

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：	高齢者総合ケア福祉施設 ふたばの里	種別：	介護老人福祉施設	
代表者氏名：	施設長 辰巳政典	定員（利用者人数）：	70 名	
所在地：	兵庫県小野市二葉町80番地の123			
TEL	0794-70-0200	ホームページ：	https://hinode.or.jp/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	特養) 平成16年10月5日 短期入所) 平成16年10月15日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	35 名	非常勤職員：	8 名
専門職員	介護職員	35 名	介護支援専門員	1 名
	看護職員	4 名	管理栄養士	1 名
	生活相談員	1 名	機能訓練指導員	1 名
施設・設備の概要	(居室数)	70	(設備等)	

③理念・基本方針

地域に根ざし、暮らす人・働く人・集う人の困りごとを解決し、当たり前の暮らしを実現します。

④施設・事業所の特徴的な取組

少人数であるという特徴を活かし、利用者一人ひとりの思いと当たり前の暮らしを大切にした支援に取り組んでいる。看護職員の配置を手厚くし、医療ニーズへの迅速な対応を行っている。絆カフェ（認知症カフェ）等を実施し、地域との繋がりを大切にし、人と人のふれあいの輪（絆）を広げるように努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 26 日 (契約日) ~ 平成 30 年 2 月 18 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年11月6日・11月28日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の各種規定をもとに、管理・運営体制の整備に取り組んでいる。法人共通の書式で事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。
- ・人事考課制度の導入・目標管理を行い、また、法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人内で、エリア会議・事業種別会議等各種会議や、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等各種研修を実施し、職員育成と法人内の連携を図っている。
- ・施設内はベージュ・茶色を基調とした木目の暖かい色を使用し、落ち着いて過ごせる環境づくりに配慮している。共用スペースにソファや畳、エレベーター前にベンチが設置され、ユニット内・ユニット間、また、エレベータの使用もでき、広い施設内は自由に行き来でき、閉塞感なく、思い思いの場所で過ごせる環境を確保している。
- ・利用者の希望や力量に応じて、洗濯物たたみ・洗い物等、利用者が日常生活の中でそれぞれ役割が持てるように工夫し、個人・グループでの趣味活動や外出希望にも可能な限り対応している。銭太鼓・手品・手芸等のボランティアの受け入れ、買い物等個別の外出支援、地域の祭りやルミナリエへの外出支援等にも取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・現在活用しているマニュアルについて、職員参画のもとに定期的に検証・見直しを行い、現状に即したマニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

グループ・法人内の近隣施設と、内部監査の相互評価を準備中です。業務マニュアルの内容については、法人内の同事業とも併せて見直しを行った後、定期的に内容検証し、必要に応じて見直しを行っていききたいと思います。

利用者様へのケアについては、24時間シートを活用し、各ユニット担当職員を中心に暮らしの計画を作成し、当たり前の暮らしを送って頂きます。

委員会活動の充実を図り、サービスの質を高めていきます。

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 ・ c
<コメント> 法人の理念・基本方針をホームページに掲載している。法人の理念・基本方針は、法人の目指す方向を明文化している。「ふたばの里憲章」をもとに、29年度に「ふたばの里基本姿勢」を作成している。「ふたばの里基本姿勢」は、法人の理念・基本方針と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。理念・基本方針・「ふたばの里基本姿勢」を入職時に説明し、職員に周知を図っている。「ふたばの里憲章」、「ふたばの里基本姿勢」の要点を、パンフレットに記載し、利用者・家族に周知を図っている。 理念・基本方針・「ふたばの里基本姿勢」の掲示、会議や研修での説明等により、職員の理解を深める継続的な取り組みが望まれる。また、広報誌への掲載など、利用者・家族の周知のための継続的な取り組みが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人内の施設長会議や日の出塾等に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握している。小野市社会福祉法人連携協議会への参加、地域包括支援センターとの協働事業等を通して、地域の動向・利用者像・利用者ニーズを把握している。各事業所のコスト分析や利用率について本部が集計したデータを責任者会議で共有し分析している。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 責任者会議で分析結果から課題を明確にし、解決・改善に向けて取り組んでいる。幹部会議で経営状況や課題を報告し、役員間での情報共有を図っている。責任者会議の内容を、責任者が事業所の会議で報告し職員に周知している。		

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
<コメント> 施設長の中期的ビジョンを、3年間の中期計画に文書化している。テーマ・内容項目に、課題と解決に向けた内容を具体的に明示している。年度末に検証し、30年度に見直しを行う予定である。		
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。	a · b · c
<コメント> 単年度の収支計画と事業計画を策定している。単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっており、数値目標を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。中期計画との連動性をもとに、単年度計画を策定することが望まれる。		
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。	a · b · c
<コメント> 事業計画の収支計画は、数値目標・利用率等についての実施状況を、毎月の責任者会議で報告し把握している。事業方針等は年度途中の四半期会議で報告し、必要に応じて計画の見直しを行っている。年度末に評価し、次年度の事業計画に反映している。人事考課シートに明示し、目標設定時に周知と理解を図る取り組みがある。事業計画についての実施状況の把握・評価・計画策定に職員が参画し、経過を会議録など記録に残すことが望まれる。		
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
<コメント> 事業計画の主な内容を、利用者・家族等に周知し、理解を促す仕組みづくりを構築するには至っていない。事業計画の主な内容を、広報誌（作成予定）等を活用して利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。また、利用者などの参加を促す観点から、年間の行事計画等を周知する取り組みを期待する。		

