

(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：パインスクエア	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 施設長 福井大介	定員（利用人数）：49(38)名	
所在地：赤磐市稲蒔1222		
TEL：086-954-0123	ホームページ：http://www.pinesquare.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2005年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人江原恵明会		
職員数	常勤職員：24名	非常勤職員：5名
専門職員	社会福祉士：1名	栄養士：1名
	介護福祉士：18名	介護支援専門員：2名
	看護師：1名	
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	個室49室(冷暖房、トイレ、洗面所、クローゼット、電動ベッド完備)	介護職員室、機能訓練室、洗濯室、介護材料室、事務室、宿直室、浴室、便所、医務室、調理室、共同生活室、霊安室、倉庫、リネン室、更衣室

### ③理念・基本方針

#### <法人理念>

当法人の理念は「広義の福祉」を展開することです。高齢者福祉・児童福祉・障害者福祉と多岐にわたる分野で、出来る限り多くの人々にご利用いただける、バランスのとれた福祉施設を提供することです。

東日本大震災を受け、「安全・安心の国、日本」という神話が根底から崩れ、防災を含めあらゆる分野での見直しが必要となってきました。福祉の分野においてもやはり、見直しが迫られるところです。

高齢者・児童・障害者の福祉ができるだけ縦割りにならぬよう、母体である病院とも連携を強め、広義の意味での福祉を展開していきたいと思っております。

#### <法人経営方針>

個々の事業所が独立採算性を保つことは言うまでもありません。しかしながら、その時々政治的、或いは大災害のような不測の事態によって、独立した採算の維持が困難となるケースも想定に入れておく必要があります。

当法人においては、それぞれの施設が課せられた業務を真摯に捉え、鋭意努力していくことは当然のことながら、多岐にわたる事業展開により、法人全体の確固たる経営基盤を築いて参りたいと思っております。

#### <施設理念>

私たちは利用者皆様と心をかよわせ、心のこもったサービスの提供により、生きる喜びと感動あふれる生活環境づくりをめざし、地域福祉に貢献します。

- ご利用者の声に耳を傾け気持ちに寄り添います。
- ご利用者にとって安全で心地の良いサービス提供をめざします。
- ご家族にとって安心感につながるサービス提供をめざします。
- 職員にとって誇りのもてる職場環境づくりをめざします。
- 地域に根ざした福祉活動を通じて開かれた福祉をめざします。

### ④施設・事業所の特徴的な取組

- ・出前福祉講座として、地域の小学校へ職員を派遣し、小学生に向け高齢者疑似体験をしてもらう。耳栓や白内障眼鏡、おもり等を装着し、高齢者の身体状況を理解してもらい、地域の高齢者への思いやりや介護職の専門性に触れてもらう。
- ・移動販売車への販売場所の提供を行い、自家用車等の無い近隣住民へ買い物場所として利用してもらう。
- ・フードドライブ事業へ参画し、家庭での不要食品を集め、地域の生活困窮者へ届ける。また、今年度(2025年度)より、赤磐市立城南小学校の協力を得られ、協力施設としてボックス等の設置、物品の回収を行う。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2025年10月1日（契約日）～ 2026年2月10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

今後の経営改善を進めるため、地元中学校や地区社会福祉協議会との連携（演奏会・フードドライブ・出前福祉講座）が実施されるとともに、認知症カフェが2026年2月頃予定されています。また、近々では生産性向上委員会を立ち上げ、朝の申し送りの職員個々による差異の修正を図るべくICT機器を活用することで改善がみられています。今後は、これら地域貢献や地域との共同を主軸とした新しい取り組みと生産性向上を平行実施することで、今以上の経営の安定が実現することを期待します。

#### II 組織の運営管理

施設長が思い描く「期待する職員像」をもとに各職員の受講状況を一覧表に作成し、受講管理をしています。施設外研修の受講研修と各テーマの選定は十分です。一方、施設内研修はインターネットによる動画配信とケーススタディー（職員をモデル）にしたものを併用した効率的な受講環境を準備しています。また、新人職員への研修は新入用ファイル式につづられた新入職員研修用資料を基に実施され、実施の有無についてチェック表をもとに確認し、研修内容に漏れがないよう組織的に行われています。

#### III 適切な福祉サービスの実施

受審施設では、日頃から利用者一人ひとりに丁寧に向き合う支援が実践されています。認知症等により言葉での意思表示が難しい利用者に対しては、目の動きや表情、しぐさなどの非言語的なサインを大切にし、職員が利用者の思いや要望をくみ取ろうとする姿勢が見られます。一方で、自ら意見や希望を伝えられる利用者については、その思いができる限り実現するよう、介護支援専門員をはじめとする多職種が連携し、支援内容の調整が行われています。

