

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果
(介護老人福祉施設)

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 人材パワーアップセンター
所 在 地	千葉県松戸市栗山542-2
評価実施期間	平成23年10月20日～平成 23 年10月20日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	特別養護老人ホーム やわらぎの郷 トクベツヨウゴロウジンホーム ヤワラギノサト		
所 在 地	〒272-0801 千葉県市川市大町438-2		
交通手段	JR武蔵野線 市川大野駅から京成バス 大町行きに乗り7分 下大町のバス停で下車 そこから徒歩で5分		
電 話	047-337-6121	F A X	047-337-2113
ホームページ	http://www.yawaraginosato.jp/		
経 営 法 人	社会福祉法人 幸志会		
開設年月日	平成17年4月1日		
介護保険事業所番号	1270801549	指定年月日	平成17年3月17日
併設しているサービス	短期入所生活介護・予防介護短期入所生活介護 通所介護・予防介護通所介護		

(2) サービス内容

対象地域					
定 員 数	76		定員備考	特養・ショート合わせた数	
居 室 数	1人部屋	2人部屋	3人部屋	4人部屋	その他
	76				
設 備 等	医務室・機能訓練室・中庭				
協力提携病院	柏光陽病院 大野中央病院				
敷地面積	4,341.26㎡		建物面積(延床面積)	4,203.86㎡	
健康管理	年1回健康診断				
食 事	朝食： 8:00～10:00				
	昼食： 12:00～14:00				
	夕食： 18:00～20:00				
	食事代：1,900円				
	備考：				

嗜好品等	持ち込み不可 施設内の喫茶にて購入可能
------	---------------------

入浴回数・時間	週2回 10:00~16:00
入浴施設・体制	1F 大浴場 チェア浴 特殊浴 2F 個室4箇所 3F 個室4箇所 大浴場は2対1以上の体制 それ以外はマンツーマン対応
機能訓練	個別機能訓練実施
家族の宿泊	宿泊設備あり
地域との交流	各ボランティア随時受け入れ
家族会等	

(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
	50	22	73	
専門職員数	医師	介護福祉士	ヘルパー	
	1	23	11	
	看護師	理学療法士	作業療法士	柔道整復師
	8	0	0	3
	保育士	保健師	栄養士	管理栄養士
	0	0	0	1
	調理師	介護支援専門員	社会福祉士	その他専門職員
	0	1	2	0

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	ご来所頂き施設見学の後、申し込み書をお渡しします。申し込み時は、郵送でもかまいません。施設見学は、予め予約して頂けるとお時間をとれます。	
申請窓口開設時間	9:00~17:00	
申請時注意事項	記入漏れがないようお願い致します。	
入所相談	日中随時対応	
苦情対応	窓口設置	あり
	第三者委員の設置	あり

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

<p>サービス方針 (理念・基本方針)</p>	<p>経営理念 私たちは和（やわらぎ）を大切にします。</p> <p>基本方針 私たちは常に和（やわらぎ）の気持ちを持って接します。 入居者（利用者）皆様の意思及び人格を尊重します。 入居者（利用者）皆様の自立・機能回復のお手伝いをします。 「耳」「目」「心」でよく聴いて、考え、行動します。</p>
<p>特 徴</p>	<p>快適なご滞在を演出する、多彩な空間をご用意 心のこもったおもてなし 木の温もりを感じ太陽光が館内に降り注ぐ設計 寛ぎの時間そして一家団欒の時間をご提供 幹線道路から少し奥に入った緑豊かなsecondhouse</p>
<p>利用（希望）者 へのPR</p>	<p>施設の周りには梨畑が広がり、静かで落ち着いた環境でお過ごし頂けます。全室個室・ユニットケアを導入し自由な空間、雰囲気があり、プライバシーが守られ自宅に居るような暮らしをご提供致します。</p> <p>お食事は、ユニット毎にご飯、お味噌汁を配膳するので、ご自宅にいるような温かいお食事を召し上がって頂けます。また、併設されている喫茶店では、コーヒーや紅茶、軽食等をお好きな時間にお召し上がり下さい。</p> <p>ユニット毎に「檜のお風呂」があり、檜の香りを感じながらリラックスしてご入浴を楽しめます。車椅子・寝たきりの方でも、それぞれ専用の浴槽をご用意してありますので安全・快適にご入浴して頂けます。</p>

