

愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム アメニティ天白	種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：久徳 聡	定員（利用人数）：100名（98名）	
所在地：愛知県名古屋市中区土原二丁目122		
TEL：052-801-2100		
ホームページ： https://asahi-kai.jp/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成24年 2月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 旭会		
職員数	常勤職員：47名	非常勤職員：2名
専門職員	（管理者）1名	（看護師）4名
	（事務職員）1名	（機能訓練指導員）1名
	（管理栄養士）1名	（介護福祉士）34名
	（介護支援専門員）1名	（介護士）3名
	（生活相談員）1名	
施設・設備の概要	（居室数）100室	（設備等）共同生活室・調理室
		洗面所・洗濯室・浴室
		機械浴室・医務室・便所
		汚物処理室等

③理念・基本方針

★理念

・法人

「利用者本位」の介護に徹し、個人の尊厳と自己決定という人間としての権利を守り要介護状態になっても、より家庭に近い生活が送れるように支援します。公益性の高い法人として、信頼性、透明性、公平性を高め、地域社会への貢献を目指します。

・施設・事業所

1. 一人ひとりの生活を大切にし、利用者本位の介護に徹します。
2. 地域とともに歩む介護を目指し、社会貢献を果たします。
3. 働く意欲を高め、人材を育て、介護サービスの向上を図ります。
4. 法律や倫理・規範を守り、組織の維持、発展を目指します。

★基本方針

- 1.利用者本位の介護を追求する。
- 2.入居者・家族が、ここに来てよかったと思える施設運営をする。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ユニットごとに専従の職員を配置し、利用者と顔なじみの関係を形成することにより、ユニットの定義である暮らしの継続をすることによってその人らしさの生活を実現します。
- ・感染症の蔓延防止のため、出勤前の検温等による職員の健康状態の確認、平時からの予防策を徹底して行う。各種感染症に対応するマニュアルに沿って実践的な研修を定期的実施し、発生時の対応力を強化します。
- ・法人の規程に基づく産育休制度の活用実績が多く、職場復帰後も短時間勤務制度により無理なく就業を続けられる体制が整っており、職員の定着率向上につながっている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6年 6月 7日 (契約日) ~ 令和 7年 2月 11日 (評価決定日) 【令和 6年11月13日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	初 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆事業所の受審姿勢

事業所としては、初の第三者評価の受審である。当日の聞き取り調査の対応は管理者と主任（サービス管理責任者）であったが、初めての受審とは思えないような対応ぶりであった。丁寧な自己評価が実施され、当方評価調査者の質問にはよどみなく回答があり、的の外れた回答は全くなかった。事前に本評価で使用する評価基準を徹底的に読み込み、不明な点や疑問点は法人内の既受審事業所から情報を得て、解決・解消されていた。第三者評価の受審を通して支援の質を高めようとの気概が感じられ、あえて「a」を欲しない受審姿勢も秀逸であった。

◆法人理念に根付いた支援

法人理念の柱は「利用者本位」である。コロナ禍によって家族の参加する行事は自粛となり、家族面会も様々な制約が付けられている。そのような、事業所と家族との接点が薄れている状況ではあるが、家族アンケートでは「利用者本位」の支援を、家族が感じ取っているという結果が示された。法人理念を正しく理解した職員の支援があり、その支援を受けた利用者の姿や様子から家族が感じ取ったものである。アンケートには、称賛や感謝の言葉も多く寄せられた。

◆全職員がいつでもフォローに入れる体制

コロナ感染により、ユニット単位の職員配置を超えたフォロー体制の構築が余儀なくされた。緊急事態の中であっても、法人理念の「利用者本位」を損なうことなく支援を継続するため、業務フローとは別に利用者への個別対応をリスト化している。これをユニット内で共有しており、「いつでも」、「誰でも」、「どの利用者にも」個別支援ができる体制が構築されている。

