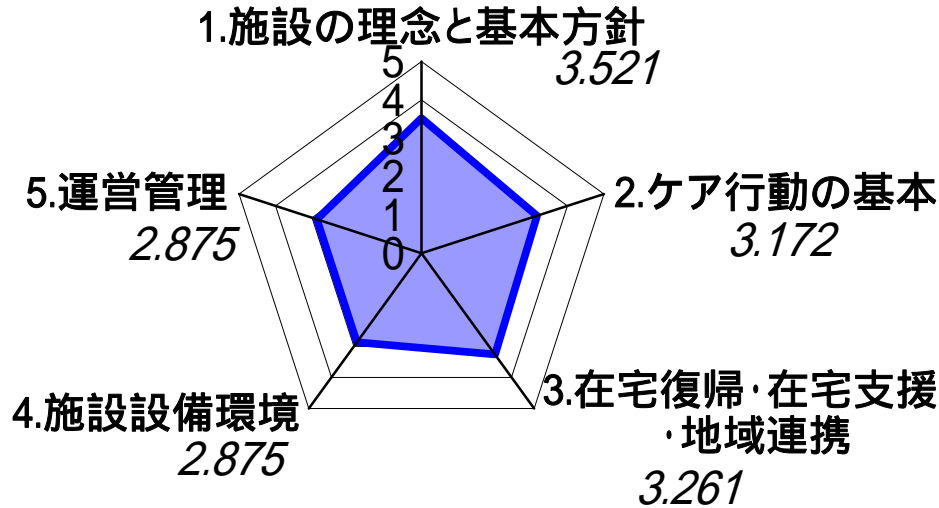


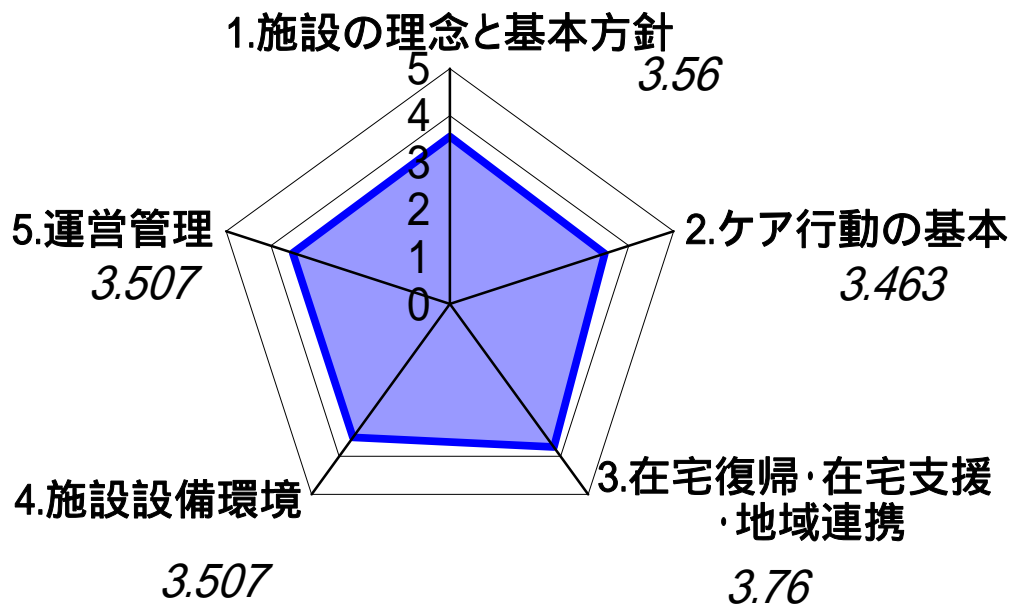
サービス自己評価結果

サービス評価5項目

H19.12



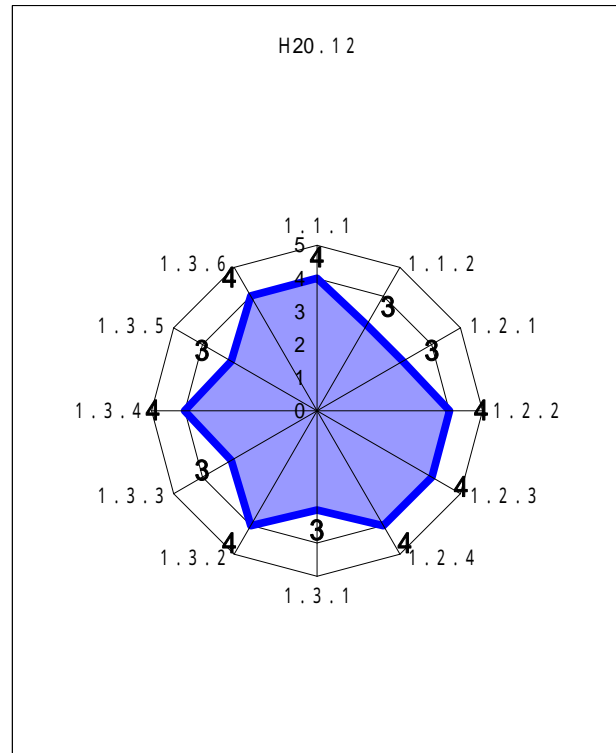
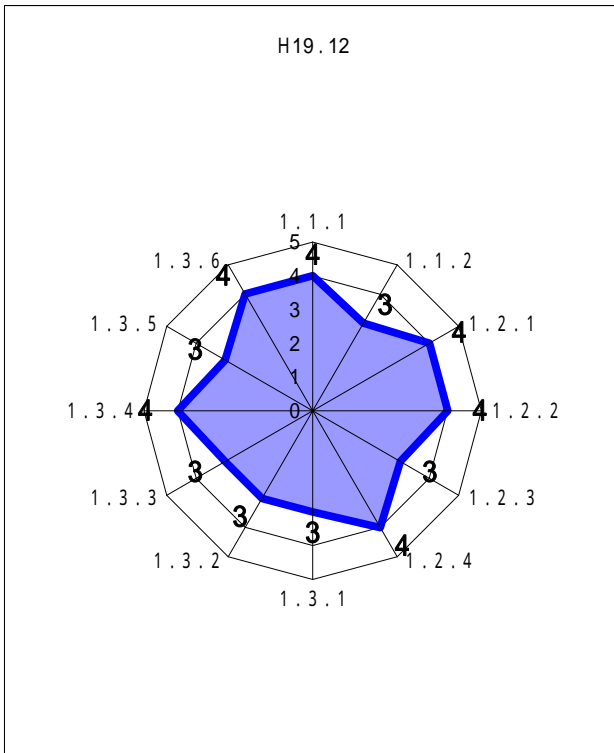
H20.12



【事業所名】 光苑

サービス自己評価の結果

1. 施設の理念と基本方針



	H19.12	H20.12
施設の理念と基本方針		
1.1.1 施設の理念と基本方針の確立	4	4
1.1.2 理念や基本方針の徹底	3	3
利用者の人権尊重		
1.2.1 人権・プライバシーへの配慮	4	3
1.2.2 抑制・拘束の廃止	4	4
1.2.3 抑制・拘束の廃止	3	4
1.2.4 利用者の情報漏洩への配慮	4	4
選択の自由		
1.3.1 嗜好品	3	3
1.3.2 テレビ、新聞、雑誌等の自由な利用	3	4
1.3.3 髪型、服装の自由	3	3
1.3.4 外部との自由な連絡	4	4
1.3.5 金銭等の自己管理	3	3
1.3.6 家族や知人等、施設外部との交流	4	4

【事業所名】 光苑

a:
b:
c:

