

とちぎ福祉サービス第三者評価推進機構

[ホーム](#)
Home[第三者評価とは？](#)[事業所を探す](#)[評価を受けたい
事業所の方](#)[規程集](#)[各種パンフレット](#)[推進機構ニュース](#)[ページ案内](#) >> ホーム > 事業所を探す > 検索結果 > 評価結果

福祉サービス第三者評価結果

■第三者評価機関名

一般社団法人 栃木県社会福祉士会

■施設・事業所情報

名称	特別養護老人ホームとちの木荘	種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	植田 稔	定員（利用人数）	100人（100人）
所在地	〒321-2116 栃木県宇都宮市徳次郎町2 4 7 9 番地1	TEL	028-665-3276

■第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年5月1日（契約日）～ 令和7年2月28日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（2018年度）

■総評

◇特に評価の高い点

<経営の改善や業務の実行性を高める取組みをしています>

職員の業務負担の軽減のため利用者の睡眠の状態や呼吸、脈拍などをパソコンやタブレット上で確認することができる見守り介護ロボットを導入しています。また、ベッドの離床センサーやチェアセンサーなども導入し、利用者の転倒や事故防止に役立てています。さらには、介護記録の音声入力記録システムを導入し、介護記録入力に係る業務の効率化を考えています。科学的介護情報システムフィードバックデータに対して検討委員会を開催し、利用者サービスの向上に向けた課題の改善に取り組んでいます。9年前から設置しているコスト削減委員会は、職員の意見を反映した削減策を具体的に実行し、水光熱費の削減に成果が出ています。

<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て取り組んでいます>

感染予防対策マニュアルが策定され、感染予防対策委員会及び感染対策チームが設置されています。看護課が中心となり感染症予防に関する研修を全職員対象に行われ、普段から感染症対策を実施するとともに、発生時には迅速に対応しています。業務継続計画感染症編も策定されており、クラスター発生時には適切に対応しています。同法人の医療機関から感染管理認定看護師が来荘し感染症に関する研修及び実地指導を受けています。今年度、県が主催する感染対策コーディネーター養成研修を受講しています。こうした対策を講じたことにより、面会等への対応については、新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後より施設内における面会制限を緩和し、現在は居室内での面会や外出及び外泊が可能となっています。施設内で感染症が発生した場合には、LINEアプリを利用したオンライン面会の利用が可能であり、感染症発症時においても、利用者のご家族の関わりが持てるよう体制が整備されています。

<利用者の快適性に配慮した環境の中で、利用者の心身の状況に応じた生活支援をしています>

利用者が分かりやすいようにリビングと廊下の床の色を変えたり、トイレや浴室の表示をしています。居室には利用者が好きなものを持ち込むことができ、居心地よく過ごせるように工夫しています。施設内に家族が宿泊できる控室があります。利用者の居室内に宿泊をすることもできます。このほか、カフェが併設されているほか、施設内に駄菓子屋もあり、利用者や家族も利用することができます。生活支援については、利用者お一人おひとりの声に耳を傾け、ご本人らしい暮らしの継続ができるよう、多職種が協働しながら生活支援を行っています。入浴支援や排泄支援においては、利用者の状態に合わせた個別支援を行っています。また、週1回の歯科医師及び歯科衛生士による口腔衛生管理では、専門職による口腔内の状態観察や口腔内の保清のほか、口腔機能の維持を目的とした技術的な助言、指導を受けながら口腔衛生管理に努めています。

◇改善を求められる点

＜福祉サービスの質の向上に向け、24時間シートの更新や見直しを期待します＞

施設内にWi-Fiを整備して利用者が気軽にインターネットから情報収集できたり、動画などを見ることができ
ます。感染症に注意しながら居室での面会やボランティアによる演奏会などを開催しています。職員は、定期的に
接遇チェックやケアチェックを行っているため、自身の福祉サービスの質を振り返る機会があります。また、年1
回職員満足度調査を行い、集計したものを職員へフィードバックしています。利用者の24時間シートと介護計画
を連動し質の高いケアに取り組んでいますが、24時間シートの更新や見直しが不十分であるため、適宜、更新や見
直しを行われることが望まれます。

＜ボランティア受入れの拡大や地域の学校教育への協力の再開されることを期待します＞

ボランティアの受入れに関する基本姿勢は年間計画に明示されています。ボランティア受入れはホームページや
広報誌で広く募集しています。手順書が作成され、企画相談担当職員や余暇活動支援委員会・ボランティア委員会
が中心となり、ボランティアに対して事前説明が行われ、利用者にはボランティアが来荘することを知らせていま
す。現在は、かたりべやシルバー大学生による清掃活動、短期大学生による演奏会などを受入れています。今後
は、感染状況をみながら地域の小・中学生の体験学習などの受入れが再開されることを期待します。

