

1 第三者評価機関名

サービス評価センターはあとらんど

2 訪問調査実施日

平成28年10月27日～28日

3 事業者情報

(1)	種別	特別養護老人ホーム	(2)	名称	社会福祉法人永光会 特別養護老人ホーム永光荘
(3)	代表者	理事長 眞下誠治	(4)	定員	90名
(5)	所在地	〒377-0004 群馬県渋川市半田785-5			
(6)	H P	http://www.eikoso.or.jp/html/eikoso.html			

4 評価の総評

○ 評価の高い点

①社会福祉法人として地域社会との交流や専門性を生かした取り組みを実践している。
 中学校美術部が外構の壁画を描き、小学生の定期的な訪問を利用者は楽しみにしており、民生委員・ボランティアグループ(太鼓演奏、踊り)等の訪問もある。また、小学校へ車椅子体験教室に出向き、高等学校へは福祉教育の講座を受け持ち、職員を介護職員初任者研修の講師に派遣している。敬老の日や小正月には小学校で収穫された新米で赤飯を炊き、民生委員を通して、地区の一人暮らしの高齢者や85歳以上の夫婦宅に配布して喜ばれている。

②利用者の人権を尊重しサービスの質を高める取り組みをしている。
 第三者委員を兼ねた福祉オンブズマンを導入しており、月1回の訪問であげられる報告書に基づいて、各担当者が内容を検討しサービスの改善に繋げている。

③利用者が食事を楽しめる取り組みを行っている。
 食堂入り口に掲げられた大きなホワイトボードには、一目でわかる大きな文字で1週間分の献立が書かれており、利用者がメモを取ることもあり、楽しみと情報提供の工夫がされている。

○ 改善に向けて取り組んでいる点

①人事管理の体制作りとして、人事考課制度について他施設の情報を収集し、取り組みの検討課題としている。

②施設サービス計画(ケアプラン)に基づくサービス実施記録の整備について、現在の記録はケアプランに対する実施状況の記録が不十分な為、生活相談員が指導助言を行いながら、統一的な記録内容について検討を行っている。

③浴室がデイサービスとの共用であることから、浴室の使用方法を課題としてあげ、検討されている。

5 事業者のコメント

昨今、ご利用者及びご家族からの忌憚のないご意見、ご要望が多く聞かれるようになった。介護保険制度から16年が経ち、措置から契約へという制度の趣旨が社会に定着した結果と考えている。施設に寄せられるこれらの声を真摯に受け止め、キメ細かく適切に対応するとともに、処遇の向上・改善に繋げていくために今回第三者評価を受審し、調査及び評価決定にあられた専門家の方から様々なご教示やご指摘をいただいた。今後、評価により明確になった課題に対して積極的に取り組むことで、サービスの向上を図っていきたい。

6 第三者評価結果内容(項目毎)

I 社会福祉施設の運営管理

I-1 理念・基本方針	
(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。	
評価結果	●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。</p>
評価結果	●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。
② c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。</p>
【I-1 理念・基本方針の特記事項】	
(1)①平成28年度『事業計画書』に記載されており、玄関や介護職員室等に掲示されている。毎月の全体会議時に理事長がパワーポイントを使用して説明を行い全職員に周知されている。	
(1)②入居契約時に家族に向けては説明しているが、利用者には理解が困難と判断し説明していない。	

I-2 事業計画	
(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。	
評価結果	●福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。</p> <p>b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。</p>
評価結果	●中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。
② b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができている。</p> <p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p>

		c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。
(2) 事業計画の評価を行っている。		
	評価結果	●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p>
【I-2 事業計画の特記事項】		
(1) ①②建物の老朽化に伴う大規模修繕や浴室の増設等については、運営会議において5ヶ年(中期的)事業計画として検討事項となつてはいるが、具体的な計画には至っていない。		
(2) ①各部門で年度毎の事業計画として、法人独自の様式『年度目標管理シート』を作成している。担当の部や課別に年4回(6月・9月・12月・年度末)毎に実施状況等の自己評価を行っている。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ		
(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	評価結果	●管理者の責任が明文化されている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p>
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	評価結果	●管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p>
【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】		
(1) ①事業計画書に『職務分掌表』が記載されており、各部署の職種毎に内容を明記している。全体会議で全職員に事業計画書を配布し、説明を行い周知されている。		
(2) ①職員からの改善案等に関する意見を聞く場としては、日常の会話からと提案を聞く機会として会議を		

定期的に設けている。また、提案事項がある場合は、法人独自の様式『起案書』を利用し、発議として部長会議や課長会議等で話し合いを行い、決裁が下りるシステムとなっている。	
I-4 体制及び責任	
(1) 施設の運営が適切に行われている。	
評価結果	●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。
① a	【判断基準】 a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。 b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。 c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。
評価結果	●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
② c	【判断基準】 a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。 b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。 c) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。
【I-4 体制及び責任の特記事項】 (1) ①事業計画書に『組織図』及び『職務分掌表』が記載されており、施設長をはじめ、管理部、特養部、在宅ケア部等に分布され、各部署の職務内容が明記されている。全体会議で事業計画書を基に説明し、周知されている。 (1) ②各会議録の閲覧の取り決めや『介護マニュアル』には排泄チェック表に記される共有化されるべき記号の記載はあるが、対応内容の記録や引継ぎ方法等については文章化されていない。	

