

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	グッドタイムリビング大阪ベイ		
運営法人名称	オリックス・リビング株式会社		
福祉サービスの種別	有料老人ホーム		
代表者氏名	田寺 浩史		
定員（利用人数）	101 名		
事業所所在地	〒 552-0007		
	大阪府大阪市港区弁天1-3-3		
電話番号	06 - 4395 - 7800		
FAX番号	06 - 4395 - 7802		
ホームページアドレス	http://www.orixliving.jp		
電子メールアドレス	hiroshi.tadera@living.orix.co.jp		
事業開始年月日	平成18年10月1日		
職員・従業員数※	正規	38 名	非正規 4 名
専門職員※	介護福祉士、介護支援専門員、看護師		
施設・設備の概要※	[居室] 個室93（うち2人部屋8室）		
	[設備等] 洗面台、浴室、トイレ、調理室、医務室、更衣室、多目的ホール、レストラン、フロント、リビングダイニング		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

【理念】

- ・「本当に求められているのに提供されていないサービス」を提供する
- ・「もうどこにも移り住む必要のない、安心と賑わいのある暮らし」を提供する

【基本方針】

- ・「個々の尊厳が守られた暮らし」
- ・「安心のある暮らし」
- ・「賑わいのある暮らし」
- ・「選択の自由がある暮らし」 を提供する

【施設・事業所の特徴的な取組】

グッドタイムリビング 大阪ベイは、大阪市港区の「まちづくり」の一環として、地域の活性化を図るため、マンション、医療機関、店舗等を集約・一体化させるというコンセプトの基に誕生した複合施設「クロスシティ弁天町」に開設。一般的な「老人ホーム」や「施設」という概念ではなく、入居者個人の尊厳を尊重したオーダーメイドの介護と、パーティールーム、クラブサロン、ビューティーサロン等を併設した高級感のある施設、駅に直結し、医療機関、スーパー、各種店舗等が同一の場所にあるという至便さにより、上記理念・基本方針のもとに「高齢者の理想のお暮らし」を実現しています。また、介護リフト等の積極的な導入や、認知症ケアや看取りケア等も充実しており、お身体の状態が変わられても、「終の棲家」としてお暮らしいただくための様々は取組みを常時行っております。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション
大阪府認証番号	270033
評価実施期間	平成28年4月8日～平成28年5月5日
評価決定年月日	平成28年5月5日
評価調査者（役割）	0501A103（運営管理・専門職委員） 0501A113（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

利便性のある商業ビルに位置し、「まちづくり」の一環として開設されたこともあり、「地域ネット・事業者連絡会」とも連携しながら、セミナーの開催・民生委員等の見学の受け入れ・介護相談受付など、地域交流と地域貢献に取り組んでいる。法人の組織的な管理・運営が確立しているため、理念に基づいた計画的な運営・人事管理・人材育成・リスクマネジメントが行われ、利用者の安全・安心・生活の質の向上を確保する取り組みが行われている。「運営懇談会（家族会）」「意見交換会」の開催・満足度調査の実施・定期的なモニタリングと会議・イベントへの招待等により、利用者・家族の意見・要望を把握する機会を数多く設け、サービスの向上に反映する仕組みがある。主治医・訪問看護とも連携を取り、希望があれば、家族の意向に基づいて看取り介護を行う体制が整備されている。

◆特に評価の高い点

ゆったりと広く明るい館内には、生活のフロアと共に、庭園・談話スペース・図書コーナー・喫茶コーナー等、思い思いに快適に過ごせる環境を提供している。月間プログラムを作成し、日課としての体操や能力トレーニング・絵画・音楽・ヨガ・おしゃべり等、利用者が趣味と好みを活かし楽しみながら介護予防に取り組める仕組みがある。食事は、毎食2種類の選択メニューと体調や嗜好に応じたアラカルトメニューが用意されている。法人の確立された職員教育体制の下利用者個々の尊厳を尊重した接遇を徹底し、利用者が各場面で選択できる、QOL（生活の質）の向上を重視した個別性のあるサービス提供に取り組んでいる。

◆改善を求められる点

たいへんよく取組まれていて、特に改善点は見られません。今後、実習生やボランティアの受け入れにも取り組まれることを期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

地域の活性化を目的とした「まちづくり」の一環として創設された事業所ということ意識した運営を継続してきたこと、オリックスグループとしての内部統制体制・運用が図れていること、理念に基づいた計画的な運営ができていること等を評価いただいたと考えております。
今回の評価を受け、会社・施設としての強みを改めて認識することができました。これらの強みをさらに活かすための数々のアドバイスも頂戴いたしましたので、さらに介護業界の模範となるべき運営を目指していきたいと考えております。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I - 1 理念・基本方針		
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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
(コメント)	理念には目指すべき方針が明示され、基本方針は理念と整合性がとれ、職員の行動規範となるような具体的な内容である。理念・基本方針・行動指針を事務所・スタッフルームに掲示し、毎月の朝礼で唱和し周知を図っている。理念・基本方針をわかりやすい言葉で表し、写真や説明を加えたパンフレットで利用者や家族への周知に努めている。入職時にはまず理念・基本方針を説明し、全社朝礼・事業所朝礼・会議等で継続的に意識付けを行っている。定期的に確認テストを実施し、周知状況を確認している。	

