

愛知県福祉サービス第三評価事業 評価結果

①第三者評価機関名

一般社団法人 福祉サービス評価センター

②施設・事業所情報

アメニティ豊田駅前	種別： 特別養護老人ホーム	
代表者氏名： 村田 渉	定員（利用人数）： 90名（100名）	
所在地： 愛知県豊田市喜多町2丁目170番地		
TEL： 0565-34-0002		
ホームページ： http://asahi-kai.jp/sisetu/amenity-toyota/		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成30年2月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 旭会		
職員数	常勤職員： 43名	非常勤職員： 23名
専門職員	看護師： 5名	医師： 2名
	管理栄養士： 1名	
施設・設備の概要	居室 10室	調理室・洗面所
	共同生活室 3室	介護材料室・洗濯室・洗濯場
	浴室・機械浴室・医務室	便所・汚物処理室

③理念・基本方針

◇ 理念

一人ひとりの生活を大事にし、利用者本位の介護に徹します
地域とともに歩む介護を目指し、社会貢献を果たします
働く意欲を高め、人材を育て、介護サービスの向上を図ります
法律や倫理・規範を守り、組織の持続、発展を目指します

◇ 基本方針

利用者本位のサービスを提供し、満足を超える感動を提供する
地域への社会貢献を果たし、存在価値を高める

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 利便性の高い直結型の介護施設

「高層マンションと商業施設が一体的に整備された、多世代が交流できる都市型の介護施設」として開設した「アメニティ豊田駅前」は、平成30年2月オープン。「特別養護老人ホーム」「ショートステイホーム」「介護付き有料老人ホーム」「サービス付高齢者向け住宅」「ヘルパーステーション」「デイサービスセンター」「保育所」と合築の都市型複合介護施設である。豊田市駅から徒歩2分という立地条件にあり、家族が面会に訪れ易く、近辺は百貨店や公園といった環境にあり、面会時には利用者とは近くまで散歩や買物・食事に行くことができる大変恵まれた「特別養護老人ホーム」である。

2. 地域に開かれた施設運営

施設運営においては自立から要介護者までトータルでサポートし、駅前にある立地を生かした様々な社会資源を有効的に活用した運営に取り組んでいる。高齢者に対する支援が進んでいる中で、介護が必要な高齢者を社会から隔離したり差別せず、自分でできることは最後まで自分の人生に役割をもってもらえるよう支えることで、同じ地域・環境でともに暮らすことを目指している。

また、複合施設全体の利用者や家族、地域住民を含め、多世代が交流できるコミュニティタウンとして、地域に開かれた施設を目指して、楽しい時間を過ごすことができる行事や取り組みを行っている。

3. 職員の育成と人材確保

職員育成の面では、組織の要は「人材」であることを肝に銘じ、自信と技能を備えた真の専門職を育てることを目指している。社会福祉法人の職員としてどうあるべきかを考え、自ら行動できる職員の育成を図ることで、職員の定着と人材の確保により、明るく落ち着いた安定した施設の運営に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年7月1日（契約日）～ 令和2年3月17日（評価決定日） 【令和2年1月15日（訪問調査日）】
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

1. 標準的な実施方法

提供する福祉サービスにおける標準的な実施方法はマニュアル化されており、福祉サービスが提供されている。利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明記されている。また、マニュアルはいつでも自由に閲覧できるようになっており、標準的な実施方法について見直しをする仕組みは確立している。ユニット会議やその他の会議や研修に組み込みながら、技術や知識を高め一定水準の支援が実践できるよう組織全体で取り組んでいる。定期的な見直しも含め、職員の交代に備えサービス低下がないよう、さらに分かりやすいマニュアルの管理が望まれる。

2. 適切な福祉サービスの実施計画の策定

適切なアセスメントにより個別的な「福祉サービス実施計画」が適切に策定されている。サービス開始前後にはアセスメントを実施し、ユニット会議や日々の申し送り等で他職種との連携を図り共有している。サービス実施計画には一人ひとりの具体的なニーズが掲げられ計画通りに実施されていることが、ケース記録からも読み取ることができ、必要な都度サービス実施計画の評価・見直しを行っている。認定の有効期間にかかわらず、毎月評価を行い、3ヶ月毎にモニタリングを行い、6ヶ月ごとに担当者会議で検討し、年1回のケアカンファレンスには家族の参加を求めたうえで、ケアプランの見直しを行っている。日々実践されるサービスは、実施状況や様子が細かく記録されている。

3. 個人情報の記録と管理

サービス開始前には重要事項説明書や契約書で「守秘義務・個人情報の保護」について説明し、個人情報を使用する範囲を含めて同意を得ている。利用者に関する福祉サービス実施記録が適切に行われ、職員間で共有されている。的確な記録の作成について職員へ研修を行い、必要な情報を取り込めるよう工夫をし、各種会議やパソコン等を活用して事業所内で情報を共有している。

