

福島県福祉サービス第三者評価結果表

①

名称：特別養護老人ホーム 生愛ガーデン		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：理事長 本間達也		定員（利用人数）：30名（31名）	
所在地：福島県福島市大笹生字向平12番地			
TEL：024-555-5311		ホームページ： http://www.seiaikai.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成14年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 生愛福祉事業団			
職員数	常勤職員：	16名	非常勤職員 2名
専門職員	介護福祉士	8（2）名	介護支援専門員 1（1）名
	社会福祉士	1（1）名	管理栄養士 1名
	准看護師	1（1）名	看護師 1名
施設・設備の概要	（居室数）	11室	（設備等） 機械浴

② 理念・基本方針

1. 他職種との協働
多職種と協同し利用者の残存機能を活かせるケアを目指します。
2. 地域貢献
積極的に地域交流を進め地域との絆を深めながら地域貢献に努めます。
3. 良質な環境づくり
利用者・職員双方にとって充実した魅力ある環境づくりに努めます。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

1. 行事等イベント：四季に応じた行事を毎月行っている。誕生会や賀寿のお祝い等も継続して行っている。変わり風呂（ラベンダー浴・りんご湯）や外出を実施し利用者に刺激・メリハリをつける機会を作っている。記念祭に婦人会、敬老会にご家族を招いている。
2. 地域交流：大笹生小学校との世代間交流を行った。また、大笹生小学校の運動会や学習フェスティバル（学習発表会）の見学に行った。信陵地区の芸能祭に見学へ行った。地域交流として、施設を理解してもらうため施設見学会を行い、地域住民が来所される。
3. BCP等訓練：感染・防災に関するBCP訓練を実施した。定期的にガーデン

マネジメント会議やBCPの話し合いにてBCPの手順や必要な物品について見直しを行い整備している。

4. その他：ガーデンマネジメント会議・処遇会議等を定期的に開催した。マニュアルや手順書の見直し、職場環境改善等のアンケート等年度計画を立てて進めている。ケアの質の向上への取り組みを継続して行っている。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和8年1月5日（契約日）～令和8年5月29日 令和8年 5月 29日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	17回（2025年度）

⑤ 第三者評価期間名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 職員参加による事業計画の策定について

職員にアンケートを実施し、次年度取り組みたい事業を職員から提案させて「事業計画推進係」で検討し外出機会を増やしたいという意見等を反映させた事業計画を策定している。事業計画の変更点は職員会議で丁寧に説明し、了解の上実施している。事業の実施時期等はガーデンマネジメント会議や業務会議で検討しながら実施している。

2. 利用者と地域住民との交流を広げる取り組みについて

大笹生小学校の生徒と世代間交流の機会を持ち、運動会や学習フェスティバルへの招待などで触れ合う他、手作りのプレゼントを渡したり、生徒から手紙をいただくなど相互交流を深めている。また、地域の文化祭に作品を出展し、利用者とともに見学に訪れ、地域の方と交流している。法人内地域包括支援センターと連携して施設見学会を開催し、地域の方を施設に招き、利用者も自然に触れ合える機会を持っている。

3. 利用者が食事を楽しめる取り組みについて

食事の提供について、利用者の食に対する楽しみを職員が共有している。その中でも、管理栄養士が年3回嗜好調査を行い、その結果を献立に反映させている。また、管理栄養士は、食事介助なども行い、日々の利用者の状況を観察し、その様子を見ながら季節感を味わえる行事食などをメニューに加えている。利用者が楽しく食べて欲しいという思いが伝わってくる。また、毎週金曜日は選択食を提供しており、利用者が選んで食事を食べられるという機会を設けている。

4. 利用者を尊重した福祉サービス提供について

法人理念をもとに単年度目標を掲げ、利用者の思いや意向を尊重した事業計画を作成し玄関やフロアに掲示すると共に、全体会議で周知している。事業所の倫理規

定も定め、全職員へ文書で配布している。

身体拘束廃止・虐待防止に向けた委員会等において、権利擁護に関し学ぶ機会があり、毎月のスタッフ会議や事業計画作成時に振り返りを行っている。更に、職員、家族、委託業者を対象とした「虐待・不適切ケアに関するアンケート」を行うと共に、虐待の芽チェックリストを活用した職員面談を行い、利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。