＜苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が作成されることを期待します＞

苦情解決のための事務処理要領が策定されており、苦情を受け付けた場合は苦情受付報告書や対応・処理経過記
録に記載し、要領に沿って対応しています。苦情や対応内容は施設広報誌や施設内に掲示する他、半年に一度、第
三者委員に対し「福祉サービスに関する報告会」において報告し助言・指導を受けています。相談・意見につい
ては、生活相談員や介護課長が受付・把握した後、速やかに施設長に報告し、施設長が中心となって事実確認や対応
策の検討、その後の対応を迅速に行っています。今後は苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が作成さ
れることを期待します。

■第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価は平成30年以来で、2回目の受審となりました。前回の反省も踏まえ、自己評価にあたっては、ユ
ニットリーダーを中心に現場職員の評価が行われることを重視して取り組みました。結果、評価項目の自己評価
は、まだまだ課題はあるものの、前回よりも改善が見られました。職員アンケート結果も、概ね前回よりも改善さ
れてきており、サービス向上や職場環境改善に向けた近年の取組が少しずつ実を結んできた感があります。とはい
え、この第三者評価結果からは、依然多くの課題があることが把握できました。評価機関の皆様には、丁寧な聞き
取りや意見交換の場を設けていただき、そして貴重なご意見をいただき、ありがとうございました。事業所としま
しては、今後、評価機関のご意見・ご指導も踏まえて、全職員が課題を共有し一体となって、利用者サービスの向
上や施設運営の改善に取り組んでいきたいと考えております。

■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。

戻 る

[サイトマップ](#) | [関連リンク](#) | [お問い合わせ](#)

とちぎ福祉サービス第三者評価推進機構

〒320-8508 栃木県宇都宮市若草1-10-6（社会福祉法人栃木県社会福祉協議会）

TEL:028-622-7555 / FAX:028-622-2316

Copyright © とちぎ福祉サービス第三者評価推進機構 All rights Reserved.

(別紙)

第三者評価結果

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。	a・⑩・c
<コメント> 運営理念と基本方針は「年間サービス目標及び計画」やホームページ、パンフレットに掲載して、ユニット内に掲示しています。利用者や家族には、入居時に重要事項説明書に記載されている運営理念と基本方針を説明しています。施設パンフレットを同法人の病院に設置して地域の方も広く周知できるようにしています。職員には、入職時や職場内の定期研修で運営理念や基本方針を説明します。研修では、演習などを取り入れて周知していますが、十分とは言えません。今後は職員への理解の促進に期待します。		

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。	②・b・c
<コメント> 施設長は全国社会福祉法人経営者協議会や全国老人福祉施設協議会の会議に出席し、近年の社会福祉事業の動向を把握しています。法人の県支部会議で出された課題に対しては、高齢者ケアセンターの運営会議で課題に取り組んでいます。運営会議は所長や施設長、各担当課長などが参加して、利用者の申し込み数や平均稼働率、近年の高齢施設の状況などについて分析しています。		
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。	a・⑩・c
<コメント> 運営会議では、各事業所が月毎の目標に対して達成度を評価して、見直しを行っています。施設では、令和3年度から経営コンサルタント会社とコンサルティング契約を結び、専門的なノウハウを受けて経営の改善を図っています。今後は経営課題の解決・改善に向けて具体的な取り組みを明文化して行われることを期待します。		

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。	a・⑩・c
<コメント> 法人本部で作成された中長期計画を踏まえて、高齢者ケアセンターの5か年計画が作成されています。計画ではビジョンが示されており、医療及び福祉を取り巻く環境の急激な変化の中での高齢化率、要介護認定率の上昇などが示されています。公的負担軽減制度の活用や生活困窮者の支援、病院、訪問看護との連携強化、職員の働きやすい環境づくりなどが示されています。今後は示された計画に対して、評価・見直しを行う時期や手順を決めて、実行されることを期待します。		
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・⑩・c
<コメント> 運営会議では、高齢者ケアセンターの5か年計画をもとに単年度の収支計画が作成されます。施設の単年度計画は、特養会議やリーダー会議を経て利用率の数値目標と各部署の年間サービス目標が作成されています。中長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されていますが、取組み内容が十分とは言えませんので、内容が具体的になるよう期待します。		
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・⑩・c
<コメント> 施設の収支計画は、運営会議で実績報告と今後の改善策などについて協議しています。各部署の年間サービス目標に対しては、業務推進シートを活用して目標達成に取り組んでいます。特養会議やリーダー会議では、目標に対してどこまでの水準に達成できているかを評価しています。年間計画を立てていますが、職員への理解は十分とは言えませんので、今後は理解を深める工夫に期待します。		
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・⑩・c
<コメント> 年1回、家族会の役員会を開催しています。施設長は前年度に施設で行った行事などの事業報告と決算報告、当年度の事業計画案と収支予算案が資料をもとに説明しています。年2回、家族向けに発行される広報誌では、事業計画の具体的な内容が説明されています。今後は広報誌だけでなく家族会などでも事業計画の具体的な内容が説明されることを期待します。		

