

(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： こうのしま介護老人保健施設	種別：介護老人保健施設
代表者氏名：施設長 北村賢一	定員（利用人数）： 100 名
所在地：岡山県笠岡市神島3628番地3	
TEL：0865-67-6112	ホームページ： <a href="http://www.tenjinkai.org/">http://www.tenjinkai.org/</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 1992（平成4）年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人天神会	
職員数	常勤職員： 52 名
専門職員	非常勤職員： 12 名
	医師 1 名
	介護職員 32 名
	看護職員 10 名
	管理栄養士 3 名
	理学療法士 2 名
	作業療法士 2 名
施設・設備 の概要	社会福祉士（兼任） 1 名
	介護支援専門員（兼任含） 3 名
（居室数）	
個室8室、多床室（2人8室、3人8室、4人13室）	
（設備等）	
各フロアにリビングキッチン、見守りシステム機器等	

### ③理念・基本方針

#### 〔法人の理念・基本方針〕

われわれは、「愛と献身」を基本方針とし、利用者のこころとからだを癒し、安全で品質の高い介護サービスを提供することで地域社会に貢献する。

#### 〔受審施設の施設方針〕

その人その人に合った暮らしの支援。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

開設から30年以上が経過している中、2020（令和2）年には建物内の改修工事を行い、プライバシーに配慮した造りと木を多く使うことで、明るく家庭的な雰囲気づくりを再現しました。

その際にあわせて、Wi-Fi環境を整えたことで施設内どこにいてもインターネットを使用できるようになり、これによって見守りシステム機器、ナースコールなどを職員がスマートフォンで一元的に管理し、記録入力、送信、受信をはじめ素早く情報を共有でき、質の高いケアに繋げることができます。

また、インカム（イヤフォンとマイクを使用して会話ができる機器）による職員間のスムーズなコミュニケーションについても実績があがっており、困った時の助け舟も含め、職員は安心して業務につくことができます。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年7月1日～2025年12月29日
受審回数 (前回の受審時期)	1回（2017（平成29）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

法人を核とした系統的な経営管理体制が整備されています。また、法人を中心 に諸規程やマニュアル類も細かく整備され、情報共有のしくみも整っています。さらに法人と受審施設間も連携も密で、一体的な事業運営がなされています。

#### II 組織の運営管理

受審施設では職員がお互いの好ましいケア・対応を投稿して称え合う「グッドケア賞」や自発的な改善をうながす「業務改善提案」を実施するなど、職員のアイデアを積極的に採用し、サービスの質の向上に取り組んでいます。

「健活企業」宣言をはじめ、法人を中心にさまざまな手段で働きやすい職場づくりを進めています。

法人が定める「人財育成指針」と、そのもとに策定された「天神会キャリアパス」「人事評価マニュアル」によって職員一人ひとりに対する人材育成支援が行われています。また、法人内にヒューマンリソース室やキャリアデザインセンターを設置し、キャリア相談やセルフ・キャリアドックなど取り組みを行っています。

関係機関との連携強化を積極的に取り組んでいます。普段の業務の中で関わりの多い病院や居宅介護支援事業所とは、入所や退所の際にはカンファレンスを行い、常に連携を意識しています。また、地域包括支援センター運営協議会に参加し、さまざまな専門職との情報交換や関係づくりも行っています。

#### III 適切な福祉サービスの実施

サービスの質を標準化するためにマニュアルを整えており、内容の更新も定期的に行ってています。特に、リスクマネジメントについてはマニュアルの整備はもちろんですが、法人としても委員会を設置して対応を検討するとともに、外部のコンサルタントからも助言をもらえる体制を整えています。受審施設だけでなく法人全体で話し合い、より効率的で実効性のある体制づくりに取り組んでいます。また、ヒヤリハット報告にも積極的に取り組み、報告を前向きにとらえ、事故を未然に防ぐために活用する体制も整えています。

また、その他の委員会活動も活発で、マニュアルの見直しや職員研修も積極的に行っており、受審施設だけでなく法人としても支援の質向上に積極的に取り組んでいます。

他に、個別支援については、支援計画から必要な支援項目を選び出して、チェックリストを作成するシステムを導入しています。チェックリストがあることで、どの職員も必要な支援を確実に提供できる体制を整えています。さらに、職員の意欲向上を図るため、「グッドケア賞」に取り組み、支援の質を向上させる工夫も行っています。

#### A 福祉サービス内容評価基準

看取り期には、医師、看護職員、支援相談員が利用者や家族に対して終末期を迎えた際の意向確認を行うとともに、施設としての対応を説明しています。看取り期には家族との面会制限もなくなり家族に対しての精神的なケアも行われています。看取り冊子の配布や活用、カンファレンスを通じた家族の意向と施設の方針の調整など、家族に寄り添い、心理的負担を軽減するように努めています。また、利用者にとって安楽に穏やかに最期まで過ごせるように多職種連携に努め、看取りケアを行っています。

#### ◇改善が求められる点

##### I 福祉サービスの基本方針と組織

諸規程やマニュアルの整備、情報共有のしくみは整っていますが、それが必ずしも職員一人ひとりの業務理解に結びついているとは言いきれません。特に受審施設をはじめ法人内の各施設はインドネシアからの外国人スタッフも多いことから、事業計画をはじめ諸規程やマニュアル類、各種報告書や文書類について、説明方法の工夫や理解度の確認などを念入りに行う必要があると考えます。

##### II 組織の運営管理

新型コロナウイルス感染症の流行以来、家族会の開催を中止していたため、しばらくの間、家族に対する事業計画の説明やアンケート調査（サービス評価）が行えない状態が続いていました。2025（令和7）年度に行った家族交流会を契機に、施設方針や単年度事業計画の説明は再開したことですが、面会制限は続いているようです。要介護高齢者が入所する施設であるために慎重を期す必要はありますが、規制緩和に向けた検討を本格化されるよう提案します。

