

評価細目の第三者評価結果

（高齢者分野）

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 | コメント |
|-----------------------------------|---------|---|
| I-1-（1） 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| 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 | ・理念や基本方針などは明文化されHPやパンフレットに掲載されている。毎年度当初に理事長より、全職員へ向けてWebで事業報告と事業計画についての説話と、質疑応答の時間を設け、法人および各事業の目指す方向性や目的・方針の周知に努めている。各施設長からは、年度の事業計画について、施設のマネジメント層が参加する会議（運営会議、リーダー会議）で説明を行い、周知に努めている。 |

I-2 経営状況の把握

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| I-2-（1） 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| 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 | ・県や市からの通知などにより、福祉行政に関する様々な施策・計画案などに関する情報を入手している。法人で経営会議を、施設では毎月運営会議を実施して業界動向や地域の福祉ニーズなどについて収集した情報をもとに分析・評価している。職員の意向・提案などは会議などで把握し、利用者や家族のニーズなどは各種アンケートや口頭で聴き取り把握している。 |
| 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 | ・関係各所より収集・把握した情報により施設としての課題を抽出して運営会議で検討し、毎年、運営方針・組織目標を定めることで課題整理と改善への取り組みを行っている。稼働率の推移や経営状況などについては、法人への月例報告に際して適宜把握分析している。また、提供サービスの充実を図るための適正な予算編成および人員構成・組織構築を通して、事業を展開実施している。 |

I-3 事業計画の策定

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|---|
| I-3-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| 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 | ・法人は中・長期目標を5年ごとに策定しており、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしている。経営課題や問題点ごとに達成レベルなどを詳細に設定し、具体的な数値目標も踏まえ評価・見直しが行える内容となっている。 |
| 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 | ・施設では施設長が年度の事業計画の原案をまとめており、リーダー会議で審議検討した後、理事会の最終決定をもって策定されている。単年度計画は中・長期計画とのつながりを理解した上で年度の目標の達成を目指したPDCAが遂行できるよう、工夫されている。計画は部署ごとに組織目標を設定しており、職員が各自のテーマに沿って目標展開できるようにつなげている。 |
| I-3-（2） 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| 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 | ・事業計画については、職員の検討から始まりボトムアップ方式で各部門の計画を上程して運営会議を経ている。その後、施設としての年度計画が策定され、理事会承認をもって決定され、統合報告書として作成される仕組みとなっている。統合報告書は全職員に配付し会議などで説明している。評価・見直しについては上下通期年3回行われ、実施状況の確認がなされるとともに、必要があれば内容の追加・変更・廃止を検討している。 |

| | | |
|--|----------|---|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・統合報告書を利用者本人や家族などに配付しているが、質問や問い合わせなどはほとんど無い。サービスに関する説明は必要に応じて利用者・家族などに行っており、利用者などに周知し理解を促すように配慮している。</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 | コメント |
|--|----------|---|
| <p>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。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・事業計画や目標管理の展開の中で、内部監査を実施し、さらに各種会議にて計画の進捗状況などを組織的・定期的の実績確認・評価を行う仕組みや手順が定められ実施している。並行して研修制度を充実させ人材育成を進め、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。</p> |
| <p>I-4-(1)-② 評価結果に基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。</p> | <p>a</p> | <p>・前年度の組織目標の結果や調査監査などの指摘事項、さらに各部署内会議・委員会の課題について協議・検討している。組織的に分析し、取り組む課題について、達成、継続、見直しなどを行い継続的に改善している。</p> |