◇改善を求められる点

◆事業所独自の中・長期計画の策定

法人の中期計画（2021～25年度）、長期計画（2021～30年度）は策定されているが、事業所としての中・長期計画は策定されていない。法人の中期、長期計画の趣旨に沿って管理者の目指す将来的な「事業所のあるべき姿」を明文化し、事業所独自の計画を策定することが望ましい。その中・長期の計画に示された事業所の方向性が、単年度の事業計画作成に枠組みを示すこととなる。

◆事業全体に関する満足度調査の実施

以前行われた調査結果から、関心の高い「食」に関することを取り上げ、希望を叶える取組みが行われている。誕生日には事前に希望を聞き、リクエストメニューを提供している。しかしながら、ここ数年の間、事業全般にわたって利用者、家族の意見を問う取組みが行われていない。ヒアリング担当者からも、事業所の運営や介護サービスの実施において、当事者の評価を受けたいという思いが聞かれた。今回の第三者評価のアンケートでも、日頃の関わりでは聞けない率直な意見が寄せられ、様々な気づきを得ることとなった。アンケート等により、事業全般にわたって利用者や家族の満足度を確認する取組みを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めての受審でしたが、施設の取組みを客観的に捉え直す大変良い機会となりました。生活支援の基本と権利擁護、理念・基本と経営状況の把握について高い評価をいただきました。また、利用者アンケートにおいても好意的なコメントを多く頂戴し、職員にとっても大変励みになるものでした。

一方で入居者の日常生活の様子や相談、苦情に対する施設の窓口や対応等について、十分に伝わっていないとの意見もあり、改善に向けて工夫をする必要を感じました。

単年度だけでなく、中・長期的視点で施設のあるべき姿を模索し、各職種の連携を推進していきます。

今回の結果を真摯に受け止め、さらなる満足度向上に向けて引き続き取り組んで参ります。

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。

(別添)

評価項目(細目)の評価結果(特別養護老人ホーム)

※すべての評価細目(62項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

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。			
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。	高 1	① ・ b ・ c
評価機関のコメント ホームページに法人の理念を掲げ、事業計画の冒頭に事業所の基本方針を載せている。「利用者本位」や「権利擁護」、「家庭的支援」、「地域貢献」等が理念の柱になっており、職員研修や会議を使って職員周知を図っている。理念や方針を理解した職員による支援の結果、利用者の姿を通して理念や方針が家族にまで伝わっている。			

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。			
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。	高 2	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 県の老協(愛知県老人福祉施設協議会)には、同法人の他事業所が参加しており、福祉動向や事業運営に資する情報を持ち帰っている。毎月、法人の老人施設長会議が開催され、その場で必要事項の情報共有が行われている。情報共有や情報交換に留まらず、各事業所に共通する課題の改善についても話し合われており、事業運営に関して益することの多い会議となっている。			
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。	高 3	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント コロナ感染症が5類に移行となったが、事業所としては、感染に対する警戒感を緩めていない。コロナ禍前の状態に戻すことを最優先課題として捉えているが、家族対応や地域交流、外出支援等々で規制がかかっている。家族アンケートでも、規制の緩和を求める声は多い。施設外へ出ることを自粛しており、利用者の閉塞感を緩和するために施設内イベントの充実を図っている。			

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。			
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。	高 4	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント 法人の中期計画(2021~25年度)、長期計画(2021~30年度)は策定されているが、事業所としての中・長期計画はない。法人の中期、長期計画の趣旨に沿って管理者の目指す将来的な「事業所のあるべき姿」を明文化し、事業所独自の計画を策定することが望ましい。その中・長期の計画が、単年度の事業計画作成に枠組みを示すこととなる。			

