

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：	マリナグリーン御津	種別：	軽費老人ホーム	
代表者氏名：	滝澤 功治	定員（利用者人数）：	15 名	
所在地：	たつの市御津町中島980-3			
TEL	079-324-0767	ホームページ：	<a href="http://yumekoubou.or.jp/care/index.html">http://yumekoubou.or.jp/care/index.html</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成9年10月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 夢工房			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員：	2 名
専門職員	(専門職の名称)	施設長 1 名		
		生活相談員 1名 事務員 1名		
		管理栄養士 1名		
施設・設備の概要	(居室数)	15室	(設備等)	相談室 食堂 浴室
				防火設備 洗濯室

③理念・基本方針

その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し、生活支援に努める。  
 「生命」の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る。  
 家族や縁故者とのつながりを維持できるような支援を心がける。

④施設・事業所の特徴的な取組

瀬戸内海・綾部山梅林を望む自然に恵まれた環境にあり、キッチン・トイレ・サニタリースペースを完備した15室のバリアフリーの居室、明るく広い共用スペース、24時間入浴可能な浴室など、快適に暮らせる生活環境を提供している。食事提供・買い物・通院等の生活支援を行い、必要に応じて外部サービスを活用し、安心して生活できる体制が整備されている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 10 月 4 日 (契約日) ~ 令和 2 年 3 月 5 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 28 年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

\*施設全体での会議体とケアハウス職員会議、各種委員会を定期的で開催し、また、介護技術研修・全体研修など研修体制を整備し、合同避難訓練・合同行事の実施など、複合施設の利点を活かし、サービスの質向上・職員の資質向上に取り組んでいる。感染症対策委員会・危機管理委員会等、施設が多職種の専門職者が連携し、安全・衛生管理体制を整備している。働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着もよい。

\*自由で自立した生活を基本として事業所が生活支援を行い、必要に応じて、外部サービスを活用し、施設内のサービスを利用する際は事業所間の連絡帳を活用する等、連携を密にしている。また、健康管理・緊急時対応・重度化対応について、施設併設の利点を活かしている。

\*毎週曜日を決めて、いきいき体操・カラオケ・買い物（送迎・代行支援）・散歩・ドライブ等の活動に参加できる機会を設けている。年間行事に沿って、誕生日企画（個別の外出支援）・お出かけ企画（季節の外出）・外食企画（毎月）・手工芸・クッキング・会席（毎月）を実施し、利用者が楽しめる機会を数多く提供している。毎月茶話会を開催し、利用者の交流と、利用者の意見・要望の把握を図っている。

\*「食の委員会」を毎月実施し、利用者の嗜好調査を行い、利用者の希望や季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供している。選択メニュー・お好み焼き企画・外食企画・クッキング等、食の楽しみが感じられる機会を数多く設けている。居室にキッチンを設置しており、調理することも可能である。

### ◇改善を求められる点

\*中長期計画の内容を反映した事業計画を、職員参画のもとで策定する仕組み作りと、事業計画の主な内容を利用者・家族にもわかりやすく説明する工夫が望まれます。

\*定期的な事業所の自己評価結果から課題を文書化して明確に把握し、さらなるサービス質向上に向けて取り組み、その経過を記録に残すことが望まれます。

\*現在の「個人別サービス実施表」の書式を工夫し、PDCAサイクルが明確になる仕組み作りを期待します。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価は公正・中立な視点から、助言は入居者・家族の視点から、意見を伺えたことは、あらたな気づきとなり、よりよい施設の在り方を考える機会となった。

## 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>b</b> ・ c
<コメント>  法人理念をホームページに、法人理念・介護理念を事業計画に明文化している。法人理念には法人が目指す方向が明示され、介護理念は法人理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。玄関・事務所・会議室・事業所内に掲示し、毎月の職員会議で唱和し周知が図られている。事業計画に理念を明示し、実践に向けて重点目標を設定して、継続的に取り組んでいる。利用者・家族にも、理念の周知を図る工夫が望まれます。		

