

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 | 特定非営利活動法人 ACOBA |
| 所在地 | 我孫子市本町3-7-10 |
| 評価実施期間 | 平成28年6月1日～平成28年8月31日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|------------|---|-------|--------------|
| 名 称 | 介護老人保健施設 なのはな館 みさき | | |
| (フリガナ) | カイゴロウジンホケンシセツ ナノハナカン ミサキ | | |
| 所在地 | 〒294-0303 千葉県館山市浜田110-1 | | |
| 交通手段 | 館山駅からJRバス洲崎線 新宿学園前 下車 | | |
| 電 話 | 0470-29-2700 | FAX | 0470-29-2777 |
| ホームページ | http://www.keishokai.or.jp | | |
| 経営法人 | 医療法人社団 慶勝会 | | |
| 開設年月日 | 平成9年10月24日 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1253680014 | 許可年月日 | 平成26年4月1日 |
| 併設しているサービス | 短期入所、通所リハビリテーション、訪問リハビリ | | |

(2) サービス内容

| | | | | | |
|---------|---------------------------------|------|------------|------|----------|
| 対象地域 | | | | | |
| 定 員 数 | 119名 | | 定員備考 | | |
| 療 養 室 数 | 1人部屋 | 2人部屋 | 3人部屋 | 4人部屋 | その他 |
| | 15 | 10 | — | 21 | |
| 設 備 等 | 鉄筋コンクリート造4階、エレベーター、リフト浴、スプリンクラー | | | | |
| 協力提携病院 | 赤門整形外科内科・安房地域医療センター | | | | |
| 敷地面積 | 2997.84㎡ | | 建物面積(延床面積) | | 5327.89㎡ |
| 健康管理 | 既往疾患のフォローアップ、服薬管理、機能訓練 | | | | |
| 食 事 | 朝食：8：00 | | | | |
| | 昼食：12：00 | | | | |
| | 夕食：18：00 | | | | |
| | 食事代：1,610円 | | | | |
| | 備考：料理作りやおやつ作りを企画し実施しております。 | | | | |
| 嗜好品等 | 入所時に嗜好確認をし、食事に反映いたします。 | | | | |

| | |
|---------|---|
| 入浴回数・時間 | 週2回、9：00～12：00 |
| 入浴施設・体制 | 寝たまま入浴可能な特殊浴槽、座ったままで入浴可能な中間浴槽を設置しております。 |
| 機能訓練 | PT・OT・STによる個別リハビリや集団リハビリを実施 |
| 家族の宿泊 | 可 |
| 地域との交流 | ボランティアの受け入れ、納涼祭の開催や防災訓練等 |
| 家族会等 | 年1～2回開催 |

(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 |
|---------------|-------|---------|---------|-----------|
| | | 66 | 27 | 93 |
| 職種別従業者数 | 医師 | 介護支援専門員 | 支援相談員 | |
| | 4 | 2 | 2 | |
| | 看護師 | 准看護師 | 介護職員 | |
| | 10 | 1 | 34 | |
| | 理学療法士 | 作業療法士 | 言語療法士 | |
| | 2 | 3 | 1 | |
| | 管理栄養士 | 栄養士 | その他従事者 | 合計職員数 |
| | 1 | 1 | 32 | 93名 |
| 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 | |
| | 25 | — | — | |
| | 初任者研修 | | | |
| | 9 | | | |
| 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 |
| | 2 | 3 | 1 | — |

