

(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一本松荘

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：特別養護老人ホーム 一本松荘           |              | 種別：介護老人福祉施設                    |               |
| 代表者氏名：久徳 秀樹                 |              | 定員（利用人数）：５０名（５０名）              |               |
| 所在地：愛媛県南宇和郡愛南町中川１４３８番地１     |              |                                |               |
| TEL：０８９５－８４－３５８８            |              | ホームページ：http://www.nanpu.or.jp/ |               |
| 【施設・事業所の概要】                 |              |                                |               |
| ・ 開設年月：平成５年４月１日             |              |                                |               |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：宇和島地区広域事務組合 |              |                                |               |
| 職員数                         | 常勤職員：        | ３３名                            | 非常勤職員 ８名      |
| 専門職員                        | （専門職の名称）     | 名                              | 介護支援専門員 ３名    |
|                             | 看護師          | ３名                             | 准看護師 １名       |
|                             | 社会福祉主事       | １名                             | 介護福祉士 １６名     |
|                             | 栄養士          | １名                             | 調理師 ３名        |
| 施設・設備<br>の概要                | （居室数）        | ２１室                            | （設備等）         |
|                             | 個室１０室、二人部屋２室 |                                | 鉄筋コンクリート造平屋建て |
|                             | 多床室９室        |                                |               |

### ③ 理念・基本方針

「やさしく・ゆったり・寄り添って」

（１）能力に応じ自立した日常生活の援助

（２）意思及び人格尊厳の保持によるここの立場に立ったサービス内容の提供

（３）地域に開かれた施設づくり

（４）職員の専門機能の確立

### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

県の最南端に位置する町で地域及び関係機関との連携協力を行い、地域の福祉ニーズに応える取組みが継続されている施設である。令和4年度に新たな介護記録・請求システムを導入し、生産性向上にも組織として取り組んでいる。また、新施設長の発案で職員アンケートを実施し、接遇に関する取組みを進めている。

⑤第三者評価の受審状況

|               |                                        |
|---------------|----------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和7年7月15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） | 4回（平成29年度）                             |

⑥総評

◇特に評価の高い点

理念及び基本方針は玄関ホールや廊下等に掲示されている。また、施設のTシャツや公用車等にも書かれてアピールされている。さらに、朝礼において職員が唱和し意識を高めている。

緊急時対応マニュアルを整備し、体調急変時の対応が組織化されている。日々の健康状態は介護記録システムに記録されており、体調変化やその兆候に気づく工夫がしっかりと行われている。

広域事務組合の個人情報保護規程が策定されており、個人情報の保護には力を注いでいる。介護記録・請求システムはパスワードの使用でセキュリティ対策を行い、職員に対して個人情報の保護に関する研修も行われている。

◇改善を求められる点

単年度の事業計画は行事計画や施設の修繕を中心とした計画となっており、業務改善プロジェクトチームで検討された内容等を踏まえ、代表者会議において単年度計画の策定を期待したい。

約3年前に介護記録・請求に関する新システムを導入し、記録の一元化を図っているが、利用者に関する介護内容の記録不足や分散化に課題が残る。今後は、記録の集約化や内容の精査等への取組みを期待したい。

新型コロナウイルスの影響から地域との交流が途絶えてしまっている現状があり、地域との関係性を取り戻す取組みが必要とされる。施設からのアクションで、地域住民や関係機関との関係性再構築を期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価の結果を受け、多くの気づきができ、問題点が明確になりました。当事者では気づけていなかった改善点を指摘していただきありがとうございました。特に記録の不足については現在施設をあげて改善を行っているところであり、今後適切な記録ができるように取り組んでいきます。

今回、評価の高かった点については更なる向上を目指し、改善を求められた点に関しては施設全体で協議し、ご利用者様やご家族様に喜んで頂ける施設となるよう努めていきたいと思っております。これまで以上に職員一人ひとりがサービスの質の向上に努めていくとともに、地域との交流を深め、地域に根付いた施設づくりを目指してまいります。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目について、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   |
| <コメント><br>理念及び基本方針は、玄関ホールや廊下等に掲示されている。また、施設のTシャツや公用車等にも書かれてアピールされている。さらに、朝礼において職員が唱和して意識を高めている。 |         |

