

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

## ①第三者評価機関

社会福祉法人和歌山県社会福祉協議会

## ②評価対象事業所

名称：特別養護老人ホーム 喜成会	種別：老人福祉施設
代表者氏名：理事長 向井 克典	定員(利用者数)： 110名 (110名)
所在地：和歌山県和歌山市北野128番地	TEL：073-462-3033

## ③訪問調査日 平成 26 年 3 月 24 日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

1. 中期経営計画を作成し、サービス向上への取り組みや組織強化、人材育成、経営基盤の充実などの重点目標を掲げ、各年度において夫々の実現に向けて取り組んでいる。
2. 管理者は利用者サービス向上に意欲をもち、また経営や業務の効率化を図るため現在の課題を分析し、改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。
3. 利用者との密接度が高く職員は明るく真摯に利用者に対応している。
4. 医療機関との連携が密で利用者・家族が安心できる体制がとられている。
5. 地域の福祉ニーズに基づく事業活動が活発に行われている。
6. それぞれのサービスにおいてマニュアルを作成し、職員は定期的に研修、勉強会に参加しており、利用者一人ひとりに応じたケアを行っている。

### ◇改善を求められる点

次の事項の実施を期待したい。

- ①職員一人ひとりについて研修計画の作成
- ②介護機器等の定期的な点検
- ③サービスの自己評価の継続的实施
- ④職員への個人情報についての研修の実施
- ⑤食事の選択性への検討

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

当施設では、今回初めて第三者評価を受審致しました。自己評価に関しましては、経営層と主任・リーダー、生活相談員が中心になり、多くの職員の参画により共通評価基準と内容評価基準に基づきそれぞれが忠実に実施し、すり合わせを行った結果を協議の上まとめ上げました。自己評価を真摯に実施することにより、当施設の強み及び弱みが明らかになり、現状を把握する上で大変参考になりました。そして法人理念・基本方針に基づきサービスの質の向上に向けて長年継続して取り組んできた事に対して、高い評価をいただけたことは役職員一同大変喜んでおります。同時に改善点としてご指摘いただいたところは出来るだけ早急に改善を図り、更に利用者本位のサービス提供に努めると共に、サービスの質の向上に向け取り組んで参りたいと考えています。そして第三者評価を受審したことで終わらず、改善に向けた取り組みを継続して実施していく事により次回受審までの期間を有効に活用し、地域に信頼され、選ばれる福祉サービス事業所となる為の取り組みを邁進して行く所存です。

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I 福祉サービスの基本方針と組織		
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。 <b>【判断基準】</b> a) 法人・事業所の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 b) 法人・事業所の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。 c) 法人・事業所の理念を明文化していない。	a	理念が中期経営計画や事業計画、法人のパンフレットに記載されており、理念から事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることが出来る。
I-1-(1)-② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。 <b>【判断基準】</b> a) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 b) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 c) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化していない。	a	経営理念に基づく基本方針が明文化され、中期経営計画や事業計画に記載されており、職員の行動規範となるような具体的なものとなっている。

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

<p><u>I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配布していない。</p>	<p>a</p>	<p>毎年4月に法人内で研修会を実施し、職員に理念・基本方針を記載した文書を配布すると共に全職員に周知徹底を図っている。</p>
<p><u>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p>	<p>b</p>	<p>理念や基本方針を家族会総会で説明しているが、利用者には重度化に伴い、十分な説明が出来ていない。</p>

## I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

<p><u>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画もしくは中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。</p> <p>c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。</p>	a	中期経営計画が作成されており、福祉サービスの向上や組織強化への取り組み、人材の育成確保、経営基盤の充実など課題や問題点に向けた具体的なものになっている。また中期の収益・費用の収支計画も作成されている。
<p><u>I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。</p> <p>b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容もしくは中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。</p> <p>c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。</p>	a	事業計画は、中期経営計画や中期の資金計画を反映して作成されており、実績検討会議で実施状況の検討も行っている。

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

<p><u>I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</u></p> <p>【判断基準】 a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。 b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p>	a	事業計画は職員等の参画のもとで作成されており、法人全体で実績報告会議や事業進捗会議を開催し、事業計画の実施状況の把握や評価を行っている。
<p><u>I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。</u></p> <p>【判断基準】 a) 各計画を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b) 各計画を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c) 各計画を職員に配付していない。</p>	b	事業計画は職員に配布しているが、理解を促すための取組は十分出来ていない。
<p><u>I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</u></p> <p>【判断基準】 a) 各計画を利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 b) 各計画を利用者等に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 c) 各計画を利用者等に配付していない。</p>	b	事業計画は、家族会では配布し説明しているが、利用者には配布が出来ていない。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

