

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

NPO 法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークネットみやぎ

2 施設・事業所情報

名称： 特別養護老人ホームせくれ ～Secure～	種別： 地域密着型介護老人福祉施設 ユニット型地域密着型介護老人福祉施設 併設型短期入所生活介護	
代表者氏名： 施設長 細川 公也	定員（利用人数）： 地域密着型介護老人福祉施設：14 名（14 名） ユニット型地域密着型介護老人福祉施設：18 名（14 名） 併設型短期入所生活介護：10 名（1 名）	
所在地：宮城県登米市迫町新田字狼ノ欠 20 番地 420		
TEL：0220-44-4391	ホームページ： https://www.fureail117.com	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 2012 年 6 月 1 日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ふれあいの里		
職員数	常勤職員：21 名 非常勤職員 13 名	
専門職員	（専門職の名称）	
	介護福祉士 7 名	医師 1 名
	介護支援専門員 2 名	歯科医師 1 名
	看護師 1 名	
	理学療法士 1 名	
	管理栄養士 1 名	
施設・設備 の概要	（居室数） 個室 18 室、二床室 5 室、四床室 3 室、共同生活室、デイルーム、浴室、 トイレ、医務室、相談室、地域交流室、宿直室 （設備等） スプリンクラー、消火栓（散水栓）、消火器、排煙窓、防火扉、防災カー テン、非常用電源設備	

3 理念・基本方針

【法人の基本理念】

社会福祉法人ふれあいの里は「参加」・「創出」・「生活」・「安心」・「安全」を基本理念とし、これまでの社会福祉における介護、介助型のサービスを当たり前と捉え、当たり前のよう提供してきた考えにとらわれることなく、利用者と共に過ごす中で得られる「気づき」を主眼とし、利用者はもちろん、関係する方々すべての生き甲斐へ繋

げられる「生活の創出」をサービスを通して確立していくことを目的とする。

【法人経営の基本方針】

本法人の理念に基づき、自立支援事業並びに介護保険事業各施設のご利用者様が「安全」に各サービスを利用できることのみならず、精神的な「安心」が得られる上質なサービスを提供し、また、法人理念及び各事業所が計画した施設運営方針に基づいたサービスを提供することができる職員の育成に努める。

【施設理念】

当施設の名称である「せくれ」とはラテン語で安全な…安心な…という意味です。法人の経営方針へも記載されているとおり、利用される入居者の皆様が、施設での生活を送るうえで「自分らしく有意義な生活を」を送るには、前提として心身共に『安全な場所』『安心できる場所』と思えることが必要不可欠です。

利用される入居者皆様をはじめとし、関わる全ての皆様にとって『安心・安全な場所』となることをひとつの目的とし誰からも信頼され、愛される施設づくりに努めます。

【施設経営方針】

地域密着型特別養護老人ホームせくれ～secure～は、関係法令を遵守するとともに『法人経営の基本方針』に基づき、施設での生活が入居者にとって自然であり、満足を感じることができるよう、入居者一人一人の①人権を尊重し、②心身の状態など個々人の特性に焦点を当て『こころの通う支援』を通して入居者と職員の信頼関係を深めるとともに③家族・地域の協力を得ながら交流を図ることで、安心・安全な生涯を過ごせるように努めます。

また、④介護保険法の理念である「自立支援」「尊厳の保持」とは、単に「身体的自立」を目指すことだけではなく、「精神的自立（生き甲斐があり、人生の最後まで気力が持てること）」や「社会的自立（社会的な役割が持てること）」までを内包した意味を持つものであり、入所者お一人お一人が、一日でも長く、自分らしく安心して暮すことを実現できるよう、以下の施設サービス基本計画へ努めます。

4 施設・事業所の特徴的な取組

地域・家族会との連携と結びつきを密にし、諸行事や防災訓練など一体的な運営を大切にしている。学校の跡地に建つという施設の立地条件を活かし、隣接している広いグラウンドで地域の高齢者がグラウンドゴルフ、小学生が少年野球に興じている。入居者はそれを見て楽しみ、元気をもらう等地域と交流する場になっている。

