

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2010 年 6 月 15 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002
住 所 札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-251-3897

評 価 機 関 名 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 第10-006号

代 表 者 氏 名 会長 三宅浩次

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	藤田 裕行	組織・福祉	第00089号
	(2)	坂本 豊	福祉	第00093号
	(3)	坂上 智之	福祉	第00008号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	やまと苑			
運営法人名称	社会福祉法人 えりも福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009年7月16日	～	2010年6月15日	
利用者調査実施時期	2009年7月16日	～	2009年8月17日	
訪問調査日	2009年9月28日			
評価合議日	2010年4月8日			
評価結果報告日	2010年6月15日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

北海道社会福祉協議会

②事業者情報

名称：社会福祉法人 えりも福祉会 (やまと苑)	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：理事長 砂原 勲	定員(利用人数)： 40 名
所在地：〒058-0205 北海道幌泉郡えりも町字大和106番地の3	TEL 01466-2-2777

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○サービス向上に向けた積極性 職員の問題意識として、サービス向上を目指した資格取得や人材育成など、できることから改善していこうという、決して現状に満足しない積極性が顕著に見られます。</p> <p>○自主的な自己評価の取り組み 平成17年度から第三者評価55項目を活用した自主的な自己評価を実施し、また、職員自らが施設内での自律的指針としての「職員目標6項目」の徹底を図るなど、着実な実績を上げていることは、次の段階として、組織体系の改善、地域における主体的な専門機関としての展望が期待できます。</p> <p>○利用者本位のサービス提供 サービス提供を行うための実施計画において、PDCAサイクルを継続して取り組みを行うことが重要なことと考えられます。事業所においては、サービスの質の向上を目的として、各セクションごとの職員会議や利用者・家族の意向を反映させた積み上げをベースとして自己評価を行い、結果、事業所の計画の見直し・各種マニュアルの改訂や追加などサービスを提供しうるハード・ソフト面に反映させる仕組みが確立されており、このことは利用者本位のサービス提供を第一義に考えた取り組みとして大きく評価されます。</p> <p>○サービス提供の一貫性 介護員、看護師は同じスタッフルームで仕事をし、円滑なコミュニケーションが図られるよう工夫をしています。施設サービス計画書は、いつでも閲覧可能な状態であり、スタッフは施設サービス計画書を確認し、確認後押印する取り決めがあり、施設サービス計画書の周知が図られています。施設サービス計画書と支援経過記録やモニタリングは連動しており、一貫性のあるサービス提供がなされています。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>○中長期計画の策定 単年度のサイクルで、事業計画⇒実施⇒評価⇒次年度への改善が図られています。制度の変化や地域環境の変化等を踏まえて、3~5年のサイクルを想定した財務・人材育成・機構改革・サービス改善を視野に入れた計画の具体化を期待します。法人経営の計画的向上の第1歩として、職員意向調査に基づく、人材育成・研修計画・資格取得の促進を推進できる土壌はできていると思われます。</p> <p>○食事提供時間の検討 主食と汁物は温かく提供していますが、副食は温かく提供できていません。食堂と厨房は隣接しており、一斉に提供している状況を検討する事が期待されます。また、夕食は17時の提供となっておりますが、一般家庭との比較や、朝食までの時間を考え、適切な提供時間の検討が期待されます。</p> <p>○医師との連携強化 健康診断の内容について異常がなければ連絡がないなど、医師とのコミュニケーション不足がうかがえます。施設の状況説明や健康診断内容のコピーの提供を受けるなど、双方向でのコミュニケーションの工夫が期待されます。</p> <p>○誤薬時対応マニュアルの整備及びAED設置の検討 誤薬事故の対応を定めたマニュアルが策定されていません。配薬や与薬の間違ひは、発生頻度の高い種類の事故であり、かつ健康状態に影響を与える可能性が高いため、誤薬時の対応マニュアルを早急に整備することが望まれます。また、病状が変化しやすい高齢者が多い施設なのでAED設置の検討が望まれます。</p>

