

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009 年 7 月 7 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 078-8801  
住所 旭川市緑ヶ丘東1条3丁目1-6  
旭川リサーチセンター内

電話番号 0166-66-6565

評価機関名 タンジェント株式会社

認証番号 第08-006号  
代表者氏名 代表取締役 小山内 信夫

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・<br>分野・<br>評価調査者番号            | 評価調査者氏名  |        | 分野              | 評価調査者番号  |
|---------------------------------------|--|--------|-----------------|----------|
|                                       | (1)  | 小山内 信夫 | 組織              | A-003    |
|                                       | (2)  | 山田 恵美子 | 福祉              | B-060029 |
|                                       | (3)  | 高橋 和夫  | 福祉              | B-060028 |
|                                       | (4)  |        |                 |          |
|                                       | (5)  |        |                 |          |
| サービス種別                                |  |        |                 |          |
| 事業所名称                                 | 社会福祉法人慶友会 養生の杜 カムイ   |        |                 |          |
| 運営法人名称                                | 社会福祉法人慶友会  |        |                 |          |
| 評価実施期間(契約日から報告書提出日)                   | 2009 年 1 月 5 日   | ～      | 2009 年 7 月 7 日  |          |
| 利用者調査実施時期                             | 2009 年 1 月 5 日   | ～      | 2009 年 1 月 31 日 |          |
| 訪問調査日                                 | 2009 年 1 月 27 日  |        |                 |          |
| 評価合議日                                 | 2009 年 2 月 28 日  |        |                 |          |
| 評価結果報告日                               | 2009 年 7 月 7 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

タンジェント株式会社

### ②事業者情報

|                                |                  |
|--------------------------------|------------------|
| 名称：社会福祉法人慶友会 養生の杜 カムイ          | 種別：特別養護老人ホーム     |
| 代表者氏名：理事長 吉田 威                 | 定員(利用人数)： 80名    |
| 所在地：〒079-8431 旭川市永山町5丁目136番地の1 | TEL：0166-47-7730 |

### 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

#### ◇特に評価の高い点

- ①介護計画は、P-D-C-Aサイクルに従って計画され記録～評価～改善までの一連の流れが連動し、システム化されている。また、事業所は、ISO9001（品質マネジメントシステム）及びISO14001（環境マネジメントシステム）の国際標準の認証組織です。
- ②マネジメントシステムと経営計画のBSC(バランスト・スコアカード)が具体的ケアのあり方について数値目標を設定し、その進捗状況が定期的に外部機関によるモニタリングで確認・改善されている。
- ③日常生活の中で、職員がいつも個別プログラムを意識掛けして機能訓練に取り組んでいる姿が伺える。

#### ◇改善を求められる点

- ①事故対策委員会で、事故事例のデータの収集及び分析が行われ原因究明が行われているが、真の再発防止策について未だ検討の余地を残している。さらなる再発防止と水平展開に取り組まれることを期待します。
- ②施設内の換気・空調設備も整い、温度や湿度の管理も適切に行われています。しかしながら、一部浴槽からの排水溝の排水滞留時に気になる臭いを感じられましたので、検討改善されることを期待します。
- ③人事考課制度が導入され、BSC(バランスト・スコアカード)で個人目標管理が実践されています。職員に、法人の大切にする考え方や行動、制度についてさらに理解を深める取り組みの実践を期待します。

### ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価を受審して、職員やご利用者様へのアンケート結果や改善点をもう一度見直し、施設サービスを利用する皆様が満足していただけるように職員一人ひとりがしっかり考え課題を持って業務に取り組んでいけるように取り組んでいきます。