コロナ禍を経たことで仕方のないことではありますが、地域と交流する機会が少なくなっています。ただ、できる範囲で再開されている行事もあります。例えば、地域のお祭りには参加できなかったようですが、離れた場所から見学をすることは再開されています。今後もできる範囲で地域との交流を続ける工夫を期待します。

##### III 適切な福祉サービスの実施

サービスの質を向上させる取り組みは多いですが、評価する取り組みを確認することができませんでした。満足度調査を行うなど、利用者や家族の意見を確認する機会を作ることを期待します。

そのほか苦情や要望の対応結果について、公表する体制が確認できませんでした。受付をしてから対応までの手順や、対応結果の記録は保管できていますので、今後は個人情報に配慮したうえで対応結果を公表して施設の透明化を図ったり、第三者委員に相談しやすい環境を整えることで、サービスの質の向上につながる取り組みに期待します。

#### A 福祉サービス内容評価基準

入浴について異性による介助が見られます。入浴介助は身体の清潔を保つこともたいへん重要ですが、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に対して最善の配慮を行う必要があります。仮に異性による介助を行わざるを得ない場合は利用者に聞き取り、同意を得る必要があると考えます。ご検討いただきますようお願いします。

#### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価では、お忙しい中、公正かつ専門的な視点からの評価を賜り、心より感謝申し上げます。また、ヒアリングやアンケートにご協力いただいたご利用者様、ご家族様にも重ねて御礼申し上げます。

評価いただきました結果を真摯に受け止め、改善すべき点は計画的に実行に移してまいります。今後も介護老人保健施設としての使命を果たし、ご利用者様、ご家族様が当施設を選んでよかったですと思っていただけますよう、日々精進してまいります。

#### 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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>法人理念・基本方針や施設の方針は、玄関や事務室付近などの分かりやすい場所に掲げられており、来客者や職員は日常的にそれを確認することができます。また、法人ホームページにも掲載して広く公開しています。</p> <p>職員に対しては採用時や年度はじめの研修で説明するほか、全職員がいつも持ち歩く「てんじん心得帖」にも記しています。</p> <p>一方、新型コロナウイルス感染症の流行以来、家族会が開催されていないことから利用者家族などに直接、それを伝える機会はありませんでした。2025（令和7）年度に小規模ながら「家族交流会」を開き、施設方針を説明したとのことです。今後も理念、方針の説明を続けていただきますようお願いします。</p>		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>管理職（施設長・医師、管理課・看護課・介護課・リハビリ課の長、他専門職）を集めて月1回開催する施設運営委員会が受審施設の意思決定合議体です。この委員会では稼働率をはじめ施設経営全般にかかわる課題を協議し、法人の予算実績会議（月1回）や経営会議（月1回）に諮っています。また、予算管理については予算実績会議で「利益計画」を作成しています。なお、これらの会議体で協議された結果は、受審施設の共有ファイルに掲載し、職員へ伝えています。このほか、管理者が笠岡市地域包括支援センター協議会に参加するなどして情報を収集しています。</p> <p>一方、「笠岡市高齢者福祉推進計画・笠岡市介護保険計画《ゲンキプラン21-Ⅸ》」*などの把握、分析は個々の管理者の裁量に委ねられており、必ずしも組織的に行えていないようです。受審施設全体で読み込み、分析を行われるようお願いします。</p> <p>* 計画期間：2024（令和3）年度から2026（令和8）年度まで。</p>		

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>	
受審施設では現在「在宅強化型老人保健施設」*の復活に向けて取り組んでいます。このため受審施設内の各委員会や施設運営委員会で課題の洗い出しや対策の協議を行っています。そして、その結果を事業計画に反映させたうえで、法人が年度はじめに開く施設方針説明会で表明しています。なお、施設方針説明会のようすは動画配信によって職員へ知らせるほか、受審施設の共有ファイルにも掲載しています。	
このほか、通常業務に関する課題は受審施設内の施設運営委員会(I-2-(1)-①)や各種委員会で検討、協議し現場に指示をしています。	
* 在宅復帰や在宅療養支援、リハビリテーション、地域貢献などに関する条件を満たす老人保健施設。	

### 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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>	
受審施設を運営する法人理事長は、中期経営計画にあたる「理事長方針」(1期3年)を作成し、更新期はじめの施設方針発表会で自ら発表しています。これを受けた受審施設では「社会福祉法人天神会中期経営計画に基づくこうのしま介護老人保健施設施策中期計画」を策定しています。現在の計画は(1)権利擁護を第一とする、安全、安心なサービス提供、(2)社会貢献活動を通じた地域共生、(3)人財確保・育成強化、(4)組織の透明性確保、強化(以上、要約)を柱に進めています。最終(更新)年度には目標達成状況を評価したうえで、新たな計画へ昇華させることを期待しています。	
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント>	
中期経営計画「理事長方針」(I-3-(1)-①)を踏まえ、受審施設の施設運営委員会が単年度事業計画を取りまとめています。この計画には〈重点施策〉やそれに対する〈今年度の目標〉〈具体的な取り組み〉などが細かく記されています。そして〈具体的な取り組み〉に挙げた各事項を受審施設内の委員会に割り当て、各委員会が目標達成に向けた取り組みを行うしくみです。	