		評価結果
I - 2 経営状況の把握		
I - 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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
(コメント)	社会福祉事業全体の動向については、法人として企画部が把握し分析している。法令全般についてはコンプライアンス部で把握しており、把握した法令の変更や社会的な動向については、事業所が属する行政単位で各事業所に周知する仕組みがある。地域の動向やニーズについては、「大阪市・港区の高齢者分布から見た今後の動向」として把握し、各種会議で定期的に分析し事業所運営に反映させるように取り組んでいる。	
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
(コメント)	各事業所の経営環境・経営状況については法人が把握し、毎月の各種会議で分析・検討し改善に取り組んでいる。課題や改善策については、事業所のサービス会議で各部署の責任者に周知し、その後各部署に持ち帰り職員全員で解決・改善に取り組む仕組みがある。	

		評価結果
I - 3 事業計画の策定		
I - 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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
(コメント)	中・長期計画は理念・基本方針の実現に向けて「実行優先テーマ」を定め、「詳細」「具体的施策」として具体的な内容になっている。「詳細」は数値により評価を行える内容となっている。中長期計画は、定期的には年度末に、必要に応じて随時、サービス会議で見直している。	

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
(コメント)	事業計画には、「中長期の目標」を基に「本年度の目標」を定め、「目標達成のための取り組み」として6項目の具体的な取り組み内容を挙げている。項目別に担当部署も定め、実施状況の評価が行える内容となっている。	
I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
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
(コメント)	年度末に開催されるサービス会議の中で、管理者が事業計画の達成度・評価を説明し、出席している職員参画のもと、次年度の事業計画を策定している。事業計画はスタッフルームに掲示し、年度初めの各会議・委員会で説明し周知を図っている。計画の実施状況については、担当会議や委員会で定期的に把握して評価し、議事録に記録している。	
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
(コメント)	事業計画を「グッドタイムリビング大阪ベイの事業計画について」として作成した文書を、家族に配付すると共に、フロントで公開している。「運営懇談会」では、前年度の事業計画の報告と今年度の事業計画の説明を行い、質問も受け付けて理解と周知を図っている。	

		評価結果
I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。		
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
(コメント)	サービスの質について、「本社モニタリング」や「部内検査」で組織的に評価を行う体制がある。評価結果は、サービス会議で分析検討している。大阪府所定の「自主点検シート」を使用して、年1回自己評価を実施し、課題があればサービス会議で検討する仕組みがある。	
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
(コメント)	「本社モニタリング」や「部内検査」の評価結果から抽出した課題を文書化し、サービス会議で共有し、改善計画を立て、取組みの実施状況と達成度を本社に報告し、必要に応じて改善計画を見直している。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ - 1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ - 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
(コメント)	「オリックスリビング規則集」「GMバイブル」に、管理者の役割・責任・管理の方針と取組みが文書化・明示されている。管理者の役割と責任については、新入職員研修で説明すると共に、規程集・データベースで職員に公開されている。有事における管理者の役割と責任についても、不在時の権限移譲等も含め「GMバイブル」に明記されている。	

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
(コメント)	法人のコンプライアンス部が、コンプライアンス諸規則・マニュアル・研修体制などを整備し、組織として法令順守に積極的に取り組んでいる。管理者は、幅広い分野について遵守すべき法令を各種研修で習得する仕組みがあり、義務付けられている。職員にもコンプライアンスに関する研修を実施し、「コンプライアンス・ホットライン」を設置している。	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
(コメント)	「サービス会議」「キラキラ会議」を月に1回開催し、職員参画のもと、サービスについての現状把握・課題抽出・改善に取り組む仕組みがある。「サービス会議」「キラキラ会議」、その他各種会議・各種委員会にも管理者が出席し、サービスの質の向上に向けて指導力を発揮している。年間の事業所内研修に採り入れて「接遇・マナー研修」を実施し、法人としても入職時研修・社内研修で学ぶ機会を設けている。	
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
(コメント)	各事業所からのデータ報告を踏まえた人事・労務・財務等に関する分析や、人員配置や環境整備等具体的な取り組みについての検討は部長会議・GM会議で行われ、管理者が出席している。管理者は、部長会で検討された取り組みを事業所のサービス会議に落とし込み実践につなげている。	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
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。		
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
(コメント)	必要な人材・人員体制・人員配置などについては、「人事関連諸規則」に明記されている。法人で人員計画を策定し、人事課採用チームで人材確保を行っている。法人の「教育研修部」で人材育成体制を確立し、自己研修奨励制度および資格取得支援制度を設けて資格取得を支援する仕組みがある。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	理念・基本方針に基づいた「求める人物像」を、ホームページ等に明示している。人事基準は、就業規則および人事関連諸規則に明記され、入職時に説明して周知すると共に、設置・データベースにより職員に公開している。「人事考課制度」を導入し、「総務人事マニュアル」に一定の人事基準に基づいて職員を評価する仕組みが明示されている。「キャリアパス制度」を導入し、職員が自らの将来の姿を描ける仕組みを整備し、職員にもわかりやすく周知している。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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

(コメント)

労務管理は法人の人事課が統括管理を行っている。職員の就業状況は、毎月管理者が把握し、法人の人事課に報告している。健康診断・予防接種・メンタルヘルスやハラスメント相談窓口の設置・ホットライン設置等、職員の心身の健康と安全確保に努め、職員に周知している。人事考課制度の個人面談の機会を年に4回設け、上記相談窓口を設置する等、相談しやすい組織内の工夫を行っている。法人として充実した福利厚生を実施し、職員の希望は面談等の機会に聴取している。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、出産休暇・育児休暇・特別休暇体制が整備されている。人員が充足するような人事管理を行うと共に、リフトの導入やタブレットの導入等で業務の合理化・改善を図り、働きやすい職場環境の整備を行っている。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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