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。		
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・⑩・c
<コメント> 第三者評価の自己評価を作成する際には、担当部署や各ユニットで話し合っ作成しています。各項目の問われていることを理解し、一覧表に纏めています。その後、施設長が中心となって自己評価を完成させています。定期的な第三者評価の受審や自己評価の取組みが行われていないことで、職員の評価に対する理解は十分とは言えませんので、今後は定期的な受審や自己評価が行われることを期待しま		

す。		
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・⑩・c
<コメント> 前回の第三者評価の結果の課題を単年度計画に挙げて取組まれています。しかし、評価結果に対する分析や課題に対する目標計画などが立てられておりませんので、今後は結果分析や目標計画が作成されることを期待します。		

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。	a・⑩・c
<コメント> 施設長の役割と責任が事務分担表に示され、職員にも文書で配付されています。有事の際には施設長が指揮をして進めることとなっています。年2回発行される広報誌では、施設の方針や取組みを説明しています。施設長の役割と責任は管理職の方には浸透していますが、それ以外の職員には浸透が十分でないため、周知の工夫を期待します。		
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。	⑩・b・c
<コメント> 施設長は昨今の社会保障・社会福祉の動向を得るために全国社会福祉法人経営者協議会や全国老人福祉施設協議会の研修に参加しています。介護報酬改定のポイント研修やリスクマネジメント研修、虐待防止研修、職員のメンタルヘル研修にも参加しています。コンプライアンス研修では、法人本部から動画が提供され、職員も視聴しています。また、施設の年間計画には、法人の法令遵守について具体的な説明が示されています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	a・⑩・c
<コメント> 施設内にWi-Fiを整備して利用者が気軽にインターネットから情報収集できたり、動画などを見ることができます。感染症に注意しながら居室での面会やボランティアによる演奏会などを開催しています。職員は、定期的に接遇チェックやケアチェックを行っているため、自身の福祉サービスの質を振り返る機会があります。また、年1回職員満足度調査を行い、集計したものを職員へフィードバックしています。利用者の24時間シートと介護計画を連動し質の高いケアに取り組んでいますが、24時間シートの更新や見直しが不十分であるため、適宜、更新や見直しを行われることが望まれます。		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	㊦・b・c
＜コメント＞ 職員の業務負担の軽減のため利用者の睡眠の質や呼吸、脈拍などをパソコンやタブレット上で確認することができる見守り介護ロボットを導入しています。ベッドの離床センサーやチェアセンサーなども導入し、利用者の転倒などの事故防止に役立っています。介護記録の音声入力記録システムを導入し、入力に係る業務効率化を考えています。科学的介護情報システムのフィードバックデータに対して検討委員会を開催し、利用者サービスの向上に向けた課題改善に取り組んでいます。9年前から設置しているコスト削減委員会は、職員の意見を反映した削減策を具体的に実行し、水光熱費の削減に成果が出ています。		

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。		
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。	a・㊦・c
＜コメント＞ 採用については、県社会福祉協議会主催の福祉の仕事就職フェアの参加の他、県立高校への求人や実習生などにも積極的に声掛けしています。常勤職員や非常勤職員、派遣職員などを随時採用して人材確保に取り組んでいます。人材が定着するために、風通しの良い職場やリーダー層の人材育成に力を入れています。また、職員満足度調査などを行い、部下から上司に関する意見を聞く仕組みなどを取り入れて上司の指導力強化を図っています。施設では人材育成方針を明文化していますが、一貫した人材育成が図られていないので、行われるよう期待します。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊦・c
＜コメント＞ 高齢者ケアセンターの就業規則が整備され、規則に基づいて人事管理が行われています。人事考課制度については、年度初めに職員自身が設定した目標を基に上司が面接をします。年度末では、職員の自己評価を基に上司の一次面接と二次面接が行われます。人事評価制度の評価者研修では、管理者が人事考課に取り組む目的や意義を理解し、実践できるようにしています。人事考課の仕組みは整備されていますが、職員の理解は十分とは言えません。		
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。	a・㊦・c
＜コメント＞ 法人では妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメントやセクシャルハラスメント、パワーハラスメントの防止に関する規程が整備されています。今年度からリフレッシュ休暇を1時間単位で取得できるよう就業規則を改訂しています。外部講師を招いて、メンタルヘルス研修やハラスメント防止に関する		

