

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： 短期入所生活介護施設ショートステイ いろは	種別：短期入所生活介護		
代表者氏名： 西澤昌彦	定員（利用者人数）： 20 名		
所在地： 加東市新定559-1			
TEL 0795-46-0106	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17年7月1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： 6 名	非常勤職員： 4 名	
専門職員	介護福祉士 5 名		
	看護師 1 名		
施設・設備の 概要	(居室数) 20	(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

地域で一日でも長く暮らせるように。その人らしくご家族らしく笑顔いっぱい暮らせるように、
 安心拠点として信頼されるサービスを提供させていただきます。

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 17 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月17日・21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で開催し、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。
- ・自然に恵まれた環境にあり、リビングや廊下など共用空間は広いスペースが確保され、バリアフリーで開放的で、ソファ・椅子・畳台を適所に配置し、談話を楽しみながら、快適にくつろげるよう配置している。居室は全室個室となっており、利用者の好みの物・使い慣れた物等を持参し、落ち着いた環境づくりに努めている。
- ・1日のスケジュールは、利用者個々の意向を大切に、家庭での生活の延長線として、自由に暮らせる環境づくりに努めている。日常生活動作や掃除・洗濯等家事への参加で自立支援に努め、計算ドリル・塗り絵・縫物・しおり作り等、複数メニューを準備して生活に楽しみが持てるように工夫している。施設内の合同イベントに参加し、ボランティアや地域住民の参加により活動の多様化を図っている。希望があれば、買い物・散歩・地域の夏祭り等、社会参加の機会も設けている。

◇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

今回第三者評価を受けたことで、何がどこまで必要なのか、どのようなものが必要なのかが明確になりました。ご指摘を受けたことは改善し、今後より良いサービスを提供させていただきます。

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、半年・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
<p><コメント></p> <p>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。</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>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。</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>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。</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>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。</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></p> <p>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作りが望まれる。</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>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。</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>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。</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>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。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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。</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。	a · 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。	a · 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。	a · 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の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>職員の一覧表に、専門資格の取得状況・経験年数を明示している。法人研修の受講状況は履修シートで把握している。職員の経験や習熟度に合わせて、新卒者・中途採用者に分け、入職時・2年目・3年目研修が行われている。法人研修は、介護研修、管理者養成研修、たん吸引・医療ケア研修、資格試験対策講座等、階層・職種・テーマ別研修の機会を確保している。法人の伝達研修は全員参加できるように複数回実施し、その他の研修についても、勤務調整・受講料の負担など研修に参加しやすいように配慮している。</p> <p>外部研修についても、情報提供を行い参加を奨励することが望まれる。</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>		

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
<コメント> 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。		
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
<コメント> 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内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。		

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
<コメント> 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人と交流している。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。		
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
<コメント>		
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
<コメント> 利用者支援のために必要な地域の社会資源のリストを、パソコンの共有ホルダーに入れ、職員の共有を図っている。また、加東市作成の「地域資源マップ」「介護保険の冊子」を事業所に設置し活用している。管理者が地域ケア会議に参加し、そこでの課題解決に向けた共同して取り組んでいる。また、加東市介護サービス事業者連絡会に施設から参加し、各事業所に資料配布や情報提供を行っている。		

