

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年10月2日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 006-0029

住所 札幌市手稲区手稲本町2条1丁目4-5

電話番号 011-299-2931

評価機関名 サード・アイ合同会社

認証番号 北海道 17-001

代表者氏名 鈴木 正子



下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	武藤 洋一	福祉医療保健	第0214号
	(2)	木村 靖子	福祉医療保健	第0033号
	(3)	佐藤 みどり	福祉医療保健	第0262号
	(4)	鈴木 正子	総合	第0129号
	(5)			
サービス種別	軽費老人ホーム(ケアハウス)			
事業所名称	ベИАニエス			
設置者名称	社会福祉法人 函館厚生院			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019年6月3日	～	2019年9月11日	
利用者調査実施時期	2019年6月12日	～	2019年6月19日	
訪問調査日	2019年8月19日			
評価合議日	2019年8月31日			
評価結果報告日	2019年10月2日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

サード・アイ合同会社

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：函館厚生院

代表者氏名：高田 竹人

所在地：〒040-0011 北海道函館市本町34番8-1号

TEL 0138-51-9588

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙参照

◇改善を求められる点

別紙参照

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

初めての受審であったため、自己評価するにあたり、スタッフも戸惑いながら進めてきたが、各部門における担当業務の現状をあらためて確認する機会となった。また4月から着任した管理者として、施設の全体的な状況把握につながった。評価結果のコメントは具体的で理解しやすく、課題が明確となった。今後、課題の優先順位を考え、事業計画にも盛り込み、取り組んでいくこととする。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 総評

### <評価の高い点>

#### 1、「利用者の活動性と主体性な生活を支える」

「ベИАニエス」が所在する日吉町には、公共バスの本数が多くはありません。買い物や病院、習い事などの外出には施設が運行しているリングバスが欠かせません。リングバスは平日の午前9時から1日2便が出発し、湯の川温泉などの主な市街地を巡廻して利用者の貴重な足となっています。無料運行であることもあり、介護保険施設と違って自立度の高い主体的な生活を送っている利用者にとっても外出しやすいよい傾向となります。

利用者の活動性や会話が増える機会となるように1階の階段下、食堂入口には喫茶スペースが設けられています。水分補給のミネラルウォーターの他に、コーヒーも自由に飲めます。地域の催事や福祉コミュニティエリアの利用パンフレットが置かれ、職員が常駐するカウンターテーブルではちょっとした相談事もできます。食堂の座席はくじ引きで定期的に替わることで利用者間の交流を促しています。

慰問ボランティアの受け入れは多く、ハワイアンや大正琴といった芸能系ボランティアや近隣の保育園からの訪問もあります。外出が少ない利用者にとっては貴重な地域交流の時間となっています。

これらの様々な取組により、ケアハウスに入居している利用者の活動性と主体性な生活を日常的に支えています。

#### 2、「入所前の情報提供」

施設の利用希望者にとっては、旧来からあるケアハウス以外にサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームといった様々な施設を選ぶことができる社会になりました。選択肢は増えてきましたがケアハウス「ベИАニエス」では、入居している利用者や家族による口コミによる入居の相談や予約が多くあります。

口コミを支えるのは、パンフレットや電話での丁寧な対応とホームページの内容です。函館市外の道内各地だけではなく本州からの問い合わせもあります。事前に口コミから得た情報に加えて、ホームページに掲載された利用者の様子や行事の紹介を確かめたくて電話がかかることもあります。

利用者や家族がケアハウスの福祉サービスの情報が得やすいようにホームページと職員対応により、わかりやすく提供されています。

### 3、「食事の楽しみが日々続くために」

給食衛生については、マニュアルに基づき管理されて安心です。食堂は窓から外光が十分取り入れられるガラス張りで、明るく開放的な雰囲気、イスとテーブルは赤で統一され利用者の活力が上がる心理的効果もあります。

施設では、年に2回実施の食事の嗜好調査を行っている他、日常的に利用者から直接、食事に関する要望を受けて検討されています。料理は献立に合わせた器に盛り適温で提供しています。訪問調査日の昼食はかつ丼でしたが、丼ぶりご飯のような食器の形状によっては箸で食べづらい場合は、スプーンをつけ、デザートにはフォークも組み合わせて配膳しています。行事食はバイキング形式の演出で食欲を増進させ、非日常性を楽しめるようにしています。

利用者が体調不良となった場合は、献立の食物形状や部屋食にするか等を相談員・介護職員・栄養士と検討しています。食欲のない場合は、飲み込みがしやすい献立に変更し、食堂への移動が難しい体調不良時は、居室に配膳しています。口腔内の不調により普通食を摂ることが困難な場合は、別メニューの提供や、刻みやトロミを付けて対応しています。刻み食については、一律に刻むのではなく、飲み込みやすく噛みやすい柔らかい食材は、可能な限り普通食に近い形状で提供しています。食事の席では、利用者間のさりげない手助けや会話の場面が見られました。施設理念「やさしい気配り」が職員の支援を通じて利用者間にも浸透していることが窺えます。