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。	高 5	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 事業所としての中・長期計画が策定されていないことから、前年度の事業計画の振返りを行って事業報告書を作成し、それを反映した次年度事業計画を作成している。事業計画には3件の重点目標を掲げ、それぞれについて詳しく活動内容を記載している。また、可能な範囲で活動ごとに数値目標が設定されている。			
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。	高 6	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント 事業計画に取り上げた3項目の重点目標、また各種委員会が掲げた活動方針が、年度末の振返りを経て、事業報告書として作成されている。事業計画と事業報告書の関連も十分に図られている。委員会活動が活発に行われていることから、事業計画作成や見直しに関する職員の関与は深いと判断する。			
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	高 7	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 家族対応がコロナ禍前の状態に戻っていないことから、事業所と家族との接点が少なく、事業計画を説明する機会がない。サービスを受ける事業主体である利用者やその代弁者である家族に対し、事業所としては事業の内容を詳細に伝える説明責任がある。利用者や家族の興味や関心の高い項目を中心に、分かりやすい説明資料等を作成して送付する等、事業所としての義務を果たされたい。			

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。			
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。	高 8	㉕ ・ b ・ c
評価機関のコメント 第三者評価の受審は初めてであるが、毎年自己評価を行ってサービスの質を担保している。自己評価には「Do-capシート」が使われており、期首に職員自らが設定した目標を、年度末に評価している。自己評価は正規職員を対象として実施されているが、職員のほぼ全員が正規職員であることから、事業所全体の取組みとなっている。			
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。	高 9	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 職員のほぼ全員が自己評価を行っているが、職員個々の取組みとして完結してしまい、集計や分析が実施されていない。自己評価の結果を集計・分析することにより、事業所としての強みや課題を抽出することができる。事業所としての課題を明確にし、組織的な改善活動につなげることが望ましい。			

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。			
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。	高 10	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 管理者の職責は「運営規程」に明記され、「職務分掌」によって役割は明確化されている。ただ、管理者不在時の職務権限の委任先が明確になっていない。職員間では習慣的に理解、認識されていることは想像に難くないが、いずれかの文書に委任先を明記し、法的な根拠とされたい。			
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。	高 11	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 「法令順守規程」が作成されており、毎月、「法令順守チェック表」を使って職員が振返りを行い、管理者が法人本部に結果の報告を行っている。法令によって定められている委員会開催や研修に関しては、それぞれの委員会（身体拘束適正化委員会、安全・事故防止委員会等）が主導して実施している。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	高 12	① ・ b ・ c
評価機関のコメント コロナ禍によってさまざまな制約が課されているが、利用者の閉塞感を払拭するために施設内イベントやレクを充実させている。事業所全体でのイベントは自粛しているが、ユニット単位やフロア単位での実施である。春の花見に始まり、夏の流しそうめん、秋の敬老会や運動会、年末のクリスマス会や餅つき、年を越すと節分やバレンタイン等の行事が続いている。			
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。	高 13	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント ほとんどの職員が正規職員であることから、職員間の意識格差もなく、質の高いサービス提供が可能な状態である。一方で、非正規職員が少ないことから、スポットで職員が必要となる部分の手当に苦慮している。その部分を正規職員がカバーしているが、正規職員の業務負担の過多を引き起こしている。介護ソフトの導入等、ICT化を進めているが、現時点では実効性が見えてこない。			

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。			
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。	高 14	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 職員採用は事業所が主管して行い、ハローワークを通しての求人や就職フェアへの参加等、様々な媒体を使って職員の確保に努めている。適正配置が困難な場合や職員確保に急を要する場合には、職業紹介事業者から職員の紹介を受けることもある。現時点では、適正配置に十分な職員が確保されており、職員雇用も安定している。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 成果主義を取り入れたキャリアパスが構築されており、人事考課制度も運用されている。人事考課の結果を、賞与や昇格に反映させている。ただ、人事考課が上司による査定のみで決められ、職員の自己査定がないことは課題として残る。また、昇級や昇格等の人事基準が、職員に周知されていないことも課題である。			

