

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

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：百々山	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：稲葉 大介	定員（利用人数）： 160名	
所在地：静岡県浜松市天竜区渡ヶ島 217-3		
TEL：053-583-1134	ホームページ： http://www.tenryu-kohseikai.or.jp/senior/momoyama/index.html	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和 39 年 6 月 11 日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 天竜厚生会		
職員数	常勤職員： 80名	非常勤職員： 38名
専門職員	（専門職の名称）	管理栄養士 1名
	看護師 5.5名	介護支援専門員 2名（兼務）
	准看護師 1名	機能訓練指導員 1名（兼務）
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	既存型入居 110床 ユニット型入居 50床 ショートステイ 20床	

③理念・基本方針

【法人基本理念】

九十九匹はみな帰りたいと、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん

【施設の基本方針】

「百々山で暮らしてよかったやあ」と言ってもらえるように、尊厳ある生活を守る（個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活を送ることができるように支援し、日々の営みや活動においては利用者の意向を尊重し、見守りと支援の姿勢を持って生活範囲が広がるように支援する。）

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 従来型・ユニット型の両方を有し、それぞれのご利用者が望まれる生活スタイルにおいて健やかで穏やかに生活できる環境を提供している。
- 2) 法人の同敷地内に診療所を有し、担当医師との連携を密に行うことで体調変化の多い高齢者の速やかな受診・治療に努めている。
- 3) 法人内の高齢者施設では毎月の運営会議が行われ、その他ケアワーカー会議やソーシャルワーカー会議においても情報交換が行われ、ハード面・ソフト面の両方で良いものを積極的に展開し取り入れるよう取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年6月3日（契約日）～ 令和4年3月14日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1回（平成25年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・理念・基本方針の周知を図るために職員には会議で説明しています。会議を欠席した職員には動画の視聴で周知をはかる等の工夫をしています。
- ・法人として、地域のさまざまな福祉ニーズ（生活困窮等）を解決する取り組みを行っています。施設では行政から依頼される虐待や生活困窮者の入所対応を、介護度に関係なく積極的に行っています。
- ・施設のパンフレットに加え、イラスト付きの説明書を作成して利用希望者等に説明をしています。
- ・利用者が必要とする福祉用具について、色々なタイプを常備しています。車椅子についてはリクライニング式の物を数多く用意し、必要時すぐ対応ができるようになっています。

◇改善を求められる点

- ・地域との交流等の方針は法人事業計画・事業所事業計画に明記し、ボランティアや福祉教育等の受け入れを行っています。地域と施設との交流はできていますが、利用者が地域の社会資源を活用するための情報提供等は不十分です。
- ・理念や基本方針、相談窓口等について玄関ホールに掲示をしていますが、利用者にとっては文字が小さくて見えにくく、また分かりにくい場所への掲示になっています。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審したことで、各職種及び施設全体として日々の支援や取り組みについて各審査項目に照らし合わせながら再確認し、改めて考えてみる良い機会となったと捉えています。

今、施設サービスに何が求められているのかを再認識し、審査当日の調査員とのやり取りや評価結果の中から気付かされたことも多々ありました。一方で、サービス内容や取り組みについて良い評価をいただいた点は職員全員の自信や励みにもなります。

今回受審した結果や経験を踏まえ、さらに良いサービスが提供できるように施設全体で改善に取り組んでいきたいと考えます。

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。	a・b・c
<コメント> 理念・基本方針は法人及び施設の機関紙やホームページに掲載し、玄関ホール、各フロアに理念等を掲示しています。職員には会議で説明し、欠席者には動画を視聴させ周知をはかる工夫をしています。また、利用者の家族には例年実施（コロナ禍で本年未開催）の家族会で、文書を配付説明しています。		

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。	a・b・c
<コメント> 法人からの情報や老人福祉施設協議会等の団体に役員とし参画し、事業環境の動向を把握しています。 毎月の経営会議で、法人全体で各施設の経営分析がなされて、分析結果は施設にフィードバックされています。		
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。	a・b・c
<コメント> 経営課題は法人での検討後、各施設の課題を施設での各種会議で周知・議論され改善を図っています。		

