

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

公益社団法人岡山県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称 : ライフケアももぞの	種別 : 地域密着型介護老人福祉施設	
代表者氏名 : 施設長 内田昌良	定員 (利用人数) : 29名	
所在地 : 岡山市北区下足守1627-1		
TEL : 086-295-2010	ホームページ : http://momozonogakuen.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 2012年4月1日		
経営法人・設置主体 (法人名等) : 社会福祉法人ももぞの学園		
職員数	常勤職員 : 16名 非常勤職員 : 1名	
専門職員	看護師 : 2名 管理栄養士 : 1名	
施設・設備 の概要	(居室数) 29室	(設備等) トイレ、洗面台、クローゼット 他

③理念・基本方針

【理念(施設)】ご利用者様のこれまでの暮らしを大切に、生きがいの持てる、その人らしい生活を支援します。

【運営方針(施設)】

- 施設の従業者は、可能な限り、利用者の居宅における生活の復帰を念頭において、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、社会生活上の便宜の供与、その他の日常生活状の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるようすることを目指すものとする。
- 施設は、入所者の意志及び人格を十分に尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスを提供するように努めるものとする。
- 施設は、できる限り明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設及び保健医療サービス、福祉サービスを提供する者と密接な連携に務めるものとする。

④施設・事業所の特徴的な取組

長年にわたり知的障がい者の福祉の向上を目指し実践してきた法人として、障がいの有無に関わらず受け入れを行い、誰もがその人らしい人生を送ることができるよう、個別性に重きをおいた支援に努めています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年7月1日（契約日）～ 2025年12月19日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（年度）

⑥総評

◇特に評価が高い点

I 福祉サービスの基本方針と組織

法人、受診施設は、理念と経営方針を明確に示し、その実現に向け「令和9年（2027年）の社会福祉法人ももぞの学園の形」という中・長期計画を策定しています。将来のあるべき姿を全職員で共有し、組織的に取り組む姿勢がみられます。

また、自己評価や税理士事務所からの報告、第三者委員会からの助言を踏まえ、役員・管理職・職員が協議を行い、課題を全体で共有・改善する体制が整っています。理念を基盤にした明確な方向性のもと、組織全体で福祉サービスの質向上を図っており、高く評価されます。

II 組織の運営管理

施設長は、利用者の生活の質を高めるため、具体的なサービスの質の向上に積極的に取り組んでいます。法人内には複数の委員会が設けられており、人材確保の課題についても、適性検査の導入などを通して組織的に対応する体制が整えられています。

また、職員の資質向上に向けて、研修や学識経験者からの助言、事業所間での交流など、学びと成長の機会が多く確保されています。職員同士の関係も良好で、明るく前向きな雰囲気の中、協力しながら利用者一人ひとりを支援しており、安定した組織運営が実現されています。

III 適切な福祉サービスの実施

「ご利用者様のこれまでの暮らしを大切に、生きがいを持てる、その人らしい生活を支援します」という施設理念が職員に浸透しており、その理念を基に支援をおこなっている姿勢が見受けられました。また、「地域の方と顔なじみになる」ことを目標とし、町内会の会議への参加や地域の清掃活動へ積極的に参加し施設が地域の一員となっています。さらに、受審施設の「地域交流ホール」を地域住民の活動の場として提供し地域住民の交流の一助を担っています。

A 福祉サービス内容評価基準

利用者に対する職員のサービス提供に関する意識は概ね高く評価できます。具体的なサービス提供内容についても、毎月ユニット会議を開催し、検討・情報共有が行われると同時に、個々の利用者ごとの「24時間シート」を作成するなど、利用者一人ひとりの能力や希望に応じて、1日が快適に過ごせるための工夫が図られています。

特に食事については、季節や歳時に気をくばったメニュー提供を行う、

食器についても工夫するなど、食事を楽しむための配慮が行われています。

◇改善が求められる点

I 福祉サービスの基本方針と組織

理念や運営方針、事業計画については、利用者や家族への周知が十分とはいえない、理解が浸透していない状況が見受けられます。利用者や家族には、それぞれ事情があるため、説明の機会を増やすなどの周知方法を工夫されてはいかがでしょうか。

また、中・長期計画は策定されているものの、その実現可能性を高めるための具体的な収支計画の策定には至っていません。受審施設では事業部分が黒字であり、今後の事業展開においては財務的な裏付けとして、例えば、看取り介護を実践している施設として、看取り介護加算の取得に向けた体制整備や、事務処理能力の高い人材の配置など、収益確保と質の高いサービス提供の両立を図る取り組みをされてはいかがでしょうか。

II 組織の運営管理

利用者や職員の減少など課題が生じても、利用者の生活の質を維持しようと職員が力を合わせて取り組み解決していこうとする姿勢が見受けられます。新人職員への教育体制も整備されており、継続的な人材育成に努めている点は評価できます。

一方で、事業計画など施設としての取り組みについては職員への周知が図られているものの、その受け止め方には個人差があり、組織内で意識の温度差が生じている様子も伺えます。

今後は、施設長との面談や職員による自己評価が実施されていることから、これらの仕組みをさらに活用し、職員間での意識共有と組織方針の浸透を進めていき、あわせて、職員が主体的に参画できる環境づくりや、業務負担の偏りを軽減する体制整備にも取り組まれてはいかがでしょうか。

