

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (介護老人保健施設)

1 評価機関

名 称	日本高齢者介護協会
所 在 地	千葉県千葉市稲毛区萩台町696-132
評価実施期間	平成 24年 6月 4日～平成 24年10月 25日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	医療法人社団 愛友会 介護老人保健施設 ケアセンター習志野 イリョウハウジンシヤダン アイユウカイ カイゴ ロウジンホケンシセツ ケアセンターナラシノ		
所 在 地	〒275-0025 千葉県習志野市秋津3-5-2		
交 通 手 段	京葉線新習志野下車 徒歩10分		
電 話	047-453-51111	F A X	047-453-5181
ホームページ	http:www.e-ccn.net		
経 営 法 人	医療法人		
開設年月日	平成12年4月28日		
介護保険事業所番号	1250280016	許可年月日	平成12年4月28
併設しているサービス	(予防)短期入所療養介護 (予防)通所リハビリテーション 居宅支援事業者 訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション		

(2) サービス内容

対象地域	習志野市内、一部船橋市。千葉市。八千代市含む				
定 員 数	200		定員備考		
居 室 数	1 人部屋	2 人部屋	3 人部屋	4 人部屋	その他
	28			43	
設 備 等					
協力提携病院	津田沼中央総合病院、谷津保健病院				
敷地面積	7820.03㎡		建物面積(延床面積)	8547.99㎡	
健康管理					
食 事	朝食：				
	昼食：				
	夕食： 1,880円				
	食事代：				
	備考：				
嗜好品等					

入浴回数・時間	週2回以上の入浴、入浴時間の指定をなくし、個別入浴にて対応
入浴施設・体制	一般浴槽、中間浴槽、機械浴槽が各フロアにあり
機能訓練	理学・作業療法士、言語聴覚士が個別対応
家族の宿泊	家族より希望があれば対応可
地域との交流	施設見学会、納涼祭等の実施
家族会等	家族介護教室を年2回実施

(3) 職員（スタッフ）体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	165	52	217	
職種別従業者数	医師	生活相談員	介護職員	
	3	6	104	
	看護職員	管理栄養士	栄養士	
	35	3		
	機能訓練指導員	介護支援専門員	調理師	
		3		
	事務員	その他従業者		
	9	55		
介護職員の 有する資格	介護福祉士	訪問介護員 1 級	訪問介護員 2 級	訪問介護員 3 級
	85			
機能訓練指導員の 有する資格	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	あん摩マッサージ師
	10	11	5	

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	事務所にて受付、支援相談員が対応		
申請窓口開設時間	8時30分～ 17時30分(日曜日以外)		
申請時注意事項	介護保険証の持参		
入所相談	上記時間内随時受付		
苦情対応	窓口設置	あり	
	第三者委員の設置	無し	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	施設理念 地域の人を愛し、地域から信頼され愛される施設を目指す。 施設方針 利用者の人としての尊厳を支え、権利を守り、より快適な自立生活を支援する。 一、個別ケアの充実を図り、生活機能の向上を推進する。 二、地域との連携を積極的に進める。 三、安全で安心なサービスを提供する。 四、職員個々の学びを深め、働く満足と誇りをたかめる。
特 徴	・ 在宅復帰施設として支援できるよう多職種協働で入所者の入所前後の訪問、退所前後の訪問を行い利用者個々のケアを行う。 ・ 地域に密着した介護を実践 医療ニーズの高い利用者様(胃瘻、膀胱留置カテーテル、インシュリン等)の受入強化、癌末期利用者の増加に伴う施設看取りの実施を進める。 ・ 居宅支援事業者、訪問看護ステーションとの連携により、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションの充実を図る。 ・ 介護者護、リハビリテーション科、栄養科との協働による介護教室の実施。地域の施設見学会の積極的な受入れ。
利用（希望）者へのPR	・ 介護の質向上に取り組むべき、職員への施設内外への研修会、勉強会への参加を積極的に進める。施設内における伝達講習等、月1回以上開催し職員のスキルアップを図る。 ・ 介護者護、介護過程研修会(外部講師)への参加により個別性を重視したサービスの提供に努める。 ・ 認知症棟のグループケア、学習療法の充実、認知症介護実践研修、認知症介護実践リーダー研修受講により専門的ケアを強化する。 ・ 転倒転落事故、感染症を軽減することにより安全・安全な生活環境の提供と信頼を勝ち取る。

福祉サービス第三者評価項目(介護老人保健施設) の評価結果

大項目		中項目	小項目	項目		職員31名の回答人	
						できてい	不可がある
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	理念・基本方針の確立	1	理念や基本方針が明文化されている。	3	0
			理念・基本方針の周知	2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0
				3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	2	1
		2 計画の策定	中・長期的なビジョンの明確化	4	事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	3	1
			重要課題の明確化	5	事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	3	0
			計画の適正な策定	6	施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	3	0
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	7	理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	3	0
				8	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	3	0
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	9	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
				10	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	3	1
			職員の就業への配慮	11	事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	3	0
				12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	3	0
			職員の質の向上への体制整備	13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	4	0
				14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	3	0
				15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	5	0
II	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	利用者尊重の明示	16	施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0
				17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0
			利用者満足の向上	18	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0
			利用者意見の表明	19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	5	1
		2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み	20	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	2	0
			サービスの標準化	21	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0
		3 サービスの開始・継続	サービス提供の適切な開始	22	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	2	0
				23	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0
		4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	24	一人ひとりのニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	4	0
				25	個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的に実施している。	3	0
				26	利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	3	0
				27	利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。	4	1
		5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	28	身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。	5	0
				29	栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。	4	1
				30	入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	4	0
				31	排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	4	0
				32	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	6	0
				33	利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。	4	0
				34	利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	4	0
				35	認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。	3	0
				36	退所後の在宅療養介護の支援をしている。	2	0
				6 安全管理	利用者の安全確保	37	感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。
		38	事故などの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。			3	0
		39	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。			6	0
		7 地域との交流と連携	地域との適切な関係	40	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	4	0
計						143	6

