

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： 地域密着型特別養護老人ホームしのべの里	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 中田 喜久	定員（利用者人数）： 29 名
所在地： 兵庫県加古川市別府町新野辺2528	
TEL 079-436-7888	ホームページ： <a href="http://www.hinode-wf.com">http://www.hinode-wf.com</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成26年5月2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： 18 名 非常勤職員： 9 名
専門職員	(専門職の名称) 名
	介護支援専門員 1
	看護職員 3
施設・設備の概要	(居室数) 29 (設備等)

③理念・基本方針

- ・地域に根差した福祉の発信基地となること
- ・地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷となること
- ・共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となること

④施設・事業所の特徴的な取組

ユニット型特養としてユニットケアに取り組んでいます。個別ケアを重視し、利用者様一人一人の生活を大事にしています。トイレで座って排泄できるようにトイレには手すりを多数配置しトイレで排泄できるように取り組んでいます。地域の夏祭りに参加するなど地域交流にも取り組み、地域に根差した施設を目指しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 29 年 11 月 2 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年 7月21日・7月27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

- ・安全・快適な環境整備  
共用スペース・居室等、館内が清掃・整理整頓され清潔感がある。テーブル・椅子・ソファ等を間隔広く配置し、畳スペースの設置等、ゆったりと快適な生活環境である。居室には利用者の希望や好みに応じた日用品や家具類が持ち込まれ、落ち着いて過ごせるように配慮している。洗浄水・除菌水蛇口の洗面台、介護ロボット（センサー）の導入、浴室・トイレの環境整備など、安全管理・衛生管理・プライバシーに配慮されている。
- ・理念・方針を実践するための取り組み  
法人理念をもとに、「しのべの里 方針」を策定し、具体的な目標と項目別の「7つの基本方針」を明示している。また、施設の「年間ビジョン」に基づいた「職員行動指針」を作成し、理念・方針の実践に向けて取り組んでいる。
- ・職員育成への取り組み  
29年度から、法人の研修部門が年間研修計画を立て、必須項目の研修・階層別研修、テーマ別研修・資格取得対策研修等、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施し、職員の資質向上に取り組んでいる。人事考課制度を導入し、考課シートと年4回の個人面談による目標管理の体制が整備されている。
- ・利用者への個別支援  
定期的にサービス担当者会議を開催し、各専門職種の職員が参加し、また、可能な限り利用者・家族も参加し、サービス内容が詳細で個別具体的な「サービス計画書」を作成している。「課題立案シート」「施設サービス計画書」「個人別チェック項目一覧表」を連動し、現状に即した個別支援に取り組んでいる。

### ◇改善を求められる点

中長期計画の策定、単年度事業計画については、職員参画での取り組みと家族への周知が望まれます。また、定められた評価項目に基づいた施設の自己評価を、サービスの向上につなげる仕組み作りが望まれます。地域や家族への情報発信と、地域交流・地域貢献に積極的に取り組まれることを期待します。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

中長期計画を策定し、単年度の事業計画に結びつけていきます。単年度事業計画の実施状況把握・評価・見直しを職員参画のもと取り組み周知を図ります。地域交流・地域貢献のため情報の発信に取り組んでいきます。

## 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> 法人の使命・目標を明文化した法人理念を、ホームページ・法人パンフレット・重要事項説明書に掲載している。「しのべの里 方針」は、法人理念と整合性がとれ、具体的な内容となっている。「法人理念」「しのべの里 方針」を、入職時に配布して説明するとともに、毎年フロア会議で配布・説明し、職員に継続的に意識付けを行っている。 パンフレット等、法人理念や事業所の基本方針をわかりやすく説明した資料を作成し、利用者や家族への周知を図ることが望まれる。		

#### 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> 経営改善会議で、社会福祉事業全体の動向について把握する機会がある。施設長は、加古川市高齢者福祉計画・加古川市介護保険事業計画を把握し検討している。運営推進会議や二市二町連絡会を活用し、地域の動向やニーズを把握し、管理者会議で経営環境や課題の分析・検討に努めている。月に1回開催する経営改善会議で、コスト分析や利用者の推移・利用率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> 理事長・副本部長等法人の経営層と施設長が出席する経営改善会議で経営状況を分析し、経営課題を明確にし、改善策を検討している。幹部会議や理事会で、役員間の共有がなされている。経営改善会議での課題は、施設長がユニットリーダー会議で、ユニットリーダーが各ユニット会議で伝達し、改善に取り組む仕組みがある。		

#### 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> 中長期計画の策定には至っていない。 理念・基本方針の実現に向けた、3～5年の中長期的なビジョンを明確にした中長期計画の策定が望まれる。実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。		