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価の低かった項目、改善を求められる点については鋭意努力し、改善に向けて取り組んで参りたいと考えます。また、評価の高かった項目、評価の高い点については、さらなる質の向上に向けて取り組んで参ります。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 21 年 8 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 えりも福祉会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム やまと苑	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 058-0205 北海道幌泉郡えりも町字大和106番地の3		
電話	01466-2-2777		
FAX	01466-2-3777		
E-mail	iimu01@erimohukusikai.or.jp		
URL			
施設長氏名	鍵谷 俊一		
調査対応ご担当者	柳 貴人 (所属、職名：事務課長)		
利用定員	40名	開設年	平成 6 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：(理念)社会福祉法、介護保険法、老人福祉法の基本理念である「利用者本位」を施設経営の使命として利用者の「自立と生活の質の向上」に努めます。(えりも福祉会経営基本方針)上記経営理念のもと経営基本方針を次のとおりとします。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の基本的人権を尊重し、自立生活を支援します。 2. 利用者本位の安全で質の高いサービスを提供し、生活の質の向上に努めます。 3. 居宅サービス利用者の自立した日常生活を目指し、その事業の拡充と推進に努めます。 4. 安定経営の継続のため、経営分析と合わせ、経営管理システムを構築し、財務の健全化を推進します。 5. 施設職員としての使命感を高めるよう適正な労務管理と人事考課等への調査研究に取組みます。 6. 個人情報保護とその適正な運用に努めます。 7. 地域との結びつきを深め地域社会の一員として支えあうことのできる施設づくりを目指します。 			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

短期入所生活介護事業 (定員10名)、通所介護事業 (定員25名)

【利用者の状況に関する事項】（平成21年8月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
0 名	1 名	2 名	2 名	9 名	13 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
6 名	6 名	1 名	40 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	2名	1名	0名	1名	0名	0名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	0名	2名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	5名	1名	2名	1名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
0名	0名	0名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	0名	0名	0名
そううつ病	0名	0名	0名
非定型精神病	0名	0名	0名
てんかん	0名	0名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	0名	0名	0名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
2名	5名	5名	9名	3名	9名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
3名	1名	0名	1名	1名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
1名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 40.6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成21年8月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	27名	1名	2名	1名	0名
非常勤	7.33名	0名	0名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	17名	0名	1名	0名
非常勤	0名	3.4名	0名	1.3名	0名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	2名	0名	1名
非常勤	0名	0名	2名	0.03名	0.6名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	2名 ()名
介護福祉士	11名 ()名
保育士	名 ()名
	名 ()名
	名 ()名

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	2,115.2 m ²	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	6年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
(2) 園庭面積	m ²	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	m ²	
(3) 敷地面積	m ²	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

241 人

・ボランティアの業務

花壇植栽、花壇除草、利用者衣類補修、施設内清掃、行事の際の演芸出演（民謡・カラオケ）、小学生演芸発表、保育所園児演芸発表

【実習生の受け入れ】

・平成 20 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 3 人

その他 20 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

年に1回 利用者アンケートを実施しています。実施内容としては、日常のサービス内容、施設空間の快適さ、職員の対応に、施設の総合的評価、施設への要望について聞き取りを実施しています。この取り組みについては、事業計画の中の介護サービス計画の重点目標、介護サービス向上委員会の事業計画・重点目標にも位置づけられており、アンケートを実施しての評価と課題抽出をおこない、そこから出された改善策は利用者のサービスの質の向上へと反映されています。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	法人理念は、えりも福祉会経営理念として、パンフレット、事業計画に記載し、施設内にも掲示している。理念自体は、根拠法の基本理念を準用しているが、基本方針、各部門ごとの事業計画、委員会ごとの重点事項により具体化され、業務との整合性が確認できる。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は、えりも福祉会経営基本方針として明文化しており、各会議、委員会での協議に当たって、職員の業務における共通認識として機能している。基本方針「地域との結びつきを深め地域社会の一員として支えあうことのできる施設づくりを目指します」は、将来に向けた目標として位置づけ、職員によるボランティア活動の動機にもなっている。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	各会議、委員会において、基本方針の具体化と、部門ごとのきめ細かな目標設定をしている。各種の計画策定に当たっては、職員が独自に設定した「職員目標（6項目）」をベースとした共通認識が浸透している。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	広報誌に掲載するとともに、入所説明や家族懇談会において年1回は説明している。ただし、理解を促す資料の工夫や頻度において、より改善の余地があると思われる。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	理念や基本方針の実現に向けたビジョンは、会議や委員会において検討している。また、当面する課題については、単年度サイクルでの事業計画の評価・改善を実施している。今後は中・長期にわたる課題や問題点を明確にし、ビジョン実現のための取り組みを期待したい。
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。	c	理念や基本方針の実現に向けたビジョンは、会議や委員会において検討し、当面する課題については、単年度サイクルでの事業計画の評価・改善を実施している。各年度の事業計画への中・長期計画の反映はないが、今後、職員の課題意識として積極的な取り組みを志向している人材育成等をきっかけとすれば、中・長期的な目標設定ができる環境になってくると思われる。
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	平成20年度業務報告書に記載している各会議・委員会の開催状況においても、課題が生じた段階での対応が確認できる。各計画は、業務報告における評価を翌年度の事業計画に反映している。課題の中には単年度での解決が困難なものも想定され、そのような課題から、中期的目標設定につなげる方法もある。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	上記に記載したとおり、職員の課題認識は共通していることが伺える。一方、家族アンケートでは、施設からの説明・情報提供には満足度が高いものの、サービス計画等の周知度がやや低い結果となっている。

