

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年3月17日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0061

住所

札幌市中央区南1条西5丁目7
愛生館ビル601B

電話番号 011-281-5871

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 第7号

代表者氏名 理事長 三上 重之



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)	立花 富士男	組織・福祉	C-006
	(2)	深澤 雅子	福祉	B-045
	(3)	黒河 悦子	福祉	B-086
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	慈徳ハイツ			
運営法人名称	社会福祉法人 愛和福祉会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2008年6月26日	～	2009年3月17日	
利用者調査実施時期	2008年9月15日	～	2008年10月30日	
訪問調査日	2009年1月15日			
評価合議日	2009年3月10日			
評価結果報告日	2009年3月17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			

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

NPO法人 福祉サービス評価機構Kネット

②事業者情報

名称：特別養護老人ホーム 慈徳ハイツ	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：松原 隆行	定員(利用人数)：50名
所在地：〒065-0024 札幌市東区北24条東18丁目4-30	TEL 011-784-0443

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>1、法人では理事会の業務執行機関性を強化する方針の下、理事長はじめ、理事が法人内の老人介護施設や障害者施設、児童施設等の各施設の管理責任性を担い、法人の理念、基本方針の具現化をめざしている。当施設も日々職員と共にその任を全うすべく努力をしており、その姿勢に職員の信頼も厚い。</p> <p>2、職員は常に利用者に明るく、温かな声かけに徹し、チームケアの方針の下に、丁寧な介護に専念をしており、利用者、家族からの信頼も厚いことが家族アンケートからも窺える。</p> <p>3、建物は古く改築計画を進めつつあるが、その現状を踏まえつつ、与えられた空間の有機的活用やサービス展開について工夫をしている。、利用者が自分の力で活用できるように、手摺りの設置や備品の大きさ、形、配置など利用者の動線と能力に合わせた配慮があり、個々やグループの支援にも職員の工夫を随所に見ることができる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>1、サービス実施に係わり組織的評価の体制整備とその準備は今回が初めてとの印象が強いと思われる。しかし、従来から個別支援計画が法定化され、年間の業務評価の定例化が行われていることなどから考えれば、定例的・定期的に職員の意見・判断・評価が集約されていると考える。しかし、今回の評価に当たって、職場の業務認識が計画的・定期的な業務運営の確認の大切さについて、明確さに欠けていることが問題と判断した。更なる業務実績を踏まえて、利用者本位の支援にたち、支援課題の明確化・評価の組織的検討と計画化を期待したい。</p> <p>2、栄養ケアマネジメントについては関係職員の連携の基に、栄養計画の策定・専門職によるマネジメント・喫食環境の改善についてなど積極的に検討しており、今後の近い段階での成果に期待したい。</p> <p>3、ボランティアの導入については既往のボランティアの成果が維持されて活用されているが、新たな受け入れ対応の組織化に苦勞しているとのことであった。今日の福祉施設が抱えている喫緊の忙しさに原因があるとのことであったが、それ故にこそ地域社会の資源活用についてさらなる検討を期待したい。</p>
--

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

例年、「介護情報の公表」制度及び「介護保険サービス評価に関する北海道基準（介護老人福祉施設）」による自己評価等によって評価、見直しを行っているところである。加えて、この度「第三者評価」を実施することによって、どちらかといえば一方通行になりがちな自己評価（自己認知）について、より客観的に広がりを持って再確認することが出来た。また、自己評価の過程では、同じ事柄に関してそれぞれの部署や職員間で達成度の認識が異なるなど、日常業務の中では意外に確認し合っていない事柄を発見することが出来た。今回の評価過程と評価結果を今後も事業内容の見直し等に反映させていきたい。

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 20 年 8 月 4 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 愛和福祉会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム慈徳ハイツ	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒065-0024 札幌市東区北24条東18丁目4-30		
電話	011-784-0433		
FAX	011-784-5128		
E-mail	iitoku@aiwafukusikai.or.jp		
URL	http://www.aiwafukusikai.or.jp/iitoku/		
施設長氏名	松原 隆行		
調査対応ご担当者	松原隆行 (所属、職名：施設長)		
利用定員	50名	開設年	昭和 58 年 5 月 23 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>①施設介護サービス計画に基づき、入浴、排泄、食事等の介護、相談及び援助、その他の日常生活上の世話、健康管理及び療養上の世話をし、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように努めます。</p> <p>②利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供いたします。</p> <p>③明るく家庭的な雰囲気有し、地域や家族との結びつきを重視した運営を行います。</p> <p>④保健医療サービス又は福祉サービスを提供する機関との連携を持った運営を行います。</p>			
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)

