

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オレンジ姫路

(地域密着型介護老人福祉施設)

評価実施期間 2020年7月3日 ~ 2020年12月31日

実地(訪問)調査日 2020年9月25日

評価決定委員会開催日 2020年11月2日

2020年11月24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：特別養護老人ホームオレンジ姫路		種別：地域密着型介護老人福祉施設	
代表者氏名：高德 真也		定員（利用人数）：	29 名
所在地：〒 672 - 8043 兵庫県姫路市飾磨区上野田 6 丁目 38 番地			
TEL：079-233-3001		ホームページ： https://orange-group-swc.com/orange_himeji/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成 28 年 4 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 恵愛園			
職員数	常勤職員：	23 名	非常勤職員： 19 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1 名	管理栄養士 1 名
	介護職	23 名（8）	機能訓練指導員 1 名
	看護職	4 名（2）	事務員 2 名（1）
	介護支援専門員	2 名（1）	LSA 7 名（7）
	生活相談員	1 名	
施設・設備の 概要	居室（トイレ、洗面あり）	39	リビング 4
	介護ステーション	2	共用トイレ 4
	医務室	1	浴室 2
	キッチン	4	機械浴室 1

③理念・基本方針

「大切なひとを預けたい」そう想える場所を創造します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・家庭的な雰囲気重点を置き、ご利用者は全館を自由に移動いただけるようにしています。
- ・事務所を開放的にし、ご家族ともなじみの関係を築けるよう努めています。
- ・「食」は人生の大きな楽しみであると捉え、ユニット内調理を導入し、家庭と同じ環境を提供しています。
- ・ご利用者の願いを叶えるため、現在の要望を聴取し、積極的に実現しています。
(例. お寿司が食べたい)

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2020年 7月 3日（契約日）～ 2020年 12月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（ 年）

⑥総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、経営課題の解決・改善にむけた具体的な取り組みが行われています。 中期事業計画と単年度事業計画が策定され、毎月の経営検討会議で事業計画・収支計画の実施状況等が評価・確認されています。また社会福祉事業全体の動向や法人及び事業所の経営環境の把握・分析を行うと共に財務状況、稼働率、職員体制の現状分析が適切に行われています。また、内部監査が定期的実施され、弁護士・公認会計士・司法書士・社会保険労務士等と顧問契約を結び公正かつ透明性の高い適正な経営・運営が行われています。 ○ 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まれています。 職員の有給休暇の取得状況、時間外労働が管理されており、ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりへの配慮がうかがわれます。また職場にコーヒーマーカの設置、子育て世代への配慮、有給休暇の増加の取り組み、共済制度の加入などの福利厚生を実施しています。 ○ 利用者一人ひとりの歴史や生活様態に即した取り組みが行われています。 ユニットごとに家庭的な落ち着いた空間の中で、心身の状況や個別の意向の状況に応じた多様な支援が用意されています。特に、24時間シートを活用し、個々の利用者の生活の時間や必要な介護を明確にしていくことで、利用者に合わせた生活支援が行われています。また、随所に利用者の個性や好みを尊重するための工夫がうかがえ、自宅で過ごされていた一室が、施設の個室で再現できるよう、使われていた家具や生活用品を持参してもらうなど、利用者一人ひとりの歴史や生活様態に即した取り組みが行われており、利用者の生きがいにつながっていることがうかがえました。
<p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人や事業所の基本方針や権利擁護に対する取り組みを明確にして、事業計画へ反映するとともに、利用者や家族への周知ならびに社会や地域への公開が期待されます。 事業の方向性を示す「基本方針」や利用者本位の取り組みはうかがえますが、十分な周知には至っていません。今後は、施設の取り組みや利用者の状況だけでなく、法人や事業所の基本方針や利用者の権利擁護に対する考えを明示し、事業計画等に明記することで、利用者家族、職員、関係者に周知していく取り組みが望まれます。 ○ 地域密着型施設の特徴を明確にすることで、利用者の地域生活を維持していくための、事業所の役割を明確にしていくことが重要です。 地域密着型介護老人福祉施設としての事業所の特徴を再認識した上で地域の社会資源を体系的に整理して地域との交流や福祉向上のため関係性を拡充していくことが望まれます。また、地域包括支援センターや民生委員、自治会、医療介護事業所等との連携を図っていく中で地域課題を把握し、共通課題の解決のために関係団体とネットワークを組むなどして事業所として地域福祉に取り組んでいくことが期待されます。

