

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

(株)福祉工房
---------

2 施設・事業所情報

名称： 社会福祉法人 ユニケア 特別養護老人ホーム 第二けいけん荘	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 佐藤吉信	定員（利用人数）： 60名
所在地：宮城県亶理郡亶理町逢隈牛袋字境8	
TEL： 0223-23-1988	ホームページ：http://yunikea.com/
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成26年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 ユニケア	
職員数	常勤職員： 21名 非常勤職員 13名
専門職員	（専門職の名称） 6名 管理栄養士
	看護師 介護支援専門員
	理学療法士
施設・設備の概要	（居室数） 60室 （設備等） 医務室、相談室、特殊浴室
	（個室ユニット型） 多目的ホール、交流コーナー

3 理念・基本方針

節度ある穏やかな生活を支援する
-----------------

4 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> <li>・臭気「0」、感染「0」、臥床「0」</li> <li>・季節を感じる散策</li> </ul>
---

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年6月17日（契約日）～令和1年11月26日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（平成 年度）

## 6 総評

### ◇特に評価の高い点

#### ○地域との連携

地域の福祉ニーズへの対応として「介護なんでも相談」事業を主催し、地域における家族の介護相談を、地区の店舗と協力し行い、又、地区における祭り、小学校の運動会への利用者の参加、保育園児の事業所への訪問、地区のボランティアグループによる、事業所での定期的な唄や踊り、琴の演奏等の慰問が行なわれる等、地域に溶け込んだ事業所となっている。

#### ○質の向上のための取組み

一部改善を要する点は残っているが、事業所の支援の質の向上のための取組みは積極的に行なわれており、職員のレベル向上のために、小グループでの勉強会の実施、職員が交代となって講師をつとめての勉強会、資格取得に対する補助制度などが行なわれ、質の向上に対する熱心な取組が伺える。

#### ○臭いの無い施設

管理者の目標の一つとして「臭いの無い施設」が掲げられ、一般の高齢者施設における臭いの発生防止に取り組みされており、事業所内は実際に臭いの無い衛生的な施設作りがなされている。

### ◇改善を求められる点

#### ○事業計画書等を通じた方向性の明確化

事業計画書は中期計画書や職員からの課題提議をもとに作成され、又、年度初めや家族会を通じて職員や家族に年度の取組みに関する説明は行なわれているが、事業所の目指す目標を明確化し、理解を得るためにも、内容の検討を更に加え職員への配布・説明や主要な項目に関する家族への配布・説明等を行なっていくことが期待される。

#### ○人材の確保

社会的な介護人材不足もあり、個々の職員への負荷がやや多くなっており、職員の確保や定着のための取組み等、改善しつつあるが、更に積極的な取組みを継続していくことが期待される。

#### ○マニュアル類の整備

多数のボランティアグループの訪問や実習生の受け入れ等の確に実施されているが、利用者等の安全確保のためにもマニュアルを作成しておくことが望まれる。

## 7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

的確な指摘に基づき不具合な点が明確になったので、今後改善していきたい。

## 8 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）（様式2－第三者評価機関公表用）

(別紙)

## 福祉サービス第三者評価結果票 【高齢者福祉サービス版（第二けいけん荘）】

※ すべての評価項目（62項目）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。

※ 評価項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>b</b> ・c
＜コメント＞ 法人の理念及び方針を事業所の理念とし、ホームページ、中期計画書等に記載し、事務所内にも掲示している。家族には家族会で説明し、職員とは朝礼時に唱和し、支援の課題が生じたときには、業務連絡会等で理念や方針への振り返りを行っている。更に、利用者への説明も行っていくことも期待される。		

#### 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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	<b>a</b> ・b・c
＜コメント＞ 法人の理事長は亙理町における介護保険運営委員会の委員を行っており、又、法人の理事、評議員には町の議員等が参加しており、行政などの繋がりが深く、この関係から福祉行政全体、及び地域における情報が適宜得られる仕組みとなっている。又、得られた情報は会議等で職員へ伝達されている。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	<b>a</b> ・b・c
＜コメント＞ 介護職員不足が現状における、事業所の最大課題となっており、このことに関しては会議等で職員及び理事会、評議員会に周知されており、具体的解決策を現在実施しており、近い将来においての解決が見込まれている。		