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
<コメント> 人事考課制度を活用したPDCAサイクルに基づく職員の質の向上を通して、サービスの向上に反映する取り組みを実施している。介護サービス情報の公表と県のチェックリストの評価基準に基づいて、年に1回自己評価を実施している。評価結果を、責任者会議や役職者会議で検討し改善に向けて取り組んでいる。		

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 ・ c
<p><コメント></p> <p>評価結果から把握した課題を文書化して共有し、組織的・計画的に改善に取り組むには至っていない。</p> <p>把握した課題を文書化して職員間での共有を図り、職員参画で改善に向けて計画的に取り組み、実施状況を評価し必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長・管理者等は、事業所の経営や管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。事業計画については責任者会議で説明を行っている。施設長・管理者等の職務分掌を職務権限規定及び各事業所の運営規定に定めている。これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を理解し、法人規定に沿って、取引事業者、行政関係者等との適正な関係を保持している。施設長等は、市・県の集団指導・日の出塾、県老協の研修、社会福祉法人連絡協議会研修等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排泄抑制法等、環境への配慮も含む事業所が遵守すべき法令を把握し、法令に則った取り組みを行っている。伝達研修等で、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令等を周知している。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長・管理者層は、サービスの質について、情報の公表、県へ提出するチェックシート等により、定期的継続的に評価、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。責任者会議・事業所内の会議を定期的開催し、事故防止・感染症予防等サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。個別面談等で職員の意見等を把握し、ユニット間の職員勤務体制の調整等、サービスの質向上に反映させている。担当職員の法人研修参加・伝達研修等を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。</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
<コメント> 毎月、施設長等は法人本部で集計、分析した稼働率・コスト等についてのデータから課題を抽出し、経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、勤務時間の調整や半日有給制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。経営改善に向けての取り組み方針を、責任者会議から、事業所内の会議で職員へと伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に事業責任者が参加する、四半期会議を構築し、経営や業務の改善に向け取り組んでいる。また、事業所ごとの会議、連絡会等にも参画し業務改善等に取り組んでいる。		

