

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

（１）事業者概要

事業所名称：グランビュー有明 (施設名)	種別：地域密着型特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 新谷 陽一郎 (管理者) 統括部長 島松 睦子 施設長 永田 清子	開設年月日： 令和2年3月1日
設置主体：社会福祉法人 一陽会 経営主体：社会福祉法人 一陽会	定員：29名 (利用人数)
所在地：〒861-7313 熊本県天草市有明町小島子1358番地9	
連絡先電話番号： 0969 — 25 — 6112	F A X 番号： 0969 — 25 — 6133
ホームページアドレス	https:// ichiyokai. or. jp

（２）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
特別養護老人ホームの入居者に対する生活支援全般	4月花見 5月菖蒲湯、母の日 6月父の日 7月七夕 8月夏祭り（スイカ割り） 9月敬老会 10月ミニ運動会 12月柚湯・クリスマス会・年賀状作り 1月書き初め 2月節分 3月ひな祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
定員：29名 全個室：洋室、洗面所付き、5室トイレ付	延床面積：2252.34㎡ 共有面積合計：1803.14㎡ 食堂、調理室、浴室、談話室、家族控室、 医務室、倉庫、休憩室、交流スペース、トイレ他

2 施設・事業所の特徴的な取組

医療・介護・福祉を総合的に運営する一陽会グループの中で、老人福祉サービスを提供している施設です。リビングから有明海・島原を一望でき、眺めは最高です。 全個室で1ユニット9～10名の入居者を家庭的雰囲気与生活支援をおこなっています。入居者おひとりおひとりの誕生日に誕生会を開き、ささやかなプレゼントをして、みんなでケーキを食べて祝います。春はユニット内に桜飾り、夏祭りや文化祭を開催し、みなさん楽しまれています。 ご家族にはそのような様子を3か月に一度発行する施設マガジンに載せて見て頂いております。コロナ禍で窓越し面会でしか会えないので、日常の生活がわかり大変喜んでいいますと言っています。
--

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

1. 利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組まれています。

福祉サービス提供の基本姿勢として①利用者尊厳の保持②利用者本位を掲げ、倫理規定も定められています。

福祉サービスの提供は、プライバシー保護に配慮し、小人数で家庭的雰囲気ユニットケアの利点を活かして、利用者の個性やニーズに合ったサービスを提供しています。利用者調査結果でも、高い割合で「職員は丁寧に接してくれている」「プライバシーが守られている」との回答が示されています。

2. 施設の各委員会、特に感染症対策の委員会が機能しています。

施設長を中心にグランビュー有明の各委員会の組織体制が機能しています。

特に感染対策委員会には看護師や生活相談員、管理栄養士、ユニットのリーダーがメンバーとなり、新型コロナ感染症やインフルエンザ、ノロウイルス、食中毒などについて毎月委員会を開催し、全体研修は現在新型コロナ感染症の状況を見ながら資料の回覧により職員の意識強化と周知を図っています。

施設長が法人の委員会に参加し、長期化する新型コロナ感染症の具体的な予防、対応策について連携しており、職員意見にも法人医療機関との連携や個々への周知が徹底していることを評価する声が上がっています。感染症に対する施設の方針が利用者の安心安全な生活を支えています。

3. 法人の介護施設全体でサービスの向上につながるよう、計画的に第三者評価の受審が進められています。

一陽会グループは医療法人や社会福祉法人等を擁し、医療・介護・福祉事業を総合的に運営しており、利用者の選択に応じた幅広いサービスが展開されています。その中で2018年の軽費老人ホームの受審に始まり、今回4施設目の受審となる地域密着型特別養護老人ホーム「グランビュー有明」は広い天草市の中でも、熊本・天草を結ぶ幹線道路沿いにあり交通の便が良く、リビングから有明海・島原を一望する事が出来ます。

これまで受審後は理事長をはじめ他の事業所や関係職員が参加し、評価機関との報告、勉強会の開催により共有が図られ、法人の共通理念「一陽会理念」のもと、施設運営における「基本姿勢」「期待する職員像」を定め、ホームページで啓発を図るなど速やかに運営に反映されるなど大いに評価されます。今後も法人全体で計画的な受審により利用者や家族等への福祉サービスの向上を図られ、地域密着型の施設として活躍されることが期待されます。

4. グループの機能を活かした福祉サービスの提供に努めています。

○同敷地内に隣接した系列法人の医療機関により、利用者の日常的な健康管理はもとより、緊急時の速やかな対応は家族の安心や職員にとっても心強いものとなっています。また、長年の病院運営で築かれた利用者個々の電子カルテにより、職員共有の個別情報管理をもとに適切な利用者へのサービスが実施されています。

○利用者に提供される毎食の食材は地元天草のものをはじめ、法人の畑「第八農園」で米や野菜が作られており、安心安全なこれらの野菜が日々の食卓に並んでいます。

◆改善を求められる点

1. 福祉施設として必要な関係機関・団体との連携について積極的に取り組まれることを期待します。

地域の関係機関の電話番号を記載したリストは事務所に掲示していますが、福祉サービス提供に必要な社会資源として機能や連絡方法を明示した関係機関や団体のリストを作成するには至っておらず、今後の取組が期待されます。また、これらの関係機関と連携して幅広い情報交換や共通の課題解決に向けての取組が期待されます。

2. 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動に取り組まれることを期待します。

新型コロナ対策もあって公益的な事業や活動は実施されていません。

今後は、事業計画に記載されている事業、例えば一陽会グループの協力による専門職による介護予防出前講座、認知症予防出前講座などを検討して実行に移されることを期待します。

3. 現状でも可能なボランティアの受け入れを期待します。

ボランティア等の受け入れマニュアルは作成されていますが、施設開設時から新型コロナの渦中にあり、受け入れ実績はありません。

ボランティア等は、施設と地域社会をつなぐ大切な存在です。今後は、新型コロナ収束に備えて地域の学校教育の協力への基本姿勢を明文化し、職員の研修を行う等体制への積極的な取組を期待します。

なお、市の介護支援ボランティア事業の受け入れ施設として登録されていることから、現状でも可能と思われるボランティア（例えば敷地植え込みの手入れや草花の植え込みなど）について工夫して取り組まれることを期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（R6. 3. 11）

当施設は令和3年3月に開設し3年目を迎え、福祉サービス第三者評価を受審しました。改めて施設として振り返りの機会を得た事に感謝しています。

当初は、緊張と不安の受審でした。取組み状況など多方面からの聞き取り調査の中で、福祉施設として考えさせられる場面も多々ありました。又、職員・家族へのアンケート調査の結果等から、基本姿勢や倫理規定・委員会活動（感染対策等）などの組織体制・サービス提供等の高評価を頂くことが出来ました。組織及び職員ひとり一人への自信にも繋がり、嬉しく感じています。又、関係機関との幅広い連携や公益的な事業や活動への取組み・ボランティア受け入れ等の向上が求められ、業務改善委員会を通して体制への再確認と取組みの見直しに繋げることが出来ました。