#### 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   |
| <コメント><br>毎月実施の広域事務組合経営会議において、施設の利用率やコストなどについて分析や検討を行っている。また、愛南町の高齢者福祉計画等を把握し、今後の取組みについて話し合いが行われている。 |         |
| 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   |
| <コメント><br>経営課題に関して役員及び理事等が理解しており、職員の代表者会議において施設の稼働状況報告や課題を協議し、職員会において報告することで施設の経営課題の共有化が図られている。      |         |

#### 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>２０２０年に介護保険施設将来構想・事業計画を広域事務組合で策定し、１０年間の事業計画のもと一本松荘の取組み方針が確立されている。また、３年間程度で見直しの方針も決まっている。</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。                | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>単年度の事業計画は行事計画や施設の修繕等を中心とした計画となっており、業務改善プロジェクトチームで検討された内容等を踏まえ、代表者会議において単年度計画の策定を期待したい。</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・ <b>b</b> ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>単年度の計画は職員会等で行事報告が行われ、意見を得ながら代表者会議で見直しされている。行事計画等が中心となっており、職員の理解に関して不十分さを感じている。代表者会議で具体的な内容の策定と、職員会での周知を期待したい。</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。                 | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>行事計画や事業内容は掲示されているが、新型コロナウイルスの影響で常会（施設利用者の会）及び家族会での報告はされていない。今後は再開を検討しており、以前のように説明が行われることを期待したい。</p>               |                                                     |                |

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

|                                                                                                                                                                |                                                      |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                |                                                      | 第三者評価結果        |
| I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。                                                                                                                             |                                                      |                |
| 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。          | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>生産性向上委員会や業務改善プロジェクトチームなどで、業務に関して検討されたものを代表者会議で検討する流れはできている。今回の第三者評価は前回から期間が空いており、自己点検が職員によって十分に行われていない。今後は、自己点検実施と業務改善が一体的に実施されることを期待したい。</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。 | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>今年度、施設内で業務改善に関するアンケートを全職員に実施し、職員の負担軽減に関する検討を始めている。取組みに関する評価及び改善計画の見直しは今後実施される予定である。</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>職務分掌において施設長の役割と責任は文書化されている。また、災害時の権限移譲も含めたBCP計画が策定されている。代表者会議や職員会、研修等で説明し理解を図っている。</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>法令遵守担当者を選任し、広域事務組合職員としての法令順守が徹底され、担当者会議や研修会を定期的実施することで、職員への周知ができています。</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>施設長自ら接遇に関するアンケートを実施し、結果を分析して職員へ周知している。また、各種の委員会にも積極的に参加して意見を出している。</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>施設入所や短期入所等の利用率増加に向けた取組みを主導し、給食関連の新たな取組みにも関与している。介護現場に積極的に足を運ぶことで職員へ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>&lt;コメント&gt;</p> <p>広域事務組合で職員採用計画を策定し、必要とされる有資格者の採用や職員への資格取得への働きかけが行われている。また、人材確保のために高校へ説明に出向くなどの活動も行っている。</p> |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                   |                                                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 15                                                                                                                                                                | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>昇進や昇格等への基準があり、人事考課制度を活用して職員処遇がされている。また、人事考課の面接時に職場への意見や異動等に関する希望を聞き取って、職員配置の参考にしている。さらに、広域事務組合として給料改定に取組み、正規職員と会計年度任用職員との格差是正に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回のストレスチェックに加えて勤怠管理システムの導入で就業状況を把握し、有給休暇を取得しやすくする取組みを行っている。また、ハラスメント研修を年1回行い、働きやすい職場づくりに努めている。</p>                                        |                                                           |       |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                                                                                                                    |                                                           |       |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職階ごとに整備された人事考課制度を活用し、係長や施設長などの上位評価者との間において年3回の面談が行われ、職員一人ひとりの目標を確認し、必要に応じてアドバイスを行っている。</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。         | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針に期待する職員像を示し、研修委員会によって施設内研修計画が策定されている。また、途中で評価を行い見直しもを行っている。業務時間内に研修受講できるような配慮があり、研修受講率を評価している。</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。                       | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護・障がい福祉・在宅医療向けのオンライン動画研修サービス（ジョブメドレー・アカデミー）を活用した研修や愛南町で開催される研修会、専門職に必要とされる研修会等に参加している。また、適時OJTが現場で実施されている。</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・㉡・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れに関するマニュアルは整備されているが、介護福祉士等の指導者研修受講者はいない。また、新型コロナウイルスの影響もあり、実習生の受け入れは行われていない。今後は、人材確保のためにも積極的な実習生の受け入れを期待したい。</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。       | a・b・c   |
| <コメント><br>ホームページや市の広報誌に理念や基本方針、事業会計等が掲載されて周知が行われている。また、一本松荘の機関誌で施設の行事計画等を公表している。さらに第三者評価も定期的に受審し改善に向けた取組を継続的に公表している。 |                                            |         |
| 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。 | a・b・c   |
| <コメント><br>事務処理に関するルールは広域事務組合で明確にされており、内部監査や愛媛県の監査は定期的に行われているが、外部監査は行われていない。                                          |                                            |         |

