

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	高齢者総合ケア福祉施設 伽の里	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	西澤 昌彦	定員（利用者人数）：	70 名	
所在地：	加東市天神608番地			
TEL	0795-47-5500	ホームページ：	http://www.hinode-wf.com/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成15年4月16日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	45 名	非常勤職員：	13 名
専門職員	施設相談員	2 名	看護師	4 名
	施設ケアマネージャー	1 名	管理栄養士	1 名
	介護福祉士	25 名		
施設・設備の概要	(居室数)	70床	(設備等)	

③理念・基本方針

地域に根ざした福祉の発信基地となること
 地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷になること
 共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となること

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者、家族、地域住民から信頼され、喜ばれる施設作りを目指し、相談センター・デイサービス・ホームヘルプサービス・ショートステイの総合サービスを持つ利点を活かし、各々との総合協力のもと、連動したサービスを提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 18 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月21日・10月26日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人内に各種会議・部会などを設置し、毎月の法人幹部会議では、法人共通の書式で作成した各事業所の事業計画をもとに、経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。施設内で在宅会議・各種委員会を定期的開催し、各事業所の職員に周知しサービスの向上につなげる仕組みがある。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・共用空間は、木目調で花を飾り、自由にくつろげるようにソファや椅子、テレビが設置され落ち着いた雰囲気で過ごす雰囲気作りに配慮されている。居室は全室個室となり、自宅の馴染みの家具や好みのもを持ち込み居心地のいい環境作りに配慮されている。ユニット内は全てバリアフリーとなっており、ユニット間は自由に行き来できるようにしている。
- ・生活歴・趣味・楽しみ・特技を基本情報で把握し、施設サービス計画書に位置付けて、自立や活動参加への動機づけを行っている。併設のデイサービスのイベントへの参加、畑での野菜の植栽や収穫、家事への参加、趣味の継続など、ユニットケアで個別支援に努めている。新年会祭りや敬老祭りには家族に案内文を送付し、一緒に楽しめるように取り組んでいる。個別の外出・ユニットの外出・地域行事への参加等、社会参加も支援している。

◇改善を求められる点

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・職員も参画して、使用している各種マニュアルを定期的に検証し、事業所の現状に即した内容に見直すこと、また、不足しているマニュアルを整備することが望まれる。マニュアルの見直しについては、見直し履歴など記録に残すことを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、福祉サービス第三者評価を受審し、提供しているサービスの質について、専門的かつ客観的な立場からの評価をいただいた。利用者主体での質の高いサービスを提供するための課題を明確にし、具体的な目標設定する良い機会となりました。評価の高い点につきましては、今後さらに推進していき、改善を求められた点については十分検討を行い、職員協働の上で福祉サービスの質の向上に努め、より良い施設を目指して努力していきます。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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

※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。

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> 法人理念、施設の基本方針「伽の里憲章」をホームページ・パンフレットに記載している。法人の高齢者サービスの基本理念は、法人のパンフレットに掲載している。法人理念・「伽の里憲章」は、法人・施設の使命や目指す方向を明示し、法人の基本方針は、法人理念との整合性が確保され、具体的な内容となっている。理念を掲示し、理念を記載したカードを職員に配布し、朝礼で唱和する等、職員の共有に取り組んでいる。法人の入職時研修や事業所の会議で説明し、理解を深めている。施設のパンフレットに「伽の里憲章」を明示し、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。		

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。	○a・b・c
<コメント> 加東市の第6期介護計画、安心サポートセンター事業、地域コーディネーター活動、加東市介護保険課との情報交換等により、社会福祉事業・加東市の動向・地域の利用者状況や福祉ニーズを把握している。1か月の事業所のコスト分析や利用率を施設に報告し、施設でデータ化して毎月の在宅会議で分析している。		
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・b・c
<コメント> 利用率・経営状況・職員体制等を、在宅会議で分析し、課題や問題点を明確にしている。内容に応じて、在宅会議・幹部会で検討したり、法人本部に報告する等、解決・改善に向けた取り組みを行っている。在宅会議には理事長、幹部会には理事長・監事が参加し、共有がなされている。		

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
<コメント> 法人理念の実現に向けた目標を「方針」として明示し、5項目の「課題」解決に向け、施設全体の「長期計画」「中期計画」を策定している。数値目標も挙げ、具体的な内容となっている。29年度初めに策定し、半期・年度末で検証し、必要に応じて見直す仕組みがある。		

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。	a • b • c
<コメント> 施設の中・長期計画の「方針」の内容を反映し、事業所の単年度計画を策定している。施設共通の書式で、収支計画と事業計画を確定している。事業計画は、事業方針・事業計画（目標数値・事情計画）の書式で、具体的な実行可能な、評価を行える内容になっている。		
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。	a • b • c
<コメント> 収支計画・事業計画の実施状況は、毎月の在宅会議で報告し議事録に記録している。年度末に評価し、事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定に反映している。各事業所の事業計画を、パソコンの共有ホルダーに入れ、また、人事考課の評定シートに明示して職員の目標設定に反映する等、職員の周知と理解に取り組んでいる。 職員参画のもと、事業計画の実施状況・達成度の確認、評価・見直し、計画策定を行う仕組みづくりが望まれる。		
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。	a • b • c
<コメント> 事業計画について利用者や家族に説明、周知するには至っていない。 事業計画の主な内容を、利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。		