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の事業計画は、数値目標を設定した収支計画と事業計画からなり、実行可能な内容となっている。事業計画を、「年間のビジョン」「職員の行動指針」に落とし込み、具体的に明文化している。中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を策定することが望まれる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長が年度末に事業計画の評価・見直しを行い、次年度の事業計画を作成している。事業計画を具体的に説明した「年間のビジョン」「職員の行動指針」を、職員に配布し理解を図っている。また、人事考課シートに、法人の事業方針と、事業所の事業方針を明記し、それに基づいた職員個々の目標設定と定期的な自己評価を行うことで、事業計画を理解する取り組みが行われている。収支計画については、毎月の状況を経営改善会議で把握検討しているが、事業計画については振り返りの機会を持つに至っていない。今後は事業計画の実施状況の把握、評価・見直しを職員参画で行い、事業計画の策定に職員の意見を反映する仕組みづくりが望まれる。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ・ b ・ (c)
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容を利用者・家族に周知する取り組みには至っていない。今後は、事業計画の主な内容を、家族にもわかりやすく説明する工夫や機会作りが望まれる。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニット会議・ユニットリーダー会議・委員会の定期的な開催により、サービスの質向上に取り組んでいる。定められた評価基準に基づいた自己評価の実施には至っていない。定められた評価基準に基づいた自己評価を行い、評価結果の分析検討を行う仕組み作りが望まれる。</p>		
9	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 ・ b ・ (c)
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の結果を基に、課題抽出し、改善を実施する予定である。評価結果の分析から、課題を抽出・共有し、計画的な改善に、職員が参画して取り組む仕組み作りが望まれる。取り組みの経過については、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>施設長は、経営管理に関する方針・取り組みを、事業計画に明示している。施設長の職務分掌については、運営規程、職務権限規程に文書化され、全体会議で説明する機会を設けた。有事における施設長の役割と責任、また、不在時の権限委任については、「しのべの里消防計画書」に明確にしている。</p> <p>パンフレット・広報誌などを活用し、施設長の役割と責任を表明する仕組み作りが望まれる。</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>施設長は社会福祉施設長研修を受講し、遵守すべき法令を幅広く学ぶ機会を持ち理解を深めている。入職時研修、守秘義務に関する誓約書の提出、倫理・法令順守に関する法人研修・事業所内伝達研修の実施等、職員に対して遵守すべき法令等の周知、また遵守するための取組を行っている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニット会議・リーダー会議・各種委員会を定期的開催する体制がある。各会議で職員が意見を出し合って検討し、サービスの質向上に取り組んでいる。リーダー会議・各種委員会に施設長も出席し、サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて主導的に取り組んでいる。28年度は委員会が中心になって、29年度は法人の研修計画に基づいて研修を実施し、職員の教育・研修の充実を図っている。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、職員の就業状況や収支状況を毎月把握・分析し、経営改善会議で報告している。報告に基づいて、経営改善会議で人事・労務・財務に関して検討を行い、対策に取り組んでいる。経営改善会議の内容は、施設長からリーダー会議でユニットリーダーに報告・説明を行い、ユニットリーダーから各ユニット職員に周知を行う仕組みがある。施設長が主導して、各役職・職種の業務内容について明確化し、業務改善に反映させる取り組みを行った。</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>運営規定に職員区分・定数・職務分掌を、重要事項説明書に職員配置・保有資格を明示し、それに基づいた人材確保を行っている。資格取得については、法人の研修体制の中に資格取得対策講座を設け支援している。ホームページでの採用情報の発信、新聞折り込みやハローワークでの募集、就職フェアへの参加、養成校での説明会等、効果的な福祉人材確保に努めている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○ a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の「年間ビジョン」に基づいた「職員行動指針」に事業所が期待する職員像を明示している。人事基準を明確にした就業規則を整備し、事務所に設置している。人事考課制度を導入し、一定の基準に基づいて評価を実施している。職員処遇の水準については、法人本部で分析・検討している。年に1回各職員が提出する自己申告カードに、処遇を含め意向・意見を記入して法人に伝える機会があり、法人人事部が分析し改善策を検討する仕組みがある。人事考課基準表にキャリアパスが明示されている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	○ a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所の労務管理は施設長を責任者としている。タイムカード・勤怠管理表を基にデータ化し、就業状況・有給休暇取得状況・時間外労働を毎月把握している。健康診断を年1回（夜勤者は年2回）実施して健康管理に努めている。29年度から、ストレスチェックも実施する予定である。年に4回、人事考課の個人面談の機会を設け、相談にも対応できるようにしている。年に1回提出する自己申告シートに相談を記入する欄もあり、法人人事部を通して、適切な窓口で相談できる体制がある。福利厚生の実に努め、施設職員で「新友会」を設置し、職員旅行やイベントには職員の希望を反映できるようにしている。育児休業規定・介護休業規定の整備、半日有給取得、出勤時間調整、業務調整など、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。介護ロボットの導入等、新しいシステムを積極的に取り入れ、また、人材育成・人材確保にも計画的に取り組み、魅力ある働きやすい職場づくりに努めている。</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>人事考課制度の導入し、考課シートを用いて、法人の事業目標・事業所の事業目標に基づいた各職員の個人目標を設定し、目標管理を行っている。目標設定のための個人面談を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしている。考課シートは半期毎（上・下期）に作成し、3カ月ごとに個人面談を行い、目標達成度を確認する仕組みがある。</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>事業計画に、「ユニットに拘らずマルチな職員（中堅職員）の育成・リーダー職の育成」を挙げ、「期待する職員像」を明示している。法人の研修部門が研修体制を整備し、年間研修スケジュールに沿って、各種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、研修計画の中に、法人が職員に必要とする専門技術や専門資格を明示している。研修報告書に、理解度・満足度・希望する研修等、研修の評価欄を設け、受講者に報告書の提出を義務づけている。法人の研修部門が集計し、研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行う予定である。</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>職員個々の、保有資格と経験年数の一覧表を作成し把握している。法人の作成した年間研修スケジュールの中に、採用時研修・新卒者年数別・中途採用者年数別で、経験や習熟度に応じた研修がある。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、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を設けている。全員対象の研修については、研修担当者が各事業所で複数回伝達研修を実施し、職員が参加しやすいように配慮している。資格取得対策講座受講については、シフト調整や受講料支給など、支援を行っている。外部研修の受講支援も行っているが、広く職員に外部研修に関する情報提供を行い、参加を勧奨することが望まれる。</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>実習生の受け入れ体制を整備中である。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や研修プログラムの作成、実習指導者に対する研修などの整備が望まれる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに、法人理念、提供する福祉サービスの内容、予算・決算情報が公開されている。運営推進会議を活用し、地域に向けて、事業所の情報を発信している。 苦情・相談の体制や内容、改善・対応の状況について公表する仕組みづくりが望まれる。事業所の方針や活動などについて地域へ向けて発信するための印刷物や広報誌等の作成と配布が望まれる。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人が各種規定を整備し、事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌・職務権限を明確にしている。規定集は、閲覧できるように事務所に設置している。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、幹部会議で報告されている。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。今年度より、法人内の他事業所職員による内部監査の仕組みが構築されている。内部監査での指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。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、コスト削減等に取り組んでいる</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念の中に、地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。地域で開催される「サマーフェスティバル」の案内を掲示している。「サマーフェスティバル」や秋祭りに参加する際は、職員が同行支援している。個々の利用者のニーズに応じて、買い物や通院などに、近隣のスーパーや病院など地域資源を活用している。 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取り組みが望まれる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ボランティア受け入れ規定」「ボランティア登録者台帳」「ボランティア活動の確認書」を整備している。ボランティア活動に際して必要な事項を、「ボランティア活動についての注意事項」に沿って説明し、誓約書を交わしている。学校教育への協力として、「トライやる・JOB」の受け入れを行っている。 ボランティア受け入れ規定に、ボランティア受入れに関する基本姿勢・地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化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
<コメント> 施設長が、医療機関・福祉施設・居宅サービス事業所・各種業者等、パソコンのデータでリスト化している。定期的に開催される「二市二町連絡会」に参加し、共通の課題に対して、解決に向けて共同して取り組んでいる。利用者のアフターケア・キャラバンメイト・認知症カフェ等について、地域包括支援センター・医療機関等、地域のネットワーク化に取り組んでいる。 必要な社会資源についての情報を、職員間で共有できる仕組みづくりが望まれる。		
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
<コメント> 加古川市と福祉避難所として協定を結び、災害時の地域における役割を担っている。地域の「サマーフェスティバル」に出店して開催協力・参加し、秋祭りに協賛を行う等、地域の活性化や街づくりに貢献できるように努めている。 事業所のスペースを活用した地域住民との交流、専門性を活かした講演会の開催や相談支援事業、サークル活動など、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 運営推進会議への民生委員の参加や、二市二町連絡会への参加、地域包括支援センターとの連携等を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 事業所の機能を地域に還元することを通して地域の福祉ニーズの把握に努め、把握したニーズに基づいて、地域貢献に関わる事業・活動に計画的に取り組まれることを期待する。		