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること

1. 利用者の在宅復帰率向上に向けた新たな取り組みなど理念主導の経営を推進しています。

施設は今、在宅復帰施設としての支援ができるよう多職種協働で在宅訪問を行い利用者個々のケアに力を入れて、年間在宅復帰率30%を目指しています。また、今春にはサテライト型老健を開設し、併せて居宅支援事業はじめ訪問看護・訪問リハビリ等と連携した地域支援ネットワークの地区全域での形成に取り組んでいます。これら一連の活動は、中間施設たる老健の原点への回帰であり、同時に、地域福祉の推進を深めるあらたな取り組みです。一方、法人愛友会のもと施設理念は「地域の人を愛し、地域から愛される施設を目指す」であり、基本方針は「利用者の人としての尊厳を支え、権利を守る等」であり、課題は「①個別ケアの充実 ②地域との連携」ですが、この理念・方針・課題は、施設として利用者、家族への誓詞であり、その実現に向けた決意であり、理念主導の経営体制は高く評価されます。

2. 業務改善委員会など自主自発的な改善活動が見られ、職場全体に活気が感じられます。

各種改善や、サービスの質の向上のため各種委員会（業務改善・労働安全・安全対策・感染症対策・虐待防止・口腔機能維持向上・身体拘束・教育・看取り等）が設置されています。委員は、各セクションから職員を中心に1名選出され月1回定例開催をしています。各委員会には、事務長・介護看護部長も出席、リーダーには主任クラスが任命され、各委員会が抱えている目標や課題の達成に向けて、活発な意見交換が行われ、職員の意見や知恵が反映されています。議論の中から方向性が明示され、議事録は各フロア、セクションにフィードバックされ共有し活用されています。各委員会活動の充実が、理念や方針を具現化していく場として理解され、浸透してきています。各職種が連携し協力することにより、モチベーションがあがり、人間的な成長の機会が得られることが、職場の活性化と元気に役立っています。

3. 安全で安心なサービスを目指し「身体拘束をしない」活動の方針を実践し取り組んでいます。

施設の理念や方針として身体拘束排除と廃止のための取り組みを実践し、拘束のない介護を目指しています。介護・看護マニュアルは、常に新しい制度や方針を取り入れ、最新のケアができるように整備しています。また、その基本姿勢によって職員の介護技術・能力の向上を目指しています。身体的拘束に関する職員意識のレベル向上には、施設内勉強会を行い、11項目の身体拘束がゼロであるだけでなく、身体拘束と思われる介助方法は全て廃止の方向で通達し実践しています。

4. 職員に向けたメンタルケアサービスなど、総合的な福利厚生事業を展開しています。

福利厚生に積極的に取り組み、職員の親睦会として「くたかけ会」がありボウリング大会や日帰り旅行等で交流を深めています。有給休暇は本人の請求時に与えられています。育児休業や介護休業に関する規定が整備されており、休業した場合も職員の円滑な復職ができています。近年は特に専門部署を設けメンタルケアに力を入れており、訪問ケアが行われるほかメールや電話による相談窓口も設置され「いつでも・誰でも相談ください」と呼びかけています。メンタルケアへの本格的な取り組みが見られます。多くは職員の希望等をもとに、総合的な福利厚生事業が実施されており、職員調査においても84%の職員が満足感を示しています。

さらに取り組みが望まれるところ

1. 利用者に対しての施設の理念・方針の周知徹底を期待します。

利用者アンケートによると、施設の理念や方針など家族に知らしめることはあっても、直接聞いたことがないとの声が聞かれます。サービス開始においては、支援相談員が事前に施設の状況を説明して入所に至り、入所後も利用者の希望にそった個別支援計画を立てて支援しています。モニタリングやプラン修正も利用者や家族に説明していることになっています。しかし、利用者の中には、「説明を聞いていない」、「家族優先で(私の)同席がない」と不満のある方もいて、今後の改善に期待がかかります。

2. 利用者・家族からの意見を今以上に聞き取る更なる働きかけが望まれます。

利用者・家族からの意見の吸い上げを施設として取り組み、個別支援計画作成時等に家族の考えや利用者の今後の目指す姿についてきちんと聞き取る仕組みがあり実践していますが、更に深めることを期待します。また、面会時は、顔が見える関係の中で気軽に交流し利用者の現状改善を示唆する更なる取り組みの強化が望まれます。施設訪問時に気軽に話しかけられ感想等が聞かれる取り組みなど、利用者の満足度が高まるための分析と改善を組み入れ活用し更なる成果を上げる事を期待します。利用者の満足度に関する調査は年1回行われ、利用者からの意見が相談窓口や苦情受付ポストに集まるように工夫していますが、意見が少なく改善が期待されます。

