

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 経営志援

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームふれあいの里	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 福田 正	定員（利用人数）：100名
所在地：愛知県知多市新知字二股10番地の1	
TEL：0562-56-1411	
ホームページ： https://chitafukushikai.or.jp/facility/fureai/elderly_home/	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成3年5月13日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人知多福祉会	
職員数	常勤職員：40名 非常勤職員：37名
専門職員	社会福祉士：3名 介護福祉士：36名
	介護支援専門員：1名 正看護師：6名
	管理栄養士：1名 准看護師：3名
	介護職員初任者研修：14名 精神保健福祉士：2名
施設・設備の概要	4人部屋：15室 3人部屋：6室 2人部屋：2室 1人部屋：18室 食堂×2・調理室・トイレ 機能訓練室、医務室・看護室
	浴室：一般浴室、特殊浴室（機械浴、車いす浴） 静養室・地域交流スペース

③理念・基本方針

<p>【理念】</p> <p>ふ（福祉） 人の幸せと助け合い れ（礼節） 正しいマナーと他者の尊重 あ（安心・安全） 安心で安全な生活 い（居心地） 過ごしやすい環境</p> <p>【基本方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私たちは介護に携わる者として、常に人間性を磨くとともに、知識と技術の習得に努めます。 ・利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう努めます。 ・日々生活の中で、細やかな心遣いと速やかなサービスの提供に努めます。 ・私たちは利用者の意思及び人格を尊重し、常にその人の立場に立ち施設サービスを提供するよう努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・職員の資質向上のための資格取得支援制度があり、多数の職員が活用している。 ・毎月施設内研修を開催するとともに、外部研修にも積極的に参加し、サービスの質の向上に取り組んでいる。 ・職員の企画による行事を定期的で開催し、利用者が楽しめる機会を設けている。 ・居住環境の整備として、多床室のプライバシー確保のための改修工事（令和2年）、機械浴槽の更新（令和5年）、トイレ改修工事（令和6年）を行い、快適な環境の提供に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年7月5日（契約日）～ 令和7年2月26日（評価決定日） 【令和6年11月15日（訪問調査日）】
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

【働きやすい職場づくりに向けた取組】

上司と施設長それぞれ年2回の面談を実施し、就業状況や意向の把握に努めている。健康診断やストレスチェックのほか、産業医の面談等も行われており、職員のメンタルケアに力を入れている。民間福利厚生団体に加入して職員の利用を促したり、年間休日が120日、賞与等も他施設と比べ多く設定しており、人材定着と働きやすい職場環境づくりに努めている。

【利用者の心身の状況に合わせた機能訓練】

機能訓練の計画書を作成し、利用者の心身の状況に合わせた機能訓練を実施している。リハビリ室での機能訓練の他、ベッド上でも行っている。判断能力の低下や認知症の進行に伴い、リハビリ内容を変更している。介護職員には写真等で見える化することで、わかりやすく留意点や介助方法を伝え、統一した介助ができるよう工夫がなされている。また、書道クラブやクラフトクラブといったクラブ活動もあり、参加者は少ないものの参加者の作品が施設内の所々に展示され、利用者の意欲を引き出す取組が確認できた。

◇改善を求められる点

【事業計画の策定と見直し】

中・長期事業計画および中・長期計画を踏まえた単年度事業計画の策定が望まれる。中・長期を見据えた事業活動、そのための人材確保や育成計画、地域とのかかわり、サービスの質の向上に向けた取組等の目標設定と数値化、具体的な成果を設定することで、実施状況の評価・見直しができるものとなる。職員への周知と理解を促す取組にも今後期待したい。

【各種規程およびマニュアルの整備】

各種規程およびマニュアルは作成されているものの、未更新のものが多く、またその効果的な活用は課題である。看護師を中心に感染症対応マニュアルの整備や介護職員への研修の実施、介護職員による三大介護マニュアルの整備と見直し等が行われることに期待したい。PDCAサイクルに基づいたマニュアルの活用により、さらなる質の向上を図りたい。