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	a・b・c

	いる。	
<p><コメント> 法人の中長期目標に沿い、施設の中長期計画が策定され、各年度の事業計画に反映されています。法人の中・長期計画は3年サイクルで見直しされ、施設もその時点で見直しをしています。</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> 法人の中・長期計画に沿い、施設の行動計画が策定され、事業計画に反映されています。法人の定めた中期目標より項目を選択し、施設の当該年度の事業計画が策定されています。</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> 事業計画は、施設内各種会議、各委員会での意見を反映し策定されています。 (グループ会議⇔フロアー会議⇔係長・主任会議で意見聴取・指示がなされています) また、事業は法人のルールに従い半期で見直しを実施し、会議で職員に周知されています。</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> 事業計画等を簡略化した資料を玄関ホール等に掲示していますが、コロナ禍の中で敬老会等が実施できず、利用者等への理解の促しへの取組みは十分ではありません。</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> 年1回の自己評価を実施、合わせISOによるサービス水準の確保を行っています。施設の課題は、各種会議で検討し、フィードバックしています。 第三者評価は法人の計画に沿い、概ね5年ごとに実施しています。</p>		
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・b・c
<p><コメント> ISO9001の取り組みのなかで、課題が明確化され改善が行われています。 月次経営報告書等を元に、法人全体で経営分析されその結果により事業の見直しをしています。</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>業務権限と責任が明確にされ、施設では事務分掌表等で役割と責任が明確にされ、職員会議等で職員に周知しています。</p> <p>施設の職員の役割を、簡略版の事業計画と一緒に玄関・各フロア等に掲示し、周知しています。</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>各種研修、会議に積極的に参加し、法令を理解しています。事業計画における「介護サービス」の記載事項は、法令を遵守して介護を実施する際の基本となっています。また、内部研修で、身体拘束廃止や虐待防止の取り組みを進めています。</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>「待遇」を重点テーマとして職員に明示し、各種委員会に参画して現状や意見を把握し内部研修の開催や外部研修への参加促進を行い、サービスの質の向上に努めています。</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>月次経営分析表をもとに、法人内で分析が行われ、結果が施設にフィードバックしています。その結果をもとに、施設内で各種検討委員会を組織し、業務改善を行っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人と施設の役割が明確になっており、人材確保に関することは法人での対応となっています。職員育成については、法人と施設が協働で実施し、施設の事業計画で、研修計画が明確になっています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p>		

総合的な人事管理は法人主体で実施しています。法人職員全員に配布されている「私たちの法人天竜厚生会」で求める職員像が示され、人事考課制度、キャリアパス制度等が整備されています。人事考課の評価結果は管理者より、職員にフィードバックされています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人では職員が仕事しやすい環境整備に積極的に取り組んでいます。また、法人主体で、職員の心身の健康管理や福利厚生の実施を図っています。施設では個別面談を実施し、個々の状況に合わせた勤務ができるよう、改善に努めています。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人は「私たちの法人天竜厚生会」を作成し、期待する職員像を職員に示しています。またキャリアパス制度等により職員の育成ができています。</p> <p>ISOの取り組みの中で年度当初に目標設定がなされ、面接が行われ職員の育成を図っていますが、個別の目標設定まではしていません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像が明確になっており、人材育成が人事制度と両輪で実施されています。年度の研修計画策定され、それに基づいて実施しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>新任職員研修から管理職研修まで法人内での階層別研修が生まれ、法人全体で人材育成に取り組みがなされています。</p> <p>職員の研修ニーズ及びキャリアパス制度による法人研修が事業計画での研修計画に反映されています。職員アンケートよりニーズのあった研修（ポジショニング）も企画実施されています。またパート職員の研修参加にも配慮しています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人により「実習生受け入れマニュアル」が作成され、それに沿って実施しています。養成研修を受講した職員が、実習指導者として選任されています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業や財務情報及び苦情等についてホームページにて情報公開しています。法人広報誌は関係機関・地域に配布され施設の事業を公開しています。</p> <p>事業所情報も入った法人の機関誌を、地域のさまざまな組織に配布しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>施設運営の公正・透明性を図るためのルールや責任が明確化され、法人の監査指導部によりチェックが行われ、公認会計士の監査を実施しています。</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。		
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>地域との交流等の方針は法人事業計画・施設事業計画に明記しています。ボランティアや福祉教育等の受け入れを行い、地域との施設での交流はできていますが、利用者に対する地域の社会資源の活用は不十分です。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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>施設でボランティア受け入れマニュアルを作成、受け入れ担当者を選任し実施しています。マニュアルには活動に入るための説明書やボランティアへのアドバイスも記載しています。地域の学校教育等への協力を法人主体で実施、施設は福祉体験の場として受け入れています。</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>施設関係組織へ参画し、最新情報を収集し共通課題の把握・解決を図っています。</p> <p>地域の社会資源情報は、施設の取引機関・団体のみになっており、利用個々が利用出来る社会資源の記載はありません。</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>		