◇ 改善を求められる点

1. 中・長期計画の策定

法人全体の事業目標として、中・長期における構想と大まかな目標設定はされているが、事業所単位での経営環境等の把握や分析は十分とはいえないところがある。施設運営には理念の実現に向けて、複数年かけて取り組むべき課題もあるため、将来計画としての中・長期計画を策定し、職員に周知し取り組むことが求められ、併せて、中・長期的なビジョンを反映した単年度事業計画の作成も望まれるところである。

施設における中・長期的なビジョン及び計画が明確になっていないため早期の対策が望まれる。職員参画のうえで、収支計画を含む「中・長期計画」を反映した数値目標を明らかにし、評価が容易な「単年度事業計画」を作成し、職員や利用者・家族へ十分周知することが望まれる。事業計画は、利用者への福祉サービスの提供にかかわる事項でもあるので、主な内容についてわかりやすく説明した資料等を作成して、利用者も理解できるような工夫した取組みを期待したい。

2. 組織的で計画的な事業運営

経営状況や改善すべき課題は一部の幹部職員のみで把握され、一般職員への説明や周知への取組が十分ではないように見受けられ、また、中・長期的なビジョンの共有や事業計画等についての職員の理解を促す取組みについても十分ではないように思われる。事業計画について職員がよく理解し、計画達成に参加する組織的な運営が必要であり、中・長期的なビジョンに基づいた事業計画の策定・評価・見直しに職員も参画した上で、組織的・計画的に行われることが望まれる。

3. 利用者満足度調査の実施

特別養護老人ホームという性格上、詳細な満足度調査は実施されていないが「食事についての嗜好調査」は行われている。これまでは、利用者及び家族から満足度等を確認する仕組みが設けられていないが、第三者評価の受審は今回が初めてとはいえ「サービスの質の向上」＝「利用者満足度の上昇」と捉え、満足度調査に取り組むことで、より一層のサービスの向上効果が期待される。

今後、ケアプラン作成時の個別面談も含め、利用者及び家族への満足度調査を実施し、分析結果を具体的に施設の運営に活かされていくことを期待したい。

4. 喀痰吸引の実施体制

介護職員による喀痰吸引の体制がないため、夜間に実施の必要が生じた場合に対する考え方や管理者の責任が明確になっていない。看護師の指導のもと、介護職員の喀痰吸引等に関する研修や体制づくりを検討することを望む。

今後、施設で終末期を過ごす利用者は増加すると予測される。終末期を迎えるにあたり、利用者・家族の意向を尊重しながら多職種で連携していくことがさらに重要になってくると考えられる。終末期に向かい揺れる利用者や家族の思いを受け止め、ケアを行う職員の精神的な負担にも配慮が必要である。利用者の最期に寄り添うことで、職員が看取りを貴重な体験と感じられるよう、マニュアル及び体制の整備を期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

標準的な介護サービスの提供と機能訓練、ケアプランとケアマネジメントプロセス、個人情報の管理と情報共有の取り組みについて高く評価をしていただきました。また、地域との結びつきを重視しながら、関係機関との連携を図り、地域に根差した施設づくりを行うという方針での施設運営にも評価をいただきましたことは大変励みになります。基本的な介護サービスを安定的に提供すること、地域への貢献を果たすことを引き続き努めてまいります。改善の助言をいただいた点については、引き続き検討を重ねて行きたいと思っております。

⑧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。

第三者評価結果公表様式（高齢者）

※すべての評価細目（65項目）について、判断基準（a・b・cの三段階）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

【共通評価基準】

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。		
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。	高1	a ・ ① ・ c
<コメント> ・理念・基本方針に「利用者本位のサービスを提供し満足を超える感動を提供する」「地域への社会貢献を果たし存在価値を高める」を掲げ、それを実現・達成するための行動指針を定めている。 ・理念・基本方針はホームページに掲載し施設の玄関に掲示するとともに、職員へは入社時オリエンテーションや職員会議、研修などで周知を図っている。 ・利用者へは懇談時に、家族へは面会時または郵送で周知を図っているが、分かりやすい資料などの工夫を検討されたい。		

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。		
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。	高2	a ・ ① ・ c
<コメント> ・施設長は地域の特別養護老人ホーム施設長協議会の会長であり、介護サービス機関連絡協議会はじめ多数の会議に参加し、社会福祉事業の動向などについて情報を把握し分析を行うとともに発信している。また、豊田市の「高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」策定に協力し尽力したところである。 ・事業の経営状況は法人の全体会議で、稼働率、人件費などを把握・分析しており、施設においても月次で稼働率等を分析し改善につなげている。		
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	高3	a ・ ② ・ c
<コメント> ・経営状況や改善すべき課題は、役員が参加する月1回の施設長会議で情報を共有し、施設内の会議において課題を明確にし解決に努めている。職員の採用や入れ替え・稼働率などの課題は、各委員会、ユニット、職種ごとに分けて具体的な取組みについて検討を進めている。		