## 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
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>  法人理念・事業所の基本方針に利用者尊重を明示している。「年間のビジョン」に基づいて、利用者を尊重したサービス提供に関する「職員の行動指針」を策定している。支援内容別に作成されたマニュアルの中に、利用者のプライバシーの保持や意向の尊重を記載している。28年度は「倫理研修」で利用者尊重や基本的人権について学ぶ機会を持ち、29年度も年間研修計画で実施を予定している。委員会や会議を活用し、利用者尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う仕組みづくりが望まれる。		
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>  「プライバシーポリシー」「法令順守マニュアル」「個人情報保護規定」を整備している。「個人情報保護規定」に違反が明らかになった場合の対応、「法令順守マニュアル」に福祉従事者としての行動規範、虐待の通報義務について明示している。28年度の「倫理研修」で、高齢者虐待防止について学ぶ機会を設けている。居室は全室個室となっている。居室のネームプレートは、表示を拒否する利用者に対して、プレートを居室内に設置する対応をとっている。トイレは、ユニット毎に3ヶ所あり、全て一人用となっている。また、利用者の身体状況及び希望に応じて居室内に家具調のポータブルトイレを設置している。 高齢者虐待防止マニュアルの作成、プライバシー保護についての研修の実施が望まれる。契約時等に、利用者や家族に、プライバシー保護と権利擁護に関する事業所の取組を説明することが望まれる。規程・マニュアル等に基づいたサービス実施を確認する仕組みづくりが望まれる。		
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 ・ (b) ・ c
<コメント>  利用希望者の希望に応じ、施設長・介護支援専門員が見学に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。情報提供を行うホームページは、法人本部が適宜見直しを実施している。 事業所の理念・基本方針、サービス内容、特性等を、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすく説明した資料（パンフレット等）を作成し、多くの人が入手できる場所に設置することが望まれる。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a ・ (b) ・ c
<コメント>  サービス開始にあたっては、契約書・重要事項説明書・居室についての説明書を用いて説明し、同意を文書で得ている。契約時には、施設長・介護支援専門員・看護師が同席し、質問に答えながら丁寧な説明を心がけ、生活面・医療面での不安の軽減に努めている。意思決定が困難な利用者への配慮については契約書に明示し、適正な説明、運用が図られている。 サービス開始時の説明のために、利用者・家族がわかりやすく工夫した資料の作成が望まれる。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約の終了については、医療機関には「看護サマリー」、福祉施設や居宅介護支援事業所には「介護サマリー」で情報提供を行い、円滑な移行が行えるよう支援している。医療終了後の相談窓口は、施設長・介護支援専門員として、口頭で説明している。          利用終了時に利用者・家族に提供する、その後の相談方法や担当者について記載した文書の作成が望まれる。</p>		
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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ユニット毎に「家族会」を開催し、施設長・相談員・ユニットリーダーが出席し、家族から意見・要望を聴取し、利用者満足の上昇に努めている。          利用者満足に関する調査を定期的に行い、結果を分析・検討し、改善を行う仕組み作りが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決について責任者を施設長、受付担当者を相談員とし、第三者委員は法人で設置し、苦情解決の体制が整備されている。意見箱を玄関に設置し、家族会をユニット毎に開催する等、苦情が申し出やすいように工夫している。「苦情報告書」を整備し、苦情内容と対応を記載し、対応欄には申し出者へのフィードバックについても記載している。口腔ケアについて等、苦情についてユニット会議で検討して対応した事例があり、苦情相談内容をサービスの向上に反映している。          苦情解決の仕組みを、重要事項説明書にわかりやすく説明して配布し、掲示物を掲示することが望まれる。苦情内容・解決結果等を、プライバシーにも配慮したうえで、公表することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>各フロアの共用スペースにソファを設置し、会議室や個室となっている居室の活用等、相談しやすいスペースを確保し、内容に応じてプライバシーに配慮し個室で相談を受けている。          相談・意見を伝えるための窓口や方法を説明した文書をし、掲示や配布により、利用者・家族に周知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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員は、日々のサービス提供の中で、利用者の相談や意見の傾聴に努め、個人記録に記録し共有している。意見箱を玄関に設置し、ユニット毎に家族会を開催する等、利用者・家族の意見を把握する取組を行っている。共有ロビーに畳スペースを設ける等、利用者の意見をサービスに反映するように努めている。          「相談・意見対応マニュアル」の整備と、定期的な見直しが望まれる。把握した相談や意見について、内容・対応・申立者へのフィードバック等を記録する様式の整備が望まれる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「事故対策・身体拘束委員会」を設置し、現在は、毎月のリーダー会議でリスクマネジメントについて検討し、ユニット会議で共有して取り組む体制がある。事故発生時の対応についてのマニュアルを作成し、フローチャートで手順等を明確にしている。