

特別養護老人ホーム甲寿園

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市松風町2-5-107
評価実施期間	2012年 8 月 24 日 ~ 2013年 4 月 3 日 (実施 (訪問) 調査日 2012年 11 月 20 日) 2012年 11 月 21 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 K-0401010

※契約日から評価
結果の確定日まで

2 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 甲寿園	種別: 老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 狭間 孝	開設(指定)年月日 昭和 45 年 4 月 1 日
設置主体: 社会福祉法人 甲山福祉センター 経営主体: 特別養護老人ホーム 甲寿園	定員: 182 名 (利用人数) 168 名
所在地: 〒 662 - 0001 西宮市甲山町53番地	
電話番号: 0798 - 71 - 8236	FAX番号: 0798 - 73 - 7303
E-mail: kabuto.01@minos.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://kojyuen.jp

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>ご利用者の尊厳を擁護し、心ゆたかで、自由に楽しく笑顔で暮らしていただくための援助を行います。</p> <p>1)ご利用者本位の援助で自立の支援を行ないます。 2)専門的知識と優しい心と深い洞察力を持って専門的援助を行います。 3)ご利用者のプライバシーを守り個人情報保護します。 4)福祉、医療、その他関連する機関と連携し協力をはかり援助します。 5)ご利用者の暮らしを支える視点から要望や必要事項をしっかり受け止め援助を行います。 6)質の高い援助実践を継続発展させるために後継者の育成に力を注ぎます。</p>
--

力を入れて取り組んでいる点

ご家族やお知り合いの方の訪問、ご利用者の外泊等は基本的に自由となっています。職員の介護力向上のため各種資格の取得を援助しています。また、職員の勤務年数も平均9年6ヶ月と長く、落ち着いて生活の援助をさせていただいています。各個室には電話を備えつけ、冷蔵庫の持込みも出来ます。季節ごとの行事も多く取り入れています。クラブ活動は陶芸、手芸、習字、七宝焼き、絵画装飾、生け花、車椅子ダンス、大正琴などがあります。毎週火曜日にはホールの舞台での催しがあり、ボランティアの方々にお世話をいただいております。平成23年1月に創立40周年を祝いボランティア感謝の集いを開催して、34組のボランティアの方に感謝状を贈呈しました。平成23年度には厨房、玄関、事務室(受付)、相談室を改装し、平成24年には個室8床を増床し、加えて増床フロアのリフォームも行う事により環境整備に努めています。

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 ()	事務員	3 (3)	生活相談員	2 ()
	介護職員	58 (14)	看護師	6 (7)	管理栄養師	2 ()
	医師	1 (3)	機能訓練指導員	8 (8)	その他	5 (4)
	介護支援専門員	6 (6)		()		()

施設の状況

周辺の木々や山々から四季の移り変わりが感じられ、豊かな環境の中で生活を送ることができる。理念にも謳われている「人が人としてひと共に豊かに生きる」を活かし日々の利用者の生活が営めるように全職員で利用者一人ひとりの人生を考え支援している。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

甲寿園の理念・事業方針をホームページや「甲寿園だより」、年度初めの家族懇談会で明示し家族に園の理念を具体的に理解してもらえるように取り組んでいる。
 法人全体・園全体での研修を計画的に実施し、また、外部研修への参加を奨励し、個人の資質の向上を支援している。更に、資格取得・自己研修に対しての研修受講の支援を行い、職員の質の向上に向けた体制を確立している。
 各フロア毎に安全管理担当を決め、安全衛委員会を2カ月に1回実施し、利用者に対しての安全管理に関する事例の検討や各フロアの課題・問題を提起し検討・話し合いが行われ利用者の安全を確保するための取組を行っている。
 管理栄養士が栄養ケア管理を行い、利用者の嗜好、食事摂取状態を詳細に把握して、利用者の嚥下や咀嚼状態に合わせた形態の食事の提供して、食事を楽しめるようにしている。献立には、季節感のあるメニューや食材を取り入れ利用者が目でも楽しめるように工夫している。快適な食事環境の整備に配慮している。毎朝各フロア担当の看護師は巡回を行い利用者の状態変化の有無を確認し、変化がある場合には、回診時に医師に報告を行ったり、随時電話連絡で報告を行い健康・疾患管理を行っている。各フロアの医務室の看護師にはいつでも相談ができるようになっており、利用者の健康保持に配慮している。

