

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市甲陽園本庄町6-25-224
評価実施期間	2015年 5 月 1 日 ~ 2015年 12 月 4 日 (実施 (訪問) 調査日 2015年 6 月 22 日 6 月 25 日)
評価調査者	K-0401004 HF06-1-0010 HF06-1-0011 HF12-1-021

※契約日から評価

結果の確定日まで

福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称: (施設名)	介護老人福祉施設大池サンホーム	種別:	介護老人福祉施設 短期入所者生活介護
代表者氏名: (管理者)	施設長:小西 美恵子	開設(指定)年月日	昭和 48 年 7 月 2 日
設置主体:	社会福祉法人 盛雲会	定員:	96 名
経営主体:		(利用人数)	80 名 (ショート16名)
所在地:	〒 651 - 1242 兵庫県神戸市北区山田町上谷上字ヤンゲン3番地		
電話番号:	078 - 581 - 0230	FAX番号:	078 - 581 - 0270
E-mail:	sanhome@viola.ocn.ne.jp		
	ホームページアドレス: http://www3.ocn.ne.jp		

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p><理念> 「福祉」の語源を大切にしてください。</p> <p><基本方針></p> <p>1) 利用者さまに やすらぎと安心を感じていただける環境づくりに努めます。 2) おひとり おひとりの可能性を求め一緒に生活の出来る施設づくりを職員の感性と共に考えてゆきたく思います。 3) 利用者さま 職員共に感応し合える時間を大切にしてください。</p>
<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>1) ご利用者様の自由を重視した対応。 2) ご利用者様中心の各行事の設定 3) 施設お庭の花々で季節感を感じて頂く</p>

職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 (0)	医師	2 (1)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	35 (9)	看護師	8 (7)	管理栄養師	1 (0)
	喫茶職員	4 (4)	機能訓練指導員	1 (0)	介護支援専門員	1 (0)
	清掃職員	2 (2)		()		()

施設の状況

四季の変化が感じられる自然豊かな環境に恵まれた施設である。明るい色調に統一された施設内は広々としてゆったりと過ごせる環境である。広い廊下の壁面には季節に応じた飾りつけが見られ利用者同士の話し声や笑い声が聞かれ和やかな雰囲気が感じられる。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

* 理念・基本方針について職員の周知と理解に努め、職員は毎月の目標を掲げ達成度を振り返りながら理念の実現に取り組んでいる。

* 人事管理マニュアル・職員個別研修マニュアル等を作成し、人事プランに基づいた体制整備・人事考課・職員育成が計画的に行われている。定期的な内部研修と職員個々の職種・経験に応じた外部研修受講により、職員の資質向上が図られている。

* 職種・役職別の各種会議・各種委員会等が定期的・組織的に行われ、管理者が中心となり職員参画の下、安心と安全の確保・サービスの質の向上に取り組む体制が整備されている。

* 運営管理面については年1回「運営管理自主点検票」を用いて、サービス面については基本方針に基づいた毎月の目標設定と実践状況の評価により、事業所の自己評価を行っている。また、年1回一般職用と管理職用と項目を定め、各職員の自己評価と上位者評価を行っている。第三者評価も定期的に受審している。各評価を基に、課題抽出・改善計画策定を行い、組織的にサービスの向上に取り組む体制が整備されている。

* 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化したマニュアルを整備し、定期的な見直しも行われている。ケアプラン作成の図式マニュアルに沿って、個別具体的なケアプランを作成している。PDCAサイクルに基づいて、モニタリング・評価・再アセスメントを行い、現状に即した個別支援に取り組んでいる。

◇ 特に改善を求められる点

〈全体的によく取組まれており、「特に改善を求められる点」に該当するものはない。更なる向上を目指す取り組みとして挙げる。〉

* 27年度の事業計画については、施設設備の充実に特化されている。また、策定・実施状況の把握・評価・見直しについては、管理者層中心の参画となっている。事業計画にサービス面の項目も盛り込み、事業計画に基づいたサービス面の目標設定も行い、職員全員参画の下、取組まれることが望まれる。職員が行う自己評価の中で、サービス面の目標設定と実施状況の評価が行われているが、事業計画との連動性を図ることが望まれる。

* 各種マニュアルの定期的な見直し・見直し後の浸透を図るための研修を実施している。今後はマニュアルに基づいたサービスの実施ができているかを、確認して記録する仕組みの構築が望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

毎年少しずつ向上してゆきたいという気持ちで受けさせて頂いております。次年度は、各種会議などの書類関係を全職員が回覧したという根拠を残してゆきたく思います。また職員の目標が事業計画に沿ったものになる事自己評価では個々の介護力に関しても入れてゆきたく思います。

○ 各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

○ 各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。		
I-1-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を明確にしている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-②	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を利用者やその家族等に周知している。	Ⓐ・b・c

特記事項

事業所が目指していることを、「理念」と「基本方針」に明文化している。
 全職員一人ひとりに配布される携帯マニュアルに「理念」「基本方針」を明示し、職員への周知を図っている。新人研修では、まず「理念」「基本方針」についての説明を行い、内容と実践について理解できるように取り組んでいる。現任者にも内部研修の中で継続的に学ぶ機会を設け、理解を深めるように努めている。理念に基づいた自己目標を設定し、具体的に理念実現への取り組みを行っている。

パンフレット「施設ご案内」やホームページに、大きくわかりやすく「理念」と「基本方針」を明示している。契約時には、利用者・家族に説明し、周知を図っている。
 パンフレットを利用希望者や見学者に配布すると共に、LSA(地域の集合住宅)や大池病院にも設置している。パンフレットはホームページからダウンロードできるようにもなっている。

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
I-2-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)に向けた計画的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c
I-2-(1)-②	各計画を職員や利用者等に周知している。	a・Ⓑ・c

