

【サービス自己評価表】

実施年月日	令和 7 年 4 月 1 日	実施者	施設長 阪井 公威
-------	----------------	-----	-----------

1.事業者の概要

開設年月日	平成 19 年 4 月 1 日
法人名	社会福祉法人 函館仁愛会
施設の名称	介護老人福祉施設 福寿荘さくら館
施設の所在地	〒041-0802 北海道函館市石川町189番地19
利用定員数	80 名

2. 評価方法

区 分	貢	判 定 の 基 準
1. 基本的事項	1	それぞれの評価基準の内容について、注釈に書かれてある例示を参考にし、達成出来ていると判断した場合は判定欄に○を、概ね半分以上達成できている場合は△を、出来ていないと判断した場合は×を記入します。（注釈の例示全てが達成出来ていなければ、○を付けられない物ではありません。）
2. 事業の管理・運営	2	
3. サービス提供体制	3	
4. サービス提供内容	4	まず評価基準内容を前提に、チェック項目ごと（□）の判定を行い、達成出来ている項目に（☑）を記入します。 1つの評価基準のチェック項目全てに☑が付いた場合は、判定欄に○を、概ね半分以上チェックが付いている場合は△を、それ以外の場合は×を記入します。 （チェック項目の中に、実際に該当するケースが無くても、サービスが提供出来る体制になっていれば、チェックしても構いません） 尚、チェック項目が設定されていない評価基準についても、○△×のどれかで判定を行って下さい。 「○」 : 全ての達成出来ていると判定した場合 「△」 : 概ね半分以上達成出来ていると判断した場合 「×」 : 「○」「△」以外の場合 ※ その他、現行行っている改善策や、特徴的な取り組み等がある場合は記入してください

3. 自己評価の結果について

この評価は、あくまで事業者自身による判定であり、評価結果の利用にあたっては、以下を踏まえてご活用下さい。 1. 良い判定結果の多寡が事業者の優劣を示すものではありません。 2. 判定結果だけではなく、「改善策・特徴的な取り組み」も含めて参考にして下さい。 3. サービス利用にあたっては、この評価結果だけでなく、事業所を見学する等他の方法も含めて総合的に判断されますようお願い致します。