○ 標準的な実施方法について見直しをする仕組み整備が望まれます。

現在、個別支援を中心に個々に応じたサービスが行われています。しかし、チームで利用者を支援していくためには、各場面において支援の目的やねらいを明確にし、ベースとなる標準的な支援方法(スタンダード)を確立していくことが大切です。今後は、最善の支援が継続的かつ効率的に実践出来るよう、プライバシーの保護や利用者を尊重する姿勢を介護マニュアルにも反映していくとともに、サービスの標準化の実効性について検証し、組織として、施設の状況に応じた見直しが行われることが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

オープンから4年半、これまでの運営の方向性が間違っていないことが確認でき、非常に有意義な第三者評価だった。また、先送りにしていた課題への取組の足掛かりとなった。

結果報告の方法も、非常に丁寧で、納得できるものであった。

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
<コメント> ○ 理念は、ホームページ、パンフレット、事業所の玄関に明示され、職員及び関係者に共有されています。事業所は会議や研修の機会に折にふれ職員にその意義を確認するようにされています。 ○ 今後は、基本方針についても職員が理解し行動規範となるよう、具体的な内容で明示し、利用者家族、地域住民、関係者等にも周知していくことが望まれます。		

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
<コメント> ○ 毎月の経営検討会議で事業計画・収支計画の進捗状況の評価や確認が行われています。また社会福祉事業全体の動向や法人及び事業所の経営環境の把握・分析を行うと共に財務状況、稼働率、職員体制の現状分析が適切に行われています。今後も、引き続き事業の将来性や継続性を見通しながら、さらに利用者に良質かつ安心・安全な福祉サービスの提供に取り組んでいくことが期待されます。		
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。	b
<コメント> ○ 毎月の経営検討会議で事業運営の進捗状況が評価・確認されて経営課題が明確にされ、改善に向け取り組みが行われています。理事会・評議員会を通じて理事、監事、評議員に運営状況が共有されています。 ○ 今後は、経営状況の把握や分析について、組織として役員や管理者のみならず、職員への周知を図っていくことが望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ 中期計画では理念・基本方針の実現に向けて実施計画が策定され、現在の実施状況に基づいて数値化するなど具体的な取り組みが行われています。 ○ 今後は、3～5年先の中長期の構想を描き、施設の成果について評価し、見直しが行なえる体制づくりが期待されます。		
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> ○ 中期計画の策定を踏まえた単年度の事業計画が策定されており、事業収支、稼働率等の数値目標に対する月々の進捗状況について評価や確認が行われています。		
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。	b
<コメント> ○ 事業計画は一部の職員の参画のもとで策定され、実施状況は各種会議や委員会の場で職員に発表され、一定の周知と理解が行われています。 ○ 今後は、事業計画の策定について、組織として出来る限り多くの職員の参画のもと策定され、全職員への周知と理解を図っていくことが望まれます。		
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> ○ 事業計画は利用者家族等が閲覧できるように事業所内に掲示されています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容は利用者家族等へのお便りと一緒にお送りしたり、事業所の取り組みや事業計画の内容を利用者等に伝えるためにも、利用者等が理解しやすいような工夫が望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ リスクマネジメント委員会、身体拘束廃止委員会等各種委員会の活動がPDCAサイクル（改善に向けたサイクル）に沿って実施され、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが実施されています。 ○ 今後は、サービスに関する自己評価を定期的に行うことによって、サービスの質の向上に向けた体制整備の取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ リスクマネジメント委員会、身体拘束廃止委員会等各種委員会の諸活動を通じて取り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、この度の自己評価や第三者評価の活用などを通して、結果の分析から、課題を明文化し、具体的な改善計画に結びつけてく仕組みを構築することが望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ 管理職の役割や責任について、職務分掌規程により役割や責任が明確となっていることを確認することができました。 ○ 今後は、平常時のみならず管理者の不在時や災害などの有事、事故などの際における権限委任を明確にすることが望まれます。		
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> ○ 管理者は管理規程や経理規程等のみならず幅広い分野の法令等を理解・遵守すると共に県老協主催の研修や市の法令遵守研修に参加し、全職員に遵守すべき法令について会議や研修時に説明しています。 ○ 今後も、新たな法令に関する情報把握に努めると共に諸規程の整備を行い、倫理や法令遵守の徹底を行うことにより適正な事業運営の継続が望まれます。		
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> ○ リーダー会議、役職者打ち合わせや各種委員会への参加を通じて施設におけるサービスの質の向上について職員の意見を聴取したり、年2回実施されている個人面談などを通して、職員の意見を事業運営に反映する仕組みを構築し指導力を発揮しています。 ○ 今後は、ユニット会議からリーダー会議への職制会議のプロセスを明確にし、管理者が目指すボトムアップ体制の環境構築に発展していくことを期待します。		
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。	a
<コメント> ○ 管理者は、事業所の稼働率・利用率等をリーダー会議、職制との打ち合わせで把握し、経営状況の分析を行っています。毎月の経営検討会議で報告・協議を行い、会議の結果を職員と共有し事業運営の継続に指導力を発揮しています。		

