

# 評価細目の第三者評価結果

## I 福祉サービスの基本方針と組織

2022年1月13日

### I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1 I-1-1 (1)-①	b	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 理念・基本方針はパンフレットに掲載がなく、利用希望者は施設が何を指し、今後どのように進んで行くのか情報がないまま判断をする事になる。又、入所後も説明や資料の提示はされていない。理念・基本方針は入所者にも理解して貰い、共により良い施設を作り上げて行くと言う意識の醸成が出来れば、施設/職員/利用者が一体感を持った施設になって行く様に感じる。

### I-2 経営状況の把握

I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2 I-2-1 (1)-①	b	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。 法人に於いて、社会福祉事業全体の動向や取り巻く環境、地域の福祉計画の策定動向や内容等については詳細に分析されている。当該施設に関わる利用者数や経営課題につき、分析や現状把握が不十分である。又、何より職員との情報共有がされているのか疑問が残る。
3 I-2-1 (1)-②	b	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 経営課題等については法人に於いて、経営基本計画をもとに法人・施設取組計画を作成し、現状把握・各種取組目標を作成し実施している。又、ガバナンス体制もしっかりと構築されており、機能している。只、職員との情報共有につき、改善の余地を感じる。

### I-3 事業計画の策定

I-3-1 (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)-①	a	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。 法人作成により、10年を長期計画とする「経営基本計画」の経営基本方針の重点項目を定め、それを具体化した内容で前期・後期(各5年)に分けPDCAを展開し達成状況を明確にしている。施設により半期毎に評価/見直しがされ、報告された物を法人としてまとめている。
5 I-3-1 (1)-②	b	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 中期計画の中で抽出された重点テーマは、一部事業計画に反映されており、具体的な方策に結び付いている物もある。目標に付いては、数値目標を掲げられると思われる課題についても数値目標化はされていない。
I-3-2 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6 I-3-2 (2)-①	b	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。 事業計画は決められた時期・手順に基づき作成されているが、職員の参画はなく施設長、生活相談員、主任3名で作成されており、同様、評価・見直しも常勤職員3名で全職員参画では行なわれていない。施設として目指す方向を示す事業計画の周知度が低く、一丸となって改善に向かうと言う一体感が感じられない。
7 I-3-2 (2)-②	c	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 事業計画は職員への周知状況と同様、利用者会や家族会での説明等は行なわれていない。施設をより良くして行く活動は、施設・職員・利用者が同じ方向付けを理解し、協力しながらでないかと推進するのは難しいのではないかと感じる。

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-1 (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)-①	a	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。 サービス向上委員会を法人組織で設置しPDCAの展開がされており、毎年度施設サービス自己評価・施設運営自己評価・利用者アンケートも実施され、課題の抽出・分析・改善案策定を行なっている。又、法人の内部監査が実施されており第三者評価も定期的に受審している。
9 I-4-1 (1)-②	b	評価結果にもとづき組織として取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。 自己評価・第三者評価からの課題等を確認し、定例会にて職員間での共有を図っている。又、法人として、取り組みに付いて課題の抽出・計画的な改善を行なっているが、施設に於いて具体的な改善計画の策定や評価・見直しは行なわれていない。

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10 II-1-1 (1)-①	b	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。 職務分掌に於いて、施設長は自らの役割と責任を表明し、職員に周知している。有事(災害、事故等)の際に施設長が不在の場合の権限委任等に付いては、対応方法が明確になっていない。
11 II-1-1 (1)-②	a	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。 法令等に付いては、外部研修や積極的な情報収集・関係機関への確認等をし、内容によっては職員への周知を行っている。又、「コンプライアンス宣言」を法人で策定しており、併い「コンプライアンス委員会」も立ち上げ積極的に法令遵守を行なっている。
II-1-2 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12 II-1-2 (2)-①	b	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。 法人では施設長会議、施設では運営推進会議を通し、福祉サービスに関する情報共有や交換を行い施設運営に反映させている。施設内では、利用者満足度調査を行ない継続的に現状の分析・評価を行っている。利用者に対して、以後の改善内容に付いて回答の中で明示している。しかし職員と共に組織的に改善計画を持ってPDCAを展開するといった進め方はされていない。

		第三者評価結果	コメント
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。	b	利用者増は経営課題の1つであり、受入の拡大にも力を入れている。一方、本来、介護度の状況により入所は制限されているが、入所後に介護度が上がるケースが増加している。それに対応する為、介護資格を持った職員が必要であるが少ない。又、要介護度に応じた施設への移行も進めているが、進んでいない為、職員の負荷は増加の一方である。