法人が求める福祉サービスにかかる理念や方針及び関係法令やコンプライアンスを職員一人ひとりが理解し共有されるよう、事業所としての「職員としての基礎・土台」資料を策定し全職員へ配布のうえ、定期的に振り返りを行っている。

地域の高齢者の置かれている状況によるニーズに応え、手ごろな利用料金の多床棟を設けている。居室はパーテーションによる区画壁を設けて、プライバシーに配慮したものとなっている。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2024 年 9 月 1 日（契約日） ～ 2025 年 2 月 18 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2 回（2019 年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

1. 職員への周知にあたり、独自の資料を作成し、理解を進めようとしている点

法人として「ふれあいの里法令遵守規程」を定め、法令遵守のための方針・手順等を定めている。事業所では、それに加えて行動計画書「人材育成・運営関連啓発共有資料」を作成し、人材育成に活用している。行動計画書は「1. 職員としての基礎・土台」～「7. 財務分析・運営改善計画」で構成されている。特に「3. 関係法令における基礎・土台」は、各専門職の業務内容や責務、事業所として整備しなければならない管理体制やサービス提供上の主旨も記載されている。ガバナンスの強化や働き方改革に生かされることはもちろん、日ごろの業務の法的根拠を明らかにし、職員のモチベーションアップにも活用されている。

2. 「こころの通い合う支援」の取り組みを実践している点

利用者一人ひとりの人権を尊重し、パン食希望の利用者にはパン食の提供を、夜 8 時に投薬をしなければならない利用者には 8 時以降の食事提供をするなど、個々人の要望や状態に合わせた個別支援を行い、「こころの通い合う支援」の取り組みを実践している。

◇改善を求められる点

1. 中期事業計画の収支計画の策定と、年度ごとの事業計画に中期計画を反映させることが望まれる点

中期計画は事業計画と収支計画がセットで策定されるべきものである。中期計画を財政面で支える収支計画の策定が望まれる。策定された中期計画を、年度ごとにどのレベルに持ってゆくのかを収支計画でも示すことで、中期計画の到達度を具体的に確認できる。

2. 職員間での課題を共感・共有し、チームでの運営の工夫が望まれる点

課題を把握し改善策を立て、集中した取り組みを行うことは経営の効率化を図るうえで重要なことと考える。職員向けの独自資料「職員・基礎土台」をもとに教育・訓練することは勿論、ICT 化等の工夫を重ね、職員間で課題への共感・共有し、チーム運営に一層の努力が期待される。

そのためにも、「期待する職員像を」シンプルにまとめ、全職員が職員像に向かって行動できるよう周知が望まれる。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前回受審時からの変遷を含め、当該年度の状況に応じた評価を事業所側の視点に立って可視化して頂き、今後の改善ポイントや目標設定を構築する上で有意義な機会だったと感謝しております。

講評時には評価機関の各担当者の皆様方より、評価結果に対する助言をさらにひも解いて説明を頂き具体的なアクションプランをイメージすることができました。

役職者会議で評価結果について共有し、事業所全体で取り組んで参りますので、今後とも変わらぬご指導をお願い申し上げコメントとさせていただきます。

8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）

(別紙)(社会福祉法人 ふれあいの里 特別養護老人ホームせくれ～Secure～)
福祉サービス第三者評価結果票
【高齢者福祉サービス版（特別養護老人ホーム版）】

※ すべての評価項目（62 項目）について、判断基準（a・b・c の 3 段階）に基づいた評価結果を表示する。

※ 評価項目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－１ 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	Ⅰ－１－（１）－① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
＜コメント＞ 理念については、新入職員採用時に、施設長が 1 対 1 で説明している。今年度、事業計画説明時(2024. 5. 30)に全職員に説明している。利用者・家族への説明周知は、コロナ禍（今年度 2 回施設内で発生）のため家族会は開催できず、家族会会長も参加している運営推進会議で説明している。理念は施設の使命・役割を示したものであり、施設のすべての基本となるべきものである。なお一層の取り組みの継続を期待する。		