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。	高 16	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>今回の第三者評価受審時点で、職員49名中、47名が正規職員である。時間外勤務は、月に10時間を超えないように調整し、有給休暇の取得に関しても職位・職階による偏りはない。育児休業明けや子育て中の職員に対しては、子どもが小学校に進学するまで時短勤務を認めている。離職者は年間1～2名であり、安定的な職員雇用が継続している。</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。			
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。	高 17	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント <p>職員育成のため、「Do-capシート」を使って目標管理を行っている。期首に職員自身が目標を設定し、年度末に目標に対する自己評価を実施している。この一連の流れに、管理者の関与がほとんどない。期首の目標設定面談、期中の進捗確認面談、期末の最終評価面談と、目標管理には少なくとも3回の面談が必要となる。加えて、職員個々の目標は、事業所の重点目標と関連付けて設定することが望ましい。</p>			
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。	高 18	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント <p>各委員会主導で研修が実施されており、事業計画にも研修の実施予定回数が数値目標として掲げられている。外部研修として、Web研修にも積極的に参加している。研修実施後には「研修報告書」が提出され、その中に研修で得た学びや気づき、アクションプラン等が記述されている。ただ、研修が「研修報告書」の提出で完結しており、アクションプランの実践状況を確認・検証する仕組みがない。</p>			
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。	高 19	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント <p>Web研修を推奨し、より多くの職員が研修に参加できるよう図っている。各委員会が主導する研修も充実している。新規採用された職員は、1日目に導入研修を受け、2日目から先輩職員によるOJTが3ヶ月間行われる。OJTの実施状況に関しては、ユニットの記録に残している。課題は、一覧表化した研修計画が作成されていないこと、職員個々の研修履歴が管理されていないこと等である。</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。			
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。	高 20	a ・ b ・ ③
評価機関のコメント <p>コロナ禍前には専門学校から介護実習生等を受け入れていたが、それ以降の受入れ実績がない。実習生の受入れは、次代を担う福祉職を養成するという社会福祉法人としての使命に加え、実習を担当した指導者（職員）が自らの業務を見直す契機となり、職員育成の手段ともなる。過去に実績のある養成校を中心に、実習生を受け入れるための関係構築を図られたい。</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。			
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。	高 21	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント <p>ホームページは開設されているが、情報量が十分であるとは言い難い。事業運営の透明性の指標ともなる苦情の公表に関しては、法人作成の「苦情相談解決規程」に公表の手順が示されていない。当然のことながら、ホームページには苦情に関する情報は掲載されていない。「苦情相談解決規程」の見直しを行い、受け付けて解決した苦情について公表する手順を追記されたい。</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。	高 22	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>事業所における現金の管理は、10万円を限度とする小口現金制がとられている。購買等の決裁者は管理者であり、出納責任者として事務職員がその任にあっている。決裁者と出納責任者を2者に分かち、内部牽制が働く仕組みを構築している。外部の会計監査法人による外部監査の実施もある。</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。			
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。	高 23	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント <p>理念の中に「地域社会への貢献」を謳っている。しかし、コロナ禍によって地域との交流や連携が中断され、ほとんどの活動が再開されない状況である。国の命題でもある「共生社会の実現」は、地域の中で高齢者と障害者、子どもがそれぞれの役割を持って生活することができる社会の創造である。その一翼を担うためにも、現状で可能な取組みや活動を検討されたい。</p>			
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。	高 24	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント <p>コロナ禍以降、ボランティアの受入れも積極的には行われていない。そのような状況ではあるが、中学生の福祉体験学習を受け入れており、今夏は8名の中学生を受け入れた。受入れのための簡単なマニュアルはあるが、内容の見直しを願いたい。ボランティアの活動に先立ち、守秘義務を誓約する「同意書」をとることを、マニュアルに明記することが求められる。</p>			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	高 25	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>社会資源のリストとして、「暮らしの便利帳」、「区の介護マップ」等を玄関受け付けに設置している。事務室には、「関係医療機関電話」として、様々な医療機関の名前や電話番号を記したリストが掲示されている。病院からの問合せや居宅介護支援事業所からの相談には、丁寧に対応している。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	高 26	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>居宅介護支援事業所と連携し、在宅高齢者のニーズ把握を行っている。地域の病院からは、退院する患者の受入れについての問い合わせがある。災害時に要支援者の受入れをする「NAGOYAかいごネット」とも連携し、相互に必要な情報を共有している。</p>			
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。	高 27	① ・ b ・ c
評価機関のコメント <p>理念に、「公益性の高い法人として…地域社会への貢献を目指す」ことを宣言している。区の防火協会と覚書を取り交わし、大規模災害時の地域住民の受入れ先に指定されている。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から照会のあった利用希望者について、受入れ対象外の人には他の施設を紹介している。逆に、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所につながりもある。</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。			
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。	高 28	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 法人理念である「利用者本位の介護」は、入職時や各研修会で繰り返し学び、全職員に浸透している。ユニット会議など、日々の業務や困難事例への対応を話し合う際には、「利用者本位」を基本姿勢として支援の方針を決定している。また、職員通用口に掲示し、利用者の尊厳や人権、権利擁護の視点を意識喚起している。			
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。	高 29	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 入職時のオリエンテーションに加え、毎年定期的にプライバシーや接遇に関する研修会を実施し、全職員へ周知している。しかしながら、介護が必要な場面が重なるなどした場合には、咄嗟に配慮に欠ける状況が生まれることがあるため、その都度注意や指導を行っている。			
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。	高 30	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 行政機関や医療機関、居宅介護支援事業所等にパンフレットを置き、各担当者からの紹介時等にも活用されている。関係機関には、定期、不定期に訪問し、顔の見える関係を構築している。家族等からの問合わせには、管理者や相談員が対応し、土曜や日曜、祝日でも都合に合わせて利用相談や施設見学に応じている。相談時には、福祉制度等の説明も加えて行っている。			
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。	高 31	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 入所にあたり、相談員が訪問面談して利用者の状況や話を聞き、入所に関する説明を行っている。それにより、利用者や家族にとっても、入所時に顔の分かる職員がいる安心感がある。家族からも生活スタイルや背景を聞き取り、入所後の生活支援に活かしている。介護報酬等の改定時には、書面で説明して同意を得ている。意思疎通が困難な利用者にも丁寧に説明し、表情などの変化を見て理解の度合いを推測している。			
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。	高 32	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 治療や医療行為が必要となった場合の入院や死亡による退所が多い。その他、専門的リハビリを希望して老人保健施設へ移行したり、自宅での看取りのために退所した事例がある。退所までに、移行先や関係機関と綿密な打ち合わせを行い、退所時には、施設生活の状況を文書で提供している。最後の請求書送付時には、退所後も施設に相談ができることを文書で案内している。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	高 33	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 以前行ったサービス全般に関する満足度調査において、「食事」への関心が高かったことから、誕生日に利用者の希望を叶える取組を実施している。利用者支援に関して、電話や面会時に家族の意向を確認する機会はあるが、コロナ禍以降、家族懇談会は中断されている。個別の希望を叶える意向調査のみならず、運営、サービス全般にわたる満足度調査の再開を検討されたい。			

