

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	2013年 8 月 1 日 ~ 2013年 12 月 9 日 (実施 (訪問) 調査日 2013年 9 月 3 日) 2013年 9 月 17 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

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。</p> <p>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。</p> <p>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

力を入れて取り組んでいる点						
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。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。						
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

住宅街から少し山間に入った自然中でゆったりと安心して過ごせる空間を持った施設である。利用者施設・在宅サービスと連絡・連携を図りながら一人ひとりの尊厳を大切にし利用者のニーズに応じたケアの提供を行なえるよう取り組んでいる。

3 評価結果

○ 総評

ホームページに法人の基本理念の明示を行い、職員だけでなく、利用を予定する方もいつでも見て確認することができる。管理者は毎朝、各部署の職員を集め理念・基本方針について具体的に取り組むように話をしている。利用者を尊重する姿勢を理念の中に謳っており、毎月、身体拘束ゼロ推進委員会を開催して、定期的に身体拘束・虐待防止も含めた勉強会を開催している。

感染対策委員会、事故防止委員会、食事委員会の活動、全施設共通の事故防止、感染症・食中毒などマニュアルが作成されており事故防止に努めている。種別リスクの責任者と役割が明確にされ、事故予防委員会で安全管理について話し合わせ、全職員へ周知を図るために検討内容や状況の報告が行われている。個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、技術確認研修等の介護職員研修を通じて、マニュアルに沿って個々のサービスを実施する方法の指導・助言を行い技術の浸透と周知を図り、サービスを提供している。

◇ 特に改善を求められる点

現在のサービス内容を正しく評価するために自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価を行い、結果分析、分析内容についての検討までの仕組みを組織としての体制整備を行うことが望ましい。

定期的なマニュアルの見直しについては予め定められた時期に、利用者の状況や現場でのサービス提供状況に沿って、検証・検討する機会を持つことが望まれる。見直しにあたり、提案者・必要性・見直し部分など見直しの仕組みを確立して行くことが望まれる。今後は提供するサービス全てのマニュアルについて、職員や利用者等の意見や提案を聴取し、現状に即したマニュアルの整備が望まれる。

○ 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。今回初めて第三者評価を受けます。今までやってきた自分たちの介護がこれでいいのかを見直すよい機会になると思っています。第三者の目で公正に見てもらい問題点をあげていただくことで、私たちはその問題点を具体的に把握し、問題解決＝サービスの質の向上という同じ目標に向かって進めたいと思います。それが利用者様の笑顔＝職員のやりがいにつながると信じています。よろしくお願ひ致します。

特別養護老人ホーム 翁寿園

- 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

ホームページに法人の基本理念の明示を行い、職員だけでなく、利用を予定する方もいつでも見て確認することができる。理念はミーティングや朝礼の機会に唱和することで理念基本方針の共有を図るように取り組んでいる。さらに、管理者は毎朝、各部署の職員を集め理念・基本方針について具体的に取り組むように話をしている。

契約時に理念や方針について説明を行い、利用者・家族に理解を促している。廊下や玄関に理念・運営方針を掲示して周知を図っている。家族会へ出席している方には理念・運営方針について浸透を図ることができている。

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。		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

法人の理念を、長期的な運営方針と捉え、毎年度の事業方針を作成している。

毎年度の事業方針は施設長、部署の主任が参画する会議において実施状況の把握、評価を行っている。

事業方針の前年度の評価結果は、各部署の数値化された報告を受け、評価となっている。

各計画の実施状況の見直しは、全職員参画が望ましい。全職員の参画が困難な場合は、目標に対する達成状況について全職員からレポートの取りまとめ等、参画への取り組みを期待する。