また、サービス担当者会議には利用者や家族が同席し、そこで確認された希望や意向は記録に残され、ユニット会議等で共有されています。こうした仕組みにより、職員間で共通理解を図りながら継続的な支援につなげる体制が整っています。さらに、権利擁護研修や接遇研修を通じて、利用者の尊厳を大切にし、声に耳を傾ける姿勢を職員全体で確認する機会が設けられており、利用者の思いを支援に反映しようとする取り組みが組織的に進められています。

#### A 福祉サービス内容評価基準

利用者一人ひとりの生活リズムを大切にされており、入所時には利用者か家族から聞き取りを丁寧に行われており、利用者の希望にあわせた一日の過ごし方ができるような配慮がされています。特に起床時間や、入浴の順番など、利用者の意向にあわせ、柔軟な対応をされています。

気になる利用者のことがあれば、ユニットを中心に施設長、看護師、栄養士、嘱託医等直ぐに連絡を取り合いながら支援されています。

### ◇改善が求められる点

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

法人本部ならびに各施設・事業所としての中・長期計画が策定されていますが、法人本部の各計画内容については「順次」とされており、具体的にいつまでに完了するのか、明確になっていません。

## Ⅱ 組織の運営管理

受審施設における職種ごとのキャリアプランの構築が十分ではありません。そのうえで、「人事考課」の仕組みを導入するとともに、前述のキャリアプランと相まって、職員ひとり一人が将来の職員像を描くことができるよう検討頂ければと考えます。また、「期待する職員像」を明確にするとともに、それを目標として職員が一步でも近づけるような仕組みづくりを法人全体で構築されること望みます。加えて、少なくともいつでも実習生を受け入れる体制づくり(マニュアルの整備など)は進めていただくとともに、受け入れ自体が難しい場合は、法人で受け入れた他の施設実習について、見学プログラムを導入してもらうなど、実習生を受け入れる機会を増やすこと期待します。

## Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

受審施設では、食事介助など手厚い支援を必要とする利用者に対し、職員が丁寧に関わっており、その姿勢は評価できます。一方で、こうした支援には多くの時間を要することから、職員の業務負担が大きく、日常業務に追われる中で、利用者の生活をより豊かにするレクリエーション活動等に十分な時間を確保しにくい状況が見受けられます。そのため、洗濯や清掃業務については外部委託を行い、職員の負担軽減に取り組まれています。それでもなお人的余裕が十分とは言えないとの職員の声が聞かれています。こうした状況を踏まえると、手厚い介助が必要な利用者への支援と、生活の質を高める活動の両立を図るため、業務の優先順位の整理や役割分担の見直し、さらなる業務効率化に向けた検討が求められます。今後、新たに職員が入職する予定であることから、人員体制の充実により職員の負担が軽減され、利用者一人ひとりの希望に沿ったレクリエーションや余暇活動が、より充実していくことが期待されます。

### A 福祉サービス内容評価基準

建築上対応が難しいかもしれませんが、居室内のトイレが居室に入ると見えてしまうところについて、カーテンやパーテーション等プライバシーの観点からも検討してみたいかがでしょうか。入浴についてはストレッチャー浴の場合がシャワーのみで終わっており、検討していきたいとお話がありましたので、引き続き検討と対策を立ててみてはいかがでしょう。

終末期の対応は嘱託医が遠方であり難しいとのことでしたが、近隣の医療機関等の協力について検討してみたいかがでしょうか。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価は、当事業所の取り組みを客観的に振り返る大きな機会となりました。ご指摘いただいた改善点は、いずれも「よりよいケアの実現」に向けた重要な視点であり、特に職員の育成体制強化や各種マニュアルの見直しについては、法人全体で取り組むべき課題として認識し、早期の改善を目指します。利用者の皆さまにとって最適な生活環境を提供するため、これからも第三者の視点を積極的に取り入れ、質の高い福祉サービスの実現に向けた努力を続けてまいります。