I-5 経営状況の把握	
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
評価結果	●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。
① a	【判断基準】 a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。 b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。 c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。
評価結果	●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。
② a	【判断基準】 a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。

		<p>b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。</p>
<p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>(1)①②理事長、施設長、副施設長、事務長等で構成される月に1回開催の運営会議の場で、年度毎の目標に沿った利用状況・目標の現状・収支状況等の経営状況が把握され、改善に向けて検討されている。</p> <p>(1)②利用状況や稼働率等については、運営会議→部長会議→課長会議→担当係毎の会議を経て、全体会議で報告を行い、全職員に周知されている。</p>		
<p>I-6 サービス内容の検討体制</p>		
<p>(1) 質の向上のための取り組みが行われている。</p>		
	評価結果	<p>●提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。</p>
①	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的に開催されている。</p> <p>b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的に開催されておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。</p> <p>c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。</p>
	評価結果	<p>●サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。</p>
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。</p> <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p>
<p>【I-6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <p>(1)①特養部・居宅部共通（7種）、特養部独自（6種）を合わせて13種別の委員会があり、『感染症対策委員会』は3ヵ月に1回、その他の委員会は月に1回程度会議を開催しているが、他施設の情報は参考にしていない。各委員会はベテラン職員をリーダーとし、経験年数を平均化したメンバーで構成されている。</p> <p>(1)②栄養士が食事形態の研修会に参加し、その結果、委員会でソフト食の検討と口腔体操の見直しを行った事例がある。</p>		

<p>I-7 人事管理・研修</p>		
<p>(1) 人事管理の体制が整備されている。</p>		
	評価結果	<p>●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制が</p>

		<p>できているが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p>
②	評価結果	●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。		
①	評価結果	●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。
	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p>
②	評価結果	●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p>
(3) 職員の研修体制が確立している。		
①	評価結果	●職員の資質向上に関する目標を設定している。
	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができている。</p> <p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p>
②	評価結果	●職員の研修ニーズに基づき研修計画を策定している。
	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p>

	<p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p>
<p>【I-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <p>(1)①職員の採用や異動等については、部長会議の場で職員の意向を踏まえた人員体制について話し合われている。</p> <p>(1)②人事考課は行っていないが、実施している他の施設の情報等を収集して検討はしている。</p> <p>(2)①課長会議で話し合っているが、現状は職員からの申し出があった場合に産休等の対応を行っている。</p> <p>(2)②福利厚生センターには加入していないが、法人独自の福利厚生事業を実施している。親睦会や職員旅行、結婚祝い等で補助金を提供している。</p> <p>(3)①事業計画書に毎月の『職員研修予定表』を記載しているが、組織的な対応としての計画にはなっていない。</p> <p>(3)②委員会を通して研修案内を回覧しており、研修の受講者は施設から指名されて参加している。</p>	

II 地域等との関係

II-1 地域社会との関係	
(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。	
評価結果	<p>●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。</p>
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p>
評価結果	<p>●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。</p>
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p> <p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p>
<p>【II-1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <p>(1)①自治会長や民生委員を納涼祭に招待している。また、地区の一人暮らしの高齢者宅へ地域の小学校で育てたもち米で栄養調理課がお赤飯を作り、民生委員を通して敬老の日に配布されている。防災協力員を地域住民に依頼し、14名程度の協力が得られており、防災訓練にも参加してもらい年に1回は意見交換を行っている。さらに、近隣中学校の美術部とは施設の外構に壁画（上毛かるたの絵札等）を描いてもらう交流が図られている。</p>	

(2)②社会福祉協議会や福祉団体と共催して、小学校で車椅子の体験学習を実施した。高等学校や介護職初任者研修等に職員を講師として派遣している。活動内容は全体会議で報告し周知されている。

II-2 ボランティアの受け入れ	
(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p>
③	<p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関しての工夫がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p>
④	<p>評価結果 ●ボランティアからの疑問等に応えている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができている。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p>
【II-2 ボランティアの受け入れの特記事項】	
(1)①ボランティアの受け入れは担当職員が事前に把握し決定を行い、職員には決定後に伝えているのが現状で事前の共通化は図られていない。	
(1)②契約書に『ボランティア実施の注意事項』が記載されており、受け入れ時には事前に説明し、配布している。利用者には事前に口頭で情報提供を行い、ボランティア訪問日程等が書かれた案内のポスターを廊下に掲示している。	

(1)③慰問やボランティア受け入れの窓口は生活相談員が担当しているが、マニュアル化はしていない。
 (1)④『ボランティアアンケート』用紙があり、4項目の内容と共に感想や意見に対応している。