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。		
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。	高4	a ・ b ・ ④
<コメント> ・法人としての「中・長期的な構想」はあるが、経営や実施する福祉サービスに関する法人の「中・長期の事業計画」「中・長期の収支計画」のどちらも策定されておらず、施設における具体的な中・長期計画も策定されていない。 ・理念や基本方針に向けた目標を明らかにした「特別養護老人ホームアメニティ豊田駅前」としての中・長期の事業計画・収支計画の策定を望むとともに、収支・事業について計画を立てる際には、第三者評価結果の課題も取り入れ立案されることを期待したい。		

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。	高5	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体の事業計画書の中には、施設としての基本方針・重点目標を表明し主な事業計画等は記載されているが、中・長期計画が策定されない事もあって内容的に十分とは言えない。さらなる充実を期待する。 ・施設としての事業計画としては、基本方針で「利用者本位」の介護サービスを徹底すること等を謳い、地域に根ざした施設づくりを行うとある。しかしながら、法人の中・長期事業計画の策定がないことから、それを反映した単年度の事業計画とは言えないので、策定に向けさらなる努力を期待する。 		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	高6	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は各担当部門の意見を集約し策定している。年度始めに会議や研修会などで説明し、毎月開催される職員会議などで活動状況について成果と課題を報告し、その結果を記録し共有を図るとともに、進捗状況の把握や見直しを行っている。 ・職員からの意見、家族などからの要望などは、その都度職員会議などで分析・検討し反映できるよう努めているが、前記の単年度計画策定同様、内容の充実を期待する。 		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	高7	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者への事業計画の周知は行事や個別ケアの関係することに絞っているが、内容の理解を促すための取組みとしては十分ではない。理解しやすいようにイラストで表示するなど工夫を期待したい。 ・事業計画について家族への周知は十分ではない。駅前であり交通の利便性に富んでおり、多くの家族が来所する機会があるので、その機会に口頭ではあるが説明するようにしている。事業計画をファイル化し利用者や家族がいつでも閲覧ができるようにするなど、理解を促すための取組みを期待する。 		

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。		
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。	高8	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの質の向上に向け自己評価を実施しており、今回の第三者評価の受審もその取り組みの一つである。利用者一人ひとりにおける個別ケアは、利用者ごとに時間単位でサービス内容をマトリックス票にまとめ「24時間シート」を作成のうえ管理し、サービスが特定時間に集中しないように調整を図り、各職員が共有できるよう工夫している。 		
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	高9	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価基準に基づいた自己評価の実施は今回初めてである。自己評価は職員全員が全ての項目を評価し、主任が纏め施設長へ提出したものである。提出された評価結果はマトリックス票に纏め、どの項目ができていないか一目で分かる工夫をしている。 ・初めての第三者評価を受審であり、今後、評価結果について分析、検討されることとなるが、組織として取り組むべき課題を明確にして、改善策や改善実施計画を立てたうえで、課題の解決が実現するまでの努力を期待する。 		

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	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	高10	a	ⓑ・c
<コメント> ・施設長の役割と責任は職務分掌規程に明記され、年度当初の会議や各種会議・研修を通じて自らの役割と責任を表明し理解を図っている。非常災害時など有事や不在時の権限移譲等も規程に明記されている。 ・施設長は法人が定める「特別養護老人ホームアメニティ豊田駅前運営規程」により、自らの役割を理解したうえで責任を果すべく職員を指導監督し、この事業に係る業務管理を一元的に行い責任を果たしている。			
Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	高11	a	ⓑ・c
<コメント> ・施設長は遵守すべき法令等を正しく理解するための積極的な取組みとして、職員に遵守すべき法令などを周知するとともに「法令遵守セルフチェック表」で、マニュアルの理解、人員や運営基準の遵守状況などを毎年確認している。 ・法令遵守や虐待防止については、新任研修・現任者研修に織り込み周知している。職業倫理について職員全員を対象として、年に2回研修を行うとともに、振り返りを行っており「今日からの私の行動」として個人目標をたてフォローしている。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	高12	a	ⓑ・c
<コメント> ・施設長は福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組みに十分な指導力を発揮している。基本サービスとして個別ケアの推進を図り、各ユニット毎でサービスの質にバラつきが生じないように、OJTを積極的に進めるなど指導力を発揮している。 ・毎月開催する主任会議でケアサービスの現状報告があり、抱える課題等についての対策を検討している。また、感染症対策・事故防止対策・身体拘束等の委員会活動が活発に行われている。			
Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	高13	a	ⓑ・c
<コメント> ・月1回の施設長会議で経営上の課題について情報を把握している。施設では数値目標を設定し稼働率始め現状を把握したうえで、その対応策について協議し業務の実効性を高める仕組みがあり解決に努めている。 ・施設内の会議、委員会で各部門の情報を汲み上げ、経営の改善や組織運営の案件について、職員の意識高揚を図りながら実効性の高い取組みに指導力を発揮している。			

