

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019 年 9 月 25 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 064-0806

住所 札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4  
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人  
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 18-001

代表者氏名 理事長 吉村 信義



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)	吉村 信義	総合	第0001号
	(2)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(3)	深澤 雅子	組織運営管理	第0010号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	特別養護老人ホーム 厚別栄和荘			
設置者名称	社会福祉法人 栄和会			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 7 月 16 日	～	2019 年 9 月 25 日	
利用者調査実施時期	2013 年 8 月 6 日	～	2013 年 10 月 15 日	
訪問調査日	2013 年 10 月 21 日			
評価合議日	2014 年 2 月 28 日			
評価結果報告日	2019 年 9 月 25 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			

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

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 栄和会

代表者氏名：理事長 藤井 和子

所在地：〒004-0069 札幌市厚別区厚別町山本750番地6

TEL 011-896-5010

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

別紙添付

◇改善を求められる点

別紙添付

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

・今回、第三者評価を受審して、施設全体のことが明確になったように感じている。ケアの部分においては、出来ているという評価を受けており、日頃の業務への取組みは間違っていないという事が証明されたように思う。しかし、この評価におごる事無く常に質の向上に努めていく必要があるとも感じている。

課題としては地域との交流と連携の部分であり、特養も更なる地域貢献や地域との関係性を考えていく必要がある。地域包括ケアシステムの構築においては、入所施設が拠点となるという考えもあり、建物だけの拠点ではなく、アウトリーチを基本とした施設の職員自身が臨機応変に拠点となるような取り組みをしていく必要があると思われる。

今回の受審結果を真摯に受け止め、課題となる地域貢献等のことを重点項目と捉え、対策を検討していきたい。施設だけではなく、法人全体として地域との交流や連携を強化していく必要があると思われる。

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 25 年 9 月 25 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 栄和会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム厚別栄和荘	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 004-0069 札幌市厚別区厚別町山本750番地6		
電 話	011-896-2565		
F A X	011-896-2566		
E-mail	tokuyou-eiwasou@eiwakai.or.jp		
U R L	http://www.eiwakai.or.jp/		
施設長氏名	瀬戸 雅嗣		
調査対応ご担当者	郡司 諭 (所属、職名：生活相談員)		
利用定員	120 名	開設年	平成 25 年 4 月 1 日
<p>基本理念：私たち栄和会職員は利用者、家族、地域社会との和を大切にすることを信条とし、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 その人らしい尊厳ある暮らしの実現を目指します</li> <li>2 自立した生活ができるよう支援します</li> <li>3 専門的な技術と知識を持ち、質の高いサービスを提供します</li> <li>4 安心、安全、快適な施設・設備の充実に努めます</li> </ol> <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 誰に対しても笑顔で敬意を持って接し、誰からも信頼され、地域に永く必要とされる施設を目指します</li> <li>2 一人ひとりの声を大切にし、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めます</li> <li>3 いつまでも「自分らしく」生活していただけるように、支援していくことを私たちの誇りとし、</li> <li>4 職員一人ひとりが、学ぶ心を常に持ち、専門性も向上に努めます</li> </ol>			
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】**

介護老人福祉施設における短期入所生活介護事業（定員16名）
-------------------------------

【利用者の状況に関する事項】（平成 25 年 9 月 25 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	0 名	7 名	7 名	14 名	26 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
26 名	21 名	4 名	105 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	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	1名	名	1名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	11名	6名	3名	3名	名	2名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	3名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	14名	6名	3名	5名	名	3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
名	1名	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	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
16名	10名	15名	15名	13名	12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
4名	6名	2名	名	2名	2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
2名	2名	名	名	2名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 3年5カ月 )

【職員の状況に関する事項】(平成 25 年 9 月 25 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	68名	1名	4名	名	3名
非常勤	13名	名	1名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	2名	48名	名	5名	1名
非常勤	名	7名	名	名	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	名	名	名	3名
非常勤	名	名	名	名	5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	39名 ( 5名)
保育士	名 ( 名)
看護師	4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	5060.91	m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(3) 建築年	平成	7年
(4) 改築年	平成	12年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)		m <sup>2</sup>
(2) 園庭面積		m <sup>2</sup>
(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 <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積		m <sup>2</sup>	
(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 25 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