Ⅰ－２ 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ－２－（１） 経営環境の変化等に対応している。		
②	Ⅰ－２－（１）－① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
＜コメント＞ 厚労省情報や「経営協情報誌」で全国の情報を得ている。事業所のある登米地域においては、登米市の「高齢者福祉計画第 9 期介護保険事業計画 安全・安心・やすらぎプラン」で高齢者事業を取り巻く情報を得ている。市人口の減少と高齢者人口の増加、一人暮らしの増加といった地域の実情を踏まえ、介護が必要となっても住み慣れた地域で暮らせるようにとの地域のニーズに応える事業が求められている。これらを役職者会議で共有し、年度の事業計画等に反映している。		
③	Ⅰ－２－（１）－② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
＜コメント＞ 地域における需要予測を踏まえ、収支分析資料を作成し、棟別の収支・経営分析を役職者会議で行っている。管理者はそれを踏まえ全職員に対する情報共有の場を設け、目的・価値観・存在意義による共通の意識づくりを行おうとしている。 今後は、全職員のスキルアップにより経営課題を実現することが望まれる。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
＜コメント＞ SWOT 分析に基づいて中期行動計画を策定している（第Ⅱ期 2022 年度から 24 年度）。5 つの基本姿勢に基づき 30 の行動指針そして行動計画を定めているが、中期行動計画を収支面で支える収支計画が策定されていない。また、行動計画には各年度で達成状況を確認できる具体的な数値目標等がない。 今後は、全体の収支計画策定と、行動計画を年度で振り返る際の年度毎の具体的な目標が設定されることが望まれる。		
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。	b
＜コメント＞ 中期行動計画に示された行動計画に基づき、一部の課題は年度事業計画に反映されている。ただ、各年度の事業計画・事業報告にも「中期行動計画」の項目がないため、その実施状況がわかりづらい。 今後は、年度事業計画・事業報告に「中期行動計画」の項目を設け、その遂行状況について計画と振り返りが明確に示されることが望まれる。		

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。	b
＜コメント＞ 事業計画は、役職者会議での話し合いを踏まえ、面接時に職員に示されている。更に、職員の理解を促すために各棟毎に責任者が説明を行い職員の意見を聞いている。半期ごとの振り返りを役職者会議で行っているが、取り組みに対する具体的な数値目標の設定や成果の設定等ができていない。 今後は、評価しやすい目標設定等を行い、計画と成果を職員が実感できる取組が望まれる。		
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。	b

コメント>

事業計画の利用者・家族への説明は行事やクラブ活動の際などに行い、また事業所内に掲示をしている。コロナ以前は家族会で説明を行っていたが、現在は行っていない。事業計画をわかりやすくすることを「広報行事委員会」で話し合っている。行事にはほとんどの利用者が参加している。

今後は、利用者・家族が理解しやすいよう、事業計画の説明用資料作成等の工夫が望まれる。

		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
＜コメント＞ 福祉サービスの質の向上に向けては事業所として年度の重点施策に位置付けている。職員内の委員会の一つの役割に位置付け、研修会の企画、満足度調査の実施などに取り組んでいる。2023年度より「不適切ケアチェックシート」を導入し、サービスの質の向上を計っている。法人として、前回の第三者評価の振り返りを行い、改善課題を明確に定め、提供するサービスの質の改善に向けた姿勢を示している。		
9	I-4-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り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
＜コメント＞ 第三者評価については法人の事業計画に項目として位置付けられている。明らかになった課題は、役職者会議そして棟会議を通じて職員との共有化がなされている。改善に向けた取り組みは、半期毎の各委員会での議論を踏まえて役職者会議で振り返りを行っている。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
＜コメント＞ 施設長の権限・役割・職務分業は、キャリアパス要件適用表や事業計画の中に明記されている。有事の際の職務権限委任も定められている。キャリアパス所内研修（OJT）時や個人面談で一人ひとりに方針や取組を周知している。		
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。	a

