

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むれさき苑

(介護老人施設)

評価実施期間 2022年9月5日 ~ 2023年3月31日

実地(訪問)調査日 2022年12月12日

評価決定委員会開催日 2023年4月10日

2023年4月18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

特定非営利活動法人 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むれさき苑 | 種別：介護老人施設 | | |
| 代表者氏名：高野 朝光 | 定員（利用人数）： | 60 | 名 |
| 所在地：姫路市四郷町東阿保44番地 | | | |
| TEL 079-283-6861 | ホームページ：https://www.syousikai.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日：平成9年5月19日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 尚紫会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 26 | 名 |
| | | 非常勤職員： | 13 |
| | | | 名 |
| 専門職員 | 施設長 | 1名 | 介護員 36名（13） |
| | 生活相談員 | 1名 | 介護支援専門員 1名 |
| 施設・設備の概要 | | (居室数) | (設備等) |
| | | 居室(個室) | 18室 |
| | | 食堂(2階・3階) | 2室 |
| | | 居室(2人部屋) | 5室 |
| | | 機能訓練室 | 1室 |
| | 居室(4人部屋) | 8室 | 浴室 |
| | | | 1室 |
| | | 医務室 | 1室 |

③理念・基本方針

- ・ 利用者の尊厳を守る—利用者の方々に敬愛の念を持って接し、自立を助け、共に生きる喜びを追求します。
- ・ 利用者とともに生きる—従業員とその家族の、安心した生活の維持・向上を目指します。
- ・ 地域との連携—地域住民の方々に、愛され信頼される福祉施設づくりに邁進します。
- ・ 施設運営の健全化・安定化—利用者と従業員の、安全で快適な生活の場を守る為、無駄を廃除した地球に優しい経営に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 食事は外注ではなく、直営にて利用者の要望等を迅速に反映させている。
- ・ 苑内で他界された際に、家族様にご理解頂いたうえで、死を隠さずに利用者、家族、職員でお見送りの機会を設けている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 2022年 9月 5日（契約日）～ 2023年 3月 31日（評価結果確定日） |
| 受審回数 （前回の受審時期） | 3回（平成 18 年度） |

⑥総評

| |
|---|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長と幹部職員をリーダーとして、委員会活動と研修を柱とした組織づくりが行われています。 施設長と幹部職員をリーダーとして、毎月、コア会議、運営会議などで、事業やサービスの実施状況を確認、評価が行われるとともに、第2週を委員会の週と決めて、リスクマネジメント委員会や労働安全衛生委員会など、テーマ別の委員会を開催し、各業務の改善に向けた検討が行われています。また、年間研修計画のもと計画的にサービスに必要な教育・研修が実施され、職員全体のボトムアップに取り組まれています。 ○ 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元し、地域の福祉向上のための取り組みが行われています。 施設長はじめ法人として、地域の自治会長や各種団体の関係者などとのコミュニケーションを大事にされており、民生委員児童委員や地域包括支援センターなどとの連携を通じて、地域の福祉ニーズを把握され、月2回の地域貢献事業（むれさきカフェ）の実施や事業所の専門性や特性を活かし、空き家の相談、虐待の相談などにも対応されており、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動に取り組まれています。 ○ 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。 共有スペースに空気清浄機を設置し、室温の管理と共に換気に十分気を配られています。各階に清掃員を配置され、職員と連携して清掃活動が行われています。また月に1回美化委員会を開催され、日常清掃では実施が難しい個所の美化に取り組まれています。掃き出しの大きな窓から、季節の移り変わりが感じることができ、BGMでリラックスできるなど明るく快適な環境づくりに取り組まれています。 ○ 利用者の状況に応じた生活支援がなされています。 業務手順書に沿って、利用者の心身の状況を把握し、意向に沿った入浴支援や移動支援が行われています。特に排泄支援においては、自立に向けた取り組みがなされ、立位が取れない利用者には二人介助で行い、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、行事食にはメッセージを添えたり、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。 |
|---|