220 人

・ボランティアの業務

傾聴ボランティア、慰問、お茶会（茶道部による活動）、栄和会祭り（利用者誘導等）

**【実習生の受け入れ】**

・平成 25 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 1 人

その他 45 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。

・ご意見ボックスを設置し、いつでも投函できるようにしています。  
・ご家族との面談を定期的を実施し、その際に意見も聞くようにしています。  
・苦情の担当者を重要事項説明書に記載していたり、施設内に掲示しております。  
・入所者又は家族より頂いたご意見、ご要望、苦情等については苦情要望受付書の作成のうえ、苦情検討委員会にて対応方法について確認、必要に応じて検討を実施し、その後同内容の事案を繰り返していないか1か月後に振り替える機会を設けている。

**【その他特記事項】**



## H25 特別養護老人ホーム厚別栄和荘 総 評

### ◇特に評価の高い点

#### 1. 20年の歩みと多様な機能性

栄和荘は創設以来 20 年間、厚別区の高齢者福祉の基地的役割を担ってきた。施設機能に在宅福祉機能を含め、多様な福祉機関の機能を併有し、隣接するケアハウスと老人保健施設は、相互に密度の高い高齢者福祉へのニーズの充足と、資質向上への役割を栄和荘が中心に担い、この総合的機能は厚別区の高齢者福祉の期待に応える運営となっている。

#### 2. 人材の確保・養成について

法人の理念・基本方針に基づく職員の教育・研修の具体的な計画は約 20 項目にわたり、職員の就業状況を個別に踏まえた職員の養成研修の計画と実施、特に、各種専門委員会の活動を通して資質の向上に係る課題解決と検証は、相互の職員の専門的な資質強化に大きく益している。

#### 3. グループ介護によるケアの充実

利用者 30 人単位のグループケアの導入は、大型施設の利点を含みながら、利用者個々への望ましい対応が図られ、介護の充実とともに安心と温かな雰囲気をもたらしている。

### ◇改善を求められる点

#### 1. 地域とのかかわりと中長期計画の策定について

創立当初の活動は、近隣周辺に居住者が少なく、地域住民と交流できる諸条件に欠けていた。それ故、栄和荘と併設する施設等との交流が中心のサービス指向の固定化を招き、ボランティア活動の組織化、社会資源活用、地域連携等が低調であったと思われる。

今回、平成 25 年度を始期に構想された中長期計画は、近隣の諸状況の変化を踏まえ、新たに事業の役割と地域とのかかわりを重視して、事業展開の相互的効果を目指しており、今後の事業活動と展開に期待したい。

#### 2. 地域ニーズの把握と施設活動

法人は、札幌市の包括支援センター業務を受託している。同センターは、在宅福祉ニーズ等の多様性を専門職者の知識・技能・経験を介して把握・対応し、地域福祉に寄与することにある。当然、当施設機能とは別機関の役割を担い、運営にあっては客観性と中立性が求められる。しかし、施設運営に関して地域のニーズ情報の多様性を客観的に取り入れ、地域のニーズ情報を地域とともに歩む機関相互の専門的機能を運営に活かすことが可能であり、その活用を期待したい。

#### 3. 施設内の環境整備

平成 7 年開設の施設内の設備(一例に、トイレ、浴室等)は老朽化の兆しがあり、利用にあっても個別化やプライバシー保持への配慮などについて、今後の検討に期待したい。

# 評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

社会福祉法人 栄和会

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

特別養護老人ホーム栄和荘

## 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	理念は「利用者・家族・地域との和を大切に、尊厳ある暮らし、自立を支援し、専門的知識・技術で質の高いサービスの提供、安心・安全・快適な施設環境整備に努める」と明文化して、掲出している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本方針は理念を受け「笑顔と敬意で接し、利用者の立場に立ち、自分らしく生活できるよう支えることに誇りを持ち、専門資質の向上に努める」と明記し、業務の場に掲出している。
Ⅰ-1-(2) 理念や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	理念や基本方針は計画された研修や協議の場で確認し、職員はそれぞれの業務課題に活かし、その本旨を実践課題として、組織的に共有している。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	理念・基本方針は利用者や家族が集う場や目につく場に掲出している。法人パンフレットなどに明記し、法人・職員の基本的姿勢が理解されるよう努めている。