ヒヤリハットカード・事故報告書を整備し、積極的に事例の収集に努めている。収集した事例は、月ごとに事故集計表に入力し、個人・日・曜日・時間・場所別に集計し分析できるシステムがある。分析結果をリーダー会議で報告し、改善策・再発防止策の検討し、ユニット会議で共有し取り組んでいる。29年度は、安全衛生方針・安全管理の基礎（事故・ヒヤリハット等）について研修を実施している。事故防止策の実施状況や実効性について、リーダー会議やユニットで定期的に評価・見直しを行い、議事録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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策についての担当者は看護師とし、医務室業務分掌に明記されている。感染症マニュアルが整備されている。看護師が、ユニット会議で感染症予防・対応についての研修を実施している。29年度は、法人研修でも、感染症・食中毒に関する研修を実施した。各ユニットに2つ洗面台を設置し、1つの洗面台には、洗浄水と除菌水が出る蛇口を設置し、手洗いを励行したり、加湿器に入れる等、感染症予防に努めている。もう一つの洗面台には、使い捨てのカップを設置し、うがいを励行している。感染症が発生した場合は、看護師の指示により、適切に対応している。マニュアルについては定期的な見直しが望まれる。</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 行っている。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の「消防計画」の中に、災害時の対応体制が決められ、震災対策・備蓄品リスト等が明記されている。4年目を迎える新しい事業所であり、建築時に耐震性を考慮されている。加古川市と福祉避難所協定を結んでいる。職員は緊急連絡網により、家族は緊急連絡先の優先順位で、順次連絡し、安否確認を行うこととしている。管理栄養士を管理者とし、「非常時用備蓄食品による献立」を作成し、納品日等の詳細が明記されている。備蓄品は、2階・3階の物置に水・パン・粥等が備蓄されている。自衛消防訓練総合訓練実施計画書を作成し、可能な利用者は参加し年に2回、昼夜間想定総合訓練を実施している。訓練後は、参加した職員が、写真や報告書を作成し、出席できなかった職員にも伝えられている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルを作成し、標準的な実施方法を文書化している。介護マニュアルには、利用者の尊重、プライバシーの保護への配慮が明示されている。                      マニュアルの周知・研修会・OJT等により、標準的な実施方法について、職員に周知する取り組みが望まれる。また、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうか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 ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在の介護マニュアルを定期的に検証し、事業所の現状に即したマニュアルに見直すことを予定している。                      マニュアルの検証・見直しにあたっては、職員の意見や提案が反映されることが望まれる。また、マニュアル履歴などに、見直しの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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居前の面接時に、「アセスメントシート」「日常動作スケール」を用いてアセスメントを行い、利用者の状況を「課題立案シート」に詳細に入力し、暫定の「施設サービス計画書」を作成している。サービス担当者会議を開催し、家族と関係職員が参加して検討し、サービス計画を決定している。サービス計画には、利用者個々のニーズとサービス内容を詳細に明示している。「課題立案シート」と連動した「個人別チェック項目一覧表」を用いて、定期的に（6カ月に1回）モニタリングを行い、計画とサービス実施状況の整合性を確認する仕組みがある。支援困難ケースにも積極的に対応し、経過を個人記録に記録している。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「認定期間・サービス計画見直し管理表」を作成し、6か月に1回、家族・関係職員が参加してサービス担当者会議を開催し、計画の見直しを実施している。新たなニーズが発生した場合は、「課題立案シート」から「施設サービス計画書」に連動している。状態の変化等により緊急に計画を見直す場合も、基本的には同様の手順で実施している。サービス計画変更時には、計画書の書面確認で、ユニット内の職員に周知し共有している。</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>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、「アセスメントシート」「日常動作スケール」によって把握している。新入職者に「記録の取り方マニュアル」を配布し、記録の書き方に差異が出ないように指導している。パソコンのネットワーク、朝礼、各ユニットの連絡ノート等、事業所内で情報が共有できる仕組みがある。ユニット会議・リーダー会議・サービス担当者会議等、部門横断で情報共有できる会議を定期的を開催している。</p> <p>サービス計画にもとづくサービスが実施されていることが、記録から確認できるような記録方法の周知が望まれる。</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。	<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に、記録の保管・保存・廃棄・開示に関する規定を定め、不適正な利用や漏えいに対する対応が明記されている。事業所の「個人情報保護マニュアル」には、より詳細に記載している。記録管理の責任者を、施設長としている。28年度は研修の実施がされている。入職時の研修で個人情報保護について説明し、守秘義務についての誓約書を交わしている。契約時に、個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</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>b</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>b</b> ・ c

