

介護保険サービス第三者評価 評価結果報告書兼アドバイスレポート

受審事業者名 介護老人福祉施設 サンライフ御立
評価実施期間 H20 年 12 月 24 日 から H21 年 3 月 31 日
評価機関 社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会
評価調査者 K 0401006・K 0401041・K 0401042

総合コメント

特に良い点

好環境にある整備された施設

サンライフ御立は、採光に恵まれた住宅街の高台にあります。6階建てのマンション風にあつて、ケアハウス(5・6階)、デイサービス(2階)と共に3～4階に位置し、1階の玄関ロビーは広い空間を有し、大理石の柱が一段と住まいに落ち着きをもたらしている施設です。

グループケアを導入し、一人ひとりに寄り添う介護の実践

利用者17～20人を1グループ(一地域)とし、各グループ毎に担当職員が配置されています。グループ化することで、利用者一人ひとりの状況を的確にかつ随時に把握できる体制にあり、寄り添える「なじみの関係づくり」を大切にしています。グループ化は人員配置が増え施設経営には大変ですが、介護の質の向上に努めている施設といえます。

女性職員が結婚して子どもが生まれても働きやすい職場環境

育児中の職員については勤務時間の短縮や調整を、また、0～3歳未満の子どもがいる職員には保育料の1/2を施設が負担して、結婚後・出産後も仕事が継続しやすい環境が整備されています。

特に改善を要する点

基本理念や姿勢方針の具現化と共通認識の徹底

当初から4つの基本理念及びサービス十ヶ条を掲げ、高齢者福祉を担う全職員の姿勢のあり方を求めています。人間介護の根幹である「人権・尊厳」の保障について、更なる深み広がり追求していく工夫を期待します。基本理念の一つである「基本的人権の保障」について具現化し、対人援助の心にどう関わるか、一人ひとりの生きがいや生活歴にどう関わるか等、丁寧に向き合っていくことで更に「その人がその人らしく」生活する支援が実践できるのではないのでしょうか。

職員個々の気付きを共有し有効に発展させていくために、より確かなシステム化が望まれます。その気付きは、高齢者・障がい者介護の目標である自己実現・自立支援・QOLにどう結びつくのか、個々の支援にどのような留意点があるのか、どこで振り返りや徹底が求められるのか等、各職員の気付きの醸成も含めて工夫することで、職員のやる気は勿論、利用者家族の信頼によりつながるのではないのでしょうか。

事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供		A ⁺ (A ⁻) B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	事業所のサービス提供に関する基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 基本方針を会報や印刷物などに掲載して、利用者やその家族等に配布している。 基本方針をホームページに掲載したり、求められれば提供するなど、誰でも知ることができるようにしている。	(A) B C	<p>・「基本的人権」を始めとする4つの基本理念また、職員の姿勢を示したサービス十ヶ条が定められ、パンフレット及びホームページに掲載されています。毎月曜日の朝礼時の唱和、年1回の理念テストの継続をはじめ、新任職員研修時には施設長自らが担当して周知に努めています。しかし、基本理念に具体的な説明がなく、職員の共通理解・共通実践化が懸念されます。高齢者福祉、対人援助についての大切なポイントをおさえて説明を加えてはいかがでしょうか。</p> <p>・パンフレットには、基本理念、施設概要、生活の様子が、またホームページにはそれらに加えて施設長の運営方針や利用者家族からのアンケート内容がつまびらかに情報開示されています。この情報は、年度の事業計画の内容の掲載に併せて更新されており、その他の情報については必要に応じて対応されています。</p>
	補足等:			
2	事業所が行っているサービスの情報を積極的に提供している。	利用者やその家族等が適切にサービス選択するために必要な情報を提供している。 情報をホームページに掲載するなど、誰でもいつでも知ることができるようにしている。 提供している情報を定期的に見直し、内容の変更などに速やかに対応している。 質問に応じて説明を行う用意がある。	(A) B C	
	補足等:			

