

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 名 称   | 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 |
| 評価調査日 | 令和2年2月25日（火）      |

## ■福祉サービス事業者情報

|            |   |          |              |
|------------|---|----------|--------------|
| 名 称        | フェニックス  | 種 別      | 特別養護老人ホーム    |
| 代表者氏名      | 施設長 吉水 千賀子(従来型)<br>施設長 鬼村 伊勢子(ユニット型)                                  | 開設年月日    | 平成8年1月11日    |
| 設置者        | 社会福祉法人 暁会   | 定員(利用人数) | 120名(114名)   |
| 所在地        | 〒751-0887 下関市大字小野64-1   |          |              |
| 電話番号       | 083-256-5336  | FAX番号    | 083-256-5025 |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.akatsukikai.com/">http://www.akatsukikai.com/</a> |          |              |

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

#### ◇特に評価の高い点

- 法人理念、基本方針は、明文化され広く周知されています。経営状況の把握や分析等についても適時行われ、組織的に改善策が検討され取り組まれています。
- 計画的な自己評価の実施や継続的な第三者評価事業の受審は、福祉サービスの質の向上を目指す組織としての意識の高さが伺えます。また公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組として、内部監査の実施とともに外部の専門職によるチェックシステムを構築し、実施されていることは高く評価されます。
- 施設事業全体に係わる各種マニュアルが整備、充実され、人材育成の面においても年間教育計画に沿ったOJTの実施や階層別の研修の実施等、職員一人ひとりの育成に向けた研修体制が確立されています。
- 利用者の生活支援については、多職種が連携してサービス計画書が作られ、計画に沿ったケアや機能訓練が実施され、モニタリングや評価も適切に行われています。また利用者の権利擁護に対する職員の意識も高く、組織としても様々な取組により権利侵害の防止等に努められています。
- 地域交流や地域のニーズに基づく公益的な活動に積極的に取り組まれています。

#### ◇改善を求められる点

- 理念や運営基本方針に基づき実施する福祉サービスの内容、組織体制や施設設備の整備、人材育成等に関する中・長期計画の財務面の裏付けとなる、中・長期の収支計画を策定されることが期待されます。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

受審に向け職員一丸で取り組み、良い評価結果を頂くことが出来ました。  
当施設は美しい里山や四季の花、田園風景を楽しめる自然豊かな環境にあります。  
入居者様へのサービス提供面では、ひとりひとりの尊厳が守られ、その人らしく暮らせるよう独自の喜びや楽しみ等を探求しております。さらに安全・安心のサービス面でも、特養独自の取組として0(ゼロ)作戦という目標を掲げ、委員会活動を活発に行っております。その成果として、身体拘束・虐待は毎年0件、感染症も直近2年間0件、褥瘡も直近3年間0件と抑えております。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

| I 福祉サービスの基本方針と組織  | a | 8 | b | 1 | c | 0 | Na |
|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <p>・法人の理念や基本方針は、パンフレットやホームページ上での掲載や施設内の玄関ホール等に掲示され、職員朝礼で唱和されるなど周知徹底が図られています。</p> <p>・経営状況の把握・分析、改善の検討については、各種会議等を通して組織的な取組が行われています。</p> <p>・計画的に自己評価の実施や第三者評価等を受審され、福祉サービスの質の向上に向けた取組が継続的に行われています。</p> <p>・中・長期の事業計画に連係した中・長期の収支計画を策定されることを期待します。</p> |   |   |   |   |   |   |    |

| II 組織の運営管理   | a | 17 | b | 1 | c | 0 | Na |
|--|---|----|---|---|---|---|----|
| <p>・施設長は目標管理シートをもとに、リーダー会議、役職員会議や経営会議を行い、経営改善や業務の実効性を高めるため指導力を発揮されています。</p> <p>・階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修が実施されています。</p> <p>・税理士や公認会計士等によるチェックシステムの構築等、事業運営の透明性を確保するための積極的な取組が行われています。</p> <p>・地域との積極的な交流が図られ、地域のニーズに基づく、買物支援等公益的な活動が積極的に行われています。</p> <p>・ボランティア受入れ時の研修システムの構築が期待されます。</p> |   |    |   |   |   |   |    |

