福祉サービス第三者評価結果の公表ガイドライン

①第三者評価機関情報

評価機関名：	有限会社　保健情報サービス

②事業者情報

名称： 介護老人保健施設　寿楽荘		種別：　老人保健施設
代表者氏名：施設長　篠原　みさ子		定員（利用人数）：50名
所在地：鳥取県西伯郡伯耆町長山152-1		
TEL：0859-62-7500		ホームページ：http://care-net.biz/31/houkichp/
【施設・事業の概要】		
開設年月日：平成9年7月（平成12年4月介護保険制度実施）		
職員数	常勤職員：27名	非常勤職員：2名
専門職員	看護師：5名	ケアマネ・相談員：1名
	介護職：18名	管理栄養士：1名
	PT：2名	
施設・設備の概要	（部屋数）個室６床、多床室４４床	（設備等）
	短期入所療養介護（入所50床のうち空ベッド利用4床）	

③理念・基本方針

１）私たちは利用者様に信頼され安心と満足を提供する事を目指します。
２）私は、医療・福祉・保健に貢献します。
３）私は、ご利用様に笑顔とあいさつを提供します。
４）私は、ご利用様に敬語を使います。
５）私は、ご利用様に質の高いサービスを提供します。
６）私は、施設の物を大切に使います。

④施設・事業所の特徴的な取組

寿楽荘では、明るく家庭的な雰囲気を重視し、利用者が「にこやか」で「個性豊か」に過ごす事が出来るようサービス提供に努められています。サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導または説明を行うと共に、利用者の同意を得て実施するよう努められています。隣接する運動公園の自然と、降り注ぐ太陽のもとで錦鯉を鑑賞しながら鳥や犬と一緒にゆっくりと散歩を楽しめるようになってます。あたたかい思いやりと、いたわりでお世話されています。

⑤第３者評価の受診状況

評価実施期間	平成26年10月1日（契約日）～ 平成27年3月　　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

平成９年７月に伯耆中央病院のリハビリ施設として開業され、平成１２年４月に介護保険事業所の介護老人保健施設となられました。伯耆町溝口地区の高齢者が住み慣れた地域で暮らしていくための拠点一つとなっています。系列病院との連携も取られており、利用者・家族も安心して過ごせる施設となっている。特に現在は、日課表による利用者個々の個別ケアの充実が図られています。隣接する運動公園を利用しての自然の中での歩行訓練を取り入れたり、利用者へのプライバシー配慮も含めた個浴対応用の浴室を導入されるなど、利用者本位の運営をされています。

◇改善を求められる点

紙ベースの情報が効率良く共有できる工夫や情報の整理を行われると良いと思います。
サービスの質の向上を目指したPDCAサイクルが実行されています。P（計画）→D（実行）には至っていますが、C(評価）→A(見直し）については、まだ弱い部分が見られます。今後は外部による評価や職員参画の自己評価などを活用しながら、分析評価、見直しをされると良いと思います。また個々の職員の意向把握のための定期的な個人面談を実施されても良いと思います。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

・紙ベースの情報が100％共有出来るようにとは開所以来ずっと悩み、改善してきましたが情報を読み取る個人の資質にも差があり、整理する以前の問題となります。或いはＩＴ導入も考える必要があります。これからは外部評価は勿論、従業員の苦手とする自己評価や分析なども積極的に苦手を得手にする必要があります。折にふれて上層部と個人面談も行って会議やミーティングに出てこない意見を拾いたいと思います。

⑧各評価項目にかかる第三者評価結果　　別紙のとおり

福祉サービス第三者評価結果

※すべての評価項目（45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

	評価項目	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。		
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	事業所が目指していることについては、施説内に掲示してあると共に、個々の職員は名札入れの裏に入れ携行しており、常に気を付けるようにされている。また、週１回のミーティングや、月１回の職員会議に於いて振り返り、周知するようにされている。利用者、家族に対しては、利用開始時に丁寧に説明されている。地域の方に対しては、施設のイベントや地域交流事業の際に理念、基本方針について話をする機会を設けている。広報誌の中でも触れており、広く周知されるよう取り組まれている。