- ①短絹入所生活介護 ②居宅介護支援事業 ③通所介護 (定員23名) ④介護予防センター

【利用者の状況に関する事項】（平成20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	0名	2名	10名	11名	12名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
10名	5名	名	50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	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	7名	6名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	1名	名	名	名	名	名
合計	7名	7名	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
名	2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ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
10名	4名	6名	7名	4名	6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	0名	1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
0名	3名	0名	2名	1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	1名		

(平均利用期間： 4年4ヶ月)

【職員の状況に関する事項】 (平成20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	26名	1名	1名	0名	1名
非常勤	7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	4名	15名	0名	3名	0名
非常勤	0名	4名	0名	0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	0名	0名	0名
非常勤	0名	0名	0名	1名	2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	3名 ()名
介護福祉士	15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	1,612.31 m ²		
(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	昭和	58年	
(4) 改築年	平成	10年 一部	

○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 19 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

152 人

・ボランティアの業務

外出行事付き添い介助、施設内行事の時の演芸、カラオケサークルの開催、生け花の指導、利用者の話相手、衣類の修繕、歌と踊りの披露

【実習生の受け入れ】

・平成 19 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 _____ 人

介護福祉士 11 人

その他 _____ 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。

①意見箱の設置 ②利用者懇談会の開催 ③オンブズマン ④アンケート

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果

社会福祉法人 愛和福祉会

特別養護老人ホーム 慈徳ハイツ

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	法人は法の精神に基づき、地域の特性、利用者の意向を尊重した介護老人福祉施設固有の理念を明文化している。また明文化された理念は施設内に掲示すると共に年度事業計画等に記載し、職員、利用者・家族にもわかりやすく説明している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づく基本方針を事業計画等に明示し、理念と整合した職員の行動規範となるよう具体化を図っている。
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	常にカンファレンスや職員会議、職員研修の場において理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取り組みに努めている。
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	理念や基本方針は、利用者の入所時の契約書、重要事項説明書に記載し説明している。また家族懇談会などでも説明し、その周知を図っている。しかし高齢化・重度化などの変化に応じた家族等への周知の方法や頻度などについて工夫が求められる。

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。	a	法人の基本方針に沿った中・長期計画が策定されており、組織・設備・職員体制・人材育成等について具体的な目標を定めた計画を立てている。
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	中・長期計画に基づき、各年度事業計画が策定されており、その年度内における事業内容を具体的に示し、実施可能な計画になっている。
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。	b	施設長を中心に介護、相談、総務担当職業者が役割分担して策定し、職員に周知を図っている。しかし、的確な実施状況の把握に基づく評価・見直しについては取り組みつつも、更なる組織的且つ個別・分析的な検討とその実施記録が求められる。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	役職者による事業計画策定に当たっては、役職者が事前に職員の意向を踏まえた結果のことであるので、職員は周知している。利用者にはホームページ、パンフレットで周知を図っている。しかし周知方法などについて、直接的な手法などの工夫が求められる。

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。	a	施設長は、管理者として自らの役割と責任について明らかにし、職員会議や研修時において施設運営に関わったの統率性、指導性及び専門性の維持に責任があることを率直に説明している。
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。	a	管理者として遵守すべき法令研修には積極的に参加すると共に職員にもその内容を必ず報告して周知に努めている。また資料もリスト化し、供覧している。
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	管理者はサービスの質の定期的・継続的な評価分析を行うと共に、職員の意向を汲み取り具体的な改善点を示し、自らも積極的に活動に参加している。
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。	a	管理者は経営・業務の改善のために人事・労務・財務の合理化と効率化を目的に勤務条件の改善を図り、組織的合意を得て福祉サービスの質の向上に努めている。

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。	a	常に法人内役員会等で情報交換を行うと共に、必要に応じて行政関係機関からも情報を得て、事業経営を取り巻く環境を的確に把握し、中・長期計画や年度事業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り組みを行っている。	a	随時、法人内の共通課題の検討を重ねながら、情報交換し、施設の人件費、物件費、介護費等のコスト分析を行いその合理化、効率化に努め、職員全員で効果的で質の高いサービスの提供に取り組んでいる。
Ⅱ-1-（1）-③ 外部監査が実施されている。	a	法人として公認会計士から会計処理、財務管理の指導を受け、指導事項の改善に努めている。