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 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> 施設のパンフレット・事業所のパンフレットを市役所に設置し、居宅介護支援事業所等にも配布し、多くの人が入手できるようにしている。施設のパンフレットには「伽の里憲章」・各事業所のサービス内容を、事業所のパンフレットには事業所のモットーや生活の様子を、それぞれ言葉遣いや写真・絵・地図の使用等わかりやすく工夫している。利用希望者には、見学に随時対応し、事業所内を案内しながら丁寧な説明を行っている。パンフレット等、利用希望者に対する情報提供は随時見直しを実施している。		
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。	a · b · c
<コメント> 契約前には、詳細な内容の事業所案内の冊子を用いて、具体的でわかりやすい説明を行っている。契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書・お持ち頂く物の案内等で説明し、文書で同意を得ている。契約書の条項に保証人の指定規定を設け、意思決定が困難な利用者への適正な説明・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>契約書に「契約終了に伴う援助」の条項を設け、要請があれば文書で情報提供する等必要な援助を行っている。利用終了後も、家族等が相談できるように相談窓口を設置し、管理者も・生活相談員を担当者とし、終了時には口頭で説明を行っている。 利用終了時の書類に記載する等、相談方法や担当者について説明した文書を、利用者・家族に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>生活相談員が個別支援計画見直し時に自宅を訪問し、個別に満足度を把握する機会を向けている。課題を把握した場合は、管理者・生活相談員を中心に検討し、職員間で改善策を共有して取り組む仕組みがある。 利用者満足に関する調査を定期的に行われることが望まれる。把握した結果を検討する会議等の設置が望まれる。</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>苦情処理規定を整備し、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。意見票を準備して意見箱を設置し、エレベーター内に案内を掲示し、家族等が苦情を申し出しやすいよう工夫している。苦情内容や家族へのフィードバックについては、個人記録に記録している。苦情内容及び解決結果等は、申し出た家族等に配慮したうえで、事業報告書等に公表する仕組みがある。 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。苦情相談内容をサービス向上に反映する会議の設置などが望まれる。</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>事務室や居室を利用し相談スペースとしている。 苦情だけでなく相談・意見対応窓口として、重要事項説明書に記載する等文書を作成し、配布・掲示を行うことが望まれる。</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>職員は、日々の利用者とのコミュニケーションから意見の傾聴に努め、個人記録に記録して共有している。意見箱・意見票の設置等、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・意見については、「」に記録として残し、生活相談員が対応などをマネージャー日誌に記録し、個人記録に入力し共有しサービスの向上に努めている。 相談・意見等に対する記録方法・報告手順・対応策の検討等について定めたマニュアルを整備し、定期的に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、議事録の回覧で共有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>現在数種類の感染症マニュアルがあるため、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。伽の里で、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。事業所でも、1～2日分の備蓄を整備している。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>		

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
<コメント> 「伽の里のこだわり」をマニュアルとして使用し、その中の各ケアの考え方に、利用者尊重等を明示している。入職後約1か月間新人研修を行い、マニュアルの読み合わせやOJTで学ぶ機会を設けている。実施については、日誌形式で記録している。		
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。	a · b · c
<コメント> サービスの標準的な実施方法についての見直しには至っていない。職員も参画し、定期的にもマニュアルの見直しを行うことが望まれる。		
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
<コメント> 「個別援助計画書」の策定責任者を相談員（介護支援専門員）としている。「面談調査表」により、アセスメントを行っている。サービス担当者会議に参加し、アセスメントと計画策定に関する協議を行っている。「個別援助計画書」に「生活全般の課題（ニーズ）」を明記している。「実施評価表」で計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。市役所や介護支援専門員と連携し、困難事例にも積極的に対応している。		
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
<コメント> 定期的には居宅サービス計画書の見直し時期に、「個別援助計画書」を見直している。緊急に変更が必要な場合は、介護支援専門員に報告している。見直しによって変更した内容は、「いろは日記」と個人ファイルで職員に周知している。新たな課題については、計画のニーズ欄に明記している。		
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
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況等を、「面接調査表」（アセスメントシート）・各種チェック票・個人記録で把握している。職員間の情報共有は、主にパソコンでお叶っている。「個別援助計画」にもとづくサービス実施が明確になる記録の工夫・記録内容に差異が生じない仕組み作りが望まれる。また、会議録については、開催日時・参加者・内容・欠席者への周知が明確になる書式の整備を期待する。		

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>特定個人情報保護規程を整備し、記録の保管・保存・シュレッダーによる廃棄・情報の提供等に関する規定や、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を定めている。記録管理の責任者を、施設長としている。入職時研修や法人研修で個人情報保護について周知を図り、入職時に誓約書を交わしている。契約時に、個人情報の取り扱い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

