

(高齢者福祉サービス版)

令和 7 年度

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

特別養護老人ホーム松葉寮

社会福祉法人愛媛県社会福祉協議会

## 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：宇和町特別養護老人ホーム松葉寮             |                    | 種別：介護老人福祉施設                                             |      |
| 代表者氏名：施設長 岩瀬 憲治                |                    | 定員（利用人数）： 75名（75名）                                      |      |
| 所在地：愛媛県西予市宇和町久枝甲1434番地1        |                    |                                                         |      |
| TEL：0894－62－2111               |                    | ホームページ：https://www.seiyofukushi.com/nfacility/f157.html |      |
| 【施設・事業所の概要】                    |                    |                                                         |      |
| 開設年月日：昭和50年9月1日                |                    |                                                         |      |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 西予総合福祉会 |                    |                                                         |      |
| 職員数                            | 常勤職員： 61 名         | 非常勤職員                                                   | 18 名 |
| 専門職員                           | 歯科衛生士 2 名          | 介護支援専門員                                                 | 2 名  |
|                                | 管理栄養士 1 名          | 理学療法士                                                   | 1 名  |
|                                | 看護職員 9 名           | 言語聴覚士                                                   | 1 名  |
| 施設・設備<br>の概要                   | （居室数） ユニット型個室 19 室 | （設備等） 静養室・特殊浴槽・チア浴槽                                     |      |
|                                | 多床室 20 室 従来型個室 4 室 | 洗濯設備・多目的ホール                                             |      |

### ③ 理念・基本方針

#### 【法人の理念】

「老人に生きがいを」「障がい者には希望を」「子どもには大きな夢を」

#### 【施設の理念】

「誰もが利用したくなる施設づくり」

#### 【経営方針】

- ・施設理念に基づき、常に相手の立場に立ち、利用者お一人お一人を大切にします。
- ・各事業所での仕事に誇りと愛情が持てる職員を育成し、職員同士が認めあえる関係を醸成します。
- ・各事業所の利用率、利用者数向上に努め、安定した経営に努めます。

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

施設で採用した理学療法士や言語聴覚士、法人で採用している歯科衛生士等の専門職が、利用者の状態を確認して、自立支援や機能維持に向けた機能訓練や健康維持に向けた口腔ケアに取り組んでいる。

専門の職員を配置して、施設内で利用者を対象にしたデイサービスが行われており、利用者の意向を尊重した生活が送れるよう取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和7年8月29日（契約日）～<br>令和8年1月21日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 3回（平成30年度）                            |

⑥総評

◇特に評価の高い点

宇和町特別養護老人ホーム松葉寮は昭和50年9月に開設され、平成12年4月に新築移転し、現在に至っている。

施設長のリーダーシップのもと、施設理念である「誰もが利用したくなる施設づくり」を目指しており、“地域で一番の施設を目指す”“地域の中の最後の砦としての役割”に向けて、利用者、職員がともに安全で、快適で自立した生活への支援や安心して介護が行えるよう、抱え上げない介護（ノーリフティングケア）が行われている。

また、利用者の権利擁護の観点から身体拘束をしない介護が実践されている。

職員の確保が難しい状況の中、外国人や障がい者の雇用を積極的に行っており、抱え上げない介護の実践や記録業務のICT化、介護職員の喀痰吸引等研修への計画的な取組みなど、働きやすい職場作りに向けた取組みが行われていることは評価できる。

令和6年に多床室に間仕切りが設置され、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が行われている。

現在、施設内で生産性向上への取組みとして、職員の業務内容についてのタイムスタディを取って、集計、検討が行われ、業務の改善や働きやすい環境づくりに向けた取組みが行われている。

◇改善を求められる点

利用者満足度に関する調査、把握が定期的に行われ、福祉サービスの改善に向けた取組みが行われることを期待したい。

利用者と地域との定期的な交流やボランティア受入れ等に関する基本姿勢が明文化され、受入れ前に十分な説明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

今回受審に当たり、職員が共通の目標や組織体制、ケアについて、振り返る機会となり大変有意義なものになりました。事業所の取組みについても、概ね評価いただきありがたく思います。ご指摘を頂いた満足後に関する調査についても、1月に行っており、現在集計をしているところです。結果を今後の施設サービスに活かしていきます。また、ボランティア受け入れ等についても、明文化したものを受入れ前に説明するようにいたします。