### 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 1 月 5 日

|   |                                      |     |                 |
|---|--------------------------------------|-----|-----------------|
| 経営主体<br>(法人名)   | 社会福祉法人 慶友会                           |     |                 |
| 事業所名<br>(施設名)   | 養生の杜 カムイ                             | 種別  | 特別養護老人ホーム       |
| 所在地   | 〒 079-8431<br>旭川市永山町5丁目136番地の1       |     |                 |
| 電 話   | 0166-47-7730                         |     |                 |
| F A X   | 0166-47-7672                         |     |                 |
| E-mail  | tokuyo-kamui@keiyukai-group.com      |     |                 |
| U R L   | http://www.keiyukai-group.com/kamui/ |     |                 |
| 施設長氏名   | 清水 慶治                                |     |                 |
| 調査対応ご担当者  | 今野 真由美 大関 志津 (所属、職名：業務課 係長 )<br>子    |     |                 |
| 利用定員  | 80 名                                 | 開設年 | 平成 10 年 4 月 1 日 |
| <p>理念・基本方針：【基本理念】慶友会の総力を結集し、人々と社会から信頼・期待される健康・福祉創造の支援及び環境保全活動をする。</p> <p>&lt;方策&gt;①地域及び保健・医療・福祉と連携した一体的な福祉サービスの提供<br/>                 ②地球環境を意識した環境保全活動の遂行<br/>                 ③愛情と責任のある組織と業務システムを構築実行<br/>                 ④職員の研修と研鑽による方針の周知徹底</p> <p>【基本方針】福祉の主人公は、ご利用者さま・生活者のみなさまです。私たちは・・・</p> <p>◎みなさまにわかりやすい説明と必要な情報を提供し、同意に基づく福祉サービスを提供します。<br/>                 ◎みなさまの人格、プライバシーを尊重します。<br/>                 ◎みなさまにまごころを込めて、親切に接します。<br/>                 ◎みなさまに必要な福祉サービスを、地域と連携して提供します。<br/>                 ◎みなさまの満足できる福祉サービスを提供できるよう、自らを磨き全力を尽くします。</p> |                                      |     |                 |
| 開所時間<br>(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)

通所介護・介護予防通所介護 (定員40名)      短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護  
 (定員 10名)      認知症対応型共同生活介護 (定員36名)      介護予防認知症対応型共同生活介護  
 (定員18名)

【利用者の状況に関する事項】（平成21年1月5日現在にて記入）

○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 |
| 1名       | 3名        | 2名       | 6名       | 12名      | 21名      |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上   | 合 計      |          |          |
| 25名      | 10名       | 3名       | 83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   | 1  | 2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             | 18名 | 14名 | 2名 | 1名 | 名  | 1名 | 名  |
| 内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他） | 1名  | 名   | 1名 | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 重複障害（別掲）          | 5名  | 2名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 合計                | 24名 | 16名 | 4名 | 3名 | 名  | 2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 |
|--------|----|----|
| 1名     | 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   |
| 9名      | 10名     | 13名     | 17名     | 16名     | 3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      | 4名      | 2名      | 0名      | 1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 |
| 0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： 35.2ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成21年1月5日現在にて記入)

○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  | 名         | 1名   | 4名   | 名     | 2名       |
| 非常勤 | 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        | 30名  | 名    | 6名    | 2名       |
| 非常勤 | 名         | 6名   | 名    | 2名    | 名        |
|     | 管理栄養士・栄養士 | 介助員  | 調理員等 | 医師    | その他      |
| 常勤  | 2名        | 名    | 6名   | 名     | 名        |
| 非常勤 | 名         | 4名   | 名    | 1名    | 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 | 1名(名)   |
| 介護福祉士 | 13名(1名) |
| 保育士   | 1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    | 5,054.54 | 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       | 10年   |
| (4) 改築年     | 平成       | 17年   |

○保育所の場合

|  |   |  |
|--|---|--|
| (1) 建物面積<br>(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)に行ってお遊びを行っている。 |  |
| (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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

103 人

・ボランティアの業務

外部余興者 永山翔勝太鼓 10 名  
歩歩グループ 63 名（居室掃除・おり紙・清拭用ハギレ切り・布巾縫い・コミュニケーション・お  
手玉遊び・清拭タオル縫い・イベント手伝い）  
永山西地区民生児童委員協議会 30 名（収穫祭）

【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 人（北海道教育大学）

介護福祉士 \_\_\_\_\_ 人

その他 29 人（剣淵高校 1 名、介護アシスト科 8 名、旭川医師会看護学生 20 名）

【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。

相談先等を施設内に掲示したり、施設内には相談を受けるスペースを配置し話しやすいような空間作りに配慮している。また、ご意見箱も設置し自由に意見を投函できるようにしている。苦情があった場合、迅速に苦情解決を行ない、必要に応じてその内容等を施設内に掲示し、公表している。BSCにより入居者・ご家族様等の満足を知る為にアンケート調査を実施している。