特記事項

理念の実現に向けた課題を抽出し、理事会で中長期計画「1運営基盤の確立・強化」「2利用者サービスのより一層の向上」「3老人福祉の語源を大切に」「4施設整備の充実」を策定している。
 27年度は中長期計画の「4」を基に、事業計画「新館・本館トイレリニューアル工事」「本館外壁塗装改修工事」「敷地内緑地整備」を策定している。計画の策定・実践状況の把握・評価は、施設長・事務長・医師・介護主任・ケアマネジャー・栄養士等、管理者層が参画する合同部会で行い、理事会に報告している。
 サービス面については、看護職・介護職部門を中心に、年度初めに27年度の基本方針を掲げ、実践のために毎月の具体的な目標を掲げ、計画的に取り組んでいる。毎月の目標はチーフ会議で検討が行われ、介護課・看護課各会議で説明し実践につなげている。施設の目標達成のために、職員個々も具体的な取り組みを持ち、毎月評価を行い、年1回の個人面談でも評価を行っている。
 27年度の事業計画は、「施設設備の充実」に特化されている。サービス面の項目も事業計画に盛り込み、管理者層と共に、職員全体で取り組まれることが望まれる。

事業計画については、合同会議で管理者層の職員に説明している。部署内の年間の基本方針についてはチーフ会議で説明し、看護職には看護課会議で、介護職には回覧で周知を図っている。年間の基本方針に基づいて、月間目標を掲げ毎月評価を行うことで継続的な周知の取組を行っている。
 利用者・家族への説明には至っていない。定期的に行われている家族会を利用して事業所の理念・運営方針等を分かりやすい資料を基に説明を行い浸透を図ることが望ましい。また、広報誌やホームページ等を利用して年度初めにはサービスに関する計画等の説明・周知を行う取り組みが望まれる。

介護老人福祉施設大池サンホーム

I-3 経営層(管理者等)の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 経営層(管理者等)の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。		
I-3-(1)-①	経営層(管理者等)自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-②	経営層(管理者等)は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-③	経営層(管理者等)は、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。	Ⓐ・b・c

特記事項

<p>「大池サンホーム組織図」と各部門ごとの組織図を作成し、各役職の役割や権限を明示している。「職務権限一覧表」「管理規定」も作成している。新人研修で組織図を用いて経営層の役割や責任を説明し明確すると共に、前記関連書類を職員がいつでも見て確認できる場所に設置している。</p> <p>経営層は、経営層適用の自己評価シートを用いて、定期的に自己評価を行っている。自己評価シートを基に上位者評価を行い、年1回の面談でフィードバックを行っている。</p> <p>面談を通して、経営層が自らの行動が職員や利用者等からどのように評価されているかを把握し評価・見直しを行う機会を設けている。</p> <p>感染防止・褥瘡防止・給食管理・身体拘束・虐待防止等、各種委員会が月1回開かれ、経営層も出席している。チーフ会議・看護課会議・ケアマネ会議など、各部署会議も定期的に開催されている。各委員会・各部署会議で、定期的・継続的にサービスの質について検討され、職員会議・合同会議で集約される仕組みがある。職員会議・合同会議では経営層も交えて話し合い、改善策等を具体的に検討している。</p> <p>介護課の提案書等から出された意見や提案をチーフ会議に集約している。また、日々の利用者への支援の中で課題がある場合には、職員にアンケート調査を行い意見や提案・気づきを引き出し、課題解決がサービスの質の向上に反映できるように取り組んでいる。</p> <p>法人全体のコストバランスや経営状況については、人事・労務・財務等の面から法人で把握・検討が行われ、理事会で報告され経営の効率化と改善が行われている。</p> <p>施設の業務の効率化と改善については、合同部会で話し合いが行われている。施設側で取り組む事項があれば、合同部会で報告・伝達し統一した取り組みを行うようにしている。業務の効率化については、合同部会・チーフ会議で検討し、各部署会議で伝達し共有している。</p>

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
Ⅱ-1-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③	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を構築している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
Ⅱ-1-(2)-①	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2)-②	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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
Ⅱ-1-(3)-①	実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(3)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

人員体制プランを法人として策定し、人員配置数を書面化している。具体的なプランに基づいた人事管理を行い、求人方法、人数や加算要件に適應した人数もプランに明記している。人事管理マニュアルも作成し、人材確保や人材育成、職員の処遇面など具体的に詳細に明示している。

人事管理マニュアルの中で、人事考課について明文化している。個人面談の中で自己評価表を用いて上位者評価を行い、職員の資質と意欲の向上が図れるように取り組んでいる。公平性・透明性については、個人面談の機会に職員に説明し、納得性の確保を図っている。自己評価・上位者評価は、人事考課制度の中で報酬に反映されている。個人面談では、個別の資格取得の意向も確認し、資格取得へ向けたバックアップ・支援体制の整備ができています。

公休・有給休暇が希望に応じて取得促できるように体制整備に努めている。健康診断、予防接種、インフルエンザの予防薬、資格取得祝い金等、福利厚生の実施に取り組んでいる。

職員の有給休暇の消化率や時間外労働等、勤務状況については社会保険労務士の管理・チェックを受け把握している。職員の意向・意見については個人面談の際に聴取し、職員のワークバランスについても配慮が行われている。把握した結果の分析・検討や改善策の検討は、合同部会で行う仕組みがある。改善が必要な場合は、人事体制プランに反映し実行する予定である。

定期的な個人面談の機会を設けると共に、随時人事担当者が相談できる体制を整備している。また、希望があれば、事務所⇒医院長⇒法人関連医療機関へと相談できる体制が整えられており、心の相談室の設置を行い、携帯マニュアルにも明示している。法人関連の医療機関以外の医療機関にも相談でき、適切な対応が受けられることも説明している。