(コメント)

人事考課制度を導入し、「人事考課表」を用いて、職員一人ひとりの目標管理を行っている。個人面談を実施し、コミュニケーションのもとで目標設定を行っている。目標設定は等級・役職を勘案し、目標水準・目標期限を明確にしている。設定3カ月後の聞き取りと、6か月後の個人面談で進捗状況の確認が行われ、年度末の個人面談で目標の達成度の確認を行っている。

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

(コメント)

「求める人物像」を、ホームページ等に明示している。「人員計画」に必要な人員や資格を明確にしている。法人に教育研修部が設けられ、法人内研修として、新入職者（新卒・中途採用）研修・階層別研修・スキルアップ研修・リスクマネジメント研修等が企画されている。事業所内研修も、年間計画に基づいて必要な項目別の研修が実施されている。研修受講後には、研修報告書の提出が義務付けられ、受講状況は教育研修部で把握している。研修報告書には感想・評価欄を設け、法人研修の評価は教育研修部で行い、次年度の研修計画に反映している。事業所内研修については、年度末に会議を開いて年間の研修の評価を行い、次年度の研修計画を検討している。

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

(コメント)

法人の教育研修部で、各職員の知識・技術水準・資格取得状況を把握している。新入職員研修・中途採用職員研修で、経験に応じた採用時研修を行うと共に、プリセプター制度による個別のOJTを実施している。階層別研修・スキルアップ研修・リスクマネジメント研修等、職員が必要とする水準に応じた研修が実施されている。大阪市港区主催の年間研修スケジュールを掲示し、参加を奨励している。事業所内研修は、同じ内容で2回実施し、全員ができる限り出席できる体制を整備している。研修参加のための、シフト調整や費用負担も行っている。

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
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。
(コメント)	「実習生等の就業体験実施に関するガイドライン」を整備し、実習生受け入れに関する基本姿勢を明文化している。介護職の実習生についてはプログラムがあり、指導者の研修・試験を実施している。依頼があれば受け入れる体制はあるが、当事業所としての実績はない。
	a

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。		
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
(コメント)	理念・基本方針・サービス内容は、法人のホームページで公開している。決算報告はオリックスグループのホームページで公表している。事業所の年間収支報告は運営懇談会で行っている。苦情・相談の体制・内容と対応は、フロントで公表している。市役所・地域の病院・薬局・クロスシティ弁天町内・地域包括センター等に、パンフレット・広報誌・チラシ・イベント案内等を随時配付し、地域に向けて情報を発信している。	
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
(コメント)	事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌・権限・責任は、法人として各種規程類に明文化し、必要に応じて外部の専門家に相談する仕組みがある。職員には入職時に説明すると共に、規程類の設置やデータベースで閲覧できるようにしている。オリックスの監査部による内部監査と監査法人による外部監査が毎年実施され、指導事項に基づき必要な改善を行っている。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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
(コメント)	地域との関わり方についての基本的な考え方を、「事業計画」と「大阪市と港区の高齢者分布からみる、今後の施策について」の中に明文化している。港区の老人会の行事等、地域行事の開催案内があれば玄関ホールやフロント前などに掲示し、利用者の希望に応じて職員が同行して参加できる体制がある。「認知症セミナー」や「後見人セミナー」などを事業所で開催し、地域の人々にも案内を配付し、セミナーやその後のお茶会で交流が持てるよう取り組んでいる。利用者の希望やニーズに応じて、買い物・外食・通院などには職員が同行し、社会資源を利用している。	