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
<コメント> 法人事業計画で、人員体制・人材確保・育成等について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針を確立している。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保・育成を計画的に進め、毎月組織図で実績と比較している。法人本部と連携し、エリアリクルーター・養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。法人で実施している初任者研修受講者からも、入職につながるよう努めている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 就業規則に法人理念に基づいた、高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度、昇格・昇進の要件を定めている。人事基準は、入職時や考課面談時に説明し周知している。人事考課制度で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。法人で求人広告業者・厚労省等からの情報を基に、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議・自己申告書等で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事評価基準で、役職等への昇格のための等級・資格要件等を定めて、キャリアパスフレームが明確にされおり、将来の姿を描く仕組みがある。		
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
<コメント> 事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から就業状況に関するデータ提供を受け、個別に把握している。健康診断・腰痛検査等を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、費用は法人負担とし全員に接種を義務づけている。ストレスチェックを実施し、嘱託医への相談を勧めている。定期的な個人面談の機会や、随時、上位者、施設長等も相談に応じ、直接、法人本部に自己申告書で相談できる仕組みもある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場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
<コメント> 人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にし、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と半期ごとの期限を設定し、それぞれの評価シートに目標達成のための基準が明確化されている。半期ごとに面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し、次期の目標設定に反映させている。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a ・ ○b ・ c
<コメント> 運営規定で教育・研修に関する基本方針を定め、人事評価基準表の「求められる職員像・人材の育成」欄で階層別に期待する職員像を明示している。法人研修計画に職種ごとに求められる研修内容を明確にし、階層別に必要とする専門的な知識・技術・資格等を明示している。法人研修に施設・事業所から参加し、伝達研修を実施している。参加者は研修報告書を作成し、参加状況はチェックリストで把握している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。外部研修参加時は研修報告書を作成している。年度末に研修履歴一覧表を作成し、次年度の外部研修受講機会の公平性確保に努めている。今後、法人で研修報告書評価欄等をもとに分析を行い、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行い、次年度の研修計画に反映させる計画である。		
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
<コメント> 「職員資格一覧」で資格取得状況を、「等級一覧」で階層、経験年数等を把握している。毎月の個別勤務表に取得した資格等が記載されており、最新の取得状況等を把握している。法人研修計画に新入職者研修、中途入職者の年数別研修計画が策定されており、経験や習熟度に応じた研修を実施している。配属後はオリエンテーションを行い、各マニュアルに沿って研修を実施している。管理者養成研修・医療ケア研修・痰吸引研修・各種資格取得対策講座など、階層別・職種別・テーマ別研修等の機会を設けている。伝達研修はユニット毎に実施しており、他ユニットでの研修に参加できるよう配慮している。外部研修は案内ファイルを回覧し、参加を奨励している。指示研修は研修費用全額支給、勤務扱いとし教育・研修の場に参加できるよう配慮している。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	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 ・ c
<コメント> 過去には、社会福祉士・介護福祉士等の実習生受け入れ実績があるが、現在は初任者研修のみの受け入れで、初任者研修のプログラムに沿って実施している。実習指導者研修を受講している職員が、基本的なことを実習指導を行う専門職に伝え、実習は分野ごとに専門職が担当している。事前に法人研修室と打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習中には法人研修室職員の巡回があり、進行状況の確認、情報交換等を行い連携を図っている。基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成が望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。事業計画については、玄関に設置している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の責任者・担当者等については、事業所内に掲示しているが、内容や改善・対応の状況については、法人ホームページで公開する仕組みがある。地域の老人会への出前講座（介護いきいき講座）や地域ケア会議で理念、活動内容等の説明を行い、施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。</p> <p>広報誌は今後発行を予定している。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務分掌等で役割、責任を明確にしている。入職時の説明と、規定集を事務所に設置して周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、責任者会議で報告されている。今年度より、法人内でサービスに関する内部監査の仕組みを構築しており、指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。監事監査で定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、経費処理方法の適正化、コスト削減等改善に取り組んでいる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレットに「地域に根ざした福祉の発信基地となる」ことを明文化している。社会資源のパンフレットは事業所内に設置している。地域行事を施設の玄関掲示板やフロアに掲示している。祭りなどへの参加は職員が支援している。個別に外出支援を行い利用者が社会との繋がりを持つことができるよう支援している。個々の利用者のニーズに応じて近隣店舗への買い物同行、医療機関への通院支援を行っている。</p> <p>事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けることが望まれる。</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) ・ c
<p><コメント></p> <p>ボランティア・トライやるウィーク・インターシップの受け入れを行っている。</p> <p>ボランティアの受け入れ・学校教育への協力についての基本姿勢を明文化し、ボランティアの登録手続など必要な項目を記載したマニュアルを整備することが望まれる。受け入れ時には、注意事項を記載した文書を配布し説明することが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>行政機関・病院・施設・事業所等地域の社会資源をパソコン上でリスト化し、主に相談員・看護師が活用している。小野市の介護保険ガイドブックの冊子を設置し、事務所に設置して職員間で情報共有している。社会福祉協議会連携協議会・地域医療福祉ネットワーク会議・よりそい協議会・栄養士連絡会等に参加している。よりそい協議会では買い物支援、連携協議会では独居高齢者への支援など、共通の問題の解決に向けて協働して取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>老人会での出前講座（介護いきいき講座）に、施設から講師を派遣している。ホームページに介護110番を掲載しているが、実効性を高めるため、チラシの配布を予定している。認知症カフェに住民参加があれば、介護相談を行う仕組みがある。社会福祉法人連絡協議会で、多めの備蓄や有事には交流スペースを開放することを説明し災害時の地域における役割等について確認している。地域の祭りなどに協賛している。また、地域のイベント・行事等には職員が参加しブースを設けている。</p> <p>施設のスペースを活用して地域住民との交流機会を設けることが望まれる。</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 · c
<p><コメント></p> <p>随時の介護相談や社会福祉法人連絡協議会への参加、行政との情報交換等を通じて、高齢者雇用等のニーズを把握し、シルバー人材センター登録者を夜間宿直職員に雇用している。グループホーム・小規模多機能事業所の運営推進会議に参加し、地域ニーズの把握に努めている。認知症カフェ・介護110番での相談、直接施設窓口へ相談等があれば内容に応じて適切な窓口につなげて対応している。行政・社協、地域のサービス事業所と連携を図り、利用予定者や利用希望者が、緊急ショート利用等適切なサービスを速やかに利用できるようなニーズの把握に努めている。</p> <p>把握したニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動を実施し、具体的な事業・活動を、計画等で明示することが望まれる。</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> 利用者を尊重したサービスの実施について、法人の理念・基本方針、ふたばの里憲章、「ケアの考え方基本マニュアル」に明示している。法人研修で、倫理・法令研修を毎年実施している。毎月のユニット会議で利用者個々のケースカンファレンスを行う際に、多職種で利用者尊重について振り返りを行い、必要な対応を検討している。		
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> プライバシー保護・権利擁護について、個人情報保護マニュアル・ケアの考え方基本マニュアル・高齢者虐待防止マニュアル・身体拘束廃止マニュアルを整備し、法人研修・事業所内研修で学ぶ機会を設けている。契約書に明示して、身体拘束・行動制限を行わないこと、秘密保持、プライバシー保護について、利用者・家族に説明している。サービス実施時のプライバシー保護・権利擁護については、毎月のユニット会議で利用者個々のケースカンファレンスを行う際に、多職種で振り返りを行い必要な対応を検討している。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、個人情報保護マニュアル・就業規則や高齢者虐待防止マニュアルに記載している。入居、ショートステイともユニット型で、共有スペースはキッチン・リビングからなり家庭的な雰囲気になっている。居室、トイレとも個室になっておりプライバシーに配慮されている。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	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> パンフレットを、病院・市役所に設置、居宅介護支援事業所等に配布し、多くの人が入手できるようにしている。パンフレット、写真・見取り図・構成・説明等、わかりやすく工夫している。見学の希望に随時対応し、個別に丁寧な説明を行っている。ショートステイを活用して、体験利用も行っている。情報提供の資料については、随時見直しを行っている。		
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> 契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。「入所のしおり」やチェック表等わかりやすい資料の提示や、利用料金表やシュミレーション等を用いて、具体的に理解しやすい配慮を行っている。契約書に身元引受人・代理人の条項と署名欄を設け、意思決定が困難な利用者には、適正な説明・運用が図られている。		