◇ 特に改善を求められる点

福祉サービスの質の向上のために、現在のサービス内容を正しく評価し、組織としての体制整備の充実に向けて自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価および結果分析、分析内容についての検討までの仕組みが組織として実行され取り組みを期待する。
定期的にはサービスに関する利用者・家族アンケートを実施して、利用者満足の把握と、その結果を活用し、具体的なサービス改善に結びつけ取り組みが望ましい。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回このような第三者評価を受ける事により、自ら提供しているサービスについて振り返りを園全体で行う事となりました。その中で改善しなければならない課題が明らかになり加えて評価を受け、指導して頂くことによってこれからの取り組みへの方向性を園全体で共有することが出来ました。利用者の方がたへ甲寿園の理念・方針に沿ってサービスを提供すべく真摯に取り組んできたつもりでしたが、上記「改善を求められる点」にも書いて頂いたようにサービスを受け取る側への聞き取りを定期的に行い、その結果を活用する事、加えて定期的にこのような評価を受ける事により、より良い介護サービスに繋げていかなくてはいけないのだという事を強く感じました。これからも利用者の方々に満足して頂ける施設サービスの体制作りをすすめていきたいと思っております。今後ともご指導ご助言宜しく願いいたします。

○ 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

各フロアーにも理念を掲示いつでも職員・利用者が見て確認することができるような状態になっている。職員は、利用者の方々が、職員の目線・都合で業務を日々こなす中で生活を送って頂くのではなく、利用者の方々の目線・都合で日々の生活を豊かに過ごして頂けるように、フロア責任者を中心に常に話し合い、理念を活かした支援を心がけている。業務をこなすことは、プロとして当たり前のことである。プロとして業務以上のことを利用者へ提供するために理念に基づいたケアを行うようにしていくことが望まれる。職員全員で理念に立ち戻る機会を設け、統一して理念に基づいたケアの提供を行うことが期待される。4月には園内研修の一つとして、園長より事業方針説明があり、理念に基づいた話を行い、職員が理念をより具体的に現場で活かしていくことができるように取り組んでいることが、園内研修報告書で確認できる。

ホームページには、甲寿園の理念・事業方針を明示している。年度初めの家族懇談会では、理念や事業方針などを明示した年報「甲寿園だより」を配布し園長より理念・事業方針について説明を行い、家族に園の理念や事業方針を具体的に理解してもらえるように取り組んでいることが、家族懇談会アンケートより確認できる。毎月配布される園内新聞「甲寿園だより」も利用者の日々の生活の状況や園での取り組みが分かるだけでなく、年初めのだよりには法人理念を見やすく明示し利用者家族に定期的に理念を浸透させる取り組みを行っていることが確認できる。

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。	a・Ⓑ・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

法人の3年の中期計画、10年の長期計画あり、中長期計画を基に施設全体での単年度の事業計画を策定している。事業計画の中で各部門毎に詳細な内容で計画を策定している。単年度の事業計画を策定前には、毎年事業報告として、評価を実施している。施設の園長が、年度末にはヒヤリングを行い事業報告・評価をしているが、記録に残すに至っていない。園長が中心に4～5月には、事業計画についての職員全体への説明を行っている。各部署・各職員個々に計画を理解し参画していくことができるような取り組みを期待する。毎年の年報「甲寿園だより」には、前年度の事業報告、今年度の事業計画が明記されており、ボランティア等の関係機関には郵送し、利用者ご本人ご家族には手渡しができるよう受付に置くことにより周知するようにしている。またホームページにも事業計画を明示するとともに、意見を出すことができるページを設けている。

年度初めの4月には、園長より事業方針について説明を行い職員への理解を促すことを継続的に行なっている。業務連絡会議(全部署の課長・係長・主任・担当者出席)で事業方針の項目一つ一つについての説明を行っている。また、年報「甲寿園だより」にも各事業所別に事業計画を明示し掲示もしている。

特別養護老人ホーム甲寿園

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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c

特記事項

<p>職務分掌の中で管理者(課長クラスまで)・役職者の役割と責任が明らかにされ各部署の職員の役割についても明示されている。役職者としての役割について、法人理事長による研修を年度末に実施している。同じく年度末に法人理事長による、管理職の施設運営に関するヒアリングが行われている。</p> <p>毎月の業務連絡会議で各職種の役職者が、利用者へのサービス・運営・事業に関する課題を検討分析している事が、会議録で確認できる。 サービス向上・身体拘束廃止・安全衛生・リスクマネジメント・感染対策の各委員会からも課題が出され、フロア一会議や業務連絡会議で検討され反映されるように取り組んでいる。</p> <p>毎月の園長報告を受けて経営や業務の効率化・改善に向けて取り組んでいる。月間での法人内の各事業所別にも経営状況が数値化され分析が行われていることが報告書の中で確認できる。報告書は業務連絡会議の中で職員が把握、理解できるようになっており、経営や業務の効率化に向け各フロアや部署で具体的な取り組みを検討し職員全体で改善が図れていることが会議録から確認できる。</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。	○a・b・c
II-1-(1)-② 職員の意欲向上に取り組んでいる。	○a・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。	○a・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。	a・○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・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。	○a・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・b・c