研修も行っています。定期的に職員満足度調査を行い、意見を集計して職場環境づくりに活かしています。職員は上司に業務改善提案書を提出して、働きやすいように改善する仕組みがありますが、職員の悩み相談窓口を組織的に設置する仕組みがないため、今後は設置されることを期待します。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	a・⑩・c
<コメント> キャリアパスの仕組みは、新任職員からリーダー職員までの4つの階層による育成段階が設定されています。また、階層ごとに求められる業務遂行能力や人物像などが設定されています。職員のキャリアアップを目的に、外部研修にも積極的に参加しています。キャリアパスの仕組みでは、年2回上司との面接がありますが、実施されないこともありますので、今後は面接が定期的に実施されることを期待します。		
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。	a・⑩・c
<コメント> 年間の研修計画が整備されています。研修内容はメンタルヘルスや倫理及び法令遵守や認知症ケアなど幅広い項目となっています。また、職員が参加しやすいように同じテーマを2回開催したり、外部講師による講義を録画したものを見ることができます。研修後は振り返りアンケートを実施して理解度を図っています。施設の教育委員会では、年度末に研修内容や研修時間などが適切だったかを見直し、次年度に活かしています。今後も研修計画が実行されることを期待します。		
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。	a・⑩・c
<コメント> 外部講師によるビジネス研修が課長や係長を対象に行われています。今年度は外部講師と内部講師によるビジネス研修を開催して、法人の存在理由や管理職の使命、組織運営などを学んでいます。参加者はリーダーやサブリーダー、リーダー候補となっています。ステップ研修のカリキュラムは職員のレベルに応じて初級者から熟練者となっており、該当するe-ラーニング研修を受講しています。派遣職員に対しても希望者には、研修に参加してスキルアップすることができます。研修によっては参加者が少なく計画的には進んでいませんので、改善を期待します。		
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・⑩・c
<コメント> 同法人の看護専門学校から年間40名程の看護実習を受入れています。介護福祉士実務者研修受講者の実習の受入れも行っています。施設長は実習受入れ強化のため福祉系高校や短期大学、専門学校など訪問し施設の説明をしています。実習担当は介護課長や生活相談員が担い実習生とオリエンテーションなど行い実習を開始します。現在、実習生受入れマニュアルの整備がありませんので、今後は整備されることを期待します。		

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。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	㊤・b・c
<コメント> 施設の玄関には事業計画や事業報告、決算状況などが掲示され閲覧することができます。ホームページ委員会と外部の業者と連携して、ユニットや部屋の様子を動画作成したり、レクリエーション活動の様子など紹介しています。また、インスタグラムなどのSNSを活用して日々の利用者の様子を伝えています。パンフレットには、写真も掲載され見やすいものとなっています。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㊤・b・c
<コメント> 法人の会計処理マニュアルが整備され、マニュアル通り行われています。監査については、法人本部と支部による内部監査が年1回行われる他、会計監査法人による外部監査も行われています。改善事項については、速やかに改善し対応しています。		

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。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・㊤・c
<コメント> 地域との関わり方についての考え方は、年間計画に明示されています。具体的には地区行事への参加や高齢者ケアセンター行事での交流などが挙げられています。現在は、感染症対策を講じながら、利用者の余暇活動として、かたりべなどのボランティアの受入れや少人数での外出を再開しています。今後は、利用者と地域との交流が広がることを期待します。		
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・㊤・c
<コメント> ボランティアの受入れに関する基本姿勢は年間計画に明示されています。ボランティア受入れはホームページや広報誌で広く募集しています。手順書が作成され、企画相談担当職員や余暇活動支援委員会・ボランティア委員会が中心となり、ボランティアに対して事前説明が行われ、利用者にはボランティアが来荘することを知らせています。現在は、かたりべやシルバー大学生による清掃活動、短期大学生による演奏会などを受入れています。今後は、感染状況をみながら地域の小・中学生の体験学習などの受入れが再開されることを期待します。		
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・㊤・c
<コメント> 同法人の医療機関や高齢者ケアセンター内の事業所と連携し、利用者の状態に適した対応をしています。生活相談員などが県社会福祉協議会主催の情報交換会に参加し、他法人と繋がりを持てるように努めています。今後は身近に設置されている地域包括支援センターと、より関わりを持ち地域のネットワークの強化を期待します。		

