

## 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：	サンホームあまがさき東館 ショートステイ「歩」	種別：	短期入所者生活介護	
代表者氏名：	藤井 茂夫	定員（利用者人数）：	20 名	
所在地：	兵庫県尼崎市大庄北3丁目15番1号			
TEL	06-6412-6676	ホームページ：	<a href="https://hinode.or.jp/amagasaki/">https://hinode.or.jp/amagasaki/</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2000年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福祉会			
職員数	常勤職員：	10 名	非常勤職員：	8 名
専門職員	介護職員管理者・相談員兼務含む	9	介護職員	6
	看護師	1	看護師	2
施設・設備の概要	(居室数)	20	(設備等)	浴室、食堂、相談室
				機能訓練スペース

## ③理念・基本方針

グループ理念：お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび  
 グループ基本方針：1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々のお会いに感謝します。3. お客様に最善を尽くします。4. 信頼できる仲間をつくります。5. 健康に働ける環境を追求します。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 複合型施設の強みを活かし、利用者個々のニーズに応じたサービス提案ができる。
- 2) 緊急性の高い利用者の利用を可能な限り受け入れている。
- 3) 季節感を大切にし、レクリエーション内容（夏祭り、クリスマス、初詣でなど）や外出レクリエーション先の選定、旬の食材にこだわった食事メニューを提供している。

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 4 月 24 日 (契約日) ～ 平成 30 年 12 月 31 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、法人のエリア会議・施設の経営会議・各部門会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。施設内での委員会・毎月のデイ会議でも、組織的な運営に努めている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。また、経験別・職種別・テーマ別研修、資格取得を支援する講座等、法人として研修体制を整備している。施設内に研修委員会を設置し、法人研修とも連動して、施設内研修を計画的に実施し、職員育成に注力している。
- ・リビングや廊下など共用空間は広いスペースが確保され、バリアフリーで開放的で、椅子を適所に配置し、談話を楽しみながら、快適にくつろげるよう配置している。居室は全室個室となっており、落ち着ける環境づくりに努めている。1日の過ごし方は、個々の利用者の意向を大切に、家庭での生活が継続できるよう、自由に暮らせる雰囲気づくりに努めている。また、将棋やカラオケ、麻雀等、複数メニューを準備して生活に楽しみが持てるように工夫している。
- ・送迎時の情報交換を十分行い、また、利用後には利用期間中の利用者の状況や援助内容等を、「ショートステイ利用者様・ご家族様へ」にて文書で詳細に報告し、家族と連携を密にとり、自宅での生活の継続と自立支援につなげられるように取り組んでいる。複合施設の利点を活かし、多職種の専門職と連携しながら、また、行事等で地域と交流の機会を持ちながら、利用者個々のニーズに応じた個別支援に取り組んでいる。

### ◇改善を求められる点

- ・中長期計画をもとに単年の事業計画を策定し、策定・実施状況の把握・評価・見直しを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。
- ・定められた評価基準にもとづいて年に1回以上自己評価を行い、課題抽出から改善に向けての計画的な取り組みを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。
- ・職員も参画して定期的にマニュアルの検証を行い、不足しているマニュアルの整備等必要な見直しを行い、「変更履歴」などに経過を記録する仕組み作りが望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様の幸せに寄与できるよう、サービスの質を高めるための取り組みをさらに進めます。

## 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>  日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針をホームページに明示している。博愛福祉会の理念・サンホームあまがさきの運営方針を、エントランスに掲示している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。掲示・朝礼での唱和・研修の実施などにより、職員の周知を図っている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。利用者・家族には、パンフレットの理事長のあいさつの中で、法人理念をわかりやすく説明し周知を図っている。		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に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>  社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等については、施設長・副施設長・管理者層が情報収集し、各部門会議・施設の経営会議・エリア会議で共有し分析を行っている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、経営会議・エリア会議で利用率やコストの分析を行っている。		
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。	a・b・c
<コメント>  利用率やコストの分析をもとに部門会議で課題の抽出を行い、経営会議で共有し課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。部門会議・経営会議の内容に応じて、事業所の会議等で職員に周知が図られ、課題解決に向けて取り組むことが望まれる。		

### 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> 施設としての中長期的なビジョンを、平成30年度「サンホームあまがさき中長期計画」として策定し、6項目に具体的に明示している。 期間中での実施状況の評価を行える計画内容の設定を工夫し、30年度策定後、定期的な実施状況の把握・評価・必要に応じた見直しを行う仕組み作りが望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 法人共通の書式で、事業所の単年度の事業計画を策定している。「収支計画」「今期目標」「目標達成に向けた具体策」等から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。また、数値目標等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。 施設の中・長期計画を踏まえた、事業所としての単年度の事業計画の策定が望まれる。		
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> 毎月の部門会議で、施設長・副施設長・管理者が、実施状況の把握を行っている。施設全体経営会議で、上半期・下半期の収支計画、事業計画の進捗を報告し、年度末に事業報告書を作成し、次年度の計画に向けた見直しを行っている。 事業計画を職員に周知し理解を促すための取組を行い、実施状況の把握・評価・見直しを職員参画で行う仕組み作りが望まれる。		
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について、利用者・家族に周知するには至っていない。 事業計画の主な内容について、理解しやすく説明する工夫を行い、利用者・家族に周知することが望まれる。		