職員個人研修マニュアルを作成しており、マニュアルに職種別に必要な技術水準や、年数に応じた知識・資格取得を明確にしている。事業所として職員個別の取得資格一覧表を作成し、取得している資格を基に、次の資格取得や学びたい内容について個別の話し合いを通して資質向上に向け支援する体制を整えている。年度別に資格取得及び研修予定として、職員の資格・経験年数、受講資格・予定を明記し、資質向上に向けた支援体制を整備している。

人事管理マニュアルに、人材育成のため職員の研修参加に努めることを謳い、園内研修マニュアル・職員資質向上マニュアルに沿って、職員の短期目標・長期目標に基づき、計画的な研修・教育を行うよう考慮しながら、各部署で研修内容の年間計画策定に取り組んでいる。

全職員参加の内部研修については、時間外手当を支給し、事業所が必要と認める外部研修については就業時間扱いとして職員が研修に参加するための支援を行っている。

法人として、人員体制プランを策定し、プランに基づいた人事管理により、目標の資格取得ができるように取り組んでいる。

外部研修受講時は、受講者が研修報告書を作成し、研修の概要・感想等を記載している。高齢者虐待等の外部研修受講時には、受講者は高齢者虐待防止委員会でも研修内容の発表を行っている。外部研修の報告書は、各部署にコピーを設置し、職員が見て内容を確認できるようにしている。

内部研修受講時は、研修内容の習得状況を確認できるようテスト形式の研修受講報告書を作成している。研修受講一覧表で職員の研修受講の状況を把握し、研修実施日に受講できなかった職員も資料の配布・個別研修などを行い、テスト形式の報告書の提出で全職員の習熟度を高めるように取り組んでいる。

研修受講者の報告書は必ず施設長が感想欄等の確認を行っており、合同部会で受講の結果から評価を行っている。理事会で研修の受講報告が行われ、受講資格要件の見直しや受講支援を行う予算を決め、必要な研修等次の研修受講に評価を反映させているが、経過記録等は確認出来なかった。評価分析結果や、評価分析結果に沿って研修内容等が見直されていることを経過記録等に残すことが望まれる。

人事課が担当部署となり、研修受講の内容やカリキュラムの検討・見直しを行っている。

実習受け入れの基本姿勢を「実習マニュアル」に明文化している。

実習マニュアルに、連絡窓口・事前説明・オリエンテーション等について記載されている。基本的には生活相談員を受け入れ窓口とし、各取得予定資格に対応できる資格取得職員が受け入れから対応を行なっている。「実習の際の心得」で事前説明を行っている。

実習生の受け入れに対して、特に家族に連絡・説明は行っていないが、意思表示・意向確認ができる利用者に対しては実習生によるケアの意向を確認している。実習生とは「個人情報保護に関する誓約書」を取り交わしている。

養成校(看護学校)と理事長名で実習委託契約書を取り交わしている。

介護福祉士、社会福祉士、医療的ケア指導者(看護師)等実習指導者研修修了者が実習内容や取得資格別に実習指導を行っている。(実習指導担当者だけで指導することが難しい場合などは、マニュアルに謳われている指導補助者へも実習指導の研修を行うことが望まれる。)

養成校から提供される養成プログラムに沿って、資格に応じた実習ができるようプログラムを策定している。

実習受け入れ前には、養成校との連携・打ち合わせを行い計画的に学べるようにプログラムを調整している。養成校の指導教員巡回時等に実施状況の報告・確認等を行い継続的な連携を図っている。

現在は看護師のみの受け入れとなっており、プログラムを整備している。社会福祉士については、養成校から提供されるプログラムを使用するようになっている。

介護老人福祉施設大池サンホーム

Ⅱ-2 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
Ⅱ-2-(1)-① 緊急時(事故、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を整備している。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-2-(1)-② 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。		a ・ (b) ・ c

特記事項

施設長を責任者とする事故防止・苦情対策委員会、看護師・医師を責任者とする感染防止対策委員会を設置している。

事故発生時には、事故報告書が提出され、その都度、現場の職員も参加する事故検討委員会を開催し、対応策を検討し速やかに現場に反映させている。また、毎月定期的に行われる事故防止・苦情対策委員会に集計件数等がデータで報告され、再発防止につなげている。感染症については毎月定期的に感染防止対策委員会が開催され、感染症発生件数や状況が報告され組織的な対応を行っている。

急病及び事故発生緊急時の対応フローチャートに、それぞれの状況に応じた責任者と役割を明確にしている。事故発生防止指針を策定し、事故防止のための基本方針、委員会の設置等組織で事故防止に取り組んでいる。事故再発防止マニュアルを整備し、発生防止と予防、発生時の対応、緊急時の連絡体制等を明示している。寮母室にマニュアル集として設置し、園内の介護事故防止研修の機会にマニュアルに基づいて周知を図っている。また、入職時に配布する携帯マニュアルの中にも緊急時対応として明示し周知を図っている。

医療機関について、緊急連絡先一覧表を作成している。緊急時の受け入れ体制の整備を行い、大池病院、松田病院などと協力医療機関としての委託契約を結んでいる。歯科についても診療契約を結んでいる。非常災害時の「災害時応援の覚書」として、大池病院と応援体制を整えている。消防署とは、非常ベルが鳴ると自動的に通報されるシステムを採り入れており、協力・連携体制が構築されている。

起りかけたものはヒヤリハット報告書として、起こったものは小さなものでも事故報告書として、内容や件数を把握してデータ化し安全確保に向けたリスクマネジメントを行っている。内容・時間帯・場所別に毎月集計、年間集計を行い、発生防止・対応策を講じている。看護会議やチーフ会議で報告され、職員間で情報共有を図りながら、事故防止策の浸透を図るよう努めている。事故発生時には職員参画で行われる施設内事故検討委員会で防止策を検討している。

