

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011 年 2 月 28 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)	村田 正義	総合	第 0105 号
	(2)	萩原 寧昭	福祉	第 0094 号
	(3)	坂上 智之	福祉	第 0008 号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	津別町特別養護老人ホーム いちいの園			
運営法人名称	津別町			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010 年 7 月 6 日	～	2011 年 2 月 28 日	
利用者調査実施時期	2010 年 7 月 23 日	～	2010 年 8 月 20 日	
訪問調査日	2010 年 10 月 19 日			
評価合議日	2011 年 1 月 7 日			
評価結果報告日	2011 年 2 月 28 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：津別町	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：津別町長 佐藤 多一	定員(利用人数)： 50 名
所在地：〒092-0292 網走郡津別町字幸町41	TEL 0152-76-2151

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>○年齢や障害を超えた利用者主体のサービスの提供 津別町における老人福祉の中核的役割を担う特別養護老人ホーム「いちいの園」（以下「園」という。）の活動は28年目を迎えています。この間、町民の福祉・介護ニーズを的確にとらえ、さらに、時流に沿いデイサービスセンターや介護支援センターを併設して、地域福祉を志向したサービスも展開し、入所者のみならず在宅高齢者のニーズにも応えています。平成19年からは園が持つ機能を活かし障害福祉短期入所事業にも取り組んでいます。ともすれば縦割りのになりやすい公立施設にあって、利用者の垣根を超えての取り組みは、全町民の福祉を守るという園の姿勢として高く評価できます。</p> <p>○町民と共に歩む施設活動 人口6千人の津別町において、園は町民生活に深く根ざした存在であり、その証には園の名称に町木である「イチイ」（オンコ）を冠していることや、地域住民から1戸1本のイチイが持ち寄られ見事な前庭が造られていることから窺えます。また、閉鎖的になりがちな社会福祉施設において、町木を介しての住民とのふれあいは、利用者の園内での生活をより豊かなものにするものと思われれます。</p> <p>○健康管理 協力医療機関との連携が図られており、バイタルサインの記録や健康状態の確認を毎日行い、日々の健康管理が徹底されています。職員は、救命講習やAED講習を受講し、緊急時対応に備えています。</p> <p>○褥瘡予防対策 清潔の保持や体位変換の体圧分散など基本的な介護、皮膚状態の観察、離床による生活リハビリ、栄養ケアマネジメントなど、多職種協働での褥瘡予防対策を行っています。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>○意識改革と大胆な発想の転換 介護保険の導入から、より利用者寄りになった介護の提供と地域と密着したサービスの展開が求められていますが、園は町立施設であり、園独自の判断による取り組みには一定の制約があります。利用者に対するサービスや公立施設であるが故の園の経営などについての限界も見え始めていることから、大胆な発想の転換による取り組みも求められてきます。そのために全職員の意識改革にむけた取り組みは必須の条件となります。民間経営の考え方や方法が全てではありませんが、業務内容によっては外部委託などの方法も検討する必要があります。</p>

○施設と家族との交流・連携のさらなる充実を

利用者や家族に対しての、満足の度合いを測るための働きかけが今後の課題と考えられます。苦情や要望の表出が無いことに安心せず、職員一人ひとりが利用者、家族とのコミュニケーションの中で得た意思表示を、苦情や要望としてとらえる必要性もあります。また、受け付けた苦情や要望をどのように取り上げ、解決策を検討し、どのような形で返答していくかなど、より詳細なシステムの構築とその公表が望まれます。プライバシーへの配慮の上での施設の方針策定を望みます。家族会との関わりも単なる事務局としてのイベント協力のみならず、意見交換などを通じ、積極的な交流の機会となることが期待されます。