事業所の運営

2 サービスの質の向上		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの質の向上を目的とした検討体制を整備している。	サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的開催している。 委員会などの検討内容や結果を記録している。	(A) B C	<p>・グループケアでの日々の課題や提案をはじめ、サービスの質向上のための検討を要する事項については、施設運営会議をはじめとする各種委員会が、1～2ヵ月に1度定期的開催されています。また、検討内容はその都度記録され、朝礼時に報告されています。しかし、検討の経緯や留意点が明らかな報告書とはいえません。職員への周知徹底を図るために、どのような論議が行われたのかわかる報告書の作成が望まれます。</p> <p>・毎年2回(5月・11月)、職員個々と施設長との面談が行われ、意見や提案が行われています。恒例になっていることもあり、職員の積極的発言の場となっている状況がうかがえます。また、アイデア箱も設置されています。</p> <p>・年1回開催の家族会においての話し合いをはじめ、第三者委員へ直接返送されるアンケート用紙を配布し、苦情も含めた意見が出しやすいように工夫されています。また、出された意見は、第三者も委員として参加する苦情相談委員会で検討され、家族へ回答されると共に、ホームページにも詳しく掲載されています。</p> <p>・サービスの質確保、職員確保等について中・長期的に目標設定され、文章化されています。しかし、1年毎の事業計画に必ずしも反映されている内容とは確認できません。一方、各年度の事業計画の評価については、各グループの主任・リーダーが中心になって職員の意見を聴取し、また家族会においては計画書・報告書をもって意見を聞いています。</p> <p>・年2回行う自己評価票によって、個々の資質向上のための点検がなされており、それをもとに生活相談員や主任との話し合い、また施設長との面談にて確認されています。研修は、個々に受講したい研修を第3希望まで挙げ、その内少なくとも1つは受講できるように図られていますが、必ずしも必要な技術・知識を修得する研修とはなっており、整合性を確認するまでには至りません。</p> <p>・変則勤務にあることから、同一研修を毎月2回開催し便宜が図られています。また、外部研修にも多くの職員が参加し、その都度報告書が作成されています。また、新規採用研修は研修要領の冊子が用意され、先輩職員のマンツーマン指導が1ヵ月間行われており、その後の業務体系にもその関係は活かされています。しかし、事業所内研修の参加者は少なく、かつ報告書も結果内容の域を超えてはいえません。参加したいと思える研修であること、そして参加しなければ勿体無いと思える報告書になるよう改善が望まれます。</p> <p>・各グループの主任を中心に日常的に、また、年2回行われる自己評価の機会に生活相談員・施設長から定期的に指導助言が行われています。事業所外からは、精神科の医師等必要に応じて支援を受けることができます。</p>
	補足等:			
2	サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	定期的に職員からの提案を募集している。 職員の意見を聴取するための場を設けている。	(A) B C	
	補足等:			
3	サービスの質の向上への取組に利用者やその家族等の意見を取り入れている。	定期的に利用者やその家族等の意見を聞く機会を設けている。 出された意見を検討している。 出された意見の対応結果の説明・報告を利用者やその家族等に対して行っている。	(A) B C	
	補足等:			
4	サービスの質の向上に向けた計画的な取組を行っている。	サービス内容や実施体制に関する事業所の中・長期的な課題や問題点を明らかにしている。 課題や問題点を克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定している。 中・長期計画の当該年度の内容を反映した1年ごとの事業計画を策定している。 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。 事業計画の評価を行うために、利用者やその家族等の意見を聞いている。	A (B) C	
	補足等:			
5	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	職員一人ひとりに必要な知識や技術などを明らかにしている。 職員一人ひとりに必要な資質・技術の修得に向けた研修計画を策定している。 職員の資質向上を一元的に推進するための担当者を設置している。 職員の人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。	A (B) C	
	補足等:			
6	職員の研修機会を確保している。	事業所内研修を定期的に行っている。 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。 外部研修会の参加者による事業所内の伝達講習又は参加レポートの提出を行っている。 職員の個別研修活動を支援している。 新規採用職員のための系統的な研修プログラムを用意している。	(A) B C	
	補足等:			
7	職員に対するスーパービジョン(指導・助言)体制を整備している。	職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。 常に職員が事業所内で指導・助言を受けることができる体制を整備している。 必要に応じて、外部の専門機関に支援を受けることができる体制を整備している。	(A) B C	
	補足等:			

