評価細目の第三者評価結果（高齢者福祉サービス）

判断水準	
「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

※　最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
Ⅰ－1－(1)　理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	法人理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」と毎年の基本方針を明文化し、施設内に掲示するとともに広報誌（ゴーゴー剣崎、けんざきショート便り）・パンフレット・ホームページ等に記載している。職員には毎年度当初の職員全体会議で、理念・当該年度の基本方針・事業計画を資料を用いて具体的に説明している。また毎年4月の間は各フロアの朝礼時に理念を唱和して周知を図っている。利用者には契約時はパンフレット、年度初めにはチラシ等の書面を懇談会時に配布、家族にはチラシを送付して事業計画・理念・基本方針を説明している。

Ⅰ－2　　経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ－2－(1)　経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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	法人内の施設長会議・管理者会議に出席して情報交換している。また業界月刊誌（ケアハウス部会）の購読や行政・各種協議会からの情報を含めて地域の社会福祉事業全体の動向把握に取り組んでいる。同じ剣崎拠点内のるディサービスセンター・居宅介護支援センターや地域包括支援センターから地域の福祉ニーズを情報収集している。地区の福祉施設連絡協議会・町内会に参加し、地域の情報（利用者数・利用者実態、福祉ニーズ等）を継続的に把握・分析している。剣崎拠点内の代表者ミーティングにて要因分析を実施して今後の見通しを職員間で共有している。
3	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	法人本部の理事会・評議員会・施設長会議の報告事項を経営課題として共有している。施設内では職員全体会議にて共有し、経営状況や具体的な課題について話し合っている。各種会議・委員会での決定事項・提案等は各会議（代表者ミーティング、職員会議）を通じて各リーダー・職員と課題を共有して、解決・改善に具体的に取り組んでいる。

Ⅰ－3　　事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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	中長期計画（5年間）として剣崎拠点の基本方針・事業計画・運営計画を策定している。中長期計画では「施設内外の整備」「サービスの質の向上」「人材育成・人材定着」「業務改善」「地域貢献」「災害時対応」を柱として策定しており、社会環境の変化に合わせて年度末に見直しを実施している。
5	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。	b	計画の策定・実施・見直しの手順が定められている。中・長期計画の内容に基づき単年度の事業計画・運営計画を策定している。運営計画は事業所の数値目標（1日平均利用者数、職員配置数）や重点事項を明示した内容となっている。今後は、更に具体的な内容にされることを期待する。
Ⅰ－3－(2)　事業計画が適切に策定されている。			
6	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	実施及び見直しの手順に沿って、前年度の評価・職員の意見を検討して運営計画の具体的目標を検討して設定している。中長期計画に基づき具体的な取り組みを重点項目として明示している。運営計画は職員全体で作り上げる手順なっており、年度初め職員全体会議で周知している。運営計画の進捗状況は職員全体会議の中で振り返りを実施して評価している。評価実施時に計画の修正が必要な場合は剣崎拠点の代表者ミーティング・管理者会議にて見直しを検討している。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	中・長期計画や単年度計画にて策定されたケアハウスの運営計画の要点について、フロア・食堂に掲示するとともに、利用者・家族には要約した書面を年度初めに配布している。また年度初めの懇談会等で利用者に説明している。行事は毎月の懇談会にて利用者に説明している。

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	コメント
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	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	施設内の各活動・実施案件（自立支援介護、各委員会、研修、行事企画等）は、PDCAサイクル手法に基づいてサービスの質の向上に取り組んでいる。代表者ミーティングにて剣崎拠点全体の課題を共有しており、運営委員会にて職員に課題を共有している。毎年、第三者評価の自己評価票を用いて、自己点検を実施して改善点を抽出している。また外部評価機関による第三者評価を受審して課題・改善点を把握して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
9	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。	b	各委員会・各会議・部門等の課題を職員間で共有出来ていない。今後は、職員間での共有化を図り、改善計画を策定し、改善に取り組まれることを期待する。

