

福祉サービス第三者評価結果表

①第三者評価機関名

株式会社福祉工房

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム やまのべ荘		種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：鈴木 弥夫		定員（利用人数）：80名
所在地：山形県東村山郡山辺町大字大塚 814-2		
TEL：023-665-789		ホームページ：http://www.yamagata-saiseikai.org
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成元年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ^{恩賜財団} 済生会		
職員数	常勤職員：49名	非常勤職員：11名
専門職員	社会福祉士 3名 精神保健福祉士 1名 介護福祉士 27名 介護支援専門員 4名 看護師 4名 准看護師 2名 作業療法士 1名 管理栄養士 1名	
施設・設備の概要	(居室数) 25室	(設備等)

③理念・基本方針

(1) 理念	法人・・・施薬救療 施設・・・人間の尊厳、人権の尊重、生きがいの確保
(2) 基本方針	社会福祉法、介護保険法の理念並びに済生会創立の理念を施設運営の基軸とし、山辺町の高齢者福祉の核として地域福祉の増進に寄与しつつ、山形県済生会中期事業計画に基づき事業を実施する。 やまのべ荘行動理念を見据え、コンプライアンス及びガバナンスの徹底、強化を図り、地域に信頼される施設運営に努める。

④施設・事業所の特徴的な取組

第三者評価の三度目の受審。施設理念を踏まえ、コンプライアンス、ガバナンスの徹底を図りながら、職員個々人の質の向上、そして施設全体の質の向上を目指し取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期	平成29年4月1日(契約日)～平成29年12月20日(評価結果確定日)
-------	-------------------------------------

⑥総評

◇特に評価の高い点

・地域との関り

事業所は地元山辺町との連携で設立されたこともあり、地域とのかかわりは積極的に行われている。町からの依頼による介護講座への講師派遣や、介護者激励会での講演などとともに、利用者も買い物や、外食、地域の文化祭への参加、事業所におけるイベントへの地域の方の参加、又、事業所には昨年度傾聴、縫物、歌謡等のボランティアが延べ837名も来所するなど、地域との連携が密に行われている。

・利用者のプライバシーを重視した支援

利用者のプライバシー保護に関しては重点的に取り組まれており、業務マニュアルに規定するとともに、毎月の管理運営会議において状況を確認し、各部署において具体的な事例を基に定期的な勉強会が実施されている。

◇改善を求められる点

・運営に関する情報の職員との共有

事業所の運営にかかわる環境や課題などは、職員会議を通じて職員との共有が図られる仕組みとなっているが、職員の認識に関してはやや薄い面が見られる。事業所における課題解決のためにも、職員との意識の共通化を図り取り組んでいくことが期待される。

・利用者満足への取り組み

利用者満足への取り組みとして年一回のアンケートの実施や利用者との懇談会を実施、利用者の状態に合わせたコミュニケーションを図り、利用者の思いや意向を把握する取り組みが行われているが、更に、把握した意向などをどの様に実際のケアに活かせるかを検討していくことが期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回は、福祉サービスの質の確保や処遇、生活支援など、これまで課題としてきた現場における適切なサービス提供に対して一定の評価をしていただきました。今後とも、そのレベルの維持向上に努めていきたいと考えます。

また、福祉サービスの基本方針や組織運営という課題では、事業目標や重点課題などは適宜説明し方向性を示していると思っておりますが、実際の理解・浸透はまだ不十分であることがわかりました。今後は利用者・家族を含めて双方のコミュニケーションを更に大切にして施設運営を行っていきたいと考えます。

⑧評価細目の第三者評価結果

別紙のとおり

【共通評価項目】 評価細目の第三者評価結果 (やまのべ荘)

