

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	西宮市本庄町6-25-224
評価実施期間	2014年 8 月 1 日 ~ 2015年 3 月 31 日 (実施 (訪問) 調査日 2014年 9 月 9 日) 2014年 9 月 16 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 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) 特別養護老人ホーム翁寿園	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 三好(みよし) 雅大(まさひろ)	開設(指定)年月日 昭和 62 年 4 月 18 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会	定員: 78 名 (利用人数) 68 名
所在地: 〒 656 - 0446 兵庫県南あわじ市八木寺内373-1	
電話番号: 0799 - 42 - 6006	FAX番号: 0799 - 42 - 5275
E-mail: o-yasuragi@pearl.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://awaji-yasuragi.jp/index.html

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p><理念> 常にあかるく・やさしく・はっきりと</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.利用者の視点に立ち、人格を尊重したケア計画に基づくサービスを提供する。 2.常に利用者サービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。 3.地域に親しまれ信頼される施設であること。 4.事業者として自覚と責任を持った経営を行う。 5.公的介護保険制度以後も社会福祉の原点であるノーマライゼーションが基本であること。 <p><基本方針> 民間企業と対等に渡り合える福祉事業の展開を見据え、より良い人材の確保と定着を目指すべく、重度化に伴う看護体制の強化、基本的介護技術によるきめ細やかな個別ケアに努める。 更に働きやすい職場が、効率的・効果的サービスの提供に繋がることから、利用者・職員共に笑顔のある優しい施設作りを推進していく。 また、利用者一人ひとりを大切にし、利用者の身になったサービス提供を行い、地域社会のニーズに即対応出来る福祉の拠点として「施設サービス」と「在宅サービス」の連携を図り、調和のとれた供給に努める。</p>

特別養護老人ホーム 翁寿園

<p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>島内でも1.2を争う古い施設ではあるが、限られたスペースを有効に活用している。また、臭いを出さないよう清潔にも気を配っている。</p> <p>利用者個々を尊重し、入所しても趣味や起床時間等家庭での生活が継続できるようユニット化に力を入れている。</p>						
職員配置 ※()内は 非常勤	職種	人数	職種	人数	職種	人数
	施設長	1 (0)	医師	(4)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	32 (8)	看護師	3 (2)	管理栄養師	1 (0)
	機能訓練指導員	1 (0)	介護支援専門員	1 (0)	事務員	1 (1)
		()		()		()

施設の状況

緑豊かな自然に恵まれた環境の中でゆったりと安心して過ごせる施設である。利用者のニーズに応じた支援を図りながら一人ひとりの尊厳を大切にし利の提供を行なえるよう取り組んでいる。

評価結果

○ 総評

事業計画で、キャリア支援として施設内研修・外部研修の受講を明確にしている。外部研修は職種専門分野に応じて受講を定め、必要な会議の中で研修内容の報告がされている。研修報告書の下欄に研修の内容の評価を行い、良ければ次年度も受診できるように計画に反映させている。さらに、職員が自発的・意欲的に申し出る研修受講については法人全体で積極的に支援するように努めている。法人は事業計画で職員キャリア支援について段階や職種に応じて計画的に学ぶ機会を持ち職員の資質向上に向けた体制を整備している。プライバシーマニュアルを作成し、マニュアルの支援項目の中でそれぞれに介護の心構え、プライバシー保護について留意点・具体的な対応方法をを明確にし、利用者を尊重する姿勢を明示している。

◇ 特に改善を求められる点

各部門でたてた事業所目標を現場の職員がより理解しやすく、実践しやすい具体的な目標として明確にすることが望まれる。また具体的に表見された計画の実践状況を、職員も参画して評価することが望まれる。施設内研修の実施を計画的に行い、更なる職員への周知徹底を図ることが望まれる。また、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備が望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

お世話になります。前回に続いて2回目の第三者評価となりました。前回の問題点をしっかり受け止め課題の改善に職員一丸となり取り組みました。結果、計画の策定については改善には至りませんでした。今後は今の姿勢を崩さず、計画の策定に焦点をあて改善したいと思います。