利用者の尊重・保護

1 利用者やその家族等の意向の尊重		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービス内容の決定において利用者やその家族等の意向を尊重している。	<p>サービス内容を決定する過程に、利用者やその家族等の意向を反映するための取組がある。</p> <p>サービス内容を複数から選択できる場合には、決定するための情報を提供している。</p> <p>選択や決定の際に行うサービス内容の説明は、わかりやすいように図表などを用いている。</p> <p>利用者が意向や同意を表明できない場合には、第三者が関与を行う制度を活用できるように利用者を支援している。</p> <p>利用者やその家族等への説明と同意に関するマニュアルを定めている。</p>	A (B) C	<p>・入所前訪問面接時や初回利用時等において得られた要望等の情報をフェースシートに記入し、サービス内容決定に反映されています。複数から選択できるサービスについては重要事項説明書に明示し説明していますが、その手順方法のマニュアルまた図表等は整備されていません。成年後見制度については、その必要性を鑑みて説明する等、積極的な支援体制がみられます。</p> <p>・苦情相談委員会を設け、地元の民生・児童委員、自治会役員、他施設施設長等を苦情相談委員に依頼し、寄せられた苦情や施設内の事故について報告し、その解決策・予防策について話し合われています。また、その内容は全体会議や各グループにおいて報告され、かつ家族会アンケート集計結果・回答はホームページにも掲載され、積極的に情報公開しています。</p> <p>しかしながら、会議報告書の内容は、改善への取り組みが具体的とはいえず、職員の意識化・徹底化に活かされるためにも更なる工夫が望まれます。</p> <p>・入所時の意向、入所後の意向を各グループごとに聞き取り、その意を受けて行事の参加対応が図られています。また、グループケアの利点を活かした事前・事後の意見聴取が行われています。更なるあり方として、個別ケアに則り一人ひとりの「いきがい創造」への取り組みを大切にされてはいかげしょう。</p>
	補足等:			
2	利用者やその家族等からの不満や不服を解決するための取組を行っている。	<p>苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。</p> <p>苦情を調停するための委員会(例、苦情解決委員会)などに第三者が参加している。</p> <p>苦情に関するデータを蓄積し、サービス改善に活用している。</p>	(A) B C	
	補足等:			
3	行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	<p>行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。</p> <p>利用者の興味もてる行事などを開催するために、事前又は事後のアンケートなどを実施している。</p>	(A) B C	
	補足等:			

利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	人権やプライバシーの確保に配慮している。	人権やプライバシーを確保するための基本的な考え方を明らかにしている。 人権やプライバシー確保に関するマニュアルを定めている。 利用者やその家族等が人権やプライバシーについて、第三者に相談できるよう配慮している。	A (B) C	<p>・基本理念の一つに「基本的人権の尊重」が挙げられ、別に人権についてのマニュアルがあります。しかしながら、施設の実態に即した独自のものとはいえません。人権の保障の大切さ、徹底の厳しさが十分認識できるようなもので、無視の無礼、言葉・表情・姿勢等のあり方も含め、具体的でわかりやすい、かつ重要性の伝わる説明を加えて整備されてはいかがでしょうか。また、各サービスの標準的マニュアルにも羞恥心等に配慮すべき内容を付加してはいかがでしょうか。</p> <p>複数の第三者委員・苦情相談委員に相談できる体制が確保され、広報誌やホームページにも掲載されて周知が図られています。</p> <p>・管理責任者を施設長とし、個人情報保護の基本方針を定めてホームページにも掲載しています。また、入所契約時に個人情報を提供する際の説明を行い同意書ももらっています。</p> <p>・新任職員研修要領に、「身体拘束」「虐待」に関する予防規程を数頁に亘って掲載し、それをもとに研修しています。また、「身体拘束廃止委員会」を中心に職員間で話し合い、止むを得ず身体拘束を行うに至った場合も、機を捉えた最善の対応についての検討が繰り返し行われています。</p>
2	個人情報の保護を徹底している。	個人情報の管理責任者を設置するなどの管理体制を整備している。 事業所外へ個人情報を提供する場合は、必ず利用者やその家族等へ事前に書面などで同意を得ている。 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。 利用者やその家族等に関する情報の取扱規程を定めている。	(A) B C	
3	身体拘束の弊害の正しい認識と廃止のための取組を行っている。	身体拘束が起こりやすい状況や場面を想定した職員研修や話し合いを行っている。 身体拘束を行わないサービス方法や環境・設備の工夫を検討している。 身体拘束の弊害と廃止の方針を利用者やその家族等に説明している。	(A) B C	
		補足等:		