## 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、法人全体や施設のホームページ、広報誌「シュプール」、施設内の掲示、全体会議での周知により表明と理解を促しています。但し、職員への周知については確認しましたが、必ずしも十分とは言えませんでした。今後は、職員への周知はもちろんのこと、利用者やその家族に理解を促すことへの検討も期待します。加えて、法人全体の基本理念と施設の基本理念は長文であることから内容や意味が一目で分かる理念や表現の検討をしてみたいかがででしょうか。さらに、法人の現理念については、今後再検討された理念の解説として位置づけられてはいかがででしょうか。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、コロナ禍において地域との絆が切れており、その復活に尽力を注がれているとのことでした。地域性についても、老々介護が問題の1つとなっていることから、受審施設としてニーズを拾うためのショートステイ事業を活用しようとしています。加えて、小中学校がコンパクトに集約されている地域であることから、後述するように、受審施設を中心とした地域福祉の構築を目指すための活動を進めています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材不足によるユニットの一部閉鎖により、ここ3年の収支状況は厳しいと考えています。それについては施設長も理解しており、次年度には職員の配置転換により閉鎖中のユニットを復活させることで収支の回復が見込まれるとの分析・推計結果が出ています。一方、I-2-(1)-①で述べた目標を具体化するために、地元中学校や地区社会福祉協議会との連携(演奏会・フードドライブ・出前福祉講座)が実施されるとともに、認知症カフェが2026年2月頃予定されています。これら計画の着実な実施を期待します。取り組みの本格化は来年度以降ということで、「c」評価とします。</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。		a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部ならびに各施設・事業所としての中・長期計画が策定されています。但し、法人本部の各計画内容については「順次」とされており、具体的にいつまでに完了するのか、明確になっていません。加えて、そのようになったら完成となるのか、内容についても一部具体性を欠くものとなっています。そこで、次期中・長期計画の作成にあたっては、KGI(重要目標達成指標)という最終的な目標を測る指標と、KPI(重要業績評価指標)というKGIを達成するための中間プロセスや具体的な行動の進捗を評価する指標を各項目で設定し、それらを管理する方法にして頂くと、より評価や達成度が具体的に確認することができます。なお、計画の立て方については、優先順位をつけ、計画を100%実現した場合、50%実現した場合、30%実現した場合の3パターンを設けることで、見直し回数を減らし業務の効率化を図ることも可能です。1つの方法としてご検討ください。</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。		a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は毎年策定されているものの、その内容は「概要」を除き、ほぼ同じ内容にとどまっています。また、事業報告は実施したことの記載のみとなっており、当年度の振り返りや課題の整理が見られません。日常の支援内容や行事等の振り返りも含めた総括については各種会議などで行っているところですが、今後はそれらをまとめ整理されることをお勧めします。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定にあたっては、毎年12月に事業計画(案)を回覧し職員から意見を募っています。その結果をもとに、リーダー会議で検討し確定します。その過程において、職員から研修参加の希望の有無についても確認しています。決定された事業計画は、リーダー会議を通じて職員全員に配布・回覧し、周知を図っています。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書ならびに事業報告書は法人のホームページにある「情報公開」のページで一括公表しています。また、事業計画書の原本を玄関前に置き、いつでも閲覧できるようにしています。家族会や代表者会がないため直接説明する機会はありません。今後は、原本ではなく、よりわかりやすい表現や構成で利用者やその家族に説明もしくは説明した資料の配付を検討することを期待します。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分掌表、組織図、委員会の種類とリストをもとに組織が作られ、各委員会と会議がそれぞれの問題点や課題に対応し連携するよう設計されています。これらの図表は年度初めの全体会議で説明がなされ、周知が諮られています。一方、自己評価の実施は、今回の「福祉サービス第三者評価」の受審をきっかけに初めて実施されました。今後は、毎年組織的に実施され、福祉サービスの質の評価と、向上に向けた課題と取り組みの明確化を行い前述の通り、翌年度の事業計画や中・長期計画に反映されることを期待します。</p>		
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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>I-4-(1)-①で述べたように、組織としてのPDCAが機能する組織体制となつてはいますが、今後の自己評価の継続的实施や福祉サービスの質向上に向けた評価体制、課題と取り組みの明確化はこれからです。但し、近々では生産性向上委員会を立ち上げ、朝の申し送りの職員個々による差異の修正を図るべくICT機器を活用することで改善がみられています。また、I-2-(1)-②で述べたように、地域貢献や地域との共同を主軸とした新しい取り組みを進めているところです。今後、これらの活動が定着・発展することを期待します。</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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長自らの役割については、運営管理規程第4条(職務)に明記されるとともに、朝・昼のミーティングや全体会議においてその使命や役割を施設長挨拶というかたちで実行しています。また、有事の際の代行については、主任を中心として受審施設に近い職員がその役割を担うこともBCP(業務継続計画)により確認できました。加えて、施設長はこれまで法人内の他施設事務職員として4年、高齢者福祉施設施設長として2年の経歴と経験を有しており、施設の運営・管理を担う力量は十分です。</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。	㉑・b・c
<コメント> 施設長は、毎年赤磐市社会福祉協議会が主催する施設長会議に定期的に参加するとともに、ACPIに関すること、苦情対応に関すること、ICTに関すること、虐待防止に関することなど、毎年度様々な研修に参加することで自らの研鑽に努めています。また、受審施設内の掲示や書類等を確認すると、運営指針や通知で規定されている様々なルールについて守られていることが確認でき、法令順守の大切さについて理解しています。	
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。	㉑・b・c
<コメント> 施設長は現場へよく顔を出しており、その様子は、職員のヒアリングでも確認できました。加えて、現場に入る際には食事介助や入浴介助を通じて利用者のADL(日常生活動作)の状況や職員の声掛けの様子を確認するなど、利用者を最優先とした姿勢を貫いています。また、前述のように職員の声掛けには積極的に受け入れるとともに職員の悩み相談適宜進めています。	
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。	a・㉑・c
<コメント> I-4-(1)-②で述べたように、生産性向上委員会を立ち上げ、施設長自ら業務改善には積極的に取り組んでいます。また、2024年度より年2回「家族へのお便り」(様式作成)を行うことで、やり取りにより得られた情報を業務改善に生かすなどPDCAサイクルの着実な実施に取り組んでいます。前述の社会貢献活動や職員配置の実施などが進められ、今後安定的な経営になることを期待します。	