【満足度調査の実施】

利用者が楽しめるような行事を職員が企画して、利用者満足度の向上を図っているが、利用者および家族が施設やサービスに満足しているかどうか把握するための組織的な取組は行われていない。今回の第三者評価受審を機に、利用者（家族）満足度調査に関する担当者の選任と定期的な実施、さらには利用者および家族等が参画のもと改善に向けた話し合いが行われることに期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価では、当施設のサービスについて、客観的な評価をいただき、大変感謝しております。職場づくり、機能訓練と高い評価をいただいたことは、日頃の職員の努力が認められた結果であり、大変うれしく思います。一方で、改善点としてご指摘いただいた点については、真摯に受け止め、早急に改善策を検討してまいります。今回の評価結果を糧に、利用者様一人ひとりの尊厳を重視し、より質の高いサービスを提供できるよう、職員一同、力を合わせて努力してまいります。

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。

第三者評価結果

※すべての評価細目(65項目)について、判断基準(a・b・cの三段階)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。

【共通評価基準】

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	a・⑥・c
<p><コメント> 法人の理念及び高齢者介護センターの基本理念を法人のホームページに掲載するほか、1階事務所入口横の壁面に掲示して周知を図っている。職員には、全体会議及び各種委員会で説明して周知を図り、意識の定着を期するため、ユニット内の掲示や職員会議での唱和を継続的に行っている。利用者家族へ周知する取組として、季刊誌等への理念・方針の記載があると良い。</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			
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	a・⑥・c
<p><コメント> 知多北部広域連合の介護保険事業計画書等から施設に該当する利用者数等のデータを収集し、施設の計画策定や利用率向上等に役立てている。週2回のセンター長会議で理事長と運営状況について話し合い、現況を把握しているが、今後は、毎月「予算・実績表」を作成するなどして、利用者の推移・利用率・収支等の分析が行われると良い。</p>			
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・⑥・c
<p><コメント> 施設長はセンター長会議・施設長会議で具体的な経営課題を確認し、その解決・改善に向け具体的な取組が進められている。課題は、定期理事会、監事監査で役員間でも共有している。施設長は法人の理事でもあり、施設の問題点や課題について理事会で協議し、解決を図っている。黒字化の課題について、引き続き見直しの検討と節減努力の継続を期待するが、そのためには、収支内容を職員へ周知し、職員の意識改革と協力が必要である。</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。			
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・b・⑥
<p><コメント> 現在、中・長期事業計画は策定していない。今後は、施設として中・長期の目標設定と数値化、具体的な成果などを設定することにより、実施状況の評価・見直しが行える事業計画の策定に期待したい。</p>			
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・b・⑥
<p><コメント> 単年度事業計画はあるものの、中・長期事業計画を踏まえたものではない。今後は、中・長期事業計画を踏まえた単年度の収支計画および人材確保・育成計画、設備修繕計画等について明記することを期待する。</p>			
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	a・⑥・c
<p><コメント> 事業計画は、策定段階から各主任職員が関わり、半期ごとに進捗状況を確認しているが、見直すための仕組みはない。今後は、事業計画を見直す仕組みづくりと職員全体に周知して理解を促す取組が望まれる。</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。	高7	a・b・⑥
<p><コメント> 施設ではこれまで、事業計画については祭り等の行事計画以外は家族等に知らせていない。今後は、事業計画の内、入居者・利用者の処遇に関わる計画について、その概要を年度初めに家族等におたより等を通じて周知する等して理解促進を図る取組に期待したい。</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。			
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	a・㉔・c
<p><コメント> 各種会議・各委員会での検討と取組、人事考課制度、目標管理等、組織的にPDCAサイクルに基づいた福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。今後は、自己評価の実施と第三者評価の継続的な受審と組織的な取組により、PDCAサイクルに基づいた質の向上に繋がることに期待したい。</p>			
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
<p><コメント> 施設には提供するサービスの様々な課題について検討する場として虐待防止対策委員会・感染症・褥瘡予防委員会、安全衛生委員会、給食委員会が設置されており、職員がそれぞれのメンバーとなり課題解決策を話し合っている。今後は、自己評価や第三者評価の継続的な実施により、課題の明確化と改善計画書等の作成により、PDCAサイクルに基づいた計画的かつ継続的な改善に期待したい。</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。			
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・㉔・c
<p><コメント> 組織規則で施設長の責任と職務について明確化されている。BCP(事業継続計画)で非常時の施設長の役割と責任、権限の委譲について明示している。また、施設の季刊誌では施設長の想い等を表明している。一方、職員の理解には課題もあることから、今後は、毎月の全体会議で自らの役割と責任を職員に直接伝えることが望まれる。</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。	高11	a・㉔・c
<p><コメント> 施設長は、入職以来様々な研修を受講しており、遵守すべき法令等について理解に努めている。施設にはコンプライアンス規程が整備されているが、今後は、職員に対して遵守すべき法令等を周知するための具体的な取組の実施に期待したい。</p>			
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	a・㉔・c
<p><コメント> 施設長は積極的に職員と交流し、提案や意見を受け止め、サービスの質の向上と職員の意見の反映に向け体制の構築を図っている。今後は、利用者家族等に対して施設のサービス内容に関する満足度調査等を定期的実施し、サービスの提供状況の把握等に取り組まれたい。</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。	高13	a・㉔・c
<p><コメント> 業務遂行を円滑に図り実効性を高めるため、主任会議の他に職員全体会議、各種委員会等の様々な会議が開催され、各関係職員が参加することとしている。また外国人スタッフを含む多様な働き方にも配慮している。施設長は今年度から就任しているため、経営の改善や業務の実効性の向上はこれからの部分も多い。今後に期待したいところである。</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。			
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	a・㉔・c
<p><コメント> 事業計画に職員が成長する職場づくりとして、5項目の人材育成及び人材確保の方針を明記している。今後は、人材育成計画に専門資格や年齢、性別等のバランスを考慮した具体的な人事方針を明記するとともに、効果的な採用活動の実施が望まれる。</p>			