◇改善を求められる点

1. 中・長期計画と中・長期収支計画の策定について

令和7年度から令和11年度までの5年間の中・長期計画の原案を作成し、借入金の返済予測や施設設備の補修、稼働率目標、人材育成等が中・長期のビジョンが記載されている。

なお、中・長期計画はまだ原案の段階であり、法人の計画として策定するとともに中・長期計画推進の裏付けとなる中・長期収支計画の策定が望まれる。

2. キャリアパス制度への取り組みについて

令和6年度にキャリアパス制度を設け、人事基準を明確にしている。年2回施設長が職員面談により人事考課を実施し、職員が目指す目標や意向を確認している。人事考課の結果についてもフィードバックしている。処遇改善にも取り組み給与の改定に取り組んでいる。

なお、キャリアパス制度は、運用に至っていないので職員が将来を描けるよう内容を説明し、運用につなげていくことが望まれる。また、期待する職員像についても検討の段階にあり、生愛ガーデンとして目指す職員像を策定し、基本理念の体現に繋げることが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

お忙しいところ、調査員の方には丁寧にご対応いただき、感謝しております。我々は、常により良いサービスを提供するように頑張っているつもりですが、第三者評価は、外部から客観的に見ていただいて評価されるので、自分たちでは気づかないような事を、様々な視点での気づきとして調査員の方がアドバイスしてくださるので、大変勉強になります。

また、毎年、できるだけ別な（違う）現場の職員が調査員の対応をすることによって、第三者評価の意味や意義、施設に求められているものなどを理解する、良い機会となっており、職員の成長にも繋がっていると感じております。

しいて言えば、調査費用の捻出がなかなか難しいのが現状なので、受審費用の補助が出れば、他の施設も受審するようになり、サービス及び職員の質の向上につながるのではないかと考えています。

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（共通評価基準）

※すべての評価細目（45 項目）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、基本方針を確立・周知している。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	①・b・c
<コメント> 理念は毎年職員に理念を継続するか見直すかについて意見を聞く他、基本方針はアンケートを実施し利用者支援としてやってみたいことなどを聞き取り、見直しをしている。年度当初業務会議で資料を配布し説明するほか、毎月理念を唱和して浸透させている。家族にもガーデンだより（施設の広報紙）を配布し周知に努めている。利用者には毎月の誕生会で理念や基本方針を分かりやすくかみ砕いて伝える等工夫し、理解できるよう努めている。8年度当初にホームページを一新し、生愛ガーデンとして独自のホームページを設け、理念や基本方針、事業計画、予算等の公開を始めている。		

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を的確に把握・分析している。	①・b・c
<コメント> 経営状況については、理事長、施設長、理事などによる財務関係会議やグループ連絡会議で検討し、課題として稼働率の向上を掲げ、措置入所の受け入れや空床率の低減に取り組み経営の安定に努めている。		
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。	①・b・c

<コメント> 経営課題として収支改善を目標に節電や空床率の目標を設け、取り組みを進めている。また人材確保面から、管理職の給料を削減して職員の賃金アップを行うなど具体的な取り組みを行っている。

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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 令和7年度から令和11年度までの5年間の中・長期計画の原案を作成し、借入金の返済予測や施設設備の補修、稼働率目標、人材育成のビジョン等が記載されている。 なお、中・長期計画はまだ原案の段階であり、法人の計画として策定するとともに中・長期計画推進の裏付けとなる中・長期収支計画の策定が望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 中・長期計画からサービスの質の向上につながる人材育成を年度の重点目標に掲げ、単年度計画に反映させて取り組むこととしている。 なお、中・長期計画に挙げている、稼働率（ベッドの稼働率95%維持、空床利用60%維持）など収益にかかわる内容は単年度計画に入っていないので単年度計画に反映する検討が望まれる。		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<コメント> 職員にアンケートを実施し、次年度取り組みたい事業を職員から提案させて「事業計画推進係」で検討し「外出機会を増やしたい」という意見等を反映させた事業計画を策定している。事業計画の変更点は職員会議で丁寧に説明し、了解の上実施している。事業の実施時期等はガーデンマネジメント会議や業務会議で検討しながら実施している。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<コメント> 利用者に事業計画を理解していただくためイベント実施の際項目を1項目ごとわかりやすい言葉やイラストを入れて説明している。また、集会室や受付の場所に掲示していつで		