特記事項

法人全体で作成されている就業規則・職務規則で法人としての基本的な方針が明示されている。事業所の必要な人材や人員体制が明らかにされ、基準を上回る人材確保が出来ている。業務連絡会議 園長報告書の中にも人事・採用・退職の項目があり、人材の異動や退職・雇用などが明らかにされている。指定介護老人福祉施設甲寿園運営規定に職員及び人員体制について詳細に明示している。プラン体制方針に基づいた人員配置を行うために職安などに働きかけを積極的に働きかけている。また甲寿園独自に看護師及び介護職員募集のチラシを、近隣地区に全戸配布を行い職員確保の努力を行っている。

法人全体・園全体での研修を計画的に実施している。

法人で計画的に行われている内部研修には出席し資質の向上ができるようにしている。外部研修の案内があれば、職員がいつでも見ることが出来る個人研修の案内を所定の場所に置いている。希望者は個人研修の申込書を法人へ提出し費用や交通費の支給を行い個人の資質の向上が行えるように支援している。職員の資格などに応じて受講ができるように支援している。

資格取得・自己研修に対する研修受講の支援(年間¥15,000)を行い、資格を取得すると資格手当などに反映されるようになっている。

年間での自己研修費の支給や年間旅行に出かけることができるように費用を負担、各種クラブ活動への支援、年2回の健康診断、インフルエンザの予防接種への支援を園で福利厚生として行っている。

就業状況については、タイムカードで把握できるようにしている。半年毎に有給の消化率を確認し、有給の消化の状況に応じてとれるように検討・改善をしている。個別に年次有給休暇個人台帳が作成されており、個別に取得している状況が確認できる。個別の取得状況から園全体の有給消化率を出し把握できるようにしている。時間外勤務についても時間外届出書で、各種不就業許可届で休暇についても把握され、事務部門で全体的な把握を行い結果の公開を行っている。

有給消化率をみて各フロアや部門での職員配置など検討し移動や雇用などに反映させるいる。

職員が課題や問題を抱えている場合には、まず、フロア係長に相談をかけるようになっている。フロア一長で解決できない課題や問題であれば課長へと順次課題や問題が挙げられ相談・解決されるような仕組みになっている。

施設全体での研修計画が策定されている。スーパーバイザーを取り入れており、各部門での助言をもらえるような環境が整えられている

組合のメンタルヘルスクエアの学習会が開催されている。各部門の役職者は、職員の顔色や表情などに日々職員個人ファイルが作成されており、各職員の資格取得の状況が確認できる。資格別に資格証がファイルされている。組織図(部署・役職別、部署・資格別)があり、部署・資格別組織図では、各部署での資格保有率が明らかにされている。

職員一人ひとりについての基本姿勢に沿った教育・研修計画の策定には至っていないが、専門職に対しての外部研修の開催の案内があれば、計画的に資格・経験年数から受講できるように支援している。社会福祉協議会や全老協などが主催する研修にも資格や経験年数を考慮し出席できるように支援を行っている。

園内研修は、研修委員会が中心となり職員の意見を取り入れ年間の研修計画を策定し、受講するように働きかけている。園内研修への参加後には、レポートの提出により出席の把握を行っている。勤務の都合上、園内研修への参加に偏りが生じていることもある。

介護福祉士や介護支援専門員の資格取得するためには、経験年数を把握し、計画的に資格取得に向けた取り組みへの支援を行っている。

園内研修終了後には、レポートの提出ができています。外部研修へ参加後は、研修の内容に応じて報告研修が行われている。研修委員会で研修の内容により全体で研修内容の共有が必要か否か検討し必要とされた場合には、報告研修の開催を行うようにしている。研修委員会の年度初めの会議の席で、園内研修の内容の検討や外部研修の内容を検討し、年度の園内研修や外部研修の受講に活かすように検討していることが会議録で確認できる。

実習生の受け入れに関しては、「実習生の指導育成と受け入れ体制」で基本姿勢を明文化している。また、受け入れ体制の担当窓口も明らかにしている。オリエンテーションの資料には、実習の流れを明示し、実習生が速やかに効果的に実習できるように明文化している。養成校との「覚書き書」を交わし、養成資格に応じた実習内容が構築されている。「介護福祉士養成新カリキュラム」の実習プログラムに沿って実習を行うように、計画的に職員は、指導者養成研修の受講を行い実習ができるように体制の整備が行われている。現在実習指導者は各フロアで実習担当職員が決められている。

養成資格取得に必要な実習カリキュラムを実習受け入れまでの養成校との打ち合わせを行いプログラムを準備している。「介護福祉士養成新カリキュラム」の実習プログラムに沿って実習を行うように、指導者養成研修の受講した職員が指導担当となり実習ができるように体制の整備が行われている。実習中には定期的にカンファレンスを実施している。

特別養護老人ホーム甲寿園

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。		Ⓐ・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。		Ⓐ・b・c