#### 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  市が主催するセンター長会議・在宅介護支援センター主催の地域会議・法人の高齢者施設運営推進会議等から、社会福祉事業や地域の動向、地域のニーズの把握・分析に努めている。毎月月次報告を作成し、利用者の推移や利用率の分析を行っている。コスト分析は法人本部が行っている。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  役員・会計士を交えて3ヶ月に1回開催する高齢者施設運営会議で、課題や問題点を明示している。課題については、執行部会でも役員に共有している。高齢者施設運営推進会議には、施設内の各事業所の幹部職員も参加し周知を図っている。課題については、内容に応じて、法人・施設・事業所で解決改善に向け取り組んでいる。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の短期計画・中期計画を策定し、法人の中・長期的なビジョンを明示している。項目別に、目標・取り組みを設定している。事業報告書の中で、実施状況を報告し、必要に応じて見直しを行う仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の単年度計画を策定し、施設としての会議・研修・委員会体制、事業所ごとの概要・基本方針・年度の重点目標等を明示している。事業計画の内容は、実行可能で具体的な内容となっており、実施状況の評価が行える内容となっている。事業計画に、中長期計画の内容を反映することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>3ヶ月に1回、「事業計画取り組みシート」を作成し、事業計画の実施状況の把握・評価・必要に応じて見直しを行っている。事業計画の内容や実施状況は、職員会議で職員に周知を図っている。「事業計画取り組みシート」の内容から、年度末に事業報告書を作成知っている。来年度から、事業所内で職員の意見を集約して事業計画を策定する予定である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の内、参加を促す観点から、ケアハウス行事計画を作成し周知を図っている。配布・掲示・ホームページへの掲載・茶話会での説明等により、わかりやすい工夫をしたうえで、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・職員会議・各所委員会を定期的で開催し、サービス内容についての評価や、PDCAサイクルにもとづく質向上に向けた取り組みを行っている。第三評価を定期的を受審している。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の評価結果から把握した課題について、運営推進会議や職員会議で共有し改善に向けて取り組んでいる。課題の抽出や改善への取り組みについて、記録に残すことが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は 事業計画で経営・管理に関する方針を策定し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を、高齢者施設運営推進会議で配布説明するとともに、年度初めの職員会議で職員に説明している。「運営規定」に管理者の職務内容を定め、これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。「職員配置計画と役割分担（責任体制表）」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、防災計画でも明確にしている。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は決裁規定等を理解し、物品購入等では取引事業者と適正な関係を保持している。市センター長会・集団指導に参加し、行政担当者等から労基法等の説明を受けている。老協主催の研修、経営開発センター主催の外部研修等に参加している。内部通報制度の設置、法令順守規定や個人情報管理規定の全面改定等コンプライアンスに関連する役員説明会に参加している。廃棄物処理法・フロン排出規制法など環境への配慮等も含む幅広い分野の法令を把握し取組を行っている。全体研修時に関係法令の伝達研修や権利擁護に関する法令の研修を行い、入職時に個人情報保護法について説明している。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実施する福祉サービスの質の現状について、運営推進会議で定期的に評価を行い、取り組みシートに評価分析結果を記録している。3年ごとの第三者評価受審、施設長・副施設長が県のチェックリスト・情報の公表制度等を活用し定められた基準で評価を実施している。サービスの質向上に向け、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・各種委員会・職員会議等に定期的に参加し、自らもその活動に積極的に参画している。職員会議・個人面談等で、職員の意見を把握している。シスナブ御津研修スケジュール表で内部研修を、事業計画で、階層別・職種別・テーマ別の内部・外部研修計画を策定している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、事業所の利用率等を「月次報告書」としてまとめ経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についての分析結果がフィードバックされ、課題の把握と解決に取り組んでいる。非常勤職員の確保・栄養士加配、余裕ある人員体制、残業時間の軽減等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し、就業規則改定等、経営・業務改善に向け取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中期事業計画で、人材確保・育成基盤の強化を、短期計画で積極的な採用活動を掲げ、人材育成・職員体制整備の基本方針を明示している。組織を機能するために必要な専門職員配置を運営規定・重要事項説明書で明確にし、毎月必要な人員の充足度を部署ごとに確認・管理している。非常勤職員の配置・加配等で、欠勤・休職等に対応している。法人として、必要な人材確保、育成に取り組み、職員紹介制度・就職フェア・ハローワーク等も活用して採用活動を実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に基づき、「社会的責任・人権尊重・説明的責任」を担う職員を期待する職員像として明確にしている。就業規則で、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。入職時研修で説明し、事務所に規定集ファイルを設置して周知を図っている。職員処遇の水準については、近隣事業所の採用広告、外部専門機関のデータ等から法人が分析している。管理者は、職員の処遇について意見・提案等を聴取して法人に伝え、改善策を検討・実施している。キャリアパスフレームとして、人事考課結果と、必要資格・経験年数・求められる能力を要件として、処遇にも連動する仕組みを整備している。</p> <p>法人として、新たな人事考課制度・個人目標管理制度を昨年12月に導入し、今年度、自己評価を実施している。階層別「振り返り評価シート」の基準に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備中である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>役割分担表で、施設運営を管理者と定め、就業規則で超勤に関する命令・承認権限を管理者と明示している。勤怠システムを導入し、事業所で就業状況を確認の後、法人本部でデータ化され管理者が再確認・把握している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回、高ストレス職員には産業医での受診を勧めている。婦人科検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、随時面談等の機会を設け、相談しやすいよう環境整備を行っている。相談内容に応じて、法人労務担当に報告し、法人で記録として残している。公益通報制度を採り入れ、本部に直接メールで相談できる仕組みを構築し、メールアドレスを掲示している。職員懇親会、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。職員給与の改善・有給休暇の入職時付与等、働き甲斐のある職場環境の構築に取り組んでいる。余裕のある職員配置のため計画的に人材確保に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年12月に、人事考課制度・個人目標管理制度を導入しており、事業所の事業目標に基づいた個別的成果目標を組織として期待する職員像に位置づけている。人事考課制度を通じて定期的に個人面談を行い、目標項目、目標水準明確にし目標設定を行う仕組みを整備している。人事考課制度を推進していく中で、今後、目標期限についても明確にすることが望まれます。職員が設定した目標について、中間・年度末面接を行う等、目標達成度の確認を行い、次年度の目標設定に反映させることが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画（内部・外部）を策定し、職種別・階層別・テーマ別に、求められる専門性を明示している。計画に沿って研修受講が行われ、外部研修受講者は研修報告書を作成している。外部研修は、パワーポイント等を活用して受講者が全体会議時に伝達研修・研修発表を実施している。研修履歴は一覧としてデータ管理している。研修報告書の課題・感想欄等から、管理者が年度末に内容の評価・分析を行い、研修内容やカリキュラムの見直しに反映させている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格証・履歴書等で、資格・経験年数等を把握し法人でも一括管理を行っている。新入職者には、管理者がオリエンテーションを実施し、部署配属後は担当者が研修を行っている。外部研修の一般的な研修案内は供覧している。階層別研修等は経験年数等を考慮して、対象者に参加を呼び掛けている。施設内研修は職員が参加しやすい時間帯に行えるよう調整し、内容に応じて複数回実施し、また、外部研修は時間外扱い・受講料法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。配属後の事業所での研修プログラム・研修の実施記録（チェックシート等）の作成が望まれます。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習生の受け入れ実績はない。介護福祉士実習指導者講習受講職員が在籍している。今後の実習生受け入れに備え、実習生受け入れマニュアルの整備が望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに法人の理念・サービス内容・法人の事業報告を、WAMNETの財務諸表等開示システムで財務諸表を公開している。第三者委員を含めた苦情相談体制、苦情・相談の内容、件数、対応についてはホームページで公開している。第三者評価受審結果を公表している。事業所の理念や活動等を掲載したパンフレットを、居宅事業所や地域福祉活動の一環として社協に設置している。また、見学時や希望に応じて提供している。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務、経理、取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、入職時に説明し事務所に設置し周知している。役割分担表で、施設運営・施設管理・金銭収支に関する責任体制を定めている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けている。監事監査を決算時毎に実施し、監査結果はホームページで公表している。監査法人による事業所会計に関する内部統制監査を受け、労務管理に関する指摘事項等はない。法人内に会計監査人を設置しており、定期的に監査を受け、会計処理の適正化・管理体制の改善を図っている。</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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人基本理念で、地域社会との共存を掲げ、事業所の事業計画書重点目標に地域住民との交流を記載している。ケアハウス行事計画に、小地域福祉活動として事業所での「自治会合同ふれあい会」（食事会・介護相談等）開催を掲げ実施している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置等で利用者に情報提供を行っている。地域の夏祭り等に、職員が同行し参加を支援している。夏祭りに、模擬店を出店し利用者も参加して地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。利用者の買い物や移動販売の利用・通院等日常的な活動についても地域における社会資源を利用するよう推奨している。</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 ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>三味線・ハンドベル・環境整備等のボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・注意事項等を明文化している。ボランティアには注意事項等「ボランティアに心掛けてほしい事」書面を配布・説明している。トライやるウィークについては、中学校で冊子を作成し配布している。トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。マニュアルの中に、学校教育への協力についての基本姿勢を明文化することが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、御津町のサービス内容ごと「街の便利帳」・行政機関等の「たつの市暮らしの便利帳」・居宅事業所一覧表等を事務室に設置し、職員間で共有している。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、施設のスペースを利用し、「ふれあい会」を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている。地域の人も参加する家族介護者を対象とした口腔ケア勉強会等を開催している。随時事業所で介護相談を受け、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し、相談記録を作成している。地域の福祉避難所として協定を結び、ハザードマップに掲載している。法人として地域の祭り等へ協賛を行っている。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域住民との交流の中で、随時介護相談を受けて相談記録を作成し、地域のニーズ把握に努めている。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議に定期的に参加し、地域住民個別のニーズを把握している。把握した福祉ニーズに基づいた事業や活動を事業計画等で明示し、実施していくことが望まれます。</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
<コメント>  利用者尊重について、法人理念・介護理念、倫理規定・運営規程、介護マニュアルに明示している。全体研修で、権利擁護についての研修を実施している。身体拘束・虐待防止委員会で、基本的人権への配慮について、定期的に検討し必要な対応を図っている。		
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>  利用者のプライバシー保護について、プライバシー保護マニュアルに記載している。虐待防止指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修で年2回研修を実施している。居室は全て個室となっており、トイレが各居室に完備されプライバシーが守られている。居室の設えは自由とし、持ち込み品も利用者の意向に沿って配置されている。プライバシー対応チェックリストに沿って、毎月自己評価を行っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則に明示している。重要事項説明書等に記載して、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知することが望まれます。		
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>  入所希望者に対して、ホームページ・パンフレットで、必要な情報を広く提供している。言葉遣い・写真等で、わかりやすく情報提供できるよう工夫している。ふれあいデイサービスに参加して、パンフレットを配布し説明を行っている。希望に応じて、随時見学に対応し、施設を案内しながら、個別に丁寧な説明に努めている。ホームページは今年度リニューアルし、ブログは随時、更新している。		
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>  サービス開始時は、入居契約書・個人情報使用同意書・誓約書に沿って説明し、文書で同意を得ている。料金表を別表にしてシュミレーション・行事予定表を資料として、わかりやすい説明に努める。意思決定が困難な利用者には、身元保証人を設定し適正な説明、運用を図っている。		