| III 適切な福祉サービスの実施  | a | 17 | b | 1 | c | 0 | Na |
|---|---|----|---|---|---|---|----|
| <p>・満足度調査の実施や分析、改善策の検討については組織的に行われ、ご意見箱に投函された意見への回答についても迅速に対応されるなど、苦情解決の仕組みが確立しています。</p> <p>・介護事故防止、感染症対策に関しては、具体的なマニュアルの整備や充実した研修の実施が確認できました。</p> <p>・施設の立地条件を勘案した非常災害発生の把握や訓練実施が期待されます。</p> <p>・満足度調査の報告やご意見箱に投函された意見への回答などの周知方法について、利用者や家族から見やすい工夫をされることが期待されます。</p> |   |    |   |   |   |   |    |

| IV 良質な個別サービスの実施   | a | 17 | b | 0 | c | 0 | Na |
|---|---|----|---|---|---|---|----|
| <p>・利用者一人ひとりに作成された24時間シートに沿って支援が行われ、利用者の心身状況に合わせた入浴・排泄等のケアが実施される等、積極的な個別ケアの取組が行われています。</p> <p>・施設内巡回や不適切なケアチェックリストを活用し、職員自身の利用者に対する不適切な言動等に対して、職員同士で防止する仕組みが確立されています。</p> |   |    |   |   |   |   |    |

# 第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム フェニックス

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| 【 評価項目 】   |   | a | b | c | Na |
|--|---|---|---|---|----|
| <b>1 理念・基本方針</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>   |   |   |   |   |    |
| 1  | 1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。                   | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>法人理念、基本方針が玄関ホール等に掲示され、毎週月曜日の全体朝礼で唱和されています。また、各部署においても毎朝、基本方針と取組目標等が唱和され、周知が図られています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>   |   |   |   |   |    |
| <b>2 経営状況の把握</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>   |   |   |   |   |    |
| 2  | 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。           | ○ |   |   |    |
| 3  | 2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。                   | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>経営状況の把握については、毎月作成の目標管理シートにより、リーダー会議、役職者会議で役員に周知が図られ、経営者会議にて分析が行われるなど、経営改善の検討に組織的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>   |   |   |   |   |    |
| <b>3 事業計画の策定</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>   |   |   |   |   |    |
| 4  | 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。               |   | ○ |   |    |
| 5  | 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。                | ○ |   |   |    |
| <b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 6  | 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。 | ○ |   |   |    |
| 7  | 2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>中・長期の事業計画については、理念や基本方針が明確化されており組織体制や人材育成、施設整備など具体的に明記されています。また、事業計画についても、目標管理シートにより実施状況や評価見直しが組織的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>中・長期の事業計画をさらに具体的な取組とするため、中・長期の数値目標の設定や収支計画の策定が望まれます。</p> |   |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組   |  |   |   |   |    |
| (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   | 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。          | ○ |   |   |    |
| 9   | 2 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。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>計画的に自己評価の実施や第三者評価、ISO9001を受審されています。その結果の分析や検討、改善策を協議する仕組みが構築されており、改善策の実施状況の評価、見直しも随時行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |  |   |   |   |    |

#### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

|   |                                     |   |  |  |  |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 1 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。  |                                     |   |  |  |  |
| 10  | 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。  | ○ |  |  |  |
| 11  | 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。      | ○ |  |  |  |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |                                     |   |  |  |  |
| 12  | 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。 | ○ |  |  |  |
| 13  | 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。    | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>施設長は、目標管理シート等をもとに経営改善や業務の実効性の向上に指導力を発揮されています。また、遵守すべき法令等も十分理解され、社会福祉施設に勤務する職員としての自覚を促すとともに、福祉サービスの質の向上に努められています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |                                     |   |  |  |  |

|                                   |  |   |  |  |  |
|-----------------------------------|--|---|--|--|--|
| 2 福祉人材の確保・養成                      |  |   |  |  |  |
| (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                                | 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。 | ○ |  |  |  |
| 15                                | 2 総合的な人事管理が行われている。                         | ○ |  |  |  |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。            |  |   |  |  |  |
| 16                                | 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。        | ○ |  |  |  |