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・ b ・c
<コメント> 法人(社会福祉法人恩賜財団済生会)の理念に基づき、事業所の理念、事業方針を策定、パンフレット、事業概要に記載し、職員には年度初めに施設長から配布・説明が行われている。家族には年度初めの家族会総会で概略を配布・説明している。又、事業所内にも掲示し利用者が見ることができるようにしてある。更に、利用者にも懇談会等で概略を配布・説明を行っていくことが期待される。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・ b ・c
<コメント> 山形県や山辺町の社会福祉協議会の会議、県老人施設協議会、併設する包括支援センターとの会議で社会的な福祉環境の状況や地域の状況について把握している。施設長は老人施設協議会の副会長、介護保険の運営委員に就任しており、福祉環境についての状況を的確に把握できる立場にある。把握された情報は管理者会議において各係の役職者に説明され、役職者より各職員への伝達が行われ、又、回覧やPCのネットワークシステムを通じて共有が図られているが、職員の認識はやや薄い面も見受けられる。更に、全体の職員への伝達について工夫していくことが期待される。(自己評価より)		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・ b ・c
<コメント> 現在事業所が抱える課題として、建屋の改築問題や、今後の利用者の推移等について、管理者会議で話し合われ、具体的な対応が検討されている。内容については適宜、リーダーから職場の職員への伝達が行われているが、職員の認識に関してはやや薄い面が見られる。浸透に関し更に工夫をして行くことが期待される。(自己評価より)		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>第一期の中・長期計画が平成25年度より29年度までの5ヵ年の計画が立てられ、現在第二期の中・長期計画が立案されている。中・長期計画は法人全体で取り組まれており、法人の様式に基づき策定されている。第一期の中期計画においては、事業所としての課題が含まれていない面や具体的な数値目標となっていない面が見られ、又、進捗についても明確となっていない面が見られた。第二期の平成30年度からの中・長期計画は事業所としての課題や取組みがより明確となっている。更に進捗や見直しについても取り組んでいくことが期待される。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画における課題以外の事業所における年度の取組みを詳細にわたり組み込んで作成されている。中・長期計画における課題の設定がやや抽象的であった分、単年度の計画とのリンクは分かりづらい面が見られたが、第二期における中・長期計画では事業所の取組みが詳細に掲げられており、今後に期待される。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の日程に従って策定されており、11月～12月にかけて職場ごとに聞き取りを行い、1月に部署目標を設定、管理者会議での話し合いを経て、2月に法人への報告を行い、承認後3月に全職員への報告が行なわれている。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族には事業計画の概略が作成され、これを家族会総会、懇談会で配布し説明している。利用者にも概略を掲示する等の対応を行っているが、更に理解してもらうための工夫が期待される。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>3年に1回第三者評価を受審し又、間に関しては自己評価を実施し、委員会や管理者会議で課題を検討し改善に向けた取り組みを行っている。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所内各委員会や管理者会議で課題を検討し、翌年の事業計画などへ取り込み、改善を図っている。課題に関して、改善の取り組み、スケジュール、実施状況等を一覧表にするなどわかりやすくしていくことも期待される。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌は事業計画書に毎年記載し、職員への配布が行われている。施設長は期初には職員会議で年度の方針を説明し、広報誌等へも記載、家族への配布等が行われている。又、事業所内委員会に関して、リスクの高い業務に関しての委員会へは自ら出席するなどの取り組みを行っている。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人本部、法人山形支部でのコンプライアンスに関する会議に出席し、職員会議、管理者会議、研修会等を通じて職員への周知を図っている。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>三年おきの第三者評価への取組み、その間における自己評価の実施、各種委員会の設置による職種別の質の向上への取組み、及び、ケア改善委員会、介護力向上委員会が設置され、介護の質の向上の取組みを積極的に行なっていく体制が作られている。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>部門ごとに重点目標を設定し取組みを行い、又、管理者会議で部門ごとの業務上の課題や業務改善に関する話し合いが行なわれている。又、職員面談における意見等を参考に改善の取組みも行なわれている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	㉗・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画策定時に人員計画を策定し、法人内で調整が行なわれている。正規職員に関しては法人で、臨時職員に関しては事業所での採用が実施され、法人での研修の後、事業所での指導者が付いてOJTが約半年間行なわれている。又、施設長との面談においては異動を含めた職員の目標や意向等の話し合いも行なわれている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㉘・c
<p><コメント></p> <p>法人の規程に基づき年2回行なわれており、職員による自己評価、上司や施設長による考課の後、法人での最終考課が行なわれ、結果は一次考課者より職員へのフィードバックが行なわれている。現状では人事考課は賞与や昇給には反映されていないが、現在試行段階であり、数年後には反映される予定となっている。予定通りの実行と、更に、施設長との面談においては数年後を踏まえた職員の目標等のついでに話し合いを行なう等、職員が先々の目標を持てるような取組みも期待される。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a・㉙・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況は事務部門で管理され、必要に応じて施設長や管理職への報告が行なわれている。職員のストレスへの対応として、ストレスチェックシートによる、自己チェックを行い、業者へ送付、職員本人及び施設の衛生管理者への報告が行われ、必要に応じて産業医への相談が行なわれる仕組みとなっている。職員の福利厚生に関しては親睦会が組織され、冠婚葬祭時への補助等が行なわれる仕組みとなっている。職員の有給休暇の取得に関しては、現状取得率が思わしくない状態であり、更に取得率向上のための取組みが期待される。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・㉚・c
<p><コメント></p> <p>事業概要に期待される職員像が明記されており、職員は毎年目標シートを記入し、施設長との面談が行なわれ進捗の確認や、アドバイスが行なわれている。更に、半期に一度面談を行っていくことも期待される。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	㉛・b・c
<p><コメント></p> <p>職員のあり方に関しては、事業概要に詳細に語られており、事業所内に2名の研修担当が選任され、年間での研修計画の立案が行なわれている。研修内容は各委員会が起案し実施している。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	㉜・b・c
<p><コメント></p>		