III 適切な福祉サービスの実施

利用者や家族からの意見については、日々の生活の中でや、面会時等に聞いていますが、意見箱に意見が入らないことから、現在は意見箱の設置がありません。法人の「サービス向上委員会」や第三者委員から助言を受け再度意見箱の設置や活用方法が検討されることを期待します。

A 福祉サービス内容評価基準

職員に対する研修は基本的には行われているものの、「法定研修という必然性に応じて一応行なっている」ような研修の中身も一部見受けられました。現在の職員の能力を見極めた上で、適切な研修内容を検討・実施する工夫が求められます。

一方、機能訓練・介護予防に関する意識が全般的に不足しています。組織として、利用者の状態に合わせて適切な運動、リバビリテーションプログラムの提供を検討してみてはいかがでしょうか。

また、施設の什器設備や備品に一部劣化が認められました。快適な生活環境づくり、安全確保の視点からも定期点検や必要に応じて修理等が行える仕組み作り等の工夫が望されます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の「福祉サービス第三者評価」におきましては、丁寧に詳細な調査をしていただき誠にありがとうございました。

今後、良い評価をいただいた項目に慢心することなく、ご指摘いただいた改善点は真摯に受け止め、さらに良い福祉サービスを提供していくよう邁進いたします。ありがとうございました。

⑧第三者評価結果（別紙）

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その1：共通評価項目

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。		
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。		a・⑥・c

<コメント>

法人の基本理念や経営方針、施設の基本理念が設定されており、これらは法人全体および施設のホームページ、広報誌「ライフケアももぞの」、施設内やユニット内での掲示など、多様な方法で周知されています。職員へのヒアリングからは、職員がその内容を理解し、共通認識を持っていることが確認できました。法人全体の基本理念が長文であることから、内容や意味を一目で理解できるよう、より簡潔で分かりやすい理念へ見直しを進めています。この取り組みにより、理念が職員の日常業務や利用者支援の具体的な行動に一層反映され、理念を実践へと結びつける継続的な取り組みが期待されます。一方で、利用者やその家族等への周知については、入所時の説明にとどまっており、積極的な取り組みが十分に行われていません。今後は、利用者や家族等への周知をさらに進める取り組みが期待されます。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。		④・b・c

<コメント>

定期的な利用率等の経営状況については、法人本部に情報が集約されており、法人全体として事業の状況を把握しています。地域の状況も把握しており、居宅介護支援事業所にこまめにあいさつに行き、稼働率をあげるなどの取り組みもされています。法人全体としては、毎月定期的に税理士事務所から精細な資料が提出され、これに基づき本部で管理職会議を開催しています。会議では、各事業所および受審施設の利用者入居率や前月との比較、その要因分析などを踏まえ、果たすべき役割や利用者の現状、今後の展望について検討し、経営状況の把握と改善に努めています。また、受審施設においても、毎月の定例会議で稼働率や年2回報告書で、収支およびその内訳（人件費・事務費など）を職員に周知し、経営情報の共有を図っています。

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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設では、I - 2 - (1) - ①で述べたように、全体の運営会議にて共有された課題など、利用者の特徴や運営上の課題、コスト削減などについて、事業報告・中間報告・年間報告の年3回、職員への説明が行われています。また、ユニット会議を通じて職員間での情報共有も図られています。たとえば、受診施設では療育手帳を所持する利用者が約4割を占めるなど、障害のある利用者が多く在籍しています。そのため、障害特性に応じた支援を行うことを目的に、法人内の他の障害者施設への研修参加や、講師の招へいを通じて、職員のスキル向上に取り組んでいます。</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。	
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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>法人および受審施設では、理念に基づいた中・長期計画が策定されており、各年度における具体的な取り組み内容も明確に定められています。また、それらの取り組みに対する評価も適切に実施されています。具体的には、外国人技能実習生の受け入れから採用、職員研修の実施、マニュアルの見直しなどが計画に盛り込まれ、実施後には中間報告および年間報告として公表されています。これらの取り組みが着実に推進されていることが報告書からうかがえ、職員の資質向上およびサービスの質の維持・向上に寄与しています。さらに、継続的な改善に取り組む姿勢も高く評価されます。</p>	
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。	③・b・c
<p><コメント></p> <p>受審施設では、中・長期計画をもとに、年度ごとの具体的な目標や取組内容を定めて、計画的に実践しています。特に、中・長期的な視点での「コスト削減」も単年度計画に位置づけ、効率的で無駄のない運営を目指しています。たとえば、紙おむつ交換を一律の時間で行うのではなく、利用者一人ひとりの排泄リズムを把握してトイレ誘導を行うことで、利用者の意思を尊重しながらコスト削減にもつなげています。こうした取組を継続することで、職員の意識向上やサービスの質の維持・向上が図られており、改善に取り組む姿勢が高く評価されます。</p>	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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)・(c)	
<コメント>		
I-2-(1)-②で述べたように、法人内では受審施設の自主評価結果などをもとに、実施状況の振り返りと見直しを行っています。さらに、課題や改善点を整理した中間報告を作成し、会議を通じて内容を共有しながら、改善に努めています。また、受審施設および各ユニットにおいても、施設の理念である「ご利用者のこれまでの暮らしを大切にし、生きがいの持てるその人らしい生活を支援します」を基調として、イベントや食事内容、日々の生活の過ごし方について、利用者の希望を丁寧に引き出しながら計画に反映しており、個別性の尊重と意思の反映に向けた取り組みが確認できます。さらに、日々の会話や利用者の様子から意向を汲み取り、次の計画に反映させています。		
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)・c	
<コメント>		
受審施設では、会話やモニタリングの際に、利用者一人ひとりの特性に応じてカードやホワイトボードなどを活用し、分かりやすく情報を伝える工夫が見られます。こうした取り組みは、意思の理解や意思決定支援に向けた配慮として評価できます。一方で、家族に対しては事業計画の内容や方向性について積極的に説明する機会が十分に確保されておらず、理解促進に向けた取り組みが限定的であるように見受けられます。今後は、家族にも分かりやすく事業計画を周知し、施設運営への理解と協力を得るための工夫が期待されます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
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)・(c)	
<コメント>		
受審施設の理念に基づいた支援が行えるように、研修などを通じて介護技術のスキルアップを図っています。また、I-2-(1)-②でも述べたように、業務分掌表や組織図、法人内委員会や受審施設内の各種委員会一覧をもとに、組織体制が整備されています。各委員会や会議は、それぞれの課題や問題点に対応しながら、相互に連携しています。これらの体制について、年度初めに説明が行われ、全職員への周知が図られています。さらに、年2回、施設長による職員ヒアリングを実施し、職員の希望や意見、不満などをヒアリングシートに記録して、人材育成や職場環境の改善に活かしています。		