現状に満足せず、常に理念や基本姿勢を忘れずに利用者の心に寄り添い安らぎのある施設作りに努めていくと共に、職員ひとり一人が信頼され、思いやりと気づきを持ってチームワークが発揮できるように施設長として支援していきたいと思います。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【特別養護老人ホーム版】

◎ 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3丁目 13-12-205
評価実施期間	令和5年 7月 24日～ 令和6年 3月 18日
評価調査者番号	① 06-026
	② 13-001
	③ 18-001
	④ 17-011

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：グランビュー有明 (施設名)	種別：地域密着型特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 新谷 陽一郎 (管理者)：施設長 永田 清子	開設年月日： 2021年 3月 1日
設置主体：社会福祉法人 一陽会 経営主体：社会福祉法人 一陽会	定員：29名 (利用人数)
所在地：〒861-7313 熊本県天草市有明町小島子1358番地9	
連絡先電話番号： 0969 — 25 — 6112	FAX番号： 0969 — 25 — 6133
ホームページアドレス	https:// ichiyokai.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
特別養護老人ホームの入居者に対する生活 支援全般	4月花見 5月菖蒲湯、母の日 6月父の 日 7月七夕 8月夏祭り（スイカ割り） 9月敬老会 10月ミニ運動会 12月柚 湯・クリスマス会・年賀状作り 1月書き 初め 2月節分 3月ひな祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
定員：29名 全個室：洋室、洗面所付き、5室トイレ付	延床面積：2252.34㎡ 共有面積合計：1803.14㎡ 食堂、調理室、浴室、談話室、家族控室、 医務室、倉庫、休憩室、交流スペース、ト イレ他
職員の配置	

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長（兼務）	1		社会福祉主事	2	
生活相談員	1		看護師	1	
医師		1	医師		1
看護師	1		介護支援専門員	1	
機能訓練士	1		介護福祉士	8	
介護支援専門員（兼務）	1		管理栄養士	1	
介護職員	12	1	栄養士	1	
管理栄養士	1				
栄養士	1				
調理員	3	1			
合 計	22	3	合 計	16	1

※ 資格の種別は

※ 、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

理念

「限りなき前進を、そして愛を！」

Ever Onwards, Providing Tomorrow with Love

私たちのめざすもの（行動指針）

1. 私たちは高齢者医療、介護及び福祉の複合集団として、常に最高を目指します。
1. 私たちは地域の要望に応え、医療、介護及び福祉の向上に努めます。
1. 私たちはヒューマニズムに徹し、病む人への奉仕に努めます。
1. 私たちは相互の信頼と理解のもとに使命達成に努力します。
1. 私たちは自由闊達の気風を重んじ、業務運営には公平を期し、情実、セクショナリズムの弊風は行いません。

基本姿勢

私たちは、利用者の皆様への基本姿勢として下記の施設運営を行います。

1. 利用者尊厳の保持
2. 利用者本位

3 施設・事業所の特徴的な取組

医療・介護・福祉を総合的に運営する一陽会グループの中で、老人福祉サービスを提供している施設です。リビングから有明海・島原を一望でき、眺めは最高です。

全個室で1ユニット9～10名の入居者を家庭的雰囲気与生活支援をおこなっています。入居者おひとりおひとりの誕生日に誕生会を開き、ささやかなプレゼントをして、みんなでケーキを食べて祝います。春はユニット内に桜飾り、夏祭りや文化祭を開催し、みなさん楽しまれています。

ご家族にはそのような様子を3か月に一度発行する施設マガジンに載せて見て頂いております。コロナ禍で窓越し面会でしか会えないので、日常の生活がわかり大変喜んでいましてと言っていただいています。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月 24日（契約日） ～ 令和6 年 3月 18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

1. 利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組まれています。

福祉サービス提供の基本姿勢として①利用者尊厳の保持②利用者本位を掲げ、倫理規定も定められています。

福祉サービスの提供は、プライバシー保護に配慮し、小人数で家庭的雰囲気ユニットケアの利点を活かして、利用者の個性やニーズに合ったサービスを提供しています。利用者調査結果でも、高い割合で「職員は丁寧に接してくれている」「プライバシーが守られている」との回答が示されています。

2. 施設の各委員会、特に感染症対策の委員会が機能しています。

施設長を中心にグランビュー有明の各委員会の組織体制が機能しています。

特に感染対策委員会には看護師や生活相談員、管理栄養士、ユニットのリーダーがメンバーとなり、新型コロナ感染症やインフルエンザ、ノロウィルス、食中毒などについて毎月委員会を開催し、全体研修は現在新型コロナ感染症の状況を見ながら資料の回覧により職員の意識強化と周知を図っています。

施設長が法人の委員会に参加し、長期化する新型コロナ感染症の具体的な予防、対応策について連携しており、職員意見にも法人医療機関との連携や個々への周知が徹底していることを評価する声が上がっています。感染症に対する施設の方針が利用者の安心安全な生活を支えています。

3. 法人の介護施設全体でサービスの向上につながるよう、計画的に第三者評価の受審が進められています。

一陽会グループは医療法人や社会福祉法人等を擁し、医療・介護・福祉事業を総合的に運営しており、利用者の選択に応じた幅広いサービスが展開されています。その中で2018年の軽費老人ホームの受審に始まり、今回4施設目の受審となる地域密着型特別養護老人ホーム「グランビュー有明」は広い天草市の中でも、熊本・天草を結ぶ幹線道路沿いにあり交通の便が良く、リビングから有明海・島原を一望する事が出来ます。

これまで受審後は理事長をはじめ他の事業所や関係職員が参加し、評価機関との報告、勉強会の開催により共有が図られ、法人の共通理念「一陽会理念」のもと、施設運営における「基本姿勢」「期待する職員像」を定め、ホームページで啓発を図るなど速やかに運営に反映されるなど大いに評価されます。今後も法人全体で計画的な受審により利用者や家族等への福祉サービスの向上を図られ、地域密着型の施設として活躍されることが期待されます。

4. グループの機能を活かした福祉サービスの提供に努めています。

○同敷地内に隣接した系列法人の医療機関により、利用者の日常的な健康管理はもとより、緊急時の速やかな対応は家族の安心や職員にとっても心強いものとなっています。また、長年の病院運営で築かれた利用者個々の電子カルテにより、職員共有の個別情報管理をもとに適切な利用者へのサービスが実施されています。

○利用者に提供される毎食の食材は地元天草のものをはじめ、法人の畑「第八農園」で米や野菜が作られており、安心安全なこれらの野菜が日々の食卓に並んでいます。

◆改善を求められる点

1. 福祉施設として必要な関係機関・団体との連携について積極的に取り組まれることを期待します。

地域の関係機関の電話番号を記載したリストは事務所に掲示していますが、福祉サービス提供に必要な社会資源として機能や連絡方法を明示した関係機関や団体のリストを作成するには至っておらず、今後の取組が期待されます。また、これらの関係機関と連携して幅広い情報交換や共通の課題解決に向けての取組が期待されます。

2. 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動に取り組まれることを期待します。

新型コロナ対策もあって公益的な事業や活動は実施されていません。

今後は、事業計画に記載されている事業、例えば一陽会グループの協力による専門職による介護予防出前講座、認知症予防出前講座などを検討して実行に移されることを期待します。