も見るができるようになっていいる。家族にはガーデンだより（施設の広報紙）と一緒に郵送し周知に努めている。

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
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。	
8 I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	㉖・b・c
＜コメント＞ 第三者評価を毎年受審し、自己評価で得られた気づきや第三者評価から得られた課題、利用者や家族の満足度調査から得られた要望やニーズに基づき課題や改善事項を把握している。課題や改善事項は、処遇会議やガーデンマネジメント会議で検討し、ケアの改善に取り組む等組織的に取り組む体制が築かれている。	
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・㉗・c
＜コメント＞ 第三者評価で示された公開性や透明性の課題には、ホームページを改修し、理念や基本方針、事業計画、決算報告等が公開され、透明性がより高まっている。 なお、第三者評価結果を受けて、事業所内各会議で検討をしているが、改善計画の作成までは至っていないので、職員が統一して取り組むため、改善計画の文書化が望まれる。	

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) 管理者の責任を明確にしている。	
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。	㉘・b・c
＜コメント＞ 業務分掌表で管理者の事務分掌が明示され、年度当初に職員に周知されている。申し送り時や業務会議等職員が集まる場面で自らの考えや役割を説明している。施設長不在時は日勤・夜勤リーダーに権限を委ねており、業務フローや災害時のBCP（事業継続計画）に明示し、職員に周知している。	
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	㉘・b・c

	っている。	
<コメント> 市の介護保険系の各種会議や研修会に参加し、介護保険や労働法関係の情報を把握し、業務会議で資料を配り説明し周知に努めている。各種法令等は法改正も含め顧問弁護士や社会保険労務士から情報提供があり最新の情報を把握し、必要な情報は職員へ周知している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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。	①・b・c
<コメント> 業務会議やガーデンマネジメント会議に参加し、ケアの質の向上についてリーダーシップを発揮している。第三者評価を毎年受審するほか、自己評価で気づいた課題についても改善に組織的に取り組んでおり、毎年サービスの質の向上を図る取り組みを進めている。医療法人と合同の研修に加え、ガーデン研修として職場内研修を隔月で年6回計画するとともに、資格取得などの外部研修に職員を派遣して人材育成を図り質の向上に繋げている。		
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。	①・b・c
<コメント> 「職場環境改善アンケート」を実施し直接職員から経営改善に向けた意見を出してもらい、業務会議やガーデンマネジメント会議で検討・改善に努めている。要望を踏まえパート職の勤務時間の調整を行ったり、施設の良さをアピールするパンフレットを作成し職場説明会で使用し、人材確保にも努めている。		

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、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	a・b・c
<コメント> 正職員の採用はグループ法人が行い、パート職や介護助手は生愛ガーデンが直接ハローワーク等に求人を出して採用している。認知症ケア専門士の資格手当を設けるなど職員の資格取得を推奨している。人材計画については定数見合いで計画的に採用している。採用に向けたパンフレットを作成し人材確保に努めている。 なお、離職率が低く、職員の年齢構成が高くなっており、職員の年齢構成の偏りを計画的に是正していくことが望まれる。		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<コメント> 令和6年度にキャリアパス制度を設け、人事基準を明確にしている。年2回施設長が職員面談により人事考課を実施し、職員が目指す目標や意向を確認している。人事考課の結果についてもフィードバックしている。処遇改善にも取り組み、給与の改定に取り組んでいる。 なお、キャリアパス制度は、まだ運用に至っていないので職員が将来を描けるよう内容を説明し運用に繋げていくことが望まれる。また、期待する職員像についても検討の段階にあり、生愛ガーデンとして目指す職員像を策定し、基本理念の体現に繋げることが望まれる。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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
<コメント> 定期的な健康診断、腰痛検診、ストレスチェック等、職員の健康管理を実施している。定期的に「職場環境改善に向けたアンケート」を行い、要望などを把握して改善に取り組んでいる。特に勤務時間は職員のライフワークに留意し調整したり、時短勤務を取り入れるなど、働き続けられるような環境づくりに取り組んでいる。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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
<コメント> 職員一人ひとり年度目標を半期ごとに立て、施設長が面談を行い目標のチェックや達成状況の確認を行い、職員が達成できるよう助言し、職員が成長できるよう支援している。目標を達成した場合は新たな目標を立てさせる他、達成できない場合は次の半期の目標として取り組むこととしており、目標管理制度を使い職員の育成に取り組んでいる。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
<コメント> グループ全体の合同研修に参加する他、特別養護老人ホームに特化した職場内研修（毎月実施）計画を策定し、計画的に研修を実施している。また、福島県社会福祉協議会などが主催する外部研修にも派遣している。参加した職員は復命報告を行っており、参加していない職員も情報共有出来るようになっている。資格取得のための研修受講を推奨し、認知症ケア専門士等の資格を取得する職員も出ている。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
<コメント> グループ全体の合同研修や特別養護老人ホーム主催の内部研修の機会があり、その研修		