I - 4 - (1) - ② 評価結果に基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 · ⑥ · c
<p><コメント></p> <p>受審施設では、自主評価を実施し、その結果に基づいて課題や改善点を明確にしています。評価結果を踏まえて中間報告および年間報告で具体的に取り組んだ内容、その成果や評価を公表しています。また、報告で示された結果をもとに次の課題を設定し、重点項目として計画的に取り組む体制を整えています。これらの取り組みや改善の状況については職員にも周知されており、組織全体で継続的な質の向上に努めていることがうかがえます。一方で、単年度で掲げた課題が次年度にも繰り返し挙げられています。単年度では解決が難しい課題に対する中・長期的な取組方針が明確になっていない点が課題として挙げられます。</p>	

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。	
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。	a · ⑥ · c
<p><コメント></p> <p>法人が示す運営管理規程に管理者の役割と責任が記載され、受審施設長は、その内容を職員に周知しています。利用者の生活の質の向上と継続的な改善に向けて、日々の業務の中で職員に対して具体的な指示や助言を行っています。また、職員研修や施設行事への参加を通じて職員とのコミュニケーションを図り、面談の機会を設けて一人ひとりのキャリアアップや将来のビジョンを引き出しています。これらの取組により、職員が施設長の方針や期待を理解し、自身の役割を意識して業務に取り組む体制が整っています。一方で、職員一人ひとりへの理念や方針のさらなる浸透を図るための取組を、より計画的かつ継続的に進めていくことが望まれます。</p>	
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。	④ · b · c
<p><コメント></p> <p>法人では、法令遵守の意識向上と適正な運営を図るため、コンプライアンス委員会を設置しています。また、法人全体の管理職会議やコンプライアンス委員会において、事業運営に関する法令等の改正内容を周知し、具体的な対応や取組を実施しています。受審施設においても、人権擁護・虐待防止研修や身体拘束防止研修などを実施し、職員が法令や規程を正しく理解し、遵守できる体制が整えられています。</p>	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a・b・c	
<コメント> 施設長は、福祉サービスの質の向上に強い意欲をもち、明確な方針のもとで的確な指導を行っています。各ユニットにおいても、職員が受審施設の理念に沿って、利用者一人ひとりのペースや生活スタイルを尊重し、日々の生活に潤いをもたらす支援計画を立てて取り組んでいます。また、利用者やご家族の意見を丁寧に聴き取り、本人の望む生活の実現に向けて職員とともに工夫や改善をしていこうとしています。今後の課題としては、家族との連絡や情報共有の機会をさらに充実させ、より一層の連携強化を図ることが望されます。		
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。	③・b・c	
<コメント> 施設長は、経営の改善と業務の実効性向上に向けて的確に指導力を発揮しています。年2回の報告書公表を通じて運営状況を職員と共有し、組織全体で経営課題への意識を高めています。また、職員数の減少に対応するため、ユニット間で柔軟に支え合うフォローアップ体制を整備し、効率的な勤務体制の構築を進めています。さらに、収支状況を定期的に共有することで、職員の経営への関心を高め、物品購入時のコスト削減や加算の取得、稼働率の向上など、具体的な改善に取り組んでいます。こうした取組の結果、事業運営は黒字を維持しています。しかし、施設整備に伴う借入金の返済負担により、会計上は赤字となっています。施設長はこの状況を正確に把握し、法人と連携しながら中長期的な財務改善に向けた計画を進めています。今後も、借入金返済を含めた持続可能な経営基盤の強化と、職員の経営参画意識をさらに高めるための取組を計画的に進めていくことが望されます。		
II-2 福祉人材の確保・育成		
第三者評価結果		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
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。	③・b・c	
<コメント> 受審施設では、法人として年度ごとに人材確保計画を策定し、計画的な採用と職員の定着に向けた取組を進めています。外国人技能実習制度を活用し、多様な人材が安心して働く職場環境づくりに努め、掲示物へのフリガナ付与や日本語学習支援など、丁寧なサポートを通して職員の成長と定着を支えています。また、採用時には適性検査を実施し、職員一人ひとりの特性を把握した上で配置や育成に活かしています。介護福祉士実習指導者講習会への派遣や実習マニュアルの整備など、人材育成にも積極的に取り組もうとしています。慢性的な人手不足の改善図るために合同就職説明会に参加するなど人材確保に取り組んでいます。		