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。	高 34	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 苦情相談に関する規程やマニュアル、フローチャートがあり、寄せられた苦情は、内容により法人本部や施設会議、担当ユニットにおいて検討して対応している。コロナ感染による面会制限以降、苦情相談の対応結果の公表が中断されている。入所時の説明や施設内掲示により、苦情申出の体制や窓口を案内しているが、家族アンケートでは約7割が周知不足と回答している。公表を含む体制の再整備を期待したい。		
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。	高 35	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 1ユニット10名の利用者に対し、職員を固定した勤務体制を敷き、2～3人の利用者ごとに居室担当制を取っている。1日のほとんどをユニットで過ごすため、利用者と職員との間に、親しみのある馴染みの関係が構築されている。利用者の表情や様子から、人目を避けて居室で話を聞いたり、居室担当職員の他に相談員が対応する場合もある。話の内容により、場所や対応者を変える配慮がある。		
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。	高 36	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 利用者からの希望や要望、相談があった場合には、苦情対応と同様にマニュアル、フローチャートに沿って対応している。意見箱は活用事例が少なく、直接申出があることが多い。家族からの要望により、墓参りや自宅への一時帰宅を叶えた事例がある。外出時の支援体制は事業所としての強みであり、家族からの評価も高い。コロナ禍による面会や外出の制限の更なる緩和を求める声が多く、対応を検討している。		
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。	高 37	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 「ヒヤリハット報告書」は直接介護に関するものだけでなく、プライバシー保護を含め、気づきがあった場合に報告している。事故防止、安全確保の意識が浸透しており、月に300件を超える報告がある。通読は困難であるが、全職員に全件回覧している。各ユニットで検討し、事故の予防や再発防止に努めている。内容により、事故防止委員会が不適切ケア委員会のいづれかで検討し、対応策を施設全体で共有する仕組みがある。		
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。	高 38	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 家族の協力、職員の健康管理の徹底によりコロナ感染対策を行い、施設内感染を未然に防いでいる。日頃から協力医や看護師の指導・助言を得て、感染症対策を実施している。感染症対策委員会の委員が主導して勉強会を実施しており、各担当ユニットで伝達講習を行うことで、職員に感染症対策についての周知を図っている。より多くの職員が研修に参加し、直接学びの機会を得ることが望ましい。		
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。	高 39	a ・ ㉔ ・ c
評価機関のコメント 施設の両隣りにも高齢者施設があり、災害時の協力協定を結んでいる。以前は3施設合同で防災訓練を行っていたが、コロナ禍以降は中断している。現在も協定は有効であるが、形骸化しているため、発災時の協力体制についての見直しや確認をされたい。事業所の避難訓練に、全職員の参加は困難な状況であるため、交替で参加したりマニュアルの確認や見直しを課題として取り組んでいる。		