3. 現状でも可能なボランティアの受け入れを期待します。

ボランティア等の受け入れマニュアルは作成されていますが、施設開設時から新型コロナの渦中にあり、受け入れ実績はありません。

ボランティア等は、施設と地域社会をつなぐ大切な存在です。今後は、新型コロナ収束に備えて地域の学校教育の協力への基本姿勢を明文化し、職員の研修を行う等体制への積極的な取組を期待します。

なお、市の介護支援ボランティア事業の受け入れ施設として登録されていることから、現状でも可能と思われるボランティア（例えば敷地植え込みの手入れや草花の植え込みなど）について工夫して取り組まれることを期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（R6. 3. 11）

当施設は令和3年3月に開設し3年目を迎え、福祉サービス第三者評価を受審しました。改めて施設として振り返りの機会を得た事に感謝しています。

当初は、緊張と不安の受審でした。取組み状況など多方面からの聞き取り調査の中で、福祉施設として考えさせられる場面も多々ありました。又、職員・家族へのアンケート調査の結果等から、基本姿勢や倫理規定・委員会活動（感染対策等）などの組織体制・サービス提供等の高評価を頂くことが出来ました。組織及び職員ひとり一人への自信にも繋がり、嬉しく感じています。又、関係機関との幅広い連携や公益的な事業や活動への取組み・ボランティア受け入れ等の向上が求められ、業務改善委員会を通して体制への再確認と取組みの見直しに繋げることが出来ました。

現状に満足せず、常に理念や基本姿勢を忘れずに利用者の心に寄り添い安らぎのある施設作りに努めていくと共に、職員ひとり一人が信頼され、思いやりと気づきを持ってチームワークが発揮できるように施設長として支援していきたいと思ひます。

7 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。

（参考） 利用者調査の手法等

調査の手法	対 象 者	対 象 数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利 用 者 本 人・ 家 族	19人	
聞き取り調査	利 用 者 本 人		
	家 族・保 護 者		
観 察 調 査	利 用 者 本 人		

第三者評価結果

※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。

※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。

<共通評価基準>

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 医療法人や社会福祉法人を擁する一陽会グループは基本理念として「限りなき前進を、そして愛を！」とともに5項目の行動指針を掲げています。 社会福祉法人一陽会では基本姿勢として、①利用者尊厳の保持②利用者本位を定め、また今回新たに期待する職員像3項目を文書化し、職員の目指すべき姿を明示しています。 これらの理念や方針については、各ユニットや交流スペース、職員事務室、相談室などに掲示するとともに、職員は理念等を書いたポケットサイズのカードを常時携帯し、朝礼や会議で唱和を行うなど周知が図られています。 なお、理念等は法人ホームページや家族等に向けた広報誌（マガジン）にも掲載されていますが、施設内掲示物は文字が小さいため、今後は高齢者でも見やすいように文字を大きくし、振り仮名もふるなどの工夫が望まれます。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 定期的な経営状況や人事・総務関係は、一陽会グループ本部で、把握、分析がなされています。 毎月開催のグループ運営会議（理事長以下、本部幹部や各施設長がメンバー。以下「運営会議」）で、本部での把握や分析状況が説明され、情報が共有されています。また社会福祉法人傘下の4施設長による施設長会議で、利用者等についての身近なサービス事例やニーズ、課題等についての情報交換を行っています。 また社会福祉事業全体の動向については、グループ本部を通じて毎日届けられる外部情報機関からの医療・福祉・介護の最新情報を得るなど、環境変化への対応にも取り組んでいます。		
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・Ⓑ・c
<コメント> グループ本部による事業を取り巻く環境や経営状況の把握・分析を共有しており、当施設の中期経営計画に明示している4項目の運営方針について課題や目標を掲げていま		

すが、取組の具体策が示されておらず、十分とは言えません。

当面の重要課題である赤字運営からの脱却に向けて、収入の柱である利用者の確保は、幹線国道沿いにある立地の良さもあり、令和4年度の平均入所者数の目標を達成しており、早期の黒字化へむけて努力されています。

一方、最近、職員退職の補充が追いついておらず、グループ本部や施設長の努力にかかわらず、職員確保が出来ていない状況にあります。

このような状況で、グループの他施設からの応援やユニット間で工夫しながら利用者対応を行っていますが、早急な職員補充が課題となっています。

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・㉔・c
＜コメント＞ 法人の基本方針・運営方針に沿って、今回、初めて3か年の中期計画（2022年から2024年）として、大まかな事業計画と収支計画を策定されていますが、目標や達成方法が具体的に示されていません。 今後は地元自治体の各種福祉計画も参考にし、組織体制や職員体制、人材育成等について具体的成果や数値目標を設定した評価が可能な中長期計画の策定が求められます。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画は、『グランビュー有明努力目標』を中心に、利用者確保、設備投資計画について毎年策定されていますが、今回の中期計画を十分反映したものになっていません。 次年度からは、中期計画の見直しを実行されたうえで、中期計画を反映した単年度の事業計画の策定を期待します。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 事業計画書は、ユニットリーダーを中心として策定されており、1, 努力目標、2, 事業計画及び運営計画、3, 設備投資計画について作成されています。 事業計画の柱である「努力目標」については、部署ごとに課題と目標及び目標達成のための実践内容や評価方法を記載し、中間と年度末の評価で達成度を検証する仕組みになっています。 ただ、職員自己評価では、「取組が不十分」「理解できていない」「分からない」などの意見が多く見られます。 今後は、職員意見を積極的に取り入れて計画を策定し、職員への周知を図ることを期待します。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 事業計画は、各ユニット・事務所・栄養部・医務室・地域交流室等、誰でも見られる所に掲示しています。また年4回発行の広報誌（家族・利用者向け施設マガジン）に掲載しているほか、ケアプラン作成時や利用者への面会時などでも説明しています。		

しかしながら、職員自己評価では「家族への周知はなされているが、利用者に理解できるようにしていない」との意見も見られます。

今後は、サービス内容や居住環境の整備等利用者の生活と密接な事項について、分かりやすい資料を作成し説明することが求められます。

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・b・c
＜コメント＞ 施設運営の基本姿勢として①利用者尊厳の保持 ②利用者本位を掲げ、期待する職員像3項目を明示して、福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。 サービスの質の向上を図る柱として、年に2回の利用者等の満足度調査を実施し、調査結果と対応策を掲示して公開しています。 ただ、福祉サービス全般の質の向上には、第三者評価の基準にもとづいて、年に1回以上の自己評価を行い、評価結果を分析・検討し、PDCAサイクルを継続して実施することが期待されます。		
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
＜コメント＞ 年2回の利用者満足度調査の結果や課題は職員間で共有され、改善に取り組んでいます。 また、令和5年には施設長の主導でグループの社会福祉施設長をメンバーとする業務改善委員会を発足させています。 しかし、コロナ対策での面会制限や利用者の介護度の上昇、認知機能の低下に伴って満足度調査が難しく、明確な課題把握に繋げにくい面もあるようです。 今回初めての第三者評価受審での評価結果を通して、組織としての課題を明確にし、施設会議（グランビュー有明会議）などでの職員参画のもと、更には業務改善委員会で改善策を策定し、必要に応じて短期や長期での課題解決・改善に取り組まれることを期待します。		