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。・定着		
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"> ○ 経営検討会議で職員管理についての報告・検討が行われており、法人本部主導で必要な福祉人材の採用計画が立案・実施されている。スマートフォンで申請できる専用求人サイトを作成し運用がされています。 ○ 今後は、理念を達成するために必要な福祉サービスの提供に関わる福祉人材の確保・定着の具体的な計画を確立し取り組んでいくことが望まれます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に2回人事考課と面接が行われて職務に関する成果の評価、処遇が行われています ○ 今後は、組織として「期待する職員像」を明確にし、採用・配置、能力開発、処遇、評価等を体系的に定めた総合的な人事考課制度を構築していくことが望まれます。また、キャリアパス・フレームを構築していく取り組みを期待します。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の有給休暇の取得状況、時間外労働が管理されており、ワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりがうかがえます。また、職場にコーヒーマーカの設置、子育て世代への配慮、年休の増加、共済制度の加入などの福利厚生が実施されています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事考課制度があり、年に2回、職員の目標管理の確認と面接をもとに、職務の成果の評価が行われ、賞与、給与への処遇に反映がされています。 ○ 今後は、組織として「期待する職員像」を明確にし、職位に応じた一人ひとりの職員の目標管理制度の確立が望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新人研修資料に「職員心得」が記載され、施設内勉強会スケジュールに年間目標が設定されて毎月研修が行われています。 ○ 今後は、組織として「期待する職員像」を基本方針や中長期計画に明記し、単年度研修計画の研修内容やカリキュラムに反映して、評価、見直しを行っていくことが望まれます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員一人ひとりを個人ファイルで管理し、外部研修が推奨されており、事業所が負担して外部研修参加のバックアップ体制が確保されています。 ○ 今後は、全職員の資格や研修履歴の一覧を作成すると共に階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の実施に向けての取り組みが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生受け入れマニュアルが整備され、専門学校から継続的に実習生の受け入れを実施しています。 ○ 今後は、資格ごとの実習プログラムを作成し、それぞれの特性に応じた指導が行えるよう、体系的なマニュアル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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページに法人、施設の内容が詳しく紹介され、第三者委員を含めた相談苦情体制が施設の玄関口に掲示されています。また、事業所の理念や活動等を掲載したパンフレット、広報誌等が公民館や地域住民に配布されています。 ○ 今後は、第三者評価の受審結果や相談苦情の対応状況についてホームページや事業所内に公表していくことが望まれます。 		
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。	b
<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務・経理・取引等に関して決済規程・経理規程を明確にし、事務所において周知されています。また、内部監査が定期的実施され、弁護士・公認会計士・司法書士・社会保険労務士等と顧問契約を結び公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の取り組みが行われています。 ○ 今後は、外部監査を活用され、法人運営の透明性の確保のための取り組みが期待されます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域との関わりの方について基本的な考え方をホームページでも明文化し、地域の防災訓練や公民館行事に参加するとともに、利用者のニーズに応じて買物支援を行うなど、社会資源を利用しています。 ○ 今後は、非公式も含め社会資源の整備、地域情報の収集を充実し、施設の掲示板や閲覧用ファイルなどを通じて利用者への提供が更に進むことを望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化され、利用者家族からの紹介等で、楽器演奏やマジックショーなどのボランティアを受け入れています。 ○ 今後は、地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化し、トライやるウィークや小学生対象の福祉体験学習等の取り組みを通じて学校教育への協力が望まれます。 		
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"> ○ 民生委員、自治会、地域包括支援センター、病院、保健所等の社会資源を把握されています。また、運営推進会議が2か月に1回定期的に開催され、地域福祉の情報共有と地域との関係者との関係性の構築が図られています。 ○ 今後は、社会資源を体系的にリスト化し、関係機関との連携に資する記録を用いて、明確なネットワークづくりへの取り組みが期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 開設間もないですが、こども食堂やふれあい給食を通して地域との交流、還元について拡大しつつあり、さらに地域ニーズに応えるべく多様な支援に向けて取り組まれています。また、姫路市と福祉避難所として協定を締結し、事業所がもつ機能を地域に還元する取り組みが行われています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2か月に1回開催される地域の代表・民生委員などが参加する運営推進会議で情報を共有したり、地域の他分野から参加する高浜会議に年2回参加し、地域と協同して防災会議を行ったり、地域の動向等の情報収集を継続しています。 ○ 今後は、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に係る事業・活動を通して、地域住民の主体的な活動の促進や支援を行う役割が事業所として望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「大切な人を預けたい、そう思える場所を創造します」を基本理念とし、施設基本姿勢が明示され、ユニット会議などで周知されています。また、身体拘束・虐待廃止委員会やユニットリーダー会議等にて、不適切ケアの具体例を挙げ、改善策を検討され、共通の理解が図られています。 ○ 今後は、利用者を尊重する姿勢を介護マニュアルなどにも文章化し、反映していくことが期待されます。 		
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"> ○ 虐待防止に関して、マニュアルを整備され、トイレではカーテンをしめたり、介助中汚れに対して大きな声を出さないなど、プライバシーに配慮した介護の事例について会議で取り上げられています。また、危機管理マニュアルにおいては、不適切な事案が発生した時の対処方法が明示されています。 ○ 今後は、利用者や家族に対するプライバシー保護や権利擁護に関する説明の機会を持つなど、権利擁護に配慮した支援について、明確に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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所を紹介する資料を複数作成し、地域包括支援センター、近隣病院など関係機関に配布することで、選択に必要な情報提供を行っています。また、入所希望の利用者や家族に対して、できるだけ見学をお勧めし、丁寧な説明が行われていることがうかがえます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 特養・ショートステイの利用方法、福祉用具の活用など、サービス内容が具体的に分かりやすいようカラー写真を活用しながら、パンフレットを用いて丁寧な説明が行われています。また、筆談などを取り入れ、意思決定の困難な利用者の思いを確認する取り組みが行われています。 		

