

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	ホームページやパンフレットに法人理念を掲示しており、業務評価面接時には職員へ理念を直接伝える機会を作り、理念の浸透を図っています。家族へは懇談会の際に説明と資料を配布しています。

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。	a	行政機関による経営分析レポートを確認して介護業界を取り巻く経営状況を把握しています。
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	月に一度の会議において経営課題を抽出しています。しかし、改善活動の実施までに時間を要していることを事業所として課題と感じています。

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	部門ごとに課長・主任が中心となり経営ビジョンを踏まえた事業計画の見直しを策定しています。
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。	b	事業所の中・長期計画を意識した単年度計画を策定しています。事業計画の職員への浸透、理解度、計画の実行性といった点では課題があると経営層は感じています。今後は、より職員が計画を自分事として捉え、事業所全体で取り組むことができる計画の運用への取り組みが期待されます。
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。	b	部門ごとに事業計画を策定し、発表の機会を設けています。しかし、計画内容を把握出来ていないという声も聞かれるため更なる取組が期待されます。
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	事業計画書は家族懇談会にて家族に対して説明し、事業所が目指す方向性や具体的な行動計画などを示しています。しかし、利用者本人に対する周知といった点では取り組みはできておらず、事業所としての今後の課題であると感じています。

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	オンブズマン制度を取り入れて利用者及びご家族の意見を客観的に取り入れる体制を整備しています。また、第三者評価を実施し、外部評価を受けています。
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	年度ごとに取り組むべき課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させています。計画の内容を現場の職員まで浸透させることが今後の課題です。

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。	b	入職時のオリエンテーションや会議等の場において、管理者の役割や責任を伝える機会を設けています。管理者の業務状況を形として見える化していくことが今後の課題であると推察されます。
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。	a	外部で開催される法令遵守に関する研修へ参加しています。また、研修内容の報告を全職員が閲覧する事が出来る仕組みがあります。
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。	a	指導力を発揮するために管理者研修及びリーダー研修を実施し、現場指導に努めています。事業所としては、今後、自発的に職員からの業務改善等についての意見がより上がるようになっていくことが望ましいと考えています。
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	職員ひとり一人に対して、業務を通じた個別指導を実施しています。

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	法人として採用窓口を設けて人材確保のための取組を実施している。しかし、採用が困難な状況においては、更なる経営努力が求められます。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	業務評価制度による人事効果、キャリアパス制度を採用して総合的な人事管理を実施している。
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組んでいる。	a	ワークライフバランスや職場環境に伴った業務評価制度を使用し、職員の意見を職場環境の改善に反映させる取り組みをしています。
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	年度を通じて3回の業務評価を実施し、各職員の目標に対する取組みや達成度を確認して職員を育成しています。
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	年間の研修計画に基づいて職員を育成しています。基本方針を明文化や継続的に方針を職員に伝えることにより、更なる充実を図っています。
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。	b	階層別や各テーマの研修が定期的に行われています。現状として、業務状況との兼ね合いで参加できる職員が限られています。今後の取り組みとして、より多くの職員が同じ内容の研修を受け、共有し、全体として現場での実践に落とし込む仕組み作りが期待されます。
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。	a	各教育機関と連携してヒヤリングによる希望に沿った実習を計画しています。また、教育と現場において隔りがあるケースもあるため改善に努めています。

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	ホームページは「一般向け」「職員向け」に分けて運用されており、一般向けには事業計画書、現況報告書、事業報告書、決算報告書、利用者の状況、第三者評価等の情報公開等が行われ、職員向けにはより業務に則した情報が公開されています。
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。	a	管理職会議、会計報告会議にて経営と運営の取組みがなされています。今後は「職員への周知」、「専門性の高い客観的な経営改善の活用」を課題として捉えており、今後の取組みが期待されます。