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 | コメント |
|--|----------|---|
| <p>II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> | | |
| <p>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促している。</p> | <p>b</p> | <p>・マネジメント層は、年度当初に当該年度の運営方針ははじめマネジメント層の役割りと責任などの説明を全職員に行っている。これ加えて、運営会議や委員会そのほかの会議などの際に、自らの立場に基づく意見を積極的に発言し、業務の指示、説明・アドバイスなどを具体的に言い、リーダーシップを発揮することが望まれる。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・法人全体で各種法令順守、コンプライアンス遵守などについて研修を実施している。施設でも職員に対して、理念、方針、役割を意識し、社会人および福祉業務従事者としての基本的態度・ルールを守り行動することなどを徹底・周知している。また、職員向けの法令順守に関するeラーニング研修などを随時行っている。</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> | | |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>・施設長はじめマネジメント層は各種会議・委員会に参画し、その中で施設の将来像案作成について取り組み、将来像案の定期的な更新を行うことが求められる。具体的には、満足度調査や嗜好調査など利用者アンケートを行い、サービスの質向上に反映すべくデータをまとめ分析し、通常業務の中で職員などに対し逐次適切な指示・指摘を行うなどの指導をすることが望まれる。</p> |
| <p>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。</p> | <p>b</p> | <p>・理念および中長期計画の策定は法人で行い、その方針に沿って各施設のマネジメント層が施設運営に取り組んでいる。一方で、施設内での個々の課題については、その都度、運営会議での議論を職員へ周知し、共通認識を持てるようにすることが必要である。また、施設として各種の利用者アンケートや第三者評価の結果を活用し、さらに社会の変化や利用者・家族のニーズを的確に把握して職員・関係機関相互の連携・協働体制の確立強化にも努められたい。</p> |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| 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。 | | |
| 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 | ・新規卒者、外国籍職員の採用は基本的には法人で行っている。キャリア採用に関しては、各施設で行っている。高齢者介護施設として福祉サービスの質の向上を確保するため、有資格者を多数配置し、適切な人員配置を行うよう努めている。 |
| II-2-（1）-② 総合的な人事管理が行われている。 | a | ・人事管理は、職員の人事評価や意向調査などを踏まえ実施する仕組みがあり、職務目標の設定、人事評価、および職員処遇が連動した人事管理が行われている。各職員が長く、安心して働けるよう、国の働き方改革に沿って様々な取り組みがなされている。 |
| II-2-（2） 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| 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 | ・職員のメンタルヘルスに関しては、年1回意向調査とそれに基づく面談が実施されている。また、ストレスチェックも同様に年1回行い、産業医と連携してフォローしている。ワークライフバランスを推奨するため、時間外労働の削減や年次休暇の計画的取得にも努めており、取得率のデータも把握している。ライフステージに沿って働き方を選ぶなど、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 |
| II-2-（3） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| II-2-（3）-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。 | a | ・事業計画の中で「期待する職員像」が明確に示されており、目標項目・目標水準・目標期限などが詳細に策定された目標管理、人事評価制度となっている。組織の目標や方針の徹底に向けて、年2回の職員個別面談を実施している。さらに、職員の要望・意見などを把握し、良好なコミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されており、進捗状況・達成度の確認もされている。 |
| 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 | ・職員研修計画の中で、基本方針や研修内容が示されており、各年度研修計画に基づき実施している。具体的には、法人研修・施設内研修および外部研修の実施、さらに各委員会による人材育成の強化などにより人材育成に取り組んでいる。 |
| II-2-（3）-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。 | b | ・OJTなどの職場研修、職場外研修、自己啓発により人材育成を実施しており、新規採用職員や若手職員のキャリアアップなど、可能な限り職員全員が研修に参加できるよう計画している。職員研修計画一覧には、研修名・種類・開催時期・受講者氏名など諸項目を載せ職員一人ひとりの研修受講予定などを明確にしている。加えて、キャリアパスなどを策定し職員が長期展望を描けるような制度構築が望まれる。 |
| 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。 | | |
| 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 | ・実習生などの受け入れについては、運営方針でも積極的な受け入れが明示されている。各リーダーが実習を担当し、オリエンテーション資料の作成やプログラム・スケジュールの調整を学校と連携して行っている。昨年度は、社会福祉士6名、介護福祉士2名、そのほか62名の実習性を受け入れている。 |

II-3 運営の透明性の確保

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---------------------------------------|---------|---|
| 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。 | | |
| 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 | ・理念・基本方針などをはじめ、各種情報を公開し、運営面についてはHPや広報誌などにより、施設概要や入所者の生活状況などの情報を公開している。施設パンフレットなどを近隣自治体や関係機関へ配布するなど、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。 |

| | | |
|---|----------|---|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・施設の経営・運営などに関するルールについては、法令や規定などに沿って実施しており、県や市などからの定期的な行政監査も受けている。また、事務分掌が詳細に決められており、権限・責任を明確にしている。</p> |
|---|----------|---|

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|----------|--|
| <p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・福祉施設として地域との関わりの重要性を謳い、活用できる社会資源や地域の情報の収集、および市からの情報提供を受けるなどして、掲示板の利用などで利用者に各種の情報を提供している。また、ボランティアや職場体験の受け入れ、さらにご飯の日、誰でも食堂、祭りの開催など、地域の住民を招いてのイベントの開催や情報公開の機会を設け地域との交流に努めている。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・ボランティアの受け入れについては、運営方針や組織目標において基本姿勢を明文化している。地域のニーズに応じて学校などの職業体験を行うなど学校教育に協力している。昨年度の実績では、傾聴、食器洗い、清掃、草むしり、ボランティア体操など述べ362人を受け入れており、地域および住民との信頼・協力関係の強さを窺うことができる。</p> |
| <p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・地域の関係機関・団体に関する社会資源を明示したリストや資料を作成しており、職員間での情報共有が図られている。利用者支援においては、関係機関とネットワークを構築し情報共有するとともに、必要に応じて担当者間で打ち合わせなどを行っている。また、必要に応じて利用者の居住地域に出向き、家族や関係機関と連携して調整や相談を行っている。</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> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・市の施設長会など各種会合への参画を通じ、地域の福祉ニーズなどを把握している。また、地域や高齢者などのニーズに基づく介護支援体制を検討しつつ、会議、見学対応、機関連携などを通して、地域のニーズを把握している。施設を福祉避難所・自立準備ホームとして位置付けており、地域高齢者福祉の取り組み拠点や地域関係機関との連携を構築し推進している。</p> |
| <p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。</p> | <p>a</p> | <p>・サービス提供のあり方および日々の業務の考え方の一つに、「公益的な事業を進んで行う」ことを挙げている。具体的には独自事業による無料学習支援・ごはんの日・誰でも食堂などの提供を実施している。また、施設の正面玄関にバスケットゴールを設置し、近隣住民に憩いの場を提供している。</p> |

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 | コメント |
|---|----------|---|
| <p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p> | | |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・職員研修会などで理念・基本方針の周知をはじめ、日々の業務においてもマネジメント層を中心に合理的配慮や権利擁護に関する助言などを適宜実施している。また、各部署の業務チェックと業務マニュアルによるサービスの標準化や通常業務に関するモニタリングによるチェックの維持にも努めている。</p> |
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・個人情報保護や虐待防止に関する規定・マニュアルなどを整備しており、全職員が閲覧可能な共通フォルダに掲載している。不適切な事案が発生した場合の対応方法などについては、倫理規定・マニュアルなどにも明示されている。職員の支援上の配慮とともに、施設関係者全体にわたる利用者プライバシー保護にも配慮している。</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。 | | |
| 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 | ・利用希望者に対してパンフレットなどを公共施設や関係施設に配布しているほか、HPでも積極的に情報提供している。また、サービス内容を説明するリーフレットにおいては、文字の拡大や言葉遣い、写真の使用などで誰にでも分かりやすい内容になるよう心がけるとともに、内容などについて定期的に見直しを行っている。 |
| Ⅲ-1-（2）-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。 | a | ・サービス開始時に利用者・家族などに重要事項説明書を用いて、利用上のルールやサービス料金表など施設利用および提供サービス内容などに関する説明をしており、契約に当たっては署名・押印により同意を得ている。サービス開始・変更時には、入所者の状況に応じて丁寧に説明し理解を得るように配慮している。 |
| Ⅲ-1-（2）-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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 | ・施設の変更や入院・家庭への移行などに当たっては、利用者に不利益が生じないようサービスの利用調整を行うとともに情報提供書などを作成し、関係機関に引き継ぎを行うなど、支援の継続性に配慮している。配慮事項などについてフォローしており、その内容を記録に残している。 |
| Ⅲ-1-（3） 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| Ⅲ-1-（3）-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a | ・入所者に対し、定期的にまたは随時にモニタリングを実施して個別面談を行い、意向などの確認を行っている。また、利用者の声BOXの設置、満足度調査や嗜好調査を行っており、サービスの質の向上に反映すべく、詳細にデータまとめ・分析を行い、評価や検討をしている。 |
| 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。 | | |
| 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 | ・苦情解決の仕組み（苦情解決責任者の設置、苦情受け付け者の設置、第三者委員の設置）について、利用開始時に重要事項説明書や窓口や手順などの資料で入所者、家族などに説明周知を促している。また、受け付け窓口は施設内掲示もしており逐次確認できるようにしている。実際に苦情の申し出があった際には、相談・苦情解決マニュアルに基づき、迅速かつ丁寧に入所者・家族と話し合いなどを行い対応している。処理された内容については、適切に記録され、入所者・家族および第三者委員に改善結果報告書（苦情内容、対応内容）にて報告している。なお、苦情の内容により実績公表している。 |
| 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 | ・多様な入所者ニーズに対応するため、相談や意見を述べやすい環境を整え、真摯に傾聴している。各種相談は、基本的に介護担当者が日々の業務の中で確認・対応しているが、苦情解決担当者や外部の通報窓口などを重要事項説明書などで説明し、利用者が相談したり、意見が述べやすい環境を整備している。 |
| 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 | ・入所者からの意見や要望は口頭または個別面談などにおいて積極的に傾聴し、相談係りが対応する仕組みが構築されている。その内容は、必要に応じて会議や職員間で情報共有を図るとともに生活相談員やマネジメント層にも伝えられ、即座に対応し1週間以内に公表する流れが定着している。また、ケース記録に整理・記録がなされ、定期的にチェックしている。 |
| 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。 | | |
| 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 | ・事故およびヒヤリ・ハットの報告、集約マニュアルが整備され、収集したデータを集約・分析している。入所者および職員の安全・安心を優先した危機管理マニュアルなども整備されている。施設はリスク管理の強化を重視し、アクシデントおよびインシデントの集計と分析による未然防止の推進、および危機管理体制強化の推進に取り組んでいる。 |

| | | |
|---|----------|---|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・感染症対策委員会を設置しており、年に数回委員会を開催している。感染症の予防や発生時における入所者の安全確保のための体制を整備するなどの取組を行っている。新型コロナウイルス感染症に対応した感染対策マニュアルの改正（年1回）、医師や看護師による職員への研修やシミュレーションを実施しており、迅速に対応する体制が整っている。</p> |
| <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> | <p>a</p> | <p>・消防計画・防災計画が策定されており、定期的に防火・防災管理会議を開催し体制構築を図っている。災害対応マニュアルの策定、食料や備品類などの備蓄計画、事業継続計画（BCP）も策定している。災害等緊急時の危機管理の充実を挙げて、関係者の防災意識の向上および災害時の対応などに取り組んでいる。また、職員、利用者へ避難時の対応について周知し、災害発生時に安全かつ迅速に避難できる体制づくりに取り組んでいる。炊き出し訓練など地元・グループ事業所とも連携して組織的な取組を行っている。</p> |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | |
|--|----------|--|
| <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> | | |
| <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> | <p>a</p> | <p>・介護・看護それぞれの分野でマニュアルが整備され、食事・排泄・入浴・移動・整容・口腔ケアなど日常生活支援から、健康管理・服薬・終末期ケアに至るまで、幅広い業務の標準化が図られている。受診や入院時の対応についても文書化され、職員が共通の手順に基づいて対応できる体制が整っている。また、利用者に対しても「入所のご案内とお願い」を通じて生活上のルールや注意事項がわかりやすく周知されており、職員と利用者の双方が共通認識のもとで安心して過ごせる環境が整えられている。</p> |
| <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> | <p>b</p> | <p>・業務や手順に変更が生じた際には、ケア会議や委員会において内容を検討し、関連するマニュアルの修正が随時行われており、見直しの仕組みが整えられている。一方で、職員の自己評価では「業務の標準化」に対する認識が全体の6割程度にとどまっており、マニュアルの活用が十分に浸透していない状況がうかがえる。今後は、業務点検用のチェックリストや理解度確認のためのチェックシートなどを導入し、実践への定着と日常的な活用を図ることで、仕組みのさらなる実効性向上が期待される。</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> | | |
| <p>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（個別支援計画）を適切に策定している。</p> | <p>a</p> | <p>・インテーク時に基本シート、サークルチャート、レーダーチャートを活用し、家族構成や生活歴、意向、医療・処置情報、ADL・IADLの状況、認知症の有無、生活リズム、福祉用具の使用状況などを多角的に把握することで、利用者の課題分析が的確に行われている。これをもとに、ケア会議を通じて多職種が連携し、居室担当者の視点も取り入れながら、利用者や家族の意向に即した個別性の高い支援計画が策定されており、適切なプロセスが確保されていることがうかがえる。</p> |
| <p>Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。</p> | <p>a</p> | <p>・入所後1か月を目安に利用者の状況を把握したうえで、利用者・家族・多職種が参加するケア会議を開催し、暫定プランから本プランへの見直しが行われている。さらに、居室担当者によるモニタリングをもとに、6か月ごとに多職種でケアプランの見直しが行われ、計画の継続性が保たれている。また、急な状態変化や入退院が生じた場合には、速やかに会議を開催し、関係職種間での意見交換を経て計画変更が実施されており、柔軟性のある評価・見直し体制が整えられている。</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> | | |
| <p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p> | <p>a</p> | <p>・介護記録システムを活用し、ケアプラン・ケース記録・申し送り事項などの情報を一元的に管理する体制が整えられており、職員間での情報共有が行われている。また、ユニット内ではPCやタブレットを用いて現場で直接記録ができる環境が整備されており、記録業務の効率化にもつながっている。また、アセスメントで用いる基本シート・サークルチャート・レーダーチャートも介護記録システムと連動しており、支援経過や利用者情報の把握において職員間での共通理解を深める有効な手段となっている。</p> |

| | | |
|---|----------|--|
| <p>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。</p> | <p>a</p> | <p>・利用者に関する記録は、介護記録システムにより一元的に管理されており、個人情報保護規程に基づき、IDやパスワードによる管理のもとで情報漏洩対策が講じられている。また、利用者の支援情報は専用アプリを通じて家族と共有され、リアルタイムで支援の内容を確認できる仕組みが整えられている。こうしたICTの活用により、記録の保管・閲覧・共有が円滑に行われており、記録管理体制が適切且つ安全に管理されていることがうかがえる。</p> |
|---|----------|--|

A 個別評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| 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。 | a | ・利用者一人ひとりの特性に配慮した声かけや個別対応が日常的に行われ、精神的な安定と安心感を支える関わりが自立支援の基盤となっている。小さな変化や希望も居室担当職員により丁寧に汲み取られ、職員間での情報共有を通じて、継続的かつ柔軟な支援が行われている。また、レクリエーションやクラブ活動を通じて、利用者が主体的に楽しめる機会が設けられており、生活への充実感と意欲を引き出している。こうした日々の実践に加え、申し送りやケア会議による意向確認を通じて、利用者が自分らしく過ごせる環境づくりに努めている。 |
| A② A-1-（1）-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | a | ・インテークやアセスメントに基づいて策定された施設サービス計画には、利用者の身体状況に応じた環境整備や支援方針が反映されており、個別性の高い支援が実践されている。職員は利用者の能力を活かし、必要最小限の介助にとどめる姿勢を基本としている。食事では自身のペースを尊重し、入浴では可能な部位は自ら洗えるよう支援し、排泄や更衣も声かけや選択の機会を通じて、自立的な行動が引き出されている。こうした日常生活動作における一つひとつの支援が、利用者の尊厳と自己決定を支える重要な取り組みとなっている。 |
| A③ 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。 | a | ・利用者の生活歴や価値観、生活・運動・食事に関する意向をはじめ、ADLの状態や認知症の症状、日常生活のリズムに至るまで、心身の状況を多面的に把握し、その情報をもとに個別性を重視した支援が行われている。また、起床・食事・入浴・排泄・就寝といった生活の流れにも配慮しながら、利用者の生活スタイルや希望に寄り添った支援が行われており、生活相談機能としての役割も丁寧に果たしている。こうした取り組みは、利用者が安心して日常を送れる基盤となっている。 |
| A④ 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。 | a | ・利用者の生活歴や職歴、趣味といった個別の背景を把握し、日常生活との連続性を尊重した支援が行われている。入所前の面談で得られた情報も踏まえ、価値観に寄り添ったケアが提供されており、居室担当職員を中心に希望や思いを丁寧に聞き取っている。また、日々の関わりにおいても、利用者の特性に応じた声かけや対応が行われており、安心感や精神的な安定を支える関係性が築かれている。 |
| A-1-（2）権利擁護 | | |
| A⑤ 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 | ・利用者の人権擁護と虐待防止を重視し、組織的・継続的な取り組みが講じられている。虐待防止委員会の開催や指針の整備、責任者の設置により、体制面での整備が図られており、定期的な研修の実施を通じて職員の意識向上に努めている。また、苦情解決制度の周知や、必要に応じた成年後見制度の利用支援も行われており、利用者の意思が適切に反映される仕組みづくりが行われている。 |

A-2 環境の整備

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|--|
| A-2-（1）利用者の快適性への配慮 | | |
| A⑥ A-2-（1）-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 | a | ・陽光や新鮮な空気を取り込みやすい設計に加え、地域住民が立ち寄りやすい建物構造や広い窓口の整備など、開かれた施設づくりに取り組んでいる。また、玄関前にはバスケットゴールを設置し、子ども達が高齢者施設に自然と足を運べる環境が整えられており、地域交流スペースには書籍や音楽CDを配し、利用者が自由に過ごせる場も確保されている。さらに、温度設定や清潔感への配慮、プライバシーを守る話しやすい空間づくりなど、利用者の意向と身体状況に応じた快適な環境づくりに努めている。 |

A-3 生活支援

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| A-3-（1）利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑦ A-3-（1）-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | ・施設では、個浴・リフト浴・ストレッチャー浴を備え、利用者の状態や残存機能に応じた入浴方法を柔軟に選択できる体制が整っている。機能訓練指導員・看護師・介護職員が連携し、本人・家族の意向も踏まえて多職種で協議を行い、最適な支援が提供されている。状態変化時には再アセスメントを行い、入浴方法の再検討が速やかに実施されている。また、湯温や入浴剤、季節湯などの工夫により、入浴を楽しめる工夫がなされ、認知症のある利用者にも配慮した個別的な対応が行われている。 |
| A⑧ 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。 | a | ・排泄支援においては、24時間シートなどを活用し、アセスメントやモニタリングを通じて個々の排泄リズムを把握し、状況に応じた対応が行われている。水分補給や食事による自然排便の促進に加え、看護師がチェック表を用いて薬剤調整を行うなど、医療的な視点も取り入れられている。また、羞恥心や尊厳に配慮した介助に加え、同性介助や二人介助など個別の希望にも対応している。さらに、排泄委員会ではパットなどの選定や研修も実施されており、支援の質向上に取り組んでいる。 |
| A⑨ A-3-（1）-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a | ・移動支援にあたっては、機能訓練指導員が利用者の身体機能や動作を評価し、本人や家族の意向を尊重したうえで、多職種協議により最適な移動手段が選定されている。見守り、手引き歩行、歩行器、車イスなど個々の残存機能に応じた支援が提供されており、転倒リスクの高い利用者には常時付き添うなど、安全面への配慮も徹底されている。また、「生活リハビリ」の視点から日常動作を大切に、必要に応じて訓練を実施することで、身体機能の維持・回復を図る取り組みが行われている。 |
| A-3-（2） 食生活 | | |
| A⑩ A-3-（2）-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | a | ・施設では、年1回の嗜好調査に加え、ミールラウンドや個別栄養ケア計画作成時の面談を通じて、利用者の嗜好や希望を丁寧に把握している。ミールラウンドには管理栄養士のほか、必要に応じて看護職員や機能訓練指導員も同席し、多角的な視点での支援が行われている。さらに、季節や行事に合わせた行事食を月4回実施し、夏祭りやクリスマスなどの特別メニューが食生活に変化と楽しみをもたらしている。アレルギーや苦手食材には代替食で対応し、安全と満足の両立に努めている。 |
| A⑪ 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 | ・管理栄養士による献立表や個別栄養ケア計画に基づき、心身の状況や嗜好を踏まえた食事提供が行われている。食事の形態は、常食・一口大・キザミ・極キザミ・ソフト食・ミキサー食など、食事箋に基づいた提供が行われている。また、摂取に時間を要する人や介助が必要な人には早めに配膳するなど、利用者のペースに応じた柔軟な支援が実践されている。自立支援の観点から離床しての食事を基本とし、炊飯や盛り付けを職員と共に行う取り組みも見られる。外食や出前の活用、個人の食器使用など、日常の選択肢を広げる工夫がなされている。 |
| A⑫ A-3-（2）-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a | ・施設では、週1回以上の訪問歯科診療を通じて利用者の口腔内の状態を把握し、歯科医師や歯科衛生士の助言をもとに、介護職員が毎食後に口腔および義歯のケアを実施している。嚥下機能の低下が見られる場合には職員間で情報を共有し、必要に応じて歯科医師の嚥下評価につなげるなど、早期対応が図られている。また、訪問歯科受診の支援も定期的に行われており、専門的な知見と現場の連携によって、利用者一人ひとりの状態に応じた口腔ケアが継続的に提供されている。 |
| A-3-（3） 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ A-3-（3）-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a | ・利用者のアセスメントに基づき、こまめな体位変換などの予防的ケアが実践されている。褥瘡発生時には、治療まで対応方法の見直しを行うなど、継続的な改善が図られている。看護師や機能訓練指導員が皮膚観察やポジショニング方法について介護職員と連携し、予防とケアの質向上に取り組む体制が整っている。 |

| | | |
|---|---|--|
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A ¹⁴ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引は、看護師や研修を修了した介護職員がマニュアルに沿って実施しており、月1回のチェックを通じて実施状況が確認されている。マニュアルは動画形式で整備されており、具体的な手技を視覚的に確認できる工夫がなされている。また、経管栄養については、看護職員が適切に対応しており、安全な医療的ケアの提供体制が確立されている。 |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A ¹⁵ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・入所時に機能訓練指導員が身体機能を評価し、本人や家族の意向を反映した個別機能訓練計画を作成している。歩行訓練、関節可動域訓練、体操、生活リハビリなど多様な手法を組み合わせ、利用者の状態や目標に応じた支援が提供されている。3か月ごとにモニタリングを実施し、多職種で協議のうえ計画を見直すことで、常に現状に即した訓練が継続されている。 |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A ¹⁶ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症による不安や混乱が見られる場合には、サービス提供を急がず、時間をかけて関わるなど、状態に応じた柔軟な対応が図られている。特に入所直後は生活環境の変化により不穏になることが多いため、職員が身体や精神状態をこまめに観察し、安心感を得られるような支援が行われている。また、意思表示が困難な利用者に対しては、複数の職員が連携し、表情や行動から意図を汲み取る取り組みがなされており、個々に寄り添ったケアが丁寧に実践されている。 |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A ¹⁷ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調急変時には、「緊急時マニュアル」に基づき、看護師の判断のもと速やかに医療機関と連携し、必要に応じて救急搬送が行える体制が整っている。夜間はオンコール体制により看護師が対応し、主治医や協力医療機関との連携を図りながら、24時間体制での健康管理が実践されている。 |
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A ¹⁸ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設では、看取りに際して本人および家族の意向を尊重し、医師による説明を経て同意を得ることで、終末期に向けた準備と支援が丁寧に行われている。看取りケア会議には多職種が参加し、利用者や家族の想いに寄り添った支援が提供されており、職種間の連携体制も整っている。また、看取りの場では落ち着いた空間を提供し、家族が穏やかな時間を過ごせる環境づくりに努めている。 |

A-4 家族等との連携

| | 第三者評価結果 | コメント |
|--|---------|---|
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| A ¹⁹ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・家族との連携においては、介護記録システムを通じて記録を公開し、日常の様子を共有できる仕組みが整えられている。また、生活相談員が定期的に家族へ連絡し、心身の状態や生活の様子を丁寧に伝えており、必要に応じて物品購入の依頼なども行うことで、日常的なつながりが継続されている。さらに、面会も11月より再開され、直接の交流も再び可能となっている。急な体調変化や事故発生時には電話で迅速な報告が行われている。 |

A-5 サービス提供体制

| | 第三者評価結果 | コメント |
|---|---------|--|
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制 | | |
| A ²⁰ A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | b | <ul style="list-style-type: none"> • 利用者に安定したサービスを継続的に提供するため、職員研修を定期的実施し、支援の質の向上に取り組んでいる。また、職員は「ケアのものさし」に基づく共通の基準と目的を持って実践にあたり、利用者寄りケアの定着が図られている。さらに、ICTやテクノロジーの活用も進められており、快適な生活環境の提供と職員の負担軽減の両立に向けた体制整備に努めている。 |