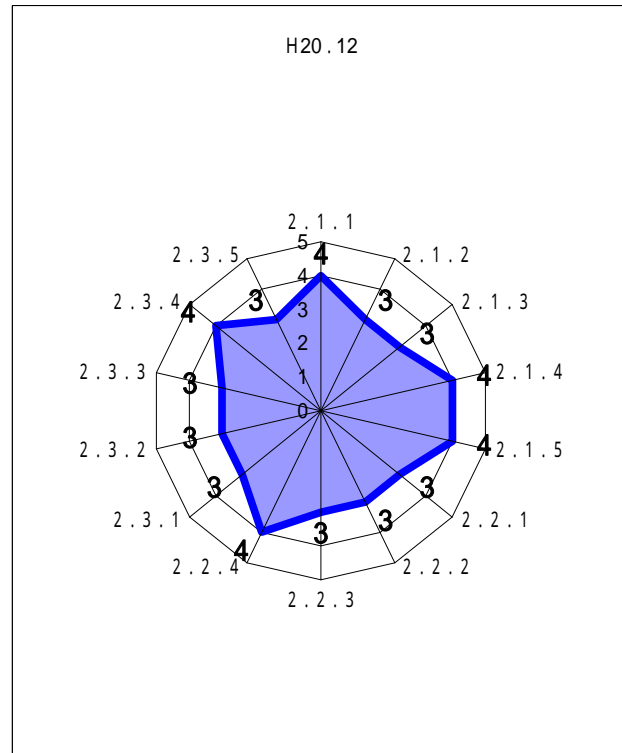
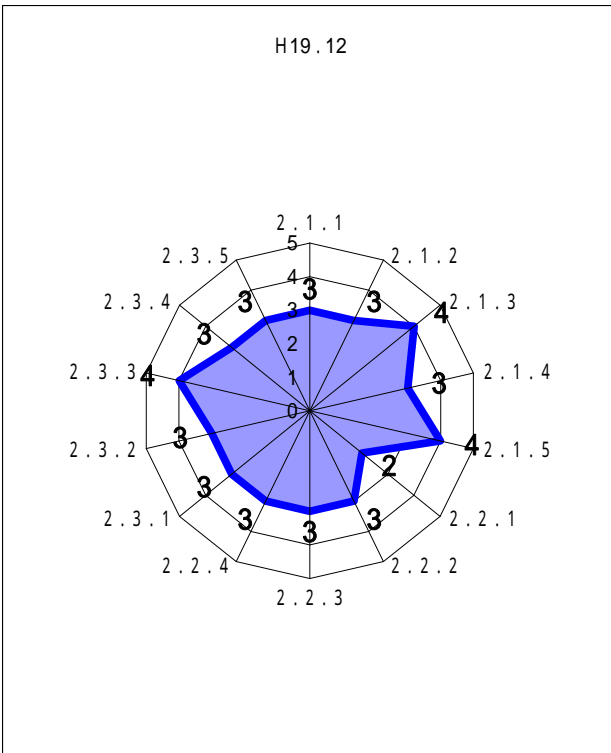
小項目	内容	H19.12	H20.12
1.1.1.1	理念および基本方針を明文化している。		
1.1.1.2	介護老人保健施設の理念や基本方針を遵守した運営を行っている。		
1.1.1.2.1	施設基本方針を掲示している。		
1.1.1.2.2	施設の理念および基本方針を、すべての職員に浸透させて運営に活かしている。		
1.2.1.1	利用者や家族に、人権やプライバシーの遵守について説明している。		
1.2.1.2	利用者が人権やプライバシーについて、家族または第三者等に直接相談できるよう配慮している。		
1.2.1.3	利用者を「一人の人間」として尊重する職員教育を実施している。		
1.2.2.1	理事長や施設長などトップが身体拘束廃止に向けて決意している。		
1.2.2.2	全職員が身体拘束廃止に向けて、共通の意識を持つ工夫をしている。		
1.2.2.3	身体拘束を必要としない介護の実現に向けた取り組みをしている。		
1.2.2.4	事故を起こさない環境整備や柔軟な応援体制を確保できる工夫を行っている。		
1.2.3.1	利用者一人ひとりの精神・身体状況の評価を実施している。		
1.2.3.2	ベット、車いす等からの転落の危険性が予測される場合や安静を保たなければならない状態にもかかわらず、その状況が判断できない場合、また、そのような対象者にはなるべく職員との接触時間を長くするなど、情緒的な安定が得られるよう努力している。		
1.2.3.3	大量の向精神薬の投与は、結果として利用者の行動制限になるため、行わないようにしている。		
1.2.3.4	施設的环境・設備を十分工夫し、利用者の行動を抑制したり、拘束したりすることがないようにしている。		
1.2.4.1	個人情報の漏洩を予防するマニュアルを作成している。		
1.2.4.2	漏洩しないよう管理責任者が明確にされており、とくに漏れてはいけないものは鍵のかかる場所に保管している。		
1.2.4.3	利用者の入退所、施設療養費等に関する記録・資料等に関して、取り扱い要領等をまとめ、細心の注意を払っている。		
1.2.4.4	個人情報の漏洩に配慮するよう、職員に対し指導している。		
1.2.4.5	利用者が他機関利用などで情報の提供が必要な場合にあっては、利用者・家族の同意のもとに提供するようにしている。		
1.3.1.1	心身状態等に障害のある人でも、希望に応じた個別的な対応をしている。		
1.3.2.1	希望があれば個人購入できるよう配慮している。		
1.3.2.2	談話コーナー等にテレビを設置して、利用者が自由に見られるようにしている。		

1.3.2.3	ビデオの機材があり、希望があったときには、自由に見られるようにビデオソフトも数多く用意している。		
1.3.3.1	理美容室へ行く機会や理美容師の施設内への導入などに配慮している。		
1.3.3.2	服装についても、着脱しやすい型・素材にのみとられるのではなく、利用者の好みの柄・色等を重視している。		
1.3.3.3	身だしなみの介助が必要な利用者でも、利用者の好み、希望に沿うようにしている。		
1.3.4.1	利用者のプライバシーを守るために、通信内容が他人に聞こえないようにする為、工夫している。		
1.3.4.2	公衆電話等を設置し、自由に電話できるよう配慮している。		
1.3.4.3	便箋・封筒、切手類が自由に購入でき、また、自由に投函できる設備等を工夫している。		
1.3.4.4	電話・手紙が自分でできない利用者には、信頼関係のある職員が、極力プライバシーを守る配慮をしながら代行し、外部と通信できようとしている。		
1.3.5.1	日常の買い物程度は支障なくできるような工夫や、そのような機会をつくっている。		
1.3.6.1	面会時間等についても、極力利用者の都合に合わせて柔軟に対応している。		
1.3.6.2	希望があれば、家族・知人と一緒に外出・外泊できるように便宜を図っている。		
1.3.6.3	家族・親戚はもとより、知人、隣人など地域住民との交流が自由にできるように配慮している。		

【事業所名】 光苑

サービス自己評価の結果

2. ケア行動の基本



	H19.12	H20.12
食事		
2.1.1 食事の雰囲気	3	4
2.1.2 選択メニュー	3	3
2.1.3 適温給食	4	3
2.1.4 嚥下障害・自力摂取	3	4
2.1.5 栄養管理	4	4
入浴		
2.2.1 入浴日以外の入浴・シャワー浴	2	3
2.2.2 入浴方法の工夫	3	3
2.2.3 入浴時のプライバシー・タオルの準備	3	3
2.2.4 浴室の清潔管理	3	4
排泄		
2.3.1 自立への働きかけ	3	3
2.3.2 適切なおむつ交換	3	3
2.3.3 排泄時のプライバシー	4	3
2.3.4 排泄記録の整備と活用	3	4
2.3.5 利用者に適した排泄用具やケア方法	3	3

【事業所名】 光苑

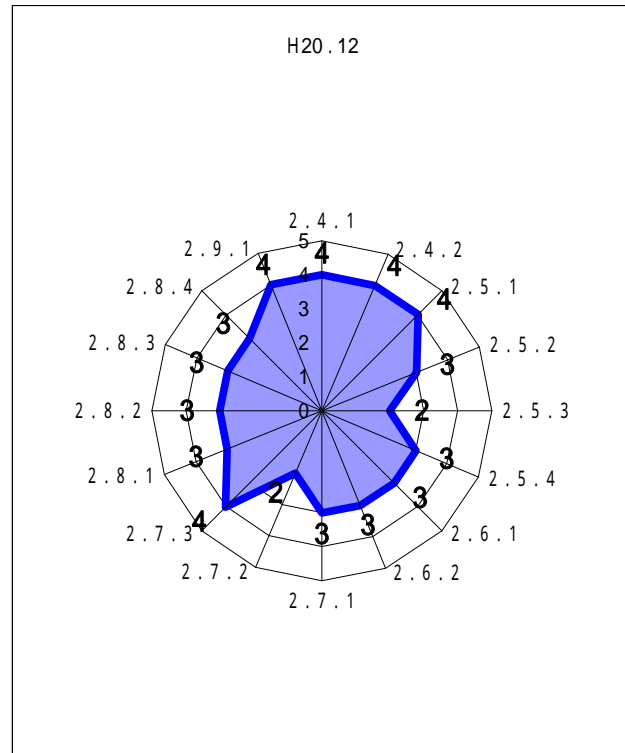
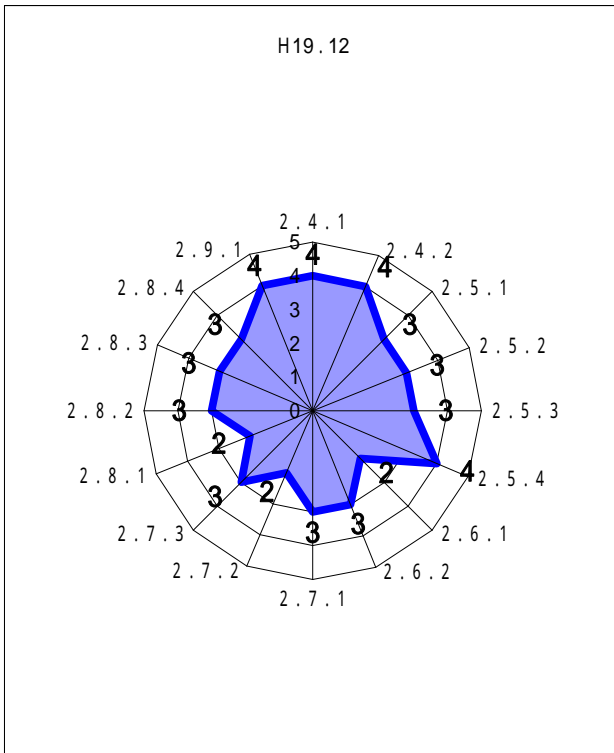
a:
b:
c:

小項目	内容	H19.12	H20.12
2.1.1.1	観葉植物を置いたり、軽音楽を流すなど、食事の雰囲気づくりをしている。		
2.1.1.2	定期的にイベントメニューを設けている。		
2.1.1.3	食堂の採光および照明設備に工夫し、通風、温度に気を配っている。		
2.1.1.4	利用者の状態に合ったイス、テーブル(高さや形等)を工夫し、姿勢調整を行っている。		
2.1.1.5	わかりやすい献立予定表が、よく見える場所に掲示されている。		
2.1.1.6	料理に合う食器を使い、盛りつけ等を工夫して、視覚的にもおいしく食べられるよう工夫している。		
2.1.1.7	疾病上、食事制限のある利用者に対して、食事・おやつ等の工夫ができています。		
2.1.2.1	バイキングを定期的に設けている。		
2.1.2.2	週のうち、何度かは複式献立により選択できるようにしている。		
2.1.2.3	利用者の選択で、主食をパンや麺類などに変更することができる等工夫している。		
2.1.2.4	利用者の嗜好調査を実施し、嗜好に合わせたメニューの検討を行っている。		
2.1.3.1	利用者が食事をとる場所に、スモールキッチンまたはバントリー(流し、冷蔵庫、電子レンジ、保冷車等)が設けられ、温めることや冷やすことができる。		
2.1.3.2	食事をとる前に配膳(盛りつけ)をしたり、温冷配膳車や保温食器等を使用するなど、工夫しながら適温に配慮している。		
2.1.4.1	口腔体操などで摂食・嚥下などの機能改善に取り組んでいる。		
2.1.4.2	個々の利用者の障害に応じた自助具を検討し、必要に応じて作成している。		
2.1.4.3	利用者の嚥下障害、摂食機能障害に対して、個々に応じた食事介助を行っている。		
2.1.4.4	医師・看護職員・介護職員・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・栄養士などの各専門職種による食事評価を行っている。		
2.1.4.5	利用者一人ひとりの咀嚼力、嚥下力に応じた食事を提供している。		
2.1.5.1	栄養管理者として、医師、看護、介護職員等と常時、利用者の状況について綿密な連携を確保している。		
2.1.5.2	利用者一人ひとりの病状、健康状態に応じた食事を提供している。		
2.1.5.3	状態の悪化や軽快に対して、食事内容の変更が即応できる体制となっている。		
2.1.5.4	食事摂取量のチェックができています。		
2.1.5.5	検食記録が整理されており、味付け等について率直な意見が記載されている。		

2.2.1.1	入浴日以外でも、利用者が希望すれば、自由にシャワー欲や入浴ができるような体制が整っている。		
2.2.2.1	必要に応じて、職員間で入浴方法や浴槽形態についての検討を行っている。		
2.2.2.2	入浴マニュアルがあり、安全の確保や態勢に十分注意を払っている。		
2.2.2.3	機械浴、リフト浴、一般浴等、浴槽機器等を数種類用意している。		
2.2.2.4	シャワーチェア、その他の介護機器用品も利用者の状況に応じて準備している。		
2.2.2.5	入浴剤等を使用し、リラックスできる環境を作っている。		
2.2.2.6	入浴後の水分摂取が十分できるよう工夫している。		
2.2.2.7	入浴できない利用者に対し、清拭・足浴等の代替ケアを行っている。		
2.2.3.1	着脱は浴室内の脱衣室において行っている。		
2.2.3.2	脱衣は入浴直前に行い、なんらかの理由で早く脱衣をすませた利用者には、バスタオルで身体を覆うなどの配慮をしている。		
2.2.3.3	浴室はドアやカーテンで仕切り、プライバシーが守られている。		
2.2.3.4	利用者の性別に配慮した入浴介助を行っている。		
2.2.4.1	浴室は使用ごとに清掃を行い、排水口などの消毒も定期的実施している。		
2.2.4.2	定期的な湯の交換や水質検査を行っている。		
2.3.1.1	ケアカンファレンス等において、排泄自立支援の個別計画を検討している。		
2.3.1.2	利用者に対し、どのような介助が必要であるのかを把握し、全職員に徹底している。		
2.3.1.3	利用者が使用しやすい環境が整備されている。		
2.3.1.4	尿意や便意のある利用者は、おむつを使用しているにもかかわらず、できるだけ声かけなどの誘導により、トイレでの排泄を促している。		
2.3.1.5	利用者とは十分協議のうえ、着脱しやすい衣服やトレーニングパンツ、パットなどを使用している。		
2.3.2.1	おむつの吸収や素材など必要に応じて職員間でのおむつの検討を行い、安眠のためにおむつを工夫している。		
2.3.2.2	尿量の多い利用者や、訴えのある利用者には、時間に関係なく必要時におむつ交換を実施している。		
2.3.2.3	交換のつど、清拭などで清潔の保持に努めている。		
2.3.2.4	交換時、皮膚の観察が実施できている。		
2.3.3.1	やむを得ない場合を除いて、基本的にトイレでの排泄を実行している。		
2.3.3.2	ポータブルトイレ利用者については、スクリーンなどの利用によりプライバシーを守るように努めている。		
2.3.3.3	臭気を取り除くための配慮をしている。		

2.3.4.1	個別の排泄記録表が作成され、排尿・排便の状況が把握できている。		
2.3.4.2	排尿・排便が自力で困難な利用者に対しては、排泄パターンを調査できるような記録を行っている。		
2.3.4.3	水分や食事の摂取状況を記録し、排泄の状況の検討に活用している。		
2.3.4.4	排泄に問題のある利用者については、観察したことを含めて記録のうえ、申し送りをして職員全員に周知徹底している。		
2.3.5.1	一人ひとりの状態にあったものが準備できるよう、つねに検討できる体制にある。		
2.3.5.2	可能な限り、利用者との話し合いによって、一人ひとりの要望に応じ、状態に適したものが使用できるよう努力している。		
2.3.5.3	時には職員間で実際におむつを使用するなどの体験も取り入れて、利用者に適した用具を活用する努力をしている。		
2.3.5.4	在宅環境に合わせたケアを行っている。		

2. ケア行動の基本



	H19.12	H20.12
寝たきり防止		
2.4.1 寝・食分離	4	4
2.4.2 日中の更衣	4	4
自立支援		
2.5.1 過介護の防止	3	4
2.5.2 福祉用具の配慮	3	3
2.5.3 外出機会の確保	3	2
2.5.4 外出・外泊の家族等への働きかけ	4	3
コミュニケーション		
2.6.1 言葉遣い	2	3
2.6.2 言葉かけと傾聴	3	3
レクリエーション		
2.7.1 プログラムの工夫	3	3
2.7.2 多彩なメニューの工夫	2	2
2.7.3 家族・ボランティアの参加	3	4
認知症性高齢者(利用者)への対応		
2.8.1 認知症による周辺症状への対応	2	3
2.8.2 プログラム等への配慮	3	3
2.8.3 活動的な生活の援助	3	3
2.8.4 環境の整備	3	3
医療的配慮		
2.9.1 医療的配慮	4	4

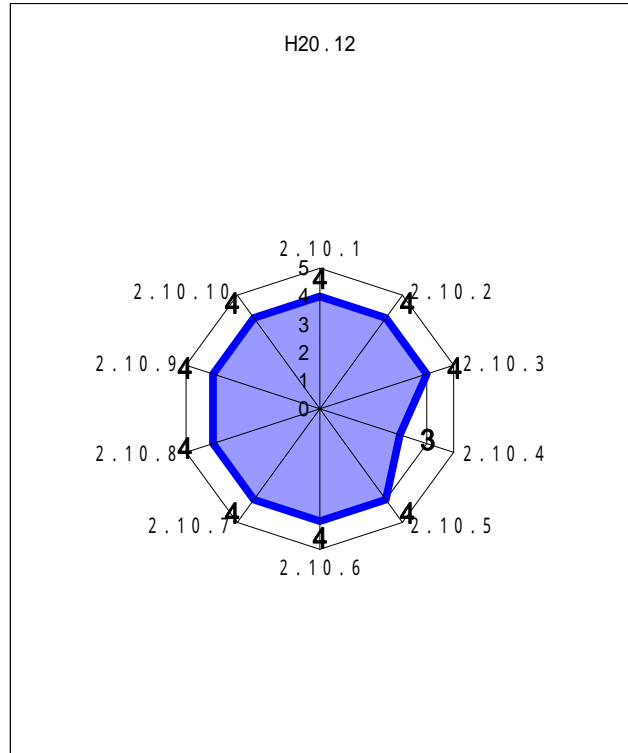
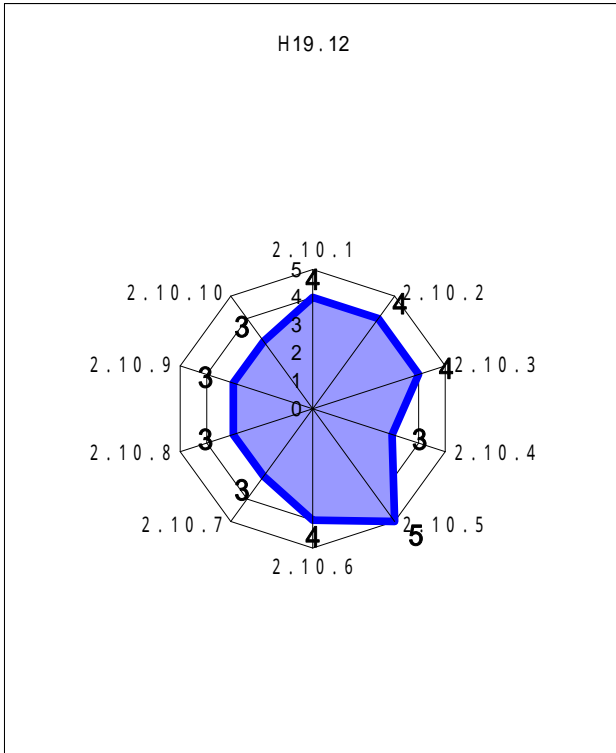
小項目	内容	H19.12	H20.12
2.4.1.1	日中、グループ活動や行事等を計画し、離床する機会・時間が増えるようにしている。		
2.4.1.2	長時間の離床が困難な利用者であっても、食事の時間はベッド→車いすの移乗介助を行い(食堂誘導以外の場合も)、病状により困難な場合をのぞき、寝・食分離を徹底している。		
2.4.1.3	利用者の状態によってギャッチベッド等を利用し、少しでも座位を保つよう努力している。		
2.4.1.4	利用者一人ひとりの状態に応じた立つ・歩く機会につなげ、少しでもベッドから離れることができるよう配慮している。		
2.4.1.5	車いす乗車時間が長くないよう、また、座りきりにならないよう必要に応じたベッドタイムやいすの工夫を行っている。		
2.4.2.1	障害に合わせて衣服をリフォームする等工夫している。		
2.4.2.2	起床時・就寝時は基本的に日常着・寝間着(パジャマ)等に着替えを行っている。		
2.4.2.3	衣服等の管理も利用者本人ができるよう、収納等を工夫している。		
2.5.1.1	利用者一人ひとりの正確な評価を行い、できる動作については自ら取り組む意欲を持たせるよう働きかけている。		
2.5.1.2	残存機能を正確に評価し、できる動作については見守るようにしている。		
2.5.1.3	利用者の動機づけに配慮しており、自ら取り組みやすい環境を提供している。		
2.5.1.4	入浴・食事等の面でもその原則が守られている。		
2.5.2.1	障害のレベルについて十分に把握しており、自助具や介護機器の見直しも定期的を実施している。		
2.5.2.2	利用者の障害を正確に把握し、一人ひとりのレベルに応じた自助具や介護機器等を用意し、それぞれの障害レベルに自立が可能となるよう配慮している。		
2.5.2.3	心身機能、理解力が低下した利用者であっても、ケアに関わる全職種で協議し、一人ひとりの状態に最も適した自助具や介護機器等を選択するよう努めている。		
2.5.3.1	必要に応じて外出もできるようにしている。		
2.5.3.2	生活場面、面接などをとおして、利用者の希望を把握し、随時、外出の機会を持てるようにしている。		
2.5.3.3	定期的な外出の機会を設け、計画的に実施している。		
2.5.3.4	日常の中で、個別に散歩の機会を設けるなどの配慮をしている。		
2.5.4.1	外出・外泊の機会を持つよう、家族への働きかけを行っている。		
2.5.4.2	入所面接の段階で、家族に外出・外泊について説明し、協力を依頼している。		
2.5.4.3	行事などは家族等も参加できるように計画し、外出等の機会としている。		
2.6.1.1	幼児語や指示的な言葉などにより、自尊心を傷つけないよう注意している。		