Ⅰ－２　経営状況の把握

	評価項目	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。		
2	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	社会福祉事業全般の動向については、各種研修や勉強会に出席され情報収集に努められている。特に介護分野については細かく収集され、サービスコストの分析や利用者の推移等分析が行われている。
3	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	把握分析された経営状況や経営に対する課題については、役員会等でも共有されている。 経営状況や経営に対する課題について、職員にも公開はされているが、周知に至っていない職員もあります。今後職員の意見を聞いたり、職員会での検討等組織的な運営方法も必要になると思われます。 県の実地指導で指摘された点については改善事項目標としてあげ、改善に取り組まれている。

Ⅰ－3　事業計画の策定

	評価項目	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。		
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。	b	法人の中・長期計画、収支計画が策定されている。中長期計画についても業界の取り巻く変化に伴い見直しが行われています。
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	中長期計画を踏まえた上で、法人、施設それぞれの年度方針を示し、事業計画が策定されている。想定されるリスクに備えるうえでも設備や器具の導入等も盛り込まれる。
	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	事業計画を推進するために職員に対して年初に説明し周知をされる。職務分担表や看護師の職務内容についても詳しく説明される。計画推進をより高い成果を求めるために従業員旅行の際に他事業所の見学を実施したり、苦情やヒアリハット事例については全職員で共有するするようにされいる。年度末には評価、見直しが行われ次年度計画に繋げられている。
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。	b	事業計画を利用者や家族等に周知頂くための取り組みについては事業所内掲示等に留まっており、弱いように感じました。家族に対して分かり易い資料作りが必要かもしれません。

Ⅰ－4　福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	評価項目	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。		
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。	b	サービスの質の向上を目指し、PDCAサイクルを実行されようとされている。P（計画）→D（実行）には至っていますが、C(評価）→A(見直し）については、まだ弱い部分が見られる。今後は外部による評価や職員参画の自己評価などを活用しながら、分析評価、見直しをされると良いと思う。
9	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。	b	改善事項目標等の改善策は作成されており、改善の実施状況も把握され評価も実施されている。今後、必要に応じて改善計画の見直しを行われることを期待する。 今後、第三者評価結果、第三者評価基準を利用した職員の自己評価を行いその結果を基に、取り組むべき課題を明らかにしていき、計画的な改善策を実施されることを期待する。

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

	評価項目	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。		
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。	a	施設長を含めた経営層は会議や研修において自らの役割と責任を表明するなど、組織内に十分に伝え、理解を得られるようにされている。
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。	a	施設長を含めた経営層は積極的に研修等にも参加し、遵守すべき法令等の最新盤を把握するよう努めている。遵守すべき法令等をマニュアルにも取り込んでおられる。職員の理解を深めるために、通常の研修やビデオ研修が実施されている。遵守すべき法令等は福祉分野に限らず、消費者保護や雇用・労働や防災、環境への配慮の分野に及んでいる。
	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。	a	施設長を含めた経営層は、介護サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行い、課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。
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。	a	施設長を含めた経営層は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。

Ⅱ－２　福祉人材の確保・育成

	評価項目	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。		
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。	a	サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。資格取得等についても進められている。
15	Ⅱ－２－(1)－②　総合的な人事管理が行われている。	a	法人の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」も明確にされている。人事面に於いても基準が定められており採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準が明確に示されており、職員等に周知されている。職員能力考課も実施されており、資格手当ての支給がされている。
	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組んでいる。	b	残業の軽減を積極的に行われている。また、有給休暇の消化状況の把握にも努められている。ハード面についても、２階に個浴を設置したり、改善も行われ、時短の為の工夫もされている。福利厚生制度も充実されており、健康診断、社員旅行、２ヶ月に１回の食事会、忘新年会も行われています。 個々の職員の意見を把握するための個人面談が現在行われていませんので面談等の実施が望まれます。