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・⑩・c
<コメント> 令和4年度から地域の自治公民館を借りて出張相談会を実施し、参加者からアンケートを取りニーズの把握に努めています。アンケートには施設の内覧会開催や認知症についての勉強会などの要望が挙げられています。今年度は隣市にあるドラッグストアの一角を借りて「いちごカフェ」を実施し、栄養・食事の相談や手洗い体験を行っています。毎年開催される地域のお祭りには高齢者ケアセンターとして参加し、福祉機器の展示や公益的活動の紹介、模擬店を出しています。今後も、地域住民との交流を通して、基本方針に挙げられている「気軽に立ち寄れる場所」となることを期待します。		
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・⑩・c
<コメント> 施設長をはじめ、生活相談員や介護支援専門員など、幅広い職員がコミュニティFMラジオに出演し福祉の啓発に協力しています。今後は地域包括支援センターなどと十分な連携が図れることを期待します。		

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。		
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。	a・⑩・c
<コメント> 運営理念や基本方針に利用者を尊重する姿勢が明示されています。利用者の権利擁護に関する研修会を職員対象に実施し、身体拘束や虐待防止について理解を深めています。サービス向上委員会が中心となり接遇診断評価シートやケアチェックリストを実施しています。今後も職員が利用者の権利擁護について十分に理解して支援に取組まれることを期待します。		
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。	a・⑩・c
<コメント> プライバシー保護については、基本方針に明示しています。入浴や排泄など、プライバシーへの配慮が必要とされる対応については、ケアチェックリストを用いて職員が振り返る機会を持っています。広報誌やInstagramへの写真の掲載については、必ず、本人・家族に同意を得ています。各マニュアルにおいてプライバシー保護に関しての記載はありますが、今後は独立したプライバシーに関する指針を策定されることを望みます。		
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。		

30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㊦・b・c
<コメント> ホームページは事業内容やインスタグラムなどのSNSによる行事・催しの様子など写真や動画も取り入れ、分かりやすい内容です。施設パンフレットや高齢者ケアセンターを紹介する冊子が作成されています。見学希望者には随時、対応し、個別に丁寧に説明を行っています。利用料金の改定や加算の変更時には適宜見直しを行い情報提供しています。		
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。	a・㊦・c
<コメント> サービスの開始時は契約書や重要事項説明書を用いて説明する他、ホームページの動画を視聴してもらうなど、利用者が分かりやすい方法で説明しています。サービス変更時は家族などに電話で説明し、書類を送付しています。今後は意思決定が困難な利用者への配慮についてのルールが決められることを期待します。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㊦・b・c
<コメント> 他施設への変更や家庭への移行などの場合、退居前カンファレンスの開催や退居前訪問、関係機関へ情報提供することで、継続したサービスが受けられるように配慮しています。本人の意向を十分に汲み取り、在宅の介護支援専門員や家族と連携し家庭に移行した事例があります。退居後は生活相談員や介護支援専門員が窓口になり、退居後の相談を受ける体制も整備されています。		
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
<コメント> 年1回、家族会の役員会が開催されています。利用者の希望を叶えるプロジェクトを掲げ、利用者が食べたい物を食べられるように、各ユニットで計画し取組んだり、DVDを購入し余暇時間に観賞しています。今後は感染状況をみながら、家族会の再開や面会時間の延長を図り、家族の希望や意向の把握に努めら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。		
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。	a・㊦・c
<コメント> 苦情解決のための事務処理要領が策定されており、苦情を受け付けた場合は苦情受付報告書や対応・処理経過記録に記載し、要領に沿って対応しています。苦情や対応内容は施設広報誌や施設内に掲示する他、半年に一度、第三者委員に対し「福祉サービスに関する報告会」において報告し助言・指導を受けています。相談・意見については、生活相談員や介護課長が受付・把握した後、速やかに施設長に報告し、施設長が中心となって事実確認や対応策の検討、その後の対応を迅速に行っています。今後は苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が作成されることを期待します。		
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。	a・㊦・c