## <更なる質の向上のために求められる点>

### 1、「苦情解決の仕組みが機能することについて」

苦情相談マニュアルが作成され、苦情発生時には、苦情対策委員会が開催されます。「重要事項説明書」には苦情等申立先として、施設の相談と苦情の受付の窓口の他に複数の申し立て先の住所と電話番号の掲載があります。しかし、第三者委員 2 名は氏名のみで電話番号や住所等の連絡先がありません。第三者委員は法人独自のWRM委員と兼務しています。第三者委員は、利用者が施設以外の第三者に対して直接に意見・要望・苦情などを申し立てできる制度です。

今後、苦情解決の仕組みを確立して、周知・機能するためには、第三者委員の連絡先の明示が望まれます。

### 2、「中長期的ビジョンの具体化を計画に」

「ベシアニエス中・長期の事業計画」は 2019 年度から 2024 年度の期間を設けて今後の方向性を示されています。ケアハウス運営の要としてサービス向上を挙げ、施設設備の他に経営や組織、人材育成と地域との関りなどについても言及しています。別紙「施設整備計画書」は、平成 25 年から 5 年毎の区切りで 4 クール分の進捗が土地建物から食堂の備品に至るまでの詳細が管理されています。施設として、利用者満足やサービス向上のために職員の専門性を更に高めるには、「ベシアニエス中・長期の事業計画」の次年度見直しには、より具体的な記載が期待されます。

### 3、「地域貢献」

地域貢献のひとつとして、災害時の施設の役割は、2018 年 9 月の北海道胆振東部地震を機に、隣接する高齢者施設との協力を始めたところです。

地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組にまでは至っていませんが、施設や地域の現状等は町会長を通して情報交換を行っています。地域住民や町会などからの依頼があれば施設の食堂などのスペースの提供や交流の場を設けることができます。また、地域包括支援センターと連携して福祉ニーズの把握に努め、函館社会福祉施設連盟主催の「地域への公益的な取組」の職員研修に参加しています。

地域の人々に福祉施設の必要性とその理解を広めるためには、地域の具体的な福祉ニーズを把握することと、これに対する活動やケアハウス「ベシアニエス」としての機能を活かした地域開放などが望まれます。

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 1 年 7 月 8 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 函館厚生院		
事業所名 (施設名)	ベИАニエス	事業種別	軽費老人ホーム(ケアハウス)
所在地	〒 041-0841 函館市日吉町4丁目7番82号		
電話	0138-31-3222		
FAX	0138-31-3223		
E-mail			
URL	<a href="http://www.koseiin.or.jp">http://www.koseiin.or.jp</a>		
施設長氏名	兜 毅		
調査対応ご担当者	竹中 奈美	(所属、職名： 事務員 )	
利用定員	50 名	開設年	平成 5 年 5 月 1 日
<p>理念：「やさしい気配り」</p> <p>基本方針：安心して生活していただける恵まれた環境と、ゆとりある快適な居住空間を追求し提供する。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：引きこもり防止のため、誕生会をはじめ毎月行事を開催しており、外食行事は選択できるよう配慮している。また月曜～金曜の午前中（祝日、年末年始を除く）にリングバスを無料で運行し、外出を支援している。施設内1階にはカフェコーナーを設け、コーヒーを無償提供しており、入居者同士が交流できる憩いの場となっている。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	（平成 年度）
開所時間 (通所施設のみ)			

**【当該事業に併設して行っている事業】**

なし

【利用者の状況に関する事項】（令和 1年 7月 1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
0名	1名	4名	8名	6名	19名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
11名	1名	0名	50名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	0名	0名	0名	2名	0名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	6名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	6名	0名	0名	2名	0名	0名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
0名	0名	0名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	0名	0名	0名
そううつ病	0名	1名	0名
非定型精神病	0名	0名	0名
てんかん	0名	0名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	0名	0名	0名
合計	0名	1名	0名



○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
4名	1名	5名	7名	5名	2名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
5名	2名	5名	6名	1名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
1名	1名	1名	1名	1名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	1名	0名		

(平均利用期間： 6年1ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(令和 1年 7月 1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	相談役	支援相談員
常勤	7名	1名	1名	1名	1名
非常勤	2名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	2名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	2名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名 ( )名
介護福祉士	3名 ( )名
	名 ( )名
	名 ( )名
	名 ( )名

(非常勤職員の有資格者数は ( ) に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	2,596.5㎡	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	5年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあつては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制	<input type="checkbox"/> ・中舎制	<input type="checkbox"/> ・小舎制
(2) 建物面積	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・平成 30 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

32 人

・ボランティアの業務

施設行事（誕生会（年4回）、開設記念日、敬老会等）の余興として、各種ボランティア団体に、唄や踊り等を披露して頂いている。

**【実習生の受け入れ】**

・平成 30 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 30 人

**【サービス利用者からの意見等の聴取について】**

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

入居者懇談会（年3回）、満足度調査（年1回）、嗜好調査（年2回）の実施、ご意見箱の設置により、入居者の意見を汲み取る取り組みを行っている。  
また、日々の声掛けを積極的に行い、入居者が相談に来やすい関係づくりに努めている。