今回の結果を全職員で共有し、今後もケアの質の向上に取り組み、ご利用者・ご家族・地域に信頼されるよう努力していきます。

(高齢者福祉サービス版)

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>法人の理念の他に施設の理念、経営方針がわかりやすい言葉で明文化されており、職員に対しては、年度初めの職員会で説明を行い周知が図られている。利用者や家族に対しては、施設内の掲示やホームページへの掲載、家族会での説明などで周知を図っている。</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>介護事業の動向については、情報誌や研修会で把握している。今年度、法人で2040年に向けた計画作成への取組みを始めたこともあり、西予市の人口の動向等、事業経営を取り巻く環境についての情報収集や分析を行っている。経営状況に関しては、毎月の職員会で稼働率等を確認して、職員へ周知している。</p>                             |                                           |         |
| 3                                                                                                                                                                                              | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。        | Ⓐ・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>運営委員会において、事故等による利用者の入院等で施設の稼働率が下がらないよう、転倒予防や誤嚥防止等について検討を行い、検討結果に基づいた取組みが行われている。</p> <p>残業時間の削減に向けた取組みや職員の無駄な動きを減らし生産性を向上させることを目的に業務の洗い出しを行うなど、業務改善や働きやすい環境に向けた取組みが行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画は、法人の中長期計画策定委員会で策定され、その内容は福祉サービスの展開に関することをはじめ、施設設備の整備や災害対策、人材確保や育成等と多岐にわたっており、分かりやすく数値目標も示されている。委員会では3年ごとに検証して、見直しを行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画を基に単年度の計画が策定されている。具体的な数値目標が示されていて、実施状況が確認しやすい内容になっている。</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。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定前には、評価や見直しが行われ、ユニット会等で各職員からの意見を聞いたうえで策定されている。策定された事業計画は4月の職員会で配布、説明し、周知を図っている。実施状況については、毎月の職員会で稼働率等の確認を行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が読みやすいよう大きな文字で表記されたものが施設内に掲示されており、いつでも確認できるようにしている。</p> <p>家族に対しては、家族会で説明しており、欠席した家族には送付するとともに、ホームページにも掲載している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けて第三者評価を受審し、法人の内部監査委員会による運営指導と同様の内容で、内部監査を受けている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>内部監査で指摘を受けた事項については、運営委員会やユニット会で検討が行われ、改善に向けた取組みが行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長の役割は、各指針や計画書等に明記されており、職員には各委員会や研修会で説明して周知、徹底が図られている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は各種研修会に参加し情報収集をしている。労働時間や労働災害の件で対応したことがあり、遵守すべき法令の正しい理解に向けた取組みを行っている。職員に対しては、安全衛生委員会で事例や改善策等を説明し、周知を図っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営委員会や主任会、研修会に参加して言葉づかい等気になることについての話をし、福祉サービスの質の向上に向けた助言や指導を行っている。ICTや福祉用具の導入にあたっては、実際に施設で有効性を確認した上で、判断している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員会において、毎月の稼働率や経営上の課題について周知し、職員が働きやすい職場になるよう、有給休暇の取得や給与等の労働条件改善に向けた取組みを行っている。</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   |
| <コメント><br>中長期計画の中に、年度別の採用数や外国人、障がい者の雇用等の人材確保について明記されており、専門資格の取得についても記載がある。外国人に対しては、法人内の生活支援・教育部会で生活への支援と教育、育成について協議を行い、法人として人材確保や定着に向けた取組みが行われている。 |                                                    |         |
| 15                                                                                                                                                 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>法人で人事制度の体制が整備され、評価や目標管理が行われている。現在の人事制度は10年前から運用しているため、来年度の運用開始に向け、魅力ある職場づくりを目指した見直しが行われている。                                              |                                                    |         |
| 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・c   |
| <コメント><br>職員の心の健康は、職場の組織力の向上及び活力のある職場づくりに重要と認識しており、今年度からは法人全体で心の健康づくり活動への取組みが行われている。職員への聞き取りでは、働きやすく休みも取りやすいといった声が聞かれた。                            |                                                    |         |
| 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・c   |
| <コメント><br>人事制度で用いる職種別の考課シートで、各自が目標設定やスキル等の自己評価を行い、自分の業務への取組状況について振り返りが行われている。新入職員には育成計画書に基づいた指導が行われており、現在、外国人用の育成計画書を作成している。                       |                                                    |         |
| 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・c   |
| <コメント><br>法人で「期待する職員像」や職員に必要とされる専門技術等が明示されている。研修会は、法人で行われるものや施設で開催されるものがあり、年間計画に基づいて行われている。                                                        |                                                    |         |