3. 快適な施設生活を送るためのさらなる取り組みが望まれます。

老人保健施設の使命は、リハビリや在宅復帰だけでなく、住み慣れた地域における利用者・家族の豊かな生活の実現を支援することにあります。施設内では利用者の利用前の生活習慣、趣味、生きがい、役割等について意向を把握し、「生きがいづくりや健康づくりや仲間づくり」として、絵画サークル教室や学習療法等を行っています。更には、外出介助・外泊等が叶い、より良い生活空間での生きがいづくりや仲間づくりが望まれます。在宅復帰に向けての取組など、施設の意図をより積極的に発信し、快適な施設生活を送るために利用者・家族、施設・職員と地域住民・関係機関とが一体となった更なる取組が望まれます。

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

1.福祉サービス第三者評価を受けて、施設理念・方針のもと、ご利用者様へ最良のサービスとご家族様へ安心を提供できるよう、職員はもとよりご利用者様に対しても施設の理念・方針の周知します。周知については、ホームページ、重要事項説明書(入所時に説明)、広報紙、パンフレット等掲載し、案内をする。

2. ご利用者・ご家族からの意見を、今以上に聞き取る更なる働きかけ、顔が見える関係作りとして施設内に役割と顔写真等の掲示を行い、ご利用者・ご家族との信頼関係を高め、意見、要望等をいただける様な環境作りを行う。施設内における各種委員会を通じて多職種の職員が協働し、ご利用者様のケアを行うことにより、職員自身の人間的な成長、介護技術の向上を図る。また外部研修にも積極的に参加をする。

3.快適な施設生活を送るための更なる取り組み、住み慣れた地域におけるご利用者・ご家族の豊かな生活の実現を支援する為に生きがいづくり、健康づくりや仲間づくりとして、サークル活動の活性化、外出、外泊の援助や地域における社会資源を積極的に取り入れる等行います。

項目別評価コメント

標準項目 ■整備や実行が記録等で確認できる。 □確認できない。

評価項目		標準項目
1	理念や基本方針が明文化されている。	■理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に明文化されている。 ■理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
(評価コメント) 施設の理念は、「地域の人を愛し、地域から愛される施設を目指す」とし、基本方針は「利用者の人としての尊厳を支え、権利を守り、より快適な自立生活を支援する」となっています。そのため、①個別ケアの充実 ②地域との連携 ③安心で安全なサービス提供等を図り、所内の集会場に年度方針の数値目標が明示されたポスター「貢献」を掲示し、法人の使命や実践すべき内容を簡潔にかつ明確に読み込めるようになっていきます。ホームページの施設案内では、施設理念を読むことが出来ますが、事業所独自の印象が乏しく一考が望まれます。事業所の理念や方針は、玄関や施設内に掲示されていますが、更にパンフレット、年頭発行の広報誌「そらまめ」を使った「理念」の記載を次年度に期待します。		
2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	■理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
(評価コメント) 理念・基本方針は、「地域の人を愛し、地域から信頼される施設をめざす」と毎週月曜日の朝礼で職員全員が唱和し、周知徹底できるよう、各職員の名札の裏に訓辞を記載して常時見られるようにしています。年度の方針は、達成すべき数値目標が明示されたポスター「貢献」に掲示され、人目のつく各所に貼り、新人研修や中途者研修、各会議においても説明と共有化を図っています。職員調査では「理念・基本方針の実行面での反省をもっとする必要がある」との意見があり、日々の判断や行動が理念・方針に整合しているかどうか、振り返ることの重要性を指摘しています。		
3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	■契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 □理念・方針を利用者や家族会等で分かり易く説明し、話し合いをしている。 ■理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
(評価コメント) 利用者や家族には、契約時に理念・基本方針の説明を行い、広報誌やプロフィール作成時、日常会話の時など折に触れて説明し、理解を得るようにしていますが、アンケートからは聞いていないという利用者の声が聞かれます。理念や基本方針は、職員の行動規範であり、「地域の人を愛し、地域から愛される施設を目指しています」との施設からのメッセージですが、職員調査で95%の職員から「利用者等への周知活動は不十分であった」「パンフレットや広報誌などへの記載が望ましい」との意見が寄せられています。経営層からも家族会がないこともあり、十分な話し合いができていないと反省の声が出ています。広報誌やパンフレット等、利用者に伝える手段に期待がかかります。		
4	事業環境を把握した中・長期計画に基づく事業計画が作成されている。	■社会福祉事業の全体や地域動向について、具体的に把握している。 ■事業計画には、環境把握に基づく中・長期計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 ■事業計画は、実行可能かどうか、具体的に計画することによって実施状況の評価を行える配慮がなされている。 □事業計画及び財務内容を閲覧に供することを明記した文書がある。又は、閲覧できることが確認できる。
(評価コメント) 地域情報を、新聞、国、県、市役所等の情報でいち早く掴み、必要な情報を中長期の事業計画に具体化、具現化するように組織本部で検討しています。活動結果や効果は「貢献」で1年毎に見直し、次のステップに繋げる仕組みがあります。それによって24年度はいち早く小規模サテライト施設「アットホーム習志野」開設となっています。中期ビジョンは「良質で安全・安心・信頼の医療・介護を提供し地域に貢献する。貢献にあたり①誠実に②原点に戻り③情熱をもち④地域の活力で」を合言葉としています。計画書のなかにも「地域に密着した介護の実践」や「地域環境保全に配慮する」など、地域福祉の推進を重視した計画内容が窺えます。関連する居宅事業所等とネットワークを結び、在宅復帰支援施設として地域貢献を目指す活動を開始しています。事業計画及び財務内容の閲覧は公表にはなっていません。		
5	事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■現状の反省から重要課題が明確にされている
(評価コメント) 24年度事業計画の重要課題は、○地域に密着した介護の実践、○介護の質向上への取り組みであり、医療・介護の両面から実施事項を明確化しています。さらに、目標数値として稼働率を中心にいずれも前年を上回る数値が目標設定され、在宅復帰率も高水準の目標値を掲げています。在宅復帰の取り組みやデスノイト事業、関連する介護教室、退所時に必要な家族介護支援や指導を行っています。在宅時指導マニュアルは十分な整備になっていません。地域になくてはならない施設を目指し、更なる老健の役割としての運営に期待がかかります。		