**【その他特記事項】**

自立型施設のため、食事・入浴など、時間を設定している日課はあるが、日常の生活においては、干渉されず本人ペースで過ごすことができ、外出・外泊も自由である（事前の届出は必要）。反面、個人の居室内での過ごし方や体調不良時の状況が把握しづらい場合がある。

# 評価細目の第三者評価結果（高齢者福祉サービス）

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	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。	b	理念「やさしい気配り」と基本方針「安心して生活していただける恵まれた環境とゆとりある住空間を追求し提供する。」を利用者の入居時に説明している。職員は、法人の基本理念・基本方針とともにケアハウス「ペイアニエス」の目指す理念とその達成のための基本方針を定期的に確認する機会を今後は設ける予定である。理念・基本方針は従前よりある文言である。評価基準に沿った文言の見直しは、地域も含めた利用者・家族への周知をより可能にするので今後に期待したい。

## 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	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	施設の利用希望者にとっては、旧来からあるケアハウス以外にサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームといった多様な選択肢が増えた。堅実な経営と口コミにもよる入居予約があり、早急な経営対策は行っていない。しかし、現実的な競合他社に対抗するための状況把握と分析の必要性を課題として挙げているので、今後に期待したい。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	職員に対して、経営課題の提示や共有までは行っていないが、効率的な運営のためにパソコンを職員一人ひとりに備えてケアハウス業務支援ソフトを導入している。経営課題への取組みとして中長期的なビジョン「ペイアニエス中・長期の事業計画」を作成した。しかし、まだビジョンの段階のため、全職員で取り組めるように徐々に具体化することを期待したい。

## 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	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。	b	「ペイアニエス中・長期の事業計画」は2019年度から2024年度の期間を設けて今後の方向性を示している。ケアハウス運営の要としてサービス向上を挙げ、設備の他に経営や組織、人材育成と地域との関わり等についても言及している。また、「施設整備計画書」では平成25年から5年毎の区切りで、4クール分の進捗が土地建物から食堂備品までの詳細が管理されている。利用者満足やサービス向上のために職員の専門性を高める意向があるので、次年度の「ペイアニエス中・長期の事業計画」の見直しには、より具体的な記載が期待される。

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。	b	「施設整備計画書」そのものが中長期的な計画書として単年度の進捗が管理されている。「ベニアニエス中・長期の事業計画」は2019年度からの作成である。2020年度には、中長期計画と単年度計画の双方の見直し・調整により、具体的な内容となることが期待される。
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。	b	事業計画には予算が伴うことから、毎年度12月には各部署から予算要望書の提出を受けて会議ではかっている。職員は他部門の計画に関してもおおよその理解はあるが、次年度に及ぶ進捗の相互確認までは行っていない。事業計画の内容によっては利用者サービスの向上に反映するため、職員間での相互理解にも期待したい。また、2018年度9月の地震の教訓から隣接する施設との災害時協力体制を取るようになってきている。計画内容に具体的な協力内容が記載されることにも期待したい。
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。	b	入居している利用者への事業計画の周知としては、年3回実施される懇談会で、主に行事や施設整備に関して資料を配付し説明している。説明後もカフェスペースに説明資料が置かれ、利用者間の会話で理解が進むように配慮している。家族や地域向けの周知に向けた取組はないため、事業計画をホームページに掲載することなどに期待したい。

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	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。	c	本評価基準項目は、施設全体が組織的に行う第三者評価を基本としている。事業所は、定期的を実施して組織的に取組むツールとして、第三者評価の自己評価を活用する意向があるので、今後期待したい。
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。	c	2019年度に初回の第三者評価を受審した。今後は継続して自己評価を実施して、業務の改善を組織的に図ることが望まれる。

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	コメント
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	施設長は2019年4月に赴任し、今後、管理規程の職務内容や職務分掌を整備するところである。従前より「ベニアニエス」広報誌は発行されておらず、公に施設長として表明する場や機会を意識することがなかった。ホームページは更新が頻回に行われ、家族や関係機関職員にも好評である。ケアハウス「ベニアニエス」施設長としての表明は、主要な場の挨拶に限らずに、ホームページへの掲載などで行うことにも期待したい。