◇改善を求められる点

- **各事業や取り組みに対する基本姿勢やねらいを明確にするとともに、取り組みの記録を整備していくことで、事業のPDCAサイクル(改善に向けたサイクル)を明確にしていくことが必要です。**

施設においては、人材育成をはじめ、地域との交流や地域貢献、サービスの改善など、多様な取り組みが実施されていますが、各事業や取り組みに対する基本姿勢やねらいや取り組み内容を示した文書が確認できませんでした。今後は、事業や取り組みのプロセス(過程)や成果を記録していくことで、組織全体のPDCAサイクル(改善に向けたサイクル)を明確にした仕組みづくりが望まれます。

- **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づくりが望まれます。**

食事などの嗜好調査が行われ、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が、利用者満足の把握には至っていません。今後は、個人情報の取り扱いをはじめ、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するとともに、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備し、利用者の権利擁護に配慮した仕組みづくりが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

普段日常の中では、当たり前になって気付きにくい事も、第三者の目から見ていただき、指摘を受ける事で発見が沢山あった。また、今出来ている事を評価していただき、モチベーションUPにもつながった。

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> ○ 法人理念について、介護保険に限らず、広い範囲での内容となっており、創設者の思いや法人が大事にしていることを伝えられています。また、毎年1回、理念や職員心得の研修を実施されるとともに、事務所・職員詰所に掲示され、全職員へ周知されています。 ○ 今後は、理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な周知を図られることが期待されます。 | | |

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。 | b |
| <コメント> ○ 経営環境や経営課題については、各事業所責任者が集まる月1回の運営会議で、経営環境やその状況などについて、利用状況、職員配置、新規利用者数などを分析し、その課題の把握や分析が行われています。 ○ 今後は、社会福祉全体の動向や姫路市の高齢者保健福祉計画および介護保険事業計画などを経営に反映していく仕組みを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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> ○ 運営会議において、施設長、事務長等が具体的な経営課題を確認され、その解決・改善に向けて具体的な取り組みが進められていることがうかがえます。 ○ 今後は、経営課題について、会議等で組織全体に周知していく仕組みを明確にし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> ○ 法人の事業計画書において、経営ビジョン、中期計画が明文化されており、施設の方向性について示されています。 ○ 今後は、施設としての中長期目標の策定や数値化や具体的な成果などを設定し、実施状況の評価や見直しが行える内容にしていくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント> ○ 施設の単年度の事業計画は、『方針、ケア目標、看護目標、リスクマネジメント、稼働率の数値目標』等を明記し、実行可能な具体的な内容となっています。 ○ 今後は、法人の経営ビジョンと中期計画との関連性を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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> ○ 施設の事業計画は、現場職員から原案が提出され、統括が確認し、修正などを加えて策定されています。また、利用者数、利用率などの数値をもとに毎月、進捗状況の確認が行われています。 ○ 今後は、事業計画を見直す仕組みと職員全体に周知していく仕組みを明確にし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> ○ 事業計画の内容について、法人のホームページに記載し公表されるとともに、事務所の前に閲覧する場所を設けています。 ○ 今後は、利用者や家族などの参加を促す観点から、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料（ビジュアル化）を作成するとともに、周知していく方法を明確にしていくことが望まれます。 | | |

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> ○ 質の向上に向けた取り組みとして、委員会活動と研修が大きな柱となっており、サービスの内容について組織的にチェックしていく体制が整備されています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について評価基準にもとづいて、組織的に年1回以上の自己評価を行い、評価結果をもとにサービスの質を分析・検討していくことが望まれます。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 9 | I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月開催されている幹部職員によるコア会議で、サービスのチェックや、その課題について文書化し、その内容を明らかにされています。 ○ 今後は、コア会議で明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みを整備していくことが望まれます。 | | |