6	施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	■各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■方針や計画、課題の決定過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
(評価コメント) 職員と幹部職員と連携して目標達成に向けて前向きに話し合う仕組みが稼動しています。職員調査においても97%の職員がこの仕組みができていますと回答しています。施設には10数項目の実行委員会があり、一般職員だけでなく必ず幹部職員が入って開催されています。委員会活動は定期的に実施活動状況を把握し、修正や評価をしています。委員会での記録は、各部署に届けて参加できなかった各職員が必ず目を通す仕組みになっています。また、主任クラスで構成されるチーフ会議・幹部会議等にて、現状が施設の事業方針に沿っているか支援内容を分析をしています。		
7	理念の実現や質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。
(評価コメント) 当事業所では施設長、事務長、介護看護部長が職員の信頼を得て、経営層としての指導力を発揮しています。管理者として理念の実現を遂行し各部署の課題を把握した上で、幹部会(チーフ会議)や各委員会、週1回の朝礼等で改善やサービス向上について話し、組織の運営状況を確認しています。管理者は、組織全体をリードする立場として、職員に対して自らの役割と責任を明らかにし、また広報紙などに自らを公表し、利用者・家族の懇談会・地域の関係機関、在宅訪問事業所等へ出向き、実質責任者としての姿勢を表明しています。74%の職員ができていますと回答しています。		
8	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	■管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。 ■管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制(改善委員会など)を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。
(評価コメント) 本項目は、職員全員ができていますと回答しています。管理者が業務の効率化と改善に指導力を発揮できているとする要因は、①事務長は、当月の試算表をもとに予算と収支の分析結果をチーフ会に迅速に報告している。②業務改善委員会や労働安全委員会など、委員会活動が中心となってムダをなくすなどの努力をしている。③ノー残業デーの実施、有給などが取りやすく、福祉厚生に積極的に取り組んでいる。などが挙げられています。ホームページでの職員募集、ノー残業デー、「くたかけ会」など福利厚生にも力を入れています。		
9	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
(評価コメント) 倫理規定や人権擁護指針を作成し職員に配布しています。関連する法令については、常に最新の内容に更新して、職員に周知し、法令や倫理を理解するための勉強会を年1回行っています。職員として、理念や倫理綱領を常に携帯して行動し、介護現場としての言葉遣いや礼節(接遇)など遵守するための取り組みも行っています。人権擁護、倫理研修会では、研修内容が全職員に浸透するよう働きかけ、看護師や介護福祉士等各部署の関係者に、職業倫理を浸透させてリードしていくことを求めています。		
10	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	☐ 人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準や評価方法を職員に明示し、評価の客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価の結果について、職員に対して説明責任を果たしている。
(評価コメント) 職員調査では84%の職員が不十分と答えています。人事方針では、必要な人材、人員体制、従業者の役割と権限を定め計画を遂行しています。人事考課については、職員の仕事の成果を評価基準に従って評価し、人材育成に活用していますが、当事業所が持つ全職員200名を考課する電算システムが稼働し膨大な個人記録がありますが、上司の評価コメントがほとんど記入されていないなど不十分な活用となっています。人事面では、年3回管理職による説明と個人面談を行って公正な職員処遇を実現することに努力しています。職務権限規定、従業者の役割と権限についてはその都度辞令を出し、また研修修了後には研修会修了証や登録証を出しています。人数、体制、常勤と非常勤職員、有資格職員の配置等も含めて共通の基準、評価の客観性や透明性の確保が図られています。人事考課の結果は、職員に明示していませんが、職員の能力開発・育成に活用しています。		