I-3 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
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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。	b	広報委員会や管理業務会議において、職員の資質向上、給与の考え方等の労務管理の考え方、施設の方向性を表明している。職員の信頼状況の把握、評価に関する意識的な取り組みを検討することが課題である。
I-3-(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	社会福祉法人の組織的な法令体系については学習中である。施設長が体系的な理解を深めることにより、遵守すべき法令等の全体像を職員に示すことを目標とされたい。施設長から職員に対し、法令遵守に関する原則的な理解を促している。また、外部研修への参加を促すことにより、道路交通法等、社会的な責任の自覚を促している。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	施設職員（施設長含む）による介護サービス向上委員会、リスクマネジメント委員会、人材育成マネジメント委員会、感染予防対策委員会を設置し、課題を協議し改善する組織体制は整っている。介護サービス向上委員会においては、基本ケアマニュアル改定時に内部研修を実施し、業務改善に合わせて暫定マニュアルとして、逐次、改定を実施している。実態の評価は、利用者アンケート等を活用している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b	平成17年から、第三者評価の共通55項目について自己評価を実施し、自主的な経営分析を行っている。各計画において、理念・基本方針の実現に向けた重点項目を設定し、目標の明確化に努めているが、未だ全職員の共通認識という実感を持ってはいない。月1回開催の管理業務会議を始めとする、各会議において臨機応変な改善を図っている。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	b	老人福祉施設協議会等の研修で制度等の情勢を把握する機会はある。地域における唯一の高齢者福祉に関する専門資源として地域情報は共有しているが、データや情報を的確に把握する積極的な取組みはなく、中・長期計画への反映にも至っていない。
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り組みを行っている。	b	平成20年度は、財務データ分析を実施するとともに、利用者アンケートをベースにしたサービス向上の分析を継続している。サービス向上に関する課題は職員に共有されているが、経営課題については、全職員への周知には至っていない。事業計画に的確に反映されているという評価がもてないでいる。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	専門家による外部監査は実施していない。公認会計士等の専門家による監査は、法人規模によっては経費的にも困難を伴う実態がある。数年に1回の頻度等、努力目標として検討されたい。