|                                                                                                                               |                                                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 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・c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>法人において、新人、中堅、主任と階層別の研修会が計画的に行われ、施設外の研修へも参加を奨励しており、研修後は職員会等で報告が行われている。外国人に対しても育成到達基準を作成し、育成に取り組んでいる。</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。 | ㉠・b・c |
| <p>〈コメント〉</p> <p>実習生の受入れについては、マニュアルの用意をはじめとした体制が整備されている。専門学校をはじめとし、中学校や高等学校、障害者の就業支援の受け入れも行っている。また、専門学校の外国人の実習の受入れも行っている。</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。       | ㉠・b・c   |
| <p>〈コメント〉</p> <p>運営の透明性を確保するために、ホームページや広報誌に理念や事業、財務等についての情報が公開されている。第三者評価の受審結果や苦情相談等も公表する体制が整備されている。</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>事業に関する事務や経理については、事務マニュアルが整備されており、法人で契約している公認会計士の立ち合いのもと内部監査を行うなど、公正かつ透明性の高い適切な経営、運営に向けた取組が行われている。</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。 | a・㉡・c   |
| <p>〈コメント〉</p> <p>地域との関わりについては、基本方針や事業計画で基本的な考え方を明示し、利用者が地域の社会資源を活用しているが、地域住民との定期的な交流が行えていない。</p> <p>今後は、地域において事業所や利用者への理解を深めるための取組が行われることを</p> |                                      |         |

|                                                                                                                                                                                                           |                                                        |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------|
| 期待したい。                                                                                                                                                                                                    |                                                        |                |
| 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・ <b>⑥</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>婦人会や清掃ボランティア、社会福祉協議会が行う小中学生ボランティアの受入れや学校での介護教室に協力はしているが、ボランティアを受入れる体制が整備されていない。</p> <p>今後はボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化し、受入れ体制が整備さ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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の関係機関や団体を地域包括支援センターが取りまとめて作成した高齢者サービスガイドブックをインターネット上で確認することができることを職員会で周知している。また、地域包括支援センターが運用する情報共有システムで市内の事業所との連携が図られている。医務室には、関係する医療機関の一覧が掲示され、協力医療機関の病院と月1回カンファレンスを行っている。</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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の代表者が参加する運営推進会議を2か月に1回開催し、入所判定委員会を毎月開催して、その場で地域の課題等の意見交換を行っている。法人でも年1回、地域の方の意見を聞く場を設けている。</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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>県社会福祉協議会の事業「介護入門講座」の南予地区を開催し、今年度は6名の受講者を受け入れた。法人内の老人事業部で、今年度から地域の希望者に対して、個別に介護のアドバイスを行う事業を始めるなど、各事業所においても地域貢献活動を行っている。</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。        | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>事業計画に利用者の尊重について明示されており、事業計画の説明時に周知している。「倫理規定」が策定されており、内容についての研修も行われている。利用者の尊重や基本的人権への配慮については、身体拘束や虐待防止の研修会でも取り上げて説明等を行っている。 |                                                           |         |
| 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。               | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>プライバシーの保護については、倫理規定や介護マニュアル等にも明記しており、職員会や研修会で内容を確認するなど、職員の理解を進める取組みが行われている。居室は多床室に間仕切りを設置して、プライバシーが守れるようになっている。             |                                                           |         |
| 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。             | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>利用者がサービスを選択する際の参考にしてもらうため、令和6年にパンフレットを作成した。法人のホームページやInstagramを利用し、法人や施設の広報誌で情報を発信している。                                     |                                                           |         |
| 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。              | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>福祉サービスの開始時や変更時には、所定の書類を用いて利用者や家族に説明を行い、同意を得ている。意思決定が困難な利用者は、成年後見制度を利用するなどの配慮をしている。                                          |                                                           |         |
| 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。 | ㉠・b・c   |
| <コメント><br>契約書にサービスの変更や退所する場合の対応や円滑な退所のための援助について明記されており、入所時に説明が行われ、適切な援助を行うことになっている。                                                   |                                                           |         |