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	職員採用に当たっては有資格者の採用、また無資格者には資格取得を奨励している。職場環境や勤務条件の改善等を図り、人材の確保に努めている。
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。	b	客観的人事考課基準は策定されていないが、人材育成に重点を置き、施設長、役職者などの協議による評価体制が確立され安定した人事考課が行われている。今後客観的な基準の明確化が期待される。
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。	a	職員の有給休暇消化率、疾病や時間外労働等のデータは的確に把握されている。職員組合があり、職員も自由に意見を述べる体制が整えられている。
Ⅱ-2-（2）-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	法人として、北海道民間社会福祉職員等共済会や福利厚生センターソウエル倶楽部に加入している。また法人内にも互助会を組織し、法人内施設間でスポーツ大会や親睦会などの福利厚生事業にも積極的に取り組んでいる。
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	職員の法人内外の教育・研修は、研修基本計画に基づき実施されている。また施設としては介護保険制度が求める身体拘束の廃止、褥瘡や感染予防等に係る研修の必要性を明確にしている。
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	経験年数、研修分野、研修受講回数等を考慮した個別の研修計画が策定している。
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。	b	研修修了者はレポートを作成し、職員会議等で報告するシステムがある。今後研修の組織的、計画的な評価・分析が行われることを期待したい。
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	実習生受け入れに関する基本姿勢を明文化すると共に具体的な受け入れマニュアルを作成されている。受け入れに当っては担当チームを編成し、養成校との連絡等一貫した受け入れ体制をとっている。
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。	a	学習内容全般を計画的に学べるよう養成校と連携し、プログラムを作成している。また常に実習状況を連絡しあうなど積極的な取り組みをしている。

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	緊急時の対応マニュアルを整備し職員も周知している。感染症発生に関しては掲示などの文書で公表し、感染予防の徹底を図るなど、担当責任者の下に緊急対応できる組織体制が整備されている。
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。	a	リスクマネジメントの研修、事故以前のヒヤリハット報告、事故防止のためのチェックリスト等の作成などの対応・対策を立て活用している。

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。	a	町内会に加入し、町内会の主たる行事にも参加している。近隣のスーパーでの買い物や幼稚園や小学校との交流、インターシブの受け入れなど地域との交流を進めている。今後地域との交流に係る基本姿勢の確立が期待される。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	市が行う介護予防センター事業を受託し「すこやか倶楽部」、「転倒予防教室」の開催するなど地域の高齢者介護予防に資すると共に地区センターや選会町内会と連携し「福祉のまちづくり参画」などの施設のもつ機能を積極的に地域に開放している。
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	絵手紙、生け花等のボランティアを受け入れている。利用者の高齢化、重度化が進行中でのボランティアの必要性や不測の事故に結びつかないよう受け入れのための基本姿勢の確立を望みたい。
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	利用者の高齢化・重度化に伴い医療、包括支援センター介護事業所などの個々の機関、団体との連携はとられている。今後その機関、団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成することが求められる。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	市の受託事業の実施時や市が主催する職員研修時に施設の運営課題等について情報交換をしている。今後施設が地域でその役割を果たすためには関係機関とのネットワークを期待したい。
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。	a	法人内にある居宅介護支援センター、通所介護センター等との連携を密にし、地域における具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
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。	a	把握した福祉ニーズは町内会等との連携で実施している「福祉のまちづくり」の相談事業等の取り組みにも活かしている。

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

	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り組みを行っている。	a	利用者尊重や基本的人権への配慮の姿勢は理念・基本方針に明記されており、これに基づき個々の利用者のケアプランが作成されている。職員には職員会議や研修などでその周知を図っている。その際に身体拘束や虐待防止についても周知徹底している。
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	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル作成し、職員会議や研修会などでその周知徹底を図る一方書類の管理はもとより個人ロッカーやトイレなど施設・設備面においても細かな配慮をしている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者満足を把握する目的で意見箱の設置のほか定期的に利用者懇談会を開催している。さらにオンブズマンを配置するなどし、積極的に利用者の意向把握に努めている。
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。	a	利用者や家族の意向に関する調査担当者を設置している。把握した結果の分析・検討をするために検討会議のシステムもあり、実施可能なことから改善している。
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	利用者が気兼ねなく相談や意見を述べやすいように、職員は日常的な言葉かけに努めている。また苦情処理担当者の設置、オンブズマン制度も導入している。
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	苦情処理システムの仕組みについて入所時の「重要事項説明書」等で説明すると共にその説明書を施設内に掲示するなど周知に努めている。
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	法人の「苦情解決規程」に沿った取り組みがされている。利用者、家族の意向については、その内容に応じて会議で検討し、出来るだけ速やかに対応するよう努めている。その結果についても施設内の掲示やホームページで公開している。