II-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
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。	c	人材育成に関する基本方針、人員体制の枠組みは設定しているが、人事管理に関する基本的考え方という形で特化してはいない。専門資格の取得促進は、事業計画の施設事業関係の方針の中に明記し、重点事項であることが伺えるが、組織としての人事計画を具体化しているプランとしては示されていない。
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。	c	法人の基本方針には、施設職員としての使命感を高めるような適正な労務管理と人事考課等への調査研究に取り組む旨を明記している。事業所として、積極的な人材育成に取り組んでいる姿勢が伺えることから、よりの確かな人事管理を実現するため、人事考課等の手法を検討することが有効と思われる。
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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	事業計画・業務報告に、職員にとって働きがいのある職場環境の醸成を明記し、具体的には、有給休暇消化率の調査・改善の実施が確認できる。体制的には、経営実務会議と管理業務会議を毎月開催し、検討の場は設けている。ただし、アンケートや面談による職員意向調査の実施は実現しておらず、今後の課題となっている。
II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的指針」に挙げられる従事者の余暇活動や日常生活に対する支援を行うなど、従事者のニーズに的確に対応した福利厚生事業の推進を図ることが求められている。現在、実施されている取り組みは、職員相互の懇談の場の提供等が確認できたが、職員のニーズ把握等、改善の余地はあるものと思われる。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	平成20年度の人材育成マネジメント委員会事業への評価によると、年間テーマとして介護保険等サービスの向上を掲げ、年間8回に及ぶ企画と評価により体系的な内部研修を実施している。課題としては、より計画性の高い研修体系の構築と、個別指導要綱の整備による個別対応が挙げられている。一層の進展が期待できる。
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り組みが行われている。	c	法人で5サービス事業を展開しているが、1施設を核とした構成であり、人的資源に限りがあり、どの人材にどの位のレベルを求めめるかを未だ確立していない。その中で、事務分掌の目標設定、評価等により、法人内のサービス・業務の特質に応じた工夫をしている。課題は、前項と同様である。
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。	c	研修受講後の復命は実施しているが、研修計画・個別指導要綱の未整備により、フィードバックが図られないでいる。
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受入に関する基本姿勢は、「社会福祉の発展に寄与する人材育成を施設の社会的責務という観点から可能な限り受け入れ」とし、積極的姿勢が伺える。また、担当者・連絡窓口、実習の概要・注意事項、実習中の責任の所在等を記載したマニュアルを整備している。
II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	b	プログラムは、厚生労働省「ホームヘルパー養成研修事業実施要綱」及び日本社会事業学校連盟、全国社会福祉協議会の「実習指導マニュアル」に準じている。学校と連携したプログラム作成や種別プログラムの整備等、より効率的な実習を図るための改善を目指されたい。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	事故発生時の対応については、事務課業務計画で防災訓練計画に基づいた訓練の実施、火災等への迅速な連絡体制を示し、業務課業務計画で事故防止・軽減のための方針・計画を示している。災害・事故・感染症等への対応は、管理部門・リスクマネジメント委員会、感染予防対策委員会でのケース検討等の実施、マニュアルの整備が確認できる。
II-3-(1)-② 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。	b	リスク分析・検討については、施設長が委員長となって、事務課長、業務課長、リスクマネジメント担当、看護師、及びケースによっては医師を構成メンバーとする事故検討会において、要因分析を実施している。平成20年度段階では、対症療法的な対応に留まり、組織の体制整備やマニュアル等の評価・見直しに課題を残す。マニュアル・技術等の周知・徹底の職員研修は年4回以上開催している。

II-4 地域との交流と連携

	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	事業計画の基本方針7に、地域との結びつきを深め地域社会の一員として支えあう施設づくりを明記している。地域の行事等の情報は掲示され、利用者の参加に当たっては職員等の援助体制は確保できている。地域の諸機関、住民の方々との日常的なコミュニケーションは密に行なわれているが、利用者の日常生活における個別ニーズがないことから地域資源の利用は、移動売店、理髪以外ない状況である。以前にはかかりつけの美容室の利用も見られたが、潜在的なニーズの有無を分析するには至っていない。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	専門的機能の地域還元に関して、実施する体制はあるが、事業としては実施していない。地域唯一の介護の専門機関として、より開かれた活動が法人の社会貢献を高めることになることから、積極展開を図られたい。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	b	ボランティアは、地元の高校の福祉科、及び3団体から月10名ほど受け入れている。内容は、繕い、花壇の手入れ、話し相手等である。（清掃、洗濯は専任の職員あり）マニュアルは整備しているが、研修は特に実施していない。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	事業計画に町や関係機関との密接な連携の方向性を明示している。関係機関の連絡先等のリストは確認でき、職員の中でも情報の共有はしている。ただし、その必要性や実際の連携は限定された職員が行っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	町内における介護の唯一の専門機関として、町、医療機関、防災関係機関等との連携は当然ある。共通課題に関する協働も、必要に応じて実施しているが、関係機関を網羅した定期的な連絡会議等、体系的なネットワークには至っていない。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	各事業や関係機関等との情報共有を通じたニーズ把握には努めているが、具体的な福祉ニーズの把握までには至っていない。地域で唯一の介護の専門機関として、主体的な役割が期待されていることは認識している。