管理者会議、職員連絡会で各年度の運営方針・事業計画を説明している。法人季刊誌である「まごころ」などに前年度実績報告や当年の事業計画を明示している。

毎年の家族会で法人季刊誌の配布や事業計画の詳細を説明し、家族等に周知を図っている。

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。		○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>管理職人事考課で管理者としての役割・責任を明確にしており、役割・責任が理解されるように法人として取り組んでいる。</p> <p>法人の職務権限規定で管理者の役割・責任が明確にされており、職員が閲覧し確認することができる。</p> <p>人事考課において自らの行動について評価見直しを行う機会を持っている。</p> <p>職員から報告されるサービスの質向上に関しての意見は、月1回の幹部会で提案・課題や問題点の洗い出しを行い改善策を出し、質の向上に役立っているようにしている。さらに経営層も外部の接遇研修や介護技術研修等に自らも積極的に参画し実施している。</p> <p>アウトソーシングを行っており、3カ月に1回は振り返りを行い経営状態、安定化を図っている。出された課題や問題は経営層、理事が集まり検討を行っている。出された経営状態や安定状況については、各施設・部門の長は把握し効率化・改善に向けた取り組みに活かしている。幹部会で報告、話し合いが行われている。</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。		○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

本部で一括で人事・人材確保を行っている。現在各事業所単位でプラスアルファの人員の配置を行い、人材育成を行いながら人員体制が整備されるようにしている。各施設で面接が行われているパート職員については、現場(施設)で採用している。

人事考課制度を導入して、職員の能力、意欲、行動力等を評価して計画的な育成を目指している。人事考課要綱は閲覧できるようになっており人事管理の透明性を図っている。人事考課は人事管理システムを活用して職員の資質の向上について管理が行われている。職員の余暇活動や福利厚生に関してアンケートを実施し、職員の希望に応じて支援するようにしている。

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」が手書きで作成されており、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ようにしている。さらに、法人内で組織的にサポート体制が確立されている。

入職時より職員一人ひとりの受講・資格一覧を作成し水準・知識、専門資格を明確にしている。

法人内で役割資格等級を職群基準表で法人内での年数や資格に応じた職務内容や基準を明確にしている。

事業計画の中でキャリア支援として職場内研修・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。

職員が外部研修に参加する場合には、法人の旅費規定の中で研修参加時の交通費、出張旅費に関して規定している。決裁規定の中で事業所で決済し支援を受ける内容が明確にされている。

人事考課の中で職員が個別に資格取得への意欲を明確にしている。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

出張命令書、出張復命書で報告がなされている。施設が研修受講を認めた場合には、出張命令書を発行している。参加した職員は、復命書で研修内容を報告する他、全体会議の中で報告を行い周知している。

研修へ参加した職員は、必ず10日以内に何らかの形で全職員へ復命されるようにしているが、評価分析がされてた記録の確認が出来ない。

研修参加内容により次年度に受講の有無や評価を行い、研修カリキュラムや受講内容に活かすようにしている。

各職種の専門学校よりの研修を積極的に受けている。栄養士・ヘルパー研修・トライやるウィークを受け入れている。

事業計画の中で地域社会との連携の項目の中で実習生の受け入れを明確にしている。

実習・研修時の注意事項として実習生の受け入れや利用者に対しての配慮など詳細に謳っている。また実習・研修は、職種に応じて実習内容を明確にしている。

実習生の受け入れ窓口は生活相談員としている。理学療法士の実習は、理学療法部門が窓口となっている。

実習指導者研修を受講した職員が現在配置されていない。

実習生の方への個人情報保護の観点からの指導を行い、同意を得て利用者の尊厳やプライバシーに配慮した取り組みを行い適切な受け入れを行うことが望ましい。

今後も実習生の受け入れを積極的に実施する上で系統立てた専門的な実習指導を行うために実習指導者研修受講の継続望ましい。

各専門職別に実習カリキュラムを法人・事業所で策定しており、カリキュラムに沿って実習できるようにしている。各養成校指定の現場カリキュラム内容が実習できるように養成校の指定の実習報告書の書式を使用している。市の職員の介護実習の受け入れを毎年行っている。

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。	Ⓐ・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・Ⓑ・c