【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       | 理念が明文化され、各部署、見やすい場所に掲示し、職員間で共有されている。また、事業所はISO9001（品質マネジメントシステム）及びISO14001（環境マネジメントシステム）の国際標準の認証組織である。 |
| Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | a       | 経営計画の中で、理念、基本方針が明文化されている。また、基本方針達成のための重点目標の管理が行われている。  |
| 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       | 理念、基本方針が明文化され、内部研修会が行われ職員に対する周知への取り組みが行われている。また、携帯カードを常に身に着けている。                                       |
| 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・家族、来訪者等に分かりやすく掲示している。また、ホームページや「ほたる新聞」の発行で、利用者等に周知する取り組みが行われている。                          |

#### 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       | 経営計画を達成するための具体的な中・長期の運営計画、BSC(バランスト・スコアカード)、各部門の実行計画が明確にされている。                                   |
| 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       | 経営計画に基づき、中・長期の運営計画が策定され、BSC(バランスト・スコアカード)で具体的な数値目標の行動計画が作成されている。また、定期的に外部機関によるモニタリングが実施されている。    |
| 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。        | a       | BSC(バランスト・スコアカード)は、組織の関係職員が参画して策定され、外部機関による定期的なモニタリングが実施され、計画の実施状況の把握と評価で、目標の軌道修正や今後の課題を明確にしている。 |
| Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。      | b       | 会議や研修会で職員に説明し、配布している。今後は、職員に法人の大切にする考え方や行動、制度についてさらに理解を深める取り組みの実践を期待します。                         |

#### 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       | ISO職務権限規定で、責任と権限が明文化され職員に周知している。   |
| 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       | 遵守すべき法令やその他の規範について、「法令遵守一覧表」で取りまとめられ内部の研修会で周知する取り組みが行われている。                  |
| 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       | ISOでの内部監査の実施や外部審査機関の定期審査で、継続的に評価・分析を行っている。                                   |
| 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       | ISO9001、14001及びBSCの手法、人事考課制度の導入で経営や業務の効率化、コストバランスの分析に基づき、具体的な改善の取り組みが行われている。 |

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       | 集団指導や老人福祉施設協議会の研修参加などで社会福祉の動向の把握や福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータの収集・分析で事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。       |
| 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       | ISOマネジメントシステムやBSCで外部機関の定期的なモニタリングで経営状況の分析や潜在的利用者に関するデータの収集・分析などで改善すべき課題を明確にし、是正の取り組みが行われている。 |
| Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。                    | a       | ISO9001、ISO14001取得で定期的な外部審査機関の審査受審やBSCで外部機関の定期的なモニタリングを受けている。また、その結果、課題が明確化され改善策が取られている。     |

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       | 人事考課制度が導入され、方針が確立されている。また、社会福祉士、認定介護支援専門員、介護支援専門員、介護福祉士などの資格取得を奨励して、内部で研修会を実施している。 |
| 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       | 考課基準を職員に明確に示し、組織の定めた一定の基準と方法に従って評価している。  |
| 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       | 定期的に職員との個別面接の機会を設けて、相談しやすいように工夫している。また、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータが管理され把握されている。          |
| Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                                | a       | 個々の職員の希望や意向のもとに、福利厚生センターへの加入や総合的な福利厚生事業を実施している。                                    |
| 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       | 法人の基本理念と基本方針に明示している。また、組織として職員のニーズに基づいた目的意識を持った研修計画が策定されている。                       |
| 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       | 職員の力量が把握され、職員の段階に応じた教育・訓練計画がある。また、研修後は報告書で評価している。                                  |
| 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       | 教育・研修の有効性の評価は、研修参加後の報告書やレポート提出で都度実施されている。  |
| 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       | 実習生受け入れの際には、受け入れ先の学校と覚書を交わし、基本マニュアルが整備され、実習における責任体制を明文化している。                       |
| 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。                          | a       | 学校側と実習内容について打合せを行い、効果的なプログラムを用意し、育成について積極的に取り組んでいる。                                |

