

事業者名称(事業者番号): 2571400148

TEL:0748-66-1911

提供サービス名:ショートステイサービスエーデル土山

評価年月日:2019年2月10日

評価結果整理表

○共通項目

| | | | |
|---|---|-------------------------------|----------|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | | | |
| 1 理念・基本方針 | | | |
| (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | | |
| ① | a | 法人の事業所の理念が明文化されている。 | 2 項目/2項目 |
| ② | a | 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。 | 3 項目/3項目 |
| (2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | |
| ① | a | 理念や基本方針が職員に周知されている。 | 3 項目/3項目 |
| ② | a | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 4 項目/4項目 |
| 総合評価 | | | |
| 至誠～小さな安心から大きな安心へ～を法人理念として掲げ積極的に外部へと公表し、法人理念に基づいた【THE EDEL WAY】を制定しており、明文化している。 | | | |
| 2 事業計画の策定 | | | |
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | |
| ① | a | 中・長期計画が策定されている。 | 8 項目/8項目 |
| ② | a | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | 6 項目/6項目 |
| (2) 事業計画の策定が組織的に行われている。 | | | |
| ① | a | 事業計画の策定が組織的に行われている。 | 3 項目/3項目 |
| ② | a | 事業計画が職員に周知されている。 | 3 項目/3項目 |
| ③ | a | 事業計画が利用者等に周知されている。 | 2 項目/2項目 |
| 総合評価 | | | |
| 【エーデル土山新3か年中長期計画】を策定し、2015-2018の3か年計画として取り組んでいる。4つの戦略を立案し(イメージアップ戦略、プレイクスルー戦略、地域貢献・CSRへに取組、人材戦略)具体的な成長戦略を描いている。中長期計画に則って、決して強くないが特徴を持つ質の高い法人を目指す。また、予算と戦略の連動性を高め、より具体的な事業計画を策定している。利用者数や稼働率目標を数値化することにより、達成可能であったかどうかを具体的な評価基準として定めている。 | | | |
| 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。 | | | |

| | | | |
|--|---|--------------------------------|---------|
| ① | a | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | 3項目/3項目 |
| 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。 | 3項目/3項目 |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| ① | a | 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。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 4項目/4項目 |
| 総合評価 | | | |
| <small>コンプライアンス研修の実施。また、減災マニュアル等では具体的な動き方、役割について明確化。コンプライアンスに関しては法人の重要課題として、外部研修等に参加。委員会、執行室(プロジェクトチーム)を複数立ち上げ、定例および随時の開催。その他、執行室制度には、委員会よりも強い権限を持たせるため、施設長が参加することを基本としている。『経営運営戦略・設備管理室』『人材確保・労働室』『業務改善遂行室』『人材育成強化室』『CSR推進室』を立ち上げ、経営分析や労務管理、職員定着向上について、毎月協議。施設長は全ての執行室に参加し、強い権限と迅速な対応で改善に向けて取り組んでいる。また、執行室制度には、一般スタッフも含まれており、現場の声を反映させるシステムを構築している。</small> | | | |

| | | | |
|--|---|--|---------|
| II 組織の運営管理 | | | |
| 1 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。 | | | |
| ① | a | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 3項目/3項目 |
| ③ | b | 外部監査が実施されている。 ※社会福祉法人のみ対象(他は評価外) | 1項目/2項目 |
| 総合評価 | | | |
| <small>定例の執行室にて最新情報の共有を図っている。また、デイサービス、ショートステイとも月別実績表を作成し利用率を明確にし利用率の向上に努める。空床ベッド稼働率向上の為、他の事業所と連携し利用者の確保に努める。また、静養室緊急受入については随時受け入れる。外部監査については、今後の検討課題。</small> | | | |
| 2 人材の確保・養成 | | | |
| (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| ① | a | 必要な人材に関する具体的なプランが確率している。 | 3項目/3項目 |
| ② | a | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | 2項目/2項目 |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| ① | 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。 | 6項目/6項目 |
| ② | a | 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。 | 3項目/3項目 |
| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| ① | a | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | 2項目/2項目 |
| ② | a | 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | 4項目/4項目 |

| | | | |
|---|---|------------------------------|---------|
| ③ | a | 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。 | 5項目/5項目 |
|---|---|------------------------------|---------|