#### I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

<p><u>I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。</p>	a	管理者の役割と責任については職務分掌表の中で明確にしている。また、大規模災害対応マニュアルの中でも、対策本部長として責任と権限をもつと明確にしている。法人の広報誌においても役割を明らかにしている。
<p><u>I-3-(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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>b) 管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。</p>	a	法人全職員に法令遵守マニュアルを配布しており、外部の福祉・介護関連法等の研修会にも自ら参加し、研修内容を職員に伝達・説明している。

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

<p><u>I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p>	<p>a</p>	<p>管理者は毎月行う事業所責任者会議や運営委員会議において、介護力の向上やサービスの質の向上などについて評価分析すると共に、そのための体制づくりなどに自ら参画し指導力を発揮している。</p>
<p><u>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p>	<p>a</p>	<p>管理者は事業所責任者会議や運営委員会議において、経営や業務の効率化と改善に向け人事、労務、財務の分析の取り組みに指導力を発揮している。</p>

## Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 経営状況の把握

#### Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

<p><u>Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。</p>	b	老人福祉の動向や地域での老人福祉に対するニーズ、潜在的な利用者のデータなどを把握する努力はしているが、中期経営計画や事業計画には十分反映されていない。
<p><u>Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。</p>	a	事業計画進捗会議や実績報告会で長期入所、短期入所の稼働率の目標値を設定し、また居室の電気使用料の節減などの改善に向けた取り組みを行っている。
<p><u>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</u></p> <p>※社会福祉法人のみ対象(他は評価外)</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。</p> <p>b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p>	a	税理士による会計管理体制の整備状況の点検が行われ、改善に取り組んでいる。

## Ⅱ-2 人材の確保・養成

### Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

<p><u>Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p>	a	必要な人材に関する具体的なプランが確立され、中期経営計画の中の基本方針に明記されている。常勤比率の向上や有資格者のサービス提供体制加算に求められる配置や障害者雇用の配慮等が行われている。
<p><u>Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>	a	人事考課ガイドラインにより、客観性や透明性を確保した人事考課が行われている。また、人事考課ガイドラインを職員に配布すると共に結果をフィードバックしている。

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p><u>Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p>	a	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは定期的にチェックしており、職員の就業についての意向も職員との個別面接等の機会を通じて把握している。また、次世代育成支援対策の事業主行動計画も作成されている。
<p><u>Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。</p> <p>b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。</p>	a	職員は和歌山市のふくふくセンターや県社会福祉協議会の退職共済制度、福祉医療機構の退職手当共済制度、法人独自の退職金制度に加入している。また、定期的な健康診断を受けたり、メンタルヘルス対策として悩み等の相談窓口が設けられている。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

<p><u>Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p>	<p>a</p>	<p>組織として職員に求める基本姿勢は中期経営計画の基本方針に明示されている。</p>
<p><u>Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p>	<p>b</p>	<p>職員は新任職員を始め勤務年数により、研修計画に基づき基本姿勢にそった個々の研修を受けているが、すべての職員とはいえない。</p>
<p><u>Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p>	<p>a</p>	<p>研修事業に対する規則を定め、研修に参加した職員は研修レポートを作成し、研修内容を発表する機会を設けており研修結果について評価もなされている。</p>

Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

<p><u>Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。</p> <p>b) 実習生の受入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取組には至っていない。</p> <p>c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受入れていない。</p>	a	実習生受入・指導マニュアルを作成しており、実習の意義と目的の中で基本姿勢を明確にしており、実習指導者の資格や実習実施計画、ガイダンス、実習指導等の体制を整備し、実習生を受け入れると共に学校との連携や実習指導者の研修も実施している。
---	---	---

## II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

<p><u>II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p>	a	リスクマネジメント委員会・感染症対策委員会を設置する等、体制を整備している。また、現場の職員も参加して定期的を開催し、再発防止策を検討している。事故発生等における対応マニュアルや感染症や食中毒における感染及びまん延防止マニュアルも作成し職員に周知している。
<p><u>II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。</p>	b	災害対策委員会において、災害を想定し災害の防止策と被害を受けたときの回復策の検討を行っているが、ハード面で建物の耐震診断や設備等の落下防止措置などが出来ていない。災害に備えた備蓄はなされている。
<p><u>II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p>	b	組織として、ヒヤリハット報告書や危険予知訓練などにより課題を把握し、事故防止策を実施している。また設備面での定期的な点検は実施しているが、介護機器の定期的な点検はルールを決めて実施されていない。