地域の福祉ニーズの把握はおおむね法人で実施しており、施設ではボランティアやケアマネ等よりの情報収集を行っています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人として地域のさまざまな福祉ニーズを解決する取り組みをしています。施設では、行政から依頼された虐待や生活困窮者の入所対応を積極的に行っています。また、防災対策として福祉避難所の役割を担っています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>行動指針である「私たちの法人天竜厚生会」を策定し、毎年4月に内部研修を実施し職員に周知しています。虐待防止セルフチェックを年2回行い、ISO品質目標の振り返りとともに評価を行っています。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシーの保護や権利擁護について明記したケアサポート帳を作成し、ケアワーカー室に常備しています。利用者やその家族にも利用契約締結時に説明を行うとともに、ロビー等に掲示して周知をはかっています。多床室やエレベーターホールでは衝立やテレビ等を活用して利用者個々の空間を確保できるよう工夫をしています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者の受付を随時行ったり、利用者や家族の希望があれば法人内の同種別の施設の見学や体験入所の案内を行っています。パンフレットは適宜見直しを行い、イラスト付きの説明書を作成して分かりやすく工夫していますが、多くの方が入手できる場所には置いていません。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>決められた手順に沿って、分かりやすい言葉やイラスト付きの説明書を使って説明をしています。意思決定が困難な利用者については、家族の意向だけに偏らないようチームとして対応していますが、対応の方法についてはルール化していません。</p>		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所を変更したり家庭への移行はほとんどないため、引継ぎの手順や文書は定めていません。また、退所後の相談窓口については口頭で説明をしていますが、その文書は渡していません。</p>		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>例年は敬老会と併せて家族懇談会を開催し、そこで満足度調査を実施しています。満足度調査のとりまとめと改善への取組は施設全体で行っています。満足度調査から得られる利用者や家族の意見を取り入れており、実際に改善をした事例があります。</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>苦情解決の体制を整備し、仕組みを説明した掲示物があります。苦情対応はマニュアルに沿って行われ、検討結果等は申出者等に伝え、同意を得て公表しています。</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>相談しやすいスペースを確保し、対応する職員については重要事項説明書に記載し、その内容を受付カウンター下に掲示していますが、文字が小さく、見えにくくなっています。</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>意見箱の設置や満足度調査等で利用者や家族の意見を把握しています。意見や相談等を受けた際はマニュアルに沿って対応し、その内容は職員会議やリスクマネジメント委員会で検討し、利用者のサービス向上に繋げています。</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。		
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>施設長を責任者としてリスクマネジメント委員会を設置し、マニュアルに沿って対応をしています。委員会で検討した内容は、職員に回覧し共有しています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染対策マニュアルを整備し、管理体制を整えています。マニュアルは職員に周知し、必要時に見直しを行っています。施設内で定期的に感染症の研修を行い、感染症が発生した場合</p>		