4. 連絡・問い合わせ先

TEL	0138-34-7101	担当者	相談員 木村真人/嵐田豊
-----	--------------	-----	--------------

【 1. 基 本 的 事 項 】

評 価 基 準	注 釈	判 定
1. 利用申込者又はその家族に対し重要事項の説明を行う際、重要事項説明書の他にパンフレットを用意するなど、わかりやすい説明に配慮しているか。		○
2. 施設見学やわかりやすい資料による説明など、利用申込者の利用決定の判断に役立つ配慮をしているか。		○
3. 利用者との契約は契約書を作成して行っているか。	予め、契約書（約款）により契約を結ぶ事により、契約関係の適正化を図るとともにサービス利用に伴うトラブルを未然に防止する事が出来るので、契約書を交わすことが望ましい。 特に、認知症高齢者の場合、本人が意思表示出来ない事もあるので、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などを活用し、適正な契約を結ぶよう配慮する事が必要です。	○
4. 利用者から契約を解除する為の手続きが契約書等に規定されているか	不当に長い解約申出期間を設定して、事実上利用者が契約を解除出来ない事の無いようにして下さい。	○
5. 利用者又は事業者から規約を解除する事が出来る事由を定めているか。	利用者から契約を解除する事が出来る事由としては次の様なものが挙げられます。 ○事業者が正当な理由無くサービスを実施しない場合 ○事業者が守秘義務に違反した場合 ○事業者が利用者または家族の生命・身体・信用を傷つけ、又は著しい不信行為を行う場合 事業者から契約を解除することが出来る事由としては次の様なものが挙げられます。 ○利用者が一定期間以上利用料を滞納し、相当期間を定めた催告後も滞納している場合 ○利用者が事業者へ著しい不信行為を行う場合	○
6. 利用終了に際して、必要な情報の提供やアドバイスを利用者・家族にわかりやすく説明すると共に次の事業者が選定された際には必要に応じ情報の提供等の連携・調整を図っているか。	必要な情報やアドバイスには以下のものを含みます。 ○利用者の身体面・心理面の状態 ○生活上の留意点 ○介護の方法・留意点 ○サービス再利用に関する情報。他の事業者への情報提供には利用者・家族の同意を得るなどプライバシーに配慮して下さい。	○
7. 利用者・家族の苦情を受ける窓口があり、速やかに対応するシステムがあるか。 また、その苦情を迅速にサービスの改善につなげているか。	以下に例示されるような工夫を行っているか。 ○利用者との懇談（話し合い）の機会を定期的に持ち、苦情・訴えを聞く ○トラブル等があった場合、担当職員が出来るだけ早く話を聞くと共に、不満・訴えのある人と個別に話を聞く機会を持つ。 ○第3者に対する苦情の申立てが出来る体制になっている。 ○苦情に応じて、担当職員を交替させる等の仕組みを持つ。	○
8. 利用者に関する情報を、適切に記録しているか。	以下に例示されているような工夫を行っているか。 ○利用者へのサービス提供を行う際に効率的な記録様式を事業者独自で作成する。 ○記入方法について統一的な指示を行う。 ○サービス提供記録、相談・情報提供に関する記録が、統一的に整理されるようにする。 ○データベース化等により効率的かつ統一的な記録の整理がなされている。	○
9. 利用者の記録の保管方法を定めて、それを基に適切な記録を保管しているか。	記録の保管方法については、以下の点を定めて下さい。 ○記録の管理責任者 ○記録の保管期間 ○記録の保管場所 ○記録の開示ルール	○
10. 利用者への人権の配慮を行っているか。	以下で示す項目に留意して工夫を行って下さい。 ○権利を成文化してパンフレットを作成・配布、機関・施設の利用者に目立つ場所に掲示する。 ○利用者に関わる情報の取り扱いについて、細心の注意を払い守秘に努めるよう職員に徹底する。 ○利用者を「一個の人格」として尊重する教育を重視し、利用者の呼称等にも留意している。 ○認知症高齢者の権利に関しても十分な配慮を行う。	○