<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>c</p>	<p>事業者が、独自に計画的な取り組みを積極的に展開している状況にはない。把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動の中・長期計画に盛り込み、地域生活を支援する事業展開を期待したい。</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	コメント
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者を尊重したサービス提供について、基本理念に明示している。また、事業所内に「6つの方針」を掲示しており、その中で「より利用者を尊重する姿勢」を掲げ、職種を問わず共通理解ができる仕組みを図っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者のプライバシー保護に関する取り組みは「職員行動指針」や基本的ケアマニュアルにうたわれている。事業所内においては、職員会議などでもその周知を図っている。</p>
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。</p>	<p>a</p>	<p>家族懇談会及び随時面会の機会を設けており、また、事業所の環境、職員の入所者への対応や事業所に対する要望や改善事項を項目とした無記名アンケートを実施している。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>アンケート結果及びその活用方についての取り組みは、事業所内に設けられた介護サービス向上委員会で議事として検討している。今後、アンケートや要望に対し、どのような具体的な計画や対応を行うのか、利用者家族への提示或いは検討に家族等が参画することを期待する。</p>
<p>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>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>事業所内に苦情・意見の申し立て及びその解決方法について掲示している。また、事業所内に従業者の顔写真も掲載しており、相談する相手を選べるなどの配慮もしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>苦情処理については、パンフレット及び入所時の重要事項説明書に明記し、苦情受付簿「相談・支援の方法」として記録及び処理している。また、苦情解決責任者及び担当者については事業所内に掲示もしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者からの苦情に対しては、「苦情処理簿」により担当者及び責任者が対応し、苦情の要因分析及び利用者・家族への対応を迅速に行っていることが伺える。また、事業所においては苦情や意見を運営に反映させている。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>平成18年度より福祉サービス第三者評価基準を用いて、自己評価を行っている。評価については次年度の事業計画策定前に9ヶ月間のスパンで行い、評価結果を基に活かしている。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p>	<p>a</p>	<p>自己評価の分析結果から、課題を抽出し、管理業務会議において協議している。課題を明確化し、事業所の介護サービス計画や相談援助計画、看護計画等に重点目標として掲げている。</p>

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	抽出された課題に関しては、各セクションごとに各事業計画に重点目標として盛り込まれている。また、今回第三者評価を受審するに当たり、各セクション職員の個々の評価に始まりセクションの評価、さらに事業所全体での評価決定という一連の流れについても評価に資する。
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。	a	事業所における個々のサービスに関するマニュアルを整備している。その根幹は事業所の理念や方針、職員行動基準に沿い利用者本位、プライバシー保護に基づくものである。また、事業所の各セクションの計画は利用者の尊重重視をうたっている。
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。	a	各種マニュアルは、事業所の感染予防、リスクマネジメント、介護サービス向上等の各委員会で見直しが適宜行われ、事業所として年1回改訂も行われている。また、事業計画上においても未整備のマニュアル着手を検討している。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	利用者一人ひとりについて、個別に記録しており、サービスの実施計画の内容が反映されている。
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。	b	個人情報保護規程及び文書規定により保存年限を定めている。また、事業所のパンフレットや契約書においても保護と情報開示について明記している。今後、規程における文書管理者責任者の明確化を期待する。
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。	b	利用者に関する各種情報については、口頭・文書にて伝達し共有は電子媒体を活用している。また、職員が休暇をとる場合についての申し送りの体制も整備している。しかし、情報の記載について職員個々の力量等の要因もあり、今後、記録の平準化が望まれる。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
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。	b	パンフレットに事業所のサービス概要や設備について掲載している。また、事業計画や財務内容の開示について、希望に添い閲覧できるようになっている。今後、地域への情報提供の一環としてHPの開設について望まれる。
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。	a	事業所のサービス開始にあたり重要事項説明書を用いサービス内容や料金を説明した上で、同意を得て契約を取り交わしている。
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。		
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。	a	移行に際し、事業所として担当者相談員を決め、病院等の紹介あるいは居宅介護支援事業者の紹介を行うとともに、移行先への情報提供を行っている。また、サービス終了後においても事業所として相談員が窓口になるなど配慮を行っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
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。	a	事業所として利用者一人ひとりの身体状況や、生活を把握するために、統一した様式と手順に従いアセスメントを実施している。また、定期的な見直しを行っている。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	個々の利用者の具体的なニーズの把握や課題の抽出についてアセスメント表に明示している。