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 入職時などのオリエンテーションで、法人の人事評価制度の内容を丁寧に説明し、職員への周知を図っています。人事評価では階層表を明示し、キャリアアップや個別・自主研修計画、自己評価などを組み合わせた総合的な評価を行っています。また、定期的な面談を通じて職員一人ひとりの成長や課題を把握し、今後の指導や支援に反映しています。そして、面談の結果をもとに、将来のリーダー育成を見据えた研修を計画的に実施しており、勤務年数や貢献度に応じた功労者表彰など、職員の意欲向上につながる取組も進められています。これらの取組により、総合的で計画的な人事管理が適切に行われていることが評価されます。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 受審施設では、II-2-(1)-②で述べたように、職員一人ひとりの就業状況や意向を把握し、その成長を支援しています。法人全体としても、福利厚生委員会を中心に職員交流を目的とした行事を開催し、職員間のコミュニケーションを促進するとともに、職場の業務円滑化に努めています。また、福利厚生の充実にも取り組み、職員が安心して長く働き続けられる環境づくりを推進しています。休日や有給休暇の取得がしやすい体制が整っており、年次有給休暇は1時間単位での取得も可能とするなど、職員の事情に応じた柔軟な働き方を支援しています。さらに、育児休業などの取得や休業からの復帰もスムーズに行える雰囲気が形成されています。これらの取組により、職員が働きやすさを実感できる職場づくりが着実に進められています。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 受審施設では、II-2-(1)-②で述べたように、定期的な職員面談を通して一人ひとりの意向や課題を把握し、キャリアアップにつながる育成支援を行っています。職務に必要な研修への参加を促すとともに、自主的な研修や資格取得に向けた取組も支援しており、職員が継続的にスキルを高められる体制が整っています。新入職員に対しては、OJTを中心とした丁寧な指導を実施し、業務への理解促進と職場への定着を図っています。さらに、退職後も職員の希望に応じて、パート勤務や日勤のみ、短時間勤務など多様な働き方を選択できるようにしております、経験豊かな人材が引き続き活躍できる環境づくりが進められています。これらの取組により、職員一人ひとりが意欲を持って成長し続けられる人材育成体制が確立されていることが評価されます。	

	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>		
	法人では、職員の資質向上を目的に、教育・研修に関する基本方針および年間計画を策定し、体系的な研修体制を整えています。現場の課題や支援の質の向上に向けた情報共有や研修企画を行うなど、計画的な人材育成を推進しています。法人内研修としては、階層別研修、新任職員研修、チьюーター研修、中途採用職員研修など、職員の経験や役割に応じた内容で実施されています。受審施設でも独自の研修を企画・実施し、外部研修への積極的な参加を通じて、支援の質の向上を図っています。また、全職員を対象とした体系的な研修計画に基づき、大学講師を招いた相談・助言の機会や事業間交流研修、「自主研修（SDS）奨励制度」など、多様な学びの機会を設けることで、職員の資質向上に継続的に取り組んでいます。	
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>		
	法人、受審施設では、II-2-(1)-①で述べてきたように、年度ごとに体系的な研修計画を策定しており、施設内必須研修や階層別研修、外部研修、事業所外研修など、さまざまな学びの機会を設けています。研修実施後には、報告書に研修の成果や課題を整理し、今後の人材育成に活用しています。また、法人内の事業間交流研修も行っており、他施設の取り組みを学ぶことで、職員の専門性の向上や視野の拡大につなげています。これらの取り組みにより、職員一人ひとりが成長できるよう支援する体制が整えられています。	
	II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。	
	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<コメント>		
	現在は実習生の受け入れを行っていませんが、今後は受け入れ体制の整備を進め、II-2-(1)-①で述べたように、将来的には実習生の受け入れを通して人材育成や採用へとつなげていく方針が示されています。	

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
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・⑥・c
<コメント> 法人では、運営の透明性を確保するため、福祉・保健・医療の総合情報サイトに法人の概要や経営状況などを詳細に掲載し、広報誌を通じた情報公開にも積極的に取り組んでいます。また、法人ホームページには情報公開専用ページが設けられ、公表内容が確認できます。ただ、一部の情報が更新されておらず、内容の見直しが望まれます。受審施設では、広報誌「ライフケア通信」を年2回発行し、地域や家族に向けて施設の活動や行事の様子をわかりやすく紹介するなど、積極的な情報発信に努めています。広報誌は家族や地域にも配布されており、情報共有を通じて信頼関係の構築が図られています。		
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。		④・b・c
<コメント> 法人では、公正で透明性の高い経営を推進するため、税理士事務所から継続的に指導・助言を受けています。経営状況や入居率の分析を定期的に行い、課題や原因を的確に把握し、改善策の検討と実施に努めています。これらの情報は受審施設にも共有され、施設全体で経営の健全化と運営の適正化に取り組む体制が整えられています。こうした継続的で組織的な取組により、法人全体として公正で信頼性の高い運営が維持されています。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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。		④・b・c
<コメント> 法人内の「地域委員会」で地域の行事や祭りに参加しています。また、受審施設でも「地域交流員会」を毎月開催しています。利用者と地域住民の交流の場としては、施設で開催している「悠遊祭」*があります。地域住民にも案内を出しており、多くの参加者があります。		