＜コメント＞ 入居時に相談や意見の申出や意見箱の設置について説明をしています。普段は生活相談員や介護支援専門員等がユニットを巡回する際に利用者の相談を受けています。利用者が事務室の近くにある駄菓子屋にお菓子を買いにきた時や、ボランティアによるイベントでホールにきた時に、介護課長や施設長に直接相談される方もいます。そのため、事務室の扉は閉めずに声をかけやすいようにオープンにしています。今後は、相談や意見を複数の方法や相手を選択できることが掲示されることを期待します。		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 利用者の相談や意見は苦情解決のための事務処理要領に沿って対応しています。苦情の相談や意見については、生活相談員や介護課長が受付・把握した後、速やかに施設長に報告し、施設長が中心となって事実確認や対応策の検討、その後の対応を迅速に行っています。今後は利用者のアンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する取組みに期待します。		
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。		
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。	⑩・b・c
＜コメント＞ 介護事故防止・対応マニュアルが策定され、事故予防対策委員会が設置されています。委員会では事故報告書やヒヤリハットについて情報収集し、問題点を分析・評価をしています。職員に通信を発行することで周知を図り、再発防止に努めています。事故予防対策に関する研修が職員を対象に内部研修に位置づけられています。また、全国老人福祉施設協議会が主催する安全対策担当者研修の受講を事故予防対策委員が受講し安全対策に努めています。		
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。	⑩・b・c
（コメント） 感染予防対策マニュアルが策定され、感染予防対策委員会及び感染対策チームが設置されています。看護課が中心となり感染症予防に関する研修を全職員対象に行われ、普段から感染症対策を実施するとともに、発生時には迅速に対応しています。業務継続計画感染症編も策定されており、クラスター発生時には適切に対応しています。同法人の医療機関から感染管理認定看護師が来荘し感染症に関する研修及び実地指導を受けています。今年度、県が主催する感染対策コーディネーター養成研修を受講しています。こうした対策を講じたことにより、面会等への対応については、新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行後より施設内における面会制限を緩和し、現在は居室内での面会や外出及び外泊が可能となっています。施設内で感染症が発生した場合には、LINEアプリを利用したオンライン面会の利用が可能であり、感染症発症時においても、利用者のご家族の関わりが持てるよう体制が整備されています。		
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している。	a・⑩・c
＜コメント＞ 防災マニュアルや地震対応マニュアルに従って、避難訓練を実施しています。自然災害発生時における業務継続計画が策定されています。災害時の情報伝達ツールとしてスマートフォンの総合防災アプリ		

を活用し職員の安否確認を行っています。備蓄リストが作成され、食料や飲料水、医薬品、介護用品、非常用発電が管理されています。MCA無線が配備され災害時に市と連絡できるようになっています。今後は地域自治会や関係機関と連携した訓練が実施されることを期待します。

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。		
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・⑩・c
＜コメント＞ ケアに関するマニュアルはそれぞれ文書化されており、高齢者ケアセンターの部署内に配付し周知しています。その他、介護マニュアルに関する動画や資料をパソコンのスタッフサイトにアップロードし、サービスの平準化に努めています。新人職員は、月1回、業務達成シートを施設長に提出し、記述した内容に対して課長と施設長が指導を行っています。今後はマニュアルに沿ったサービスが提供されているかを確認できる仕組みづくりに期待します。		
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・⑩・c
＜コメント＞ サービスの内容は適宜、サービス向上委員会などで協議・検討されています。感染症や虐待などのマニュアルは、職員の意見や提案を反映し検証・見直しが行われています。今後は検証・見直しに関する時期や方法が定められることを期待します。		
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。		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 施設サービス計画は施設ケアマネジメント手順書に沿い介護支援専門員が作成しています。アセスメントは標準項目に沿って行われ、その結果について課題分析したものを家族に提示し、家族の意向を踏まえて計画を作成しています。作成された計画書は、施設長が確認する仕組みになっています。困難事例については様々な職種の関係職員でカンファレンスが行われ対応を協議しています。今後は困難事例以外でも様々な職種の関係職員で協議されることを期待します。		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ ケアプランは3か月に1回評価し、6か月に1回見直しを行っています。栄養ケア計画は3か月に1回見直しが行われています。見直しされた計画はパソコン上で全職員が確認できます。今後は利用者の意向把握と同意を得るための手順の仕組みが定められることを期待します。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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・⑩・c

＜コメント＞ 実施状況の記録は介護記録用ソフトを使用し、情報共有しています。記録の内容の不足や不適切な記述があった場合は、適時指導が行われ、月1回のユニットリーダー会議などで共有されています。今後は職員によって記録内容や書き方に差異が生じないように記録要領が作成されることを期待します。		
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
＜コメント＞ 個人情報保護基本方針や情報セキュリティ基本方針が定められ、個人情報の取り扱い及び情報漏洩防止に努めています。記録の保存と廃棄は個人情報保護規定に従い行われています。情報開示の請求に対しては情報開示請求書にもとづき開示しています。		