○ 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

<p>朝礼での理念・基本方針の唱和は継続している。唱和の後にはロールプレイの方法を用いて理念の言葉の意味について質問を行い理念を具体的に実践できるように浸透を図っている。また、会議録の下欄に理念を明示し職員が会議録を確認する際、に理念を意識できるように取り組み浸透を図っている。ブログは給食センターは毎日更新している。その他の各施設は、行事の実施時等最低月1回は更新している</p> <p>ロールプレイのテーマは、理念の言葉や謳われている内容を取り上げ実施しているが、若い職員が多く、発言を積極的にすることが少ないため「はっきり意見を述べる」「笑顔で対応する」等、毎月「ロールプレイ実施表」から事業所の課題を抽出し実践を図っている。今後は、ロールプレイで取り上げるテーマも、理念の浸透を計画的に行えるように取り組むことが望ましい。</p> <p>年2回の家族会の冒頭で法人の理念・方針、施設の方針について記載された事業計画書を配布すると共に、施設長から計画書から抜粋した目標等について口頭で説明を加え、理念に対する理解と浸透を図っている。家族会に出席できない家族には、事業計画書を郵送し浸透を図っている。様々な障害を持つ人も想定し、浸透を図る取り組みを具体的にを行うことが望ましい。今一步踏み込んだ理念の浸透を図る取り組みが望まれる。</p>

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。	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(1)-② 各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>法人理念を基に課題問題点を抽出して、長期計画として策定している。施設内の幹部会で、施設全体の稼働状況や収支の内容を踏まえて実践状況を確認している。</p> <p>ユニットケアとは何かを勉強会で話し合い計画に基づいた課題や問題点を抽出している。今後は各部門でたてた事業所目標を現場の職員がより理解しやすく、実践しやすい具体的な目標として明確にすることが望まれる。また具体的に表見された計画の実践状況を、職員も参画して評価することが望まれる。</p> <p>管理者会、職員連絡会等各委員会や部署会議で事業計画を文書で説明し理解と浸透を図っている。「家族会報告書」で事業計画の説明を行い浸透を図っていることが記録から確認できる。</p>
--

特別養護老人ホーム 翁寿園

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

管理職人事考課で管理者としての役割・責任が明確にされており役割・責任が理解されるよう取り組んでいる。法人の職務権限規程や決裁規程は入職時のオリエンテーション時の法人体制を説明する際に職務内容・役割・責任を説明している。規程は事務所で職員がいつでも手に取り見ることができるよう設置している。人事考課制度の中で経営層・管理者は自らの責任と役割について自己評価する仕組みがあるが、経営層・管理者は自らの行動や役割を職員から評価される仕組みはない。法人全体で「サービスの質向上委員会」を立ち上げ施設でのサービスの質の向上について取り組んでいる。委員会には各事業所から代表者が参加し、職員の意見集約や利用者の意向調査等サービスの質を向上させるための具体的な取り組み等、各担当が中心となり職員からの意見を集約して具体的な取り組みを始めたことである。今後は進捗状況の確認を行い評価を行う予定である。委員会には管理者がオブザーバーとして参加し、職員と共に計画的に実践に向け取り組むよう努めている。

3ヶ月に1回定期的にアウトソーシングを行い、経営や、業務の効率化を図っている。

3ヶ月に1回の振り返り際には、課題を抽出し改善に向けての取り組み計画を職員に周知し意欲的に取り組むよう努めている。

「幹部運営委員会」「職種別委員会(ケア業務・看護業務・ケアマネジメント)」「サービスの質向上委員会」等で課題の検討を行っている。

委員会で出された課題や実践方法は、各事業所の責任者会議、リーダー会議、グループ会議など全職員へ課題・活動内容・状況が組織的に周知され共有されていることが記録から確認できる。

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。		a・Ⓑ・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。		a・Ⓑ・c

特記事項

本部一括で組織を機能させるために必要な人材の確保を行っている。高齢者雇用や有償ボランティアの採り入れ推進に努めている。人材確保のために県の高齢者就労支援の制度の活用を検討している。介護職員の負担を軽減する為、移動・移乗時の機械使用による腰痛予防に取り組み始めている。法人全体で障害者雇用にも積極的に取り組み、短時間雇用から就労支援を行い、雇用につなげるよう努め、プランに基づいた雇用を計画的に行っている。人事考課制度の導入を継続して行い、職員の能力・意欲・行動力を評価し職員の意欲向上に取り組んでいる。パート職員を正規雇用につなげている。福利厚生制度で職員旅行を行っているが、今年度は法人全体で増加している。誕生日のプレゼントも継続している。県の互助会から勤続年数に応じて報奨金がもらえる仕組みも導入している。キャリア段位制度導入を図っており、介護職員の資質・技術の向上に取り組む意欲向上に努めている。