(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | b | 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。 | 6項目/7項目 |
|---|---|---|---------|

総合評価

定例の人材確保対策室にて資格者の適性配置について協議。非常勤から正規職員への登用等、基準を明確化。安全衛生委員会にて、時間外勤務状況や、対策について協議。定期的に職員の思いを聞く機会の構築。メンタルヘルスへの取り組み。職員全体へのストレスチェック(年1回)、腰痛検診(年2回)の実施。健康診断も法定通り実施。職員の悩み相談室の設置については各主任が窓口になり、悩みが相談しやすいようにトレーニングを行う。人材育成強化室を毎月開催しており、その会議の中で研修内容や進捗状況について都度、確認している。また外部研修を終えたスタッフは、復命書を速やかに作成し、研修資料とともにサイボウズにて全体周知している。

3 安全管理

(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

| | | | |
|---|---|--|---------|
| ① | a | 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 5項目/5項目 |
| 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。 | 6項目/6項目 |
| ③ | a | 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。 | 5項目/5項目 |

総合評価

感染対策委員会、リスクマネジメント委員会議開催し安全確認やリスク管理に努める。防災から『減災』という観点を主として、減災マニュアルを作成。食糧備蓄に関しては利用者、職員の備蓄を一週間は自力で乗り切れる備蓄体制を整備。地域自治会とは連携が不足しており、今後さらなる対策強化が必要。設備管理室にて、減災対策と設備、備品管理について協議。軽微な備品の故障ではメンテナンス委員会に対応。

4 地域との交流と提携

(1) 地域との関係が適切に確保されている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | 5項目/5項目 |
| ② | a | 事業所が有する機能を地域に還元している。 | 5項目/5項目 |
| ③ | b | 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。 ※社会福祉法人等公益法人以外は評価外 | 3項目/4項目 |

総合評価

空床利用稼働につき、随時他事業所と連携、利用者の確保に努める。甲賀市委託事業である支援ハウスの利用について甲賀市と連携いつでも利用できる体制を整える。地元の小学校対象に課外授業、介護体験を行う。その他、職場体験授業なども受け入れる。介護相談等の相談支援事業については居宅を中心に年1回実施。

(2) 関係機関との連携が確保されている。

| | | | |
|---|---|----------------------|---------|
| ① | a | 必要な社会資源を明確にしている。 | 2項目/2項目 |
| ② | a | 関係機関等との連携が適切に行われている。 | 6項目/6項目 |

総合評価

社会資源を示した資料あり。担当者会議にて各事業者間での情報共有を図る。また、かかりつけ医との連携も図る。日常生活支援制度については現在利用者はいないが、今度必要な利用者がある場合、市と連携を図り制度の利用に繋げていく。

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 地域の福祉ニーズを把握している。 ※社会福祉法人等公益法人以外は評価外 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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 | 2項目/2項目 |
| 総合評価 | | | |
| <small>地域ニーズ把握の為、意見箱の設置。小学校やボランティアとの交流の実施。民生委員や児童委員、地域組織との交流、会合は行っていないため今後の課題。利用者のニーズ把握については随時行、甲賀市や社会福祉協議会とも連携。今後も事業拡大について、相談、連携し中・長期計画を作成中。</small> | | | |

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス

(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 利用者を尊重したサービスの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。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 3項目/3項目 |

(2) 利用者満足の向上に努めている。

| | | | |
|---|---|--------------------------------|---------|
| ① | b | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | 2項目/5項目 |
|---|---|--------------------------------|---------|

(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| | | | |
|---|---|----------------------------|---------|
| ① | a | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | 3項目/3項目 |
| ② | a | 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | 6項目/6項目 |
| ③ | a | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | 4項目/4項目 |