II 組織の運営管理

II-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
II-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-① 施設管理者は、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
＜コメント＞ 職務分掌表に施設長の役割を明示し、施設会議や全職員との年2回の面談や日頃の声掛け等で情報交換や指導を行い、周知を図っています。 職員の理解は概ね得られているようですが、施設長とのコミュニケーションが不足し、一方通行となっているとの職員の声も出ています。 なお、施設長不在時の権限委任についても職務分掌表に明記し、職員に周知されることが求められます。		

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。	a・㉔・c
<コメント> 法令遵守規定が策定されており、施設長は、県社会福祉協議会等の関係団体の研修会へ参加し、職員へ施設会議や資料の回覧でフィードバックしています。 しかし、遵守すべき法令等は社会福祉分野以外の雇用・労働や消費者保護関連、防災・環境、社会的ルール等幅広い分野にわたります。今後は、担当者を置いて、これらの法令等も含めて概要を把握し、研修等で職員へ周知を図ることを期待します。		
Ⅱ-1-(2) 施設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・㉔・c
<コメント> 「利用者尊厳の保持」及び「利用者本位」の基本姿勢のもと、施設長は、病院看護部長の経験を活かして、福祉サービスの質の向上を図るため、満足度調査や人権委員会研修に力を入れています。 しかし、介護現場ではユニットリーダーを中心に課題や改善に取り組んでいますが、職員の減少もあって余裕が無く、組織として職員の意見を反映する体制の整備までには至っていません。 今後は、施設長の意欲が全職員に伝わるような体制の構築が望まれます。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 施設長は、法人の理事として、毎月の運営会議に参加し、人事・労務・財務をはじめ施設運営に係る最新の情報を得て業務に携わっています。 当面の重要課題である当施設の赤字経営からの脱却に向けて、細かな支出管理や、職員不足解消への様々な採用努力を行うなど、率先して課題解決に取り組んでいます。 また、法人各福祉施設での共通課題についての協議や情報交換の場として業務改善委員会を発足させるなどリーダーシップを発揮しています。		

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・㉔・c
<コメント> 一陽会グループ本部で人材や人員体制、有資格者の配置についての基本的な方針は確立しており、医療グループも含めた人材交流も活発に行っています。 施設長は、ライフワークバランスも配慮した方針のもと、人材確保・定着に向けて継続的な取組を行っています。 しかし、介護職員の退職後の補充がなされておらず、早急な職員採用が課題となっています。今後は、人員体制についての具体的計画を策定し、人材の確保に取り組まれることを期待します。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉔・c
<コメント> グループ本部で人事基準が定められており、今回、新たに「期待する職員像」も明示されました。		

当施設では、施設長が独自に職員毎の個人目標評価表を作成し、年2回の職員面接を重要な機会と位置付けて人事管理を行っています。 本人が掲げた目標や必要な業務レベルに対する自己評価の分析などで、貢献度を評価する他、日常生活を含めて広く意見や希望を聞いて、処遇改善に取り組んでいます。 しかし、職員自己評価では、「人事基準が周知されていない」「人事管理が不十分である」などの意見もあります。 今後は、人事管理全体について、職員が理解できるよう、透明で分かりやすい情報開示や説明が望まれます。		
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・㉔・c
<コメント> 働きやすい職場となるように、法人では入職後3か月後からの10日間の年次有給休暇の付与や未取得の有給休暇についての買い取り制度を設け、毎月開催される衛生委員会で各施設から時間外労働や有給休暇の取得状況の報告がなされています。 当施設では、施設長がこれらの状況を把握していますが、離職によって職員が減少したままになっており、職員の時間外労働が増加している現状となっています。 法人の福利厚生として、職員の昼食代の補助や夜勤者への無料の食事提供等がなされています。 職員の相談は、施設長代理を務める看護師が窓口となっており、施設長も日常的に職員への声かけを行っています。 しかし、職員の自己評価・アンケートでは、「時間外労働が多く、悩みを相談できる環境でもない」「人員不足で心身の負担が大きい」「シフトがぎりぎり日々の業務に追われている」など人員不足に起因する多くの声が上がっています。 施設長は、働きやすい職場とは「時間外労働を縮小し、ゆとりと楽しさが必要でコミュニケーションがとれていること」との考えを示されています。 今後は、この発言にあるような働きやすい職場づくりのため、職員と双方向での意疎通通により職員の意向を十分に把握するとともに法人とも協議して有効な職員採用方策を取ら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・㉔・c
<コメント> 期待する職員像として3項目（①人を思いやり、人から信頼される職員②「気づき」ができ、行動できる職員③チームワークを発揮し、問題・課題を話し合いによって解決できる職員）を掲げています。 利用者尊厳の保持と利用者本位という法人の基本方針に沿って、当施設では令和5年度は、2項目（①入居者の心に寄り添った安らぎのある施設作り②チームの一員として思いやる心を持ちチームケアの強化を図る）を施設全体の努力目標とし、各部門で目標を立て、数値化した評価方法で半年ごとに評価する仕組みになっています。 職員一人ひとりは、課題及び課題を達成するための行動を目標管理シートに記入し、年2回、施設長及び施設長代理が面接して進捗状況を確認しています。しかし、職員自己評価では「コミュニケーションが不足している」「中間面接があるが、進捗に繋がっていないかわからない」という声もあります。 今後は、職員の目標設定は部門目標との整合性を図り、円滑な職員とのコミュニケーションにつながる面接方法を工夫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。	㉔・b・c

<コメント> 職員の教育・研修は、職員研修マニュアルを策定し、基本目標や重点課題を明記し、経験年数や職種別研修、off-JTについて記載しています。 このマニュアルに基づき、事業計画に明示してテーマを設定した毎月の内部研修を行っており、外部研修については勤務扱いとしています。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 職員一人ひとりの研修一覧表及び研修計画が作成されており、今後は保有資格を加味した「資格・研修記録」も作成する予定です。 新人職員へはチームで指導が行われていますが、今後はチェックリストを用い業務修得確認を取り入れる予定です。 外部研修は、経験年数や職種に応じて積極的な参加を奨励しています。 研修の結果は、ユニット会議等での対面やWEBでの伝達講習で関係職員に周知し、職員は必ず短い感想文を書くようになっていて、職員間で学び合う機会となっています。		
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・㉡・c
<コメント> 実習生受け入れマニュアルを策定し、実習生受け入れの意義も明記されています。しかし、施設開設時から新型コロナ禍で実習生等の受け入れの実績はありません。 今後の新型コロナ制限解除に備えて、担当窓口を明確にし、実習指導者の研修受講等体制を整備しておくことが望まれます。		