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
<p>家庭生活の延長を目指した施設での暮らし</p> <p>法人の理念である「やわらぎ」の実現のため、利用者が今まで過ごしてきた自宅での生活の延長として、施設で生活できることを目指しています。そのため入所前の一人一人の様子を把握し、24時間シートを用いてユニット職員全員が情報を共有し、個々の生活リズムが維持されるよう職員は努力しています。その結果は利用者家族からも高く評価されています。</p>
<p>接遇に重点を置いた取り組み</p> <p>職員は言葉遣いが丁寧で、態度および挨拶は明るく、生き生きと利用者の支援をしています。また、利用者にはきめ細かく接しています。法人の接遇に重点を置いた取り組みが伝わってきます。</p>
<p>職員の提案を活かし、質の向上を実現する仕組み</p> <p>現場職員からの提案で施設内の臭いをなくすのと利用者の羞恥心に配慮して排泄支援と汚物処理の方法を見直しました。具体的にはオムツ台車で一斉に介助していた方式を廃止し、トートバッグ等を用いて定期又は発生時点での個別の処理に切り替えました。これにより臭いが一掃できています。施設内、個室、トイレ等一切臭いがなく快適に保たれています。また、職員の提案により、いつでも気軽に外気浴ができるように、中庭に職員が手作りでウッドデッキを設置しました。このように職員の提案が実現できる仕組みは高く評価できます。</p>
<p>身体拘束の廃止に向けた取り組み</p> <p>身体拘束廃止委員会の委員と各ユニットリーダーを中心に「利用者が普通の生活を送るために身体拘束はしない」という決定をし、具体的な事例に基づいて「どうすれば拘束をしなくてすませられるのか、如何にして拘束を廃止するか」を検討し、その結果を各ユニットの職員に伝え、職員間で共有し、実践しています。身体拘束廃止委員会を中心に職員が一体となって取り組んでいる点が評価できます。</p>
さらに取り組みが望まれるところ
<p>家族との密接な連携</p> <p>一部の利用者の家族から施設と直接ミーティングする機会が欲しいとの要望があります。個別面談や満足度調査などを実施して、利用者および家族の希望や要望をより一層汲み取り、より密接な連携を作ることが望まれます。現在、ユニット毎の家族会の設置を検討しているので、今後の改善を期待します。</p>
<p>職員のスキルアップ研修の充実</p> <p>法人の研修計画はありますが、個別職員応じた研修を受講できる仕組みが十分ではなく、その体制づくりに現在取り組んでいます。パートタイマーを含む現場職員のケアサービスの質の統一のためにも、経験に応じたスキルアップ研修の実施が望まれます。</p>
<p>管理職と職員との意思疎通の強化</p> <p>「理事会⇒運営会議⇒各ユニットの職員」という意思伝達の仕組みができていますが、情報の流れが末端まで十分に浸透していないところがみられます。そのため、管理職と現場職員の意識の乖離が見られるので、より一層のコミュニケーションの強化が必要です。このコミュニケーションが不十分になると職員からの意志の伝達も不十分になります。職員の希望や意見および悩みなどを聴取する機会として、カウンセリングを行っていますが、その機会を増やす努力を期待します。</p>

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

6年間の積み重ねた経験・サービスが評価された結果だと受け止めています。これからの課題も浮き彫りになった点を職員全員で取り組み・改革していきます。

検討する課題としては

- ①家族とのコミュニケーションの強化のためユニット毎の家族会を行う
- ②職員一人一人のスキルアップを図るため外部研修も積極的に取り入れていく
- ③職員とのコミュニケーション強化のためユニット会議に管理職が積極的に参加し、意見を聴取する。

福祉サービス第三者評価項目の評価結果（介護老人福祉施設）						
大項目	中項目	小項目	項目	標準項目		
				■実施数	□未実施数	
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。	3	0
		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。	4	0
				5 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	0	3
			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。	2	1
		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。	2	2
			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。	1	2
			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。	2	3
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。	6	0
		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
		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
		5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	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
				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。	3			1		
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		
6 安全管理	利用者の安全確保	36 ターミナルケアのための取り組みを行っている。	6	0		
		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。	3	0		
		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		
7 地域との交流と連携	地域との適切な関係	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		
		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				139	14	