特記事項

各フロア毎に安全管理担当を決め、安全衛生委員会(職員の安全衛生を含む)を2カ月に1回実施し、利用者に対しての安全管理に関する事例の検討や各フロアの課題・問題を提起し検討・話し合いが行われている会議記録がある。リスクマネジメント委員会(おもに利用者に関わることも設置し2カ月に1回会議を開催している。事故報告書から事故発生予防についての検討が行われ、対応策が明確にされている。大きな事故については、委員会での検討だけでなく、業務連絡会議でも安全対策・防止対策を含め報告がなされ、全職員への周知が図られるようになっている。事故・緊急時の対応マニュアルが作成されており、事故発生時の対応や報告書の作成についてなど現場の現状に即したマニュアルとなっている。PC(絆)のシステムの中の事故報告書を使用しており、事故発生により速やかに報告書に入力することで、事故の内容や経過・対応などについてシステムを通して確認することができる。「緊急時の援助の手引き」に事業所で関連・関係・協力体制を取っている病院の一覧が作成されている。また甲寿園非常電話連絡網が作成されており、各フロアに設置されている。

リスクマネジメント委員会を2カ月に1回開催している。委員会では、事故及びヒヤリハット報告書の内容に応じて検討を行い、利用者のリスク回避に向けた支援内容に活かすように取り組んでいる。利用者毎には、申し送り表でリスク回避や予防についての情報の共有を行い、対応・支援するようにしている。業務連絡会議の中でも利用者・施設全体での安全対策・事故防止策を検討し、設備の充実・拡充を図り事故未然防止について話し合いが行われている。身体拘束廃止委員会でも利用者の個別の具体的な支援を取り上げ事故防止・安全確保を行い、リスク回避への効果的な支援ができるような取り組みへ反映させている。

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。		a・Ⓑ・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

全老協や福祉新聞、県・市の高齢福祉課などからの情報提供で社会福祉の動向については把握するようにしている。地域の高齢者あんしん窓口からの情報提供を受け地域の福祉の動向を把握するだけでなく、地域のニーズ利用者データの把握をしている。法人が中長期計画策定委員会で「西宮の人口と高齢に関する基礎データ」として動向を把握し、中長期計画に高齢者支援の中長期計画の策定に活かしている。（中長期計画検討委員会報告書に明示されている）

法人の後援会が主催する施設見学会の受け入れ、西宮市の主催する市民見学会の受け入れを通して、市民の参加メンバーからの質問や意見を通して、地域住民の福祉ニーズの把握をしている。見学会の中では、特養ホームの現状として地域住民に説明を行いより具体的な福祉ニーズの把握に努めている。社会福祉協議会の開催している介護者の集いにも参加しニーズ把握に努めている。介護教室にも、地域のニーズに応じて講師を派遣している。講師派遣や介護教室の開催などは、法人全体の事業計画の中で確認することができる。また、ホームヘルプサービスやデイサービス在宅サービスを含め中長期計画に各部署ごとの計法人の理念・基本方針の中でも地域との関わりについて明文化している。福祉センターへお茶を飲みに行ったり、地域で開催される行事への参加を行うようにしている。利用者の方が気分を変えて外出や外で過ごすことができるように外出計画を作成している。紫陽花鑑賞、紅葉狩り、スーパーへの買い物、などを行っている。社協のボランティア、家族の協力を得て地域に出向いて利用者が活動に参加することができるように支援している。長年わたり甲陽園地区の方が中心にボランティア（火曜会）として毎週来訪してもらい、リネン交換を通して利用者の状況や園への理解をってもらう機会となっている。仁明会病院への歯科受診や往診、在宅時よりかかっていた医院に受診など利用者の希望する地域のかかりつけ医への受診ができるように支援している。

「高齢者あんしん窓口」で開催される介護教室への講師派遣や市民の方が来訪し相談があれば、相談員が中心となり地域住民の相談を受け付けたり、甲陽園分区の介護者の集いでの講演依頼があり講演を行っている。求職者支援制度でのヘルパー講座への講師派遣など様々な要請により講師派遣や講演会の開催を行っている。併設されていた地域包括支援センターと共に園全体で地域に向けての講師派遣や講演会の開催を行っていた。

ボランティアの受け入れについては、受け入れの目的や基本姿勢が明文化されマニュアルとされている。ボランティア登録表はないが、来訪してもらっているボランティア個人・団体毎にボランティアの内容や趣旨や来訪日時などが明らかにされファイルされている。ボランティア個人や団体の方には、口答では個人情報保護についてや守秘義務などについての説明を行っているが、書面としては明らかにしていない。

各種地域の関係機関・団体別に住所連絡先がファイルされリスト化されている。また「西宮市民べんり帳」を活用し地域の関係機関の連絡先を把握し連絡が取れるようにしている。リスト化されたファイルや便利帳は各フロアーや部署に設置され情報の共有ができるようにしている。