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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約終了時には、利用者・家族と十分説明し話し合い、不利益が生じないように配慮している。要請があれば、病院・施設などが要請する書式で引継ぎの文書を作成している。生活相談員を、利用終了後の相談窓口として設置している。利用終了時に、その後の相談方法や担当者について説明した文書を渡すことが望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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 ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月茶話会を実施し、職員も参加して利用者満足の把握に努めている。ワーカー会議、食の委員会で検討し、改善に取り組んでいる。利用者満足に関する調査が定期的に行い、担当者を設定して、調査結果の分析から改善につなげる仕組みづくりが望まれる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。苦情受付窓口・対応について、施設玄関に掲示し、ホームページに掲載している。意見箱・用紙を設置し、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容・対応・フィードバックについて、苦情対応記録に記録する仕組みがある。苦情件数・内容・対応結果を、事業報告書に記載して、ホームページで公表する仕組みがある。苦情内容をワーカー会議・危機管理委員会で共有し、サービスの質向上に取り組む仕組みがある。苦情受付窓口・対応について、重要事項説明書等に記載して配布することが望まれます。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設玄関に、組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、複数の相談相手から選べる工夫をしている。会議室などを活用し、相談しやすい環境に配慮している。苦情だけでなく、意見・相談窓口も掲示して周知することが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決規程に、意見・要望の対応も含めたフローチャートを記載している。規程類は、法人で年1回見直しを行っている。日々の支援の中でコミュニケーション、また、茶話会を行い相談・意見の傾聴に努めている。日常のコミュニケーションと共に、意見箱・用紙を設置し、利用者や家族の意見の把握に努めている。意見・相談について迅速に対応し、熱計表に記録し共有している。</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
<コメント>  危機管理委員会を設置し、委員長を責任者として、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事故防止、発生時対応について事故発生防止指針を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、事業所ごとに危機管理委員が報告書をデータ化し、事業所・危機管理委員会で再発防止に取り組んでいる。防止策の実施状況や実効性も、危機管理委員会で検討している。全体研修で、KYT研修を実施している。		
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。	a • b • c
<コメント>  感染対策委員会を設置し、委員長を責任者として、感染症対策について管理体制を整備している。感染症マニュアルを整備し、3ヶ月に1回の委員会でマニュアルの検証・見直しを行っている。年2回全体研修で研修を実施している。換気、うがい・手洗いの励行、次亜塩素酸水噴霧、空気清浄機・加湿器の設置等により、感染症の予防策を講じている。感染症の発生した場合には、日常の予防策と共に、個室対応・消毒の強化等の対応を行っている。		
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やっている。	a • b • c
<コメント>  防災マニュアルに災害時対応体制を定めている。立地条件から、ハザードマップで水害に対する対策を講じている。利用者の安否確認はドアのマグネットで避難を確認し、職員は緊急連絡網で安否確認している。防災計画を整備し、総合避難訓練を、防災委員会が企画して、年2回、昼夜想定で、利用者も可能な範囲で参加して実施している。防災計画の中に備品リストを作成し、管理者を管理栄養士としている。備品の期限等を把握し、リストを食堂に掲示し、ケアハウス2階の倉庫に備蓄している。		