総合評価

法人行動宣言【THE EDEL WAY】を設け、朝礼時での朗読や施設内掲示行い組織内で共通理解に努める。身体拘束・虐待防止についてはマニュアルやフローチャート作成し周知徹底。また、年2回以上は全職員対象に研修を実施し、人権尊重についても年2回全職員対象と毎月役職者会議にて研修行う。その他、入職時研修や年1回は全職員対象に実施。担当者会議にて、利用者・家族のニーズの把握に努める。サービスの向上のため短期入所生活介護計画を作成、モニタリングを実施し、サービスの改善を図る。利用者満足度調査は実施できておらず、今後の課題である。苦情対応については接遇向上委員会にて取り組んでいる。

2 サービスの質の確保

(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 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。 | 3項目/3項目 |
| ② | a | 評価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。 | 5項目/5項目 |

(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。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 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。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 2項目/2項目 |

(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

| | | | |
|---|---|-------------------------------|---------|
| ① | a | 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。 | 2項目/2項目 |
| ② | a | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 6項目/6項目 |
| ③ | a | 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。 | 3項目/3項目 |

総合評価

接遇向上委員会、執行室にて評価、改善を図る。利用者の尊重・プライバシー保護・介護手順などを示した介護技術マニュアルを作成し各セクションワーカールームに設置し、いつでも閲覧できる。またショートステイサービス向上研修を年に1回実施。個別ケアや業務の見直し行い日誌に記録し、ケアマネージャーとの連携を図る。記録は情報管理委員会より記録方法・内容など統一するマニュアルを作成し徹底。記録保管については規定を設け2年間保管とする。個人情報の取り扱いについては、家族に説明行い同意書を交わす。また、入所時と年1回個人情報についての研修を実施。

3 サービスの開始・継続

(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

| | | | |
|---|---|-------------------------------|---------|
| ① | a | 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。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 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。 | 4項目/4項目 |

(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

| | | | |
|---|---|---|---------|
| ① | a | 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。 | 3項目/3項目 |
|---|---|---|---------|

総合評価

ホームページや法人のイメージデザインに工夫を凝らす。施設見学は随時受け付ける。「ショートステイのしおり」を作成し、利用開始にあたりわかりやすく丁寧な説明に努める。

4 サービス実施計画の策定

(1) 利用者のアセスメントが行われている。

| | | | |
|---|---|--------------------------|---------|
| ① | a | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | 4項目/4項目 |
|---|---|--------------------------|---------|

(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

| | | | |
|---|---|----------------------------|---------|
| ① | a | サービス実施計画を適切に策定している。 | 4項目/4項目 |
| ② | a | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | 3項目/3項目 |

総合評価

施設独自のアセスメント表に記載。身体状況の変化のある利用者においては、随時対応方法を検討し、現場職員に周知する仕組みを構築。短期入所生活介護サービス計画に利用者、家族の具体的な意向を明記し、施設独自のモニタリング表で評価する。家族交付説明と職員に周知する。

○内容評価項目

| A-1 支援の基本 | | | |
|--|---|----------------------------------|------------|
| ① | a | 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。 | 12 項目/13項目 |
| ② | a | 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。 | 8 項目/8項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>担当者会議にてケアマネージャーや他事業所、ご家族より情報収集を行い個々のニーズや生活状況を把握に努める。買い物、外出、地域の行事への参加プランの立案については今後の課題。入職時や年2回の施設全体(接遇向上委員会)として接遇研修に取り組んでいる。また、独自にショートステイサービス向上研修を該当する職員全員に実施する。</p> | | | |
| A-2 身体介護 | | | |
| ① | a | 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。 | 14 項目/14項目 |
| ② | a | 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 13 項目/13項目 |
| ③ | a | 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 9 項目/9項目 |
| ④ | a | 褥瘡の発生予防を行っている。 | 6 項目/6項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>最新型特浴槽を3台完備し、本人の体調に合わせた排泄方法を実践。在宅生活を主とし、リズムを崩さないよう、出来るだけ在宅で行っている排泄方法を利用期間中も行っている。福祉用具(杖、歩行器、車イス)は、ケアマネージャーや家族の意見を聞き、利用者の状況に応じた物を提供。必要であれば施設からの貸出を都度行う。また、労働安全の観点から抱える介助は一切行わず、移乗用リフトを使用し。毎月スキンケア委員会を開催し、ケアマネージャー、その他機関(訪問看護等)とも連携し、褥瘡発生者、発生予備群の利用者を対象し適切な介助方法、介護用品の検討を行う。</p> | | | |
| A-3 食生活 | | | |
| ① | a | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | 7 項目/8項目 |
| ② | b | 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 8 項目/10項目 |
| ③ | b | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 6 項目/8項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>給食委員会を設置し、利用者のニーズに応じた食が提供できるように協議。また、個々に応じて嗜好品を取り入れたり、行事食などを定期的に提供。食事の選択制については今後の課題。管理栄養士が中心となり看護師・介護職員と連携しながら、個々に応じた食事の提供や介助を行う。誤嚥など急変時の対応についてはマニュアルを作成し研修会を実施する。栄養ケア計画ではなく短期入所生活介護サービス計画の中に食事のケアに関する項目が必要な方に対しサービス内容を立案する。突発的な発熱に対する食事の提供は実施できておらず今後の課題。</p> | | | |
| A-4 終末期の対応 | | | |
| ① | a | 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。 | 6 項目/6項目 |