*「悠遊祭」は受審施設が開催する秋祭りです。

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・⑥・c
<コメント> 法人として「人材確保定着委員会」が中心となり、インターシップ生を法人ホームページやSNSを利用して募集しています。活動開始前には施設についてや介助の留意点等を学ぶ時間が設けられています。また、受審施設独自でも「悠遊祭」には、地域の楽器演奏のグループや子どものダンスのボランティアの受け入れを行っています。しかし、ボランティアの事前学習の資料があるものの、受け入れマニュアル等の整備が不十分です。今後、受け入れ体制の標準化を図るためにも、マニュアルの整備をされてはいかがでしょうか。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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。	④・b・c
<コメント> 「運営推進会議*」を2か月に1回開催しています。この会議は地区の地域包括支援センターの担当職員、地区の民生委員、利用者、利用者家族が会議の構成員として会議に参加しています。会議では受審施設の事業活動や利用者の様子を報告し、意見交換が行われています。また、受審施設が所在する地区の町内会に会議の場所を提供しており、施設職員も町内会の構成員として会議に参加し、町内の状況の把握もされています。	
*「運営推進会議」とは、地域密着型サービス事業所が、サービス内容を地域に公開し、質の確保を図るための会議です。受審施設は地域密着型特別養護老人ホームに位置づけられるため、通常2か月に1回以上の開催が義務付けられています。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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。	④・b・c
<コメント> 法人として「地区委員会」が組織されており、法人が所在する地区の各地区で「サロン活動」が行われ、受審施設の職員も委員として活動に参画しています。また、II-4-(2)-①で述べたように、町内会の会議に参加し、地域住民の状況把握がされています。	
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。	④・b・c
<コメント> 受審施設が所在する地区的「草抜き」「溝掃除」などの活動に職員が積極的に参加し、地域住民と「顔なじみの関係」ができるよう努力されています。また、地域住民が主催する「サロン活動」や「体操活動」の開催場所として、施設の「地域交流ホール」を提供しています。さらに、今後地域住民と合同の避難訓練の開催が計画されています。	

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。		
	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持つための取組を行っている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>＜コメント＞</p> <p>受審施設では法人が制定した理念だけでなく、施設独自の理念・指針を制定しており、その理念は受審施設に勤務する職員に浸透していることがヒアリングにより確認できました。また、利用者の状況に応じて成年後見制度の利用につなげるなど、利用者の権利擁護に配慮した取り組みが行われています。</p>		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>＜コメント＞</p> <p>法人として、「社会福祉法人ももぞの学園 個人情報保護に関する基本方針・規程」や「社会福祉法人ももぞの学園 特定個人情報の取り扱いに関する基本方針・規程」などの諸規定が法人として整備されており、利用者のプライバシー保護への取り組みの姿勢がうかがえます。</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。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>＜コメント＞</p> <p>法人としてホームページを開設し、各施設の特徴や取り組み内容を分かりやすく紹介するなど、情報発信に努めています。また、地域包括支援センターなどに施設パンフレットを設置し、利用希望者が福祉サービスを選択する際に必要な情報を得られるよう配慮されています。</p>		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>＜コメント＞</p> <p>サービスの利用開始時にはパンフレットや重要事項説明書を使用し、説明しています。また、障害者施設から入居する利用者については、利用する制度の変更に伴う費用負担等についても説明され、負担軽減策についても説明、支援が行われています。</p>		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p>＜コメント＞</p> <p>施設の特性上、受審施設から他の福祉施設や家庭へ移行したケースはありませんが、法人内の施設や他の障害者施設から移行し入居されるケースがあります。その場合は、利用者が安心した生活が継続できるよう、移行前の施設職員が来所し、居室環境について助言する機会があります。</p>		

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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・c	
<コメント> 日頃からの会話や、サービス担当者会議で利用者と家族の意見を聞く機会があり、全職員が施設理念に基づいて利用者が生きがいをもった生活が送れるよう支援しています。しかし、利用者、家族への満足度を図る取り組みについては不十分を感じられます。今後は満足度調査等をおこない、さらなる支援の向上になるよう期待します。		
III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
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。	a・b・c	
<コメント> 法人内には課題を検討するための種々の委員会が設置され、苦情解決に対しては「サービス向上委員会」が設置されています。委員会は各施設の苦情解決責任者・苦情受付担当者と外部の第三者委員で組織され、各施設で発生した苦情の情報共有や苦情解決・再発防止についての助言等が行われています。		
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・b・c	
<コメント> 利用者家族に対しては、面会や電話連絡、モニタリングの聞き取りの際やサービス担当者会議の際に意見を聞いています。また、利用者については、居室で個別に意見を聞く機会を設けたり、言葉で意見を表明するのが難しい利用者についてはユニット職員が身振りや表情から意見を汲み取っています。しかし、利用者の特性により安全面から施設内に物品・掲示物は置かないように配慮されており、意見箱についても以前は置かれてましたが、同様の理由から現在は設置されていません。今後は前述の「サービス向上委員会」や第三者委員の助言を受けて再設置にむけて取り組みをされることを期待します。		
III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c	
<コメント> 利用者からの相談や意見については、III-1-(4)-②で述べたようにユニット職員が意見の汲み取りを行っています。利用者から汲み取った意見については、介護支援専門員および生活相談員が中心となり迅速に対応しており、内容に応じて施設長へ報告し指示を受ける体制が整備されています。		
III-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
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	
<コメント> 事故報告書の様式が作成されており、事故発生時には所定の様式で報告書が作成されています。出された事故報告書については、毎月開催されている「安全対策委員会」で各ユニットの事故報告を集計し、再発防止に向けた対策について話し合われています。		