### 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>  サービスの標準的な実施方法を、介護マニュアルに文書化し、利用者尊重・プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。プライバシー保護マニュアルに、場面ごとのプライバシーへの配慮を明示している。入職時に、タイムテーブルと各種マニュアルに沿ってOJTで知応している。習得状況・実施状況を確認する仕組みづくりが望まれます。		
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>  必要時、職員入職説明時に、マニュアルの検証と見直しを行っている。ワーカー会議での職員の意見や茶話会での利用者の意見を、参考にする仕組みがある。随時の見直しと共に、定期的な検証を行うことが望まれます。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談員を、「個人別サービス実施表」策定の責任者として設置している。アセスメントシートによりアセスメントを実施し、ワーカー会議で、アセスメント・計画策定に関する協議を行っている。6ヶ月毎の相談員によるモニタリングで、計画に沿ったサービス実施を確認する仕組みが機能している。支援困難ケースへの対応をワーカー会議で検討し、経過を個人ケースに記録し共有し支援に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談員が、利用者・家族の要望を把握し、「個人別サービス実施表」を6ヶ月毎に見直している。必要に応じて緊急に見直す場合も、利用者・家族の要望を把握し、相談員が実施している。新たなニーズを要望欄に記載している。見直して変更した「個人別サービス実施表」の内容を職員間で共有する手順を定め実施することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシートによって把握し記録している。「個人別サービス実施表」にもとづくサービス実施を「熱計表」に記録している。「記録研修」の実施し、また、記録内容を管理者層が確認し、必要に応じて個別指導し、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないように工夫をしている。「申し送り事項」「バイタル・予定表」「連絡帳」朝・午後の申し送り、により、的確に情報共有する仕組みを整備している。ワーカー会議・運営推進会議・各種委員会を定期的に開催し、情報共有している。パソコン内の記録共有、「申し送り事項」・会議録など回覧資料には確認印で共有を確認している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。記録設置されている。職員は入職時に説明を受け、守秘義務に関する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。個人情報保護・書類の管理について、毎年研修を実施することが望まれます。</p>		