### 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> 平成31年度から5年間に渡る中長期計画が策定され、現状の課題及び方針に沿った計画が述べられ、職員には会議で伝達され、周知が図られている。		
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> 事業計画はおおむね中長期計画に基づき、策定されているがやや抽象的な面も見られ、より具体的にしていくことも期待される。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<コメント> 事業計画は、事業所におけるスケジュールに従い毎年、前年の結果を基に作成されている。事業計画は業務推進会議において職員からの課題提議等をもとに討議され、事務局で作成している。計画は職制を通じて全職員に伝達され、事務所にファイルされ、常時閲覧可能となっている。事業計画はやや抽象的となっており、より具体的にしていく事や、職員への周知を深めるためにも、配布していくことも期待される。		
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> 事業計画については家族会での配布、説明が行われ、家族への周知が行われている。更に、家族の訪問時にも閲覧できるように工夫していくことも期待される。		

### 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> 新入職員に対しては、支援の質を担保するための体制が整っており、一般の職員に対しては毎週の連絡会の中でサービスの課題を話し合っ質の向上に役立てている。更に、定期的に職員による振り返りの為にも自己評価等を行っていくことも期待される。		
9	I-4-(1)-② 評価結果に基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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員との連絡会で、各部門における現状の課題提議がなされ、これに対する検討が行われている。課題は議事録として記録され、共有化が図られているが、十分な浸透には課題が残っている。職員自ら意識するような取り組みを行っていくことも期待される。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分担表が作成され、管理者等の役割が明確化されている。又、管理者は職員に対し年度末や年度の初めの会議や勉強会において、自ら、目標や方針、取り組みなどを表明している。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>隣接する法人内のグループホームの運営推進会議に行政の担当者が出席し、これを通じて法令の改正などの情報を得ており、又、評議会での出席メンバーからの情報を得て、法令の改正点を理解し、職員への伝達も会議等を通じて行われている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援の質の向上のため、研修は積極的に行われており、事業所内における研修も職員が順番に講師として実施するなどの取り組みが行われている。又、今年度より介護技術研修会を実施し、毎週4名ずつの参加で定期的に行われ質の向上に役立っている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所における、経営や運営面に関しては管理者によりの確に分析がされ、現状における課題も認識されている。課題は会議等で職員へも伝達され共有されている。</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。	㉠・b・c

<コメント>		
介護人材確保のため、定常的な募集活動を行っており、又、定着率を確保するために、新たに入職した新人には手厚い教育を行い、仕事への自信を深める取り組み、又、小グループによる話し合いにより職員間のコミュニケーションの浸透などの取り組みが行われている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<コメント>		
中長期計画に介護職員のあり方に関しての記載がされ、法人が期待する職員像が明確化されている。人事考課は法人の規定が策定され、これの基づく人事考課が年二回行われ、結果は賞与及び給与に反映されている。現在検討中ではあるが、考課のフィードバックについても実施していくことが期待される。		
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>b</b> ・c
<コメント>		
職員の就業状況については、事務部門が管理し、常時把握される仕組みとなっている。職員には毎年二回スポーツ大会が催され、職員同士の連携が確保される取り組みも行われている。社会的に介護職員の確保が難しい状態ではあるが、職員の有給取得等勤務状況についても早期に改善している。		
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>b</b> ・c
<コメント>		
法人としての期待される職員像は明確化されており、職員にも周知される取り組みがなされている。現在、職員との個別面談は行われていない。今後、職員個々の目標設定や、個別面談を通じたアドバイス、指導等を行っていくことが期待される。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>		
事業所の現状の重点的取り組みは明確化され、年間での研修スケジュールが策定され、事務部門も含め内部研修、外部研修が積極的に行われている。内部研修に関してはテーマを決め職員が順番に講師を務める仕組みとなっており、講師となる職員自身が知識を高め、支援の質の向上が図れるような仕組みも構築されている。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>		
職員個々の技量に関しては把握され、更に、資格取得支援制度が設けられ、資格取得に対する推奨と職員の申請に基づく補助が受けるようになっており、全職員が研修を必要に応じて受けられる体制となっている。		
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研修・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>b</b> ・c
<コメント>		
実習生の受け入れは今期は申し込みが無く行われていないが、先期までは各学校よりの受け入れが行われている。受け入れにあたっては、学校からのプログラムに基づき実習が行われて		