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	地域の老人会、町会、ボランティアへ向けて招待状が出される法人の「お祭り」が地域のお祭りとなって定着するほど活発な交流が行われています。また、利用者には地域で行われるボランティアコンサート、町会主催の運動会などへの参加も積極的に行われています。
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	市のポイント制を利用し、地域のボランティア（傾聴、配膳・下膳、草むしり、生活支援等）の受け入れが積極的に行われています。また、受け入れに際しては「ボランティアのしおり」が作成されており、さらにボランティア自身に活動記録を書いてもらう事により、利用者に資する情報を収集し、施設運営に役立てられています。
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	社会福祉協議会、市のボランティア人材バンクとの連携によるボランティアの受け入れ、嘱託医、関連医療機関との連携による緊急時の対応等がなされており、社会資源の明確化が図られています。
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。	a	防災面では地域との災害援助協定が結ばれ、施設が福祉避難所に指定されていることから、施設を利用して地域住民との合同防災訓練などが行われています。また、中学生の職場体験、民生委員や児童委員に対しての施設紹介を積極的に行っています。
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。	a	市のセーフティネット事業、社協との連携により地域の生活困窮者に対する相談支援活動を行っており、施設内に担当者を配置し、過去の事例として「家賃、光熱費、食材の支給」等の相談支援活動が行われています。

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	倫理規定を策定し、職員が理解し実践するための取り組みとして、「身体拘束ゼロに向けた委員会」を設置、利用者の尊重や基本的人権への配慮について内部研修を行い、ケアの見直し等へ向けた取り組みが行われています。
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	個人情報保護規程と権利擁護規程が作成されています。施設は多床室においても各ベッドは仕切りにより準個室の作りになっていて、ハード面でもプライバシーに対する配慮がなされています。現在、利用者のプライバシーに関する職員間の会話・声の大きさ等、より繊細な部分について課題とする認識があり、今後の取り組みが期待されます。
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	利用希望者に対する情報は、ホームページ、施設入り口掲示板等へ掲載し誰でも見れる状態にしています。見学は予約がなくても随時対応しており、重要事項説明書を基に説明、施設見学を通してその場所、その場所においてサービス内容を具体的かつ丁寧な説明がされています。
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	サービス開始時は、重要事項説明書に基づいた詳しい説明が行われています。変更にあたっては利用者や家族の自己決定を尊重し、同意を得るようにされています。また、施設の取り組みについては毎月の請求時に事務連絡として情報提供を実施、家族懇談会の際にも必要な情報提供を行い、欠席した家族に対しても懇談会の質疑応答も含めての詳細を文書にして送付するなどの取り組みも行われています。
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	在宅復帰へ向けての支援、医療機関への入転院、他の高齢福祉サービス施設への移行等、利用者の状態の変化に基づいた移行支援が行われています。移行においては、各関係機関との連携を図り利用者が受ける福祉サービスへの継続性について配慮がなされています。
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。	b	利用者に対しては、利用者懇談会における聞き取り、またオンブズマンによる聞き取り調査が3ヶ月に2回程度行われています。しかし、現在利用者全員を対象とした定期的な取り組みがなされていない事を課題として認識されており、今後の取り組みが期待されます。
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。	a	苦情解決の仕組みの一つとしてオンブズマンの聞き取りが、重要事項説明書にて明示されており、また施設内には「意見箱」を設置、さらに施設長を始めとした経営層のラウンドを実施しています。
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	利用者懇談会、オンブズマン、ボランティア、担当職員、経営層のラウンド等、利用者が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されています。
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。	b	利用者からの意見や相談に対しては担当者からリーダーを通してフロア会議にて討議され、必要に応じて経営層へ上げられて迅速に対応されています。しかし、行っている方法や報告の手順、対応策等についてマニュアルとしては整備されておらず、今後はマニュアル化し利用者、職員に周知して行く事が望まれます。
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	安全委員会が設置され、リスクマネジメントに関する責任、手順等を明確にしています。また、ヒヤリハットは月15~20件の報告があり、分析結果等については、職員用のホームページにて随時閲覧・確認が可能な状態になっています。
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	衛生委員会が設置されており、マニュアルの整備を始め同委員会が主導して感染予防に対する研修が行われています。また、年間を通して出勤職員全員の検温を実施、職員の体調管理に関する取り組みを行っています。
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	火災を想定した訓練は年2回定期的に行われています。また、災害対策の新人研修や備蓄も行われており、水害を想定した地域との合同訓練等も行われています。しかし、職員全体を対象にした災害対策訓練はまだ定期化しておらず課題として認識されている事から、災害対策のマニュアル整備、訓練の定期化についての取り組みが期待されます。