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	コメント
Ⅱ－1－(1)　管理者の責任が明確にされている。			
10	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	年度初めの広報誌(ゴーゴー剣崎、ショートけんざき便り)にて管理者の役割・責任・運営方針・取り組みを表明している。管理者の役割・責任は業務分担表に記載されており、職員全体会議にて職員に周知している。管理者不在時の権限委任についての代行権限を文書化して明確にしている。
11	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。	b	施設長は行政機関からの各種通達や研修・各関係団体の会合への参加及び法人本部からの情報を通じて、運営上の関係法令全般について対応している。また職員全体会議・各種委員会等の中で職員に遵守すべき事項(コンプライアンス、虐待防止、個人情報の保護等)を周知している。今後は、遵守すべき法令とのリストを作成されることを期待する。
Ⅱ－1－(2)　管理者のﾘｰﾀﾞｰｼｯﾌﾟが発揮されている。			
12	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	法人理念(尊厳の保持)の実現に向けて、職員全体会議・運営委員会にて議題を管理者・職員間で話し合っている。サービスの質を担保するために人材育成・業務のIT化(省力化、情報共有)に取り組んでいる。研修に参加した職員には報告書を提出してもらいサービスの質の向上に取り組んでいる。多様な専門委員会活動・研修の体制を構築し、職員の自主性の発揮やサービスの質の向上に取り組んでいる。
13	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	施設長は毎月の試算表・目標管理・勤怠管理を確認し、人事・労務・財務について分析・把握を行っている。働きやすい職場環境整備(休憩室、職員用ウォーターサーバー設置など)について職員会議や保健衛生委員会で話し合っている。

Ⅱ－2　　福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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	法人全体の要員計画・配置基準(有資格者)に基づき、施設側より必要な人材要因を法人本部に伝達して、福祉人材の確保に取り組んでいる。人員配置は休日消化・有給消化が実施可能な体制を整備している。法人全体で各種採用ルート(養成機関の新卒者、ハローワーク、就職フェア、SNS、派遣会社の活用、外国人の特定技能・実習生等)を通じて採用活動している。職員研修は階層別で適材適所の研修計画を立案している。働きやすい職場として産休・育休休暇者による人員不足の予測を立てながら必要に応じて求人している。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として「求める職員像」を明文化し階層別に職員に期待する人材像を示している。人事評価制度では職員の目標・役割・モチベーション・専門性・職務遂行能力・貢献度等を定期的に評価している。給与規程にキャリアパスの内容を明示しており研修を実施して職員自ら将来像を掲げてもらっている。人事評価表の見直しや評価者の教育訓練も実施している。把握した職員の意向・意見は所属する部署の幹部職員と改善策を検討・実施している。年度初めに施設長が個人面談を行い、将来的な希望・異動の希望等について確認している。

Ⅱ－2－(2)　職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a	職員一人ひとりが働きやすい環境作り（計画的有給休暇付与、育児休暇・短時間勤務制度、予防接種、健康検診等）に取り組んでおり、「いしかわ魅力ある福祉職場制度」の認定を受けている。保健安全衛生委員会が中心となり「働くBOX」を設けて職員の本音・不満・改善してほしい事をピックアップして、職員にとってより働きやすい職場環境作りに活かしている。メンタルヘルスに配慮し、ストレスチェックの機会（年１回）や相談担当者・産業医によるサポート体制を整備している。厚生委員会では担当職員を選出して職員旅行・食事会等の福利厚生の希望を聞いている。
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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	人材の確保・育成・定着に関する方針を、中・長期計画に明示しており、人事考課表や行動規範に階層別に期待する職員像を示している。人材育成のために人事考課制度を導入して職員に研修を行い、目標管理に基づく面接を実施している。人事考課の結果は職員にフィードバックし、職員のモチベーションの維持向上を図っている。
18	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	職員の教育・研修に関する方針を中・長期計画に明示している。法人本部の年間研修計画と剣崎拠点での研修会・勉強会（法定、サービス強化、自立支援介護の勉強会等）と外部研修受講（職員に受講希望を聞き案内）を実施し、受講後は報告書提出により研修成果を確認している。運営委員会が施設内の研修会・勉強会の評価・分析を行い、次年度の計画内容に活かしている。
19	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	新人職員には新人育成プログラム・プリセプター制度を整備しており、OJTにより育成・スキルアップを図っている。現任者には一人ひとりの経験・能力を分析し必要な外部研修（階層別、専門分野等）の受講を計画している。職員が自己啓発的に参加できる外部研修に関する情報等を掲示板で周知している。
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	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	介護実習受入れマニュアルに実習の方針・目的・流れ等を明示している。実習指導者研修修了者を配置しており、実習生にとって効果的な実習内容となるよう取り組んでいる。実習希望があれば事前に実習指導者連絡会に出席して、養成校が用意したカリキュラムに沿った実習を実施し、巡回時・中間・最終と実習を振り返る機会を設けている。