## Ⅱ-4 地域との交流と連携

### Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

<p><u>Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。</p>	a	理念・基本方針や事業計画の中で地域との関わりについての基本的な考え方を文書化しており、活用できる社会資源や情報を各階の掲示板に掲示している。また施設の盆踊りなどのイベントを行うときは自治会の回覧板で回したり、地域のスーパー、小学校、病院などに掲示してもらう等、地域への働きかけを行っている。
<p><u>Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。</p>	a	ボランティアの団体である喜成会友の会の行事の中で人権、医療、介護などの講演会を開催したり、家族介護教室で介護等の技術の講習を行っている。また自治会に加入しているので法人の広報誌を地域や民生委員に配布している。なお地域と災害時の安全確保の協定もなされている。
<p><u>Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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。</u></p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p>	a	ボランティア受け入れマニュアルを作成しており、受け入れに関する基本姿勢を明示し、登録手続き、事前説明、注意事項等を記載し、受け入れの体制を整えている。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

<p><u>Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。</p>	a	事業所に必要な関係機関・団体のリストを作成し各階の掲示板に掲示しており職員間で共有されている。
---	---	---

<p><u>Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例の検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例の検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p>	b	協力医療機関である向井病院や歯科医等と連携を図ったり、また成年後見制度を利用している利用者のため後見人と連携を図ったりしているが、関係機関との定期的な連絡会や連携は行われていない。
--	---	--

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

<p><u>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</u></p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p>	a	毎月1回行う独居の人や民生委員が集まるふれあい食事会などの地域交流活動や喜成会友の会の活動等を通じて地域の具体的な福祉ニーズを把握するように努めている。
--	---	--

<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p> <p>※社会福祉法人等公益法人以外は評価外</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p>	<p>a</p>	<p>中期経営計画の中で地域の福祉ニーズを把握しそれに応える事業・活動を行うことを明記し、地域交流活動や介護教室を開催しており、現在、主に高齢者を対象に楽しく憩える場所としてサロン活動の立ち上げの働きかけを行っている。</p>
--	----------	---

### 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

##### Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

<p><u>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p>	a	利用者を尊重したサービスの提供についての基本姿勢は中期経営計画・事業計画及び法令遵守マニュアルに明示され、研修会や委員会等において身体拘束廃止や虐待防止等について職員への周知を図っている。
<p><u>Ⅲ-1-(1)-② 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ている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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ているが、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p>	b	利用者に対する入浴時や排泄時の手順書の中にプライバシー保護に関する留意事項が記されているが、設備面ではトイレがカーテンにより仕切られている等、プライバシーを保護する配慮が十分になされていない。

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。

<p><u>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。</p>	a	利用者満足を把握するためアンケートを年2回実施している。また、意見や要望があれば回答すると共に改善に向けての取組を行っている。
--	---	---

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

<p><u>Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</u></p> <p>【判断基準】 a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。 b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分でない。 c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p>	a	利用者が相談等を述べたいときのために相談窓口を文書で表記し各階に掲示する等、利用者に伝えるための取組が行われている。
<p><u>Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</u></p> <p>【判断基準】 a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。 b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。 c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p>	b	苦情解決体制が確立され利用者等に周知を図っているが、苦情内容や苦情結果を公表するまでには至っていない。
<p><u>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</u></p> <p>【判断基準】 a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。 b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。 c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>	a	相談・苦情等対応マニュアルが作成されており、提供するサービスについて相談(意見・提案)、苦情を解決するための必要な事項が定められている。意見等があった場合は検討の上当該利用者に対するサービスの改善に努めている。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

#### Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

<p><u>Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p>	b	サービスについての自己評価・第三者評価は今回が初めての評価である。
<p><u>Ⅲ-2-(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、改善策・改善実施計画を立て実施している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。</p> <p>c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p>	c	今回が初めての受審なので、評価結果に基づく改善策は立てていない。