【 2. 事業の管理 ・ 運営 】

評 価 基 準	注 釈	判定
1. 事業の理念や方針を明確にするとともに、職員に徹底しているか。	事業理念や方針は文書として明文化し、職員の目に付く場所に掲示する等、職員に周知徹底するよう努めて下さい。	○
2. 事業の理念・方針に基づいた事業の達成目標・計画（中・長期）を定めているか。	事業計画は、事業の理念・方針に基づくとともに、 ①中期・長期の運営方針、②職員採用・研修計画、 ③施設・設備計画、④事業経営の方針及び計画、 ⑤部門別計画（処遇の方針及び計画、行事計画、防災訓練計画等）の策定にあたっては、職員の参加を得て行って下さい。 また、目標や計画は職員に徹底するとともに、定期的にその達成度を測り必要に応じて見直して下さい。	○
3. 当該事業の予算・決算が適正に策定、公開されまた、運営されているか。	以下の点に留意して下さい。 ○当該事業予算は、事業計画と調整を取り、具体的計画に基づいて積算されている。 ○当該事業予算は、適切な時期に、会計責任者、管理者において策定されるとともに、適切な機関（理事会等）において承認を受けている。 ○決算書の作成及び監査が適切に行われている。 ○当該事業予算について、閲覧の要請がある場合には、対応出来る体制になっている。	○
4. 職員の人事管理を適正に行っているか。	以下の点に留意して下さい。 ○職員の資質向上をはかる為の人事方針が定められている。 ○人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。 ○職員の安全を確保する等、各種の配慮がなされている。	○
5. 非常勤職員の処遇を適正に行っているか。	非常勤職員の雇用にあたっては、労働基準法など他の関係法令を遵守し、適切に行って下さい。	○
6. 職員研修について、研修体系を整備し、研修を計画的かつ定期的に行っているか。	職員の資質向上をはかる為の研修は、専門性の付与、使命感の自覚、士気高揚といった面で効果があり、計画性をもって実施することが必要です。 以下に例示される点に留意し、工夫を行って下さい。 ○職員採用時研修、職場内研修を実施したり、都道府県や団体の行う研修計画を把握して、参加計画を立てている。 ○外部研修に職員が参加した場合には、報告会を行う等、他の職員に還元させるように努めている。 ○外部研修だけでなく、事例研修会等の職員研修や勉強会が企画され、計画的に行われている。 ○職場内訓練（OJT）を職場の状況に応じ、適切な方法で実施している。 ○認知症高齢者に対応するケア職員に専門教育をしている。（認知症介護実践者研修、社会福祉関係職員研修等を受講する。）	○
7. 職員調査研修の指導や研究発表を推進しているか。	職員の調査研究の推進は、研修の推進と同様に、専門性の向上、士気高揚、使命感の自覚といった面で効果あります。 以下に例示される点に留意して工夫を行って下さい。 ○外部の学会、研修会等への参加を促進する。 ○調査研修の推進・指導体制を整備する。（研修会の定期的開催、外部講師・スーパーバイザーへの依頼等） ○施設内研究報告書、研究レポートを定期的に作成する。 ○外部との共同研究や各種研究費申請を促進する。	○
8. 職員の専門資格取得を積極的に勧めているか。	資格取得の為に、研修時の出張扱い、資格手当の支給の厚遇などの支援をして下さい。	○
9. ボランティアや地域住民を受け入れる機会を作っているか。	以下に示す事等を行い、工夫して下さい。 ○専任の担当者を配置し、具体的な受け入れ計画・研修・指導内容等のマニュアルを作成し、継続的な対応を行う ○地域のボランティアグループや住民組織とも連絡・連携を持ちその実施状況を記録に取りまとめる。	○

【 3. サービス提供体制 】

評価基準	注 釈	判定
1. 施設サービス計画の作成に当たっては、利用者を事前に訪問し、本人や家族のニーズ、生活環境を十分に把握しているか。	実施状況を評価し、必要に応じて、適切に変更を行って下さい。また、可能な限り、居宅における生活への復帰についても念頭に置いて下さい。	○
改善策・特徴的な取り組み 必ず事前面接を行い、在宅であれば居宅、入院中の方であれば地域連携室などと情報共有し本人や家族のニーズなどを把握するよう努めている。		
2. 施設サービス計画を作成する際に、必要に応じ各種専門職の参加を得て行っているか。	○必要に応じて介護職、看護職、医師（主治医）、理学療法士、作業療法士等の参加を得て下さい。	○
改善策・特徴的な取り組み 各種専門職の意見をまとめ、施設サービス計画書へ反映させている。		
3. 定期的又は必要に応じて利用者や家族から相談を受けたり、意見を聞く機会を設けているか。	○面接によるほか、利用者等からの意見を連絡帳やアンケート等を活用して収集している。 ○担当職員以外に、利用者等から意見を聞く担当者が定められている。	○
改善策・特徴的な取り組み ケアカンファレンス時、または家族が来館された際に、気になっている事などないか確認し相談等ある場合にはその場で対応するよう努めている。		
4. 家族に対する支援体制が出来ているか。	以下に示すような工夫を行って下さい。 ○利用者の状況について、家族に対して個別に報告する。 ○家族支援の担当者を置き、利用者の状況に関して、家族が必要とする情報を必要に応じていつでも提供できるようにする。 ○個々の利用者家族との連絡帳を作り活用する。 ○家族への介護技術指導を定期的、又は必要に応じて行っている。	○
改善策・特徴的な取り組み 利用者の状況に変化等が見られた場合には、都度連絡し状況報告している。また、家族から本人状況等の問い合わせがあった場合は、必要に応じて各専門職が対応している。		
5. サービスに関するマニュアルを用意し、職員に徹底しているか。	マニュアルの内容については、次の事項を盛込んで下さい。 ○サービス利用者・家族へのサービスの説明と同意 ○職種ごとの業務分担（医療法上の禁止事項の遵守） ○サービス内容の検討、決定、見直し ○個々のサービスの具体的な事前準備、作業手順、留意事項 ○衛生管理、危機予防、非常事対応（利用者に事故や異常があった場合） ○記録の作成と保管・管理	○
改善策・特徴的な取り組み		
6. 定期的または必要に応じて、ケアカンファレンスを行っているか。	報告がケース記録に記載され、会議録・研究会録に保存されさらに管理者まで報告がなされるしくみ等が重要となります。 また、ケアカンファレンスの際には、必要に応じて、スーパーバイザーを置いたり、利用者や家族の参加についても工夫して下さい。	○
改善策・特徴的な取り組み ケアマネジャーが中心となり、カンファレンス開催時、家族の参加調整を行い可能な範囲で参加して頂いている。		