＜コメント＞ 施設長は、行政主催の集団指導に参加するほか全国社会福祉法人経営者協議会の研修参加や機関誌等から情報を得て、事業計画や職員研修計画の変更等に反映させている。 「関係法令における基礎・土台」を作成し、法令改訂時には見直している。特別養護老人ホームとして必要な各専門職の業務内容、責務、事業所として整備しなければならない管理体制、サービス提供主旨が記載されている。職員に配布し、それをもとに職員教育や内部研修を実施している。		
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
＜コメント＞ 年2回実施している「不適切チェック表」や介護長からの報告等でサービスの質の現状を把握している。「不適切チェック表」は、施設長も参加するリスクマネジメント・権利擁護・サービス向上委員会で集計分析し、役職者・責任者会議で共有している。分析結果は、理解不足が見られた認知症の周辺症状（BPSD）の研修を再度行うなど、PDCA サイクルを回しサービスの質の向上に努めている。サービスの質の向上には、外出支援等の介護サービスをコロナ禍以前に戻すことが必要と捉え、地域住民と協力したクラブ活動等を復活させている。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
＜コメント＞ 予算の達成状況等を月ごとに管理し、経営改善のために必要な課題を明らかにし、役職員・責任者会議で共有している。経営コンサルタントの指導のもと費用の見直し等も実施している。人員配置は「サービス種別ごと稼働状況及び職員配置状況対象表」を作成し、必要な人員や専門職の配置を確認している。負荷が大きい専門職の業務軽減のために、外部企業と委託契約を結び負荷の軽減にもあたっている。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
＜コメント＞ 職員の人事情報（勤続年数、資格、人事異動など）を一覧表で管理し、キャリアパスに基づく研修計画等に活用している。「サービス種別ごと稼働状況及び職員配置状況対象表」に基づき必要な資格を具体化し、事業計画の研修計画等に反映させている。資格取得にあたっては研修時間を補償している。 今後は、法人として多様な人材の積極的な雇用など、福祉人材育成と確保のための取組が望ま		

れる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
＜コメント＞ キャリアパス制度で目標管理シートに基づく面談を定期的に行い、人事考課を実施している。「キャリアパス要件適用表」や「職能資格制度規則」で昇格基準が明らかになっており、職員が自らの将来の姿が描けるようになっている。 今後は、より具体的で分かりやすい「期待する職員像」をシンプルにまとめ、職員の行動に活かされることが望まれる。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
＜コメント＞ 雇用契約書に相談窓口担当者が明記されており、いつでも就業に関する相談ができる体制になっている。介護・医療・女性・メンタルなど一括して24時間相談できる窓口を保険会社と契約して設け、職員の健康をサポートしている。加入者カードは全職員に配布し周知している。 今後は、コロナ禍で規制していた外出などの活動の復活や全体職員会議を再開し、事業所の魅力を高め「働きがい」や「やりがい感」の持てる取組が望まれる。		
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
＜コメント＞ 人事考課者は、基礎・土台「人事考課と人材育成の視点」を確認し、年2回人事考課面談を実施している。職員の資格取得や研修受講は「人事パック」を作り把握している。職能要件書や事業計画をもとに目標管理シートを作成し、課題の明確化と資格取得や研修計画に反映している。		
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
＜コメント＞ 事業計画で職員体制や法定研修を具体化し、資格取得や外部研修・内部研修を実施している。内部研修の実施にあたっては、外部の研修プログラムを導入し、担当職員の負担軽減と全職員が同じ内容で研修できるよう画像による研修を開始する予定である。		
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
＜コメント＞ 研修は、年間計画に基づき研修担当者が外部・内部研修を具体化している。外部研修は、事業計画に基づき初任者研修や実務者研修、ユニットリーダー研修等階層別研修に取り組んでいる。		