各職員の資格や経験は把握されており、それぞれの職種や経験に沿った研修が行なわれている。研修結果は詳細に記録されており、外部研修の案内も全員に回覧等で紹介されている。		
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組みをしている。	㉖・b・c
<コメント> 実習指導検討委員会が組織されており、マニュアルの策定や見直しも行なわれている。昨年度は介護、看護、調理の実習生が22名、その他、体験、職場見学等多数の来所が行なわれている。実習の窓口の設置、研修を受けた指導者による指導が行なわれている。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	㉖・b・c
<コメント> 法人及び施設の運営状況に関してはホームページ等を利用し公開し、過去の第三者評価の結果も公表、苦情処理に関しての対応体制は重要事項説明書に記載し、対応した内容に関しても広報誌に記載し公表している。		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	㉖・b・c
<コメント> 事業所における事務処理、経理処理等は法人の規程に基づき処理、法人からは年2回の監査及び監査法人による監査が行なわれている。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	㉖・b・c
<コメント> 利用者の希望に従って、買い物、外食、通院等が取り組まれ、地域の文化祭やかかし祭り、輪投げ大会などへの参加、事業所のイベントとして花見、紅葉狩りなどを通じ、積極的に地域との交流が図られている。		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	㉖・b・c

<p><コメント></p> <p>ボランティアは積極的に受け入れが行なわれており、昨年度は傾聴、縫い物、歌謡、舞踊、草取り、雪囲い、喫茶等の受け入れがおこなわれ、延べ837名のボランティアの協力ももっている。マニュアルも策定され、窓口も設置されている。</p>		
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業所設立に際し、地元山辺町との連携で設立したこともあり、行政との連携は積極的に行なわれている。又、事業所内に地域包括支援センターがあり、これを通じた各社会資源との連携も取られている。</p>		
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>山辺町との福祉避難所としての災害協定が結ばれており、備蓄品に関しては備蓄品情報を広域の施設との共有が図られている。町からの依頼により、介護講座への講師派遣や、介護者激励会での講演、ボランティアの発表会への場所の提供など地域への協力は積極的に行なわれている。</p>		
27	<p>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>地域の福祉ニーズに関しては、事業所内の包括支援センターが中心に行なっており、事業所としてはセンターへの協力体制を整えている。</p>		

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
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスは理念、基本方針に明記され職員には倫理綱領、虐待防止、身体拘束等の研修で周知されている。又サービス向上委員会でも検討している。</p>		
29	<p>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p>		

<p>業務マニュアルの各サービスにプライバシーに配慮してサービスを提供するように明記されている。又、身体拘束等の事例を基に内部研修等が実施され、パンフレット、ホームページへの写真の掲載時の同意書等も得ている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。</p>		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉓・b・c
<p><コメント> 法人の概要と事業所の内容やサービス利用料金等、入所にあたっての留意事項等が重要事項説明書に明記され説明して同意を得て契約を行っている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉓・b・c
<p><コメント> 入所時に事業所の内容、利用料金や苦情解決、等が明記されている重要事項説明書を基に利用者、家族にわかりやすく説明して同意を得ている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント> サービスの継続性に配慮して、引継ぎ書としてサマリー等での情報提供とサービスの利用終了後の相談方法についても説明している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉔・c
<p><コメント> 年1回日常生活の全般を対象にしたアンケートを実施している。又、利用者との懇談会等を実施している。多職種連携会議にて結果を分析、対応を協議しているが、利用者参画の基に実施される仕組みが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉓・b・c
<p><コメント> 苦情解決の体制が整備され意見箱が設置されている。苦情の公表は利用者にも広報誌で報告している。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・㉔・c
<p><コメント> 相談・意見を述べやすい環境として相談室が2か所、又、「プライベート」場所として1ヶ所設置されている。更に、相談室の情報を明確に利用者にも周知していくことが望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	㉓・b・c