### 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、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につながる取り組みを実施している。会議・施設内の委員会・部門会議・経営会議を定期的実施し、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表の評価基準にもとづいて、年1回自己評価を行っている。今年度から、内部監査による取り組みを計画している。 評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。		

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 ・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、経過を記録に残すことが望まれる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらはパソコンの共有ホルダー及び事務所内に設置し周知を図っている。管理者は、自らの役割と責任について、広報誌等に掲載し表明することが望まれる。管理者不在時は実務的には相談員が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。</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、関係法令集・法人諸規定等を保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入時等には「稟議規定」に沿って対応し、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。施設長が県老協の研修・集団指導・法人の日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含み幅広く遵守すべき法令等を把握し取組を行っている。担当者が法人本部での研修に参加し介護保険法、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、内部研修時に伝達研修を実施している。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの質について、継続的に情報の公表制度・チェックリスト等でチェックしている。内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検を行う仕組みがある。管理者は、部門会議・委員会活動等に参画・参加している。申し送り・会議・面接等で職員の意見を把握し、研修委員会で改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人の年間研修計画に加えて施設・事業所で必要な内容についての研修計画を策定し、職員の資質向上に努めている。チェックリスト等の分析結果に基づいて、課題等を抽出し、検討結果、具体的改善策等を記録として残すことが望まれる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、毎月の経営会議で報告・改善策の検討を行っている。部門会議で収支改善に向け検討し、決定事項をスタッフ会議で周知している。基準以上の人員配置に努め、資格、等級等に沿った適材適所の配属を実施し、残業時間の削減を図る等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。部門会議、委員会等で業務改善、経営改善について周知を図っており、管理者はそれぞれの活動に参画している。</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>事業所として必要な人員体制を運営規定で明確にし、内外部研修計画を策定し、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。運営規定で指定基準（以上）の専門職を配置した職員体制を明確にし、人員体制の確保と共に、自己啓発奨励規定で資格取得を奨励している。ホームページ・就職フェア・職員紹介制度・採用広告等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</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>法人の基本方針に、期待する職員像を明確にしている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・会議等で把握した意見を経営会議で検討し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級基準表・等級運用規定等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。</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>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握し、職員自身も把握している。健康診断・オンライン診療・インフルエンザ予防接種・ストレスチェック・産業医への相談等、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。年2回の定期面談時や自己申告カードでの相談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。また、法人に「相談室」を設置している。時間単位有給制度の採り入れ、残業の削減、嘱託制度の採り入れ、福祉用具の充実による腰痛予防、福利厚生クラブへの加入等、ワークライフバランスと福利厚生に努め働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</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>人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と個別面談の機会を設け、個人目標を設定し、人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、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繋いでいる。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人及び内部研修計画で、研修項目・求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定・重要事項説明書に、組織が職員に求めるの専門職種を明示している。年間研修計画に沿って研修を実施し、基本的に全員参加として研修記録を提出し、欠席者にも研修資料閲覧と報告書提出により周知している。研修記録の分析結果から研修内容の振り返りを行い、次年度の研修に反映させるように研修委員会で検討する仕組みがある。</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>事業所で専門資格の取得状況、経験年数等を、履歴書、資格証等で把握し、法人本部でも一括管理している。法人で入職前、採用時、フォローアップ研修を実施する仕組みがある。法人として研修計画を作成し、階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。外部研修の案内があれば、スタッフルームに掲示したり、管理者を通じて研修受講の意向を確認・把握している。4等級までの職員にはスキルアップカードに記載された研修について受講支援を行う仕組みがある。研修に職員が参加しやすいように、勤務調整を行ったり、法人研修受講の際は施設の車で送迎している。また、事業所として必要な外部研修は出張扱いとしている。事業所内での入職時研修・OJTにつて、実施記録も含め、仕組み作りが望まれる。