法定通りに健康診断を受けてるようにしている。県と県社協で退職金制度に加入している。

人事考課制度の面接も「業務管理評価シート」に沿って年2回実施している。職員一人ひとりの有給の消化率や時間外労働の状況は、データ管理をしている。消化率・時間外労働についてのデータは本部に報告されている。就業状況は、勤務表で管理、確認している。職員「個人別台帳」が作成されており、有給の使用状況が明確にされている。

施設長、各部署の管理者にいつでも相談を行い助言や指導を受けることができる環境がある。さらに、社会労務士からの助言を得たり、嘱託医は産業医である等、法人内で組織的にサポートできる体制が確立されている。メンタルストレスの研修を実施している。

法人内に「復命書」を作成し、水準・知識、専門資格を明確にしている。事業計画で、キャリア支援として施設内研修・外部研修の受講を明確にしている。外部研修は職種専門分野に応じて受講を決めている。復命書で研修を受講し、各、必要な会議の中で研修内容の報告がされている。研修報告書の下欄に研修の内容の評価を行い、良ければ次年度も受診できるように計画に反映させている。さらに、施設長が、復命書の内容を確認し次年度に受講しても良いか確認している。研修案内は全職員が回覧・閲覧できるように法人全体で取り組んでおり、職員が職能研修を受け資質向上ができるように努めている。職員が自発的・意欲的に申し出る研修受講については法人全体で積極的に支援するように努めている。職員が外部研修に参加する場合には、法人の旅費規定で研修参加時の受講費用、交通費、出張旅費等に関して規定している。人事考課(業務管理評価シート)の中で職員が個別に資格取得へ向けての目標を明確にしている。法人は職種や勤務年数に応じて、資格取得に向けた支援を行っている。事業計画で職員キャリア支援について段階や職種に応じて計画的に学ぶ機会を持てることが明確にされている。「出張命令書」「出張復命書」に基づき、外部研修に参加した職員は、ユニット会議等で研修内容を報告していることが記録から確認できる。報告書の「行ってよかった」欄で研修成果に関する評価・分析を行っていることが確認できるが、評価・分析した結果が次の年間研修計画や研修内容の見直しに反映されているかは確認できなかった。評価・分析された結果が、次の研修計画や研修内容の見直しに反映されるような報告書の書式の工夫に取り組むことが望まれる。

介護職員初任者研修の受け入れを行っている。栄養士の実習も受け入れている。法人で「実習生受け入れマニュアル」を作成している。マニュアルの中で受け入れのポイント・目的・オリエンテーションなど受け入れが円滑に行えるようにマニュアル検討委員会で詳細に検討し、追加・修正を加え、受け入れに関しての基本姿勢を明確にしている。実習生へのオリエンテーションの資料も作成され、資料に沿って標準化された指導が行われ、効果的な実習ができるよう取り組んでいる。相談員が受け入れ窓口となり、オリエンテーションを行っている。マニュアルに沿って実習指導者に対する研修を実施している。実習校からの実習カリキュラム・プログラムに沿って実習が行えるよう取り組んでいる。実習校の実習指導教員による施設巡回時に実習指導者と実習プログラムに対する進捗や今後の実習の進め方等について話し合い、継続的な連携が維持できるよう取り組んでいる。職種種別ごとのプログラムは実習校のプログラムに沿って実施している。実習生の実施状況に関する学校側との連携を強めるための取り組みや実習生の種別等に考慮したプログラム作成の検討が望まれる。

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

担当部署として衛生感染委員会・事故防止委員会を設置している。事故対応マニュアルを整備して職員に周知するように促している。事故防止委員会では、事故報告書・ヒヤリハット報告を「インシデント・アクシデントレポート表」の項目で区別し、さらに、レベル判定を行えるようにしデータ集積している。緊急時に備え市と福祉避難場所の協定を結んでいる。研修会などの実施によりマニュアルの内容の周知を図る取り組みが望まれる。口腔ケア・誤嚥性肺炎の研修の中で窒息事故が多いことから、事例検討を実施して安全・事故予防の研修を行っている。事業所内各部署で研修を実施しているが、感染症の研修内容が確認できなかった。事件事例は事故防止検討委員会で評価見直しを行い事故予防に努めている。