2.6.1.2	状況に応じた言葉遣いをしている。		
2.6.2.1	会話が不可能な利用者には、個別にコミュニケーションの方法を工夫し、対応している。		
2.6.2.2	言語障害などで会話の不足している利用者には、とくに気を配って対応している。		
2.6.2.3	日常生活の各場面で身体ケアのみにとらわれず、言葉かけによるサービスの重要性を認識し、言葉かけを行っている。		
2.6.2.4	利用者からの話を引き出す努力を行うとともに、利用者からの話しかけがあったときは、他の業務よりなるべく優先しゆっくり話が聞けるように配慮している。		
2.7.1.1	利用者の主体的な参加・活動を促すよう配慮している。		
2.7.1.2	利用者の特性を十分に把握し、趣味や興味を重視し、定期的に計画を見直している。		
2.7.1.3	個々の身体状況や日課等を考慮し、活動しやすい時間を設定し、実施している。		
2.7.1.4	日常生活援助のなかでも、活動に対する動機づけに十分に配慮している。		
2.7.2.1	利用者の趣味・興味、希望を把握することに努め、必要に応じ、新たな活動を設定したり、社会資源を活用する等している。		
2.7.2.2	継続性のあるクラブ活動から単発的なレクリエーションまで、利用者の特性に配慮した小グループ活動を設けている。		
2.7.2.3	利用者一人ひとりの趣味や興味などに応じて、それぞれが選択できるように多くの活動を用意している。		
2.7.2.4	それぞれの活動を掲示(開示)し、利用者が選択できるよう配慮している。		
2.7.3.1	定期的に参加できる行事を設定するなど、ボランティアが継続的に活動できるよう配慮している。		
2.7.3.2	年間の行事計画のなかに、家族やボランティア、地域住民が参加できるものを設定し、その計画を明らかにしている。		
2.8.1.1	認知症による周辺症状のある利用者には医療スタッフだけでなく多職種も含めて、より細かな分析を行っている。		
2.8.1.2	人的な応援体制を確保し、個別の対応がより深められるように工夫している。		
2.8.1.3	認知症による周辺症状の原因や行動パターンの把握に努め、また、危険性等を職員が認識している。		
2.8.1.4	認知症による周辺症状を早急に抑制しようとするのではなく、環境を整備したり、受容的な態度で行動を受け止めるように工夫している。		
2.8.1.5	職員と利用者との馴染みの関係ができるよう、職員の配置に工夫している。		
2.8.2.1	スタッフ間の連携のもとに、定期的な援助の見直しを検討している。		
2.8.2.2	余暇活動においても、知的機能を活性化し、情緒に訴えるようなプログラムを工夫している。		
2.8.2.3	利用者に対しては、日常生活動作能力を評価し、その機能の維持および残存機能を発見するなどの配慮をしている。		
2.8.2.4	あらゆる場面で支持的援助を重視し、生活への配慮をしている。		
2.8.2.5	介助においても、排泄の状況や水分摂取等にとくに気を配るとともに、保清や身だしなみに関する気配りもしている。		
2.8.3.1	利用者の特性に応じたりハビリテーション、レクリエーション活動などを行っている。		

2.8.3.2	利用者一人ひとりの特性に合わせ、個人あるいはグループで継続的に行えるような活動を設けている。		
2.8.3.3	四季折々の活動(行事等)を用意し、日中の生活が活動的になるように工夫している。		
2.8.4.1	共有スペースには、利用者が馴染めるような環境整備を進めている。		
2.8.4.2	利用者の療養室については、慎重に検討し、トラブルがないようとくに配慮している。		
2.8.4.3	ハード面では安全性を重視したうえで、観葉植物を置いたり生き物を飼うなどの、心の潤いに通じるような環境整備を工夫している。		
2.8.4.4	療養室・トイレ等がひと目でわかるような表示をするなどの工夫のほか、ベッドの周囲には写真や利用者一人ひとりの好み のものを飾れるよう配慮している。		
2.9.1.1	心身の状態について定期的な診察を行い、必要に応じて専門医に依頼している。		
2.9.1.2	認知症や身体の病状等を把握し、各利用者ごとに看護・介護サービスを計画的に実施するため、定期的に医師、看護・介護 職員等によるケアカンファレンスを行っている。		
2.9.1.3	併存する可能性のある医療的問題の早期発見に努め、必要に応じて各種検査や他科受診体制を確保している。		
2.9.1.4	緊急時、24時間医師もしくは看護師のオンコール体制をとっている。		

サービス自己評価の結果

2. ケア行動の基本

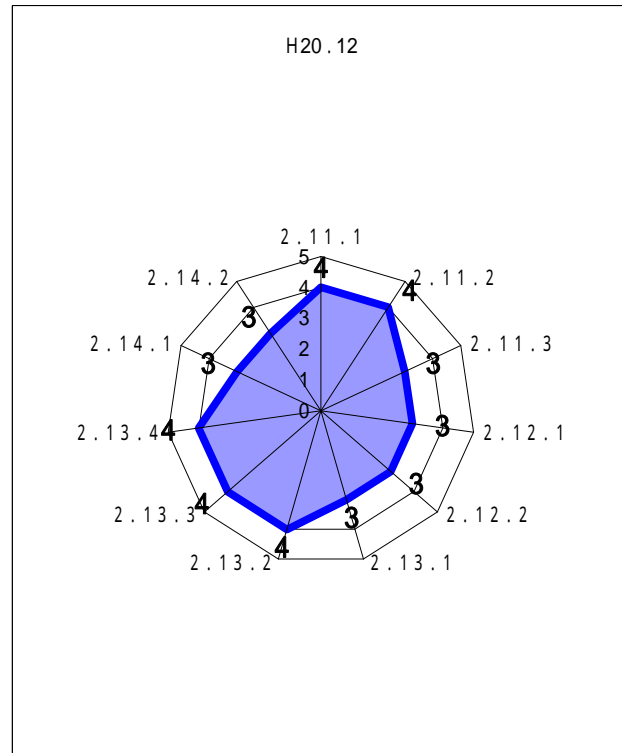
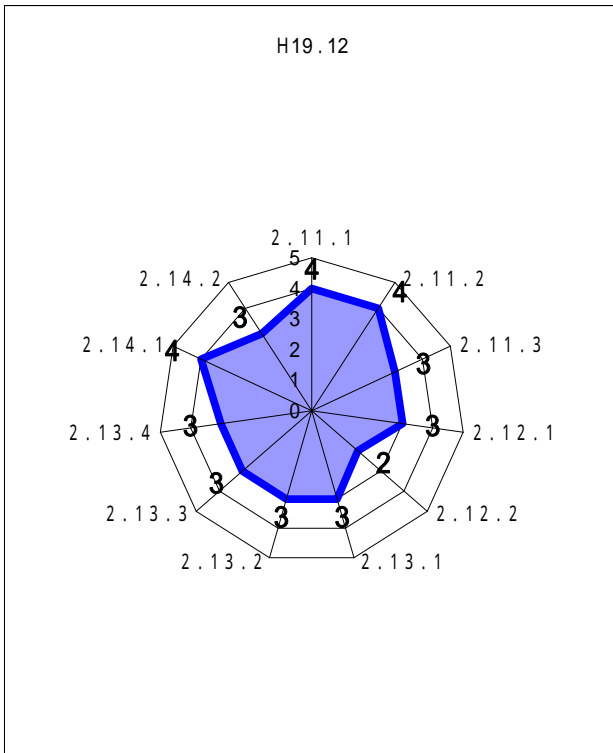


	H19.12	H20.12
看護・介護		
2.10.1 安定した健康状態の維持	4	4
2.10.2 健康状態の説明	4	4
2.10.3 緊急時の家族との連携	4	4
2.10.4 事故発生に備えた訓練	3	3
2.10.5 感染症対策	5	4
2.10.6 定期的な体位交換	4	4
2.10.7 睡眠・食事・排泄状況の把握	3	4
2.10.8 口腔ケア	3	4
2.10.9 服薬管理	3	4
2.10.10 皮膚のケア	3	4