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> ホームページで理念や基本方針、決算報告を公開しています。また、広報誌に苦情や相談、事故関連を載せて、運営推進会議（2カ月毎に開催）で配布、説明を行っています。 施設長は、地域に配布する基本方針や施設の活動を載せた資料の作成を検討したいとの考えを持っておられます。今後は、この取組とともに今回の第三者評価結果のホームページへの掲載を期待します。		
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。	a・㉡・c
<コメント> 事務、計理、取引等については、経理規程や決済規程に基づき、一陽会グループ本部が所管しています。 また、事務や計理についての定期的な確認は、法人の監査委員（3名）が年1回の内部監査を行っており、法人本部が財務分析を実施しています。 今後は、当施設として経理や取引の責任者（窓口）及び各委員会や会議についての主任者と補佐者を事務分掌表に記載して、権限の所在を明確化されることを期待します。		

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・㉔・c
＜コメント＞ 昨年は、利用者と地域との交流のため、新型コロナ感染防止での制限が多い中で工夫しながら文化展を開催しています。来所された家族等は、入所者の作品（貼り絵や習字、折り紙等）を楽しんで観覧されていました。 入所者は、9割が車いすを使用されており、歯科は訪問診療ですが、その他の疾病については、急変時の看護師同行での通院以外は、家族が通院の支援を行うことになっています。また、入所者の買い物は、家族に依頼している状況です。 入所者の外出はなかなか難しいため、職員がハイヤ踊り等のイベントを録画したものを見てもらって楽しんでもらうようにしています。 今後は、利用者と地域との関わり方について基本的な考え方を文書化し、新型コロナ感染防止に留意しつつも、入所者の楽しみと生きがいに繋がるように工夫して現状で出来る地域との交流を行われ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・㉔・c
＜コメント＞ ボランティア等の受入れについては、ボランティア等の受入れマニュアルが作成されていますが、施設開設時から新型コロナ渦中にあり、ボランティア等の受け入れ実績はありません。 今後は、新型コロナ収束後に備えて、学校教育への基本姿勢も明文化し、職員の研修を行うなど体制を整備するなどの積極的な取組を期待します。 また、市の介護支援ボランティア事業の受入施設として登録されており、現状でも可能だと考えられる事業、例えば、敷地内の植え込みの手入れや草花の植え込みなどのボランティアの受け入れを工夫して取り組ま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関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・㉔・c
＜コメント＞ 地域の関係機関の電話番号を記載したリストを事務所へ掲示する他、パソコン内での確認により職員の共有に努めています。 今後は、福祉サービス提供に必要となる社会資源として機能や連絡方法を明示した関係機関や団体のリストを作成し、職員間での情報共有を期待します。また、これらの関係機関や団体と連携して幅広い情報交換や共通の課題解決に向けて取り組まれることを期待します。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 地域の福祉ニーズは、運営推進会議（2か月に1回開催）や入居検討委員会でメンバーとなっている地域住民代表からの意見や要望の聴取及び一陽会グループの居宅介護支援事業所からの情報で把握するように努めています。 今後は、地域の民生委員協議会で要望を出してもらったり、地域交流室を利用したイ		

ベント時のアンケート実施等より積極的な取組を期待します。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 公益的な事業として、事業計画書には専門職による出前講座やボランティア活動への参加が記載されていますが、新型コロナ対策もあって実施されていません。 今後は感染症の状況を見ながら福祉のニーズに沿って取り組みたいとしており、出来ることを模索中です。例えば一陽会グループの協力による専門職による介護予防出前講座、認知症予防出前講座なども一案と思われ取組が期待されます。		

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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 利用者を尊重した福祉サービス提供については、基本姿勢として①利用者尊厳の保持②利用者本位の2点を掲げ、行動倫理として「一陽会職員の倫理規定」を定めています。 福祉サービスの標準的な実施方法は、介護手順マニュアルで介護場面ごとに利用者尊重について明記されています。また、身体拘束や虐待防止、接遇について定期的に内部研修が行われています。標準的な実施方法については、ユニット会議や施設会議で実施状況を確認し評価を行っています。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 令和5年2月に、場面ごとに留意点を記載したプライバシー保護マニュアルが策定されています。 プライバシー保護の職員研修では、「介護士が出来ること」として、①写真掲載や文章に注意すること②良い人間関係を築くこと③利用者の気持になって行動することの3点を職員に周知徹底しています。 また、全室が個室となっている居室への入室に当たっては、予め利用者から同意をもらっています。		
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。	a・㉔・c
＜コメント＞ 利用希望者に対しては、生活相談員がパンフレットや写真で丁寧に説明しています。このパンフレットは、来訪者が手に取りやすいように玄関近くの受付に置き、サービス内容とともに設備(居室、浴室、共同生活室など)の写真を載せ、地域密着型事業所として交流スペースを設けており、地域への開放も明記されています。 しかし、新型コロナウイルス対策で施設見学は制限されておりまたその収束も見通せない状況であるため、今後はホームページを活用して情報提供の充実(施設見学に代えてのモニター画像等も)が期待されます。職員アンケートにも同様の意見があがっています。		
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	a・㉔・c

	りやすく説明している。	
＜コメント＞ サービスの開始に当たっては利用者の自己決定を尊重し、施設長や生活相談員が重要事項説明書や運営規定、パンフレットなどでわかりやすい表現を心掛けながら対応しています。変更についても内容を説明したうえで承諾印にて了承を得ています。 また医療的な事項については看護師が担当し、日常の医療支援や長期入院などに関する退所の目安、重度化や終末期についても家族等の同席のもと説明しています。ただ利用者の中には意思決定が困難な方もおられ、判断が難しい方への配慮や対応方法については施設としてルール化することが必要と思われます。		
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。	a・㉞・c
＜コメント＞ 利用者の移行先は系列法人が運営する医療機関が多く、他に介護度の変更により老人保健施設や家族等の希望で自宅近くの特別養護老人ホームなどへ移行されています。移行された後も生活相談員が家族等への情報提供などに対応し、相談事に応じています。 今後は組織として退所後の相談方法や担当者を明確にして文書化し、家族等へ渡すことが求められます。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉞・c
＜コメント＞ 年2回利用者・家族等を対象とした満足度調査を行っています。結果は集計の後、広報誌で開示して家族等へ発信しています。利用者へは職員による1対1の聞き取りから調査を行い、利用者の状態に応じて言葉を選びながら引き出すようにしています。 職員意見には改善点が明確になっても改善策については十分ではないとの声もあり、今後は利用者向けと家族向けに把握したい内容を検討し、別々の設問内容にて実施することが有効かと考えられます。		
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・㉞・c
＜コメント＞ 苦情解決規定により、苦情解決の仕組みが確立し職員に周知されています。利用開始の際家族等へ重要事項説明書をもとに苦情申し立ての方法や解決の仕組みについて説明し、苦情解決の責任者を施設長、受付窓口を生活相談員として伝えています。廊下掲示板に苦情受付の仕組みをフローチャートでわかりやすく表示しており、来訪者へも啓発しています。 また外部有識者による第三者委員についても掲示し、苦情等の内容によっては委員を交えて協議し、早期解決を図るように努めています。本年度は第三者委員に依頼しなければならない事案は無かったとのことですが、今後は広報誌などを活用して苦情そのものが無かったことなどを発信し、施設の透明性を図ら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・㉞・c
＜コメント＞ 利用者や家族等の意見や要望を受け付ける手段の一つに玄関内に意見箱を設置し、利用開始時に利用方法を説明していますが、実際に利用されることはないようです。職員は利用者との信頼関係を大切にしており、普段の会話から思いをさりげなく引き出すよ		