</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 • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>近年事例がなく、マニュアルの整備には至っていない。 今後の受け入れに備えて、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。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。施設として、小規模多機能の運営推進会議やケアマネ連絡会で、地域に基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にしている。パンフレットに理念・活動内容等を記載し、関連施設玄関に設置し、また、診療所・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。</p> <p>第三者評価の受審結果をWAMNETで公表を予定している。苦情、相談内容や改善・対応の状況については、日の出医療福祉グループとしてホームページで公開する予定である。</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 ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。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。内部監査を実施する仕組みがある。事業会計状況等について、監事が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。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人基本方針に、「地域に開かれた施設を目指し、地域福祉の拠点としての役割を担う」を明示し文書化している。施設開催の夏祭り時に、地域住民との交流機会を定期的に設けている。買い物・通院同行等を行い、地域資源を利用している。掲示板を活用し、在宅で活用できる社会資源・行事等の情報を掲示することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</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 ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科医等リスト・居宅事業所リスト・行政担当窓口資料等を事務所に設置している。必要時に、申し送り・会議等で共有している。地域ケア会議に、関係部署が参加して関係機関と連携を図り、認知症徘徊や独居高齢者問題等の解決に向け協働して取り組んでいる。行方不明者SOSネットワーク化に取り組んでいる。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応等、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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。	a ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域にいいきき体操開催に向け、多目的ホールの活用を呼びかけている。施設開催の夏祭りや、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。施設として、市と福祉避難所として協定を結んでいる。AEDを設置しており、地域に使用を公開する予定である。施設として地域の秋祭りへの協賛を行い、職員も開催支援に協力している。専門性や特性を活かし、施設として、介護予防教室・認知症カフェ開催等を検討している。</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>施設としての取り組みがある。施設長が小規模多機能の運営推進会議に参加しており、民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めている。エントランスホールに相談窓口の設置を明示しており、地域住民から相談を受けている。地域ケア会議への参加等を通じて独居者への対応等ニーズの把握に努めている。ケアハウスや小規模多機能事業所の利用者が見守りの対象者となっていることもあり、事業所から見守り隊（SOSネットワーク）に参加している。</p> <p>地域の福祉ニーズの把握に努め、把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、事業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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>グループ・法人・施設の理念・方針、事業所の運営規程、介護マニュアルに、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。年間の研修計画に基づいて、コンプライアンス・接遇・権利擁護などの研修が実施され人権への配慮の周知が行われている。人事考課表の項目に利用者の権利・尊厳の尊重、コンプライアンスに関する項目があり、定期的に評価等を行い、必要な対応を図る仕組みがある。</p>		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアル・介護マニュアル等に、プライバシー保護について明記している。高齢者虐待防止・身体拘束廃止等、権利擁護についてのマニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等も明示している。居室はすべて個室となっており、プライバシーに配慮され、持ち込み品は利用者の意向に沿って配置している。各フロア内は、バリアフリーで自由に移動でき、テレビが設置されくつろげる環境が整備されている。年間研修計画をもとに、プライバシー保護・権利擁護についての研修を実施している。重要事項説明書に、「人権擁護・虐待防止」等の条項を設け、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。継続的な研修・人事考課制度の活用などにより、マニュアルにもとづいた実施に努めている。</p>		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の理念・基本方針やサービス内容は施設のパフレットに、事業所のサービス内容や特性は事業所の案内に明示し、関連施設・居宅支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、希望者が入手しやすいようにしている。案内は、言葉遣いや絵の使用等でわかりやすく工夫している。利用希望者には、電話での対応や見学の受け入れにより、個別に丁寧な説明を心がけている。案内は、必要時に適宜見直しを行っている。</p>		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書を用いて説明し、文書で同意を得ている。利用に際しての注意事項等を具体的に記載した資料を用いて、また、利用者・家族が不安や疑問を残さないように、理解しやすい工夫を行っている。意思決定が困難な利用者については、代理人・立会人等を設定し適正な説明・運用を図っている。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容の変更の際は、契約書の手順に沿って行っている。利用終了時に、「ショートステイ利用者・家族へ」の書式で報告し、終了後の相談担当者を管理者としてその書式に記載して手渡している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、利用者満足に関するアンケート調査を実施している。計画の見直し時や送迎時に、満足の把握に努めている。 アンケート調査の結果を分析・検討し、改善につなげる仕組み作りが望まれる。また、改善への取り組みも含め、利用者・家族にフィードバックすることが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>解決責任者・受付担当者を管理者とし、第三者委員も設置し、苦情解決の体制が整備されている。