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。	b
＜コメント＞ 専門職の実習指導者資格保持者は在籍しているが、コロナ禍もありここ5年間、実習生の受け入れ実績はない。 今後は、実習生受け入れマニュアルを作成し、福祉人材の育成に取り組むことが望まれる。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
＜コメント＞ ホームページで、理念・定款・基本方針・提供するサービスの内容、事業計画、事業報告、予算・決算等が開示されている。第三者評価受審や苦情・相談体制も公表されている。苦情・相談の内容は対応結果も含めて運営推進会議で報告している。コロナ禍で中止していた広報誌「せくれール」の発行も再開し、入居者家族、地域に配布し、活動等を知らせている。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
＜コメント＞ 法人として経理規程が定められている他、会計事務所による月々の巡回指導会計監査、年2回の内部監査を受けている。経営や運営状況は役職者・責任者会議で協議されている。全職員には、年2回経営状況を知らせる文書として配布されている。		

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。	b
＜コメント＞ 新田駅前地区住民と共同で、高齢者福祉サービスの拠点として地域福祉の向上に貢献している。年間クラブ活動計画を策定し、「散策クラブ」「夕食の会」などを定期的開催している。かかりつけ医の受診や自宅への帰宅など、地域に住まいのある利用者の個々のニーズにあった支援を行っている。 今後は、地域との関わりについての基本的な考え方を明文化することが望まれる。		

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
＜コメント＞ ボランティア受け入れについては内規と受け入れマニュアルを明文化している。地域の学校からの要請を受けて、体験学習の場を提供している。受け入れに当たっては「学生オリエンテーション」を設け、必要な研修・支援を行っている。新田地区区長を通じて地元の中学校や介護科がある地域の高校からのボランティアを受け入れている。また、地元住民を収穫祭と題した食事会に招待している。		
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
＜コメント＞ 新田駅前地区については区長から情報をもらい、社会資源リストを作成している。運営推進会議や事業所のクラブ活動が定期的に開催され、そこで得られた情報は職員間で共有している。地域の持つ課題について、社会福祉協議会を通じて改善に向けた取り組み（一人暮らし高齢者への弁当配達、災害対応など）を行っている。		
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
＜コメント＞ 運営推進会議や地域協力員会議等を通じて地域ニーズを把握している。新田地区は高齢化率が高く、高齢者世帯、一人暮らし高齢者、空き家の増加といった状況にあり、社会福祉法人として地域ニーズに応えてゆくことが求められている。当事業所には地域のニーズを反映した多床棟が開設時から設けられている。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a
＜コメント＞ 年度の事業計画には「地域における公益的な取り組み」の項目が設けられ、社会福祉事業に留まらない公益的な取り組みを載せている。地域住民を招待した「芋煮会」の開催や、専門知識を活かした地域の実情に応じた研修会等への講師派遣を行っている。また、多くの帰省客や子どもたちも参加する新田駅前地区の行事「夏フェスティバル」には、提灯作りなどで利用者も関わった。防災対策としては地域の避難所として位置付けられている。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<コメント> 利用者の尊重については、法人理念や施設理念、施設経営方針でも触れており、事業運営の中心に位置付けている。また、コンプライアンスルールには「権利擁護5本柱」として掲げている。それらは職員向け学習資料「職員としての基礎・土台」にも繰り返し載せている。サービスマニュアルには「介護職の倫理（心得）」として掲げており職員の理解を進めるものとなっている。		
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
<コメント> プライバシー保護マニュアルが策定され、プライバシー保護の大切さが規定されている。プライバシー保護については、棟会議でマニュアル学習が行われ、職員の理解を進めている。具体的には、入浴時の同性介護や排泄時の配慮などが行われている。また、多床棟は設立時より居住スペースにパーテーションにより区割り壁が設けられており、プライバシー保護がはかられている。これらは入居時の重要事項説明や家族面会時の説明などにより、利用者・家族に周知している。		
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
<コメント> 事業所のパンフレットは、現在は事業所のみに置かれている。情報の提供はHP等で得られることが多くなっており、事業所としては写真を多く使ったHPの充実に力を入れている。見学・体験利用に対し、「おためし」利用を行っている。QRコードを活用して気軽に事業所情報が得られるようにすることを検討中である。 今後は、事業所のパンフレットを事業所のみでなく、公共施設等にも設置されることが望まれる。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
<コメント> 福祉サービスの変更は、サービス利用契約書に記載し利用者・家族に説明している。特に利用料金に関する事項は、詳細な料金表を作成し、利用者・家族が理解できるよう配慮している。		