	Ⅱ－２－(3)　職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	職員一人ひとりの介護福祉士、介護支援専門員の資格取得等の希望を把握され、バックアップが行なわれている。
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。	a	年度に必要な研修内容を検討し、事業所の研修計画により研修は実施されている。新人研修、社会福祉協議会の研修に参加されており、研修後の伝達講習や回覧研修も行われている。
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。	a	施設内研修は、職種や就業年数、新任・現任を問わず研修計画が整理され、研修報告の提出や、能力考課、キャリアパスを導入して実践されている。職種と経験年数（就業年数）ごとに本人の希望とレベルに合わせた施設外研修等の参加を促している。
	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・育成について体制については、希望があれば対応するが、今のところ希望者がおられない。

Ⅱ－３　運営の透明性の確保

	評価項目	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。		
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	法人、事業所の事業報告、決算情報が適切に公開されている。 苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した広報誌等を配られている。
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	鳥取県の指導監査を定期的に受けている。会計面についても透明性が確保されている。運営面については介護サービス情報の公表にて公表されている。

Ⅱ－４　地域との交流、地域貢

	評価項目	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。		
23	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。	b	町内有線TVや新聞等で地域の情報を収集して頂いている。保険者である南部みのかや連合施設の介護相談員が訪問されての交流や中学生が職場に来られる。地域の彼岸市や運動会、文化祭に行かれたりもする。
24	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	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢はマニュアルに示されており、企画・研修委員が受入れの担当となっている。ボランティア参加者には、利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項も伝え、ボランティア名簿も整備されている。
	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	保険者である南部みのかや連合とは連携が取られている。地域ケア会議なども定期的に行っている。鳥取県老健協会にも加入されている。
	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　福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	花見の時期に運動公園を開放したり、事業所の行事の際に個別相談も行われている。町内有線TVや新聞等で施設の案内や紹介などもされている。
27	Ⅱ－4－(3)－②　地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	個別相談等も随時受け付けている。講師派遣については要望があれば対応される。

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

	評価項目	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。		
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。	a	理念や基本方針に、利用者を尊重したサービスの実施について明示し、職員が理解し実践されている。
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。	a	利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する規程・マニュアル等についても整備されており、職員に研修も実施されている。一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。
	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。	a	介護サービス情報の公表に情報を登録し広く公表されている。パンフレットも用意されている。また、役場の介護保険係やケアマネジャーに情報提供されている。利用希望者から問い合わせや見学についても随時受付しており応じられている。
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。	a	サービスの開始時には、重要事項説明書を用いて施設の基本的ルール、サービス内容や利用者負担金等について説明し、同意を得られている。
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。	a	サービス開始時には、現在の居場所へ訪問し利用者の状態について把握されている。サービス終了時が在宅復帰であれば退所前訪問を行い在宅生活についての提案や助言、サービス調整を行っている。サービス終了時が看取りであれば、利用者に苦痛の無い最後が迎えられるよう配慮されている。
	Ⅲ－１－(3)　利用者満足の向上に努めている。		
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。	b	意見箱の設置はある。利用者アンケートの実施はないが、日々職員が話をして意向を取り入れることがある。家族へ向けてのアンケート調査は実施されている。食事については嗜好調査が実施されており、栄養士による直接利用者の方の所に行って要望を聞いて対応している。
	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。		
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	苦情解決制度が事業所内外に用意されており、契約時に重要事項説明書等を使用し説明されている。事業内の掲示版にも掲示されている。
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	苦情対策委員会も立ち上げられた。意見箱も設置されている。利用者に対しては１日１回は個別に話をするようにされている。家族に対しては相談会も開催されている。食事については嗜好調査が実施されており、栄養士による直接利用者の方の所に行って要望を聞いて対応している。
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。	a	苦情対策委員会で検討され対応される。リスクマネジメントについては安全管理委員会と協調して検討が行われる。検討されて対応策は、利用者本人や家族に対して説明され解決される。