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。

<p><u>Ⅲ-2-(2)-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サービスが提供されている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p>	a	提供するサービスについての標準的な実施方法が文書化され職員研修も行われおり、それに基づいてサービスが実施されている。
<p><u>Ⅲ-2-(2)-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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。</p>	b	サービスの標準的な実施方法は特養会議等で毎月検討しているが、マニュアル等の種類も多く多岐にわたるため、検証・見直しが十分なされているとはいえない。

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

<p><u>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p>	<p>b</p>	<p>各関係部署に利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況の記録があるが、書き方が職員によって差異がある。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の記録の管理や開示についての個人情報保護マニュアルを作成しているが、職員に対する研修や利用者・家族への説明は十分なされていない。</p>
<p><u>Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の状況に関する情報については、パソコンを利用したネットワークやケアプランに基づいたケアカンファレンスの定期的な開催などにより職員間で共有されている。</p>

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

#### Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<p><u>Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。</p>	a	利用希望者がサービスを選択するために必要な情報は、インターネットのホームページや法人のパンフレット、広報誌で公開している。
<p><u>Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p>	a	サービス開始時に利用者・家族に重要事項説明書等で詳しく説明し同意を得ている。

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

<p><u>Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p>	a	利用者の心身の状況の変化や家族の事情の変化等で他の事業所や家庭等へ移行する場合の援助については重要事項説明書や契約書に記載し、担当の窓口も決めている。
--	---	---

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

#### Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

<p><u>Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。</u></p> <p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を具体的に明示している。</p> <p>b) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を十分には明示し</p> <p>c) 利用者の心身の状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を明示していない。</p>	a	利用者の心身の状況や生活状況等を組織が定めた様式に記録し、利用者・家族のニーズや意向を反映させ、介護や看護、機能訓練等の多職種の職員が協働してアセスメントを実施している。
--	---	---

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

<p><u>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。評価基準の考え方と評価のポイント</p>	<p>a</p>	<p>全体を統括する責任者を配置し、多職種職員が合議し、利用者・家族の意向を踏まえて総合的な援助の方針を定めたサービス実施計画を策定している。</p>
<p><u>Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p>	<p>b</p>	<p>サービスの実施計画の評価・見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、サービスの実施状況の確認や担当者からの報告が十分に出来ていないため、責任者が総合的な視点で情報管理できているとは言えない。</p>

## 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
A-1 支援の基本		
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	b	<p>生活のメリハリがつくように更衣を行い、食事時はリビングへ移動し、排泄は出来るだけトイレで行っている。また重度の利用者にも離床の機会を持っている。希望があれば買物や外食、墓参り、実家に帰るなどの支援も行っている。利用者が出来ることは自分で行えるように支援し自立に向けた援助も行っているが利用者全員には行き届いていない。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	b	<p>職員は利用者との信頼関係を築けるように常に利用者に寄り添うケアを行っている為、利用者は思いや希望を話しやすい雰囲気となっている。また意思表示が困難な利用者は表情から読み取ったり、普段の関わりの中からそれらを読み取り支援している。職員は利用者とのコミュニケーションの大切さを十分に理解しており、常に声掛けを行っているが馴れ合いになってしまう事があり、言葉づかいの配慮ができていない場面がある。</p>

A-2 身体介護

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	<p>a</p>	<p>浴槽は機械浴、一般浴、シャワーチェアなどが整っており利用者の状態に応じた入浴方法で安心して安全に入浴することが出来ている。また入浴前には健康チェックを看護師が行い、本人の意向を伺いながら入浴を行っている。曜日や時間の変更にも対応しており、入浴を拒否する利用者にも無理強いせず、様々なアプローチを行い入浴を行っている。事業計画にあげられている安全に安心な入浴体制の確保としては、月～土の午前、午後にて入浴できるように時間を増やすことで職員はゆとりをもち、利用者にはゆっくと入浴できるようになった。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>排泄記録は利用者ごとに記入されており、利用者一人ひとりの排泄のリズムを掴み、1日の水分量を1500cc摂取し、活動性を上げ「オムツ外し」に取り組んでいる。排泄は出来るだけトイレにて行い、必要であれば二人介助にて安全に行っているが、トイレがカーテンで仕切られているためプライバシーの確保が十分に出来ていない所がある。</p>
<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>定期的な移乗、移動介助の勉強会を行っており、利用者の状態に応じ安全な移乗、移動の介助を行っている。また福祉用具も準備されており、利用者にあった物を利用している。ベッドは業者が定期的に点検を行っているが車椅子については定期的には行っていない。またリビングにはテーブルやソファがあり、車椅子移動時にテーブルなどを動かして移動することがある。</p>
<p>A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 褥瘡の発生予防を行っている。</p> <p>b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 褥瘡の発生予防を行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>褥瘡マニュアルを作成し、リーダー会議では他職種が参加し、褥瘡予防について話し合う機会を持っている。また体位交換、エアマットの利用、栄養管理、衛生面にも配慮し、離床の機会も持ち褥瘡の発生予防を行っている。</p>