うにしています。利用者も日々生活を共にする馴染みの職員に話をされるようです。意見を聞くスペースとしては交流室や相談室、居室などが用意されていますが、職員と1対1になる入浴中等ゆっくりした時間に話をされています。 コロナ禍で家族等との交流にも制限がある中で、職員からの働きかけはもとより、家族等からも相談事や意見を自由に述べる事ができる仕組みを利用者に伝えるような機会も必要と思われます。高齢かつ認知症を患っている方がいるという現状を念頭に置き、これまで通り職員からのアプローチが重要であると思われます。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 利用者の相談事や意見には主に職員が対応し（施設に直接話される場合もある）、施設長に報告しています。相談や意見を受けた際のマニュアルに従い、内容を電子カルテに残し、施設長との対話により改善策を見出し不安の解消に努めるとともに、必要によっては人権委員会にあげて検討しています。法人と同一のマニュアルをもとに支援に反映させていますが、策定から年数が経過しており、内容の見直しが求められます。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 利用開始時に家族などにはリスクについて説明をしています。利用者の安心安全な日々のために事故防止委員会及び人権委員会等が設置されており、施設長を中心に各部署の関係者がメンバーとなり、定期的な勉強会や研修を実施し職員への周知が図られています。コロナ禍で一堂に会する事が難しい場合には資料配布による研修としています。 事故対応マニュアルには事故を未然に防止するための体制や事故及び病状の変化等の防止のための留意点、発生時の対応等起こさないための体制づくりや起きてしまった後の対応策を記載しています。 インシデント、アクシデントについても職員間の共有が図られ記録に残すと共に再発防止に努めています。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 他の委員会と同様に感染対策委員会も施設長を中心に各職種の職員が参画し、毎月委員会を開催しています。法人の委員会には施設長が参加し長期化する新型コロナ感染症の具体的な対応策について連携しています。年間研修計画には全職員が参加する全体研修が盛り込まれています。感染症対策指針及びマニュアルを整備して事務所で管理し、マニュアルは小さくまとめた小冊子を各ユニットに置き、職員がいつでも手にすることができるようになっています。		
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行っている。	a・㉔・c
＜コメント＞ あらゆる災害を想定して、利用者の安全確保のためのマニュアルを整備し、大規模災害の手引書を各ユニットに準備しています。本年度は火災を想定した大規模災害訓練と震度7を想定して地震訓練を実施しています。火災訓練では職員の消防隊が編成されており、各自が責任をもって動きを確認したり、利用者の身の安全を第一に避難時の人数確認や避難済みの目印に居室ドアを閉める訓練を行っています。地震の際は利用者に机の下などに入ってもらい落下物等から身を守り、訓練で実際に動いてもらうことが重要であるとしています。		

当該施設は風光明媚な海岸沿いにあり、台風時の自然災害は事前に予測できることから、建物周りや備蓄などの確認を行い備える事としています。備蓄は法人栄養課でリスト化し、6日分を確保していますが、内容については施設でも把握しておく必要があると思われます。

地域連携については運営推進会議などを活用して、行政や地域代表者に災害対策について法人の体制や訓練状況などを発信しながら、今後訓練に参加してもらう等工夫の余地があると考えます。

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・㉔・c
＜コメント＞ 利用者へ提供する福祉サービスの標準的な実施方法については、重要事項説明書や年間の事業計画書、パンフレットなどに明記し、利用開始時に家族等に説明し同意が得られています。細かい対応については各支援マニュアルに記載しユニットごとに設置しています。 しかしながら入浴や排泄等については特にプライバシーへの配慮が必要であり、今後追記する必要があると思われ、施設長も業務改善委員会に諮る意向を示しています。		
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・㉔・c
＜コメント＞ 標準的な実施方法については、利用者が必要とする福祉サービスの内容の変化や新たな技術の導入などにより、定期的に現状を検証して必要な見直しを行うことが重要です。当施設では見直し期間の定めはないものの、利用者の現状把握と定期的な話し合いを行い、年2回の担当者会議で実施状況を評価しています。 利用者の身体機能の変化、特に嚥下能力の低下に対しては職員からキザミ食からミキサー食への変更を提案し、看護師や栄養士の専門的な意見を変更に反映しています。またベッドから車いすへの移譲にスライディングボードを使う際には、隣接医療機関のリハビリ担当者に指導を受ける等、他部署と連携して実施しています。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 福祉サービスの実施計画策定について、職務分掌表に介護支援専門員の責任を明らかにしています。利用者の担当職員がアセスメントし、ユニット会議の場で発言しています。アセスメントには担当職員ばかりでなく看護師や栄養士、機能訓練士など部署をまたいでそれぞれの意見を収集し、担当者会議で家族等の意向を確認して介護支援専門員が計画書を立案しています。 計画書の策定については利用者、家族等の意向を優先していますが、利用者自身が意思表示が困難である場合などには、家族等からの情報をもとに利用者本位となるように努めています。		
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。	㉔・b・c
＜コメント＞ 福祉サービス実施計画書は24時間シートを活用して修正し、介護支援専門員が3か		

月ごとに見直し、評価しています。入所間もない利用者には暫定で計画書を作成し、施設での生活の様子や身体機能の状況を確認して本プランを立案しています。途中で入院などがあつた場合でも、変化がなければそのままのプランで対応し、ユニットごとにプランの写しを置いて職員がいつでも目を通すことができますようにしています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 職員は出勤時にパソコン上で個別の支援状況に目を通し、確認したうえで業務に就くようにしています。利用者一人ひとりの記録にサービスの実施計画に基づく支援状況をパソコンのネットワークシステム（SOAP）を利用しており、記録の仕方については入職者に勉強会を開き、職員によって記録内容や書き方に差異が生じる事がないようにしています。 介護支援専門員は記録文章に気になる点や表現に不適切な言葉を見かけたら、職員に助言するなど記録の重要性を伝えています。		
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。	㉓・b・c
<コメント> 職務分掌表に利用者の記録管理の責任者は介護支援専門員を兼ねる施設長として責任の所在を明らかにしています。 個人情報の保護規定に利用者の記録の保管、保存や破棄、情報提供に関する定めを明示し、個人情報の利用目的や漏洩防止については重要事項説明書に記載しています。職員は個人情報保護の重要性を認識しており、研修による共有認識と電子データの取り扱いについては十分注意を払っています。		

<内容評価基準>

A-1 生活の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・㉔・c
<コメント> 入所前の生活状況を把握して24時間シートを作成し、残存機能を生かしながら一人ひとりの生活リズム、個別性に応じたケアの実践に努めています。入所前の状況把握は、検討会や在宅訪問も行われていましたが、新型コロナウイルス感染症への対応から現在は、電話や家族の来所時に情報が収集されています。ユニットケアや24時間シートに関する研修会を年度初回に実施しています。 新型コロナウイルス感染症が5類へ移行したものの、まだ施設では家族やボランティア、地域住民との活動の場は控えており、施設内での行事やレクリエーションを工夫したり、日常生活の中で洗濯物やおしぼりたたみ、クッキング活動（材料を混ぜる等）を限られた方ではありますが、これまでの経験を生かせるよう支援しています。 今後は新型コロナウイルス感染症の状況を見ながら家族やボランティア、地域住民と関わる機会や買い物や外出、地域行事への参加など社会参加に係る取組が期待されるところで、まずは地元区長などから地域情報の収集に取り組まれることで関係構築に繋がることを期待されます。 また、入所者の楽しみである食事や入浴支援の工夫をレクリエーションの中に組み入れ		