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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	利用者と地域の関わりを大切にしている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-3-(3)-②	関係機関等との連携を適切に行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

WAM・厚労省・全国社会福祉法人経営者協議会のホームページからの動向の情報収集を行っている。アクションプラン24の分析結果から動向を把握し、速やかに事業計画に反映させて事業所の取り組みに活かしている。南あわじ市の福祉に関する今後の方針や取り組みの情報を把握する等、多方面からの情報の収集・把握に努めている。また、第6期高齢者福祉計画を参考にしている。老人福祉協会の淡路ブロックからも情報把握するよう努め事業計画に反映させるよう取り組んでいる。在宅介護支援センター・介護支援センターからの情報把握も行っている。介護技術教室も南あわじ市老人福祉協会の意向を受け開催している。在宅介護支援センターを通じて福祉ニーズの把握に努めている。地域のニーズに基づき「介護技術講習会」や「認知症を支える会」を開催している。また、24時間サポート型特養の事業化を検討するなど事業計画に反映させている。

基本理念に「地域に親しまれ、信頼される施設に」を謳い、地域とのかかわりを大切にしている。南あわじ市発行の広報誌を、利用者が閲覧できるように設置し、利用者が地域の情報を得たり、地域とのつながりを持つよう取り組んでいる。地域の文化展の開催・参加案内を掲示すると共に、希望者はボランティアを活用して参加できるよう支援している。介護者研修・介護予防教室・技術講習会の開催等を検討している。さらに、今後の展開として地域へ向け解放スペースを作り、地域住民が寄り会えるサロンなどの事業展開を検討中である。今後法人が運営する養護施設との連携を図り、地域との交流の機会を設けるよう検討している。

特別養護老人ホーム 翁寿園

地域の学校行事への参加案内があり、希望者が参加できるように支援している。
 車を活用し、ブドウ狩りやミカン狩りなどの外出行事の実施により、個々の利用者のニーズに沿った地域の社会資源の活用に取り組んでいる。介護職員初任者研修を実施している。また、家族介護者研修を年一回定期的に開催している。
 地域住民が来訪して、また、電話での問い合わせ・相談には、相談員が窓口となり対応している。ボランティア受け入れマニュアルを作成している。マニュアルに基本姿勢を明示している。
 ボランティア受け入れ簿を作成しており、受け入れ簿に実施内容や感想が記載されている。受け入れ簿で誓約書も取っている。
 マニュアルには、オリエンテーション資料が添付されており、資料に沿って研修が実施されている。
 地域の関連機関のリストを玄関・公衆電話の場所に掲示して利用者・職員が、必要に応じて活用できるようになっており、職員は周知している。淡路ブロックの老人福祉事業協会の年1回定期的な連絡会や2ヶ月に1回開催される研修会にも参加している。また、職種別に開催される集まりや研修にも参加している。給食施設協議会や市の開催している防災訓練にも参加し、地域の公共団体や関係機関との連携を図りネットワーク化に取り組んでいる。南淡路市ケアマネ会議、地域ケア会議に定期的に参加し、共通の課題を研修に採り入れ解決に向け取り組んでいる。

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

毎月身体拘束推進委員会を開催しており、各グループで話し合う中で利用者への日々提供しているケアを振り返る機会を持っている。
 接遇の研修の機会に利用者へのサービスの実施方法の周知徹底を図っている。また毎朝のロールプレイングの機会を持ち基本理念に謳われてる基本姿勢の内容について理解を深めるように具体的な場面を取り上げ結果を実施表で記録として残されている。
 昨年まで身体拘束と共に学ぶ機会を持っていたが、昨年度の評価から利用者尊重や基本的人権への配慮につて取り上げた中で、プライバシー保護について学ぶ機会を持っている。プライバシーマニュアルは作成している。マニュアルの支援項目の中でそれぞれに介護の心構え、プライバシー保護について留意点を明確にし、具体的な対応方法を明示している。また、手順の中でも具体的に言葉かけの留意点や方法を明文化し職員が内容を認識し、具体的に支援に活かせるようにしている。昨年の評価以降に法人全体でマニュアル検討委員会を立ち上げ、より現場の現状に即した規定やマニュアルになるように検討・見直しを行っている。検討し見直したマニュアルを使用した研修の実施を企画している。衛生管理・感染防止委員会の中で見直し作成したマニュアルの内容について意見交換をする機会を持ちマニュアルの浸透を図っている。