(4) サービス利用のための情報

| | | |
|----------|-------------------------|----|
| 利用申込方法 | 直接来館もしくはお電話でお問い合わせください。 | |
| 申請窓口開設時間 | 年中無休（8：30～17：30） | |
| 申請時注意事項 | 介護保険証をお持ちください。 | |
| 入所相談 | 支援相談員が随時ご相談を受け付けいたします。 | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | あり |
| | 第三者委員の設置 | なし |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|--------------------|---|
| <p>サービス方針</p> | <p>【理念】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・私たちは常に思いやりの心を持ち患者様、利用者様に信頼されるサービスを提供いたします。 ・私たちは人々の生命の尊厳に対する希求、健康への願いに対応して地域社会に信頼されるように努めます。 ・私たちはお互いに尊敬と協調の心をもち職員相互が信頼し合える組織を目指します。 <p>【基本方針】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1、医療、介護サービスの質の向上と確保 2、健全経営のための努力 3、組織的な運営体制の整備と業務の実践 4、教育・研修の充実 |
| <p>特 徴</p> | <p>看護・医学的管理の下での介護や機能訓練、必要な医療と日常生活援助を提供しております。一日でも早く家庭での生活に戻ることができるようにする事、また、在宅での生活が一日でも長く続けられるよう在宅ケアを支援いたします。</p> <p>看取りケアも実施しております。最後のその時まで、その人らしく生活できるよう利用者・ご家族のニーズを尊重し支援いたします。</p> |
| <p>利用（希望）者へのPR</p> | <p>同法人で有床診療所を近隣に開設しており、医療面においてのフォローアップ、緊急対応が24時間可能です。重度療養が必要な利用者（ドレーン留置・経管栄養・悪性腫瘍による疼痛・体調管理が必要な方）が在宅で困ることのないよう支援いたします。</p> <p>理事長が認知症専門医である事から、開設当初より認知症の理解、ケアに関して職員のスキルアップに力を入れ取り組んでいます。また、認知症状に合わせた治療・ケア方法が行えるよう連携を密にとり対応しております。重度認知症の受け入れも積極的に行っています。</p> <p>同グループにグループホーム・デイホーム・デイサービス・訪問看護・訪問リハビリ事業所を開設しております。各事業所間での連携を密にとり利用者・ご家族のニーズや状況に応じ適切な支援が得られるようご相談を受け対応しております。</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

1. 事業環境を見据えた法人の先進的な事業推進

なのはな館は館山市の医療法人、赤門整形外科内科を母体とする赤門ヘルスケアグループの介護老人保健施設である。平成9年10月に介護保険制度に先がけて、「医療と介護で地域に根差してその人らしい暮らしを支える」ことを目指し、併設の通所リハビリテーションとともに設立され19年が経過する。平成25年には北条地区に当館のサテライト施設としてリゾート風の「なのはな館なぎさ」をオープンし市内各地区の利用者にきめ細かく対応している。他に赤門ヘルスケアグループでは、館山市内近郊にグループホームや居宅支援事業所、デイサービス、訪問介護・看護等自宅での生活を支援する様々なサービスを多数配置するとともに、2か所の地域包括支援センターを市からの受託運営する等、常に事業環境の変化を先取りした積極的な事業展開を実践している。また、いちはやICTシステム(介護記録管理)を介護現場に導入して、多職種間での連携を図るとともに、経営基盤の安定化にもつなげている。地域住民に対する医療・介護の啓発活動にも力を注いでおり、グループを上げて地域包括ケアの推進に取り組んでいる。

2. 積極的な人材育成と風通しの良い職場運営

手厚い職員研修や奨学金制度の導入など、人材の育成に積極的に取り組んでいる。また、職員間で自分たちの働き方をチェックし、通勤バスの時間に合わせた出勤時間や2時間の短時間勤務等、既存概念にとらわれない発想で改善に取り組み、職員にとっては働きやすく、かつ効率的な勤務形態を取り入れている。加えて事業所内保育所を用意して子育て職員を支援する等、職員の状況に応じて長く働ける環境整備ができています。介護人材の確保が困難な状況の中でも離職が少なく、訓練された職員による行き届いたサービスの提供に繋がっている。何でも話せる職場の雰囲気の中で職種間の壁を越えて活発な意見交換が持たれ、身体的な介護のみならず、「人としての尊厳を守るケア」を目標に、本人・家族の心に寄り添う介護に努めている。