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> 人事考課の目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。事業所会議・在宅会議・各種委員会を定期的で開催し、サービス内容について評価を行っている。県提出のチェックリスト、情報の公表のチェックリストを活用し、評価基準にもとづいた自己評価を定期的実施している。		
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
<コメント> 定められた評価項目に基づいた自己評価結果からの課題の文書化には至っていない。 課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。		

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・b・c
<コメント> 法人の事業計画に沿って施設長・管理者等は、事業所の経営管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。施設長は年度初めの広報紙の挨拶欄で、事業計画の概要を掲載し、在宅会議で各管理者に説明している。職務権限規定及び各事業所の運営規定に施設長・管理者等の職務分掌を定めている。これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。職員に直接かかわる就業規則等は各事業所に設置している。役割責任について、事務分掌表に、主・副として定めている。有事の際の権限移譲については、消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。		
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・b・c
<コメント> 施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として各事業所に設置している。入札時には、「経理規定」に沿って行い、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。施設長等は、市の集団指導・日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む法令を把握し、それに則った取り組みを行っている。法人・事業所の年間研修計画に沿って研修を実施し、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設けている。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。		
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・b・c
<コメント> サービスの質について、施設長等も関わりながら、情報公表、県へ提出するチェックシート等により定期的継続的に評価、分析、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。各種委員会・会議に施設長等も参加し、サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。各委員会・会議等で職員の意見等を把握し、サービスの質向上に反映させている。法人や、各事業所毎での研修計画に基づいて研修を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。		
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。	○a・b・c
<コメント> 毎月、在宅会議で利用者数、稼働率等について分析検討した結果から、法人本部でコスト分析等を行ったデータを施設長等は把握している。施設長等はデータから課題を抽出し経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、残業を必要最小限にし、勤務時間の調整や有給の半日取得制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。衛生委員会を立ち上げ、働きやすい職場環境整備に取り組み始めている。経営改善に向けての取り組み方針を、会議で各職員へ伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に在宅会議や各種委員会を組織し、法人の特養連絡会にも参画している。		