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。	b
(コメント) 「実習生等の就業体験実施に関するガイドライン」の中に、ボランティア・学生の受け入れの目的・意義等基本姿勢を明文化している。受け入れに関する一連の流れについては、「受け入れる際の業務フロー」に明記している。依頼があれば受け入れる体制はあるが、当事業所としての実績はない。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
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
(コメント) 必要な関係機関・団体について社会資源のリストを作成し、事務所に掲示し職員間で共有している。地域で開催される「地域ネット・事業者連絡会」への参加と連携を通して、見学者の受け入れや介護相談の受け付け等を行っている。事業所のセミナー開催時にも、地域ネットと連携を図っている。訪問診療後に医師・看護師・事業所職員がカンファレンスを行い、また、協力医療機関での退院前カンファレンスに参加する等、地域の医療機関とも連携に努めている。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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
(コメント) 事業所内のイベントである「サマーフェスティバル」開催時には地域にも案内し、地域住民との交流に取り組んでいる。事業所の専門性を活かして「認知症セミナー」「後見人制度セミナー」を開催し、そこでは介護相談も受け付け、地域住民も自由に参加できるように案内している。「クロスシティ弁天町」として、防災計画を策定し、その中に災害時の役割が明記されている。事業所は地域の活性化を目的とした「まちづくり」の一環として創設された経緯があり、地域の商業施設やクリニックと連携して地域の活性化とまちづくりに貢献している。	
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
(コメント) 「認知症セミナー」「後見人制度セミナー」の開催と相談支援事業により機能を還元した地域貢献に努めると共に、それらを通して地域の福祉ニーズの把握にも努めている。地域ネットとの連携により民生委員・児童委員の見学を受け入れ、地域の福祉ニーズを把握する機会としている。把握したニーズを基に、具体的な事業・活動を「大阪市と港区の高齢者分布からみる、今後の施策について」の中に明示している。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
(コメント)	利用者の尊重について理念・基本方針・行動指針に明文化し、掲示・唱和・朝礼等で周知を図り、試験で周知状況を確認している。法人の役職員行動指針・役職員倫理規程、事業所の倫理規程も策定され、入職時に説明を行っている。利用者尊重の基本姿勢は、介護マニュアルの個々のサービスの標準的な実施方法に反映されている。利用者尊重や基本的人権については、法人研修と事業所研修で、研修を実施している。教育研修部の自己評価チェックで尊厳やプライバシーに配慮した支援が行われているかを確認する仕組みがある。また、ケアマネジャーと介護主任が毎月各1回利用者をモニタリング訪問し、実施状況を確認している。	
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
(コメント)	「高齢者の尊厳保持とプライバシー保護マニュアル」「虐待マニュアル」が整備されている。マニュアルは研修資料を兼ね、年間研修計画に基づいた職員研修で職員の理解と浸透を図っている。居室は全て個室であり、入浴・排泄時のプライバシーが守られる設備となっている。施設内の移動や設備の利用等が自由にでき、生活の場として快適な環境が整備されている。利用者のプライバシー保護や権利擁護については、重要事項説明書に明記し、契約時に周知している。規程・マニュアル内の事項は、介護計画やケアカードにも明記し、サービスの実施に反映している。不適切な事案が発生した場合の対応方法は、マニュアル・規程類に明示されており、職員は研修などを通して周知している。	
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。		
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
(コメント)	理念・基本方針・サービス内容・事業所の特性を、写真を豊富に用いてわかりやすい言葉で説明したパンフレットやちらし等を、市役所・地域包括センター・近隣の病院・薬局等に設置している。見学時にも、「お客様カード」に沿って、個別に具体的な説明を実施している。見学・体験入居にも対応している。パンフレット・ちらしは、法人の担当部署により適宜見直している。	
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
(コメント)	サービスの開始時には、写真や文章でわかりやすく説明したパンフレットや資料を用いて説明している。運営規程・契約書・重要事項説明書に沿って、質疑応答を交えて丁寧な説明に心掛け、書面で同意を得ている。変更時には運営懇談会でも説明し、書面を作成し同意を得ている。契約時には連帯保証人の同意を位置づけ、家族・後見人等の同意を得ている。	
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
(コメント)	「契約終了時手続フロー」に沿って、必要な書類の提供等により情報提供を行い、円滑な移行が行えるように支援している。サービスの終了時に家族に渡す「契約終了時の通知」に、終了後の相談窓口を記載している。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>(コメント) 毎年、「利用者満足度調査」を行っている。年に1回、利用者・家族が出席する「運営懇談会」を開催し、職員も出席し利用者満足を把握している。「ゲスト満足度アップ意見交換会」を3カ月に1回開催し、利用者参画でアンケート結果から課題を抽出し、サービスの改善に反映させている。</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。

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
<p>(コメント) 法人で「危機・クレーム等対応規則」、事業所で「クレーム対応の基本と実際」を整備し、苦情解決の体制が明記されている。苦情解決の仕組みは、重要事項説明書と「各種ご相談窓口」に明記し、配付すると共にフロントで公開している。ご意見箱と「ご意見記入用紙」の設置・定期的なアンケートの実施等、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情については、「苦情・要望・意見受付書」に、検討内容・対応策・家族へのフィードバックを記録し保管している。苦情内容や解決結果については、プライバシーへの配慮をしながら、フロントや「運営懇談会」で公開している。各事業所で受け付けた苦情は法人に報告し、週1回開催される法人のミーティングで情報共有し再発防止に取り組んでいる。事案のレベルに応じて報告の流れが明確に決められ、レベルに応じた検証と対応の仕組みがある。</p>	
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
<p>(コメント) サービス部門別に設置した、自由に選べる相談窓口をわかりやすく説明した文書を作成し、配付すると共にフロントで公開している。フロントに常駐職員がいるため、取り次ぎも常時可能な体制がある。個室の応接室など、プライバシーに配慮した意見が述べやすいスペースが確保されている。</p>	
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
<p>(コメント) 「相談対応マニュアル」を整備し、「苦情・要望・相談受付表」で記録・報告している。マニュアルは法人の主幹部署で、年に1回の定期的な検証と必要時の見直しを行っている。ケアマネジャーと主任が、各々月に1回モニタリング訪問を行い、相談対応と意見の聴取に努めている。意見箱の設置・年1回のアンケートの実施により、利用者の意見の把握に積極的に取り組んでいる。受け付けた意見について、サービスの向上に取り組んだ記録を議事録などに記録している。</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。

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
<p>(コメント) 法人で「危機・クレーム対応基本規則」「災害リスクマネジメント基本規則」、事業所で「リスク・マネジメントの基本―事故予防の組み立て方」を整備し、年に1回職員研修が行われている。「事故・ヒヤリハット報告書」で全事業所から事例を収集し、法人会議で1週間に1回、事業所の事故対策委員会で1ヶ月に1回報告・検討を実施し、再発防止に取り組んでいる。管理者が事業所内の責任者として統括している。毎月の事故対策委員会で、事故防止策の実効性を評価し必要に応じて見直している。</p>	

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
(コメント)	法人の「危機・クレーム対応基本規則」に感染症対策も含まれ、管理体制が整備されている。事業所では「介護現場における感染症の予防と対策」「感染症対応の指針」など、イラスト等を用いたマニュアルを作成し、年に1回職員研修を行っている。感染症勉強会は全職員が受講するまで複数回実施し、発症時刻・場所・感染症種類等を想定した感染症対応訓練も年1回実施している。法人が費用を負担して全職員にインフルエンザの予防接種を行い、予防に努めている。職員の家族に感染症が発症した場合も出勤停止とし、蔓延防止の体制整備を行っている。利用者に発生が疑われる場合には、「レベル別対応目安表」で適切に対応する仕組みがある。マニュアルの見直しは、法人の主幹部署が行っている。	
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
(コメント)	法人で「災害リスクマネジメント基本規則」を整備し、事業所の「介護マニュアル」の中の「災害時の対応編」に、対策責任者を管理者として、災害時対応連絡先等を明示している。年に2回、消防署の協力を得て、昼夜想定で利用者も参加して実践的な消防訓練を行い、対応・避難方法を職員に周知している。法人全体で安否確認システムの確認訓練も実施した。建物内に防災センターが設置され、防災計画が整備され、災害時の協力体制について話し合われている。災害備蓄品（フロア用品）在庫調査票（写真入り）を作成し、水・米等備蓄品がバックヤード等に保管・管理されている。	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	サービス提供に関する記録の開示については契約書に明示し、求めに応じて記録を開示している事例がある。	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
(コメント)	入居審査に関する手順、入居基準・選考基準を明確にしている。わかりやすく説明した資料を、フロントにて公開している。	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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。		
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
(コメント)	サービスの標準的な実施方法については、「介護技術マニュアル」に文書化され、その中に利用者の尊厳・プライバシーの保護・権利擁護に関わる姿勢が明示されている。標準的なサービス実施方法については、法人内研修を受講した職員が、事業所内研修を行う体制がある。また、プリセプター制度により個別の指導を行っている。標準的な実施方法に基づいた実施状況については、プリセプターの指導チェック表や、介護主任やケアマネジャーによる記録の確認や同行訪問で確認している。	

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
(コメント)	年に1回、「介護技術マニュアル検討会議」を実施し、法人内の各事業所から意見を出し合い見直しの必要性を検証している。月に1回事業所で開催するチーム会議で、職員が個別のケアカードの内容の検証を行い、必要であればケアカードの見直しからマニュアルの見直しに反映している。	

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が策定されている。

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
(コメント)	施設サービス計画書策定の責任者はケアマネジャーとしている。「施設サービス計画策定フロー」に基づいて、定められた書式に沿ってアセスメントを実施している。サービス担当者会議で多職種の関係者で課題分析を行い、具体的なニーズを明示し、目標設定・サービス内容を合議して計画書を策定し、利用者・家族の同意を得ている。計画に基づいたサービスの実施状況はモニタリングで確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、家族の意向も確認しながら、必要に応じて行政にも相談する等の対応を行っている。	
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
(コメント)	「施設サービス計画書」の見直しについても、定期的・状態の変化時も含めて、「施設サービス計画書策定フロー」に仕組みを定めて実施している。「マニュアル見直し検討会」でサービス実施計画の評価・見直しからマニュアルを見直す仕組みがある。	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	「施設サービス計画策定フロー」に基づいて、部門横断でサービス担当者会議を実施し、医師等の専門的なアドバイスも取り入れて施設サービス計画書を策定している。施設サービス計画書では、課題を明示し、長期目標・短期目標を設定している。定められた書式のフェイスシート・アセスメントシートを用いて、計画の見直し時には再アセスメントを行っている。サービス提供の責任者は、介護主任としている。利用者・家族に「施設サービス計画書」の同意を得てから、サービス提供を行っている。計画書の内容はチーム会議で説明した後、常に確認できる計画書ファイルを設置し、職員が理解できるように工夫している。ケアマネジャーが、記録や毎月のモニタリング訪問で、実施状況や問題点を把握し目標の達成状況について評価している。施設サービス計画書の中に、在宅復帰を目指したものと自立支援を明示したものを確認した。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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
(コメント)	利用者の状況については「フェイスシート」「アセスメントシート」によって把握し記録している。サービスの実施状況は、「日常生活確認書」「館内記録」に記録している。策定された「記録マニュアル」に基づいて、用語の統一や留意点を入職時に説明し、記録に差異が生じないようにしている。その後もプリセプターが継続的に助言・指導を行う体制がある。勤務に入る前に、スタッフルームの申し送り簿で情報共有し捺印で確認している。勤務中は、インカムを使って、必要な情報が迅速に伝達共有できる仕組みがある。チーム会議・サービス会議・サービス担当者会議等、定期的に部門横断で開催される会議がある。パソコンのネットワークシステムは現在作成中である。タブレットやインカム・ファイルの回覧を実施し、情報を共有する仕組みがある。	

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
<p>(コメント) 「個人情報保護細則」「情報取扱細則」「個人情報開示請求取扱いマニュアル」が整備され、記録の保管・保存・廃棄・情報提供、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。記録管理の責任者は管理者としている。職員が研修等で学ぶ機会を複数回設け、誓約書の提出を毎年行い、個人情報保護規程などを理解し遵守する取り組みがある。利用者・家族については、契約書に明記し、契約時に説明すると共に、同意書にて同意を得ている。</p>	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
<p>(コメント) 「身体拘束についてのガイドライン」を整備し、「身体拘束ゼロ宣言」を行っている。身体拘束廃止について運営規程に明記し、利用者・家族に説明している。法人研修・事業所研修等に盛り込み、職員の理解を徹底している。外部研修にも参加している。身体拘束をせざるを得ないケースについては、3つの要件を満たした上で、ケース検討会を行い、利用者・家族に説明を行い同意を得て行う等、ガイドラインに沿った手続きを行っている。その後も、解除に向けて定期的なカンファレンスを継続している。行動を制限せず安全に移動できるように、設備・環境面で配慮している。</p>	
Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	—
<p>(コメント) 「運営規程」に、「金銭等の管理」の規程が設けられており、現金の預かり管理は行わないが、必要と希望に応じて立て替え払いを行う体制がある旨を明記している。必要な場合は成年後見制度等の利用を支援している。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
<p>(コメント) 多目的室でのレクリエーションに参加する等、利用者の意欲と結びつく工夫を行い、寝たきりを防止するための離床対策がサービス計画書に位置づけられ実施されている。機能訓練士や言語聴覚士の指導の下で支援を行い、胃ろうから経口摂取に改善した事例もある。</p>	