契約書・重要事項説明書に明記しており、契約時に説明している。事業所の玄関に「苦情受付窓口」「苦情解決責任者」を明記した書類を掲示している。意見箱と記入カードの設置、利用者アンケートの実施など、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情の内容・対応等については、「苦情相談報告書」に記録し、「内容・主訴・関連する事項」欄に家族へのフィードバックについても記載する書式がある。在宅部門の管理者が参加する在宅会議で、苦情事例を共有し、再発防止・サービス質向上に取り組む仕組みがある。 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示と意見箱を館内にも設置することが望まれる。また、苦情内容及び解決結果等を、申立者に配慮したうえで公表する仕組みを、法人として整備中である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に、苦情・相談窓口として、相談についての受け付けも契約時に説明している。居室が個室となるため、居室で相談対応している。また、スタッフルームを活用し相談を受ける場合もある。 管理者・相談員など、複数の相談相手や相談方法についても掲示することを期待する。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談・苦情・事故対応マニュアル」を整備し、「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の流れを明示している。日々の関わりの中で利用者との会話を重視し、相談・意見の傾聴に努めている。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みを行っている。迅速な対応に努め、内容や経過を「ケース記録」に記録している。パソコンの「連絡事項」で周知し、サービスの向上に取り組んでいる。定期的なマニュアルの検証と見直しが望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>在宅会議でリスクマネジメント委員会を設置し、事故・ひやりハット事例について情報共有・対策検討を行う仕組みがある。「相談・苦情・事故対応マニュアル」に事故対応の手順を記載している。事故報告書・ヒヤリハット報告書にリスク事例の収集を行っている。年間研修計画をもとに、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。再発防止策は「原因及び具体的な対策」欄に記載、発生後1週間後状況についても記載されている。ヒヤリハット事例を積極的に収集するための仕組みづくりが望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染対策委員会を施設全体と在宅部で設置し、感染症予防・発生時対策のための体制を整備している。「感染対策マニュアル」を整備し、年間研修計画をもとに年2回の研修を実施している。うがい・手洗いの励行、殺菌効果のある薬剤の噴霧・消毒、マスク着用、お迎え時の体調確認・検温、吐物廃棄キッドの設置等、感染症の予防策や発生時対応を適切に行っている。年度末の委員会でマニュアルの見直しを行い、委員会議事録に記録している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設全体の「防災マニュアル」「防災計画」を整備し、災害時の対応体制を明示している。福祉避難所として登録しており、自家発電装置など災害時の必要な対策を講じている。利用者個々の緊急連絡先を把握し、安否確認は主に電話で行っている。職員の安否確認は、基本は携帯電話で行うこととしている。備蓄は管理栄養士が管理し、「非常食在庫状況」の書類に、品名・商品番号・規格・単価・在庫数・消費期限等を明記している。消費期限が迫ると、利用者及び職員で摂取している。施設合同で、年2回、夜間想定・昼間想定で防災訓練を実施している。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設共通の「介護サービスマニュアル」と勤務時間帯別の業務マニュアルとして「業務確認リスト」を整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。「介護サービスマニュアル」に、利用者尊重やプライバシー保護などについて明示している。入職時のプリセプターシップとマニュアルの配布により、周知を図っている。プリセプターシップの「業務確認リスト」を活用した習熟度や実施状況を確認する仕組み作りが望まれる。</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 ・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法について見直す仕組み作りには至っていない。 職員参画の下、定期的にマニュアルを検証し、現状に即したマニュアルに見直す仕組み作りが望まれる。見直しについては、会議録や見直し履歴などに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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>短期入所生活介護計画策定の責任者を生活相談員としている。「入居者情報」を作成し、ADL・対応方法、認知症状・疾患・薬情報、特記事項欄に利用の目的・希望・注意事項などを記載し、アセスメントを行っている。サービス担当者会議に参加すると共に、事業所内で管理者・看護師・生活相談員が参加して個別利用計画会議を行い、アセスメントや計画策定のための協議を行っている。短期入所生活介護計画書の「解決すべき課題欄」に利用者個々のニーズを記載している。医療的な支援が必要なケースについても、介護支援専門員・看護師・生活相談員が連携し、適切なサービスが提供できるように取り組んでいる。 計画通りにサービスが実施されていることを確認する仕組みが望まれる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>短期入所生活介護計画書の作成と変更については契約書に記載し、定期的には居宅サービス計画の見直し時期に見直しを行っている。緊急に変更する場合は、内容に応じて、事業所内で、または、介護支援専門員と連携して行う仕組みがある。変更した計画内容は、職員が日常的に確認する利用者ファイルに綴じ周知を図っている。</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>b</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、「入居者情報」「チェック表」等、統一した様式によって把握し記録している。計画にもとづくサービス実施は、「ケース記録」「チェック表」に記録している。記録方法や留意点については入職時に指導すると共に、管理者・生活相談員が確認し、必要時には個別に指導している。朝の申し送り、ボードの活用・システムの「連絡事項」・回覧等で情報の共有と伝達が確実に出来るように取り組んでいる。 スタッフ会議の月1回の定期開催を計画している。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「個人情報保護規程」「就業規則」等に、個人データの適正管理・開示・廃棄、また、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を規定している。また、管理責任者を、施設長・管理者と規程している。年間研修計画をもとに、コンプライアンス研修を実施している。職員は、入職時研修や施設内研修で個人情報保護規程等を理解し、守秘義務に関する誓約書も交わし遵守している。利用者や家族には、個人情報の取扱いについて契約時に説明し、文書で同意を得ている。</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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