る等、新型コロナ感染症にとらわれず行えることはないか職員のアイディアが期待されます。		
A②	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＞ 利用者の話を傾聴しながら一人ひとりに応じたコミュニケーションに努めています。話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な方には、表情から察したり、筆談やジェスチャーなどからコミュニケーションを図っています。 利用者の尊厳に配慮した言葉づかいや接し方については、研修会の中で共有に努めていますが、方言と馴れ合いの使い分けが出来ていないことや利用者への言葉づかいに加え職員間での言葉づかいが利用者の不安にも繋がる場面があるなどの意見もあがっています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A③	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＞ 人権擁護規定を整備し、毎月開催される委員会の中で身体拘束の有無や見守り支援機器（センサー）など、状況の検討が行われています。また、委員会の報告や研修会の内容は資料の配布により共有が図られています。 センサーを含め身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きと方法などについては、家族等への説明と同意のもと行われています。		

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		
A④	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
＜コメント＞ 海に面して建てられた施設は1階に1ユニット、2階に2ユニットが配置されており、特に2階からは間近に豊かな天草の海が眺められ、1階は裏庭を眺めながら敷地内の散歩に出やすい環境です。 利用者の快適な生活に繋がるよう家庭的な環境の整備と日々の掃除に努めており、このことは職員アンケートからも伝わりました。特に新型コロナ感染症への対応として換気や消毒の徹底が継続されています。室温は季節を考慮し利用者に聞きながら温度調整を行う他、1階ユニットは2階ユニットと比較し湿度が高く採光などに差があるため、エアコンの調整や適宜カーテンを調整するなど工夫しています。 居室の環境はベッドなど施設で備えている品についての説明を行い、馴染みや使い慣れた品の持ち込みを依頼することを家族等の協力を得ながら取り組んでいます。家具や椅子、机、趣味の本（小説）や色鉛筆の他、心の拠り所となる家族の写真や遺影が置かれた居室もありました。 入所から日が浅く自身の部屋がわかりにくい方などには、必要に応じて居室入り口に目印を付けるなど工夫しています。		

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		
A⑤	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
<コメント> 入浴前に必ず健康チェックやバイタルチェックで可否を見極める他、本人へ意向を確認し、基本的に週2回、午後からの支援を行っていますが、希望によっては午前中の支援や回数を増やしたり、汚染時はその都度シャワーを含めて対応し、不快なく過ごせるように努めています。また拒否がある場合は時間をずらしたり別日に変更するなど無理強いせず支援しています。 身体状況に応じて一般浴やシャワーチェア浴での対応の他、1階にはハーバー浴も備わっています。また皮膚疾患時や冬場のシャワーチェア浴では湯冷めしないよう足浴を併用しています。 利用者にとって入浴が清潔保持に加え、楽しい時間となるよう好みの湯温や毎回湯を入れ替え一番風呂気分を味わうことが出来ています。時には入浴剤を使って色や香りを楽しんでもらったり、季節湯（菖蒲・柚子）の支援では、1週間前から気分を高めてもらう工夫が聞かれました。 入浴の個別シートは作成されていますが、現在は活用に至っていないようであり、今後の取組によりさらに個別支援の充実に繋がる事が期待されます。		
A⑥	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・b・c
<コメント> 可能な限りトイレでの排泄に取り組み自立の方の継続、オムツに頼らない排泄支援を職員間で共有し、本人・家族へも説明をおこなっています。排泄用品については昼夜の使い分けやサイズ、尿取りの有無など個々に応じて適切なものを検討し、3か月ごとに支援方法を見直し状態に変化が生じた場合はその都度職員間で話し合い、状況に応じた支援ができるようにしています。現在、リハビリパンツで過ごされる方が殆どですが、布パンツを使用される方もおられるようです。個別支援の充実からリハビリパンツから布パンツへ移行された方もおられ、家族も喜ばれているようです。 排泄支援を行う際は、声掛けや誘導方法、オムツ交換もバックに入れて交換とわからないようにするなど、利用者の尊厳やプライバシーに配慮しています。また、転倒予防が必要な方への付き添いや身体状況に応じて2名での介助や、利用者や職員にとっても負担の無いベッドの高さやレッグウォーマーによる皮膚の保護など、安全面にも配慮しています。 排泄支援やオムツ交換時は皮膚トラブルや尿、便の観察を行い、異常があれば看護師に伝え、必要に応じ主治医へ報告し指示を受けています。		
A⑦	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> 移動支援の介助方法などについてはユニット会議で利用者の心身の状況に合わせて検討、見直しを行っています。施設内は利用者が移動しやすい環境整備に努めており、危険な物や妨げになるもの（職員の介助用椅子など）を置かないことを周知徹底しています。 移動に介助が必要な利用者が移動を希望された場合速やかに対応する事としていますが、ナースコールが一斉になり待たせる場合は、本人に説明し納得してもらうよう言葉をかけています。 利用者に応じて車いすの種類の検討や安全点検も定期的に行っています。		
A-3-(2) 食生活		

A⑧	A-3-(2)-① 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	a・㉓・c
＜コメント＞ 栄養士は各ユニットに入り食の進み具合を見たり、聞き取りによる嗜好調査の結果を活かし季節感のある献立を作成しています。1日の赤飯やおせち、ひな祭り、クリスマスなどの行事食、お楽しみメニューの工夫や、季節の果物はいち早く提供されています。 食材は精肉・鮮魚、練り製品や牛乳などを地元の専門業者が、野菜は関連法人の農園から届けられています。季節によっては（10月～3月）天草の特産である刺身も提供されており、利用者も大変喜ばれています。 ご飯は各ユニットで炊いており、厨房と併せて衛生管理についてはマニュアルや栄養課の指導を受けながら取り組んでいます。 食事は適時適温を考慮しており、食事の開始が遅くなられた方には温め直し提供しています。箸やスプーン、茶わん、コップなどは自宅で使用されていたものを入所時に持参してもらい、使い慣れたもので食事を摂ってもらうようにしています。 食事の選択メニューの種類や工夫、パンや麺類が少ないこと、現在隣接の医療機関厨房で調理されていることで、味付けが療養食に近いなどの職員意見も多く聞かれました。 現在、家族が直接食事の光景を見たり試食会などの機会もないことから、職員の気づきや意見が反映されることを期待します。		
A⑨	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。	㉓・b・c
＜コメント＞ 嚥下力に応じた食形態（常食・刻み・あら刻み・ミキサー食）や必要に応じてトロミ食で提供され、可能な限り自力摂取が出来るよう促し、食事ペースも利用者に応じて支援されています。また、レクレーションの一つとして口腔体操を実施しています。 職員は介助が必要な場合は傍に座って介助し、誤嚥しやすい人には、目が行き届く位置で食事を摂ってもらいすぐに対応ができるようにしています。また食事のかきこみが多い方には、スプーンを小さくしたり粥をミキサーにかけるなど対応しています。 食事や水分摂取量は個別に記録で管理し、食が進まない方には好みのふりかけを用意したり、水分補給が難しい方にはゼリーを作り間食に勧めています。夜間に水分を摂りたい方には枕元にストロー付きのコップを用意し、自由に飲めるようにしています。 利用一人ひとりの栄養状態を把握し、栄養ケアプランの作成、栄養ケアマネジメントについては担当者会議で家族へ説明されています。		
A⑩	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・㉓・c
＜コメント＞ 口腔ケアの必要性やケア方法などを研修会で共有し、基本的に毎食後に支援していますが、ケアを好まれない方、拒否される方には回数や声掛けの方法などを工夫し、清潔保持に努めています。歯磨きを自立でされる方もおられますが、殆どの方が残歯・義歯、開口状態に応じ、職員による歯ブラシや、スポンジブラシによる拭き取りなどを支援しています。口腔内環境によっては、家族への説明、同意を得て歯科受診が行われています。 今後の課題として全入所者に支援できていない定期的な口腔状態のチェックや研修会の充実などの職員意見があがっており、協力歯科医や歯科衛生士などと今後も連携を図りながら取り組まれることが期待されます。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		