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	各業務マニュアルが整備され、また、研修やOJTにより職員に周知徹底、福祉サービスが適切に実施されています。また、各マニュアル類は職員用ホームページでも常に閲覧可能となっています。
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	マニュアルの見直しは、職員からの提案や個別的な事例の検証をもとにフロア会議やリーダー会議で随時行われています。また、改定部分については赤字で示すなど職員に伝わりやすい工夫がされています。
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	年間のケース会議予定をもとにアセスメント、施設サービス計画が実施されています。また、職員はパソコンのネットワークシステムから常に会議録、施設サービス計画を確認することが可能であり、情報共有のもと利用者ケアの実施に活かされています。
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	利用者の状況変化と意向に応じたサービス実施計画の見直しは、主にケース会議にて検討され、変更された内容については日々の「申し送りノート」にて周知が図られています。また、変更があった際は利用者の家族に対しても電話等で説明、同意を得ています。
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	サービス実施状況の記録類については、全てパソコンのネットワークシステムで情報共有され、サービス実施計画の評価・見直しを行う際の基本情報となっています。
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	個人情報保護方針については規定に基づいた管理がされています。サービス提供の記録・保存・開示、機密保持の遵守については重要事項説明書に記載、利用者より同意を得ています。また、広報活動に用いる写真等の扱いについては個別に同意を得るようにしています。

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	DVDを見て過ごしたい人、活動的に過ごしたい人等、入居前の過ごし方や意向が書かれている「面接表」を職員間で共有し、その人が「したいこと」が反映された過ごし方ができるように支援をしています。
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	難聴の利用者に対しては、職員間でコミュニケーション方法を検討し、筆談を取り入れる等しています。「挨拶」や「利用者の選択」を大切にという考えから接遇研修を実施し、「〇〇しましょう」という声掛けではなく「〇〇しませんか」という利用者の自己決定を促す声掛けを徹底しています。
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。	b	3種類の浴槽が設置されており、利用者の状態に合わせて選択しています。入浴方法については業者からの研修を受け、利用者に安全かつ統一された支援が提供されるよう工夫をしています。また、マンツーマンの対応と同性介助を基本としており利用者の尊厳を大切にしながら支援を行っています。
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。	a	排泄用品の業者からの研修を受け、適切な使用方法等を職員全体で学ぶ機会があります。尿がパットから漏れてしまう利用者に対しては、衛生面や本人の不快感を取り除くため、尿量と排泄パターンの分析を行い、パットから尿が漏れてしまう回数の軽減につなげています。
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。	b	職員間の共通認識として「車イスは移動のためのもの」という考え方を意識しています。普段車イスを使って移動している利用者も、食事の時間等には椅子に移ってもらっており、少しでもできることはしてもらうことでその人が保持している能力を発揮できるケアを行っています。
A－２－④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	3か月に1度、栄養値の検査を実施し、嘱託医や事業所の栄養課とも相談をしながら食事の量や質の検討をしています。また、体位交換はチェック表を活用し、職員全体確認・実施ができる体制が整っています。エアマットの使用や、適度に起きている時間を増やすなど、メリハリをつけることにより褥瘡の予防・改善に努めています。
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	衣類はその時々によって利用者に対して「どの洋服にするか」を確認し、自己選択を促すことにつなげています。また、歯磨きや整髪などの動作については利用者自身で行う機会が少なく、事業所として課題であると感じています。今後の取り組みとして細かい整容についての動作等も自身で行うことができるよう、一歩待つ支援の実践により、自立支援につなげていくことが期待されます。