### 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>

単年度事業計画のスケジュール管理は施設運営委員会が行い、現場で課題が発生した場合は再び委員会に戻し、受審施設全体で協議を行います。そして、毎年度末には1年間の取り組み状況をまとめ法人へ報告するとともに、新たな目標や残された課題は次年度の単年度事業計画へ反映させています。なお、これらの取り組みに関する記録は共有ファイルに掲載され、職員はいつでも確認することができます。

ところで、II-2-(1)-①で記すように受審施設をはじめ法人内の各施設にはインドネシアからの外国人スタッフが大勢います。外国人スタッフの日本語能力には個人差も大きいことから事業計画などの理解には説明方法の工夫や理解度の確認などを念入りに行う必要があると考えますが、その取り組みを確認することができませんでした。あわせて、諸規程やマニュアル類のほか、各種報告書や文書類についても同じ課題があります。

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>

新型コロナウイルス感染症の流行によって家族会を中止していたため、利用者家族などに対する直接的な説明は行われておらず、家族は法人ホームページや広報誌「天神だより」を読む以外に確認する方法がありませんでした。しかし、2025（令和7）年度には小規模ながら家族交流会を開き、単年度事業計画の説明を再開されたとのことです。今後も引き続き、家族会などで事業計画を説明する機会を設けるようお願いします。

## 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>

「岡山県版自己点検シート」を用いて年1回、確認をしています。以前は「利用者家族アンケート」も実施していたようですが、家族面会が中止されて以降は実施されません。また、施設内には「ご意見箱」も置かれていますが、面会制限が続く現状では家族からの意見を聞く手段として有効に機能しているとは言いきれません。これらのことから「b」評価といたします。今後は、制限緩和に向けた検討を本格化されるとともに、本人アンケートなど新たな方法の開発もお勧めします。

他方で、受審施設では職員の好ましいケア・対応を投稿し合う「グッドケア賞」を実施しています。日本を代表するテーマパークが取り組むこの方法は、職員の創意工夫によるサービス向上のほか、相乗効果によって意欲や帰属意識が高まることなども報告されています。このほか、受審施設では職員の自発的な改善をうながす「業務改善提案」も募集しています。いずれも特筆に値する取り組みです。

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>サービスの質の向上に向けた課題が明らかになった場合、施設運営委員会で分析、検討を行い対応策を協議して各委員会や現場に指示を出します。また、年度末には1年間の状況を総括して法人へ報告しています。なお、これらの取り組み内容は議事録にまとめ共有ファイルで職員に周知を図っています。</p> <p>このようにしくみとしては整っているものの、全職員が確実にその内容を理解していることを確認することはできません。特に外国人スタッフについてはI-3-(2)-①の配慮が必要だと考えます。人材確保や国際交流に先進的な法人施設であるがゆえの課題ともいえますが、さらなるステップアップに期待したいところです。</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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>施設方針は毎年度はじめの職員研修を通じて全職員へ周知しています。また、広報誌「天神だより」でも年1回、施設長のあいさつとして所信を表明しています。他方で、職員には組織図や職務分掌表で管理者の役割を明らかにしています。なお、組織図などは事務室付近の掲示板に貼られており、利用者やその家族、職員の誰もが見られるようにしています。これとは別に災害発生時など有事の管理者の役割については「事業継続計画」(BCP)に記載しています。なお、I-3-(2)-①の理由から、特に外国人スタッフに対するさらなる配慮が必要であると考えます。</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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>法人の管理者研修に毎年参加して法令に関する理解を深めています。また、職員が業務を行う上で最低限必要な法令については、全職員が常に持ち歩く「てんじん心得帖」に明記し、それを研修会などで職員に説明しています。</p> <p>なお、管理者に対する法令理解は業務に直接関係するものが中心で、必ずしも関連分野（消費者保護、環境など）までは及んでいないようです。施設（法人）外の研修も活用してより視野の広い法令理解を期待します。</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。	②・b・c	
<コメント> 年度はじめに法人が開催する施設方針発表会に管理者自らが出席し、サービス向上に向けた決意を明らかにしています（動画配信で全職員が視聴可能）。また、受審施設内の施設運営委員会に出席してサービス管理を行っています。 管理者へのインタビューによると「職員に対しては大枠の方針を示し、具体的な方法の検討は職員の主体性に任せるようにしている」と話します。そして、仮に成果が出れば職員を褒め、うまくいかなければ相談に乗り改善を提案するように心がけているとのことです。 なお、受審施設独自の取り組みである「グッドケア賞」や「業務改善提案」（I-4-(1)-①）は働き方改革委員会からの提案を管理者が後押しして実現したものです。		
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。	②・b・c	
<コメント> 管理者のうち、医師である施設長は医療面、薬剤師は薬剤管理を、また管理課をはじめ看護課・介護課・リハビリ課の長は各分野の管理を行っています。そして、月に1回のペースで施設運営委員会を開いては受審施設内で生じた課題への対応や業務改善を指揮しています。このほか、施設長や管理課長は法人が開催する予算実績会議に出席して事業や予算の進行状況から人員配置まで施設経営全般にわたる事項について、施設を代表して意見を述べています。 これとは別に、管理者は職員に対して年2回、セルフチェックや個人面談を行っています。（II-2-(1)-②）		