3. 「介護記録管理システム」による介護情報の共有と連携

「介護記録管理システム」を導入して、電子媒体により利用者毎の情報、計画、記録を一元的に管理している。当施設のニーズに合わせた使いやすいシステムとなっており、導入後3年が経過、各現場の複数のパソコンやタブレットで都度入力し、リアルタイムで関係職員が共有、活用している。入所時のアセスメントをフェイスシートに入力し、介護計画が作成されると介護内容が記録に表示され、利用者の変化や課題は赤字で抽出される。栄養、機能訓練、レクリエーション、緊急時対応等すべての利用者毎の情報が職種を越えて一元的にまとめられていることは大変効率的で効果的であり、介護と医療の連携にもつなげている。(アクセス権限が設定されており、職員は権限内で情報が共有できる)

4. 在宅介護を継続するための安心の砦

法人の理事長は認知症専門医として職員研修や利用者・家族の啓発活動にも熱心である。重度の認知症の利用者や吸引、胃婁等の利用者を断らない、重症者の受け入れ定員を作らない方針で受け入れている。急変時は法人内、外の医療機関と連携して24時間安心できる体制が構築されている。さらに当施設では家族と共に看取りケアに取り組んでおり、最期に利用者の衣類を家族に選んでもらうなどのきめ細かいケアがなされている。在宅介護を継続するためにはなくてはならない最後の砦と言える。

5. 最期までおいしく口から食べる工夫

当施設の食事は自社方式で調理され、利用者から「おいしい」と評判が良い。ほとんどの利用者が栄養マネジメントを受けており、アセスメントに基づく食事箋が作成され、利用者の状態に合わせた食形態が工夫されている。特に大規模施設には珍しく職員も利用者と共に食卓に着き食事を摂っている光景は自然で親しみやすい。このような実践が温かく、やさしい雰囲気を醸している要因の一つと言える。

さらに取り組みが望まれるところ

1. 利用者のしたいことの取り組みの検証

当施設では入所時の利用者情報のうち生活習慣や趣味、好きな活動について詳細なアセスメントをとり、レクリエーションとして外食、ドライブ、神社参り、買い物などの外出、おやつ作りやバイキングなど楽しみごとにいろいろ工夫がみられるが、利用者アンケートで「生活の中でしたいことができますか」の設問に対しては肯定的な答えが少なくなっている。重度の利用者を受け入れている関係などもあろうかと考えられるが、状況を検証し、より利用者家族から理解が得られるよう検討いただきたい。

2. 非常災害への取り組み

当施設は南房総の海と山に囲まれた風光明媚な地にあり、施設からの眺めは素晴らしい。これはまた津波災害が想定される土地柄でもある。地域住民も加わり年に3~4回の防災訓練を実施し、備蓄品を用意している。災害時に利用者、地域住民が集まる防災拠点としてさらに事業運営の取り組みに期待したい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

- ・利用者・ご家族のニーズを確認し、求められるサービスが実現できるよう、各職種間の連携強化を図っていきます。
- ・利用者の生活歴・趣味を把握し、入所生活が安全・安楽、且つ楽しめるサービスになるよう努力いたします。
- ・職員個々の知識・技術向上、介護の楽しさを学ぶことができる職場環境を目指します。

なのはな館 老健 福祉サービス第三者評価項目（老健）の評価結果

| 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 | 1 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 | | |
| | | | 2 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。 | 3 | 1 | | |
| | | | | 5 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 | |
| | | | | 6 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。 | 4 | 0 | | |
| | | | 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 | | |
| | | | | 21 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。 | 3 | 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。 | 5 | 0 |
| | | | | | | 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。 | 5 | 0 |
| | | | | 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。 | 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 | | | | |
| | | 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 | | | | 146 | 2 | | | |

老健 項目別評価コメント(40項目)