に参加出来なかった職員に対しビデオ研修の機会を設けるなど参加機会の確保に努めている。外部研修は研修案内をホワイトボードに掲示し、参加を促している。業務に必要と思われる研修には指名して参加させている。新人研修はグループ全体でオリエンテーションがあるほか事業所内で先輩職員を指導者に任命しＯＪＴを行うプリセプター制度を設け育成・指導を行っている。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
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
<コメント> 実習生受け入れマニュアル・実習生の手引きを整備している。昨年社会福祉士実習指導者養成研修を職員が受講し受け入れ態勢を整えている。県内の専門学校には文書で実習希望者の推薦を要請しているが実習の希望は出ていない。		

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を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・b・c
<コメント> ホームページに事業報告、決算、重要事項説明書等情報を公開している。苦情などは対応結果も含めガーデンだより（施設広報誌）に掲載し、公開している。地域住民向けに施設見学会を開催し、広報誌も配布するなど地域住民への情報公開も行っている。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 毎月会計事務所のチェックを受けるほか監事による内部監査を行い、適正な運営に努めている。また、毎月財務関係会議を行い、業務執行について内部統制を意識した取り組みをしている。 なお、外部の専門家による指導等の機会は持っていないので外部の専門家の相談、助言を得る機会を持つことが望まれる。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		

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。	①・b・c
<コメント> 大笹生小学校の運動会や学習発表会へ招待を受け参加するなど地域の子どもと触れ合う他、手作りのプレゼントを渡したり、生徒から手紙をいただくなど相互交流を深めている。また、地域の文化祭に作品を出品し、利用者とともに見学した際、訪れた地域の方と交流している。法人内地域包括支援センターと連携して施設見学会を開催し、地域の方を施設に招き、利用者も自然に交流できる機会を持っている。		
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。	①・b・c
<コメント> ボランティア受け入れマニュアルを整備し、登録方法、窓口、手順を定め受け入れ態勢を整えている。学校教育への協力のためサマーショートボランティア受け入れの体制も整えている。小・中学生の職場体験も受け入れている。また、音楽や傾聴ボランティアも受け入れ、利用者との交流を深めている。受け入れにあたっては利用者に関わるうえでの注意事項を事前に伝えるなどリスク管理に留意している。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	①・b・c
<コメント> 社会資源の一覧を作成し、ロビーや食堂に置いて職員や利用者、家族がいつでも確認出来るようにしている。地域包括支援センター、同業者である特別養護老人ホーム孝の里（伊達市）とは災害協力協定を結んでいる。施設長は、市の社会福祉審議会など行政が主催している諸会議のメンバーとして参加し、関係団体や行政と緊密な連携を図っている。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	①・b・c
<コメント> 隣接している居宅支援事業所、地域包括支援センターから福祉ニーズを随時把握し、潜在利用者のニーズ把握に努めている。また、把握したニーズを生かし、地域包括支援センターと連携し地域住民を対象に施設見学会を開催し、施設への理解と協力を得る取り組みも行っている。		
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・活動を行っている。	a・②・c
<コメント> 認知症サポーター養成講座へ職員を派遣しサポーター養成に協力している。また、隣接		

するサービス付き高齢者住宅の利用者の作品をガーデン文化祭に受け入れる他、見学を促している。文化祭では介護相談のブースを設ける他、市の福祉避難所に登録し備蓄をするなど災害に備えている。

なお、現在の活動が限られており、地域の一員としてニーズを踏まえた地域づくりなどへの取り組みも期待したい。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
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。	①・b・c
<コメント> 法人理念をもとに単年度目標を掲げ、面談などから得られた利用者の思いや意向を尊重した事業計画を作成し玄関やフロアに掲示すると共に、全体会議で周知している。事業所の倫理規定も定め、全職員へ文書で配布している。また、身体拘束廃止・虐待防止に向けた委員会等において、権利擁護に関し学ぶ機会があり、毎月のスタッフ会議や事業計画作成時に振り返りを行っている。更に、職員、家族、委託業者を対象とした「虐待・不適切ケアに関するアンケート」を行うと共に、虐待の芽チェックリストを活用した職員面談を行い、利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。		
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を行っている。	①・b・c
<コメント> 利用者のプライバシー保護に関するマニュアルが策定されており、入職時にマニュアルを配布して丁寧に説明を行っている。また、全体会議等でも定期的に確認している。 居室は、箆笥を仕切りとして活用するほか、カーテンが設置されておりプライバシーが確保されている。また、入浴や排泄マニュアルには、扉を閉める、ついたての活用など、利用者が安心して生活できるよう全職員へ周知を図っている。また、入所時に、重要事項説明書や家族面会を通して、プライバシーに配慮した支援の取り組みについて本人、家族へ説明を行っている。		
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）を適切に行っている。		
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。	①・b・c
<コメント> 事業所のパンフレットやホームページに理念を掲載し、施設の概要を分かりやすく紹介している。パンフレットは、地域包括支援センターや地区サロンなど、多くの人が入手できる場所に設置している。写真や表を用い分かりやすいように工夫し、料金を含む詳細な説明を掲載している。 見学会の開催の他、随時施設見学を受付けており、利用者が施設のサービス内容を理解		

し、適切に選択できるよう努めている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 入所時に、パンフレットや契約書、重要事項説明書を用いて生活相談員が説明を行い利用者と家族の理解を促している。サービス内容や料金に変更が生じた時には、丁寧な説明を行い、利用者と家族の同意を得たうえで文書に残している。また、人生の最終段階における医療・ケアについて、意思決定が難しい利用者には、利用者の価値観や意思を再優先し、医療・ケアについて検討し、チーム支援を実践している。		
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・㉒・c
<コメント> 他の施設や家庭への移行はほとんどないものの、移行が必要な場合には、本人や家族の同意を得た上で、診療情報提供書や退去時サマリーなどを提供している。 今後は、福祉施設・事業所の変更や家庭への移行にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮し相談員業務マニュアル等に手順と引継ぎ文書を定め、退所後の相談窓口や相談方法について明記されることが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	㉑・b・c
<コメント> 毎年、利用者と家族を対象とした利用者満足度調査を行っている。更に、利用者を対象に嗜好調査を行い、担当職員が丁寧に意見を聞き取っている。調査結果は、集計・分析を行い、職員会議で共有し各会議で改善策を検討している。また、利用者から出されたリクエスト曲をボランティア団体の演目に入れてもらったり、衣替えを早めに家族にお知らせして準備に余裕を持たせるなど、利用者や家族から出た意見を支援に活かしている。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 苦情解決委員会設置要綱を定め、苦情解決の仕組みが確立されている。この要綱は重要事項説明書に記載されており、入所時に丁寧に説明を行うと共に、玄関とフロアには第三者委員の明示や苦情解決の体制を掲示している。また、意見箱や食事ノートを設置して利用者が意見を述べやすい体制を確保するとともに、食事が冷たいと意見が出た時には、提供直前で温めなおすなど、要望に応じている。更に変更した点については利用者に説明し、業務会議で周知を図り、利用者や家族に同意を得たうえで法人だよりに掲載してい		