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) 質の向上に向けた組織的な取り組み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。	b	年度末評価は実施しているが、定例会議等において、定期的に職員の見聞を促したり、サービス内容の評価したりする体制が整備されていない。しかし、今回の第三者評価を契機に自己評価を行う体制も整備されているので今後更なる発展が期待できる。
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ている。	b	定例会議の議題や年度の事業計画からと取り組むべき課題については明らかに共有化されているが、職員全体でサービス内容を評価分析し、課題を明確化する取り組みが不十分である。今後期待したい。
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。	b	定例会議や年間計画に対する評価そのものが大まかで、改善への取り組みについては職員全体での細かな計話が不十分である感はある。今後の取り組みに期待したい。
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	法人共有の介護マニュアルがある。これを基本としたケアプランには個々のケア目標や内容が適切に記録されている。
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	介護マニュアルに基づき、定期的にあるいは必要に応じて見直すことになっているが十分機能しているとは言えない。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	利用者一人ひとりの記録等の書面が整備されており、サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認できる。
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。	a	記録等に関する管理規程に沿って行っている。記録管理責任者を置き、管理体制を整備している。また記録管理については、個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修を行っている。
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	施設における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届く仕組みが整備されている。とくに介護、看護、相談等の日誌をサーバーで共有し、個別利用者に関する情報を一度に確認できるシステムになっている。毎月ケアプラン会議において個別利用者に係る現状と対応策について検討、協議をしている。

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	インターネット上のホームページの活用やパンフレットの作成、配布など積極的な情報サービスに努めている。また施設見学、体験利用等の希望にも対応している。
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	サービス開始時にサービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意し、わかりやすく説明して同意を得た上で、利用契約書を交わしている。
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	他の施設や家庭等への移行にあたりサービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。サービス終了後も組織として利用者や家族が相談できるように窓口もある。

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	規定の様式に従いアセスメントを実施している。また定期的に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	利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題がアセスメント票やサービス実施計画表に明示している。
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	個々の利用者のサービス実施計画策定に当たっては、利用者の意向を踏まえて関係職員の合議・同意を含んだ手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。
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、利用者の意向を踏まえて、時期、参加職員、家族の意向と同意のための手順等組織的な手順により行っている。

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	入所契約書にサービス内容、利用料金、事業者の義務、損害賠償、契約の終了、苦情の申し立て手続き等について明示されており、利用者の権利を尊重した内容となっている。本人家族に十分説明したうえで適正な契約を行っている。
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	利用者本人に十分な意思表示能力がある場合は直接契約の形態をとっているが、そうでない場合は家族を代理人とした三者契約の形態により行っている。
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	契約内容に変更が生じた場合は、利用者や家族に遅滞なく説明会を開き、資料を提供して変更内容の説明を行い契約変更手続きを行わない文書による同意を得ている。不参加の家族にも、個別に説明を行い、資料を送付して文書による契約変更手続きを行っている。
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	パンフレットにはサービス内容、行事、利用料金、職員勤務体制など理解しやすいように記載している。特に利用料金については要介護度別の料金、各種減免制度の適用について図解で説明している。インターネットによる広報・案内も行われ、毎月発行の「慈徳ハイツ通信」では家族に施設サービスの内容を簡単に分かり易く案内している。
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	テレビや新聞が自由に楽しめるように、利用者の意思や希望を尊重して行っている。テレビはロビーに数台設置しており、個人テレビもベッドサイドに置かれている。書籍や新聞を置くコーナーもあり、希望に応じて、新聞や書籍購入手続きが可能であることを伝えて援助している。
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	定期的にスーパーや大型店に職員と共に出かけ、希望する衣服や食料品を購入している。出かけられない利用者については、職員が希望を聞き取り、指定する品物を本人に代わって購入するようにして支援している。
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	行事やサークル活動については、日常会話等から利用者の意向を把握するように努めている。利用者懇談会の中で利用者と施設職員が話し合い、希望や意向が反映されるよう計画を立て、利用者の意向を尊重して行っている。
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	面会時間は定められているが、家族からの希望があり、事前連絡あれば時間帯でも行っている。面会場所は居室の他、食堂、会議室の利用も可能であり、プライバシーを尊重するように配慮している。
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	外出、外泊は、健康上制限を受けない限り、利用者の希望を十分尊重して行っている。車輦による送迎、介護用品の貸し出し、付き添い者の手配をする等、必要に応じて支援している。外出行事については、利用者懇談会での意見を尊重して決めている。
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	利用者の希望を尊重し、了承しているが、他に迷惑がかからないよう、健康を害しないように、安全面にも考慮して場所、時間、方法等基本的なルールは定めている。
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	利用者預かり金規程を策定し、利用者ごとの預金通帳と個人台帳により管理している。現金管理については、毎月の出納帳を作成し、定期的に家族、本人に出納状況を報告している。