#### 特記事項

「アセスメントシート」「日常動作スケール」を用いて利用者の心身の状況・生活歴等を把握をし、サービス担当者会議等で意向を理解してサービス計画を作成し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。定期的なモニタリングを実施して、利用者個々に応じた生活になっているかを検討し、改善する取り組みが行われている。手作業・塗り絵・花の水やり・洗濯たたみ等、利用者個々の好みに応じて、役割や楽しみが持てるように支援している。七夕飾りやホテル見学・いちご狩り・ブドウ狩り・地域の夏祭り等、季節が楽しめる機会や外出を企画し、家族の参加も依頼している。事業所の「7つの基本方針」を共有し、食事、排せつ、入浴を移動して行い、更衣・整容、身体状況に応じた離床など、「『あたりまえの生活』『普通の生活』をその人ならではの方法で営める」ように支援に努めている。

利用者の趣味・興味・希望に応じて活動できるように複数のメニューを用意したり、利用者個々の心身の状況に応じて日中活動に参加できるよう工夫することが望まれる。

日々のコミュニケーションの中で思いや希望の把握に努め、個人記録に記録し共有している。把握した内容をケアに反映したり、外出の希望等については、企画書を作成し実現に取り組んでいる。利用者個々のコミュニケーション能力については、「日常動作スケール」で把握している。話すことや意思表示が困難な利用者については、表情や反応から汲み取ったり、身振りや手ぶりで伝えられるように努めている。個別の配慮については、必要に応じてサービス計画書にも位置付けている。28年度は技術向上委員が担当し、コミュニケーション研修を実施し、利用者への言葉遣いや接遇について学ぶ機会を設けた。

日常生活の中や、利用者会・聴取会等、利用者が話したいことを話せる機会作りが望まれる。

### 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>b</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。	<b>a</b> ・ 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>b</b> ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ <b>b</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
A-2-⑥ 利用者の個性や好みを尊重し、整容・美容への支援を行っている。	a ・ <b>b</b> ・ c
A-2-⑦ 安眠できるように配慮している。	a ・ <b>b</b> ・ c

#### 特記事項

利用者の心身の状況や意向に合わせ、ケアプランに介助方法等の詳細が明記されている。また、利用者の希望する入浴用品（シャンプー・ボディソープ）の持ち込みも可能としている。個浴で1人ずつの入浴で対応し、脱衣室は出入口のドアに加えて、パーテーションを使用し、尊厳や羞恥心に配慮している。入浴を拒否する人へは、声かけする職員を変えたり、時間をおいて声かけする等工夫している。湯量・湯温とも設定式になっているが、職員で触れて直接確認も行い、浴室内に滑り止めマットを敷いて、入浴前の安全確認を行っている。脱衣室等にはエアコンを設置しており、入浴準備時に室温調整を行っている。入浴後は、必ず水分摂取を行っており、水分チェック表に種類、量等記載している。スキンケアは利用者の状況に応じて、保湿剤、皮膚薬等を塗布している。入浴の可否については、バイタルチェックを行い、標準値でない場合、看護師と相談し、シャワー浴や清拭で対応してい

る。また、隔週に1回、医師の往診があり、医師の指示も受けている。個浴にてマンツーマンで対応し、滑り止めマットの使用・手すりの設置・浴槽内にイスを設置と高さ調整等により、安全に配慮している。また、重介助者については2名で対応している。入浴チェック表をもとに、週に2～3回入浴できるよう調整している。曜日固定はせず、利用者の体調や意向に応じることができる。体調に応じてシャワー浴も実施している。感染症等には、医師の指示、看護師との相談で調整している。

特殊浴（機械浴）を設置する場所は確保してあるが、導入には至っていない。現在、ユニット毎に個浴のみ設置してあり、個浴で対応している。

利用者の心身の状況や意向を踏まえ、ケアプラン、排泄表に基づいた介助を行っている。排泄表をもとに排泄のタイミングを把握し、可能な限りトイレで排泄ができるよう対応している。看護師と連携し、利用者の状況に応じて確認を行い、尿や便について記録している。排泄表で血液、下剤、摘便等、詳細がわかるようになっている。トイレは個室になっており、トイレに誘導後は職員は外で待機し、ナースコールで知らせてもらう等対応し、居室で対応する場合は居室のドアを閉め、尊厳や羞恥心に配慮している。トイレは消臭剤を設置し、また、毎日清掃を行っており、清潔な環境になっている。ポータブルトイレは、使用毎に洗浄し、消臭剤も使用している。保温タイプの便座を使用している。・トイレ内に手すりが3ヶ所設置されており、便器から見て前・左右の方向にある。また、手すりは固定式ではなく可動式を採用しており、利用者の状況によって対応することが可能である。アセスメントシート、排泄表等で排便状況を確認し、便秘気味の方には乳製品の摂取をすすめたり、砂糖をオリゴ糖に変更する等、緩下剤に頼らないよう取り組んでいる。水分も水分チェック表を確認し、好みの物を摂取してもらう等、一定量を確保できるよう対応している。夜間については、介助を要する方には時間を2～3時間毎で調整する等、利用者個々の状況に応じて睡眠が確保できるよう対応している。おむつはサイズを数種類用意し、体に合ったものを提供している。清拭、皮膚観察を行い、異常等あれば記録し、申し送りを行っている。ナースコールや直接の呼びかけに素早く対応するよう努めている。