小項目	内容	H19.12	H20.12
2.10.1.1	バイタルサインや表情および活動性等の細かな観察を行い、状態の変化が早期発見できるよう努めている。		
2.10.1.2	状態の変化に合わせて、適切な看護を行っている。		
2.10.1.3	つねに医師と連携するとともに、介護職員とも協力して、健康状態の安定に努めている。		
2.10.2.1	利用者や家族に理解しやすいよう、ケア記録等を利用して説明する機会を設けている。		
2.10.2.2	必要に応じて、医師、看護・介護職員により利用者の病状・予後等について十分説明し、理解を得ている。		
2.10.2.3	療養内容等の変更にあたっては、事前に十分説明を行い、同意を得ている。		
2.10.3.1	職員が適切に対応できるよう周知徹底され、家族への連絡体制を確保している。		
2.10.3.2	医師の適切な処置が行われるとともに、医師が病状等について、家族に十分な説明を行っている。		
2.10.3.3	重篤な状態となったときの連絡方法を、あらかじめ確認している。		
2.10.4.1	事故発生等緊急時の対応マニュアルを作成している。		
2.10.4.2	緊急事故が発生した場合を想定して、定期的な訓練や教育を実施している。		
2.10.5.1	感染対策マニュアルを作成し、適切に励行している。		
2.10.5.2	感染対策委員会を設置し、感染症に対する知識を周知している。		
2.10.5.3	つねに手洗いできるように、手洗い器具や洗剤、消毒薬を常備している。		
2.10.5.4	発症時には、感染が他の利用者に波及しないよう工夫している。		
2.10.6.1	体位交換の必要な利用者のリストを作成し、日々確認している。		
2.10.6.2	長時間の臥位や座りきりに対して、時間を決めた体位交換(おおむね2時間ごと)を行うようにしている。		
2.10.6.3	利用者一人ひとりに必要な体位交換時間や離床を促すことをケアプランに立案して実行している。		
2.10.7.1	日々のケアのなかで睡眠・食事・排泄等の状態把握をつねに実施し、状態変化があったとき早期発見できるような取り組みをしている。		
2.10.7.2	利用者の日々の状況が把握され、健康状態、医療、看護・介護等について記録され、看護・介護職員等の情報伝達が行えるよう工夫している。		
2.10.8.1	利用者の口腔清潔状態を把握して、個々に合った道具を使用し適切な口腔ケアや指導を実施している。		
2.10.8.2	利用しやすい洗口スペースを確保している。		
2.10.8.3	義歯の着脱、清掃、保管について指導している。		

2.10.8.4	口臭にも配慮している。		
2.10.8.5	歯科医師・歯科衛生士などによる定期的な口腔ケアを実施している。		
2.10.9.1	与薬の指示に基づき、利用者一人ひとりに適切に服薬介助を行っている。		
2.10.9.2	服薬管理が自立できるよう、利用者一人ひとりに合わせた工夫を行っている。		
2.10.9.3	与薬は、一括して手渡した場合でも、服薬状況のチェックを定期的に行っている。		
2.10.9.4	誤薬が起こらないような指導や教育を実施している。		
2.10.9.5	服薬管理マニュアルを整備している。		
2.10.10.1	皮膚の観察を定期的に行っている。		
2.10.10.2	褥創や皮膚剥離などが発生したときのケア方針や処置方法などを定期的に検討している。		

2. ケア行動の基本

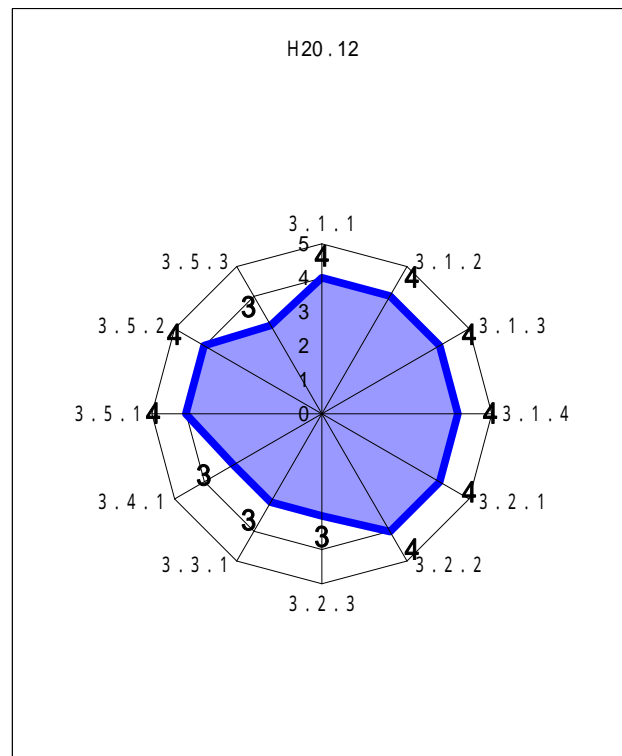
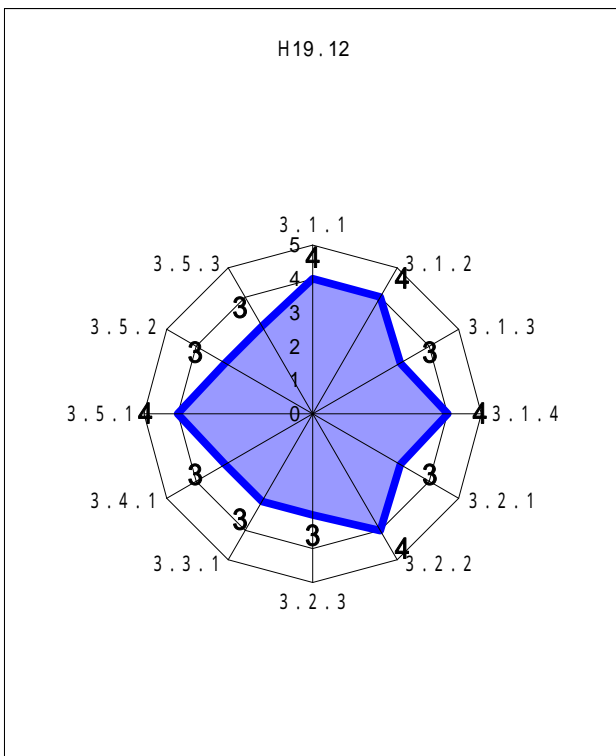


	H19.12	H20.12
ケアプランの策定		
2.11.1 利用者の意見の反映	4	4
2.11.2 ケアカンファレンス	4	4
2.11.3 記録の管理と活用	3	3
チームケア		
2.12.1 多職種との連携と協力	3	3
2.12.2 職員間の情報交換体制	2	3
リハビリテーション		
2.13.1 生活状態に合わせたリハビリテーション	3	3
2.13.2 日常生活動作の定期的な評価	3	4
2.13.3 リハビリテーション計画の立案と見直し	3	4
2.13.4 計画的なリハビリテーションの実施	3	4
社会サービス		
2.14.1 家族の相談への対応と調整	4	3
2.14.2 経済的・社会的問題への対応	3	3

小項目	内容	H19.12	H20.12
2.11.1.1	利用者のケア目標・計画を立案する際に、利用者・家族の意見を必ず取り入れ、文書で示して同意を得ている。		
2.11.1.2	全ての利用者について、入所後2週間以内にケアプランを立案し、以後、定期的に見直しを行っている。		
2.11.1.3	入所当日からケアは始まるので、入所前と入所当日に得た情報から暫定ケアプランを作成して対応している。		
2.11.1.4	在宅でのケアプランと連動したケアプランが立案できるよう情報を共有する工夫を行っている。		
2.11.2.1	必要に応じて、利用者や家族、施設外の関係者も参加している。参加できない場合でも、全職種の意見が出せるよう工夫している。		
2.11.2.2	週1回以上、定期的ケアカンファレンスを実施している。		
2.11.2.3	ケアカンファレンスの結果を、参加していない全員にも周知徹底する工夫をしている。		
2.11.3.1	ケアプラン表があり、利用者・家族の希望とニーズ、ケア項目、行動計画(いつ、どこで、だれが、どのように、いつまで)、ケアスケジュールがわかるようにしている。		
2.11.3.2	ケアプランに沿ったケア実施記録があり、これに基づいて評価をしている。		
2.11.3.3	ケアカンファレンス記録があり、参加職種、利用者・介護者の意見、各職種の意見、今後の方向性などを整理している。		
2.12.1.1	施設内の職員間の連携・協力ができるような体制をとっている。		
2.12.1.2	利用者への対応方針の検討、決定にあたっては、すべての職種の意見を反映している。		
2.12.1.3	個々の利用者の状態について、関わるすべての職種が同一の認識を持ち、目標に向けて、ケア方法や手段を統一している。		
2.12.1.4	在宅ケア支援部門と入所ケア部門との連携・協力、他機関との連携・協力を行っている。		
2.12.2.1	利用者ごとに注意すべき事項、実施すべきケアを明確にしている。		
2.12.2.2	各職種の責任者が明確にされており、利用者ごとの記録が整備され、適切に申し送りが実行できている。		
2.12.2.3	各職員ごとの情報交換が適時、実施できるように工夫している。		
2.13.1.1	「生活のなかのリハビリテーション」としての理念を各職員に十分徹底している。		
2.13.1.2	利用者・家族に対する説明内容をマニュアル化している。		
2.13.1.3	利用者・家族に対し、リハビリテーションの意義をあらかじめ十分に説明している。		
2.13.1.4	各職員に生活自立支援を目標として実施するものであることを確認させ、日常生活のなかで適切に実施している。		
2.13.2.1	評価した内容を機能訓練プログラムなどに反映し、積極的に自立支援を行っている。		
2.13.2.2	施設で日常生活動作(ADL)の評価スケールを使用して、定期的に評価している。		