## 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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ		
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>人材を「人財」*1と表現する法人は、中期経営計画「理事長方針」が示すとおり人材の確保、育成を強化しています。法人では「天神会人財育成指針」を示したうえで、受審施設をはじめ各施設が提出した要員計画に基づいて人財確保計画を組み立てています。しかし、介護業界全体がそうであるように人材確保は思うように進んでいない現実があります。この現状に法人では2025（令和7）年5月から現職員を対象とする「紹介奨励金制度」をはじめたところです。</p> <p>一方で、国際交流を目的に法人全体で取り組んでいるインドネシアからの技能実習生、介護福祉士候補生の受け入れは進んでいます。訪問調査時のようにすからスタッフの一員として定着している姿を確認することができました。</p>				
<p>*1 受審施設を運営する法人では、職員を重要な財産ととらえ意図的に「人財」と書き表している。法人および受審施設の価値を尊重しつつも、「人財」がいわゆる常用語ではないため、本評価報告書では固有名詞を除き「人材」を使用することとする。</p> <p>*2 II-2各項目における法人の取り組みの詳細については、同法人が運営する障害者支援施設こうのしま荘の第三者評価結果（2024（令和6）年度実施）を参照。</p>				
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ			
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>法人が定める「天神会人財育成指針」に基づき、法人の人財育成委員会・ヒューマンリソース室が「天神会キャリアパス」を策定しています。11段階（11等級：一般・1年目→1等級：本部長）にわたる階層を設定したうえで、階層ごとの人財育成計画を定め、さらに職位・職種別的人事考課基準を用いた評価（セルフチェック・マルチジョブ）を行うしくみです。「人財」を大切にする法人ならではの人事管理システムです。</p>				
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ			
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>職員に対して年2回「セルフチェック」や職員面談を行い、就業状況や意向を把握しています。</p> <p>働きやすい職場づくりについて法人は「健活企業」を宣言し、職員の健康管理に力を入れています。また、仕事と子育ての両立支援や女性活躍推進に関する各種の宣言、計画も策定しています。さらには法人敷地内に事業所内保育所（地域型保育事業）も開園しています。このほかハラスメント委員会、衛生専門委員会などを設置してハラスメント対策や衛生管理を行っています。</p> <p>加えて、受審施設独自の取り組みである「グッドケア賞」や「業務改善提案」（I-4-(1)-①）も職場環境の改善につながっています。</p> <p>なお、職員の有給取得状況は管理者が確認した上で本人に伝達し、取得をうながしています。</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。

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>

法人が定める「天神会キャリアパス」「人事評価マニュアル」に基づき育成支援を行っています。まず、各職員は「個人育成シート」に年間達成目標を記入します。次に管理者は職員面談（年2回）を行い各職員のキャリア志向を確認します。さらに職員の意向と天神会キャリアパスを照らし合わせ、管理者と職員が協働で「個別育成計画」を作成して、職員一人ひとりが主体的に職業能力を習得するしくみです。

なお、法人ではヒューマンリソース室で「キャリア相談」を、また、キャリアデザインセンターでは「セルフ・キャリアドック」\*を行っています。このほか「グッドケア賞」（I-4-(1)-①）も職員同士がお互いを高め合う相乗効果が期待できます。

\* 管理職、リーダー職員を対象に自らの過去を回想し、今後のキャリアを考える技法。

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>

法人が定める「天神会人財育成指針」「天神会キャリアパス」のもと、体系的な教育・研修を行っています。研修形態（OJT・Off-JT・SDS\*）も充実し、コース（基礎・階層別・職種別・課題別）も豊富です。研修実施にあたっては人財育成委員会が研修ニーズの把握から「年間教育計画」の作成、実施した研修の評価、改善までを担っており、受審施設をはじめとする各施設と法人が協働して人材育成に取り組んでいます。

なお、受審施設内の2階事務室付近の廊下には教育基本方針が掲示されています。

- \* OJT. (On the Job Training) 職務を通じた上司から部下への直接的指導。
- \* Off-JT. (Off the Job Training) 職場内・職場外（外部）での職務を離れた研修。
- \* SDS. (Self Development System) 自己啓発援助制度（自主勉強サークルや資格取得支援など）

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>

「天神会人財育成指針」のもと、受審施設と法人が主体となって職員の研修機会を確保しています。法人が策定した階層別の人財育成計画と職員一人ひとりの個別育成計画（II-2-(3)-①）を踏まえ、法人の人財育成委員会と受審施設の管理者が協働して該当する職員を受講させています。

また、全国老人保健施設協会をはじめ各団体が開催する職場外（外部）研修については、開催要項やポスター（カレンダー）などを受審施設内の掲示板に貼るとともに、上司から職員に声を掛け参加をうながしています。

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

法人の人財育成委員会が策定した資格別の「実習受け入れマニュアル」に基づき実習指導を行っています。また、実習指導者の講習に職員を派遣し指導体制を整えるとともに、実際の指導にあたっては法人が定めた「実習指導者マニュアル」を活用し、指導の均質化を図っています。

しかし、ここ数年は介護福祉士実習希望者（養成校からの依頼）はなく、現在は管理栄養士の実習を受け入れるのみです。今後は介護（福祉）専門職の実習依頼が増えることを期待しています。

### 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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

広報誌「天神だより」（関係機関、近隣に配布）をはじめ法人ホームページなどで情報を広く公開しています。特にホームページには定款や役員名簿、予算決算さらに第三者評価結果などを幅広く公表しており、透明性確保の意欲を感じさせます。受審施設の日々のようすはホームページ内の「スタッフノート」や「フォトアルバム」で確認することができ、情報も隨時更新されています。

なお、苦情やヒヤリハットの状況を公表することで、なお一層透明性が増すと考えられます。実際に生じた事例を加工して公表することが望まれますが、それが無理な場合でも、年間件数や内容、対応結果などを数値処理し、それに考察を加えたものや、これらに対する苦情解決第三者委員のコメントを付すことも考えられます。ぜひ、ご一考いただきますようお願いいたします。

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。

Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ

<コメント>

法人の監事監査規程に基づく年2回の監査と、公認会計士による財務相談、助言を得るしくみを整えています。

職員は法人内の共有フォルダから諸規程をいつでも閲覧できます。しかし、I-3-(2)-①のとおり、特に外国人スタッフについては閲覧可能であることがすなわち理解に結びついているとは言いきれません。研修機会を設けるなど別の方法による情報提供や確認も必要だと考えます。