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		
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。	a・㊦・c
＜コメント＞ 入居前に利用者の生活状況を聞き取り、起床や就寝、食事の好みや日課などを24時間シートへ反映させています。入居後も利用者の意向や生活習慣の把握に努めています。また、傾聴やかたりべなどのボランティアを招き、利用者の生活や活動の充実を図っています。外出支援では、利用者希望を取り、近所の神社や道の駅に出掛けています。今後は、寝たきりの方や意思疎通が困難な方の活動や暮らし方がさらに充実できるように期待します。		
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。	非該当
＜コメント＞ 非該当のためコメントなし。		
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。	非該当
＜コメント＞ 非該当のためコメントなし。		
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。	a・㊦・c
＜コメント＞ 利用者への言葉使いや接し方についての接遇マニュアルが整備されています。サービス向上委員会では、利用者とのコミュニケーションで課題になっていることや気になることを話し合い、意見交換を行っています。話し合った内容は、各ユニットに議事録を回覧し共有しています。また、職員には、年1回の接遇診断チェックリストを実施し、課題となる項目をユニット内で話し合い、改善に繋げています。話すことが困難な利用者には、筆談や点字、ジェスチャーなど、個別の方法でコミュニケーションをしています。今後は、利用者が話したい時に話ができるような工夫に期待します。		
A-1-(2) 権利擁護		

A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	㊸・c
<コメント> 年間計画に身体拘束や権利擁護に関しての基本方針や具体的な取組みについて明示しています。虐待対応マニュアルも整備されており、事故予防対策委員会やサービス向上委員会では、虐待や不適切ケアをしないための取組みや対策について話し合っています。また、権利擁護や虐待対策についての研修では、外部講師を招いたり、オンライン動画の研修を取り入れ、職員への周知を図っています。緊急やむを得ず身体拘束を一時的に行う場合は、身体拘束等の適正化のための指針に基づいて実施しています。		

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		
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。	㊸・b・c
<コメント> 利用者が分かりやすいようにリビングと廊下の床の色を変えたり、トイレや浴室の表示をしています。各ユニットでは共有空間の清掃や整備を徹底し、利用者が安全かつ快適に生活できるように配慮しています。ユニットの談話スペースでは、家族との面会時に使用したり、利用者がソファに座って寛ぐなど自由に使うことができます。リビングや居室には温湿度計を設置し、適温な環境を提供しています。居室にはベッドやエアコン、洗面台が備え付けられています。また、冷蔵庫や仏壇、筆筒など好きなものを持ち込むことができ、居心地よく過ごせるように工夫しています。施設内に家族が宿泊できる控室があります。利用者の居室内に宿泊することもできます。このほか、カフェが併設されているほか、施設内に駄菓子屋もあり、利用者や家族も利用することができます。		

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		
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。	㊸・b・c
<コメント> 各ユニットには一般浴槽があり、リフト用の機材も備えているため状態に応じてリフト浴も使用できます。また、施設には寝たきりの方が入浴できる機械浴も整備されています。入浴の時間や曜日は固定せず、利用者の意向を聞きながら対応しています。湯温や入浴時間の長さは、利用者の希望に合わせて調整しています。また、職員は入浴前後の体調観察や水分摂取に留意し、体調面が気になる利用者は、看護師に相談しながら入浴方法を決めています。		
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。	㊸・b・c

＜コメント＞ 職員は、記録用タブレットに利用者の排泄状況を入力し、個々に合わせた排泄介助に活かしています。排泄状況は看護師や管理栄養士にも伝え、気になる利用者については対応を相談しています。また、排泄支援マニュアルが整備されており、月1回の排泄プロジェクトでは介護職員や看護師、管理栄養士などが集まり、利用者の排泄面に関する課題について話し合っています。職員向けに紙おむつ販売業者を講師に招き、おむつやパットの当て方についての勉強会を開き、利用者の排泄支援に繋がっています。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 月1回、法人の医療機関の理学療法士が来荘し、利用者の移動や移乗の動作を確認しています。職員には移動介助の方法や福祉用具についての助言を行っています。寝たきりの方の車いすや移乗用リフトの選定にも関わっています。ユニットでは、利用者が安全に移動しやすいように、リビングや居室などの環境を整備し、安全な導線の確保に努めています。		
A-3-(2) 食生活		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 食事は、外部の業者に委託しています。ユニットでは、ご飯を炊いたり、食事を盛り付けています。食事提供マニュアルも整備されており、盛り付け方や衛生管理について示されています。献立は職員や利用者の意見をもとに、管理栄養士が作成し、季節の食材を取り入れたり、行事食を提供したりと工夫しています。誕生日会やおやつ作りでは、利用者も調理に参加し、食事の楽しみに繋がっています。今後は、より利用者が食事のメニューが選択できるように期待します。		
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。	a・⑪・c
＜コメント＞ 食事は、利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせた食事形態で提供しています。入れ歯の不具合や歯の痛みなどがある場合は、食事内容を見直しています。また、利用者が安全に食事をとれるように、理学療法士に食事時の姿勢の確認や自助具の選定の相談を行っています。栄養ケア計画は、管理栄養士が職員や看護師と連携し、利用者一人ひとりの必要な食事や水分量、体重管理を行っています。今後は、より利用者が安全に経口摂取を継続できるための取組みに期待します。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 週1回、歯科医師や歯科衛生士の訪問があります。利用者の口腔衛生状態の確認や職員に口腔ケアの指導とケア用品の助言を行っています。口腔ケア委員会では、歯科医師も出席し、利用者の口腔衛生について話し合い、利用者の口腔衛生管理計画に反映させています。また、職員は年2回の歯科医師による口腔ケアに関する勉強会で、歯科疾患や口腔衛生管理について学ぶ機会があり、口腔ケアの介助に活かしています。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	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＞ 褥瘡予防対策指針を定め、実施方法についても明示しています。褥瘡予防対策委員会では、OHスケ		