介護事故防止についての研修を実施し、介護課・看護課職員は全員参加としている。

毎月定期的に行われる事故防止対策委員会で、事故報告・対応策について報告を行っている。今後は、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行い、より一層の安全確保、事故防止に努めることが望まれる。

Ⅱ-3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
Ⅱ-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
Ⅱ-3-(2)-① 利用者との関わりを大切にしている。		a ・ (b) ・ c
Ⅱ-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(2)-③ 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。		a ・ (b) ・ c
Ⅱ-3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
Ⅱ-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。		(a) ・ b ・ c
Ⅱ-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。		(a) ・ b ・ c

法人事務(理事長補佐)が社協主催の「今後の社会福祉法人の動向」研修に参加し、社会福祉事業全体の動向・ニーズ等の把握に努めている。2ヶ月に1回開催される北ブロック会や市が開催する会議へも参加して把握に努めている。今年度改定された介護保険の改定などについて解説された書籍を購入し、福祉ニーズの動向把握も行っている。
神戸市老人福祉施設連盟で出されているショートステイ空き情報などから情報収集している。WAMネットなどでも福祉の動向・ニーズを把握している。
事業所職員がLSAに出向しており、シルバーハウジング生活援助員会議(毎月開催)で、見守りが必要な人がどのように過ごしているのか情報を得よう留意し、潜在的福祉ニーズの把握に努めている。
これまでに把握した地域の福祉ニーズや福祉の動向などを中長期計画に反映し、施設内の改修に取り組んできた。制度改正に伴い、今年度把握できた内容や情報・データを、今年度以降の中長期計画に反映させる予定である。

老施連の出しているデータを基に緊急ショートを受け入れ等福祉ニーズの把握に努めている。
あんしんすこやかセンターとは日常的に連携を図っており、地域で暮らす生活保護者等生活困難者の受け入れ体制整備を行っている。
ホームページのトップに「介護全般お悩みの方相談窓口 無料」として掲載しており、介護相談を通じて広くニーズ把握するように取り組んでいる。えがおの窓口への相談内容に応じ、生活相談員が相談に乗りニーズの把握に努めている。現時点では、グループホーム・ショートステイ等の事業活動を行っており、制度改正が明確になってから、中長期計画への反映を行う予定である。

社会資源の「サンホームマップ」を作成し、利用者がいつでも手に取り見ることができるようにして情報提供している。
添い支援できる体制を整えている。通院や近隣のスーパーや店舗への買い物には、希望があれば、職員の付き添いと車の提供で支援している。
音楽セラピー・チェロ・生け花・トールペインティングなどのボランティアの来訪や、中学校のトライやるウィークの受け入れを行い、地域とのコミュニケーションに努めている。また、介護教室を年1回開催を継続しており、地域の方の来訪を受け入れている。利用者が地域活動に参加し交流の機会を持つことを大切にすること事業所としての基本的な考えを、利用者・家族・地域の人等に書面等で明確にすることが望ましい。

介護教室を開催しており、「介護教室のご案内」をLSAやえがおの窓口へ設置している。また、家族・ケアマネジャーに配布したり、地域住民にポスティングを行い、参加を呼びかけている。ホームページにも介護教室開催案内の掲載を検討している。
介護相談窓口を設置し、ホームページにも掲載している。直接来訪し相談に来られるケースも多い。

音楽セラピー・チェロ・生け花・トールペインティングなどのボランティアの来訪を受け入れている。
ボランティアの受け入れに関して、「ボランティアの受け入れ」「ボランティア受け入れの手順」を作成し、これらに付随して「ボランティア活動メニュー」「ボランティア登録カード」が整備されているが、ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明文化については確認できなかった。
「ボランティアの受入手順」で、受け入れの流れ、受け入れ窓口・担当者を明確にしている。実習生と共通する事前説明事項は、「実習の際の心得」を準用して説明している。別途ボランティアには「ボランティア活動のメニュー」お願い欄に宗教活動は行わない等注意事項が記載されており、事前説明時に説明している。
実習生・研修生・ボランティア・その他で、同書式での個人情報保護・守秘義務に関する誓約書を交わしている。ボランティアの受け入れに関し、組織としての基本的な考え方・方針について明文化しておくことが望まれる。

協力病院の一覧表、火災時の関係機関の連絡先、警察・消防の連絡先等目的に応じてリスト化している。マニュアルに一覧をファイルするだけでなく、寮母室にも設置し使用しやすいようにしている。
サンホームとしてパソコン上での情報共有と書面での情報共有を併用して行っている。
同じ社会資源を利用する場合は、できる限り担当職員を固定せずに支援することで職員間の情報共有を図るよう努めている。

月1回程度は大池病院と、入院している利用者があれば連絡会を開催し情報の共有を図っている。
老施連のネットワークに参加し空き状況などの情報提供を行っている。
施設連絡会、介護師会、看護師会などのネットワークにも参加している。老施連が課題を提起し、相談員とケアマネジャーで合同研修会を開催し、利用者のスムーズな受け入れ等について学び、意見調整を行う機会としている。神戸市の老施連主催で職種別に分科会があり、情報共有・ネットワーク化に取り組んでいる。

介護老人福祉施設大池サンホーム

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス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。	○a・b・c
Ⅲ-1-(1)-②	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。	○a・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a・○b・c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○a・b・c

特記事項

利用者尊重の姿勢は、理念・基本方針に謳われている。個々のサービスの標準的な実施方法を明示した各種マニュアルにも反映している。

年間研修計画の中に、「理念・人権」の研修を位置づけ、利用者の尊重や人権への配慮について全職員が定期的・継続的に学ぶ機会を持っている。

身体拘束・虐待防止についても、年間研修計画に盛り込み、全職員が学べる機会を設けている。全職員が学べるように、複数回研修を実施している。昨年度は神戸市の作成したDVDを用いて、様々な事例を通して学んだ。

