

評価細目の第三者評価結果 (特別養護老人ホーム)

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	コメント
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。	b	法人理念や運営方針は法人のホームページやパンフレットなどに示されています。職員は「目標成果シート」を用い、理念・方針の実践目標を設定することで、実践的に周知が図られています。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
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。	b	法人全体での「会計報告会議」は毎月実施されており、事業別の収入・稼働率、経費等の支出の推移を分析しています。
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。	b	職員採用を効率的に行うため「採用計画会議」を立ち上げ、採用活動の一元管理を行っています。また法人の経営課題は会計報告会議から管理者会議を経て課長会議へと落とし込み、各現場で具体策を検討することとしています。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	b	3か年毎に中期計画を策定しており、毎年度の事業計画の冒頭にも示されています。今後は、これらの計画に付随する収支計画の立案も検討しています。
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	中期計画に基づく単年度計画は、各課・各委員会別に作成した計画を集約した内容となっています。計画の策定にあたっては、前年度の計画の到達状況を振り返り、未達成の内容については継続的に取り組むようにしています。
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。	a	職員の目標成果シートには事業計画に基づく個人目標を各自が設定しており、その進捗確認は年3回の面談を通じて行われています。事業所全体では、会計報告会議などの会議体や委員会を中心に、実施状況の評価が行われています。
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。	b	利用者の家族には年度末の家族懇談会にて次年度の計画を説明しており、参加できなかった家族に対しても書面を郵送することで報告しています。今後、利用者への周知をより深めるための取り組みを検討しています。

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	コメント
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。	a	中期計画に則り今年度より第三者評価を受審しています。また、全職員を対象とした業務評価制度、階層別研修、新人職員のOJT確認書などを用い、組織的にケアの質の維持向上に努めています。
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	業務評価制度では、前年度の未達成・改善事項を次年度の取り組み目標に設定します。また、今年度より第三者評価の受審結果を、業務改善に活かす取り組みを行っています。

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	コメント
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。	a	キャリアパスや行動基準にて職層毎の役割を明確にしており、入職時のオリエンテーションは施設長が自ら行い自身の役割などについて説明しています。施設長の不在時には原則、地域支援課長を中心に管理体制を整えています。
Ⅱ－１－（１）－② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	個人情報保護に関する研修の実施に加え、法令違反事例を朝礼の場面などで共有するなど、法令順守に対する意識の統一を図っています。
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。	b	入職時のオリエンテーションは施設長が自ら担当し、法人理念・求める職員像・接遇・業務評価制度などの説明を行うことで、質の向上を図っています。
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	施設内の取り組みに加え、近隣施設との共同のプロジェクトにおいて介護ロボットの導入などについて検討しています。

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。	b	採用計画会議にて法人の採用活動を一元管理しており、各課から必要人員数や時期などの要望を収集する仕組みが整っています。職員の定着に向け、OJT確認書やマニュアル、引継ぎ書などを用い、新人の育成に取り組んでいます。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	入職時オリエンテーションからOJT体制、階層別研修、業務評価制度などの一連の人事管理制度が浸透しており、人材育成に取り組んでいます。
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。	a	職員の就業意識や意向については年3回の面談時に確認しています。有給休暇の取得に際しては、年末年始にかけて各職員が5連休を取得できるよう配慮しています。
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。	a	非常勤職員を含めた全職員が業務評価制度に基づき個人目標を設定しています。特に新入職時には、OJT確認書と引継ぎ書を用い、チーム全体で新人を育成する取り組みを行っています。
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	職務別の職務記述書に業務内容が明記されており、到達状況を年度末に確認しています。また介護福祉士や介護支援専門員の受験予定者に対しては、秋口から事業所内で施設長が講師となる勉強会を実施し、教育をサポートしています。
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	職員は目標成果シートへの記述や面談を通じて受講したい研修の要望を出すようにしています。外部研修は少なくとも年1回以上受講することができ、その他にも内部研修や、他の職員が受けてきた外部研修の内容をパソコン上で閲覧することができます。
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。	b	実習生の受け入れにあたり、指導者研修を受講し、実習生別の受け入れ計画表を整備しています。これまで、社会福祉士の実習生に加え、初任者研修の受け入れなども行っています。

