

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	西宮市甲陽園本庄町6-25-224
評価実施期間	2014年 8 月 15 日 ~ 2015年 3 月 31 日 (実施 (訪問) 調査日 2014年 9 月 9 日) 2014年 11 月 4 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 HF-12-1-021

※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: 特別養護老人ホームすいせんホーム (施設名) 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><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.事業者としての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> 法人内の各事業所および社会福祉協議会や地域包括支援センター等との連携を深め、地域とのつながりを強化し、適切で効果的なケアマネジメントを提供できる力量を身につけ、より多くの利用者に質の高い社会資源を提供していく。 上記の方針を基に、ケアマネジャーとして以下の内容について配慮しつつ、利用者支援を行う。</p> <p>(1) 利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るように配慮し援助を行う。</p>
--

- (2) 利用者の心身状況、そのおかれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき保険医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から総合的かつ効果的に提供されるよう配慮する。
- (3) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたつて、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないように公平中立に行う。
- (4) 事業の実施にあたっては、保険者、在宅介護支援センター、社会福祉協議会、地域包括支援センターおよび他の居宅介護支援事業所、介護保険施設等との綿密な連携に努める。
- (5) ケアマネジャーの資質が問われる中、ICFの理念をはじめとする、多角的な視点を持ち、より利用者のニーズを取り入れたケアプランが作成できるよう、研修等により自己研鑽を深める。

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 ()	事務員	2 ()	生活相談員	2 ()
	介護職員	40 (4)	看護師	3 (3)	管理栄養士	1 ()
	医師	(1)	機能訓練指導員	1 ()	その他	6 (2)
	介護支援専門員	1 ()		()		()

施設の状況

自然豊かな環境と安全面に配慮した広々とした施設内の生活空間で、利用者のこれまでの生活や状況を把握し利用者の希望する個別の支援を行っている。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

理念は事業計画書に年度の方針と共に明示し各フロアーに設置し職員がいつでも見て確認できるようにして、職員が意識して理念の浸透を図っている。勉強会の中で利用者尊重や基本的人権への配慮について周知している。研修会を通して身体拘束や虐待防止について学び周知を図ると共に利用者の羞恥心やプライバシーを大切に設備・整備を行っている。サービス計画書見直しの手順書 フロチャートで見直しを流れ・手順がわかりやすく明確にされている。利用者基本情報とADL評価表から課題分析を行い、ケアカンファレンスを職員が集まりプランの見直しを行い、新プラン作成を行い、家族参加する担当者会議で意見や要望を最終確認しプラン見直しが行われている。日々利用者とかかわる中で利用者の意向や希望を聴取し、個別に外出などの支援計画を立て利用者の意向や希望に沿って実施につなげている。

◇ 特に改善を求められる点

職員一人一人が利用者のプライバシー保護に関する統一した知識を持ち、マニュアルに基づいてサービスを実施するためにマニュアルの内容の周知を図る研修会の実施が望まれる。個々のサービスについて、標準的な実施方法を文書化して、実施についてケース記録やケアチェック表で確認を行っているが、今後は標準的な方法で実施しているかどうかを確認するための仕組みの構築が望まれる。

苦情解決の体制の整備は行われているが、作成した苦情解決の仕組みの資料を配布するなど、利用者・家族が理解しやすいようにすることが望ましい。評価結果を踏まえマニュアルの追加作成を行っているが、見直し、追加作成の際には、職員や利用者からの意見や提案を反映させ、より現状に即したマニュアルとなり職員が統一して標準的な実施が行えるように意見聴取を行う流れや仕組みを構築することが望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回も第三者評価を受審したことで、現状を客観的に捉えることができ、課題が明確となった。今後は指摘事項が解決されるよう、各種委員会や各グループにおいて改善に向けて取り組む。また、高く評価していただいた点については、引き続き実施することで、利用者やその家族に満足してもらえるサービス提供が継続できるよう努める。

- ・各マニュアルが作成されているが、それらに基づく手順書がないため、実際に施設で活用することができる手順書を作成し周知するための勉強会等を実施する。また、勉強会の中で見直しや追加等の意見を集約し、手順書を修正する際に反映させる。
- ・組織として、提案や決裁事項を周知するための仕組みが不十分であるため、それらを構築することにより職員が同じ目的を持ってサービス提供を実施できるようにする。

○ 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。	○a・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。	○a・b・c