| 【 評価項目 】   |   | a | b | c | Na |
|--|---|---|---|---|----|
| <b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 17   | 1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。                         | ○ |   |   |    |
| 18   | 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。         | ○ |   |   |    |
| 19   | 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>(4) 実習生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。</b>  |   |   |   |   |    |
| 20   | 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。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/> 職員の育成については、年度当初に職員が作成した自己評価表を基に個人面談が行われ、個人目標の進捗状況や達成度の確認等が行われています。<br/> 教育・研修については、新人・中堅職員等、各階層に必要なスキルを習得する施設内研修が実施され、また、職種や資格、経験年数によって必要な外部研修にも積極的に参加されています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/> 特になし。</p> |   |   |   |   |    |
| <b>3 運営の透明性の確保</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 21   | 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。                      | ○ |   |   |    |
| 22   | 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。                | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/> 定期的に税理士や公認会計士に相談し助言を得ることや、内部監査の実施等、公正かつ透明性の高い適正な事業経営・運営を確保する取組が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/> 財務等に関する情報はワムネット上に開示してありますが、施設のホームページ上にはないので、その旨を記載されるなどの工夫が期待されます。</p>                          |   |   |   |   |    |
| <b>4 地域との交流、地域貢献</b>   |   |   |   |   |    |
| <b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>  |   |   |   |   |    |
| 23   | 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。                      | ○ |   |   |    |
| 24   | 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>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>   |   |   |   |   |    |
| 25   | 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。    | ○ |   |   |    |

| 【 評価項目 】   |                                  | a | b | c | Na |
|--|----------------------------------|---|---|---|----|
| <b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>  |                                  |   |   |   |    |
| 26   | 1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。      | ○ |   |   |    |
| 27   | 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>(特に評価が高い点)<br/> 地域との交流に積極的に取り組まれ、地域ニーズに基づく高齢者の買い物支援や認知症カフェへの送迎等、公益的な取組も積極的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/> ボランティアの受入れについては、利用者との安全でより良い交流を図る視点での研修・支援が望まれます。</p> |                                  |   |   |   |    |

**評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施**

|  |   |   |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| <b>1 利用者本位の福祉サービス</b>                          |   |   |  |  |  |
| <b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>                 |   |   |  |  |  |
| 28   | 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。        | ○ |  |  |  |
| 29   | 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。         | ○ |  |  |  |
| <b>(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。</b> |   |   |  |  |  |
| 30   | 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。             | ○ |  |  |  |
| 31   | 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。              | ○ |  |  |  |
| 32   | 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>(3) 利用者満足の上昇に努めている。</b>                     |   |   |  |  |  |
| 33   | 1 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                 | ○ |  |  |  |
| <b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>            |   |   |  |  |  |
| 34   | 1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。                      | ○ |  |  |  |
| 35   | 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。              | ○ |  |  |  |
| 36   | 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。                 | ○ |  |  |  |

| 【 評価項目 】  |  | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| <b>(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。</b>  |  |   |   |   |    |
| 37  | 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。  | ○ |   |   |    |
| 38  | 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。 | ○ |   |   |    |
| 39  | 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>(特に評価が高い点)<br/>ご意見箱に投函された意見については、マニュアルに沿って原則3日以内に回答を施設内に掲示される等、利用者や家族の意見要望等に組織的かつ迅速に対応されています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>施設の立地条件を勘案した非常災害発生の把握や訓練実施が期待されます。<br/>ご意見箱に投函された意見への回答文書は、利用者や家族が見やすいよう文字の拡大、掲示場所など工夫が望まれます。</p> |  |   |   |   |    |

| <b>2 福祉サービスの質の確保</b>   |   |   |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|
| <b>(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   | 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。 | ○ |  |  |  |
| 41   | 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。               | ○ |  |  |  |
| <b>(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   | 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を適切に策定している。        | ○ |  |  |  |
| 43   | 2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。                | ○ |  |  |  |
| <b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>  |   |   |  |  |  |
| 44   | 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。   | ○ |  |  |  |
| 45   | 2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                      | ○ |  |  |  |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>サービス計画書は、サービス担当者会議において、利用者家族の希望も聴取され、適切にモニタリングや見直しが行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |   |   |  |  |  |