	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。		
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	安全管理委員会が設置されており、リスクマネジメント体制が整えられている。看護師の役割も定められており、法人内の協力医療機関とも連携が取れる体制が取られている。
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。	a	安全管理委員会の他、院内感染症委員会で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が整えられている。感染症に関するマニュアルも整備されている。万が一生した場合には、外部清掃会社のみでなく、施設内でも清掃の徹底が実施される事となっている。
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。	a	安全管理委員会に於いて様々な災害を想定した災害時のマニュアルも整備されている。連絡網や警報装置の設置も整えられている。避難訓練や消火訓練等も定期的に実施されている。備蓄についても用意されている。

Ⅲ－2　福祉サービスの質の確保

	評価項目	第三者評価結果	コメント
	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。	a	各種マニュアルが整備されており、標準的な実施方法についての手順書となっている。
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	各種マニュアルについては、適時見直しや追加されている。見直しの時期の設定や見直しの手順についての検討をされると良いと思う。
	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	利用者の心身状況や生活状況等を、施設が定めた手順と調査票の書式により、アセスメントは行われており、利用者一人ひとりのニーズや課題を明らかにされている。アセスメントの定期的な見直しも行われている。短期が３ヶ月、長期が６ヶ月となっている。アセスメントを基にカンファレンスが開催され利用者の希望も取り入れたサービス実施計画が作成され、利用者にも丁寧に説明し、同意を得るようにされている。
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。	a	モニタリング表に基づき見直しは実施されている。見直しの期間は短期が３ヶ月、長期が６ヶ月となっている。急変等による緊急の見直しの場合にも対応される。
	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	計画の内容や個人記録等については、職員間で共有されており、朝夕申し送りも、一人ひとりの利用者について申し送りノートや口頭にて実施されている。紙ベースのサービス記録を効率よく共有できる工夫をされても良いと思う。
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	利用者に関する記録の管理については、パソコンについては、USBの使用禁止やアクセス権の導入が行われている。紙ベースの記録にについては、鍵のかかる書庫管理となっている。紙ベースの情報についての整理や紙ベースの情報について使いやすい工夫をされても良いと思う。個人情報の保護についてはマニュアルも作成されており、事業所内に掲示もされている。職員には誓約書も取られている。

福祉サービス第三者評価結果
（付加基準ー老人保健施設版ー）

※すべての評価項目（25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記入する。

A-1 サービスの開始・継続

	評価項目	評価結果	判断理由
	A-１-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
1	A-1-(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。	a	介護サービス情報の公表に情報を登録し広く公表されている。パンフッレトも用意されている。また、役場の介護保険係やケアマネジャーに情報提供されている。利用希望者から問い合わせや見学についても随時受付しており応じられている。
2	A-1-(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	サービスの開始時には、重要事項説明書を用いて施設の基本的ルール、サービス内容や利用者負担金等について説明し、同意を得られている。
	A-１-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
3	A-1-(1)-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	サービス開始時には、現在の居場所へ訪問し利用者の状態について把握されている。サービス終了時が在宅復帰であれば退所前訪問を行い在宅生活についての提案や助言、サービス調整を行っている。サービス終了時が看取りであれば、利用者に苦痛の無い最後が迎えられるよう配慮されている。

A-2 サービス実施計画の策定

	A-2-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
4	A-2-(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	利用者の心身状況や生活状況等を、施設が定めた手順と調査票の書式により、アセスメントは行われており、利用者一人ひとりのニーズや課題を明らかにされている。アセスメントの定期的な見直しも行われている。短期が３ヶ月、長期が６ヶ月となっている。
	A-2-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
5	A-2-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	アセスメントを基にカンファレンスが開催され利用者の希望も取り入れたサービス実施計画が作成され、利用者にも丁寧に説明し、同意を得るようにされている。
6	A-2-(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	モニタリング表に基づき見直しは実施されている。見直しの期間は短期が３ヶ月、長期が６ヶ月となっている。急変等による緊急の見直しの場合にも対応される。

A-2-(3) 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している。			
5	A-2-(3)-① 計画に沿った具体的な支援内容と利用者の状態の推移が分かる記録の仕組みがあり実施されている。	a	ケース記録、個人記録、チェック表等が用意されている。全ての記録は計画と連動されており利用者の状態の変化や推移が分かるようになっている。
A-2-(4) 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。			
7	A-2-(4)-① 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有している。	a	計画の内容や個人記録等については、職員間で共有されており、朝夕申し送りも、一人ひとりの利用者について申し送りノートや口頭にて実施されている。