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。			
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。	高14	a	ⓑ・c
<コメント> ・法人全体で人材確保に取り組んでおり、年間を通じて就職説明会を随時開き就職希望者へのPRの強化に努めている。就職フェアへの参加とホームページによる求人募集が主である。 ・当施設は立地条件も良いこともあり、職員の採用は希望通り確保できており、施設があるビルに同一法人が運営する保育園があるため職員として利便性が高く人材の確保・定着に寄与している。			

Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	高15	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の育成・活用・報酬・評価まで総合的な人事管理が適切に行われている。介護の原則に基づく”あるべき職員の姿”は明文化されていないが、人事基準に基づき人事考課を行い、専門技術、職務遂行能力、規律性などの評価結果は職員にフィードバックされている。 ・人事基準や昇格基準は明確化され、またキャリアパス規程に求められる資格、職務内容も明記されており、必要に応じてジョブ・ローテーションが行われ、人員配置見直しや人材育成に寄与している。 		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	高16	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向を把握し、福祉人材の確保、定着に向け働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。定期的に健康診断、ストレスチェック等を実施し、その結果に基づき個別指導を行っている。 ・ワーク・ライフ・バランスにも配慮されており、福利厚生面ではアウトソーシングサービスに加入して職員の福利厚生に役立っている。職員の満足度は高いものがある。 		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	高17	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、職員を対象に個人面談を行い「介護技術等の評価表」を通じ、その後の業務に生かせるようアドバイスを行っているが、「期待する職員像」が明確でないことから、職員の育成を目標とした取組みに対するその成果の確認は不十分であり、改善の余地がある。 ・事業計画書の「主な事業計画」に職員研修の強化を掲げ、虐待・身体拘束、事故防止、感染症、看取り、救急救命の研修について、全職員が受けることを積極的に推進している。 		
Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	高18	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修計画は施設の重点目標として明確化され、年間の研修スケジュールに基づいて内部研修・外部研修を行い、事務部門も含め常勤職員、非常勤職員を問わず職員へ周知し参加を促している。 ・施設が目指す福祉サービスを実現するために必要とする職員像を具体的に示すとともに、職員の知識や技術について具体的な目標が反映できる「個人別研修履歴カード」などの作成が望まれる。 		
Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	高19	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され適切に教育・研修が実施されている。職員として必要な研修については業務として受講している。 ・行政からの外部研修等の情報については、毎月開催される「施設会議」時に伝達し、研修の受講の機会に向け情報提供されている。研修受講後は、研修内容、学びの結果、今後の取組みなどを「研修報告書」で報告するとともにフォローしている。 		
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。		
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。	高20	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生は養成学校などの要請により受け入れており、学校からのプログラムに基づき実習を行っている。受け入れにあたっての実習生受け入れマニュアルは作成されているが、注意事項が主な内容となっており、利用者や家族への事前説明、実習生などに対するオリエンテーションの実施方法などを記載したマニュアルの整備が望まれる。 		

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。			
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。	高21	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・ 社会福祉法人として、運営の透明性の確保及び国民に対する説明責任を果たすために、WAMNETに財務指標、現状報告が開示されており、法人ホームページで法人の理念が公開されている。 ・ 今後は、施設としての理念・基本方針・苦情に対する取組みや事業計画・事業報告などについて、法人のホームページに記載するとともに開示されることを期待したい。			
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。	高22	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・ 「指定介護老人福祉施設の運営規程」にある事業目的や運営方針、職員の職種・員数、職務内容は、施設の運営規程で明確に示されている。 ・ 施設の事務、経理、取引等については法人による内部監査を実施しており、収支・事業については副本部長による監査を年に2～3回受けている。 ・ 事業の内部監査は、毎年当該事業所以外の施設長による監査を受け、施設長会議で内容を明らかにしている。外部監査法人による会計監査を受けており、指摘事項について、施設長会議で対応を検討することとしている。			

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。			
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。	高23	① ・ b ・ c	
<コメント> ・ 当施設は豊田市の都市再開発として、多世代の交流を生むコンセプトのもと「都心の高齢者施設」として開設し運営している。基本方針には「地域との結びつきを重視しながら、関係機関との連携を図り、地域に根差した施設づくりを行う」と記載している。 ・ ビルの1階にある「地域交流スペース」を、子ども縁日などのコミュニィ広場として貸出しを行っており、立地条件を生かした社会資源の有効活用を図っている。			
II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	高24	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・ 地域のボランティアグループの訪問を受け、余暇活動として演奏会、踊りの披露や傾聴ボランティアを受入れているが、運営方針に基本姿勢を明確にするとともに体制について充実されたい。 ・ マニュアルには「受入れ指針」「説明マニュアル」「申請書」などは記述されているが、受け入れを安全にスムーズに行うために、利用者と交流を図る際の必要な情報や対応などについて、マニュアルの周知と併せて研修を実施されることを期待したい。			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	高25	a ・ ⑥ ・ c	
<コメント> ・ 豊田市福祉部介護保険課や地域の事業所等の社会資源一覧を作成し、施設の事業に活かすとともに、特別養護老人ホーム施設長協議会、介護サービス機関連絡調整会議などから情報を把握し、施設内の会議などで共有化を図っている。 ・ 医療機関を始め地域包括支援センター、行政等との連携は必要に応じて相談できる体制となっている。			