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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、毎月1日の全体朝礼において、月ごとの行動方針、指示や現状をふまえて全職員へ方針や取り組みなどについて話をされるとともに、理念研修では講師を務め、その重要性を職員に伝えています。 ○ 今後は、平常時のみならず有事の際の役割分担や権限の委譲などを明確にしていくとともに、職員全体に自らの役割と責任を示す方法を確立していくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長及び幹部職員は、関係法令について把握されており、関係機関とも適正な関係を保持されています。また、施設長は、法令遵守の研修、理念研修にも参加され、個人情報保護、労働者雇用関係法令、福祉八法、道路交通法など、必要とされる法令についての理解に努められています。 ○ 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り組みを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 施設長は、各会議（各種委員会、コア会議、運営会議、全体会議など）に参加することで、介護・支援の状況を把握し、必要な助言、指導を行っています。また、サービスの質の向上に向けて、外部講師を積極的に招き、教育・研修の充実を図っています。 ○ 今後は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行い、課題の把握や改善のための具体的な取り組みにつなげていく仕組みを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経営や業務に改善については、職種を横断した運営会議や産業医や社会保険労務士との連携のもと安全衛生管理計画を策定され、具体的な改善が図られています。 ○ 今後は、職員に対して経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、周知するための取り組みを明確にしていくことが望まれます。 | | |

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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉人材の確保と育成についての新人育成計画や目標など定め、多様な人材確保のため、外国人の採用、中途採用などにも積極的に取り組まれています。 ○ 今後は、人材育成計画に専門資格や年齢、性別などのバランスを考慮した具体的な人事方針を明記して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"> ○ 法人理念や「職員心得」に期待する職員像を示し、人事考課に基づいて、職員の専門性や職務に応じて求められる目標管理が行われています。また、面接時に職員の意向・意見を聴取し、必要な労務改善策を検討・実施しています。 ○ 現在、就業規則など一定のルールは規定されていますが、採用、異動、昇格など、明確な人事に関する基準には至っていません。今後は、人事評価の仕組みと合わせて、人事に関する基準を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労働安全衛生委員会（産業医・社労士）を月1回行い、定期的な個別面談の実施、メンタルヘルスチェックを通じて、職員の心身の健康と安全の確保に努められるとともに、共済制度の加入、有給休暇の取得の促進、ノー残業デーの設置や研修の補助制度を取り入れ、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す。 ○ 今後は、就労に関する改善策を福祉人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）にも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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事考課表と自己評価表を用いて、定期的に「個人面談」を行うことで、職員個人の目標とその進捗状況を確認し、職員の育成が図られています。 ○ 今後は、面談記録の整備をはじめ、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"> ○ 「期待する職員像」は理念や基本方針に明示されています。また、必要とされる技術や資質に基づいて年間研修計画が策定され、教育・研修を実施されるとともに、定期的な見直しも行われています。 ○ 今後は、法人の年間研修計画や研修内容に沿って、事業所に必要な研修や研修内容・カリキュラムを明確にし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"> ○ 職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況は、「研修台帳」で把握されています。また、エルダー制を導入し、OJT（日常業務にもとづいた研修）や必要な勉強会を実施されるとともに、年間研修計画に従って、多様な研修に多くの職員が参加できる体制が整備されています。 ○ 今後は、研修計画の充実を図ることにより、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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"> ○ 福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する「実習に関する手順書」のもと、実習に当たっての注意事項を作成し、養成校と実習内容などについて連携した取り組みが実施されています。 ○ 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"> ○ ホームページなどの活用により、法人の理念や基本方針をはじめ、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告などが公開されています。また、併設するグループホームの運営推進会議や施設の広報誌などを地域に配布することで、地域や家族に幅広い活動の周知が行われています。 ○ 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、さらに情報公開を積極的に行うことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 経理規定や職務分掌に取引に関するルールを明記されるとともに、毎年、法人内で内部監査を実施し、理事会にてその内容を報告しています。また、法人担当の弁護士、税理士、司法書士、社労士など、必要に応じて専門家に相談できる体制を整備し、適正な経営改善に積極的に取り組んでいます。 ○ 今後は、事務、経理、取引等に関する職務とルールを職員に周知するとともに、社会福祉法人としての公益性を高めるために専門的な外部監査を実施していくことで、適正な運営体制について、より明確にしていくことが望まれます。 | | |