## Ⅰ-2 事業計画の策定

	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。	a	23年以降、中長期計画の策定を検討。骨子は 1) サービス（高い専門性と満足の環境整備） 2) 人材育成・研修体制 3) 環境整備・経営基盤 4) 地域社会の係り方。始期は25年度、組織的業務分掌・実施・検証期間を明示している。
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。	a	単年度の事業計画は従来の経緯や評価・検証を含め、このたびの策定された中長期計画の骨子に基づいた事業計画を策定している。
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	職員が分属する褥瘡・安全対策・感染・グループケア等の8業務委員会での協議・検討や業務所掌の組織的業務の解決課題を成果にまとめ、次年度の計画に反映している。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画の職員への周知は、職員が業務分掌や組織上で分属する委員会等での担当業務等を通じ、計画策定の過程に参加しており、事業計画の内容を共有している。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	事業計画は年間の利用者家族への行事等の周知ほか、法人広報紙で貸借対照表などを公表している。今後は事業計画事項の周知の頻度や、わかり易さなどに工夫を期待したい。

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	施設長の業務分掌は明確に役割と責任を明示して、所掌の業務役割を果たしている。しかし、法人本部・他施設の総合管理等の兼職が多く、組織的な分担・役割の実効性、所掌業務の検証・見直しを期待したい。
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。	a	施設長は社会福祉法・関連する介護・安全・災害・衛生・労務など諸法令の理解と周知は業務分掌の組織とともに徹底し、また、順守すべき専門性や倫理の質的向上の取り組みに努めている。
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組に指導力を発揮している。	a	中長期策定の骨子に、職員の資質・サービス向上の計画的な点検と見直しの方針、目標と方法を具体化するなど指導的な役割を示している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	施設長は経営の環境整備や財務関連業務の効果・効率について、計画的な思考と実践や組織的見直しを指導的に取り組んでいる。

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。	a	全国の老人福祉施設（協）への加入、北海道・札幌市の行政動向、所掌業務のニーズとその潜在性・動向の変化を捉え、方向性を確かめ、介護等の環境改善を運営計画に反映している。
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。	a	毎週開催の主要幹部会議では稼働率、収支状況、解決課題等を確認して、年間四半期ごとの経営分析と組織的な対応措置を図っている。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	第三者による外部監査は実施していない。

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。	a	中長期計画は人事考課の見直し、人材確保・養成・研修の確立を柱に、職員の育成・指導体系化を図り、専門性・資質の向上と安定した職場環境作りを目指している。
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。	a	成績・情意考課表を用い、職員は業務改善・苦手克服・自己啓発目標を自己申告。上・下期に反省コメントを提示、2期ともに上司と面接の上、成績と情意（規律・責任・協調・積極性）基準で1次、2次、最終考課を行い、上司の育成アドバイスを提示する合意の考課法を実施している。

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	就労・休暇・時間外等の記録を定期的に確認し、個々の就労状況の把握に努め、年2度の業務考課の面談を通して、相談・改善等に活かしている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生に関しては北海道福利厚生センターに加入しており、心身の健康等の管理に備えている。また法人内の福利厚生の「あわだち会」に加入して、安定した職場環境の維持に努めている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	a	職員の教育・研修に関する基本姿勢は理念・基本方針に示し、中長期計画には、25年度を始期に、方向性を具体的な項目・水準・期限を明らかにしている。
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。	a	研修計画は職員個々の新任職、各職位、経験、分掌上の役割・資格など諸条件を基に、約20項目に涉り、職員の具体的な資質の向上を目的に計画的な取り組みをしている。
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。	a	研修の中長期計画は実施と検証・見直しを含んでいる。単年度計画は前述の人事考課での過程を含め、個別的で定期的な総合的研修として取り組み、その成果と検証は次年度に活かしている。
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。	a	実習生受け入れは組織的な体制を整え、実習校と協議の上、教育課程を具体化し、指導過程を明記している。指導担当者は資質を鍛え、人材養成の社会的役割を担う基本的姿勢で臨んでいる。