	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 法人としてBCP（事業継続計画書）が策定、整備されており、受審施設で感染症が発生した場合に適切に対応されています。また、感染症についての研修も実施されています。さらに、感染症のある利用者の対応については、介助方法や感染予防策についての手順を文書化し、浴室や対象の利用者が使用するトイレの目立たない箇所に掲示し、職員が同じ対応ができるようにしています。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> BCP（事業継続計画書）が災害ごとに整備されており、毎月避難訓練が計画・実施されています。受審施設は河川に近接していることから火災や地震だけでなく、水害に目を向けた訓練が実施されています。また、法人内でも「防災対策・環境整備委員会」が設置されており、年間計画に基づき訓練が行われています。さらに、非常時に備え管理栄養士と協力し、全職員を対象に非常食の研修会を実施しています。加えて、II-4-(3)-②で述べた通り、地域住民との合同避難訓練も計画されています。		

III-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
III-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 「ライフケアそもそもマニュアル集」が作成されています。このマニュアルには各機器の使用方法や、入浴、排泄、移動等の各介助方法について写真付きで手順が文書化されています。また、浴室にも介助方法や機器の使用方法が文書化されたものが掲示されています。さらに、利用者ごとに「24時間シート」*が作成されており、利用者個々の「日課」、「意向・好み」、「自分で出来る事」、「サポートが必要な事」と項目ごと、時間ごとに細かく記載されており、それに基づいて日々の支援が行われています。 * 24時間シートとは、利用者の生活リズムや趣味や身体機能を考慮し、提供するサービス内容を24時間単位で記されたシートです。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> III-2-(1)-①に述べている、「24時間シート」を活用して利用者の状況変化を把握し、変化があった際には隨時見直しを行っています。また、変化が見られない場合でも6ヶ月ごとに定期的な見直しを実施し、必要に応じて細かな調整を行い、サービス内容の適切な更新に努めています。		

III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 施設サービス計画書の作成前には利用者から話を聞き、アセスメント、課題分析を行っています。計画書の作成に当たっては、家族や後見人からも意向を聞いています。また、計画書の実施前にはサービス担当者会議を開催し、利用者、家族、後見人や施設職員が実施に向けて話合う場もつくられています。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> III-2-(1)-①、III-2-(1)-②で述べたように、作成された福祉サービス計画書は6か月ごとに、実施状況のモニタリングが行われています。見直しにあたっては、利用者、家族、後見人、職員から幅広く意見を聴取し、日々の生活状況やニーズの変化を丁寧に把握したうえで、目標や支援内容を再構成しています。こうした見直しのプロセスにより、利用者一人ひとりの生活の質がより向上するよう、計画の精度を高める取り組みが行われています。		
III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 記録については介護記録ソフトを使用しています。ユニット職員は日々の記録を手順書に基づき、タブレット端末を使用し記録しています。記録の内容については記録内容に漏れがないか、夜勤者がチェックしています。記録内容についてはIDとパスワードが職員に付与されており、決められたパソコンから閲覧できるようになっています。		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 記録の管理については、III-1-(1)-②で述べた各種規程の他「社会福祉法人ももぞの学園特定個人情報の取り扱いに関する基本方針・規程」が整備されており、文書の保存方法や廃棄規定が文書の種別ごとに定められています。また、個人情報の取り扱いについては、利用契約時には「個人情報の使用に係る同意書」にもとづき説明され、同意を得ています。さらに、記録内容については前述の通り、介護記録ソフトにタブレット端末で記録されていますが、タブレット端末には1週間記録内容が保存されるものの、その後は消去され決められたパソコンでしか閲覧できない設定になっています。		

第三者評価結果【高齢者福祉サービス版】

その2：内容評価項目

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント> 利用者に対するアセスメントを実施後、本人・家族、ユニットリーダー、看護師、栄養士、介護支援専門員、ユニット職員が参加するサービス担当者会議でケアプランが策定されます。プランはユニットで共有され、6か月ごとに基本上見直しが行われます。ユニットでは毎月ユニット会議が開催され、利用者やユニットの動きに関する検討事項や事故等の情報共有が行われています。ケアプランでは、送られてきた人生の中で、今後やりたいこと、希望なども聞き取り、要望を受け入れるような工夫もされており、さらには利用者ごとの「24時間シート」が担当者により作成され、利用者一人ひとりの能力や希望に応じて、1日が快適に過ごせるための工夫がなされています。 </p>		
	A-1-(1)-① 利用者的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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント> 非該当 </p>		
	A-1-(1)-① 利用者的心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント> 非該当 </p>		
	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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント> 聴覚障害の利用者に対してはホワイトボードによる筆談、認知機能の低下や障害等で言葉の理解が難しい利用者には絵文字カードを活用し、コミュニケーションをとる工夫がされています。言葉遣いに関する「言葉の変換研修」*も行い、利用者の状態に応じたコミュニケーションをとる工夫がなされています。利用者のコミュニケーションは、職員それぞれが工夫しながら対応していますが、困ったことがあった場合には、法人内の障害者施設から助言を受けるなど、法人内で連携しながら課題解決に努める工夫がされています。 </p>		
<p>* 言葉の変換研修とは、例えば「〇〇してください」→「〇〇できますか?」のようなわかりやすい言い換えや変換を学ぶ研修です。</p>		