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・c
<p><コメント></p> <p>法人事業計画で、柔軟な雇用形態の創造、資格取得支援強化等、人材確保・育成について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針で取り組んでいる。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、介護福祉士等資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。法人本部と連携し、養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人理念に利用者中心の視点を謳い、就業規則の服務規律に高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、専門性・能力・成果・貢献度を客観的に評価する人事考課制度を定めている。人事考課制度は、入職時や考課面談時に説明し、また、制度に関する規程を事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、成果や貢献度等を評価している。法人で他事業者の採用広告、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議等や、法人への自己申告書で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事考課基準で昇格のための資格要件等を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。</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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任体制の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から勤怠ソフトにより集積されたデータ提供を受け、就業状況を把握している。給与明細にも有給取得状況等が記載され、職員も就業状況を把握している。腰痛検査、健康診断を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。ストレスチェックを実施し、嘱託医に相談できる体制がある。人事考課制度での個人面談の機会や申し出があれば随時施設長も相談に応じている。直接、法人本部に自己申告書で相談できる体制もある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人事業計画書に、人材育成についての方針を明示し、人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にして、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。それぞれの評価シートで、着眼点・チェックポイント等目標達成ための基準を明示している。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、人事考課基準表で目標水準を明確にしている。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し、次期の目標設定に反映させている。</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>事業所運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、人事考課基準表で階層別に期待する職員像を明確にしている。研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、人事考課基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。法人での研修に参加した職員が、事業所で伝達研修を実施している。参加者は、感想欄・評価欄を設けた研修報告書を作成している。職員の研修参加状況を把握するため、研修参加名簿を作成し、複数回研修を実施している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。管理者層を対象にした「日の出塾」でも、研修を実施している。外部研修参加時は研修報告書・出張命令簿を作成している。研修履歴一覧表を作成し外部研修受講機会の公平性確保に努めている。</p> <p>個別の研修報告書の感想欄・評価欄等を活用して分析評価を行い、定期的に計画・研修内容・カリキュラム等の評価と見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月の個別勤務表に取得した資格等が記載されており、毎月最新の取得状況等を把握している。研修計画に新入職者研修、中途入職者の年数別研修計画が策定されており、経験や習熟度に応じた研修を実施している。配属後は、新人研修テキストに沿ってOJTを実施している。管理者養成研修・医療ケア研修・痰吸引研修・各種資格取得対策講座など、階層別・職種別・テーマ別研修等の機会を設けている。伝達研修は複数回実施し、研修に参加できるよう配慮している。外部研修は案内ファイルを回覧し、外部研修への参加奨励を行っている。研修費用・交通費は、研修に応じて法人が支給し、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>初任者研修、社会福祉士等の実習生受け入れ実績がある。養成校のプログラムに沿って実施している。実習指導者研修を受講している職員が、受け入れの基本的なことを現場で実習指導を行う専門職に伝え、実習は分野ごとに専門職が担当している。事前に打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習中に養成校より指導教員の来訪があり、振り返り等を通して連携を図っている。実習生は実習日誌を作成し、実習担当者が助言等を記載している。基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成が望まれる。</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>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の体制についてはホームページで公表し、内容や改善・対応の状況については、「社会福祉法人日の出福祉会苦情報告・対応一覧」として公表する仕組みがある。区長会や老施協の出前授業で施設等の説明を行い、地域に施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。印刷物としては、パンフレットを市役所に設置している。</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>事務、経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、入職時の説明と、これら規定集を事務所に設置して周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、幹部会議で報告されている。監事監査で定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。今年度より、法人内の他事業所職員による内部監査の仕組みが構築されている。内部監査での指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、コスト削減等に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人案内に、日の出福祉会の理念として「地域に根ざした福祉の発信基地となる」と明文化している。地域行事を施設の玄関掲示板やフロアに掲示している。介護タクシーの情報も掲示している。祭りなどへの参加は職員が支援している。現地でボランティアの支援を受けることもある。伽の里として、サポートセンターで健康カフェを実施しており、総合事業の利用者や事業所利用者も参加して地域のひとと交流している。特養では個々の利用者のニーズに応じて近隣スーパーや店舗への買い物支援、医療機関への通院支援を行っている。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>トライやるウィーク、小学生社会見学、特別支援学校生就業体験、出前事業等で学校教育への協力を行っている。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受入れに関する基本姿勢・地域の学校教育への協力に関する基本姿勢、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等を明文化することが望まれる。また、ボランティアや学生についての周知事項は文書化し、事前に配布・研修することが望まれる。</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>居宅事業所・病院・学校・設備関係業者・資源マップ等、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示した目的別リストを事務所に設置している。市事業者連絡会、地域サポートセンター推進協議会、区長会、地域ケア会議、給食施設連絡協議会等関係機関と定期的な連絡会を行っている。虐待事例等課題解決に向け協働して具体的な取組を行っている。サポートセンターと連携して、利用者のアフターケア等、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。社会福祉協議会、街づくり協議会、区長、民生委員、加東市など関係機関と連携し協議体を設置するためにコーディネーターとして地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サポートセンターで開催する健康カフェで地域住民と交流を図っている。健康カフェで相談支援や地域で暮らす高齢者支援に取り組んでいる。また、健康づくり教室、体操・運動セミナー等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。市が進めている各地域の体操指導リーダーの連携に協力している。災害時には周辺が地滑り地域であり福祉避難所として協定を結んでいないが、備蓄等で災害時における役割が確認されている。給食施設連絡協議会で、隣接小野市と協力して災害時の給食に関する施設の役割が確認されている。兵庫教育大学と相互協力して子どもの走り方教室に協力している。地域行事への職員参加、協賛等を行い地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ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>健康カフェ・子供の走り方教室・体操リーダー連携会等を通じて地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。区長が民生委員を兼任しているケースが多く、区長会や、区の会議などに参加しニーズを把握に取り組んでいる。健康カフェ・サポートセンターの上に設置している地域の協議会等で多様な相談に応じている。移動手段がないため、買い物困難者や役所に行き様々な手続きができない人の出現等、具体的な福祉ニーズを把握している。サポートセンターとして健康カフェ利用時に車での買い物同行等の便宜を図っている。サポートセンターの事業として事業計画に位置付け、介護保険外の支援事業として活動を実施している。</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。	○a・b・c
<コメント> 法人の理念や高齢者福祉サービスの基本方針に、また、伽の里憲章にも、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。支援内容別マニュアルに、プライバシー保護や意向の尊重等、福祉サービス提供に関する基本姿勢を反映させている。倫理・法令研修で、利用者尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を設けている。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設全体的なものは、在宅会議、リーダー会議等で、個別的なものは各ユニット会議で具体的対応を把握評価し、必要な支援に取り組んでいる。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・○b・c
<コメント> 支援内容別マニュアルにプライバシー保護について記載している。研修等でプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を学んでいる。フロア内には、自由にくつろげるソファやテレビが用意されており、バリアフリーで自由に移動出来る環境となっている。また、パーティションを使用し、プライバシーにも配慮されている。契約書・重要事項説明書等に守秘義務や個人情報保護等権利擁護への配慮を、プライバシー保護については事業者の責務として契約書に明示し、契約時に取り組みを説明している。身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会などの活動を通して、規定等に基づいたサービスの実施状況を確認・検証し朝礼時に周知を図っている。虐待防止マニュアルを策定し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。		
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。	○a・b・c
<コメント> パンフレット・入所案内（ショートステイは利用案内）等を、事業所・関係機関・市役所等に設置している。写真・図・地図等を使用し分かりやす内容となっており、施設の利用希望者については、個別に丁寧に説明している。見学には、相談員と介護支援専門員が対応し、利用者の生活状況を見てもらいながら、パンフレット、料金表等を使用して説明している。ホームページ・パンフレット等、利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを行っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 契約時は、契約書・重要事項説明書・各種同意書等で説明を行い、文書で同意を得ている。入居のしおり等、わかりやすく工夫した資料も用いて説明している。説明時には、理解を確認しながら質問を受け、理解しやすいように配慮している。多職種の専門職からも説明も行っている。契約書に代理人の指定の条項を設け、署名代行者・身元引受人・立会人等の署名欄を設け、意思決定が困難な利用者についても適正な契約や運用が図られている。		