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組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）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。	a	感染・安全・事故・災害等への対応は全職員が分属する委員会を設けている。日常的な業務所掌の一環として組織的対応に努め、各活動は規程とマニュアルに基づき、定期的、あるいは状況に応じて開催して、所掌全般の安全の確保などに努めている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	災害想定での消防計画の策定、定期的訓練の実施、職員対応の連絡網の確認、利用者・家族の周知連絡体制、利用者対応備蓄の確認などを各委員会で継続的な確認・見直しをしている。
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。	a	特に、安全委員会では想定される安全確保のためのリスク管理に努め、事故、ヒヤリハット報告で要因・状況等の環境分析を行っている。

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	地域との重要性は役員に地域組織・機関の参加を求め、意向を反映している。定例の祭は地域交流が企画の意図である。また、地域包括支援センターを受託し、地域ニーズの情報収集を行っている。25年度始期中長期計画の地域での役割の開拓と実施に期待したい。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	本事業はケアハウスと老健施設とともに在り、相互の多機能性を活かす関係にある。だが、地域の中・高校の体験学習・職場実習との連携など開拓の余地が多い。今後の活動に期待したい。
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。	c	法人・関連施設の組織的な祭行事を実施しているが、組織的なボランティアの活動の導入体制はない。今後の地域との適切な関係作りの例として、取り組みに期待したい。
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	法人内の事業の多様性(医療を含む)は本施設とともに紹介し、関係機関(一部内在化)との関連性を明確にしている。しかし、職員相互が共有化すべき関係機関との関連性について、周知の徹底と認識の定着に不十分さがある。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	区の行政、区社協、受託して法人活動に内在化した地域包括支援センターなどの働きは、日常的な連携関係である。職員相互の関係機関との適切な連携についての認識を共有されるよう期待したい。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	b	25年度の中長期計画は地域社会との係りを明示した。従来のニーズ把握は、法人全体の施設間や活動機能の活かし方とともにあるのが必然だが、社会資源の明確化や施設機能の還元等の認識に不確かさがあり、今後の計画活動に期待したい。
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。	b	中長期計画は施設開放、ボランティアの受け入れ、地域団体との連携と広報活動の検討を重ねることとしており、今後の活動に期待したい。

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	施設内研修で全職員が意識付けを行い、身体的な支援のみならず、精神的ケアにも配慮しながら、利用者を尊重した支援に取り組んでいる。
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。	a	利用者の尊厳を含め、プライバシーに配慮した規定を備えている。職員は委員会で取り組み状況を確認しながら、運用を行っている。
Ⅲ-1-（2） 利用者の満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-（2）-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	家族の意向を確認する面談を定期的に行っている。さらに家族会の創設を支援し、意向の汲み上げを積極的に行っている。
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。		
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。	a	職員が意向等を聴取する他、オンブズマンが利用者の話を聞き取る仕組みがある。利用者が話しやすい相手を選べるようにしている。
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。	a	苦情受付窓口、担当者が明示されている。その他、施設内にオンブズマンが写真入りで掲示される等、苦情解決の仕組みがある。
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。	a	苦情解決のフローチャートや記録様式が整備され、苦情解決委員会が毎月開催されている。委員会での検討結果は施設内に掲示し、周知を行っている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-（1） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
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。	a	毎年度、自己評価に全職員が取り組んでいる。評価の取りまとめと総括はグループケア検討委員会で行い、中長期計画に定められた外部評価に向け、質の向上に取り組んでいる。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	委員会で明らかになった課題は、改善策を検討している。今後は継続的な質向上の取り組みとなるよう、委員会単位の活動として中長期計画にも反映していくよう仕組みを整えている。
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。		
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。	a	サービスのマニュアルが整備されている。新人職員が入職した場合には、ベテラン職員が1か月共に業務にあたりながら、標準的なサービスが行なえるよう指導している。
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。	b	事業所には8つの委員会が設置され、それぞれが所管するマニュアルについての適時の見直しを行っている。しかし定期的な見直しの機会は設定されておらず、随時の改善点は伝達されているが、文書化にタイムラグが発生する場合がある。