利用者個々の状況に合わせ、歩行補助器、杖等を使用し、また、無理のない範囲で歩行してもらうよう声かけを行い、自力で移動できるように働きかけや支援を行っている。利用者の状況に応じて、2人介助で対応したり、介護ロボット（センサー）を設置する等、安全のため取り組んでいる。アセスメントシートをもとに、利用者の状況に合った用具を提供し、本人にも確認を行っている。移動の希望については、声かけ・ナースコール等で素早く対応できるよう心がけている。共用スペース・廊下等は移動しやすいよう整理整頓されており、広いスペースを確保し、周辺状況を確認しながら対応している。利用者の心身の状況に合わせ、歩行補助器・シルバーカー・車いす・杖等を準備している。また、本人の使いやすい用具の持ち込みにも対応している。

福祉用具の不備については、職員が日頃から点検しているが、点検表などの整備が望まれる。褥瘡マニュアルとして、「皮膚状態の観察・処置」「坐位時間の検討・ポジショニング」「除圧マットの検討」「悪化時、受信先の検討」等の項目を挙げ医務室に掲示しているが、詳細な内容作成に至っていない。褥瘡の発生利用者には2時間ごとの体位交換を実施し、褥瘡発生の可能性のある利用者や過去褥瘡が発生した方には除圧マット、クッションを使用して発生・悪化予防を行い、入浴時の皮膚状態を観察している。皮膚の変化が認められた場合は、介護スタッフからの報告を受け看護スタッフが対応している。また、医務スタッフで検討して受診を決定し、医師に上申すると共に、坐位保持や体位交換・複数スタッフ介助の指示を行っている。褥瘡発生・悪化の可能性のある利用者については医務会議で検討して、会議時にポジショニング・介助方法を写真で説明して共有し、統一した支援委努めているが研修実施には至っていない。栄養士が栄養ケア計画書を作成し、栄養マネジメントを実施している。

「褥瘡マニュアル」を整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を明示が望まれると共に対応等について施設内研修の機会を設け、職員の周知徹底を図る取り組みが望まれる。

基本的には、毎朝更衣を行い、利用者の個性や好みを尊重して、衣類は利用者の意思で選択してもらい、必要に応じて相談・支援を行っている。衣類の購入の必要があれば、家族に依頼したり、要請があれば、職員が購入している。買い物外出の機会に、利用者と共に購入することもある。更衣や衣類の汚れについては、その都度適切に対応している。

月に1回訪問理美容サービスを受けられる体制がある。契約時や随時に確認し、希望や意向沿ってサービスを受けられるように支援している。必要に応じて、整髪やスキンケアを手伝っている。理髪店や美容院の利用希望があれば、家族と協力して、希望に応じた支援を行っている。

利用者の個性や好みを尊重するために、理容・美容に関する資料や情報を用意することが望まれる。居室に設置されている蛍光灯は明るさ調整が可能になっており、利用者に確認し、調整を行っている。また、洗面台の電灯も活用している。寝具類は、夏用・冬用でリースのものを提供しているが、希望があれば寝具類の持ち込みが可能である。全室個室になっている。隣室の音が大きい等の苦情がある場合、空室があれば対応可能である。また、空室がない場合は、職員が間に入り対応している。睡眠マニュアルの作成が望まれる。



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>b</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。	<b>a</b> ・ 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>b</b> ・ c

特記事項

年1回、嗜好調査を実施している。月1回、給食会議で厨房職員（委託業者）と相談し、アレンジしている。管理栄養士と厨房職員（委託業者）の相談のもと献立を決定し、季節感や行事での特別メニュー等工夫するよう取り組んでいる。副食の食器は、厨房で用意し、ご飯茶碗、箸、湯呑みは利用者の好みのものを用意している。利用者個々の食事量に応じた盛り付けにも対応している。月1回、弁当箱にて駅弁の雰囲気を味わってもらう工夫をしている。保温車を使用し、食べる直前に配膳している。冷めた場合は、各ユニットに設置してある電子レンジで温めて提供している。共用スペースのテーブルは固定せず、利用者の状況や意向に応じてレイアウトを変え、可能な限り希望に近い状況で対応している。利用者だけではなく、職員も一緒に食事をとり、和やかな雰囲気づくりに努めている。利用者の希望に応じて、居室で1人でも食べられるよう対応している。居室への配膳時も同様に適温で提供している。

朝食の主食は選択できるが、選択制の取入れについて、さらなる取り組みを期待する。

基本的に、常食・ソフト食・ミキサー食の3形態で対応しているが、利用者の状況に応じて、刻み等の対応も行っている。介護計画及びケース記録等で把握し、自助具や利用者の使いやすい食器を持ち込んでもらい、自立支援に向けた対応を行っている。希望があれば、共用スペースのテーブルのレイアウトを変え、一人で自分のペースで食べられるように支援している。いす・車いすで座位をとり、姿勢が傾く場合はクッションを使用し、嚥下しやすいうように対応している。食事時の事故については、緊急時対応マニュアルに明記してあり、確認、徹底している。チェック表に水分摂取量と内容を詳細に記録している。利用者の好みの水分を把握し、用意している。サービス担当者会議や必要時に、栄養士・看護師等と連携し、利用者の状況に合わせ、栄養面・形態に配慮した食事を提供している。サービス計画に基づいた食事形態や介助方法により、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。栄養士が栄養ケア計画書を作成し、「栄養スクリーニング・アセスメント・モニタリング」を用いて、栄養マネジメントを実施している。発熱・歯痛などの場合は、看護師、管理栄養士と相談し、状況に応じた食事形態（ソフト食・ミキサー食）を提供している。