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。	a	法人のホームページに事業計画・決算情報・第三者評価結果などの運営状況を掲載しており、加えて施設内への掲示や家族懇談会などでの報告を行っています。
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	運営推進会議、オンブズマン制度などにより、外部の視点も含めた運営管理を行っています。

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
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。	a	事業所で実施している花火大会には多くの地域の方のに来てもらっています。また、事業所の行事に来てもらうだけでなく、地域の方からの呼びかけで地域のお祭り等に参加することで、利用者が地域の中の一員として認められるような取り組みをしています。
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	ボランティアの受け入れについては、マニュアルを活用し、職員間で統一した認識が持てるようにしています。ボランティアに対しての研修等も実施し、高齢者福祉への理解を深める取り組みも行っていきます。
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。	a	市の事業所連絡会に所属し、情報交換や研修へ参加しています。町内会とも協力し合い、防災協定を結び、毎年合同防災訓練を行う等し、日頃から連携をとっています。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	地域の方と協力し、毎年合同防災訓練を実施しています。また、認知症サポーター講座の実施、地域の方の活動の場としてのスペース解放を行っています。
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	地域のニーズは、町内会との関わりや運営推進会議での民生委員とのやりとりのなかで把握しています。活動としては、認知症サポーター講座の開催等の実施をしています。

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	コメント
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。	a	法人としての倫理規定を定めています。「利用者を苗字で呼ぶ」「トイレと言わない」等の丁寧な言葉遣いに取り組んでいます。
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	イライラや怒りをコントロールするアンガーマネジメントを実施しており、職員のストレスによる虐待の発生を防止しています。また、入浴においても個室であり、誘導から入浴後のケアまでを1人の職員が担当し、プライバシーに配慮してサービス提供しています。
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。	a	他施設の紹介や在宅サービスの利用を含めて総合的に福祉サービス情報を提供しています。見学を希望する本人及びご家族には随時対応をしています。
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	介護報酬の変更等については年度初めに家族懇談会を開始して周知しています。説明内容には難しい内容もあるため分かりやすい資料作成が課題です。
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	地域包括ケアセンターと連携して、他施設の利用方法や医療機関の情報を提供しています。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
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	職員には直接言えない意見を汲取るために入居者懇談会を毎月開催しています。入居者の意見をユニット会議で検討してサービス提供に反映させています。
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。	b	苦情解決の仕組みとして不満受付簿を設置しています。仕組みはあるものの、職員全体として活用しきれていないことを課題捉えています。
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	オンブズマン制度を取り入れており、施設職員には言いにくい意見を述べやすい環境を整備しています。日常的に相談員が施設を巡回して意見聴取しています。
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	入居者代表から意見を聴取する機会を運営推進会議において設けています。利用者の意見に迅速に対応していくことを今後の課題と捉えています。
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。	a	安全委員会の設置、ヒヤリハットの報告会を通じて事故の防止に取り組んでいます。リスクマネジメント責任者の選任配置と再発の防止が今後の課題です。
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	アルコールの使用や換気の計画的な実施、衛生委員会の設置、感染症マニュアルを整備して利用者の感染症の予防に取り組んでいます。
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	地域防災に取り組んでおり、災害マニュアルの整備、災害時に備えた備蓄、避難訓練を実施している。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 提供する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	基本的な介助方法についてのマニュアルを整備しています。介護技術、リハビリ、医療知識については専門職による研修をして標準化を図っています。
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	ケアプランの見直し、ケース検討会議やユニット会議においてサービスの標準化と介護サービスの提供方法について見直しを行っています。
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の福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者ごとにケアプランを作成しています。また、サービス計画も個別作成し、サービスを提供しています。
Ⅲ－２－（２）－③ 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	ケース検討会議やユニット会議において個別の介護計画について見直しを行っています。評価の方法や計画への反映についての改善が今後の課題です。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	a	PCや連絡ノートを活用してサービス提供の実施状況を記録のうえ情報共有を図っています。今後は、個別観察の記録充実が課題です。
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	個人情報に関する保護規定を定めています。また個人情報の取り扱いについて職員研修を実施して情報保護の徹底を図っています。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