【 3. サービス提供体制 】

評価基準	注 釈	判定
7. 利用者等から収集した情報を、より良いサービスに結びつける為の工夫を行っているか。	本人の同意を得た上でケアカンファレンスにかけたり、居宅介護支援事業所への情報提供を行う等の工夫をして下さい。	○
改善策・特徴的な取り組み ケアカンファレンス時や家族が面会などで来館された際、積極的に話しかけ情報提供や情報収集を行なうようにしている。		
8. 感染症予防の為の必要な対策を講じているか。	以下に示されるような点に留意し、工夫を行って下さい。 ○感染対策マニュアル（手洗いの励行、エプロン等の使用・着替え等）を作成したり、職員に対して研修を行っている。 ○サービス提供前に職員の健康状態をチェックし、必要な対応を行うとともに、記録している。 ○感染予防に関する研修を行っている。 ○利用者・家族に対して感染予防に対する啓発普及を行っている。	○
改善策・特徴的な取り組み 手指消毒、衣服消毒、マスクの配布、施設内にポスターを貼る等、職員・面会者への啓発に努めている。 感染症及び食中毒予防・まん延防止のための研修を定期的実施している。		
9. 感染者に対して適切な対応がなされているか。	以下に例示されるような点に留意し、工夫を行って下さい。 ○感染者（例：疥癬・MRSA・結核・インフルエンザ等）に対しての適切な処遇の為に、マニュアルや対応事例集を作成している。 ○感染者に対する適切な対応法に関する研修を行っている。 ○入院治療の必要がある場合等を除き、感染者のサービス利用を拒まない。	○
改善策・特徴的な取り組み		