2.13.2.3	ADLの実行性等について評価を実施している。		
2.13.2.4	IADLの実行性等について評価を実施している。		
2.13.3.1	医師、作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等や看護・介護職員等、関係職員全員によるケアカンファレンスが、1人につき3ヶ月に1回以上、定期的を実施し、各利用者別の評価、目標設定、計画についての検討を行っている。		
2.13.3.2	ケアカンファレンスの内容(検討経過や結果)の記録を整備している。		
2.13.4.1	医師、作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等や看護・介護職員がチームとして機能し、リハビリテーションが協力的に実施されるよう配慮している。		
2.13.4.2	利用者一人ひとりの状態に応じた個別リハビリテーション計画を具体的に作成し、計画的に実施している。		
2.13.4.3	医師、作業療法士・理学療法士・言語聴覚士等が評価を行い、能力に応じた活動を日常生活に適切に取り入れる工夫をしている。		
2.14.1.1	必要に応じて職員が家庭訪問等を行い、相談に応じている。		
2.14.1.2	できるだけ利用者や家族の都合に合わせて、相談を受け付けるようにしている。		
2.14.2.1	職員が常時、具体的な対応ができるようにしている。		
2.14.2.2	一部負担金・利用料の支払いが困難な利用者・家族の相談に応じるとともに、費用の減免措置や関係機関等との協議を適切に行っている。		

3. 在宅復帰・在宅ケア支援・地域連携



	H19.12	H20.12
入所時・入所中の対応		
3.1.1 パンフレットの準備と入所前見学	4	4
3.1.2 入所前の説明	4	4
3.1.3 方向性の検討	3	4
3.1.4 インフォームド・コンセント	4	4
退所時の対応		
3.2.1 退所にあたっての説明	3	4
3.2.2 退所時の情報提供	4	4
3.2.3 担当者会議の開催	3	3
入退所の検討		
3.3.1 専門職による対応	3	3
在宅復帰		
3.4.1 在宅復帰への支援	3	3
在宅ケア支援サービス		
3.5.1 通所リハビリテーションの実施	4	4
3.5.2 短期入所療養介護の実施	3	4
3.5.3 訪問活動・相談窓口の設置	3	3

a:
b:
c:

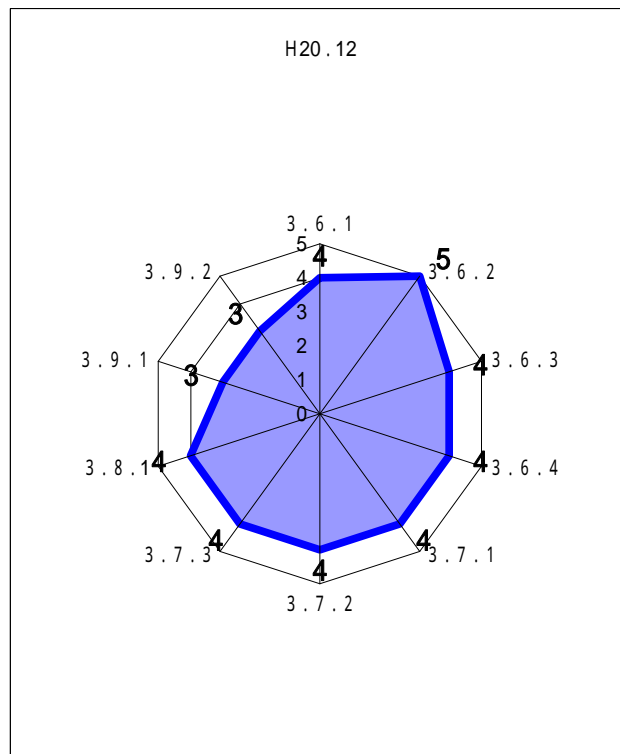
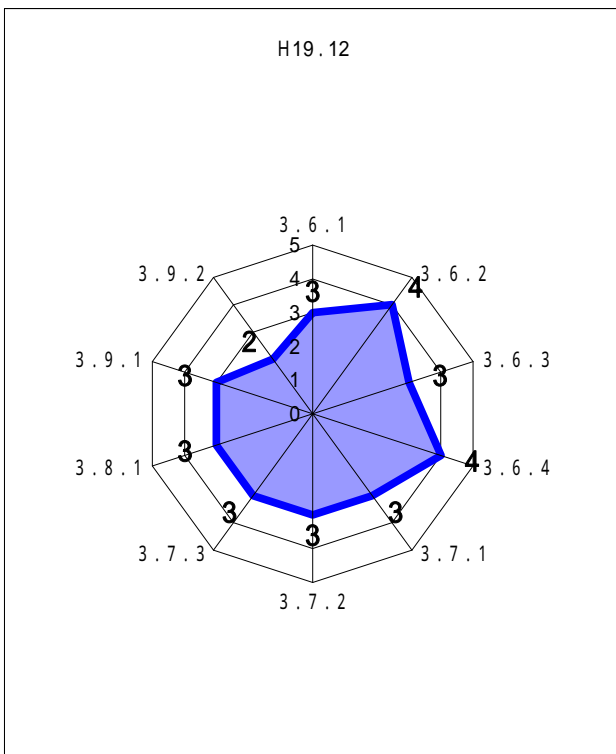
小項目	内容	H19.12	H20.12
3.1.1.1	希望に応じて、施設見学が可能であり、実際のサービス提供現場の様子も見学できる。		
3.1.1.2	施設概要のパンフレットを施設や区・市役所・役場・福祉事務所等にも置いている。		
3.1.1.3	パンフレットには、内容や費用をわかりやすく記載しているうえ、必要なときに提供できる。		
3.1.1.4	利用等についての質問には、担当者または適切に答えられる職員が対応している。		
3.1.2.1	説明事項等をマニュアル化し、利用者・家族に提示する等の工夫をしている。		
3.1.2.2	入所時に、担当職員が施設療養の内容や利用方法等について、具体的なパンフレットにより、的確に説明し、利用者・家族の理解を得ている。		
3.1.2.3	介護老人保健施設の趣旨(家庭復帰など)および機能が十分に説明され、質問等にも詳細に対応するよう徹底されている。		
3.1.2.4	面会・外出などの家族の協力の必要性を説明し、理解を得ている。		
3.1.3.1	入所利用開始時の相談から、介護老人保健施設の役割について説明し、在宅復帰への意向を確認している。		
3.1.3.2	入所時のカンファレンスでは、利用者・家族の在宅復帰への意向確認を実施している。		
3.1.3.3	入所後も定期的に利用者・家族と面接を行い、在宅復帰への意向の再確認を行っている。		
3.1.4.1	施設療養内容について、利用者・家族と個別に十分な協議が図られるよう配慮している。		
3.1.4.2	退所後の療養計画を利用者・家族とともに検討している。		
3.1.4.3	入所について、利用者の施設療養計画等を利用者・家族が十分に理解できるよう説明し、同意を得ている。		
3.1.4.4	説明は、的確に対応できる職員が実施している。		
3.1.4.5	利用者の状態などの説明内容について、詳細な記録がある。		
3.1.4.6	入所にあたって、施設療養で想定される転倒骨折や誤嚥等のリスクについて説明し、本人・家族の理解を得ている。		
3.2.1.1	外泊の促進や家族を含めたカンファレンスを行っている。		
3.2.1.2	退所について、利用者の状況を利用者・家族に十分にわかるように医師や担当職員等が説明し、退所後の在宅支援について詳細な打ち合わせを行っている。		
3.2.1.3	面接記録、カンファレンス記録等を整備している。		
3.2.1.4	退所する本人・家族に対して退所時指導を行っている。		
3.2.1.5	必要に応じ、退所前(後)訪問指導を行ったり、退所時共同指導や退所時訪問看護指示等を適切に行っている。		
3.2.2.1	退所先に対し、ケアプラン等の情報を利用者の承諾を得て提供している。		

3.2.2.2	在宅・施設等への退所等いずれの場合も、退所後の主治医等に対して利用者の療養経過、検査成績、処方等の内容を詳細に情報提供している。		
3.2.2.3	提供内容について様式を作成し、傷病名・経過・検査成績・退所時処方内容等の退所時情報提供は、本人・家族の同意を得て行っている。		
3.2.3.1	定期的なサービス担当者会議の開催や参加を積極的に行っている。		
3.2.3.2	退所にあたって、退所後に利用されるサービス機関に対し、利用者・家族の承諾のもとに情報を提供している。		
3.2.3.3	退所前に各サービス機関とサービス担当者会議を実施している。		
3.2.3.4	サービス担当者会議には利用者・家族も参加して、退所後のサービスが選択できるようにしている。		
3.3.1.1	入退所時の相談、入退所検討(判定)に関するマニュアルを作成している。		
3.3.1.2	特定の職員による対応ではなく、チームアプローチ体制が明確化され、全職員参画のもとに実施している。		
3.3.1.3	入退所検討記録を整備している。		
3.3.1.4	介護老人保健施設の趣旨である在宅復帰に向けて、家族や地域サービスの調整をする等、配慮している。		
3.3.1.5	入所中の利用者の入所継続についての要否検討(判定)は、関係職種ของทีม会議のなかで定期的実施し、在宅復帰のため利用者・家族とも積極的に協議している。		
3.3.1.6	検討にはケアプランが活かされており、利用者・家族にもその内容や在宅サービス等の説明をしている。		
3.4.1.1	在宅復帰後の生活を評価し、必要に応じたアドバイスを積極的に実施している。		
3.4.1.2	在宅復帰予定があるなしにかかわらず、利用者の生活環境を把握するために、利用者・家族から情報を収集している。		
3.4.1.3	在宅復帰を促進するために、入所後早い時期に、在宅生活環境を把握するための家庭訪問を実施している。		
3.4.1.4	入所中に在宅での生活を想定した介護計画を立案し、実施している。		
3.4.1.5	退所前後に利用者とともに家庭訪問を実施し、在宅での生活や活動状況の評価を実施している。		
3.5.1.1	通所リハビリテーションにおいて、必要性のある利用者に関して、家庭訪問を行って在宅生活上の評価を行い、通所リハビリテーション計画に活かしている。		
3.5.1.2	リハビリテーション実施計画書に基づき、個別リハビリテーションを実施している。		
3.5.2.1	短期入所療養介護対象者への療養計画が的確に立てられており、介護度の軽重にかかわらず受け入れている。		
3.5.2.2	介護者の緊急な用事が発生したときなど、緊急でも利用が可能である。		
3.5.3.1	施設退所者や家族に対する訪問を実施したり、適切な指導・相談に応じている。		
3.5.3.2	在宅療養者からの相談には担当者を決めるなど、適切に対応できる職員を決めている。		