Ⅱ－3　　運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	施設の各種情報（理念、運営方針、中・長期計画、運営計画、広報誌、第三者評価他）をホームページ上で公開（リンク貼り付け含む）し、運営の透明性を確保している。利用者・家族からの苦情・意見は対応を広報誌・HPに記載して対応を公表している。また施設内の見やすい場所に掲示している。広報誌は地域の居宅介護支援事業所にも配布している。
22	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	法人内・施設内の取引に関するルールを経理規程に定めている。運営面に関し、理事会及び評議員会でのチェックや必要時は外部専門家（公認会計士、社会保険労務士等）の助言を受けている。法人内で定期的に監事による内部監査を実施している。

Ⅱ－4　　地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ－4－(1)　地域との関係が適切に確保されている。			
23	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	中・長期計画に「地域行事への参加・交流、施設の開放、災害時の避難受け入れ」を明示している。活用できる地域の社会資源（訪問美容、移動スーパー、介護タクシー等）を掲示している。地区の文化祭への作品出店や地域行事等への参加支援に取り組んでいる。地区福祉協議会（結ネット）を通じてボランティア活動を受け入れている。秋は剣崎拠点内の事業所と合同で感謝祭を企画して地域住民・関係者（家族、ボランティア、介護学生等）を招待している。
24	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	ボランティア活動マニュアルに目的（地域福祉の向上、ノーマライゼーションの推進、サービスの透明性等）を明示し、各種ボランティア（傾聴、施設内行事補助等）の受け入れを行っている。学校教育への協力の観点から、小中高学生の職業体験や施設見学を通じた交流の受け入れも行っている。
Ⅱ－4－(2)　関係機関との連携が確保されている。			
25	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	地域の社会資源に関する情報をとりまとめて運営委員会を通じて職員間で共有している。地区福祉施設連絡協議会に参加し関係機関・団体と連携している。利用可能な社会資源（医療、公共機関、介護事業所等）は周辺施設電話帳として掲示している。
Ⅱ－4－(3)　地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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	剣崎拠点としてティールーム剣崎を開催して民生委員・社会福祉協議会・包括支援センター・拠点内の他事業所と協力しての活動に取り組んでおり、また地区福祉施設連絡協議会に参加し、地域住民のニーズの把握と交流を図っている。災害発生時には地域の福祉避難所としての役割を担うために、今後は地区住民の一時避難場所も兼ねるように協議している。
27	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	剣崎拠点として地域の福祉ニーズの把握のためにティールーム剣崎の開催や地域行事（クリーン作戦、運動会、敬老の日の集い等）に参加している。施設が有する自立支援介護・認知症ケアのノウハウを利用者家族・地域住民に還元できるよう、地域の在宅介護への貢献活動に取り組んでいる。また地域の防災活動にも参加している。

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	コメント
Ⅲ－１－（１）　利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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	「個人の尊厳の保持」を法人理念に明示し、介護サービスマニュアルの策定や研修の実施により利用者を尊重した介護の実践に取り組んでいる。毎年の内部研修を通じて職員の意識向上を図っている。毎年5月の職員全体会議の中で施設長からの訓示で職員に倫理綱領を確認する機会を設けている。職員は日々の業務の中でも注意点・気づきを話し合い、共通の理解をもってサービス提供に取り組んでいる。
29	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	利用者の権利擁護のためにプライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルを整備している。毎年「プライバシー保護」「虐待防止」をテーマとする内部研修を実施し、職員に周知徹底を図っている。介護の場面ではプライバシー保護や羞恥心に配慮し、居室入室時、排泄・入浴介助時は同性介助・個別での入浴の希望に対応している。不適切事案が発生した場合の対応手順は、各種介護サービスマニュアルの中に明示している。
Ⅲ－１－（２）　福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
30	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	法人理念や提供するサービス内容を記したパンフレット・利用料金表・ホームページ・生活の手引き・広報誌等を整備し、利用希望者に対して必要な情報を提供している。生活の手引きはケアハウスでの1日の生活の流れを、利用者・家族が解りやすいように記載している。利用申し込み・電話相談・見学時には、資料の郵送や対面説明、施設紹介動画にて説明している。入居希望一覧表を作成して年1回現状調査を行っている。
31	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	入居時は「パンフレット」「重要事項説明書」「生活の手引き」を用いてサービス内容（理念、自立支援介護の取り組み、料金等）を事前面談確認表に沿って詳しく説明して確認している。契約時は契約書・重要事項説明書の内容について書面で同意を得ている。意思決定が困難な利用者については面談・電話等で家族に説明している。
32	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	福祉サービスの継続性に配慮し、サービスの変更（介護施設入所、病院・他事業所への移行）を想定した「退園手順書」を整備している。サービス変更（家庭復帰、病院・他事業所への移行）後に家族に渡す書面に相談窓口担当者・連絡先を明示している。
Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。			
33	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	年1回、満足度調査手順書に準拠して満足度調査（利用者、家族）を行い、満足度の把握・分析を行って職員全体で情報共有している。また利用者とは毎月の懇談会を通じて、家族とはサービス担当者会議にて意見・ニーズの把握に取り組んでいる。アンケート結果は運営委員会にて内容を検討して施設の対応を明文化しフィードバックしている。

