

福岡県福祉サービス第三者評価の結果

【第三者評価機関】

名 称	公益社団法人福岡県社会福祉士会		
所 在 地	福岡市博多区博多駅前 3-9-12		
T E L	092-483-2944	F A X	092-483-3037
訪問調査日	平成 30 年 3 月 6 日・7 日	評価調査者 登録番号	16-a00044 12-b00045

【福祉サービス事業者・施設基本情報】

法 人 名 称	ふりがな 社会福祉法人 恩賜財団 済生会支部福岡県済生会		
法 人 の 代 表 者 名	きんのう ふみひこ 金納 文彦	設立年月日	昭和 27 年 5 月 22 日
施 設 名 称	ふりがな とくべつようごろうじんほーむ むさしえん 特別養護老人ホーム むさし苑	施 設 種 別	特別養護老人ホ一 ム
施 設 所 在 地	〒818-0058 福岡県筑紫野市湯町二丁目9番2号		
施 設 長 名	ふりがな たなか しゅんた 田中 俊太	開設年月日	昭和56 年 4 月 1 日
T E L	092-925-4711	F A X	092-925-2680
E メ ー ル ア ド レ ス	musasi-en@onyx.ocn.ne.jp		
ホ ー ム ペ ー ジ ア ド レ ス	http://musashien.com		
定 員	120 名・世帯（現員 120 名）		

【評価結果】

1 総 評

(1) 特に評価の高い点

1 ユニットケアについて

利用者サービスは基本単位がユニットで、利用者は少人数の家庭的雰囲気の中で、落ち着いた生活を過ごされています。

2 職員の確保と労働環境について

安定した施設運営のために平成 28 年 6 月からコンサルタントの導入を行い、評価に応じた賃金制度と就労環境の改善が図られています。

3 地域貢献について

地域への貢献として、地域包括支援センター(法人受託)と共に地域の人々に介護や健康に関する相談などを行っています。「湯町元気教室」(地域の介護予防活動)を行い、施設を地域に開放しています。

法人の活動である生活困窮者への支援として、「なでしこプラン」を施設でも機能させて利用料の負担軽減策を実施しています。地域の福祉活動の一環として、地域のサロン運営にも協力し、民生委員活動とも連携しています。

4 サービスの提供について

パソコンのネットワークを利用した情報の共有が図られています。利用者に関する記録・データ・ケアプラン等も介護保険ソフトを使って積極的に活用されています。

医療依存の高い入所利用者も受け入れています。医師に相談し、事前面談も十分に行って支援体制を作り、多職種によるケアカンファレンスも行っています。また利用者支援や病気の理解等についての職場研修も定期的実施しています。

(2) 改善を求められる点

1 中長期計画、事業計画の策定について

法人規模が大きく、施設独自の中長期計画の内容が少ないため、課題や目標の充実が求められます。又、中長期計画に連動した事業計画の策定を期待します。

2 事故等への対応について

事故等に対して、リスク別に責任者と役割を明確にし、緊急体制の明文化と継続的な見直しを期待します。

3 サービスの質の向上への取り組みについて

組織的に行われているサービスの質の向上については、PDCAサイクルを継続的に実施する必要があります。改善計画の策定から計画の見直しまでのプロセスを点検し、さらに高いレベルの取り組みを期待します。

2 第三者評価の結果に対する事業者のコメント

・むさし苑としての事業計画については、現場と意見交換を行い、課題や解決策を議論することによって、目標を共有し、よりよい施設づくりに取り組みます。

・事故等の対応については、リスク分野毎別に責任者を決め、其々の役割を明確にし、実際のリスク対応の状況を職員が共通認識とできるよう努力すると共に、必要に応じて規定等の見直しを行います。

・サービスの質の向上については、ケアプランを基にして、日々の業務の中で気づいたことなどを議論・研究しながらより効果的なPDCAサイクルを目指します。

以上の対応をはじめ、全ての現場において、報告・連絡・相談を徹底し、重要な内容については、職員で共有するなど組織全体の活性化につなげていきたいと考えます。

3 共通評価基準及び個別評価基準の評価項目による第三者評価結果 (別添)