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"> ○ 施設長及び幹部職員は、地域との関わりの重要性を認識されており、季節の行事や、折に触れ地域、自治会などの方々とのコミュニケーションや意見を伺うことを大切にし、地域活動への参加に努められています。特に地域住民の方との交流の拠点となっている「むれさきカフェ」では多くの地域住民の参加がうかがえます。 ○ 今後は、地域との関わり方についての基本的な考え方を文書化することで、さらに地域との交流が広がることを期待されます。 | | |
| 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"> ○ 「ボランティアの受け入れに関する手順書」を整備され、ボランティア受入れの仕組みを明文化しています。また、学校教育への協力では、福祉体験学習やトライやる事業などの受入れによる協力が行われています。 ○ 今後は、ボランティア受入れや学校教育への協力に対する基本姿勢を明文化し、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点など必要な研修に取り組んでいくことが望まれます。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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"> ○ 居宅介護支援事業所はじめ、地域の関係機関など対応できる社会資源のリストや資料を準備しておられ、直ぐに提示できるようにされています。また、「ハッピーしんぐるの会」、「わくわく四郷」など地域の団体との協議に参加することで、民生委員・児童委員と連携し地域課題に取り組まれています。 ○ 今後は、地域の社会資源や関係機関との連携について、職員間での情報の共有を図られていくことが望まれます。 | | |
| 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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所が有する機能を地域に還元する取り組みでは、地域交流の拠点として、「むれさきカフェ」を運営され、送迎支援をすることで多くの地域住民が利用されています。また、事業所の専門性や特性を活かし、空き家の相談、虐待の相談などにも対応されており、地域活性化やまちづくりに貢献されています。災害時の地域における役割として、地域との合同避難訓練を定期的実施されています。 ○ 今後は、事業所の専門性を活かした地域向けの研修会や講演会を実施するなど、更なる地域貢献が期待されます。 | | |
| 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"> ○ 施設長はじめ法人として、地域の自治会長や各種団体の関係者などとのコミュニケーションを大事にされており、民生委員・児童委員や地域包括支援センター等との連携を通じて、地域の福祉ニーズを把握されています。また、月2回の地域貢献事業（むれさきカフェ）の実施や介護保険サービス外としてワンコインでの夕食と送りのサービス提供を継続されています。 ○ 今後は、現在、取り組んでおられる地域貢献活動を事業計画に反映していくことで、社会福祉法人としての公益的な事業の位置づけを明確にしていくことが期待されます。 | | |