## A 内容評価基準

### 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 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。(特養)	a ・ b ・ c
A①	A-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。(養護、軽費)	a ・ b ・ c
A②	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

利用者・家族の要望をもとに、「個人別サービス実施表」を作成し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。自立した生活を基本とし、お出かけ企画・外食企画・買い物・散歩等、社会参加を支援している。いきいき体操・カラオケ・手工芸・クッキングなど、様々な企画により日中活動への参加を支援している。精神疾患・被虐待、行政手続き、生活関連サービス利用、介護保険サービス利用など、利用者個々の必要に応じて、生活相談員が中心となり、関係機関と連携して支援を行う体制がある。

日々のコミュニケーションや毎月の茶話会で利用者の思いや意向の把握に努め、「申し送り事項」やワーカー会議で共有し支援に活かせるよう取り組んでいる。接遇研修・危機管理委員会で、利用者の尊厳に配慮した言葉遣い・対応の徹底を図っている。利用者個々の状況に配慮し、必要に応じて個別のコミュニケーション方法を工夫している。会話の不足しがちな利用者には、居室などで個別に思いや希望を聞く機会を設けている。アセスメントシートで、利用者個々のコミュニケーション能力や個別の配慮を把握・記録しているが、定期的な再アセスメントによる、検討と見直しが望まれます。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	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

#### 特記事項

身体拘束虐待防止委員会・定期的な研修により、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。「身体拘束0」を実践し、身体拘束虐待防止委員会で、権利侵害の防止等について職員が検討する機会を定期的に設けている。また、権利侵害が発生した場合には、同委員会で再発防止策等を検討し実践する仕組みがある。権利侵害の防止等のために、具体的な内容等を利用者に周知することが望まれます。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を「虐待防止指針」に記載することが望まれます。

## 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		
<b>A④</b>	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

### 特記事項

食堂は窓が大きく採光よく、清掃が行き届き、明るく清潔感がある。椅子やテレビを設置し、くつろいで過ごせる環境である。居室は全て個室で、トイレも各居室に完備されプライバシーが守られている。居室の設えは自由とし、持ち込み品も利用者の意向に沿って配置され、こたつや仏壇など自宅から馴染みの家具を持ち込んでいる。陶芸が趣味で轆轤を持ち込まれている利用者もいる。こたつからの立ち上がり難くなった利用者にはタッチアップ等の福祉用具の利用を助言したり、転倒のリスクが高くなってきた利用者にはカーペットの使用について助言した事例がある。廊下や食堂まではバリアフリーで自由に移動できる環境となっている。月1回開催している茶話会で、利用者からの意見を聞き改善に取り組んでいる。利用者からベランダの清掃状況について意見があり、改善に取り組んだ事例がある。

## 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		
<b>A⑤</b>	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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<b>A⑥</b>	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A⑦</b>	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A⑧</b>	A-3-(1)-④ 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A⑨</b>	A-3-(1)-⑤ 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A⑩</b>	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

### 特記事項

**A5 入浴支援**  
 アセスメントシートの日常動作スケールで利用者個々の自立度を把握し、自立の利用者は自身で入浴し、支援が必要な利用者は外部サービス（訪問介護、通所介護）を利用している。浴室には、滑り止めマットや手すりを各所に設置し、必要な場合は、シャワーキャリーを利用している。一般浴の浴室が2か所（大・小）あり、心身の状況に合わせて浴室を選び案内している。毎日時間を決めて職員が浴室の環境を点検している。循環浴で、毎日塩素濃度と湯温を職員が確認し、週一回湯の入れ替えを行っている。浴室の使用は入浴表で管理し、一人ずつ使用している。毎日、バイタルチェックを行い、異変が認められた場合は利用者に助言している。ほとんどの利用者が自立しているため、入浴状況は本人から報告を受け、個別検温表に記録し職員間で共有している。利用者の体調・意向・希望に合わせ入浴でき、毎日入浴することも可能である。現在、入浴拒否の事例はないが、事例があれば時間を置いて声をかけるなど工夫している。利用者の心身の状況に変化があれば、ケース記録に記録し、担当介護支援専門員・家族に連絡し福祉用具の活用など支援内容の検討を行っている。入浴の可否判断の基準を明確にし、対応することが望まれます。