る。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 日常生活の中で、丁寧に関わり利用者の声を聞き取っている。施設内には意見箱の設置や苦情解決の仕組みを掲示し、複数の方法や相談相手を選べることを周知している。また、介護サービス相談員の訪問があり、利用者が意見を述べやすい環境を整備している。利用者から相談があった時には、プライバシーに配慮した静かな環境で安心して話ができるよう対応を図っている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 意見箱の設置やアンケート調査を通して積極的に意見の把握に努める他、職員自ら利用者の支援を通して気づいたことを共有し検討改善に努めている。また、利用者からの相談や意見には、苦情解決の仕組みによりマニュアルに沿って組織的かつ迅速に対応し改善を図っている。マニュアルは担当部署にて定期的に見直しを行っている。		
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を行っている。		
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を構築している。	㉑・b・c
<コメント> 施設長を責任者として、リスクマネジメント会議を開催するなど体制を構築している。事故発生対応マニュアルを全職員に周知して、事故発生時にはカンファレンスを開催して要因の分析、再発防止について検討を行うと共に、他施設の事例を参考に安全対策を行っている。内部研修の実施と安全対策について定期的に見直しを行っている。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 施設長を責任者とするマニュアルを策定し、毎週感染対策会議を開催して情報の共有を図っている。感染症に関するBCPが策定されており、計画に基づく訓練を行い、物品の確認やゾーニングなどを行い、訓練で出た新たな課題を洗い出し、計画の見直しを図っている。年2回研修を行い、様々な感染症における対応について実技研修も含め学びを深めている。		
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・㉑・c
<コメント>		

年1回法人主体の総合訓練と毎月施設において火災や地震、土砂災害などあらゆる災害を想定した訓練の他、消防署と通報訓練を行っている。 訓練で出た課題を洗い出し、浴槽に水を貯める、ランタンを追加で準備するなど必要な対策を講じている。非常食提供マニュアルが策定され、3日分のレトルトや缶詰などの食品やカセットコンロなどの物品を備えている。 なお、隣接市と防災協定を結び有事に備えているが、今後は地域の行政や消防団などと連携した訓練を実施することを期待する。

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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	①・b・c
<コメント> 提供する福祉サービスについて、プライバシーの保護に関する姿勢を明記した福祉サービスの標準的な実施方法が文書化されている。入職時の新人研修では、マニュアルについて理解を図り、入職後も介護の実践場面や職員アンケート、処遇会議などを通して標準的な福祉サービスが提供されているか確認を行っている。		
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を確立している。	①・b・c
<コメント> 毎年、全職員参画のもと「マニュアル作成・見直し年間計画」に基づき見直しを行っている。また、職員や利用者、家族からの意見をもとに、気づきシステムを活用してマニュアル通りにサービスが提供されているか、また、その効果について評価を行っている。見直し後は、会議での伝達と回覧により職員全体に周知を図り、最新情報の共有を徹底している。		
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を策定している。		
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。	①・b・c
<コメント> 利用者の状態やニーズを確認した上で、長期目標6ヶ月、短期目標3ヶ月で個別支援計画書を作成している。介護支援専門員を中心に、看護師や管理栄養士など他職種が参加したカンファレンスにおいてアセスメントを行うなど、マネジメント過程がマニュアル化されている。支援困難なケースには、事業所内だけでなく行政等の関係機関と連携を図り、適切な福祉サービスが提供されるよう取り組んでいる。		

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。	①・b・c
＜コメント＞ 定期的な評価及びアセスメントは、介護支援専門員を中心に看護師や管理栄養士など他職種参加のもとで行っている。また、利用者の状態に変化がある場合には随時見直しを行っている。見直しの際には、利用者と家族の意向を確認し丁寧に説明を行い、同意を得ている。見直し後の個別支援計画は、専用のファイルを用いて職員間で共有を図るなど、福祉サービス実施計画の評価・見直しについて手順を定めている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	①・b・c
＜コメント＞ 利用者に関する基本情報や提供した福祉サービス等の介護記録は、福祉ソフト「ほのぼの」で電子化されている。介護記録マニュアルが策定され、書き方に差異が生じないように各種会議や申し送り時に確認すると共に、マニュアルの見直しを会議や委員会を通して行っている。 電子入力その他、朝夕の申し送り簿でもタイムリーに情報を共有できる仕組みとなっている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	①・b・c
＜コメント＞ 施設長を責任者として、個人情報保護に関する規程が策定されており、入職時に個人情報保護に関する誓約書を提出している。また、各委員会や会議において、個人情報保護規程について理解を図り、適切な取り扱いができるよう徹底されている。利用者と家族には、契約時に個人情報の取扱いについて説明を行い、文書で同意を得ている。		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20 項目）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。