	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	高15	a・㉔・c
<p><コメント> 人事考課制度を導入し、自己評価に基づいた評定者評価で専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。勤務年数、資格取得、キャリアを明示した「キャリアパス」は人事考課表内に示し、職員が自ら将来の姿を描き、目標設定ができるようにしている。一方、人事考課制度の精度や未来志向の職員への育成には改善の余地がある。</p>			
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	㉔・b・c
<p><コメント> 職員の就業状況や意向を把握して、ワークライフバランスに配慮した取組に向け、上司と施設長それぞれ年2回の面談を実施している。職員の心身の状態の把握のため、毎年定期的に健康診断やストレスチェックのほか、産業医の面談等による職員のメンタルケアに取り組んでいる。福利厚生として民間福利厚生団体に加入し、人材の定着や働きやすい職場づくりに努めている。</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・㉔・c
<p><コメント> 人事考課表を用いて、年2回定期的に個人面談を行うことで、職員の個人目標とその進捗状況を確認し、職員の育成を図っている。今後は、人事評価のプロセスを明確にしていくことで、組織として目標管理の仕組みを充実していくことが望まれる。</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・㉔・c
<p><コメント> 外部研修の費用の補助を行っており、専門性向上に向けた自己研鑽ができる仕組みとなっている。研修をより効果のあるものにするため、外部の研修計画及び施設内研修計画の研修内容に、施設が職員に求める知識や専門性を明確にすることが望まれる。また、事業計画にも明示されると良い。</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・㉔・c
<p><コメント> 施設内研修及び外部研修の研修参加の受講状況はデータ化しており、職員への教育支援体制の整備を図っている。年間研修計画に沿って、多くの職員が参加できるよう配慮している。今後は、階層別研修や職種別研修、テーマ別研修、OJT等の研修の充実と受講機会の確保により、職員の育成を図られたい。</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・㉔・c
<p><コメント> 実習生受入れマニュアルを整備し、オリエンテーション内容等を明示している。今後は、実習生などの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を明文化するとともに、専門職種別のプログラムの整備や実習指導者に対する研修を実施していくことが望まれる。</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・㉔・c
<p><コメント> ホームページでは法人の基本理念、介護理念・方針、財務諸表はWAMNETで公開している。季刊誌「ふれあい」をホームページに掲載したり、家族や市社会福祉協議会、権利擁護センター等に配布する等、幅広い活動の周知が行われている。今後は、運営の透明性を確保するために、法人のホームページなどに第三者評価結果や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、積極的な情報公開が望まれる。</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。	高22	㉔・b・c
<p><コメント> 事務・経理・取引等に関するルールを経理規程等に明示し、業務分掌で権限・責任を明確にしている。規程は事務所に設置し、業務分掌は経理規則に綴じて閲覧可能にしている。必要に応じて、公認会計士・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。定期的な公認会計士による内部監査や行政監査により、施設の公正な経営をチェックする仕組みがある。</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。			
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・㉔・c
<p><コメント> 事業計画の重点項目に地域とのかかわり方について基本的な考え方を明文化している。認知症カフェ「小梅カフェ」や移動販売を実施し、地域住民と利用者の交流の場を提供している。今後は、介護・養護・障害等に関する相談会を近隣の福祉施設と共催したり、現在行われている園児との交流以外に地域の子どもと利用者が交流できる機会を設ける等新たな取組に期待したい。</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・㉔・c
<p><コメント> ボランティア受入れマニュアルを整備し、近隣住民によるシーツ交換・繕い物・音楽クラブの講師等のボランティアを受け入れている、事務所が受付窓口となり、ボランティア内容やスケジュールの調整、名簿登録、事前説明、実施記録の管理を行っている。今後は、事業計画にボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、受入れ後のオリエンテーションやトレーニング、活動状況、事後の反省・評価・改善等の仕組みづくりに期待したい。</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	a・㉔・c
<p><コメント> 市役所・医療機関・学校・警察署等の社会資源の連絡先を事務所内に掲示するほか、医療機関・ガス、水道、電気等インフラの緊急連絡先一覧を防災マニュアルに明記し、職員間で共有している。関係機関との連携は一部行われているが、地域や民生委員との連絡会議等に参加し、情報提供、情報共有が行われることに期待したい。</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	a・㉔・c