A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉑・b・c
<コメント> 「褥瘡予防対策指針」を策定し、毎月、医療安全・褥瘡予防委員会が開催されています。その中でスキントラブルや褥瘡発生の有無、リスク者の報告が行われ、状況に応じて対策を検討したり、看護職員による研修や指導の機会も持たれています。褥瘡の予防としてチェック表を活用し2時間おきの体位交換が行われており、これまで発生の事例はあがっていません。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	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・b・c
<コメント> 該当なし		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	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・㉒・c
<コメント> 機能訓練への取組は機能訓練士兼務の看護師を中心に、毎日レクレーションを兼ねDVDやビデオを見ながら体操や嚥下力訓練に取り組んでいます。また、併設医療機関の理学療法士への相談やアドバイスを受ける機会も持たれていますが、継続した取組は難しいようです。 一人ひとりに応じた機能訓練を計画的に行い、評価・見直しの実施までには至っていないことやテレビに任せてしまっていることがあり現状の支援は十分ではないことなどが聞かれました。 家族からはリハビリへの要望が挙がっており、生活リハビリに加え法人の機能を生かしながら入所者の心身の状況にあわせた取組が期待されます。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑭	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
<コメント> 認知症に関する知識や個々の症状に応じた対応が出来るよう、マニュアルの整備や研修会を実施しています。現在、入所者の殆どに認知機能の低下が見られ、症状も様々であることから、生活能力や機能、生活歴についてアセスメントを行い、個々の状態に合わせたケアに努めています。症状によっては併設医療機関や専門医に相談し、アドバイスや指示を受けて支援に当たっています。 居室内の環境は自宅に住んでいるような状態になるよう、入所時の持ち込み品について家族へ協力を依頼しています。使い慣れた椅子や時計、家族の写真等の持ち込みが見られました。 職員の中には認知症を理解はしているが症状が進んだ入所者への対応に難しさや不安を覚えるという意見もありました。地域のグループホーム（認知症対応型居宅介護支援事業所）を見学し、支援方法や環境整備の工夫、最新の知識・情報などを学ぶ機会を持つことも有効と思われます。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	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。	㉑・b・c
<コメント>		

入所者の体調変化に気づいた場合、併設医療機関との連携が確立しており、マニュアルに沿った対応が行われています。毎朝や入浴前のバイタルチェックをはじめ、職員は食事や排泄、表情など普段の関わりから異変の早期発見に努めています。日々の健康確認と健康状態の記録は電子カルテで行っています。体調変化時の対応（緊急時対応を含め）については、入職時研修の中で周知徹底を図っています。 職員のアンケートにはいざ急変時の対応となった場面で何もできなかったことが数名からあがっています。今後はどのような研修が現状で必要なのか？など職員の意見を聞きながら取り組まれることが望まれます。 服薬についてはマニュアルを作成し、責任者を看護師と定めています。服薬介助は研修を実施しており、誤薬などの怖さについても伝達されています。新人職員はこれらを受講した後介助を行うこととしています。今後は法人の機能を活かし薬剤師から服薬に関して研修を受けることも有効と思われます。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A16	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
＜コメント＞ 重度化・終末期ケアに関し「看取り指針」やマニュアルの作成、職員研修を行っており、家族の希望があれば、併設医療機関や関係部署と連携を図り終末期ケアに取り組むこととしており、入所時に家族へ丁寧に説明を行っています。また、実際に取り組む際は家族の協力も必要であり、シャワー、トイレ、冬場の炬燵なども備わった家族控室の利用も可能としています。しかし、体調変化時は入院されるケースが殆どであり、これまで事例はありません。 終末期ケアについて手順はあるが職員の理解にはばらつきがあり、取り組むには不十分と考える職員も多いようです。 これまで終末期ケアの事例はないようですが、今後も職員のメンタル面に配慮した研修の実施や、本人・家族の意向に沿いながら日頃の関わりを大切に、出来得る最良の支援に努めていかれる事が期待されます。		

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		
A17	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・b・c
＜コメント＞ 新型コロナの5類移行後も法人全体で感染症対策を継続しており、家族等の面会も状況を見ながら場所や時間などを工夫し、不安軽減に努めています。 病状などに変化があった際は速やかに電話連絡を行う他、不足や必要な品があればその都度連絡を行っており、面会を控えている家族からも「施設でどんな風に過ごしているのか？」「何か必要な物はないか？」「変わりはないか？」など尋ねられるようです。 施設内の生活状況については、入所者全員の写真を掲載した施設マガジン「ぐらんびゅー」を3か月ごとに作成し、送付する際は担当職員より近況を伝えるメッセージを同封しており、家族等の楽しみや安心につながっています。広報紙はホームページやホーム玄関の掲示コーナーでも紹介されており、来訪した家族があらためて見る機会となっています。また、担当職員がハガキ（年賀状）を書いていると「私も書きたいな！」と要望しペンを握る方もおられ、届いた家族が大変喜ばれています。 サービスの説明や要望を聞く機会としては、主にサービス支援計画作成の中で確認しています。施設は新型コロナ禍の中で開設したこともあり、これまで家族の参加協力を得た行事やイベント開催が出来ていないことから、今後は状況をみながら企画していきたいとしています。		

職員も家族等との連携にまで至っていないと感じているようです。現在面会は居室ではなく、面会室で行われ、室内や活動の様子を写真に撮って報告されたこともあるようです。今後もコロナ禍など家族が面会できない状況になった場合、写真での報告に加え、モニター画像などの検討もあがっており家族等の連携に繋がる取組が期待されます。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	14	31	0
内容評価基準（評価対象A）	8	8	0
合 計	22	39	0