	第三者評価結果	コメント
A－１ 支援の基本		
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。	b	利用者一人ひとりの過ごし方が、詳しく記載されている24時間シートを作成し、寝たい時間や起きたい時間は健康に支障がない範囲で自由に過ごすことができます。24時間シートの内容として過ごし方とは別に、「利用者の気持ち」や「利用者のできることで、サポートが必要なこと」の記述欄を設けることで、より利用者の意思や意向を反映した支援に繋げることができると推察されます。
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。	b	接遇研修や尊厳についての研修を実施し、より適切なコミュニケーションが図れるような取り組みをしています。「接遇」や「尊厳を守った関わり」を統一・浸透できていないことを課題であると感じています。事業所として、今後はより浸透、統一していくために会議や研修を通してもう一度接遇や尊厳について考えていきたいと考えています。
A－２ 身体介護		
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	入浴は午前中に入りたい、午後に入りたいなどといった本人の希望を考慮して支援をしています。また、希望される方に対しては同性介助を基本とし、着替えの準備から入浴後の支援まで1人の職員が担当し、利用者の羞恥心、プライバシーに配慮しています。また、3つの入浴方法を工夫しながら実践し、利用者の身体に負担のない介助を意識して行っています。
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	定時でトイレへ誘導するのではなく、尿量の測定や排泄パターンの分析を行った結果を反映させ、その人に合った時間で声をかけるなどの工夫をしています。また、トイレへ誘導する際も「あちらに行きませんか」等といった排泄に直結する内容ではない声掛けをすることで利用者の羞恥心へ配慮しています。今後は、そういった定時以外でのトイレ誘導や、声掛けの工夫を職員間で統一して行っていくことが課題であると感じています。
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	「車イスは移動の手段（道具）」という考え方のもと、食堂では可能な限り車イスから食堂の椅子へ座りなおすことを基本としています。利用者が持っていることで、できることをしてもらうことによって、機能の維持向上につなげています。
A－２－④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	褥瘡を予防するため、褥瘡予防研修を開催し、職員の褥瘡に対する意識向上を図っています。また、栄養課と連携し、栄養状態が芳しくなく、通常の食事の摂取が難しい方に対しては栄養価が高く、摂取しやすいゼリーを召し上がってもらうなど、栄養面からのアプローチも行っています。入院し、褥瘡ができた状態で帰ってきた利用者に対しても、体位交換、清潔保持、栄養管理にて改善した事例があります。
A－２－⑤ 着替え、整容等の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	就寝時は、普段着でそのまま横になるのか、寝間着に着替えるのか直接利用者に聞き、その結果を踏まえた支援を行うことで利用者の自己決定や習慣を大切にしています。入浴時にも着替える洋服を利用者に確認しながら選んでいます。また、美容院についても訪問のヘアカットだけではなく、行きつけの美容院まで外出している利用者もいます。