「面接調査票」に心身の状況・ADL等を記載する書式があり、生活歴や暮らしの意向等は特記事項欄に記載している。把握した情報と居宅サービス計画をもとに、個別支援計画を作成し利用者個々に応じた生活になるように支援し、モニタリングで検討して必要に応じて改善する仕組みがある。日常動作の中で、動機づけを行い自立支援に取り組んでいる。計算ドリル・塗り絵・縫物・しおり作り等、複数メニューを準備して生活に楽しみがあるよう工夫している。施設内の合同イベントに参加し、ボランティアや地域住民の参加により活動の多様化を図っている。希望があれば、買い物・散歩・地域の夏祭り等、社会参加の機会も設けている。食事・排せつ・入浴については、基本的には食堂・トイレ・風呂等に移動して支援している。朝替えを行い、離床時間については、本人の希望や身体状況に合わせて援助している。

「面接調査票」でコミュニケーション能力や個別の配慮について記載する書式がある。個別支援計画や個人記録に明示して職員間で共有し支援している。職員は日々の支援の中でコミュニケーションを図り、利用者の言葉のまま個人記録に記載するようにしている。筆談・カード等、特に配慮が必要な人には個別の方法で行っている。言葉遣い・接遇については、法人研修と伝達研修で学ぶ機会を設けている。会話が不足している利用者には、話しやすい職員が部屋で話を聴くなど、話しやすい機会作りを行っている。

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

個別介護計画をもとに、利用者個々の心身の状況や意向に合わせた入浴介助を行っている。個浴対応で一人ずつ対応しプライバシーに配慮している。入浴拒否の場合は、時間の調整や職員の変更等で対応している。エアコン・冬場は足元用ストーブ等で室温を調整し、入浴前に、湯温・室温・備品等の確認し、入浴直前には直接利用と一緒に湯温を確認している。入浴後は、スポーツ飲料・お茶・ゼリー等を用意し、水分摂取を促している。皮膚状態を観察しながら、必要時には保湿クリームや本人持参薬を塗布している。滑り止めマット・手すり・高さ調整可能なシャワーチェアが用意され、また、必要に応じて2人介助で、安全に入浴できるように取り組んでいる。また、自力で入浴できる場合も、見守りを行っている。感染症等の場合は、介護支援専門員・家族・看護師と相談し、入浴の順番を最後にしている。

マニュアル等に入浴の可否の判断基準を明確にし、個別の可否基準については個別介護計画等に明記することが望まれる。機械浴等の設備は設置していない。

個別援助計画書をもとに、利用者個々の心身の状況に沿った排泄介助を実施している。排泄チェック表で利用個々の排泄パターン・排泄状況を把握し、ポータブルトイレも含め、できるだけトイレでの排泄が行えるように支援している。排泄時は尿・便について確認を行い、排泄チェック表に記録している。排泄パターンや気配から、早めの誘導を行い、声かけ介助時はプライバシーや羞恥心に配慮している。トイレ使用後は速やかに清掃し、消臭剤・芳香剤を使用している。トイレには手すりが設置され、前面に椅子を置く等、転倒・転落防止に取り組んでいる。自然な排泄を促すために、歩ける方はできる限り歩いていただき、寒天やヨーグルト等食事改善にも配慮している。睡眠時は、ポータブルトイレを使用したり、パット交換の回数を検討する等、安眠にも配慮して介助している。排泄用品は利用者様持参が多く、施設でも一定の排泄用品を用意している。ポータブルトイレは3種類用意し、利用者様に合ったものを選択している。おむつ交換時には、皮膚の観察を行い、異常があれば、看護師・家族・介護支援専門員に報告している。