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"> ○ 入院による退所等、サービスの変更については、関係機関と連携のもと、利用状況報告書や看護サマリーをなどにより引き継ぎを行い、相談窓口の連絡先が記載された書類を添えて、退所後も相談できる体制を整備していることがうかがえます。 ○ 今後は、引き継ぎやアフターフォローについての手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが望まれます。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日々の生活において希望や思いを伝えることができる家族アンケートが、年に1回、実施され、利用者の満足度が把握されています。また、その結果は、運営推進会議にて報告するとともに施設長・管理者等の役職者中心に検討会議を実施し、改善が図られています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みについては、受付から解決処理までの手順や書式を定め、それにもとづいて利用者及び家族にフィードバックされ、会議等の検討を経て、サービスの改善を図っていることがうかがえます。また、意見箱の設置や毎年のアンケート調査を通じて利用者家族等が苦情を申し出やすいよう工夫され、出された苦情については、申し出者に配慮した上で施設内に掲示し、機関紙にも掲載するようにしています。 ○ 今後は、重要事項説明書などに苦情解決の仕組みをわかりやすく明示するなど、苦情に関する仕組みをさらに周知していくことが期待されます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者が意見や相談を述べやすい環境として、意見箱・ポストの設置、LINEでQRコードを読み取る方法を導入するなど、複数の方法や窓口をわかりやすく説明した文書を明示するとともに、利用者の居室や必要に応じて相談室、地域交流スペースを活用して話を聞くことができます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情・相談マニュアルを整備し、アンケート調査の実施や意見箱の設置を通して、利用者からの相談や意見を積極的に把握しています。また、相談・意見については、パソコンの申し送り記録で共有して迅速な対応に努め、サービスの改善を図る取り組みが行われています。 		

