

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム 和みの郷		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 山本 重治		定員（利用人数）： 80名	
所在地：沼津市大平1538-1			
TEL：055-935-5252		ホームページ： http://www.shinai-kai.jp/nagomi/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成14年4月			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人信愛会			
職員数	常勤職員：	44名	非常勤職員 33名
専門職員	介護職員	37名	医師 1名
	介護支援専門員	1名	看護師 9名
	機能訓練指導員	2名	准看護師 2名
	生活相談員	1名	栄養士 2名
	事務職員	6名	調理員 16名
施設・設備 の概要	定員に対する個室の割合	11.2%	定員1人当たり居室面積 12.7㎡
	食堂	5か所	

③理念・基本方針

【理念】

- (1) 愛・信頼・貢献（法人理念）
- (2) ご利用者と共に和やかにいきいきと自分らしく、支えあって暮らしていく

【基本方針】

- (1) 人間愛に基づいた利用者を中心とした、安心と信頼を与える福祉サービスの実践
- (2) ノーマライゼーションに基づき、利用者の人格を尊重したサービス提供に努める
- (3) 社会福祉法人の本文をわきまえ、関係機関と協調し、地域社会に貢献する
- (4) 公正、公平、堅実を旨とし、長期に亘って安定的な経営をめざす
- (5) 法人傘下並びに姉妹法人各施設と協力・連携し効率的で良質なサービス提供に努める
- (6) 時代の趨勢に目をむけ、ニーズに合致した運営をめざす
- (7) 良質な職員の確保と人材の育成により、より良い職場環境の醸成に努める

④施設・事業所の特徴的な取組

- 各ユニットに専属職員の配置を行っている。
- 利用者の状態・状況に応じた移乗用リフトや5種類の入浴機器等福祉用具を積極的導入している。
- 併設のケアハウス、グループホーム、小規模多機能と連携して、利用者の状態、状況に応じた地域での「暮らしの継続」のサポートに努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年11月8日（契約日） ～ 令和5年9月21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- 各種会議・委員会・部会により、情報共有、意見交換、業務改善が組織的に行われています。その中で職員からの提案が活用されています。
- タブレットによる記録等のICT化、スマホと連動した掛け時計型の見守り機器導入等、職員の負担軽減に努めています。
- 食事（常食）は直営で、利用者の趣向調査等を踏まえ、管理栄養士による食事が提供されています。
- 併設のケアハウス、グループホーム、小規模多機能と連携し、利用者の状態や状況に応じて地域での「暮らしの継続」のサポートに努めています。
- 各種マニュアルを整備し、実情に即した支援と定期的見直しを図っています。
- 定期的な内部研修を実施し、OJTの推進に努めています。合わせて研修受講後のアンケートをデータ分析し、会議で共有し、職員の能動的な効果に繋げるための研修継続の取り組みを図っています。
- 定められた手順によってアセスメントを行い、利用者個々のケアプラン・生活（個別）援助計画書を作成し、個別ケアに努めています。
- 意思疎通の工夫が必要な方に対する本人を中心としたケアを推進するため、センター方式を活用し、ユニットのメンバーのみならず、介護福祉士、生活相談員、ケアマネジャー、栄養士、看護師、家族等によるチームアプローチを実施しています。また、日々の個別ケアにおける変更や追加にも出来る限り対応し、記録するなど、ひとりひとりの利用者を多種職連携・協働によりケアしています。

◇改善を求められる点

- 中・長期計画の実行可能性を担保するため、収支計画の作成が必要です。
- 職員の育成・定着を図るため、将来の姿をイメージできる総合的な人事管理が求められるとともに、年度途中の中間面談・評価がされればより効果的となります。
- ここ数年コロナ禍の影響から困難となっていた地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握が望まれます。
- アフターコロナ禍における地域ニーズや、生活課題を踏まえたうえで、地域で長年、地域福祉推進に取り組まれている福祉施設・事業所（法人）が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する取組の再開に期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

このたびは、第三者評価の受審の機会を頂き、誠にありがとうございました。特養での第三者評価は初めてでしたが、担当の方が丁寧に説明をして頂き、最後まで滞りなく安心して受審する事ができました。

今回、関わりのある職員全員で自己評価を行なうことで、職員一人ひとりが客観的に施設を見つめ直すことができました。また、外部の方に評価して頂くことや訪問調査時のアドバイス等により、今まで見えていなかったり、気づいていなかった部分が表面化され、今後の改善に繋げていきたいと思えます。ご利用者様の貴重なご意見も真摯に受け止めより良いケアの改善に活かせることは貴重な糧となりました。