○各種マニュアルの整備

開設後約30年が経過していますが、各種マニュアルの整備状況が十分ではありません。マニュアルは常に現状に即した内容の充実化が求められ、最新の情報を取り入れながら職員の判断指標として効果的に用いられること、標準化することにより介護の質の担保が保障されることから、早急な整備を期待します。また、単にマニュアルの整備に留まらず、マニュアルを活用した施設内研修の実施により、多様な事例を想定した訓練を行い、不測の事態に備えた対応方法を習得できるような取り組みも検討されてはいかがでしょうか。

○福祉サービスの質の向上の具体的な取り組み

業務見直しにあたって各職種間に温度差がありそうで、横断した取り組みの必要性が感じられます。施設内の会議・委員会の体制作りはなされており、今後はサービスの質の向上に向けた「計画策定→実行→評価→見直し」のPDCAサイクルと「標準化→実行→検証→見直し」のSDCAサイクルを継続して、「実施・確認」がなされていくことが期待されます。

○施設サービスの利用契約など

サービス利用開始時、介護報酬改定に伴う利用料の変更時、個人情報の使用時など、口頭で説明されていますが、わかりやすい説明文書を作成し、文書による説明、文書による同意などを実施することで、利用者及び事業者の双方の権利が守られることになると考えられます。

○意向を反映したケアマネジメント

施設サービス計画書作成時に、ご家族の意向が表出されにくい状況にあるようですが、参加の有無は別として、施設側からサービス担当者会議への参加を促し、また、施設サービス計画書の説明時に、経過の報告やモニタリング結果も含めて説明していくことで、ご家族も参加しやすくなることが期待されます。

○認知症ケアの取り組み

認知症のある利用者への対応が対処療法的になりがちですが、認知症のある利用者の症状、生活歴や生活習慣など、より詳細なアセスメントを行い、一人ひとりの認知症の症状を理解し、個々の状態に合わせた対応をすることで、認知症ケアが充実していくと思われれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価業務の発注は、福祉施設を運営するうえでの具体的な問題点を把握し、サービスの質の向上に向けたための情報として、普段どおりの施設運営をみてもらい、客観的・専門的な評価を受けました。今回の第三者評価結果を職員一人ひとりが真摯に受け止め、職員が共有することによって、運営に対する考え方や入所者に対するサービスの質の向上に向けて取り組んでいけるものと思っております。

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 22 年 8 月 2 日

経営主体 (法人名)	津別町		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホームいちいの園	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 092-0225 網走郡津別町字共和25番地1		
電話	0152-76-3205		
FAX	0152-76-3501		
E-mail			
URL			
施設長氏名	園長 鈴木悦郎		
調査対応ご担当者	鈴木悦郎 (所属、職名：)		
利用定員	50名	開設年	昭和 58 年 4 月 1 日
理念・基本方針：	【基本方針の表題】 1 施設の使命 2 公平・公正な施設運営 3 入所者の生活の質の向上 4 職員の資質・専門性の向上 5 地域福祉の向上		
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】

<p>(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)</p> <p>デイサービス事業 (25名)</p> <p>短期入所生活介護事業所 (5名)</p> <p>障害福祉短期入所事業 (7名)</p>
--

【利用者の状況に関する事項】（平成22年8月2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
名	名	1名	3名	11名	15名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
13名	7名	1名	51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	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	名	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	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	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	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
5名	4名	12名	7名	8名	2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
1名	名	4名	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
2名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	1名	名	1名		

(平均利用期間： 4.2)

【職員の状況に関する事項】(平成22年8月2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	1名	名	1名
非常勤	7名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	14名	名	3名	名
非常勤	名	5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	1名	4名	名	名
非常勤	名	名	1名	名	1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(名)
保育士	名(名)
介護支援 専門員	5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	1781.32	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	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 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