A-3 食生活

<p><u>A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。</p> <p>c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。</p>	<p>b</p>	<p>管理栄養師が嗜好調査を行い、献立に反映させている。献立には季節の食材を利用したり、行事食を提供し季節を味わっている。また週に1回、おやつ作りを行っており、ホットケーキやたこ焼きなどを作る楽しみがある。食事に選択性の取入れがないが嫌いな物には代替をして提供している。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>食事介助についてのマニュアル、栄養ケア計画を作成しており、利用者の状態に応じて、普通食、ソフト食、プリン食を提供している。主治医、医療、介護の職員が連携し栄養状態を確認し、必要な利用者には栄養補助食品も提供している。食事前には嚥下体操を行い、食事量、水分量のチェックをし利用者ごとに記録している。</p>
<p><u>A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p> <p>b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>歯科衛生士により毎月、口腔内の状態、咀嚼嚥下機能のチェックを行い、口腔ケアの計画書を作成している。また職員に対し、口腔ケアの指導も行っている。職員は定期的に口腔ケアの研修にも参加し、毎食後の口腔ケアを実施、嚥下体操なども行い、口腔機能の保持、改善に努めている。</p>

A-4 終末期の対応

<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。</p> <p>c) 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順がない。</p>	<p>b</p>	<p>看取りに関する指針を作成しており、家族の希望があれば十分に説明した上で施設での看取りを行っている。対応の手順を明らかにし、看取り計画を作成し、主治医、看護、介護の職員が連携し対応しているが研修については全職員が参加できていない。</p>
---	----------	---

A-5 認知症ケア

<p><u>A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p> <p>b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の様子を記録し、それをもとに職員間で話し合い、その人に合ったケアを行っている。また残存機能を生かし、自分で出来ることは自分で行えるように支援している。常に認知症の研修には参加しケアに活かしている。</p>
<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p>	<p>b</p>	<p>異食などには十分注意し片付けを行っており、いくつかソファを置き、利用者が居心地の良い場所で過ごせるように工夫している。また利用者同士がトラブルにならないように職員が配慮している。居室には大きく書いた表札がかかってはいるがトイレ等一目でわかるような表示は十分ではない。</p>

A-6 機能訓練、介護予防

<p>A-6-① <u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>利用者一人ひとりの機能訓練のプログラムを専門職が作成し定期的に評価、見直しを行っている。日常生活のリハビリでは座位保持、音楽療法、排泄介助時の立位動作など行っている。</p>
---	----------	--

A-7 健康管理、衛生管理

<p><u>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。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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ている。</p> <p>b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p>	<p>a</p>	<p>看護・介護職員が連携し健康管理、服薬管理を毎日行い、記録し、状態変化には早期対応が行われている。往診の医師は週4回きており、定期的に主治医の診察を受け、体調を崩したときは随時受診している。</p>
<p><u>A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</u></p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p> <p>b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>感染症予防及びまん延防止マニュアルを作成し、保健所より講師を迎え内部研修を行っている。職員の予防接種の費用負担を行い、職員の健康状態をはじめ、家族の感染症のチェックも行い感染症の予防対策を行っている。</p>

A-8 建物・設備

<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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。</p> <p>b) 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が、十分ではない。</p> <p>c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。</p>	<p>b</p>	<p>居室には加湿器を設置し湿度を調整し、共有スペースにはソファなどを置き、季節のものを飾るなど、居心地の良い雰囲気作りに配慮している。エレベーターやベッドは業者が定期的に点検を行っているが、建物や設備に関しては不具合が合った時に修理を行い対応している。</p>
---	----------	---

A-9 家族との連携

<p>A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の家族との連携を行っていない。</p>	<p>a</p>	<p>家族が面会に来られたときやケアプランの確認時、要望等を聞く機会を設けており、状態が変化したときには利用者の状況を説明している。また行事の案内をし、参加、協力をしてもらっている。また家族会が作られおり、総会や役員会などを定期的に開催し、家族との連携を図るように努めている。</p>
---	----------	--