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	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	苦情解決の仕組み（受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等）を整備している。入居時に渡すチラシ（苦情受付フローチャート図）、施設内でのポスター掲示、ホームページを通じて利用者・家族への周知を図っている。苦情・相談が生じた場合は苦情ファイルに記載し、運営委員会にて適切な対応策を講じている。苦情内容・改善策は家族の同意を得て、HP・広報誌（ゴーゴー剣崎）で公表している。職員には職員全体会議にて、苦情内容・改善策等を周知している。
35	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	相談受付フローチャートを作成し施設内に掲示している。日常会話や居室での介護時の会話では話しやすい雰囲気づくりに配慮し、利用者の希望に応じ相談出来る環境を整備している。利用者との会話はケース記録に記載して情報共有している。日頃より職員が利用者に声かけして他のサービスの利用希望や生活上の悩み等を述べやすい機会作りに取り組んでいる。相談受付時は談話室や居室を使用している。
36	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	利用者・家族の声に組織的かつ迅速に対応出来るよう、「意見・提案等」に関する対応マニュアル」を整備している。また懇談会や日常会話にて利用者・家族の声を聞いている。意見・提案・要望等については運営委員会・介護ミーティングで検討し、迅速に回答・説明している。対応マニュアルは運営委員会で年1回見直しを検討している。利用者には返答に時間がかかる場合はその旨を説明している。
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	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	安心・安全なサービスの提供のためにリスクマネジメント体制（年2回の研修実施、リスクマネジャーの選任、事故発生時対応マニュアルの整備、月1回の介護事故防止委員会の開催、ヒヤリハット・事故報告書等）を構築している。ヒヤリハット・事故報告は介護事故防止委員会で検討し、対応・改善策を講じている。毎月、事故防止委員会でヒヤリハット・事故報告の内容を集計・分析して再発防止策の有効性についての検証を行っている。また職員全体会議にて施設内のヒヤリハット・事故の事例報告を行い、再発防止策の周知を図っている。
38	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	感染対策マニュアル（予防策、発生時の対応手順等）を整備しており、感染症対策委員会を毎月開催している。県・保健所からの最新情報を踏まえ、マニュアルの内容を随時見直している。感染予防に関する勉強会を年2回（6月：食中毒／10月：インフルエンザ、ノロウイルス）実施し、職員への周知徹底を図っている。職員や利用者、また外部からの出入りによりウイルス等を持ちこまないよう、注意事項の掲示や健康チェック表を用いて検温を行い体調を確認している。職員は出勤時に手洗い・消毒・検温を実施している。法人全体でBCPを策定しており、コロナ感染編も準備している。
39	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	非常災害時（火災、地震、風水害、雪害、断水等）マニュアルを整備しており、防災委員会を毎月開催している。防災委員会が中心となり、毎月、災害時の対応に関する避難訓練を実施して職員・利用者に対応の周知を図っている。年２回の火災想定総合避難訓練、年１回の地震・水害を想定した対応訓練を実施している。訓練では通報手順・避難場所・避難経路の確認と利用者の安否確認や勤務外職員の安否確認方法を取り決めている。備蓄については管理栄養士が管理し、リスト化し厨房に準備している。町内会・地区防災会とは災害発生時におけるボランティア活動に関する覚書を締結している。