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	個別記録は、カードックス方式を利用し、計画に沿って実施されているかを確認しながら記載するようにしている。申し送りノートなども活用し、必要な記録を行う仕組みがある。
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	個人情報保護規定等が整備されている。しかし、施設の間取りを変更した際に職員詰所を利用者スペースに転換しているため、職員が記録を取る場所がなく、個人記録が適切に管理されていない場面がみられる。
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。	a	ケアにあたる職員に対し、会議や委員会からの伝達の仕組みが整えられている。パソコンを利用した情報の共有には、アクセス制限を設けて保護を行っている。

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。	a	パンフレットには、事業所の情報だけでなく法人が運営する介護保険施設が掲載されている。また、ホームページも整備しており、定期的に更新している。
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	見学を勧めたり、契約書等の説明は事前に行い、一度持ち帰ってもらって疑問点などに対応している。料金表などの資料を用意し、理解しやすいよう工夫を行っている。
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	家族の意向を尊重しながら、必要に応じて転入先に合わせた書式や申し送りを行っている。契約終了後も、相談員を窓口として必要な支援を行う仕組みがある。

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	アセスメントは「ケアチェック表」の書式に従い、居室担当職員が行っている。また、個別機能訓練評価を作業療法士が行い、生活面から見た専門職の評価を含め、多角的に協議している。
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	施設サービス計画は、日常的な利用者の希望を基にし、計画策定時毎に家族の意向面談を行い聴取している。計画作成の会議には介護職員、栄養士、機能訓練士、相談員などの他職種が参加し、具体的内容まで詳細な計画を立案している。
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	計画の見直しは、1か月、3か月、6か月目に行っている。評価項目ごとに実行状況と達成状況だけでなく、利用者と家族の意見と満足度を記載し、課題と目標を比較して次の計画作成に活用している。

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	利用者や家族にわかりやすいよう配慮されている。職員配置などの細かな運営状況が適切に反映されるよう随時の見直しを行い、契約前の説明は家族等が理解できるよう時間をかけて行っている。
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。	b	利用者及び家族との契約が行われている。身寄りがない場合などは、本人が信頼するキーパーソンや保護課の担当者などとも話し合い、必要な場合には成年後見制度の活用なども視野に入れ、支援を行うことが期待される。
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	介護保険法の改正などにより、利用契約に変更が生じる場合は、内容を通知し、家族説明会を行っている。個別にも質問に応じた上で、契約変更部分について書面で同意を得ている。
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、わかりやすさに十分配慮されている。	a	法人パンフレット及びホームページがあり、事業所の基本方針や「グループケア」について分かり易く記載されている。広報誌「ひだまり」でも職員の取り組みなどが紹介されている。
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。	a	利用者の生活単位である「グループ」ごとに自由に読めるように新聞等が設置されている。テレビも居間に複数設置し、好みのものを観られるようにしている。個人的に新聞の購読をしている利用者もいる。
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。	a	個別や少人数で買い物に出かけることもある。施設内の売店のほか、青果や洋服の移動販売があり、ドラッグストアなどから配達してもらうことも出来る。
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	事業所全体の祭などもあるが、30名の利用者ごとにグループケアを行っており、それぞれの利用者の希望に合わせた行事や、アクティビティが行われている。
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	ロビーや居室での面会はもちろん、個室ではない利用者の場合でもゆっくりと話が出来るよう、職員の休憩室や会議室等を家族などに開放している。
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。	a	利用者と家族の希望を叶え、安全な外出となるように配慮している。車いすなどの貸し出しや介護タクシーなどの案内、外出中の家族のケアのコツなどを伝えている。
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	事業所の1階に喫煙室があり、医師のアドバイスを受けながら、喫煙の習慣を継続している利用者がある。また生活の場であるという視点から、適度な飲酒も可能となる。
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。	a	預り金は利用者により2万円程度とし、日用品などの購入を行っている。明細と残高を定期的に報告している。利用者が個人的に管理する場合も、職員が必要な支援を行っている。