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。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者個々の計画策定について、職員の横断的な会議を基に、家族の意向を踏まえて策定している。
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。	a	サービス実施計画の見直しは、担当者会議をはじめとする各横断的な会議と家族の意向を十分に踏まえ見直しを行っている。見直しについては連絡票にその経過等を綴っている。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 利用者の尊重		
A-1-(1)-① 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	契約書および重要事項説明書はわかりやすい内容となっており、利用開始時に説明を行い、署名と捺印で同意されたことが確認できる。
A-1-(1)-② 施設サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	c	利用者の意思表示能力の有無に関わらず、家族との三者契約の形態となっている。意思表示能力がない利用者には成年後見制度活用の必要性を認識している。
A-1-(1)-③ 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。	a	契約書の第6条に基づき、変更手続きを行っている。変更契約書はわかりやすい内容となっており、署名と捺印により説明と同意が確認できる。必要に応じて、個別に説明する体制がある。
A-1-(1)-④ 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに充分配慮されている。	a	パンフレットはわかりやすい内容で、サービス内容との整合性もあり、適切なものとなっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
A-1-(2)-① 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	b	現在、個人購読をしている利用者はいないが、希望があれば対応することは可能である。離床時にテレビのあるロビーで過ごすため、静かに過ごしたい人に応えられていないとのことだが、座る場所や音量での配慮が望まれる。
A-1-(2)-② 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。	b	売店の設置や訪問による販売は行われていない。日用品の買い物は、希望による注文で対応可能となっている。年に2回、買い物レクリエーションで外出支援をしており、その際に購入することも可能である。
A-1-(2)-③ 施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。	a	毎月、季節の行事を行っており、毎日レクリエーション（サークル活動）を行っている。参加の意向を確認したり、体調面も考慮しながら、希望に応じて参加している。
A-1-(2)-④ 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。	a	面会時間は決められているが、標準的な時間設定となっている。面会場所は、ロビーのソファなどの他、居室で過ごすことも可能であり、希望の場所で過ごすことができる。
A-1-(2)-⑤ 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。	b	通院時の移送サービスは行っているが、外出、外泊の送迎および付き添いの支援は行っていない。介護用品の貸し出しについては、希望に応じて行っている。
A-1-(2)-⑥ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	現在は、喫煙や飲酒を楽しむ利用者はいない。希望があれば、分煙対策や防火対策を行い、場所を決めて楽しんでもらうことは可能である。
A-1-(2)-⑦ 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	b	預かり金取り扱い要領を定め、適切に行っている。必要な物品については、家族に確認の上、施設の立て替え払いで購入し、施設利用料請求時に立て替え分を精算している。施設内で現金を使用して買い物する機会はなく、床頭台の施錠など自己管理を支援する仕組みはない。

A-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2-(1) アセスメント・施設サービス計画		
A-2-(1)-① 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。	c	計画作成段階で、家族などから意向について確認しているが、希望や要望は少ない状況である。家族の積極的な関わりも少なく、施設側からサービス担当者会議へ参加を積極的に求めている。家族の希望の有無に関わらず、参加を促していくことが期待される。
A-2-(1)-② 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。	b	関係職種と連携し施設サービス計画書が作成されている。嘱託医の指示事項については看護師から伝達されるが、施設の状況とそぐわないこともあり、施設の状況説明など、コミュニケーションの工夫が期待される。
A-2-(1)-③ 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。	b	情報収集と課題分析は行っているが、自立支援、要介護状態悪化防止の取り組みという側面では十分と考えていない。「なぜこの利用者にはこうするのか」というエビデンスに基づいた介護の実践を検討していく事が期待される。
A-2-(1)-④ 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。	a	施設サービス計画書は、いつでも閲覧できるようになっている。スタッフは確認後に押印する取り決めがあり、周知されている事が確認できる。施設サービス計画書と支援経過記録やモニタリングは連動している。モニタリングは6ヶ月ごとに実施されている。
A-2-(1)-⑤ 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。	a	面談による説明ができない場合は、電話により説明を行い、郵送による文書での同意を得ている。
2-(2) 食事		
A-2-(2)-① 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	b	食事摂取量、体重の増減などで栄養状態を確認し、栄養ケア計画の作成、カンファレンスを実施している。必要に応じて栄養指導を行っている。管理栄養士は配置していない。
A-2-(2)-② 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。	b	サービス担当者会議で、栄養ケア計画について検討している。栄養ケアに関するマニュアルは策定していない。
A-2-(2)-③ 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。	a	栄養ケア計画を作成し、栄養状態に応じて食事形態の工夫や栄養付加を検討し、高カロリー食やゼリーを提供している。現在、治療食の提供は行われていないが、医師からの指示があれば提供する体制がある。
A-2-(2)-④ 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	b	食堂は、明るく、落ち着いて食べることができる。個々の利用者にあったテーブル、椅子の高さに配慮している。増床により食堂のスペースに余裕がなく、通路を確保するとテーブルの配置が限られてしまい単調な配置となる。季節感を感じられる飾り付けが少なく、楽しく食べることができるような雰囲気作りが望まれる。
A-2-(2)-⑤ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。	b	食堂と厨房が隣接している。主食と汁物は温かく提供しているが、副食は温かく提供できていない。一斉に提供している状況を検討する事が期待される。
A-2-(2)-⑥ 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。	c	夕食は17時の提供となっているが、漁業従事者の多い土地柄で、適切な提供時間と考えている。ゆっくり食べてもらうために、時間差を設けての提供を検討することが期待される。
A-2-(2)-⑦ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	a	食事ケアマニュアルに沿って支援している。箸やスプーン類の自助具の導入、滑り止めマットの使用など、自力で摂取するための工夫をしている。歯科の受診は随時しており、義歯の調整を行い、適切な状態を保っている。