Ⅲ－２　　福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	各種介護サービスマニュアル（食事、入浴、排泄、口腔ケア他）に標準的なサービスの実施方法・手順を定めている。羞恥心を伴う場面（排泄、入浴時）ではプライバシーに関して配慮すべき点を明示している。新入職員にはプリセプター制度を導入し指導職員によるOJTにてマニュアル内容の達成度を定期的に確認して個別指導する機会を設けている。現任者には介護ミーティングや各種委員会・研修を通じて標準的なサービスの実施方法・手順の周知を図っている。介護職員アンケート（自己チェック）を人事考課時に実施し、実際に上司が標準的なサービスが提供できているかを確認している。
41	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	現場からのマニュアル見直し要請があった場合は各委員会でマニュアルの見直しを検討している。また年1回、運営委員会での見直し検討によりマニュアルの見直しを実施している。マニュアルの改訂箇所は赤字で表示して、旧内容と対比させて職員に分かりやすいようにしている。今後はマニュアルの見直しの経緯がわかるようにされることを期待する。
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	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	介護計画書作成マニュアルに計画策定の責任者・アセスメントの手順を定めている。各種書式（包括・口腔ケア・24hシート等）を策定して適切にアセスメントを実施している。介護計画書の策定にあたっては居宅介護計画書・サービス担当者会議にて利用者・家族のニーズを確認してサービス内容を検討している。サービスの実施にあたっては計画通りにサービスが行われているかの項目別ケアチェック表を作成して確認し、委員会でも検証している。サービス計画に記載されている事項（散歩、足浴、口腔ケア等）を実施したかの確認として、チェック欄を設けてサービスが行われているかを確認する仕組みとなっている。
43	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	介護計画作成マニュアルに、計画内容の見直しを行う時期・手順を定めている。基本的に1年毎または入居者のニーズ・状態変更時に見直しを実施している。モニタリング総括を半月毎に実施して、ケアマネジャーに報告・相談してサービス担当者会議で検討し介護計画の更新・見直しに反映させている。
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	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	日々のサービスが介護計画に沿って行われているかを、項目別ケアチェック表やモニタリングで確認・評価している。効果的なモニタリング実施のために、統一した記録方法を職員全体会議で話し合い指導している。記録方法のルール化（利用者が発した言葉は「　　」書きで残す、5W1H方式で客観的に記入する等）に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステム・タブレット端末を活用し施設内の各種情報を共有する仕組みを整備している。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理規程に記録の保管・保存・廃棄・開示に関するルールを定めている。個人情報保護規程・分掌業務分担表を整備し、毎年職員全体会議で職員への周知を図っている。契約時に個人情報の利用目的を利用者・家族に説明し、書面で同意を得ている。

評価細目の第三者評価結果（高齢者福祉サービス）

判断水準	
「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

※　最低基準を満たしていることを前提

Ａ－１　　生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
Ａ－１－（１）　　生活支援の基本			
A③	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	入居にあたり利用者・家族の希望やケアマネジャーからの情報提供、アセスメント様式（生活機能チェックシート、興味関心チェックシート、人間関係の把握等）を活用しての情報収集を通じて、利用者の生活習慣・趣味・希望を把握している。一般利用者については行事企画を案内している。特定利用者については介護保険のサービス内容を説明している。生活関連サービスとして、医療機関への送迎・付き添い、移動スーパーの利用、理髪サービスを支援している。介護サービスが必要な利用者にはケース記録を基に職員間で情報共有して、利用者の希望の変化や申し送り事項があった時は介護ミーティング時に報告・検討している。また変更事項はケアマネジャーと情報共有している。毎月の懇談会での希望・意見の聞き取りや、満足度調査を実施しており、利用者・家族の意見をサービスの向上に活かしている。
A④	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	毎年、接遇についての法人内研修・施設内勉強会・委員会を実施しており、会話のスピードや聞きやすい口調、利用者の尊厳や自己決定に配慮した応対・言葉遣い・選択肢ある声かけを職員に徹底している。利用者別（補聴器の有無、ホワイトボードの利用等）にコミュニケーション方法を検討しており、利用者にとってストレスの無いコミュニケーションに取り組んでいる。行事計画については利用者の意見を聞いて職員で検討している。書道、絵画等の趣味活動は利用者一人ひとりに合わせて支援している。個別で利用者が話したい時は話やすい場面を設けている。
Ａ－１－（２）　　権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	施設内に権利侵害に関する具体的な事例・相談先を掲示して利用者・家族に周知している。職員向けには毎年職員全体会議にて人権擁護に関する研修を実施している。研修後に職員アンケートを実施して不適切ケア・グレーゾーンについて職員の疑問を聞いている。身体拘束廃止・虐待防止に関する指針・マニュアルを整備し、身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会、施設内勉強会を通じて職員に周知している。施設内における不適切ケアについて、運営委員会で検討して職員に周知している。