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。 | <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>法人(医療法人社団 慶勝会)の理念並びに基本方針に沿って運営されている。理念は「①思いやりのこころを持って利用者の信頼に応えるサービスを提供する②生命、健康への願いに対応して地域の信頼に応える③尊敬と協調の心もち職員相互が信頼し合える組織を目指す」趣旨の3項目を明文化し、「医療と介護でその人らしい暮らしを支える」ことを目指している。当館では法人の基本方針に沿って運営方針や年度目標を設定している。</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、年度目標等を各部署に掲示し職員がいつでも確認できるようにしている。法人の理念や基本方針に沿って、毎年当施設並びに各部門の運営方針や目標を職員間で話し合っ作り上げ、運営会議・管理者会議で毎月討議している。法人の理念に職員間の相互信頼の醸成を掲げており、提案しやすい職場環境の中で、日々直面する様々な課題に対しても職員の積極的な提案により理念に沿ったサービスが提供できるように取り組んでいる。</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>法人の理念や基本方針はホームページに掲載するとともに、赤門ヘルスケアグループの季刊広報誌「赤門だより」では、毎回医師や看護師、介護スタッフ等から、理念である「その人らしい暮らしを支える」為の心の持ち方や取り組み状況をわかり易く解説し伝えており、利用者・家族、地域の方に喜ばれている。当施設では運営方針をホームページやパンフレット、重要事項説明書等に掲載し、家族の面会の際にも取り組み状況を説明している。</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>法人の中長期を踏まえた経営方針の下、当館としては前年度の反省や事業環境の変化などを踏まえて単年度の事業計画で運営している。大がかりな設備の更新等については中期の更新計画に沿って実施している。社会福祉事業環境・地域動向については行政、地域包括支援センター、法人本部・各施設相談員・ケアマネ等と連携を図り情報共有を行っている。財務諸表については、法人の介護老人保健施設会計・経理準則に則り作成して行政や施設関係先に開示しており、一般には要請に応じて対応している。</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>当施設の本年度の運営方針は①家庭的な明るい雰囲気を持ち、利用者・ご家族・地域との結びつきを大切にする。②利用者・ご家族のニーズを考慮し、専門スタッフチームが在宅復帰、または在宅での生活が継続できるよう自立を支援する。の2項目を掲げ、各フロアごと、部門ごとに重要課題を設定している。</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>事業計画はトップダウン、ボトムアップで討議を重ね作成している。実施状況については毎月運営会議で確認し、リーダー・管理者会議で総合評価を行い、必要に合わせ計画の修正を行っている。年度終了後は達成状況評価を踏まえて次年度計画に反映させている。各種会議で参加職員へ周知するとともに、会議録は全職員がいつでも閲覧できるよう電子媒体での管理としている。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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>人材育成に重点を置いた「目標管理」を導入しており、当館の運営方針・施設目標を部門目標、職員の育成目標に連動させている。人事考課とも連動させて年2回の面接を行い、自主性が高まるよう取り組んでいる。風通しの良い職場運営を目指しており、各種職員提案にも幹部職員が適切にレスポンスし職員の意欲向上にもつながっている。職員研修にも積極的に取り組み、資格取得を支援する仕組みも充実している。</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>重要課題や各予算項目に対する進捗状況、現場での業務の繁閑等から問題点を抽出し、業務改善を具体的、行動レベルまで出し実践・評価・修正を行っている。現場職員の意見や提案を積極的に取り入れ、既存概念にとらわれない発想で改善に取り組み、勤務形態の工夫や環境改善等も同時に行っている。毎月の運営会議・管理者会議で審議するが緊急を要する場合は随時会議を開催して決定している。</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>入職時に規定集を全員に配布するとともに、新人研修では必ず職員の倫理・法令順守について特に丁寧に説明し、理解を深めている。また、待遇や倫理については随時会議や職員研修でも徹底を図っている</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>規定集に人事・職務権限が明文化し、等級別給与や資格給など給与表も整備されている。人事考課制度があり、複数の職階別評価シートが用意され基準が明確化されている。自己評価、一次・二次考課、最終は管理本部で確認し、公平な評価となるよう段階を踏んでいる。