A－1－(2) 権利擁護		
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。	a・⑥・c	
<コメント> 「身体拘束行動制限についての取り扱い要領」が定められ、重要事項説明書の中でも、身体拘束の廃止、虐待防止対策に関する説明が本人、家族、成年後見人に対して行われています。「苦情・相談・事故対応マニュアル」や「事故発生防止及び発生対応時の指針」において発生時の届出・報告などについての手順が定められています。法人全体でも「安全対策委員会」が年2回開催され、虐待防止、権利擁護に関する情報共有が図られています。また、全職員を対象とする身体拘束防止研修、人権擁護研修なども行われています。形式上の体制は整えられていますが、職員が理解できているかどうかについては一部疑問視する声もあり、さらに理解を深めていくための研修内容の工夫が求められると考えられます。		

A－2 環境の整備

		第三者評価結果
A－2－(1) 利用者の快適性への配慮		
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。	④・b・c	
<コメント> 食堂では、直射日光や眩しさが気になる際には、職員や利用者がカーテンを開閉して調整するなど、快適な環境づくりへの配慮が見されました。各ユニット内の掲示物は、障害特性によって剥がす行動を取る利用者もあり、高い場所に飾る・掲示するなどの工夫がなされています。また、可能な限り利用者が制作した装飾物を飾るなど、快適な環境が図れるような工夫もなされています。居室においては、個々の利用者の希望に沿った形で装飾などがなされています。加えて、転倒・転落リスクのある利用者に関しては個々に応じた福祉用具を使用し、安全面にも配慮した環境作りに努めています。		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>浴室は機械浴（1F）、チェア一浴（3F）、個室浴（2F/3）と4ヶ所あり、利用者の状態に合わせた入浴体制が取られています。入浴回数は基本週2回ですが、要望に応じて毎日、もしくは週2回以上対応しています。入浴支援は、「入浴マニュアル」に基づき、行なっています。外国人職員にも理解できるようルビ入りの資料を個々に配布しています。浴室には暖房ヒーターが設置され、ヒートショック対策も行われています。また、希望に応じて利用者固有のシャンプーを使うなど、要望に合わせた入浴環境となるよう工夫されています。職員数の制約もあり、同性入浴介助は完全には行われていませんが、若い女性は同性介助とするなどの一定の配慮はなされています。</p>		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>24時間シートを活用し、個々にあった排せつ用品、介助の方法で支援しています。排せつ介助を行う時間指定はなく、利用者それぞれの排せつリズムにあわせて介助を行っています。そのため、夜間帯等でよく休まれているときはあえて声をかけず、目が覚めたときにパッド交換やトイレ案内を行う等、柔軟に対応しています。排尿、排便の記録も行われています。便の状態に関する情報共有も職員間でされています。必要に応じて便コントロールなども行われています。トイレ内に手すりを設置するなど、自立したトイレ利用が可能な環境への配慮も行われています。</p>		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に応じて福祉用具を選定し、安全な移動手段を確保しています。リビングや廊下も整理され、動線の確保ができます。転倒リスクがある利用者にはできるだけ職員が付き添い安全の確保に努めています。移動支援に関しては24時間シートで情報を共有し、個々にあった支援を行い、必要に応じて更新します。ただ、車いすのタイヤやひじ掛けに一目見て認識できる程度の劣化、破損を確認しました。定期点検や必要に応じて修理等が行える仕組み作り等の工夫が望されます。</p>		