#### 特記事項

「入居者情報」にてADL、特記事項にこれまでの生活環境や習慣、意向等を記載し把握している。意向をもとに短期入所介護計画書の作成し、利用者一人一人に応じた支援を実施している。相談員が利用時の援助内容を確認し、スタッフミーティングで検討、改善に取り組み、担当の介護支援専門員に報告する仕組みがある。自立、活動参加への動機づけのために、毎日の日課としてラジオ体操や嚙下体操を実施し、更に個人レクリエーション、集団レクリエーション、歩行訓練の希望者には器具の貸し出しや訓練スペースを提供して。個人の趣味・趣向に合わせたメニューを豊富に用意し、日中活動に参加しやすいよう努めている。随時ボランティアや地域住民、家族の参加を得て、年間行事予定に基づき、館内合同のお祭りやクリスマスパーティ等のイベントや、季節のドライブ、地域の祭り、保育園の運動会やバザーへの外出等、社会参加に係る多彩なプログラムを導入している。本人の意思を尊重し、利用者の体力や身体状況にあった離床時間となるよう援助し、可能な限り食堂やトイレ、浴室に移動して日課計画に基づいた活動支援をしている。必要時は着替えや整容の支援も行っている。

「入居者情報」のADL・対応方法欄、特記事項欄にコミュニケーション能力を記載し、把握している。特に配慮が必要な利用者への個別対応は、職員に周知を図っている。職員は業務改善を進めながら、日中、利用者との会話時間を優先し、ゆったりした雰囲気作りの中で思いや希望を聞き取ったり読み取れるように努めている。把握した内容は個人ファイルや連絡票等に記録して、職員間で情報共有し、相談員や介護支援専門員との連携を図っている。施設内研修を実施する知共に、虐待防止チェックリストを配布して自己チェックを行った後上司との面談を行い、言葉づかいや接遇の徹底を図っている。

### 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c

「入居者情報」で利用者個々の心身状況を把握し、入浴方法や自立度など個々の利用者に合わせた保清方法を工夫し自立に向けた支援を行っている。入浴マニュアルに利用者の尊厳・羞恥心への配慮を明記し、個浴での入浴としマンツーマンで介助している。利用者から同性介助希望があった場合には、できる限り調整し対応している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせず声かけの方法・タイミングを検討し職員間で情報共有し、誘導する時間や日程を変更するなどの工夫をしている。入浴介助担当者を決め、入浴前に備品や湯温の確認し安全に配慮し、脱衣室や浴室の季節ごとに応じた室温管理をしている。入浴後の水分補給は入浴介助の一連の流れとして行い、スキンケアは利用者の希望に応じ、個人購入されたものを塗布している。皮膚疾患がある場合は持参している軟膏を塗布している。入浴前には、必ずバイタルチェックを行い、記録を残している。可否の明確な基準は設けており、バイタル値を看護師に確認して入浴の可否や保清方法を判断する仕組みがある。入浴マニュアルに入浴方法毎のポイントを明示し、マニュアルに沿った安全な支援を実践している。マンツーマンでの対応が基本となり、必要に応じて複数名での介助を行うことができる体制を整えている。利用者からの随時の希望や体調不良があった場合には、入浴日の変更は可能である。また、汚染があった場合には、シャワー浴で対応している。個浴、リフト浴など、個々の心身状態に合わせた入浴設備が用意されている。重度の利用者については、隣接する特養の設備を利用する場合がある。滑り止めマット、介助バー、シャワーチェア、シャワーキャリーを設置し安全に入浴ができるよう配慮されている。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまでマンツーマンで対応し見守りを行い、自宅での状態を継続できるように入浴の支援している。入浴順は利用者の意向を尊重しているが、感染症や状態に応じて看護師の指示のもと順番の変更し行うこととしている。

入居者情報で利用者個々の心身状況を把握し、利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせた介助方法、排せつ用具の選定など排泄方法を工夫している。排せつマニュアルに自立に向けた支援方法を明示し、利用者個々の情報に基づいた自立支援を行っている。排泄チェック表に1時間毎にチェック欄を設け、排泄の有無や量を確認している。異常があれば介護記録に記載し、看護職員に報告している。利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援については、排せつマニュアルに明示し、言葉のかけ方やプライバシーに配慮した支援を行っている。共有トイレは全て個室となっており、施錠することができプライバシーが守られている。同性介助の希望があれば、できる限り対応できるように配慮されている。年1回、排せつケアに関する研修会を開催し手際よく支援できるよう取り組んでいる。フロアには職員を必ず配置し、排せつの希望や素振りがあればすぐに対応できるようにしている。トイレの清掃は毎日実施し、清掃状況はチェック表に記載している。臭気や汚れに配慮され、消臭剤や換気扇を設置している。保温機能のついた便座を各トイレに設置し、冬場にはトイレの保温に努めている。介助バーやナースコールを適所に設置され、利用者個々の心身状況に合わせて職員が複数で介助するなど安全面に配慮し、事故防止に努めている。自然排便を促すため、日々の生活の中でレクリエーションやラジオ体操など運動する機会を設け、チェック表で水分摂取量を確認している。睡眠に配慮し、夜間帯は排尿の吸収量が多いタイプの排せつ用品を使用したり、移動距離が最小限になるようポータブルトイレを利用したり、おむつ交換を行う際など照明を調整するなど配慮している。オムツ、パッド、リハビリパンツについては、個々の利用者に適したものが使用できるようにサイズと吸収量別に複数種類、準備している。排泄ケアの一連の流れで、皮膚疾患や傷がないか確認し、清拭等を行っている。新たな皮膚疾患があれば多職種間で共有し、家族に報告する一連の流れがある。ナースコールを設置し排泄の要望に速やかに対応できるようにしている。尿意など訴えられない場合は、排せつチェック表で排せつ間隔を把握し排泄ケアを行っている。共有スペースには必ず職員が配置され、希望があれば迅速に対応できるよう配慮されている。