## 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・b・c   |
| <コメント><br>愛南町高齢者支援マップを玄関に置き、いつでも見ることができるようにしている。新型コロナウイルスの影響から地域との交流が途絶えてしまっている現状があり、地域との関係性を取り戻す取組が必要とされる。施設からのアクションで、地域住民や関係機関との関係性再構築を期待したい。 |                                                        |         |
| 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・c   |
| <コメント><br>ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備されているが、ボランティアの育成や研修に関しては十分に行えていない。今後は研修に関する計画作成と実施を期待したい。                                                       |                                                        |         |
| 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。 | a・b・c   |
| <コメント><br>愛南町高齢者支援マップなどを活用し社会資源のリスト化はできている。医療機関との関係会議開催や災害に関して愛南町のネットワークは構築されているが、地域でのネットワーク化までは踏み込めていない。                                       |                                                        |         |

|                                                                                                                                          |                                           |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|
| 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。     | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域の医療機関との定期的な会議は行われているが、近年、地域イベントなどは開催されておらず、地域の福祉ニーズを把握する機会は少ない状況となっている。以前のように地域に向けたイベントの再開を期待したい。</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。 | a・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の広報誌「一本松荘だより」を役場や関係機関に配布することで、公益的な活動について周知をしている。また、地域の福祉避難所として指定され、備蓄倉庫も備えている。今後は、地域とのつながりの機会を再開することを期待したい。</p> |                                           |                |

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

|                                                                                                                                                                     |                                                    |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------|
|                                                                                                                                                                     |                                                    | 第三者評価結果        |
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。                                                                                                                                         |                                                    |                |
| 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>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針において利用者の意思及び人格を尊重する立場を明確にしている。また、各種のマニュアルにおいても、利用者を尊重したケアを実施することを明示している。接遇に関するアンケートを行い接遇委員会で検討が行われ、研修会も実施されている。</p>                      |                                                    |                |
| 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>a</b> ・b・c  |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本方針において利用者のプライバシー保護に努める姿勢を明確にしている。また、各種マニュアルにおいてもプライバシーに配慮したケアの実践が随所に見られる。利用者や家族に対して個人情報の取り扱いなどに関する説明も行われている。</p>                           |                                                    |                |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。                                                                                                                         |                                                    |                |
| 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・ <b>b</b> ・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>広域事務組合のホームページに福祉サービスの内容について公表しているが、パンフレットは公共施設に置いていない。また、利用希望者に対する情報提供の適宜見直しも十分とは言えない。今後は、公共施設等に福祉サービスの内容が分かる書類や一本松荘だよりなどを置くことの検討を期待したい。</p> |                                                    |                |