サービス実施過程の確立

1 サービス実施計画の作成		A ⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	利用者一人ひとりの目標を明らかにしたサービス実施計画を作成している。	利用者一人ひとりの課題(ニーズ)に基づいた目標を明らかにしている。 利用者一人ひとりの目標を達成するためのサービス実施計画を作成している。 利用者一人ひとりのサービス実施計画の作成を統括する作成責任者を定めている。 サービス実施計画の作成を関係職員の参画のもとに行っている。	A B C	・経験豊富な介護支援専門員のもと、主任、リーダー、担当者など複数の職員が協力してサービス実施計画を作成しています。利用者個々の課題把握について研修会へ積極的に参加するなど資質向上に向け積極的に取り組んでいる姿勢がみられました。また、看護師、栄養士などの専門分野からの協働もシステム化されており、計画に活かされています。さらなる期待としては、人権や倫理観を意識した専門職集団として、サンライフ御立の行動指針にもあるチームワークで、より質の高いサービスの提供が可能になると思われます。利用者、家族がこれからの望む暮らしを言語化できるように深く関わりを持つことや、サービス実施計画立案のための会議への出席も期待されることです。
補足等:				

サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A ⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの標準的な実施方法を定めている。	個々のサービスについて、その標準的なマニュアルを定めている。 マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。 マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。	A B C	・「サンライフ御立サービスマニュアル」が整備されています。各フロアや部署ごとにファイルされ、必要時確認しやすいように工夫されています。定期的な検証と見直しは必要時適宜行っており、今後の課題とするところです。意図的に見直す機会を設けることでより一層の効果をサービスに活かせるものと期待するところです。
補足等:				
2	利用者の状況などに関する情報を職員が共有している。	利用者の状況などの情報が関係職員に確実に伝わる取組がある。 サービス実施過程において、関係職員による事業所内のケース会議などを定期的に行っている。	A B C	・定員数が多く情報の共有が困難になりがちなか中、少数のグループ(17名から20名)に分けて同じ職員がかかわれるよう施設独自で工夫されています。関係職種の参加によるケース会議は半年に一度が義務なのに対し、3ヵ月に一度見直しを行い、一人ひとりの実態把握に努力がうかがえます。
補足等:				

サービス実施過程の確立

3 サービスの評価・変更		A ⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの実施に関する評価を行っている。	利用者一人ひとりのサービス実施状況を把握し、記録・保管している。 利用者一人ひとりのサービスの実施状況の総合的な管理責任者を定めている。 サービス実施時や実施後の利用者やその家族等の状況の変化などに関する情報をサービス実施計画の作成責任者へ確実に伝達している。 設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価している。	A B C	・サービス実施状況については、ケース記録として、各職種共通で活用できるよう記載されています。「個別日課表」を独自で作成し、サービスの実施に漏れが出ないよう工夫もされています。また、サービスの実施状況の把握も定期的に行われています。サービス実施計画の伝達については、情報伝達の流れが平準化されていませんでした。課題として、サービスの実施を検証して行く際、何を具体的に評価し今後の計画に取り入れていくのか、それは利用者の望む暮らしに向かっていくのかなどを大切にしよう、今後取り組む予定です。
補足等:				
2	サービス実施計画の見直しを行っている。	サービス実施計画の目標に対する達成状況の評価を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 サービス実施状況に対する利用者やその家族等からの変更希望を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 利用者やその家族等がサービス内容を変更したい場合の手順を明らかにしている。 変更後のサービス実施計画の内容・理由を利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。	A B C	・サービス実施計画の達成状況を踏まえ計画の見直しを行い、本人および家族の同意のもと、新たなサービス計画を作成し、実施していくという一連のプロセスはすべて行えており、適切な運営がなされています。設問にある利用者および家族からサービス内容を変更したい場合の具体的な手順については、口頭での説明になっており、今後早急に整備する予定です。
補足等:				