【特別養護老人ホーム・評価項目による評価結果】

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

【I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。】		評価結果	コメント
1	I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。	b	○理念と行動指針、基本方針は明文化されています。 ○理念は各ユニットに掲示されていて、職員所持のマナーブックやリーダー会や職員会議等で周知されています。 ○運営委員会で福祉サービス向上の目標設定がされています。
2	I-1-(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	○施設理念を利用者や関係者に周知するためにパンフレットなどに理念を掲載することを期待します。 ○基本方針について、日々の活動で目標となる具体的な内容を盛り込まれることを期待します。
【I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。】		評価結果	コメント
3	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	○理念や基本方針が新人研修などで説明されています。 ○理念と基本方針の周知状況は目標管理の個別面談の際に確認されています。
4	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	○理念や基本方針を家族、利用者に伝える工夫が必要です。広報紙に掲載したり、家族会の際に説明されることを期待します。

I-2 事業計画の策定

【I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。】		評価結果	コメント
5	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	b	○中長期計画は法人全体のもので範囲は広く、施設独自の課題や目標が少なく分かり難い状態です。 ○事業計画の達成目標が中長期計画の数値と関連するものになっていません。中長期計画に基づく事業計画の策定を期待します。
6	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。	b	○具体的な達成率を把握するために事業計画と中長期計画の連動を数値で示されることを期待します。
【I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。】		評価結果	コメント
7	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	○運営委員会で計画の評価などを行い、検討されています。 ○職員周知の際に計画の再評価できる機会を作ることを期待します。
8	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	○事業計画は文書やイントラネット（内部情報共有システム）で職員が見ることができるよう配慮されています。
9	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	○利用者や家族会に分かりやすい文書や広報誌で事業計画を配布する等の配慮を期待します。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

【I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。】		評価結果	コメント
10	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	○管理者は役割と責任について、運営委員会、全体会議で話し、議事録を通じて職員に周知しています。 ○管理者は法令順守の点から本部での研修等に参加しています。
11	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	○広報誌などを通じて利用者、家族等にも管理者の役割について周知されることを期待します。 ○関係法令のリスト化と職員への周知を期待します。
【I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。】		評価結果	コメント
12	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	b	○職員からの意見を取り入れるために管理者は全体会議や運営委員会に参加し、福祉サービスの質に関する課題を聞き取っています。 ○改善のための運営委員会会議の議事録をイントラネットを使用して、全職員へ周知しています。
13	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	○管理者は運営委員会に参加して経営上の課題を把握しています。人員配置や労働環境の整備に取り組んでいます。 ○業務改善計画を実行するために職員主導型の委員会の設置を期待します。

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

【II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。】		評価結果	コメント
14	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。	b	○社会福祉動向について、グループの包括支援センター会議に出席し、地域の福祉ニーズを把握し、情報を共有しています。
15	II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	○サービスのコスト分析などについて運営委員会で定期的な話し合いがもたれています。 ○外部の監査法人から監査を受けています。ホームページでの公表と事業報告書に記載され、外部に示されています。
16	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。 ※社会福祉法人のみ対象（他は対象外）	b	○運営委員会で改善計画を立て、課題と改善内容を中長期計画や各年度の事業計画に反映させることを期待します。

II-2 人材の確保・養成

【II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。】		評価結果	コメント
17	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。	b	○必要な人材の考え方が確立し、看護師、介護士などの有資格者が配置されています。 ○人事考課制度について、社会保険労務士などのコンサルタントを入れ、取組を始めています。
18	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	○人事考課基準や結果の周知をイントラネットや職員会議を通じて、周知されることを期待します。

【Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。】		評価結果	コメント
19	Ⅱ-2-(2)-①	a	○職員の有給休暇消化率や時間外労働の状況を把握しています。 ○職員への福利厚生について、独自の退職金制度が作られています。職員の希望を基に職員旅行などに補助がされています。 ○職員間の相談体制を置いて、働きやすい環境を整備しています。
20	Ⅱ-2-(2)-②	a	○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。
【Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。】		評価結果	コメント
21	Ⅱ-2-(3)-①	b	○管理者等による研修以外に人権擁護など外部から講師を招いた研修が開催されています。 ○組織として求める職員の資格、技術まで中長期計画では細かく表現されていません。 ○事業計画等で職員に求める技術と資格などを記載れることを期待します。
22	Ⅱ-2-(3)-②	b	○教育（研修）委員会があり、むさし苑内部の研修計画はありますが、職員一人ひとりの研修計画を作成するところまで至っていません。 ○内部研修の分析を行い、今後の研修計画に反映させてください。
23	Ⅱ-2-(3)-③	b	○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。 ○職員一人ひとりの育成計画作成と研修計画の立案を期待します。
24	Ⅱ-2-(3)-④	a	○研修を修了した職員から研修結果の復命を受けています。又、内容は職員研修で伝達がされています。 ○年間研修計画が教育委員会を中心として策定されています。 ○業務に必要な関係法令をまとめ、遵守するための研修がなされています。
【Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。】		評価結果	コメント
25	Ⅱ-2-(4)-①	a	○実習生受け入れに対する基本姿勢が文書で示されています。 ○社会福祉士や介護福祉士の実習指導者を置き、専門学校等からの要請に応じています。

Ⅱ-3 安全管理

【Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。】		評価結果	コメント
26	Ⅱ-3-(1)-①	b	○利用者の安全確保について、安全委員会・感染症及び食中毒委員会を置き、安全確保に努めています。 ○職員には介護事故防止対応マニュアル・感染症予防マニュアルで安全確保を周知しています。
27	Ⅱ-3-(1)-②	a	○災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 ○事故等に対して、リスク別に責任者と役割を明確にすること。緊急体制の明文化を期待します。 ○インシデント・アクシデントの報告書を作成しています。収集された報告を基に安全委員会等で防止策が検討されています。
28	Ⅱ-3-(1)-③	b	○災害等を想定した防災体制のマニュアルの作成と民生委員等との連絡体制の構築が期待されます。 ○事故発生時には再発防止策の検討と評価分析の記録を残しています。
29	Ⅱ-3-(1)-④	a	○災害発生時を想定した防災訓練が行われています。又、定期的に地域密着会議で、区長や地域住民との情報共有がされています。

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

【Ⅱ－４－（１） 地域との関係が適切に確保されている。】		評価結果	コメント
30	Ⅱ－４－（１）－① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	b	○基本理念の中に地域との関わり方についての考えが表されています。 ○利用者が地域のボランティアを通して交流ができる体制があり、地元大学生の協力体制や保育園との連携があります。
31	Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	○施設を開放して地域との交流会が開催されていますが、利用者に地域の社会資源の周知を期待します。 ○地域の包括支援センターと共に介護や健康に関する相談などを行っています。
32	Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	○地域医療や健康管理に関する情報を法人機関誌を通じて毎月地域へ配布しています。 ○施設を地域へ開放し、地域の自主的な活動「湯町元気教室」を支援しています。 ○ボランティア受け入れの基本姿勢が明文化され、マニュアルが作成されています。 ○ボランティアに対する個人情報保護等に関する研修を設定されることを期待します。
【Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。】		評価結果	コメント
33	Ⅱ－４－（２）－① 必要な社会資源を明確にしている。	a	○福祉事務所や保健所など利用者のサービスに関する機関のリストアップがされ、各ユニットに掲示されています。 ○職員会議などで担当者に社会資源が周知がされています。
34	Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	○同法人の地域包括支援センターを核として、行政機関とネットワークが形成されています。 ○行政からのショートステイや措置入所依頼を引き受けています。
【Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。】		評価結果	コメント
35	Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	○施設職員が公民館や民生委員会の活動に協力して、地域課題に取り組んでいます。 ○同法人の地域包括支援センターと共に高齢者問題など地域の福祉ニーズを把握しています。
36	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。 ※社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a	○法人の活動である生活困窮者への支援として、「なでしこプラン」で利用料負担軽減を実施しています。 ○地域の福祉活動のサロン運営に施設も協力をしています。