II-3 実習生・体験学習への対応	
(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。	
①	<p style="margin: 0;">評価結果 ●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。</p> <p style="margin: 0;">【判断基準】</p> <p style="margin: 0;">a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p style="margin: 0;">b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p style="margin: 0;">c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p>
②	<p style="margin: 0;">評価結果 ●実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。</p> <p style="margin: 0;">【判断基準】</p> <p style="margin: 0;">a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。</p> <p style="margin: 0;">b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。</p> <p style="margin: 0;">c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。</p>
③	<p style="margin: 0;">評価結果 ●効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。</p> <p style="margin: 0;">【判断基準】</p> <p style="margin: 0;">a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p style="margin: 0;">b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。</p> <p style="margin: 0;">c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。</p>
<p>【II-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <p>(1)①注意事項を定めた『介護福祉士実習マニュアル』を作成している。係長会議で学校ごとの実習要綱を確認し、受け入れ部署にスケジュール表を渡して実習指導を行っている。</p> <p>(1)②事前のオリエンテーションを1～2週間前に実施し、利用者には実習生本人を事前に紹介している。</p> <p>(1)③生活相談員が担当者であり、『介護福祉士実習マニュアル』に注意事項を明記している。</p>	

Ⅲ サービスの開始・実施

Ⅲ-1 サービス開始時の対応	
(1) サービスの開始が適切に行われている。	
評価結果	●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供は十分行われている。</p> <p>b) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫をしているが、情報提供は十分ではない。</p> <p>c) 施設として実施するサービスの情報について、選択し易いような工夫は十分ではない。</p>
評価結果	●サービスの実施にあたり、利用者や家族等への説明が適切に行われている
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備されており、かつ利用者や家族等の意向を把握した上で、同意を得ている。</p> <p>b) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルが整備され、利用者や家族等の同意を得ているが意向の把握が十分ではない。</p> <p>c) サービス提供に際して、事前に行う説明のあり方等が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。</p>
(2) 利用者との契約が適切に行われている。	
評価結果	●契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用契約については契約書を取り交わし、かつ本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度を活用して利用者に対する援助を行っている。</p> <p>b) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助は十分ではない。</p> <p>c) 利用契約については契約書を取り交わしているが、本人が契約することが困難である場合には、成年後見制度の活用について、利用者に対する援助はしていない。</p>
<p>【Ⅲ-1 サービス開始・実施の特記事項】</p> <p>(1)①『入所契約書』・『重要事項説明書』及び『利用料金表』を活用し、情報提供をしている。理美容等については口頭で実費を説明し希望を聞き取っている。</p> <p>(1)②『入所申込書』及び入所申し込み用紙を交付して内容説明を行い、同意の上記入してもらっている。</p> <p>(2)①成年後見制度の活用支援を行っており、現在は2名の利用者が制度を利用している。</p>	

IV サービス実施計画の管理・実施

IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制	
(1) ケアプランに関する責任体制が明確である。	
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）作成の実施体制が整備されている。
① b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定め、指導助言をする体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置き、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めているが、指導助言する体制は十分ではない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者を置いているが、その実施状況を総合的に把握・管理する統括責任者を定めていない。</p>
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく援助及び変更にあたり、職員の共通認識が図られている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、指導助言を受ける体制があり、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられているが、指導助言を受ける体制はない。</p> <p>c) 利用者のサービス実施計画（ケアプラン）の実施及び変更にあたり、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
(2) サービスの実施に対する評価を行っている。	
評価結果	●利用者の情報が、確実に伝わる仕組みがある。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されており、かつ統括責任者の指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する情報が、サービス実施計画（ケアプラン）を作成する専任担当者に確実に伝達される体制が整備されているが、統括責任者の指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する情報が、統括する専任担当者に確実に伝達される体制を整備していない。</p>
評価結果	●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に対する評価がなされている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービス実施計画（ケアプラン）に設定されている目標に対する実施・達成状況を評価するための体制が整備されていない。</p>
【IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】	
(1)①施設サービス計画は施設ケアマネジャーが作成し、サービス担当者会議等で生活相談員が指導助言を行っている。施設長にはフェイスシートの写しのみが配布されており、総括責任者としての内容把握については十分とは言えない。	

<p>(1)②施設サービス計画の見直しは認定更新時や状態変化時にサービス担当者会議を基に実施している。定期的には月に1回のサービス担当者会議で確認し合っている。</p> <p>(2)①居室毎の担当制を敷いており、日頃の申し送りや、係毎の担当職員が施設ケアマネジャーを中心にサービス担当者会議で確認している。係別会議等でモニタリングを実施している。</p> <p>(2)②係別会議で『モニタリング記録表』を基に看護師や栄養士に確認しながら、施設ケアマネジャーが取りまとめを行っている。</p>	
<p>IV-2 サービスの実施</p>	
<p>(1) サービスの実施に関する記録が整備されている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●サービス実施計画（ケアプラン）に基づく実施に関わる記録が整備されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が適切かつ十分に記録されている。</p> <p>b) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況の記録が十分ではない。</p> <p>c) 一人一人の利用者について、サービス実施計画（ケアプラン）に基づく支援の実施状況が記録されていない。</p>
<p>(2) 各種マニュアルは見直しがされている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直しを行い、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての各種マニュアルは、定期的に見直しを行い、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>c) 定期的な見直し・見直しをしていない。</p>
<p>【IV-2 サービスの実施の特記事項】</p> <p>(1)①施設サービス計画に基づいた介護記録とは言えず業務的な内容が多く、支援の実施状況の記録としては不十分なため、生活相談員が記録内容のアドバイスをしている。</p> <p>(2)②各種マニュアルがあり、『マニュアル管理票』を作成し、整備している。年に2回（6月・12月）は見直しを行い、改正年月日を記載している。改正部分については全体会議で伝え、『マニュアル集』は部署ごとに配布されている。</p>	