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。	a
<コメント> ○ 毎月、リスクマネジメント委員会を開催し、事故発生時の対応手順について委員会・ユニット会議で共有し、事故発生手順の報告シートを整備されています。ヒヤリハット事例・事件事例を収集し全ユニットで共有し、対策の検討を多職種で行うとともに、定期的に研修を実施し、全職員への周知徹底に取り組んでいます。また、ヒヤリハットの提出をうながすために「ヒヤリハット大賞」を設けられ、ヒヤリハットを身近なものとして取り組む姿勢が印象的でした。		
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。	b
<コメント> ○ 感染症対策委員会を中心に、インフルエンザ・新型コロナウイルス・ノロウイルスなど、感染症別に、マニュアルを作成し、定期的な委員会にて情報共有するとともに、各部署ユニット会議で、情報伝達し、周知しています。 ○ 今後は、「感染症マニュアル」など、感染症対策の仕組みについて、定期的な見直しを明確にしていくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 地震・水害・火災等の避難確保計画が整備されています。また、非常時の食料品などを備蓄するとともに、毎年、地域の防災訓練に参加し、他施設と講座を開催し、避難訓練を定期的実施しています。 ○ 今後は、利用者・職員の安否確認の仕組みについて、周知していくことが望まれます。		

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> ○ サービスの標準化については、身体介護・コロナウイルス感染症・急変時・排泄・入浴・虐待対応などが、文書化され、マニュアル集に綴られており、新任職員に周知が図られています。 ○ 今後は、プライバシーの保護や利用者を尊重する姿勢を介護マニュアルにも反映していくとともに、サービスの標準化の実行性について検証し、施設の状況に応じた見直しが行われることが重要です。		

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"> ○ マニュアルは、年度末にケアマネジャー中心に、マニュアルの見直し・改定が行われています。 ○ しかし、事業所として標準的な実施方法を組織的に見直す仕組みの構築までは至っていません。今後は、委員会を中心とした事業所の状況に応じたマニュアルの見直しを定期的に行っていくための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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプラン作成までの流れのマニュアルをもとに、居室担当職員・各職種がボディチェックシートや独自のアセスメントシートを用いて、具体的に多角度から情報を収集したアセスメントの内容をケアマネジャーが再確認しています。 また、ユニット会議・職員会議・ケア計画作成会議などで検討等を通して一人ひとりの実態に即したケア計画が策定され、ケアにあたっています。また、支援困難ケースへの対応については、ユニット会議で検討され、情報を共有しています。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメント、ケア計画の評価見直しについては、5か月に一度、全職種が参加し、カンファレンスを通して、意見を交えながら見直しが行われています。また、終末期や体調変化等により計画の変更の提案があれば、迅速にカンファレンスを実施し、速やかに対応を行っています。 さらに、個別計画の内容を介護マニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋げていくことが期待されます。 		
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。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケア計画の支援目標に沿った、日々の状況がパソコン内の個人記録に入力され、全職種がタイムリーに確認できるようになっています。また、個別のカンファレンスに加え、ユニット会議を月1回開催し、利用者の情報共有とケア方法の検討が行われています。記録の際の留意事項は入職時に伝えるとともに、記録の書き方の研修を実施しています。 		
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"> ○ 利用者に関する記録の管理について、個人情報管理規程により記録の保管年数、保存年数、破棄について定められ、個人情報の取り扱いについて、契約時に利用者への同意も含めて説明が行われています。 ○ 今後は、利用者の記録の管理について、責任者による点検が行われ、職員に対して個人情報保護の観点から教育、研修が行われることが望まれます。 		

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)	a
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。	a

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 各職種の職員が日々の関わりの中から把握した意向や情報を記録に残し、利用者の活動に合わせた、ユニットごとのプログラム実施スケジュールを作成しています。具体的には、目的を魚のえさやりにし、歩行器で歩く練習をしたり、車いすでもできる高さに鉢を置き、水やりをしてもらう等、身体状況に合わせた過ごし方を提案しています。 ○ 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、午前はケアマネジャー、午後は生活相談員がユニットを訪れ、ケア方法の確認や利用者の思いを聞く機会を設けています。また、手紙・LINE・メール・ゼスチャーなどで、思いをくみ取る工夫が行われています。
--

		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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 人権侵害について、虐待マニュアルに、身体拘束を含む権利侵害にまつわる取り決めに明記し、不適切ケアについて、ユニット会議及び職員会議で取り上げることで、権利侵害の防止について周知が行われています。具体的には、多職種がそれぞれの目線で、気になることを遠慮なく発言できる雰囲気作りができており、不適切ケアが続く・繋がらないよう身体拘束虐待廃止委員会で、発生検討事案をまとめ、翌月には改善できるよう話し合いが行われています。 ○ 今後は、利用者の権利侵害を防止するための具体的な事例や内容を収集し、職員のみならず利用者や家族に対しても周知する取り組みが望まれます。