いる。受け入れにあたっての一部注意事項の書面はあるが、マニュアルとしてはない。今後マニュアル化しておくことが望まれる。

## II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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
<コメント> 法人の経営情報等はホームページや理事会、評議会における資料に明記され公表されている。地域に対しても評議会の出席役員を通じて広報がなされている。苦情に関しては、事業所内での体制は重要事項等に明記され又、必要に応じて理事会、評議会に報告がなされている。同時に、申立人に対してのフィードバックも行われているが、更に内容について他の家族や利用者に対し公表していくことも期待される。		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	<b>a</b> ・b・c
<コメント> 経営は法人のルール及び職務分担表に基づき行われ、法人の会計事務所からのアドバイスも受けている。		

## 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。		
23	II-4-(1)-① 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。	<b>a</b> ・b・c
<コメント> 近隣の神社での秋の大祭、小学校の運動会などへの利用者の参加、クリスマスや敬老会には近くの保育園からの園児の訪問等地域との交流は活発に行われている。又、利用者の散歩時には地域のコンビニでの買い物をするなど、なじみの関係が築かれている。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・ <b>b</b> ・c
<コメント> 定期的に地域のボランティアグループが訪問し、唄や踊り、琴の演奏などが行われ、又、近隣の中学生などの職場体験の受け入れも行われている。ボランティア受け入れにあたってのマニュアルが作成されておらず、今後、受け入れを安全に、スムーズに行っていくためにも作成して行くことが望まれる。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		

25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>医療機関をはじめ、福祉事務所、行政等との連携は随時行われており、定期的な会合等は行われていないが、必要に応じて随時相談、連携できる体制となっている。</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 地域の福祉ニーズを把握するための取り組みが行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理事長が町の介護保険運営委員であり、町の議員などが評議員として参加し、地域におけるニーズが委員会などで話し合われており、地域における福祉上の課題等の把握は日常よりなされている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域における福祉ニーズにこたえるため、法人及び事業所として「介護なんでも相談」事業を開設、地域における家族の介護等の相談に対応するような取り組みが行われている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書、業務マニュアル等に事業の運営方針、職員としての倫理規定も明記されている。月1回朝礼に於いて倫理規程を唱和して、福祉サービスの提供について共通の理解をしている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアルを策定し、業務マニュアルにも明記されている。入浴・排泄等の生活場面に於いても、プライバシーと権利擁護に配慮した環境となっている。職員は年1回勉強会等で取組を確認している。</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・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「ユニケアだより」を利用者家族に配布して、事業所の行事や次月の行事の予定等を記載したパンフレットを作成している。利用希望者に対しては事業所の内容を説明している。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス開始・変更にあたり、利用者等に分かりやすく説明している。契約書に記載され、開始・変更時には家族等に説明されている。利用者にはいつでも対応可能な状態である。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に関し定期的に利用者・家族への説明を行っているが、利用者や家族の意向もその都度変わることもあり、必要に応じての対応が行われている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、満足の向上の為の仕組みを整備して取組をしているが、更に、利用者懇談会・個別の相談・面接等が定期的に行われる事が望まれる。</p>		
<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。</p>		
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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の仕組みの体制が整備されている、目安箱（意見箱）の設置、苦情受付の担当者、第三者委員等が明記されている。苦情に関する検討内容や対応策について利用者・家族等にフィードバックし、苦情内容及び解決結果等は苦情を申し出した利用者や家族等に配慮した上で公表が望まれる。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常の支援の中で、職員が利用者への声掛けを行い、相談しやすい環境を作っているが、更に、日常的に相談窓口を明示しておくことも期待される。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情処理体制が構築されていて、マニュアルも策定されている。家族からの苦情には苦情対応要領に（職員の態度、口の利き方等）が記載され、職員への周知も行われている。</p>		
<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。</p>		
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・㉑・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止対策委員会ではリスクマネジメントに関する責任者を定め、リスクマネジメントに関する会議を開催し状況を記録している。収集されたヒヤリハット・事故報告をもとに要因分析や、改善策を検討していくことも望まれる。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上を目的とするリスクマネジメントのマニュアルが整備されている。感染症対応マニュアル等は専門職の助言、指導等をもとに整備されている。</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行っている。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防火管理規程、災害対策マニュアル、洪水時の避難計画が作成されている。防災訓練は年2回(3月・11月)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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法は業務マニュアルとして作成されて、各ユニットに配置され職員はいつでも閲覧できる体制となっている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務検討会で見直しをして個別的な福祉サービス実施計画に、必要に応じて反映している。</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 アセスメントに基づく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入所前に訪問して施設の独自の用紙を使用しアセスメントを行っている。実施計画書はアセスメント結果から、課題解決のための目標と目標達成に向けた具体的な対応を反映し作成されている。</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。	㉠・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