II-2 福祉人材の確保・育成

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。	b	人材育成基本方針を策定し法人として人材育成、確保に取り組んでいる。現在の配置人員が定員としている。有資格者の配置については、利用者の介護度上昇に伴い、手当が必要になるのではと思われる。人材の確保は法人・施設で分担して行なわれている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	自己申告書・目標管理制度の実施を定めた人員管理計画を法人で策定し、人事管理を行っている。職員行動規範に期待される職員像が明記されている。人事基準が定められ職員には周知されており、目標管理制度により評価される。評価面談により職員の意向・要望等の確認を行ない、期待値等も伝えている。
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組んでいる。	b	年1回ヘルスチェックを行ない、相談窓口も準備され対応している。労務管理は施設長の責任として行なわれている。福利厚生については委員会や互助会が設けられており、余暇や自己啓発に対する補助も行なわれている。要介護の利用者が増えている中、今までは違ったスキルや対応の仕方が求められているが、その負荷に見合った人員の見積にはなっていない様に感じられ、有給休暇が取りやすい職場環境かどうか、疑問が残る。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	目標管理制度としてPDCAの業務サイクルを取り入れ、施設目標を基本に各人が目標項目・目標水準・目標期限等を設定し、半期毎に評価面談を実施する事により、コミュニケーションを図っている。期待する職員像は職員行動規範に明示されている。
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。	b	研修委員会で策定される研修と併せ、施設で案画した研修も含めた個人別研修計画が策定されており、各々で研修内容やカリキュラムの評価・見直しが行なわれている。期待する職員像は職員行動規範に明示されているが、必要とされる専門技術や専門資格等は明示していない。
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。	b	法人内研修・外部研修等の計画的な参加・研修後の情報共有により、各人の知識・技術の向上を図っている。OJTは指導員の経験に基づき教育が実施されるが、標準的な実施方法が定められていない為、指導内容が標準化されているか不明。
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、積極的な取組をしている。	d	ケアハウスの場合、学生の実習対象となっていない為、マニュアルや受入れ体制は整備されていない。

II-3 運営の透明性の確保

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。	b	理念や基本方針、及び年度毎の事業計画・報告、財務諸表や役員等に付いて、法人のホームページに掲載している。苦情・相談の体制や内容に付き、同様、公表しており、結果に付いても周知が必要とされた案件に付いては、掲示して公開している。自治会との交流の中で施設に付いての説明等は行なっているが、印刷物の配布等は行なっていない。
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。	a	内部の運用ルールに関して、職務分掌・制限・責任においては経理規定や細則、要領等により定められている。法人としては、監査法人による監査において、無限定適正意見の表明を受けている。監査支援等の結果や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。

II-4 地域との交流、地域貢献

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上げるための取組を行っている。	b	地域との関わり方に付いては事業計画に謳っている。在宅介護支援センター・地区社会福祉協議会との連携でボランティア体験サロン・スローピング・健康講座を実施している。又、利用者が活用できる社会資源情報を冊子にして利用者へ提供している。利用者の地域の活動参加は、支援は必要なく自分で参加している。
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。	b	ボランティアマニュアルは策定されていないが、研修としてのオリエンテーションの際の説明文書で基本姿勢を明らかにしている。学校との連携で小学校は施設見学や遊戯の発表会、中学生は職場体験の場として積極的に協力している。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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。	a	社会資源に付いては、医院一覧表・老人福祉センター一覧等、必要に応じて連絡・情報共有等を行っている。他の関係機関一覧表を含め、職員で共有している。地域の関係機関(社会福祉協議会/地区自治会/民生委員会等)と連携し共通の課題の解決等に付き、協議している。