A6 排泄支援

アセスメントシートの日常動作スケールで、排泄の自立度を把握している。基本的に、排せつの自立をケアハウスの入居条件として定めており、排せつ面で支援が必要になった場合は家族と相談し、サービスの変更を検討している。基本的には排せつ面は自立であるが、長時間食堂で過ごしている様子がある場合などは、声をかけて促している。定期的に水分補給を行い、自然な排せつを促している。必要に応じ、乳製品の購入の代行や買い物の同行支援を行っている。トイレは利用者の各居室に設置され、プライバシーが守られている。手すり・ナースコールが設置され、利用者の心身の状況によっては担当介護支援専門員に報告して福祉用具を設置する等、安全に排せつが行えるように取り組んでいる。掃除は本人が行うが、支援が必要な場合は家族や担当介護支援専門員に相談している。排泄状況から健康状態の変化を確認した場合や、外部サービス利用中の報告を受けた場合は記録に残し職員間で共有している。また、家族・介護支援専門員・担当医に連絡している。

A7 移動支援

アセスメントシートの日常動作スケールにて移動の自立度を把握し、個々の状態に応じた移動方法をとっている。状況に応じて、家族や担当介護支援専門員と連携し福祉用具を利用している。早急に必要な場合は、同敷地内の事業所の福祉用具を一時的に使用できる体制がある。利用者の体調の変化を申し送りノートで共有し、体調不良で歩行に影響がある場合は、車いすの利用を一時的に勧めている。また、事業所のサービス状況から夜間は職員が不在となるため、必要に応じて担当介護支援専門員と相談し、同敷地内の短期入所を利用する場合もある。館内は全てバリアフリーで移動しやすく、食堂は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。視覚障がいのある利用者が安全に移動できるように、工事などで環境に変化がある場合は、連絡・案内を事前に繰り返し行っている。利用者の移動は基本的には自立しているが、職員は食堂に待機し必要に応じ対応している。居室のトイレにナースコールを設置し、職員が携帯しているPHSと連動し連絡が取れるようになっている。法人内の移乗に関する研修に参加している。

A8 衣類

衣類は利用者の意思で選択している。利用者の心身の状況によっては、外部サービス（訪問介護）を利用し、好みの衣類を選択している。必要に応じて、職員が相談に応じ対応している。利用者からの希望や相談があれば、衣類の購入を家族に依頼したり、外出の同行や買い物の代行を行っている。また、利用者自身が通販を利用し購入する場合もある。衣類の汚れやボタンのはずれ等に職員が気付いた際には、声をかけるように配慮している。また、相談や希望があればクリーニングに出す支援を行っている。

A9 理美容

利用者個々の意向で行っているが、利用者の様子を見て散髪を勧めたり、化粧品の購入について希望があれば外出の同行支援を行っている。月間の予定表に、訪問理容（月2回）を記載し掲示・配布している。希望があれば地域の理髪店への外出支援が可能である。

A10 安眠

全室個室となっており、居室の照明は明るさを調整でき、ベッドライトも設置されている。ベッドは基本的には持ちこみとなっており、場合によっては介護用ベッドをレンタルすることもできる。私物も持ち込みの制限はなく、好みの寝具を持参することが可能である。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
<b>A11</b>	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A12</b>	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<b>A13</b>	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c



特記事項

A11 食事

食事に関するアンケートを実施し、利用者からの意見を「食の委員会」で意見交換し、献立や行事食に反映している。毎月月末に茶話会を開催し、会席料理を提供したり、利用者と一緒に好み焼きを調理する機会を設けている。食堂は明るく清潔な環境を整えられ、利用者間で話が弾むように関係性を考慮し座席を配慮したり、好みの番組を見ながら食事ができるようにテレビを設置している。希望によっては居室に配膳することもでき、居室にキッチンを設置しており調理することも可能である。食事マニュアルに手洗いや片づけ（環境衛生）について、職員と利用者の感染予防対策について等が明示されている。月1回昼食時に選択メニューを用意し、利用者が好みの食事を選べるように配慮されている。朝食についても曜日は指定されているが、主食を粥かパン食か選択することができる。基本的に調理器具の衛生管理は委託業者が行っているが、配膳や職員が調理する行事の際は、手袋・エプロン・マスクの着用を行い衛生面に配慮している。