福祉サービスの開始・変更時には家族同席で専門用語を使わないように配慮しながら説明している。こうした変更にあたっては、利用者・家族の同意を得たうえで書面に残している。意思表示が困難な利用者には、近隣者の同席の上で行っているが、その配慮についてルール化された内容は文書にされていない。 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮をルール化し、文書化することが望まれる。		
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
＜コメント＞ 他の福祉施設への移行の事例はない。入院等による施設契約は3ヶ月までは継続する旨が重要事項説明書に規定している。利用者の退所にあたっては、サービス利用契約書に支援事業者に対し「利用者の生命・健康に支障のないよう円滑な対処のために必要な援助を行う」旨を定めている。 今後は、退所後の利用者へのサービスの継続にあたり、相談窓口を設置するなど、気軽に相談できることを文書に記載することが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a
＜コメント＞ ケアプランの更新時などサービス提供時に利用者・家族からの意向や要望を聞き把握している。意向や要望はリスクマネジメント・権利擁護・サービス向上委員会で協議し、回答している。家族会は、開催されていない。利用者の満足度の向上には、コロナ禍で取りやめていた外出・地域と連携したクラブ活動等を再開することと捉え、その準備に力を注いでいる。		
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
＜コメント＞ 「苦情処理解決に関する基本規則」「相談・苦情等対応マニュアル」が整備されている。苦情・相談内容をもとに業務改善を行い、再発防止策を講じるなど実際のサービス提供に活かしている。苦情の内容と対応結果は運営推進会議に報告している。		
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
＜コメント＞ 相談・意見の申出方法や相手を自由に選べることを利用契約時に説明している。苦情相談の申出方法「苦情相談窓口」は、事業所内に掲示している。		

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
<コメント> 「苦情相談記録票」「相談・苦情対応マニュアル」に基づき、利用者からの相談や意見に対応している。マニュアルは法令の改訂時に見直している。ご家族からの相談・意見把握のため「家族アンケート」を面会時や広報紙に同封して実施し、結果はサービスの質の向上に繋がるようリスクマネジメント・権利擁護・サービス向上委員会で検討し対応している。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<コメント> 「事故発生防止のための指針」をもとに、事故防止委員会の設置や各職種の役割を明確にして多職種でのアセスメントを行い事故防止につなげている。再発防止のため「ヒヤリハット記録」をもとに「危険予知トレーニング」も実施している。「これだけは知っておきたい緊急時（事故）対応」を作成し職員に周知している。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<コメント> 「感染症予防対策に関する指針～感染症・食中毒予防・まん延防止に関する指針～」のもと「感染症・食中毒等予防マニュアル」を作成し全職員に配布している。安全衛生・感染予防対策・褥瘡委員会で施設内感染対策の立案、職員研修の企画及び実施、感染症対策物品の保管、管理などを行い、安全確保のための取組を行っている。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a
<コメント> 「業務継続計画（BCP）自然災害編」を作成し、平常時や緊急時の対応方法や備蓄品等を整備している。災害時の対応体制等も整備している。防災委員会では図上訓練も実施している。緊急時の利用者・職員の安否確認の方法も周知されている。事業所は市の避難所に指定されており、炊き出し訓練を兼ねた芋煮会等も開催している。		