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

【Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。】		評価結果	コメント
37	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	○理念と行動指針に利用者を尊重したサービス提供の姿勢が示されています。 ○利用者尊重に基づいた施設目標が示されています。
38	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	○身体拘束委員会や安全対策委員会を中心に法令順守や人権尊重の研修され、議事録で全職員に周知しています。 ○利用者のプライバシー保護についてマニュアルがあり、研修や職員会議で周知されています。 ○新人や職員に対して、プライバシー保護など人権尊重に関するチェックリストや職務評価評による確認を行っています。
【Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。】		評価結果	コメント
39	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備、取組を行っている。	a	○利用者満足を目指す姿勢がマニュアルに示されています。 ○利用者や家族に向けて年2回、アンケートを実施しています。 ○利用者満足に関する職員研修がされています。
【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。】		評価結果	コメント
40	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	○利用者や家族が身近な職員に相談できる体制が整備されています。 ○契約時に契約書や重要事項説明書で第三者委員など外部の人に相談窓口を設置していることを家族会でも説明しています。
41	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	○相談室が各フロアにあり、苦情解決の仕組みについて、重要事項説明書で説明しています。 ○苦情があった場合に、その対応について掲示して公表しています。 ○利用者からの意見やアンケートについて、イントラネットで情報を共有し、看護課長・介護課長を中心にしたサービス担当者会議等で検討しています。
42	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。	b	○迅速な対応のために意見や要望の受付から検討、公表までマニュアルと実施状況を確認する体制整備を期待します。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

【Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。】		評価結果	コメント
43	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	○職員は自己チェックを定期的に行いサービスの提供に反映させています ○年に2回の利用者・家族向けのアンケートを実施し多職種会議等で検証を行えるようにしています。
44	Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	○改善策や実施計画の策定が期待されます。

【Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。】		評価結果	コメント	
45	Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	○サービスのマニュアル、管理台帳により個々のサービスについて標準的な実施方法は文書化されています ○主任等の担当者が、毎月のサービスの確認、評価を行い、標準的な実施方法の見直しの仕組みが確立されています。
46	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されている。	a	○定期的なサービス担当者会議の実施により職員、家族、利用者の声が反映される仕組みになっています。
【Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。】		評価結果	コメント	
47	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	○個人情報保護についてはホームページ等で周知し、入所時に資料を配布して説明しています。
48	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	○ネットワークシステムを活用して記録整備が行われ、多職種で行われるカンファレンスでも記録や情報が共有されています。
49	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	○利用者の記録・データの保管、保存、廃棄に関する規程を定めています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

【Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。】		評価結果	コメント	
50	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	○ホームページ等を利用し積極的に情報提供を行っていて、広報誌は家族、公共機関、他施設等に配布しています。
51	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	○入居が近い方の所に訪問し入居の説明を行っています ○契約書、重要事項説明書によりサービスの説明と同意取得を行っています。またパワーポイントも利用して理解しやすいように工夫しています。
【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。】		評価結果	コメント	
52	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	○サービスの継続性に関する配慮として、アセスメントシート、ケアプラン、看護添書等を移行先に渡し支援の担当者へ引き継いでいます。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

【Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。】		評価結果	コメント	
53	Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	○アセスメントは作成手順書にそって計画的に実施されていて、見直しの時期も定められています。 ○利用者の個別のサービス課題やニーズはケアプランの中で明示しています。
【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。】		評価結果	コメント	
54	Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a	○各フロアに1名のケアマネが配置され、各職種が参加するサービス担当者会議でサービス内容を検討しています。
55	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	○作成手順書に沿って計画の策定、評価見直しが行われています。