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
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
(コメント)	<p>利用者の心身の状況・生活歴・生活習慣等は、フェイスシートとアセスメントシートで把握している。アセスメントとモニタリングで利用者の意向を把握し、サービス計画や支援に反映させている。モニタリング・チーム会議・サービス担当者会議等で、検討し改善する取り組みがある。サービス計画書・ケアカードに自立支援に配慮した支援が明記されている。日課としての体操・脳カトレーニング・種類豊富なクラブ活動が盛り込まれた月間プログラムを作成し、利用者の趣味・興味・希望を把握して参加して生活に楽しみを持つと共に、自立・活動への動機づけも行っている。サマーフェスタ等事業所のイベントには、家族や地域住民を招待し、クラブ活動の講師依頼をする等、活動の多彩化を図っている。希望に応じて、買い物・外出等も個別に支援している。食事には、意向を尊重してリビングスペースかレストランに移動している。離床・着替え・整容等については、個別の生活リズムや生活習慣に合わせて、サービス計画やケアカードを基に支援している。</p>	
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
(コメント)	<p>アセスメントシートのコミュニケーション状況欄で把握し、利用者個々に応じた機会・方法でコミュニケーションを行っている。意思疎通が困難で特別な配慮が必要な場合は、サービス計画やケアカードに盛り込んで、コミュニケーション方法を統一している。把握した思いや希望は、チーム会議で共有しケアに活かしている。マナー研修を継続的に行っている。また接遇・マナー委員会で、「止まって笑顔で挨拶 語先後礼」ポスターを掲示したり、エコカ活動（エ：笑顔、コ：言葉遣い、カ：会話と姿勢）を行ったり、アンケート調査を行う等、利用者への言葉遣いや接遇への意識付けに取り組んでいる。季節に応じた掲示物を作成する時間や、日課としての体操に参加する機会等の日常生活の中で、特に会話の不足している利用者には気を配り、会話を引き出せるよう配慮している。ケアマネジャーと介護主任が毎月モニタリング訪問し、話したいことが話せる機会づくりを行っている。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
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
(コメント)	<p>サービス計画書とケアカードに心身の状況に合わせた入浴形態・方法・羞恥心への配慮等を明記し、統一した支援を行っている。入浴拒否傾向の利用者については、誘導・介助方法の成功事例をケアカードの裏面に記載し情報共有して工夫している。入浴前には職員が設備や湯温・備品等確認している。脱衣室や浴室等エアコンが設置され、また床暖房を使用し室温管理されている。入浴後に使用する化粧水や乳液、好みの飲み物等はケアカードに記載し支援している。入浴前にはバイタル測定を行い、37℃以上であれば看護師に報告し、対応への指示を受けている。法人のコンプライアンス部が、「入浴介助時のルール・注意事項」の一覧表を作成し、各事業所に配付して周知を図り、研修も行い安全な入浴介助を実施するための取り組みを行っている。健康状態や意向に応じて入浴日を変更したり、入浴から清拭に変更する等、サービス計画に変更が生じる場合は、変更届に記載して変更している。スライド式チェアや機械浴・個浴の設備が用意されている。シャワーチェアや手すり、滑り止めマット等介護機器が用意されている。入浴後のバスマットは使用後個別に取り換え、衛生面への配慮が実施されている。入浴は誘導から入浴介助、入浴後の対応まで一人の職員が通して支援を行い、自力で入浴できる場合も見守りを行っている。感染症・心身の状況等で入浴順に変更が必要な場合も、変更届に記載して対応している。</p>	