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。	①・b・c
<コメント> 入居時にアセスメントを行ない、本人の興味関心を把握しながらレクリエーションを提供している。自分で上手く意思を表現できない人に対しても本人の反応や表情を見ながら月間活動をレクリエーション担当者が作成して活動の提供をしている。 また、福島市のグループ作品展にも出展し出展作品を見に行く機会を設け、継続した楽しさを提供している。		
A②	A-1-(1)-② 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> 非該当		
A③	A-1-(1)-③ 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> 非該当		
A④	A-1-(1)-④ 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・④・c
<コメント> 入職時には、必ず接遇についての研修を行うようにし、利用者への対応も含め基本的なマナーを学ぶ時間を設けている。また、言葉遣い月間など、期間を設け、ポスターを作成し職員に提示して取り組みを行っている。その中で、マナーの基本姿勢「心のオアシス」を職員全員で意識している。また、利用者の状況に		

合わせて言語・非言語をうまく活用しながらコミュニケーションをとり利用者の意向を汲み取って対応している。

なお、重度化が進み、本人との言語コミュニケーションが難しい中で、意思決定支援にもつながる利用者とのコミュニケーションについて、新人、中堅、ベテランと経験年数に応じて基本に戻りながら、一つ一つのコミュニケーションを大切に、より一層の関係構築をされていくことを期待したい。

		第三者評価 結果
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	③・ー・c
<コメント> 法人グループ全体で研修会を開催し、多職種のグループワークを通じて視点を広げている。個人としても虐待の芽チェックリストを活用し、年2回部長が面談を行い日ごろの言葉使いやケアの困りごとなどを解決する取り組みをしている。外部業者などにも不適切なケアがないか年1回アンケートをとり、不適切なケアがないかチェックする機会を持っている。		

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。	③・b・c
<コメント> 利用者満足度調査を年1回行うほか、各種クラブ活動の中で利用者の仲間づくりを行うとともに、寛ぐためのソファを設置する等、生活空間の整備に力を入れている。浴室には、入浴前・入浴後などにいつでも飲めるように給水タンクを設置して、水分補給ができる環境を整え、健康に配慮した環境も整備している。また、清掃・リネン交換など委託業者も活用して、いつもきれいな状況を保つことを意識している。		

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。	③・b・c

<コメント> 利用者の状況をアセスメントして、状態が変化しても安全に入浴できるように、処遇会議で入浴形態など話し合う機会を設けている。入浴時など看護職との連携も事前に確認をして、処置などもスムーズに行うように工夫している。連携用のスマホ・ネックスピーカーも活用して利用者から離れず安全に入浴できる工夫をして、多職種との連携に当たっている。また、入浴のマニュアルも、カラー印刷で作成し、新人が見て、手順がすぐわかるように、作業の内容を区分して記載されている。		
A⑧	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。	㉖・b・c
<コメント> 1日の排泄記録の状況をパソコンに入力し、全職種が共有できるようにしている。一人ひとりのオムツの使用種類についても、利用状況にあったオムツを選択している。その中で、オムツの必要性等がない場合などは、オムツを外す取り組みも行っている。また、手順書を作成し、プライバシーなど本人の尊厳を守るためのチームでの統一事項を徹底している。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 車椅子を、自分で操作する人のために、ブレーキをかけやすいようなブレーキレバーを設置して使いやすい工夫をしている。また、車椅子の点検も定期的に行い安全に使用できるように整備をしている。ベッドからの移乗についても、スライディングボードなど福祉用具の活用も積極的に行い、安全に移乗できる工夫をしている。その為に、月2回グループ法人所属の理学療法士や作業療法士から助言を得て、多職種連携によりポジショニングや移動動作など安全に配慮した支援に努めている。		

		第三者評価 結果
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。	㉖・b・c
<コメント> 管理栄養士が年3回嗜好調査を行い、その結果を踏まえて献立に反映させている。また、管理栄養士は、食事介助などにも行い、日々の利用者の状況を観察している。季節感を味わえる行事食など、利用者が楽しく食べて欲しいという思いが伝わり、誕生日ケーキなども手作りで提供されている。また、毎週金曜日は選択食を提供しており、利用者が選んで食事を食べられるという機会を設けている。		
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。	㉖・b・c