		第三者評価結果	コメント
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a 市の地域包括連絡協議会に参加し、包括支援Cや民生委員・自治会等と協働して、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。住民参加のボランティア体験サロン・スロービング・健康講座を実施している。
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	b 住民参加のボランティア体験サロン・スロービング・健康講座を実施している他、認知症カフェ(高齢者への食事提供)を開設している。近隣自治会等と地域防災協定を締結しており、共同防災訓練等を行なっている。利用者は自分で生活できる方が殆どで、地域コミュニティや・まち作り活動等には参加していない。
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。			
28	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。	b 理念や基本方針に施設の基本姿勢を明示し、利用者の尊重や人権擁護・虐待防止等について施設内研修を行っている。法人として全職員を対象とした虐待防止チェックリスト・人権振り返りシートを年1回実施している。福祉サービス提供に関する標準的な実施方法として業務マニュアル等は策定されていない。
29	III-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b プライバシー保護と個人情報保護の定義的な違いに付いて、前者は他人に知られたくない情報、後者は役所や銀行等の手続き上、開示せざるを得ないがそこから外に出る情報は困る情報、と言えるが、個人情報保護規程/マニュアルはあっても、プライバシー保護規程/マニュアルは策定されていない。
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。			
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。	b 実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を写真・図・絵を用い分かり易く紹介したパンフレットを、市役所や老人福祉センター・コミュニティセンター等の多くの人が入手できる場所に置いているが、理念・基本方針は明示されていない。尚、体験入所、一日利用には対応していない。
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。	a サービス開始・変更に関しては、書面・通知等にてお知らせし、質問についても常時対応している。意思決定が困難な場合は保証人を通じて確認している。利用者は多くは健常者が多い為、説明は重要事項説明書等を使って説明している。契約の際は自己決定を尊重して行なっている。
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。	b 移行等に付いては担当ケアマネージャーとの連携や本人・保証人(家族等)との連絡・調整を適宜行っている。継続性に配慮した手順と引継ぎ文書は定めていない。移行先施設に於いても、保証人・家族の了解の上で情報提供を行なっている。その際、今後の相談方法等も説明しているが、まとめた文書等は渡していない。
III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
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。	b 定期的に法人として利用者アンケートを行い、結果の取り纏め・分析・検討を進め、掲示等で利用者に回答している。又、利用者懇話会を開催し、利用者の声を施設運営に活かすべく、職員が出席している。満足度調査の結果に基づき具体的な改善を行なっている。
III-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。			
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。	a 法人として「苦情解決体制等に関する要綱」「苦情解決事務に関する」を作成し、体制を整えた上で苦情相談に付いて適切に対応している。重要事項説明書にも明記されており、所内掲示され仕組みが分かり易く説明されている。苦情相談カード・意見箱が設置され利用者や家族が苦情相談を申し出しやすい工夫を行っている。周知が必要とされた内容は所内掲示している。
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 相談方法として、「みなさまの声」の意見箱の設置や相談に関しては意見を伝えやすい場所(相談室)や方法等にて行っている。重要事項説明書に詳しく説明されており、内容は所内掲示もされている。相談は本人以外、家族からの相談も受けている。
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。	b 公表している「みなさまの声」の相談・意見に関しては、早期に検討・対応し、時間が必要なものに関しては説明・進行状況を説明している。利用者アンケートや意見箱の設置等、利用者の意見を把握する取組が行なわれている。仕組みは重要事項説明書にも明記されており、記録の方法や報告の手順、対応策の検討等に付いて定めている。標準的な実施方法に反映される様な手順にはなっていない。
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。			
37	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。	b 法人として「リスク管理規程」「危機管理計画」「緊急事態等対策計画」「災害対策計画」等を整備し、定期的に施設巡回・備品の管理等を行い、全体のまとめは危機管理委員会で実施されている。ヒヤリハットの情報収集・要因分析・再発防止策の検討等は行なわれておらず、職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修も行なわれていない。
38	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。	a 感染症対策マニュアルの作成・感染症対策委員会・感染症対応BCPの作成等を行い、常に感染症対策を実施している。感染症対策研修は最近頻度を増して行なっている。対応マニュアルの見直しは、運営母体のグリーンヒルうらわとして定期的に行なっている。
39	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。	a 危機管理マニュアルを基に定期的な訓練を行なっている。又、食料・備蓄品の管理を行っている。BCP計画の策定を進めており、災害の影響を把握し建物・設備・サービス提供を継続する為に必要な対策を検討している。地域の関係各位と連携して総合防災訓練を実施している。

		第三者評価結果	コメント	
<b>Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保</b>				
<b>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。</b>				
40	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。	c	提供する福祉サービスに付いて、支援の手順や方法を定めた標準的な実施方法が文書化(マニュアル化)されていない。依って、OJTは指導員の経験のみで行なわれており、気が付くと標準化されずに各人が色々な支援方法になっているのではと思われる。
41	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。	c	提供する福祉サービスに付いて、支援の手順や方法を定めた標準的な実施方法が文書化(マニュアル化)されていない。依って、OJTは指導員の経験のみで行なわれており、気が付くと標準化されずに各人が色々な支援方法になっているのではと思われる。
<b>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。</b>				
42	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画(個別支援計画)を適切に策定している。	d	自立の方の施設なので、個別支援計画は非該当。
43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画(個別支援計画)の評価・見直しを行っている。	d	自立の方の施設なので、個別支援計画は非該当。
<b>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>				
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。	b	サービス利用状況や、生活に必要な情報(生活・身体状況等)をカーデックスや定例会で共有している。情報の分別は職員の数少ない為、口頭で伝達している。運営母体の「グリーンヒルうらわ」としての部門横断での取組は、運営推進委員会で行なわれる。 自立の方の施設なので、個別支援計画に関わる内容は非該当。
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	法人として個人情報に関する基本方針を定め、個人情報保護規定・文書管理規程を策定している。個人情報に関わる運用の説明として、利用者/家族に契約書・重要事項説明書の記載内容を説明している。記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。