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	高26	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 上位計画である「第8次豊田市総合計画」や市の関連計画、国・愛知県との整合性を図る中で、豊田市の高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画の策定に関わるとともに、施設長としての立場で協力を行った。 ・ 今後は、地域交流のイベントの際にアンケートの実施や地域住民とのコミュニケーションを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めるとともに、事業の展開に活用されることを期待したい。		
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	高27	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 介護サービス事業者や医療機関、民間企業、NPO、ボランティア団体、地域住民等の高齢者を支える多様な社会資源をつないでいくため、関係機関との連携を深めるとともに、地域の一般商店街・民間企業、市民活動団体等様々な団体と協力しており、現在、認知症カフェ開催に向けて準備を進めている。 ・ 豊田市内の24施設で災害時助け合いネットワーク協定を結び、非常時には市に協力することとしている。福祉避難所としては、施設の立地場所が浸水地域のため協定を結ぶことはできないが、災害用備蓄品は必要数備えている。		

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。		
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。	高28	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 法人創立の精神である「個人の尊厳と自己決定という人間としての権利を守り、利用者本位の介護に徹する」を基本的な理念とし、施設の理念「利用者本位のサービスの提供」の方針のもと、利用者を尊重した福祉サービスの提供について、共通の理解をもつための取組が行われている。 ・ 基本姿勢に「入居者の人権と意志を尊重する」ことが明示され、年度当初の研修会で職員へ周知し、毎月開催されるリーダー会議やスタッフ会議等で確認するとともに、個々のプランに反映するための取組を行っている。		
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	高29	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が行われており、運営規程の中にサービスの取扱い方針や内容が詳細に示され「入浴助手マニュアル」等を活用した福祉サービスの提供が行われている。 ・ 施設は全室個室であり、利用者のプライバシーを守る設備と環境のもとでサービスが提供されており、職員への研修でプライバシー保護、虐待防止、権利擁護におけるサービスの提供に向け、研修や勉強会を開催し周知している。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	高30	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 法人のホームページで施設の概要は案内しており、パンフレットは法人が求めるコンセプトを美しい写真入りでPRを行っているが、入所を希望する方に必要な詳細な情報を提供されたい。 ・ パンフレットを広く配布し入所の相談や施設見学などのニーズに柔軟に対応するとともに、入所希望者や家族等の問合せの対応に備えて、パンフレット等を公共施設を始め相談機関など、多くの人が入手できる場所に置いて情報提供されることを検討されたい。		

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。	高31	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用開始・変更時には利用者と家族に「重要事項説明書」「契約書」の内容を書面で詳しく説明している。契約書の取り交わしや同意書は、利用者本人の意思を尊重して行っており、利用者や家族の同意を得たうえでサービスを開始している。 ・ 意思決定が困難な利用者等に対しても成年後見制度の説明をしたうえで、身元保証人や後見人に確認することとしている。 		
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	高32	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の他施設や入院などによる退所については運営規程等に明記されており、福祉サービスの継続性に配慮している。福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり、アセスメントシートや診療情報・介護・看護サマリーを利用者や家族同意のもとで情報提供し連携に努めている。 ・ 退所後もサービスの継続性に配慮し相談を受け付けると伝えてはいるが、相談窓口として生活相談員を配置し周知されることを望む。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	高33	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者満足の向上のために、毎月介護相談員が利用者本人からの聴き取りによる情報を共有する取組を実施しているが、さらに個別に面談が定期的に行われることが望まれる。食事に関しては嗜好調査を年に一回行い、その結果を献立や提供方法などに反映させている。 ・ 交通の便など立地条件も良いため、家族や友人・知人の面会が多数あり家族等と話す機会はあるが、今後、ユニットごとの利用者懇談会・家族会・運営懇話会などの開催を前向きに検討したいとのことで、期待するところである。 		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	高34	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情の受付については、主として生活相談員等が対応しており、受付簿にその記録を残したうえで、多職種と連携し速やかな対応に努めている。申し立てについては、重要事項説明書に施設の苦情申し立て先・担当者・責任者・第三者委員などが明記されている。 ・ 苦情に関する対応については、利用者・家族等にフィードバックし、申し出た利用者や家族等に配慮したうえで内容及び解決結果等について公表が望まれる。 		
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。	高35	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者が相談したり意見を述べたい時のために、方法や相手を選択できる環境を整備し、利用者に伝えるための取組が行われている。相談窓口として、生活相談員が担当者であることを重要事項説明書に記載し、利用者・家族に説明しており、そのうえで生活相談員を玄関入口に近い席とし、相談・声掛けしやすくしている。 ・ 施設内に相談室を設け、プライバシーに配慮した環境で話し合うことができる。ねたきり等により居室から出ることが難しい利用者には、担当職員との相談も可能としている。 		