年2回実施の面接の際には各職員に評価シートに基づき具体的に説明フィードバックし、職員の育成に繋げている。</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>有給休暇や時間外労働に関しては、毎月データ確認をし、取得を促している。時間外労働に関しては業務内容を具体的に確認し分析し、業務改善に繋げている。現場職員の発案でバスの時間に合わせた出勤や2時間の短時間勤務の導入など既成概念にとらわれない取組みが見られる。年2回の全職員に対する面接の他、職員の表情に変化を感じた際は随時声をかけし相談する場を設けている。</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>法人は「次世代育成支援対策推進法」に基づき行動計画表を作成し、働きやすい就業関係作りを積極的に推進している。その一環として、市内に職員向けの保育所を設置したり。産休、育休、多様な就業形態を用意しており、これらを利用しながら永く勤めている職員が多い。医療法人であり、関係職員による労働カウンセリングや、クラブ活動の支援、労働アンケートの実施、休憩室の整備等などにより職員からも働きやすい職場であるとの声が聞かれた。退職金制度や慶弔規定なども整備されている。</p> | | |
| 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>目標管理制度を導入しており、キャリアアップを支援している。個人別考課シートに本人のレベルに応じて細かく期待能力基準が明示されており個人面接などを通して育成に努めている。必要資格取得に際しては法人の奨学金制度があり、制度を活用して専門資格を取得する職員も多い。法人は人材育成に積極的であり年間を通じて数多くの職員研修会を実施している。また、「初任者研修」のほか、安房地区では唯一「実務者養成研修」を主催する等、地域の介護人材育成、人材確保にも積極的である。</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>法人主催の各種研修が計画的に案内され参加している。県や老人保健施設協会、法人の主催する研修も全職員に公平に案内し自主的参加を促し、必要な研修は管理者より個別に案内する等して、毎月数人程度勤務として研修に参加させている。当館の内部研修は教育委員会が中心となり前年度の評価や、職員ニーズを踏まえて毎年年間研修計画を作成し実施している。各委員会主催の研修もある。</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"> ■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・工夫が生まれやす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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>法人の理念に①利用者の信頼②地域の信頼③それを支える職員の相互信頼を掲げており、職員の働き甲斐のある職場を目指して取り組んでいる。前述の各項目の実施状況の通り、極めて多忙な介護現場ではあるが、職員の自主性の尊重、手厚い職員研修、公平な評価等に努め、各種福利厚生制度等とも相まって、働きやすい職場運営に努めている。</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>接遇委員会、事故防止委員会で権利擁護に関するマニュアルを作成し研修会で教育を実施している。利用者に対しての接遇、言動に関してふさわしくないときにはすべてサービス改善報告書として提出している。法人が受託運営している地域包括支援センターと連携して被虐待者を緊急措置入所で受け入れた実績があり、常に速やかに連動できるようにしている。</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>個人情報に関する方針は施設内に掲示し、重要事項説明書で詳しく説明されている。求められれば利用者の介護記録の開示を行っている。入所当初、利用者の状態を知りたいと希望される家族に1週間分ずつの記録を印刷し、交付していたこともある。職員のみならず、ボランティア、実習生にも守秘義務を徹底しており、ボランティア申込票に守秘義務の規約を設けている。</p> | | |
| 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。 | <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>利用者の希望する楽しみごととしてバイキング食の内容、レクリエーション、行事の内容について利用者の言葉の中からアンケートを実施している。結果は個別援助計画に反映している。利用者・家族からの意見をいただく機会としてご意見箱を設置しているが、今まで投書された例は少ない。利用者毎に介護、看護職員が担当制となっており、家族は担当職員に相談することで話しやすい関係が取れている。</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>苦情マニュアルは事故対策委員会で作成され検討されている。玄関に苦情相談窓口担当者の名札を設置し、職員紹介を掲示している。各フロアごとで利用者担当の介護・看護職員がいつでも相談できる体制があり、苦情としてはほとんど上がっていない。介護相談員、地域住民など第三者のかかわりはあるが、第三者委員は設置されていない。</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>フローミーティング、看護ミーティング、管理者ミーティングの中で常にサービス内容について事例を基に検証している。検討された課題の会議報告はすべて電子媒体により職員に伝達されるシステムがあり、全職員に回覧されている。</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。 |