## 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。	a・b・㉑	
<コメント> 福祉人材の確保や人事計画は法人全体で行っているものの、受審施設としてはハローワークなどに出向き、就職相談会や福祉就職フェアに参加しています。但し、入職後の異動も多く、課題となっています。また、採用後の育成計画に具体性が乏しく、入職後のキャリアも明確になっていません。今後は法人全体で明確にするとともに、それをもとにした受審施設における職種ごとのキャリアプランの構築を希望します。		
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・㉑	
<コメント> 俸給については、「職員給与規程」第6条に職務内容、経験、勤続年数、年齢その他を総合評価して決定するとありますが、具体的にどのように評価するかについての明確な基準は定まっていません。今後は「人事考課」の仕組みを導入するとともに、前述のキャリアプランと相まって、職員ひとり一人が将来の職員像を描くことができるよう検討頂ければと考えます。		

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り組んでいる。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年次有給休暇の取得状況は、1人当たり2023年度平均11.6日、2024年度11.9日であり、全国平均*の11.0日とほぼ同日数となっています。また、希望休暇について施設長に相談のうえに対応しています。一方、法人全体としては、複数の外部団体や制度に加入し、福利厚生の実施に努めています。職場復帰直後の対応については、時短勤務や所属替えを行うなど、法人規模の強みを活かし、本人の状況にあわせた柔軟な対応が可能です。今後は、Ⅱ-2-(1)-①やⅡ-2-(1)-②で述べた、キャリアプランや人事考課の構築と連動させた、資格取得補助(Ⅱ-2-(3)-③で言及)のより一層の働きかけを期待します。</p> <p>*厚生労働省「令和6年就労条件総合調査 結果の概況」 (<a href="https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/24/index.html">https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/jikan/syurou/24/index.html</a>)</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「期待する職員像」は施設長が思い描いたものはあり、Ⅱ-2-(3)-②で述べる通り、それに沿った計画は立てられているものの明文化と職員への周知は十分ではありません。また、「目標管理制度」は行われていません。今後は、「期待する職員像」を明確にするとともに、それを目標として職員が一步でも近づけるような仕組みづくりを法人全体で構築されること望みます。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>Ⅱ-2-(3)-①へ述べたとおり、施設長が思い描く「期待する職員像」をもとに各職員の受講状況を一覧表に作成し、受講管理をしています。施設外研修の受講研修と各テーマの選定は十分です。一方、施設内研修はインターネットによる動画配信とケーススタディー(職員をモデルにしたものを併用した効率的な受講環境を準備しています。施設外研修については、復命書による共有がなされています。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、Ⅱ-2-(3)-②で述べた受講状況一覧表をもとに各職員へ研修テーマを推薦するとともに、研修情報を掲示板にて各職員へ共有しています。新人職員への研修は新入用ファイル一式につづられた新入職員研修用資料を基に実施され、実施の有無についてチェック表をもとに確認し、研修内容に漏れがないよう組織的に行われています。</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。	
Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受入については、法人一括で対応しています。喀痰吸引実習の登録先施設ですが、社会福祉士や介護福祉士の実習受入はありません。また、社会福祉士などの実習指導者修了者の配置もありません。本評価は、実習生の受け入れ実績で評価するものではありませんが、少なくともいつでも実習生を受け入れる体制づくり(マニュアルの整備など)は進めていただくことを望みます。受け入れ自体が難しい場合は、法人で受け入れた他の施設実習について、多職種連携に鑑み受審施設の見学プログラムを導入してもらうなど、実習生を受け入れる機会を増やすことで受審施設のサービス向上に寄与することが予想されます。</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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>開設当初の建物ですが、修繕や職員らの日頃の清掃活動のおかげで清潔で、建物自体吹き抜けで明るく開放感のある造りとなっており、閉鎖的と言われる福祉施設全体のイメージを払拭する印象があります。情報公開については、法人ホームページに情報公開のページを設け、広報誌「シュプール」がダウンロードできるなど、積極的な公表に努めています。また、第三者委員を通じた意見聴衆、法人への苦情報告の仕組みが機能しています。法人全体としては、過去に保育所2施設のみ第三者評価を受審しており、今回の受審をきっかけに法人の他の施設の評価結果も公表されることを望みます。</p>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公認会計士による外部監査が行われるとともに、月1回の内部監査が行われ、受審施設として定期的に会計報告を行っています。また、経理規程など経理に関するルールも整備され、事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確となっています。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、地域住民との交流の機会を積極的に設けていましたが、コロナ禍以降は感染症への配慮や社会状況の変化などの影響により、交流の機会が限定的となっています。地域との交流を図るための企画は検討されていますが、参加者が集まらないなどの課題があり、十分な取組には至っていません。今後も、利用者の意向や地域の実情を踏まえ、可能な範囲で無理のない形で取組を進めていくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、ボランティアなどの受入れに積極的に取り組み、体制づくりも進められています。コロナ禍以前には受入れ実績があり、担当職員の配置や記録の整備も確認されています。Ⅱ-4-(1)-①で述べたように、コロナ禍以降はボランティア受入れを企画しても参加者が少ない状況が続いていますが、近隣中学校吹奏楽部の演奏受入れ、フードドライブへの協力、移動販売車の受入れ、小学校での出前福祉講座への職員派遣など、地域とのつながりを意識した取組を進めています。また、社会福祉協議会と連携し、施設内での認知症カフェ(さんさんカフェ)開催についても検討が進められています。今後も、地域の実情を踏まえながら、無理のない形でボランティア受入れや地域交流の取組をさらに進めていくことが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、必要な社会資源を把握し、関係機関との連携を適切に行っています。共有された情報は全体会議で職員に伝達され、職員間での共通理解が図られることで、日々の支援に活かされています。また、社会福祉協議会や赤磐健康管理センターと連携し、イベント情報や移動販売車の案内、市民向けのお知らせなど、地域の社会資源に関する情報を施設内に掲示する取組も行われています。これにより、利用者や家族が地域の資源に触れやすい環境づくりに取り組んでいます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、地域の福祉ニーズを把握し、地域に開かれた施設運営を目指す姿勢が見られます。災害時には近隣住民を受け入れる体制づくりがされており、防災マニュアルの整備や訓練を実施しています。また、平常時から地域住民や関係機関とのつながりを築くため、地域交流の場を提供しようとする企画も確認できます。引き続き、地域との協働をより実践的な形で進め、施設の機能を活かした地域貢献が実現されることを期待いたします。</p>		