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明文化され福祉サービスが提供されている。	a
<コメント> 介護マニュアルに基づく実施方法については、職員個別の指導を行っている。また、各棟会		

議でも確認をしていることが会議録から確認できる。欠席の職員は、会議録を確認・押印している。		
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。	b
＜コメント＞ 今までのところ、介護マニュアルの改訂はなかった。もし見直しの必要が生じた時には、サービス向上委員会で検討し、改訂が必要かどうかを判断し、どのように改訂するのかを決定し、職員に伝えていくことになる。 今後は、介護マニュアルについての検討時期を決めて、その都度検討することが望まれる。		
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 アセスメントに基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
＜コメント＞ アセスメント・ケアカンファレンスは、担当職員・他職種職員、本人の意向・家族の意見を含めて、状態変化に応じて、見直しをおこなっている。入居者のケアプランに、入居者本人の意向・状態変化の記載があり、その上で変更されていることを確認した。		
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
＜コメント＞ アセスメント・ケアプランは、半年に1回、担当職員はもとより看護師・管理栄養士の参加の下で、評価・見直しを行っている。今年度入院後、状態変化があったために療養型病院への入院となったケース記録を確認した。		

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
＜コメント＞ クラウド版介護記録システムによるパソコンやタブレット入力での記録で、職員が情報を共有している。他に申し送りノートで確認をしており、所内ミーティングも行っている。なお、介護日誌が日勤帯と夜間帯の記述となっており、職員が共有しやすいことが見て取れた。		
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。	a
＜コメント＞ 介護日誌の記録、モニタリング・ケアプランは、事務所書庫（施錠して）に保管している。各棟にパソコンは管理されており、職員一人ひとりがパスワードを持ち、管理している。管理責任者は施設長、主任、担当相談員が担っている。		

評価対象 A 福祉サービスの内容

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		
46	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
＜コメント＞ 入居時に利用者の生活リズム・趣味・どんなことをしたいか希望を聞いて、一日の過ごし方を決めている。食事時間が服薬の関係で午後8時という利用者もいた。趣味に関しては、ボランティアの力を借りて、お茶会・音楽・体操クラブが行われている。外出等希望が出された時には、ケアプランに反映させている。		
47	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
＜コメント＞ 法人策定「権利擁護コンプライアンスルール」を棟会議で学習している。欠席者は記録を読んで押印している。又不適切ケアについては個々の職員からアンケートを取って注意を喚起し、入居者の思いを聞き取るなど寄り添ったコミュニケーションをとっている。		
A-1-(2) 権利擁護		
48	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
＜コメント＞ 法人が独自にまとめたマニュアル集に「介護職員の倫理（心得）」の中に「個人の尊厳」の項目があり、法人策定「権利擁護コンプライアンスルール」で研修している。2024年度からの「虐待防止法」改正にあたり、管理体制の在り方を施設間連絡会議で検討している。不適切ケアについては、アンケートで啓発・点検し、棟会議で話し合っている。現時点では権利侵害はないが、そのような事態が発生した時には施設長が関係諸機関に報告することになっている。		

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		
49	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
＜コメント＞ 清掃は業務表に基づき業務員が行い、清潔が保てるように配慮している。他に清掃ロボットを導入、清掃業務を担っている。今年度、事業計画では入居者にアンケートを取ることにしている。ケアプラン時に家族に、入居者の希望等を聞き、快適な生活が送れるよう配慮している。		