A-2-②	排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>アセスメントシートの排泄関係の項目で、排泄の移動・誘導方法、夜間排尿など詳細に把握し、サービス計画に個別の排泄介助の支援方法を盛り込んでいる。排泄の自立に向けた取り組みが、サービス計画書に位置付けられている。「排泄・水分摂取確認表」で排泄状況・健康状況を確認し、異変があれば看護師に報告している。トイレは全居室に設置され、各階にも共有トイレが設置され、個々の状態・状況に合わせた介助方法等を工夫し、尊厳や羞恥心に配慮しながら実施されている。トイレは排泄後すぐに清掃され、ポータブルトイレは消臭剤等を使用し衛生面や臭気に配慮し、清潔保持されている。便座等を保温し、適切な環境に配慮されている。トイレ内での転倒・転落を防止するため、手すり等の福祉用具の設置や、座位の確認・見守り等を行っている。「排泄・水分摂取確認表」「日常生活確認表」で排泄状況や水分・食事摂取状況を把握し、日課としての体操や活動への参加を勧める等、自然な排泄が促せるように配慮している。睡眠時の排泄介助については、個々の排泄量や身体状況を踏まえて、ポータブルトイレや適切な排泄用品の使用等、安眠を妨げないように配慮した支援を行っている。利用者に適した排泄用品についてはチーム会議等で検討し、家族の同意も得て準備している。おむつ交換時の皮膚観察や清拭については、マニュアルで共有し、看護師からも指導を受けている。排泄の訴えやおむつ交換の要望には、コールとインカムを活用して迅速に対応している。</p>	
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
(コメント)	<p>アセスメントシートの基本動作の項目で利用者の状況を把握し、利用者に合わせた歩行補助用具や介助方法を共有し、自立を促す声かけや見守り介助が実施されている。車椅子や歩行器・杖等が準備され整備されている。福祉用具については業者の福祉用具専門員が定期的に点検を行なっている。車いすは職員が「車いすメンテナンスのための簡単チェックシート」を用いて毎月点検している。コールやインカムを活用して、移動の希望に迅速に対応できるようにしている。事前に周囲の確認をし、他の利用者や家具等への安全にも配慮しながら介助されている。移動しやすいよう、全フロアがバリアフリーになっており、テーブルや椅子等の配置も工夫されている。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>現在、褥瘡の発生事例はない。「褥瘡マニュアル」を整備し、予防についての標準的な実施方法を定めている。利用者の状況に応じて、体位交換を行うと共に、エアマット・自動体位変換器・PSC3P（褥瘡の発生を予防する椅子）・スライディングシート・リフト等を導入し、傷や皮膚組織にずれが生じない安全な介助に取り組んでいる。皮膚の状態を観察し異変に気づけば、看護師に報告し、主治医の指示を受けながらマッサージの実施や軟膏の塗布を行っている。移動・移乗の研修で褥瘡予防を学ぶと共に、事業所内で褥瘡予防に関する研修も行っている。食事摂取状況を「日常生活確認表」で確認し、課題がある場合は主治医の指示を受け補助食の導入などをサービス計画書に採り入れて支援している。</p>	
		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>「食事意見交換会」を実施して利用者・家族の意見を聴取し、委託業者も同席し献立や食材に反映している。食材は旬のものを使用し、季節や節句行事に合わせて、献立に変化を持たせている。各料理に合わせた器を使用し提供されている。盛り付けにも季節の物や色合い等工夫し提供されている。着席した後に食事の準備を開始し、適温で食事提供を行っている。配席は自由席になっている。利用者の状態や希望に合わせてレストランススペース・フロアーのリビングスペースで食事を行い、落ち着いて食事ができる雰囲気づくりを行っている。食事は毎食、2種類からの選択メニューで提供され、体調や希望に応じてアラカルトメニューの提供も可能である。居室で食事提供を行う場合は、配膳車により保温に配慮している。</p>	

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
(コメント)	<p>アセスメントシートの食事関係の項目で咀嚼・嚥下状況・食事内容を把握し、形状・調理方法を工夫して提供している。利用者の状態に合わせた補助具が使用されている。利用者の能力に合わせた介助を行い、自己摂取可能な利用者には声かけをしながら、存在能力を引き出せる支援に取り組んでいる。利用者の嚥下機能に合わせた座位の工夫を行っている。誤嚥・窒息等食事時の事故対応方法は、「緊急時対応マニュアル」に明記し、研修で確認している。レストランに吸引器を設置し、緊急時はインカムで迅速に職員を集めて対応する等、対応方法を周知している。「排泄・水分摂取確認表」で個別に水分摂取量を把握し、「日常生活確認表」で食事摂取量を把握している。咀嚼嚥下状態や食事摂取量等に課題がある場合は、主治医・看護師・言語聴覚士などと連携し、ソフト食等食事形態の変更や摂取時の座位・体位・介助方法等を検討し、サービス計画書に採り入れて経口での食事摂取が継続できるように支援を行っている。発熱・歯痛等突発的な状況にも、アラカルトメニューの提供で対応している。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<p>アセスメントシートの生活管理関係の項目で口腔ケアについてのアセスメントを行い、自立度を把握している。サービス計画に口腔ケアを採り入れ、実施・評価・見直しを行っている。医師・歯科衛生士・言語聴覚士等の助言・指導を受けて、口腔状態・咀嚼嚥下状態を定期的にチェックしている。事業者の年間研修計画に盛り込んで、「口腔ケアについて」の研修が実施されている。口腔ケアは居室で行い、口腔内のチェック・必要に応じて、義歯の着脱・保管等を、サービス計画に位置付けて行っている。食事前には、嚥下体操や食前口腔体操が実施されている。全居室に洗面台が設置され、共有スペースにも設置され、ともに利用できるよう確保されている。</p>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
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
(コメント)	<p>「看取り対応指針」「看取り手順フロー」を整備している。終末期を迎えた段階で、家族に事業所で行える対応についての説明を行い、希望される場合は「看取り同意書」にて同意を得ている。法人研修で「看取りについて」の研修を実施している。看取り介護を終えた段階で、チーム会議で振り返りを行い家族からの謝意を伝えたり、担当職員には個別面談の機会を設ける等、職員への精神的なケアを行っている。看取り介護にあたっては、主治医・訪問看護等と連携を密にとり、利用者・家族の意向を尊重した看取り介護が行えるように取り組んでいる。</p>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<p>利用者の日常生活能力、残存機能については、モニタリングと再アセスメントにより定期的に評価を行っている。周辺症状を呈する利用者については、日々観察した内容を館内記録に記録しチーム会議等で検討し、症状に合わせた支援に取り組んでいる。アセスメントを基に、家事への参加など、日常生活の中で役割が持てるようにサービス計画に採り入れて支援している。法人研修で、福祉先進国から講師を招き「パーソンセンタードケア」について、最新の知識・情報を得られる研修を実施した。受講後、事業所ごとに「ライフストーリーブック」の作成に取り組み、利用者個々の歴史を知ることの意義について学ぶ機会を設けた。物忘れクリニックの医師等との連携のもと、サービス計画見直し時等に支援内容を検討し、チーム会議等で話し合いながら実施している。利用者の症状に合わせて日々のプログラム活動への参加を勧め、個人またはグループで活動が継続できるように支援している。抑制・拘束は行わない方針を明示している。やむを得ず実施する場合は、必要な手続きを取っている。</p>	