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。		
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。	高 40	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント コロナ感染症への感染をきっかけに、「いつ」、「誰が」担当外のユニットにフォローに入っても、利用者ごとに異なる対応にも対応できることを目的として、ユニットごとの業務フローとは別に利用者への個別対応をリスト化し、随時・定期的に見直しを行っている。今後の方針として、ユニット間を超えて、全利用者の個別対応リストを事業所全体で共有する仕組みづくりを計画している。		

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。	高 41	① ・ b ・ c
評価機関のコメント ユニット会議において、業務フローは随時見直しを行い、検討して必要に応じて改訂している。各ユニットに、職員、利用者のカラーを反映させた特色のあるマニュアルが作成され、利用者の生活者としての視点を反映させている。利用者の個別的な状況について、利用者本位であるのか、意図が正確に汲み取れているのか、確認し続ける姿勢を持って支援にあたっている。			
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。			
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。	高 42	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント 毎月居室担当職員が、「ケアチェック表」を用いて利用者の状態や課題を確認し、ユニット会議において多職種でアセスメントを行って介護計画に反映させる仕組みがある。サービス担当者会議は、家族が参加できる日程で開催し、利用者自身も参加して話し合いに加わっている。支援困難な状況なども、率直に家族に相談ができる場となっている。サービス担当者会議への他職種の参加や連携強化を期待したい。			
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。	高 43	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント 2ヶ月ごとにモニタリングを行い、必要に応じて見直し、利用者、家族の意向を確認している。家族には、面会や事業所との関りが希薄にならないよう、常に声掛けを行っている。決定後の介護計画は個人ファイルで管理し、業務フローにも記載している。支援に必要なものを抜き出して記載しているため、介護計画の全貌を各職員が把握、理解できているかは疑問であり、課題として残る。			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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。	高 44	a ・ ② ・ c
評価機関のコメント 介護ソフトを使って記録し、適宜必要なデータが取り出せることで効率化が図られている。全職員がアクセス可能で、「申し送りノート」を併用して情報共有に努めている。介護の記録は「24時間シート」に記入し、介護計画に沿った記録となるよう、予め必要項目がテンプレートしてある。職員によって記録の作成に差異が生じており、勉強会や都度の指導が行われている。手順書の作成や勉強会の継続により差異の解消を図られたい。			
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。	高 45	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 記録の保存方法や期間、閲覧方法などを規程に定めて運用している。介護ソフトに保存された記録は、各職種特有の記録を含め、全ての記録を全職員が見ることができ、日々の支援に活かしている。個人情報の保護に関する研修は、入職時と年1回行い、書類等の管理、持ち出しのルールを周知し、個人情報保護の意識喚起を行っている。			