<p><コメント></p> <p>相談対応マニュアルは整備されている。課題に対しては各委員会、部署内で改善に向けて検討し、実施している。また定期的な見直しを実施している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p>		
37	<p>Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会が設置され施設長が責任者となり体制が整備され再発防止に向けて改善策を検討して実施している。管理運営会議に於いて情報を共有し、研修も実施されている。</p>		
38	<p>Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症マニュアルが策定されていて、職員に周知されている。定期的に勉強会を開催し、手洗い、朝の検温を励行している。予防接種は家族の同意を得て行っている。</p>		
39	<p>Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>防災体制が整備されている。防災マニュアルが作成され防災協力員、地元の消防団の参加で避難訓練が実施されている。水害（須川）対策も検討している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。</p>		
40	<p>Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>業務マニュアルが整備され、各サービスに留意点としてプライバシーの保護が明記されてサービスが実施されている。</p>		
41	<p>Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ケア改善委員会の年間計画に基づき、サービスの標準的な実施方法は、個別支援計画の内容を反映し見直しが実施されている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>		
42	<p>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別支援計画を適切に策定している。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書は介護支援専門委員を中心に事業所が定めるアセスメント用紙（センター方式等も含む）を使用して作成し、他職種の参加で検討して実施計画書が作成されている。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	a・⑩・c
<コメント> 3か月毎のモニタリングで他職種の参加で協議見直しが行われている。利用者の状態の変化での緊急な計画変更も利用者、ご家族の同意のもとに実施されているが、見直しの仕組みを明確化していくことが望まれる。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	⑨・b・c
<コメント> パソコンの活用で記録され、情報は職員間で共有されている。情報の分別や必要な情報が的確に届くようにシステムを活用して整備されている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・⑩・c
<コメント> 法人の文書管理規定を基に記録の保管、保存、破棄、情報の提供が行われている。個人情報保護規程は整備され研修も実施されている。利用者のファイルは相談員が管理しているが記録管理者の責任者の明確化や、記録の方法について個人情報保護の観点から職員に対しての研修等を行っていくことが望まれる。		

内容評価基準 A-1 適切な処遇の確保

A-1 個別サービスの提供

		第三者評価結果
A-1-1 生活支援の基本		
A1	A-1- (1) -① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	⑨・b・c
<コメント> その日に行きたい所や希望を聞いて生活の中で自立や活動への動機作りを行っている。利用者の状況を把握して行事やリハビリに工夫されている。		
A4	A-1- (1) -④ 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・⑩・c
<コメント> 利用者の状況に合わせたコミュニケーションを行っている。権利擁護に関する研修会が実施されているが、今後は利用者の思いや希望をどのようにケアに活かせるかを更に検討した上で施設サービス計画書に反映させ取り込むことが望まれる。		
A-1-(2) 権利擁護		
A5	A-1- (2) -① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	⑨・b・c
<コメント> 身体拘束をしない業務マニュアルのプライバシー保護等、権利侵害防止に対して毎月の管理運営会議に於いて状況を確認し各部署で勉強会を実施している。		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A6	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>多床室で利用者の同室の組み合わせに配慮して、室温、換気に気を付けて心身の健康が保てるように環境を整えている。</p>		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A7	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>週2回を基本としている。心身の状況や意向に合わせて機械浴やシャワーチェアやその他の福祉用具を用意し対応している。</p>		
A8	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>自立のためにトイレで出来る利用者は水分や腸内環境のコントロールをして支援を行っている。オムツでなく布パンツの使用を進めている。</p>		
A9	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>リハビリプランを作成して歩行訓練を段階的に実施している。又、利用者の状態を把握して状態に合わせた方法で実施している。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A10	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>食事は業者に委託されている。選択食や行事食等も提供されている。食欲向上のために食前に口腔体操やメニューの紹介をしている。</p>		
A11	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉖・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画に基づいて利用者の状態に合わせて食事、水分の摂取量をきめ実施している。</p>		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉖・b・c

<p><コメント></p> <p>口腔機能の保持、改善をする為に月2回歯科医、歯科衛生士の指導の下で個別計画を作成し実施している。</p>		
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡のある利用者は現在いない。褥瘡予防委員会を中心にマニュアルを整備して研修会等で職員のレベルアップを図っている。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
A14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>職員のレベルアップのために介護職員による喀痰吸引の研修に毎年4名参加している。</p>		
<p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>		
A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の機能訓練、介護予防活動としてぬり絵、趣味、かかし祭り（かかしを作りに参加し入賞した）夏祭りの飾り等に参加している。又、毎日、ラジオ体操、音楽療法等も実施されている。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画策定時においては他職種と連携しカンファレンスで情報を共有している。認知症の診断を最初に行い、環境への工夫や他職種の職員の連携のもと行動・心理症状（BPSD）についての分析を行い支援内容を検討している。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A17	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	㉓・b・c
<p><コメント></p> <p>体調変化がある時の対応については研修や個別指導で迅速に対応できるように整備されている。尚、週1回内科、歯科の診療、月1回は整形、月2回の精神科の診療で健康を保持、対応されている。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A18	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	㉓・b・c

<コメント>

入所時に看取りの契約を行って嘱託医と連携し対応している。職員には終末期のケアに関する研修も実施されている。

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A19

A-4-(1)-①利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。

㉓・b・c

<コメント>

家族への連絡は電話で報告している。利用者と家族の定期的な食事会も計画実施している。