【 4. サービス提供内容 】

区分	評価基準	注 釈	判定
1 利用者の 生活自立への 支援	1. 利用者に対して排泄自立の為の働きかけをしているか。	☒ 尿意や便意のある利用者には、オムツをあてていても、ポータブルトイレやトイレで介助している。 ☒ 精神機能の低下している利用者には、声掛け誘導し、トイレでの排泄を促している。 ☒ オムツの種類も数多く準備し、無理なく段階をおって排泄自立の働きかけが出来るようにしている。 ☒ 日中は出来るだけオムツを使用しない配慮をしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	2. 寝たきり防止が徹底されているか。	☒ 食事の時にはベット以外のところで食事を取るなど、寝・食分離が行われている。 ☒ 日中は寝間着から日常着に着替えるようにしている。 ☒ 本人の離床意欲をかきたてる工夫をしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み ユニット単位での各種行事や離床の促しを行っている。 教室活動（民謡教室）は、1ヶ月に2回開催している。		
	3. 一日の総臥床時間を減少させる努力がされているか。	☒ 日中は休養程度の臥床にとどめている ☒ 長時間の離床が困難な利用者でも、何度もベットと車椅子の移乗介助を行い、寝たきりにならないようにしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	4. 利用者の障害の形態により、自立生活のための自助具や補助具等が準備されているか	☒ 利用者の障害を正確に把握し、個々のレベルに応じた自助具や補助具を用意し、それぞれのレベルでの自立生活が出来るように配慮している。 ☒ 必要に応じてOTやPT等、専門職種との連携を図り、個別の対応、適した自助具・補助具の選択に努めている。 ☒ 心身機能が低下した利用者にも使いこなす事が出来る自助具であるよう配慮している。 ☒ 自助具等が使いこなせるよう、取り扱いについて、分かり易く説明している。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	5. 金銭や貴重品は自己管理出来る様に配慮しているか。	☐ 個々の状態に応じた自己管理が可能なような工夫がされている。 ☐ 自己管理の出来ない人であっても、金銭管理に対する機能維持に努めている。	×
	改善策・特徴的な取り組み 利用者の状態から考えると困難な方が多いが、今後の入所者状況によっては検討が必要とされる。 買い物支援に小口現金（預かり金）を使い、買い物を行い、金銭管理に対する意識・機能維持に努めている。		
	6. 利用者が居室以外でくつろげる場所があるか。	☒ 家庭的な雰囲気のダイニングや談話室がある。 ☒ 食事以外でも気軽に使えるような食事の雰囲気に配慮している。 ☒ ダイニングは多目的に利用する事が出来る様になっている。 ☒ 静かな雰囲気で書籍等を読む事が出来る。	○
	改善策・特徴的な取り組み ユニットケアの観点から、各居室を家と捉え、備付等に個性が出るよう取り組んでいる。		
	7. 気軽に買い物が出来るようになっているか。	☐ 施設内に売店や販売コーナーがある。 ☒ 希望に応じて買い物に出かける事が出来る。	△
	改善策・特徴的な取り組み 施設内に売店等は設置されていないが、外部より移動売店が週1回（毎週火曜日）来館している。 希望に応じて、買い物支援も行っている。		

【 4. サービス提供内容 】

区分	評価基準	注 記	判定
2 利用者の 心身の 状況や 生活習慣等 個別性に 配慮	8. 食事はおいしく食べられる工夫がされているか。	☒ 食事の選択が可能になっている。 ☒ 利用者に食事の内容についてアンケートを実施したり、嗜好調査を実施している。 ☒ 家庭の食事時間に近い時間に提供するとともに、本人の希望する時間にも配慮している。 ☒ 個人に合った適温・形態（とろみ、刻み食等）で提供している。 ☒ 食欲をそそるような盛り付けや色彩等に配慮している。 ☒ 落ち着いて食べる事の出来る雰囲気作りを行っている。 ☒ 食器に配慮している。 ☒ 旬のものや地域の食材利用している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 管理栄養士による、栄養ケアマネジメントを実施している。希望があれば、朝はパン・昼食は麺（ソーメン）などの提供もしている。		
	9. 食事介助は利用者の障害に応じた配慮がされているか。	☒ 利用者のペースに合わせるのに十分な介助の人員が確保されている。 ☒ 食事介助の時の人員を確保するように努めている。 ☒ 障害に応じた自助具等を用意している。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	10. 希望があれば入浴あるいはシャワー浴が出来るか。	☒ 入浴以外でも、週に何度かは希望により入浴またはシャワー浴が出来る。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	11. 浴室の環境が整えられた中で、入浴が行われているか。	☒ 複数のタイプの浴槽が用意されている。 ☒ ゆったり落ち着いて入浴が出来るような雰囲気作りになっている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 特殊浴槽（寝台浴・車椅子浴）、個浴（一般浴）が設備されており、利用者の身体状況に合わせて対応している。		
	12. 入浴時の安全が確保されているか。	☒ 転倒防止に配慮されている。 ☒ 入浴介助に必要な人員を確保している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 入浴専門の非常勤職員を配置し人員を確保している。		
	13. 深夜早朝のオムツ交換を工夫しているか。	☒ 深夜、早朝の交換では、安眠を妨げない配慮をしている。 ☒ 排泄量が多く交換が必要な利用者や、訴えのある利用者には、いつでも実施している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 安眠の妨げにならないよう利用者個々の排泄パターンに合わせ、おむつ交換の時間等検討を行なっている。 オムツやパットの品質の検討を行い、交換回数減少への検討や皮膚疾患を起こさないよう配慮している。 また、オムツの使用方法についても利用者ごとに検討している。		
	14. 排泄記録が作成され、健康管理その他の面で活用されているか。	☒ 個別の排泄記録が作成され、排尿・排便の状況が把握出来る。 ☒ 必要があれば医療スタッフと連携し、排尿・排便を促す方法をとっている。 ☒ 排泄物に異常が無いか確認し記録している。	○
	改善策・特徴的な取り組み		