<p><コメント> 施設では地域交流事業でもある認知症カフェを通じて、地域の福祉ニーズや課題の把握に努めている。地域住民が評議員のため、地域の課題等は把握しやすいと思われる一方、施設側から地域に出向く等の積極的な取組は弱いと感じる。さらなる取組が望まれる。</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	a・㉔・c
<p><コメント> 施設の地域交流スペースを活用した認知症カフェで、地域住民との交流を図っている。施設は災害発生時に支援を必要とする地域住民の福祉避難所として市から指定を受けており、地域の防災に協力する体制はあるが具体的な取組はこれからである。また、把握した福祉ニーズに基づいた地域貢献に関わる事業・活動を事業計画等に明示し、実施することに期待したい。</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	a・㉔・c
<p><コメント> 施設理念のふ(福祉)れ(礼節)あ(安心・安全)い(居心地)や基本方針に、利用者を尊重する姿勢が示されている。施設内の掲示や職員会議で唱和し、理解を促している。接遇研修や言葉遣い等の実践型の研修で改善に繋がった事例もあり、継続的に実施していくことが望まれる。また、虐待の芽チェックリストを振り返りとして行っているが、集計や分析までは至っておらず、今後の改善に役立てることに期待したい。</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。	高29	a・㉔・c
<p><コメント> プライバシー保護に関する内容を虐待の芽チェックリスト項目に盛り込み、日頃の支援を振り返る機会が設けているが、前項同様、集計や分析に至っていない点はある。職員同士が利用者の前で他の利用者の話をしている場面も見られ、申し送りノートで気をつけるよう伝えているが、職員同士が気づいた時に互いに注意し合えるような組織づくりが望まれる。トイレは職員の意見を参考に大規模改修が行われており、プライバシーに配慮した造りになっていた。</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。	高30	a・㉔・c
<p><コメント> ホームページや月2回のブログ更新で、施設の情報を広く提供している。広報誌はホームページのほか家族に配布したり、市社会福祉協議会に配布しているが、近隣の地域への配布は行われていない。空きがあれば埋まる現状ではあるが、施設の取組や内容を広く周知することは利用希望者や家族のみならず就業希望者へのアピールにも繋がるため、より積極的な取組に期待したい。</p>		
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	a・㉔・c
<p><コメント> サービス開始時には、生活相談員が重要事項説明書を読み上げる形で説明している。意思決定が困難な場合等は、何回も繰り返して説明している。変更にあたっては、家族への電話や郵送のやりとりで確認している。生活相談員が1人のため、万が一に備えて説明業務のマニュアルを作成しているが途中となっている。また、生活相談員の業務について介護職員が理解することが適切な支援の一因になると考えられ、その取組にも期待したい。</p>		
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	a・㉔・c
<p><コメント> 基本的に当施設から別の施設への移行はなく、別の施設からの移行が多い。その際には、サービス担当者会議を開催し、移行元から介護サマリー(医療介護情報提供書)や引継ぎ文書もらうなどして介護職員と共有し、継続性に配慮した支援に努めている。施設変更にあたっての対応についても前項同様マニュアルがあると良い。</p>		
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。	高33	a・b・㉕
<p><コメント> 利用者が楽しむことができる行事を工夫しながら行っており、笑顔が見られた時には満足していると感じている。しかし、利用者および家族が施設のサービス全般について満足しているかどうかの調査は実施していない。家族参加の行事の際には、話を聞くことはあるが、十分とは言えない。施設サービスに関する満足度調査に関する担当者の選任と定期的な実施、さらには利用者及び家族等が参画のもと改善に向けた検討等が行われると良い。</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。		
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
<p><コメント> 重要事項説明書の苦情申立窓口として受付担当者(生活相談員)、第三者委員は明記されているが、苦情解決責任者は確認できず、家族アンケートでも知らないという意見も散見される。利用者からの苦情があれば、それを聞いた職員から必要に応じて主任、生活相談員、施設長の流れで報告する仕組みがあり、受付担当者作成の苦情解決報告書が確認でき、各棟で回覧して共有している。一方、苦情解決マニュアルの整備や職員への周知徹底、苦情内容および解決結果の公表については課題がみられる。</p>		
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	a・㉔・c
<p><コメント> 利用者には誰でも相談して良いことを伝えている。施設長が1日2回は施設内を巡回して利用者とコミュニケーションを図り、相談があれば必要に応じて生活相談員や介護支援専門員、栄養士、機能訓練士、主任等と共有し、対応を検討している。一方、職員から積極的に話を聴く姿勢や傾聴ボランティア、介護相談員の活用、業務の忙しさから「ちょっと待って」と返事をすることもあり改善が求められる。</p>		