特記事項

ホームページに法人・施設理念を明示している。ブログの更新は各施設で行っているが、ホームページは法人本体で更新を行っている。事業計画書に年度の方針と共に明示し各フロアに設置し職員がいつでも見て確認できるようにしている。また、ロールプレイの一貫で日々の支援や法人・施設での決められたことについてテストを行うことで浸透状況を確認すると共に、職員が意識して理念の浸透を図っている。本部長方針から各施設の方針を立て、施設方針を基に各施設のセクションで方針に基づいた方針・計画を立てて職員が意識して実践につなげるように取り組んでいる。今後は、法人・施設の基本方針を計画的に実践につなげていることを全職員が実践し定期的な評価を行い、より深い浸透と実践を図る取り組みが望まれる。家族会で事業計画書を配布し、資料の内容を見てもらい理解を図っている。家族会に出席できない家族には後日郵送し浸透を図っている。家族会だけでなく、行事の機会にも家族に出席してもらい浸透を図る機会を持つように取り組んでいる。写真を多く取り入れ、高齢者や障害を持つ人にも行事等事業所の取り組みが分かり易くなるよう工夫している。

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

特記事項

地域総合支援事業：法人として介護保険被保険者を対象に、南あわじ市と共に地域支援事業に取り組んでいる。事業としては地域の人々が来訪しやすいように、また、地域で暮らす人の支援を行うように取り組み始めている。当事業は中長期計画に計画的にタイムリーに反映させ実践につなげるよう努めている。幹部会では計画の評価を実施しているが、収益等数量的な評価に留まっている。各委員会や部署会議で事業計画を職員へ説明し理解と浸透を図っている。家族会議事録を作成しており、家族会で説明していることが記録から確認できる。

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

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いる。法人の職務権限規程(役割資格等等級制度の資料の中に記載されている。昨年度確認したもので変更はない。入職時のオリエンテーションに法人の体制を説明する際に職務内容・役割・責任を説明している。規定は事務魚で職員がいつでも手に取り見ることができるようになっている。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ようにしている。

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機会は持っていない。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、各事業所での取り組み内容を決めている。協議内容:サービスの質を向上させるための取り組みの検討(職員の意見集約や利用者者の意向調査等)。周知方法の検証・事業所の特性をアピールする取り組み作り・各事業の苦情受付と集計、傾向の把握・事故報告書やヒヤリハットの集計と傾向の把握。協議内容について委員会の各メンバーで役割分担の見直しを行い、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。03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。

委員会で作ら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。

委員会⇒連絡会議⇒グループ会議で伝達され実践につなげられている。

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。	○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。人材を紹介した職員には金一封を行っている。県の高齢者就労支援の制度の活用を検討している。必要な人材確保の為、移動・移乗時の機械使用による腰痛予防に取り、介護職員の負担を軽減するよう取り組んでいる。障害者雇用にも積極的に法人全体で取り組み、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ている。

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。復命書で施設長は、内容を確認し次年度に受講しても良いか確認している。復命書で研修を受講し、グループユニット会議で報告会が実施されている。職員勉強会の年間計画について話し合われる機会に年間で実施した内容について振り返り・評価を行い次年度の勉強会の計画に活かしている。職員一人ひとりの「資格一覧表」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、職群基準表で勤務年数や資格に応じて明確にしている。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。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。決裁規定で事業所で決済し支援を受けることが明確にされている。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。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。出張命令簿並びに出張復命書を作成し外部の研修に参加したことが確認できる。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つことが明確にされている。施設職員の研修状況等で全国で開催される研修が計画的に受講・支援を受けることができるようにしている。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。「出張復命書」「出張命令書」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・修正を加え作成している。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に取り組んでいる。

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。養成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に取り組んでいる。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。

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

福祉避難場所の協定をしている。
 安全対策委員会・事故防止委員会・防災担当、衛生管理委員会等利用者の安全確保に関する担当部署を事業所ごとに設置している。(事業所ごとに名称は異なる) 各委員会は職員参加のもと定期的に開催し安全確保のための検討を行っている。

特別養護老人ホームすいせんホーム

グループ毎にインシデント・アクシデントのデータを集計・分析しているが施設全体のデータの集積は未実施である。
 マニュアルは作成しており、職員がいつでも手に取り確認できるような場所に設置している。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。事業所内各部署で研修を実施しており、グループ会議の機会に集計結果を踏まえて特に緊急性の高い事例や件数が増加している状況を踏まえて未然防止策を検討している。
 「ディスカッション予定表」で年間の研修計画を立て実施している。

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。	○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	利用者と地域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