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	家庭生活の延長の場であることを意識し、利用者が食べたいものは自分で選ぶ事ができる「選択食」を導入しており、利用者がその日、その時に食べたいメニューを2つの中から選ぶ事ができるようになっています。食事の盛り付けは利用者に量などを確認しながらその場で行うため、利用者の自己決定や温かい食事を提供することにつながっています。
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。	a	定期的な血液検査による栄養状態を把握し栄養課とともに今の利用者に必要な量や質を考え、1人ひとりに合った食事を提供しています。介助方法についても状態の変化に応じ、食事形態等を変更し、1週間の試行期間、評価、再試行といったサイクルで一人ひとりにあった方法を考え実践することにより安心、安全な食事につながっています。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	月4回の訪問歯科の受診を受けることができます。そこで口腔ケアについて助言や指導を受け、1人ひとりにあった口腔ケアを行っています。また、歯科衛生士の資格を持った職員がおり、その職員が中心となり、口腔ケアを行うことが困難な利用への対応などについて検討をしています。
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	嘱託医は看取り介護についても協力的であり、急変があった場合においても連携を取れる体制が整備されています。連絡手段についてもマニュアルがあり、言葉が羅列してあるものではなく、図表が多く使われており一目見ればわかるようなフロー図になっています。終末期を迎えた際には普段の会議とは別に会議を設け、看取りに関する研修を行うなど、職員の意識的な部分での準備も徹底しています。
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	認知症がある利用者に対しては、全てを支援するのではなく、「できることはやらせよう」ということを大切に支援を行っています。また、言葉での抑制を予防・改善していくために、抑制に該当する場面等について職員から意見を積み、今後それをマニュアルに落とし込み、事業所として症状が少しでも落ち着いて過ごせるような支援に繋がっていきたく考えています。
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	認知症の方が混乱しないよう、表札を用意し、自分の居室であるということを確認できるようにしています。また、居室の設えも、利用者の生活習慣や希望を前提としたうえで、必要以上に物を置かない等、工夫をしています。
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	機能訓練指導員が利用者に対してリハビリを実施しているほか、車イスの方でも食事の時には椅子に座ってもらう等生活の場面でもリハビリを行っています。しかし、個別機能訓練については、全ての利用者への実施までは至っておらず、今後はより多くの利用者への継続的なリハビリを実施していきたいと考えています。
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	急変時のマニュアルが整備されており、看護師や医師、上長への連絡方法等についてフロー図で分かりやすくまとまっています。普段から看護師への連絡は密に行っており、何かある前にこまめに報告・連絡・相談ができる連携体制はがとれています。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	食中毒について真空調理にすることで、二次汚染のリスクを軽減することにつながっています。職員に対しても出勤時の検温実施等、感染症に対する意識づけを徹底しています。
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。	a	酸素吸入が必要な方や胃ろうが増設された方であっても、原則的には入所することができるようになってきました。今後の利用者の重度化に備え、職員に対しての医療的な研修の実施や、各たん吸引の研修に積極的に職員が参加しています。
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。	b	「身体拘束ゼロに向けた委員会」を設置しており、委員会主体で利用者の尊重や基本的人権への配慮について内部研修を行い、日々の中で不適切な支援にならぬよう意識づけをしています。
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。	a	身体拘束ゼロに向けた委員会にて外部の講師を招き、アンガーマネジメントについての研修を実施しています。虐待や身体拘束の発生を未然に防ぐためにも、職員が自身のタイプを知っておくことが必要と経営層は考えており、衛生委員会からの発信でストレスチェックや自己覚知等を行っています。

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	飲酒や喫煙の習慣があった利用者に対しては、医療的な制限が無い限りで自由にすることができます。また、お酒については、施設内で模擬居酒屋を設営し、実際にお酒を飲んだりすることができる「居酒屋行事」も実施しています。
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。	a	現在は預かり金の対象になる利用者は入居していませんが、預かり金規定は整備されています。別途金銭が必要になった場合は、立て替え金として領収書を発行しています。
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	居室は多床室であっても、必ず1人ひとりの生活空間には窓がついており、壁に囲まれた空間にならないように工夫がなされています。また、どこを向いても他の利用者の事が目線に入らない作りになっており、プライベートな空間が確保されるような配慮がされた作りになっています。共有スペースには広く、季節のお花や川の流れることのできるフリースペースがあり、利用者や家族の憩いの場として活用されています。
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	家族懇談会や、面会の際の利用者の日々の様子や支援の考え方について伝える機会があります。また、家族と外出や外泊をする利用者も少なくなく、毎週外出、外泊をしている利用者もいます。その際にも、家族が介護の方法や対応に困らないように、ポイントや注意点、生活の様子等について伝えるようにしています。