研修後は、研修受講報告書をテスト方式で行うことにより、各職員の研修内容の習熟度を確認し、次年度の研修に反映させるように取り組んでいる。研修に使用するテキストは、施設独自で作成し、毎年内容を見直している。

施設としてプライバシー保護マニュアルを作成し、入浴・排泄等、各提供サービス場面ごとに具体的な内容でプライバシー保護を明文化している。また、プライバシー規定の中にも、利用者のプライバシーへの配慮について具体的に謳われている。職員にマニュアルを配布するだけでなく、プライバシー保護について研修の機会を持ち具体的な内容も含めて周知するようにしている。職員倫理規定を基にも研修を実施し、利用者へのプライバシー保護について理解を深めるように努めている。

多床室は明るい色のカーテンで仕切り、プライバシーの確保に努めている。面会時は、必要に応じてプライバシー保護に配慮して面会場所を設定している。

規定・マニュアルに基づいたサービスの実施については聴取で確認したが、今後は、自己評価表等実践状況が把握できる様な項目を盛り込み、職員の実践状況を確認する仕組み作りが望まれる。

意見箱は、設置場所に配慮して、さりげなく入れやすい場所に設置している。

半年に1回ケアプラン見直しのカンファレンスを設け、基本的には全家族に出席してもらうように案内している。カンファレンスでは、ケアプランについて以外にも、意見や要望を引き出せるように配慮している。出席できない場合にはカンファレンス前に電話等で意見や要望を聴取するようにしている。カンファレンス時の聴取と共に、今後は、年1回程度家族に満足度調査等を実施し、より一層のサービスの質向上に反映させていく取り組みを期待する。

利用者には、月1回意見聴取会を実施し、食事面だけでなく施設内外での生活や活動に対しての意見も聴取するように努めている。意見聴取会での内容は議事録として残している。

出された意見や要望については、苦情防止対策委員会で分析・検討し、検討結果に基づきサービスの質の向上や利用者へのサービス提供に反映させるように取り組んでいる。

「相談・苦情に対する体制」として図式マニュアルを作成し、相談受付から解決までの流れ、担当窓口・職員が明確にされている。また、マニュアルには相談しやすい職員や窓口を自由に選択できることも説明している。

ロビー・多目的室・相談員室・えがおの窓口等、家族が相談や意見が述べやすい場所を選べるように配慮している。相談方法・相談相手について、口頭やホームページで説明している。今後は、マニュアルと同様、相談窓口・相談方法・対応の流れ等をわかりやすく説明した文書を作成し、利用者・家族への配布やわかりやすい場所への掲示により、利用者・家族に周知を図る取り組みが望まれる。

苦情解決の体制を整備し、解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置し、「相談・苦情に対する体制」の図式マニュアルや「苦情解決規定」の中に、明示している。苦情解決の体制については重要事項説明書に明示し、配布・説明すると共に、施設内の見やすい位置に掲示している。
 苦情についての内容・検討・経過・結果が苦情解決受付簿に記載され、申し出た利用者及び家族等へのフィードバックについても記載されている。
 苦情の公表については、施設としては苦情の内容及び解決結果等を公表する方針であり、ホームページでの公開を考えている。申し出た家族及び利用者公表への意向を確認し、意向に沿って公開する方針であるが、現在までに公開の事例がない。

「相談・苦情に対する体制」の図式マニュアルを作成し、意見・要望が出された時の対応・反映までの流れが図式で明示されている。マニュアルは定期的に見直しを行っている。
 月1回の意見聴取会で聴取した意見・提案に対しては、迅速に対応するよう努め、経過を会議録に残している。食事に関する意見・提案を聞き取りのアンケートで把握し、給食管理委員会で検討しメニューに反映させる取り組みが、議事録に記載されている。苦情については、対応と反映が苦情解決受付簿に記載されている。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
Ⅲ-2-(1)-①	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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・Ⓑ・c
Ⅲ-2-(3)-③	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。	Ⓐ・b・c

特記事項

運営管理面について神戸市が策定している「運営管理自主点検票」に従い、年1回定期的に自己評価を実施している。サービス面については基本方針に基づいた毎月の目標を設定し、各月の目標に応じて職員は実践状況を評価している。また、年1回一般職用と管理職用と項目を定め、各職員で自己評価を行い年度末には、各部門の管理者(主任)・マネージャーが職員個別の面談と評価を基に評価結果について分析・検討を行い、施設長に報告し、次年度へとつなげている。
 第三者評価を定期的に受審している。
 マネージャー・介護主任・介護副主任を評価の担当者と定め、計画的に取り組む体制を整備している。

毎年6月の合同部会で、「マニュアルの見直し」と「監査・評価に関して結果の分析」を行うことを定め、計画的に実施している。合同部会で、職員参画の下評価結果・分析を行い、次年度の課題抽出を行い、議事録に明記している。合同部会の内容については、チーフ会議で報告され、チーフ会議から各職員には、議事録の回覧や連絡ノートへの記載で共有を図る仕組みになっている。

課題については、合同部会からチーフ会議へ伝達され、議事録の回覧や連絡ノートへの記載で各職員に周知している。各職員からの改善に向けた意見や提案等は連絡ノートに記載し、チーフ会議から合同部会にフィードバックされる仕組みになっているが、文書等で確認するには至っていない。課題についての改善計画の策定から、実施の進捗状況の確認・実施状況の評価、必要に応じての計画の見直しについて、全職員が理解し、全職員参画の下取り組まれることが望まれる。取り組みについては、経過を記録として残されることが望まれる。個々のサービスについて、標準的な実施方法が定められており、各サービス毎にマニュアルが作成されている。マニュアルの見直しを年1回実施していることが議事録で確認できた。