特記事項

事故防止検討委員会、感染対策委員会、事故防止委員会、食事委員会があり、種別リスクの責任者と役割が明確にされている。事故予防委員会で安全管理について話し合わせ、結果をグループ会議の中で全職員へ周知を図るために検討内容や状況の報告が行われている。法人共通で事故防止、感染症・食中毒などマニュアルが作成されており、各部署に設置していつでも見て確認することができるようにしている。さらに、実際に起こり得る可能性のある事例をもってグループワークを行い、職員がマニュアルの基準に沿って対応できるように手順を確認し周知している。マニュアルの見直しは実施しているが見直しが行われていることが確認できる会議録等は確認できない。関係団体は行政・関係機関を南あわじ市テレホンガイドで明確にしている。

事故防止委員会で挙げられた実際の事例を通して対応策を検討する中で今後起こり得る事故を予防していくために全職員で事例検討会を持ち、予防に努めている。

事故・ヒヤリハット報告書の集計を行い、実際に起こり得る可能性のある事例をもってグループワークを行い、職員がマニュアルの基準に沿って対応できるように手順を確認し周知している。

マニュアルの中で統一された基準は明確にされているが、現場職員が速やかに事故発生や事故予防に取り組めるように具体的な手順の整備が望まれる。またマニュアルは定期的に見直しを実施し現状に即したマニュアルの整備が望まれる。

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。	Ⓐ・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・b・Ⓒ
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

老人福祉事業協会に加入しており、研修や全国大会等に出席し動向など情報収集に努めている。

併設している在宅介護支援センターを通して地域の動向についての情報を得ることができている。市の在宅課連絡会議でも施設長が出席し地域の動向の情報を得て、事業所の指導者クラスの職員へ動向について情報を提供し共有を図っている。個人情報保護の観点から地域の潜在的な利用者に関するデータ把握・収集は難しい状況にあるが、在宅介護支援センター月次報告を通して大まかに情報把握するように努めている。把握できた情報から法人全体で年度の重点課題として『南あわじ市老人福祉計画及び介護保険事業計画』等を把握し参加など反映されている。

在宅介護支援センターや居宅介護支援センターを通して具体的な福祉ニーズの把握に努めている。家族を通して地域の課題やニーズを把握し、地域住民向けに介護教室の開催を行っている。

『南あわじ市老人福祉計画及び介護保険事業計画』等を把握し参加など反映されている。

特別養護老人ホーム 翁寿園

機関やスーパーの利用ができることや保育所、小学校、老人会との交流を推奨し参加を勧めていることも明記されている。地域の情報から、市の敬老会・文化展・地域高校の文化祭・地域の祭りの参加を勧めている。

地域の高校のボランティア部の方にも協力してもらい夏祭りへの参加をしてもらったり、外出同行をしてもらっている。近隣の大型スーパーに買い物に出かけ地域との交流を持っている。スーパー銭湯にも出かけている。

法人で訪問介護員の養成研修の講座を開講し事業所の機能を活かしている。利用者家族からの提案で地域住民や家族を対象として介護教室を開催し事業所としての特色を活かし地域へ還元している。

ホームページで法人で「ボランティアについて」として明示し、ボランティア受入れ簿があり、手芸クラブ・書道クラブなど、利用者の参加、活動時に気づいた点が記載されてるが、受け入れに対する基本方針・姿勢の明文化には至っていない。

自己評価内容に記載されている受け入れ要綱等は確認できない。

組織としてのボランティア受け入れに対する基本的な考え方や方針、登録手続、ボランティアの配置、利用者等への事前説明、ボランティアへの事前説明、職員への事前説明、実施状況の記録、等が明文化されているボランティアの受け入れに関するマニュアルの作成が望まれる。また、トラブルや事故を防ぐためのボランティアへの研修実施も望めます。

関係機関の連絡先リストを電話帳として作成している。電話帳は、事務所に設置しており、職員は利用者の希望や状況によりいつでも情報提供が可能となっている。

淡路ブロックの老人福祉事業協会の年1回定期的な連絡会等には参加している。また、3カ月に1回の研修会にも参加している。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が作成確立されている。南淡路市ケアマネ会議、地域ケア会議に定期的に参加し、情報を共有し課題解決に努めている。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