<コメント> 食堂をエリア3つに分けて、必ず職員が見守り・声掛けできるように配置している。食事の環境もテレビなどは消し、音楽を流しながら食事に集中できる環境を整えている。食器も福祉用具を活用し、小さいスプーン、皿の工夫、テーブルを利用者の体に合わせ準備し、自分で食べられるような支援も行っている。また、管理栄養士を中心に栄養計画なども、多職種で連携し、カロリー計算やBMI、トロミの使用などその人に合った食事の提供に心掛けている。		
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。	①・b・c
<コメント> 月2回歯科衛生士が訪問し、口腔内のチェックを行い、磨き残しや受診の必要性など介護職と情報交換を行い、口腔衛生に努めている。そのチェック内容については、全職員がパソコン内で共有出来るように管理をしている。義歯を使用している人には、義歯洗浄、その人に合わせた義歯洗浄ブラシを準備し、義歯管理の手順も職員間で共有している。また、うがいが困難な人に対しても、ガーゼを準備し、一人ひとりに合った口腔ケアを実践している。		

		第三者評価 結果
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。	①・b・c
<コメント> 褥瘡経過ファイルを作成し、現在の状況から経過記録としてその人の治癒の経過がみられるようになっている。治癒に向けて、業務会議にて、看護職を中心に、ポジショニング、栄養状態、福祉用具の活用など処遇一覧表を作成して、様々な対策を取られている。また、体位変換などのマニュアルも作成し、褥瘡の完治に向けた取り組みをチームで行っている。		

		第三者評価 結果
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。	①・b・c
<コメント> 現在吸引対象者は入居していないが、喀痰吸引研修受講修了者も配置しており、対象者がいれば対応できる環境は整えている。		

		第三者評価 結果
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。	①・b・c
<コメント> リハビリ職、看護職、介護職と連携し、生活動作を維持するための取り組みをチームで行っている。ポジショニングなど検討しながら、離床時、臥床時など安楽に過ごせるよう対応している。その中で、身体機能調査を行い、生活機能検討係を中心に利用者の生活支援を丁寧に検討し、支援に生かしている。また、利用者のリハビリメニューを誰が見てもわかるように一覧にしている。		

		第三者評価 結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 年間計画に基づいてグループ全体の研修、外部研修など認知症について学ぶ機会を多く設けている。BPSD（認知症の行動・心理症状）についても、ケアチェックシートを活用しながら、職員で共有するために、カンファレンスや処遇会議を設けて利用者の支援にあたっている。その中で、日常生活の暮らしやすさなども考え、席の変更や過ごしやすい場所の検討など一人ひとりの暮らしを支援している。また、認知症ケア専門士の資格取得を促し、職員の認知症についての理解や資質向上を積極的に取り組んでおり、資格手当なども設定し資格更新の支援も行われている。		

		第三者評価 結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	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。	①・b・c
<コメント> 急変時のマニュアルも作成し、連絡体制も職員間で共有している。夜間帯の緊急時における初期対応の指示ポイントも設定しており、職員が迷わず対応できるようにしている。 また、利用者の変化については、パソコンで管理し、どの職種も共有できるように連携を図っている。さらに、AEDの講習など、救命救急についても職員が学ぶ機会を設けている。また、月一回、協力医療機関との医療連携会議を開催し、利用者の状態把握に努めている。		

		第三者評価 結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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。	①・b・c
<コメント> 看取りの指針を作成し、入居時、状態が変化してきた時に、本人の意向を含めて家族・医師を含めて看取りに関する同意書を作成している。緊急時の体制も、施設長を中心に連絡体制が整備されており、最期の時を迎える準備を職員全員で共有している。その中で、最期を迎えられた時は、エンゼルケアについても職員がかかわれる機会を設けている。また、看取りの研修は勿論だが、ACP（人生会議）の研修も行い、その人の人生についても考える機会を設け、最期までその人らしく余生を暮らす支援をしている。		

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		
A19	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。	①・b・c
<コメント> ホームページをリニューアルし、法人の情報など分かりやすいように掲示している。そして、月1回発行しているガーデンだより（施設広報誌）は、担当者が一人ひとりの利用者の状況について様子が伝わりやすいように記載している。面会なども来られた時は時間を設けて、日々の様子を伝えるようにしている。 今後、SNSを活用し、活動の様子などより家族の人が見ていただけるように様々な取り組みを検討している。		

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
<コメント> 非該当		