Ａ－２　　環境の整備

		第三者評価結果	コメント
Ａ－２－（１）　　利用者の快適性への配慮			
Ａ⑥	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	利用者が快適に過ごせるよう、共有空間の温度・湿度・明るさ等に配慮している。年2回保健安全衛生委員会（法人内他事業所職員）が施設内を巡視し、4S（整理・整頓・清掃・清潔）を保っているか、危険個所がないかを点検している。毎月の懇談会でも入居者に希望や不満を聞いている。テレビの配置や台数、音の聞こえ方に配慮して設備を整備している。利用者が自由に使える談話室を設けている。食堂での座席の配置に気を配り利用者同士の発言で雰囲気が悪くなりそうな時は職員がフォローしている。居室には自宅で使用していた家具や馴染みの物を自由に持ち込んでもらっている。

Ａ－３　　生活支援

		第三者評価結果	コメント
Ａ－３－（１）　　利用者の状況に応じた支援			
Ａ⑦	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	一般浴・個浴・機械浴の浴室を設けている。利用者毎に適した入浴方法を検討して、利用者個々の希望（順番、好みのシャンプー、スキンケア、メイク、同性介助等）や身体状況・体調に応じた入浴介助を支援している。利用者が安全・快適に入浴出来るよう、入浴マニュアル・個別の注意事項を整備しており、1日2回の検温を実施し週2回入浴支援を実施している。体調や気分によってサービスの変更（日程変更、シャワー浴、清拭、足浴）に対応している。
Ａ⑧	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	利用者の希望を尊重してできる限り自立排泄できる支援に取り組んでいる。利用者一人ひとりの心身の状況に合わせた支援のために、必要に応じて排泄チェック表を活用して必要な支援方法（声かけ、移動、後始末等）を検討している。利用者個別の排泄課題を把握して、水分量・運動量や排泄方法・パッド等の衛生用品の使用について助言している。利用者の心身の状況は必要に応じて電話・面談で家族・ケアマネジャーと情報共有している。
Ａ⑨	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	アセスメント時に利用者の心身の状況に合わせて、利用者にとって安全で無理のない移動を支援している。補助具である歩行器、シルバーカー、4点杖、車椅子等の使用や歩行訓練・電動脚漕ぎ器でのリハビリ、立位訓練、車椅子から椅子への移乗訓練等を支援している。安全のための見守りカメラの使用や職員の付き添い・見守りによる移動介助を支援している。