には、関係部署の指示や協力を仰ぎ、適切に対応しています。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>災害時の対応体制は、消防計画及び事業計画に定め、サービスを継続するために必要な対策を講じています。消防署や静岡県老人福祉協議会と連携しての防災訓練を実施し、備蓄品も管理者を決めて整備しています。職員の安否確認や非常時の連絡網を整備しています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」として標準的な実施方法を整備し、利用者の尊重等に関わる姿勢を明示しています。今年度はサポート帳に基づく支援が実施されているかチェックを行っていますが、その記録は残っていません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法の検証・見直しをする仕組みは、職員や利用者等の意見を反映し、法人として整備されていますが、見直しは必要に応じて行われ、定期的ではありません。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>担当ケアワーカーが状態変化の大きい利用者には毎月、そうでない利用者には半年ごとに多職種によるアセスメントを行っています。利用者が言葉で意向を伝えられない場合には、家族の意向に偏らないよう配慮をしています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス実施計画の見直しについては、見直しを行う時期や参加職員、利用者の意向把握や同意を得るための手順を決めて実施しています。緊急に実施計画を変更する際の手順や職員への周知方法も整備しています。</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。		
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・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内で統一した記録システムが整備され、情報共有しやすい仕組みができています。記録の書き方要領は作成していませんが、「ご利用者サポート帳」に記録の書き方を明記し、必要</p>		

に応じて直接指導をするなど職員によって記録内容や書き方に差異がでないよう配慮しています。		
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。	a・b・c
<コメント> 個人情報管理規定を定め、規程に沿って対応をしています。また SNS の使い方等、法人の通達を繰り返し職員に伝えています。個人情報の取り扱いについては、施設側だけでなく家族等にも注意を促しています。		

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。	a・b・c
<コメント> 入所時、モニタリング時の再アセスメント等を通じ、本人の状況に応じて活動に取り組めるよう、施設サービス計画が作成され、クラブ活動やユニットでのおやつ作り、各個人が持つ能力を活かせるおしぼり巻きなど多岐にわたっています。活動については月1回のグループ会議を実施し、評価・検討を行っています。		
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。	a・b・c
<コメント>		
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。	a・b・c
<コメント>		
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・b・c
<コメント> 利用者に応じたコミュニケーション方法は、アセスメントやモニタリング、日々の記録の中で把握し、施設サービス計画に反映されており、グループ会議やユニット会議を通じ共有化されています。また、利用者と個々の話をする場合には、本人のプライバシーを尊重し、周りが気にならない、聞こえない場所へ移動し、時間をかけて話を聞くよう配慮しています。		
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。	a・b・c
<コメント> 虐待防止や身体拘束に対するマニュアルは整備され、研修や職員会議等を通じて職員には周知され、対応方法は共有化がされています。手順に基づいた記録なども整備され、マニユア		

ルに基づいて対応が行われています。権利侵害が発生した際には、主任会議やグループ会議などを通じ対応方法の改善なども話し合われています。利用者に対して具体的な内容・事例を提示しての周知は確認ができません。

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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>居室及びフロアの清掃は定期的に行われており、清潔が保たれている。居室や共有フロアにはエアコン等が整備され、快適な室温が保たれています。また、コロナ感染症対策として、施設内に加湿・空気清浄機が数多く設置されています。また、自宅での生活環境にできるだけ近づけるよう、本人・家族の意向に沿って自宅で使っていたタンスなどを置くなど、くつろげる空間が作られています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個人浴槽、中間浴、特殊浴槽など、利用者の状態に合わせた入浴が行える様、設備が整えられている。また、利用者の心身の状況に応じ、適宜入浴の方法や入浴日時の変更が行われており、支援経過に変更内容や理由が記載されています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>アセスメントや日々の記録などにより、利用者の状態に応じた排泄方法について担当者会議やグループ会議などで検討がされ、支援が行われています。また、状態に応じて福祉機器の活用や複数職員での対応なども行われ、安全に配慮した支援が行われています。排泄物の状況を排泄記録等に記載することで、介護職・医療職とも情報を共有し支援にあたっています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>車椅子、歩行器等の福祉用具を用意し、利用者が移動のために必要であればすぐに使えるよう、準備がされ、椅子についてはリクライニング式のタイプも数多く準備し、利用者の状態に合わせた福祉用具の選定ができるようになっていきます。廊下等も幅広く、車椅子でのすれ違いも安全に行えます。歩行する利用者に対応し、手摺も設置されています。</p>		
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・b・c