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

○	フロアー・浴室は利用者の体感に合わせ、こまめに換気するとともに、空気清浄機を設置し、快適な空間への配慮がなされています。また、自宅で過ごされていた一室が、施設の個室で再現できるよう、使われていた物を持参してもらい、使い慣れた物の中で、安心して暮らせる工夫がうかがえました。
---	--

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。	a
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。	a

特記事項

○	24時間シートを用いて、個々の利用者の生活の時間や必要な介護を明確化し、利用者に合わせて生活支援が行われています。また、随所に利用者の個性や好みを尊重するための工夫がうかがえます。
○	入浴は、一般浴槽（リフト浴）、特別浴槽を準備しており、座位時間や四肢の拘縮に合わせた浴槽を選択し、滑り止めマット・手すりを活用し、現有機能を活かしながら安全に入浴できるように配慮しています。また、週2回の入浴では物足りない方には、タイミングをみてシャワー浴で対応するとともに、体調や訪問理美容後に入浴したい等の要望に合わせて、入浴予定日や時間の変更・調整が行われています。
○	排泄は、最後までトイレで排泄を済ませたいとの思いに寄り添う為、日ごろから手すりを持ち、立位練習をするなど、できること・しづらいこと・介助が必要な部分を明確にし、誰でもが同じ介助ができるような工夫がうかがえます。
○	理美容は、カット前に、希望を聞き取り、化粧品を準備し、手伝うなど、利用者の個性や好みを尊重した支援が行われています。

		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。	a

特記事項

○	利用者の前でユニット調理をし、家庭的な雰囲気のもと、食事をおいしく、楽しく食べられるよう、彩りもよく温もりある陶器の食器を用意されています。また、利用者の心身の状況、嚥下能力から、刻み食、一口大、お粥、普通食と多様な形態の食事が提供されています。
○	就寝時に口腔内をチェックする仕組みがあり、歯科医師、歯科衛生士との連携のもと、利用者個々の口腔状態の確認に合わせて、口腔ケア及び口腔内のチェックが行われています。
○	今後は、誤嚥、窒息など食事中に起りうる事故発生時の対応方法について、マニュアルを作成するなど、対応を明確にしていくことが望まれます。

		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。	a

特記事項

○	介護、看護、栄養など多職種から構成される褥瘡委員会を中心に褥瘡予防指針を作成し、褥瘡対策に取り組んでいます。また、皮膚トラブルが発生した場合、主治医・ドクターメイト（医療相談）に画像・患部確認してもらい、医師の指示のもと、各職種が参加するカンファレンスを開催しています。
---	---

		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。	非該当

特記事項

--	--

		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。	a

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 機能訓練計画書により、関節運動・筋力アップ訓練等、時間を決め、体調をみながら機能訓練が実施されています。また、利用者が主体的に訓練を行える配慮や工夫として、好きな物のある場所に自発的に動こうと思う瞬間を増やす工夫がうかがえます。 ○ 体調変化のある利用者等への関わりについては、主治医に相談しながら、ユニット会議にて情報を共有し、対応が図られています。 		
---	--	--

		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。	a

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 認知症ケアに関する研修をユニット会議にて取り入れ、病気の説明と対応方法を周知しています。また、日々の様子の記録から情報を集約し、家族の意見も聞き取りながら、気持ち安定される方法を模索するためのカンファレンスを実施しています。 自宅から持参された馴染みのタンスや時計を置き、カバン等を所持してもらうなど、場所が変わっても見慣れた物をそばにおくことで、安心して落ち着ける環境づくりの工夫が行われています。 		
--	--	--

		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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 急変時マニュアルに基づき主治医へ連絡。その際に、一人ひとりの既往歴等は把握しやすいよう、診療録を作成しています。利用者の体調変化がみられた際にも、生活相談員に情報集約し、留意事項や観察ポイント等の説明を看護師・ケアマネジャー・生活相談員から行っています。 今後は、体調変化時の対応について、看護職員から全職員に周知出来る仕組みをさらに明確にしていくことが望まれます。 		
---	--	--

		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

○ 看取りケアマニュアルのもと、定期的にターミナルケア委員会を開催し、看取りケア計画やモニタリングシートを用いてカンファレンスを実施し、終末期の対応が行われています。 居室担当職員や看護師を中心にグリーンケアを実施し、日ごろ不安に思うことや知識アップをしたい内容について研修が行われています。