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数値動向や、市がどのような方針で、どのように取り組んで行くか等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。
 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ている。また、取引銀行からの情報も得て、様々な多方面からの情報を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を行っている。
 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。市の委託で、ニーズに基づき、併設のデイサービスと共に離島でのデイサービス・配食事業を実施している。また、「介護技術講習会」や「認知症を支える会」を開催している。
 24時間サポート型特養の事業化を検討している。
 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てる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。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。
 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、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。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。

特別養護老人ホームすいせんホーム

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。電話帳としてファイルを作成している。ファイルには市役所など公的機関、ライフライン等事業所と関連ある業者などの一覧表が作成されている。各部署に配置するとともに、職員は電話帳が事務所に設置してあることを認識しており、利用者にいつでも必要な情報を提供できる。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、2ヶ月に1回開催される研修会にも参加している。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。ケア会議、淡路ブロック給食施設協議会、ケアマネ協議会など地域の福祉関係機関がネットワーク化されており、地域の課題を持ちより検討し、研修に採り入れている。

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。	a ・ Ⓑ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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

基本理念に基本姿勢を明示し、法人で統一したマニュアルを作成しており、マニュアルの支援内容の冒頭に介護の心構えとして利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢を明文化している。マニュアルは職員がいつでも見て確認できるように設置している。

職業倫理についての勉強会の中で利用者尊重や基本的人権への配慮について各グループ毎に行い周知している。各グループ毎に行う勉強会前には、リーダー会で勉強会の内容を検討する機会を持っている。

研修会を通して身体拘束や虐待防止について学び周知を図っている。利用者の居室については、障子やカーテンなどで利用者の羞恥心やプライバシーを大切に設備・整備を行っている。

見直したマニュアルは、配布し職員へ周知を図るように取り組んでいる。職員一人一人が利用者のプライバシー保護に関する知識を統一して持つことができるように研修の実施が望まれる。

マニュアルに基づいてサービスを統一して実施するためにマニュアルの内容の周知を図る研修会の実施が望まれる。年1回の家族会を実施しており家族会の最後に家族へ意見や意向を聴取する時間を持っている。

利用者に対しては聞き取りで入居者・利用者満足度調査を年1回実施し、集計結果から分析し、今回は意向を反映させるために行事計画を立て外出ができるようにサービス・支援に活かすように取り組んでいる。聞き取り調査は、利用者から率直な意見や要望を出してもらいやすいように事務職者が聞き取り調査を実施し工夫している。

法人全体でサービスの質向上委員会を月1回開催しサービスの質向上に反映させるように取り組んでいるが、事業所で実施した満足度調査の結果を踏まえサービスに具体的に反映させ、反映させた経過・結果追跡し質向上に役立てる取り組みが望ましい。日常的には、直接生活相談員や介護職員へ相談や意見を申し出ることが多い。重要事項説明書の苦情の受付についての項目で苦情受け窓口でも相談や意見を受け付けることを口頭で説明している。相談窓口は玄関のわかりやすい位置に掲示している。玄関横の談話スペースや小会議室で相談を受けるようにしている。重要事項説明書に苦情受付についても項目があり、契約時より苦情の窓口・担当者を明示し説明を行っている。

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。
 苦情受付対応票で苦情の受付から解決までの流れを明確にし記録として残している。日々には、申し送りを
 行い職員間で情報共有を図っている。
 出された苦情については、直接利用者へ口頭で報告し、苦情受付対応票で報告した内容を記載している。
 利用者・家族からの個別の苦情や意見は種別を苦情としてケース記録に残されている。苦情受付対応票は
 全職員が情報共有しているが、利用者・家族への公表はしていない。作成した苦情解決の仕組みの資料を
 配布するなど、利用者・家族が理解しやすいようにすることが望ましい。苦情対応マニュアルを作成して
 おり、日々の業務・介護の中で利用者の話から意見として聞き取れたことケース記録に残すようにしている。
 苦情受付対応票は苦情内容を願望・要望・請求・責任追及のレベルで判定して記載できるようになっている
 が、対応マニュアルに沿った取組についての記録は確認できない。意見や要望を反映させるうえで決済が
 必要な場合には記録として残し、管理者や法人に報告反映させる流れがある。対応マニュアルには、意見
 や提案を受けた後の手順や、具体的な検討等対応方法、記録の方法さらには利用者へのフィードバック、公
 表の方法などがその内容別に具体的に記載されているとともに、より効果的な仕組みとしていくために、対
 応マニュアルの見直しを行うことが必要となります。