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	北海道老人福祉施設協議会等からのメール配信や郵送物を中心に、ケアハウスに関する法令・通知を把握している。職員にはパソコンで改正通知等を共有、閲覧している。更に理解を深めるために会議の席で解説することも検討しており、今後に期待したい。
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	3年前より職員にパソコンを一人一台ずつ貸与して、利用者情報の共有による福祉サービスの向上を図っている。2019年度事業計画には、重点目標として人材育成と職員教育の強化を挙げている。今年度は以前より予定していた第三者評価の受審に踏み切り、結果を活かそうとしている。施設長は、現状より更に、福祉サービスの質向上に意欲をもって定期的な自己評価を継続する意向があるので、今後に期待したい。
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。	b	業務の実効性を高めるために、情報共有のためのソフトを導入し、記録を手書きすることから入力と閲覧へと変わり、職員の労務軽減にもなってきた。大規模法人ということもあり人事異動が避けられない。施設長との人事考課面接から得た職員の要望は、法人の人事課に伝えられる。利用者の入退所やフェースシート等のケースの一元化も考慮されていることや、業務分掌の見直しを図るなどの着手から、今後の一層の指導力が期待される。

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	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。	b	現在のケアハウスを運営する職員配置は、法人内での定期的な人事異動を経て安定しており、法人の人事課が設置されており、人員基準を満たすように調整されている。その一方で、ケアハウスとして目標とする福祉サービスの質を確保するための人材確保や人員体制としては明確ではない。しかし、事業計画に人材育成・職員教育の強化が謳われているので、今後の計画化に期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人で共通の人事考課制度が実施されている。施設長と職員は定期的な面談で、業務の目標と達成度について話し合われている。職員の異動・配置の要望は法人人事課に伝えられるが異動の基準等は周知されていない。法人は、高齢者福祉分野、児童福祉分野、救護施設など多数の事業所を運営している。事業所内で育成した人材がどう異動するかは職員本人だけではなく、事業所自体とその利用者にも影響が大きい。ある程度の異動に関する基準が職員にも周知されることが期待される。また、人材育成・職員教育の強化には、ケアハウスにも運用できるキャリアパスも明確となることを期待したい。

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。	b	<p>職員の就業に関する意向は人事考課の面談でも話されている。有給休暇は取得率を時間外勤務と共に管理され、メンタルヘルスは、ストレスチェックが定期に行われている。社会福祉法人などを対象とした福利厚生事業に加入している。また、法人として独自の医療互助制度がある他、4年前から社員証を提示すると提携している店舗の優待が受けられる制度を創設した。函館市内の飲食店や物販、リース等の加入店も増加し職員には好評である。業務の見直しを進めて時間外業務の減少を目指し、職員業務の負担軽減を更に図ることや、現在より更に職場を魅力あるものにしようとしているので、今後に期待したい。</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。	b	<p>期待される職員像は管理規程に明示され、法人共通の理念を使命感として持つように育成されている。職員一人ひとりの育成に向けて、人事考課制度において定期的に本人の目標や課題について面談が実施されている。個別の研修計画としては人事考課表の様式では不十分である。より具体的な業務上の課題設定を含む目標管理が望まれるので、個別の職員研修計画の作成が期待される。</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。	b	<p>事業計画に、重点目標として「人材育成・職員教育の強化」を掲げ、部門別目標を掲載している。主に、北海道老人福祉施設協議会や北海道社会福祉協議会が主催する研修に職員を派遣し、受講後は会議で共有するようにしている。年度の研修計画には掲載しないタイムリーな講習会も受講できるように、日頃から情報収集に努めている。こうした研修を受講する基本方針としては、「管理規程第40条（教育研修）社会福祉に従事する職員として福祉に対する観念と事務及び技能の研修を図るため必要と認められる研修を実施する。」と明示されている。ただし、研修の評価と見直しは、研修自体もさることながら、職員一人ひとりの研修計画との連動する見直しが求められる。職員個々の研修計画の作成にも期待したい。</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。	b	<p>新任の職員向けのオリエンテーション資料が作成され、特別養護老人ホーム等の他の高齢者福祉施設から異動しても即戦力となるように教育されている。職員個々の研修計画書はないが、人事考課で目標設定され、年度の研修計画から外部研修への参加機会を保障している。法人内施設でのOJTを目的とした「他施設研修」（職員交換研修）は希望すれば確実に実施される。法人内にケアハウスはあるが、他施設は「特定施設入居者生活介護」の指定を受けており、サービスの実施状況が異なる。専門性向上のためは、研修計画に具体的なOJTの手法を取り入れることを考慮しているので、今後に期待したい。</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。	c	高等学校社会福祉施設見学実習と看護学校実習生の受け入れを行っている。「実習にあたっての心がまえ」や「高齢者の接し方として話し方三原則」など、受け入れに関する実習生の心がまえを作成し、各学校に合わせたプログラムを用意してオリエンテーションを実施している。今後、効果的な実習を進めていくために、実習指導者に対する研修や実習生受け入れの指針などを明記したマニュアルを整備していくことが望まれる。
----	--	---	--

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	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	法人本部のホームページに基本理念、事業概要、貸貸対照表、収支計算書等を公開し「ベアニエス」のページには年中行事等のケアハウスのサービスの特徴を掲載している。現在苦情はなく、ホームページ等への公表はされていない。今回初めて第三者評価を受審した結果は公表を予定していることもあり、今後の更なる運営の透明性の向上のために、苦情のないことの公表や利用者の相談・意見の対応状況等も公開されることが期待される。
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	法人全体で経理等の規程、事務分掌を整備して会計監査の活用、内部統制の整備が行われている。外部監査では、絵画を含めた固定資産の減価償却の見直しによる財務管理の改善が行われた。監査結果による指摘事項などは職員に周知され、事務、経理、取引に関するルールは明確である。