「入居者情報」で利用者個々の心身状況を把握し、自力で移動できるよう個々に応じた福祉用具の活用を行い支援している。短期入所生活介護計画書に具体的な介助方法や援助の方針が明確にされ、体格に合った車いすや福祉用具の利用を勧めている。普段は車いすを利用している利用者も職員が付き添い短距離であれば歩行する機会を設けるなど自立に向けた働きかけを行っている。利用者の心身状況に合わせ、L字の介助バーやスライディングボードなど福祉用具を活用したり、また、安全に移乗介助するために職員が複数名で移乗介助する場合がある。年1回安全な介助の実施のため、移乗・移動についての研修会を開催している。フロアには職員を配置し、全体の安全に配慮しながら、素早く対応できるよう支援している。居室で過ごす際には、ナースコールを手の届きやすい位置に設置し、知らせることができる。移動しやすいように、テーブルや椅子の配置も工夫され導線が確保されており、館内全体はバリアフリーとなっている。共有スペースは安全を確保するため、整理整頓されている。利用者個々の特性を把握し、安全性に配慮しながら支援している。多種類の車いすやシルバーカーなど利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。必要に応じて、自宅から持ち込むことも可能である。使用している福祉用具の適性についての気づきは、口頭で伝達しているが、把握した情報については記録としての残し、多職種間で共有できる工夫が望まれる。福祉用具の安全確認は行っているが、記録に残すまでには至っていない。今後、チェック表や点検表などを作成し、点検結果や不備のあった場合の対応を記録に残すことが望まれる。

「介護サービスマニュアル」に褥瘡予防についての記載がある。「入居者情報」で状態を把握し、支援を要する利用者に対しては、短期入所生活介護計画をもとに、体位変換や軟膏塗布など実施している。施設内研修の「移乗・移動研修」の中で、褥瘡予防や予防に配慮した介助方法を学んでいる。食事チェック表で摂取量を把握し、管理栄養士と看護師が職員と連携をとり、栄養管理を行っている。

利用者が持参した衣服は各居室に設置されている箆笥に入れ、着替え時は自由に選んでもらい、必要な利用者には援助している。また、希望があれば衣服の貸し出しや、利用者や家族から着脱しやすい衣服等の相談に対応したり、情報提供を行っている。衣服の着替えを要する利用者には支援を行い、汚れた衣服は洗濯援助している。

利用者が日頃、自宅で使用している品を持参してもらい、必要な利用者には整髪や化粧の支援を行っている。月二回、訪問理容があり、希望する利用者は利用できる。業者のパフレットで利用者や家族に情報提供している。

全室個室となっており、利用者の希望や心身の状況に合わせてられる環境である。照明については、明るさの切り替えリモコンでの調整ができるものが設置されている。寝具は基本的には、リースでの対応となるが、私物の持ち込みには制限を設けず、好みの寝具を持参することが可能である。夜間就寝中やのサービスや不眠者への対応等を含む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

アセスメントで嗜好や食事形態の確認を行い、利用者個人ファイルの基本情報の特記事項に嗜好、アレルギーの有無を記載し職員間で周知している。食事中に喫食状況を確認し、献立や調理法を検討している。定期的に全国の郷土料理を提供する日を設けている。お正月にはおせち料理を提供するなど季節感を持たせるような工夫をしている。厨房から配膳された食事を各フロアの職員が食器や盛り付けに工夫し、色合いや食材を配慮して提供している。ご飯は各フロア毎で炊飯し、汁物はIHキッチンで温めなおしを行い適温で提供している。厨房で調理したものをすぐに適温で提供し、必要に応じて電子レンジを利用し温めなおしも行っている。利用者間の関係性を考慮し、テーブルを分散配置し楽しく食事ができるような雰囲気作りを行っている。食事の席は基本的には利用者の意向により配置しているが、利用者間の関係性や食事の摂取時間など考慮し配慮している。常時の食事については、朝食については和食と洋食を利用者が選択できるように提供している。居室に配膳する際も、キッチンの電子レンジで温め直しを行い、保温に配慮している。

普通食・刻み食・ミキサー食・ソフト食など利用者の状態や好みにあわせて、各階の職員がキッチンで一口大に細かく刻んだりして利用者の嚥下能力に合わせた工夫をして提供している。補助食器、グリップ付きのスプーンなど個々の利用者の状態に合わせた自助具の活用をしたり、主食をおにぎりにして食べやすい様に工夫し、自立に向けた支援を行っている。定められた喫食時間の範囲であれば、個々の利用者のライフスタイルに合わせた食事の配膳を行っている。また、本人の意向や心身の状態に合わせた車いすの利用をすすめている。座位が安定しない場合は、クッションを利用し、嚥下しやすいように対応している。車いすについては身体状況にあった物が用意されている。机の高さが利用者の身体状況に合わせることができるよう高さの違う机を用意している。吸引器は各階に1台ずつ医務室に設置され、緊急時に速やかに利用することができる。緊急時には職員が所持しているPHS連携し看護職員と協力して救急対応をする流れが、職員に周知されている。食事量や水分の摂取量はチェック表に記載している。食事量が著しく低下している場合は、介護職員から医療職へ連携する仕組みがある。摂取量はパソコン管理しているため、多職種で共有することができている。「入居者情報」のADL・対応方法欄で利用者の嚥下能力を把握し、状況に合わせた食事形状や調理方法を記載、管理栄養士や看護師との連携で栄養面に配慮した食事を提供している。毎回、看護師と管理栄養士は利用者の食事状況を見回り観察し、給食委員会等で検討を図りながら、経口での食事摂取が継続できるよう支援している。栄養ケア計画は作成していないが、食事チェック表で栄養状態を管理しており、高カロリー食等の特別食を提供した時は、個人ケース記録に記載し、スタッフ間で情報共有している。発熱などの突発的な体調変化があった場合は、管理栄養士に連絡し、食事せんに記載し、適切な形状や内容に変更した食事を提供している。体調に合わせて居室に配膳することがある。