冬場のトイレの保温に配慮する取り組みが望まれる。

個別援助計画書をもとに、利用者の心身の状況に応じた介助を実施している。日々の状態に合わせ、残存機能を活かした自立支援に努めている。一人介助が難しいときには、安全のため二人介助を実施している。車いすや杖は持参されることが多く、施設の福祉用具として車いす・歩行器・介助バー等を準備し、利用者の状況に応じて使用している。使用している福祉用具が、利用者の心身の状況に合っているかを確認し、不具合などあれば介護支援専門員に連絡している。全面バリアフリーで十分な広さがあり、動線を考慮して椅子・テーブル・ソファ等を配置している。移動希望時には速やかに対応し、周囲の確認をし誘導している。

点検表を活用し、定期的な点検の実施が望まれる。

体位変換、軟膏塗布、移動・移乗時の配慮については、介護支援専門員からの指示を受け、個別援助計画や個人記録で職員間で共有し支援している。褥瘡については、法人研修と伝達研修で学ぶ機会を設けている。食事の摂取状況はチェック表で把握し、改善の必要があれば介護支援専門員に報告している。

褥瘡の予防についてマニュアルを整備し、周知することが望まれる。

衣類の選択については、自身で出来る場合は職員が見守り、困難な場合は職員が支援している。購入の必要があれば、家族に依頼したり、職員が購入したり、職員が買い物同行する等対応している。汚れに気づいた時には、利用者と一緒に洗濯して干したり、職員が対応したりしている。

整容については、利用者自身でできる場合は環境を整え、必要と希望に応じて職員が支援している。基本的には2ヶ月に1回訪問理美容を利用できる体制がある。訪問理美容の仕組みについては契約時に情報提供している。外部の理美容の希望があれば、家族に依頼したり、職員が付き添いを行って支援している。

全室個室対応であり、ベッド周辺の光や音について、利用者の希望や状況に応じて配慮をしている。寝具はリースでの対応であるが、希望があれば使い慣れた寝具類の持ち込みも可能である。不眠者対応等、状況に応じて、共有部分に簡易ベッドを用意して対応することが可能である。

夜間就寝中のサービスについてのマニュアルの整備が望まれる。

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

「面接調査票」で利用者個々の嗜好やアレルギーなどを把握している。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事業所で調理し、副食は伽の里から搬入され、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たり、テーブルを分散配置する等、その日の状況により利用者の意向に応じて利用できるように工夫している。

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。

「面接調査票」で利用者の状態に合わせた形状や調理方法を把握し提供している。食器・スプーン・食事量等、在宅時と同じような状況で摂取できるように配慮し、利用者のペースで負担のなく食べられるように支援している。食事時は車いすから椅子へ移乗し、座位を確保しながら食べる姿勢を保持し食事できるように支援している。個別チェック表を使用し食事量・水分量を把握している。栄養士・看護師と連携し、利用者個々の状態に応じた食事形態や介助により、経口での摂取が継続できるように取り組んでいる。発熱、歯痛等の場合には、利用者の希望を聞き、おかゆや食べやすい食事を提供している。

食事中の事故についての対応方法をわかりやすく明示し、日ごろから確立し、日頃から周知を図ることが望まれる。

「面接調査票」で、口腔ケアの自立度を把握している。口腔ケアについては、食事の一連のサービスとして実施しているが、居宅サービス計画書をもとに、個別支援計画に位置付けて支援する場合もある。口腔ケアについては、食事ケアについての法人研修と伝達研修で学ぶ機会を設けている。必要に応じて、義歯の着脱、清潔、保管について援助している。共用スペース・居室に、洗面台を設置している。

口腔機能を保持・改善するための体操（口腔体操等）を実施することが望まれる。口腔ケアの実施・義歯の管理については、チェック表等で記録することが望まれる。

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

基本的には、看取り介護は行っていないが、居宅サービス計画書に位置付けがあり、個別援助計画に事業所での対応・ケアについて記載し、家族の同意を得て支援した事例がある。支援に当たっては、介護支援専門員・かかりつけ医・訪問看護師等と連携を密にして支援に取り組んでいる。事業所に看護師の配置があり、職員の不安の軽減にも努めている。終末期ケアについては、法人研修と伝達研修で学ぶ機会を設けている。
在宅サービスであり、基本的には看取り介護は行わないため、指針やマニュアルは作成していない。

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

「面接調査票」で、ADL・精神状態・認知症・周辺症状を把握している。周辺症状を呈する利用者について、対応時の配慮事項等は個人介護記録の「情報」で共有し、状態観察や対応については職員が個人介護記録に入力している。洗濯物たたみ等、役割が持てるよう工夫している。認知症について法人研修と伝達研修を実施し、ユマニチュードについても学ぶ機会を設けている。利用者個々の症状に合わせ、計算ドリル・塗り絵・縫物・洗濯物たたみ等、個人やグループで行えるように工夫している。身体拘束は行っていない。

リビングや廊下など共用空間は、広いスペースが確保され、バリアフリーで開放的である。危険物は、アイランドキッチン内や職員用デスク内へ収納され、管理されている。現在異食等の利用者様は居ないが、テーブルや作業台等整理整頓している。居室は全室個室となっており、利用者の好みの物・使い慣れた物・過去の作品等を持参し、落ち着ける環境づくりに努めている。居室・トイレなどわかりやすく表示している。

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

移動・移乗・立位保持等、日常生活動作の中で、身体機能の維持・向上に努めている。居宅サービス計画書をもとに個別援助計画に採り入れて実施する場合もある。看護師の配置があり、随時助言・指導を受けている。認知症状の変化等を察知した場合は、介護支援専門員に報告し医師・医療機関につないでいる。

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

入所日と入浴日にバイタルチェックを行って記録し、体調変化の早期把握に努めている。利用者の体調変化に気づいた場合は、家族に連絡し、家族の指示に沿って対応している。経過や対応は個人介護記録に入力し、介護支援専門員に報告している。法人研修と伝達研修で、「症状別介護」として、発熱・脱水・熱中症など体調不良時の対応について学ぶ機会を持った。バイタルチェックの結果はチェック表に、健康状態は個人介護記録に入力している。
高齢者の病気については、「疾患別高齢者介護ポイント」を整備しているので、研修や回覧研修などで周知が望まれる。服薬については、家族のセット見本に準じてセットを作って服薬介助を行っているが、服薬記録による実施の確認が望まれる。

「感染症・食中毒マニュアル」を整備している。法人の「感染症対策マニュアル」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。予防接種の費用は、上限を決めて施設が負担している。感染症・食中毒に関する研修は、年2回、法人研修と伝達研修で実施している。玄関・エレベーター横・リビングに、手指消毒剤やマスク等を用意している。感染時期には手洗い等の案内を掲示し、家族・外来者にも呼びかけている。職員の健康状態についてチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。

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 ・ (b) ・ c

特記事項

委託業者が、建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善に取り組んでいる。リビングや廊下に、ソファや椅子・畳台が用意され、談話を楽しみながら、快適に落ち着いてくつろげるよう配置している。利用者の要望に応じて作業できる手作業スペースも用意され、思い思いに過ごせるよう工夫されている。

利用者の安全性・快適性を維持するための備品をリストアップし、チェックリスト等を作成して点検を定期的に行う仕組みづくり望まれる。

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

定期的には、「いろは連絡帳」にて利用期間の状況の報告をし、変化があった場合は、その都度電話等で迅速に連絡している。送迎時・担当者会議・面会時の際に、サービスの説明をしたり、要望・相談等を聴く機会を設けている。相談内容は日誌に記録している。家族面会時には、ユニットの職員が近況を報告している。利用期間中に行事等があれば、案内している。

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

外出は、利用者や家族から要望があれば、都度職員が対応している。チラシ等、案内があれば情報提供している。遠出はできないが、伽の里と合同で、ルミナリエ等に外出する機会がある。

