

令和4年度

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

養護老人ホーム 奥伊予荘

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

(別記)

福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：養護老人ホーム奥伊予荘	種別：老人福祉施設
代表者氏名：理事長 別宮 静	定員（利用人数）：70名（70名）
所在地：愛媛県西予市城川町古市1773番地1	
TEL：0894-83-0136	ホームページ： https://noshiro-f.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：昭和30年5月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 西予市野城総合福祉協会	
職員数	常勤職員：29名 非常勤職員 6名
専門職員	（専門職の名称） 名
	介護福祉士 16名 介護支援専門員 3名
	看護師 2名 社会福祉士 2名
	准看護師 2名 管理栄養士 2名
施設・設備の概要	（居室数）：居室70室、地域交流スペース・集会室・面会室・医務室・理美容室・事務室など （設備等）鉄筋コンクリート造平屋建 ユニット別生活方式（3ブロック・6ユニット）

③理念・基本方針

【法人基本理念】共生～ともに生き共に育つ～

- 【法人基本方針】
1. 私たちは、利用者の尊厳を大切にし、ともに歩みます。
 2. 私たちは、家族との絆をともに深めます。
 3. 私たちは、夢を持ち笑顔で、ともに邁進します。
 4. 私たちは、安心して暮らせる地域社会をともに築きます。
 5. 私たちは、法令を遵守し信頼される法人をともに目指します。

【奥伊予荘行動指針】「笑顔で よりそい ささえあう」

- ア. 入所者の意思及び人格を尊重します。
- イ. 家族との結びつきを大切にします。
- ウ. 職員は知識及び技術の向上に努めます。
- エ. 地域貢献に努めます。
- オ. 信頼される施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

養護老人ホーム奥伊予荘は、定員70名のうち30名分が、特定施設入居者生活介護の指定を受け、利用者の重度化にも対応をしている。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、外出や面会などの制限が設けられている中でも、施設として、「今できることを」、「利用者が楽しめることを」との思いから、環境を活かして行事等の企画や実践をしながら、楽しみのある生活が送れるような支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年9月16日（契約日） ～ 令和5年3月20日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成28年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

昭和30年に開設された養護老人ホーム奥伊予荘は、平成27年4月に、西予市から社会福祉法人西予市野城総合福祉協会（以下、「法人」という。）に経営移管され、地域の福祉の拠点としての役割を果たしてきた。令和元年から、介護保険の特定施設入居者生活介護事業を開始し、利用者の重度化に対応していることは評価することができる。

施設長は、職員の意見を踏まえながら、利用者へのサービスの質の向上への取り組みや、職員の働きやすい職場環境づくりを行っている。また、経営の改善に向けて、職員会等で職員への経営状況を説明するほか、課題解決に向けた取り組みを指導していることは評価することができる。

◇改善を求められる点

単年度の施設の事業計画は、法人の中長期経営計画や前年の事業計画の評価に基づいて策定しているが、今後は、現場の職員の参画や意見を反映された計画の策定が行われることを期待したい。

施設として、実習生の受け入れは行われていない。今後は、実習生の受け入れに備えて、実習生の受け入れマニュアルやプログラムを準備するほか、指導者に対する研修を実施するなど、実習生を受け入れる体制の整備が行われることが望まれる。

特定施設入居者生活介護の指定を受けて、利用者に福祉サービスを提供していることから、標準的な実施方法の文書化を行うとともに、作成された実施方法の職員への周知徹底を図り、福祉サービスの提供が行われることを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設として2回目の受審で、前回の受審後の対応策で十分でなかった点を再確認することができました。PDCAの重要性、特に評価し、見直すことへの取り組みを充実させ、今回の受審で改善を求められる点として、ご指摘いただいた事項について対応していきます。施設として出来ているところ、不十分なところを全職員で共有し、マニュアル・体制の整備等に取り組んでまいります。