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
(コメント)	移動導線のバリアフリー・アイボリーの壁・木の温もりを基調にされた家具等、安全で落ち着ける環境となるよう工夫されている。移動導線のバリアフリーや職員の付き添いにより、エレベーター等で自由に移動できるよう工夫されている。危険物・記録類は、利用者の目に届かないバックヤードや施錠された扉等へ保管されている。ポット等はフロアカウンター内には置かず、カウンターやテーブル上は整理整頓されている。6階に認知症ケア専門のフロアを設け、安全性に特に留意した環境づくりを行っている。全室個室となっているが、一部夫婦で入居できる居室もある。ベッドの周囲をはじめ、居室には写真・置き物など好みのものが飾られている。各居室にメモリーボックスを設置し、部屋番号と名前が明示され、一目でわかるよう表示されている。	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
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
(コメント)	サービス計画に訪問リハビリを位置づけて、機能訓練の実施・評価・見直しを行っている。サービス計画に、体操・嚥下体操・ヨガ・ストレッチ等、館内プログラムへの参加を採り入れ介護予防に努めている。サービス計画・ケアカードに自立支援を盛り込み、生活動作の中でも機能訓練・介護予防の機会を設けている。状況に応じて、医師・看護師・理学療法士・言語聴覚士等の指導・助言を受けている。職員の気づきをチーム会議で共有し、ケアマネジャー・介護主任が毎月モニタリング訪問を行い、認知症状の変化の早期発見に努め、主治医への報告等、必要な対応を行っている。	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
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
(コメント)	看護師によるバイタルチェックを行い、体調の異変を早期に気づく工夫を行っている。介護職から看護師へ、必要に応じて主治医へという連携体制があり、マニュアルのフローチャートに沿って対応するように共有している。年間計画に採り入れて、病気や薬に関して、また、「緊急対応」の研修中で体調変化時の対応について学ぶ機会を設けている。薬は1週間単位で調剤薬局から医務に搬入され、各服薬介助を行った職員が服薬確認表にチェックし、服薬管理・服薬確認を行っている。健康状態については、「館内記録」と「日常生活確認表」に日々の記録が残されている。	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	「感染症の予防と対策マニュアル」「感染症対応の指針」「衛生管理マニュアル」を整備し、発生した場合の標準的な対応方法を確立している。感染症対応については本社で管理体制を整備し、「感染推移表」を作成し、利用者・利用者家族・職員・職員家族別に、発症時の対応方法を明記している。「感染推移表」に記録し把握された体調の変化や発症状況は、法人でデータ管理し、終息まで継続管理する体制がある。インフルエンザ等の予防接種については法人が費用負担を行い接種を義務づけている。感染症や食中毒の発生予防・対応方法について研修を行うと共に、実践的な訓練も実施している。各フロアに共有洗面台を設け、手指消毒液等設置されている。フロントに手指消毒液・マスク等設置され、来訪者に呼びかけを行っている。	

		評価結果
A-8 建物・設備		
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
(コメント)	<p>委託業者により毎月点検が行われ、問題があればその都度改善し快適性・安全性を維持する体制がある。必要な機器については年間計画を立て、委託業者が点検メンテナンスを行っている。車いす等については、事業所で毎月点検している。アイボリーの壁・木の温もりを基調にした家具等を配置し、落ち着ける雰囲気づくりに配慮している。館内に、談話スペース・図書コーナー・喫茶コーナー・庭園等、思い思いに快適に過ごせる環境を提供している。顧客満足度調査・意見箱・個々の要望を聞き取り、快適に暮らせる環境作りに反映している。</p>	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	<p>定期報告書と定期的な会議時に、利用者の状況を報告している。変化があった時は、随時電話・メール等で迅速に報告している。定期的なサービス担当者会議に家族の出席を求め、サービスの説明・要望の把握や相談の機会としている。家族の面会時には、ケアマネジャーか介護主任が近況を報告し、要望・相談などを受けている。家族の要望・相談・連絡事項等は、「お客様情報」としてデータ入力し、相談については支援経過記録にも記録している。行事・運営懇談会等の日程について、家族に案内し参加を勧めている。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	利用者・家族
調査対象者数	25 人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者・家族を対象に、書面によるアンケート調査を行い、回収率は100%でした。

全体的に満足度が高く、自由記入欄にも特に課題となるコメントはありませんでした。

特に満足度の高い項目としては、

- * ・ 適切で心地よい言葉遣い・言葉かけ
 - ・ 話しかけやすく、わかりやすい会話
 - ・ 意見や希望の聴き取り
 - ・ 居室の安全・快適性
 - ・ 楽しくゆとりのある食事
 - ・ このまま続けて利用したい
- については、100%の方が「はい」と回答

* その他の項目もほとんどが、80%以上の方が「はい」と回答

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等