なお、法令上の規定は置き、会計監査人の導入など先に行く取り組みに期待したいところです。

## 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。		a・b・c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>2025（令和7）年度事業計画のなかで「地域に根差した社会貢献活動を通じて、地域との共生を推進します」と掲げており、重点施策や年度目標、具体的な取り組みも取り決めてています。また、法人内の保育園と交流したり、地域のお華の先生に月2回指導に来てもらうなど、地域との交流ができるよう取り組まれています。ただ、新型コロナウイルス感染症が流行して以降は、取り組みが縮小しているようです。事業計画に掲げている通り、地域との共生を推進することを期待します。</p>		
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
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>ボランティアに関するマニュアルを作成し、受け入れ態勢を整えています。具体的には、中学生を対象にした夏のボランティア体験や、中学校の体験活動である、いきいきチャレンジ体験の受け入れを行っています。新型コロナウイルス感染症が流行して以降の受け入れは制限があるようですが、今後少しずつ制限前の取り組みに戻すことができるよう検討しているとのことです。</p>		
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。		a・b・c
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>地域の病院や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所の介護支援専門員など、関係機関との連携を強化しています。例えば、地域包括支援センター運営協議会に参加して顔の見える関係づくりに取り組んでいます。また、入所時はもちろん、退所時にもカンファレンスを行い、「シームレスケア*」を意識して関係機関と情報共有する機会を設けています。そのほか職員が消防団に所属し、地域の防災組織とも連携して防災活動について考える機会をつくるなど、積極的に取り組んでいます。</p>		
<p>* 受審施設への入所前と入所後の引き継ぎやカンファレンスを行う際に、継ぎ目がない支援をめざした取り組み。</p>		

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。	a・b・c	
<コメント> 関係機関との連携を行うことで、地域の福祉ニーズの把握に努めています。また、地域住民へ出前講座を行っており、必要な情報を地域へ届ける取り組みも行われています。ただ、主体的に福祉ニーズを把握する取り組みは確認できませんでした。今後は、地域での困りごとについて話し合う場へ参加したり、地域住民へ困りごとについてアンケートを実施するなど、具体的に取り組まれてはいかがでしょうか。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 地域に向けて法人としてできることを発信しています。受審施設でも職員のもつている知識や情報を出前講座という形で地域へ還元する取り組みをしています。また、法人として地域と防災協定を結んだり、福祉避難所として登録をしており、有事の際には助け合いができる体制づくりも行われています。そのほか2025（令和7）年度事業計画の中で「地域に根差した社会貢献活動を通じて、地域との共生を推進します」という目標を掲げ、地域に向けた取り組みを計画しています。		

### 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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ	
<コメント> 2025（令和7）年度事業計画の中に基本理念や基本方針を明示しており、重点施策の取り組みの中に「権利擁護を第一に、利用者にとって安全で安心のできるサービスを提供すること」が明記されています。また、虐待について学ぶ機会を確保し、職員間で周知することで権利擁護の意識を高め、利用者を尊重したサービスを意識できるよう取り組んでいます。そのほかにも権利擁護（虐待防止）委員会や身体拘束廃止委員会を設置していて、人権に配慮した取り組みも行われています。		

	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。	a・b・c
<コメント>		
プライバシーポリシーを「てんじん心得帖」に明記しており、職員の意識を強化するよう研修を行い周知を図っています。居室前の名札は電子化されており、通常は部屋番号のみ表示され、確認ボタンを押すことで在室者の名前が確認できる設定になっていて、プライバシー保護に配慮されています。そのほか4人部屋の一部は居室内が間仕切りで仕切られており、希望すればその部屋を選択できる体制を整えています。ただ、プライバシーポリシーについて、利用者や家族への周知が十分とは言えない状況です。今後は、施設内に掲示したり、閲覧できるよう体制を整えられることを期待します。		
	III-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	
	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・c
<コメント>		
法人のサービスをまとめた「施設利用ガイドブック」や、入所のしおりを準備しています。利用希望者へ渡すことはもちろんですが、関係機関にも協力を依頼し、希望者に配布できるよう取り組んでいます。また、ホームページでも施設の紹介や活動のようすを紹介しています。活動のようすも定期的に更新して、最新の情報を案内できるよう取り組んでいます。そのほかに法人の広報誌として「天神だより」（季刊誌）も作成して施設の情報を発信しています。さらに、見学の際には支援相談員が詳しく説明することで、希望者へ必要な情報提供を行うことができています。		
	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。	a・b・c
<コメント>		
サービスの開始時には介護支援専門員から計画について説明があり、利用者はもちろん家族にも書面が交付されていて、支援内容に同意を得てからサービスの提供を行っています。また、計画変更時にも同様に説明を行っています。来所が難しい家族には書面交付と合わせて、電話でも説明を行い同意を得ています。そのほか意思決定が難しい利用者に対しては、端的な説明に言い換えるなどの工夫を行い、できる限り自己決定ができるよう配慮されています。		
	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・b・c
<コメント>		
利用者ができる限り在宅復帰できるよう取り組んでおり、実際に退所者の半数近くが在宅生活を送ることができます。退所前にはカンファレンスを行い、利用者への支援が途切ることのないよう、シームレス（II-4-(2)-①）に行われるよう意識して取り組んでいます。また、退所後でも相談があれば支援相談員や介護支援専門員が対応する体制も整えられています。そのほか退所後1か月以内に、サービス利用が適切に継続できているかを関係者などに確認し、必要なサービスが利用者へ提供されるようフォローする取り組みも行われています。		