「入所者情報」のADLの口腔清潔欄にて自立度を把握し対応を記載している。口腔ケア計画は作成していないが、支援を必要とする利用者に対しては短期入所生活介護計画書に援助内容を反映させ実施している。施設内研修にて口腔ケア研修を実施している。職員が食後に義歯を洗浄し、夕食後には利用者の状況に合わせて職員が保管している。リビングスペースに洗面台が2か所設置されている。

食事前には水分を提供し、その際に嚥下状態の確認を行い食事の提供を行っているが、口腔体操は実施していない。「入居者情報」で個々の支援について情報を把握し、食後に口腔ケアを実施している。口腔ケアチェック表に記載はされておらず、今後、チェック表の作成が望まれる。

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

非該当



### 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

「入居者情報」のADL・対応方法欄、問題行動欄に生活能力、残存機能を記載している。周辺症状を呈する利用者の個別対応方法は職員間で周知徹底し、利用時の症状や援助内容をケース記録を残し共有している。看護師や介護支援専門員、家族との連携で、周辺症状を分析して支援内容を検討、更新を行っている。洗濯干しやエプロンたたみ、使用後の茶碗の片付け等、利用者が日常生活の中でそれぞれ役割が持てるよう援助し、計算や手芸等の個人レクや集団レクのバリエーションも複数用意して、利用者一人一人の症状に合わせた支援を行っている。施設内研修で認知症研修を実施している。抑制、拘束の事例はない。

館内は木目調の落ち着いた雰囲気、バリアフリーで整理整頓され、制限なく自由に行き来でき、安心・安全な環境に配慮している。キッチン内には鍵付きのドアが設置され、包丁やキッチンバサミなどの調理器具は利用者の目の届かないところで保管され、使用後は速やかに所定の場所に戻すように周知している。内服薬は鍵付きの棚で管理されている。テーブルやキッチンの周囲は常に整理整頓され、異食ややけど等の事故に綱縋がらないように配慮されている。ベッド周囲には利用者個々の生活習慣に基づき生活しやすい日用品が配置されたり、テレビを設置するなど配慮されている。居室の表示は車いすの利用者でも目につきやすいに設置したり、トイレ前には表示しわかりやすいように配慮されている。

### 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

機能訓練プログラムは作成していないが、必要な利用者には居宅サービス計画に基づいて短期入所生活介護計画書に反映し、看護師の助言・指導の下で実施し、ケース記録に残し、評価、見直しを行っている。利用者が興味を持ち、主体的に生活動作の中で機能訓練ができるように、複数のレクリエーション用具を選びやすいように設置し工夫している。看護師を含めた職員が日々の観察の中で症状の変化を早期発見し、介護支援専門員を通して医療機関との連携を図っている。

### 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

送迎時に家族からのヒヤリングを行い、利用開始時に看護師によるバイタルチェックを実施し、利用中は顔色や表情、食事量、排泄・入浴時の状況に留意し、体調変化や異変の早期発見に努めている。マニュアルのフローチャートに基づき、体調変化時は看護師に報告し、介護支援専門員と家族に連絡する連携体制を確立している。施設内研修で「医療的分野研修」を実施し、高齢者の健康管理や病気等を職員に周知している。服薬管理は看護師を責任者とし、職員を加えた三重チェック表で管理している。バイタル表や食事チェック表、排せつ表にて健康記録を行っている。

体調変化時の対応についての研修の実施が望まれる。

感染対策委員会を設置し、感染症や食中毒に対する予防・発生時対応について、マニュアルを整備している。毎年10月～3月は、出勤時に検温して記録し体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法は、感染対策委員会作成のインフルエンザ対策マニュアルに文書化されている。職員のインフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担している。施設玄関にマスク・消毒液を設置し、各階には手洗いスペースがある。感染症の時期には、玄関に掲示し家族や来園者に手洗い・手指消毒を呼びかけを行っている。家族には、お知らせも送付している。感染症が流行する時期には空気清浄器機能や加湿器を各所に設置している。

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>(b)</b> ・ c

特記事項

専門業者が建物・設備の点検を定期的に行い、快適性や安全を維持する取り組みを行っている。館内全体は全てバリアフリーとなっており、木目調で整理整頓され清潔感がある。動線を確保して机・いすを配置し、テレビも設置され、また、リビングから少し離れた場所に椅子を設置し、落ち着いて過ごせるように環境整備している。全室個室であり、ご家族と一緒にゆっくり過ごせるよう居室に案内するなど工夫している。