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		
50	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
<コメント> 入浴マニュアルに基づき、入浴研修を行っている。週2回の入浴を基本に、バイタルチェックを行い、入居者の体調や状況に応じて、清拭・シャワー浴・普通浴・中間浴・特浴を看護師が判断し実施している。入浴後はケース記録に記載し、毎月の棟会議・サービス担当者会議のカンファレンスで共有している。		
51	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<コメント> 排泄管理表及び介護日誌に、入居者個々人の記録がされていた。下剤服用も記載されていた。現在排泄については、安全面で配慮の必要な利用者があり、そのための新人研修を行っている。夜間帯のおむつ使用については、本人の意思確認の下で行っている。		
52	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
<コメント> 移乗が困難な入居者に関して、スライドマットを利用している。移乗研修は、腰痛予防対策と一緒に、外部の業者を講師に迎え、研修している。移乗方法については、ケアプランに記載し共有されている。なお、腰痛ベルトは、施設が提供している。		
A-3-(2) 食生活		
53	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
<コメント> 外部委託業者を変更して半年、まだ試行錯誤の状態である。一人ひとりの食事内容は、普通食・刻み食・ムース食で対応、給食専用個別日誌に記入している。利用者の食の状態を観察しながら、利用者一人ひとりに満足してもらえるよう管理栄養士・職員が配慮している。選択食は、今後管理栄養士がおやつ等で個々人が選択できる献立を予定している。		
54	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
<コメント> 入居時に、食について聞き取りを行っている。パン食を希望する利用者もいるので、対応している。嚥下能力については、歯科医師・嘱託医師の助言による口腔ケアの指導を受けている。食形態は、管理栄養士・看護師とも相談しながら、普通食・刻み食・ムース食を決めている。		

変更も、管理栄養士・看護師と相談しながら行っている。「サービスマニュアル」の中に、「安全安心の『食事介助』」の項があり、マニュアルに基づき、食事介助を行っている。		
55	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
<コメント> 月1回歯科医師による口腔ケアとブラッシング指導を受けている。年1回の検診調査票に個人ごとに写真付きで記録がされている。透析をしている利用者があり、病院の判断の下、看護師が水分補給や食事について指示を出している。それらはケース記録に記入されている。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
56	A-3-(1)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<コメント> 指針が整備されており、予防に努めており、現在褥瘡の利用者はいない。介護方法と食事療法で、褥瘡を未然に防いだ利用者がいた。褥瘡が発生した場合は、感染予防・褥瘡予防委員会で話し合うことになっている。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
57	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。	非該当
<コメント>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
58	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
<コメント> 理学療法士の指導・助言の下で、個別リハビリ実施計画を作成している。疾患名・合併疾患・評価・目標・リハビリプログラム・記録をしている。低下防止・現状維持のリハビリを行っている。		
A-3-(6) 認知症ケア		
59	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<コメント> 2024年度に向けて、3月14日に県主催の「認知症対応研修」を全職員が、受講している（オンライン研修）。「サービスマニュアル」の中に、「認知症の正しい理解と認知症高齢者のコミュニケーション」「行動・心理症状（BPSD）の理解」「その対応」「その予防」「生活の中でのBPSDの理解」があり、研修に取り組んでいる。日々の介護について、棟会議の中で振り返りを行っている。		

A-3-(7) 急変時の対応		
60	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
<コメント> 嘱託医、夜間帯は「ドクターメイト」にオンラインで指示を受けて対応している。「夜間・休日急変時の対応チャート」「入居者ごとの特性と対応の注意点」が整備されている。研修やミーティングで緊急時の対応を研修している。		
A-3-(8) 終末期の対応		
61	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。	b
<コメント> 看取り計画書は作成されている。現時点で、看護師の配置ができない。また若い職員が多いため死生観を含む研修に取り組めないことから、看取りはできない。高齢化がさらなる進行する中で、施設での看取りニーズの高まりが予測されることから、今後は看取りにも取り組んでいくことが望まれる。		

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		
62	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
<コメント> 家族会は、施設内でのコロナ感染があり、開催出来ないでいる。運営推進会議に家族会の会長が出席していることから、家族会としての代表として、意見を聞いている。面会に来たご家族には、要望を聞いている。また事業計画等に相談窓口の職員を3名公表しており、相談したいときには職員を選んでいただくよう配慮している。		