【 4. サービス提供内容 】

区分	評価基準	注 釈	判定
2 利用者の心身の状況や生活習慣等個別性に配慮	15. 便秘の人に対して配慮しているか。	☒ 活動的な生活に配慮している。 ☒ 栄養士とも連携し、食事面の配慮にもつなげている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 主治医の指導のもと、看護・介護職員等が連携し、腹部マッサージ等工夫に取り組んでいる。 また、主治医から下剤、座薬、浣腸などの指示をもらい便秘解消に努めている。		
	16. レクリエーション等のプログラムが用意されているか。	☒ グループで行えるプログラムが複数ある。 ☒ 個人にあったプログラムを用意して、自由に選択出来る様になっている。 ☒ 廃用防止の為にプログラムが用意されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	17. 利用者がレクリエーション等に、積極的に参加出来る工夫をしているか。	☒ 趣味や興味に合った組み合わせで提供している。 ☒ 個々の身体状況に合わせた場所や時間を設定している。 ☒ 日常生活の中で、レクリエーションへの関心が高まる様な働きかけをしている。 ☒ レクリエーション活動を行う技術がある担当職員がいる。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	18. 個々人に合った整容が行われているか。	☒ 髪型は一律ではなく、常に利用者の好みや希望を聞き、個性に配慮している。 ☒ 希望に応じて理美容室を利用する事が出来る。	○
	改善策・特徴的な取り組み 外部委託にて対応。1ヶ月に1回、フロア毎で対応している（3フロアあるので、月に3回来てもらっている。		
	19. 利用者の着衣に配慮しているか。	☒ 利用者の好みや習慣に応じ、自由に衣類の選択をしている。 ☒ 意思の確認が取れない利用者にも、個性を尊重した着衣に配慮している。 ☒ 障害に応じた衣類のリフォームを行っている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	20. 酒や煙草を楽しめる環境に配慮しているか。	☐ 飲酒は、本人の健康状態を勘案し、他人の迷惑にならないように時間や場所を決める等して、楽しめるようにしている。 ☒ 煙草は、他人の迷惑にならないよう喫煙場所を設ける等している ☒ 煙草の吸殻を異食する事がないよう配慮している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 3Fに喫煙室があり、集煙機を設け喫煙所としている。（現在は、いない） 飲酒希望者には医師と相談しながら行事等で検討する。（現在、1名）		
	21. 家族が宿泊したり利用したり出来る部屋はあるか。	☒ 家族等と宿泊したり、一緒に過ごす事の出来る部屋が用意されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 各個人の居室及びボランティア控え室にて対応。		

【 ４．サービス提供内容 】

区分	評価基準	注 釈	判定
3 利用者の 人権・ 意思等 の尊重	22. 居室やデイルームは、快適な生活を送ることの出来る環境になっているか。	☒ 家具の配置等に注意している。 ☒ なじみ深いものを持ち込めるよう配慮している。 ☒ 採光や照明に配慮している。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	23. 私物収納スペースは用意されているか。	☒ 私物収納は、利用者のある程度の希望に添える広さがある。 ☐ 金銭を保管する施錠出来る棚などがベッドサイドなど身近にある。	△
	改善策・特徴的な取り組み 金銭及び貴重品の保管に関しては、現在各居室に用意している棚は施錠できるタイプではなく トラブル回避の観点から事務所金庫にて保管する様にしている。		
	24. 匂いの問題をなくす為に工夫をしているか。	☒ 脱臭設備が整っている。 ☒ こまめに空気の入換えをするなど配慮している。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	25. 外部と通信しやすい工夫をしているか。	☒ 公衆電話やベットサイドの電話設備等について配慮している	○
	改善策・特徴的な取り組み 希望があれば、携帯電話の持ち込みを許可している。それ以外の利用者から、電話の希望があった場合は 施設の電話を使用し対応している。		
	26. テレビや新聞、雑誌等から知りたい情報を自由に得る事が出来るか。	☒ 居室だけでなく、自由に見る事の出来るテレビをロビー等に複数配置している。 ☒ 自由に閲覧できる新聞や雑誌を多く取り揃えている。 ☒ 視覚障害の利用者には、朗読や代読等で情報を提供している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 居室へのテレビ等の電化製品の持ち込みに関しては、制限はなく個人の意思に任せている。 各ユニット（共同生活室）にテレビを設置している。 ※現在視覚障害の利用者はいません。		
	27. プライバシーが守られているか。	☒ 個室以外の居室でも、プライバシーに配慮している。 ☒ トイレや脱衣所を使用している、廊下から見えないように配慮している。 ☒ 排泄介助時にカーテンを引く等、プライバシーに気を配っている。 ☒ オムツ交換等の匂いに気を配っている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 暖簾などでプライバシーに配慮している。 オムツ交換などの匂いについては消臭スプレーや芳香剤などで気を配っている。		
	28. 利用者とのコミュニケーションに配慮しているか。	☒ 日常会話の不足している利用者に対しても配慮している。 ☒ 利用者の話に耳を傾けるようにしている。 ☒ 障害に応じたコミュニケーションの手法を用いている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	29. 言葉遣いは適切か。	☒ 自尊心を傷つける言葉を使用しないよう、常に配慮している。 ☒ 職員がお互いに言葉遣いを確認し合っている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		

【 4. サービス提供内容 】

区分	評価基準	注 釈	判定
3 利用者の 人権・ 意思等 の尊重	30. 会話等を行う場合、利用者のペースが守られているか。	☒ 適切な声量、言葉の速度に注意している。 ☒ いつでも手紙の代筆や代読を行っている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	31. 認知症高齢者が落ち着いて暮らせる環境に配慮しているか。	☒ 小グループによるユニットケアを行う等、スペースを有効に活用している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 全9ユニット～ユニット型個室（入所80名 短期入所10名）		
	32. 「行動の障害」とされる行動の観察と原因の分析を行い、適切な対応が行われているか。	☒ 障害となっている行動の記録が整理されている。 ☒ 記録を基に、分析や対応方法を検討している。 ☒ その行動そのものを無くそうとするのではなく、環境を整備したり受容的な態度で行動を受け止めている。 ☒ 見当識障害に対する環境が配慮されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	33. 認知症高齢者に対する、生活障害に配慮したプログラムがあるか。	☒ 認知症高齢者の能力を評価し、その利用者の生活に活かされるよう配慮している。 ☒ 身体機能だけでなく、情緒などの精神安定に働きかけるプログラムがある。 ☒ 認知症高齢者への援助指針と各種（個別・集団）介護プログラムが確立されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	34. 抑制や拘束の禁止の原則が徹底されているか。	☒ 常に、抑制を行わなくても済むような工夫に努めている。 ☒ 切迫性、非代替性、一時性の3つの要件を満たした上で、最低限の抑制や拘束を行わなければならない場合には、次の点を厳守している。 ・施設サービス計画に明記し、家族等の同意を得た上で行われている。 ・内容についての詳細な記録を残している。 ・なぜ、抑制を行わなければならないかについて、明確に説明する事が出来る。	○
	改善策・特徴的な取り組み		

【 4 . サ ー ビ ス 提 供 内 容 】

区分	評 価 基 準	注 釈	
4 医 学 的 管 理	35. 健康上の必要から、食事に配慮が必要な人に対して、適切な食事が提供されているか。	☒ 栄養士が医療スタッフと連携・調整を行い、個別の疾病に対応している。 ☒ 歯痛・発熱時の一時的・突発的な状況にも、すぐに応えられるような配慮がされている。 ☒ 食欲不振時には、本人の嗜好を最大限考慮した献立を提供している。 ☒ 褥瘡等のある利用者には栄養面からの治療に向けた配慮をしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 栄養ケアマネジメントのもと、利用者の健康状態や疾患、嗜好に合わせた食事の提供を行なっている。 療養食（糖尿病食・貧血食等）にも対応している。		
	36. 利用者の健康状態に関して、利用者や家族にわかりやすく説明し、理解を得ているか。	☒ 利用者の家族へ送付を行っている。 ☒ 必要な人には健康状態の説明の機会を設けている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 必要に応じて利用者及び家族へ主治医が直接説明している。 また、施設に来館出来ない場合は電話や手紙等を利用し説明の機会を設けている。		
	37. 感染症（かいせん、MRSA、結核、インフルエンザ等）に対する対策は検討されているか。	☒ 施設内感染マニュアルが備えられ、適切に励行されている。 ☒ 必要な手洗浄器が設置されている。 ☒ 入院治療の必要がある場合などを除き、感染者の回避や追い出しがない。	○
	改善策・特徴的な取り組み 感染症及び食中毒予防・まん延防止の為の研修を定期的実施している。 消毒を設置し出勤時には手指消毒、衣服の消毒をしている。マスクの配布をしている。		
	38. 十分な体位交換は定期的に行われているか。	☒ 体位変換が必要な人が日々確認されている。 ☒ 時間を決めた体位変換（概ね2時間を基準）を行うようにしている。 ☒ 個人の日課表に基づいた体位変換とその実施記録が整理されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	39. 利用者の睡眠状況、食事摂取の状況排泄等の状況を把握しているか。	☒ 利用者ごとに状況が適切に記録され、看護介護職員等の情報伝達が適時実施されている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		
	40. 服薬者に対する与薬管理は適切か。	☒ 利用者ごとに服薬のチェック、薬歴管理を行い、一括手渡しではなく、服薬毎に配布するなど、配慮している。	○
	改善策・特徴的な取り組み 服薬チェックシートを活用し服薬毎に職員同士でチェック確認後、服薬し誤薬防止に努めている。		
	41. 個別援助プログラムの中に、機能訓練を位置づけ、ケース毎に立案（評価・目標設定・実施計画）を行っているか。 また、定期的にケース検討を行い、計画の見直しを行っているか。	☒ ケース毎に、日常生活の中で機能訓練の課題や方法が明らかにされている。 ☒ 計画を作るに当たって、関連ある複数の担当者（専門職を含む。）でケース検討を行っている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		

【 4 . サ ー ビ ス 提 供 内 容 】

区分	評 価 基 準	注 釈	
4 医 学 的 管 理	4 2 . 口腔ケアは適切に行われているか。	☒ 起床、就寝時だけではなく食後など、必要に応じて口腔清潔が保たれている。 ☒ 義歯の手入れなど管理が適切に行われている。 ☒ 唇の乾燥を防ぐ配慮をしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 必要に応じて、協力歯科の往診時にアドバイスを受けている。		
	4 3 . 内科・外科・精神科・歯科等、協力医療機関と十分な連携がとれ必要な時に適切な措置を講ずるようにしているか。	☒ 内科・外科・精神科等必要な医療機関と、協力契約を交わしている。 ☒ 歯科と協力契約をかわしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み 協力病院として亀田病院（内科等） 協力歯科としてさいとう歯科診療室（歯科） それ以外にも 亀田北病院（主に精神科）、受診及び往診の体制を整えている。		
	4 4 . 医療機関への入院に関して利用者や家族と相談しているか。	☒ 入院に関しては、状況を利用者・家族等に説明し、合意のもとに行っている。 ☒ 緊急の場合には、事後に担当の専門職員が家族に経過、状況について連絡をしている。	○
	改善策・特徴的な取り組み		