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・c
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、Ⅱ-4-(1)-②で述べたように、地域の福祉ニーズに応えるように、認知症カフェ(さんさんカフェ)などの行事が、地域住民に活用してもらえるよう働きかけを行っており、受審施設内の交流ホールで中学校の演奏会や地域に開放するなど、地域交流の場としての活用が進められています。また、移動販売車の受入れを通じて、買い物に不安を抱える地域住民や利用者の生活支援につながる取組も行われています。今後も、地域の状況やニーズに応じた公益的な活動を継続することで、地域福祉の向上へのさらなる貢献が期待されます。</p>	

### 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。	a・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、法人理念に加え、施設独自の理念や行動指針を定め、施設内や各ユニット内に掲示され、読み合わせをしており、職員が日常的に意識できる環境づくりが行われています。利用者への支援も、各種記録や職員への聞き取りから、利用者を尊重している支援が行われていることが確認できました。また、権利擁護マニュアルも整備され、各種委員会活動や研修を通じて、利用者本位の支援について職員一人ひとりが理解を深められるよう、継続的な取組が行われています。これらの取組により、利用者を尊重した福祉サービス提供に関する共通理解が施設全体に浸透していると評価できます。</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。	a・b・c	
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、法人としてプライバシーに関するガイドラインやマニュアルを整備し、研修を通じて職員の意識向上に取り組んでいます。記録や聞き取りからも、職員が利用者のプライバシーに配慮した支援を日常的に行っていることが確認できました。一方で、施設の構造上、居室内のトイレが見えやすい状況にあります。居室内のトイレを使用しない利用者のトイレについては、パーテーションを設置するなど、視線への配慮をされてはいかがでしょうか。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、利用希望者に対して必要な情報をパンフレットや入居のしおりなどを利用し適切に提供しています。生活相談員や介護支援専門員が中心となり、施設の概要や支援内容、日々の生活の様子について丁寧に説明を行っています。また、見学や体験入所の希望にも柔軟に対応しており、実際の生活環境や支援の様子を確認したうえで、利用希望者が安心してサービスを選択できるよう配慮されています。このように、利用希望者の立場に立った情報提供と丁寧な対応が行われている点が評価できます。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、介護支援専門員を中心に、福祉サービスの開始時や利用者の状況変化・要望に伴うサービス内容の変更に際して、利用者および家族に対し、内容をわかりやすく丁寧に説明しています。説明にあたっては、利用者の理解状況や意向に十分配慮しながら進められています。説明内容やその経過については各種記録に適切に記載されており、支援の透明性が確保されています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、他施設への移行や入退院などの際にも、福祉サービスの継続性が確保できるように対応しています。家族が面会に来られた際には、職員が利用者の日常の様子や支援状況を説明し、面会の機会が少ない家族に対しては、ケアマネジャーが手紙を送付するなど、利用者の状況が適切に伝わるよう工夫されています。また、定期的なモニタリングを通じて支援内容や生活状況の変化を確認・記録しており、入退院や施設・事業所の変更時には、関係機関との間で必要な情報提供や共有が適切に行われています。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、日頃から利用者の意向や希望を丁寧に把握し、可能な限り希望に沿った形で支援が提供されています。たとえば、利用者から「できる限り自分の口で食べたい」という希望があった時に、医療機関や職員と連携し、経鼻栄養から経口摂取への移行に向けた段階的な支援を実施するなど、個別の願いに寄り添った取組が行われていました。職員への聞き取りや各種記録からも、利用者一人ひとりの思いを大切に、生活の質の向上につながる支援を心がけている様子が確認できました。</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。		
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。		㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設内および各ユニット内には意見箱が設置されており、利用者や家族が意見や要望を伝えやすい環境が整えられています。また、「ご意見・ご要望解決のためのしくみについて」を施設内に掲示するとともに、入所時には苦情解決の流れについて丁寧な説明を行い、理解を促しています。加えて、第三者委員を設置し、公平・中立的な立場から助言を得ながら、苦情や意見の解決に向けた取組が進められています。</p>		
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。		㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設内および各ユニット内には意見箱が設置されており、利用者が日常的に意見や要望を伝えられます。また、家族の面会時や面会後には、職員が利用者や家族の意向を丁寧に聞き取り、支援に反映できるよう努めています。実際に、ユニット内で人間関係に関する相談があった際には、利用者の意向や特性を配慮して、最適なユニットや居室の変更が行われています。また、好きな食べ物のリクエストがあれば、誕生会のデザートとして提供するなど、日常生活の中でも利用者の声を支援に活かす工夫が見られました。このように、利用者の声を大切にし、相談や意見が具体的な支援の改善につながっていることが、各種記録や聞き取りから確認できます。</p>		
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。		㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、利用者や家族から寄せられた相談や意見がケース記録などに適切に記載され、ユニット会議等の場で職員間に共有されています。その場で即答が難しい内容については、「福祉サービスに関する苦情解決取扱規定」に基づき、受付報告書や受付書を作成し、生活相談員などの苦情受付担当者へ速やかに報告されています。必要に応じて第三者委員から助言を得ながら、苦情内容の精査や改善に向けた対応がとられています。このように、利用者の声を丁寧に受け止め、組織全体で共有・検討しながら、適切な対応と改善ができています。</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。		
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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、リスクマネジメント、事故防止、褥瘡防止など、各種委員会において継続的な学習や検討が行われており、職員の意識向上が図られています。また、介護サービス提供の指針が定められ、その指針に沿ったサービス提供が実施されています。介護上のリスクを回避(予防)し、影響を最小化するための手順も整備され、職員へ周知されています。さらに、介護業務マニュアルが整備されているほか、ヒヤリ・ハット報告書や事故報告書の仕組みが整備されており、発生した事案については記録・検証を行い、対策や再発防止策を職員間で共有する仕組みがあります。ただ、記録上では同様の事案が継続して発生している状況も見受けられます。今後は、委員会での検討内容や研修で得られた学びを、より一層日常の支援実践へ反映させる工夫をされてはいかがでしょうか。</p>		