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

昨年度に引き続き第三者評価を受審する際に自己評価を実施している。
 評価に関する担当者を生活相談員とし、今回の第三者評価受審に向けた自己評価を生活相談員が中心と
 なり、各項目を各職種別に評価してもらい、生活相談員と管理者・主任と共にまとめている。
 主に、法人で実施している各職種の検討委員会で評価結果を分析・検討しサービスの質の向上に反映させ
 ている。各検討委員会で評価結果の分析を行い、課題を出している。
 検討・分析していることは、経過を含めて会議録に記録として残し、文書化している。
 会議録を回覧し職員間で課題の共有を図っている。各職種の委員会で課題に応じた改善策を話し合い、改
 善計画を作成し計画的に改善に向けて取り組んでいる。
 今年末に今回の第三者評価結果を踏まえ各職種の検討委員会で計画の見直しを実施していく予定である。
 課題については必要に応じて目標や中・長期計画の中で、段階的に解決へ向かって対応していくことが求め
 られます。各サービスの項目に応じて標準的な方法を明示したマニュアル追加、作成し標準的な実施方法
 を文書化している。DVDを用いて現在介護技術の習得を行うように取り組んでいるが、マニュアルに基づいた
 研修の実施で標準的な実施方法を周知させる取り組みまでには至っていない。
 実施方法に基づいてケース記録やケアチェック表で確認を行っている。実施方法に基づいてケース記録や
 ケアチェック表で確認を行っているが、今後は標準的な方法で実施しているかどうかを確認するための仕組
 みの構築が望まれる。昨年度の評価結果を踏まえマニュアルの追加作成を行っている。

今年度は年度末に策定したマニュアルの検証を行い、必要に応じた見直しを実施していく予定である。見直しの際には、職員や利用者からの意見や提案を反映させより現状に即したマニュアルとなり職員が統一して標準的な実施が行えるように意見聴取の行う流れや反映の流れ、仕組みを構築することが望まれる。システムを使用し個別のケース記録が残されている。ケース記録は各ケアを担当した職員が入力するほか、当日の遅出勤務者が当日の入力・記録漏れのないように最終チェックをし、各グループ・ユニットのリーダーが内容を確認している。

施設サービス計画書は職員・家族が参加し実施する担当者会議でケアマネジャーが意見や要望を聴取し策定している。ケース記録の画面の項目にケースと明示され施設サービス計画書に沿って支援したことが記載されている。ケース記録には、実施した状況や利用者の生活状況、観察したことが記録として残されている。サービス内容の項目に応じてモニタリング表で実施状況をチェックしている。0記録の管理の責任者をリーダーとしている。

法人全体で定めた文書管理規定に沿って保管・保存・廃棄を行うようにしている。

利用者からの開示の申し出が現在までになく対応していないが、個人情報保護規定の中に情報収集と共に開示に関しても規程している。介護ソフトのシステムを使用しており、職員は事務連絡、利用者の状態・状況を全職員が閲覧し確認、情報共有を図っている。

ケース記録は毎日リーダーが内容を確認し各職員に日々記録内容の確認・助言・指導を行い、記録内容の充実が図られている。また、介護記録研修会をリーダーが中心になり実施し、職員の記録の内容の充実と統一が図られている。

利用者のプラン見直しを6ヶ月に1回実施しており、定期的に部門を横断して利用者一人のプランを通して情報共有が図られている。

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

写真やイラストを使用してわかりやすくした法人全体で作成されたパンフレットや広報誌を作成している。広報誌やパンフレットを玄関の手に取り見やすい位置に設置している。

年2回発行している広報誌を関係機会には設置しているが、公共施設に関しては、公平性を鑑み現在設置はできない状況である。

体験入居は難しいが、見学にはいつでも希望に沿って受け入れを行い、利用希望者に案内・説明を行い対応している。契約は生活相談員が実施している。栄養については栄養士、医療に関しては看護師、プランに関してはケアマネジャー等専門職が個別に説明し、理解しやすいように配慮して納得の上で契約書を取り交わしている。理解し難い項目は具体的に説明して契約書を取り交わしている。サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎについては、契約時の重要事項説明書に記載されている。在宅復帰や他施設への住み替えなど退去になること現在までないが、担当者は生活相談員と定めている。

入院などでサマリーで医療機関には情報提供を行い連携を図っている。

ショートステイ利用者については、連絡帳が作成されており、連絡帳を介護職員・看護師が中心に記載を行い、家族に情報提供・報告を行い在宅との連携を図ることができるよう努めている。

特別養護老人ホームすいせんホーム

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。	○a・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。	○a・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。	○a・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・c