A－３－（２）	食生活		
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	栄養改善委員会（栄養士、看護師）や毎月の懇談会にて利用者に嗜好調査を行い、利用者個別の好き嫌いを把握しており、栄養士と委託会社が相談して献立を作成し、献立によっては必要に応じて入居者別に代替食を提供している。食事は厨房で調理して温冷配膳車で食堂へ運んでいる。「食の楽しみ」を感じてもらえるよう施設独自の行事食（炭火、鉄板、鍋の使用等）や月1回の誕生日食に力を入れている。食事時の環境・雰囲気作り（盛り付け方、姿勢、音楽、車椅子から椅子への移乗等）に配慮している。選択食の献立をお取り入れており、当日の要望にも対応している。衛生面においても定期的に業者が調理器具・厨房の消毒を行っている。
A⑪	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	アセスメント時に個別に嗜好調査・食事方法（形態、自助具、介助の必要性等）を確認して、利用者の心身状況に合わせた食事形態・自助具等の使用・テーブルの高さ調整を支援している。当日の体調や気分に合わせて利用者が食べられる形態への変更等、柔軟に対応している。食事時間についても入居者自身のペースを尊重しており、食事場所や座席への配慮や早出し・遅出し提供等に対応している。
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	令和1年より口腔衛生管理を開始している。自立支援委員会で毎月口腔内チェックを実施して口腔ケア・口腔体操（日2回）について検討している。利用者別に必要に応じて毎日の生活支援の中で口腔ケアチェックを実施し評価・確認している。口腔内に問題がある場合は外来歯科または往診歯科を手配している。年2回口腔ケアについて職員研修を実施している。
A－３－（３）	褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	褥瘡発生予防に関する指針・マニュアルを整備している。入浴・更衣時に職員が皮膚状態を確認しており、早期の発見・対応に取り組んでいる。毎月の褥瘡・排泄委員会にて予防策を講じており、皮膚状態評価を年2回実施して、必要に応じてマットレスの変更、排泄物品の検討・変更、三角枕の活用、塗薬の塗布等を支援している。居室での体位交換、圧迫制限、車いすの長時間使用について利用者に助言している。
A－３－（４）	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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	現在、喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者はいないが、人材育成のなかで実地研修・訓練（喀痰吸引経管栄養研修）に取り組んでいる。法人全体で安全管理体制を整備しており、法人内で実地研修（年1回）を実施している。
A－３－（５）	機能訓練・介護予防		
A⑮	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	毎月の自立支援委員会で機能訓練について検討している。ケアプランにも自立支援につながる運動・歩行・体操を組み入れて実施している。実施結果はケース記録をもとに自立支援委員会にて評価検討している。利用者の変化（判断力低下、認知症症状）があった場合は、家族に説明して主治医・専門医への受診を相談している。

A－3－（6）　認知症ケア			
A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	認知症対応マニュアル・認知症アセスメント・ケアチャートを整備し、認知症委員会を設置している。職員には年1回認知症ケアについて研修を実施しており、ケース記録をもとに家族と情報共有している。生活の基本となる居室作りについて、自宅で使用していた家具・家電製品・写真を自由に持ち込んでもらっている。職員は居室や廊下ソファ、談話室で利用者の話を傾聴する機会を作っている。利用者個別の趣味や興味に合わせて、プランターでの野菜作りや編み物・余技展への出品作品のグループでの作成等を支援している。
A－3－（7）　急変時の対応			
A⑰	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。	a	医療手順書を策定しており、定期受診・訪問診療時は診療情報提供書を作成して主治医に渡し、医療連携を図っている。年1回の健康診断と肺がん・結核検査のほか、毎日2回の検温・体調チェックを記録しており、職員が早期に異変に気が付き看護職員（オンコール・LINE）と連携して対応できる体制を整備している。緊急時フローチャートを策定しており、年1回職員全体会議にて研修を行っている。また毎年「脳梗塞」「糖尿病」等の症例について勉強会を実施している。服薬については看護職員が管理しており、服薬介助する介護士に事前説明して、各フロア毎に内服・処置チェック表を作成して与薬後にサインして管理している。与薬変更があった場合はお薬手帳の写しをもらいお薬管理帳にて管理している。緊急時に備え緊急連絡先・緊急時対応表を作成している。救急搬送時は必要に応じて職員が付き添い支援している。
A－3－（8）　終末期の対応			
A⑱	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	看取り介護手順書・医務手順書を策定している。終末期に関する意向を家族（可能な場合は利用者本人）に確認している。主治医が終末期と判断した場合は、相談員中心に家族との話し合いの場を設け、医療についての意向と施設でできる介護を説明して書面での同意を得ている。終末期は看取りプランを作成し、家族の協力のもと施設で可能な限りの緩和ケアを行っている。より良い看取り支援のために、施設内でのエンドオブライフケアチーム主催の研修を実施しており、看取り事例後はカンファレンスを実施して今後に活かせるよう取り組んでいる。職員のストレス・ジレンマに対しては業務の中での話し合いやカンファレンスで解決できるように取り組んでいる。

A－4　家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A－4－（1）　家族等との連携			
A⑲	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	家族対応マニュアルを策定しており、日常的に必要物品手配の依頼連絡（電話、メール）や外来受診時（家族付き添い）、サービス担当者会議時に家族と連携して情報交換している。家族との面会・電話連絡の内容はケース記録に記載し、職員間での情報共有している。面会時やサービス担当者会議・ケアプラン更新時に家族の意向・要望を確認し、日頃の支援に反映している。広報誌（ゴーゴー剣崎）を3ヶ月毎に家族に送付し施設での日頃の生活の様子を伝えている。