| (評価コメント) 介護の手順、看護マニュアルが作成されており、教育委員会が定期的な見直し・修正を行っている。マニュアルは事例に基づいて常に加えられており、誰が見てもすぐわかるように様々な状態像に基づき作成されていることは特に新人職員にとって心強いといえる。 | | |
| 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。 |
| (評価コメント) 施設利用に関する問い合わせや見学には要望があれば24時間対応しており、夜間は夜勤の看護師が相談に応じている。早急な対応が必要な利用者には待たせないことを心がけている。 | | |
| 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。 |
| (評価コメント) 重要事項説明書に沿って支援相談委員から詳細に説明し、サービス内容、利用料金については理解しやすいよう工夫している。入所してから起こりうる介護リスクについても詳細に利用者、家族に説明し、同意を得ている。 | | |
| 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。 |
| (評価コメント) 利用者、家族の意向をもとに医師、看護、リハビリ、介護、栄養、支援相談員、ケアマネジャーが担当者会議を開催し、利用者の情報や課題を検討し個別支援計画を作成している。最初のカンファレンスには利用者、家族が参加することが多い。サービス計画は利用者、家族に詳しく説明され同意を得ている。 | | |
| 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。 ■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) 個別支援計画は定期的にケアカンファレンスを行い各職種が意見を出し合っで見直されている。緊急時の際には入所の際に確認した内容をコード化した情報を法人内どこでも見ることができ、すべての事業所で統一した行動が速やかにとれるような介護記録管理システムがあることは心強い。 | | |
| 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。 |
| (評価コメント) 利用者情報をすべて介護記録管理システムを活用して電子媒体で確認できるようになっている。利用者の個人情報写真は写真入りのフェイスシートとして作成されている。介護記録での利用者の変化は赤字で記され重要課題として把握しやすい。介護計画の内容はすべて電子記録に反映されていて計画通り実施できたかどうかを確認できる。職員はパソコンやタブレットで利用者の変化や伝達情報を確実に確認することができる仕組みとなっている。 | | |
| 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。 |
| (評価コメント) 利用者の入所時、生活習慣や好きな活動を把握しフェイスシートに情報を記入している。事業所ではレクリエーションとしてのサークル活動、外食、ドライブ、神社参り、初もうで、などの外出を支援し、施設内では毎週パン屋さん等様々な出店があり買い物を楽しめる。施設内ではおやつ作りや調理、バイキングなど取り入れ、利用者から喜ばれている。一方、利用者アンケートの結果では「あなたのできることがありますか」の設問にできていないと答えられた利用者が比較的多かった点について検証し、利用者、家族にフィードバックしていただくことに期待したい。 | | |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| 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>千葉県主催の身体拘束廃止研修会に定期的に参加している。当事業所では5年前から身体拘束を実施した例がない。リスクのある利用者が動こうとするときにはその理由に注目し、解決できるよう図っている。</p> | | |
| 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>利用者の多くが栄養マネジメントを受けており栄養状態に関してのアセスメント、療養食、形態等を食事箋に記載されている。利用者毎のフェイスシートに記載され電子媒体で職員全体が把握できる仕組みとなっている。STが中心となり食事形態等をモニタリングするミールラウンドを実施している。給食委員会では食事の改善や献立を検討している。自社方式の食事は利用者や職員からも評判が良く、利用者、職員が共に食卓を囲むことで食事の楽しさを醸している。</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>利用者の個別の状態に合わせ、特殊浴、個浴、中間浴、リフト浴を実施している。