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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、感染症対策について、委員会活動や研修を通じて職員が必要な知識を学んでいます。また、ユニット会議には看護師や栄養士も参加し、防染対策ガウンの着脱方法や手洗い、消毒方法などの具体的な感染予防策について、学習と復習を重ねながら、日常の支援場面での実践につなげています。さらに、施設内には加湿器の設置や濡れたタオルを置くなど、感染症予防に配慮した環境整備も行われています。これらの取組により、感染症の予防と発生時対応について、組織的な体制のもとで利用者の安全確保に努めていることがうかがえます。</p>	
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、避難訓練を半年に一度実施しており、職員が災害発生時の対応や避難行動について具体的に確認しています。食料や飲料水は3日分の備蓄が確保され、防災グッズや防災備品も整備され、災害発生時に備えた環境づくりが進められています。非常時に備えた非常電源も確保されており、停電時における利用者の生活継続に配慮した対応が図られています。また、さまざまな災害への対応として防災マニュアルが整備され、事業継続計画(BCP)を含む対応方針が明確に示されています。たとえば、火災へは、消防計画に基づく訓練が実施され、水害・浸水被害の想定では、2階バルコニーへの垂直避難に関する手順の確認や必要な防災備品の整備も行われています。これらの取組は、法人の危機管理マニュアルに基づき指揮系統が明確に示されており、受審施設においても災害の種類や状況に応じた統一した対応がとれる体制があります。</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。	
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受審施設では、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、それに基づいたサービス提供が行われています。Ⅲ-1-(5)-①で述べたとおり、介護業務マニュアルが整備されており、職員が共通の理解のもとで支援を行える体制が整っています。また、マニュアルに基づく支援に加え、新人にはOJTを通じて、個々の利用者の心身状況や生活歴、支援上の留意点に応じた具体的な対応について学ぶ機会が確保されています。日常の支援場面において不明点や判断に迷う場面が生じた場合には、ユニット会議や各種委員会において質問や確認ができ、個別ファイルに記録され、職員が安心して支援できます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、Ⅲ-1-(2)-③で述べているとおり、介護支援専門員と職員と一緒に、利用者の身体状況や精神状況を踏まえたモニタリングが実施されています。その際には、利用者本人の希望や家族からの要望も丁寧に聴き取り、意向を尊重しながら支援内容へ反映するよう努めています。モニタリングの結果はユニット会議等で共有され、利用者の状態変化や支援上の課題に応じて、支援内容や対応方法の見直しが行われています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、多職種が関与してアセスメントを行い、サービス担当者会議においては家族の意向もその都度確認したうえで計画書を作成し、利用者および家族の同意を得ています。また、支援が困難なケースについては、24時間シートを活用して日常生活の状況を整理し、支援内容の見直しにつなげるなど、実践的な工夫も行われています。一方で、アセスメント技術については職員間で経験や力量に差が見られ、十分とは言えない面もあります。また、モニタリングについても、職員によっては実施や提出の時期にばらつきが見受けられます。今後は、アセスメントおよびモニタリングの質の向上と実施時期の統一を図ることで、より適切な計画策定と支援内容の充実が期待できます。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  受審施設では、福祉サービス実施計画について、定期的な評価および見直しが行われています。Ⅲ-2-(2)-①で述べたとおり、介護支援専門員が中心となり、計画に基づく支援状況の確認と評価を実施しています。計画の見直しにあたっては、定期的な確認に加え、利用者の状態変化や生活状況に応じて必要なモニタリングが行われ、その結果をもとに計画内容の修正が行われています。また、多職種が関与し、それぞれの専門的な視点から意見を出しあうことで、より適切な支援内容となるよう検討が重ねられています。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  利用者に関する介護サービスの実施状況については、ICTを活用したアプリケーションにより日々適切に記録され、職員間での共有が図られています。記録の書き方や留意点が明確に示されており、職員が共通の基準に基づいて記録を行うことで、記録内容の統一化と質の確保につながっています。また、ユニット会議や引継ぎノートを通じて、利用者の状態や支援内容に関する情報が継続的に共有されており、一貫した支援が提供されています。</p>	

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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者に関する記録の管理については、体制が適切に確立されています。利用者および家族に対しては、重要事項説明書において個人情報の取り扱いについて丁寧に説明が行われ、同意を得たうえでサービス提供がなされています。また、職員に対しても、入職時に個人情報保護に関する説明が行われ、誓約書への署名を通じて守秘義務や情報管理に対する意識の徹底が図られています。さらに、個人情報保護に関する各種規程が整備されており、文書および電子データを含む利用者等の記録について、管理方法や保存期間などが定められ、適切に管理・保存されています。これらの取組により、利用者に関する記録の安全性と信頼性が確保されています。</p>	

**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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          利用者一人ひとりの生活リズムを大切にしており、入所時には利用者か家族から聞き取りを丁寧に行われています。このように、利用者の希望に合わせた一日の過ごし方が出来るような配慮がされています。また、生活歴、趣味や楽しみにしていたこと、好きな食べ物などを把握しています。移動販売や衣類の訪問販売などがあり、利用者自身が欲しいものを購入できる機会もあります。加えて、寝たきりや意思疎通が困難な場合については、家族の意向を踏まえながら、利用者への支援計画が組み立てられています。</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          評価外</p>		
	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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          評価外</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          コミュニケーションへの配慮が必要な利用者が多いため、家族からの聞き取りや、入所前の生活の聞き取りを参考に、支援がされています。また、非言語コミュニケーションでの表現についても大切に受け取り、介護へと生かされています。それを実践するため、認知症の理解と共にコミュニケーションの研修が開催されています。また、家族との交流が少なくなった場合については手紙や写真を送付し、家族との関係が良好に保つことができるように配慮がなされています。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          「高齢者虐待防止マニュアル」や「身体拘束マニュアル」が整備されており、各ユニットで確認できるようにしています。また、虐待防止委員会や身体拘束適正化委員会が各2回開催されており、加えて、それぞれ2回研修の機会が設けられています。研修では、高齢者虐待チェックリストを使用し、自らの介護業務における振り返りを行い、実践に向けてどのようにすればよいのか、話し合いの場が設けられています。</p>	