今回の評価を活かし施設として、ご利用者様のケアの向上、働きやすい環境作り、地域貢献を目指して邁進していきたいと思っております。

調査員の皆様や県社協のご担当の皆様からいただいた言葉に、大変励まされると同時に職員の自信に繋がりました。改めて感謝申し上げます。

⑧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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ホームページ、パンフレット、施設内掲示等により、職員、利用者、家族に周知が図られている。また、全体研修会や新人研修で説明し、研修時のアンケートや職員面談により周知状況を確認している。		

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適切に対応している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 関係する情報や各種計画等については、法人会議、市ホームページ、県老協等から入手し、分析している。 毎月の管理運営会議や法人施設長会議で、経営課題の検討やコスト分析等を行っている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 経営課題については、理事会において役員間で共有するとともに、毎月の管理運営会議（事業運営会議、リーダー会議、ユニット会議）で職員への周知を図っている。 また、外国人職員の雇用など、経営課題の改善に向けた具体的な取組を進めている。		

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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>目標や具体的内容を伴った中・長期計画を策定しているが、数値目標の設定がないので達成度の確認・評価ができない項目がある。</p> <p>積立計画はあるが、収支計画は策定されていない。</p> <p>見直しはこれからであるが、スケジュールを明確に定めている。</p>		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>中・長期計画を踏まえた具体的な内容であり、数値目標が設定され、評価が行える内容となっている。</p>		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>事業運営会議等で周知され、職員面談で意見を聴いている。</p> <p>単年度計画は四半期ごと、中・長期計画は半期ごとに評価され、計画見直しに反映されている。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>ホームページに掲載し周知しているが、利用者会や家族会等での説明はしていない。</p> <p>わかりやすい説明の工夫が求められる。</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。		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月のサービス向上委員会、リーダー会議等で、質向上に向けた取組を実施している。</p> <p>ポジショニング、おしりスッキリ、ターミナル、褥瘡、行事の部会があり、全職員が一つ以上の部会に所属し活動している。</p> <p>全職員が自己評価を行い、その結果を事業運営会議で評価・検証している。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもと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・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス向上委員会等で課題は共有され、食事などの改善は行われており、改善策の評価や見直しもされている。評価結果を集計しているが、分析結果や課題が文書化されていない。</p>		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌規程、管理運営会議、全体研修会等により、役割と責任を明確にし、説明している。BCP、災害計画の中で、非常時の役割や不在時の権限委任事項を明確にしている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人施設長会議、市特養連絡会等に参加し、情報収集している。法人のコンプライアンスマニュアルにより、事業運営会議や全体研修会で、法令順守の徹底を図っている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長、施設サービス課長が、事業運営会議で評価を行い、サービス向上委員会、リーダー会議で取組を指示、参画している。研修委員会で研修計画を作成し、計画に沿った研修を行っている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月試算表を確認するほか、法人の経営分析会議、施設長会議で分析を行い、取組を実行している。職員面談により意識形成を図り、各種委員会に出席して、活動に参加している。</p>		

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・c
<p><コメント></p> <p>法人採用部会で人材に関する方針を決定し、中・長期計画の基礎資料として具体的計画を作成している。</p> <p>新人指導計画に基づき、教育がされている。</p> <p>養成校への訪問や市内高校進路担当説明会に出席して、採用に努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>「キャリアデザイン」「昇格昇給基準」を定め、職員に周知している。</p> <p>「人事考課表」により職員評価をし、面談により職員の意見を聴いている。</p> <p>しかし、将来の姿を描けるような総合的な仕組みづくりができていないと言えない。</p>		
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組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の要望により2時間単位の有休制度を導入するなど、働きやすい職場づくりを行っている。</p> <p>「心の健康づくり計画」「ストレスチェック実施計画」により心身の健康の確保に努め、面談やハラスメント相談窓口により相談体制を構築している。</p> <p>互助会活動への助成や奨学金免除など、福利厚生、人材定着にも努めている。</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。		
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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>「期待する職員像」を階層別に明示している。</p> <p>個人目標シートを年度当初・年度末に作成して自己評価させており、面談により確認している。</p> <p>しかし、基本的に中間面接をしていないので、期中の確認・評価がされていない。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>「キャリアデザイン」により「期待する職員像」を明示している。</p> <p>管理運営会議、単年度計画で必要な資格を明示し、研修計画に基づき教育・研修が実施されている。</p> <p>研修委員会で研修ごとに、評価と見直しを行っている。</p>		