A12 食事

アセスメントシートの日常動作スケールにて利用者個々の心身の状況を把握し、普通食・キザミ食・極キザミ食・ムース食・療養食など状態に応じた食事形態を提供している。利用者の体調に合わせて、急な食事形態の変更にも対応できる体制がある。利用者個々の食事のペースや本人の希望に合わせて、提供時間を配慮し、居室に配膳することも可能である。テーブルの高さは調整することが可能であり、体格に合わせて調整している。座位姿勢が安定しない場合は、職員が姿勢を直したりクッションを利用する場合がある。食事が少ない利用者には職員が声をかけて促したり、食べやすい様におにぎりに変更したり、食事形態を調整して提供している。嚥下機能を維持するために週3回かみかみ体操を実施している。法人研修で令和2年3月に嚥下に関する研修会を開催予定している。利用者の嗜好を把握し、献立で嫌いなものであれば代替え食を提供できる体制がある。緊急マニュアルで対応方法を明示し職員に周知している。マニュアルは食堂に設置し不測の事態が発生した場合、すぐに確認できるようにしている。職員はPHSを携帯しており、他の職員に応援を依頼できるようにしている。体調不良があれば、食事を検温表に記載し、詳細はケース記録に記録し職員間で共有している。

A13 口腔ケア

各居室に洗面台を設置している。口腔ケアを職員が直接支援することはないが、利用者個々に食後に口腔ケアを行うように促している。口腔機能を維持するため、週3回かみかみ体操を実施している。利用者の心身の状況で口腔ケアが不十分な場合、外部サービス（通所介護）へ情報提供を行い、利用時に支援している。令和2年2月に法人内で開催される口腔ケアに関する研修会に職員が参加予定である。利用者の希望に応じ、訪問歯科を受けたり、かかりつけの歯科医に受診している。診療を受けた内容は本人または、歯科から情報提供を受け受診記録に記載し、職員間で共有している。義歯管理が難しい場合は、職員が必要に応じて支援する場合がある。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A14	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

非該当

		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		
A15	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

特記事項

非該当

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A16	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

特記事項

<p>アセスメントシートの日常動作スケールにて利用者個々の心身の状況を把握している。利用者が主体的に機能維持に取り組めるようにいきいき体操・かみかみ体操、手作業、午後からはレクリエーションを開催し、本人や家族の意向を訊き支援内容に反映している。外部サービス（訪問リハビリ・通所介護）を利用した際の様子から専門職の助言を受け支援内容を検討している。本人や家族の希望を確認し、半年に1回「個人別サービス実施表」の見直しを行っている。判断能力の低下など変化があればケース記録に記録し担当ケアマネ、家族に連絡し医療機関の受診に繋げている。外部サービスの利用回数の調整やケアハウスで開催されているレクリエーション活動への参加を促し、居室への閉じこもり防止を働きかけている。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A17	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a · b · c

特記事項

<p>アセスメントシートで、ADL・生活歴・認知症状等を把握している。利用者個々の症状に応じて、支持的・受容的な援助に努め、経過については個人ケースに記録している。伝達研修で、認知症についての研修を実施している。居室に使い慣れた家具や道具の持ち込みを勧め、食事の配席に配慮し、張り紙などで場所間違いを防止する等、安心して過ごせる環境づくりに努めている。いきいき体操・カラオケ・買い物・散歩・ドライブ・手工芸・クッキング等、利用者の症状に合わせて、個人やグループで継続的に活動できるよう工夫している。サービス担当者会議に参加し、医療関係者との連携のもと、支援内容を検討している。</p>		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A18	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。	a · b · c

特記事項

<p>健康管理マニュアル・救急対応マニュアル・誤嚥対応マニュアルを作成し、受診は家族対応、緊急時は救急搬送している。毎日のバイタルチェックで日々の健康確認を行い、「熱計表」に記録している。毎日のバイタルチェック・毎月の体重測定で体調変化や異変の早期発見に努めている。体調変化時の対応について、緊急時対応研修を実施している。必要に応じて生活相談員が服薬管理を行っている。服薬時の薬の確認と服薬確認を行い、薬チェック表に記録している。高齢者の健康管理や病気、薬等に関する研修の実施が望まれます。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
<b>A19</b>	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。	a ・ b ・ c
特記事項 非該当		

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
<b>A20</b>	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>b</b> ・ c

特記事項		
<p>入所時に、支援の主体が家族であることを説明し、大半の家族は週に1回以上面会がある。面会時には声をかけ、状況やサービスの説明、要望や相談に応じる機会を設けている。相談などがあれば、熱計表やケース記録に記録している。面会以外にも、電話・郵送などで、必要な情報が必ず伝達できるようにしている。面会・外出・外泊・居室での宿泊に制限を設けず、受診は家族対応とし、夏祭りの案内を郵送する等、利用者と家族がつながりを持てるようにしている。随時・必要時の報告は行われているが、定期的にも報告を行う仕組みづくりが望まれます。</p>		