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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念・基本方針や創設者の思いをつづられた理念の成り立ちが、玄関や廊下に掲示され、その中で利用者を尊敬する姿勢について示されています。また、理念・基本方針を踏まえて、利用者を尊重する姿勢や基本的人権への配慮について職員研修に努められています。 ○ 今後は、規定集、手順書(マニュアル)に利用者を尊重する姿勢について明示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"> ○ 各居室の入り口やトイレ、お風呂場の脱衣室などに、プライベートカーテンが取り付けられており、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。内部研修資料のケアに関する方針に、利用者を尊重する姿勢は明示されています。 ○ 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。地域包括支援センター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。ホームページの更新と内容を合わせてパンフレットの見直しが実施されています。 ○ パンフレットを多くの人が入手できるように、福祉サービスの利用希望者が、福祉サービスを選択するための情報提供が、広く行われる取り組みが期待されます。 | | |
| 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 |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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。また、介護保険の負担限度額認定証の更新時には申告漏れがないように郵送にてお知らせするなど、分かりやすく工夫されています。 ○ 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に1回、食事などの嗜好調査が行われ、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が、利用者満足の把握には至っていません。今後は、組織として利用者満足の上昇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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書に苦情解決責任者及び窓口を明記され、施設入り口に苦情受付ポスターが掲示されています。事務所窓口に意見箱が設置され、苦情が言いやすい工夫がなされています。苦情内容については、経緯から解決、今後の対策に至るまで適切に記録・保管がなされ、苦情解決の体制が整備されています。 ○ 苦情内容及び対応方法などは、個人情報に配慮した上で、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、福祉サービス向上に向けた具体的な取組みが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、機密が守られ、利用者に配慮された相談室や医務室などが、利用されており、いつでも相談できることが入り口に掲示されています。 ○ 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談や意見については、マニュアル(手順書)を整備され、職員は傾聴に心がけ、意見箱を設置し、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「リスクマネジメント委員会」が設置され、ヒヤリハット、事故報告書を用い、必要に応じてフロアで予防対策を講じ、対応されています。また、定期的な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・見直しが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。 | b |
| <コメント> ○ 感染症対策について「感染症予防委員会」の設置や「感染症マニュアル」が整備され、各事業責任者と看護師が責任者となって、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。 ○ 今後は、感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等の検証と見直しの仕組み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している。 | b |
| <コメント> ○ 法人として災害時対応体制が決められており、全職員との連絡体制は、ビジネスチャットを利用して連絡が取れる体制をとられています。また、災害時に必要な食料品については、事業所内で備蓄されており、備蓄リストも作成されています。 ○ 今後は、現在、作成中である「業務継続計画（BCP）」に基づいて、地域住民や関係機関などと連携した消防訓練や避難訓練などの実施が望まれます。 | | |

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> ○ むれさき苑規定や手順書が整備されており、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マニュアルが整備されています。プライバシーに関して配慮する姿勢は標準的な実施方法（手順書）のなかで一部の支援内容には記載が確認されました。 ○ 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づくりが期待されます。 | | |

| | | |
|---|---|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 標準的な実施方法(規定・手順書)の見直しは、介護主任や介護職員で年に1回、見直しが行われていることがうかがえましたが、記録では確認できませんでした。 ○ 今後は、標準的な実施方法(規定・手順書)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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービス実施計画書策定に関する手順書の中に目的や具体的な手順が明記され、介護支援専門員が責任をもってアセスメントから計画の見直しまで行っておられます。また、包括的自立支援プログラムを用いてアセスメントが行われており、計画策定に当たっては、多職種で構成されるサービス担当者会議において意見を出し合い、利用者の意向を踏まえた手順で適切に策定されています。 ○ 今後は、福祉サービス実施計画書に基づいた福祉サービス実施について、日常的なチェックの仕組みが確立され、機能できる取り組みが期待されます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービス実施計画の評価・見直しは長期目標の時期に合わせて実施され、サービス担当者会議を開催の上、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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、福祉サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを、記録で確認できる仕組みづくりが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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、文書管理規定の中で保管、保存、廃棄について規定が明確に定められています。 ○ 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期待されます。 | | |

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 |
| 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

- 畳での生活や野菜の栽培などを希望される方、利用者の希望に合わせた起床時間に配慮するなど、これまでの暮らしを把握し、一人ひとりの意向に応じた生活支援となるように工夫がされています。
- 利用者の思いを把握するために、接遇には十分配慮され、意思表示が難しい方においては、筆談や、ジェスチャーを用いてコミュニケーションが行われています。
- 今後は、日中活動のメニューを複数、用意するなど、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

- 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は明確に示されています。また、毎月、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。
- 今後は、権利侵害の防止に関する職員の意識を高め、権利侵害を発生させない職場づくりと虐待の届・報告の手順を具体化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

| | |
|---|---|
| ○ | 共有スペースに空気清浄機を設置し、室温の管理と共に換気に十分気を配られています。各階に清掃員を配置され、職員と連携して清掃活動が行われています。また、月に1回美化委員会を開催され、日常の実施が難しい個所の美化に取り組まれています。BGMを流したり、掃き出しの大きな窓からは、季節の移り変わりが感じられ、明るく快適な環境づくりに取り組まれています。 |
|---|---|