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の資格取得状況を一覧表にしており、新人研修や階層別研修を計画的に行っている。研修日数を増やしたり、動画研修を導入するなど、研修機会の確保に努めている。</p> <p>外部研修の情報を玄関に掲示するなど参加を促し、オンライン研修にも参加しやすいよう配慮している。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>受入れ先ごとのマニュアルがあり、職種ごとのプログラムを定めている。</p> <p>実習指導者研修に参加しているとともに、養成校との連絡調整や実習中の巡回指導などにより、連携を維持する工夫を行っている。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>ホームページで、理念、活動内容、財務状況や苦情など必要な情報を公開しており、地区センターにパンフレットを定期的に配布している。</p> <p>地区の作品展や祭りに参加して、地域に向けて役割を発信している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>規程集のファイルを各ユニットに置き、職員に周知している。</p> <p>法人本部・監事による内部監査を行うとともに、会計事務所による外部監査を実施し、経営・運営の適正化に努めている。</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。		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>地元（大平地区）と協働し、入居者と地域の八百屋、マックスバリューが施設に週1回訪問し、買い物の場の提供や、オンラインで小学校と中継し、利用者と交流する機会を設けている。</p> <p>地元高等学校へ施設の介護福祉士、看護師が出向き「福祉・介護の魅力」を伝えキャリア支援教育として学校と施設との交流が図られるよう努めている。地元消防署と施設、地域住民等と協働して年1回以上、防災訓練を実施している。入居者が参加し、福祉避難所の運営訓練として防災活動等に参加している。</p>		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>コロナの影響よりボランティアの受入を自粛している。生活相談員がボランティア窓口を配置している。ボランティア受け入れ手順やボランティア受け入れについて利用者への事前説明が行われている。令和5年度には、コロナの様子を踏まえて、夏頃マンドリン、生け花ボランティア等を再開する予定となっている。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>沼津市特別養護老人ホーム連絡協議会（市役所、市内特別養護老人ホーム施設長、相談員等メンバー参集）に積極的に参加して地域の情報収集と事業所運営（特例入居者制度、市内待機者対応及び介護者対応方法）や地域の他法人、多事業等の連携に努めている。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>日常的な福祉サービス（同法人デイサービスセンター、ショートステイ、グループホーム、地域包括支援センター等）と協働し、各種委員会を開催して地域の福祉ニーズや生活課題の分析を行っている。利用者及び介護者へのチームアプローチに努めている。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>水害地域として施設の敷地は、災害時、地域の人たちの駐車場所となっている。施設周辺の草刈りを地域の方と組織的に施設フタッフが協働で行っている。介護の担い手をしている養成機関と協働し、介護実務者研修会会場として施設内設備提供し交流の場として開放している。</p>		

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。	㉑・b・c
<コメント> 法人理念や基本方針を施設内複数箇所に掲示し明示している。全体研修会をWEB学習等毎月開催し、全員参加を募っている。スタッフ全員に研修実施後、アンケートが実施し、理解度と効果分析を行っている。特に、利用者を尊重した福祉サービス提供に関係する「法人理念の方針」に関する研修実施に努めている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 個人情報の取り扱い及びプライバシー保護を明記した規程・排泄手順に関するマニュアル等が整備されている。職員への個人情報の取り扱い及びプライバシー保護に関する全体研修や内部向上会議で課題として取り上げ取組に努めている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 個人情報に配慮しタブレットで施設内の設備、様子を映像で紹介したり、ホームページに掲載している。入居者ひとりひとりに担当職員が配置され、生活（個別）援助計画が作成されている。 アセスメントにおける情報収集は介護、医療、ケアマネ、管理栄養士等で行い、チームアプローチによる分析に反映されている。モニタリングも協働で行い、ケアマネジャーが記録している。ケアプラン・ケア記録等は、施設内オンラインで共有している。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 意思決定が困難な利用者へ国の定めたケアプランの書式に則って成年後見制度等の利用がルール化されている。家族、成年後見人等に対して、利用者への福祉サービスの開始・変更について一人ひとりに応じたケアプラン・生活（個別）援助計画・重要事項説明書・契約に係る事項が説明され、適切に記録されている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 介護支援専門員、生活相談員等が福祉サービスの継続性に配慮した相談サポート対応を実施している。特別養護老人ホームでケアが継続できない場合等に、利用者や家族等に対し、他の施設（介護医療院、特定介護施設、自宅での看取り）等の選択肢の情報提供や相談支援を行っている。		