サービスの適切な実施

1 利用者やその家族等への支援		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	意思疎通について、サービスの方法を明示している。 食事について、サービスの方法を明示している。 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。 排泄について、サービスの方法を明示している。 身だしなみや清潔保持について、サービスの方法を明示している。 機能訓練について、サービスの方法を明示している。 心理面に着目したサービスの方法を明示している。	(A) B C	・利用者個々の介護サービス計画には、サービスの具体的な実施方法が適切に記載されています。また、実際にサービスに携わる職員への指導についてはリーダー職員などの指導スタッフより、適宜指導できる仕組みがあります。今後の課題として、生活歴の把握や、信条など個性を認め大切にできるよう工夫して取り組むことで、より一層のサービスの質の向上が期待できそうです。
	補足等:			
2	利用者の好みにあわせた理・美容への支援を行っている。	理・美容に利用者の好みや意向が反映できるよう配慮している。 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。	(A) B C	・理容・美容とも専門の業者が月に3回来所し、希望を伺い適切にサービス提供できています。料金も安価に設定され、パーマ、毛染め、ヘアマニキュアなども可能で、満足度の高いものになっています。また、入所以前からの行きつけの理・美容院の利用も可能な限り支援する仕組みも設けられています。
	補足等:			
3	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	余暇活動や生きがいづくりに対する意向を把握する取組がある。 意向に沿った活動に向けて利用者が行動するための提案を行っている。 利用者が自発的なグループ活動などを行いたいときには支援している。	A (B) C	・施設独自の取り組みとして、「学習療法」を約4年間継続的に実施し、効果を上げています。その他、姫路市獣医師会とボランティアによるアニマルセラピーも好評で長く続いています。地域、自治会の行事への参加や施設行事への近隣住民の参加など、幅広いさまざまな活動は利用者にも好評で、日常生活の活性化に効果をもたらしています。今後、個人の意見を伺うよう工夫し、更に多種多様な取り組みを行っていく予定です。
	補足等:			
4	家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	面会時間・場所はできる限り利用者や相手の意向を尊重している。 面会時間はプライバシーを確保し、落ち着いて会話できるように配慮している。 外出や外泊の機会を持てるように支援している。	(A) B C	・面会は曜日を問わず、終日対応可能な体制をとっています。夜間にしか面会困難な家族や、体調不良時、また、終末期の対応においても家族が宿泊できる部屋が準備されています。また、施設各所にも家族単位で話ができるようなスペースが数カ所あります。家族や親戚との関係性を配慮し、盆や正月の外泊への案内をはじめ、希望があればいつでも対応し、支援を行う体制が確保されています。
	補足等:			
5	利用者やその家族等からの相談に積極的に対応している。	相談内容に応じて、相談方法や相談相手を選択することができる。 相談に関する標準的な対応方法を定めている。 介護相談や経済的な問題など、事業所が行っているサービス以外の相談内容にも取り次ぎも含めて対応している。	A (B) C	・利用者ごとに担当の職員が決められており、それぞれにキーパーソンになって対応しています。また、相談内容によって、専門性の高い問題には適宜、相談員、介護支援専門員、看護師、栄養士などが対応している実績も確認できました。その他、施設長や役職員についても要望があれば積極的に対応されています。また、権利擁護の視点を持ち、成年後見や行政への働きかけなど幅広く取次連携が取れるよう体制づくりがされています。相談に関する標準的な対応方法については、他の相談相手や方法の紹介希望などにもどのように対応するかの手順は確認できませんでした。
	補足等:			
6	利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。	利用者の日常的な状況を定期的かつ積極的に情報提供している。 事故発生時には、速やかに連絡している。 サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。	(A) B C	・「家族様への手紙」ということで、年に2回担当者から手書きの便りが送られており、家族からの喜びの声も多く確認できました。年賀状や暑中見舞いも送られています。事故発生時には速やかに連絡できるよう緊急連絡先の把握などもできています。情報開示についても個人情報保護法および保護規程にもとづき適切に開示できる体制がつけられています。
	補足等:			

サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	生活空間の整備には、利用者の意向を反映している。 生活空間のプライバシーに配慮している。	A (B) C	<p>・居室内への家具等の持ち込みは利用者や家族の意向に沿えるよう配慮されています。家族との写真や使い慣れた家具・趣味の作品の掲示等にて家庭的な落ち着きを感じさせる部屋もあります。相部屋は、間仕切りとして対面式の収納棚やカーテンにて個々のプライバシーの確保に努めていますが、カーテンの開閉や荷物の収納等雑然とした箇所も見られ、職員の配慮や工夫等、検討されてはいかがでしょう。また、貴重品、大切にしている物、他者に触れさせたくない物を自己管理・施錠できるスペースも望まれるところです。</p> <p>・利用者のこれまでの食習慣を確認し、入所後の暮らしの中でも個々の嗜好や希望について把握しており、栄養士と情報共有しながら献立に反映しています。毎食の喫食状況を確認し、個々の体調や嚥下状態に合った調理法への配慮があると共に、旬の食材を使ったり赤飯やお寿司等好みの献立を採り入れたり、利用者の楽しみや五感の刺激に結びつくような支援も行っています。</p> <p>・郵便物についてはいつでも利用できるよう支援し、各階には利用者が低い位置で掛けられるよう配慮された公衆電話があります。プライバシーの確保の為にフロアの片隅に設置されていますが、時間帯によってはフロア内に流れるBGM等で聞き取りにくい場合がある為更なる検討を期待します。利用者の希望があれば携帯電話の所持も可能です。</p> <p>・近隣のスーパーへの買い物や公園での散歩等日常での外出支援があるとともに、年間を通じて神社への初詣・花見・バラ園などの施設見学・保育園の運動会等外出の機会を作っています。ボランティアコーディネーターとして職員を配置し、地域の関係機関や人々との交流の橋渡しとしての役割を担い、ボランティアの導入や活用が円滑に行えるよう取り組んでいます。しかし、利用者に積極的に周辺地域の情報を提供する事により、利用者の関心が広がっていくような働きかけについては十分とはいえません。施設には配置が珍しいボランティアコーディネーターを中心に、今後の取り組みが期待されるところです。</p>
	補足等:			
2	快適な食事環境の整備に配慮している。	定期的に利用者の嗜好や喫食状況を把握するなど、献立に配慮している。 食事を楽しむことができるような雰囲気への工夫をしている。	(A) B C	
	補足等:			
3	郵便や電話などの通信機会を確保している。	郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。	(A) B C	
	補足等:			
4	利用者の生活の範囲を施設外へ広げるための取組を行っている。	地域の公共機関や店舗の利用、行事への参加などの機会を確保している。 生活マップの作成など、施設周辺の地域情報を利用者が見られるようにしている。 取組への協力が得られるよう、地域へ働きかけている。	A (B) C	
	補足等:			

サービスの適切な実施

3 安心と安全の確保		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	事故防止や安全管理を徹底するための取組を行っている。	<p>安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的開催している。</p> <p>発生した事故や事故につながりそうな事例の把握を行い、記録・分析している。</p> <p>事故防止を利用者一人ひとりに着目して行うため、心身の状況の聞き取りや必要となる器具・設備に配慮している。</p> <p>床面、通路、階段などを整理し、安全で自由に移動できる空間を確保している。</p> <p>チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。</p>	(A) B C	<p>・事故・トラブル対策委員会を中心に研修を2ヵ月に1回実施し、更に定期的にAEDの取扱いや救急蘇生法を施設内講習で学習しています。事故の発生や事故に至りそうな状況は記録に残すと共に、事故報告書はデータ集積・分析し、全体会や申し送りなどでフィードバックする事で再発防止に取り組んでいます。利用者の個人リスク調査票の作成により事故防止への参考とし、センサーマットや衝撃吸収マット・移動補助器具等の活用にて、一人ひとりにあった安全の確保に努めています。施設内の床面のクッション性や段差解消に配慮し、廊下などの障害物等の除去などの配慮がうかがえます。更に居室内においても物品や器具の整理について徹底し、安全の確保に努めていくことを期待します。施設内の掃除点検表やトイレチェック表・防火管理チェック表にて環境整備や安全管理両面においての確認を定期的実施し、車椅子等福祉用具についての点検管理も行っています。</p>
補足等:				
2	事故や災害の発生時に適切に対応できる体制を整備している。	<p>事故・災害に対するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</p> <p>職員にマニュアルを周知している。</p> <p>事故発生などの緊急時の対処方法や連絡先を定めている。</p> <p>マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。</p>	A (B) C	<p>・事故予防規程・緊急時対応(平日・休日)・行方不明者対応・震災時マニュアル等整備し、緊急時の連絡体制を整え、様々な場面を想定した迅速な対応を目指しています。また、消防署との連携のもと夜間想定も含めた防火訓練を年に2回実施しています。各種マニュアルは必要時見直されているものもありますが、定期的な検証には至っていません。施設の安全管理の実態に沿った定期的な見直しが望まれます。</p>
補足等:				
3	衛生管理などを徹底している。	<p>職員に衛生管理や感染症対策に関する研修を行っている。</p> <p>衛生管理に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</p> <p>感染症対策に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。</p> <p>職員にマニュアルを周知している。</p> <p>マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。</p> <p>チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。</p>	A (B) C	<p>・衛生管理・感染症委員会を1～2ヵ月に1回開催するとともに、新任職員研修においても研修マニュアルを活用し重点的に学んでいます。歯科衛生士の指導のもと利用者への口腔ケアについての取組を継続し、口腔内の清潔保持とともに感染症防止にも配慮されています。また衛生管理点検表の活用で日常の管理の徹底が図られています。衛生管理・感染症対策マニュアルはスタッフルームに設置し必要時に閲覧できるよう整備され、定期的な感染症予防テストの実施により職員のスキルアップを図っています。感染症流行の時期に沿ったマニュアルの見直しも実施されていますが、項目によっては定期的な検証が確認できない部分もみられます。施設の実状に合わせた定期的な見直しを望まれます。</p>
補足等:				<p>・介護記録や看護記録が作成され、それぞれの視点から利用者の状況を記録し、更に医務専用ノート等も含めて、申し送り時などで情報共有がなされています。日々の健康状態(バイタルチェック等)は状態変化に応じて個人記録にその都度記録されています。施設内では内科・皮膚科・歯科の定期的な往診がある他、かかりつけ医受診の希望があれば支援できる体制を整え、主に看護職員を通じて受診状況の伝達を行っています。ターミナルケアについては施設の指針を利用者や家族に書面で説明し、入所後も定期的に個々の意向を確認し、医師も含めた方向性の意思統一を図ることで家族等の思いを尊重した対応ができるよう取り組んでいます。年に1回の健診の実施のほか、必要時に検診や検査が受けられるよう連携が図られています。</p>
4	利用者の健康保持に配慮している。	<p>利用者の体調や健康状態の変化を記録している。</p> <p>体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医や嘱託医等に伝えている。</p> <p>必要な検査・検診を受けられるよう援助している。</p>	(A) B C	
補足等:				