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。	a	日頃から家族や本人の希望や意向を確認し、サービス担当者会議に本人や家族の意見が反映できるように配慮しているが、全ての利用者、家族の参加はない。会議は家族も参加し易い時間帯にして日程を組む等の、家族参加の配慮を期待したい。
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	各専門の多職種の職員が参加できるようにして行っている。医師等、やむをえず参加できない場合は事前に意見を聞き療養上の注意や指示が施設サービス計画に反映されるように考慮して行っている。
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	各棟ごとの会議、全体のカンファランスで利用者一人ひとりの自立支援について、常に検討し、プランの中に入れ、機能訓練や生活指導の中で具体的にしている。
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	期のモニタリングを行い、サービス計画の内容が職員間で共有されており、目標と内容を常に意識した介護が行っている。
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	サービス計画の内容は、利用者、家族に十分説明したうえで文書による同意を得ている。家族来所時に直接説明しており、変更の場合は電話で説明したうえで、文書を郵送している。

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	管理栄養士ではないが栄養士を配置しており、給食会議を毎月開き、栄養士、介護職員等参加のもと、献立や栄養バランスについて協議を行なっている。個別の栄養ケアマネジメントについては今後に期待したい。
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	医師、看護師、栄養士、介護士等から情報を得て、検討している。給食会議において利用者の食事摂取状況等が協議されており、施設栄養士、外注先栄養士とも連携をとり合っている。多職種共同による栄養ケア計画が考慮されているが、管理栄養士による個別ケアマネジメントは今後に期待したい。
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。	b	医師の適切な指示のもと、身体状況、栄養状態、嗜好を考慮して個別に療養食が提供されている記録がある。施設全員の個別の栄養ケアマネジメントについては、今後に期待したい。
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	食堂はカーテン、壁紙等明るい色を使い、食事中は静かに音楽を流して、落ち着いた雰囲気での食事ができるようにしている。テーブルメイトについても配慮し、テーブルと椅子については個々の利用者に合わせて高さに配慮している。身体状況等で、食堂に来られない利用者は居室前の廊下ロビーにテーブル、椅子を配置して喫食がされている。
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。	b	食事は適温で食べられるように配慮して、汁物や麺類は保温容器を使用して直前に盛り付けられている。ユニット形式ではないのでフロア配膳はしていない。配膳車に入れた主菜は配膳するのに時間がかかる等から一部適温とはいえない時もあるので、留意して改善されたい。
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。	b	食事時間は決まってはいるが、一人ひとりの体調やペースに応じて適時に提供され、時間的配慮が十分なされている。朝食は個別利用者の起床時間に合わせた配慮している。
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	歯科医による診療、着歯の調整が行なわれており、医師の指示による療養食が提供されている。個別の身体状況に合わせた自助具や食器を使用している。食事前には口腔体操、嚥下訓練体操を行い、自力摂取ができるように訓練している。摂取困難な場合は適切に食事介助を行なっている。
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。	a	医師の指示による治療食が提供されている。身体状況（咀嚼、嚥下能力）の把握を定期的に行い、利用者にあった食事形態（とろみ、刻み、ペースト等）を配慮している。献立表は廊下に提示されており、一人ひとりの嗜好の把握も日常的に行なわれ、希望による代替食にも対応している。
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。	a	給食調理業務は外部委託をしているが、毎月給食委員会を開催して協議検討を行っている。会議では、施設栄養士や職員、外部委託側の栄養士の出席のもと、利用者の要望、身体状況の変化による提供形態の変更等を委託側に伝えている。委託側の栄養士が直接利用者の要望を聞くこともあり、利用者の意見嗜好を献立や調理に反映させるようにして行なっている。
2-（3） 入浴		
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。	a	マニュアルを整備して安全面、プライバシー保護に留意して行なっている。一人ひとりの心身の状態、個人の希望に応じた入浴方法がとられており、入浴できない時は拭きなどで対応している。
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。	a	入浴マニュアル、感染症マニュアルが整備されており、感染者が出た場合は、個々の疾患に応じて消毒薬の使用、浴室分離、浴室使用順番の考慮等、適切な配慮を十分に行っている。
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。	a	マニュアルが整備されており、入浴の都度、浴室、浴槽、入浴介護用品の清掃と消毒が行なわれている。適時、水質検査を行い、レジオネラ菌等の感染防止に配慮を行っている。
2-（4） 排泄		
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。	b	居室は4人部屋が主であるが、排泄介助の際は必ずプライバシーカーテンを開けられている。トイレの出入り口には、のれん鼠のカーテンで仕切られ、さらに個々のトイレには、床までのカーテンで仕切るなど利用者のプライバシーに配慮している。
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。	a	利用者個々の排泄サイクルをチェックしており、おむつ交換は随時交換を基本に行い、一人ひとりの状態・状況に合わせた排泄交換を行っている。
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。	a	個々の排泄サイクルや尿量等の確認のもとおむつの形状・種類を選択し、排泄ケアが行われている。また、常時おむつが使用されていても、ポータブルトイレや尿・便器の活用やトイレに補助具取り付け等の整備により、おむつに頼らない排泄ケアに取り組んでいる。
A-2-（4）-④ トイレは清潔で快適である。	b	築20数年経過した建物であり、構造面での改善は施設の課題と思われるが、毎日3回以上の清掃を徹底して行っている。また、衛生面においてはマイクロソフト液（消毒液）をしみ込ませたマットを敷き対応している。