阪神ブロック連絡会の各部会では、地域の施設との連絡や情報交換を行い連携を図っている。社協の甲陽園分区とは、ボランティアの来訪を通して頻繁に連絡を取り合い交流を持っている。地域の福祉施設の施設長の有志で集まりを定期的に持ち、ネットワーク化を図り情報交換や連携を図るようにもしている。ノロウイルス対策については、情報交換を通して施設全体で課題解決に向けての話し合いを行い取り入れるようにしている。

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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c

特記事項

理念・基本方針に利用者を尊重したサービス提供・支援が謳われており、明らかにしている。
 利用者の尊厳やプライバシーに関して計画的に研修を実施している。昨年度は、利用者の生活環境の視点から尊厳やプライバシーについて課題を出し、話し合い・検討を行い利用者尊厳や基本的人権への配慮を行うように取り組んでいる。業務連絡会議の園長報告の中で実際にあった他施設での具体的な事例を通して検討・話し合いを行い尊厳やプライバシー・身体拘束廃止や虐待防止への取り組みの周知徹底を図っている。利用者一人ひとりに応じた言葉かけや利用者の目線に合わせて声かけを行うなど接遇などでも全職員への周知を行っている。

甲寿園マニュアルの中に個人情報保護、プライバシー保護に関する規定・マニュアルとして定めている。利用者の生活の環境の視点から利用者のプライバシーについては、話し合い・検討を行い組織として具体的に支援に生かされるように取り組んでいる。入浴・排泄時等生活場面におけるプライバシー保護について、可能な限り設備面での工夫をしている。

年2回の家族会の開催を行い、家族の意向・希望を聴取する他、ケアプラン会議へ家族の出席をしてもらい意向や希望を把握するようにもしている。利用者アンケート調査は独自には行っていないが、家族会開催後には、アンケート調査を行っている。意見箱の設置しているが、現在まで意見や提案などが入ったことはない。

甲寿園の入居のしおりの中で相談の窓口担当者は、相談員が窓口になっていることが明記されている。入居時には、入居の部屋、生活・介護、医療、ケアプラン、全般・ご利用料関係など各相談内容に応じて相談窓口、担当者が利用者個別に文書が作成され説明を行い手渡しが行われている。意見が言いやすいように相談室を用意している。

苦情解決のための第三者委員の設置が行われている。苦情解決一覧で苦情受付担当窓口、担当者が明らかにされ、高齢・障害に分けて第三者委員の構成メンバーも明らかにされている。苦情受付書はPCのシステムの中の書式に苦情受付した時点から入力し情報が共有できるようになっている。法人合同苦情解決委員会が開催されており、苦情の報告が行われている。苦情の受付に関しては、データ・グラフ化されており、データ分析を基に検討を行っている。苦情内容や対応・結果については掲示板に公表している。

甲寿園マニュアルの中に「相談、苦情等対応マニュアル」が作成されている。相談、苦情の窓口、対応の基本などが具体的に明示されている。意見や提案などを記載して出すような書面は決めていないが、利用者・家族からの意見や提案があれば、フロア職員から介護日誌で情報の共有・提示がなされフロア会議の席などで話し合い・検討が実施され、内容により速やかに報告を行うようにしている。また、意見や提案の内容によっては、各委員会でも話し合い・検討が行われている。業務連絡会議でも出された意見や提案が解決に向け対応経過や対応方法などを報告検討し、園全体で改善に向け周知徹底を図っている。

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。	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

今回が初めての福祉サービスの受審である。今回の受審を通して自らの提供しているサービスを振り返り質の向上に向けて取り組むことができるようにするために受審を行っている。今回の受審する際に評価の担当者・担当部署を決め自己評価に取り組んできた。現在までは、各フロアでの年間の振り返る機会として年報「甲寿園だより」の中の「各フロアまとめ」の項目でまとめられていることが確認できる。評価に関する担当者・担当部署は、サービス向上委員会で各部署から委員が出席しサービスの質の向上に向けての話し合いが行われてるように組織作りを行っている。
 自らのサービスの質について振り返る機会を定期的に持つ必要性を感じ、今回の第三者評価受審となっている。今後、評価結果をもとに課題をだし、自らのサービスの質の向上に向けた取り組むことを考えている。

「甲寿園マニュアル」として基準・手順として標準的なマニュアルを各サービスの種類別に作成している。各サービスの種類別に作成された中には、使用用具別や利用者の状態別など職員によってサービス・支援方法の違いが出ないようなマニュアルの作成が行われている。

新入職者には、新入職者の習熟度により、2～3週間チューターがマニュアルに沿ってサービス・支援が行われるようにチェックリストに従って指導助言を行い、マニュアルの周知を図るようにしている。利用者個々への支援方法はケアプランに添って説明し周知を図っている。