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       | 緊急時マニュアル、感染症対策マニュアルを作成し、火災避難訓練、救急救命訓練の実施や連絡体制を整備している。   |
| 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。                 | b       | 事故対策委員会で、事故事例のデータの収集及び分析が行われ原因究明が行われているが、真の再発防止策について未だ検討の余地を残している。さらなる再発防止と水平展開に取り組まれることを期待します。 |

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       | 基本理念、基本方針に地域との連携を掲げ、地域の小学生との交流学習や保育園児の慰問、地域婦人部ボランティアの受け入れ、福祉専門学校生や看護学校生の実習の受け入れに取り組んでいる。 |
| Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。               | a       | 実習生やボランティアの受け入れ、施設敷地内に畑を作り保育園児に開放したり、収穫祭を開催して大勢の地域の人達が参加するなど事業所が有する機能の地域への還元が行われている。     |
| 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。 | a       | ボランティア受け入れの基本姿勢やマニュアルが明文化され体制が整っている。音楽療法や地域の婦人部、専門学校生の受け入れを行っている。                        |
| 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。                   | a       | 病院、緊急時の連絡先、行政の連絡先、苦情受付窓口、社会福祉協議会などの関係機関を具体的に明示している。                                      |
| Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。               | a       | 老人福祉施設協議会、包括支援センターなどの関係機関が主催する研修会や説明会に定期的に参加し、具体的な課題や事例の検討研究など連携した取り組みが行われている。           |
| 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       | 旭川市や包括支援センターなどの関係機関・団体等との連携、事業所独自のデータの収集と分析で地域福祉のニーズを把握している。                             |
| 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       | 地域福祉のニーズに基づきデイサービス、グループホーム、ホームヘルプサービス、ショートステイ等の施設が併設され具体的な事業・活動が実施されている。                 |

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       | 基本理念、基本方針に利用者を尊重した福祉サービス実施について明示している。                                     |
| 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       | プライバシー遵守、個人情報保護管理についての研修実施や規定やマニュアルが整備され、職員に周知されている。                      |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に務めている。                            |         |   |
| Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。                 | a       | ISO9001で明文化している。また、利用者満足の上昇を目指して利用者・家族アンケートを実施してデータの収集・分析して、改善課題を明確にしている。 |
| Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。                  | a       | 利用者・家族アンケートを実施して、データの収集・分析して、改善課題を明確にしている。また、ISOマニュアルで担当部署、検討会議が明文化されている。 |
| 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       | 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談場所、相談方法、相談相手を選択できることを利用者・家族に分かりやすい場所に掲示している。          |
| 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       | 苦情解決体制が見やすい場所に掲示されている。また、投書箱を設置して、苦情や意見を言い表せる機会を設けている。                    |
| 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       | 「苦情処理規定」が明文化され、苦情対応の手順は決められている。また、それらの意見や苦情を運営に反映している。                    |

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。          | a       | ISO9001、ISO14001で内部監査及び外部の定期審査を実施している。P-D-C-Aサイクルが継続的に機能している。                 |
| 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ている。        | a       | ISO9001及びISO14001、BSC、QCサークル活動によって改善策及び改善計画が実施されている。                          |
| 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       | 明確になった課題について、職員参画のもと改善計画が策定されている。また、基本方針にP-D-C-Aサイクルの仕組みが明示されている。             |
| 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       | ISO9001及びISO14001によって個々のサービスについて標準的な実施方法及び国際標準に沿って「業務要領」が文書化され、サービスが提供されている。  |
| 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。          | a       | ISO定期審査及び内部監査、マネジメントレビューが実施され見直し、検証されている。P-D-C-Aサイクルによって、質に関する検討が組織として行われている。 |
| 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       | 介護計画に基づくサービスが実施され、個別の記録、及びカンファレンス議事録など一人ひとりの実施状況が適切に記録されている。                  |
| 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。                 | a       | 文書管理、責任と権限が規定され、適切な管理が行われている。   |
| 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       | 定期的に部門間の会議、申し送りが行われ、介護の実施状況、他部門への伝達が必要な情報、利用者に係わる日々の情報等の共有が行われている。            |

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       | パンフレットや法人のホームページを作成し、施設紹介を公表している。また、自由に見学できるように取り組んでいる。     |
| 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       | サービス開始にあたり、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や利用契約書を利用者・家族に説明している。 |
| 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       | 生活相談員を配置し、他事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した情報提供が行われている。      |