V サービスの内容

V-1 人権への配慮	
(1) 利用者一人一人の尊厳を守っている。	
①	<p>評価結果 ●職員の接し方は、利用者一人ひとりの尊厳を守っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者との適切な関わり方（呼称・言葉づかいを含む）についてのマニュアルの整備は十分ではない。</p>
②	<p>評価結果 ●入浴、排泄等の介助は、利用者の意向を尊重している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識し、共通認識を図る場を設け、かつ同性介助に配慮している。</p> <p>b) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識し、共通認識を図る場が設けられているが、同性介助の配慮は十分ではない。</p> <p>c) 入浴、排泄等の介助について、職員は利用者の意向を尊重することを日常的な課題として意識せず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
③	<p>評価結果 ●入浴、排泄等の介助に関して、利用者の心を傷つけないよう配慮している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備され、かつ職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについての指針が整備されていない。</p>
(2) 不適切な関わりがないように配慮している。	
①	<p>評価結果 ●虐待（暴言、暴力、無視、放置、精神的な等）に関する人権侵害の防止策を講じている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 虐待の防止に関して、具体的な事例等が示されるマニュアルの整備は十分ではない。</p>
②	<p>評価結果 ●虐待（拘束、暴言、暴力、無視、放置等）に備えた対応方法が定められている。</p>

	<p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化され、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策（調査委員会、苦情処理、補償等）が定められている。</p> <p>b) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されているが、虐待等が疑われたり、行なわれた場合の対応策は定められていない。</p> <p>c) 虐待については、就業規則（サービス規定等）で禁止事項・罰則規定が明文化されていない。</p>
評価結果	●抑制・拘束は行わないようにしている。
③	<p>【判断基準】</p> <p>a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(3) プライバシー保護が適切に行われている。	
評価結果	●利用者のプライバシーが守られる体制ができている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルの整備は十分ではない。</p>
(4) 苦情の申し立て体制が適切である。	
評価結果	●苦情申し立てができる体制が整備されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられ、運用が適切に行われている。</p> <p>b) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、運用が十分ではない。</p> <p>c) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-1 人権への配慮の特記事項】</p> <p>(1)①法人独自の『権利擁護のマニュアル』を作成しており、係別会議で課題の把握をし、言葉使い等についても尊厳を意識して取り組んでいる。</p> <p>(1)②個浴とリフト浴等があり、状態に応じた入浴支援を行っている。同性介護に関しては男性職員が増えており、勤務シフト上対応が困難なため実施されていないが、介助時は本人に確認を取ることやタオルを使う等の工夫をして希望に沿えるように個別での入浴支援を実施している。</p> <p>(1)③『プライバシーの保護』のマニュアルがあり、入浴や排泄の介助方法を確認し合っている。禁句集やタブー集をまとめた冊子を参考に勉強会を行っている。</p> <p>(2)①『権利擁護マニュアル』を作成し、高齢者虐待防止法等についての勉強会を行っている。</p> <p>(2)②『就業規則・サービス規程』に位置づけられた「職員心得」や人権尊重の観点に反した行為が行われた場</p>	

<p>合は、懲罰委員会で話し合われている。また、損害賠償の保険にも加入している。</p> <p>(2)③『身体拘束に関するマニュアル』を作成し、「身体拘束ゼロの手引き」等で確認している。対象者については、家族の同意の下、サービス担当者会議や月1回のモニタリングを実施し、3ヵ月毎に見直しを行い家族に説明して同意を得ている。</p> <p>(3)①『権利擁護のマニュアル』及び『プライバシーの保護』のマニュアルがあり、全体会議や係別会議等で伝え、周知している。</p> <p>(4)①福祉オンブズマンを導入しており、月に1回の訪問と報告書が挙げられている。報告書を基に係別会議で話し合い、各部署で回覧している。</p>

V-2 生活環境	
(1) 生活環境が適切に整備されている。	
①	<p>評価結果 ●利用者の生活空間への配慮がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等があり、かつ「その人らしい居室」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等があるが、「その人らしい居室」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の快適な居室のあり方についての指針等が整備されていない。</p>
	<p>評価結果 ●居室において、利用者のプライバシーを保護するような環境整備の工夫がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに具体的に反映されている。</p> <p>b) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの具体的な反映が十分ではない。</p> <p>c) 利用者のプライバシーを保護することについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
③	<p>評価結果 ●共有スペースについて、利用者がくつろげる工夫がなされている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 共用スペースのあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、環境づくりに工夫がなされている。</p> <p>b) 共用スペースのあり方について職員の共通認識を図る場が設けられているが、環境づくりへの工夫は十分ではない。</p> <p>c) 共用スペースのあり方についての職員の共通認識を図る場は設けられていない。</p>
	<p>【V-2 生活環境の特記事項】</p> <p>(1)①従来型多床室のため、居室のあり方等についての指針は作成していない。しかし、整理箆箆や椅子、家族や好きな動物の写真、趣味の物等の馴染みの品が持ち込まれている人もいる。</p> <p>(1)②『プライバシーの保護』のマニュアルがあり、勉強会を行っている。ベッドを囲むようにカーテンが設置されており、排泄介助時には閉めるが、そのほかの時間は開けられているため、プライバシーの確保が十分とは言えない。</p>