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・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針を明文化するとともに、施設独自の行動指針も明記され、施設内に掲示するほか、パンフレットやホームページなどに掲載し、周知を図っている。職員は、委員会の開催前に唱和を行うなど、周知が図られている。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>西予市の各種福祉計画の内容や地域の実状を把握し、分析した上で、法人の事業計画が策定されている。定期的に、施設の経営状況を確認するとともに、課題の把握や分析が行われている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>定期的に、法人内で統括委員会を開催し、経営課題の把握や分析、改善に向けた協議が行われている。協議した内容は、施設の運営委員会等を活用して、職員への周知も行われている。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>法人内の中長期委員会を中心に、法人の中長期経営計画が策定されている。委員会では、課題の分析や解決、改善に向けた取り組み内容の協議をするとともに、実施状況の評価を踏まえた計画の見直しが行われている。</p>		

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・c
<p><コメント></p> <p>中長期経営計画を踏まえて、単年度の事業計画が策定されている。策定された事業計画をもとに、各ユニットで半期ごとに、チーム目標設定シートで目標を定めて、活動状況などの評価や見直しが行われている。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>昨年度の計画の実施状況の評価結果等をもとに、施設長と施設長補佐が、施設の事業計画を策定している。今後は、運営委員会等を活用して、職員が参画した上で協議が行われ、計画の策定や見直しが行われることを期待したい。職員には、職員会で計画の説明をするとともに、各部署に配布して周知が図られている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>事業計画や行事計画は、施設内に掲示して周知するとともに、利用者互助会（福寿会）や家族会総会の中で報告し、意見を聞く機会を設けている。</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
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・c
<p><コメント></p> <p>定期的に、第三者評価を受審し、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。また、組織的に、福祉サービス実施の評価や見直しをしている。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>前回の第三者評価の受審結果から明確となった課題を、毎月実施するサービス向上委員会やユニット会等で分析や検討を行い、計画的に課題の改善に向けて取り組んでいる。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>年度当初の各委員会や職員会のほか、広報誌において、施設長の役割や責任を表明している。また、各年度に作成する運営計画や事業継続計画等にも、責任や役割、権限移譲等が記載され、職員への周知が図られている。</p>		

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・c
<p><コメント></p> <p>施設長は研修会に参加し、遵守すべき法令等の理解に努めている。また、法令順守等の研修会を開催して職員へ周知を図るなど、理解促進にも取り組んでいる。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>事業計画や事業報告の策定に際し、福祉サービスの質の分析や評価が行われている。施設長は、運営委員会やサービス向上委員会などに参画するとともに、助言をするなどの指導力を発揮している。</p>		
13	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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>経営の改善や業務の実効性を高めるため、財務の分析等を踏まえて、施設長は経営の改善に向けた具体的な取組みを運営委員会や職員会で説明するなどの指導力を発揮している。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>法人の中長期経営計画の中で、人材の確保や育成、定着に向けた計画が明示されている。施設として、運営計画等の中で、その具体的な内容を示しながら、計画的な取り組みが行われている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として、成長支援制度の導入を行い、人事評価運用マニュアルで明確な基準を設けるなど、総合的な人事管理が行われている。制度の導入にあたり、職員への説明会で周知が図られるなど、適切な運営も行われている。また、職員アンケートを実施して、自らの振り返りを行うとともに、アンケート結果をもとに、目指すべき職員像の見直しを行うなど、人事基準などの見直しも行われている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、有給休暇の取得などの職員の就業状況を把握している。職員に自己申告書を提出してもらい、定期的に施設長等が個別面談を行い、職員の意向の把握に努めるとともに、日勤業務の希望などへの対応のほか、令和4年度から3名の職員を増員するなど、働きやすい職場環境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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>成長支援制度に基づいて、人事評価運用マニュアルなどで、職員の目標の設定や方法、期間、必要となるスキルの水準（ゴール）が明確にされ、施設長等との個別面談等を通して、進捗状況や達成度の確認が行われている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の中に、職員研修の方針を明示し、年間の研修計画が作成されており、定期的に、内部研修等が実施されている。外部研修への参加は、運営委員会の中で、受講する職員等が決定されている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>到達目標チェックリストに、職員として求められる知識や技術が明示され、項目ごとに評価する仕組みが整えられている。法人として、新規採用職員研修や階層別研修等が開催され、職員一人ひとりの知識や技術水準に応じた教育や研修の機会を確保している。外部研修に参加した職員は、施設内で伝達講習を行うなど、職員間の情報共有も図られている。また、エルダー制度が導入され、エルダー気づきチェックシートなどを活用して、中堅職員が新任職員等に指導を行うなど、人材の育成や定着にも取り組んでいる。</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。		
20	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・b・㉒
<p><コメント></p> <p>現時点で、地域性や施設の特性等もあり、実習生の受け入れは行われていない。今後は、実習生の受け入れに備えて、実習生の受け入れマニュアルやプログラムを準備するほか、指導者に対する研修を実施するなど、実習生を受け入れる体制の整備が行われることが望まれる。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページを活用して、法人の理念や基本方針、施設独自の行動指針のほか、事業や財務等に関する情報、苦情内容、第三者評価の受審結果等の情報公開が行われている。また、年3回広報誌を発行し、地域への情報発信も行われている。</p>		