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

特記事項

| | |
|---|--|
| ○ | 業務手順書に沿って、利用者の心身の状況を把握し、意向に沿った入浴支援や移動支援が行われています。特に排泄支援においては、自立に向けた取り組みがなされ、立位が取れない利用者には二人介助で行い、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。 |
|---|--|

| | | 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。 | b |

特記事項

| | |
|---|--|
| ○ | 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、行事食にはメッセージを添えたり、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。 |
| ○ | 管理栄養士を中心に栄養状態を把握され、栄養ケア計画が作成されています。また、食前の口腔嚥下体操や数種類の歯ブラシを使用し、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口腔ケア計画の作成とともに、評価・見直しする仕組みづくりが望まれます。 |

| | | 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

| | |
|---|--|
| ○ | 褥瘡予防に関する指針が定められ、看護師、管理栄養士、介護支援専門員、施設長や事務長などが参加される褥瘡予防委員会で、情報を共有し褥瘡予防に努められています。褥瘡予防委員会を中心に年2回、職員研修が実施されています。また、発生後のケアについては、医師の指示のもと、介護職員や他の専門職による連携・協力して治癒に向けたケア事例がうかがえました。 |
|---|--|

| | | 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 | | |
| 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

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎朝のラジオ体操や毎食事の口腔嚥下体操などが行われ、利用者の状態に応じた生活リハビリを取り入れることで身体機能維持が図られています。 ○ 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

| | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者一人ひとりの日常生活能力や生活歴について、包括的自立支援プログラム(アセスメント)に基いて、確認され、不穏な行動がある方については、傾聴を基本として対応されています。職員は認知症について、外部研修や内部研修を受けることで医療やケアなどの最新の情報を得られるよう取り組まれており、行動・心理症状（BPSD）のある方について、フロア会議の中で話し合われています。 ○ 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が期待されます。 | | |
|---|--|--|

| | | |
|----------------|---|---------|
| | | 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

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の体調変化時の手順が明確になっており、毎月、体重測定を行い、毎日バイタル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。また、医療連携体制が整っており、心肺蘇生法についての内部研修を実施するなど、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、法人全体で終末期の研修が行われています。家族と過ごせる機会を作るなど、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。 | a |

特記事項

| | |
|---|--|
| ○ | 毎月、利用者の日頃の写真と状況を記載して「お手紙」として送付されています。面会時や介護計画の更新時期に、意見やサービスについての要望などを聞く機会とされています。報告すべき事項については、電話で連絡し、記録に残されています。利用者や家族から、希望があれば電話を取り次いだり、また病院受診時に、受診先で会えるようにするなど、利用者と家族の繋がりを大切にする支援に取り組まれています。 |
|---|--|