【事業所名】 光苑

サービス自己評価の結果

3. 在宅復帰・在宅ケア支援・地域連携



H19.12 H20.12

医療機関との連携

3.6.1	協力医療機関	3	4
3.6.2	入院に関する利用者・家族との相談	4	5
3.6.3	専門医の対診と症例検討	3	4
3.6.4	他科受診の範囲	4	4

地域福祉との連携

3.7.1	ボランティア等の受け入れ	3	4
3.7.2	計画的な受け入れ体制の整備	3	4
3.7.3	地域との交流	3	4

他機関との連携

3.8.1	各種施設との連携	3	4
-------	----------	---	---

広報活動

3.9.1	広報誌等の発行	3	3
3.9.2	地域住民へのPR	2	3

【事業所名】 光苑

a:
b:
c:

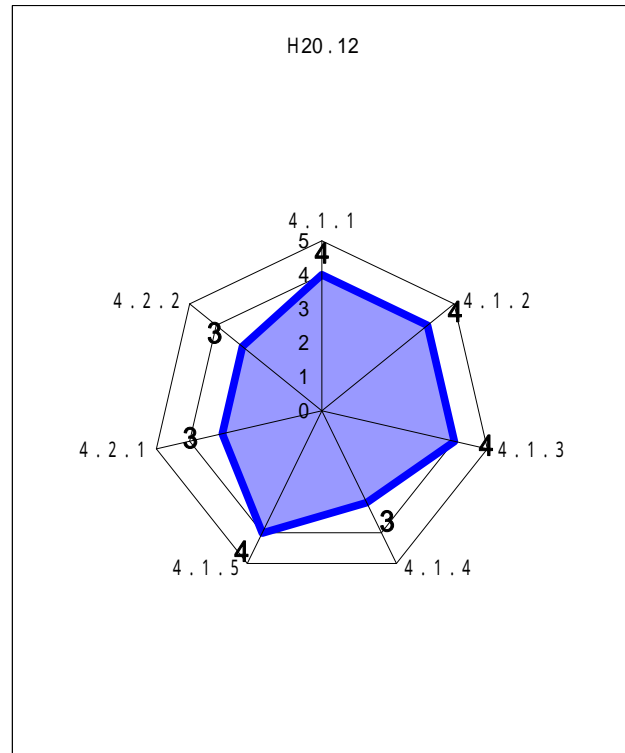
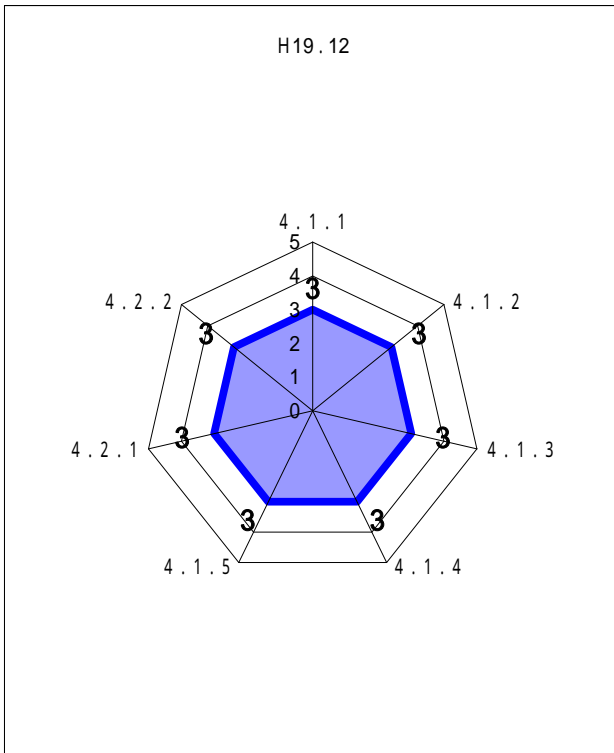
小項目	内容	H19.12	H20.12
3.6.1.1	協力病院, 協力歯科医療機関で受け入れ体制が確立されており, 担当医師との密接な協力体制をとっている。		
3.6.1.2	職員に対して, 利用者の容態変化, 緊急事態の対応, 協力病院への連絡方法等を周知徹底するよう工夫している。		
3.6.2.1	入院が必要な状態となった場合の対応について, あらかじめ利用者や家族と相談し, 施設の対応方針について同意を得ている。		
3.6.2.2	入院時には, 病院の医師と十分な連絡を行い, 利用者や家族に説明し, 今後の問題等について相談し, 的確な対応を行っている。		
3.6.2.3	緊急時や病状悪化等により入院が必要となった場合に, 具体的な説明資料を準備している。		
3.6.3.1	必要時に協力病院の医師等と情報交換を行っている。		
3.6.3.2	介護老人保健施設内で対応が困難な利用者については, 施設の医師等と協力病院等の医師とで診察・情報交換・症例検討を行うなど, 積極的に対応している。		
3.6.4.1	利用者からの往診や通院希望に対しては, 介護老人保健施設の医師等が適切に対応し, 相手の医療機関の医師等と十分に連携をとっている。		
3.6.4.2	医療費の支払いについて, 介護老人保健施設利用中の医療費の保険請求の可否等を相手の医療機関に周知徹底させ, 適切な取り扱いをしている。		
3.7.1.1	ボランティア登録名簿を作成している。		
3.7.1.2	ボランティアや実習生の受け入れ方針を対外的に明らかにし, 実際に受け入れているか, 受け入れた経験があり, 研修等を行っている。		
3.7.1.3	ボランティアの受け入れ実施の記録を整備している。		
3.7.1.4	利用者・家族・職員に対しても受け入れの趣旨を徹底し, 積極的に受け入れている。		
3.7.2.1	地域のボランティアグループや福祉系学校等とも担当者が連携・連絡を持っている。		
3.7.2.2	計画的に地域の学校等から実習を受け入れている。		
3.7.2.3	担当者を配置し, 具体的な受け入れ計画・指導内容等のマニュアルを作成し, 継続的な対応を行っている。		
3.7.2.4	職員に対しても, 受け入れ計画内容が明らかにされており, 一体的に対応できる体制となっている。		
3.7.2.5	ボランティアや実習生の受け入れ記録を取りまとめている。		
3.7.3.1	地域の町内会, 老人会, 婦人会, などと連絡をとり, お互いに協力して行事を行っている。		
3.7.3.2	施設で季節の行事を行い, その際, 家族や地域へも参加を呼びかけている。		
3.7.3.3	利用者が施設外行事への参加を希望した場合は, 参加できるよう配慮している。		
3.8.1.1	必要な場合には, 各種施設との連携が取れている。		
3.9.1.1	利用者・家族, 地域住民, ボランティア等の声を広報誌等に反映させるため, 編集委員会を設けている。		

3.9.1.2	担当者を決めて、定期的に発行している。		
3.9.1.3	利用者・家族、ボランティア、施設を訪問した地域住民に広報誌等を配布している。		
3.9.2.1	施設見学会の実施、あるいは、案内表示板の工夫等をしている。		
3.9.2.2	関係機関等に対して、介護老人保健施設の役割等についての資料作成・配布を積極的に行い、理解を得る努力をしている。		