#### IV 良質な個別サービスの実施(特養)

| 【 評価項目 】  |                                    | a | b | c | Na |
|---|------------------------------------|---|---|---|----|
| <b>A-1 生活支援の基本と権利擁護</b>   |                                    |   |   |   |    |
| <b>(1) 生活支援の基本</b>  |                                    |   |   |   |    |
| 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。 | ○ |   |   |    |
| 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。     | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>利用者一人ひとりの要望や生活習慣等に沿った24時間シートが作成され、利用者が安心・安定して過ごせるよう支援されています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                               |                                    |   |   |   |    |
| <b>(2) 権利擁護</b>   |                                    |   |   |   |    |
| 3   | 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。      | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>不適切なケアを未然に防ぐため、施設内の巡回や不適切なケアチェックリストの活用により、職員の言動の振り返りや意識の徹底に努められています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                       |                                    |   |   |   |    |
| <b>A-2 環境の整備</b>  |                                    |   |   |   |    |
| <b>(1) 利用者の快適性への配慮</b>  |                                    |   |   |   |    |
| 4   | 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。  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>施設内は清潔で、共有リビングでくつろぎやすいようにソファや花の設置など配慮されています。居室では、チェック表を活用し、随時、居室の照明等明るさの調整や空調温度調節が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |                                    |   |   |   |    |
| <b>A-3 生活支援</b>   |                                    |   |   |   |    |
| <b>(1) 利用者の状況に応じた支援</b>   |                                    |   |   |   |    |
| 5   | 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。        | ○ |   |   |    |
| 6   | 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。      | ○ |   |   |    |
| 7   | 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。        | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>移動支援について、機能訓練指導員等の専門職と協議を行い、利用者の心身状況にあわせた適切な福祉用具の選定が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                               |                                    |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】  |   |   |  | a | b | c | Na |
|---|---|---|--|---|---|---|----|
| <b>(2) 食生活</b>  |   |   |  |   |   |   |    |
| 8   | 1 | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。                     |  | ○ |   |   |    |
| 9   | 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。             |  | ○ |   |   |    |
| 10  | 3 | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。                     |  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>食器は、利用者が日常で使用されていたものを使用し、献立は、職員が分かりやすく丁寧に説明されるなど、食事が楽しく摂れる工夫がされています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |   |   |  |   |   |   |    |
| <b>(3) 褥瘡発生予防・ケア</b>  |   |   |  |   |   |   |    |
| 11  | 1 | 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。                         |  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>褥瘡リスク評価表により、発生リスクの高い利用者を把握され適切なケアが実施されています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                          |   |   |  |   |   |   |    |
| <b>(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</b>  |   |   |  |   |   |   |    |
| 12  | 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。 |  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>介護職員等による喀痰吸引・経管栄養に関しては、施設内研修を実施され、適切かつ安全な取組に努められています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                |   |   |  |   |   |   |    |
| <b>(5) 機能訓練、介護予防</b>  |   |   |  |   |   |   |    |
| 13  | 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。           |  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>機能訓練指導員を中心に、利用者の心身の状況に応じた個別・集団リハビリテーションが行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                     |   |   |  |   |   |   |    |

| 【 評価項目 】  |   | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| <b>(6) 認知症ケア</b>  |   |   |   |   |    |
| 14  | 1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。                  | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>利用者一人ひとりが安心して生活できるよう、多職種間での情報を共有されるとともに座席の配置や居室の選択、馴染みのあるベッドや家具の配置等、落ち着ける環境づくりに配慮されています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p> |   |   |   |   |    |
| <b>(7) 急変時の対応</b>   |   |   |   |   |    |
| 15  | 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。 | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>施設内研修会において、急変時の対応の手順と迅速な対応の徹底ため、ロールプレイを行い、実践に即した取組が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                              |   |   |   |   |    |
| <b>(8) 終末期の対応</b>   |   |   |   |   |    |
| 16  | 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。     | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>多床室の場合、終末期には個室を準備され、思い出の写真や花を飾る等の配慮が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>   |   |   |   |   |    |
| <b>A-4 家族等との連携</b>  |   |   |   |   |    |
| <b>(9) 家族等との連携</b>  |   |   |   |   |    |
| 17  | 1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。              | ○ |   |   |    |
| <p>(特に評価が高い点)<br/>利用者の家族に、誕生日会やバスハイク、夏祭り等の行事案内を行い、利用者と家族が楽しめる取組が行われています。</p> <p>(改善が求められる点)<br/>特になし。</p>                                   |   |   |   |   |    |