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) ・ c
<p><コメント></p> <p>契約書の「契約の終了に伴う援助」の条項に沿って、情報提供を行う等、サービスの継続性に配慮した対応を行う仕組みがある。利用終了後も利用者や家族等が相談できる担当者を相談員として設置している。</p> <p>利用が終了した後の相談担当者について文書を作成し、手渡すことが望まれる。</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) ・ c
<p><コメント></p> <p>相談員が毎日ラウンドを行い、利用者満足の把握に努めている。施設サービス計画書見直し時に家族の意向を聴取する際にも、満足の把握に努めている。</p> <p>利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。また、利用者満足を把握し、結果に基づいて改善・向上に反映す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) ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。事務所の受付に苦情解決窓口等が明記された重要事項説明書の抜粋した箇所を掲示している。利用者・家族には契約時に重要事項説明書で配布している。苦情の内容や対応は「相談苦情受付書」に記録し、申し立て者へのフィードバックも対応欄に記載している。苦情内容は、朝礼や日誌で共有し、サービスに反映している。苦情の公表については法人で規定を設け、ホームページで公表する仕組みがある。</p> <p>意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行い、サービスの向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</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) ・ c
<p><コメント></p> <p>カンファレンスルーム・ロビーの応接セット・受付に相談窓口を設置し、相談内容に応じて使い分け、相談しやすいように配慮している。</p> <p>利用者が相談・意見を述べる際の、方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、配布することが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し、対応手順を明示している。相談員の毎朝のラウンド・利用者担当職員の配置等、利用者が意見や相談を述べやすいように取り組んでいる。把握した内容は、朝礼・日誌で共有し、迅速な対応を行っている。内容によってはケース記録に記録し、プランに反映している。</p> <p>マニュアルの定期的な見直しが望まれる。意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組が望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、リスクマネジメントに関する体制を明記している。「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順を明記している。ヒヤリハットカード・事故報告書で、事例の収集を行っている。法人研修で、安全確保・事故防止に関して学ぶ機会を設けている。事故・ヒヤリハット事例は、朝礼・日誌で迅速に共有している。</p> <p>事故防止策の実施状況や実効性について、ユニット会議・責任者会議の委員会等で、定期的に評価・見直しを行い、事故報告書等に記録することが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、感染症対策に関する体制を明記している。「感染症対策マニュアル」を整備し、年に2回法人研修で感染症について学ぶ機会を設けている。職員は、うがい・手洗い・手指消毒・マスク・噴霧器・加湿器等、感染症の予防と蔓延予防に努めている。吐物処理の研修も行い、適切な対応ができるようにしている。</p> <p>マニュアルの定期的な見直しを行うことが望まれる。</p>		
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している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「消防計画」を策定し、災害時の対応体制が決められている。ハザードマップで災害の影響などを把握している。事業所の建物・設備は、耐震性等安全性が確保されている。ショートステイ利用者の緊急連絡先一覧ファイルと、職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決める。年に2回、施設合同で避難訓練を実施し、消防署とも連携している。備蓄については、在庫表を作成し、品名・賞味期限・数等を明記し、管理栄養士が管理している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重・プライバシー保護についても明示している。法人の新人研修に介護技術の研修を採り入れると共に、事業所内のOJTで個別に指導し、職員の周知を図っている。 事業所内の新人研修計画を作成し、実施記録やチェック表等、習熟度が確認できる仕組みづくりが望まれる。</p>		
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)
<p><コメント></p> <p>マニュアルの定期的な検証・見直しには至っていない。 職員参画の下で、定期的な検証・見直しを行い、マニュアル履歴などに経過を記録することが望まれる。</p>		
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><コメント></p> <p>施設サービス計画策定の責任者を、相談員としている。アセスメントシートを用いて、アセスメントと課題分析を実施している。相談員・看護師・栄養士・介護職が参加するユニット会議の中で、アセスメントや計画策定の協議を行っている。施設サービス計画書には、利用者個々の具体的なニーズが明示されている。支援困難事例にも積極的に対応し、地域ケア会議に参加したり、関係機関と連携を取りながら支援に取り組んでいる。 定期的にモニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みづくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>定期的には6ヶ月に1回、担当職員からの原案を参考に、施設サービス計画の見直しを行っている。毎月のユニット会議の中で利用者個々の状況を把握し、計画変更の必要性があれば随時見直す仕組みがある。見直しにより変更した計画書は各ユニットに配布し、職員の周知を図っている。見直しにあたっての新たなニーズは、計画書に明示している。</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><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、日誌・「チェック表」のチェック欄と備考欄により把握し記録している。日誌等の記録は相談員・ユニットリーダーが書き方に差異や不備が生じないように確認し、必要に応じて職員に指導を行っている。申し送りノート・パソコンのネットワークシステム・会議録の回覧等、情報的確な伝達に努めている。朝礼・ユニット会議・リーダー会議・責任者会議を行い、情報共有を行っている。 施設サービス計画にもとづくサービス実施が明確になり、モニタリングの根拠となるような記録の工夫が望まれる。</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><コメント></p> <p>法人の個人情報保護マニュアルに、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応方法を規定している記録の管理責任者を相談員としている。法人の倫理・法令研修の中で個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時に守秘義務についての説明を受け、同意書を交わしている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用同意書をもとに説明し、同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c
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