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> 食事に関しては月に1回利用者からリクエストを聞いて、できる範囲でリクエスト食として対応しています。また、嗜好調査を年に2回～3回実施し、満足度向上に取り組んでいます。ただ、以前は満足度調査を行っていましたが、コロナ禍で家族の面会が制限されてからは、調査項目が施設内を見ていなければ回答しにくい内容であったため、現在は実施できていないようです。今後はアンケートの内容を見直し、満足度調査を再開されることを期待します。		
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> 「苦情解決に係る取り扱い指針」を作成して法人全体で対応しています。第三者委員の設置もあり、苦情解決のしくみも整えられていて、対応したことは記録に残しています。職員への研修も「てんじん心得帖」を活用しており、利用者からの口頭での申し出にも適切に対応することができるよう、体制強化に取り組んでいます。ただ、対応した苦情について公表することは行われていません。当事者への配慮をした上で、できる限り公表を行い、サービスの質向上につなげる取り組みを期待します。		
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> 施設内に苦情解決のしくみや、第三者委員についてのお知らせを掲示して、利用者や家族への周知に取り組んでいます。また、意見箱を各階に設置しており、意見を申し出やすい体制を整えています。現状は職員に直接相談することが多いとのことで、その都度ていねいに話を聞き、苦情として届け出をするかどうかの意向を確認しています。話を聞く際には相談室も用意されていて、安心して話ができる環境も整えられています。		
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> 利用者から訴えのあった意見に対して職員が聞き取りを行い、希望があれば苦情受付をして解決まで対応できています。相談内容や検討内容、対応結果まで書面で記録も残していて、職員への情報共有も確実に行われています。また、「苦情解決に係る取り扱い指針」を整備し、組織として適切に対応できるよう取り組んでいます。ただ、利用者からアンケートを取るなど、主体的な取り組みは確認できませんでした。今後は、積極的に利用者や家族の意見を聞く取り組みを整備されることを期待します。		

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
---	-------

＜コメント＞

ヒヤリハットを積極的に収集しており、記録もまとめて管理しています。また、リスクマネジャー5名配置して、まずは施設内で情報が共有できるよう話をしています。その後、事故防止委員会で対応を検討し、事故を未然に防ぐ取り組みを行っています。このように情報を整理することで、現場で改善することや、法人全体で取り組むことが明確になり、効率的に対応することができています。そのほかに応急処置や窒息対応などの緊急時対応を職員が学ぶ機会も確保しています。さらに、外部のコンサルタントの助言を受ける体制も整えられています。

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＞

「感染症対策マニュアル」と感染症における「事業継続計画」(BCP)が整備されており、適切な予防と感染症発生時の迅速な対応ができる体制を整えています。また、職員研修も毎年行われていて、具体的な対処について周知され、受審施設全体の対応力を高める取り組みも行われています。そのほかマニュアルの内容に修正が必要な場合も見直しが行われ、最新の情報に更新されています。

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＞

「災害時事業継続計画」(BCP)が作成されていて、避難訓練も年2回実施されています。備蓄品の保管とリストの作成が行われ、さらに調理メニューも決められています。賞味期限の管理も確実に行われていて、期限が近づいた備蓄品を活用して、調理の訓練をしたり、フードバンクへ提供する取り組みも行っています。また、近隣の老人保健施設との協力体制を整えるため「災害時等栄養・食生活相互支援ネットワーク」に加盟しており、災害時には助け合える関係づくりが行われています。そのほか職員の安否確認システムが導入されており、非常時には自動でメール配信が行われ、スムーズに状況確認ができる体制も整えられています。

### 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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>介護に関する各種マニュアルが項目（入浴介助、食事介助、移乗介助など）ごとに整備されており、支援について一定の水準が保たれるよう取り組んでいます。職員は個別に「てんじん心得帖」を所持して必要な時はすぐに確認できる体制です。また、職員に周知するための勉強会も行われていて、実際に活用している状況が確認できました。そのほかチューター制を取り入れており、経験のある職員が個別に実施状況を確認して、助言や指導にあたっています。</p>		
<p>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。</p>		
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>マニュアルの内容については担当職員で構成される委員会を開催し、その中で見直しが行われ、定期的に更新が行われています。変更した内容については受審施設内で周知するための勉強会が行われ、実際の支援に活用できるよう指導しています。そのほかに働き方改革委員会の中で、支援の効率化とともに質の向上が検討されています。例えば「グッドケア賞*」を創設して、職員の意欲を高める取り組みを行っています。</p>		
<p>* よいケアをしている職員を称賛する取り組みで、職員の意欲向上や支援の質向上を目的にしている。</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。		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>計画作成についてはチームで関わり、アセスメントは各専門職が行った内容をシステムに入力し、介護支援専門員が計画に反映する体制が整えられています。また、計画書で行われることになった支援については、チェック表がパソコン上に自動作成され、実施状況を確実に確認できる体制も整えられています。そのほか困難ケースなどの対応を再検討した場合でも、課題があれば隨時支援内容を見直し、職員への周知もパソコンのシステムを活用してすぐに共有することができています。</p>		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<p><b>&lt;コメント&gt;</b></p> <p>サービス実施計画の評価・見直しは3か月に1度行われており、新規作成時と同様に、各種専門職がアセスメントを行いチームで共有しています。また、計画内容の説明も本人はもちろんですが、来所が難しい家族にも書面を郵送して電話で説明を行っています。また、緊急に支援内容が変更になった場合も、システム内に自動でチェック表が作成され、職員への周知と実施の確認が行える体制が整えられています。</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。		
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。	②・b・c	
<コメント> 支援の記録はパソコンのネットワーク上で保管されており、入力や閲覧も個人の端末から行うことができる体制で、すぐに情報共有を行うことができています。また、特記事項を指定することで、特に重要な記録を抜粋することや、会議録を回覧するシステムも導入されており、効率的に引き継ぐことができる体制が整っています。そのほかノートでの引き継ぎも行われており、確認者は検印して漏れのないように確認することができます。さらに、チューター制の指導で記録内容の確認や助言を行い、記録作成のスキルアップにも取り組んでいます。		
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。	a・②・c	
<コメント> 「個人情報管理規程」や「個人情報保護に対する基本方針」を作成して、情報を適切に管理する体制が整えられています。パソコンでの記録を行った後は、個人IDからログアウトすることで、情報管理を行っています。また、書類の管理はサービスステーションなど常に人のいる場所で鍵をかけて保管しています。利用者や家族にも重要事項説明書の中で個人情報の管理について説明しています。一方、受審施設の説明によると個人情報管理責任者は施設長とのことです。規程類や重要事項説明書にそれが記載されていないようです。責任者を明記することで管理体制の強化に取り組まれることを期待します。		