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。

項目		標準項目
1	理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念や方針をパンフレットやホームページなどに明示しており、施設内にも掲示しています。利用者が今まで過ごしてきた自宅での生活の延長として、施設においても自然体で生活できる場を提供することを目指しています。プライバシーが守られる個室と、仲間が集うリビングでユニット・ケアを行い、法人が目指す利用者の意思や人格を尊重しています。</p>		
2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>理念・方針を事務所ステーションに掲示しています。理念や方針は毎月開催されているユニット・リーダー会議において職員に周知を図っています。また、ユニットケア推進委員会、教育委員会および事故防止・身体拘束廃止委員会など8委員会を毎月1回開催して、個別テーマとして取り上げ、職員に周知しています。</p>		
3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約時には契約書類一式にパンフレットなども提供して事業所の理念や基本方針を説明しています。また、4月に開催するお花見会や、5月に開催する端午の節句食事会など、毎月開催されているイベント開催の際にも利用者やその家族に冒頭の挨拶等で説明して理解を求めています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>年度計画には4月の創立記念イベントである「やわらぎ祭り」、そして秋のなし狩りイベントの開催などには地域の方々にも参加を呼びかけています。更に、事業計画は毎月のイベントやユニットケアの方針を定めて、ユニット・リーダー会で実施事項と実施状況の評価を行っていますが、中・長期計画との関連は明確ではありません。</p>		
5	事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> □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
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画には介護目標などの項目については規定されています。しかし、理念・基本方針や事業環境の分析および現状の反省などから重要課題が明確化されていないので、今後の改善が望まれます。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>事業計画に位置付けられている毎月開催される運営会議で法人全体の目標の達成度や評価を検討しています。その決定を受けて各ユニット会議で問題点を検討しています。方針や計画、課題の決定過程についての全ての職員に対する周知・徹底については現在は完全ではありませんが、その体制や仕組み作りを検討しているところです。</p>		

項目		標準項目
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>管理者は毎月開催される運営会議・ユニット会議等の定例会議に出席し議題、解決策に対し具体的な提案を行っています。ユニットリーダーはユニットケア推進委員会、毎日のミーティングや介護申し送り書などを通じて職員、利用者、家族の意見を把握して方針の提案を行っています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設長の補佐、中長期戦略の立案、更に職員の育成計画を役割とする運営推進室を設け、事業所全体の業務改善を行っています。グループ・マネージャーおよび各ユニット・リーダーは運営推進室と連携を取って、それぞれのユニット独自の業務の効率化や改善を打ち合わせて、職員の働きやすい環境整備を行っています。今後更なる職員への指導力の発揮が望まれます。</p>		
9	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>倫理規程があり、職員に配布されています。マナーアップ研修会など研修を実施し、施設内に倫理規程を閲覧できるようにしています。特に、接遇については注意を払うよう徹底を図っています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> □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。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の評価については客観的な基準で行われており、評価結果についても職員に説明されています。しかし現在においては、職員に対する人事方針の策定や従業員の役割や職務権限の規定が十分整っていません。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>管理者が職員の勤務表を把握して、職員が不足するユニットには求人や派遣等の応援で補充する対策を講じています。また、定期的に管理者と職員との個人面談を実施して、職員の要望や改善提案などを把握しています。</p>		
12	福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> □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。
<p>(評価コメント)</p> <p>福利厚生施設や職員の悩みなどの相談を受ける体制がまだ十分には整っていません。有給休暇については、勤務表に有休日数を載せ、有休取得を奨励しています。育児休暇を励行し結婚・子育て中の職員が働きやすい環境を整えています。</p>		

項目		標準項目
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の教育・研修計画があり、内部研修では約7テーマについて、年間に約35回開催しています。また、外部研修では5テーマについて開催しています。さらに事業所の3施設ネットワークとして、交換実習を3日間実施し、職員の人材育成に取り組んでいます。その成果については今後の課題となります。</p>		
14	定期的に教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>教育委員会を設け、新任・現任の常勤および非常勤の職員に対する研修・教育計画を立てて実施しています。また、定期的な個別面談の機会を設け、評価・見直しも行っています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>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。 <input type="checkbox"/>評価が公平に出来るように工夫をしている。
<p>(評価コメント)</p> <p>事業所内の3施設ネットワーク(交換実習)を行っていいいます。そこで自施設でのマンネリ化の解消を図るとともに交換実習を通して刺激を受け、モチベーションアップやキャパシティを広げる手段をとっています。しかし、理念や方針などが従業員末端までに十分に理解されているとは言えない面もあります。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>権利擁護に関する資料を使用し、個別の研修を随時行なっています。職員は、明るく感じが良く、利用者の自主性・プライドを大切に見守り、丁寧に支援しています。利用者のアンケートから、家族等も満足している様子が伺えます。一方、施設としての取り組みが、現場のすべての職員に充分理解されていない面もあります。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約書に個人情報の保護やサービス提供の開示について記載しています。また、利用者には、別紙の同意書に承諾を得ています。また、施設内にも掲示されていますが、文字が小さく、掲示位置が高すぎて、読み取り難く改善の余地があります。</p>		