アセスメント表をもとに、利用者の心身の状況・ADL・生活環境・生活習慣等の把握をしている。意向を面談記録から把握し、施設サービス計画に反映し、利用者個々に応じた生活になるよう取り組んでいる。利用者の意向や身体状況を考慮し、自力歩行の維持や活動参加を施設サービス計画に位置付け自立支援や動機づけを行っている。基本的な生活維持のため、着替え・整容等を支援し、食堂・トイレ・浴室への移動、体力や身体状況に応じた離床時間保持に努めている。定例のクラブ活動はないが、個々の希望には、サービス実施計画や起案書で個別に対応している。銭太鼓・手品・手芸等のボランティアの受け入れ、買い物等個別の外出支援、地域の祭りやルミナリエへの外出支援等にも取り組んでいる。

定期的なモニタリングにより、利用者個々に応じた生活となっているかを検討する仕組みづくりが望まれる。利用者の趣味・興味・希望を把握し、複数の活動や日中活動に参加することにより、生活を活性化する取り組みが望まれる。

コミュニケーション能力をアセスメントシートで把握し、個別の配慮は施設サービス計画書に記載して支援に反映している。ユニットケアの特性を生かし、会話の不足しがちな利用者にも声かけを行ってコミュニケーションを図っている。担当職員の設置・相談員のラウンド等、利用者が話しやすい工夫を行い、把握した内容をケアや計画に反映している。新人研修や法人研修で、接遇について学ぶ機会を設けている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
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) ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-⑤ 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。	(a) ・ b ・ c
A-2-⑥ 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。	(a) ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ (b) ・ c

特記事項

アセスメントシート・介護計画にもとづいて、身体状況に応じた入浴形態・方法により介助している。入浴形態は個浴と特殊浴の2種類があり、共に、個別の対応とし、脱衣室と浴室はドアで隔てられ、プライバシーに配慮されている。入浴を拒否する人には、時間を変更したり、男女で担当者を変更する等対応している。湯温は職員が事前にカランで調整し、直に触り確認している。備品についても入浴前に確認をしている。脱衣室はエアコンにより室温管理し、入浴前に確認している。水分摂取は入浴者全員が行い、スキンケアは皮膚疾患がある人や希望のある人について対応している。入浴前のバイタル測定は必ず行い、入浴の可否は医務（看護師）が判断している。入浴できない場合は清拭で対応している。利用者の身体状況に応じて2名対応を行い、浴室には滑り止めマット、浴槽内のイス、介助バーの設置をし安全確保に努めている。入浴日に入浴できなかった場合、代替日に対応している。浴槽につかれない場合はシャワー浴で対応している。個浴が各ユニット毎（7ヶ所）設置されている。特殊浴（機械浴）は1ヶ所設置されている。シャワーチェア、滑り止めマット、浴槽内のマット・イス、介助バー、手すり、スライディングボードが用意されている。自力で入浴できる場合も、入浴介助担当者が1名おり、必ず見守りを行っている。入浴順は本人・家族の意向を確認し、感染症ある場合は医務（看護師）を相談し決めている。

入浴の可否の判断基準をマニュアル等に明確にし、利用者個々の可否判断基準は、アセスメントシート・施設サービス計画書に明示し、周知することが望まれる。

アセスメントシート・介護計画にもとづいて、利用者の身体状況や昼夜の場面ごとを踏まえ排泄介助を行っている。オムツを使用している方についても可能な限りトイレ誘導をし、トイレでの排泄を促している。尿・便の状態を確認し、排泄表に記入している。状態によっては生活記録、個人記録にも転記している。トイレは各ユニットに3～4ヶ所設置し、全て個室となっており、カギも設置され、誘導時には声かけにも配慮し、プライバシーや羞恥心に配慮している。排泄表からパターンを把握し、利用者の生活や行動パターンも把握し、適時の迅速な対応に努めている。消臭剤を用意し、換気扇も設置し、清掃はその都度行い、衛生・臭いに配慮している。保温便座を設置している。便器の周囲に手すり・介助バーを設置し、転倒・転落防止に努めている。自然な排泄のため、水分補給表で量と種類を明記して水分提供し、生活の動作の中で散歩を行い、オリゴ糖を導入する等対応している。夜間は、排泄表でパターンを把握し、安眠にも配慮して対応している。オムツは、S・M・Lの3種類のサイズを用意し、適したものを使用している。おむつ交換毎に清拭と皮膚観察を行っている。利用者の行動・生活パターンを見ながら対応し、ナースコール等の訴えに対しても素早く対応している。