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	a・㉔・c
<p><コメント> 生活相談員が利用者から相談を受けた場合には、職員会議で報告したり緊急の場合は事務所職員や施設長、各部署と連携して対応している。利用者からの申し出は、苦情・意見・相談・要望等様々であることから、職員が適切に対応できるようマニュアルがあると良い。家族からの要望で、コロナ禍のオンライン面会を実施するなどの対応は確認できた。</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。		
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	a・㉔・c
<p><コメント> リスクマネジメントに関するマニュアルはあるものの更新や共有は課題である。年2回のAED講習や介護事故研修会、報告書の回覧や日々の申し送りで安心・安全な介護に努めている。また、ヒヤリハットや事故報告は毎月の事故防止検討委員会で検討され再発防止策が行われているが、事故を減らす(繰り返さない)ためにも職員一人ひとりの気づきを増やす積極的な取組が望まれる。</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。	高38	a・㉔・c
<p><コメント> 感染症対応マニュアルはあるものの更新はされていない。感染症に関するBCP(事業継続計画)を策定し、職員には回覧で周知している。研修としてインフルエンザや新型コロナウイルスに関する講義は行われているが、さらに理解を深めるためにも実践形式の感染症対応研修が行われると良い。食中毒に関しては栄養士によるクイズ形式の研修が行われた。</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している。	高39	a・㉔・c
<p><コメント> 施設内の避難経路図や年2回の避難訓練、災害用のBCP(事業継続計画)の策定、備蓄品の確認、消防点検の実施等は確認できた。福祉避難所に指定されているが、福祉避難所運営マニュアルは南海トラフ地震臨時情報を受け市が改正予定のため、その後作成する予定である。施設自体に土砂災害のリスクがあるため、地域との連携や災害時の役割について話し合い等の機会があると良い。</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。		
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	a・㉔・c
<p><コメント> 標準的な実施方法として三大介護マニュアル技術チェック表や医療マニュアル、各棟で業務マニュアルを作成しているが、その活用は課題となっており、現在見直しを行っている。特に三大介護マニュアル技術チェック表は古く、最新の介護方法や現状に沿った方法になるよう見直しを図り、それに基づき実践できているかどうかチェックする仕組みを整えられたい。当施設ならではの介護の構築にも期待したい。</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。	高41	a・b・㉕
<p><コメント> 三大介護マニュアルや業務マニュアルは現在見直し中である。完成後の見直しについて、見直し時期の設定、見直しの方法等について明確にし、見直しするための仕組みの構築が望まれる。</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。		
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・㉔・c
<p><コメント> 介護支援専門員が利用者の居室を訪問して利用者の話を聞いたり、コミュニケーションが困難な場合は職員や副主任、主任に話を聴き、アセスメントを行っている。課題を分析し、サービス担当者会議約1ヶ月前には担当職員に渡して各部署で確認してもらった上でサービス担当者会議を実施している。介護主任、リーダー、看護師、機能訓練士も参加し、多角的な視点で検討され施設サービス計画書を作成しているが、直接かかわる介護職員が適切にアセスメントを行うためにも、介護支援専門員によるアセスメントに関する勉強会等の実施があると良い。</p>		
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・㉔・c
<p><コメント> 介護支援専門員を中心としたモニタリングやサービス担当者会議の計画的な実施が確認できる。利用者の意向は利用者から直接聞いたり、担当職員や主任等から確認し、家族にもサービス担当者会議の前に連絡して意向を確認している。変更した施設サービス計画書は回覧や申し送りでも周知している。さらに質の高いサービスを提供できるよう、施設サービス計画の重要性を理解できるような取組に期待したい。</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。		
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、職員間で共有化させている。	高44	a・㉔・c
<p><コメント> 介護ソフトを導入しペーパーレス化への移行段階にある。記録様式は定められているが、記録の内容や書き方については個人差が見受けられることから、マニュアルや研修等が必要と思われる。また、タブレット端末も台数が限られており、共有には困難さも感じられる。そのため、申し送りノートも活用して共有を図っている。</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。	高45	a・㉔・c
<p><コメント> 個人情報保護規程により、利用者の記録の管理が行われている。今年度は生活相談員から個人情報やプライバシーに関して研修が実施された。事務所内のシュレッダー処理やカメラの持ち出し簿による管理が行われているが、各棟の詰所の施錠については改善が望まれる。また、パソコンのパスワードの定期的な変更についても実施が望まれる。</p>		