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。	b	施設サービス計画作成にあたり、本人や家族の意向はサービス担当者会議の前月に介護支援専門員等が家族面談を行い、意見や要望を取り入れるよう図っているが、利用者、家族に会議への参加案内はしていない。参加を意識した取り組みを期待したい。
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。	a	施設サービス計画の作成にあたっては、介護、看護、相談職、栄養士、機能訓練指導員など専門職の参加を得て意見を聞き、個別の課題や目標を計画に反映するよう行っている。医師の意見や指示は、看護師を介して施設サービス計画に反映させている。
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。	a	施設サービス計画作成にあたっては、アセスメントを行い、利用者個々にとって自立した生活とは何かを十分検討し、要介護状態の軽減や悪化を防止するよう具体的な取り組みがなされている。
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	施設サービス計画は、いつでも閲覧できるようになっており、1カ月、3カ月、6カ月毎の定期的なモニタリングの他、日常の介護場面に於いても随時見直しを行っている。サービス計画内容は職員間で共有し、目標達成に努めている。
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	施設サービス計画の内容については、直接本人や家族の面会時に説明しているが、更に必要に応じて電話を利用して説明し理解を得るよう努めている。家族の同意については、郵送で対応し文書で確認をとっている。
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。	a	管理栄養士を配置している。一人ひとりの食事摂取量、体重の増減等で栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成している。カンファレンス等でモニタリングを行い、全ての利用者へ栄養ケアマネジメントを適切に提供する仕組みが整備されている。
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。	a	栄養ケア計画は利用者の栄養状態について、管理栄養士、医師、看護師、介護福祉士、介護支援専門員等多職種と連携をとり、カンファレンスを行った上で作成し、実施している。
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	医師からの適切な指示のもと、栄養ケアマネジメントを行い、作成された栄養ケア計画に基づき身体状況、栄養状態、嗜好に応じて個別に栄養計画が立てられている。計画に基づき個々に適切な食事提供がなされている。
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。	a	食堂の採光、温湿度等良好な環境保持に努め、食事を美味しく落ち着いて食べられるように喫食環境に配慮している。食堂のテーブルと椅子の高さは個々に合わせ、テーブルメイトに配慮し、食事用エプロンの使用は、個人の希望を尊重している。
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。	a	食事は適温で食べられるように配慮している。保温食器を使用し、食べる直前に盛り付けるなど工夫している。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>食事は朝食8時、昼食12時、夕食18時と適時に提供しているが、個人のペースに合わせ摂取時間を十分確保している。下膳の音や職員の足音などに注意し、落ち着いてゆっくり食事がとれるよう、周囲の環境にも配慮している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>自力摂取の可能性について検討し、施設サービス計画に位置付け、具体的に取り組んでいる。義歯の調整や手指の機能訓練、自助具の使用等工夫し、自力で摂取できるように支援している。自力摂取困難な場合は、個々に適切に食事介助を行っている。</p>
<p>A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状況（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>利用者の健康状態や咀嚼能力等の身体状況を考慮して、適切な食事を提供している。嚥下能力の状態により、刻み食、ミキサー食、とろみ食などに対応し、病状に応じて医師の指示による治療食を提供している。嗜好調査を行い、献立に反映されるように配慮している。</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>a</p>	<p>調理担当者は直接利用者とのコミュニケーションをとり、嗜好やニーズの把握に努めている。給食会議には調理担当者も参加して、情報の共有をはかり、その結果を調理や献立に反映させている。</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>入浴は入浴ケアマニュアルに基づき、利用者の心身の状態や個人の希望、状況に配慮して行っている。週2回以上の入浴を基本として、一般浴、介護浴、ストレッチャーを利用する機械浴があり、個々の心身の事情に配慮して、清拭なども行っている。</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>感染症マニュアルに基づき、実施している。入浴の順番調整をして、対応する仕組みがある。入浴後は浴室、浴槽、物品の清掃、消毒を徹底し、感染防止に努めている。</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>a</p>	<p>浴室・脱衣場は適切に温度管理され、清掃・消毒は毎日実施し、確認している。循環濾過式の大浴槽は排水して清掃・消毒を徹底して行い、浴槽の湯は水質検査を行い、衛生管理に努めている。</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>排泄介護には、居室が個室でない場合は必ずプライバシーカーテンを閉めて行っている。換気を行い消臭剤を使用している。トイレ誘導等で職員が話しかける際は、言葉かけに注意し、プライバシー保護に配慮している。</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>排泄ケアは個々の水分摂取量や排泄記録等から排泄サイクルを把握し、一人ひとりの状況に配慮して対応している。オムツ交換は随時交換を基本としている。利用者の精神面や身体状況について、配慮しながら行っている。</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基づき、実施している。安易にオムツを使用することなく、トイレへの誘導を基本として対応している。排泄チェック表を活用して排泄パターンを把握し、1人ひとりに応じてさりげなくトイレへの誘導を行い、自立排泄に取り組んでいる。</p>
<p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p>	<p>b</p>	<p>トイレの清掃は専門業者に委託し、毎日清掃・消毒を行い、汚染された場合はすぐに清掃し、清潔を保つよう実施している。一部のトイレは仕切りにカーテン等を使用し、プライバシーに配慮されていない箇所があるが、快適な使用への配慮を期待する。</p>