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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>契約の終了時には、契約書の「契約の終了に伴う援助」の条項に沿って、円滑な退所のための援助を行っている。入院等で契約を終了する場合は「継続看護サマリー」で医療機関・施設に情報提供を行っている。契約終了後の相談窓口については相談員と決め、口頭で説明している。契約の終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について記載した文書を渡すことが望まれる。</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>定期的にはサービス計画書見直し時に、サービス担当者会議での面談や電話などで、満足度の把握に努めている。随時の面会時にも、満足度の把握に努めている。把握した満足は、ユニット会議等で共有し改善に結び付けている。定期的な利用者満足に関する調査、利用者会・家族会の開催など、利用者満足を把握し向上に反映する取り組みが望まれる。</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>苦情解決責任者、苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。施設入り口に「意見箱」と記入用紙を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容・対応・解決策等を「相談・苦情受付書」の書式に沿って記録を残している。申し出者へのフィードバックも記録している。事例はないが、法人の「苦情解決規程」に苦情の公開についての仕組みを明記している。苦情相談内容はユニット会議で共有し、サービスの向上に反映している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を掲示し、配布することが望まれる。</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>相談室、また、事務所横にパーティションを使用し、相談スペースを設けている。相談内容によっては、施設長室も利用出来る。利用者が相談したり意見を述べる方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、利用者・家族に周知する取り組みが望まれる。</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>ユニットケアで日々の支援の中でコミュニケーションを図り、利用者の相談対応・意見の傾聴に努め、内容や経過については介護日誌に記録している。内容に応じて、ユニット会議やリーダー会議で検討し、サービスの向上に取り組んでいる。施設の入り口に大きな意見箱を設置し、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。相談・意見について報告・対応・記録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うことが望まれる。</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>身体拘束・事故防止委員会を設置し、月に1回会議を開催している。「緊急時・事故対応マニュアル」に事故発生時の連絡体制を明示している。事故報告書・ヒヤリハットカードで発生事例を収集し、毎月、事故集計表を作成している。事故報告書には内容・原因・対策等を記載し、ユニット会議で共有している。また、介護日誌にも記載し、迅速に周知し再発防止に努めている。法人研修で事故・ヒヤリハット、危険予測についての研修を実施している。事故・ヒヤリハット事例については身体拘束・事故防止委員会で検討し、前月の対応を振り返り、安全策の実施状況や実効性について見直しを行っている。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を設置し、月に1回会議を開催し感染症対策を行っている。法人共通の感染症対策マニュアルを整備している。法人研修で感染症についての研修を実施し、施設内で看護師が吐物処理についての研修を行っている。マニュアルに沿って、うがい・手洗い・手指消毒・マスクの着用など、感染症の世帯策を講じている。マスク・手袋・ガウンの着用・適切な吐物処理等、感染症発生時の適切な対応も行われている。</p> <p>定期的にマニュアルの見直しを行い、施設の現状に即した感染症対策マニュアルを整備することが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>消防計画の中に火災・地震についての対応体制が明示されている。立地条件から災害の影響を把握し、耐震性などは確保している。職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を定めている。避難訓練の際には職員の緊急連絡網の連絡訓練も実施している。備蓄品リストも作成し、粥やドライフードなどの非常食や食器、カセットコンロなどの炊き出し用機器類は管理栄養士により、保管・管理されている。年2回、昼夜想定で通報・避難・消火の総合訓練を実施している。消防署の立ち合いで実施した年度もある。ユニット毎に訓練の実施内容の確認者を設置し、良かった点・改善点を共有し、訓練が有効なものになるように取り組んでいる。</p> <p>周辺が地滑り地域であるため、地滑りに対する対応体制について明示することが望ましい。</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>標準的な実施方法をマニュアルに文書化されている。新人研修の中で介護技術研修を行い、標準的な実施方法を指導している。また、現任者についても、キャリア段位制度を採り入れた勉強会を活用して、標準的な実施方法の確認を行っている。 マニュアルの中に利用者尊重、プライバシーの保護についての姿勢を明示することが望まれる。</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。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>定期的にマニュアルの見直しを行うには至っていない。 職員参画のもとで、定期的にマニュアルの内容を検証し、見直すことが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設サービス計画書の策定責任者を施設課長として、事務分掌表に明記している。アセスメントシートを整備し、適切なアセスメントを実施している。サービス担当者会議を開催し、家族・関係職員が参加しアセスメントや計画策定について協議している。施設サービス計画書には、利用者個々のニーズを明示している。3ヶ月に1回モニタリングを行い評価表を作成している。支援困難ケースにも積極的に対応し、行政や医療機関等とも連携して支援に取り組み、対応や経過を支援経過記録に記録している。施設サービス計画書にもとづく実施状況を、評価表に明記することが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>モニタリングは3か月に1回、施設サービス計画の見直しは6か月に1回実施している。見直し時には再アセスメントを行い、関係職員が参加してサービス担当者会議を開催し、見直した計画書をユニットに配布して周知を図っている。緊急に変更する場合も、同じ手順で実施している。見直しに当たって生じたニーズは、ニーズ欄に明確にしている。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等は、介護記録、アセスメントによって把握し記録している。介護日誌をユニットリーダーと施設課長が確認し、不備等があれば指導を行い、記録の書き方に差異が生じないように取り組んでいる。各ユニットの連絡ノート、朝礼、月に1回のユニット会議、パソコンのシステム等で、情報共有を行っている。在宅会議の内容を、リーダー会議からユニット会議へ伝達し情報共有を図っている。委員会の議事録等は、回覧して情報共有している。 施設サービス計画書にもとづくサービス実施が明確になり、モニタリングの根拠となるような記録の工夫が望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・文書管理規程等に、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対応がに関する規定を定めている。記録管理の責任者を施設課長として、事務分掌に明示している。新人研修・法人研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時・退職時には守秘義務の誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-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
A-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