入浴を拒否する利用者やゆっくり入りたい利用者の意向に合わせて個浴で実施している。同性介護を希望される利用者には配慮している。週2回、9:00～12:30で40名の利用者が入浴しているが、今後浴室を増築する計画も検討されている。</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>排泄マニュアルは作成され、見直されている。トイレ介助できる方はトイレで支援している。夜間時、トイレやポータブルトイレを使用して利用者の状態に合わせてケアの計画、実施、見直しをしている。</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>当施設では喀痰吸引、胃婁の必要な重度者を定員ではなく制限なく引き受けている。医療法人であり急変時、体調不良時には24時間体制でグループの医療機関と連携が図られており、利用者、家族にとって安心できる体制がある。終末期ケアに関してはターミナル委員会が中心となり、看取り事例をもとにケア方法について各職種で検討し、年間20名程度の利用者を家族と共に看取っている。</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の連携が取れている。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>利用者のほぼ全員がPT、OTとかかわり個別の機能訓練計画と目標をもって生活している。利用者の状態や趣味、希望を確認し、陶芸、手芸、写経、習字、カラオケ、畑仕事など楽しみながら生活リハビリを行っている。</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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) |
| <p>(評価コメント)</p> <p>各利用者家族に月1回は必ず連絡、報告している。日常的に利用者の状態変化、事故報告など必要に応じ随時実施している。広報誌「赤門だより」やホームページで利用状況や行事内容を紹介している。納涼祭、餅つき、家族会などへ多数の家族の参加をいただいている。</p> | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>当法人の理事長は認知症専門医であり、認知症の方の入所を断ったことがない。利用者、家族にとって最後の砦としての施設の役割は大きい。特にBPSDのある利用者が認知症薬、向精神薬を服薬しないで改善した事例が何例もあり、看護・介護職は対応方法を記録し情報を共有し事例検討を重ねている。</p> | | |
| 36 | 退所後の在宅療養介護の支援をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>退所に関して多職種でカンファレンスを重ね、様々な角度から検討している。職員は外出、外泊を支援し、家庭訪問して在宅環境を確認している。退所後、在宅から当施設内の通所リハビリ、ショートステイを利用する利用者も多く、在宅介護が困難などときにはいつでも相談でき、速やかに対処できることは利用者、家族の安心につながっている。</p> | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>毎月、感染委員会が開催され感染マニュアルが作成、見直しされている。インフルエンザやノロウィルスの流行時期には感染委員によるミニ研修会が開かれている。特に感染源を持ち込まないことに力を入れ、感染した職員を出勤停止にして徹底している。</p> | | |
| 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 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。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>事故対策に関して事故対策委員会で対策内容を検討し、職員間で情報の共有、統一化を図っている。当施設では小さなヒヤリハットもアクシデント報告として書類を作成し、家族に報告されている。全職員で事故を起こさないという目標を持ち真摯に取り組んでいることは素晴らしい。</p> | | |
| 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>利用者の情報は電子記録システムで管理されており、利用者の連絡先一覧はいつでも確認できる。施設前には海が迫っており、津波の災害が想定されるため、すべての利用者をすべて4階に上げる訓練をしている。また地域住民の重要な避難拠点となることが考えられるため、非常災害に備えた具体的な対策を検討いただきたい。</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、利用者へ提供し活用している。 |
| <p>(評価コメント)</p> <p>施設では納涼祭、餅つき大会に地域住民に参加してもらい交流している。災害時には地域住民が当施設に避難することが予想され災害用備蓄品の説明をしている。地域特有の課題として水害の恐れがあるときに山手にある水田の堰の水を抜いてもらうことを当施設が交渉し、住民共有の課題を解決した経緯がある。ボランティアやOT、PT、介護職の喀痰吸引などの医療福祉関係実習生や教育実習生も数多く受け入れ地域の人材育成に貢献している。</p> | | |