見直しされたマニュアルをもって研修を行い、標準的な実施方法について周知と理解を図るように取り組んでいる。各種マニュアルの標準的な実施方法の明示の中に、利用者尊重やプライバシーの保護について具体的に明示している。

新入職者については、直接業務の中でOJTを活用して指導・助言を行い、マニュアルの周知を図っている。入職後1週間程度で面談を行い、業務・技術の習熟度を口頭で確認し資質の向上を図るようにしている。現任職員については、標準的な実施方法に基づいての介護の実践を確認する仕組み作りには至っていない。マニュアルの見直し・見直し後の浸透を図るための研修の実施を行っている。今後はマニュアルの内容に沿ったサービスの提供ができていないか、技術的な研修・指導を行い職員への周知徹底を図る取り組みが望まれる。技術的な研修・指導の結果、習熟度を確認する仕組みについての構築も望まれる。新人研修・現任研修共に、個別の習熟度を記録に残すことを期待する。

年に1回定期的に、職員会議でマニュアルの見直しを実施し、会議録に記録している。職員の意見や提案についても、議事録から確認できる。

利用者個別の記録を施設全体で統一された書式とファイル方法で整備されている。

ケアプランに基づいたサービス提供ができていないかを、月1回記録内容から評価・確認している。記録の確認は、ケアプランを作成したケアマネジャーと、ケアマネジャーの資格を持った職員が記録内容の確認を行い、必要に応じて指導・助言を行っている。経過記録管理責任者として位置づけられている施設長も、毎月1回定期的に記録を確認し捺印している。

正しい記録方法をいつでも職員が確認できるように、数種類の実際の記録用紙に記載例を明示した資料を設置し、記録のばらつきが生じないように取り組んでいる。

記録管理の責任者として、施設長が位置づけられている。

「個人情報管理規定」の中に記録の保管方法・データの開示規定が記載され、「保有個人データの開示」の項目でデータの開示を求められた場合に開示を行う旨が謳われている。また、重要事項説明書に、記録の管理保管や開示について明示している。

記録の管理についての、職員研修には至っていない。個人情報保護と情報開示の観点から、記録の管理について職員に教育や研修を実施することが望まれる。

連絡ノートに業務・利用者のケア等職員間で情報の共有が必要な内容について記載し、職員が出勤時に確認し情報共有を図っている。確認後には捺印をしている。介護日記に記載された、利用者・各フロアに関して情報共有が必要な内容については、申し送りで情報共有を図っている。

介護課会議とは別に、ケアカンファレンスを定期的には6か月に1回行い、各職種・部門横断で情報共有を図り、利用者への統一した支援をプランに反映させるようにしている。利用者の状態や希望・要望に変更が生じれば適宜カンファレンスを行い見直しを行い支援につなげている。

「サンホーム共有」としてフォルダーがパソコン上に作成され、利用者の基本情報はネットワークで共有できるように整備されている。また、マニュアルや行事实施や職員勤務表など職員間で情報共有を図る必要がある情報については、パソコン上で共有を図ることができるようにしている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	第三者評価結果
Ⅲ-3-(1)-① 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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(1)-② 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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
Ⅲ-3-(2)-① 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。	a・Ⓑ・c

特記事項

パンフレットは、大きな文字や写真等を用いて、わかり易く工夫して作成されている。理念もパンフレットに明示している。利用希望者への配布やLSA・居宅介護支援事業所等への設置・ホームページの作成により、理念やサービス内容を広く情報提供できるように努めている。体験希望については、ショートステイの利用体験を通して対応している。

利用開始時には、サービス内容の詳細や利用料金等を具体的に記載した重要事項説明書を用いて説明を行っている。

契約書・重要事項説明書は、利用者・家族が見やすくし理解しやすいように文字を大きくしている。契約時の説明は生活相談員が行い、質疑応答を加えて、理解と同意を得た上で、契約書を取り交わしている。1階寮母室の前に重要事項説明書からの抜粋事項を掲示し、利用者・家族が不明な点はいつでも質問できるように配慮している。

他施設や在宅への移行はほとんどない状況にあるため、手順と引継書を定めるには至っていない。サービス終了後の相談窓口は、相談員としている。サービス終了時には、終了後の相談窓口について口頭で説明しているが、記載した文書を渡すには至っていない。他施設や在宅への移行を想定した対応について、手順と引継文書を定めておくことが望まれる。サービス終了時に渡す文書に、相談方法や担当者等を明示し配布することが望ましい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。	第三者評価結果
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○a・b・c
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○a・b・c

特記事項

利用者の身体状況・生活状況等は、包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いて、詳細なアセスメントを実施している。ケアプラン作成の流れを図式マニュアルの中で明確にしている。ケアプランは6カ月に1回定期的な見直しを実施し、見直し前には定期的に再アセスメントを行うことを定めている。

包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いて利用者の詳細なアセスメントを実施し、利用者一人ひとりのニーズや課題を、ケアプランに明示している。6カ月に1回のケアプランの見直し時に、モニタリングと再アセスメントを実施し、定期的にニーズや課題を再検討している。

ケアプランの責任者としてケアマネジャーを設置している。ケアプラン作成時は包括支援プログラムを用いて詳細にアセスメントを行い、ケアプラン作成の流れの図式マニュアルに沿ってケアプランを策定している。ケアプラン作成時には、各職種が記載した「サービス担当者会議に対する照会(依頼)内容」を活用して、サービス担当者会議でケアプランを策定している。ケアプランを基に介護計画を策定し、介護計画に基づいたサービス提供内容の確認については個別の経過記録に記載している。