【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			
	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。	高46	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> バード棟とフラワー棟のどちらも日中は食堂で過ごす方が多い。集団レクリエーションの実施は少ないが、週1回の喫茶の時間では、好きな飲み物とおやつを提供している。また、月1回程度の季節に合わせたイベントの開催や書道クラブ、クラフトクラブの活動があるが、両クラブとも入居者の体調やADLにより参加はそれほど多くない。今後は、利用者の心身の状況に合わせて、より楽しみのある生活を送ることができるよう取組を検討されたい。</p>			
	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。	高47	a ・ b ・ c
<p><コメント> 評価外</p>			
	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。	高48	a ・ b ・ c
<p><コメント> 評価外</p>			
	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。	高49	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> ボードの活用や身振りなどを交えて会話をし、言葉を発することが難しい方には表情を確認するようにしているが、職員一人ひとりが徹底してできているとは言い難い。よりよいコミュニケーションを図るべく、内部研修の実施や具体的な目標を掲げ、組織的な取組を始めている。組織的な取組を継続することで、どの職員も利用者一人ひとりに応じた方法でコミュニケーションを行えるよう期待したい。</p>			
A-1-(2)権利擁護			
	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組みが徹底されている。	高50	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 権利擁護に関するマニュアルの整備のほか、虐待等防止対策委員会が毎月開催されており、状況確認や認知症に伴う周辺症状が強い利用者に対して身体拘束を行わないよう様々な対応が検討されている。不適切ケアについても検討がなされているが、権利侵害が発生した場合の対応方法までは明確にされていない。権利侵害発生時の対応方法までを明確にすることで、より一層、権利侵害の防止と早期発見に繋がることに期待したい。</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			
	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。	高51	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 廊下は日当たり良く中庭を一望できるが、居室は多床室が主で、カーテンや襖等の仕切りを活用すると居室全体に光が入りにくく暗い。共有部分は業者が毎日清掃、居室は職員が週1回程度の清掃が実施されている。居室はベッドと床頭台とテレビ程度しか物が置かれておらず、利用者の好みのものを置くなどの配慮はなされていない。今後は、居室に利用者の好みのものを置くなど、利用者のこれまでの生活を尊重できるような取組を検討されたい。</p>			