特別養護老人ホーム 翁寿園

今年度より、新人対象に入職後半年を経過して各マニュアルの内容の出井状況を確認し周知するために研修の機会を持つようにしている。今後も研修等を継続し、全職員で利用者の尊厳やプライバシーについて常に意識し支援する中で、注意していく取り組みの継続が望ましい。

また、現状に即したマニュアルの見直しを継続し、見直したマニュアルを活かしてマニュアルを周知する取り組みが望まれる。

家族会を開催し意見交換を行う機会を持ち利用者・家族の意向や意見を把握するようにしている。

法人でサービスの質向上委員会を立ち上げ、利用者満足度を実施している。調査は意見や要望、苦情を言いやすいように日々接する以外の職員が聞き取り調査を行っている。接遇や職員の支援方法などについて調査を行い、出された意見や集計結果をだしている。年間計画で実施される行事についても実施後に利用者アンケートを実施し次年度の行事へ反映させている。翁寿園連絡会でアンケート結果が報告され、サービス・運営への反映へ向けて取り組むように努めている。満足度調査を今後も継続的に実施し、調査から出された集計結果、課題分析を行い、改善に向けた取り組む流れをフローチャートなどで明確にし、サービスの質の向上が継続的に行えるようにすることが望ましい。アンケート集計結果、意見から出された意見や要望・苦情を種別に分け各担当できる委員会や部署で解決反映に向けた具体的な取り組みに活かす取り組みが望まれる。

相談方法・窓口等については利用契約時に契約書に明記しており、必要に応じてフローチャートを用いて説明を行っている。また施設内では玄関を入ってすぐの壁面に掲示している。相談時には、会議室や面接室といった第三者に話を聞かれる事の無い場所を確保してお話を伺っている。

苦情・要望・報告(施設長への報告)までの流れをフローチャートで表し、利用者・家族に契約の段階からフローチャートを用いて説明を行い理解してもらいやすいように努めている。職員の目につきやすい位置にもフローチャートを掲示し出された意見や要望が速やかに解決反映されるように取り組んでいる。利用者個人から出された意見や要望はケース記録に残され、申し送りで全職員で情報共有し、速やかに対応反映させるようにしている。法人の委員会の中で出された意見や要望・苦情を掲示し利用者や家族にフィードバックするように検討したが、意見や要望・苦情を出した方が嫌がることも考え、現在は掲示をするに至っていない。苦情受付マニュアルのフローチャートに沿って「対応している。利用者・家族からの要望は所定の様式に記録しケアカンファレンスで話し合い、共有してサービスに反映させている。意見や要望は、個人のケース記録に残している。マニュアル検討委員会で全マニュアルの見直しを実施している。

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。	Ⓐ ・ b ・ 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

昨年度の第三者評価受審でサービスに対する自己評価を実施し、今年度の第三者評価受審前にも自己評価項目に沿ってサービス全体の自己評価実施し受審している。施設独自でも、今春に利用者満足度調査を実施したが、今秋冬に家族様向けにアンケート調査を実施し集計結果から意見や要望を出し、課題を捉えてサービスの質の向上への取り組みを考えている。幹部運営委員会で評価結果を分析・検討を行うように決めサービスの質の向上委員会を位置づけ、計画的に質向上へ向け具体的に取り組むようにしている。幹部運営委員会で評価結果を分析し、サービスの質向上委員会で、質の向上に向けた課題を出している。第三者評価受審後の体制見直しにかかる検討委員会一覧表で各委員会・連絡会での検討内容が明確に明示されている。各委員長・議長、委員・メンバー、オブザーバーも明確にしている。各委員長・委員メンバーより委員会で出された課題や内容を現場職員が参画するケア業務検討委員会(マニュアル検討委員会改め)で報告・伝達されていることが議事録で確認できる。課題をだし、アンケート調査を職員へ実施しマニュアルの浸透程度を確認する取り組みを検討している。