利用者の状況に応じて、口腔ケアをサービス計画書に位置づけ、実施・評価・見直しを行っている。月に2～3度歯科医師の訪問があり、指導・助言を受ける機会がある。食後及び就寝前に口腔ケアを行っている。歯ブラシ、義歯洗浄、うがい、ガーゼ等、利用者の状況に応じたケアを行っている。口腔ケア時に口腔内のチェックを行い、状況や希望に応じて歯科医の往診にも対応している。義歯の保管については、基本的には居室で保管し、家族等の要望に応じて、職員で保管に対応している。共用スペースの手洗い場所及び居室に洗面台がある。特に居室の洗面台はスペースが確保されているため、ほぼ居室で行っている。

日常動作スケール等による、利用者の口腔清掃の自立度の把握が望まれる。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。また、口腔状態・嚥下機能については、定期的にチェックし、日常動作スケールや個別記録などに記録することが望まれる。口腔機能を保持・改善するために、口腔体操等の実施が望まれる。

#### 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>b</b> ・ c

##### 特記事項

終末期を迎えた段階で、主治医から説明を受け、事業所から「看取り介護に関する指針」を説明し、「意向確認書」「同意書」を交わしている。看取り介護についての研修は、28年度はユニット会議で実施し、29年度は法人研修で予定している。ユニット会議の中で、看取りの振り返りを行い、職員に対して精神的なケアを実施している。法人の医療機関との連携体制を確立し、家族からの希望があった場合は、利用者の状況に応じてできる限り施設での看取り介護を行う体制を整えている。マニュアルを整備し、終末期を迎えた場合の対応についての手順を明確にすることが望まれる。

#### 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。	<b>a</b> ・ 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

##### 特記事項

利用者個々の認知症状について、「日常動作スケール」「個人別チェック項目一覧表」で定期的に評価している。周辺症状を呈する利用者の状況や支援については、チェック表や介護記録に記録している。サービス計画書にも位置づけ、洗濯たたみ・花の水やり等、日常生活の中で役割が持てるように工夫している。利用者個々の症状に合わせ、事業所周辺の散歩・塗り絵・家事参加など、個人やグループで継続的に活動できるよう工夫している。認知症についての研修は、28年度はユニット会議で実施し、29年度は法人研修で予定している。認知症専門医受診時には、看護師が同行して連携し、サービス担当者会議には看護師も参加し、支援内容を検討している。抑制・拘束は行っていない。

居室は全室個室で、利用者の好みや使い慣れたものを持ち込んでおり、落ち着ける環境になっている。館内の利用者の導線は整理整頓されており、居室内から共用スペース等、自由に行動できるようになっている。薬品類は医務室で保管しており、施錠ができるようになっている。キッチンの包丁等の刃物は、利用者の手の届かない目につかない所で保管している。清掃洗剤は、各使用箇所の棚で保管し、利用者の手の届かない場所になっている。清掃、片付けはその都度行われており、館内は整理整頓されている。キッチンのIH調理器は、職員が離れる際は必ずスイッチをOFFにしている。利用者間の関係性を考慮し、座席の配慮をしている。テーブル・イスは場所を固定せず、状況に応じてレイアウトを変えて対応している。居室のネームプレートは低い位置に設置しており、車イス使用者でも確認しやすいよう配慮されている。トイレ等の場所を掲示し、男性、女性のマーク等、わかりやすい配慮がされている。

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

利用者のニーズに基づいて、生活動作の中での生活リハビリをサービス計画に位置付け、実施・評価・見直しを行い、機能の維持・改善に取り組んでいる。利用者の状況に応じて、看護師の助言・指導を受けている。支援の中で判断能力の低下や認知症の症状の変化に気づきがあった場合は、看護師に報告し、専門医への受診につなげる等、必要な対応を行っている。  
機能訓練プログラムの作成は実施していない。利用者が主体的に訓練を行えるような工夫が望まれる。

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

入所当初1週間は毎日バイタルチェックを行い体調を把握している。通常は週2回バイタルチェックし体調管理を行っている。日常的には、ラウンド時に表情の観察で体調の変化を確認し、変化が認められた場合は医師に連絡し指示を受けている。医務関係者のカンファレンスは実施しているが、職員に対しての研修は実施していない。利用者の健康状態や薬に関する注意事項は、会議時に介護スタッフに伝えている。分包された薬を医務スタッフが朝・昼・夜、眠剤ごとに色分けして各ユニットごとのケースに入れ、翌日分を前日午後に届け、ユニットでも確認している。配薬・服薬確認はチェック表で介護スタッフが行い、翌日看護スタッフが確認している。利用者の健康状態は介護記録に色分けして看護職が記載している。医務室管理日誌には利用者の特記事項も記載し保管している。高齢者の健康管理・疾病・薬・体調変化時の対応等について施設内研修の機会を設け、職員の周知徹底を図る取り組みが望まれる。  
感染症・食中毒に対する予防と対応マニュアルを整備している。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が、感染対策マニュアルに文書化されている。インフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担を支援している。  
感染症・食中毒に関する研修は、法人研修で実施している。居室、共用スペース、トイレに手洗い場があり、ハンドソープ、手指消毒薬も設置されている。玄関等、館内に掲示し、家族・来館者への手洗いや手指消毒等の呼びかけをしている。  
職員の健康状態のチェック、インフルエンザ等の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。