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・c
<p><コメント></p> <p>年2回、法人と契約している公認会計士に、予算や決算、会計の契約状況等の監査を受け、助言や指導を受けている。また、チェックシートによる施設の業務監査も行われている。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>施設の行動指針の中で、地域貢献を明記するとともに、事業計画の中で、地域との関係継続の基本姿勢などが明示されている。コロナ禍の感染拡大により、利用者が地域と交流できる規模は縮小しているが、コロナ禍でもできることを考えながら、継続的に利用者が地域と交流する機会を持てるよう努めている。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>ボランティアの受け入れマニュアルなどの整備はないが、施設の概要や注意事項を記載した「ボランティアの手引き」を活用して、職場体験や夏休みチャレンジボランティアで来訪する中学生や高校生等への説明を行い、受け入れが行われている。今後は、受け入れに対する基本姿勢を明示するなど、さらなる受け入れ体制の強化が図られることを期待したい。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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・c
<p><コメント></p> <p>利用者に、より良い福祉サービスを提供するために、高齢者サービスガイドブックを用意するほか、地域の病院等の社会資源のリストを施設内に掲示している。また、オンラインアプリを活用して、市や地域包括支援センターなどの関係機関と、情報収集や共有等ができるような仕組みが整えられている。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>市の入所判定委員会や地域の住民座談会等への参加を通して、関係者と意見交換等を行い、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p>		
27	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として、ハート&ハート事業を取り組んでおり、地域でミュージックケアや介護講座等を実施したり、法人内の施設の一部を開放して、生け花教室等を開催したりするなど、地域貢献や地域コミュニティへの寄与が行われている。施設として、地域の奉仕活動を行うとともに、市から福祉避難所の指定を受けて、食料などの備蓄品を用意している。</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。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 基本方針等に、利用者の尊厳や人格の尊重が明記され、職員会等の中で、施設長が職員へ説明を行い、共通理解が図られている。また、虐待防止指針などを整備し、委員会で身体拘束や虐待防止などを話し合うとともに、研修会で職員への周知徹底が図られている。		
29	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。	㉑・b・c
<コメント> プライバシー保護マニュアルを整備し、職員への内部研修を実施するなど、プライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供が行われている。 居室は、全室個室でプライバシーに配慮した造りになっている。		
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。		
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。	㉑・b・c
<コメント> パンフレットやホームページ、広報誌等を通して、福祉サービス選択に必要な情報が提供されている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 入所手続きは、定められた書類に基づき、適切に行われている。また、特定施設入居者生活介護の契約時には、利用者や家族等に対して説明を行い、同意の上で契約が行われている。また、福祉サービスの変更を希望する場合には、必要に応じて、説明をしている。		
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。	a・㉑・c
<コメント> 福祉施設の変更等で、福祉サービスの内容の変更が生じた場合には、変更先の施設との適切な相談や情報提供を行い、円滑な移行ができるように努めている。今後は、より円滑な福祉サービスの移行に向けて、引き継ぎ手順を定めるなど、利用者や家族等に対して、移行後の相談方法や担当職員の説明等が行われることを期待したい。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	a・㉑・c
<コメント> 毎年、利用者や家族等に対して顧客満足度調査を実施し、収集した意見をサービス向上委員会の中で検討を行い、対応しながら満足の向上に努めている。今後は、把握した意見の分析や検討する機会等を、利用者互助会（福寿会）等を活用して、利用者が参画して話し合いが行われることを期待したい。		