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。	a

特記事項

○ カンファレンス開催前・開催時・施設サービス計画書説明時など、最低でも年間に4回以上は、サービス内容の具体的な説明・意向確認をする機会を設け、支援の取り組みを書面にて報告しています。また、LINEやメールなどを活用し、日々の表情を写真や動画にしたり、面会制限を行っている間は、体調変化がなくても、週1回程度は、様子を知らせるなど、家族等との連携に努めています。

A-5 その他

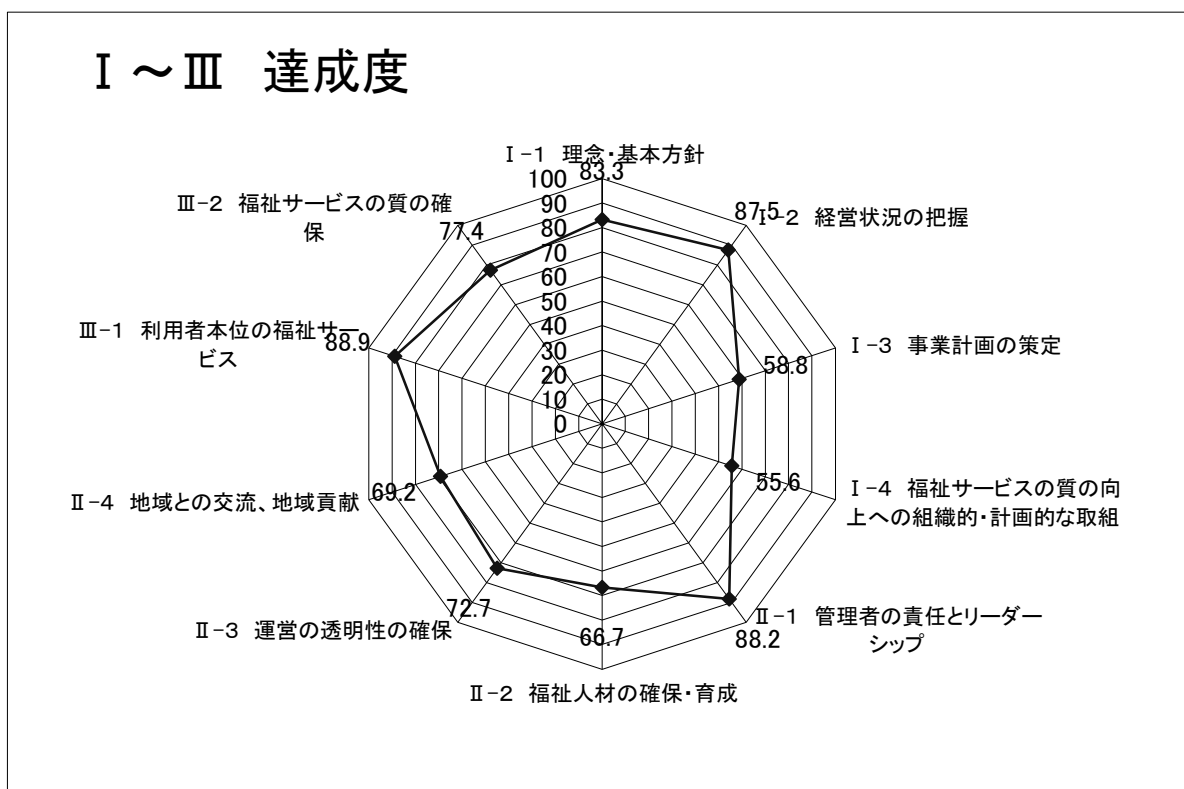
		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a

特記事項

○ 地域の行事（運動会・地藏盆・花火）があれば、参加できるよう、職員数名で、安全に外出できる体制が整えられています。また、電話使用時は周囲に誰もいないように配慮し、携帯電話や、LINEを用いて利用者の話したいときに話せるように努めるとともに、テレビや新聞等を個人で所有できるように便宜を図っています。
--

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	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	10	58.8
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	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・育成	39	26	66.7
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	26	18	69.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	56	88.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4
合計	227	174	76.7



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	28	22	78.6
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	91	88	96.7
A-4 家族等との連携	5	5	100.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	136	127	93.4

合計(I～Ⅲ+A)	363	304	83.7
-----------	-----	-----	------