特記事項

基本情報・面談記録・アセスメントシートをもとに、利用者の心身の状況・ADL・意向・環境・生活習慣等を把握している。利用者個々の意向に応じた生活になるよう施設サービス計画書を作成し、モニタリングで実施状況を確認している。生活歴・趣味・楽しみ・特技を基本情報で把握し、施設サービス計画書に位置付けて、自立や活動参加への動機づけを行っている。併設のデイサービスのイベントへの参加、畑での野菜の植栽や収穫、家事への参加、趣味の継続など、施設サービス計画に位置付けて支援している。新年会祭りや敬老祭りには家族に案内文を送付し、一緒に楽しめるように取り組んでいる。個別の外出・ユニットの外出・地域行事への参加等、起案用紙の提出で企画し社会参加も支援している。基本的には、寝衣と日中着を更衣する方針で対応している。離床時間は利用者個々の心身の状況に応じて支援している。

利用者の趣味・興味・希望を反映した活動メニューの充実が望まれる。

ユニットケアでの日々の支援の中でコミュニケーションを図り、利用者の思いや希望の傾聴に努め、内容を介護日誌に記録している。介護記録には、なるべく利用者の言葉そのままを記録し、思いやニュアンスが汲み取れるように工夫している。コミュニケーション能力をアセスメントシートで把握し、筆談・ジェスチャー等、個別の方法を工夫している。新人研修・法人研修で、接遇や言葉遣いについて学ぶ機会を設けている。気になる言動があれば、個別に注意を促したり、ユニット会議で共有する仕組みがある。職員の担当制を行い、利用者が話しやすい関係づくりを行っている。食事・入浴など、個別ケアの時間帯には、話しやすい環境づくりを行っている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ b ・ c
A-2-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	a ・ b ・ c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

個別情報で利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせて保清方法を工夫している。入浴時は、マンツーマンで介助し、同性介助希望者には、できる限り希望に沿うように対応し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず声かけの方法や時間や日程を変更するなどの工夫をしている。（声かけの仕方については、介護マニュアルに明示。日程や時間の変更については、入浴実施記録やケース記録に記録。）入浴介助担当者が、入浴前に備品や湯温の確認を行っている。脱衣室には、エアコンが設置されており、季節ごとに応じた室温管理をしている。入浴後の水分補給は一連の流れとして行っている。スキンケアについては、保湿剤は利用者の希望に応じ、個人購入されたものを塗布している。医療的な処置が必要な場合は、看護師管理の下行っている。（処置実施内容はケース記録に記録。）入浴前には、必ずバイタルチェックを行っている。滑り止めマット、取り外し式介助バー、シャワーチェア、浴槽台、トランスファーボードを設置し、必要に応じては2名以上での介助を行う体制を整え、入浴を安全に実施するための取り組みを行っている。職員が実施記録を確認して、入浴日を検討しているが、利用者からの随時の希望や体調不良があった場合には、入浴日の変更は可能である。必要に応じて、シャワー浴や足浴を行っている。個別浴は各ユニット毎に1箇所設置し、機械浴は各フロアに1箇所設置している。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまでマンツーマンで対応し見守りを行い入浴支援している。入浴時は利用者の意向を尊重しているが、感染症や状態に応じて医師や看護師の指示のもと順番の変更を行うこととしている。

入浴の可否の判断基準をマニュアルに明示し、利用者個別の基準は個別に明示することが望まれる。

個別情報で利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせて排泄方法を工夫している。排泄チェック表を基に、画一的ではなく、個々に応じた時間でケアを行っている。パソコンの共有フォルダで、排泄実施記録を残している。一時間毎にチェック欄を設け、排泄の有無だけでなく、尿量や色、便についても性状を記載している。色分けをして分かりやすいようにしている。共有トイレは全て個室となっており、プライバシーが守られている。同性介助の希望があれば、対応できる仕組みがある。排泄マニュアルの中にも排泄ケアの基本姿勢を明記し、個々の利用者のサインを個別情報に記載し、介護職員に周知している。トイレの清掃は、毎日実施し、トイレの壁に消臭効果のある光触媒を使い、消臭剤も設置し消臭に配慮している。保温便座を各トイレに設置し、ポータブルトイレには便座カバーをつけるなど、冬場にはトイレの保温に努めている。トイレ内での転倒、転落を防止する等、手すり・レストテーブルを設置している。自然な排せつを促すために、水分摂取量をチェック表で把握して水分提供を行い、必要に応じて乳製品やオリゴ糖を提供している。夜間については、個別の排泄状況にあわせてオムツ・パッド交換、ポータブルトイレ・トイレへの案内をしている。また、全員の利用者ではないが、睡眠サイクルを把握する介護ロボットを導入し、睡眠が浅くなった時に排泄ケアを実施している。居室の照明も夜間帯は配慮し、安眠できるように対応している。オムツ、パッドについては、利用者に適したものが使用できるようにサイズと吸収量別に数種類準備している。排泄の要望に速やかに対応できるようにペンダント式のナースコールを利用者が携帯し、知らせることができる仕組みがある。