<p><コメント></p> <p>選択メニューの実施や郷土料理の提供など、食事が楽しく行えるよう、また適温で配膳が行える様工夫がされています。大量調理施設衛生マニュアルに基づいて、食品の温度や調理員の体調管理（検温や手指の傷の確認）が行われています。食品アレルギーの確認や、利用者個々の嗜好については、アセスメントや嗜好調査により把握がされ、代替メニューなどの提供が行われています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者個々に実施する身体状況や栄養状態のアセスメントに基づいて嚥下等の状態を把握し栄養ケア計画が策定され、それに基づいて食事の提供や支援が行われています。誤嚥等への緊急対応については利用者の生活サポート帳に対応方法が記載され、新人職員には看護師から研修や指導が行われています。また自助具の利用により自力摂取が出来るよう、施設サービス計画に基づき工夫が行われています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>歯科医師や歯科衛生士も交え、口腔ケア計画を作成し、それに基づいて口腔ケアが実施されています。歯ブラシ、口腔ケアスポンジ等を用意し、自分で出来る人への支援も含め、利用者の口腔状態にあった支援が行われています。歯科医師や歯科衛生士からの助言や指導内容は経過記録等へ記載、職員に共有され、支援が行われています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡防止委員会が看護師や栄養士、作業療法士等も参加し、毎月開催されています。写真や動画などの資料も使い、委員会で話し合われた内容を各フロアに持ち帰り、グループ会議を通じて共有・周知が行われています。褥瘡ケアについての情報は医師を通じて得ています。食事面からは、栄養士が栄養アセスメントに基づき栄養ケア計画を作成し、栄養面からの褥瘡予防に努めています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>介護職員により喀痰吸引・経管栄養を実施するため、管理者の責任について、「特別養護老人ホーム百々山における看護職員と介護職員の連携による医療的ケアに関する方針」の中に記載されています。実施に当たっては、痰の吸引マニュアル・経管栄養マニュアルで標準の手順が示され、実施に当たっては医師からの指示に基づき行われ、報告は回診時に行っています。研修については、法人内で開催されている喀痰吸引研修へ介護職員を参加させ、実施体制の強化が図られています。</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。	a・b・c

<p><コメント></p> <p>利用者のアセスメントにより必要とする機能訓練等を把握、作業療法士にも依頼をし、個々にあった訓練プログラムを作成してもらっています。また、利用者自身が行えるような体操の機会を用意し、参加の促しを行っています。訓練方法については利用者個々の施設サービス計画には位置付けられ実施されていますが、個別訓練計画は確認ができませんでした。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
A⑩	<p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>入所時のアセスメントや家族との面談等で、生活歴や日常生活能力を確認、モニタリングや定期的なアセスメントでその変化が記録されています。生活サポート帳での振り返りや研修で、認知症の支援に活かせる知識や実践方法の習得が行われています。アセスメント等で利用者の居室環境等落ち着けるための対応はされていますが、その記録は十分ではありません。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A⑪	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の体調については支援経過に細かく記載され、職種により表示される文字の色が異なるなど、多職種で情報の共有・確認がわかりやすく出来るようになっていきます。夜間・休日看護師要請対応マニュアルに基づき、看護師・医師との連携は取れ、迅速な対応が取られています。健康管理や病気に関する研修については行われ研修報告がありますが、薬の効果や副作用に関する研修についての実施は確認ができません。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A⑫	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>特別養護老人ホームにおける看取り介護に関する指針に基づき、書類や手順が定められています。看取りについては定期的な研修も行われています。医師からの説明も含め、看取り期には手順に従い再確認が書面で行われています。終末期のケアに係る職員に対しては、振り返りだけではなく、個別面談の中で施設長からのフォローアップも行われています。</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		
A⑱	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
<p><コメント></p> <p>敬老会等定時の行事にあわせ文書で、利用者の状況変化があればその都度電話で報告を行っています。電話では伝わり切らないこともあり、今後は手紙などでの対応も検討がされています。コロナ感染症対策のため、行事等への参加してもらうことができなかったため、ガラス越しの面会を実施、声が届くよう通話機器を設置するなど、家族のつながりが持てる様工夫がされています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p>		