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       | 利用者の身体状況、生活状況等を把握して、統一した様式でアセスメントを行っている。また、アセスメントの3か月に一度の見直しの時期と手順については文書化され実施されている。 |
| 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課題について、介護計画書に記載され目標達成に向けた具体的な取り組みが定期的に評価され、見直されている。                         |
| 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       | 介護支援専門員の適切な監視のもとに、利用者一人ひとりの介護計画書が作成されている。  |
| 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       | 3か月ごとにモニタリングが実施され、実施状況の評価・見直しがされている。また、状態変化に応じて現状に即した見直しが実施されている。                    |

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       | 利用契約書等に従って、利用者・家族等に懇切丁寧に説明が行われている。  |
| 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。                     | a       | 入所判定委員会が開催され、利用者本人或いは法定代理人等によって直接契約の形態により締結されている。                           |
| 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       | 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-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       | サービス利用に関するホームページによる施設案内とパンフレット等の内容は、分かりやすく適切な内容となっている。                      |
| 1-(2) 利用者の主体性の尊重  |         |   |
| A-1-(2)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。                   | a       | 利用者の意思や希望に沿って、新聞やテレビ等を自由に楽しめるようになっている。利用者本人の希望を尊重している。                      |
| 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       | 業者による移動販売や訪問販売を週1回行い、利用者は自由に利用できるようになっている。また、ご家族に連絡をとったり、身寄りのない方の購入援助をしている。 |
| 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       | 誕生会、餅つき、ひな祭り、お花見、秋の収穫祭や保育園児との交流など利用者の意向を十分に反映している。                          |
| 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       | 面会の時間帯の希望や面会場所、プライバシーなどについて利用者や家族等の希望を尊重し、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・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて外出する際に送迎や付き添いなどの支援を行っている。                      |
| 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       | お酒は、主治医と相談しながら適量を考慮している。また、喫煙については、場所を限定して安全面に配慮した支援が行われ、利用者の意思や希望が尊重されている。 |
| 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       | 預かり金管理規定を定め、責任の所在を明確にしている。また、自己管理を希望される方には、家族と相談して支援している。                   |