入浴や排泄などマニュアルの中で利用者の尊厳やプライバシーの保護についての姿勢や配慮が具体的に明示されている。

「甲寿園マニュアル」の見直しが行われていることがマニュアル中にある制定・改定日の記載で確認できる。看取りのマニュアルの見直しに関しては、業務連絡会議の席で見直しの必要性について確認し、見直しが検討されていることが確認できる。看護のマニュアルについては、マニュアルの作成担当者が決められており、作成担当者が中心となり現状に即したマニュアルとなっているか検討され見直しが行われる仕組みがあり、見直された部分が赤字で明示され医務看護職員全員が見直した部分が分かりやすいようにしている。

個人の日々の記録は、PCのシステム上での記録となっている。日々の利用者の状況や施設サービス計画書に沿って提供されたサービス実施内容が、PCシステム上のケース記録として残されている。記録委員会において記録内容のばらつきがないように取り組んでいる。

ケース記録の記録担当者はPCシステム上で明記されている。記録の管理責任者は、ケース記録としての書面での保管はないが、介護日誌の書面では、日別に利用者個々の当日の記録が書面化されており、各フロアの係長が管理責任者として設置していることが、管理規定の中に明記されている。利用者の個別記録は、利用者・家族から見えにくく個人の情報が漏れにくい引き戸棚などの場所で保管管理されている。医務看護記録については、PCシステム上に入力されているが、書面化した記録については、各フロアの医務室に保管管理されている。看護師が不在になる場合には、医務室は施錠されるようになっている。保管・保存に関する規定はあるが、廃棄に関する規定は確認できない。新任者研修の時には、個人情報保護や開示規定・守秘義務などについて研修を行い、周知するようになっている。

委員会議事録を配布し、会議内容を共有している。利用者の状況はフロア毎にケアカンファレンスを開き情報の共有を図っている。日々の申し送りには、介護日誌で申し送りが行われれ情報の共有が行われている。申し送り表で利用者の変化やケアの変更が生じた場合には、書面で明記され全職員が確認し情報を共有していることが、署名で確認できる。日々には、PCシステム上での情報共有を図るようにしている。

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。	(a) ・ 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。	(a) ・ 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) ・ b ・ c

特記事項

サービス内容については、ホームページで写真を用いて分かり易く選択しやすいようにしている。「甲寿園だより」は、施設玄関や総合支援相談センターなどに設置し理念や事業計画などが、一般の方でも確認・見ることができるようになっている。体験利用・一日利用については、行っていないが、ショートステイの利用を行ってもらい入所の雰囲気や生活・日々の流れなどを分かってもらえるように勧めている。

契約書・重要事項説明書でわかり易く説明し同意を得るようにしている。更に「甲寿園だより」で詳しく説明している。ホームページで写真を用いて分かり易く選択しやすいようにしている。

家族状況の変化や家族の転宅・利用者の身体状況の改善などで在宅や他施設への移動の事例は少ないが、在宅に復帰される時には、地域包括支援センターなどに連絡を取り、在宅生活が必要なサービス提供を受けながら在宅での生活継続が円滑に行えるように紹介・引き継ぎを「看護・介護サマリー」を作成し行っている。サマリーは、身体状況・ADL・精神状態・入所中の状態・経過・既往歴・服薬状況など詳細に記載されている。

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

相談員が入居前の面談により統一された書式に従って、(新規入居時フェースシート)利用者の状態や生活歴など情報収集し、アセスメントを行っている。入所後3~6カ月に利用者の状態に合わせて評価・見直しを実施している。以降、定期的には一年に1回担当者会議を開催して見直しを実施している。

アセスメントを基に利用者の課題を抽出している。利用者ごとの担当職員が利用者・家族の意向を確認してサービス計画に反映するように努めている。

サービス実施計画の策定は介護支援専門員を担当職員と決めている。計画策定時は家族、医師、看護師、介護職員栄養士、リハビリ職員等関係職員が出席して担当者会議を開催して利用者の意向を踏まえた計画が策定されている。サービス実施計画は定期的にモニタリング評価し、サービス内容の確認、振り返りを行っている。

入所後3~6カ月に利用者の状態の合わせて評価・見直しを実施している。以降、定期的には一年に1回の見直しを実施している。状態に変化のある場合は随時の評価・見直ししている。栄養ケアマネジメントについては、評価見直し時には、再アセスメントを行い課題を明らかにし計画を策定している。計画の見直し時には、家族・医師・担当職員・看護師・栄養士・作業療法士など関係職員が集まり評価・見直しを実施している。モニタリング表を作成し施設サービス計画を策定しサービス担当者会議を実施している。モニタリングでサービスの実施状況を確認している。

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。	a・Ⓑ・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

行事への参加は利用者の希望を優先している。アンケートの実施はしていないが、入居前の面談や利用者戸の日々の関わりの中で得られた情報から利用者が興味のある行事への参加を勧めている。