備品についての点検や整備の実績を、点検表・チェック表等に記録することが望まれる。

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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c

特記事項

利用終了時に、利用期間中の利用者の状況や援助内容等を、「ショートステイ利用者様・ご家族様へ」にて文書で報告している。利用中に状況変化があった時は、迅速に電話連絡している。サービス内容は短期入所計画書をもとに説明し同意を得ている。家族からの要望、相談は、随時、送迎時や来訪時の面談、電話にて対応し、記録に残すと共に、介護支援専門員に報告している。夏祭りや季節のドライブ、クリスマス等の行事日程は、「あゆみのたより」にて家族に案内している。

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

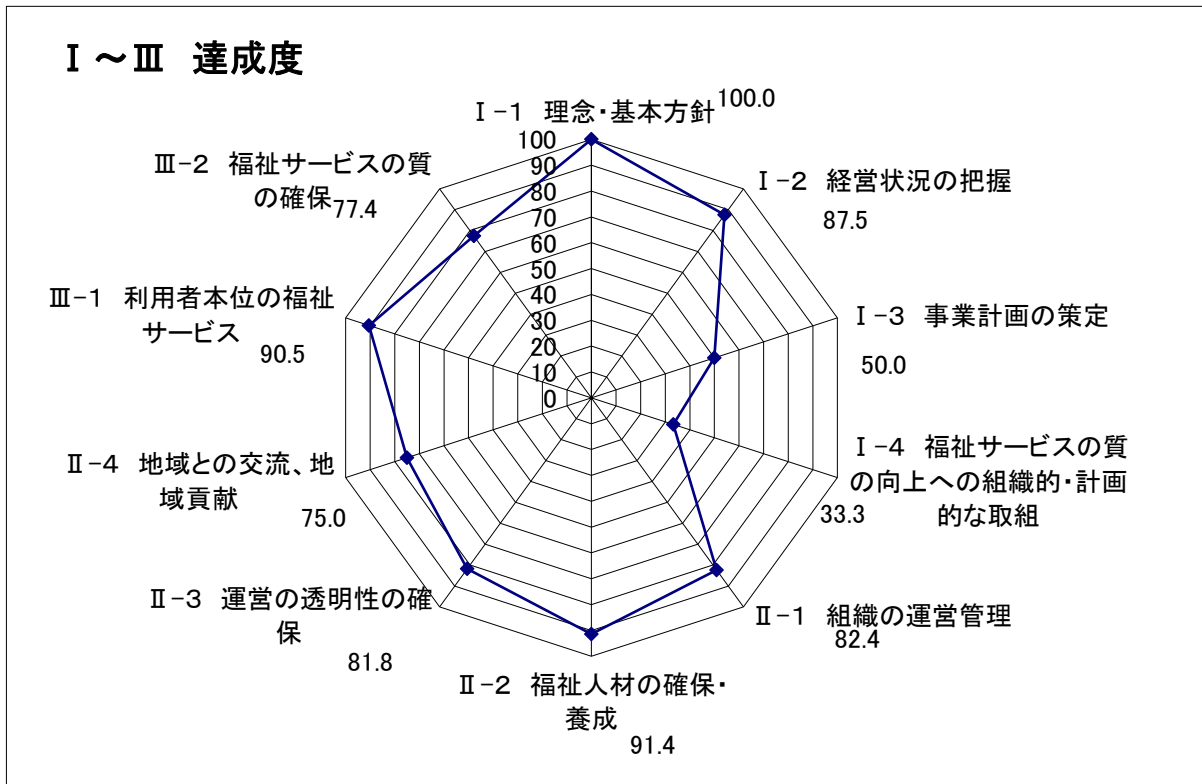
定期的な近隣への散歩、ドライブ、季節の外出行事など、外出については、職員が同行している。地域のイベントについては施設内にポスターを掲示し、情報提供している。十分な人員配置で安全確保を行うと共に、不測の事態に備えて、施設名が記載されたリボンを付けていただく事もある。

公衆電話の設置はないが、利用者が希望すれば事務所の電話を自由に利用することができ、コードレス電話であるため必要に応じて居室で利用するなどプライバシーに配慮されている。携帯電話についても特に制限を設けていない。郵便の発送希望があれば支援することは可能である。

新聞は朝刊・夕刊を共同で購入し、雑誌については自宅から持ち込まれるケースが多い。利用者のライフスタイルにあわせて、テレビやラジオの持ち込みは可能である。共同利用での利用者間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、居室への持ち込み、貸し出しは可能である。共有スペースのテレビについては録画機能があり、観たい番組が重複する場合については時間をずらすなど工夫がなされている。

# 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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	16	8	50.0
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	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	35	32	91.4
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	20	15	75.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	57	90.5
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	21	100.0
2 身体介護	53	50	94.3
3 食生活	25	23	92.0
5 認知症ケア	15	15	100.0
6 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
7 健康管理、衛生管理	13	12	92.3
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

4 終末期の対応 対象外項目