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。	高36	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの苦情・意見相談時の対応として「苦情対応マニュアル」が作成されている。日頃は意見の傾聴に努め、把握した内容を記録に留めるとともに、速やかに対応することを基本としており、生活相談員やユニットリーダーを中心に対応しており、支援経過を共有するとともに内容を記録として残している。 ・玄関入口付近に「意見箱」は置き、いつでも誰でも利用できるとしているが、設置場所について目立つように改善するとともに、可及的速やかに対応する組織的な仕組みを検討されたい。 		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	高37	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント体制は構築されており、事故発生防止指針及び事故防止対応マニュアルにおいて、責任体制と手順はフローチャートとして明確にしている。毎月、リスクマネジメントに関する委員会を開催しており、事故報告やヒヤリハットの分析・検討を行い、事故発生時の対応と防止策・安全確保策等を確認し見直しを行っている。ユニット会議等で事例を報告したうえで、再発防止の検討について職員間で周知を図り、安全な福祉サービスの提供に努めている。 		
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。	高38	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防指針のもと感染症の予防策が講じられ、感染症発生時や緊急時における利用者の安全確保については組織的な体制を整備しており、感染症対策委員会で施設長・看護師・生活相談員を中心に、マニュアルの整備や見直しも含め、適切な取り組みを行っている。 ・感染症・食中毒の予防及びまん延と感染対策について「医療看護マニュアル」に基づき、感染症の予防等の対応について職員に周知徹底しており、見直しも必要な都度行っている。 		
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的にしている。	高39	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「防災マニュアル」は作成されている。年2回施設内避難訓練を行ったが、十分な実施訓練が行われているとはいえず、今後は夜間を想定した訓練の実施を望む。また、特に高層ビル内の複合施設であるため、あらゆる災害を想定した利用者の安否確認や避難経路の誘導など、全職員で安全確保のための取組を組織的に行われることを期待したい。 		

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。		
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。	高40	a・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・標準的な実施方法が文書化され、それに基づいた福祉サービスが実施されている。「医療・看護マニュアル」「認知症ケアマニュアル」「接遇マニュアル」「入浴介助マニュアル」など日々の生活の中で行う業務や遵守事項などを文書化し、職員がいつでも閲覧し活用できる状況にある。提供する福祉サービスのレベルが職員によって差異が生じないよう、職員会議や、新任研修・OJTによる個別指導、全体研修会等で周知を図っている。 		

Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	高41	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 標準的な実施方法について検証し、必要な見直しを組織的に実施できる仕組みを定め、PDCAサイクルにより継続的に行われている。各種委員会や職員会議において、職員や利用者からの意見をもとに検証・見直しを行っており、各種の「マニュアル」に沿って行っている標準的な実施方法は、必要に応じて見直しされ記録されている。 		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	高42	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉サービス実施計画を策定するための体制は確立されている。利用者一人ひとりの実施計画の策定にあたっては、適切なアセスメント表を作成し具体的なニーズの把握、利用者や家族等の意向も踏まえ、関係部署の担当者による課題解決のための目標と目標達成に向けた協議を行い、具体的なニーズに促した個別支援計画を作成したうえで、利用者・家族等の同意を得て個別のサービスを提供している。 		
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	高43	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉サービス実施計画は6ヶ月を基本としており、各ユニットで毎月評価し、3ヶ月毎にモニタリングを行い、6ヶ月ごとに担当会議で検討し、年1回のケアカンファレンスには家族の参加を求めたうえで、ケアプランの見直しを行っている。緊急時の変更は、随時開催する「カンファレンス」で内容を検討し周知するとともに、申し送りノート等で情報を共有している。 		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	高44	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者一人ひとりの福祉サービス計画の実施状況は適切に記録されており、職員間で共有化されている。ケアソフトを導入しており、システムはネットワーク化により、日常のケア記録や申し送りを一括管理しており、必要時にはいつでもアクセスが可能となっている。緊急時の対応や利用者状況が的確に伝わる手段として、システムのネットワークを活用し情報の共有化を図っている。 		
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	高45	a ・ ㉑ ・ c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人情報保護に関しては就業規則の中に明記され、施設長が責任者となり、法令遵守の項目中、個人情報保護・社会的規範などについて、法人内の全ての職員を対象に研修を行っている。利用者や家族には、個人情報の秘密保持について契約時・利用開始時に説明し同意を得ている。 ・ 今後、個人情報の適正管理について責任者を決めて、個人情報の記録の保管、開示請求への対応・保存・廃棄など、個人情報の取扱いについて重要事項説明書に明記するとともに、これらに関する規程の作成を強く望む。 		

【内容評価基準】

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(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。	高46	a・ b ・c
<コメント> ・法人としての理念「利用者本位のサービスを提供し満足を超える感動を提供する」をコンセプトにして、一人ひとりの生活歴を大切にしながら具体的な個別プランを作成し、身体状況の支援だけでなくその人のペースに合わせながら全体の暮らしに配慮した支援を行っている。 ・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おり、趣味の活動などに声掛けなどで参加を促している。今後、一人ひとりに応じた楽しみへの支援ができるよう期待したい。		
A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	高47	a・b・c
<コメント> 非該当		
A-1-(1)-① 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。	高48	a・b・c
<コメント> 非該当		
A-1-(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。	高49	a・ b ・c
<コメント> ・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。職員は日々の生活の中で「利用者寄り添うケア」「声掛けを大切に」「黙って隣に座る」等一人ひとりに合わせた寄り添い方に取り組んでおり、利用者からの声には速やかに対応し「お待ち下さい」と言わない支援を心がけている。 ・ねたきりの利用者には手に触れながらゆっくりと気持ちを聞き出したり、排泄や入浴支援時などでその人の「つぶやき」から情報を得て、ミーティングやスタッフ会議で共有するとともに個人ファイルへ記録している。		
A-1-(2) 権利擁護		
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。	高50	a・ b ・c
<コメント> ・運営規程に身体拘束廃止に向けた取組みを明記している。職業倫理の研修を通して「尊厳の保持」の大切さを学ぶとともに「身体拘束禁止指針」「虐待防止マニュアル」「虐待対応マニュアル」により身体拘束廃止に取り組んでおり、施設開設以来「ゼロ」を継続中である。 ・高齢者虐待についても「高齢者虐待防止指針」をもとに研修や勉強会を通して職員に周知しており、権利侵害を未然に防止するための意識の保持と支援に繋げている。		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
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。	高51	a ・ ⑥ ・ c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 施設は駅から直結型で利便性が高く、商業施設が一体的に整備された多世代が交流できる都市型の介護付き有料老人ホーム等との複合介護施設として運営している。居室はすべて個室で大きなガラス戸のベランダから外の景色を見ることがやベット・テレビ等を持ち込みができる配慮を行い、入所前の生活が延長できる居場所づくりに工夫をしている。 ユニットは快適性を高めるため家具やカーテン・照明に配慮し、明るく清潔で温かみのある空間づくりに努め、ユニットの中央には大きなテレビやゆったりとした大きなソファがあり、自由にくつろげる工夫も行われている。 			

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A-3-(1)-① 入浴援助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高52	a ・ ⑥ ・ c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴は原則として週に2回実施しており、浴室には個浴、特殊浴、リフト浴がある。「入浴介助マニュアル」に基づいて支援を行っており、ミーティングで利用者一人ひとりに合わせた入浴方法を検討したうえで、浴室の環境に留意するとともに、入浴前には必ずバイタルチェックを行い、体調を確認したあと入浴を促すとともに、プライバシーに配慮したうえで入浴を実施している。 			
A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高53	a ・ ⑥ ・ c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 排せつ介助には利用者一人ひとりの生活リズムに応じた対応を心がけつつ、尊厳や感情・羞恥心に配慮してさりげない排せつへの誘導や声掛けをし、安全快適に排せつできるよう支援している。 利用者の健康状態を把握するため、尿量や排便はチェック表を作成し情報を共有しているが、異常や変化が見られた場合は、速やかに介護職員から看護職員等へ連絡し適切な対応につなげている。 			
A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高54	a ・ ⑥ ・ c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の心身の状況や意向を踏まえ適切な対応を心がけている。特に車椅子の使用については、利用者の身体状況に合うように数種類の中から選び提供している。介助方法はモニタリング等で3ヶ月毎に、また変化が見られた場合はその都度見直している。 骨折は寝たきりやADL低下に繋がるため、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、看護師を中心にユニットリーダーを始め担当職員等で、杖・歩行器・車椅子や移乗用具の使用を検討し利用に向けている。 			
A-3-(2) 食生活			
A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高55	a ・ ⑥ ・ c	
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> 食事は楽しくおいしく食べる環境と雰囲気づくりに努力している。ご飯をユニットごとで炊き食欲の増進を図り、食事時間を気づかせるなど家庭的な雰囲気を醸し出している。食事時間や座席は利用者の意向に沿って柔軟な対応をとっており、互いに会話しながら食事時間を楽しく過ごせるようにしている。 年に1回嗜好調査を行い、毎日の献立や食事の提供方法等に反映させるとともに、季節感のある楽しい食事の提供に取り組んでいる。 			