## 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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 利用者一人ひとりの心身の状況や暮らしの意向などを「フェイスシート」にまとめ、職員間で共有しています。利用者が生活リズムを整えられるように本人の希望をもとにアセスメントして、役割（食器洗い、植物の水やり、タオルたたみなど）をもち、活動（脳トレ、体操、生花クラブなど）に参加できるよう対応しています。また、利用者が介護状態に応じた生活を送ることができるように職員が声かけを行うようすや、自室やフロアでの過ごし方にも本人の意向を尊重しているようすが訪問調査時の見学で確認できました。		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 非該当		
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。		Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 非該当		

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。	a・b・c
<コメント>	
利用者一人ひとりの状態に合わせ必要なコミュニケーションが工夫されています。例えば、難聴の利用者にはホワイトボードによる筆談やコミュニケーションボードを用いた会話を、会話が困難な利用者には顔の表情を読み取り意思を確認しています。なお、意思表示が難しい利用者には担当職員による現場での報告が行われており、職員間で情報を共有しています。	
一方、職員の一部に利用者へのため口があり、施設全体で注意を行っているが全職員には行きわたっていないとする指摘があります。改善が必要な状態だと考えられます。接遇研修の実施や接遇マニュアルの策定もご検討ください。	
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・b・c
<コメント>	
法人の虐待防止検討委員会、身体拘束廃止委員会がそれぞれ「権利擁護（虐待防止）指針」や「身体拘束廃止指針」を整備するとともに、定期的に委員会を開催し、不適切事例を洗い出しています。また、利用者の権利擁護に関して介護サービス向上委員会が作成した「人権について」とする書面（「てんじん心得帖」から抜粋）を施設内に掲示していることを確認しています。なお、虐待の通報や報告についての手順は全職員に研修等で明確化しており、利用者が施設において安心して生活するための基盤を整えています。	

## 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	
<コメント>	
A－2－(1)－① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・b・c
受審施設では利用者の在宅復帰時に備えて、入所前に支援相談員や理学療法士、介護支援専門員などが自宅を訪問し、生活環境を確認しています。受審施設内は木を多く取り入れた造りであり、窓も多く日光を感じられる開放的な環境となっています。また、2020（令和2）年の改修によって一部の多床室は板壁の区切りを設けており、ある程度のプライバシーを確保できるようになりました。さらに、トイレの場所も利用者に対してわかりやすいように大きな表示となっています。このほか、施設内の室温、換気や部屋の明るさは特に支障のない状態です。	

### 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。	a・b・c
<p><b>コメント</b></p> <p>2020（令和2）年の施設改修によって個室入浴が可能になりました。これによってプライバシーが保たれ、落ち着いた環境で入浴できるようになりました。また、入浴にあたっては介護職員とリハビリ担当職員を中心に協議を行ったうえで入浴方法を選んでいます。利用者に対する安全面では、浴室に手すりを設置し、介助時には声掛けを行っています。また、入浴前のバイタルチェック（血圧測定）や入浴時の介護職員による見守りも欠かしません。しかし、勤務シフトの都合などによって一部に異性の職員による介助があるとのことです。利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮するため、やむを得ず異性での介助を行う際は利用者に対する意見の聞き取りと同意を得る必要があると考えます。なお、「入浴介助マニュアル」は外国人スタッフにも理解ができるよう簡潔にまとまり安全意識が根付いています。</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。	a・b・c
<p><b>コメント</b></p> <p>2020（令和2）年の改修で個室型トイレが整備され、トイレ内も清潔に保たれています。排せつ時には職員の声かけによって転倒防止に努めています。また、安易に介護を行うのではなく介護度が比較的軽度な利用者に対しては見守り、声掛けを行うことで自立した排せつに取り組んでいます。なお、必要に応じて看護職員、介護職員が尿便の観察を行い健康状態をチェックしています。このほか、排泄ケアに関して外部講師を招いた研修会を開催するなど質の高いケアに取り組んでいます。</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。	a・b・c
<p><b>コメント</b></p> <p>施設内通路が比較的広く保たれており、車いす介助での移動も安全が確保されています。通路も横形手すりが設置されている状態で安全は確保されています。このほか、福祉用具の使用については理学療法士が適切な福祉用具を検討し、介護職員と協議していることを確認しました。また、移動時における周囲の安全確認も適切に行われています。車いす移動に関しても声かけや確認が徹底されています。</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> 献立は管理栄養士をはじめとする給食委員会が中心となり、調理業務委託業者と協議のうえで決定しています。食事形態もリクエストメニューやイベント食（お祝い膳、地元産メニューなど）、主菜を選択できる日、バイキング食など多彩で、食事による楽しみを提供しています。食事も適温で食器も彩りがあり工夫されています。衛生管理は「感染症及び食中毒予防及び蔓延予防のための指針」を整備し、職員に対する研修も実施しています。このほかお菓子づくりなど利用者参加の行事もあり、食の楽しみを工夫しています。なお、訪問調査当日には、昼食に誕生月のお祝い膳が提供されました。		
	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> 利用者一人ひとりの状態に合わせてミールラウンド（多職種による協議）を行い、常（普通）食、かゆ、きざみ食、ソフト食、ミキサー食などを提供し、できる限り自力で食べられるように工夫しています。 食事の際には管理栄養士が同席し、利用者の状態を確認することで食事の状況把握に努めています。なお、経管栄養を行う4人の利用者がおられることがあります、看護職員や管理栄養士などが適切に協議、対応しています。このほか、食中毒・感染予防のため、感染予防委員会を設置しており、指針の作成と定期的な研修の実施によって危機管理を徹底しています。さらに、管理栄養士実習時の学生によるアンケートなど、いわゆる外部の眼を通した改善に取り組む機会が設けられています。		
	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> 受審施設では食事前に必ず口腔ケア体操を行うなど、歯科疾患の予防以外にも口腔機能の向上によって要介護状態の進行、生活の質の低下を防止することに努めています。このため、週1回のペースで受審施設の歯科衛生士による口腔ケアの助言、指導、また月2回は外部の歯科衛生士による助言、評価、指導を行っています。このほか介護職員を対象とした歯科衛生士による口腔ケア研修（年2回）も組まれており、これらの取り組みが状態悪化を防いでいることです。		