アセスメントシート・介護計画にもとづいて、身体状況に応じた福祉用具の使用・声掛け・見守り等、できる限り自力で移動できるよう自立支援に取り組んでいる。共用スペースや居室は移動・移乗に支障のないスペースを確保し、移動しやすい環境整備を行っている。移動・移乗には、歩行器・シルバーカー・車イス・L字バー・スライディングボードの使用や、2名対応等で安全に配慮している。共用スペースでは、他の利用者の安全にも配慮して移動できるよう見守りを行っている。使用している福祉用具に利用者との不具合があれば、施設の用具は業者に連絡して対応し、ショートステイ利用者は家族に連絡している。福祉用具は営繕担当の職員が点検し、営繕記録に記録して整備したり、状況に応じて相談員に報告し業者に修理を依頼している。守り等をしなが、利用者の様子・訴えに対して速やかに対応している。

「褥瘡予防対策マニュアル」を整備している。褥瘡予防や対応については、施設サービス計画書に記載し、看護師の指示にもとづいて、利用者個々の身体状況に応じた支援・観察を行い、日誌に記録している。除圧マット・体位変換・軟膏塗布等、必要な対応を行っている。法人研修の「ターミナル研修」で「褥瘡」について学ぶ機会を設けている。褥瘡を食事面から予防するために、管理栄養士が栄養マネジメントを行っている。

選択については、起床時に意思表示可能な方には選んでもらっている。相談は依頼があれば対応している。購入は、職員がサイズや好みを聞いて購入に向いたり、外出支援時に本人に選んでもらい購入している。また、家族に連絡し持ってきてもらうこともある。着替えの支援が必要な方には介助し、汚れがある場合は都度着替えをしている。

月2回、事業所と契約している理髪店が事業所に訪問し、理髪・美容を実施している。実施については、家族・利用者に情報提供している。希望があれば、利用者の馴染みの店に行くことにも

対応している。髪型等を決める際は、自分で決めることができる方については決めてもらい、できない方には家族の意向を確認している。また、必要に応じ整髪、化粧の支援・相談にも対応している。

居室の照明、洗面台の照明があり、調光はできないが利用者の希望に応じて点けたり、消したりと対応している。音や不眠者対応に関しては、個室になっており隣室の組み合わせで対応している。寝具はリースで施設で準備しており、夏物と冬物で入れ替えを行っている。電気毛布等の持ち込みは可能としている。ベッド以外で床で寝たい方については、敷布団も用意している。空室があれば対応している。

夜間就寝中の利用者に対するサービスについてのマニュアルの整備が望まれる。ている。髪型等を決める際は、自分で決めることができる方については決めてもらい、できない方には家族の意向を確認している。また、必要に応じ整髪、化粧の支援・相談にも対応している。

居室の照明、洗面台の照明があり、調光はできないが利用者の希望に応じて点けたり、消したりと対応している。音や不眠者対応に関しては、個室になっており隣室の組み合わせで対応している。寝具はリースで施設で準備しており、夏物と冬物で入れ替えを行っている。電気毛布等の持ち込みは可能としている。ベッド以外で床で寝たい方については、敷布団も用意している。空室があれば対応している。

夜間就寝中の利用者に対するサービスについてのマニュアルの整備が望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ (b) ・ c
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) ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

初回アセスメントで好みやアレルギーの有無の確認し、アレルギーは管理栄養士と相談し対応している。月1回ユニット毎にアンケートを実施し、結果を給食会議で話し合い献立に反映させている。食材には季節の旬の物や行事食（土用の丑の日のうなぎ・正月の焼き鯛等）も取り入れている。ユニット毎で盛り付けを行っている。利用者個々の摂取量に応じて盛り付け量の調整をしたり、認知症の方には食べやすいようワンプレートの食器を使用、視力に支障のある方にはごはんを見やすくするため濃い色の器で提供する等工夫している。ホットキャブで厨房から運ばれてくるため保温はできている。その他、汁物はユニットに設置されているキッチンで温め、米飯はユニット毎で炊飯している。普段は音楽を流す、箸置き・ランチョンマットの使用、職員も一緒に食べる等を実施している。行事食の際は、紅白幕等の飾りつけも行っている。配席については、希望に応じて、また、利用者の状態も考慮したうえで対応している。朝食は米飯とパンが選択でき、また、クリスマス食でチキンとミートローフが選べるが、食事の選択制には至っていない。

普通食・きざみ食・ソフト食・ミキサー食で利用者の状態に応じて提供し、変更時は食事箋で対応している。きざみ方の大小の希望がある場合はユニットのキッチンで対応している。依存心の強い方には説明する等、可能な限り自力摂取してもらうよう働きかけている。食事時間は8時・12時・18時と適時で設定し、その時間から2時間の中で、利用者個々のペースに合わせた時間でとれるよう配慮している。イスまたは車イスに座位の姿勢をとり、傾きのある方にはクッションを使用する等対応している。食事時の事故については、摂食・嚥下障害ケアマニュアルに対応方法を明記し、マニュアルの確認と合わせて吸引器の設置場所の確認を日頃から行っている。ユニット会議でも事例検討を行っている。食事チェック表で主食・副食の摂取量を記録して、看取りの方や体調不良者には状況のコメントも加えて記録している。水分摂取は水分補給表で摂取量と飲み物の種類を記録している。管理栄養士が利用者一人個々の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し栄養マネジメントを行っている。管理栄養士・看護師・介護職員が連携し、利用者個々の状況に応じた食事形態を検討し、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。おかゆ・きざみ・ソフト食での対応や状況に応じてドリンク・ゼリーで対応している。ドリンク・ゼリーは管理栄養士が管理しており、介護職員等の申し出により使用している。