A-3-(2) 食生活		
A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 食事は外部委託で、厨房は1Fにあり、調理された料理が各ユニットに運ばれ提供されています。米飯は各ユニットで炊飯し、温かい状態で提供されています。各月の季節食、行事食では歳時記を意識した食材を取り上げられると同時に、利用者の誕生日には好きなメニューを採用するなど、変化に富んだメニューの工夫が行われています。季節食に関するポスターが館内に掲示され、季節を感じる工夫がされています。食器についてもメラニン食器だけでなく、陶器を採用するなどの食事を楽しむための配慮が行われています。「給食委員会」は毎月開催され、食事意見ノートを通じて食事内容の改善要望が施設から提案され、それに対する委託事業者からの回答もなされています。提供された食事に関する栄養表示も委託事業者から提供されています。法人全体でも「栄養委員会」が年3回開催され、情報共有が行われています。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 毎月の食事メニューは、一覧形式でユニット内に掲示されています。食事は常食に加え、一口大、きざみ食（2タイプ）、ミキサーの5タイプが提供され、必要に応じて塩分制限食や、アレルギー対応も実施されています。利用者の咀嚼・嚥下機能にあわせて提供しています。水分でむせやすい利用者にはとろみ剤で粘度の調整を行っています。また、認知機能や障害のレベルにあわせて食具やテーブルの高さ、角度、提供方法を工夫し、個々に適した最善の方法、環境で食事の提供を行っています。加えて、心身状態によっては居室やベッド上で食事を摂ることも可能となっています。		
A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 自立支援に基づき、利用者のできない部分を介助します。歯科医師による定期的な検診が実施されており、歯科医師の助言を基に口腔ケアを行っています。口腔ケアに関する研修は、動画研修が年2回実施されています。ユニットごとに毎月ケアチェック（「口腔の健康状態の評価及び情報共有書」の提供）が行われておりますが、一部チェック漏れの期間も見受けられました。ダブルチェックを行うなどの工夫をされてみてはいかがでしょうか。		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア				
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	(a)・(b)・(c)			
<コメント> 「褥瘡対策指針」等の諸規程を整備し、委員会を設置しています。褥瘡の定義と発症のメカニズム等を年1回の施設内研修で職員へ伝達し、褥瘡に対する理解が深められるよう努めています。リスクアセスメントツールとしては、「ブレーデンスケール」*が使われ、2ヶ月ごとのユニット会議で情報共有され、評価内容を基に多職種でマットレス、ポジショニング、クッション、体位変換の頻度等を検討しています。褥瘡診断のある利用者については月1回、「DESIGN-R」*を使用し、褥瘡の状態について評価します。評価内容や嘱託医師の指示に基づき、必要な処置、治療を行い、褥瘡の早期治癒を目指しています。必要に応じて体圧分散マット、体位変換を行なっています。また、褥瘡予防に関する研修は毎年開催（令和6年動画視聴、令和7年テキスト使用）されています。				
* ブレーデンスケールとは、リスクアセスメント・スケールの1つで「知覚の認知」「湿潤」「活動性」「可動性」「栄養状態」「摩擦とずれ」の6項目で構成されています。 * DESIGN-Rとは、日本褥瘡学会学術教育委員会が開発した褥瘡状態判定スケールです。				
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養				
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。	(a)・(b)・(c)			
<コメント> 看護師が行なっており、介護職員による喀痰吸引・経管栄養は行われておりません。				
A-3-(5) 機能訓練、介護予防				
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)			
<コメント> 介護職員による生活リハビリが中心となっています。看護職員が気になったときに関節の曲げ伸ばし運動を行っています。個別機能訓練計画やリハビリに関する施設サービス計画もないため、目的意識をもって介護予防活動に取組んでいるとは言い難い状態です。一方で、利用者のできることに着目し、立ち上がり・立位保持、車いす自走等の生活リハビリや寝たきり予防のために1日1回の離床等は行っています。利用者の年齢的なことや意欲的側面を考慮すると「向上」を目指することは難しいかもしれません、生活リハビリを施設サービス計画書に盛り込むなど、施設として目的意識をもって介護予防活動に取り組んでみてはいかがでしょうか。				
A-3-(6) 認知症ケア				
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	(a)・(b)・(c)			
<コメント> 認知症状で対応に困ったときは時間や職員を変えて対応します。「こうすれば上手くいった」ということがあればユニット会議等で情報を共有し、24時間シートに落とし込むことでケアの標準化を図ります。認知症だけでなく精神障害を有する利用者もいるため、対応が難しい場合は施設・事業所の枠を超えて同法人のもものぞの育成園（障害者支援施設）と協力して支援しています。介護だけでは対応が難しい場合は嘱託医師へ相談し、穏やかに過ごせるよう薬の調整を行います。精神科医療の万成病院から先生を招き、認知症の理解を深める研修を実施しています。また、年に1回動画視聴による研修も行なっています。				

A-3-(7) 急変時の対応		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> ユニットに「夜間緊急時の対応マニュアル」を備え、急変時の初動判断がフローチャートで示されています。また、緊急搬送時の「希望病院リスト」も同じフォルダに用意されています。オンコール体制をとっているため、夜間に急変が生じた場合でも看護職員の指示を仰ぐことができます。病院へ救急搬送が必要と判断した場合は看護職員が救急車へ同乗します。日々の健康管理は看護職員、介護職員が行っています。介護職員は基本的に各ユニット固定配置となっていますが、ユニット間のフォローアップの仕組みも整えられているため、利用者の些細な変化にも対応しやすい環境になっています。また、電子介護記録ソフトを導入しているため、PCやタブレットからいつでも利用者の健康状態を把握することができます。		
A-3-(8) 終末期の対応		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 「看取りに関する手引き」、「エンゼルケア」、「介護施設での看取り（ご家族の方へ）」等の書類を作成し、嘱託医師から「終末期」と診断があった場合は規定に沿って対応しています。具体的には、個別マニュアルを作成し、緊急連絡先や優先順位、毎日の連絡方法等を確認しています。家族から「施設で看取りたい」と希望があった場合でも、「意思は変化しうるもの」ということを念頭に繰り返しの話し合いを行い、必要に応じて柔軟に対応しています。夜間に心肺停止になった場合は迅速に嘱託医師へ連絡し、診察できる体制を整えています。職員に対する精神的ケアに関しては十分なフォローアップができていないとのことでした。看取り後のカンファレンスを通じ、個々の経験値を共有し、次回に活かすことができるよう今後に期待します。		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> サービス担当者会議へは本人、家族も出席できるよう調整し、意向の確認や施設サービス計画書の説明を行っています。また、「ライフケア通信」を掲示、郵送しイベント行事の様子やお知らせ事項を告知しています。心身状態に変化があった場合、面会時等に家族へ状態の報告を行い、意向に沿って対応しています。意向（例：コーヒーに甘酒を混ぜて飲ませほしい等）があった場合は電子介護記録ソフトへ記入し、職員間で共有しています。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
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。		a・b・c
<コメント>		
非該当		