A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高56	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士は多職種とカンファレンスを行い、一人ひとりの心身の状況や意向を把握し、栄養スクリーニング・アセスメントから利用者の栄養状態や健康状態に合わせた栄養ケア計画を作成し、最善の食事の提供に取り組んでいる。 ・本人の希望する食事形態については、普通食・ソフト食・ミキサー食など管理栄養士を中心に多職種で検討し、柔軟に本人の嗜好に合わせた代替品を提供するなど、ゆっくり食事が取れる体制に向けている。 		
A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高57	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・協力歯科医のもと、口腔清掃の自立の程度を把握し、毎食後声掛けしながら必要な方へはブラッシング介助を行う等、口腔状態の確認、清潔保持に努めている。週2回、歯科医師または歯科衛生士の来訪があり、利用者に合わせて具体的な技術の助言、口腔衛生についての助言・指導を受け実行している。職員は利用者に対し、食後や就寝前にはできるだけ自力での歯磨きを促すとともに、適切な支援・介助を行っている。 		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高58	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「褥瘡指針・予防規程」を整備し発生予防に努力しており、全ての利用者を対象として、早期に対応できる仕組みとして「OHスケール（褥瘡発生予測評価）」を用いて支援を行っている。 ・利用者のうち、ハイリスク者は月1回、低リスク者は半年ごと、褥瘡治療者は2週間ごとに写真を撮り経過を記録し褥瘡計画書を作成したうえで、ユニット会議で多職種間とコミュニケーションを取り、体位変換・皮膚の状態・栄養状態などを検討し適切なケアに繋げている。 		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経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。	高59	a・b・㉒
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制は確立されておらず、実施していない。 ・今後、益々その体制強化が課題であると痛感しているとのことであり、施設として看護師が医療的ケア教員講習会に参加し、その指導を受けて早期に多くの介護職員が経管栄養・喀痰吸引実施可能資格取得に向けて努力して頂きたい。 		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-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。	高60	㉓・b・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・常勤の機能訓練指導員が中心となり利用者が日々の生活の中で機能を保持し、利用者が望む暮らしができるよう機能訓練に取り組んでいる。医師・介護支援専門員・ユニットリーダー・担当職員などの関係者が、利用者の状況からモニタリングを繰り返す中で3ヶ月ごと、またはその都度見直しを行い6ヶ月ごとに確認している。 ・介護予防活動として日常生活動作を注意して見守るとともに、各ユニットではラジオ体操・手足を動かすボール送り・大声で歌うなど、生き生きとした時間を過ごす工夫をして介護予防に繋げている。 		
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高61	a・㉑・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「認知症ケアマニュアル」に基づいて認知症の状態に配慮したケアを行っている。施設長始め認知症介護実践者研修終了者が複数名おり、マニュアルに沿った指導により、その人らしい暮らしができるよう配慮している。 ・認知症介護実践者研修へ参加した職員が研修内容を持ち帰り、認知症の理解と最新の知識・情報を深める内部の勉強会を行い、認知症の状態に対応したケアに努めている。新任研修、職員への全体研修で「認知症について理解」を深めている。 		

A-3- (7) 急変時の対応			
	A-3-(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、取組を行っている。	高62	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 利用者の体調変化時において迅速に対応するために手順を確立し、急変時の対応マニュアルは作成されている。詳細に記入のフローチャートが整備され、どの職員も叱咤の行動を実践研修や勉強会で会得し、対応可能としている。 ・ 利用者の健康状態は個人ファイルに記入し、兆候に早く気づく工夫をしている。高齢者は体調変化や急変が発症しやすく、緊急入院時必要となる個人ファイルはユニット以外の医務室にも同様の書類を作成し、直ぐに持ち出せるようにしている。			
A-3-(8) 終末期の対応			
	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	高63	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 「看取りケア指針」「マニュアル」が作成されており、現在は終末期の前段階で医師と連携したうえで、家族の意思決定の支援を行っている。 ・ 利用者や家族から終末期まで施設に居たいとの希望もあり、終末期を迎える利用者のために対応できる手順が整備され、安らかな最期を迎えるための看取り介護に取り組んでいる。			

A-4 家族等との連携

			第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携			
	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	高64	a ・ ⑥ ・ c
<コメント> ・ 家族の面会時には、日頃の利用者の日常生活や健康状態などを報告するとともに、生活相談員や担当職員は家族から意見・要望・提案を聴き取り記録に残したうえで、サービス内容に反映させるために関係者で相談するとともに支援を適切に行っている。 ・ ケアプラン更新時には、サービスの内容を説明し了解を得ている。秋祭り等の行事は早目に連絡し、できるだけ参加してもらい、意見・要望を聞き出す機会にしている。その他に家族からの相談や希望等は面会時にも聞き出すよう努めている。			

A-5 サービス提供体制

			第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	高65	a ・ b ・ c
<コメント> 非該当			