226 人

・ボランティアの業務

・サークルによる唄、踊り、楽器演奏 ・幼稚園児による歌、踊り ・コーヒーボランティア（コーヒー等の提供とお話し） ・お話し交流 ・床屋など

【実習生の受け入れ】

・平成 21 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 _____ 人

その他 10 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。

ボランティアが帰った後、数人の入所者に感想を聞き取るが、意見を言う入所者はほとんどいない。

【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。	c	いちいの園（以下「園」という。）は町立施設であることから、その設置根拠を町の条例にしている。このことから園独自の理念はない。園の管理規則に規定する運営方針には基本理念を老人福祉法、介護保険法に求めている。理念は園の文書などには記載していない。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	基本方針は園の事業計画に記載しているが、広報誌やパンフレットには記載していない。
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。	b	年度当初の職員会議において事業計画の説明と合わせて理念（老人福祉法、介護保険法の趣旨）や基本方針を、職員に対し周知している。理念や基本方針の達成に向けた継続的な取り組みは課題別委員会で行っている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	利用者や保護者に対して理念や基本方針をわかりやすく説明した資料の作成や提供は行っていない。園の広報誌は作成していない。施設運営の方針は重要事項説明書に記載している。

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。	c	園単独の中・長期計画は策定していない。町には現在、第5次総合計画があり、園は高齢者保健福祉計画（介護保険事業計画）に位置づけられ事業が展開されている。
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。	c	事業計画は①基本方針、②運営方針、③処遇方針、④職員としての基本的な心構えで構成しており、年度の事業内容を具体的に示しているが、町の総合計画を踏まえた事業計画として策定されているとは言い難い。
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。	c	計画の策定は園長と事務方で原案を作成し、その後運営会議などで検討し、町の了解を得て事業計画となる。介護現場からの意見反映は十分なものにはなっていない。
Ⅰ-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	c	職員に対する事業計画の周知は月始めの職員会議で行っているが、利用者への周知は行っていない。園から利用者や保護者に対する積極的な情報提供を行っているとは言い難い。

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。	a	管理者の職員に対する職責の表明は、年度当初の職員会議や月始めの職員会議において行っている。また、日常業務を通じてのOJTに配慮している。

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。	b	遵守すべき法令などを正しく理解するための取り組みは、職員会議などで行っている。情報誌を定期購読し、職員に回覧している。必要な情報は外部研修への参加やインターネットでの収集で対応している。
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。	b	管理職（園長）からの介護サービスの質の向上に対する指導は、定例職員会議または運営会議、事故防止対策委員会などの課題別委員会で行っている。個々の職員や職種ごとのいわゆるマンツーマンでの指導は行っていない。課題を常に明らかにし、利用者に最高の介護サービスを提供するという全体的な取り組みにはなっていない。
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	園独自に経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みを積極的に行っているとは言い難い。人事は役場に、予算は議会に拘束される面もあり、管理者独自で判断できる範囲は限られている。

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。	c	園独自に積極的に介護保険制度（制度改正に向けた動向）の情報を収集するという体制にはなっていない。外部研修への参加も予算上の制約があり限定的にならざるを得ない。インターネット上での情報把握が主なものとなっている。利用者や待機者の実態は適切に把握されている。
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。	b	利用者の推移や稼働率の動向は、定例の職員会議などで報告し、職員全体に周知し共有している。コスト分析については町の園に対する監査の中で行っている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当	町立施設であるため外部監査は実施していない。月例での監査を実施している。

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。	c	町立施設であるため園独自の人材（人事）プランはない。具体的な人事養成を明文化した計画はない。事業計画に研修に関する項目（職員の資質・専門性の向上）を記載している。
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。	c	人事考課導入に向けた研修への参加実績はあるが人事考課は導入していない。人事は役場において一元管理しており、園独自では対応できない分掌となっている。管理職は人事考課の必要性を十分理解している。
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。	c	職員の勤務状況は予定表、台帳などにより管理している。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	c	正規職員は町の共済制度に加入している。非正規職員への福利厚生事業は設けていない。

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	事業計画の処遇方針に職員研修を項目として位置づけ、職員自らの自己研鑽と外部研修への積極的参加、視察研修の実施、処遇技術の習得を謳っている。園独自の職員の教育・研修に関する基本姿勢は明示していない。
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	職員研修を事業計画に項目として位置づけているが、園独自に職員一人ひとりを対象とした体系的な研修計画は策定していない。
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	研修計画が未策定なことから、職員の教育・研修の評価・見直しには対応していない。外部研修に参加した場合には復命書の提出や全体会議での報告を行っている。
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。	c	隣接市に所在する福祉専門学校の実習生を受入れている実績はあるが、受け入れに対する基本姿勢の明示や受け入れ体制の十分な整備は行っていない。実習生を受入れる際の書面による取り決めも行っていない。
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。	c	町内出身の実習生は全員受け入れをしている。学校の実習依頼により受け入れを行っている。実習プログラムは作成していない。

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。	b	園独自に「介護事故防止に関する指針」「事故防止に関する指針」「感染症及び食中毒の予防・まん延防止に関する指針」を策定している。事故防止委員会を設置し事故防止の徹底に努めている。
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	園長を始めとする全職種で構成する事故防止委員会を設置し、介護事故の防止に努めている。委員会は毎月1回開催して事故発生の未然防止、再発防止に取り組んでいる。

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	事業計画の処遇方針に家族・地域交流を位置づけて家族との連携、地域との交流を深めるための園としての姿勢を示している。年間事業計画に地域連携を位置づけ、家族会、社協ボランティア、同好会などの事業を園内で実施している。園隣接の公園での外遊びを行っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	c	町保健福祉課が開催する研修会場として、年間1~2回程度場所の提供をしている。
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	事業計画に家族・地域交流を位置づけてボランティア関係者や団体などを積極的に受け入れし、地域交流を深めている。園のボランティア活動は感染症対策に細心の注意を払い、幼稚園児の慰問や同好会の芸能発表、床屋ボランティアを受け入れている。
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。	b	町地域包括支援センターが中心となる「地域ケア会議」や、町社会福祉協議会との連携の中で、情報の共有と必要な社会福祉資源を明らかにしている。

Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	町地域包括支援センターが中心となる「地域ケア会議」の定例会議において関係機関、関係職種との連携や情報の共有を図っている。
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。	c	地域の福祉ニーズを把握する園独自の取り組みは行っていない。町が高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画を策定する際に、ニーズ把握に努めている。
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。	c	園独自の計画を策定していないことから、今後の取り組みを期待する。

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。	b	組織の基本方針にサービス提供の実施などについて明示しており、職員への周知は全体会議を通じて行っている。人権尊重や虐待防止の観点から、職員への周知頻度や習熟度向上の取り組みの定期的実施に期待する。
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。	b	プライバシー保護に関するマニュアルは、施設入り口に掲示し家族などへ周知している。職員への周知は、新規採用職員研修などを通じ実施しているが、現任職員への定期的周知までには至っていない。マニュアルは町の条例に基づいたものであり、施設独自のプライバシーポリシーを設けるまでには至っていない。サービスの提供状況を検証する体制の構築が望まれる。
Ⅲ-1-(2) 利用者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ている。	c	家族会への参画により、行事などへの対応は行っているが、満足度を把握するための取り組みには至っていない。家族からの直接的な相談が困難な事も想定の上で、アンケート実施を試みるなど、満足度把握のための体制作りが望まれる。
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。	c	利用者満足度を把握する仕組みが無い。外部意見の反映や職員への周知のため、組織内に担当者や担当部署の設置が望まれる。また、把握した情報を分析・検討し施設利用の満足度の向上に繋ぐための取り組みに期待する。
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。	c	相談員配置について周知している。事務室の応接場所を相談会場としており、気軽に相談できる環境にはなっていない。相談内容が他者の前で行える状況ではないことにも配慮するとともに、個別の相談環境の整備と相談員の対応方法を明確に周知することが望まれる。
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。	b	苦情解決処理要領に基づき、苦情解決の体制を整え、利用者や家族へ周知している。苦情を汲み取る手立ては、利用者や家族からの直接的な申し出による。申し出にくい意見については匿名性や意見箱の設置など、より工夫を加えた汲み取り方法の検討を期待する。
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。	c	現在まで、意見などの表出は無い。利用者や家族の思いを如何に汲み取るのかという視点で、潜在的ニーズの把握に積極的に取り組む必要がある。対応は、職員個々の経験則に基づくものではなく、標準化の基礎となる手順書などの早急な整備が望まれる。

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。	c	内部での自己評価や外部からの評価の課題分析を行う体制になっていない。検討する場の設定と担当者及び担当部署の設置を行い、施設としてのサービス提供における質の向上に資する仕組み作りが望まれる。
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。	c	表出した課題に対し、管理職のみならず職員も参画した上で、改善策を検討する組織作りが望まれる。課題分析・検討・改善計画などの方向性においても、経過などを明確に文書化した上で職員間での共有方法を模索することを期待する。
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。	c	町立施設であることから、表出された課題が必ずしも単年度で解決できるものとは限らない状況にある。予算措置や人員配置なども含め、改善計画の策定においては中・長期的な展望も含めて検討する仕組み作りが望まれる。
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。	c	サービス提供に関する標準的な実施方法などについての指針・方針などは定まっておらず、職場内でのOJTに委ねている面が多分にある。利用者や家族に対する対応やプライバシーへの配慮など、組織としての姿勢を職員へ周知し、かつ実施できる体制作りが望まれる。
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。	c	利用者や家族、職員などから意見を汲み取る体制を構築するとともに、サービス提供に関する標準的な実施方法を定めた上で、見直しを行う仕組み（SDCAサイクル）を構築することが望まれる。
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。	b	サービスの実施記録などは、利用者個々の提供記録として整理されている。現状の記録は職員個々の視点や記載方法に委ねている。記録内容や記載方法が職員間で差異が生じないよう、統一された記載方法の手順の作成及び職員への周知が望まれる。
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	町立施設であるため、町の条例に基づき書類の保存や廃棄などの対応を行っている。しかし、記録の管理体制や保管方法など、個人情報保護に関する職員への周知は十分なものとは言えない。法律の趣旨を理解し遵守するという方針を、研修などを通じ積極的に周知することを期待する。
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	情報の共有化は、連絡ノートによる引継ぎと口頭による説明を基本としている。共有する情報の管理者の確認状況や各部署の誰が確認したのかなどが不明確であり、連絡ノート以外の手法による情報の整理と管理方法及び管理体制の構築が望まれる。

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	町のホームページ内に施設紹介欄を設けている。しかし、パンフレットの作成が滞っている点、施設見学などの記録がない点、ホームページ内での施設紹介更新が不定期である点を踏まえると、情報提供としては十分とは言えない。利用者や家族、町民の視点に立ち、より積極的な情報提供ツールの構築が望まれる。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>契約書及び重要事項説明書で、サービス提供にかかる説明を行っているが、契約までの経過が記録として残されていない。サービスの不可逆性を考慮すると、利用者や家族への十分な説明と、納得をして貰うまでの経過を記録として残すことが望まれる。契約書及び重要事項説明書の文字が小さく、読み取りづらい様式となっていることについては、早急な改善に期待する。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>現在の施設利用形態が「終の棲家」的な役割となっているが、利用者や家族のニーズに応じた対応が必要となる。今後の想定として、他事業所や家庭への移行に際し、引継ぎ体制及び手順などを整備するとともに、退所後も家族などが安心して相談できる、支援の仕組み作りが望まれる。</p>

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>アセスメントの経過などの記録は、個々のニーズを適切に把握し、その周辺状況なども表出させる工夫をしている。アセスメントの見直しに関しての基準や手順などは定めていない。職員個々の判断や能力に頼らざるを得ない状態となっている。利用者や家族のニーズに対する対応を的確に捉えるためにも、アセスメントの見直しにかかる基準及び手順の策定に早期に取り組むことに期待する。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>個々のニーズを把握した上で、表出された課題への対応策を講じている。しかし、表出する取り組みは職員個々のスキルにより偏りが点在している。組織として手順を定め、ニーズに対する具体的な対応策と経過、実施状況などを明確に記録する仕組み作りが望まれる。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>サービス実施計画の策定にあたり、責任者の所在が経過報告以外に確認できない。サービス担当者会議を通じて、他職種との合議を行っているが、利用者や家族の意向を踏まえるまでに至っていない。サービス実施計画が滞りなく実施されていることを確認する仕組みがない。サービス実施計画の進捗状況などを把握する仕組み作りと共に、機能できる体制作りが望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>3ヶ月ごとに実施計画の見直しを行っている。しかし、見直しを行うにあたっての手順や本人、家族から同意を得るための手順などの定めがない。会議の参集に関しても、引継ぎノート以外は、口頭での対応が主となり、責任者が不明確な上、周知確認ができていない。他職種を交えての見直し作業になることから、手順書の作成及び、誰が参集し検討を行うのかの体制の構築に期待する。</p>

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。	b	契約書及び重要事項説明書の内容は、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。施設サービス計画書も同意欄に署名と捺印があり確認できる。個人情報の使用については口頭のみ説明としているが、同意書の作成が求められる。
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している。身寄りのない利用者はいないため、成年後見制度の活用は考えていない。
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。	c	介護報酬改定に伴う利用料の変更時など、契約内容に変更が生じた場合でも、説明や契約変更の手続きをしていない。契約内容に変更が生じた場合には、説明と契約変更手続きが求められる。
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。	c	パンフレットは、介護保険制度開始前の内容で、変更された部分の訂正をしておらず、補足的な説明文書も作成していない。入所申し込み時には口頭で説明している。入園案内など、わかりやすい資料の作成が求められる。
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	新聞や週刊誌は、食堂に配置しており自由に閲覧できる。個人で購読したい希望があれば、対応することは可能である。テレビは各部屋に設置し、食堂にも大型テレビを設置している。
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。	b	売店は設置していない。日用品の買い物は、外出可能な利用者については、希望により外出支援を行い購入している。
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	毎月、地域交流の行事や季節の行事を行っている。行事は行事予定表で確認できる。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	面会日の制限はなく、面会時間は標準的な時間設定としている。面会場所は、居室や食堂となるが、希望により会議室を提供している。
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	外出や外泊は、健康上の問題がなければ自由としている。送迎や介護用品の貸し出しは、必要に応じて対応する仕組みがある。
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	飲酒や喫煙を希望する利用者はいない。喫煙の希望があれば、分煙と防火対策を行い、介助にて喫煙ルームで対応可能である。
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	利用者の預かり金については、預かり金取り扱い要領を定め適切に行っている。3ヶ月に一度、使用状況を家族に報告している。自己管理を希望する利用者はいない。自己管理を支援する設備もない。

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	家族に対してサービス担当者会議の案内はしていない。面会時に意向を確認するが、希望や要望は少ない状況である。施設側からサービス担当者会議への参加を促していくことが期待される。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>介護員、看護師兼介護支援専門員、管理栄養士兼介護支援専門員が連携し、施設サービス計画書を作成している。嘱託医からの指示事項は、看護師から伝達している。介護支援専門員が兼務で配置されており、施設サービス計画書の作成中心者が明確ではない。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>ケア内容中心の計画となっており、施設の総合的なサービス計画書となっていない。一部の計画書には、身体機能の維持を目的とした機能訓練の内容を示している。情報収集と課題分析は行っているが、自立支援、要介護状態の悪化防止の取り組みとしては十分ではない。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画書は介護員室に配置し、いつでも閲覧可能な状態である。毎月、経過報告をまとめて、3ヶ月に一度計画を見直している。変化があれば、再計画する仕組みがある。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>年一回、施設サービス計画書の説明を行い同意を得ている。経過報告書やモニタリング内容も含めて説明することで、家族も意向を表出しやすくなると考えられる。</p>
<p>2-(2) 食事</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>管理栄養士を配置し、全ての利用者に対して栄養マネジメントを提供している。栄養ケア計画については、説明し同意を得ている。栄養マネジメントを説明するわかりやすい資料はない。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>サービス担当者会議の中で、栄養ケアについて検討し栄養ケア計画を作成している。栄養ケアを共有するためのマニュアルは作成していない。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>定期的に栄養状態を評価して、栄養ケア計画を見直している。栄養ケア計画の内容については、医師の指示を受けている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>食堂は、明るく、落ち着いて食べることができる。行事の時は音楽や花を飾って雰囲気作りをしているが、普段の取り組みはしていない。椅子の高さなど座りやすさによる姿勢の保持から安全な食事の摂取へと結びつけたいと考えている。対人関係を考慮して食事の席を決めている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>厨房と食堂が隣接している。主食と汁物については、直前に盛りつけることにより適温で提供している。副食は、保温食器を使用している。</p>
<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>b</p>	<p>食事介助は本人のペースに合わせて行っている。職員の勤務の都合上、夕食の提供時間は17時としている。30分以内に食事摂取が終了するので、早出しなどの時間差を設けた食事は提供していない。</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>b</p>	<p>スプーン類の自助具の導入、すくいやすい食器や滑りにくいトレイの使用など、自力で摂取するための工夫をしている。歯科医への受診は随時行っており、義歯の調整を行っているが、定期的には実施していない。</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>b</p>	<p>普通食のほか、刻みやミキサー食を提供し、嚥下状態に合わせた食事形態で提供している。ソフト食の提供は今のところ考えていない。嗜好調査を定期的に行い献立に反映している。施設内に献立内容を掲示している。行事食を提供し、食事に季節感を出している。</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、給食運営会議に参加して、献立や調理内容を検討している。利用者の食事摂取状況を確認している。</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>b</p>	<p>入浴実施日を月曜から土曜日までとして、ゆっくり入浴してもらっている。入浴は、週2回を基本として、皮膚の状態など、必要に応じて回数を増やしている。入浴できないときは清拭と更衣を行う。脱衣室で脱衣をしている。浴槽の種類は、機械浴と車椅子浴のみである。</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>b</p>	<p>感染症及び食中毒の予防・まん延防止に関する指針を作成している。対応については、指針に基づき感染委員会で決めている。浴槽の区別はしていないが、入浴順を最後として、使用後は清掃と消毒をしている。</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>b</p>	<p>浴室と脱衣室は適温を保っている。浴室の清掃と消毒は毎回実施している。清掃や消毒の実施記録及びチェック表はなく、マニュアルもない。</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>排泄介助時には、プライバシーカーテンを使用している。清掃、換気、消臭剤を使用しており、特に臭いは気にならなかった。</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>b</p>	<p>排泄ケアは、排泄状態を記録で確認し、排泄サイクルを把握して個別の対応をしている。おむつ交換は定時交換であるが、希望があれば随時交換をしている。</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>b</p>	<p>トイレ誘導、ポータブル介助に取り組んでいる。オムツが必要な場合には、紙パンツ、パット、紙おむつ、テープ式を用意して、個々の状態に応じた対応をしている。トイレが手狭で使用しにくい状況である。</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>リネン類は毎週交換している。または汚れの状況により都度交換している。視察の中で、目立つ汚れは見あたらなかった。</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、特に汚れが目立つ様子は感じられず、整容状況は問題ない。着替えは入浴日に合わせて行っている。発汗時は衣類を交換している。</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>a</p>	<p>理容院は定期的に来ているが、希望があれば外出支援を行っている。日中は普段着で生活している。衣類は季節に合わせた配慮をしている。</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>毎食後に口腔ケアを行っている。口腔ケア研修会を開催し、歯磨き指導の研修を行った。歯科は協力病院に受診しているが、定期的に口腔内の確認はしていない。</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>胸部レントゲン・心電図検診は毎年実施しているが、診断結果は協力医療機関に保管している。採血データは、医師の指示にて実施しており、必要に応じて行うので記録を保管しているが全てではない。</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>a</p>	<p>バイタルサインの記録や一般状態の確認は毎日実施しており、バイタルサインは温度板に、食事量、排泄状況は一覧表で確認できる。睡眠状況は、申し送り確認している。体調に変化があれば、必要に応じて医療機関に受診している。</p>
<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。</p>	<p>c</p>	<p>個人のファイルで、処方している薬の内容が確認できる。薬品類の保管は、看護室内で管理している。誤薬の防止対策として「投薬確認マニュアル」があるが、服薬後の確認手段がない。誤薬の事故は生命に関わる可能性があるため、服薬後の薬の袋の確認やチェック表の活用などを取り入れ、誤薬防止マニュアルとして内容の充実を期待する。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>水分摂取量の確認をしている。嚥下状態が低下した利用者に対しては、体位を工夫したり、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。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>褥瘡発生予防に関する指針を作成している。離床、体位交換、清潔保持、エアマットによる除圧にて、褥瘡の予防に努めている。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>毎週の回診時に嘱託医に相談している。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。</p>
<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>緊急時対応のマニュアルを作成している。病状の変化があれば嘱託医に相談し、緊急時には救急車を要請する。職員は、救命講習、AEDの講習を受講している。</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>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くような体制をとっている。</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>感染症及び食中毒の予防・まん延防止に関する指針を作成しており、指針は全ての職員に配布している。指針の見直しはしていないが、詳細は感染委員会検討している。</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>大量調理施設衛生管理マニュアルを施設のマニュアルとして使用している。厨房の清掃、調理器具の消毒を毎日行い、調理関係者以外、調理室への入室を制限している。</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>感染防止のため、ペーパータオルを使用、手洗いを徹底している。来訪者にもポスターを掲示して注意喚起を行い、手指消毒を依頼して、感染予防の対策を徹底している。</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>施設の温度は機械で25度にコントロールし、換気も適宜実施している。施設内各所に温湿度計を配置して確認しているが、定期的な記録はしていない。</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>短期入所生活介護を利用する際に、健康状態について確認している。感染症及び食中毒の予防・まん延防止に関する指針に沿って、入所者と同じ対応を行い、感染予防の対策に努めている。</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>b</p>	<p>施設サービス計画書の中に個別の機能訓練を含めている。生活の中の離床や歩行の機会を生活リハビリと位置づけて、身体機能の維持向上を目指している。専門家のアドバイスを求めてリハビリテーションを提供するまでにはなっていない。</p>

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。全ての利用者が参加できる内容としているが、プログラム策定は利用者の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	個々の身体状況のアセスメントを行い、車椅子などの移動補助用具を使用し移動を支援している。低床ベッドを導入し、動作しやすいベッドの高さに配慮している。
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。	b	行動を制限しないようにして、利用者のペースで対応するように心がけている。認知症ケアのマニュアルは作成していない。認知症高齢者のBPSDのアセスメントを行い、認知症の症状を理解し、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	身体拘束廃止に関する指針を定め原則禁止としている。契約書に身体拘束は行わないことを明記している。止むを得ず必要な場合は、家族に説明を行っている。毎月、身体拘束廃止委員会を開催し、廃止に向けた検討を行っている。
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。	c	看取りケアは実施していない。経口摂取が可能であれば、嗜好や食形態の工夫で、可能な限り対応している。医療スタッフの配置基準が少なく、看取りケアの実施は困難と考えている。
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。	c	看取りケアは実施していない。
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。	c	看取りケアは実施していない。