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			
	A-3-(1)-① 入浴援助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高52	a ・ ⑥ ・ c
<p><コメント> 入浴は週2回、利用者ごとに入浴担当職員が決められており、一連の入浴介助を利用者1人に対して担当職員1人で実施している。入浴方法や入浴の可否は、利用者のADLや入浴日当日の体調等を考慮して、看護師、機能訓練士等と相談して決定している。チェアバスと寝浴が同じ場所にあるが、その間に仕切りがなく、羞恥心への配慮はタオルで隠す程度となっているため、利用者の羞恥心に配慮し、入浴が楽しみの一つとなるような対応を検討されたい。</p>			

	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。	高53	a・⑥・c
<p><コメント> トイレは順次改装している。新しいトイレは、便座に座った際の転落防止のためのバーが設置されているが、座位保持が困難な利用者が多く、おむつ内での排泄が増えている。排泄物に異常等があれば、看護師に適宜、報告されている。トイレ誘導以外の自然排泄を促す支援はされておらず、排便間隔が長い利用者には下剤で調整している。排泄方法以外に、利用者の生活リズムや心身の状況に配慮した自然排泄を促すような取組を検討されたい。</p>			
	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。	高54	a・⑥・c
<p><コメント> 廊下は障害物もなく、車いすでも移動しやすい広さがある。自立歩行や車いすでの自走が可能な利用者は自力での移動を促している。福祉用具が必要な方は、既存のもの、もしくは持参されたものを活用し、機能訓練士等が検討して選定することもある。移動支援に関して各棟でマニュアルが作成されているが、研修は行われていない。より安全な移動支援の実施のため、研修を開催に期待したい。</p>			
A-3-(2) 食生活			
	A-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	a・⑥・c
<p><コメント> 栄養士、委託業者、介護職員等で構成される給食委員会で食事に対する意向を確認しているが、嗜好調査は未実施である。献立は四季の食材を使い、毎月の誕生日会では希望者のみ御膳の提供、毎月の最終週は主菜のみ選択ができるよう工夫されている。衛生面では、手袋を未装着で配膳する等徹底できていないこともあることから、よりおいしい食事を提供するため、嗜好調査や衛生面における研修等の実施が望まれる。</p>			
	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。	高56	①・b・c
<p><コメント> 利用者のADLや嚥下状態、主治医からの指示に応じ、食形態、自助具を検討し、必要に応じて見直しが行われている。希望時は、摂食外来への受診が促されている。誤嚥に伴う対応に関する書類もあり、日頃から誤嚥・窒息予防に努めている。また、栄養ケア計画に基づき栄養マネジメントを実施しており、必要なたんぱく質量や食事が計算されていることが確認できた。</p>			
	A-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	a・⑥・c
<p><コメント> 1日3回毎食後の口腔ケアと就寝前に口腔内を確認し、口腔内の異常や残渣の有無を確認している。これまで、口腔ケアに関するマニュアルや積極的な取組がなく、歯科受診は必要に応じて依頼する程度だが、歯科医や歯科衛生士と連携して、年2回の口腔に関する研修を受講する動きがある。さらなる取組として、口腔ケア計画の作成とそれに基づく実施による口腔機能の保持・改善を検討されたい。</p>			
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高58	a・⑥・c
<p><コメント> 褥瘡対策委員会では、関係する職種で褥瘡がある利用者への対応が検討されている。褥瘡ケア計画が作成され、亜鉛を含むゼリーの提供、福祉用具の選定や体位変換の方法の共有、褥瘡の研修等、計画に基づき褥瘡ケアが組織的に実施されていることは確認できたが、皮膚トラブルは減少していない。また、褥瘡ケアのマニュアルは作成されているが古い。今後は、褥瘡対策マニュアルの整備等、より組織的に褥瘡予防と悪化防止に努められたい。</p>			
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
	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。	高59	a・⑥・c
<p><コメント> 喀痰吸引・経管栄養の要綱と手順書があり、喀痰吸引が必要な利用者は、医師からの説明とそれに伴う指示書のもと、実施されていることが確認できた。月1回、口腔内のたんの吸引等安全対策委員会が開催され、喀痰吸引や経管栄養の実施状況等を確認している。看護師による年1回の研修が実施されているが、実際の喀痰吸引は看護師が実施することが多い。今後は、介護職員も喀痰吸引の資格取得が可能となる取組を検討されたい。</p>			
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
	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。	高60	①・b・c
<p><コメント> 機能訓練の計画書が作成され、リハビリ室での機能訓練以外にベッド上でも身体機能の維持ができるよう、利用者の心身の状況に合わせた機能訓練が実施されている。また、判断能力の低下や認知症の症状の変化に伴い、リハビリ内容も変更している。介護職員には写真等でわかりやすく留意点や介助方法を伝え、職員が統一した介助ができるように工夫されている。</p>			