2 - (5) 整容・清潔		
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。	a	週1回定期的にシーツ交換を行い、汚れた時は随時交換している。洗濯は専門業者委託であるが、寝具、リネンの衛生管理に配慮し、常に清潔が保たれるよう行っている。
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。	a	清潔保持に配慮し、下着交換は毎日、衣服交換は入浴日に行い、汚れのある時は随時交換している。爪切り、耳掃除は入浴日に行っている。洗髪できない利用者に対しても、頭髮の清潔が保持されるよう配慮している。
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。	a	生活場面や季節に適した服装をするよう支援している。就寝時と起床時の服装を区別し、日中パジャマ姿で食堂へ来ることをしないよう注意し、季節に応じた衣替えが出来るよう家族と相談している。希望に沿い、衣服の購入や訪問理・美容室の利用について案内している。
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。	a	毎食後口腔ケアを実施し、口腔内の清潔保持に努めている。食後の嗽、義歯の手入れを行い、個人に合わせ脱脂綿で口腔内残渣物の除去を行う等、口腔内の清潔保持に努めている。歯科医による口腔内状態の点検が行われている。
2 - (6) 健康管理		
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。	a	入所時に健康診断を実施し、入所後は年2回定期的に健康診断を実施し、適切に記録整理されている。診断項目は医師の指示のもと、一般検査や頭部撮影検査など適切なものとなっており、診断結果をもとに健康計画を作成している。
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。	a	利用者のバイタルサイン、食事摂取量、排泄状況、睡眠状態を観察、チェック、記録を行い、職員間で情報を共有している。状態が変化した場合、必要に応じて医師に連絡し、適切に対応している。
A - 2 - (6) - ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	a	内服薬、外用薬は医務室で管理され、医師の指示の下で行われている。個々の服用している薬剤について、職員は薬の目的、性質、効果、副作用、注意事項について適切な情報を得ている。服用忘れや使用に誤りがないよう、その都度確認している。
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	個々の水分チェック表を確認しながら、必要な水分が確保できるように適切に支援している。好みに応じ、お茶、コーヒー、ジュース、ゼリー等に対応し摂取量の少ない利用者に対しては、とろみ剤やゼリー等で工夫している。
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	褥瘡予防マニュアルを整備し、褥瘡予防委員会を設置、月1回定期的に開催している。看護師、介護職員、栄養士、相談員等が話し合い、対応策を検討している。体位交換、離床、除圧マットの使用、栄養の確保、保温、清潔保持など具体的に取り組んでいる。褥瘡予防の内部研修を実施している。
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	嘱託医による週2回の定期的な往診で、日常健康管理を行っている。看護師及び職員は24時間体制で、必要な医師の指示、助言、診断、治療が受けられるよう嘱託医や協力病院との連携を図っている。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>緊急時対応マニュアルを策定し、職員の認識の共有を図っている。緊急時には嘱託医に相談し、医療機関への協力依頼、救急車の手配等に対応している。職員は緊急時には落ち着いて適切な対応ができるように、日頃から内部研修や訓練を行っている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の傷病状態に応じて、嘱託医と相談し、適切に必要な専門医療機関への受診や治療、入院が行えるよう医療連携が確保される体制にある。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>感染症・食中毒防止委員会があり、感染防止マニュアルを策定し、全職員が周知し、活用できるように努めている。感染防止の為の内部研修を行い、必要に応じて見直しをしている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>衛生管理マニュアルが策定され、衛生管理体制が確立している。厨房内は毎日清掃し、調理器具や食器の消毒・殺菌を行う等、衛生管理を徹底している。厨房室の外来者の入室を禁止し、調理関係者の衣服や履物の衛生・清潔に配慮している。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>感染防止を図る為、利用者、職員、来訪者に手洗い、嗽の励行を徹底している。ペーパータオルの使用、手指の消毒、必要時にはマスクの使用を促し、施設内にポスターを掲示して、注意を喚起している。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>温湿度計を設置し、室内の温度は適切に管理している。換気も良好であるが、冬季は湿度の適切な管理が難しく、乾燥気味である。部屋により加湿器の使用で対応しているが、全施設内ではない。適切な湿度保持を期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>短期入所者には、感染防止マニュアルに沿って入所者と同様の感染症対策をとっている。利用前に申込み書や面談で感染症の有無や健康状態について確認し、適切に対応している。</p>
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>機能回復訓練は医師の指示の下、個々の利用者の身体状況に沿って個別プログラムを策定し、実施している。日常生活での動作を生活リハビリとして、施設サービス計画書に位置づけている。専門的なリハビリが必要な利用者には、理学療法士、柔道整復師を配置して対応している。</p>
<p>2-(9) レクリエーション</p>		
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>レクリエーションや行事は、利用者の趣味や意向が反映されるよう実施している。法人主催の栄和祭では、関連施設の利用者や地域の人の多数参加がある。グループごとのレクリエーションでは、花火大会や紅葉狩りなど利用者の希望や季節に合わせて行っている。</p>