11	事業所の就業関係の改善課題について、職員(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。
(評価コメント) 職員の状態を把握する取り組みとして、担当部署にて有給休暇の消化率や時間外労働のデータを定期的にチェックするなど客観的情報の把握が行われています。労務・安全委員会で就労に関する改善策を検討し、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映させています。幹部職員は、年3回、職員の就業状況や意向・意見を把握するなど職員との個別面談の機会を設けて分析・検討しています。サービス改善に役立てられるよう人員体制や人材確保に関する計画をチーフ会でデータ化して集計しています。希望があれば職員がいつでも相談できるカウンセラーなど心理の専門家の確保もしています。		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 ■希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。 ■育児休暇やリフレッシュ休暇等の取得を励行している。
(評価コメント) 施設は総合的な福利厚生事業の実施に力をいれており、職員は会員組織「くたかけ会」をつくり、ボウリング大会、日帰り旅行、フットサルなど福利厚生の運用をして職員相互の親睦を深めています。管理者は、職員からの積極的な相談がしやすい環境を整え、希望者にはAMG看護局(上尾メディカルグループ)による訪問メンタルケアなどメンタルホットラインがあり、メール・電話相談等も専門家への受診をスムーズにしています。リフレッシュ休暇は取れませんが、1年間の育児休暇がとれ、請求すれば年次有給休暇がとれて年間の休暇は120日あり、職員からは産休や育児休暇が取りやすく、復職が叶いやすいとの声が上がっています。		
13	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、人材育成に取り組んでいる。	■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■個別育成計画・目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。
(評価コメント) 職員の教育・研修は、前年度と連続性のある研修になるよう配慮し、サービスの質の向上のために組織が定めた目標達成計画に職員の研修が整合するようになっています。職員の職種別・役割別の期待能力基準を明示し、新人には新人教育計画、新人基本介護技術のチェックリストを使用して指導しています。3～5年の中・長期人材のキャリアアップ計画を作り、教育年間計画と個人目標を明らかにして、計画的な資格の取得や育成を施設としてサポートしています。しかし一部の職員からは、評価方法が不明確で、内容が充実せず個別支援計画が不十分との声が上がっています。		
14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する研修計画を立て実施している。 ■常勤及び非常勤の全ての新任・現任の従業者を対象とする当該サービスに関する個別研修を立て実施している。 ■事業所全体として個別の研修計画の評価・見直しを実施している。
(評価コメント) 施設の教育委員会において年度に必要な研修内容を検討し、研修を実施した後は評価と見直しを行い、次年度研修計画の参考にしています。施設内研修は、毎月2項目の課題を学習できるようプログラムしています。職種や就業年数、新任・現任を問わず個別研修計画が整理され、研修報告レポートの提出や、人事考課表、キャリアパスを導入して実践しています。職種と経験年数(就業年数)ごとに本人の希望とレベルに合わせた施設外研修等の参加を促しています。正規職員だけでなく契約職員や臨時職員も全員参加の教育・研修にしています。		
15	職員の働き甲斐や職場の信頼関係の向上に取り組んでいる。	■理念・方針や目標の共有化のため会議等の場で実践面の確認等を行い、職員の理解を深めている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生れ易い職場づくりをしている。 ■研修等により知識・技術の向上を図り、職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 ■評価が公平に出来るように工夫をしている。
(評価コメント) 毎週一回朝礼で理念・方針を唱和し職員の理解を深めていますが、理念や方針が、職員一人ひとりの仕事への価値観や目標設定に活かされているかについて、年1回職員意識調査(アンケート)を行っています。毎月、各委員会が開催され、課題提起や目標の達成のための意見交換を行っており、職員の意見と創意・工夫が生まれやすい組織運営がされています。特に職場のリーダーや主任クラスが主軸になり、施設全体の質の向上にリーダーシップの発揮が見られます。新しいリーダーには、チーフ会への参加で育成をはかり、リーダーシップ教育を実施し職員評価が公平に行われるように指導しています。		

16	施設の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	■憲法、社会福祉法、介護保険法等法の基本的な考え方を研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重し、一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援をしている。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
(評価コメント) 職員は、施設内勉強会で、社会福祉法、介護保険法等の基本的な考え方、身体的拘束や虐待防止について学び、全員に伝達し周知徹底しています。1対1の対応で入浴や排泄介助を行い、居室のカーテン等プライバシーや羞恥心に配慮したケアを実践しています。また虐待防止委員会が月1回開催され、利用者の尊重を踏まえた法律、介護保険法等を学び、利用者が不愉快になる言動や身体拘束、虐待防止の為に施策を周知徹底するようにしています。施設の規程・マニュアル等を毎年見直し、プライバシーや利用者の羞恥心に配慮した支援を実践指導していますが、職員の接遇や介護対応が不十分と利用者の不満の声が一部に上がっています。		
17	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
(評価コメント) 利用者には、重要事項説明書等で個人情報保護のため行動指針、利用目的を明示しています。館内に掲示し職員にも施設内研修を随時行っています。情報漏洩には管理体制を強化し、記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規程を設けて対応しています。また、管理者は保存と廃棄に関する規程により責任を持って重要書類を保管し、開示請求への対応は診療情報提供取扱規則に沿って行っています。ボランティアには、登録用紙に個人情報保護についての記載をし、誓約書を取り周知を図っています。		
18	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
(評価コメント) 毎年1回、利用者満足度調査が行われており、集計結果はチーフ会(主任以上が出席)から各職場に議事録と共に報告しています。職員調査においても100%の職員がこの仕組みができていますと回答しています。通所サービスの朝、事務長・介護看護部長はじめ大勢の職員で利用者を出迎えている光景は、利用者を大切にしている「利用者第一主義の経営理念」の実践の表れがうかがえます。相談窓口の設置や苦情受付ポストを配置している他に、1階相談室、3階家族介護教室を利用した話しやすい相談ができるようにしています。しかし、目につきやすい意見箱の設置であっても意見が少ないとのこと。利用者の積極な相談がとれる更なる取り組みに期待します。		
19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	■重要事項を記した文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■事後処理に関しては、当該利用者又はその家族等に対して説明し納得を得ている。 ■介護相談員又はオンブズマンとの相談、苦情等対応の記録がある。 □第三者委員が設置されている。
(評価コメント) 重要事項説明書(契約書)には、苦情対応窓口、担当者、対応時間等を明記し、利用者・家族に説明できるようにしています。苦情は、苦情相談管理台帳に詳細に記録し、事務長・介護看護部長に提出され、対応の状況、改善案の検討が実施され、利用者、家族の納得を得て進めています。苦情解決の手順が確立されていますが、公的機関等による第三者的視点で相談を受ける支援団体等の周知や伝達も望まれます。苦情申請者に配慮した上で公表するなど再発が起きない対策や、定期的な苦情対策委員会、職員への周知や事例を踏まえての研修など改善策を工夫しています。		
20	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し見直している。	■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。
(評価コメント) チーフ会(主任以上出席)を中心に各委員会で、サービスの質の向上、介護方法等を検討し、改善計画を立案し議事録を作成しています。職員調査においても100%の職員がこの見直しができていると回答しています。組織的に改善課題を明確にし、設備、人員配置、予算など中・長期的に、段階的に解決していくよう会議をしています。		