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	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	利用者と地域との交流を広げるために、ハワイアンボランティア、大正琴ボランティア、保育園児の慰問を受け入れている。施設は無料の送迎バスを月曜日から金曜日まで9時から1日2便を運行している。これにより多くの利用者が病院や美容院、店舗などへ外出の機会を増やしている。地域の催事を選択して参加できるように、福祉コミュニティエリアの利用パンフレット等を置いている。施設として町内会への加入はなく、あらためて町会とのかかわりを模索中であるので、今後に期待したい。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c	地域の学校からのインターンシップの依頼は、随時受け入れてゲームや食事配膳などの職場体験学習を行い、学校教育への協力を行っている。ボランティア受け入れ時は、高齢者の接し方等が記載された職場体験資料をもとに説明をしている。インターンシップやボランティアを受け入れる体制はあるので、これに付随するマニュアルの整備が期待される。尚、地域と施設をつなぐ柱として位置付けるためにはインターンシップを含めたボランティア等の受け入れに対する基本方針を明示しておくことが望まれる。



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 施設は、病院、地域包括支援センター、理髪店など利用者に必要な情報は種別にリスト化している。利用者ファイルには、通院・投薬情報等が整理され、ケースによっては医療関係者と直接に連絡を取るなどの対応を行っている。法人内に地域包括支援センターがあり利用者の個々の生活状況により連携しているが、法人外での連携とネットワーク化にも努めている。自立度の高い利用者の生活の質向上のためにも、地域コミュニティー「コンテ日吉」等の地域の社会資源となる関係機関との更なる連携に期待したい。
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。	c 災害時の施設の役割としては、隣接する高齢者施設との協力を始めたところである。地域などからの依頼があれば施設スペースの提供や交流の場を設ける意向は持っている。地域に福祉施設の理解を広めるためにも、今後、ケアハウス「ペイアニエス」としての機能を活かした地域開放等が望まれる。
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。	c 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組にまでは至っていないが、施設や地域の現状等は町会長を通して情報交換を行っている。また、地域包括支援センターと連携して地域に関する情報交換をして福祉ニーズの把握に努めている。函館社会福祉施設連盟主催の「地域への公益的な取組」の職員研修に参加しているの で、今後は、地域の具体的な福祉ニーズを把握することと、これに対する公益的事業や活動に取り組むことが望まれる。

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	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。	b 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢としては、理念「やさしい気配り」、基本方針「安心して生活していただける恵まれた環境とゆとりのある住空間を追求し提供する」の他、管理規程（職員の心得）において明記している。職員間で共通理解するために、接遇や虐待防止の研修会に参加した後は、職員会議で報告している。今後、利用者を尊重した福祉サービス提供について組織内の共通認識を更に高めるには、定期的に基本姿勢に基づいた振り返り等の取組を期待したい。	
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。	c 施設環境は完全個室になっており、居室は生活の場にふさわしいプライベートな環境となっている。利用者の個人的な情報は、本人の許可なく他者に話さないことが徹底されている。様々な生活場面で利用者のプライバシーに配慮しているが、このことの文書化が乏しい。職員間でより一層のプライバシー理解とその実践となるために、規程・マニュアル等を整備していくことが望まれる。	

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 ホームページや施設パンフレットを作成し、写真や施設の平面図などで利用者にわかりやすく情報を提供している。ホームページ閲覧後の問い合わせは多く、相談や見学の希望に応じている。市役所や地域包括支援センターへパンフレットを持参して、利用希望者への紹介を依頼している。提供する情報の見直しを適宜行きさらにわかりやすい内容の更新をしている。
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。	b 「入居契約書」「重要事項説明書」でサービス内容、協力医療機関などを利用者・家族に説明して同意を得ている。「生活のしおり」では、介護保険サービスを必要な利用者についての支援や生活上に必要な内容をわかりやすく説明している。自立的な生活スタイルを大切にしているケアハウスであり、生活全般に利用者主体であるため意思決定が困難な利用者への契約時とサービス変更時の配慮についてルール化はされていない。契約変更時に職員の判断がぶれないためには、入所以降に疾病等で自立生活が困難になってきた場合を想定し、サービス変更をルール化した文書の作成にも期待したい。
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。	b ケアハウスから他の高齢者施設へ移行する等といった、入退居に関する相談の窓口は明記している。他の施設への移行に際しては、フェイスシートや薬事情報をもとに移行先に情報提供をしている。利用者のかかりつけ病院のソーシャルワーカーと連携して移行に必要な情報収集を行っている。利用者が移行した先で確実なサービス提供が続けられるように、施設移行の書式・手順を整えていくことが期待される。
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。	b 年1回、満足度調査を実施すると共に、年3回入居者懇談会を開催している。その他、入居者個別相談を行い利用者から意見や要望等を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努めている。利用者満足をもっと向上させるためには、これを目的とした職員の自治会への同席や利用者参画の会議の開催にも期待したい。
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。	c 苦情相談マニュアルが作成され、苦情発生時には、苦情対策委員会が開催される。「重要事項説明書」において苦情等申立先として複数の掲載があるが、第三者委員2名は氏名のみで電話番号や住所等の連絡先がない。今後、苦情解決の仕組みを確立して、周知・機能するためには、第三者委員の連絡先の明示と苦情申し出の状況の公表が望まれる。
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。	b 利用者が相談しやすいように、事務所を別室に設けず、オープンカウンターで仕切られている。相談内容によってはプライバシーに配慮した場所に利用者案内している。相談・意見は、ささいなことでも職員間で情報交換をして記録している。利用者の現状把握を心がけ、日々の声かけを積極的に行っている。意見箱、懇談会、日常の声掛けといった利用者が相談・意見を言いやすい環境はあるので、このことを十分に利用者へ伝えるための工夫にも期待したい。