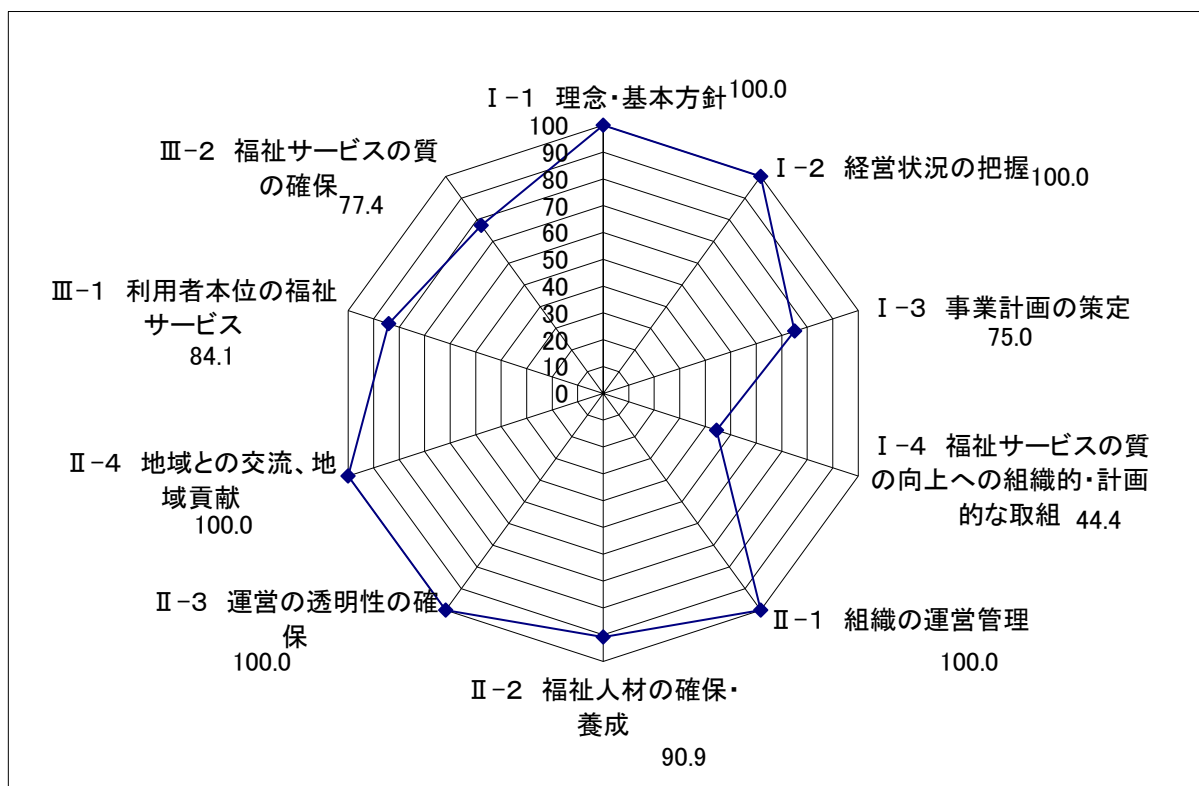
外出時の安全確保や不測の事態に備えて、具体的な取り組みが望まれる。

電話の利用については、事務室の電話やリビングの電話（子機）を使用し、プライバシーに配慮し事務室や居室で使用できるよう支援している。郵便物についても、事務室窓口でプライバシーに配慮して対応している。

利用者からの要望があれば、新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等の持ち込みも可能である。共有スペースにも新聞やテレビが用意されている。共同利用時の方法については、利用者間の話し合いや職員の声掛けで円滑に行っている。

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	33	30	90.9
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	21	21	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	53	84.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	21	100.0
2 身体介護	54	48	88.9
3 食生活	24	20	83.3
4 終末期の対応	6	5	83.3
5 認知症ケア	15	15	100.0
6 機能訓練、介護予防	3	3	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	10	76.9
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