21	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント) マニュアルは、各委員会を中心に作成し、毎年新卒研修の前に定期的に見直しを行っています。また、職員の勤務する各フロア毎に必要なに応じて配布され、現場で活用されています。新しいマニュアルは、入浴介助、食事介助などサービスごとに手順を定め、新人育成や事故防止の為に個別に活用できるようになっています。業務手順は、毎年1回必ずマニュアルの見直しをするようにして、各委員会が中心になって再検しています。		
22	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	■問合せ及び見学への対応について、パンフレット、ホームページ等に明記している ■問合せ及び見学の要望に対応し、個別利用者のニーズに応じた説明をしている。
(評価コメント) 利用者が事前に下調べができるよう、ホームページは、施設案内にはじまりサービス、料金、行事、交通案内など写真やイラストをとり入れ、分かりやすい案内にしています。パンフレットは、施設全体、サービス内容など簡潔明瞭にまとめられ、利用者に必要な情報が提供されています。問合せや見学を随時受け付けて、介護相談員が個別に対応し、要望を伺い、ニーズに応じたサービスを懇切丁寧説明しています。		
23	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	■サービス提供内容や重要事項説明書等は、分かりやすい資料となるように工夫している。 ■サービス提供内容、日常生活の決まりごと、重要事項等を分かりやすく説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。
(評価コメント) 担当の相談員は、入所申込み時や入所契約時に利用者の意向や希望を確認し、重要事項説明書をもとに施設でのサービス内容、利用料について、利用者により分かりやすく説明し同意の署名、捺印をもらっています。利用者が説明を受けることが困難な場合については、家族に説明をしたり、後見人に関わって貰っています。利用者が入居生活に困らないよう、施設のルールを説明し納得してもらっています。		
24	一人ひとりのニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	■利用者等及びその家族の意向、利用者等の心身状況、入所前の生活状況等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画に係る職員が連携し、多角的な視点より計画が検討されている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
(評価コメント) 施設で作成された書式で利用者の全体の状況等が分かるようになっています。サービス開始前には施設の支援相談員が直接直前の生活場所(自宅、病院、施設等)に出向きフェイスシートをとり入居前の生活状況が分かるように記録しています。入所後は、約1ヶ月ぐらいの間に他職種合同によるケアプラン会議を開催し、利用者の希望にそった具体的な目標と対策をたて個別支援計画書を作成しています。モニタリングや随時のプラン修正など職員間で連携して行い利用者や家族に丁寧に説明し同意を得ていますが、利用者の中には、記憶になく「説明を聞いていない」、「家族優先で自分の(私の)同席がない」と計画の同意に不満のある方もいます。		
25	個別支援計画の内容は適切であるかの評価・見直しを定期的実施している。	■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■見直しはサービス提供に係わる職員全員の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。
(評価コメント) 入所後の利用者の情報を収集し、3か月毎にモニタリングを行っています。状況の変化に応じ多職種で連携し、ケアプランの見直し、修正はサービス担当者会議で随時行っております。利用者の急変時は、医師・看護師の指示のもとに多職種と連携し、利用者には状況報告や方針を説明し、家族とも納得と意見交換をにより理解を得て見直し等新たな計画変更をおこなっています。		
26	利用者のサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	■計画の内容や個人の記録を支援を担当するすべての職員が共有し活用している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。 ■申し送り・引き継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有している。
(評価コメント) 利用者に関わる全ての記録を取り、職員間で共有しサービスが一定レベルになるよう支援しています。ケアプラン会議を行い、個別プランに沿った支援が行われるようにしています。カルテや記録用紙にクリップをつけて重要な要点を全職員が目を通して、変更事項等に見落としがないようにしています。記録についての施設内研修会を開き、機能訓練士や言語療法士、看護師等の意見も集約して過不足のない支援になるようにしています。		