|                                                                                                                                                         |                                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書を活用し、生活相談員が分かりやすく説明している。また、十分な判断が難しい利用者の場合には、成年後見制度を活用する場合もある。</p>                                                        |                                                           |       |
| 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・㉡・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>病院等に移行する場合には、利用者情報や看護サマリーなどの書類を先方に渡している。また、長期入院で退所となる場合は病院と連携をしてその後の相談に応じている。今後は、福祉サービス終了後の相談窓口等に関する文章を用いた説明を期待したい。</p>          |                                                           |       |
| 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・㉢・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>常会や家族会が新型コロナウイルスの影響によって行えていない。毎月モニタリングは実施されているが、利用者の様々な意見を基にした会議に利用者の参加は見られない。今後は、定期的なアンケートや常会等での意見集約と利用者を交えた検討がさ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・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>玄関横にご意見箱を設置し、苦情解決責任者や担当者も明確にされている。また、第三者委員を選任し苦情解決に対応する仕組みがあり、周知されている。さらに、苦情に関する情報公表も行われている。</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・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書に相談窓口について明記し説明している。また施設内にも掲示されている。生活相談員等が利用者及び家族の相談に応じ、会議室や面会コーナーなどを活用して各種の相談にのっている。</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・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決に関するマニュアルが整備され、利用者及び家族から得られた意見や要望は職員間で周知され、代表者会議で検討された後に改善につなげるなど、迅速対応の仕組みができています。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故発生に関する指針を策定し、毎月実施の事故防止委員会でリスクマネジメントに関する取組を行っている。ヒヤリハットに関する事例を集積し、原因の究明や対策を検討している。また、事故防止に関する職員研修も実施されている。</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。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内感染対策に関するマニュアルを策定し職員に周知されている。また、マニュアルの定期的な見直しも行われている。感染症に関するBCPに基づいた研修や訓練も年2回実施されている。</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。           | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>大規模災害発生時における業務継続計画（BCP）を策定し、マニュアルも整備されている。年2回の研修及び訓練を実施し、職員の災害等に関する意識を高めている。地域の自治会や近隣の福祉施設との連携は整っていないため、今後は、災害対応に関する地域での連携について様々な取組を期待したい。</p> |                                                      |       |

## Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

|                                                                                                                                                                                                |                                                       |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                |                                                       | 第三者評価結果 |
| Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。                                                                                                                                                            |                                                       |         |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルを整備しており、基本方針と連動した利用者の人格及びプライバシーの尊重が盛り込まれている。また、新入職員研修や日々の介護場面の中において伝えられている。日々のケアに関するチェックシートを用いずに日々の記録から介護の提供を確認している。今後は、日々のケアに関する確認を確実にするために、日々の記録の充実を期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルの見直しに関しては、各種委員会等で適宜、修正を行っている。また、カンファレンスを通じて、個別介護計画の内容が反映されるようになっている。今後は単年度の事業計画の中に、マニュアルなどの見直しの時期や方法を明記して実施することを期待したい。</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>包括的自立支援プログラムの方式を採用し、介護支援専門員や担当介護職員を中心として情報を収集している。6か月を基本としてサービス担当者会議での意見集約を踏まえて介護計画を作成している。</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>定期的にモニタリングを行い、6か月ごとの介護計画作成時には、サービス担当者会議を開催する流れが確立している。また、利用者の状態に変化が出た場合には適宜、修正している。</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・㉠・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>約3年前に介護記録・請求に関する新システムを導入し、記録の一元化を図っているが、利用者に関する介護内容の記録不足や分散化に課題が残る。今後は、記録の集約化や内容の精査等への取組みを期待したい。</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。                    | ㉠・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>広域事務組合が個人情報保護規程を策定しており、個人情報の保護には力を注いでいる。介護記録・請求システムはパスワードの使用でセキュリティ対策を行うほか、職員に対して個人情報の保護に関する研修を行っている。</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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>利用者の生活歴や生活状況を把握し、心身機能に応じたレクリエーションや体操、カラオケなどの日中活動を準備している。</p> <p>利用者の身体能力や日常生活動作能力等を、機能訓練指導員や介護職員等の連携によって把握し、できる限り自立した生活が営めるように介護計画を策定して関わっている。</p> <p>生活相談員を中心として利用者の生活相談に応じ、買い物の代行やレクリエーション、行事への参加を促している。</p> <p>利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いについて接遇委員会で検討し、職員へ周知している。職員としては、コミュニケーションにもう少し時間をとることができればと不十分さを感じている。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 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

|                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>虐待防止マニュアルが整備され、身体拘束・虐待防止委員会を3か月に1回実施して不適切なケアについて検討している。また、権利擁護に関する研修会や「虐待の芽チェックリスト」をそれぞれ年2回実施し、職員に対して権利擁護の意識を高める取組が行われている。</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 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