A-1 個別サービスの提供

【A-1- (1) 利用者に対する食事の提供】		評価結果	コメント	
56	A-1- (1) -①	食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	○利用者の要望や希望を取り入れ食事を楽しめるような提供がなされています。 ○心身の状態に合わせた食事形態（きざみ、ミキサー、一口大、二分の一等）で食事が提供されています。
57	A-1- (1) -②	定期的にメニューを見直すシステムができていて、機能している。	b	○食事をそれぞれのペースで楽しんでもらえるように食事時間の幅をゆっくり取っています。 ○外注や持ち込みの食事を取ることができ、晩酌を楽しまれる利用者もいます
58	A-1- (1) -③	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状態に応じて行っている。	a	○毎月給食委員会が開催され食事の提供の改善に向けた取組みが行われています。
59	A-1- (1) -④	食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	○食事の提供は外部に委託していて、旬の物だけでなく冷凍の食材を使うこともあります。
【A-1- (2) 利用者に対する入浴の提供】		評価結果	コメント	
60	A-1- (2) -①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	○入浴や清拭は個別に支援ケアプランを作り、状態に合わせて職員1~2名で安全かつ適切な介助が行われています。
61	A-1- (2) -②	入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	b	○完全な同性職員による入浴介助の選択は難しい状況ですが、利用者への最大限の配慮が必要と思われれます。
【A-1- (3) 利用者の適切な排せつ管理】		評価結果	コメント	
62	A-1- (3) -①	排せつの介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	○排泄介助に関して、個別の排尿周期に基づき排泄誘導やおむつ交換が行われています。
63	A-1- (3) -②	排せつに関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	b	○施設はユニット型で利用者の自尊心、プライバシーに配慮しやすい環境の中でケアが行われています。 ○完全な同性職員による排せつ介助の選択は難しい状況ですが、利用者への最大限の配慮が必要と思われれます。
【A-1- (4) 利用者の移乗の確保】		評価結果	コメント	
64	A-1- (4) -①	利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	a	○利用者の意思を尊重した上で、昼間は積極的に離床支援が行われています。 ○共同生活スペースを活用して移乗の支援が行われています
【A-1- (5) 利用者の整容の確保】		評価結果	コメント	
65	A-1- (5) -①	利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	○自立支援に向けた計画に沿って口腔ケア、整容等が毎日実施されています。 ○利用者の意向に合わせて髪型、衣服等が配慮されています。 ○衣類のほつれなどは、月に2回のボランティアが対応しています。
【A-1- (6) 個々の生活、障害に合わせた介護】		評価結果	コメント	
66	A-1- (6) -①	個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	○月1回の理学療法士、言語聴覚士のアセスメントを基に機能訓練のプランが作られています。
67	A-1- (6) -②	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	○認知症については研修が年に2回実施されています。 ○ケアマニュアルを基に認知症の利用者への対応が行われています。 ○傾聴ボランティアやコンパニオンアニマルを導入したケアが行われています。