入所時より利用者の希望を聞き、利用者の希望に合わせてクラブ活動に参加できるように支援している。七宝焼・生け花・書道・陶芸・大正琴などクラブ活動がある。リハビリ・作業療法の中でも希望に応じて参加できるクラブ活動がある。年間行事予定表が作成されており、利用者は各種の各種のクラブ活動や行事へ希望や状況により参加ができるように支援している。活動に参加後には、利用者へアンケートや聞き取りを行い、利用者が好みに応じて参加できる活動を勧めるようにもしている。利用者の希望や趣味により自発的な活動の希望があれば活動の継続ができるようにボランティアの協力や関係職員の協力を得て支援するようにもしている。自発的に日々の生活の中での洗濯ものをたたんだり片付けなどを行う方もある。

面会時間は特に決めていないが、多床室の方などは、あいあいホールや多目的室を利用し面会できるようにしている。外出・外泊の希望がある場合には、看護師に体調などを確認し外出・外泊が希望に沿い楽しめるように福祉用具の貸し出しなどを行い支援している。

施設サービス計画書にコミュニケーションの課題やニーズのある方に対して個別に支援方法を明示し、統一した方針・対応で意思疎通を図ることができるように取り組んでいる。難聴でコミュニケーションに問題のある方は、メッセージカードを作成したり、個々の利用者に合わせてコミュニケーションの手段を検討しサービス計画に挙げ支援するようにしている。利用者の希望で手話のボランティアの来訪を受けることができるように支援したこともある。

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やっている。	Ⓐ・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。	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

入所時に利用者・家族より持ち物についての問い合わせがあり、利用者・家族の意向や希望に合わせて持ち込みができるように配慮し、利用者の趣味・嗜好に合わせた環境を整えることができるように支援している。多床室は、仕切りやカーテンでプライバシーが確保できるようになっている。

管理栄養士が栄養ケア管理を行っている。食事摂取量については、各フロアーで利用者個々に確認され、摂取量の低下している利用者、不安定な利用者、栄養状態に問題のある利用者など必要に応じて介護日誌に明記し引き継ぎ、申し送りを行っている。日々の関わりの中で把握できた、嗜好は栄養士に相談し利用者の嗜好に応じて食事ができるように支援している。入所前の面談時にも嗜好については聞き取りを行い代替え食の提供を行うようにしている。年1回は嗜好調査を管理栄養士が行っている。利用者の個別の栄養管理が管理栄養士により行われており、食札に利用者一人ひとりの嗜好やアレルギーなど詳細に明示されている。献立には、季節感のあるメニューや食材を取り入れている。利用者のその日の希望や気分为主食の形態の変更にも速やかに対応したり、利用者の嚥下や咀嚼状態に合わせた形態の提供を行ったりと食事を楽しめるようにしている。利用者の希望や利用者間の関係に配慮して座席も工夫をしている。回転ずしやファミリーレストランなどでの外食も楽しめるように外出計画を立て食べ楽しみの機会をもっている。毎年1回の嗜好調査は、実習生・援助員の協力を得ながら聞き取りで調査を行っている。聞き取り調査の結果を踏まえてメニューの検討も行っている。嚥下・咀嚼の状態に合わせてとろみ剤をなるべく使用せず、卵や山芋など普段使う食材を使用してソフト食も施設内で調理を工夫して行い、利用者の食事が楽しめるよううに取り組んでいる。糖尿・腎臓・肝臓などの治療食の提供を行っている。食器もなるべく明るい色で鮮やかな色のものを使用し食欲を引き出すようにしている。献立は、彩・飲み込みがスムーズになるものと普通食だけでなく、刻みやミキサー食でも配慮している。おやつも調理師がフロアーに出向いてケーキなどのトッピングや切り分けを行い利用者が目で楽しめるようにも工夫している。

利用者の身体的な状態に応じて浴槽を変え安全な入浴方法を選択している。脱衣しているところが見えないようにカーテンを取り付けプライバシーや羞恥心に配慮している。また、身体の汚染が見られた場合はシャワー浴、部分浴、清拭等で清潔保持に努めている。入浴時間、回数は利用者の希望に添うように配慮しているが、利用者の希望や体調により予め決められた日に入浴ができない場合にも他の日に入浴できるように支援している。

利用者個々の排泄パターンや量を排泄チェック表で確認把握できるようになっている。把握パターンや量により利用者個々に合った排泄用具の使用を工夫している。排泄表から看護師が状況を確認記載し、排便の状況により医師が処方された指示薬の使用を行い、便秘にならないように支援している。甲寿園マニュアルの中の排泄介助マニュアルで排泄使用用具や使用方法・支援方法を詳細に明記されている。マニュアルには、防臭や羞恥心への配慮なども明記されている。トイレも各居室や廊下などに設置している。排泄マニュアルが整備され各フロアーに設置している。排泄委員会を開催しており、各フロアーでの排泄状況を確認、把握し排泄マニュアルの見直しや排泄時の使用用具・使用物品の検討が行われ、気持ち良い排泄や排泄の自立、おむつ使用の減少へ向けての取り組みが行われている。ポータブルトイレも置きっぱなしにならないように設置時間の検討や排泄物の臭いに対しても消臭剤の使用の検討なども詳細に行っている。