A-3-(6) 認知症ケア		
	A-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・㉞・c
<p><コメント> 介護支援専門員がアセスメントし作成した施設サービス計画書に基づき、3ヶ月に1度の担当者会議で利用者への対応について話し合われるが、その際にBPSD(認知症の行動・心理症状)の対応も話し合われ、必要に応じて、連携している精神科の病院に相談し、認知症症状の悪化予防に繋げている。認知症ケアの研修に参加している職員もいるが、日々の業務に追われて対応しきれていない部分もある点は改善の余地がある。認知症ケアに対する知識をより深め、実践できるような体制や取組が望まれる。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
	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が確立し、取組みを行っている。	高62 a・㉞・c
<p><コメント> 急変時の対応については統一したマニュアルがあり、医療機関との連携が図られている。記録や口頭により看護師と介護職員が、特に体調変化に留意してほしい利用者の確認を行うよう連携している。健康管理や病気、薬の効果や副作用について、月1回の安全衛生委員会等で説明を行っているが、定期的な研修は行われていない。利用者の体調変化の早期発見に繋げるため、定期的な研修の実施に期待したい。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
	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、取組みを行っている。	高63 a・㉞・c
<p><コメント> 終末期を迎えた利用者と家族のために、居室やマニュアルが整備されている。個別性のある看取りケアを実施するため、医師や家族を交え、随時、看取り委員会が開催されている。看取りケアに携わる職員が、精神的な負担をいつでも相談できるよう、職員には主任の電話番号を周知している。今後は、主任だけでなく、職員同士でも看取りケアに対する思いを共有できるピアカウンセリングのような取組も検討されたい。</p>		

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		
	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。	高64 a・㉞・c
<p><コメント> 利用者に変化がある時は、その都度、家族等に電話をしているが、変化がない利用者は施設サービス計画書の更新のタイミングで電話もしくは郵送で連絡をして、意見等を確認する程度の関わりとなっている。現在は面会制限はなく、感染症の蔓延等で面会制限があるときはオンラインで対応しているが、電話の取次ぎ対応は行われていない。利用者と家族との関係性や負担感を考慮した上で、家族が施設を訪問する機会を増やす等、意図的に家族と連携を図ることができるような取組も検討されたい。</p>		

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
		第三者評価結果
	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組みを行っている。	高65 a・b・c
<コメント> 評価外		