(1)③棟別に日中離床して過ごせる共有スペースと廊下にソファや椅子・壁掛けテレビが設置されているスペースがあるが、個別で寛げる環境づくりが十分とは言えない。

V-3 コミュニケーション	
(1) 利用者のコミュニケーションが円滑に保たれている。	
①	<p>評価結果 ●利用者へのコミュニケーションの支援が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルの整備は十分ではない。</p>
②	<p>評価結果 ●コミュニケーションの支援について、支援が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-3 コミュニケーションの特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』に介護職員としての心構えやコミュニケーションのとり方について等が具体的に記載されており、係別会議や全体会議で周知している。新人職員には個別に伝えている。</p> <p>(1)②施設ケアマネジャーが施設サービス計画に位置付けており、認知能力について・利き耳について・言葉のかけ方等に関して、具体的にサービス担当者会議やモニタリング時に検討している。</p>	

V-4 入浴	
(1) 入浴の支援が適切に行われている。	
①	<p>評価結果 ●入浴・清潔保持の援助が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての入浴・清潔保持のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
②	<p>評価 ●入浴の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p>

	結果	<p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）のもとで検討する体制の整備は十分ではない。</p>
<p>(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。</p>		
	評価結果	<p>●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫に取り組んでいる。</p> <p>b) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望等に配慮して改善・工夫は十分ではない。</p> <p>c) 「快適な入浴」のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-4 入浴の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中に入浴介助についての手順等が具体的に記載されており、『入浴委員会』を通して周知されている。</p> <p>(2)①個別の状況に応じた個浴やリフト浴等の入浴介助の手順等を施設サービス計画に位置付けている。サービス担当者会議や係別会議等で共有している。</p> <p>(2)②『介護マニュアル』の「入浴介助について」を基本にして、声掛けや誘導方法、湯の温度調節、入浴後の水分摂取（希望により給茶機を設置）等の要望に応じている。また、入浴は週2回を基本としているが、認知症状の人からの拒否があった場合は、翌日に声をかける等の対応をしている。</p>		
<p>V-5 排泄</p>		
<p>(1) 排泄の援助が適切に行われている。</p>		
	評価結果	<p>●排泄の援助が適切である。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての排泄に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての排泄に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	<p>●排泄の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p>
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p>

		<p>b) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
	評価結果	●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。
③	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備され、かつ日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されているが、日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されていない。</p>
<p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の「排泄について」では、オムツ交換の手順、排泄用品や介助の方法等が具体的に記載されており、『排泄委員会』で検討し、係別会議に伝え周知されている。</p> <p>(1)②個別にトイレ誘導・紙オムツ+パットでトイレ対応支援・夜間はポータブルトイレ利用・センサーマット対応等を施設サービス計画に位置づけて、サービス担当者会議やモニタリング時に共有している。</p> <p>(1)③『介護マニュアル』に『排泄の意義』の項目が記載されており、自立心やプライバシー配慮の必要性等や自立維持に向けて定期的に理学療法士が来訪し、移乗動作や拘縮予防等の支援を実施している。自立者への確認や可能な限りトイレでの排泄支援等について『排泄委員会』で検討している。</p>		

V-6 食事		
(1) 食事の援助が適切に行われている。		
	評価結果	●食事の援助が適切である。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての食事に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての食事に関するマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	●食事の援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討す</p>

		<p>る体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれのサービスサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。</p>		
	評価結果	●利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等に利用者も参加して、その結果をメニューの改善に十分反映させている。</p> <p>b) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、食事サービスの検討会等を開催しているが、メニューの改善に活かすことが十分ではない。</p> <p>c) 利用者の食事の状況や好き嫌いをメニューの改善に反映させていない。</p>
	評価結果	●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者の意向に配慮した工夫をしている。</p> <p>b) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けているが、利用者の意向に配慮した工夫は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
<p>【V-6 食事の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』に食事についての記載があり、係別会議を通して周知している。調理課の新入職員については、2ヵ月間担当職員が教育係として伝達や指導を行っている。</p> <p>(1)②『食支援委員会』での検討内容や家族からの意向や訪問歯科・作業療法士等の他職種協働による意見を尊重し、施設サービス計画に位置付けている。サービス担当者会議や『食支援委員会』で共有している。</p> <p>(2)①入居時に調理員が『入居者フェイスシート』や『パーソナルマップ』を基に嗜好等のアセスメントを実施している。また、毎日の食事時に味付けや好き嫌い、思い出の料理等について聞き取りを行い『食支援委員会』で検討している。</p> <p>(2)②利用者の意向等は『食事届』を活用し、『食支援委員会』で反映させて行事食や選択食を月に1回提供している。見た目や盛り付け、食べ易いようにテーブルの高さを変えることやお茶入りの急須をテーブル毎に置いて自由に飲めるように工夫がされている。また、食堂入口に大きなホワイトボードに分かり易い文字で1週間分の献立が表示されており、確認しながら楽しみにメモを取る人もいる。</p>		

<p>V-7 整容</p>		
<p>(1) 整容の援助が適切に行われている。</p>		
	評価結果	●整容の援助が適切である。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p>

		<p>b) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての整容のあり方が明示されたマニュアルの整備が十分ではない。</p>
	評価結果	<p>●整容に関する援助が必要な利用者に対して適切に実施されている。</p>
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 整容に関して支援が必要な利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>
<p>【V-7 整容の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』に洗面、顔の清拭、着脱についての支援方法が具体的に記載されており、居室に髪ブラシを設置し文書で支援方法を掲示している。「こころの介護実践編」の資料を全職員に配布して行う勉強会や係別会議で話し合う等で周知している。</p> <p>(1)②髪型や外出時には本人に好きな洋服を選んでもらっており、施設サービス計画に位置付けている。サービス担当者会議やモニタリング時に共有している。</p>		

V-8 口腔ケア		
(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。		
	評価結果	<p>●口腔ケアの援助が適切である。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての口腔ケアのあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-8 口腔ケアの特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の「口腔ケアについて」には、歯ブラシの使い方等具体的に記載されており、『食支援委員会』で検討している。また、係別会議や歯科衛生士による勉強会等で共有している。</p>		

V-9 睡眠		
(1) 睡眠の支援が適切に行われている。		
	評価結果	<p>●安眠できるような支援が行われている。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられており、かつ個々の利用者の状況に配慮した支援が行われている。</p> <p>b) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、個々の利</p>

	<p>用者の状況に配慮した支援は十分ではない。</p> <p>c) 安眠できる環境のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
<p>【V-9 睡眠の特記事項】</p> <p>(1)①『入居時フェイスシート』を活用して、係別会議で検討している。自宅で畳だった人は畳対応にしたり、寒がりの人には毛布やアンカを使用したり、いびきが気になって眠れないとの訴えで居室変更を行う等の個別の状態に応じて支援している。申し送りや会議録等で共有している。</p>	

<p>V-10 外出・外泊</p>	
<p>(1) 外出・外泊の支援が適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●外出・外泊は利用者の希望に応じた支援を行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設としての外出・外泊のあり方を明示したマニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-10 外出・外泊の特記事項】</p> <p>(1)①『入居時契約書』第20条に記載されており、入居時に説明している。係別会議で話し合い周知している。外出等の希望時には『外出、外泊届』の届出書を使用し、家族等へ情報の提供を行っている。</p>	

<p>V-11 行事・レクリエーション</p>	
<p>(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設け、かつ参加しにくい人への配慮がなされている。</p> <p>b) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が参加しやすい行事やレクリエーションについて、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
<p>(2) 趣味・娯楽等の活動への支援は適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>評価結果 ●趣味・娯楽等の活動は利用者の意思を尊重している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備され、職員の共通認識を図る場を設けている。</p> <p>b) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p> <p>c) 趣味・娯楽等に関して、利用者が主体的に活動できるような支援についての指針の整備が十分ではない。</p>

【V-11 行事・レクリエーションの特記事項】	
(1) ①『事業計画書』に年間の行事予定表が作成されており、集団や個別での外出・中庭でお花見やお茶会・食堂に集合してテレビ観賞等の希望や状況に応じた支援を行い、係別会議を通して共有している。	
(2) ①事業計画で指針を定めている。係毎の年度目標で計画し、レクリエーションやクラブ活動として、クッキング・手芸・菜園・将棋等で趣味を活かせるように支援している。また、慰問の来訪には廊下に案内を掲示して事前に情報提供を行っている。	

V-12 預り金	
(1) 預り金の管理・運用が適切である。	
評価結果	●預り金について、管理体制が適切である。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 預り金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ利用者及び家族に説明する体制が整備されている。</p> <p>b) 預り金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者及び家族に対する説明する体制が十分ではない。</p> <p>c) 預り金に関する契約（規程や細則）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
【V-12 預り金の特記事項】	
(1) ①『入居者預り金要領』を定めており、入居契約時に説明している。家族には年3回預金明細書と通帳のコピーを渡している。通帳の印鑑を預かる職員と現金を預かる職員はそれぞれ異なっている。	

V-13 相談支援	
(1) 利用者・家族の相談に適切に対応している。	
評価結果	●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されていない。</p>
【V-13 相談支援の特記事項】	
(1) ①『入居契約書』に相談等の受け付けについての記載があり、生活相談員が窓口となって対応している。具体的には、孫の結婚式の出席希望等の相談もあり、サービス担当者会議で共有している。	

V-14 寝たきり防止	
(1) 寝たきり防止が徹底されている。	
評価結果	●寝たきり防止のため、離床が徹底されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設け、離床が徹底さ</p>

		<p>れている。</p> <p>b) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けているが、離床の徹底が十分ではない。</p> <p>c) 寝食分離や日中活動等のあり方について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
	評価結果	<p>●日常の着替えが徹底されている。</p>
②	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設け、着替えが十分行われている。</p> <p>b) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けているが、着替えが十分ではない。</p> <p>c) 生活する上でのリズムを整えることの意義について、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p>
<p>【V-14 寝たきり防止の特記事項】</p> <p>(1)①『事業計画書』に「入居者日課・職員業務表」を定めており、生活リズムを図っている。PT委員会で検討している。離床時間や車椅子利用に関して等の具体的な内容については、施設サービス計画に位置付けている。サービス担当者会議で共有している。</p> <p>(1)②『介護マニュアル』に着替えについての記載はあるが、介助が必要な一部の人は着替えが出来ておらず、日中ジャージ着用でパジャマと兼用の人もいる。</p>		

V-15 認知症高齢者		
(1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。		
	評価結果	<p>●認知症高齢者に対応する支援体制が整備されている。</p>
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、具体的な工夫がなされている。</p> <p>b) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、具体的な工夫は十分ではない。</p> <p>c) 認知症高齢者が安定した生活ができることについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
	評価結果	<p>●認知症の利用者に対して支援が適切に実施されている。</p>
②	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設における認知症の利用者について、それぞれのサービス実施計画（ケアプラン）を検討する体制は十分ではない。</p>

【V-15 認知症高齢者の特記事項】	
(1)①『認知症マニュアル』があり、思い出の場所や懐メロ、本人のアルバムや写真等で回想法の勉強会を実施している。『OT委員会』で検討し、塗り絵やパッチワーク等を実施して脳の活性化に取り組んでいる。係別会議で共有している。	
(1)②本人の役割を施設サービス計画に位置づけて、清拭たみや畑仕事等をサービス担当者会議で共有している。日常的に支援は実施されているが、支援経過としての記録は確認できなかった。	

V-16 家族との連携	
(1) 利用者の家族との連携が図られている。	
評価結果	●利用者の家族との共通理解を図っている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握している。</p> <p>b) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握は十分ではない。</p> <p>c) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p>
評価結果	●家族との協力関係が適切に図られている。
②	<p>【判断基準】</p> <p>a) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
【V-16 家族との連携の特記事項】	
(1)①家族には入居時に説明を行っているが、定期的に懇談の場を設けてはおらず、職員には面会時の内容等を申し送り時に伝えている。	
(1)②施設サービス計画作成時に家族へ事前に電話で確認し、施設サービス計画書の素案を作成している。来訪時に再確認しながら説明し、了承を得ている。サービス担当者会議で共有している。	

V-17 機能訓練等への支援	
(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。	
評価結果	●利用者の機能訓練について支援が適切に実施されている。
①	<p>【判断基準】</p> <p>a) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられてい</p>

	<p>ない。</p> <p>c) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれのリハビリテーション計画書等を検討する体制の整備は十分ではない。</p>
<p>【V-17 機能訓練等への支援の特記事項】</p> <p>(1)①『PT委員会』が設置されている。PT（理学療法士）による訪問が週に1回あり、ベッド上での臥床法や移乗動作等について個別の指示を施設サービス計画に位置付けている。家族の同意を得てPTによる実施記録（13名）があり、申し送り事項や指示を生活相談員が会議で伝え共有している。</p>	

<p>V-18 ターミナルケア</p> <p>(1) ターミナルケアの支援が適切に行われている。</p>	
①	<p>評価結果 ●ターミナルケアを実施する体制が整えられている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) その人が望む「安らかな死」に対する支援についてのマニュアルが整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルが整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人が望む「安らかな死」に対する支援を行うためのマニュアルの整備が十分ではない。</p>
②	<p>評価結果 ●ターミナルケアが適切に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者について、それぞれのターミナルケアプランを検討する体制の整備は十分ではない。</p>
③	<p>評価結果 ●ターミナル期にある利用者の家族との協力関係が適切に図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の尊厳や意向にそった援助について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p>
④	<p>評価結果 ●ターミナル期にある利用者の家族に対する支援体制が整えられている。</p> <p>a) 【判断基準】</p>

	<p>a) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備され、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられている。</p> <p>b) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルが整備されているが、利用者の死のプロセスを家族が受けとめることについて、職員の共通認識をはかる場が設けられていない。</p> <p>c) ターミナル期にある利用者の家族に対する支援マニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【V-18 ターミナルケアの特記事項】</p> <p>(1)①『看取りに関する指針』を作成しており、入居時に状態によっては利用者や家族から意向調査を行っている。段階的に嘱託医の所見による対応や「看取り介護についての同意書」について説明を行い、意向を確認して同意を得ている。係別会議等で共有している。</p> <p>(1)②施設サービス計画に位置づけ『看取り介護計画書』を作成し、苦痛の緩和について等を話し合い、サービス担当者会議で共有している。</p> <p>(1)③『看取りに関する指針』の「看取り介護についての同意書」を基に、看護職員が医師の指示により家族に連絡している。希望により個室への変更や家族が泊まることも出来る。全体会議やサービス担当者会議で共有している。</p> <p>(1)④「看取り介護についての同意書」に記載しており、家族にも説明している。亡くなった場合は玄関からお見送りをしている。全体会議やサービス担当者会議で共有している。</p>	

VI 利用者本位のサービス実施

<p>VI-1 利用者の意向の尊重</p>	
<p>(1) 利用者の自立支援が適切に行われている。</p>	
<p>①</p> <p>a</p>	<p>●その人に合った生きがいがづくり等に対する支援が適切に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援についての指針が整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されていない。</p>
<p>②</p> <p>c</p>	<p>●「自立」を維持増進する支援を行うための取り組みを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重し、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重しているが、できる限り可能な範囲で自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備されていない。</p>

(2) 利用者の信仰の自由が保障されている。	
①	<p>●利用者の信仰の自由が保障されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の信仰について、施設の考え方が明示されていない。</p>
<p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <p>(1)①『権利擁護マニュアル』に「利用者の生活の質の向上」について記載があり、施設サービス計画に個別の活動内容を位置付けている。サービス担当者会議や係別会議で周知している。</p> <p>(1)②利用者毎に施設サービス計画に活動内容を位置付けているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>(2)①人権尊重の観点から、信仰の自由は当然と捉えているので敢えて明示はしていない。周囲の利用者の迷惑になるような音等を出す行為は認めていない。</p>	

VII 健康管理・安全管理

VII-1 健康管理	
(1) 健康管理が適切に行われている。	
①	<p>●健康管理の実施体制が整備されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理マニュアルを整備し、かつ利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理マニュアルを整備しているが、利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場は設けられていない。</p> <p>c) 健康管理マニュアルの整備が十分ではない。</p>
<p>【VII-1 健康管理の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』に記載されており、バイタル測定は毎日実施し記録している。日々の申し送り時に看護職員が健康状態について具体的に伝えている。</p>	

VII-2 安全管理	
(1) 事故防止のための取り組みを行っている。	
①	<p>●発生した事故ならびに事故につながりそうな事例を確実に把握する体制ができている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備され、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p>

		c) 発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例は、責任者に確実に報告する体制は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。
	評価結果	●事故防止のための体制が適切である。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止について職員の共通認識を図る場を設け、具体的な取り組みを行っている。</p> <p>b) 発生した事故や、事故につながりそうになった事例の分析をし、事故防止について職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な取り組みは十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故や、事故につながりそうになった事例の分析は行われておらず、事故防止について職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p>
(2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。		
	評価結果	●事故補償（賠償）について周知徹底している。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布するとともに、説明会等を開催し周知徹底している。</p> <p>b) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布しているが、説明会等を開催しておらず、周知徹底していない。</p> <p>c) 利用者の事故補償等について、説明書類等を職員及び家族等に配布していない。</p>
	評価結果	●事故（けが、急病等）や災害に適切に対応できる体制が整備されている。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に対するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に対するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応するマニュアルは整備されていない。</p>
(3) 与薬が適切である。		
	評価結果	●与薬について、適切に行われるような体制が整備されている。
①	c	<p>【判断基準】</p> <p>a) 与薬に関するマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 与薬に関するマニュアルを整備しているが、利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 与薬に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p>

<p>【VII-2 安全管理の特記事項】</p> <p>(1)①『事故防止マニュアル』があり、事故防止委員会で検討している。介護職員室等に「事故発生時対応フローチャート」が掲示されている。係別会議や全体会議で周知している。</p> <p>(1)②事故発生後の事故報告やヒヤリハット報告等については、『事故防止委員会』で要因を分析して再発防止に取り組んでいる。全体会議で報告し、周知している。</p> <p>(2)①『入居契約書』に記載しており、損害賠償責任等については契約時に説明し、配布している。職員には全体会議の場で説明し、周知している。</p> <p>(2)②消防計画（火災、風水害、震災の対応）等を作成している。防災・避難訓練を年に3回実施し、内2回は夜間想定で行っている。全職員に向けて3月と7月にシミュレーションを実施し、周知させている。</p> <p>(3)①薬入れケースがあり、食前薬や食後薬に分けているが、各利用者に確実に与薬を実施するようなマニュアルは整備されていない。過去に誤薬の事例がある。</p>	
<p>VII-3 衛生管理・感染症対策</p>	
<p>(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。</p>	
①	<p>評価結果</p> <p>●衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識が図られている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 施設の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>
②	<p>評価結果</p> <p>●感染症への対応や予防の体制が整備されている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症への対応や予防についての体制を整備し、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 感染症への対応や予防についての体制は整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応や予防についての体制は整備されていない。</p>
③	<p>評価結果</p> <p>●調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。</p>
	<p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>

【VII-3 衛生管理・感染症対策の特記事項】

- (1)①『食中毒予防マニュアル』及び『腸管出血性大腸菌(0157)対応マニュアル』があり、正しい手の洗い方や手指消毒等について具体的に記載されており、全体会議で周知している。また、年4回保健所の検査を受けている。
- (1)②『感染症予防マニュアル』と『感染症対策マニュアル』があり、「感染症予防委員会」でマスク着用や手指消毒等について検討し、全体会議で周知している。また、利用者と職員全員がインフルエンザ予防接種を受けている。
- (1)③『大量調理施設衛生管理マニュアル』があり、栄養調理課が中心に係別会議で周知している。