個別情報で利用者の心身の状況を把握し、自力で移動できるよう個々に応じた福祉用具の活用を行い、支援している。ケアプランに介助方法や援助の方針が明確にし、体格に合った車いすの利用や短距離の歩行を勧め、残存機能を活用するために床にしっかり足をつけ移乗している。移乗・移動の介助の安全な実施のため、L字型の介助バー・スライディングボードなど福祉用具を活用し、利用者の身体状況に合わせて職員が複数名で移乗介助している。ユニット会議内で利用者の状態に合わせた福祉用具の利用を多職種間で協議する場を設けている。携帯できるペンダント式のナースコールの活用や、ユニット間を移動して支援する職員の配置等、移動の希望に速やかに対応できるようにしている。移動しやすいように、施設内はバリアフリーになっており、テーブルや椅子の配置も工夫され導線が確保されている。共有スペースは安全を確保するため、整理整頓されている。多種類の車いす・シルバーカーなど利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。必要に応じて、自宅から持ち込んでもらうことも可能である。

福祉用具の日常的な安全確認は行っているが、記録に残すには至っていない。今後、チェック表や点検表などを作成し、点検結果や不備のあった場合の対応を記録に残すことが望まれる。褥瘡予防マニュアルを整備している。褥瘡発生のリスクがあれば看護師に報告し、看護師の指示により体位や姿勢の変換・軟膏の塗布等を行い、介護日誌に記録している。体位変換については排泄チェック表にも実施状況を記録している。褥瘡の発生予防についての研修は、法人研修で学ぶ機会を設けている。食事摂取量はチェック表に記録している。管理栄養士が、アセスメントで低栄養状態を把握し、栄養ケア計画書を作成し栄養マネジメントを実施している。

毎日更衣を行う際には、自分で選ぶ、相談して一緒に選ぶ、職員が本人の好みや気候を考慮して選ぶ等、個別に支援している。基本的には家族に衣類の準備を行ってもらうようにしているが、個別の買い物外出時に衣類購入を支援したり、通信販売での購入の支援を行っている。衣類の汚れがあった際には、都度職員が更衣、洗濯の支援を行っている。

毎月、訪問理美容があり、定期的に受けられるようになっている。個別に職員が利用者の希望を聞き、整髪したり、化粧を手伝ったりしている。契約時に、月に1回（3業者）の訪問理美容サービスを受けられること等、施設での対応について情報提供している。外部の理美容店を利用する際には、馴染みの美容院へ職員が送迎したり付き添ったり、車いすの貸し出しなど支援している。

全室個室となっており、利用者の希望や状況に合わせてられる環境である。照明については、全ての居室ではないが明るさの切り替えができるものが設置されている。睡眠については、排泄パターンや日誌等を基に利用者個人の生活リズムを把握し職員間の連携を深めている。寝具は基本的には、リースでの対応となっているが、私物の持ち込みには基本的には制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。状況に応じて、共有スペースに簡易ベッドを用意して休むことができる。睡眠リズムの乱れや不眠者への対応、就寝中の排泄ケアなどの対応についてマニュアルを作成することが望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ (b) ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

アセスメントで嗜好調査を行い、個人情報に記載し職員間で周知している。食事中に喫食状況を確認したり、残食状況を把握し給食会議で献立や調理法を検討している。給食会議で協議し、夏場には冷やし中華を提供したり、ハロウィンの時期にはパンプキンケーキを提供している。食器や盛り付けに工夫し、色合いや食材を配慮して提供している。炊飯と汁物の調理は各ユニットで調理している。その他は適温車で配膳し、適温で提供している。必要に応じて、電子レンジやIH機能を利用し、温めも行っている。居室に配膳する時も、温め直しを行い保温に配慮している。利用者間の関係性を考慮し、テーブルを分散配置したり、テーブルに花を飾ったり、ランチョンマットを利用し、和やかな雰囲気作りを行っている。

朝食をご飯食の日とパン食の日を隔日で提供しているが、食事の選択制は、対応していない。

普通食・刻み食・ミキサー食や利用者の状態や好みにあわせて、各ユニットのキッチンで一口大や極キザミ食、ブレンダーで細かく刻んだりして利用者の嚥下能力に合わせた工夫をして提供している。滑り止めマット、変形スプーン、グリップ付きスプーンなど状態に合わせた自助具の活用をしたり、主食をおにぎりにして食べやすい様に工夫している。利用者の食事のペースについては個別にケース記録に残し共有し、個々の食事時間に合わせた配膳が配慮されている。食事の際は、可能であれば椅子に座ってもらい、車いすを利用している方については、必ずフットレストを上げ足を床に付けるようにしている。テーブルの高さが利用者の身体状況に合わせることができるよう高さ調整が可能である物が設置されている。事故発生時の連絡マニュアルは各ユニットに掲示されている。吸引器は各ユニットに1台設置され、緊急時に速やかに利用することができる。食事量や水分の摂取量はチェック表に入力し、パソコンで管理し、多職種で共有している。食事量が少ない場合は看護師に報告し対応する仕組みがある。管理栄養士が利用者個々の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し栄養マネジメントを実施している。管理栄養士のアセスメントで心身の状況に合わせた食事形態や嚥下状態等を把握し、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。発熱や歯痛などの突発的な状況変化があった場合は、看護師から管理栄養士に連絡し、適切な形状や内容に変更した食事を提供している。