理念の中に基本姿勢を謳っており、玄関や各ユニット・フロアーに掲示いつでも見て確認することができる。接遇マニュアルに利用者へのサービス提供への標準的实施方法が明示されている。
 マニュアルに明示された標準的实施方法は、施設内で実施される新人職員研修会や定期的実施される接遇研修の中で周知するようにしている。
 研修への参加状況は、各ユニット・フロアーから出される残業申請により確認することができる。
 毎月、身体拘束ゼロ推進委員会を開催しており、委員会で拘束について勉強会を開催し、出席した委員から各グループ会議で身体拘束ゼロ推進委員会で話し合った内容の報告を行っている。
 身体拘束ゼロ委員会で虐待防止も含めた研修を実施し、言葉等による虐待を学んでいる。
 従来型の多床室はカーテン・パーテーション等で浴室もカーテン等で利用者のプライバシー確保に努めている。排泄介助マニュアルの中にトイレ介助・おむつ交換時等のプライバシー保護や羞恥心軽減のための留意事項が記載されている。
 「プライバシーマニュアル」が作成されており、自尊心保護等利用者個々へのプライバシー保護が明示されている。新入職者には入浴・排泄介助時等での介護技術研修を行い、その中で写真によりプライバシーを確保するための介助方法が視覚で認識できるよう工夫している。
 施設内研修やユニットケア研修で、職員に対して、入浴・排泄・リビング等生活場面におけるプライバシー保護についてプライバシーへの配慮を共有・浸透させる機会づくりを計画している。
 6か月に1回のカンファレンス開催時には、利用者の意向・希望等を聞き取りケアサービスの支援方針の確認を行っている。
 食事についての満足度調査を実施している。
 家族会を家族が参加しやすいよう土・日曜日に年2回実施し、家族からの意見把握の機会として意向等を聴取している。
 食事アンケート等個別的な支援・サービスに対する満足度の把握だけでなく、サービス全体への満足度を把握する機会を持つことが望まれる。家族会では 要望・意見等がより多く表せやすくする工夫が望まれる。家族からの意見等を集約し、対応についての 検討内容や具体的な改善実施状況を記録として残しておくことが望まれる。
 契約書に相談窓口・相談方法を明記し、契約時に説明を行っている。玄関にも相談方法や窓口、連絡先などを明確にしたものを掲示している。相談や意見を述べやすいよう会議室や面談室の利用ができるよう配慮している。
 「苦情受付マニュアル」で受付から解決に向けての対応手順がフローチャートで分かりやすく示されている。契約時にフローチャートを用いての説明を加えている。
 苦情受付対応票に出された内容を記載している。苦情はリーダー会で解決へ向けた対応策を話し合い、結果をリーダーから職員へ伝達し浸透を図っている。苦情内容に対する対応方法等は、家族にリーダーや相談員から報告しているが、事業所内への掲示等の公表はプライバシーに配慮していない。
 苦情内容に対する検討結果はリーダーや相談員から家族に報告しているが、プライバシーに配慮し事業所内への掲示等の公表が望ましい。
 苦情や要望については、聴取した職員からリーダーに報告され、フロアー・ユニットで話し合いを行っている。毎日のミーティングの中でケアカンファレンスを実施し話し合いも行っている。
 食事形態の変更提案等、利用者から出された意見は、個人ケース記録に残し、職員間で情報を共有しサービスに反映させていることが記録から確認できる。
 利用者家族より状態の情報提供を受ける書面の様式に、希望や意見・要望を記載できるスペースがありショートステイ利用時に意見や要望・希望を述べることができるようにしている。

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。	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)