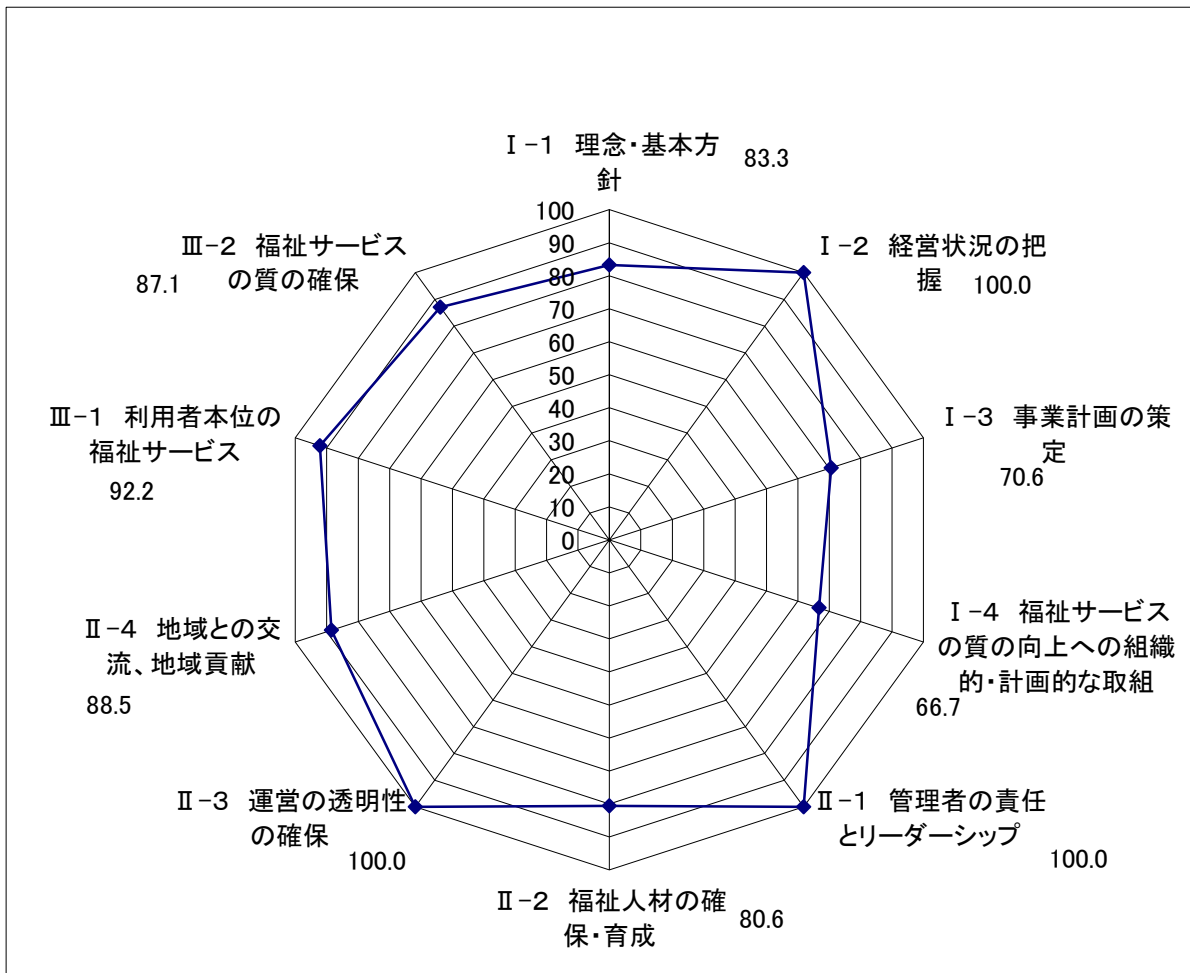
#### A-5 その他

		第三者評価結果
<b>A21</b>	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A22</b>	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<b>a</b> ・ b ・ c
<b>A23</b>	A-5-③ 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項		
<p><b>A21 外出</b> 買い物や病院受診に関する外出マニュアルを整備し、利用者の希望があれば職員が買い物やイベントへの参加など支援している。食堂に掲示板を設置し、月間の活動予定表を掲示し、また月1回開催している茶話会で活動予定を利用者に伝えている。外出時の車両事故を想定しマニュアルを整備して職員に周知している。職員が外出に同行する場合は携帯電話を所持し、不測の事態に備えて利用者には施設の連絡先を記載しているカードや職員の名刺を手渡している。病院受診の付き添いの際には受付に声をかけておく等、配慮している。</p> <p><b>A22 郵便・電話</b> 公衆電話の設置はないが、利用者が希望すれば施設の電話を自由に利用することができる。携帯電話の所持についても特に制限を設けておらず、居室に固定電話を引き込むことも可能である。施設玄関に利用者別の郵便受けを設置し、郵送についても希望があれば職員が支援している。</p> <p><b>A23 新聞・雑誌</b> 新聞は共同で購入し、利用者が自由に読むことができる。利用者が個人購入したり、雑誌などは外出に購入したり定期購読をすることが可能である。利用者のライフスタイルにあわせて、テレビやラジオ、パソコン等の持ち込みは可能である。特に共同利用でのトラブルの事例はなく、テレビについては個室であるため居室に持ち込むことで対応している。</p>		

# 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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	17	12	70.6
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	6	66.7
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	36	29	80.6
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	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	59	92.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1
合計	225	197	87.6



## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	17	16	94.1
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	68	66	97.1
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	102	98	96.1

合計(I～Ⅲ+A)	327	295	90.2
-----------	-----	-----	------