A-1 生活の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			
A①A-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。	高 46	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 気候の良い時には駐車場に外気浴に出て、近隣の中学校の桜を見たり、家族の協力を得て外出支援に取り組んでいる。入所前に生活スタイルや生活歴の聞き取りを行うことで、利用者自身が大切にしてきたことを把握し、施設生活の中でも継続できることは取り入れている。それらを介護記録で共有し、洗濯物畳み等の作業を一緒に行い、無理のない役割の創出に努めている。			
A②A-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。	高 47	非該当
評価機関のコメント 非該当			

	A③A-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。	高 48	非該当
評価機関のコメント 非該当			
	A④A-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。	高 49	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 少人数によるユニットケアの特色を活かしている。馴染みの関係ができており、遠慮のない気軽なコミュニケーションの機会が多い。接遇や虐待の研修などにより、不適切な関わりや言葉掛けを学んでいるものの、咄嗟の場面で行動抑制と捉えられる言動があり、「ダメなものはダメ」の共通認識の醸成に努めている。また、ユニットを超えた利用者同士の交流の場の創出を検討している。			
A-1-(2) 権利擁護			
	A⑤A-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。	高 50	⑦ ・ b ・ c
評価機関のコメント 身体拘束に関しての職員の認識は統一され、数年前より身体拘束事例ゼロを継続している。精神症状に伴うドラッグロックの意識向上を図るべく協力医や家族とも相談し、精神薬の減量、断薬に取り組んでいる。服用前後の変化に乏しいケースや、食事摂取量が向上したり、薬を飲まなくても適切な介護によって症状が落ち着いている成功事例がある。今後も幅広い権利擁護の取組を継続されたい。			
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			
	A⑥A-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。	高 51	⑧ ・ b ・ c
評価機関のコメント 穏やかな施設生活が送れるよう、自宅の居室に近い環境の居室づくりを支援している。使い慣れたもの、仏壇や利用者自らの信仰に関わるものも持ち込まれている。居室でお茶を入れてくつろぐ利用者もおり、これまでの習慣を継続できる支援を行っている。			
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			
	A⑦A-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。	高 52	a ・ ⑨ ・ c
評価機関のコメント 各フロアに個浴、機械浴があり、週2回の入浴を提供している。看護師が体調の確認を行い、体調や心身の状況に合わせて支援しており、安全に入浴するための介助方法やルールが定められている。希望があれば同性介助で対応し、入浴剤や季節の変わり湯等で、安心と楽しみを感じられる入浴としている。機械浴では複数の利用者が同時に利用するため、プライバシーや感情に配慮する支援の意識向上が求められる。			
	A⑧A-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。	高 53	⑩ ・ b ・ c
評価機関のコメント トイレでの排泄が可能な利用者は、日中は紙パンツで過ごしてトイレでの介助を受け、夜間は利用者ごとに合った支援を受けている。他施設から移行した利用者の家族から、「以前はおむつだったのにトイレに行けるなんて」と、驚きと好意的な評価を得ている。自宅から入所する場合にも、おむつから紙パンツに改善されるケースが多くあり、事業所としても排泄改善に力を入れて支援している。プライバシーへの配慮も指導している。			