明らかになった課題は、各部署・委員会で解決に向けた具体的な取り組みを検討し、実践に取り組んでいる。課題・解決策を委員会で検討し実践につなげた結果・途中経過を各委員会で報告を行い必要に応じて見直しを行っている。看護業務検討委員会では、昨年度の評価結果から課題をだし、計画的に業務内容の見直し、マニュアルの見直しを実践している。

各種マニュアルが整備されている。職員が見やすい場所に設置されてる。また、マニュアルに基づいた研修を実施すると共に職員個々へサービス提供への助言指導が行われているが、マニュアルに沿って実施していることが確認できない。施設内研修の実施を計画的に行い、更なる職員への周知徹底を図ることが望まれる。また、標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みを整備が望まれる。昨年度の評価結果から法人全体でマニュアル検討委員会を立ち上げ、マニュアル全体を計画的に見直しを行っている。

現在、見直したマニュアルについてケア業務検討委員会(旧マニュアル検討委員会)実践状況を確認し、確認する中で職員からの意見や提案を聴取し反映させるように取り組み始めている。各グループ会議や朝のロールプレイの中で職員からの意見を聴取し、委員会に意見や提案を集約して出すようにしている。

ほのぼののシステムの中で24時間シートを使用して利用者がどのように過ごしたいか明確にし、個別のケース記録に入力して職員間で共有が図られている。サービス実施計画に基づいて支援していることがわかるように計画の項目ごとに実践状況を記載している。ケース記録・日誌の書き方の書面を作成し職員の記録が統一して行えるようにしている。記録方法について、新入職員の研修で説明し記録の統一を図っている。ケース記録は、日々介護リーダーが内容を確認するほか、書面化され生活相談員、副施設長、施設長が記録を確認し、記録の保管を介護支援専門員が保管管理を最終的に行っている。また、申し送りで利用者の状態が報告され状態の共有が図られている。

文書保管基準で保管期間、廃棄に関する規定を明確に定めている。

個人情報保護規定から個人情報規定細則として開示に関する詳細の内容を昨年度の評価結果をもとに見直しを行い明確にしている

プライバシーマニュアルの周知でリーダー会議の中で説明を行い、ユニット会議で職員へ個人情報保護に関してマニュアルに沿った対応を行うように話をしている。申し送りノートやほのぼのの中に入力される利用者の状況を職員間で情報共有を図っている。申し送りノートは業務やセンター会議の内容が記載され情報を共有しており、確認した職員が印を押し確認していることが明確になっている。利用者の状態についてはほのぼののシステムの申し送りの項目で各職員が勤務に入る際に確認するようにしている。

6ヶ月に1回ケースカンファレンスを実施している。毎月ニーズに基づいてモニタリング・評価を担当職員が行い、各担当職員から出されたモニタリング・評価を行っている。ネットワークシステムで施設内各部署は情報共有が可能となっている。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

新しくパンフレットを写真を用いて作成してサービス内容がわかりやすくなっている。

ホームページにもサービス内容を判りやすく公開している。

利用者・家族の希望者には見施設見学や一日ショートステイで体験してもらえるようにしている。契約書・重要事項説明書の他別に料金表を作成し、説明配布することで分かりやすいようにし、同意の上で契約し、2部作成し保管している。

他の事業所や在宅への移行ケースがないが、移行の際には情報提供を行おうと考えている。入院の場合には、看護サマリーを作成し、医療機関への移行が速やかに行えるようにしている。

契約書の契約終了に伴う援助の項目に明記しサービス終了時の援助について説明を契約時より行い理解を得るようにしている。

特別養護老人ホーム 翁寿園

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

日常生活動作能力調査表を用いて情報収集し課題分析を行い、利用者の身体状況や生活状況を踏まえてアセスメントを行うようにしている。6ヶ月毎の見直しの際には、日常生活動作能力調査表の書式を用いて現在の状況を把握し、課題分析を行い再アセスメントを行うようにしている。ケアプラン見直しのフローチャートを作成し、ケアプラン作成からモニタリング・評価・再アセスメント・見直しの流れが明確にされている。利用者・家族の要望を聞き、利用者個々のアセスメントを実施し、課題を明確にしている。把握したニーズに基づき課題解決のためのサービス実施計画書を作成している。