項目		標準項目
18	利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>給食委員会により、年4回嗜好調査を実施しています。利用者の希望を聞いて、食形態の変化や、禁食の対応が迅速に行なわれています。利用者のアンケートからも家族の訪問時、職員は明るく丁寧に家族と対応し、相談し易い様子が伺えます。</p>		
19	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者・家族の目の付きやすい場所として、エレベーター横に要望・苦情の投書箱が設置されています。また、介護相談員・第三者委員のポスターが掲示されています。苦情や意見は各ユニットごとに、担当を決め聞く仕組みがあります。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>ユニット向上委員会を設けて、サービスの質や介護方法を検討しています。リーダー会議を通じて事業所全体に報告しています。現場の職員に意見を聞き、改善すべき課題を発見し見直しを行い、サービスの質の向上に役立てるようにしています。職員の提案により、オムツの処理の見直しが行われ、改善しています。施設の利用者・訪問者に快適な空間を提供しています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>業務ごとにマニュアルを作成しています。新人にも教育担当を付けチェックシートを使用して指導しています。日常のサービス改善については、マニュアルは担当の職員の意見を基に見直し、サービスの質の改善に取り組んでいます。</p>		
22	施設利用に関する問合せや見学に対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>見学や問い合わせには、常時対応しています。見学の予約の時は、説明と案内を1時間ぐらいかけて行っています。個別の問い合わせや訪問にたいしても案内および説明をしています。見学対応は、相談員のほか、他職種の職員も行なえる体制にしています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>サービスの提供内容や重要事項説明書等の説明をする時は、文章をわかり易く説明し、補足しながら伝えています。サービス提供内容の契約書・重要事項説明書や利用者負担金等について、利用者等に同意を得ています。</p>		

項目		標準項目
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>入所前の様子を把握し、24時間シートを用いて個別の生活リズムを図っています。利用者一人一人に合わせた支援が計画されており、利用者アンケートから家族等も満足している様子が伺えます。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。 ■容態の急変など緊急見直し時の手順を明示している。
<p>(評価コメント)</p> <p>教育委員会で個別支援計画の評価・見直しが定期的に行なわれています。昨年より24時間シートを使用しています。見直しは、サービスの提供に係わる職員(ユニットごと)全員の意見を参考にしています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>毎日午後4時に、介護、看護、相談員およびケアマネジャーが参加して当日の申し送りを行なっています。各ユニットに申し送りノートがあり、随時、書き込みをしています。各職員は、申し送り・引き継ぎを把握し、確認のサインをしています。利用者のサービス提供に必要な情報を職員間で共有しています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者のアンケートによると「運動不足」や「ほったらかし」を心配しています。又家族と施設の話し合いを望んでいます。日常生活では、施設外の外出を希望しています。今後、各種のボランティアを受け入れ、クラブ活動やレクリエーション活動などを多く取り入れながら、個々の意向に合った快適な日常生活が過ごせるような取り組みを望まれます。</p>		
28	身体拘束等廃止のための取り組みを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>身体拘束委員会の委員長・各ユニットリーダーを中心に身体拘束に関して、具体的な事例をもとに、如何に行なわないか、如何にして廃止するか、を考え実践しています。身体拘束委員会のメンバーが、各ユニットの職員に委員会の検討内容を伝え、職員間で共有しています。</p>		