| 総合評価 | | | |
|---|----------|-----------------------------------|---------|
| <p>看取りマニュアルを整備し、職員に対しても定期的に個人面談を行い、精神的なケアに努め、年1回は看取り研修を実施。ショートステイ利用者においては、看取りは行わず基本的な救急搬送とする。家族に速やかに連絡がとれる体制を整える。</p> | | | |
| A-5 認知症ケア | | | |
| ① | a | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | 8項目/8項目 |
| ② | a | 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | 8項目/8項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>周辺症状の原因や行動パターンを探り、毎朝・夕にはカンファレンスを行い個々に応じたケアを工夫。また、身体拘束については、リスクマネジメント委員会で毎月協議し、身体拘束ゼロを掲げ法人一丸となり取り組む。生活環境については、共有スペースには畳みスペースやソファ等を整備し、安心・安全に暮らせる環境を整備。その他、安全衛生委員会を整備し、毎月危険箇所や清掃チェックを行い改善に努めている。</p> | | | |
| A-6 機能訓練、介護予防 | | | |
| ① | b | 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。 | 3項目/6項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>機能訓練が必要な利用者に対し、ケアプランに基づき、日常生活で行える程度のリハビリ(トイレまでの歩行や椅子への座り替えなど)を実施。専門的リハビリは行っていないが、レクリエーションの内容に体操等を取り込むことで生活リハビリを取り入れ機能訓練の機会を作る。今後、家族やケアマネージャーより随時意見、要望を出来るだけ取り入れる体制を整えていく。</p> | | | |
| A-7 健康管理、衛生管理 | | | |
| ① | a | 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。 | 6項目/6項目 |
| ② | a | 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | 7項目/7項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>急変時・病気や薬の副作用に関するマニュアルを作成。また、急変時の早期発見・対応ができるよう研修を実施。感染対策は流行時期における面会者へのうがい、手洗い、消毒の依頼や、職員への手洗い実施や年2回の食中毒、感染予防に関する研修を実施。食中毒においては厨房の委託業者メフオス、管理栄養士と連携しながら発生防止に努める。その他、、インフルエンザ流行時期前(10月頃)から予防接種を実施してもらえよう各家族に注意喚起を行う。</p> | | | |
| A-8 建物・設備 | | | |
| ① | a | 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | 4項目/5項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>設備管理室、メンテナンス委員会が随時、点検確認。スタッフが設備に関して異常を発見した際は速やかに対応、修理できる体制を構築。また共有スペースにはくつろげる空間作り+清潔な環境を整備するために、清掃活動を徹底して実施。利用者が思い思いに過ごせる工夫は今後の課題である。</p> | | | |
| A-9 家族との連携 | | | |
| ① | a | 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | 5項目/5項目 |
| 総合評価 | | | |
| <p>サービス利用前に担当職員より事前確認を行い、本人の身体状況、家族も思いの把握に努めている。ご利用者の変化や家族からの要望があった場合は随時アセスメント表を更新し、現場に周知している。</p> | | | |