特別養護老人ホーム 翁寿園

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

サービス内容についての定期的な自己評価は実施していない。
 平成17年に老人福祉事業協会のサービス評価の受審をしているが、第三者評価は今回が初めの受審である。
 幹部委員会で評価結果を分析する場と決めているがサービスの質の評価の実施には至っていない。
 定期的にサービス内容についての自己評価を実施し、担当者・担当部署を中心として改善課題の抽出と、組織的に改善に向けた対応を検討して行くことが望まれる。
 今回の第三者評価の受審後に評価の課題分析を実施を予定している。
 定期的にサービス内容についての自己評価を実施し、担当者・担当部署を中心として改善課題の抽出と、組織的に改善に向けた対応を検討して行くことが望まれる。

翁寿園各種マニュアルが作成され各部署の職員が見やすい場所に設置されている。
 技術確認研修等の介護職員研修を通じて、マニュアルに沿って個々のサービスを実施する方法の指導・助言を行い技術の浸透と周知を図っている。排泄介助マニュアル、プライバシーマニュアル等にプライバシー保護の姿勢を明示している。
 現在作成、使用されているマニュアルを整備し、定期的に現状に即しているかを検討・見直しを実施する取り組みが望まれる。
 さらに、マニュアルに基づいたサービス実施計画作成および、サービス提供記録の充実が望まれる。
 各種マニュアル表紙に日付と改定という文字が明記されており、必要に応じてマニュアルの見直しを行っていることが確認できる。改定日の明記があるが、改定を行った理由、改定部分、定期的な検証や見直しが実施されていることは確認できなかった。感染症対策については見直しの必要性が検討され、見直した箇所が議事録で確認できる。
 マニュアルの見直しについては予め定められた時期に、利用者の状況や現場でのサービス提供状況に沿って、検証・検討する機会を持つことが望まれる。見直しにあたり、提案者・必要性・見直し部分など見直しの仕組みを確立して行くことが望まれる。今後は提供するサービスの全てのマニュアルについて、職員や利用者等の意見や提案を聴取し、現状に即したマニュアルとなるよう取り組む事が望まれる。

利用者個々の日々の暮らしぶりや変化等、観察したことは、ケアプランに沿って「ケース記録」に記載されている。ケアプランの実施状況については、サービス実施表で明確にチェックされ記載されている。実施したサービスの詳細な内容については、ケース記録に特記として状態変化が記載されている。
 ユニットはライフスタイルシートで一日の過ごし方とその支援方法が詳細に記載されている。
 ケース記録の項目のケアプラン(関わり・楽しみ等)の記載の中で利用者への支援の状況、表情等の観察内容が記載されている。
 担当職員の休日は、当日支援に関わった職員が利用者の状況やケアプランにもとづいて支援した内容等を担当職員へ報告し、担当職員が利用者個別の記録として残し、バラつきが生じないようにしている。
 ケアプランに基づいて支援した内容や利用者の状況・変化は、支援当日に記録として残すことが望まれる。
 記録の最終管理責任者を施設長としている。「文書保存基準」の中で記録の種類別に保存期間を明確にしている。保存期間を経過したものは、シュレッター処理で廃棄するようにしている。
 利用者や家族等から情報の開示については法人の「個人情報保護規定」の中で、利用目的、開示等について定めている。個人情報保護に関する研修を実施しているが、研修内容に開示に関しては組み込まれていない。
 開示については、基本姿勢、範囲、手続きなども明確に定めて、個人情報保護の管理体制を徹底させていく取り組みが望まれる。利用者の記録の廃棄に関する規定も定めておくことが望まれる。個人情報に関する基本的観点から情報開示に関して、研修内容に組み込まれることが望ましい。
 職員は出勤時に、介護日誌等で利用者の状態等の情報を確認している。また、センター会議(毎朝のミーティング)で情報が伝達されている。朝、専門職のみが集まり、「PTリハビリ・回診結果」「利用者受診連絡表」等で情報の共有を図っている。昼には当日勤務者が各ユニット・部署毎に全員集まり、センター会議の記録の閲覧等を行いながら、情報を共有する機会を持っている。気づき報告書・事故報告書・ヒヤリハット報告書・介護日誌・連絡ノート・申し送りノート等で情報を共有している。新しい利用者の情報は「自叙伝」「インタビューシート」等を職員間で回覧し共有している。
 利用者個々の全ての情報はパソコンのシステムネットワークで共有できるように仕組みを作っている。

特別養護老人ホーム 翁寿園

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

サービス内容を分かりやすく説明したパンフレット・料金表等を作成し、利用希望者に説明を行い情報を提供している。ホームページにもサービス内容を写真や図を用いて分かりやすいようにして情報の提供を行っている。市役所・地域の社会福祉協議会などに依頼があればパンフレットを配置している。希望者には一日ショートステイの利用機会を設け、利用者・家族に施設の状況や環境等を体験してもらえようようにしている。見学希望があれば都度対応している。施設利用希望者の多くは、既に法人が運営する他のサービスを利用しており、利用者や家族が理解しやすいよう、そのサービスを参考にし、比較しながら相談員が説明している。サービス利用時は同意を得た上で契約書・重要事項説明書を取り交わしている。契約書の「契約終了に伴う援助」の項目で終了する際に「契約者の入院にかかる取り扱い」を明記し、契約時に説明を行っている。サービス終了後も相談内容により対応する担当者や窓口を説明している。他の施設や入院等で医療機関を利用する時には、「看護サマリー」で情報提供を行っている。ショートステイ利用者については、「ショートステイ利用中の生活の様子」の書面を作成し、情報提供を行うようにしている。死亡退居時には、「退所連絡書」で家族に返却する保険証等、返却書類が明確になるようにしている。

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。	a・b・Ⓒ

特記事項

利用者の包括支援プログラムの「ケアチェック表」の書式に従ってアセスメントを実施し、利用者個人台帳にファイルしている。認定期間に応じて半年毎に見直し時期を設定している。利用者・家族の希望を聴取し施設サービス計画書を作成している。利用者・家族の希望を聴取し利用者一人ひとりのニーズや課題をアセスメントから抽出し、それを施設サービス計画書に反映させ、明示している。計画策定前に開催するサービス担当者会議で合議された関係職員の気づき等が計画に反映されている。介護計画書に利用者・家族の希望等が明示されている。計画に沿って実施された内容はケース記録・サービス内容実施表に記載されており、実施状況を把握することができる。介護認定期間で半年毎に定期的な見直し時期としている。利用者の状態が大きく変化したときは、ケアマネジャーに報告され、ケアマネジャーは回診結果や看護サマリーなどで状態を把握し、専門職等の意見を聞き、見直しための検討を行い、緊急の見直しを行って家族にも説明している。計画を見直す場合の流れや手順をマニュアル等で定めて、全関係職員参加のもと、利用者の現状に即した計画の見直しができる仕組みづくりが望まれる。期間経過後・緊急の見直し等、計画を見直した場合に、職員へ周知する手順をフローチャート化等で明確にしておくことが望まれる。

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 ・ 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

行事やレクリエーションを開催する際に利用者個別に参加の意向を確認している。確認した意向や体調は利用者記録の記録から確認できる。毎月レクリエーションカレンダーを作成配布し、利用者が選択の上、参加の意向がある場合に参加支援を行っていることが、「レクリエーション日誌」(音楽療法、手芸クラブ、書道クラブ)より確認出来る。

余暇活動としてDVDで映画鑑賞、園芸、かるたとり、散歩、花火等の季節の遊びなどをグループ・ユニット単位やグループ・ユニットをまたいで希望者が少人数で活動を行うよう支援している。園芸では、次に植えたい物の希望がでたり、活動内容も職員からの提案だけでなく、利用者より希望があることもある。毎月レクリエーションカレンダーを作成配布し、利用者が選択し参加の意向を確認した上で参加支援を行っている。

南あわじ市が主催する敬老会への参加等で公民館での活動に参加している。公民館の活動内容について案内があり、利用者に活動内容の情報提供を行い、希望者は参加できるよう支援している。