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

建物・設備の点検は、各専門業者が定期的に行い、快適性・安全性維持のための取り組みをしている。建物は、シックな色合いであり、落ち着いた雰囲気になっている。テーブルや椅子を間隔広く配置し、ゆったりと落ち着ける雰囲気づくりに努めている。共用スペースに、ソファや畳スペースを設置し、快適に過ごせるように配慮している。居室はテレビや家具等、利用者の好みに応じたものを持ち込み、また、新聞等も個人購読を可能とし、思い思いに快適に過ごせるように配慮している。車いすなど備品についても、安全面・衛生面の定期的な点検を行い、記録に残すことが望まれる。

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

定期的を開催するサービス計画書見直し時の会議に家族の参加があり、利用者の状況報告、サービス内容の説明、要望把握を行っている。遠方などの事情で会議への参加が困難な場合や、変化があったりや必要な場合には、電話で家族に報告・説明・要望把握を行っている。ユニットごとに「家族会」を開催し、ユニットの状況報告を行い、家族の意見・要望を聴取し、家族会議事録に記録している。家族の面会時には利用者の近況を報告している。花見・いちご狩り・地域の夏祭りなど行事について、家族の面会時に日程を案内し参加をお願いしている。

A-10 その他

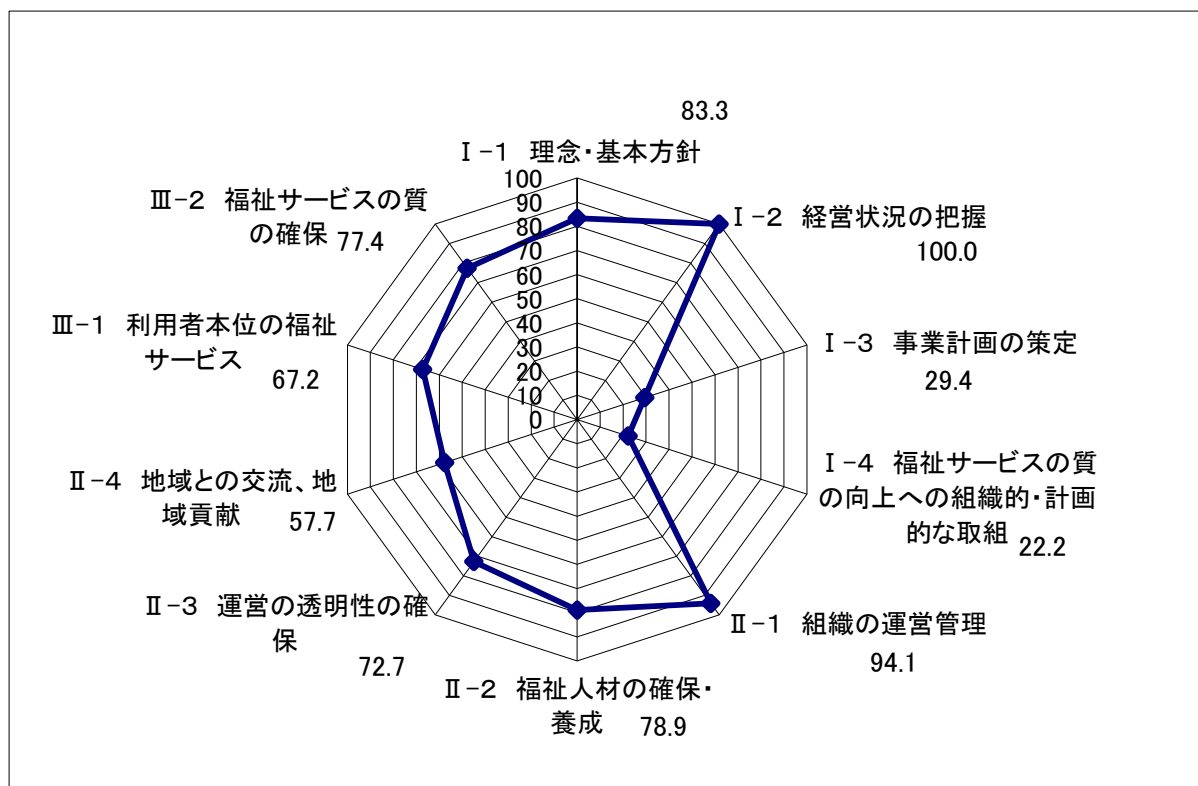
	第三者評価結果
A-10-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a ・ <b>b</b> ・ c
A-10-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<b>a</b> ・ b ・ c
A-10-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

行事としての外出や個別外出には、職員が同行支援している。「加古川だより」の設置により、地域の情報を利用者に提供している。  
 外出に伴う安全確保や不測の事態に備えた取り組みが望まれる。  
 携帯電話の持ち込み、使用を自由に行っている。また、事務所の電話の使用を可能としている。郵便物は、本人及び家族に取り扱いの確認を行い、対応を判断する仕組みづくりをしている。  
 新聞の個人購読に対応している。雑誌は希望された場合、家族に購入依頼をするか、通販での購入であれば対応可能である。ラジオ・テレビは持ち込みにて居室で使用している。共用スペースのテレビについては、もめる場合は、職員が間に入り話し合ったり、また、居室のテレビを使用してもらう等対応している。

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	5	29.4
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	2	22.2
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	38	30	78.9
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	26	15	57.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	43	67.2
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	48	88.9
3 食生活	26	21	80.8
4 終末期の対応	6	5	83.3
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	10	76.9
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	7	87.5