利用者の意向や希望などを確認しその日の状況に合わせて利用者のタンスより選んで更衣するように支援している。季節により衣類の入れ替えも利用者の状況などにより家族に働きかけたり、利用者の希望を聞き職員が支援するようにしている。衣類販売の来訪も年2回程度あり利用者・家族の希望により購入することができるように支援したり、必要であれば外出し衣類購入に出かけることができるように支援している。理美容師の訪問があり有料で理美容を受けることができるように支援している。個別に理美容師を有料で来訪してもらい理美容を受けることができるようにも支援している。髭そりは入浴時に行ったり、希望があれば有料で理容時に髭そりをしてもらおうようにしている。爪切りは普段は支援員や看護師が行うようにしているが、巻爪などがひどい場合には、皮膚科医師に相談し処置してもらっている。月1回定期的にカットボランティアの来訪で理美容することもできる。訪問理美容のパンフレットなどを使用して情報提供を行っている。

利用者の睡眠状況に問題のある場合には、看護師から医師に相談がなされ不眠時使用の薬の処方を受けたり、家族と共に検討し利用者が安眠できるように専門医への受診を勧めることもある。利用者より不眠の訴えがあるときでも眠剤を使用しないで良いように暖かい飲み物の提供を行ったり、軽い食べ物の提供を行い入眠を促すことができるように支援している。寝具もリースであるが、希望により利用者の持ち込みの寝具も使用ができる。利用者の健康管理マニュアルの中に安眠に対する対応策や不眠時の利用者への対応などが明記されている。人の雰囲気を感じながらの方が入眠しやすい方には、廊下にソファベットの設置があり希望により使用することもできる。多床室で不眠で他の利用者への影響がある場合には、談話室や多目的室などで過ごしてもらうこともある。

PCのシステムの中の記録で利用者個々の体調や健康状態の把握・情報共有が行われるようになっていいる。健康管理マニュアルあり。朝各フロア担当の看護師は巡回を行い利用者の状態変化の有無を確認し、変化がある場合には、回診時に医師に報告を行ったり、随時電話連絡で報告を行い健康・疾患管理を行っている。各フロアの医務室に看護師が配置されており、看護師には相談がいつでもできるようになっている。相談内容で必要に応じて医師にも相談することができるように看護師が連絡・連携をとり健康管理がおこなわれるようにしている。毎月口腔ケアについては、目標を掲げ口腔内の健康状態の維持に努めている。毎週水曜日には、仁明会病院の歯科受診が難しい方は往診を受けることができるようにも支援している。口腔衛生に関しては、定期的に歯科医師・歯科衛生士の指導・助言を受け口腔衛生に維持に努めている。毎回口腔ケアを実施するようにしているが、利用者によっては拒否される方もあり。耳鼻科受診を毎月一回往診で受け、耳垢の除去などを受けるようにしている。皮膚科受診も定期的に行っている。普段からスキンケアを看護師と協力し援助員が行っている。

服薬については、看護師が中心に管理され管理責任として定められている。甲寿園マニュアルにも医務管理マニュアルとしてマニュアルが整備されているが、看護師が統一して利用者への支援を行うために看護手順として詳細にマニュアルを定めている。新薬については、パンフレットをファイルしマニュアル化している。服薬確認状況は個人記録に記載している。

季節に応じた外出が楽しめるように計画を立て出ていくことができるように支援している。また、個別にも外出ができよう支援しており、必要に応じてボランティアの同行も依頼して安全に外出ができるようにしている。西宮ガイドマップなどがある。

公衆電話を設置しており、安全性も考えパーテーションを使用しプライバシーを確保しながら外部との連絡できるようにもしている。携帯電話の持ち込みや希望により個室に固定電話の設置もできるようになっている。施設前にポストの設置がある。

希望に応じて個人で新聞の購読ができるように支援している。テレビやラジオの視聴に関して多床室ではイヤホンなどの使用を依頼しているが、持ち込み可能である。

入所時に全面禁煙になっていることを説明し納得の上ご利用していただくようにしている。入所時に晩酌の習慣のある方については、看護師・支援員との相談で身体状況を考え希望に応じてアルコールをとることができるように支援している。飲酒するかたは、ケアプランにも盛り込み支援している。

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	7	77.8
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	26	92.9
II-2 安全管理	9	9	100.0
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	17	85.0
III-2 サービスの質の確保	25	16	64.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
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	13	92.9
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