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
<p><コメント></p> <p>利用者満足に向けてサービス向上会議や利用者満足度を把握するための担当者会議の開催、利用者ごとのモニタリングを行い記録している。利用者ごとの担当介護職員が嗜好アンケートを聴き取り、主任・課長がまとめて管理栄養士に報告している。栄養摂食改善部会の検討会議にて分析・検討を図り改善に努めている。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情等対応手順マニュアルに即した苦情受付書に苦情の内容および要望の聴き取りが記載されている。年1回 沼津ホームと協働で苦情解決委員会を毎月開催している（会議議事録で確認）の方に参集をして報告対応方法や留意点分析を行っている。利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を検討し施設として今後の取り組みとして苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施している。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>介護相談員から連絡用紙、ケア要望記録、生活（個別）援助計画、ケアプランの作成時等に利用者や家族等に気軽に相談できる掲示と意見を述べやすいスペースを設備している。ケアプランの作成時等に利用者が相談や意見を述べることができる体制となっている。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプランについて、利用者及び家族、成年後見人等からの相談に対応する際、他職種協働で行うことに努めている。認知症等によって判断能力、意思決定能力が低下した状態の人の意思表示・意思表明支援を図るためのセンター方式アセスメント様式を採用し、利用者の意思決定支援に努めている。ケアプラン以外の相談や意見を受けた際の記録方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備し、定期的な見直しを行っている。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止検討委員会（3ヶ月に1回）を設置し、事例を共有し対策を検討している。他の委員会等への情報伝達と事故防止に努めている。事故防止研修を年1回行っている。研修委員（各部署より1名10人）では、事故防止及びリスクマネジメント研修後のアンケートの集計確認を行っている。</p>		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>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感染症・食中毒の予防・まん延防止に関する指針に関するマニュアルを整備している。感染対策委員会（特養部の感染対策部会）を中心に年2回以上、内部研修を実施した記録等を確認し、マニュアルの変更に活かしている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>事業継続計画書（風水害編・地震・津波編）及び新型コロナウイルス感染症発生時事業継続計画（BCP）が作成されている。また、実際の訓練として事業継続計画書（風水害編・地震・津波編）に基づく避難訓練を月1回以上、新型コロナウイルス感染症発生時事業継続計画（BCP）を年（防災委員会のメンバー：月1回以上）回以上を実施し利用者の安全確保のための取組を行っている。チェックインシステムメール送信システムで周知している。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント>介護標準・接遇・個人情報の取り扱い・プライバシー保護に関するマニュアル等によって利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が文章化されている。生活相談員、ケアマネジャー、介護職員がひとりひとりの基本シートによって生活歴、好物、趣味、習慣等を把握し標準的アセスメント実施方法と利用者個々の生活（個別）援助計画書・ケアプランを作成している。ケアプランをユニット全員で確認し、OJT推進に努めている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>個々の利用者の生活（個別）援助計画書に関する担当者会議で見直しを図っている。1年に1回以上介護標準マニュアルの検証・見直しを特養サービス向上会議（主任・リーダー等）で内部連携・協働のもと実施している。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>生活相談員・ケアマネジャー・介護福祉士・看護師等が協働で利用者個々のアセスメントをし、課題を共有している。部門を横断したさまざまな職種の関係者が参加して、適切なアセスメントが実施に基づくケアプラン2表に反映されている。</p>		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的に状態変化に伴うケアプラン作成時に担当者会議を開催している。サービス実施にあたり介護支援専門員・看護師・介護福祉士・理学療法士・管理栄養士等でケアにおける評価・見直しを行っている。看取り計画書を作成している。</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。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント>個々の利用者の身体・生活状況等を組織が定めた統一した様式で記録している。介護記録の省略化・データ化・書き方などの課題に対して記録化を内部研修が実施している。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント>記録の保存年月表に基づき、施錠つき書庫で管理されている。管理体制としては、個人情報の取り扱い及びプライバシー保護に関するマニュアル及び利用者及び職員等の個人情報保護規定・個人情報に関する誓約書に職員が記載し遵守している。部門毎に責任者が設置されている。和みの郷の文章・保存年月表によって保存・判断基準明記されている。</p>		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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。	㉑・b・c
<p><コメント>利用者一人ひとりにあったアセスメント表・モニタリング・計画で確認した。日常生活において役割が持てるよう、外部、内部でのレクにも取り組み、記録や、広報写真でも確認できた。</p>		
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。	評価外
<p><コメント></p>		
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。	評価外
<p><コメント></p>		