施設長・副施設長をサービス計画策定責任者としている。カンファレンス実施予定表を作成して毎月のカンファレンスで関係職員が集まり計画を作成し、計画的な見直しを実践している。計画の実施状況や実施モニタリング表で実施状況を日々チェックしている。担当職員がモニタリング評価を行い利用者の状態の変化があれば、その都度カンファレンスを持ち、見直しを実施するようにしているが、サービス実施計画の評価・見直しに関する組織としての手順及び関係職員に周知する手順が確認できない。朝の申し送り時に状態の変化について申し送りはあるが、担当者・関係者が集まりカンファレンスを持ち計画の見直しを行うことは現在できていない。緊急時のプラン変更は関係職員からの意見を出し、計画の変更するようにしている。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法などが明示されることが望まれる。さらにサービス実施計画の見直しでは、変更に関する利用者の意向の確認と同意を得ることが重要である。

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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

行事開催時に利用者個別に参加の意向を確認し、体調や希望に応じて参加できるようにしている。行事開催後、行事に関するアンケートを行い、利用者の意見や意向を確認し、次の行事開催に反映させるようにしている。余暇活動への参加の意向は利用者個別に聞き取りを行っている。また、満足度調査や利用者・家族から得られた情報をもとに、行事プログラムを作成して、自発的に参加できるように配慮している。各ユニットごとに小グループで季節の遊びをとりれて自発的な活動の支援に努めている。手芸や書道は長年ボランティアの方に来訪してもらい活動が継続できるように支援している。南あわじ市が主催する敬老会や文化展に参加できるように支援している。

特別養護老人ホーム 翁寿園

面会時間は9時から20時と定めているが、自由に面会できるように事前に申し出があれば面会できるように支援している。
 外出や外泊の意向が本人よりあれば、家族に説明協力しながら機会が持てるように支援している。視力・聴力障害、認知症状で意向を訴えることができない方がある。
 聴力障害のある方には、ケアプランにコミュニケーション方法などを含めて計画して支援するようにしている。
 意思伝達に制限のある人の場合には、ケアプランにあげたり、ケース記録に記録として残し、意思表示やコミュニケーションの手段など情報を職員間で共有し支援に活かすように取り組んでいる。聴力障害では、大きな声で言葉をゆっくりと伝えるなど申し送りで職員間の情報共有を図り支援するようにしている。必要な利用者には成年後見制度を活用している。

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
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している。	○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行っている。	○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

入居前の環境に近い状態で生活の住み替えができるように家族に環境整備への協力を伝え、調度品の持ちこみを勧めるようにしている。
 特浴室2台の間にカーテンレールをつけプライバシーに配慮するようにしている。聞き取りで嗜好調査を実施している。献立は季節感を取り入れるようにしている。個別に毎日食事量・水分摂取量を確認、把握し、利用者の栄養状態を良好に保てるようにしている。

特別養護老人ホーム 翁寿園

利用者の咀嚼や嚥下状態に応じて、刻みやミキサーなど詳細に対応し、胃ろうなどの注入食は医師の指示を得て、指定の注入食を使用している。

食事のランチョンマットは必ず使用しており、季節感が感じられる手作りのものを使用している。季節に行われる節句食、毎月1日は赤飯、祝い事には、鯛を出すなど食事が楽しめるようにしている。入浴マニュアルを整備している。特浴カーテンの仕切りを用いてプライバシーに配慮するようにしている。失禁や多量の発汗があれば、バイタル測定を行い看護師と連携を図り、必要に応じた入浴ができるように支援している。拘縮が強く、尿路感染が高い利用者や褥瘡につながりやすい利用者には、毎日入浴ができるように対応している。白癬がある方には、入浴以外に足浴を取り入れ清潔に保つことで皮膚の状態を改善できるように支援している。入浴回数は最低週二回実施している。排泄マニュアルに基づいて個別具体的な支援に努めている。ストマケアのマニュアル・バルーンカテーテルの管理マニュアルの追加、排泄用具に応じたマニュアルの追加を行い、排泄介助について具体的な方法を明示している。トイレ環境の点検は排泄マニュアルに順次で実施している。