地域等との連携

1 地域社会との連携		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	事業所の役割を果たすために必要な地域の関係諸機関・団体と連携している。	必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 それぞれの目的に応じた連携を図るための定期的・具体的な取組を行っている。 事業所の機能にない分野について、常に連携・協力を得られる専門機関を確保している。	(A) B C	・地域関係機関や団体の名簿を整備し、目的に応じて地域との連携を深めるために活用されています。近隣地域とのネットワーク拡大のために、施設職員が近隣地区主催の「ふれあい会食」に定期的に参加しています。また、地域の民生委員・児童委員・自治会の方々が、それぞれの役割や目的にそって定期的に開催される委員会への出席や施設見学等関わりを持ち、その中で助言や提案を頂くよう取り組んでいます。近隣病院のリストを整備し、利用者の状況に応じて早急な対応がとれるよう、認知症の専門医療機関等の協力を得るための体制を整えています。
	補足等:			
2	ボランティアの受入に配慮している。	ボランティアを受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 受け入れたボランティアに対して必要な事前説明をしている。	A (B) C	・ボランティアコーディネーターを担当者として配置し、ボランティアの受け入れ体制を整えています。今後施設としての受け入れ姿勢や考えを明文化することを期待します。 ・整備されたマニュアルを活用し事前説明を行っています。見守り・傾聴・食事やレクリエーションでの対応等施設内において関わっていく内容について説明し、現在は喫茶・カラオケ・バンド演奏等で利用者との積極的な交流が図られています。登録票や活動記録にて施設の受け入れ状況や指導内容を明確にしています。
	補足等:			

地域等との連携

2 人材の育成		A ⁺ (A ⁻) B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	実習生を受け入れる体制を整備している。	実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 実習生を継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 受け入れた実習生に対してオリエンテーションを実施している。 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために工夫している。 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。	(A) B C	・大学・専門学校・小学校の教師等の実習の受け入れがあり、施設としての受け入れ方針や目的を明記したマニュアルが整備されています。 ・生活相談員が担当者として事前説明を実施しています。各グループに実習生が配置され、それぞれの現場での職員との関わりも密になり、実習目的に応じた指導が的確に行えるよう体制を整えています。 ・実習生の受け入れにあたり、利用者への紹介や説明時には利用者個々の気持ちを尊重し、介護への拒否があれば応じるよう配慮しています。今後は家族会等でも実習生受け入れについて適宜案内や説明を行う等、家族の理解を得るための働きかけも期待します。
	補足等:			