A⑨A-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。	高 54	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 車いすは移手段であると考え、座位が保てる利用者は椅子に座り、移動時は手引き歩行や車いすを利用している。利用者の姿勢や動線上の安全に注意し、できる限り利用者自身で移動するように支援している。移動の自立を維持できるように体操を行い、専門職による機能訓練だけでなく、日常生活も訓練の一部と捉えて支援している。職員と共に他のユニットに行き、日常接しない職員の新たな気づきを支援に活かしている。		
A-3-(2) 食生活		
A⑩A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 55	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 食事は利用者、家族ともに関心が高く、楽しみにつながっている。職員も同じものを食べる機会を持ち、共感と改善につなげている。月に1回、季節を感じられる行事食を取り入れ、誕生日には事前に希望を聞いてリクエストメニューを提供している。家族からの嗜好品の差入れは可能である。栄養士がフロアで直接利用者から希望を聞き、主食や食事形態、提供方法の見直しを行っている		
A⑪A-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。	高 56	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 食事に関しては、介護職員と栄養士、看護師がユニット会議や給食会議で検討し、変更の必要があれば即日対応している。職員は適切な食事介助の必要性を把握しており、食事のペースが遅い利用者には早めに提供している。自助具や食べやすい食器を用い、可能な限り自分で食べられるよう促している。食事形態などの違いによる意見があれば理由や必要性を説明し、席替えなどにより不快とならないよう配慮している。		
A⑫A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 毎日、起床後と毎食後に口腔ケアを行い、希望者は歯科医師、歯科衛生士による診療と専門的なケアを受けている。診療内容については、歯科医から直接家族に説明がある。週2回の訪問があり、随時相談や施設内で嚥下咀嚼機能検査、評価を行い、助言、指導を受けている。コロナ禍前は定期的に歯科医、歯科衛生士による勉強会を実施しており、現在も資料により学びの機会を得ている。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高 58	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 褥瘡予防に関しては、栄養状態が主要な要素となるため、管理栄養士が中心となって取組みを進めている。「感染症予防・褥瘡予防・給食委員会」が主体となり、職員を対象として勉強会を開催している。病院から退院してきた時点で褥瘡が発見されることが多く、管理栄養士を中心に、看護師、介護職員が連携して治療・改善にあたっている。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭A-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。	高 59	a ・ b ・ c
評価機関のコメント 非該当		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮A-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。	高 60	a ・ ② b ・ c
評価機関のコメント PT(理学療法士)やOT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)等のリハビリ専門職の配置がなく、機能訓練や生活訓練を進める上での知識、技術力の不足は否めない。職員採用はなくとも、何らかの形でリハビリ専門職と連携を図ることが望ましい。固定した職員で支援するユニットケアの特徴を活かし、認知症や各種疾病を早期に発見できる環境は整っている。		

A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 61	a ・ ⑬ ・ c
評価機関のコメント 認知症ケアに関する研修を受け、職員は認知症の利用者に対応するための知識は有している。しかし、その知識が、現場支援の中で有効なスキルとして活かされているとは言い難い。職員の気持ちに余裕がない時に、急かせたり、断ったり、拒否したりする言動が無意識に出てしまう。職員が相互に注意し合える環境を作り、繰り返し研修を実施する等の取組みに期待したい。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰A-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。	高 62	⑭ ・ b ・ c
評価機関のコメント AEDが設置されており、「事故防止・非常災害委員会」が中心となって救急救命講習を毎年実施している。事務室には、「関係医療機関電話」が掲示してあり、利用者の急な疾病にも、速やかに適切な医療機関につなぐことが可能である。利用者の体調の急変を想定し、対応の模擬訓練も行っている。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。	高 63	⑮ ・ b ・ c
評価機関のコメント これまで年間10名を超える利用者を施設で看取っており、昨年度は22名の利用者を看取った。利用者本人はもとより、家族にとっても悔いの残らない最期とするため、「看取りケア・介護向上委員会」が主導して職員研修を実施している。昨年度は、看取り事例の検証を含めて4回の職員研修を実施した。看取りケアに関わった職員に対して、心のケアにも配慮している。		
A-4 家族等との連携		
		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲A-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。	高 64	⑯ ・ b ・ c
評価機関のコメント 家族対応はコロナ禍前の状態には戻っていないが、徐々に規制が解除される方向にある。連絡文書は、毎月の請求書に同封して送付している。体調が急変した場合や個人所有の日用品、介護用品等が不足した場合には、家族に電話で連絡している。通院支援に関しては、医療機関への送迎は事業所に対応し、現地で家族に引き継いでいる。家族アンケートには、感謝の気持ちが数多く寄せられた。		
A-5 サービス提供体制		
		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A⑳A-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。	高 65	非該当
評価機関のコメント 非該当		