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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決に関する規程や苦情申出窓口などの仕組みが整備され、対応結果は、広報誌やホームページで公表をしている。出された苦情等は、苦情解決の流れのフローチャートに沿って、迅速な対応をしている。また、職員には、職員会等で周知を図っている。</p>		
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・㉡・c
<p><コメント></p> <p>利用者にお客様満足度アンケートを実施するなど、意見を述べやすい環境を整えている。また、利用者は職員等の相談相手を自由に選ぶことができ、その都度個別に相談等の対応をしている。今後は、相談相手や相談方法の説明などの文書化が行われ、利用者への周知が図られることを期待したい。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>相談・苦情等のマニュアルを整備し、利用者の相談対応や、出された意見への対応方法等を明記している。利用者から出された意見や要望、提案は、ユニット会やサービス向上委員会で検討を行い、適切な対応をしている。また、苦情・相談記録表に、相談記録等を残すこともできている。</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。		
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・㉡・c
<p><コメント></p> <p>事故再発防止委員会を設置するほか、事故発生防止のための指針が整備され、事故発生後の対応手順の掲示と、職員への周知が図られている。ヒヤリ・ハット報告や事故報告の事例は、毎月の事故発生防止委員会で分析を行い、再発防止に向けた取り組みが行われている。今後は、安心安全な福祉サービスの提供に向けて、改善策や再発防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価や見直しが行われることに期待したい。</p>		
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・c
<p><コメント></p> <p>県の感染対策マニュアルや施設の新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画等に基づいて、感染症予防や対策など、利用者の安全確保のための体制が整備され、迅速な対応が行われている。また、年2回感染予防研修を催し、適切な職員への周知が図られ、感染症予防にも努めている。</p>		
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行っている。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設の立地条件から想定される災害への対策を講じるとともに、消防計画等に基づいた防災訓練等を実施するなど、組織的に利用者の安全確保に向けた取り組みが行われている。また、事業継続計画（BCP）が策定されている。また、災害時の安全対策や避難のために、各居室にはヘルメットを備えている。</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。		
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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>運営規程に処遇の方針が明記され、利用者一人ひとりには個別の福祉サービス実施計画にもとづいて福祉サービスが提供されている。また、提供する福祉サービスについては到達目標チェックリストで職員ごとにその実施状況を確認している。今後は、利用者の特性等を踏まえた標準的な実施方法が定められ、職員への周知を図りながら、それにもとづいた福祉サービスの提供が行われる仕組みが整備されることを期待したい。</p>		
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。	a・b・ c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が定められ、定期的に検証や見直しを行う仕組みが定められ、実施されることが望まれる。</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。		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>養護老人ホームでは相談員が、特定施設入居者生活介護では介護支援専門員が、計画作成の責任者として、多職種でアセスメントを行い、利用者や家族等の意向を確認し、必要に応じて、福祉サービス計画の作成が行われている。</p>		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人・施設として、ケアプラン実施評価の記入マニュアルが作成され、計画の評価や見直しなどの手順が定められている。基本的に、6か月に1回計画の見直しをするとともに、利用者の意向や状態の変化が生じた場合には、その都度の見直しが行われている。</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。		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況等は、組織で統一した様式に記録が残されている。施設として、システムのネットワーク化が図られ、職員間で情報共有を行いやすくなっている。今後は、記録の書き方や内容に、職員間の差異が生じないように、記録方法などのマニュアルの作成を行い、統一された記録が残せることを期待したい。</p>		
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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録等の個人情報については、基本方針や取扱規程等が整備され、利用者や家族等には入所時に説明を行い、同意を得ている。毎年、個人情報に関する研修会を開催し、職員への理解を深められるよう取り組んでいる。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護**A-1-(1) 生活支援の基本**