項目		標準項目
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>月1回栄養カンファレンスを行ない状態の把握をしています。個々の嗜好に出来るだけ合わせています。喫茶室のメニューを頼みたい時は、昼食時に対応しています。食事の時間は、2時間以内と決められています。禁食について対応していますが、メニュー・場所は、選択できません。経管栄養の方で経口摂取可能な方には、ドクター、看護および介護でチームを組みアイス、プリン、ヨーグルトなど少しずつ経口からの摂取を促しています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>週2回を基本に、マンツーマン入浴を行っています。希望者には、入浴回数を増やしたり、入浴の時間を変える対応もしています。利用者の希望する入浴方法を把握し、利用者の状態、意思を反映して行なっています。機械浴には、観葉植物を置いたり、個浴では入浴剤を使用しています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>時間で一斉に排泄をする事はせず、個々の排泄感覚に合うように支援されています。また、職員の提案からオムツの処理の改善が行われ、臭気の出ないように見直し改善しています。</p>		
32	利用者の健康を維持するための支援を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>バイタルチェックを週2回は必ず行い、状態の把握をしています。体調の変化にすぐに気付けるように日頃の表情等を把握しています。さらに、医師の診察を週2回おこなっています。投薬については、看護師から家族に連絡をしています。</p>		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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との連携が取れている。
<p>(評価コメント)</p> <p>個別に機能訓練計画書が作成されています。計画書に基づきリハビリを行っています。現場の職員も運動し、日常生活の中で出来るリハビリを行っています。</p>		

項目		標準項目
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。	<p>□利用者の家族に対し定期的及び随時の状況報告書の提出又は連絡をしている。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■(利用者の家族が宿泊できる設備がある)</p>
(評価コメント) 年4回のイベント・寿司バイキング等開催時には、1か月前から電話連絡し手紙もわたしています。その結果、多数の家族の参加があります。また、利用者の家族等との連携や施設との意思伝達のため、利用者の家族へ定期的に連絡帳を提出しています。		
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。	<p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>
(評価コメント) 認知症の対応およびケアのマニュアルを整備してあります。認知症の利用者等へ、接遇に重きを置き、研修や交換実習を行っています。		
36	ターミナルケアのための取り組みを行っている。	<p>■ターミナルケアの対応についてマニュアル等を整備している。</p> <p>■ターミナルケアに関する職員への研修を実施している。</p> <p>■ターミナルケアの実施に関する医師の意見書がある。</p> <p>■ターミナルケアの実施に関する同意書を整備している。</p> <p>■精神的ケアの対応についての記載があるマニュアル等がある。</p> <p>■利用者及び家族等の近親者に対しての精神的ケアに関する職員への研修を実施している。</p>
(評価コメント) 入所時に終末期のケアについて、利用者・家族の意向を聞き施設の方針を説明して理解を得ています。また、嘱託医からも説明しています。ターミナルケアを行うときは、チームを組んで行っています。ターミナルケアや精神的ケアに関しても随時、対応できるよう取り組みをしています。		
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。	<p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>
(評価コメント) 感染予防委員会で定期的に予防の検討を行い、各部署への告知したり研修を行っています。来所者には、手洗いやうがいを励行させています。冬季には、職員は出勤時に検温を行っています。職員は、アルコールスプレーを携帯しています。食事は延食事の保管場所や時間の厳守をしています。室内にはイオン空気清浄機が備えてあります。		
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。	<p>■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。</p> <p>■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。</p> <p>■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。</p>
(評価コメント) マニュアルを整備しています。事故発生後速やかに申し送り時等にカンファレンスを行い、原因・対策を検討しています。事故防止委員会で総合的な検討を行っています。		

項目		標準項目
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。	<ul style="list-style-type: none"> ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>緊急時の対応マニュアル・緊急時連絡先一覧表を整備し、職員の役割分担表が作成されています。避難訓練は、年3回以上実施しています。市川消防署の協力を得て、年間計画に従い救命救急研修などを実施しています。</p>		
40	地域や地域関係機関との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■地域との交流行事、定期的な散歩・外出等が計画され、利用者が地域の一人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。
<p>(評価コメント)</p> <p>初詣に外出していますが、施設外の定期的な散歩や外出は行われていません。利用者のアンケートからも施設外の外出がない事に不満があります。</p> <p>利用者が地域の一人として生活するために、地域の社会資源等を収集し、利用者に提供、活用できるような支援の取り組みを進めています。また、ティルームを利用した様々な催し物を行い、地域のボランティアの発掘を促しています。また、障害者の実習生の受け入れも行われています。</p>		