A-3 食生活		
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	炊き込みご飯を定期的に提供しています。具材も秋ならきのこといった、季節の食材を使用することで、利用者が季節を感じるとともに食事を楽しむ工夫をしています。味だけではなく、見て選択する楽しみを感じてもらうためにも、選択食を導入しており、主菜は2種類の内から当日に選ぶことができます。テーブルを周りながら目の前でおこなっています。また、好きな物は多めに配膳する等一人ひとりの嗜好に合わせた食事提供を実践しています。
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	栄養課と連携し、利用者の栄養マネジメントを実施しています。画一的に提供するのではなく、その日の嚥下状態に合わせて食形態を変更する等といった工夫をしています。実際の介助については、自身で食べることができる利用者への過度な介助を課題と捉えており、今後は一歩まっ支援が期待されます。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	歯科医の往診による定期的な診療、口腔ケア計画の定期的な見直し、実施によって利用者の口腔衛生が保たれるように工夫をしています。また、洗面台は利用者が使いやすい高さに設定されており、利用者が自身で歯磨きやうがいができるよう配慮がなされています。口腔ケアの拒否がある利用者に対し、口腔ケアを行うことができない日がある等、拒否がある方に対してどういったアプローチをしていくかを課題と感じています。
A-4 終末期の対応		
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	看取り介護に関する研修は毎年実施しており、職員間での看取り介護に対する意識の共有を図っています。看取り期に入った利用者であっても、本人の意思を尊重し、食堂で食事をとってもらうなど、最期まで本人の意思を大切にしています。また、家族に対しては「いつでも連絡をしてかまわない」ことを伝え安心感につなげています。看取り後にはユニット会議で振り返りを必ず行い、職員のメンタル面のケアや、次の看取りへの対応へつなげています。
A-5 認知症ケア		
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	利用者が日常的に何か役割を持てるように、洗濯物たたみをしてもらう等といった働きかけをしています。基本的には他のユニットに行くことも含めストレスを感じない様に自由に生活を送ってもらっていますが、職員間で統一された対応を実践できていないことを課題であると感じています。
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	利用者が生活する居室には、今まで使っていた馴染みの家具などは持ち込むことにより、その人が安心できる環境を整えています。また、それだけではなく必要以上に物を置かないなど転倒や混乱のもとになる物は置かないように配慮をすることで、認知症があっても安心・安全に暮らすことができるようにしています。見守りの面においても視野を広く持てる位置に職員のカウンターを設置し、作業をしても利用者の生活の様子が見通せる環境になっています。
A-6 機能訓練、介護予防		
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。	b	1週間に1度、機能訓練を受けることによって、機能維持、向上につなげています。その他にも、原則、車イスから椅子への移動等、生活の中でも利用者が機能を維持できるよう工夫した支援を行っています。今後の課題として利用者がより主体的に「やってみよう」と意欲的に取り組めるプログラムを考えていくことが課題であると感じています。
A-7 健康管理、衛生管理、医療ケア		
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	職員に対する医療研修にて、基礎的かつ介護の場面に必要な医療の知識が学べるようになってきました。緊急時のマニュアルも整備されており、連絡経路や順序等が文字の羅列ではなく、フロー図になっており見やすいものになっています。「少しおかしいな」と感じた時点で、看護に連絡して受診につなげるなど対応をし、早い段階で受診ができるようにしています。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症、おう吐物処理の研修を職員全員が受講し、冬季はマスク着用を原則としています。これまでインフルエンザ等感染症の発症例もなく、予防・対策が確立されています。今後の更なる取り組みとして職員が熱がある場合や家族の面会についてのお願ひ等についての文章化等が期待されます。
A-7-③ 医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切に対応している。	b	バルーンカテーテルが装着されている利用者、酸素療法が必要な利用者の受け入れ実績があります。医療職と連携をとりつつ、介護老人福祉施設として可能な範囲で受け入れをしています。現状として喀痰吸引の研修受講者は少なく、胃瘻が必要な利用者は受け入れていませんが、今後は受講者を増やしていきたいと考えています。
A-8 利用者の人権の擁護		
A-8-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束廃止委員会を定期的に実施しています。どういったケースが身体拘束に当てはまってしまうのかといったことを理解するためにも、職員向けに研修を実施しています。直接的な身体拘束だけではなく、また、今後は玄関の施錠をせずに、自由に出入りできる環境をつくっていかうと考えています。
A-8-② 職員による利用者への虐待が行われないための具体策を講じている。	b	アンガーマネジメントの研修を実施し、職員自身の感情のコントロールをすることによって未然に虐待を防ぐ取り組みを実施しています。身体的な拘束だけではなく、言葉での拘束（待たせて等）を未然に防ぐためにも、全職員にアンケートを実施し、意見を集約しマニュアルを作成している段階です。

A-9 利用者の希望の尊重		
A-9-① 利用者が自由な生活を送れるように配慮している。	a	ユニット間の行き来は制限なく、自由にすることができます。就寝時間や起床時間も24時間シートを基に原則は個々のリズムに沿って生活することができます。また、飲酒や喫煙も医療的制限が無い限り可能です。ベランダへ出ることも可能であり、設えの設定も生活に支障がない範囲で家具の持ち込み等は制限はありません。その人の習慣を大切に、慣れ親しんだ環境に近い状態の中で生活してもらうことによって安心感が得られるようになっています。
A-9-② 預かり金の管理を利用者の希望に沿って適切に行っている。	c	現状、預り金がある利用者はおらず、立て替え金として希望したものを購入できるようになっています。
A-10 建物・設備		
A-10-① 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	中庭は自由に散歩ができるようになっています。異なるユニットでも行き来がしやすい環境になっており、利用者同士の交流にもつながっています。共有スペースにはソファを設置し、利用者や家族がともに過ごせる空間となっています。
A-11 家族との連携		
A-11-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	体調不良には小さいことでも家族に連絡し、報告・連絡をしっかりと行っています。他にも面会時には日々の様子をリーダーや職員から伝えるようにしています。家族懇談会を年度初めに実施し、年に4回ほど家族参加の行事があり、利用者の実際の生活の様子や状態を知ってもらう機会となっています。