ケアアセスメント表で口腔ケアの自立度を把握している。必要な利用者や希望者には、県主催の検診や歯科医の往診を受けられる体制があり、結果は日誌で共有している。毎食後と就寝前に歯磨き・うがいを実施している。義歯使用者には義歯用洗浄剤を使用している。また、口腔ケア毎に口腔内のチェックも行っている。義歯用洗浄剤を使用して清潔に配慮している。預かり希望もしくは必要な方については、各ユニットで預かっている。居室（個室）に洗面台が設置されており、そこで口腔ケアを行っている。

口腔ケアについての計画策定の事例はない。口腔機能を保持・改善するための口腔体操等の実施が望まれる。口腔ケアについての研修実施を期待する。

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
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・ b ・ c

特記事項

「ターミナルケア・精神的ケアマニュアル」を整備し、終末期対応の手順を明らかにしている。契約時に利用者・家族の意向を確認し、状況の変化に応じて施設サービス計画を見直し、対応やケアについて家族に説明し同意を得ている。法人研修で、ターミナルケアについて学ぶ機会を設けている。嘱託医・看護師と連携を密にし、職員の不安の軽減を図っている。嘱託医の頻回な往診、24時間連携体制により、看取り介護を行う体制を整備している。

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a・ b ・ c
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・ b ・ c

特記事項

ケアアセスメント表を用いて、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。周辺症状を呈する利用者には、穏やかに過ごす、ストレスを軽減する等をサービス計画に位置づけ、症状に応じたケアに取り組み、対応は日誌に記録している。洗濯物たたみ・洗い物等、利用者が日常生活の中でそれぞれ役割が持てるように工夫し、個人・グループでの趣味活動や外出希望にも可能な限り対応している。法人研修で、認知症について学ぶ機会を設けている。看護師はユニット会議でカンファレンスに参加し、また、精神科の専門医等とも連携している。施設の玄関は施錠せず、エレベーターの使用は自由であり、施設内の移動が自由にでき、閉塞感のない暮らしを確保している。

居室（個室）には、使い慣れた物や写真・仏壇・飾り付け等の馴染みのある物の持ち込みは可能であり、落ち着く環境にできるよう配慮されている。また、利用者状態に応じて必要以上に物を置かないよう配慮されており、スペースが確保されている。共用スペースにソファや畳を設置し、居場所づくりに配慮している。ユニット間の往来は自由で、エレベーターのロックもなく、建物内は自由に行動できるようになっている。また、薬品はユニット毎でケースに入れて保管しているが、今後は医務室で管理できるよう現在準備中である。その他は、ユニット毎の倉庫及び施設全体で共有している施錠できる倉庫で保管している。清掃・片付けは随時行い、整理整頓に努めている。居室は個室であり、隣室との組み合わせはアセスメントから把握し配慮している。居室は表札様のネームプレート、トイレにはトイレの表示をしている。また、居室ドアとトイレドアの色を変える等の工夫をしている。

A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c

特記事項

日常生活動作の中で、残存能力を活かした自立支援に努めている。動機づけを行い、主体的に運動できるように工夫している。ユニット会議に看護師が参加し、助言・指導を行っている。判断能力の低下や認知症の症状の変化を察知した場合は、看護師から医師・医療機関に報告し必要な対応を行っている。
機能低下予防・維持向上についてのプランの事例がない。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ (b) ・ c

特記事項

看護師が1日3回ラウンドして利用者個々の状況観察を行い、必要時・入浴前のバイタルチェックを行い、利用者の体調変化や異変の兆候を早く察知できるように取り組んでいる。「健康管理マニュアル」に、体調変化に気づいた場合の対応手順・緊急時の連携体制を記載している。健康状態は、チェック表と日誌に記録している。
高齢者の健康管理や病気・薬、体調変化時の対応についての研修の実施が望まれる。服薬管理は看護師が、服薬確認はユニット職員が行っているが、記録に残すことが望まれる。

「感染症対策マニュアル」「食中毒対応マニュアル」を整備し、感染症や食中毒への対応方法を定めている。職員のインフルエンザの予防接種は、法人が費用負担している。法人研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。
居室・トイレ・共用スペースに手洗器が設置されている。手指消毒剤は手洗器の箇所と玄関に設置されている。玄関、エレベーター内に、家族・来館者への呼びかけの貼り紙をしている。
職員の健康状態についてチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を文書化して周知することが望まれる。

A-8 建物・設備

	第三者評価結果
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 ・ (b) ・ c

特記事項

建物・設備については、定期的に業者が点検を行い、必要な改善を行っている。ベージュ・茶色を基調とした木目の暖かい色を使用しており、落ち着く雰囲気になっている。共用スペースにソファ・畳やエレベーター前の壁にベンチが設置されている。居室は個室になっている。ユニット内、ユニット間、施設内は自由に行き来でき、思い思いに過ごせるようになっている。
随時点検を行い、故障・不具合には営繕が対応しているが、点検が必要な備品のチェック表を作成し、定期的に点検を行うことが望まれる。