アセスメントシートで口腔ケアの自立度を把握している。課題があれば、施設サービス計画に位置付け、実施・評価・見直しを実施している。訪問歯科診療・歯科衛生士による口腔ケアを受けている利用者については、歯科医や歯科衛生士の助言・指導を受け口腔状態のチェックや口腔ケアを行っている。食後は義歯を洗浄し、各居室で保管している。全居室に洗面台が設置されている。口腔機能を保持・改善するための体操（口腔体操等）を行うことが望まれる。毎食後に口腔ケアを実施している。口腔ケアチェック表や義歯管理確認表の作成が望まれる。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。食後や就寝前に、利用者の状況に応じた口腔ケアおよび口腔内のチェックを行い、記録に残すことが望まれる。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	○a・ b ・ c

特記事項

「看取り介護に関する指針」に、終末期を迎えた場合の対応について明記している。入居時に、「看取り介護に関する指針」をもとに、利用者・家族に終末期を迎えた場合の施設での対応・ケアについて説明を行い同意を得ている。終末期を迎え、看取りを希望される場合は、医師を交えて担当者会議を開催し、医療機関と連携を取りながら看取り介護を行う体制を整えている。法人研修で看取りについて学ぶ機会を設けている。また、看護師が終末期ケアに関する外部研修に参加している。看取りが終わった後は、ユニット会議で振り返りを行いグリーフケアを行っている。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a・ b ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a ・ ○b ・ c

特記事項

アセスメントシートを用いて、利用者の日常生活能力・残存機能の評価を行っている。周辺症状を呈する利用者については、状態観察や支援の状況などを介護日誌や経過記録に記録している。施設サービス計画に位置付け、洗濯物たたみ・配膳・後片付け・畑作業など、個人あるいはグループで日常生活の中で役割が持てるように支援している。法人研修で認知症について学ぶ機会を設けている。看護師・認知症専門医と連携を図りながら周辺症状について検討し、指導・助言があれば介護日誌で情報共有している。抑制・拘束はしない方針であり、実施の事例もない。

共用空間は、木目調で花を飾り、自由にくつろげるようにソファや椅子、テレビが設置され落ち着いた快適に過ごせる雰囲気作りに配慮されている。居室は全室個室となり、自宅の馴染みの家具や好みのものを持ち込んで居心地のいい環境作りに配慮されている。ユニット内は全てバリアフリーとなっており、ユニット間の移動は特に制限を設けず自由に行き来できるようにしている。テーブルやキッチン周りは整理整頓し、異食や火傷等の事故防止に努めている。認知症高齢者が安心して過ごせるように、必要に応じてパーテーションを有効に使い他者の視線を遮る等、環境づくりの工夫を行っている。全室個室となっており、夫婦で入居された場合については、一緒に過ごす時間が作れるような配慮がなされている。居室には馴染みのあるものや好みの私物の持ち込み、自由に飾れるように配慮している。トイレ前に表示しわかりやすく工夫している。包丁やはさみ等の危険物は、鍵付きの棚で保管する等、管理方法を工夫することが望まれる。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 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

特記事項

日常生活動作の中で、機能の維持・向上を目指し、残存能力を活かした自立支援に取り組んでいる。具体的な支援方法を施設サービス計画書に位置付けている場合もある。看護師がサービス担当者会議に出席し、指導・助言を受ける体制がある。判断能力の低下や認知症の症状の変化があれば、生活相談員・看護師が専門医と連携し対応している。
機能訓練プログラム・介護予防計画は作成していない。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ・ (b) ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

入浴前、また、看護師から指示がある場合は、バイタルチェックを実施し体調の異変を早期に発見する仕組みがある。健康状態については、チェック表と介護日誌に記録している。

利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を明示したフローチャート等の作成が望まれる。高齢者の健康管理や病気・薬、体調変化時の対応に関する研修の実施が望まれる。服薬確認について明確にする仕組みづくりと記録の整備が望まれる。
感染症マニュアル・食中毒マニュアルを整備している。インフルエンザ流行期には、出勤時に検温し、体調の変化を把握できる仕組みがある。法人の感染症予防マニュアルに、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が文書化されている。職員のインフルエンザ等予防接種は、法人が費用負担している。法人研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。各トイレ、エレベーター近くに消毒アルコールとマスクが設置されている。各ユニット入口付近に手洗いができるようになっている。乾燥する時期には加湿器を各所に設置している。感染症の時期には、玄関スペースやエレベーターには、ポスターを掲示しご家族や来園者に呼びかけを行っている。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a ・ h ・ c

特記事項

建物・設備の点検は業者が定期的に行い、問題点があれば改善し快適性や安全の維持に取り組んでいる。共用空間は、木目調で花を飾り、自由にくつろげるようにソファや椅子、テレビが設置され落ち着いて快適に過ごせる雰囲気作りに配慮されている。ユニット内は全てバリアフリーとなっており、机の高さは利用者毎に合わせた高さで調整されている。ユニット間の移動は特に制限を設けておらず自由に行き来できるように配慮されている。
利用者担当職員が利用者個々が使用している福祉用具・備品について、詳細な点検表での点検を6月に行っている。今後も、日々の点検に加えて、月に1回程度のチェック表による点検の実施が望まれる。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