ケアプランの見直しに関する手順については、ケアプラン作成の流れの図式マニュアルの中で明確にしている。6カ月に1回手順に沿って、定期的な見直しを行っている。ケアプランの見直しについては、個別ファイルの背表紙や職員伝達事項ノートに明示し、職員がケアプランを確認し、変更内容に沿って支援できるように取り組んでいる。また利用者の急な状況・状態の変化で見直しの必要性が生じた場合にも、サービス担当者会議を開催し見直しを実施している。

介護老人福祉施設大池サンホーム
 評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護		
Ⅳ-1-(1)-①	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。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-②	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-③	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。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-④	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	○a・b・c

特記事項

行事予定表は相談員が作成し、ホワイトボードに掲示している。利用者の参加の意向を確認し、意向があれば参加できるように支援している。
 意見聴取会を毎月開催し行事開催の希望を聞いている。アンケート調査で意向・希望を確認することは難しい状況にあるが、行事終了後に職員が合同レクリエーション日誌に反省点・感想欄に記載し、利用者が興味を持てる行事の開催に反映させている。

月に1回意見聴取会を行い、利用者の「したいこと」を聴取する機会を設けている。活動の中で参加の意向を把握した場合は、参加できるように支援している。利用者と職員で音楽隊を構成し、クリスマス会等には大池病院へ出張し、演奏を入院患者の方にプレゼントする取り組みもある。
 カラオケについて自発的な意向があり、機会が持てるように支援している。利用者の重度化と共に利用者自らの意向や希望を申し出ることが難しくなっているが、職員は日々のかかわりの中で意向確認、生きがいづくりへの活動参加へ向け提案を行い、参加支援を行うように取り組んでいる。
 音楽セラピー・チェロ・生け花・トールペインティング等、ボランティアの来訪を積極的に受け入れ、社会資源の活用に努めている。

面会時間は設定せず、いつでも面会できるように対応している。
 面接の場所は、ロビー・食堂・新館ホールを開放し、希望の場所で面会できるようにしている。プライバシーに配慮し、必要であれば相談室を利用して面会できるようにも支援している。
 外出や外泊時には、車椅子等介助に必要な器具の貸し出しを行っている。現在は利用者の重度化が進み、家族が支援し外出や外泊を行う機会が減少している。

「基本情報」の認知・身体・精神状況を確認する書式があり、半年に1回見直すことにより、視力・聴力・会話について現在の状況を個別に把握している。また、ケアチェック表の中でも、コミュニケーションについて把握する項目がある。
 基本情報とケアチェック表から、個別のコミュニケーション手段を把握・確認しプランに反映させるようにしている。プランに反映させた方法を職員全体で情報共有し、適切な支援を行うようにしている。聴覚障害には筆談で、認知症状進行についてはボディランゲージで等、個別のコミュニケーション技法を検討している。
 代弁者・手話通訳者等を受け入れた事例はない。利用者の状況により知人や友人・家族の協力を得て必要なコミュニケーションを保つように取り組んでいる。

Ⅳ-2 快適な環境づくり

		第三者評価結果
Ⅳ-2-(1) 居室		
Ⅳ-2-(1)-①	快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(2) 食事		
Ⅳ-2-(2)-①	快適な食事環境の整備に配慮している。	○a・b・c
Ⅳ-2-(3) 入浴		
Ⅳ-2-(3)-①	快適な入浴環境の整備に配慮している。	○a・b・c

介護老人福祉施設大池サンホーム

IV-2-(4) 排泄		
IV-2-(4)-①	快適な排泄環境の整備に配慮している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(5) 衣服		
IV-2-(5)-①	利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(6) 理容・美容		
IV-2-(6)-①	利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a ・ (b) ・ c
IV-2-(7) 睡眠		
IV-2-(7)-①	安眠できるように配慮している。	a ・ (b) ・ c
IV-2-(8) 健康管理		
IV-2-(8)-①	利用者の健康保持に配慮している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(9) 服薬管理		
IV-2-(9)-①	内服薬・外用薬等の扱いを確実にやっている。	a ・ (b) ・ c
IV-2-(10) 外出		
IV-2-(10)-①	外出は利用者の希望に応じてやっている。	a ・ (b) ・ c
IV-2-(11) 通信		
IV-2-(11)-①	郵便や電話などの通信機会を確保している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(12) 情報媒体		
IV-2-(12)-①	新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	(a) ・ b ・ c
IV-2-(13) 嗜好品		
IV-2-(13)-①	嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	(a) ・ b ・ c

特記事項

開放的な生活空間の廊下の照明は明るく、ゆったりとしたソファで入居者は思い思いに安全に過ごされている。居室はピンク色のカーテンや明るい色調の寝具を取り入れ、利用者が安全・安楽に過ごせる配慮が感じられる。ベットサイドに使い慣れた希望の調度を持ちこんでもらえるようにはなっているが、利用者の認知症や身体状況に配慮して調度の持ち込みや設置を行うように支援している。生活空間のプライバシーはカーテンで配慮されている。

摂食量のチェックと共に、利用者の食事への反応や感想を、調理の委託業者に直接伝え、献立や味付けに反映している。月1回嗜好調査を実施し、嗜好・禁忌食・朝食の選択(パン・ご飯・粥の選択ができる)を確認している。意向聴取会では、日常の献立の希望や行事食等の希望を聴取している。食堂は衛生面を大切にし、ゆったりと食事ができるように、また、気の合う人と気分よく食事ができるように、配席にも配慮している。

入浴に関して、基準・手順を明確に、プライバシー保護を含めた詳細なマニュアルを作成している。変更事項については、職員伝達事項に明示し、職員がマニュアルに沿って支援できるように取り組んでいる。入浴についての個別の課題については、ケアプラン・介護計画に抽出し、支援を行っている。汚染があれば、計画以外でも必要に応じてシャワー浴や入浴ができるように支援している。現在週2回の入浴が基本となっているが、プラン作成時に回数や曜日の希望を聴取している。時間については利用者のペースに合わせて入浴できるように努めている。