27	利用者の快適な日常生活のための取り組みを行っている。	■利用者の利用前生活習慣、慣習、趣味、生きがい、役割等についての意向を把握し支援している。 □複数のクラブ活動、レクリエーション活動等を実施している。 ■利用者ごとに、その希望する自立支援計画に基づいて支援している。 ■外出又は外泊の支援を実施している。 ■毎日、起床時及び就寝時に着替えの支援を行うことが記載された文書等がある。
(評価コメント) 利用者の意向は入居時の希望により個別計画に落とし込んで支援していますが、新たな生き甲斐を見つけ、趣味や役割を持って生活するには、気持ちの切り替えが出来る性格や職員の温かな支援が必要になります。職員は、利用者の生活上の希望を職員同士で共有し、毎月の音楽療法、学習療法、絵画サークルなど施設で叶うサークル教室に誘っています。また、在宅復帰に向けた取り組みも行い、外出・外泊等が叶うように支援を行っています。利用者の生活を明るくするために、朝夕の着替えによるメリハリや、1日1回「笑う」事をすすめて利用者の内面の充実に関心をもち、力を入れています。利用者は外出や散歩その他の生活がさらに充実することを希望しています。		
28	身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。	■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する事業所の理念、方針を明文化している。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関するマニュアル等がある。 ■身体的拘束等の排除のための取り組みに関する研修を実施している。 ■身体的拘束等を行う場合の同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族等の署名若しくは記名捺印がある。 ■身体的拘束等の理由及び実施経過の記録がある。
(評価コメント) 年度初めに、施設の理念や方針を確認し、身体拘束排除のための取り組みにより拘束しない介護の実践に取り組んでいます。マニュアルを整備し身体的拘束に関する職員意識のレベル向上の為に、全職員が受講できるよう施設内勉強会を年1回、2度にわたって開催しています。拘束においては同意書を作成していますが、身体拘束と思われる介助方法はしないことに取り組んで現在に至っています。		
29	栄養バランスを考慮した、おいしい食事を提供している。	□利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている。 ■利用者の希望・要望を聞き個別対応している。 ■食事の開始時間、メニュー、場所が選択できる。 ■利用者の栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)と計画があり、実施・確認・評価している。 ■嚥下能力が低下した利用者に対して、各部門の職員が連携して、経口での食事摂取が継続出来るよう支援している。
(評価コメント) 食事の提供には個別栄養計画書を作成し、利用者の状況や形態に応じて提供しています。栄養士は、食事時の様子を調べ現場での利用者の摂取状況の観察と調査をしています。月1回の栄養委員会では、管理栄養士、看護師、介護福祉士、言語療法士等が集まり、利用者の栄養管理や残食や褥瘡予防等身体の状態を検討し、各職員間でケアを協働することになっています。3か月に1回のモニタリングと、年1回のアンケートも行っていますが、利用者からは、味、見た目、献立内容、食材の選択等、食事の改善を希望している声が聞かれます。		
30	入浴の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	■利用者が希望する入浴方法(個浴、一般浴、特殊浴、リフト浴等)を把握し、出来るだけ自立性の高い入浴形態を導入している。 ■利用者の状態に応じた安全な入浴方法等についての記載があるマニュアル等がある。 ■入浴介助時の利用者のプライバシーの保護について配慮している。 ■入浴が楽しめる工夫をしている。
(評価コメント) 入浴の支援は、施設で作成した「介護業務手順マニュアル」の一定の手順に沿って、各利用者の入浴方法を決めています。個浴、一般浴、機械入浴を希望することができ、日々の状態によって対応しています。入浴介助はプライバシーに配慮し1:1で行い、希望者は同性介助を受けることができます。季節によっては、ゆず湯や菖蒲湯など入浴を楽しむ支援もしています。		
31	排泄の支援は利用者の状態、意思を反映して行っている。	■利用者の意向や状態に応じて排泄計画・目標を個別に立て、自然な排泄を促す支援をしている。 ■排泄チェック表等の記録があり、計画・目標の見直しをしている。 ■マニュアルを整備し、排泄介助方法や利用者のプライバシーを配慮している。 ■トイレ(ポータブルを含む)は衛生面や臭気に配慮し、清潔にしている。
(評価コメント) 職員は、利用者の排泄に関するパターンを把握し、適切な介助が行われるよう個別の排泄チェック表を有効に使っています。介護マニュアルに沿って手すりの使い方や、プライバシー、水分や食事内容、介護者の接遇など介助・支援方法を個別に検討し、ケアプラン会議で他職種の視点によるサービス方法を決定しています。また、感染症対策として1日2回のトイレの拭き掃除を行うだけでなく、尿器やポータブルトイレ、紙おむつの清潔な管理に努めています。		