【A-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応】		評価結果	コメント
68	A-1-(7)-①	医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携する等適切な対応を行っている。	a ○事前面談を行い、医師等の助言を受けて医療依存度の高い利用者も受け入れています。 ○医療処置マニュアルを作成し、隣接する関連病院とも連携して経管栄養等の必要な利用者にも対応をしています。
【A-1-(8) 健康管理、衛生管理】		評価結果	コメント
69	A-1-(8)-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a ○隣接する関連病院とも連携し適切な医療支援体制が整っています。
70	A-1-(8)-②	服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a ○認定看護師と連携を取り医療管理等の研修が実施されています。 ○服薬に誤りがないようマニュアルをもとに確認体制を取られています
71	A-1-(8)-③	感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a ○パソコンのネットワークに健康管理情報は一元化され職員に共有されています。 ○感染予防・食中毒マニュアル等が作成され保健所との連絡体制も取れています。
72	A-1-(8)-④	食中毒予防対策を適切に行っている。	a
【A-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施】		評価結果	コメント
73	A-1-(9)-①	個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	a ○機能訓練担当の職員を中心に個別機能訓練計画が立案されています。
74	A-1-(9)-②	機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	a ○計画は個人の心身の状況に応じて実施されています。また3か月に1回評価と見直しが行われています。
75	A-1-(9)-③	褥瘡の発生予防・寝たきり防止・離床のための取組を適切に実施している。	a ○個別プログラムの作成及び見直しにあたってはサービス担当者会議にて検討されています。 ○普段着と寝間着を区別し、朝夕の離着床時に更衣を行っていて、褥瘡予防マニュアルを基に予防を行っています。
76	A-1-(9)-④	利用者の身体状況に応じて福祉用具等を適切に提供している。	a ○福祉用具は利用者の心身の状況に合わせて提供しています。
77	A-1-(9)-⑤	転倒予防のための取組を実施している。	a ○歩行ができる利用者には、職員が見守りや声掛けを行いながらの歩行誘導が行われています。
【A-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重】		評価結果	コメント
78	A-1-(10)-①	主体的な生活や余暇活動を保障している。	b ○利用者に「何を食べたいか・何をしたいか」を聞き、家族にも希望を聞いています。フロアでたこ焼きパーティーなども行っています。
79	A-1-(10)-②	利用者のライフスタイルを保障している。	a ○電化製品や家具は使い慣れたものを自由に持ち込んでもらっています。
80	A-1-(10)-③	預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a ○預り金管理規程を定めて厳密に預かり金の管理を行っています。 ○年に4回、定期的に出納状況を家族に報告しています。
81	A-1-(10)-④	自由な生活が送れるよう配慮している。	a ○利用者の体調に合わせた離床時間になっています。
82	A-1-(10)-⑤	生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。	a ○それぞれのペースに合わせるため、朝は8時から10時程度の間で食事を準備しています。 ○家族だけでなく、友人や知人も多く来訪されています。

A-2 家族との交流の確保

【A-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保】		評価結果	コメント
83	A-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	○個室であり面会時のプライバシーが確保されず、また各フロアにある共同生活スペースも利用してもらえます。 ○家族会、納涼会、敬老会、クリスマス会等の行事に家族も参加してもらっています。 ○ケアプランの見直し時のケース会議には家族へ参加を依頼し、家族との連携と交流が進められています。
84	A-2-(1)-② 利用者家族との連携を適切に図っている。	a	

A-3 利用者の人権の擁護

【A-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止】		評価結果	コメント
85	A-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	○身体拘束廃止マニュアルが作成され、緊急やむを得ない場合の対応方針も示されています。 ○身体拘束廃止の委員会は月1回の実施され、止むをえない対応については、2週間ごとの見直しを行っています。 ○権利擁護や虐待防止にかかわる研修を全職員に対し行っています。 ○要望箱の設置、サービス担当者会議に家族の参加を促すなど意見を聞く機会を増やしています。 ○成年後見制度など権利擁護に関する制度の利用については、同じ法人にある地域包括支援センターとも連携し対応しています。
86	A-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	
87	A-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供等支援を行っている。	a	
【A-3-(2) 生きがいのある生活】		評価結果	コメント
88	A-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	○介護度が高い利用者が多いが、家庭的なユニットケアのフロアの中で、職員から一人ひとりに対して声掛けが行われています。 ○ユニットの中でハムスターやメダカ飼育したり、コンパニオンアニマルの受入れを行い動物にふれる機会も作っています。
89	A-3-(2)-② 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	
【A-3-(3) その他】		評価結果	コメント
90	A-3-(3)-① 自己評価を実施している。	b	○法人本部が作ったチェックリストに基づき自己評価を行っています。 ○利用者、家族の意思を尊重しターミナルケアを行う体制が取られています。 ○看取りなどで家族も24時間施設内で過ごせる環境を整えています。 ○看取りに関する方針があり、週に1回以上のカンファレンスを開いています。 ○ターミナルケアの理解を深める研修が行われていて、外部研修にも参加しています
91	A-3-(3)-② 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a	