A-9 家族との連携

	第三者評価結果
A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	○a・b・c

特記事項

担当者会議を定期的を開催しており、報告・要望・相談に応じている。その他、契約時、面会時・ショートステイの送迎時にも随時応じている。ショートステイ利用者には退所時に生活状況が記録された手紙を渡している。相談等の内容は相談員記録・生活記録に記録している。行事の案内はその都度行い、家族の参加を促している。

A-10 その他

	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	○a・b・c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	○a・b・c
A-10-③ 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。	○a・b・c

特記事項

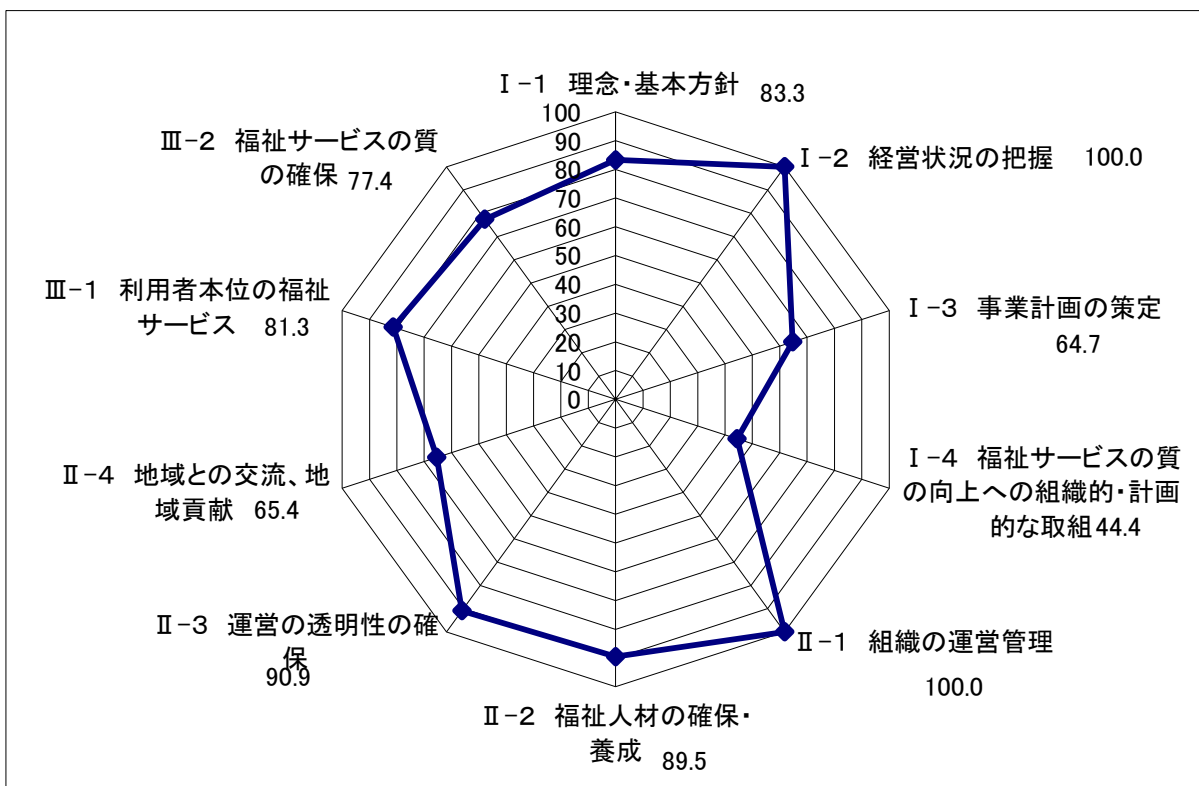
市の広報紙や祭りのチラシを区長が届けてくれている。イベント参加時（コンサート）に主催者側のボランティアの支援を受けている。また、現在、地域との関わりをすすめているところである。外出時はフェイスシートを準備している。

携帯電話の持ち込みを可能としている。その他、1階に公衆電話の設置や施設の電話の使用は可能としている。郵便も対応可能としている。郵便物は本人あるいは家族に確認をしてから開封するようにしている。電話は使用している周囲に人がいないよう配慮している。

新聞・雑誌の個人購買を可能とし、現在、2名が個人で購買している。施設においては、新聞（一般紙・スポーツ新聞）を用意している。テレビ・ラジオの持ち込み可能である。施設においても無料で貸し出しをしている。テレビは各ユニットの共有スペースに設置してあり、利用者の好きな番組を把握し調整をしている。また、居室（個室）のテレビでも対応している。

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	11	64.7
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	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	34	89.5
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	17	65.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	52	81.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	24	77.4



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	21	18	85.7
2 身体介護	54	52	96.3
3 食生活	26	22	84.6
4 終末期の対応	6	6	100.0
5 認知症ケア	16	16	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	4	66.7
7 健康管理、衛生管理	13	8	61.5
8 建物、設備	5	4	80.0
9 家族との連携	5	5	100.0
10 その他	8	8	100.0

