後は、外出に伴う安全確保や不測の事態に備えて、利用者に必要な学習を行うとともに、外出における緊急時の支援体制の整備が望まれます。

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	0	0.0
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	33	86.8
II-3 運営の透明性の確保	9	7	77.8
II-4 地域との交流、地域貢献	21	14	66.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	33	54.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	13	41.9
合 計	217	142	65.4

I ～ III 達成度



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	22	13	59.1
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	96	76	79.2
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	7	87.5
合 計	135	104	77.0

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	352	246	69.9
-----------	-----	-----	------