32	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	■健康維持のための、体調変化時の対応、服薬管理、褥そう予防、摂食・嚥下障害のケア、口腔ケア等のマニュアルを整備している。 ■服薬管理体制を強化し適切に行われている。 ■利用者ごとの体位変換の実施記録がある。 ■利用者の状態に応じた口腔ケアを実施している。 ■利用者の体調変化を発見した際の対応方法が明示され、看護師や医療機関と速やかに連携が取れる体制がある。 ■重度化や終末期に対応するための準備が行われている。
(評価コメント) 健康に関する看護マニュアルは、看護師が年1回見直しと整備を行い、月1回の看護師会、介護看護チーフ会で確認し、支援方法が常に更新されていくようにしています。また、服薬忘れや誤薬のないようチェック体制に取り組み、各サービス記録の方法は、記録漏れがないよう温度板のアセスメントシートに網羅できるよう作られています。看護師、介護福祉士、薬剤師、夜勤、日勤など誰がどのように記録したか1冊で分かるように色分けなど工夫して取り組んでいます。ST(言語聴覚士)を中心に口腔機能向上委員会による利用者の嚥下や歯、舌などの機能アップに努め記録を取って研究し、より一層の充実にしています。看取りに関しては、希望者に対応するマニュアルの整備やその体制を整え、月1回「看取り委員会」を開催して個別に対応しています。		
33	利用者ごとの計画的な機能訓練の取り組みを行っている。	■利用者ごとの機能訓練計画と目標がある。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことのできる視点を入れている。 ■利用者ごとの機能訓練の実施記録があり、計画の評価・見直しをしている。 ■機能訓練指導員と多職種の連携が取れている。
(評価コメント) 利用者の状態に合わせた機能訓練計画は、医師、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)など各訓練士、看護師、介護福祉士等多くの職種で構成したカンファレンスで協議し3か月毎に見直ししています。利用者、家族とも納得して成果が上がるよう目標達成の時期を定めて計画書を作成し、更新を行っています。利用者に関するカンファレンスを開き、リハビリやケアの各方法を統一して職員同士で共有して支援しています。		
34	利用者の家族等との連携、交流のための取り組みを行っている。	■利用者の家族に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族の参加できる懇談会、家族会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族への行事案内又は参加が確認できる行事を実施している。 ■(利用者の家族が宿泊できる設備がある)
(評価コメント) 利用者の生活状況は、家族の面会時や懇談会時に連絡を行っています。また、緊急時は、電話等で直接連絡し、利用者と家族との間の連携が密になるよう支援しています。懇談会・家族介護教室参加者は20人程ですが、参加し易くするため年2回に分けて同日に能率的に行い、アンケート回収もその日に行って次の会の対策に有効利用しています。季刊紙「そらまめ」を年4回発行し、家族参加が出来るお花見や納涼祭の出来事など報告しています。また、利用者の体調不良時や遠方からの面会がある場合の為に宿泊設備も備えています。しかし、伝達が不十分との声もありフロアや廊下の掲示ボード等、お知らせが分かり易いように、外来者や利用者の目に印象的な掲示や工夫がされるよう期待します。		
35	認知症の利用者に対するサービスの質の確保のための取り組みを行っている。	■認知症の利用者等への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等を整備している。 ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■人権を尊重し「その人らしく」生活できるようにアセスメントや個別サービス計画に工夫が見られる。
(評価コメント) 認知症介護においても「認知症介護マニュアル」の整備が定期的に行われ、随時新しいマニュアルになるようにしています。マニュアルは、新しい医療や対策、介護方法が利用者の特性に合ったものになるよう検討し、コミュニケーション技術も職員の会話の向上に役立つようにしています。年1回の認知症ケアに関する施設内、施設外研修を義務づけ全職員に受講する機会を設けています。利用者のADL向上の工夫や新たな伝達方法をミーティングし対策を職員間で共有しています。		
36	退所後の在宅療養介護の支援をしている。	■退所相談及び退所判定は、医師、看護師、支援相談員等関係する多職種によって行われている。 ■在宅療養している要介護者の困難時に、相談又は対応する仕組みがある。
(評価コメント) 退所を希望する利用者に関しては、3か月に1回判定会議を開催し、医師、看護師、介護福祉士、相談員、利用者等と連携を取って行っています。施設方針として在宅ケアを推進し、退所者総数の30%の在宅ケアを目標に支援しています。また、在宅復帰後の在宅訪問介護、訪問看護、サテライト型老健施設などとの連携もスムーズに行われるよう各在宅サービス事業所との連携に力を入れています。		

37	感染症の発生時などの対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。
(評価コメント) 感染症対策委員会を月1回行い、全職員に周知を図っています。マニュアルは研修会や各職場で活用するなど介護サービスに役立てられるよう定期的に見直し、職員の知識の向上に使用されています。また感染症対策委員会は、ノロウイルス、インフルエンザなど季節ごとの感染症流行に応じて事例検討を行い、職員と利用者に対策を促しています。定期的に医師、看護師、感染症対策委員会メンバーなどによる施設の感染症対策が行われて、整備と確認をしています。		
38	事故などの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。	■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント) 安全対策委員会が組織されています。2度に分けて行われる事例検討研修を年1回は必ず受講するように職員に義務化しています。安全対策委員会は、ヒヤリハット、事故事例等を伝達し、カンファレンスを行い、諸記録を各部署毎に全職員に行き渡るよう回覧して再発防止に取り組んでいます。また、年2回リスクマネジメント等の研修を実施し職員の危機意識に関するトレーニングをしています。		
39	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■地域の消防団、自治体等との防災協定を結んでいる。 ■非常災害時のための備蓄がある。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント) 防災対策委員会は、月1回の定期的会議を行い継続的に対策を立てていますが、有事の際の職員の役割と行動基準に関する整備が不十分です。年2回の防災訓練、夜間想定訓練等を行い、備蓄はレトルト食品や水など1人3日分の食糧確保がされていますが、1週間分に相当する備蓄の検討も大災害を想定すると必要です。地域消防団、地域の自治体や近隣住民との防災協定等の整備に取り組んでいます。		
40	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	■地域との交流行事、定期的な散歩・外出等が計画され、利用者が地域の一員として生活出来るように支援している。 ■ボランティアの受け入れ体制やマニュアル等が整備されている。 ■実習生の受け入れに関する基本的な考えを明示し、体制を整備している。 ■地域の社会資源等の情報を収集し、利用者に提供し活用している。
(評価コメント) 地域との交流が活発になるよう「秋津まち作り会議」が年1回あり、施設として参加しています。利用者の楽しみや介護の補助や福祉業界の一層の発展のため、毎日又は定期的に外部のボランティアや学生、資格受講時の実習生を受け入れ、担当者の指導のもとの実習や学び、活動を受け入れています。指導と受入マニュアルが整備され実習生の入退館、その日の活動内容等が分かるようになっています。利用者は、カルチャー教室、お話し相手、お茶、祭、買い物レク、花見などの各フロアで企画された催し物に参加できるようボランティアの援助で相互交流するなど日常に潤いを見いだす機会を得ています。しかし、活動内容によっては利用者の体調や向き不向きにより伝達が十分ではなく、社会資源の情報や提供が不十分との利用者の声が聞かれます。		