**A-1 生活支援の基本と権利擁護**

<b>A-1-(1) 生活支援の基本</b>				
1	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。	a	コロナ禍により中断しているが、さまざまなクラブ活動(絵画/卓球/カラオケ/コーラス/園芸/麻雀等)、食堂での体操などを企画・実施している。 自立の方の施設なので、自立支援に関わる内容は非該当。
2	A-1-(1)-②	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a	介護度が上がった場合等、利用者の状況に応じた支援の出来る施設(デーサービス・老健等)の情報提供を行い一人ひとりに応じた生活となる様、支援している。必要に応じて、ケアマネ等を介して日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげている。 自立の方の施設なので、自立支援に関わる内容は非該当。
3	A-1-(1)-③	利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	a	利用者の状況を理解し、生活相談内容等に付いては、職員間での共有・課題解決に向けた対応の検討を行い、自立生活を維持するための支援をしている。利用者の希望に応じて近隣の老人福祉センターの利用や移動販売のスーパーの利用、行政手続、生活関連サービス等の利用の支援も行なっている。介護が必要になった利用者には、介護保険サービス等を利用できるよう支援している。
4	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	普段より職員と話しやすい環境を作り、極力声掛けを行い、様子を日常から見守っている。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉使いが徹底されている。又、会話の途中で話が中途半端に終らない様、配慮しながら相談に応じている。
<b>A-1-(2) 権利擁護</b>				
5	A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。(a or b)	a	人権侵害対策マニュアルや虐待防止マニュアルが整備されており、職員は虐待防止振り返りシートや虐待防止チェックリストも用いて常時取組んでいる。権利侵害事案が生じた場合は、事故報告書の中で再発防止策等を検討し対応している。又、発生した内容は、市や区の所管行政に速やかに届け出・報告を行なっている。

**A-2 環境の整備**

<b>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</b>				
6	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。	a	常時、安全管理等での巡回や、利用者からの意見に基づき、検討・改善を行っている。委託業者による清掃がまめにされており、清潔に保たれている。

**A-3 生活支援**

<b>A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援</b>				
7	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。	d	介護保険利用者の入浴はある。 自立の方の施設なので、入浴介助は非該当。
8	A-3-(1)-②	排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	d	自立の方の施設なので、排せつ介助は非該当。

		第三者評価結果	コメント
9	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。	a 足の運び・不安定さを見極め、シルバーカーや食堂でのワゴンの利用を進めている。又、状況に合わせて車いすを推奨している。 基本、移動支援は非該当。
A-3-(2) 食生活			
10	A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a 栄養士により行事食等、美味しく楽しく食事が取れる様、工夫している。選択制に関しては、メニューにもよるが食事形態や飲み物の選択等、工夫している。温かい物は温かく、冷たい物は冷たく配膳のタイミングを合わせている。衛生管理マニュアルに基づき衛生管理が適切に行われている。
11	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。	a 利用者の心身の状況に合わせて、常食の他、お粥・刻み・牛乳(2種類)に変更可能にしている。又、食事時の急変(誤嚥・窒息)に関しては普段からの見守り・声掛け等で予防対策をしている。食事時間は1時間取っており、心身に負担のないペースで取れていると思われる。
12	A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	d 自立の方の施設なので、口腔ケアは非該当。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
13	A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	d 自立の方の施設なので、褥瘡ケアは非該当。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
14	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。	d 自立の方の施設なので、喀痰吸引・経管栄養は非該当。
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
15	A-2-(6)-①	利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	d 自立の方の施設なので、機能訓練等は非該当。
A-3-(6) 認知症ケア			
16	A-3-(6)-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a 利用者の認知症の状況に付いては常に保証人へ報告、また個人の記録より、ミーティング等で対応を検討し、叱らず指示せず本人の希望に合わせる様、又、グループの中でトラブルにならない様、介入しながら支援している。本人が忘れていると思われる時は、適切に声かけを行なっている。
A-3-(7) 急変時の対応			
17	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。	b 体調の変化が生じた際は、保証人へ連絡し通院等の検討をして貰う。服薬管理は必要に応じて行っており、2重チェックをとしている。利用者の健康確認は毎日行なっている。薬の効果や副作用等に関する研修は行なっておらず、介助マニュアルも作成中である。
A-3-(8) 終末期の対応			
18	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。	d 自立の方の施設なので、終末対応は非該当。
A-4 家族等との連携			
A-4-(1) 家族等との連携			
19	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。	b 保証人への連絡は、利用者の近況や体調変化の際にしており、お伝えした内容はケース記録に記載しているが、利用者家族との繋がりをどの様に保てるのか、課題となっている。
A-5 サービス提供体制			
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
20	A-5-(1)-①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	b 毎月1回の定例会を実施し、利用者の状況等の情報共有に関しては毎日引継ぎを行っている。その会議にて、指導者や先輩等、必要により医師や看護師による相談、助言等が得られる機会を確保している。