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。	c	職員は、利用者からの相談・意見を受け止め、その都度対応して個人ケース記録に記載している。職員会議で検討するケースもあるが、実際の対応が職員個人の判断とならないように組織的な動きを示した対応マニュアルはない。できる限り迅速に対応しようとしているので、現状の対応がより組織的となるように、手順を図式化して職員であらためることが望まれる。
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	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。	b	「転倒防止マニュアル」「事故発生防止のための指針」を整え、事故発生時の対応と安全確保について、「事故防止対策委員会」が設置され、事故の原因と対策を検討している。ヒヤリハットの収集はされていないので、利用者全体へのリスクに働きかけにくい。今後は予防の観点からヒヤリハットを収集して要因分析と改善策・再発防止策の検討を行い日常の支援に活かすことが期待される。
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。	b	感染症の予防、対応については、「感染症対策委員会」が設置され、感染症流行時期の前に予防や対応について確認を行い検討がされている。インフルエンザ等の流行時期は、施設内の手すり等の消毒やマスクの着用、手洗い、うがいの励行の注意喚起をしている。感染症が発症した利用者については、居室での食事、紙食器の使い捨て等の対策をとっている。「感染症マニュアル」は現在、新たに作成中で上半期までに作成して職員に周知が予定されているので、今後に期待したい。
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。	b	自然災害発生時における防災対策のマニュアルと事業継続計画を作成し、災害時の対応と体制等を定めている。消防署の協力を得て避難訓練が行われている。貯水槽、発電機2台、灯油ストーブ2台があり食料3日分を備蓄している。2018年9月の北海道胆振東部地震では懐中電灯と電池が不足したことから電池の備蓄もしている。また、隣接する高齢者施設と連携体制をとることになっている。今後は、災害時の対応体制を職員に十分に周知していくとともに、利用者と職員の安否確認の方法を明確にしていくことが期待される。

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	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。	業務マニュアルが平成27年に作成されており、時系列の基本業務の他、各サービスの対応方法について書かれている。職員の異動時も一定のサービスの質が担保できるよう、わかりやすい内容となっている。訪室の際はドアをノックしインターホンも押してから入室している。入居者の入院のため利用者不在で訪室が必要な場合も単独では入室しない等、利用者のプライバシー保護に対する職員の意識は高い。プライバシーの保護や権利擁護に関わる職員の姿勢などに関しても、マニュアルの中に明示されることを期待したい。

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。	b	サービス提供の標準的な実施方法は業務マニュアルとして文章化されている。しかしマニュアルの内容について見直しをする仕組みは、整っていない。年に1回利用者の満足度調査を実施しており、その結果を踏まえての、業務マニュアルの見直しも併せて実施する体制づくりが期待される。
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。	b	入所前は一人暮らしであった方が多く居住している。入所前のアセスメントは、入所後の生活が、大きく変化しないように、丁寧に行って処遇方針を決めている。入所後に状態が変化し施設が必要と認めた場合は処遇方針を変更している。支援が必要となった利用者には介護保険サービスにつなげている。サービスの利用にあたっては、外部のケアマネジャーがサービス担当者会議を主催し、職員も会議に参加している。担当者会議では利用者の目標を参加者で共有し、外部事業所と連携してサービスが提供されている。外部サービス未利用者に対しても定期的な処遇計画の見直しを行うことが期待される。
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。	c	ケアハウスとして定期的な処遇計画の評価、見直しは行っていない。介護保険利用者については、外部のケアマネジャーが中心となり定期的にケアプランの評価、見直しを行っている。処遇計画の評価を定期的に行い利用者や家族の意向も確認し見直しを行っていくことで、サービスの質は向上していく。施設として個々の利用者に対するサービスの実施状況の定期的な評価と処遇計画の見直しを行う仕組みづくりが望まれる。
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	パソコンは職員に一人一台確保され、記録者、閲覧者が表示される形式となっている。利用者の状況に関しては申し送りを行っている他、職員は日々、パソコンの画面上で情報を確認でき、情報の共有化が効率よくできるシステムとなっている。会議録についても回覧がされている。記録方法の基準は業務マニュアルに規定されており、記録方法についての研修も職員会議で行っている。
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。	b	法人において個人情報保護規則が整備され、定められた個人情報の管理体制の下、利用者の情報を管理している。パソコンに入力した経過記録は月末にプリントアウトされ、医療機関や介護保険事業所等の書類と共に台帳に整理し綴られている。各書類の保存と適正な廃棄方法に関しては、今後体制を確立していく予定である。合わせて個人情報の漏洩防止対策や情報開示請求についての体制整備にも期待したい。