## 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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;          受審施設での温度管理は、ユニット型であるため、自室でエアコンを使用しており、職員が温度設定を行うようにされています。居室では、写真が飾られたり、思い出のものが置けるスペースも十分に取られています。共有スペースには、テーブルや椅子などが置かれており、利用者の希望により選択できるような配置がされています。          一方、居室に入っすぐの所にトイレが設置されており、便器が見えてしまう設定になっています。使用の有無に関わらず、パーテーションやカーテンなどでプライバシーの配慮について検討してみられるのはいかがでしょうか。</p>	

### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>それぞれのユニットに特浴があり、週に2回の入浴となっています。入浴の順番は、利用者の希望にあわせて決められており、心身の状況により入浴予定日に入れなかった場合については、別日に入浴できるように柔軟な対応が行われています。ストレッチャーの利用者はシャワー浴のみとなっています。ストレッチャーの利用者の入浴方法について検討中とのことでしたので、早急に対応されることが期待されます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の生活リズムにあわせた排泄介助がなされています。おむつ交換の際は皮膚観察を行い、褥瘡の早期発見に努められています。利用者の希望に応じて、自室にはトイレの設置がありますが、夜間ベッドサイドにポータブルトイレの設置をされています。また、排泄チェック表や記録を行い、看護師とも連携が図られています。</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。		a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移動支援では、利用者のADLにあわせた福祉用具を提供するように職員間でアセスメントが行われています。また、動線の確認と確保を行い、安全に移動できるように支援が行われています。ユニット外に散歩等に出かける際も会話をしながら付き添われています。</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。		a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事の献立は、法人内で共通献立が立てられ、高齢者施設用に食べやすい食材に変更されています。利用者の入所時には、アレルギーや嗜好などの聞き取りを行い、職員で共有されており、誕生日会にはユニットごとに利用者の希望するデザート等でお祝いをしています。食事の拒否があった場合、複数の栄養補助食品の中から利用者の好みにあわせたものを提供しています。</p>		
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。		a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事形態は本人の嚥下状態にあわせ、会議等で決められ提供されています。食事時には栄養士も行き、食事摂取量や食事形態の観察をされています。給食会議を月に1回施設内で行っています。また、アルブミン検査を6か月に1回され、栄養状態のチェックが行われています。</p>		

	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 食後には口腔ケアが職員により行われています。介助が必要な利用者には介護職員による歯磨きや義歯洗浄が行われています。歯科医師および歯科衛生士が往診される時を利用して、一人ひとりに応じた口腔ケアの実施と評価が行われています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 褥瘡対策委員会が開催され、現在の状態の評価や栄養状態の評価が行われています。褥瘡については嘱託医の往診時に治療が行われています。処置は1日1回看護師が行い、介護職員にも情報共有が行われています。食事摂取量等から栄養補助食品の提供を行い、個人の状態に応じて選定が行われています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 看護師の勤務時間には、看護師が中心となり、主治医の指示書により、喀痰吸引および経管栄養をおこなっています。介護職員の8割が喀痰吸引等研修を受講しており、夜勤帯は介護職員が口腔内に限り行うこともあります。喀痰吸引が必要な利用者がある場合は、看護職員が介護職員に指導および助言が行われています。</p>		
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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt; 利用者のADLの維持向上のため、日々の生活の中で行うことがリハビリであると、日々の生活動作の中でリハビリが取り入れられています。また、レクリエーションや趣味の活動、施設内での行事などを通じて、利用者が主体的に動くことができるように支援されています。</p>		
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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt; 認知症ケアについて、利用者の尊厳を尊重することを意識して支援を行っています。また、認知症に関する研修の実施がされています。加えて、精神科医である嘱託医に相談しながらケアを行っています。利用者同士の関係に配慮し、安心して過ごすことができるように居室調整を行う場合もあります。</p>		

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。	①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  緊急時対応マニュアルに基づき、体調変化時に対応しています。入浴前にバイタル測定で状態の把握を行っています。介護職員が体調変化時には、看護師に報告、看護師がバイタルを測定しながら、嘱託医への報告を行います。看護師は退勤後はオンコール体制として、24時間対応しています。救急時には、看護師が嘱託医と相談を取りながら、受診、往診、救急搬送の指示をもらっています。</p>	
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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  非該当</p> <p>受診施設では、看取りは行われておらず、入所時に看取りはできない旨の説明がなされています。しかし、体調急変時等の対応については、嘱託医からの指導や医療機関との連携がなされ、いつでも相談できる体制が整備されています。</p>	

#### 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。		①・b・c
<p>&lt;コメント&gt;  家族等には、日常生活、については介護職員や生活相談員、ケアマネージャーから、医療面については看護師を中心に電話連絡をしています。面会時には家族等と直接話しができる機会であるため、積極的に生活の様子や、家族からの意見等を聞き取るようにしています。連絡が取りづらい家庭については、郵送で生活の様子を写真や手紙に書いて知らせるようにしています。</p>		

#### 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
<p>&lt;コメント&gt;  評価外</p>		