<p>A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状態（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。</p>	<p>a</p>	<p>刻み食やミキサー食など、嚥下状態に合わせた食事形態で提供している。療養食は提供していないが、必要があれば対応可能である。嗜好調査は毎年実施し、献立に反映している。食堂に献立内容を掲示している。</p>
<p>A-2-(2)-⑨ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。</p>	<p>c</p>	<p>保健所の指導により、衛生上の問題から調理担当者が直接利用者と接する場面はない。給食会議には出席し、献立や調理内容を検討している。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>A-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>入浴ケアマニュアルに沿って支援している。機械浴は午前中、一般浴は午後の時間帯で、ほぼ毎日実施している。1人週2回入浴しており、1日に入浴する人数が少ないので、ゆっくり入浴してもらっている。</p>
<p>A-2-(3)-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。</p>	<p>a</p>	<p>感染症防止マニュアルを策定している。現在、感染症の利用者はいないが、入浴順の調整などで対応する仕組みがある。</p>
<p>A-2-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。</p>	<p>b</p>	<p>浴室の暖房は調整できないが、寒くなることはない。浴室の清掃などは毎日実施しているが、実施したことが確認できるチェック表がない。循環濾過式の浴槽なので、水質管理を適切に行っている。</p>
<p>2-(4) 排泄</p>		
<p>A-2-(4)-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>見守りなどの介護が必要な利用者は、カーテンを使用しドアは閉めていない。換気を行い、消臭剤や空気清浄機も設置され、特に臭いが気になるようなことはなかった。</p>
<p>A-2-(4)-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>排泄ケアは、排泄記録を確認し、排泄サイクルを把握して、随時で対応している。個別の利用者の状態に合わせて対応している。</p>
<p>A-2-(4)-③ 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>排泄ケアマニュアルに沿って対応している。トイレの数が多く、安易にオムツを使用せず、トイレへの誘導を基本としている。排泄の介護用具も用意し、個々の状態に応じた排泄ケアを行っている。</p>
<p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>施設内を視察した中で、清掃や消毒が十分行き届いていることを確認した。臭いへの対策として、換気や消臭スプレーを設置している。</p>
<p>2-(5) 整容・清潔</p>		
<p>A-2-(5)-① 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。</p>	<p>a</p>	<p>週1回のシーツ交換と、汚れたときは随時で交換している。</p>
<p>A-2-(5)-② 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の身だしなみや衣類の状況を見る限り、特に汚れが目立つようすは感じられず、整容状況は問題ない。着替えは毎日行っている。</p>
<p>A-2-(5)-③ 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>衣類を選んで購入する機会は少ない。化粧する習慣の利用者は少ない状況であり、おしゃれや化粧の希望がなく、特別な対応はしていない。理容院は定期的に来ているが、美容院は希望があれば外出支援を行うことになる。</p>
<p>A-2-(5)-④ 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>原則として毎食後に口腔ケアを実施している。歯に問題があれば歯科に受診しているが、歯科医などに定期的に確認してもらう仕組みになっていない。</p>
<p>2-(6) 健康管理</p>		
<p>A-2-(6)-① 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。</p>	<p>b</p>	<p>嘱託医による月2回の往診と、年1回の定期健康診断を実施している。健康診断の結果は、異常があれば連絡がある。結果について、コピーをもらうなど把握に努めることが望まれる。</p>
<p>A-2-(6)-② 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。</p>	<p>c</p>	<p>一般状態の確認は毎日している。バイタルに関しては生活の場所なので、検温は毎日の実施、血圧は週2回の測定としている。</p>