○特別養護老人ホームにおける利用者の要介護の改善のためのサービス評価結果(滋賀県独自項目)

| 1 プロセス(過程)の評価 | | | |
|---|---|-------------------------------------|---------|
| 利用者の要介護状態の改善に資する取組を行っている。 | | | |
| ① | a | 運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。 | 6項目/7項目 |
| ② | a | 日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。 | 8項目/8項目 |
| ③ | a | 要介護状態の改善に資する生活環境等の整備の取組を行っている。 | 6項目/7項目 |
| 総合評価 | | | |
| <small>ケアマネージャーや本人、家族の思いから個別の施設サービス計画に機能訓練を取り入れ、モニタリングにて実施評価行う。利用者ごとの実施記録については今後の課題。食事については、管理栄養士が中心となり栄養状態を把握し各専門職と連携する。排泄については、本人に合った排泄方法を実践。1日の臥床時間については本人の体調を考慮しながら出来る限りレクリエーションや行事に参加してもらい離床時間の確保する。福祉用具については状態に合わせた福祉用具を施設から貸し出しを行う。居室以外の共有スペースには畳スペース・数種類のソファなど複数箇所整備できているが、過ごす場所を選択できるシステムは準備できておらず今後の課題。</small> | | | |

2. アウトカム(結果)指標

利用者の要介護度等の状態の変化を評価するための指標の設定

| アウトカム指標 | 評価年度 平成31年2月1日時点 | | | 参考(前回評価時) 平成30年2月1日時点 | | |
|------------------------------|---------------------|---------|---------|--------------------------|---------|---------|
| | 改善 % | 維持 % | 悪化 % | 改善 % | 維持 % | 悪化 % |
| ①要介護度を維持、改善した利用者の割合 | 0.0% | 88.0% | 8.0% | 2.0% | 89.0% | 11.0% |
| ②認知症高齢者の日常生活自立支援度が改善した利用者の割合 | 0.0% | 78.0% | 22.0% | 0.0% | 82.0% | 18.0% |
| ③障害高齢者の日常生活自立度が改善した利用者の割合 | 0.0% | 94.0% | 6.0% | 0.0% | 92.0% | 8.0% |

注)各割合(%)=該当する状態の人数/対象者の延べ人数×100

事業者名称(事業者番号): 2571400148 TEL:0748-66-1911

提供サービス名: ショートステイサービス エーデル土山

評価年月日: 2019年2月10日

★サービスの質の向上に向けて、取り組む課題と優先順位、達成度評価の計画

評価年月日: 2019年2月10日

前回評価年月日: 2018年2月21日

| サービスの質の向上に向け取り組む課題 | | | 取り組み期間 (○年○月 ～○年○月まで) | 改善に向けた具体的な行動 | 達成度評価 | 次期 評価 実施 時期 |
|--------------------|------|--|-------------------------------|--|--|----------------------|
| 評価項目 番号 | 優先順位 | 内 容 | | | | |
| Ⅲ1-2① | 1 | 利用者満足度チェックを行い、分析・検討・改善を行う。 | 平成30年2月21日 ～ 平成31年2月20日 | 平成30年度中にショートステイ利用者及び家族に対し満足度調査を行う。 | 調査実施できず。家族との連携を図る中で満足度を随時確認していく。 | — |
| A-3-③ | 2 | 歯科医師、歯科衛生士の助言を受けて口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行う。 | 平成30年2月21日 ～ 平成31年2月20日 | 口腔衛生管理加算算定の為の関係機関との連携及び施設内実践マニュアルの作成を行う。 | 平成30年7月より口腔衛生管理体制加算、及び口腔衛生管理加算を算定中。協力医療機関と連携しマニュアルを作成した。 | — |
| A-3-③ | 1 | 歯科医師、歯科衛生士の助言を受けて口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行う。 | 平成31年2月10日 ～ 平成32年2月9日 | 口腔衛生管理をすすめる中で、より個々の課題に応じた口腔ケアを実践していく。 | | 平成32年2月9日以降 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |