

特別養護老人ホームすいせんホーム

様式第1号

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 | 2015年 10 月 1 日 ~ 2016年 3 月 15 日 (実施 (訪問) 調査日 2015年 11 月 9 日) 2015年 11 月 25 日) |
| 評価調査者 | K-0401004 HF06-1-0010 HF06-1-0011 HF12-1-021 |

福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|---|--|
| 事業所名称: 特別養護老人ホーム すいせん (施設名) ホーム | 種別: 老人福祉施設 |
| 代表者氏名: (管理者) 岡本 和浩 | 開設(指定)年月日 平成 6 年 5 月 1 日 |
| 設置主体: 社会福祉法人淡路島福祉会 経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会 | 定員: 80 名 (利用人数) 80 名 |
| 所在地: 〒 656 - 513 兵庫県南あわじ市賀集野田764番地 | |
| 電話番号: 0799 - 53 - 0030 | FAX番号: 0799 - 53 - 0033 |
| E-mail: suisen99@oak.ocn.ne.jp | ホームページアドレス: http://awaji-yasuragi.jp/suisen.html |

(2) 基本情報

| |
|--|
| <p>理念・方針</p> <p>地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。 2. 常に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. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。 <p>運営方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 社会福祉法人淡路島福祉会が運営する特別養護老人ホームすいせんホームの運営及び利用については、必要な事項を定め、施設の円滑な運営を図ることを目的とする。 2. 施設は、施設サービス計画に基づき、可能な限り、在宅における生活への復帰を念頭に置いて、入浴、排泄、食事の介護、相談の援助、社会生活上の便宜を供与し、その他日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の介護を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自律した日常生活を営むことができるようにすることを目指す。 3. 施設は、利用者の人権及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって指定介護福祉サービスの提供に努める。 4. 施設は、明るく家庭的な雰囲気を有し、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護老人福祉施設その他保健医療サービス、福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。 |
|--|

力を入れて取り組んでいる点

- ・入居者・利用者の方々の個々における生活の質とは何か、質を上げるためにどう取り組んでいくかについて、自律支援を念頭に置き、各職種が連携し、ケアプランと連動するように留意している。
- ・地域に開かれた施設、信頼され選ばれる施設となるようサービスの充実化を図り、サービスの利用にあたっては常に入居者や利用者の方々に選択肢があり選んでいただけるように努めている。
- ・日進月歩で変化する福祉・介護の考え方や知識、技術を、内外部の研修等により各職種が有することのできるよう努めている。

| 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) | 事務員 | 1 (2) | 生活相談員 | 2 () |
| | 介護職員 | 36 (7) | 看護師 | 2 (2) | 管理栄養師 | 1 () |
| | 医師 | 1 (1) | 機能訓練指導員 | 1 () | その他 | 8 (1) |
| | 産休(介護) | 1 () | | () | 産休(介護) | () |

施設の状況

自然豊かな環境にあり、ゆったりとしたスペースを有した施設である。利用者のこれまでの生活や状況を把握し、その人らしく生活できるように、職種間での連携を重視し支援に取り組んでいる。地域との交流と連携に努め、中庭の整備や足湯を作ることで事業所の有する機能を地域に還元している。前回の受審で抽出された課題に取り組み、サービスの質の向上に反映させている。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

- ・**事業所の運営について**
法人の運営管理体制が確立しており、各部門について規程・マニュアルが整備され、職種別・階層別に会議や委員会が設置され機能している。
- ・**地域社会との交流と連携について**
施設のエントランスとホールを地域住民に開放し、「アートハウスすいせん」のイベント・「足湯」開放・「介護者技術講習」・「認知症を支える会」・「いきいき百歳体操」等を催し、地域に開かれた取り組みが行われている。
- ・**利用者本位の福祉サービスについて**
共用スペースは、安全面を考慮しながらも、季節感を取り入れた生活の場としての潤いを感じられる開放的な環境が提供されている。嗜好調査を行いながら、個別性を尊重したサービス提供が行われている。
- ・**職員の資質向上と連携について**
事業計画にキャリア支援として研修受講を明文化し、外部研修・内部研修の機会を確保し、職員の資質向上に取り組んでいる。パソコンのネットワークシステムや、責任者会議・各部署会議等定期的な会議、各種回覧ボード等を活用し、職員間の情報共有と連携が図れる仕組み作りができています。

◇ 特に改善を求められる点

大変よく取り組まれているので、大きな改善点はありませんが、次のステップとして記します。

・研修報告書は、予定されている書式の改定により、研修成果に関する評価・分析を記載し、次の研修計画に反映し、見直しに活用する仕組み作りを期待します。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の受審を通して職員が一つの目標を持ちながら、サービスの意味を考え、課題や問題点を抽出し、改善の方向に取り組んだのは施設にとって、とてもメリットがあったと考えています。日頃の業務を見直し、こうすれば良くなるのではと多職種間で協議することで、サービス全体の水準が上がってきていると確信しています。

福祉サービスの第三者評価事業は受審までの取り組みと、受審後の改善事項の検討が最も大切だと考えています。施設全体で第三者評価を意識することで、自分たちの業務を見直し改善していく、そういう永続的な繰り返しはサービスの質の高さに繋がります。

第三者評価を受審しますと、自施設の長所や短所が明確になります。今回の受審を契機として、各種委員会や会議の機能強化を図り、サービスの質を一つ一つ考えられることができればと思っています。評価結果を参考にして取り組みを進めていくことで、自施設の理念である『地域に信頼される福祉事業所に』を実現していきたいと思っています。

○ 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(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)-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(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

事業所が目指すことを「理念」「基本方針」に明文化している。「理念」「基本方針」を、施設内の各部署に掲示すると共に、朝礼時に唱和している。事業計画書にも明示し、職員がいつでも閲覧できるように各部署に設置している。事業計画の各部署の方針を作成する際には、理念・基本方針に立ち戻って検討する機会を設け、職員が理解を深められるように取り組んでいる。

施設内に掲示した運営方針の中に、「理念」「基本方針」を明示している。家族会を年1回開催し、配布する資料に理念・基本方針を明示している。家族会では理念に基づいた具体的な取り組みについて説明し、理解が深まるように取り組んでいる。まごころ5月号にも掲載し、利用者に配布すると共に、来訪者のために受付にも設置している。ホームページにも掲載し、誰でも知ることができるように取り組んでいる。

I-2 計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|---|---------|
| I-2-1(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)-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(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

社会福祉事業全体の動向を配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、平成27年度事業計画冒頭の「社会福祉法人淡路島福祉会事業方針」を法人の中長期計画として策定している。中長期計画の内容を基に、事業所ごとに平成27年度事業計画を策定している。

施設の事業計画を基に、部署ごとに年度の方針を明文化している。方針に基づいた取り組みについては、各部署会議で検討し、月に1回開催する各部署会議で進捗を確認しながら計画的に取り組んでいる。年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われ、次年度の事業計画に反映させる仕組みがある。

施設の事業計画・各部署の方針は、幹部運営委員会・責任者委員会・リーダー会議・各部署会議で、説明されている。

事業計画書は、「組織図」「施設概要」「運営方針」等項目に分け、項目ごとに詳細に明文化されている。また、施設長を初め各職種部門の方針を明文化し、会議・行事・研修などは表にしてわかりやすく説明されている。

年に1回家族会を開催し、事業計画を説明している。

事業計画は各部署に配布しいつでも閲覧できると共に、各部署会議での進捗の確認を通して継続的な周知を図っている。

特別養護老人ホーム すいせんホーム

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>「役割資格等級要綱」を法人で定め、新人職員研修の研修計画に盛り込み、オリエンテーションで各役職がどのような役割を担い、組織はどのようになっているのか説明している。 人事考課制度を導入し、経営層は管理職人事考課のシートを用いて、自らの役割と責任について自己評価を行っている。 管理者層が職員からの評価を受ける・把握する取り組みは行えていない。 アンケート調査や人事考課制度の上位者評価等を活用し、経営層が職員・利用者等からの信頼度を把握・評価・見直しできる仕組み作りが望まれる。</p> <p>法人全体で「サービスの質向上委員会」を設置し、サービスの質の向上に取り組む、施設長・副施設長も出席している。 委員会には各事業所から出席し、職員の意見を取り込む場となっている。 委員会では課題を把握し、改善のための取組を計画的に行っている。今年度は、リーダー層の職員育成を取り上げ、計画的に取り組んでいる。</p> <p>アウトソーシングで3ヶ月に1回「経営開発センター」の会計士の来訪を受け、施設の稼働率や経営状況の分析を行っている。 分析結果は法人の幹部運営委員会で報告され、改善すべき課題があれば、各施設の連絡会で報告される。各施設では、責任者会議・リーダー会議・ユニット会議・グループ会議、又は、各委員会に伝達され、具体的な取り組みを行う仕組みがある。 幹部運営委員会には各施設の管理者層が参加し、施設内の会議や委員会にも管理者が出席し、経営や業務の効率化・改善に積極的に参画している。</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。 | a・Ⓑ・c |

特記事項

人員管理は法人が一括して行っている。
組織図・職務権限規程・職群基準表・種別配置状況表等で、人員管理に関する方針を明示している。
種別配置状況表で、職種別に定数と現員を明示し、人員体制についてのプランに基づいた人事管理を確認している。
退職等で欠員が予測されれば、法人の幹部運営委員会に報告し法人一括で職員募集を行う仕組みがある。

人事考課制度を継続し、年2回の個人面談と自己評価・上位者評価を通して、職員の育成・評価・報酬が連動した仕組みを確保している。
人事考課制度については、新入職時・個人面談時等に説明すると共に、閲覧できるように事務所に人事考課制度についての規定を設置し、公平性・納得性・透明性の確保を図っている。
健康診断・退職金制度への加入・職員旅行・勤続年数に応じた報奨金・キャリア段位制度導入・クラブ活動支援・誕生日のプレゼント等、福利厚生の実現に努めている。旅行の行き先等については、職員アンケートを実施し職員の意向確認を行っている。

職員一人ひとりについて、「個人別休暇・年次有給休暇記録簿」・「時間外勤務延長勤務命令簿」が作成されている。勤務状況・時間外勤務状況・休暇取得状況等について、事業所で毎月一覧表を作成し、法人に報告している。
就業状況についてのチェックは、施設内では事務部署が、法人では幹部運営委員会が担当している。
報告されたデータを基に法人の幹部運営会議で検討し、職員募集や人材・人員体制に関する具体的なプランに反映させる仕組みがある。
人事考課制度で、年に2回定期的な個人面談を行っている。ケア業務検討委員会で「働きやすい職場環境」をテーマに挙げ、職員からの相談に随時主任・リーダーが対応し、内容に応じて上位者が対応する仕組みを作り、相談しやすい環境作りに努めている。
希望があれば嘱託医・産業医にも相談できる体制がある。来年度からストレスチェックを行うため、外部機関に依頼を検討している。

「役割資格制度要綱」で職群基準を定め、役職・職種等で必要とされる職務内容・役割等を明文化している。職員一人ひとりの資格取得状況一覧表を作成し、知識水準・専門資格等を把握している。事業計画にキャリア支援として研修受講を明文化し、人事考課制度で位置付けられている業務管理評価シートで一人ひとりの資格取得に向けての目標を明確にしている。
前年度の研修報告・研修受講一覧表を基に、職員の職種・役職・経験年数などを考慮し、職員に偏りのないよう、研修開催案内を提供し、外部研修の受講や資格取得のための研修が受講できるよう支援している。
外部・内部研修の受講状況は、復命書や研修報告書で確認できる。
外部研修の案内があれば回覧を行い受講できるように支援すると共に、法人の旅費規程に基づき、交通費・受講料支給等参加の支援を行っている。
法人内で、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされており、人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。

研修終了後は復命書・研修報告書を提出し、研修の種別・内容に応じてユニット・グループ会議で報告会を開催している。より多くの部署の職員に周知・共有が必要な研修については、全体の報告会が開催される。
復命書の書式に、参加者が次年度の参加の必要性の有無をチェックする欄を設け評価を行っている。
書式の改定を予定しており、チェックに基づいて副施設長等管理者層が研修成果の評価・分析を行い、次年度の受講計画に反映させる仕組みづくりを検討している。
予定されている書式の改定により、研修成果に関する評価・分析を次の研修計画に反映し、見直しに活用する仕組み作りが望まれる。

「実習受け入れマニュアル」に基本姿勢を明示しており、実習受け入れ時のオリエンテーション手順、資料がマニュアルに記載・整備されている。生活相談員が実習受け入れの担当窓口となっているが、マニュアルに明示されていないため、事業所としての担当窓口の明示が望まれる。
現在実習生を受け入れている、介護職員初任者研修に関しては実習依頼書を受けている。
介護職員初任者研修の実習受け入れに関して、介護リーダー・主任が実習指導者として対応している。初任者研修の開催担当者から実習指導職員に、研修カリキュラムの実習に必要な手引きのコピーを提供し、効果的な実習指導が行えるよう取り組んでいる。

実習カリキュラム(初任者研修過程日程表)に沿って計画的に実習できるよう取り組んでいる。
障害者の体験実習受け入れについては、障害者支援センターの担当職員が毎日来訪し実習の進捗状況を確認している。現時点では、介護職員初任者研修の実習生のみを受け入れであり、介護福祉士等種別に配慮したプログラムの整備には至っていない。
いつでも、社会福祉士・介護福祉士等の実習生を受け入れられるよう、種別に配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

| |
|--|
| <p>法人内の安全確保に関する部署として、事故防止検討委員会、食事・衛生管理感染対策委員会を設置している。各事業所の担当職員が各委員会の出席メンバーとなっている。</p> <p>食事・衛生管理対策委員会は毎月開催され、感染症・食中毒、衛生管理に関する内容を検討し対応策を講じている。事故防止対策委員会は責任者会議の中で開催され、事故防止・安全対策を講じている。具体的な対応・対策を講じるために、ユニット・グループ会議で話し合い・検討を行い、実践につなげている。</p> <p>「事故発生マニュアル」を作成し、リスク管理に関しての最終的な責任者は施設長として、管理体制を整備している。</p> <p>各ユニット・グループにマニュアルのファイルを設置し、いつでも見て確認できる状況を整備していると共に、「リスクマネジメントについて」の研修の中で職員の周知を図っている。</p> <p>消防署に年3回の消防訓練計画書を提出し、実施している。中林病院と協力医療機関として連携しており、半期に1回ノロウイルスやインフルエンザの流行シーズンなど適宜に連絡会を持っている。また、施設内にAEDを設置しており、消防の協力を得ながら操作方法等について事業所内で研修を実施している。</p> <p>インシデント/アクシデントレポートや事故報告書を用いて事例を収集し、毎月ユニット・グループ別に集計し、ユニット・グループ毎の会議で集計結果から出された課題や問題を検討し支援に反映させる仕組みがある。各ユニット・グループ会議の中でリスクマネジメントについて学ぶ機会を持ち周知するようにしている。</p> <p>毎月の各ユニット・グループ会議でインシデント/アクシデントレポートの中で検討し支援を行った結果の有効性について検証し適切なリスク回避が行えるように取り組んでいる。</p> |
|--|

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 利用者との地域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 |

特記事項

| |
|---|
| <p>市の高齢者福祉計画を勘案し、老人福祉協会の淡路ブロックからも具体的な情報を随時把握している。地域の動向・ニーズ等については、併設の在宅介護支援センターからのデータ・情報を活用している。把握した情報やデータから社会福祉事業全体の動向も配慮し、事業計画を策定している。</p> <p>南あわじ市社会福祉事業所連絡会が開催され、地域の社会福祉事業所との連絡・連携を図ると共に行政からの情報提供等を受け福祉ニーズの把握に努めている。</p> |
|---|

「アートハウスすいせん」のイベント・「足湯」開放・「介護者技術講習」・「認知症を支える会」・「いきいき百歳体操」・「かみかみ百歳体操」等を催し、地域住民からの相談・情報を受けニーズの把握に努めている。把握したニーズや課題を基に、事業計画に明記し、週1回デイサービスと配食サービスを継続している。

基本理念の中に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」と謳い、事業計画の中にも地域との関わり方について明文化している。

ブラックボードや掲示板を利用して、事業所内にも行事やイベント情報を掲載し広報している。地域の祭りには、施設前でだんじりが楽しめるように依頼したり、地域のボランティアの協力を得て参加する等、地域との交流を心掛けて行っている。

「アートハウスすいせん」のイベント・「足湯」開放・「介護者技術講習」・「認知症を支える会」・「いきいき百歳体操」・「かみかみ百歳体操」等、地域交流スペースを活用し、地域住民が施設を来訪する機会を数多く設け、コミュニケーションに努めている。

希望や必要に応じた買い物・外食・受診の際には、地域の社会資源を利用している。

「介護初任者研修」は法人全体で講座を開催しており、地域住民の参加を広報誌等を通して呼びかけている。

在宅介護支援センターでは随時相談支援体制を整備している。また、地域交流スペースでの催しでは、地域住民が自由に参加し相談できる機会を設けている。

事業所の事業計画に地域社会との連携を謳い、ボランティアの積極的な受け入れを明示している。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れに関する姿勢を明確にしている。

マニュアルに、登録手続・配置・事前説明等の手順が記載されており、オリエンテーション資料に沿って説明を行っている。

ボランティアの心構えを書面で配布し、個人情報保護・守秘義務等について誓約書を交わしている。0市役所などの公的機関、病院・訪問看護ステーション等医療機関、ライフライン等、事業所種別に分けてリスト化しファイルにまとめている。

ファイルは事務所に設置し、職員間で情報の共有を図っている。

淡路ブロック老人福祉協会等の会議に参加し連携を図っている。南あわじ市社会福祉法人連絡協議会が今年度より開催され、どのように地域貢献するか、どのようなニーズがあるのか会議の中で検討話し合いを行い始めている。老人福祉事業協会が主催する研修に参加し情報収集や連携を図るようにしている。

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。 | | Ⓐ・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。 | | Ⓐ・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・Ⓑ・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。 | | Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・c |

特記事項

個々のサービスの標準的な実施方法を示した、法人の「介護マニュアル」の「介護の心得」の中に、「利用書の意向に沿って」「利用者の生活歴を大切に」等、利用者尊重の姿勢が明示されている。マニュアルに基づいた研修を、事業所内研修の年間計画に沿って、ユニット・グループ毎に実施し利用者尊重や基本的人権への配慮についても学ぶ機会を設けている。身体拘束廃止・虐待防止については、「身体拘束ゼロ推進委員会」を毎月実施し、また、管理者会議の中で検討している。ユニット・グループ毎に開催しているマニュアルに基づいた研修の中で、身体拘束廃止・虐待防止について学ぶ機会を設け、職員の周知を図っている。

利用者のプライバシー保護については、法人共通の規定とマニュアルを整備し、法人全体でプライバシー保護に努めている。「プライバシーマニュアル」に、個人情報保護と共に、利用者の自尊心保護についても言及され、利用者の尊厳やプライバシー保護への姿勢が明示している。多床室はカーテン・建具で間仕切りをし、トイレの入り口はカーテンを設置し、廊下のコーナーの談話用のテーブルは目隠しをした設置にする等、設備面でもプライバシー保護に配慮している。

各ユニット・グループにプライバシー規定・マニュアルを配布し、マニュアルに基づいたユニット・グループ単位の研修を実施している。

個々のサービスの標準的な実施方法を示した、法人の「介護マニュアル」の中に、プライバシー保護についても明記されており、「介護マニュアル」に基づいた研修を行う中で、職員がマニュアルに基づいたサービスが実施できるように取り組んでいる。

家族会を年1回定期的に開催し、利用者・家族の意向の聴取や意見交換の機会を持っている。嗜好調査については、年1回利用者に聞き取り調査を行い、食事についての利用者の意向を確認している。昨年度は接遇・食事・生活面・行事等項目に分けて利用者満足度調査を行い、今年度も実施を計画している。嗜好調査については給食サービス検討会で分析・検討し改善に反映させている。利用者満足度調査については、集計・分析を行っていることを書面で確認したが、改善計画につなげるには至っていない。第三者評価の利用者調査については、調査結果から課題を抽出し、課題に基づいた改善を計画的に行うには至っていない。

各種アンケート・調査結果の集計・分析から抽出された課題について、改善計画を立て、進捗を確認しながら、計画的に取り組む仕組み作りが望まれる。

相談方法・窓口については、重要事項説明書に窓口担当者・行政窓口・第三者委員を、相談相手が選べるように明記している。重要事項説明書を契約時に説明・配布すると共に、抜粋したものを館内掲示板に掲示している。

玄関やフロアに談話スペースを設け、内容に応じて小会議室も提供し、適切なスペースで相談や意見を述べやすいように配慮している。

苦情解決責任者は施設長・受付窓口は生活相談員とし、第三者委員も設置し苦情解決の体制を整備している。

重要事項説明書に苦情解決のしくみを明示し、契約時に説明・配布すると共に、館内に抜粋したものを掲示している。

苦情の受付から解決までの流れを図式を用いてわかりやすい資料を作成している。

苦情については、苦情受付対応票に内容を記載し、解決までの流れ・改善結果が明記され、申し出た利用者・家族へのフィードバックも記録されている。

公表することによる利用者・家族への影響等考え、公表するには至っていない。

利用者からの意見・提案についても、「苦情対応マニュアル」のフローチャートに沿って対応している。

「苦情・要望受付対応票」に、苦情・要望・願望と区別をつけ、対応を記録として残している。

マニュアルの作成からの期間が短いため、見直しするには至っていないが年度末に見直す計画である。

「苦情対応マニュアル」を用いて、ユニット・グループの研修でマニュアルの周知を図り、実際の苦情や意見の事例を踏まえて検討を行い改善に反映している。

マニュアルはあらかじめ定められた時期に定期的に見直し、見直しの内容を記録に残すことが望まれる。

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。 | ○a・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。 | ○a・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・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・b・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。 | a・○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。 | ○a・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・b・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。 | ○a・b・c |

特記事項

第三者評価の受審に合わせて、自己評価を年に1回実施している。内容に応じて各部署担当が自己評価を実施している。

第三者評価を3年間連続で定期的に受審し、サービスの質向上に取り組んでいる。評価に関しての直接の担当者は生活相談員として、各職種ごとに自己評価を行い、生活相談員と管理者がまとめ、最終的に副施設長が統括を行っている。

各部署の代表者で構成されている責任者会議と幹部運営会議で、第三者評価の分析・検討を行っている。

管理分野については、施設全体として幹部運営委員会で評価結果の分析を行っている。サービス分野については職種別に、看護業務委員会・リーダー会議で、評価結果の分析を行っている。

分析結果・課題は、各会議録に文書化している。

課題の共有は、看護業務委員会については委員会への参加により、リーダー会議については、各グループ・ユニットへの会議録の回覧により、共有化を図っている。

責任者会議で出された課題をリーダー会議、各部署に持ち帰り、職員参画のもとに課題を改善への取り組みを職員間で検討し、計画的に課題解決に向け取り組んでいる。昨年度の結果を基に手順書の作成を行い、作成の進捗状況確認、作成した手順書を用いてグループ・ユニット会議で全職員への周知をする勉強会を持っている。一連の流れを明確に記録として残しており、提供サービスの質の向上に計画的に取り組んでいる。

法人の「介護マニュアル」の中に、個々のサービスについて、標準的な実施方法を明文化している。

職場内研修の年間研修計画に、「ケア内容ごとに「手順書の確認と見直し」の研修を盛り込み、ユニット・グループ会議の中で勉強会を行い周知を行っている。勉強会の実施は議事録に記載している。

「介護マニュアル」の中に、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示している。

新入職者研修を行い、マニュアルに沿った実施方法が確実にできているかをチェック表で確認している。現任職員については、上記の勉強会でマニュアルの手順の実施状況を説明し確認する取り組みを行っている。

マニュアル・手順書を26年度末までに作成し、27年度末に見直しを予定している。

ユニット・グループ会議での、「手順の確認と見直し」の勉強会で、職員の実施状況を確認し、意見を聴取し見直しに反映させる仕組みがある。

予定通り、職員の意見や提案を反映させて、27年度末にマニュアルの見直しを行い、記録に残すことが望まれる。

ほのぼのNEXTのシステムを利用して個別の記録が作成されている。
 施設サービス計画書に基づいて実施したサービス内容をケース記録に残している。
 モニタリング表で日々のサービス内容を記載して、計画に基づくサービスの提供の有無を職員がチェックしている。また、各利用者担当職員が毎月支援経過記録に各計画の短期・長期目標に応じて支援した結果・利用者の様子を記載している。
 手順書の中に「介護記録の手順書」を作成しており、各職員は手順書を参考に記録するようにしている。記録の一元化に向けて、施設内での統一した用語や名称をいつでも見て確認できるようにしている。入力した記録をプリントアウトし、申し送りに使用すると共に、主任・リーダーが確認し記録内容についての助言や指導を行いばらつきが生じないようにしている。

「職種別業務項目」に「記録の確認と内容の指導」の担当者を介護主任としている。法人内の文書管理規定の中に、記録管理責任者を施設長と定める旨が明示されている。
 法人の「文書管理規定」の中に記録の種類別に文書の保管・保存・廃棄に関する規定が定められている。記録などの情報開示については、「文書管理規定」内の「個人情報保護規定」の中に明示されている。重要事項説明書にも明示し、契約時に利用者・家族に説明を行っている。
 個人情報保護の取り扱いについては、職場内研修の「プライバシーポリシーについて」で、ユニット・グループ会議で勉強会を実施している。

毎朝各部署の担当者が集まり朝礼を開催し、全体的な申し送り事項を伝達している。朝礼に出席した担当者が各部署の朝礼で伝達する仕組みがある。伝達申し送りの内容は各ユニット・グループの介護日誌に記載している。利用者の様子についてはシステムに入力し、情報を利用者一覧としてプリントアウトして申し送りしている。介護日誌は日勤・夜勤に分かれて作成され最終的には施設長へ情報伝達がされている。
 年度でサービス担当者会議開催日程を作成し、毎月計画的に利用者のケアカンファレンス及びサービス担当者会議を部門横断で開催し、情報共有する機会を設けている。
 「ほのぼの」のネットワークシステムを導入し、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。 | a ・ Ⓑ ・ c |

特記事項

パンフレットの中に、施設の設備やサービスの内容が、写真入りでわかりやすく明示されている。また、施設別にサービス内容をわかりやすく示した法人のホームページも作成している。
 市役所のインフォメーションの場所に施設のパンフレットを設置している。法人内、法人外の事業所にはパンフレットを適宜郵送している。
 見学は随時受付を行い対応している。体験入居や一日利用はショートステイ等の利用で対応するようにしている。

契約時は契約書・重要事項説明書で説明すると共に、わかりやすいパンフレットを用いて生活相談員が対応している。
 料金表はユニット・従来型・個室・多床室で分かりやすく表した書面を用意し、各担当者が質問を受けながら説明を加え同意を得たうえ書類を交わし契約に至っている。
 パンフレット内に事業所でできること・できないことを文章で明示して説明を行い、理解と了承を得ることができるようになっている。

重要事項説明書の中に、利用者の状況変化に伴う移行についての手順を「円滑の対処のための援助の項目」に記載している。
 サービス終了後の相談窓口は生活相談員と定めている。
 ショートステイ利用者については、連絡帳のファイルの表紙裏に連絡先と担当者を明示して窓口を明確にしているが、退所後の相談方法や担当者を記載した文書を渡すには至っていない。
 サービス終了後の相談方法や担当者について説明した文書を作成し、必要時に手渡せる体制作りが望まれる。

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。 | Ⓐ・b・c |

特記事項

| |
|--|
| <p>入所時のアセスメントは生活相談員が実施している。ケアマネジャーが「利用者個人台帳」・「利用者基本情報」を作成し、利用者の心身状況や生活状況を把握し記録している。ユニット型では、家族が記入する「その人らしさを知るためのシート」も情報の把握に活用している。</p> <p>「ケアマネジャーマニュアル」の「施設ケアマネ業務の流れ」でケアプラン作成から見直しの手順を明文化し、定期的な見直し時期は6か月とし、見直し時には再アセスメントを行っている。</p> <p>「ケアマネジャーマニュアル」に、利用者・家族の情報収集と希望の聴取から、アセスメントを行い、ニーズと課題を明確にする手順が明示されている。</p> <p>把握した情報から課題分析シートで課題分析を行い、施設サービス計画に、具体的なニーズや課題が明示されている。</p> <p>サービス実施計画の全体の責任者を施設長・副施設長とし、各個別の計画については担当ケアマネジャーとして定めている。</p> <p>施設サービス計画作成の手順は、「ケアマネジャーマニュアル」の中の「施設ケアマネ業務の流れ」で定められている。計画の策定の際は、介護職・看護師・栄養士等関係職員がサービス担当者会議を開催し、利用者・家族の意向を取り入れた計画を作成する手順が明記されている。</p> <p>計画に基づいたサービスの実施状況は、介護職員が、計画の課題を明示した「実施モニタリング票」に日々チェックしている。毎月月末に支援経過記録として、各ニーズ・課題に応じて計画の実践状況・内容・処遇が明文化されている。</p> <p>サービス計画の見直しに関する手順については、「ケアマネジャーマニュアル」の「ケアマネ業務の流れ」の中に明示され、また、ケアプラン見直しの手順をフローチャートでも明らかにしている。初回は3ヶ月、以降は6ヶ月毎の定期的な見直しを実施している。</p> <p>計画が変更になったことは申し送りや伝達し、ほのぼののシステムで内容を周知する仕組みがある。</p> <p>利用者の体調・生活状況の変化により緊急に計画の見直しが必要な場合には、ケアマネジャーが各職種からの意見や提案などを聴取し、必要に応じてケース検討会を開催し計画の変更を行い家族の同意を得ている。</p> |
|--|

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

| Ⅳ-1(1) 利用者の尊重・保護 | | 第三者評価結果 |
|------------------|-------------------------------------|---------|
| 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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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

事業計画の中に行事計画を明示し、音楽クラブ・手芸クラブ・カラオケクラブ・フラワーアレンジメントクラブが開催されている。開催前に利用者の意向を確認し参加できるように支援している。
 行事実施後にはユニット・グループ毎に報告書を作成し、報告書の中に「次回へ向けての申し送り」の項目を設け、利用者の感想や反応等次回の行事に反映できる内容を記録に残している。毎回ではないが、行事実施後に「聞き取りアンケート」を実施することもあり、結果は報告書に記録している。

利用開始時には、「利用者個人台帳」・「利用者基本情報」・「その人らしさを知るためのシート」等から余暇活動や趣味等を把握している。日々の関わりの中で把握した情報はケース記録に残している。
 音楽クラブ・手芸クラブ・カラオケクラブ・フラワーアレンジメントクラブ等を開催し、個別の施設サービス計画の中に盛り込み、各利用者の意向に沿った活動への参加を支援している。
 ガーデニングに興味がある利用者から、自発的な希望を聞き、フロアの植物の購入・設置・水やり等を支援している事例がある。
 ボランティアや外来講師を招き、クラブ活動や行事の際に協力を得ている。

面会時間の制約はなく、面会者の状況を考慮して面会しやすいように対応している。
 面会場所は、居室・面談室・談話室、また廊下の一角にパーテーションで仕切ったスペースもあり、プライバシーを確保しながら自由に面会できるように支援している。
 外出(外泊)希望者は家族より事前に外出(泊)届けを提出してもらい個別の外出・外泊支援を行っている。また、気の合う利用者が少人数で希望の外出できるように機会を設けている。

利用者のコミュニケーション能力については、「利用者基本情報」から個別のコミュニケーション手段を把握し、サービス計画書を策定している。構音障害者や難聴の利用者について、サービス計画書にホワイトボードの使用や非言語コミュニケーションの活用等、具体的なコミュニケーション方法を明示し支援している事例を確認した。
 日々の申し送りやケース記録の記載で、担当職員やその他の専門職員等と連携を図り、利用者の希望や意向を把握するように努めている。
 現在は外部の専門職の援助を必要とする事例はなく、代弁者として必要に応じて家族の意見を聞いている。

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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・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。 | Ⓐ・b・c |

特記事項

利用者の入所前の生活状況を把握し、家族と相談しながら、可能な限り利用者の希望する家具や調度品を持ち込み安心して過ごせる環境作りに努めている。
ユニット型は全室個室である。従来型の多床室は、和風の障子やカーテンで利用者個人のプライバシーや尊厳を保持できるように環境を整えている。

日々の喫食状況については、個人別に食事チェック表で把握している。年に1回、利用者・職員に嗜好調査を行、行事食の毎にも満足度調査を行っている。毎月施設内で開催する食事会議で、把握した調査結果から利用者の嗜好や希望を伝え、献立に反映させるようにしている。

テーブルの配置・配席に考慮し、くつろいで楽しく食事ができるように配慮している。夕食の時には職員が同席して、話をしながら家庭的な雰囲気です食事を楽しめるように取り組んでいる。月初めの日には毎月赤飯と鯛を献立に取り入れ、季節感のある敷き紙を敷いている。

法人のマニュアルと事業所の手順書に、安全やプライバシー保護について明示されている。マニュアルと手順書を基に、利用者個別に24時間シートを作成し入浴支援を行っている。24時間シートに入浴時間を明示、「入浴個人データ表」で利用者個別の入浴方法・手順を明示し、統一した支援が行える仕組みづくりができています。

失禁や汚染があった時には、随時に入浴やシャワー浴ができるように支援している。
「入浴環境整備表」で利用者の入浴日を管理し、ケース記録に入浴時の状況等を記録として残している。最低週2回は入浴できるように支援している。希望の入浴時間があれば24時間シートで時間を設定している。

排泄介助について、利用者個々のサービス計画書と24時間シートに、個別具体的な方法を明記している。おむつ、移動式便器(ポータブルトイレ)、トイレ、差し込み式便器等使用する器具や物品別に、マニュアル・手順書を整備している。「ストマのケア支援マニュアル」は看護業務検討委員会で作成している。
ユニット型は、「環境整備表」でトイレ環境のチェックを行い、必要時はユニット会議で清掃方法や必要物品購入の検討などを行っている。

従来型では、介助員日誌にトイレ清掃の実施状況をチェックし主任が確認している。
清掃は毎日行われており、消臭の器具を整備し環境整備を行っている。

利用者の状態に応じて、本人が選べる場合は意向を尊重し、困難な場合は職員が支援し衣類の選択を行っている。

衣類の購入は、外出できる利用者は一緒に出かけて購入しているが、多くは家族に購入を依頼している。家族の支援も困難な場合は職員が購入し支援している。
ユニットは職員が、従来型は介助員が洗濯を行うようになっている。

起床時・入浴時に、利用者の意向を確認しながら整容を支援している。
理美容に関しては、毎月1回訪問理美容の利用日がある。理美容の日程は、利用者が見やすい位置に掲示している。訪問理美容を受ける場合には、記入する一覧表があり、事前に確認された事項に沿って理美容を受けることができるように支援している。
家族と受診に出かけた際に個別に馴染みの理美容院に行かれる方もある。

「睡眠マニュアル」を整備し、「光・音」についても環境整備の欄で明示されている。消灯後は、それぞれの枕元のベッドライトが使用している。多床室ではラジオ等はイヤホンを使用してもらっている。
「寝返り介助表」が個別に作成されており、体位交換が必要な利用者は表に基づいて確実に実施するようにしている。
利用者の希望に応じて、枕や毛布等寝具の持ち込みも可能である。
不眠により同室の利用者に影響を及ぼす場合には、空き部屋や過ごす場所を変え支援するようにしている。

ユニット型と従来型それぞれの書式で観察記録を作成し、体調や健康状態を記録している。「ほのぼのNEXT」のシステムの看護日誌のページに入力することで情報共有できる仕組みがある。
「健康管理マニュアル」を作成し、サインの基準・観察マニュアル・緊急時マニュアル等異常時対応についても明文化し、日常の管理体制が整っている。
週に1回医師の回診の際に指示を受ける他、緊急性がある場合には電話連絡や受診依頼書をFAXして受診につなげ、受診票で医療機関に情報提供を行い、適切な受診を支援している。
医師には週1回の回診時に、看護師には毎日随時に、相談を受けることができる体制がある。「生活状況表」の医務分野の項目に状態を記載し、毎月家族に状態報告行っている。
集団的には、口腔体操、リハビリ体操を日々フロアで行っている。個別には機能訓練計画書を作成し、機能低下予防を行っている。
週1回訪問歯科の訪問を受け、利用者の状態・治療結果報告と共に、看護師が指導や助言を受けている。指導や助言を受けた看護師が介護職に指導し、統一した支援が行えるように取り組んでいる。

「薬一覧のファイル」に、各入居者の薬状書がファイリングされている。また、「ほのぼのNEXT」のシステムの中にも入居者個別の薬の一覧が入力されており、情報共有できる仕組みになっている。
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、介護職員と共有している。薬物管理については、「服薬手順フローチャート」を作成している。
各ユニット・グループ毎に服薬チェック表が作成されており、介護職員が服用介助した後、空袋を看護師が確認し確実な服用支援を行い記録している。外用薬については、定期内服薬依頼書で払い出しを受け、看護管理日誌で使用状況を記録として残している。

入居者の外出の意向を把握した場合は、利用者の希望に応じて外出ができるように計画立案し職員が同行している。
地域の行事や催し、利用できる施設等についてはパンフレット等を設置し、情報提供している。また、市の広報誌等で閲覧できるようにしている。
外出時には常に職員が1対1で付き添うためカード等は準備していないが、外出先での体調の急変に備えて、事前に最寄りの医療機関を調べる等の準備を行っている。

公衆電話を設置し、利用者の希望があればいつでも使用できるように支援している。公衆電話使用時は離れたところで見守りプライバシーへの配慮に努めている。
郵便物については事務所が対応し、手紙やはがきの投函や受け取りを支援している。届いた郵便物は、直接本人に手渡し開封してもらっている。

現在は、新聞・雑誌を個人で購入する利用者はいないが、希望があれば購入できるように支援している。
テレビ・ラジオ等を個人で持ち込むことも可能である。多床室でもテレビ・ラジオの持ち込みを行い、イヤホンの使用で他の利用者に配慮している。
各ユニット・グループに3社の新聞と、テレビも台数多く設置し、利用者がトラブルなく視聴できるように支援している。

かかりつけ医の所見を基に、専門職カンファレンスに職員や家族が参加して喫煙や飲酒について検討し、利用者の希望や体調に合わせて嗜好品を楽しめるように支援している。

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 | 9 | 100.0 |
| 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 | 9 | 100.0 |
| II-3 地域との交流と連携 | 23 | 23 | 100.0 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 20 | 17 | 85.0 |
| III-2 サービスの質の確保 | 25 | 24 | 96.0 |
| 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 | 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 | 44 | 100.0 |