定期的に行われ、変更した時は利用者の意向と確認の同意を得ている。また家族にも同意を得ている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㉠・b・c
<コメント> 福祉サービスの実施記録が適切に行われている。利用者に関する福祉サービスの実施状況は、ケアプランと共に組織の定めた統一した様式によって記録されている。パソコンのネットワークシステムの利用や回覧等により情報を共有する仕組みも構築されている。		
45	Ⅲ-2-(3)-②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉠・b・c
<コメント> 記録の管理体制は法人の規定に明記され、施設長が管理責任者となっている。年1回職員会議で個人情報保護法を確認している。		

## 評価対象A 福祉サービスの内容

### 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		
46	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。	㉠・b・c
<コメント> 利用者一人一人に応じた一日の過ごし方として日課表を作成している。24時間シートを作成して利用者の意向を基に午前中はラジオ体操・軽体操を行い、日中活動(手芸、折り紙等)に参加できるように工夫している。		
47	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なっている。	㉠・b・c
<コメント> 利用者一人一人に応じたコミュニケーションは、日々の支援場面で様々な方法で行われている。利用者一人一人のケアポイントを作成して月1回ケアポイントを他の職員と共有しており、コミュニケーションを取る時、会話だけでなく利用者の表情、身振り、姿勢、動作等から情報を汲みとっている。		
A-1-(2) 権利擁護		
48	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。	㉠・-・c
<コメント> 利用者の権利侵害の防止の取組が行われている。身体拘束廃止委員会が組織され、職員には勉強会が行われている。緊急・やむを得ない身体拘束に対しては利用者・家族に説明して同意を得ている。		

## 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		
49	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。	㉠・b・c
<コメント> 「臭いのない施設」をめざして整備している。建物・設備・備品等の整備状況は快適性や安心・安全、利用者のニーズや心身の状態に配慮工夫している。		

## A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
50	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
<コメント> 入浴は週2回を予定され、身体状況に合わせてユニット内の個別浴槽、特殊浴槽、機械浴やジェットバス等を利用している。		
51	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
<コメント> 利用者の心身状況に合わせて行われている。排泄チェック表を利用してケアプランに明記して職員間で共有している。		
52	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。	㉠・b・c
<コメント> 移動支援は利用者の心身の状況に合わせて行われている。職員には事前に実技研修を行い、利用者毎に適切な支援方法を行っている。		
A-3-(2) 食生活		
53	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉠・b・c
<コメント> 献立は栄養士が作成している。年2回嗜好調査を行い、利用者の意見を聞いている。パン・ごはんの選択ができるように配慮している。イベント食として「はらこめし」等が配膳されている。		
54	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。	㉠・b・c
<コメント> 栄養ケアプランを作成して、利用者の心身の状態に合わせた食事が提供されている。ケアプランにも食事・水分の摂取量、食事支援への配慮や水分補給（透析者）が明記され提供されている。口腔ケアは毎食後実施している。		

55	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に応じた口腔ケアが実施されている。口腔ケアマニュアルを作成して職員に研修会で指導している。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
56	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡防止対策委員会が作られ、職員からの情報をもとに治療・予防の取組を行っている。業務マニュアルに褥瘡発生の指針を整備して取り組んでいる。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
57	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。	a・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引を実施するための体制を確立し取組を行っているが、さらに、実施手順や個別の計画を策定し、介護職員等への研修や個別指導等を定期的に行っていく事が望まれる。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
58	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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の心身状態に合わせた機能訓練や介護予防に取り組んでいる。理学療法士・マッサージ師・看護師により計画的に実施されている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
59	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修や内部の勉強会を行い（年2回）、認知症の状態に対応したケアを行っている。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		
60	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を確立し、取組を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の体調変化時に迅速に対応するための手順を定めて取り組んでいる。緊急時の手順、マニュアルを定め、看護師・医師と連携する体制が出来ている。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		
61	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。	a・㉑・c

<コメント>

利用者の終末期に対しての手順を確立し、取り組みを行っている。看取りと重度化に関する指針を作成して職員には終末期のケアに関する研修も行っているが、更に、職員や利用者の精神的なケアに関しての研修も行なっていくことが期待される。

#### 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		
62	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。	㉞・b・c
<コメント>		
家族会が整備されている。「ユニケアだより」等で行事の様子を報告している。入居者の夜間急変時の対応マニュアルを作成して、いざという時の家族との連携体制が出来ている		