包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いてアセスメントを行い、利用者の状態に応じた個別具体的な排泄介助の方法をケアプランに明示している。

尿器・便器・ポータブルトイレ・オムツ・パットなど使用する物品に応じた実施の手順を明示したマニュアルを作成し、プライバシーへの配慮についても明示している。

衛生防臭への配慮についても消臭剤や使用したオムツやパット等を真空パックする器具(エコ無臭)の使用で施設内の生活環境への徹底した配慮を行うようにしている。消臭剤の使用もやっている。清掃を日々適切に行っているが防臭に限度があり、老朽化のためトイレのリニューアル改修の予定がある。トイレの清掃については、職員が清掃・確認チェックを行うようにしているが、トイレ清掃に関してのチェック表の作成が望まれる。

業者との契約により、季節に応じた衣類を、サイズ・色・デザインなど多様に配置し、利用者が好みや希望で選択し更衣できる仕組みがある。選択する際には、必要があれば職員が相談に応じている。汚染があれば、適宜更衣を支援している。また、希望があれば、衣類の購入も支援している。

月に1回、訪問理美容の来訪があり、髪型については利用者の希望や好みを職員が伝えて、利用者の意向に沿った理美容が受けられるように支援している。

理美容に関する情報は、利用者の共有スペースの壁面に来訪の予定表を掲示するにとどまっている。また、外部の理美容院の希望があれば、家族と共に外出して希望の理美容院に出かけることも支援している。化粧水なども必要に応じて購入できるように支援している。訪問理美容のメニューを掲示する等、利用者が興味やおしゃれ感覚を持ち、選択できたり意向を表せるような情報提供が望まれる。6人部屋では、部屋全体で常夜灯がついているため個別の意向に応じた調光は難しいが、少人数・個室は調整できる。

睡眠に対するマニュアルの作成には至っていない。希望があれば、私物寝具の持ち込みも可能である。不眠の利用者に対しては、別の部屋やソファーで眠れるまで職員が話を聞いたり、付き添い等を行い安心して寝ることができるように支援している。寮母室や廊下のソファーを利用できる。夜間就寝中の対応に関するマニュアルの策定が望まれる。個人記録の熱型表に、熱・血圧・脈拍・酸素濃度・内服薬の処方について記載されている。

健康管理マニュアルは、通常時の利用者の状態の把握・異常時の対応・健康診断・感染予防等、看護師が中心になって行う業務を明示している。応急処置マニュアルも整備されている。緊急時対応について、看護課から介護課に向け、対応手順が明示された手順書類も作成されている。

さらに、健康管理マニュアルとして、入浴の可否判断基準やバイタルサインのチェック・判断基準などを明示したマニュアルの作成が望まれる。

2号用紙に利用者の体調や健康状態の変化について記録され、変化がある時には常勤医師に伝え、診察を受けることが出来る。年1回健康診断を受ける機会があり、異常があれば医師から家族に直接説明を行っている。

また、常時、医師や看護師に直接相談できる体制も整えられており、家族から希望があれば、介護主任が医師・看護師に伝え、説明を受けている。

日中、音楽に合わせて体操を行い、機能維持・低下予防に努めている。

訪問歯科の往診、歯科衛生士の週1回の訪問があり、必要に応じて受診することができるように支援している。職員は、歯科医師・歯科衛生師からの助言、指導を定期的に受け利用者を支援するようにしている。

処方薬局から出される「薬情報」の書面を個別のファイルにファイリングし、薬について適切な情報を得ている。

服薬マニュアルが作成されており薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について明示されている。薬服用介助を介護職が行い、空袋で看護師が最終の服薬確認を行い誤薬の防止に取り組んでいる。

熱型表の所定の欄に利用者の内服薬・外用薬の処方状況を記載している。服薬確認は行われているが、実施状況を記録を残すことが望まれる。通帳での金銭管理が可能な利用者の銀行への外出・受診での外出等には、必要に応じて適宜支援している。初詣には、利用者の希望と体調に応じて、出かけられるように支援している。

見やすい大きさの航空写真等を用いて地域のガイドマップを作成し、情報提供を行っている。単独で外出される利用者がないこともあり、外出時の利用者への学習やカードの作成等は行っていない。事務所に公衆電話を設置し、いつでも利用できる。希望があれば、相談室等個室で電話を利用することも可能である。利用時には、必要な介助・支援は行うが、プライバシーに配慮している。携帯電話の持ち込みも可能である。

郵便は事務所に集配があり、発送・受け渡しについては、プライバシーに配慮して個別に対応している。

希望に応じて、新聞・雑誌を個人で購買・購読ができるように対応している。

テレビ・ラジオも、個人で持ちこんで使用できるようにしている。

テレビの共同利用については、職員が利用者の希望を聞き、調整・対応している。

防災・受動喫煙防止のため、施設として喫煙をしない方針で対応している。喫煙を強く希望する利用者には、禁煙できるまで、職員が同行し所定の場所で喫煙ができるような支援を考えている。

アルコールについても、疾患・アルコール依存を考慮して、摂取は控える方針である。

現在は、希望される利用者はない。業者との契約により、季節に応じた衣類を、サイズ・色・デザインなど多様に配置し、利用者が好みや希望で選択し更衣できる仕組みがある。選択する際には、必要があれば職員が相談に応じている。汚染があれば、適宜更衣を支援している。また、希望があれば、衣類の購入も支援している。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	8	88.9
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	28	100.0
II-2 安全管理	9	8	88.9
II-3 地域との交流と連携	23	21	91.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	19	95.0
III-2 サービスの質の確保	25	22	88.0
III-3 サービスの開始・継続	11	9	81.8
III-4 サービスの実施計画の策定	10	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	39	88.6