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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 褥瘡対策委員会を3ヶ月に一度のペースで開催することによって、職員全体で褥瘡予防や発見時の適切な連携体制を形づくっています。そのうえで、エアマットの利用、管理栄養士による食事面の確認、入浴時の状態観察など、日常的な介護の段階から介護、看護、リハビリ職員が連携して褥瘡予防に取り組んでいます。また、3ヶ月に1回のアルブミンチェック（血液中にあるタンパク質の濃度測定）も行っています。褥瘡が発見されたら介護職員が初期状態を確認し、状態によって看護職員から医師に連絡するなどの連携体制が整備がされています。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 受審施設では看護職員が喀痰吸引や経管栄養の処置を行っています。特定行為研修を修了した介護職員もいて、今後、看護職員とともにこれらの医療行為を行うことができる体制の整備を進めています。なお、介護職員と施設内の医師や看護職員との連携を確保するため、例えば介護職員が喀痰吸引などを行う際は看護職員が指導できる体制を整えています。さらに、喀痰吸引の研修も定期的に開催しています。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 入所前に理学療法士などが自宅を訪問し、在宅復帰をイメージしたリハビリ計画を作成したうえで、基本的な機能訓練は理学療法士などの指導で行っています。また、介護職員によるケアプランに基づいた個別機能訓練も実施しています。さらに理学療法士などが介護職員向けに口腔体操、棒体操、下肢筋力訓練などの体操マニュアルを作成し、実施しています。なお、一部の職種間で取り組みに対する意思疎通、情報共有が十分に図られていない様子も見受けられます。より一層の連携、協働の強化を期待します。		
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。	Ⓐ・Ⓑ・Ⓒ
<コメント> 認知症のある利用者一人ひとりにアセスメントを行い、多職種が連携して支援を行っています。認知症ケア専門士を中心に研修を開催し、認知症ケアの実践に職員一人ひとりが向きあう姿勢をつくっています。また、受審施設内のサークル活動（生け花、カラオケなど）に参加する利用者もおられるなど趣味嗜好への配慮も行っています。このように日中の生活支援は活動的に行われており、利用者の意向も尊重されています。このほか、一人ひとりの利用者に対する会話の工夫や写真を活用する取り組みも行っています。		

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> 入所後1週間の血圧などを測定して利用者の日々の健康状態を確認し、電子カルテで共有しています。また、呼吸数の異常値を早期発見して体調不良を知らせる睡眠時の見守りセンサーを導入しています。さらに「急変時対応マニュアル」を整備しており、対応手順に基づいて医師、看護職員、介護職員が連携するしくみを整えるとともに、年1回以上の研修を実施しています。なお、記録から看護職員が適切に服薬管理を行っていることを、また、利用者の体調変化に迅速に対応するよう情報共有が行われていることを確認しました。		
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> 「看取りに関する指針」を策定しています。利用者や家族に対しては医師の説明によって終末期を迎えた際の意向の確認を行うとともに、施設としての対応を伝えます。そして、看取り期には家族との面会も制限することなく、家族に対する精神的なケアも行っています。なお、終末期には支援相談員を通じて家族へ説明を行うとともに、看護職員も看取り冊子を配布し、説明を行っています。また、カンファレンスを実施して家族の意向と施設の方針を調整しています。このほか、施設内では看護職員を講師に年2回程度、看取りに関する研修会を開催しています。なお、受審施設では月に2例程度の看取りを行っています。		

## A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
	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> 家族会は新型コロナウイルス感染症の流行で中止していましたが、2025（令和7）年度に入り小規模ながら「家族交流会」を開きました。しかし、利用者家族アンケートは行われていません。 一方、利用者家族には定期的に利用者のようすを写真付きで報告しています。また、利用者に変化があった場合は、家族に電話で迅速に連絡する対応を行っています。 なお、今回の第三者評価受審時に行った家族に対するアンケート結果によると面会再開を希望されている家族が複数人いらっしゃいます。規制緩和に向けた検討をお願いします。		

## 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		