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。	㉑・b・c
<p><コメント>私の気持ちシートにその人の思い等を記入し、1ヶ月から半年で聞き取るなどしており、意思疎通の出来ない方でも、ユニット職員のみでなく、厨房や、看護師等のスタッフを巻き込んでコミュニケーションを図っている。計画や議事録でも確認できた。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント>規定やマニュアルが整備され、身体拘束会議時に防止策検討記録も確認した。PC内で職員の周知を図っていた。動画配信がされていて、どの部門にもQRコードがついていて、職員がいつでも見れる状態を作っている。</p>		

評価対象 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。	㉑・b・c
<p><コメント>本人の持ち物、馴染みの家具、仏壇等快適に過ごせるような環境が見られ、掃除も出来ていた。家族との面談等も出来るスペースも確保されており、周りの樹木や、広いベランダで話すことも出来るスペースもあり、利用者さんや家族に対しての配慮を伺うことができた。</p>		

評価対象 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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>入浴介助、清拭、見守りについては、記録にて変更や形態を変えている確認がとれた。その階のみでなく、形態に合わせて各階を利用できているのも良いと感じた。計画書等で、利用者にあった入浴をされていたことを確認出来た。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>健康状態、排せつ介助、観察、配慮については記録、手順書、日々の日誌等で確認できた。自立のための働きかけについても理学療法士の介入もあり、工夫されていた。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>福祉機器、用具が整備されて、ケアプランに沿って移動支援を行っていることが確認できた。ベランダにも出れるように危険回避のものはあるが、心身の状況に合わせて行っていた。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>本人の好き嫌いを最大限考慮したメニューを提供されている。衛生管理体制もマニュアルで確認できた。数名の利用者の器の中に、主食と副食が一緒になっていたが、自分で食べたい思いの強い利用者さん等にとって、一緒になっていることが全て絶対に悪いとは一言では言えなこともあり、工夫の一つとして捉えた。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>嚥下能力や栄養面については、入所時口腔機能治療管理表とメニュー表にて工夫等しているのを確認できた。献立、栄養ケア計画、日誌、手順書等で、提供、支援を心身の状況に合わせて行っていることを確認した。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>歯科医の介入があり、定期的なチェックを行っていた。新人研修等で口腔ケアに関する研修でも確認できた。又、生活援助プラン表やケア計画でも確認できた。利用者の口腔内を数人だけが見させて頂いたがどの方も口腔内がきれいだった。</p>		

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。	㉠・b・c
<p><コメント>褥瘡対策委員会議事録にて、リスクに対する対応の明記を確認し、栄養ケア計画の中でも確認できた。主治医との連携が出来ており、定期的な受診を行っていた。褥瘡対策委員会において、予防、対策が明記されている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント>喀痰吸引、経管栄養を実施するため、指示書、研修記録、事故防止委員会の設置等の内容を確認した。家族等の説明・同意書もあり、喀痰吸引を3号・2号取得の職員が数人残しほぼ取得している。看護師指導のもと、定期的に手順の確認をしている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント>入所時、身体機能観察を行い、それを基に理学療法士、看護師と共有し取り組んでいる。理学療法士の経過個人記録にて確認。ケアプランに反映している。判断能力の低下している利用者に対しても職員から情報提供を行い反映している。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント>認知症ケアに対する取り組みはセンター方式を使用し、一人ひとりにあったケアの実践に取り組み、個人、グループの活動に活かしている。又、動画や、ユーチューブ等を活用し関係職員と情報共有している。その研修の周知方法はアンケート提出で確認した。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント>高齢者の特徴等の研修等を行い、職員が急変時に困らないよう医師、医療機関との手順書を作成。介護記録、日誌、緊急時マニュアル等で確認した。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント>看取りの介護方針、実施確認書、意向確認書が整備されている。職員から意見をもらい、家族からもアンケートを頂き計画等に反映している。終末期には報告書を担当ケアワーカーが記載し、家族に状態報告、情報提供をしている。</p>		

評価対象 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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント>いい顔写真、と題して何かのきっかけで普段見れないような顔を写真に収め、無料で家族に送付している。家族との相談等は相談手順書に準じて相談員が受け、要望等に応えるよう工夫している。家族との相談、繋がりは相談記録で確認した。</p>		

評価対象 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。	評価外
<p><コメント></p>		