|                                                                                                                                                       |                                                      |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| 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・ <b>⑥</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や家族にアンケートを実施し、利用者満足を把握する仕組みはあるが、今年度はまだ実施されていない。今後は、アンケートを行い、その結果を踏まえて福祉サービスの質を向上させるための取組みが行われることを期待したい。</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。                                                                                                                      |                                                      |                |
| 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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整備されており、入所時には仕組みについて説明するほか、施設内に掲示するなど、周知に向けた取組みが行われている。苦情を受け付けた場合には、手順に基づいて解決に向けた取組みが行われ、その内容が公表されることになっている。</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。         | <b>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、担当する利用者が決まっており、話しやすい関係づくりに取り組んでいる。多床室にも間仕切りがあり、話や意見を聞く時のプライバシーに配慮した環境が用意されている。介護相談員派遣事業の相談員が来ており、第三者に話を聞いてもらう機会がある。</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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、利用者と日常的に関わる中で声かけや話をして、意見や要望を積極的に把握する取組みを行っている。利用者から聞きとった意見や要望は、施設で決められている手順で迅速に対応する取組みが行われている。</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。  | <b>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの体制が整備されており、月1回の委員会で事故防止の取組みや発生した事故やヒヤリハットを検証して再発防止策を検討し再発防止に努めている。また、再発防止策の評価や見直しについても行われている。</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>①</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>指針や感染症対応マニュアルが整備されている。感染症の予防や発生時の対応についての研修を開催し、職員が対応できるよう周知に取り組んでいる。実際に新型コロナウイルス感染症の発生に対して、マニュアルに沿った対応を行い、感染を抑えこむことができている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災計画や対応マニュアル、事業継続計画が整備されており、訓練や研修を通じて職員への周知を行い、災害への備えが行われている。防災訓練の際、地元の区長や民生委員にも参加してもらっており、実際の水害時には地元消防団と連携して、利用者を避難させることができた。</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。 | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護内容ごとに手順やプライバシーの保護等が明記されている介護マニュアルや、ケアマニュアルが作成されており、それに基づき福祉サービスが提供されている。新人職員には、育成計画書で修得状況を定期的に確認している。その他の職員は、人事考課シートのスキル評価で確認している。</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。               | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回開催されている、法人のOJTリーダーの会で、必要に応じてケアマニュアルの内容が検証され、見直しが行われている。</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。        | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別的な福祉サービス実施計画の作成に関する体制に基づいて、ケアマネジャーが利用者の意向や状況を確認し、各職員から意見を聞き、集約して作成している。作成された計画は、利用者や家族、関係する職員でその内容を確認して、同意を得たものが個別の福祉サービス提供の基となっている。</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。                | ㉠・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>作成された個別の福祉サービス実施計画については、福祉サービスの実施状況の評価や利用者等からの意向等の確認が6か月ごとに行われ、その結果や内容が次の計画作成に生かされている。見直しを経て作成された計画は、改めて利用者や家族、関係する職員でその内容が確認され、同意を得たものが個別の福祉サービス提供の基となっている。</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。 | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの実施計画の実施状況は、担当した職員が介護記録ソフトを用いて記録し、職員間で共有が行われている。介護記録ソフトでは、職員間で記録内容に差異が生じないよう、固定化された選択項目を活用したり、自由記載できる欄を設けたりしている。</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。                    | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規程や個人情報に関する方針が策定されており、家族等には入所時の契約時に説明し同意をもらっている。職員は、規程や方針に沿った記録の管理が行われている。個人情報保護について理解を深めるよう研修会を実施している。</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。  | ㉠・b・c   |
| 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。 | 評価外     |
| 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。   | 評価外     |
| 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

利用者の心身の状況や意向を踏まえ、カンファレンスやユニット会で利用者の生活への支援を協議している。希望者は、施設内で実施しているデイサービスや、クラブ活動に参加している。外出行事の再開や、移動販売で利用者が好みの食品等を購入するなど、生活の楽しみへの配慮や工夫が行われている。

施設で採用されている言語聴覚士が利用者の発語やコミュニケーションの状態を確認して、個別や集団でのリハビリを行い、介護職員への指導や助言を行っている。

### 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

施設長は、身体拘束はしないと公言しており、年度初めに身体拘束や高齢者虐待防止、人権擁護についての研修会を開催して、職員全員で理解を深めるなど、周知の徹底に努めている。また、毎月、虐待防止検討委員会や身体拘束委員会を開催して、事案の有無を確認している。