	第三者評価結果
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。	非該当
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。	非該当
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。	㉠・b・c
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。	㉠・b・c

所見欄

措置で養護老人ホームを利用している利用者のほか、介護保険の特定施設入居者生活介護の契約をした利用者があるが、全ての利用者に対してアセスメントを行い、一人ひとりの状態に応じた生活支援が行われている。特に、被虐待高齢者などの利用者に対して、事情に配慮した支援が行われている。

地域移行した利用者には、地域生活へ円滑に移行できるように、本人への継続した支援はもとより、市行政や担当介護支援専門員等への適切な情報提供等の支援が行われている。

職員の利用者への接し方や言葉づかいは、高齢者虐待防止委員会等の中で話し合い、意識した言動が行われるように取り組んでいる。

利用者の状態に応じて、ジェスチャーやホワイトボードなどを活用したコミュニケーション手法を取り入れながら、職員からの声かけを増やすなど、より良い対応に努めている。

A-1-(2) 権利擁護

	第三者評価結果
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。	㉠ - c

所見欄

現時点で、権利侵害に該当する事例等はなく、権利擁護への職員の意識と理解を高めるために、虐待や身体拘束の防止などの研修を行うなど、対応方法の周知徹底に努めている。また、虐待防止指針や身体的拘束適正化指針、対応フロー図などが整備され、利用者の尊厳や人格を尊重した支援が行われている。

A-2 環境の整備**A-2-(1) 利用者の快適性への配慮**

	第三者評価結果
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。	㉠・b・c

所見欄

清潔が保たれた施設内は明るく、利用者が快適に過ごせるような環境が整えられている。広い共有スペースには、利用者一人ひとりの居場所が確保されているほか、全ての居室は個室で、一人ひとりの利用者は思い思いの空間でくつろぐことができるようになっている。また、中庭には季節の草花や野菜が育てられ、利用者や来訪者は屋外の様子を眺めながら、季節を感じるができるようになっている。

A-3 生活支援

A-3- (1) 利用者の状況に応じた支援

	第三者評価結果
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。	㉠・b・c
A⑧ A-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。	㉠・b・c
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。	㉠・b・c

所見欄

利用者の心身の状況に合わせた入浴方法で、入浴支援が行われており、同性介助や入浴日の変更に対応するほか、汗を流したい時などに、施設で決められた入浴日以外のシャワー浴を可能にするなど、柔軟な対応に努めている。介助の必要な利用者には、個別浴槽での対応を行うなど、プライバシーへの配慮も行われている。

毎月のケア会議等で、利用者の状態に応じた適切な排せつ方法や排せつ用品の検討をしたり、個室化された居室で、ポータブルトイレを使用する場合にも、スクリーンを使用したりするなど、プライバシーに配慮した支援にも取り組んでいる。

利用者が安心安全に移動できるように、サービス向上委員会等の中で、利用者の心身状態を踏まえた福祉用具の選定の検討や見直しを行うなど、移動しやすい動線の確保や環境の整備に努めている。また、施設には介護用品の担当職員が配置され、車いすやベッドなどの管理やメンテナンスも行われている。

A-3- (2) 食生活

	第三者評価結果
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。	㉠・b・c
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。	㉠・b・c
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・㉡・c

所見欄

毎年、嗜好調査を実施して、給食委員会で献立の見直しなどを行ったり、利用者と一緒に調理実習やおやつ作りをするほか、季節のメニューの提供や誕生日会の祝食で、利用者が希望するメニューを提供したりするなど、食事を楽しめるよう工夫が行われている。

利用者の心身状況や嚥下能力などに応じて、栄養面に配慮した食事の提供が行われている。自助食器などを利用して、できるだけ自分で食べられるような支援にも努めている。また、体重や日々の食事量、水分量などを把握して、利用者一人ひとりの体調変化の早期発見に繋げ、適切な対応ができるようにしている。