評価対象 高齢者福祉サービス 内容基準

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		
A A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日①の過ごし方ができるよう工夫している。		非該当
A A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて②自立した生活が営めるよう支援している。		非該当
A 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。	b	日常生活の要望や人間関係の調整など、事務所や食堂などで直接職員に声をかけ相談する方も多く、利用者が気軽に相談しやすい環境となっている。心身機能が低下し支援が必要な状況となった場合は、職員が包括支援センターに相談し介護保険サービスの利用につなげている。行事は毎月実施、カラオケの会は週2回開催されている。行事等の内容については、利用者アンケートを通じて要望を吸い上げている。施設で運行している送迎バスは、曜日でルートを変更するなど利用者の外出を容易にしており、市内の公共施設にも出かけやすくなっている。今後は施設内外における地域住民との交流の機会も模索し、利用者の活動が多様化されることが期待される。
A 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。	b	職員は一日3回の食事の際に利用者の状況に変化がないか注意深く観察をし、他者との交流が少ない利用者には意識的に声掛けを多くしている。また、難聴の方へは、聞き取りやすいように話し方を工夫したり筆談で対応している。利用者に対して馴れなれしい言葉遣いとならないよう、接遇研修会に職員を派遣し、内容について職員間で共有している。節度ある話し方や丁寧な言葉づかいとなっているか留意しているが、さらに個別対応の方法について統一化することを目指しており、今後に期待される。
A-1-(2) 権利擁護		
A 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	毎年、職員1名が虐待防止研修会や接遇研修会に参加し、終了後報告会をおこなっている。外出は届け出により自由となっている。認知機能が低下したことにより、事故の可能性がある場合も一律に外出を制限するのではなく、安全な代替え案を提示して可能な限り利用者の意向を尊重している。安全面から制限が必要な場合は、家族と協議し対応策を検討している。

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		
A 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。	a	事務所の前にコーヒーコーナーを設置し、喫茶スペースとして利用者同士が自然に交流できるような環境を意識して作っている。廊下や食堂は歩行器が余裕で使用できるようゆとりのあるスペースとなっており、壁には絵画などがかけられている。共有部分の清掃は委託業者を利用しているが、トイレなどが汚染されていると利用者より報告があった場合は状況に応じ職員も清掃を実施している。居室に関しては、利用者個々の身体状況に合わせて介護保険サービスを利用し、必要な福祉用具を取り付けている。

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		
A A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況⑦に合わせて行っている。	a	入浴日は週四回設定され、浴室は一般浴と介助浴に分かれている。一般浴は一度に3人が入浴できる広さとなっている。介助が必要な利用者は外部の介護保険のヘルパーを利用し、介助浴槽にて入浴している。浴室には、つり革形式のナースコールと介護用イス、手すりが設置されている。脱衣場には暖房機や扇風機を設置し、温度調整を行っている。年末年始で外部ヘルパーが休みの時や一時的に身体機能低下が見られる利用者に対しは、入浴介助や清拭を実施している。
A A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況⑧に合わせて行っている。	a	利用者の自立度は高く、排泄は自立されている。日中にラジオ体操を実施したり、飲料水や飲み物サーバーを共有スペースに設置することで水分摂取量を増やし、自然な排せつを促進している。トイレは全居室についており、手すりやナースコールが設置されている。身体機能の低下により居室内の便座からの立ち上がりが難しくなった場合は、介護保険による手すりの設置につなげている。
A A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況⑨に合わせて行っている。	b	毎日2便の無料送迎バスを施設が運行することで、多くの利用者が街中まで自由に外出している。施設内での歩行状態が不安定になった場合は、介護保険による歩行器貸与等のサービスにつなげている。廊下や食堂の共有スペースは、複数の利用者が歩行器を使用しても狭くならない十分なスペースが確保されている。職員が利用者の居室に入室する際は、本人の了解を必要としているため、室内での状況把握が不十分となる場合もある。居室内での転倒事故防止のために、食堂での会話や歩行状態の観察を通じた意識的な室内状況の把握が期待される。