## 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

多床室の間仕切り設置やなじみの物の持ち込み等、利用者の落ち着ける空間づくりを行っている。認知症の利用者が、トイレや居室がわかるように表示の工夫をしている。施設周りの垣根を撤去したことで、居室から近くの景色が見えるようになり、利用者から好評を得ている。

**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

入所時のアセスメントや実際の関わりの中で利用者の心身の状況や意向を確認して入浴形態を決めている。皮膚疾患等の利用者にも毎日入浴してもらうなど、可能な限り個浴での一人対応も行っている。

オリゴ糖入りの食品を提供し、腹部を温めるなど自然な排せつを促す取り組みが行われている。また、排せつはトイレでとの方針に従い、トイレ誘導を行っている。職員の中におむつマイスターの資格を持つ職員がおり、適切なおむつ選びへの助言が行われている。

利用者が残存機能を活かした移動ができるように、機能訓練指導員が評価を行い、中心となって使用する福祉用具や移動方法を検討している。

**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。         | ㉠・b・c   |

所見欄

誕生日を迎えた利用者への誕生食やユニットで調理するユニット食、管理栄養士が手作りしたお菓子が提供される喫茶など、利用者が食事をおいしく、楽しく食べられるよう工夫が行われている。

食事は利用者の心身の状況に応じた形態で提供されている。管理栄養士が栄養ケア計画を作成して、言語聴覚士や歯科衛生士とも協力し、誤嚥性肺炎を起こさない取り組みが行われており、毎月、口腔機能向上委員会で利用者の状況について協議が行われている。食事前には言語聴覚士や理学療法士による口腔体操が行われている。

歯科衛生士が月2回口腔ケアを行い、介護職員への指導も行っている。介護職員には、年1回口腔ケアの研修も計画されている。義歯については職員が管理している。

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。 | ㉠・b・c   |

所見欄

毎月開催される褥瘡予防委員会でスクリーニングを行い、ケア計画書に基づき、発生予防の取り組みが行われている。治療を行っている利用者には、関係職員が連携して治療に向けたケアが行われている。職員対象に褥瘡予防の研修会が開催され、知識の共有やポジショニング等について理解を深めている。

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。 | ㉠・b・c   |

所見欄

喀痰吸引の必要な利用者があるため、毎年、計画的に喀痰吸引の研修を職員が受けている。(現在20名が受講済)夜勤職員の中に喀痰吸引の研修を終えた職員を1名は配置している。毎月の医療的ケア安全対策委員会で、状況の確認や問題点について協議がされている。

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。 | ㉠・b・c   |

所見欄

利用者ごとに個別機能訓練計画書が作成されており、機能訓練が行われている。日々の生活場面で介護職員が関わる場合も機能訓練、介護予防の視点を持って関わっている。  
認知症については精神科の病院から月に１回、医師が来てもらい、相談できる体制がある。

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。 | ㉓・b・c   |

所見欄

施設としては、行動・心理症状のある利用者に精神科の医師と連携して対応した事例や、家族に協力してもらって対応した事例等がある。利用者が落ち着いて過ごせるよう、個人に対応した活動を用意するなどしている。職員には、研修会の開催を通じて認知症の最新情報等の周知を行っている。ユニット会においては、個別の対応について協議している。

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。 | ㉓・b・c   |

所見欄

緊急時の対応手順については研修会で周知し、職員の控室等に掲示していつでも確認できるようにしている。職員に対しては、消防署の救急救命士からAEDの使用方法等の救急講習も行っている。  
利用者の体調変化については嘱託医と連携して、指示を受けている。

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。 | ㉓・b・c   |

所見欄

施設長の「最期を任せてもらえる施設になりましょう」という考えのもと、看取りに関する指針や意向書があり、職員への研修も行われている。看取りにあたっては、医師との面談やカンファレンスの実施等指針に基づいて行っている。他利用者とのお別れの機会を持つなど、施設が生活の場であると考えている。

## 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 |
|----------------------------------------|---------|
| A ㉑ 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

家族への連絡や要望等の確認は、毎月の文書発送やサービス計画書の見直しに合わせて行っている家族会がある。また、年1回の総会時や年2回のボランティア活動時に交流が図られている。面会は感染症が流行していなければ、できるだけ面会してもらうようにしている。

## 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 |
|---------------------------------------------|---------|
| A ㉒ 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。 | 評価外     |

#### 所見欄

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