毎食後に、職員は利用者に声をかけ、口腔ケアの実施を促している。義歯の異常等がある利用者には、早期の歯科受診に繋げている。今後は、研修会を実施して、職員に口腔ケアの必要性や重要性の理解促進に努めたり、歯科医や歯科衛生士による指導や助言を受ける機会を設けたりするなど、定期的に、全ての利用者の口腔内の状態等の確認が行われることを期待したい。

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

	第三者評価結果
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・ b ・c

所見欄

3か月に1回、感染（褥瘡）対策委員会を開催し、利用者一人ひとりの身体状況や栄養状態を確認するほか、多職種で話し合いをするなどの褥瘡予防に努めていることもあり、ここ1年褥瘡が発生した利用者はいない。今後は、褥瘡対策のための指針や標準的な実施方法を整備するほか、職員研修を実施するなど、さらなるサービスの質の向上への取り組みが行われることを期待したい。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

	第三者評価結果
A⑭ 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

所見欄

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A⑮ 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 ・b・c

所見欄

日常生活の中で、散歩（ノルディックウォーク）に出かけたり、生活の中で、できることを自分でしてもらったりするなど、利用者の心身機能の維持に努めている。また、毎朝のラジオ体操や足踏み体操を実施するほか、午後にはリハビリ体操を日課として行うなど、利用者の介護予防にも取り組んでいる。中には、機能訓練指導員が、個別に機能訓練を行っている利用者もいる。

法人内には、作業療法士などの専門職も配置されていることもあり、法人本部と連携を図りながら、施設として、専門職の活用を検討している。

A-3-(6) 認知症ケア

	第三者評価結果
A⑩ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c

所見欄

利用者一人ひとりの症状や生活歴等の把握に努め、職員間で情報を共有するとともに、個々に応じた支援が行われている。また、利用者に応じた適切な援助ができるように、定期的に認知症などの研修も行われ、職員の知識や技術の向上に努めている。

毎月のケア会議や専門委員会等の中で、認知症が進行した利用者への対応方法などの情報を共有するとともに、適切な援助などの検討が行われている。利用者の状態に応じて、嘱託医に相談をしながら、専門医への受診対応に繋げることもできている。

A-3-(7) 急変時の対応

	第三者評価結果
A⑩ 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。	㉑・b・c

所見欄

施設では、緊急時や急変時の対応手順のほか、関係機関との連絡などの体制が確立している。

日頃から、健康状態を把握し、早期に利用者の体調変化や異変の兆候に気付けるように努めている。また、感染症や認知症のほか、季節や利用者の状態に合わせた疾病などの研修を実施するなど、職員への情報提供が行われている。

A-3-(8) 終末期の対応

	第三者評価結果
A⑩ 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・㉑・c

所見欄

施設では、看取り支援は行われていない。利用者の状態の悪化に伴い、施設内での生活の継続が難しくなった場合には、利用者や家族等に主治医から病状説明を行うとともに、他の施設や病院への転院などの支援をしている。また、利用者の状態変化があった際には、必要に応じて、急変時や終末期における医療等に関する意思確認書を、家族等に説明し、意向を確認している。今後は、利用者が終末期を迎えた場合や重度化した場合の方針を明確にするなど、対応手順の作成等の取り組みが行われることを期待したい。

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

	第三者評価結果
A⑩ 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。	㉑・b・c

所見欄

家族等に対して、定期的に担当職員から電話連絡等を行い、利用者の近況を報告するとともに、広報誌の送付時に合わせて、書面で近況を伝えている。利用者の心身状況等に変化が生じた場合には、その都度連絡を行い、適切な支援に努めている。また、支援計画や施設サービス計画の作成時には、家族等から希望や意見の確認をしている。

所定の場所を設けて、家族等との面会にも対応しているが、コロナ禍において、外出や面会などの制限が設けられ、以前に比べると来訪する機会が減少している。

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
A④ 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。	非該当

所見欄

--