A-3 サービスの実施

A-3-(1) 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
8	A-3-(1)-① 施設サービス計画に基づいて支援を行っている。	a	職員も利用者一人ひとりの計画をしっかり把握し支援を行っている。利用者がその人らしく生活が継続できるように、生活リハビリに取り組まれている。
9	A-3-(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。	a	利用者とのコミュニケーションについても、ケアプランに記載されている。職員は、利用者に対し１日に１回は個別に話をし、意見要望を聞くようにされている。
10	A-3-(2)-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。	a	利用者一人ひとりの計画に則った個人の日課表が作成され、分かりやすいようにベット横に貼ってあり、利用者にも理解出来るように工夫されている。
A-3-(2) 身体介護			
11	A-3-(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	従来からの大浴槽、特殊浴槽に加え、１対１の個浴対応を実施するために個浴用の浴室も導入された。入浴に関するマニュアルも整備されており、健康上の理由で入浴できない場合や入浴拒否の方への対応についても盛り込まれている。
12	A-3-(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	排泄のついて課題がある利用者に対しては計画にも盛り込み、定期的なトイレ誘導等が行われている。ポータブルトイレ利用の方の場合には自宅や前の生活空間に合わせた位置に設置すなどの工夫をしている。排泄委員によりリハパンなども個々に合わせ色々な種類のものを揃えられている
13	A-3-(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	介助を行えば歩行能力のある利用者には、車椅子を使用しないで、短距離歩行をして頂いている。車椅子については利用者の身体状態に応じたタイプの車椅子を使用されている。
14	A-3-(2)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b	ベットからの起床を促すようにされてたり、福祉用具での対応をされている。

A-3-(3) 食生活			
15	A-3-(3)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	食事については嗜好調査が実施されており、栄養士による直接利用者の方の所に行って要望を聞いて対応している。時期ごとにテーマを決めた食事会の開催や季節の行事も行われる。
16	A-3-(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	朝食については、米飯とパン、牛乳とヨーグルトが選択可能である。基礎疾患については医師からの食箋に従い、除去食についても嗜好調査を行っている。利用者の身体状態に応じて時間をずらしたり、部屋での提供も行っている。シリンジ使用での介助も取り入れられている。
17	A-3-(3)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	食前の口腔体操や食後の歯磨きや入れ歯の洗浄を行っておられる。
A-3-(4) 終末期の対応			
18	A-3-(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	終末期の対応マニュアルもあり、職員研修も行われる。終末期に入られた場合には、家族と施設側とで話し合われ方針を決定される。
A-3-(5) 認知症ケア			
19	A-3-(5)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	認知症対応マニュアルに沿って、配慮しながら進められる。ユマニチュードについても学んでおられる。
20	A-3-(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。	a	施設内の案内を大きな字で分かりやすくすなど、空間認知しやすくなるよう心掛けている。
A-3-(6) 機能訓練、介護予防			
21	A-3-(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。	a	個別通所リハビリ計画に合わせた機能訓練が実施される。
A-3-(7) 健康管理、衛生管理			
22	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が確立している。	b	利用者の体調変化時には、対応マニュアルも用意されており、手順に沿って迅速に対応される。併設の老人保健施設の看護師に助言も頂かれる。
23	A-3-(7)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症マニュアルや食中毒マニュアル等に沿って、手洗い、消毒の励行を行っておられる。
A-3-(8) 建物・設備			
24	A-3-(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。	a	職員は、常に建物・設備の点検を行い安全面に配慮されている。施設内の掃除も業者に委託されているがきれいになっている。
A-3-(9) 家族との連携			
25	A-3-(9)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	b	利用者家族とは、ケアプランの見直しの時期に面談若しくは電話等で話し意見や要望を聞かれている。利用者に急変等があればすぐに家族に連絡するようになっており、日頃より連携が取られている。