【事業所名】 光苑

サービス自己評価の結果

4. 施設設備環境

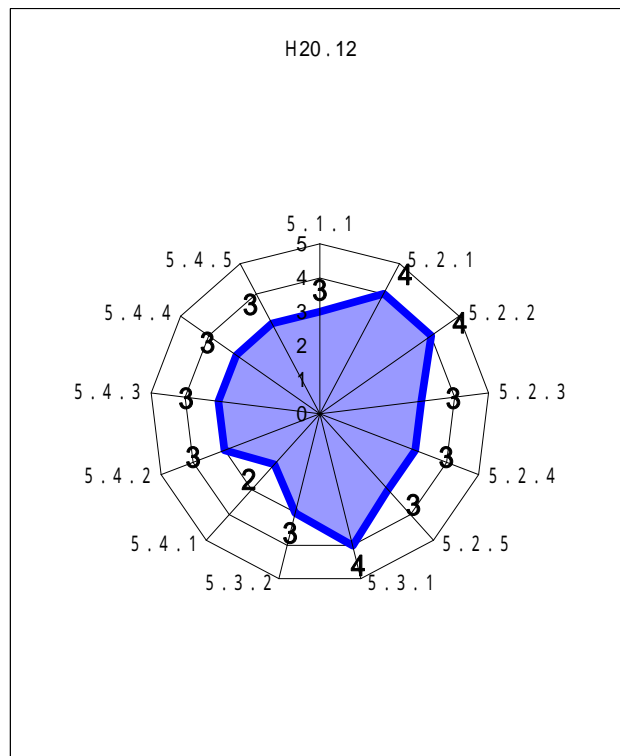
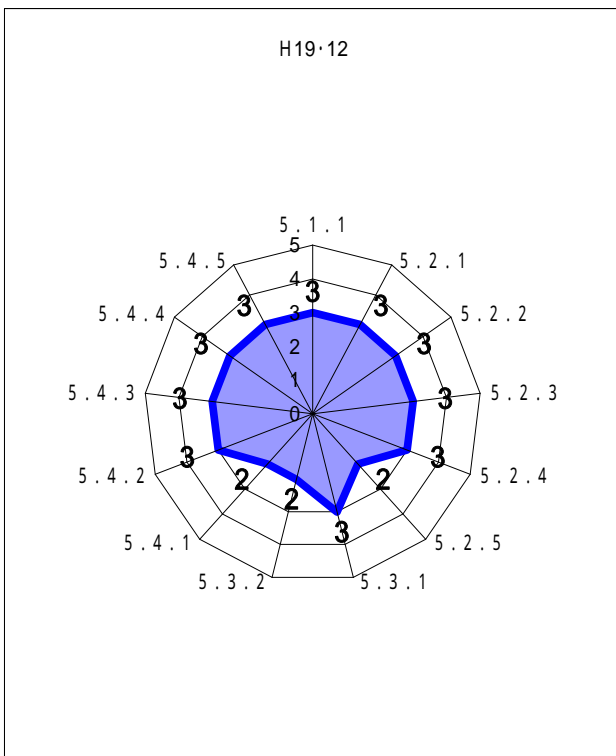


	H19.12	H20.12
医療機関との連携		
4.1.1 快適性への配慮	3	4
4.1.2 自助具・車いすへの配慮	3	4
4.1.3 安全性への配慮	3	4
4.1.4 私物収納スペースの確保	3	3
4.1.5 ナースコール	3	4
施設内の環境衛生		
4.2.1 清潔	3	3
4.2.2 異臭の排除	3	3

a:
b:
c:

小項目	内容	H19.12	H20.12
4.1.1.1	家庭的な雰囲気になるように、テーブルやいす、床などに工夫をしている。		
4.1.1.2	快適に時間を過ごせるように、花や絵を飾ったり、本やテレビを置いたり、廊下にソファを置いたりしている。		
4.1.1.3	レクリエーション・ルームや談話室には備品がそろっており、内装や装飾などに工夫をしている。		
4.1.1.4	空調設備、換気等で、温度・湿度の調節を行っている。		
4.1.2.1	さまざまな身体障害に応じることができる身体障害者用トイレ等を整備している。		
4.1.2.2	廊下には、障害物を置いていない。		
4.1.2.3	掲示物等は、車いすでの利用に配慮している。		
4.1.2.4	洗面所・食堂・談話室等も車いすで利用しやすいよう、建物内部の段差を解消している。		
4.1.3.1	施設内に段差や傾斜、危険区域がまったくなく、照明も利用者に見やすい設置をしている。		
4.1.3.2	段差を解消したり、危険区域は表示をしたりという工夫をしている。		
4.1.3.3	床に水濡れや異物がなく、あってもすぐ清掃している。		
4.1.3.4	傾斜のある場所は滑りにくい材質や手すりを設置するなどの工夫をしている。		
4.1.4.1	認知症のある利用者用などの目的で、収納スペースを別途用意している。		
4.1.4.2	各自専用の私物収納スペースを準備している。		
4.1.5.1	ナースコールの点検は、定期的に全室実施している。		
4.1.5.2	常時、職員がコールに対応できるよう配慮している。		
4.1.5.3	介護業務に支障をきたすような頻回のコールがあっても、スイッチを切ったり、撤去したりせずに、利用者の状態に応じた適切な対応をしている。		
4.1.5.4	ナースコールの形態を、障害に応じて利用できるよう工夫をしている。		
4.2.1.1	介護老人保健施設は医療を行う場として、清潔保持とくに配慮しており、職員等にも十分徹底している。		
4.2.1.2	定期的な清掃実施、とくに水まわりが入念に清掃されており、専任の職員や専門業者への外注等により、施設環境に配慮している。		
4.2.2.1	発生した異臭に対して、脱臭効果がある装置などを設置している。		
4.2.2.2	おむつ交換等で異臭が発生してもすぐに対応している。		

5. 運営管理



	H19.12	H20.12
帳票類の整備		
5.1.1 記録の管理と活用	3	3
事故防止対策(災害・リスクマネジメント・トラブル・苦情)		
5.2.1 訓練の実施と保険制度の活用	3	4
5.2.2 リスクマネジメント	3	4
5.2.3 トラブル・不満等の把握	3	3
5.2.4 苦情への対応	3	3
5.2.5 意見等の聴取	2	3
職員の健康管理・福利厚生		
5.3.1 健康管理	3	4
5.3.2 福利厚生	2	3
職員の教育研修		
5.4.1 接遇教育	2	2
5.4.2 新任職員教育	3	3
5.4.3 計画的な実施	3	3
5.4.4 研究や研修	3	3
5.4.5 資格取得の奨励	3	3

a:
b:
c:

小項目	内容	H19.12	H20.12
5.1.1.1	記録物の秘密保持に努め、利用者のQOL向上の一環となるよう活用している。		
5.1.1.2	業務報告日誌等、施設長にまで報告されるよう統一している。		
5.1.1.3	施設療養の提供にあたって、必要な記録(管理にかかる業務日誌等、入所検討に関するもの、施設サービスに関わるもの等)が適切に整備され、関係職員が経過的变化や対応状況等について明瞭に記入している。		
5.1.1.4	記入方法・管理方法について、統一的な指示がされ、全職員に周知徹底している。		
5.2.1.1	すべての安全に対するチェックリストを作成し、定期的に点検している。		
5.2.1.2	「不測の事故」の内容を具体的に事例としてあげ、それに対する対応策がマニュアル化され、定期的訓練を実施している。		
5.2.1.3	非常災害時に備えるために、定期的に避難・救出、その他必要な訓練を実施している。		
5.2.1.4	消防については、法律で定められた内容で定期的に訓練を実施している。		
5.2.2.1	リスクマネジメント委員会が設置され、事故発生時の対応や予防に取り組んでいる。		
5.2.2.2	転倒・転落予防、離設予防などの事故防止マニュアルを作成している。		
5.2.2.3	事故発生の原因を分析し、再発防止に努めている。		
5.2.2.4	事故発生時の報告書や、「ひやり・はっと」等の報告書があり、あらゆる事故、「ひやり・はっと」についての報告を義務化している。		
5.2.2.5	誤薬防止のためのマニュアルを作成し、職員間で徹底している。		
5.2.3.1	いつでも個別の不満や訴え等について受け止めている。		
5.2.3.2	専用の記録を整備したり、オンブズマン制度等を取り入れるなど、苦情相談体制を充実している。		
5.2.3.3	「ご意見箱」等を設置するとともに、苦情や相談のための窓口を設置している。		
5.2.3.4	トラブルやサービスに対する不満などへの相談担当者が明確になっている。		
5.2.3.5	トラブルがあった場合、担当職員ができるだけ早く話を聞くとともに、不満・訴えのある利用者と個別に話を聞く機会を持っている。		
5.2.3.6	苦情や相談の流れが利用者や家族に理解できるように掲示している。		
5.2.4.1	苦情に対する第三者の意見やアドバイスを求めるなどの取り組みを行っている。		
5.2.4.2	苦情に対する対応策を検討し、その利用者・家族に明らかにしている。		
5.2.5.1	利用者の意見や評価を素直に受け入れる組織としての姿勢があり、調査やアンケートを定期的実施している。		
5.2.5.2	調査・アンケート結果を前向きに改善していく姿勢があり、得られたデータは報告書としてとりまとめ、記録として整備している。		

5.2.5.3	問題が生じたときには、必ずその要因を探求するよう、調査・アンケートを実施している。		
5.3.1.1.	定期的な職員の検診が行われている。		
5.3.1.2.	職員の事故などの防止対策を実施している。		
5.3.1.3.	職員の精神的なサポート体制がある。		
5.3.2.1	福利厚生活動を積極的に行っている。		
5.3.2.2	働きやすい職場環境に配慮している。		
5.4.1.1	全職員に対して、定期的な教育を行っている。		
5.4.1.2	接遇マニュアルを作成し活用している。		
5.4.1.3	接遇に関する検討委員会を設置して活動している。		
5.4.2.1	新人職員の教育プログラムがある。		
5.4.2.2	一定期間ごとに業務遂行状態がわかるチェック基準がある。		
5.4.2.3	施設の趣旨・運営理念をはじめ、必要な業務マニュアルに基づく研修計画が作成され、新任職員に対して集中的に実施している。		
5.4.2.4	研修計画は画一的なものではなく、職員の技能・技術に応じた内容で、適時再研修が可能な配慮をしている。		
5.4.3.1	必要に応じ、協力医療機関や地域の関係機関等と連携して、研修や勉強会を実施している。		
5.4.3.2	職員に対する施設内研修が定期的に行われ、関係職員が誰でも参加できる内容となっている。		
5.4.4.1	活力ある施設を維持するため、全職員を対象に、外部研修に参加できる体制を取っている。		
5.4.4.2	計画的に研究発表を行うなど、職員に意欲を持たせる配慮をしている。		
5.4.4.3	研修会や大会、学会参加後、職員に対して報告会を持つなど、動機づけに向けて工夫した取り組みをしている。		
5.4.5.1	専門資格取得について啓発運動を実施している。		
5.4.5.2	職員研修や勉強会で、資格取得の重要性を教育し、取得のための学習会を実施するなど配慮している。		