A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c	薬の情報提供は受けていない。薬は施錠できる部屋で保管している。与薬マニュアルは策定しているが、誤薬事故の対応を定めたマニュアルは策定していない。誤薬は発生頻度の高い種類の事故で、かつ健康状態に影響を与えるため、誤薬時の対応マニュアルは早急に整備することが望まれる。
A-2-(6)-④ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。	a	水分摂取量の確認をしている。摂取量の少ない利用者に対して、トロミ剤やゼリーなどを使用して、必要な摂取量を確保している。
A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	体位変換や離床を行っている。除圧マットなどの介護用品を取り入れている。保清に配慮し、栄養状態の確認を行い、褥瘡予防に努めている。また、褥瘡予防の内部研修を行い、職員は研鑽に努めている。
A-2-(6)-⑥ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。	a	介護員と看護師が同じ詰め所で仕事を行い、コミュニケーションに配慮している。看護師が不在の時間帯においても、看護師に連絡を行い、医師に状態の報告をして、必要な指示を受けている。
A-2-(6)-⑦ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。	b	緊急時対応のマニュアルを策定している。緊急時には嘱託医に相談し、救急車にて対応することが多い。また、救命講習など内部研修を行い、研鑽に努めている。利用者の病状の急激な変化も考えられるので、AEDの設置を検討することが期待される。
A-2-(6)-⑧ 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。	a	嘱託医と連携し、利用者の病状に応じて、必要な専門医療機関への通院、入院がスムーズに行きやすい体制となっている。
2-(7) 衛生管理		
A-2-(7)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。	a	感染防止マニュアルを策定しており、マニュアルは全てのスタッフに配布し、感染防止の研修を行っている。マニュアルの内容については、毎年見直しをしている。
A-2-(7)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	衛生マニュアルを策定している。マニュアルは全てのスタッフに配布している。食中毒予防のため、清掃、消毒、殺菌を徹底し、厨房の入室制限など、保健所の指導に沿った対応を行っている。
A-2-(7)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。	a	感染防止のため、ペーパータオルの使用、手指の消毒、手洗い、マスクの使用を徹底し、ポスターを掲示して注意を喚起している。来訪者にもマスクを用意し、手指消毒を依頼し、感染予防の対策を徹底している。
A-2-(7)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。	b	施設の温度は機械で制御している。換気も適宜実施され、施設内には空気清浄機を配置している。各所に温湿度計を配置し確認できるが、記録はしていない。
A-2-(7)-⑤ 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。	a	短期入所生活介護の申込書で、健康状態について確認している。感染防止マニュアルに沿って、入所者と同じ対応を行い、感染予防の対策に努めている。
2-(8) 機能回復訓練		
A-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に応じた個別プログラムを策定し、実施している。	b	日常生活の中で行う動作や活動を、生活リハビリとして施設サービス計画書に位置づけ、適宜見直しを行っている。専門的なリハビリテーションの提供が必要な利用者には、専門家のアドバイスを求めて提供する状況になっていない。
2-(9) レクリエーション		
A-2-(9)-① レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。	b	計画的に、行事やレクリエーションを行っている。家族や地域の代表者、ボランティアに参加を呼びかけ、地域との交流を深めている。参加は利用者の意志を尊重しているが、プログラム策定は意向を反映した形になっていない。

2-（10） 移 動		
A-2-（10）-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	a	個々の身体状況に応じた移動方法の取り決めを行い、施設サービス計画書に位置づけている。車椅子は移動のための道具と認識し、座るときには椅子やソファに座り直している。移動の介助は利用者のペースに合わせて行っている。移動の介助で皮膚が弱く傷ができやすい利用者はリフトにて対応している。
2-（11） 認知症高齢者への対応		
A-2-（11）-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	必要に応じて精神科医師に相談できる体制になっている。また、内部研修を行い、研鑽に努めている。スタッフは、認知症のBPSDのアセスメントが不足していると感じており、認知症の症状を理解し、利用者のペースで生活してもらえるよう、個々の状態に合わせた対応が期待される。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束は行っていない。身体拘束廃止マニュアルを策定している。身体拘束廃止の検討は、リスクマネジメント委員会の中で行っている。緊急やむを得ず身体抑制が必要な場合は、その手順を定めている。契約書と重要事項説明書に、身体拘束は行わないことを明記している。
2-（12） 看取りケア		
A-2-（12）-① 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。	c	看取り介護の指針は入所時に説明しているが、その段階で意向の確認はせず、終末期に近いなど必要な時期に意向の確認をしている。今後、重要事項説明書の中に指針を含めていく予定である。
A-2-（12）-② 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。	a	施設で看取り介護を希望されることが多く、事前に家族と協議の上、看取り介護を実施している。看取りの時期は、個室に移動して対応し、家族とゆっくり過ごせるようにしている。
A-2-（12）-③ 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。	a	施設で提供できる医療について、家族に十分説明を行っている。状態に応じて入院が必要な場合は、嘱託医と連携を取り入院がスムーズに行われる体制ができています。