身体状況等に変化があった場合は、その都度家族に連絡・報告を行っている。定期的には施設サービス計画の見直し時に担当者会議を開催を案内し、状況報告・サービス内容の説明・要望や相談の聴取を定期的に行う機会とし、会議録に記録している。出席できない家族については、電話で行い支援経過記録に記録している。家族の面会時には、利用者の近況を報告している。面会については伽の里日誌の面会者欄に記載し、内容で特記すべき事項があれば介護日誌に記載している。敬老祭り・新年会祭りの開催の案内を請求書と共に郵送し、参加を勧めている。

A-10 その他

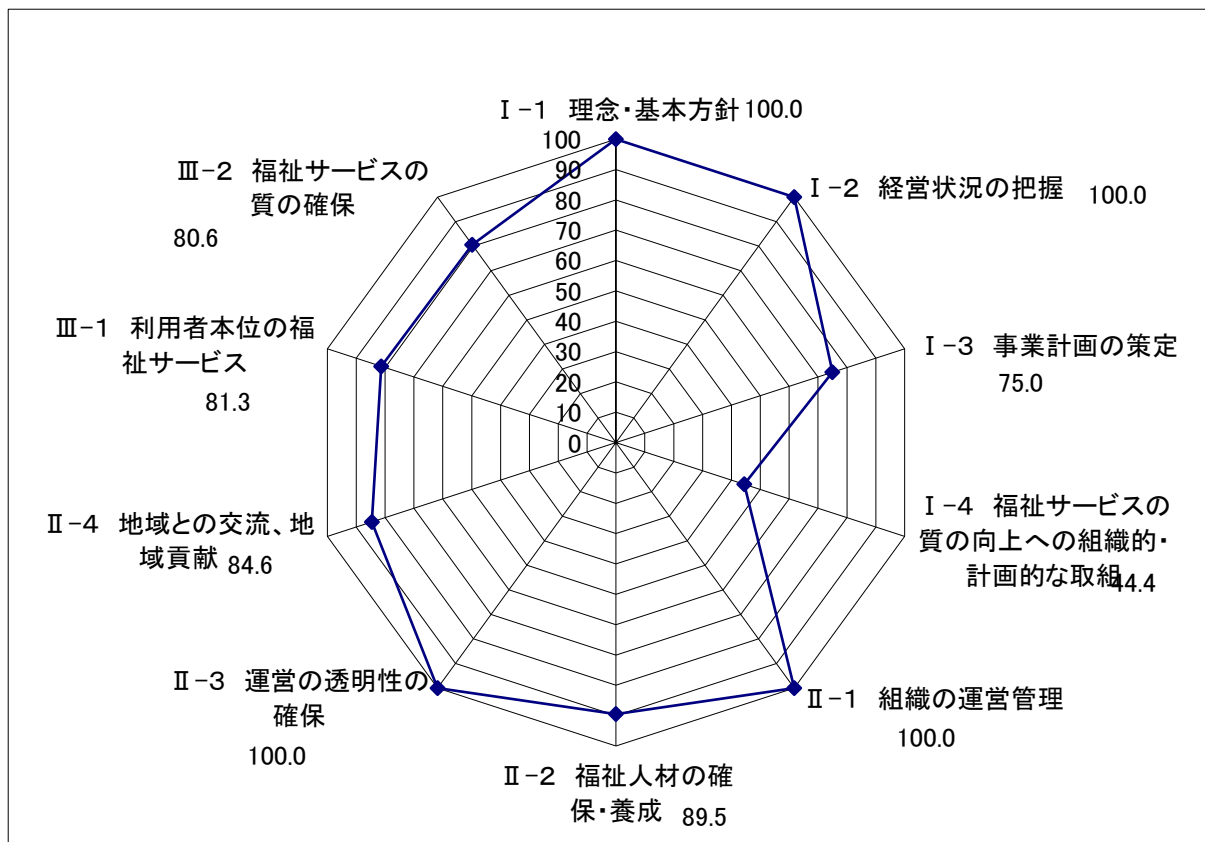
	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ b ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a ・ b ・ c

特記事項

外出時には、職員が同行支援している。地域で開催される祭りについては、開催案内を掲示し情報提供している。
外出時の安全確保や不測の事態に備えて、具体的な取り組みが望まれる。
1階フロアに公衆電話が設置されている。郵便の発送・受け取りもいつでもできるように支援している。携帯電話の持ち込みや使用も可能である。郵便物は事務所で受け取りが行われ、利用者本人に届けたり、本人と一緒に開封するなどプライバシーに配慮している。
新聞は共同購入している。希望があれば個人の購入も可能である。利用者のライフスタイルにあわせてテレビ・ラジカセ、パソコンの持ち込みは可能である。共有スペースにテレビを設置している。個人で観たい場合については、持ち込みを勧めている。

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	12	75.0
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	34	89.5
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	26	22	84.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	52	81.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	20	95.2
2 身体介護	54	51	94.4
3 食生活	26	21	80.8
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	16	15	93.8
6 機能訓練、介護予防	6	4	66.7
7 健康管理、衛生管理	13	9	69.2
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	7	87.5