多目的ホールから廊下にかけて、利用者が落ち着けるようソファが置かれており、談話スペースとなっている。利用者の居室は、屋外にも出られるよう引き戸があり、外の景色も十分に眺めやすくなっている。利用者は、写真や作品等を置く場合もあり、部屋に入りきらない衣類等は、保管庫で管理することで個人のスペースを確保している。

## 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

入浴マニュアルを整備し、機械浴や一般浴をシャワーチェアなどの入浴機器を活用しながら、一人ひとりに応じた入浴方法を選択している。日々の健康状態をチェックしながら入浴について判断し、日にちの変更等にも対応している。

尿・便意のある利用者には、トイレでの排泄ができるように介護職員2名体制で排せつ介護を行うなど、排せつ委員会において利用者個人の状態に応じた排泄を検討している。

機能訓練指導員と共に検討しながら、利用者の心身の状況に応じた移動用具等を活用している。

### 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

栄養士が利用者の状況を踏まえて献立を作成している。ひや汁や山芋汁等の選択メニューの提供もある。おにぎりやお粥、刻み食、ミキサー食等様々な形状の食事について検討し、衛生面に関するマニュアルも整備されている。クックチル（冷蔵食品パックの温め）方式導入で厨房の業務改善も行われている。

介護や看護職員等で、利用者の状況に応じた食事形態を検討し、食事姿勢や自助食器についても配慮されている。

口腔衛生管理体制に関する計画を利用者一人ひとりに作成し、口腔委員会で検討が行われている。歯科医師と連携して口腔チェックや口腔ケアを実施するほか、口腔ケア研修会にも参加してもらい、職員は最新情報を入手してより良い口腔ケアにつなげている。

### 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

褥瘡対策委員会を年3回実施し、栄養状態の確認やデザインスケールなどを活用しながら評価・対応計画を策定する仕組みができています。また、介護職員によるおむつ交換や衣服着脱、入浴介助の際の皮膚状態確認やエアーマット、クッションなどの褥瘡予防用具を備えることで褥瘡発生は抑えられている。

### 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

介護事故防止委員会を毎月開催し、各職種が意見を出し合うことで安全管理体制を整えている。施設内で看護職員による研修を行い、医師・看護師の指導に基づいて吸引等が行われている。また、様々な感染症に関する研修・各場面を想定した訓練も実施されている。

### A-3-(5) 機能訓練、介護予防

|                                               | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------------|---------|
| A ㊫ 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

機能訓練指導員が3か月に1回、利用者の心身機能等の評価を行い、カンファレンスで検討しながら機能訓練計画を策定している。機能訓練指導員が個別の訓練を行い、介護職員等が日々の体操や日常生活上の動作訓練等を行っている。

### A-3-(6) 認知症ケア

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

#### 所見欄

利用者の落ち着いた生活を実現するための環境整備は、行事予定表掲示や創作作品等の展示、ソファの設置等によって整えられている。

認知症介護実践者研修を多数の職員が受講し、認知症に関するケアに対して研修等を行っている。

利用者の言動を観察し行動・心理症状の背景分析を行い、ケアに関する方向性を導き出す道筋の中でアセスメントが十分とは言えない。今後は、認知症利用者へのケアに関する取組みを期待したい。

### A-3-(7) 急変時の対応

|                                                     | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------------------|---------|
| A ㊫ 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・c   |

#### 所見欄

緊急時対応マニュアルを整備し、体調急変時の対応が組織化されている。日々の健康状態は介護記録システムに記録されており、体調変化やその兆候に気づく工夫がしっかりとされている。

嘱託医や地域医療機関の地域連携室と連携体制が整っており、定期的な診察や他科受診で日々の健康が守られている。

### A-3-(8) 終末期の対応

|                                                 | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------------------|---------|
| A ㉑ 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

看取り介護に関する指針を備え、看取りに関する対応方法を家族に丁寧に説明した上で、施設での看取りを選んでもらうなどの終末期ケアに関する仕組みが整っている。

介護職員に対して終末期ケアに関する研修が十分に行われていない。今後は、介護職員及び関係する職員への研修の実施を期待したい。

### 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 |
|----------------------------------------|---------|
| 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

家族に対して、介護計画作成時や必要時に連絡し、利用者の状況等を報告している。

施設内に面会コーナーを設けて家族が来所時に利用者と面会できるようになっており、感染症対策をしながら家族とのつながりが途切れないようにしている。

### 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

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