A-5 その他

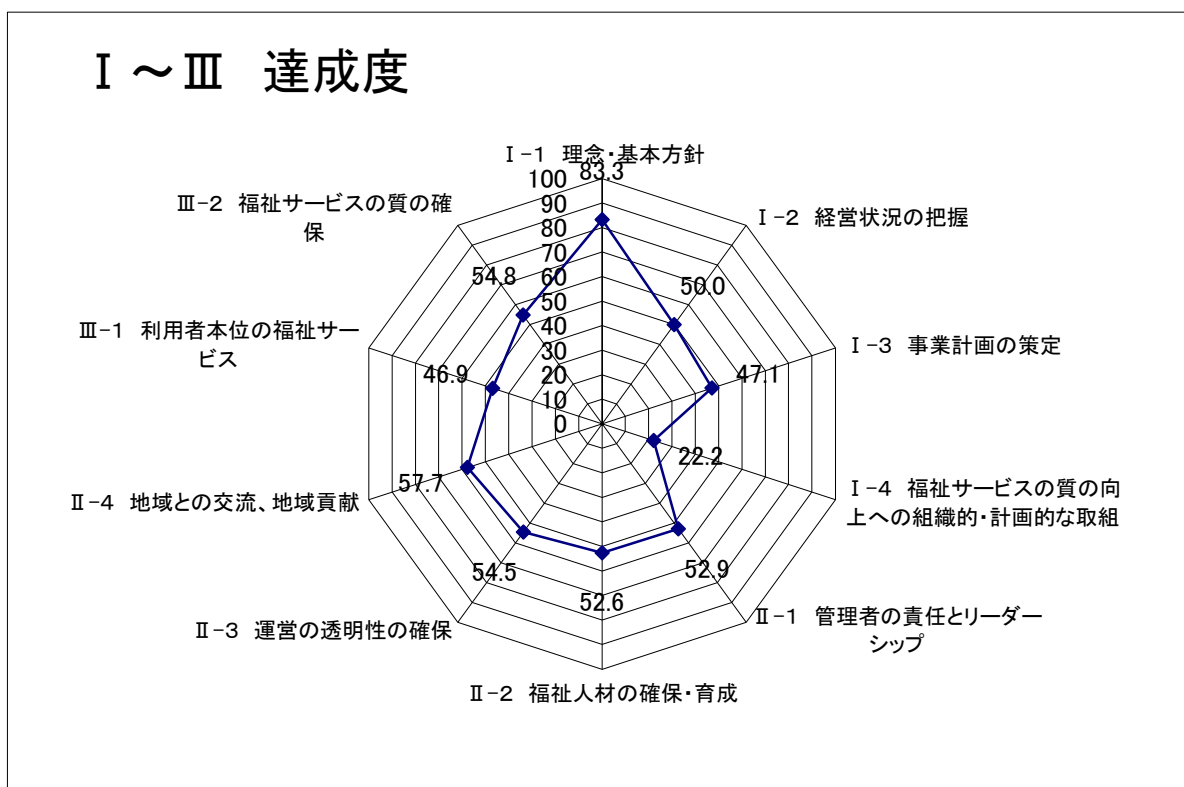
| | | 第三者評価結果 |
|----|---|---------|
| A㉑ | A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。 | c |
| A㉒ | A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。 | a |
| A㉓ | A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。 | a |

特記事項

| | |
|---|---|
| ○ | 外出・外泊に関するマニュアルは整備され、山裾に広がる敷地内での散歩外出は行われているが、新型コロナウイルス感染症の影響により、以前に行われていた行事外出は自粛されています。個人携帯を使用される方や、事業所内の電話を使用される場合にはプライバシーに配慮されるとともに、新聞や雑誌などは自由に購入することができ、ラジオや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、新型コロナウイルス感染症の予防などに留意しながらも、少人数のドライブや希望に応じた外出ができるような 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 | 4 | 50.0 |
| I-3 事業計画の策定 | 17 | 8 | 47.1 |
| 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 | 2 | 22.2 |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ | 17 | 9 | 52.9 |
| II-2 福祉人材の確保・育成 | 38 | 20 | 52.6 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 6 | 54.5 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 15 | 57.7 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 30 | 46.9 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 17 | 54.8 |
| 合計 | 227 | 116 | 51.1 |



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 | 21 | 12 | 57.1 |
| A-2 環境の整備 | 4 | 4 | 100.0 |
| A-3 生活支援 | 96 | 74 | 77.1 |
| A-4 家族等との連携 | 5 | 5 | 100.0 |
| A-5 その他 | 8 | 5 | 62.5 |
| 合計 | 134 | 100 | 74.6 |

| | | | |
|-----------|-----|-----|------|
| 合計(I～Ⅲ+A) | 361 | 216 | 59.8 |
|-----------|-----|-----|------|