防犯上面会時間をだまかに設定しているが、家族等面会者や利用者の希望・状態に応じて事前に申し出があれば希望に応じて面会できるように配慮している。面会場所は自室が多いが、利用者・面会者に面会場所について説明を行い、他人に見えない場所等、希望に応じて面会できる場所が選択できるように支援している。外出や外泊時に車椅子の必要があれば貸出簿に記載してもらい、外出・外泊の機会を希望に応じて持てるよう支援している。必要に応じて事業所の車を使用して送迎を行う用意がある。外出・外泊時にポータブルトイレが必要であれば貸出を行うことがある。

施設サービス計画書で利用者が自立して十分にコミュニケーションができるように支援方法を明示し、個別に支援していくように取り組んでいる。筆談・身振り手振り・手渡し等でコミュニケーションや意思伝達することも多くある。

家族からも情報提供を受け、コミュニケーションが十分に図れるよう努めている。必要な人には成年後見人を活用している。

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

特別養護老人ホーム 翁寿園

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

ベットサイドのテーブルなどに利用者使いなれた装飾品や思い思いの物を置き、利用者の趣味が伺える。カーテンやパーテーションで利用者のプライベートな空間が守られるように工夫している。各自室の近い場所にテーブルを設置し、落ちついて喫食できる雰囲気づくりに工夫している。年1回、聞き取りで嗜好調査を実施している。嗜好調査結果から利用者全体の嗜好や好き嫌いを把握し、法人全体で調理を委託している給食センターに分析結果等情報提供を行い、利用者の嗜好や好みを反映させた献立の策定を行っている。

利用者の食事摂取状況から必要に応じて明るい色のエプロンを使用している。季節が感じられるよう季節の食材を採り入れ、配膳トレーに敷き紙を使用したり、箸入れをつけたりしている。食事中はBGMを流したり、希望に応じてテレビをつけたりと食事を楽しめるように工夫している。献立を作る時には、彩や盛り付けに工夫している。

法人内で栄養士会を開催し法人全体の利用者の希望や摂取状況を栄養士会から給食センターに提案し、利用者が食べるのが楽しみとなるように配慮している。

入浴前には看護師がバイタルチェックを行い、身体状況の観察・確認を行っている。入浴支援する職員へ注意事項や入浴の可否判断を伝え、情報の共有しながら入浴・清潔保持の支援に取り組んでいる。最低週2回入浴できるよう設定しており、失禁などで設定時間外に入浴が必要な時にも看護師が可否判断を行ない、安全に気持ち良く入浴出来るようよう支援している。施設サービス計画書に利用者への個別のサービス方法や羞恥心への配慮を具体的に記載し、計画に沿った支援に取り組んでいる。

翁寿園マニュアルに排泄介助として一般的な支援方法が明示されている。利用者個々の状態や希望に沿った排泄介助の実施方法が、施設サービス計画書に個別具体的に明示され、支援するようにしている。トイレの清掃・換気が定期的実施され臭気がなく、衛生保持と快適な排泄環境づくりに配慮している。

利用者の希望やこれまでの生活のスタイルに応じて昼夜の衣服の選択・交換ができるように支援している。家族に衣類の補充や交換について意向を確認し、年2回は衣替えを行えるように支援している。家族の来訪が無い利用者は本人の希望を聞きながら、衣替えの支援を行っている。個別の外出で買い物を行う際に希望に応じて利用者の希望や好みに応じて選択し購入できるように支援している。衣類が汚れた時や定期的に事業所で洗濯を行い、清潔の保持に努めている。

理美容に関して毎月1回利用者の希望に応じて訪問理美容を利用できるよう支援している。「散髪リスト」では、カット等散髪の内容を家族にも確認し、業者の用意したカタログや雑誌で情報提供を行い、希望や体調に応じて実施してもらえるよう支援している。職員が利用者の化粧品購入時に利用者と同行するなど、必要や希望に応じて化粧や整髪を職員が支援することも行っている。

消灯は21時としているが、同室の利用者との状況により22時位まで電気がついていることもあり、また消灯後は枕元の灯をつけている人もある。TVはイヤホンを使用して自由に見れるよう配慮している。

不眠で自室から出て来る人には、職員が声かけを行い、お茶を共にして気分転換等を図っている。自力での体位変換が困難な利用者には、理学療法士の指導のもとに写真による個別の体位変換方法を定め、枕等の使用方法も詳細に決めている。全職員が統一して利用者一人ひとりに安楽な体位を保持し安眠ができるよう工夫している。使用する枕も利用者の好みや使い慣れた物の持ち込みで安心できるように配慮している。

不眠で他の利用者に迷惑がかかる可能性があれば、スタッフルームや空部屋等を活用し、同室者に影響を及ぼさないように配慮している。

看護日誌にショートステイを含む全利用者について、体調の変化や変化が予測される場合、特記として記載し情報提供・共有している。週3回、医師による回診があり、回診記録に利用者の身体状況・健康管理状況が明記され、介護職員と共に情報共有している。また、回診では対応が十分にできない場合には、外来受診を行い、外来受診記録に受診内容が記載されている。個別に6カ月に1回「看護サマリー(要約)」を作成し利用者の状態の変化が全職員で情報共有できるようにしている。入浴前には必ずバイタル測定、状態観察等の健康管理を行い、入浴の可否判断を行っている。利用者の健康状態に問題があれば看護日誌の特記欄に明記され、個別にバイタル測定や状態観察の期間、回数を設定して、バイタル等のコントロール状況を確認している。

看護と介護の夜間連絡対応体制として「待機看護師への報告基準」を作成し、看護師が不在の夜間でも介護職員が相談や連絡がとり易いように基準を設けている。

利用者が体調不良を訴えた時には、看護師が状態を観察し往診や受診の必要性を判断している。受診した結果は、家族へ随時報告を行っている。春の健康診断を定期的実施しており、結果については郵送等で報告している。

歯科医師又は歯科衛生士による口腔ケアの方法等の指導記録の整備が望まれる。

服薬管理マニュアルが作成されており、介護職員が服薬介助を行っている。夜間の服薬は、「介護職員から看護師への夜間連絡事項」の書面で、夜間の服薬確認が行われていることが確認できる。服薬準備時に看護師は必ずWチェックすることが服薬マニュアルの中で規定されている。セットされた薬を介護職員が介助し、薬袋をそのまま廃棄せず、看護師が薬袋が空になっていることを確認し服薬できているとして空き薬袋を廃棄している。

外出の希望がある場合は、高校生のボランティア同行会の協力を得て、年4回計画的に買い物等の外出支援を受けることができるよう支援体制を整えている。

南あわじ市の広報誌をエレベータ前の利用者が手に取り見ることができる所に設置し、地域のイベントの情報や活動、利用できる施設などを知ることができるよう配慮している。

無断で外出や行方不明になる可能性のある人には、「所在確認票」で時間毎に施設内での所在確認を行い、安全確保に努めると共に、夜間の職員が少なくなる時間帯には、センサー等を使用することもある。

携帯電話を使用している人も有り、希望により携帯電話の持ち込みも可能である。また、玄関の落ち着けるスペースに公衆電話を設置し利用者はいつでも使用できるように支援している。職員付き添い時には、通話が終わるまで離れた場所で待機し、利用時のプライバシーに配慮している。

はがきや手紙も希望に応じて出せるように、事務所で対応している。

各フロアー・ユニットで事業所が購入した数種の新聞を設置しているが、個人での購読希望者には個人で購入することができるようにも支援している。テレビ・ラジオ等も持ちこみ可能であるが、多床室ではイヤホンの使用等でプライバシーに配慮している。

アルコールは、希望により持ち込み飲用できるが、職員が管理するようにしている。館内は全面禁煙で喫煙希望の人は、職員が付き添って館外で喫煙できるよう支援している。

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	26	92.9
II-2 安全管理	9	7	77.8
II-3 地域との交流と連携	23	19	82.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	16	80.0
III-2 サービスの質の確保	25	12	48.0
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	6	60.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