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。	c	シーツなどが汚れた場合は随時交換を徹底して行い、快適な環境の提供に努めている。定期的なりネン交換は週に1回を基本としているが、交換できていない週もある。基本に基づいた定期的な交換が望まれる。
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	個々の状況に合わせて、身だしなみや清潔に常時気取り・配慮された支援が行われている。体調不良などの理由で入浴できない場合には清拭、更衣により清潔保持に努めている。
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	理美容に関しては、月1回は受けられるように理美容師が定期的に施設に訪問対応する仕組みになっている。衣服に関しては、外出時に好みの衣服を購入する機会を提供は個々の状況に合わせて行っているが、職員の代理購入の際は本人の好みを聞くなどで、生活場面や季節感に配慮した支援が行われている。
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	毎食後の口腔内清掃を行い、清潔保持の徹底に努めている。必要に応じて歯科医の診療を受ける仕組みがあり連携している。また、口腔ケア講習会などの研修にも参加し、誤嚥性肺炎予防・感染症予防・脳の活性化などの根拠ある口腔ケアの知識・技術をもとに対応している。
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	年1回の定期健康診断を実施し、診断の結果は個別健康管理票に記録されている。また、診断の状態・状況に応じ、医師の指示・指導のもとに健康管理のケアに反映している。
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	健康状態を的確に判断し対応するために、バイタルサインチェック・便秘状況・食事摂取の状況・排泄状況等の観察を毎日行い記録している。健康状態の変化時には医師に連絡し即時的に対応している。また、週1回の診療とその他日中・夜間を問わず必要に応じた対応体制になっている。
A-2-（6）-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬・外用薬等の管理体制は整備され、看護師に職務分担されている。使用されている薬物の管理については、マニュアルが用意されており管理から服用・使用確認及び、薬物使用に誤りがあった場合の対応が確実に行われている。
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	チェック表を用意し、水分摂取状況を的確に把握されている。また、個々の状態・状況に合わせてゼリーやトロミ等の工夫で対応、最低でも1000ccを目途に必要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	褥瘡防止対策委員会を設置し、組織として具体的な取り組みが整備されている。防止のための指針が文章化され、個別の文章化され、個別ケア内容は具体的なアセスメントを基に計画表を作成し対応している。また、月1回の委員会を開催し他職種との連携や共通認識のもと、褥瘡予防のケア・発症者の治療及び、ケアに取り組んでいる。
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	週1回の嘱託医による定期診療の他、必要に応じ嘱託医の随時診療や電話連絡による指示が受けられる体制になっている。また、耳鼻咽喉科及び、皮膚科については月2回の定期診療と必要に応じた対応が可能になっている。
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。	a	緊急時対応マニュアルを策定し、適切な救急対応が行われる様整備されている。また、外部の救急法講習会に参加するなど、日頃から職員の間接が行われている。休日や夜間においても緊急時には、嘱託医が施設に駆けつけ必要な診断・治療が行える体制になっている。
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	利用者の傷病状態に応じて、必要な診療科目を持つ専門医療機関への受診及び、入院資料ができる様に連携を図る体制を整備している。
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	感染症対策マニュアルを策定し、必要に応じて見直しされ整備されている。感染症対策委員会が設置され、月1回の委員会を開催し総合的な防止対策が、組織として整備されている。また、感染症・食中毒の予防及び、蔓延防止のための指針があり、職員に周知徹底を図っている。
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	食事に関しては、業務委託業者が請負い行われている。業者側の責任のもと、衛生管理マニュアルや衛生標準作業書が整備され、それに基づく衛生管理体制が確立している。施設側には給食委員会があり、業者側の参加のもと定期的に委員会を開催し協議している。
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	手洗い、うがいは、日常的に行われ徹底されている。来訪者については、説明と理解を仰ぎ利用者・職員同様に行われている。また、酸化水による消毒の実施や感染症の流行時期においては、職員・来訪者にはマスクの着用を依頼する等、積極的にその対応に取り組んでいる。
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。	a	温暖な季節には自然な空気の取り入れと共に空気清浄殺菌器を稼働、冬季には空気清浄殺菌器、酸化水の噴霧器を稼働し、換気・殺菌・加湿に努めている。また、空気清浄殺菌器は、人が多く集まる場所、酸化水の噴霧器は夜間居室などへ移動し配慮されている。季節の条件に合わせてながら、施設内の温度や湿度を適切に保つための工夫と管理を積極的に行っている。
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	感染マニュアルに沿い、利用前面接などに於いて感染症の有無を確認している。また、入所者同様の感染症対策を行っている。