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	移動のケアに際しては、利用者個々の状態に応じた個別ケアを実践している。車椅子や歩行器、ベッドの高さ等は利用者の身体状況を考慮して用意し、移動の際は利用者のペースに合わせ、安全に配慮しながら適切に支援している。
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。	a	認知症高齢者のBPSD（認知症の行動と心理的症状）のアセスメントを行った上で個別状況を把握し、施設サービス計画を作成している。危険防止等施設全体の環境を整備し、個々に合わせたケアを行っている。職員は内外の研修を受け、精神科医のアドバイスを得ている。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束禁止マニュアルを策定している。身体拘束・虐待禁止委員会では相談員、看護師、介護士、機能訓練指導員が参加・検討し、身体拘束のないケアを実施している。全職員が身体拘束についての具体的内容について研修し、周知を図っている。
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。	a	現在看取り加算は算定していない。看取りについては入所時に説明し、「ターミナルケアに関する指針」により、家族や本人の意向の確認を行っている。状況が変化した場合は、再度家族の意向の確認を行い、看取りケア実施の際は計画書の変更を行い、対応している。看取りケアの職員研修を実施している。
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。	b	看取り加算は算定していないが、家族の要望に沿い、自然発生的に看取りケアの実施を経験している。看取りの為に家族等が宿泊する部屋の使用は出来ていない。今後の取り組みに期待したい。
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	終末期に近い等の状況の時には、医療機関との連携を図り、医師の指示のもと適切に対応している。必要に応じて、医師の往診や医療機関への入院可能な体制になっている。