ールを用いて介護職員や看護師、管理栄養士がそれぞれの視点で褥瘡リスクが高い利用者の対応について協議しています。また、委員会が主導となって、褥瘡の対応や予防についての研修会も開催しています。褥瘡予防のクッションやマットレスなどの用具の選定や使用方法は、理学療法士に助言をもらっています。また、法人の医療機関のスキンケア専門の看護師から利用者の褥瘡ケアについての助言を受けています。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 経管栄養の管理は看護師が行っています。介護職員も実施状況を把握し、研修会などで経管栄養について学んでいます。喀痰吸引に関する業務方法書が整備されており、備品の取扱いや衛生管理について示されています。喀痰吸引を行える介護職員もいますが、喀痰吸引研修を受講修了した介護職員数が十分ではありません。今後は、計画的に喀痰吸引の研修受講や個人指導の取組みに期待します。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの健康状態や身体機能、疾患に合わせた個別機能訓練計画が作成されています。計画書は、生活目標や実施項目、訓練時の留意点が記載されています。介護職員は計画にもとづき、暮らしの中で行える生活リハビリを実施しています。職員は必要に応じて理学療法士に相談し、機能訓練に関する助言をもらっています。今後は、意図的な機能訓練の機会や介護予防活動の実施に期待します。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 年1回、認知症に関する勉強会を開催しています。勉強会では、認知症の知識の習得や尊厳について学ぶとともに、事例検討を通してケアの振り返りも行っています。また、ユニットでは、季節の行事を取り入れたり、生活の中に体操の時間を設けることで認知症の進行を遅らせる取組みをしています。認知症の行動・心理症状の原因については、オレンジ・チューターの資格をもつ職員と連携し、関わり方を検討しています。今後は利用者一人ひとりの症状に合わせた個人や集団の活動ができるように期待します。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	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。	a・⑩・c
＜コメント＞ 施設には、異変の兆候に気付くための「観察のポイント」が整備されています。利用者の健康チェックは看護師が行い、介護職員も利用者の様子を確認し、気になることは看護師に報告しています。夜間帯は、看護師が24時間のオンコール体制に対応しています。緊急時には、緊急時対応マニュアルの手順に沿って連絡する体制となっています。今後は、職員に対しての薬の効果や副作用に関する研修が開催されることを期待します。		

A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	㉓・b・c
＜コメント＞ 年間計画に看取り介護に関する指針や支援体制、基本的な手順を明示しています。職員には看取り介護の研修が組まれており、看取りに関する知識やチームケア、死生観について学んでいます。利用者が終末期を迎えた際は、生活相談員が本人や家族に看取りの説明を行い、嘱託医から病状や治療方針について説明があります。本人や家族の意向や思いは、看取り介護計画書に反映させています。また、家族が施設に宿泊できる部屋も用意されています。看取り委員会では、偲びのカンファレンスを開催し、看取り後のケアの振り返りを行っています。		

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		
A⑲	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。	a・㉔・c
＜コメント＞ ユニットの玄関には職員の名前と写真を掲示し、利用者や家族に覚えてもらえるように工夫しています。家族からの相談や要望があった場合は、生活相談員や介護支援専門員が関わり、必要な情報提供や対応を行っています。利用者の様子や状況については、職員が家族の面会に来た時に伝えています。関わりが少ない家族には、電話で本人の状態を伝え、繋がりが持てるようにしています。今後は、関わりが少ない家族への連携や支援についての取組みに期待します。		

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		
A⑳	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。	非該当
＜コメント＞ 非該当のためコメントなし。		