A-3-(2) 食生活		
A A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう ⑩ 工夫している。	a	年に2回実施する嗜好調査に基づき、利用者の要望を可能な限り汲み取る努力がされている。食事の適温での提供や献立に合わせた器の選定を行っている。また器の形態によって箸では食べづらい場合は、スプーンをつけたりデザートにはフォークも組み合わせ配膳する工夫が見られた。行事の時はバイキング食等も提供している。衛生管理については、マニュアルに基づき管理されている。
A A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心 ⑪ 身の状況に合わせて行っている。	a	体調不良となった場合は相談員・介護員・栄養士と話し合いを行い、食形態や食事場所の検討を行っている。食欲のない場合は欠食や、嚥下のしやすい食事へ変更している。また、食堂への移動が難しい場合は、居室に配膳している。歯や義歯の調子により、普通食を摂ることが困難な場合は、別メニューを提供したり刻みやトロミを付けて対応している。刻み食は一律に刻むのではなく、食材によっては通常形態のまま提供するなど可能な限り普通食に近い形となるよう工夫をしている。
A A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケア ⑫ を行っている。	c	利用者の自立度が高いことから、直接的な口腔ケアは実施していない。口腔内のトラブルなどがあった場合は、歯科受診や往診の調整を行い、受診状況や結果を把握している。現状の利用者の口腔状態の保持や改善、誤嚥性肺炎の予防などのためには、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックや、食事前の口腔体操の実施などにも期待したい。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行って ⑬ いる。		非該当
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経 ⑭ 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。		非該当
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機 ⑮ 能訓練や介護予防活動を行っている。	b	施設ではラジオ体操の音楽を館内放送で流し、利用者は自由に参加している。レクリエーションや行事、健康体操などを定期的に企画し、参加を促している。閉じこもり傾向がみられる利用者にはタイミングを見て声掛けは行うが、活動への参加を無理に促すことはせず、夏場であれば定期的にかき氷の提供日を設けるなど、自主的に居室から出たくなるような企画を考え実施している。利用者の心身機能の維持に対する関心は高く、地域包括支援センターと連携した介護予防の講座開催等を検討しているので、今後が期待される。

A-3-(6) 認知症ケア		
<p>A A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを ⑯ 行っている。</p>	<p>b</p>	<p>自立型の施設のため、中重度に認知機能が低下した利用者はいない。普段の会話や観察から判断能力の低下や認知症の症状がみられた場合は、主治医や関係機関と連携しながら家族とも相談している。専門の医療機関への受診を勧め、受診時には医療機関への情報提供を行っている。必要と考えられる介護サービスへの拒否に対しては、その時の利用者の気持ちを大切にしつつ、機会を見つけ再度働きかけを行っている。認知症の状態に応じた適切なケアの提供のためには、入居前にのみ実施しているアセスメントを入居後も定期的にも実施して、必要な情報の収集と分析を行うことが期待される。</p>
A-3-(7) 急変時の対応		
<p>A A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に ⑰ 対応するための手順を確立し、取組を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>緊急時の対応は業務マニュアルに規定されており、フローチャートも作成し職員に周知している。利用者の健康管理として体重を毎月計測して記録している。主治医の指示があった場合は血圧計測を行い病院と連携している。利用者の受診後の状況は、パソコンに入力し職員間で情報を共有している。薬の管理セット一覧表を作成しており、都度更新している。利用者が主治医からの指示を正しく理解できなくなった場合は、職員が直接病院に詳細を確認している。夜間の急変時には、当直者が担当職員に連絡し必要に応じて同行で緊急搬送し、家族に連絡している。利用者の状態の変化時に更に迅速な対応ができるよう、健康管理や病気、薬の副作用等に関する職員向けの研修の開催が期待される。</p>



A-3-(8) 終末期の対応		
<p>A A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の ⑱ 対応の手順を確立し、取組を行っている。</p>	<p>c</p>	<p>終末期の対応に関しては、利用者や家族が希望した場合は、主治医との連携のもと、家族が施設内に泊まり込み付き添う事は可能である。しかし、外部サービス利用の自立型の施設である事から施設内には医療職の配置はなく、外部の医療サービスとの連携が必要である。施設としては、利用者の終末期に対する対応の手順は確立していない。施設としての終末期に対する方針、対応の手順を明らかにし、職員間での合意形成が望まれる。</p>

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		
<p>A A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援 ⑲ を適切に行っている。</p>	<p>b</p>	<p>施設はホームページを利用して、献立や行事などの日常生活を積極的に発信している。ホームページは家族が閲覧した感想を利用者に伝える等、交流の促進にも繋がっている。認知機能の低下により、新たな支援が必要と職員が判断した場合は、いきなり電話で家族に伝えるのではなく、家族に日常品の購入を依頼する形で来所を促し、直接面談し状況を伝えるなど家族の気持ちにも配慮している。利用者の自立度が高く、家族に対する定期報告や行事の招待は行っていないが、転倒事故や緊急受診をした場合は家族に連絡をしている。今後は、施設と家族の共通理解が進むよう、定期的な家族への状況報告などにも期待したい。</p>

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
<p>A A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供 ⑳ 体制を整え、取組を行っている。</p>		<p>非該当</p>