2-(8) 機能回復訓練		
A-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。	b	浴槽体操・立位保持・運動・食事動作訓練など必要に応じて行われている。機能回復訓練としての個別プログラムの策定は整っていないが、施設サービス計画書に組み入れ実施している。個別プログラムの検討と見直しが望まれる。
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。	a	日常の対話の中でレクリエーションや行事などの希望や動向を聞く他、利用者懇談会において意見を聞き、実施している。外出先や食べ物などの選定に反映させ、楽しく満足してもらえる内容に努めている。
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	個々の心身の状況に応じて適切に移動ケアが行われている。また、個々の要望や状態に十分配慮した歩行器・車椅子・ベッドなどの提供や個々のペースに合わせたケアを行い、安心と安全の支援を提供している。
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	認知症高齢者の個々状況を把握し、個々人の今の気持ちを大切にすることやその時々背景に合わせる事を、施設サービス計画に反映し適切なケアに努めている。職員に対しては、認知症ケア等の外部研修に参加させ専門的教育を受ける機会をつくっている。
A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束廃止委員会を設置し、管理者を中心に組織として身体拘束防止に向けて取り組んでいる。やむをえない場合の判断には、所定の条件に照らし委員会で協議、管理者が決定、利用者や家族への説明と確認、観察、記録の手順が定められている。また、定期的に委員会が開催され、拘束をしないで済むケアをしていく為に、専門家のアドバイスや家族の協力を仰ぎ対応の工夫に努めている。
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、看取り加算を算定していない。看取りケアについて本格的な実施はないと思われるが、終末ぎりぎりの状態まで看ている。重度化が進み医療の医療の側面が高くなるにつれ、病院の受け入れが多くなり、施設での看取りはなくなっている状況にある。
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	施設における看取りケアは、家族の希望によって必然的に発生するものであり、その実施は施設が判断する状況にない。当然、家族の意向に沿い可能な限り対応せざるを得ない。自然な状況の中で、終末期が近づいた際に家族の意向を聞いている。
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	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協力が得られる体制がある。