ステリパワーを使用し施設内全体で消臭に努めている。

利用者の好みや希望に応じて衣服を選択してもらっている。必要があれば選択できるように職員が支援を行っている。

希望があれば、外出買い物を持ち、衣服の購入ができるように支援している。また衣服の破れや痛みが目立つようになれば、家族などに相談し必要に応じて協力支援を受け交換を行っている。理美容については毎月一回利用者の希望に応じて訪問理美容を利用している。整髪・化粧は自立していない人には職員が支援している。理美容に関しての情報は、業者が用意したカタログや雑誌で情報提供をしている外出の機会を活かして理美容を受けることができるように支援している。睡眠マニュアルを作成し、睡眠の支援にかかわる介護としての心構えから不眠に対する支援方法を具体的に明示している。寝具に関しては基本的には、リースの寝具があるが、利用者個々に感じ方や好みが違うため、家族に協力依頼を行い、毛布やタオルケットの持ち身をしてもらっている。

不眠で同室者に影響を及ぼす可能性があれば、空き部屋や過ごす場所を変え支援するようにしている。支援個人ファイル・ほのぼののシステムの中に利用者の体調や健康状態の変化を記録として残している。各ユニット・フロアで入浴前と利用者の状態に変化が生じているようであればバイタルサインチェックを行い、看護師に情報を集約し記録して、介護職員と看護職員との連携を図るために書面で情報共有・引き継ぎがなされている。観察マニュアル・緊急マニュアルを追加で作成し、看護師への報告基準を明確にし、介護職員と看護師の連携が密に図れるように努めている。利用者の一日のチェックの項目では、バイタルサインや観察事項を基準を明確にし利用者の健康管理を行えるようにしている。

年1回健康診断を受けることができるように支援し、結果は家族に報告すると共に、希望があれば医師より説明を受けることができるようにもしている。

回診結果や受診結果・利用者の状態などを看護記録、ほのぼのにも入力し情報共有を図っている。健康たよりを医務課として発行し、利用者・家族に情報提供を行っている。

機能訓練の計画書を作成し個別に機能訓練低下予防を行っている。実施状況は、リラクゼーションマッサージ実施状況として記録に残されている。関節可動域テストも必要に応じて実施している。朝リハビリ体操、口腔体操を全体で実施し予防に努めている。STIに年1回程度来訪してもらい嚥下の機能・口腔ケアなどに関して勉強会の開催や助言を受け施設全体での予防に取り組めるようにしている。

処方薬が分包された状態で届けられ、看護師が服薬してもらえる状態にセットしている。服薬管理マニュアルを作成している。服薬チェック表で安全・確実な服薬、誤薬が起きないように取り組んでいる。服用困難な場合、誤配薬が起きないように、具体的な取り組みと対応方法をマニュアルに明記している。経管栄養の服薬注入になど具体的な服用介助方法も詳細に明記されている。服用するまでに看護師が2回チェック、介護職員が看護職員より薬を預かって介護職員が確認をして服用確認を行っている。服薬マニュアルから各グループでより具体的な服薬介助の書面が作成され誤薬予防の徹底を図っている。外出希望のある利用者は買い物同行に高校生のボランティア部の協力を得て外出できるようにしている。南あわじ市の広報誌を利用者が見やすい場所に置き地域の行事予定を知ることが出来るよう担っている。離設の可能生が考えられる利用者については施設内で所在確認をおこない不測の事態にならないようにしている。携帯電話の持ち込みも可能になっており、携帯電話を持っている人もある。公衆電話は利用者が利用しやすい場所に設置されておりいつでも利用できるになっている。職員が付き添う場合は炉yぶしゃのプライバシーに配慮している。はがき・手紙は事務所で対応している。

新聞は自由に見ることができるよう共有スペースに設置している。希望があれば購読ができるように支援もしている。

飲酒は希望があれば可能である。館内は全館禁煙になっているため、喫煙を希望される方は離れた場所で職員が付き添い館外で喫煙できるようになっている。現在入居者で喫煙する利用者は居ない。

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	6	66.7
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	9	90.0
II-1 人材の確保・養成	28	25	89.3
II-2 安全管理	9	8	88.9
II-3 地域との交流と連携	23	22	95.7
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	23	92.0
III-3 サービスの開始・継続	11	10	90.9
III-4 サービスの実施計画の策定	10	9	90.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	13	92.9
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