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       | 居宅介護支援事業所と協力しながら、利用者、家族の参加のもとサービス担当者会議が開催されている。               |
| 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。                    | a       | 介護士、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、医師等の参加を得て行っている。       |
| 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       | 介護支援専門員の監理のもとで、介護計画の評価と見直しが行われ自立支援や身体機能の維持・向上について具体的に取組まれている。 |
| 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       | 介護計画の目標が達成されるように、定期的にサービス担当者会議、モニタリングが実施されている。                |
| 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       | 介護計画の内容について利用者、家族に説明を行い、文書による同意（署名・捺印）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。                             | a | 管理栄養士が主体となって、栄養ケアマネジメント（栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画、カンファレンス、モニタリング等）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-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 | 栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる職種間（介護士、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、医師等の参加）で協議し決定している。              |
| 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 | 栄養ケア計画に基づいたサービスが提供されている。また、医師からの適切な指示が行われている。   |
| 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。                                       | b | テーブルの配置や椅子の高さ、車椅子からひじ付椅子等への移乗、職員の人員配置にも配慮され適温で食事ができるように取り組まれているが、一部で高さが合わないところが目受けられた。        |
| 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 | 食事が適温で食べられるように、食べる直前の盛り付けや温度測定、フロア配膳等工夫されている。   |
| 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。  | a | 食事は適時に提供され、ゆっくりと食事ができるように時間的配慮が十分なされている。  |
| 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 | 自力摂取ができるように状態を見ながら声掛けしたり、本人にあった自助具の使用、介助方法を検討している。また、必要に応じて歯科受診も行っている。                        |
| 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。                | a | 医師や理学療法士、作業療法士等と相談しながら、嚥下、咀嚼等及び嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。                                 |
| A-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 | 給食会議で管理栄養士による嗜好調査結果、調理担当者などが参加し、利用者の希望に沿った適切な食事が提供できるように工夫している。                               |
| 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 | 介護計画や個別のチェックリストでケア方法や個人的事情への配慮の活用が行われている。また、利用者のベースや希望に合わせて対応している。                            |
| 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 | 感染防止マニュアルに感染症に罹患している利用者の入浴方法について記載されている。  |
| 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 | 浴室・脱衣場の設備や入浴器具の設備等は、利用者の身体状況に応じて工夫されている。  |
| 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。                                | a | 排泄ケア時、プライバシー保護に配慮している。また、臭いや音への配慮をしている。   |
| 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 | 身体状況や本人の希望などにより、トイレへの誘導やオムツ使用等の排泄ケアを行っている。  |
| 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 | 排泄の自立について、できるだけオムツに頼らない利用者個々の状況に応じた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。   | a | 委託の清掃業者による清掃を行い、常にトイレの清潔が保たれている。  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 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。                        | a | 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、最低でも週1回はシーツなどの交換が行われている。  |
| 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 | 利用者の整容や身だしなみ等に配慮し、誇りや尊厳を尊重した取り組みを行っている。また、施設内の美容院で月一度までカットを無料でやっている。                         |
| 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 | 季節に合わせた服装の支援や化粧品品の購入、利用者の身だしなみ等十分配慮した支援を行っている。   |
| 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 | 義歯や口腔内は、毎食後適切な口腔ケアを行っている。  |
| 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 | 医師等の指導のもと、年1回利用者の定期健康診断を実施している。また、健康診断の結果は、利用者、家族、主治医に報告されケアサービスに反映している。                     |
| 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 | 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水分・食事摂取量、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-2-（6）-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。                                     | a | 看護職員が施錠できる場所で、内服薬・外用薬等を扱い保管・管理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 | 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が記録されている。  |
| 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 | 褥瘡の予防に対して、適切な体位交換、栄養状態の確認と改善、入浴や清拭、エアマットなどの活用などを行っている。                                       |
| 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 | 週1回囑託医による往診が行われ、往診日以外でも24時間主治医に連絡が取れる体制を整えている。   |
| 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が整備され、看護師、医師と24時間の連絡体制がとられ適切な対応が行われている。  |
| 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医療機関の受診や入院治療が適切かつスムーズに行えるように、医師、看護師、生活相談員等の連携が確保されている。                |
| 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 | 事故対策委員会により、感染防止マニュアルが策定され、必要に応じて見直されている。また、研修会の開催などで職員に周知徹底されている。                            |
| 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 | 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、厨房関係の清掃や消毒、殺菌に関するマニュアルに基づき、温度・湿度管理、殺菌の作業点検など衛生管理体制が確立している。          |
| 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、うがいの励行が実施され、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底され感染症対策が行われている。   |
| 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 | 施設内の換気・空調設備も整い、温度や湿度の管理も適切に行われています。しかしながら、一部浴槽からの排水溝の排水滞留時に気になる臭いを感じられましたので、検討改善されることを期待します。 |
| 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 | 短期入所利用者についても、利用前に感染症の確認をし、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。                                |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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。                | a | 理学療法士、言語聴覚士により、個々の利用者のアセスメントを実施し、看護師や介護士等と協議した上で、個別プログラムを策定し、機能回復訓練を実施している。   |
| 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 | 風船バレー、塗り絵、貼り絵、カラオケなどレクリエーション担当職員が利用者の趣味や希望に応じて支援している。                         |
| 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 | それぞれの利用者にあった車椅子や歩行器、履物、ベッドの高さ、特殊浴槽の利用など個々の要望に十分に配慮している。                       |
| 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 | 認知高齢者のBPSDのアセスメントが実施され介護計画に反映されている。また、必要に応じて、認知症専門医のアドバイスも受け適切なケアに努めている。      |
| 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けて、身体拘束廃止マニュアルを策定し、研修会の開催などで職員に周知して身体拘束ゼロに取り組んでいる。                 |
| 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 | 見取りの指針が明確化され、職員で共有されている。また、看取りケアについては、現在まで実績はないが、利用者、家族からの要望があれば取り組む体制は整っている。 |
| 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。                    | a | 看取りケアの実施に当たっては、家族等と相談を行う機会を確保していくよう話し合われている。                                  |
| 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 | 協力医療機関との連携体制が整備され、必要に応じて医師の往診や入院が可能となっている。                                    |