特記事項

入所時のアセスメントは生活相談員が実施している。入所後はケアマネジャーがプランの見直し時にアセスメントを実施している。
 サービス計画書見直しの手順書 フロチャートで見直しを流れ・手順がわかりやすく明確にされている。利用者基本情報とADL評価表から課題分析を行い、ケアカンファレンスを職員が集まりプランの見直しを行い、新プラン作成を行い、家族参加する担当者会議で意見や要望を最終確認しプラン見直しが行われている。6ヶ月に1回の見直し毎にアセスメントを実施している。アセスメント毎に課題抽出を行い、リーダーだけでなく、関係職員全員からケアマネジャーがニーズや意見を聴取し、介護ソフトの課題分析表で課題を明確にしている。計画策定の責任者をケアマネジャーと定めている。
 計画の策定は、介護・看護・栄養など各部門が集まりケアカンファレンスを行い実施することが手順書が作成されている。
 計画の実施状況はモニタリング表を使って日々確認が行われている。担当職員が6カ月に1回実施状況をモニタリング評価を行い、ケアマネジャーが内容を確認し、ケース検討会議で意見を出し合い計画の見直しを実施している。毎月のモニタリングを行っていることが、ケース記録から確認できる。
 利用者の体調・生活状況の変化による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、必要に応じてケース検討会を開催し計画の変更を行っている。計画が変更になったこと伝達し、ほのぼののシステムで周知するようにしている。

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・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

日々利用者とかかわる中で利用者の意向や希望を聴取し、個別に外出などの支援計画を立て利用者の意向や希望に沿って実施につなげている。レクリエーション・クラブの活動を月間で計画し予定表の掲示を行い利用者が選択できるようにしている。クラブ活動は外部の講師の来訪を受けているため講師の来訪スケジュールで計画されている。他レクリエーションは月単位で計画を立て実施している。実施後には利用者へアンケート調査を行い、次のレクリエーションや行事・活動の計画へ利用者の意見を反映させるように取り組んでいる。行事は年間で計画を立て実施している。日々コミュニケーションを図る中で利用者個別の意向や要望を聴取し、音楽療法、カラオケなど余暇活動や生きがいづくりを行っている。趣味活動や余暇活動の意向を自ら訴えられる方には、意向に沿って活動ができるように支援している。活動に対しての支援は検討・話し合いを行い実施できるように支援している。
 ボランティアの方の協力で外出ができるように活用している。
 地域の文化展などにも参加できるように支援している。面会時間については得に制限しておらず、基本的には事務所が空いている時間としているが、連絡が事前であれば夜間の面会を支援するようにしている。

特別養護老人ホームすいせんホーム

玄関横のパーテーションで区切ったスペースや小会議室でプライバシーを確保をして面会が自由にできるようにしている。既存のユニットでもパーテーションでスペースを作り提供できるようにしている。
 利用者の希望があれば外出や外泊が安全に安心してできるように行事計画書で計画をたて支援を行っている。利用者状態で難聴でコミュニケーションに課題のある方には、ホワイトボードを使用して文字でコミュニケーションを円滑に図ることができるように計画にあげ支援するようにしている。
 意思伝達に制限のある利用者には、コミュニケーションを円滑に図ることができる具体的な方法や支援を計画にあげ職員で統一して支援し利用者が不安なく生活できるように支援している。
 これまでに専門的なコミュニケーションを必要とする方はない。

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

利用者のこれまでの生活や状況を把握し利用者の希望する家具や調度の持ち込みを支援し、生活空間の個別の支援を行っている。多床室に関しては、障子やカーテンを設置し、プライバシー確保に努めている。毎年嗜好調査を定期的に行う他、職員へ嗜好調査を行い、利用者の普段の食事の状況や利用者の意向等も聴取している。行事食を実施した後はアンケート調査を行い、調査結果を持って給食センター会議で献立に反映させるように取り組まれている。食器は利用者の希望に沿って個別の食器を使い、テーブルにランチョンマットを敷くなど、食事が楽しめるように環境を整備している。

入浴支援が必要な利用者のサービス計画書には、個別の実施方法や注意事項を明示し支援するようにしている。入浴の支援する際には得にユニットでは個別入浴を実施している。従来型のユニットでは多人数の入浴となるためバスタオルやタオル、カーテンなどで羞恥心に配慮するようになり、仲の良い利用者同士で入浴できるようにしたりとプライバシーに配慮した個別の支援を行うようにしている。

失禁や発汗で汚染がある場合には、いつでも必要に応じて入浴ができるように支援し身体を清潔に保つようになっている。入浴は利用者の希望に応じて入浴できるようにしている。希望があれば夜間も入浴できるように支援している。

法人のマニュアルを基に施設で排泄介助マニュアルとして手順を作成している。排泄時のプライバシーについての配慮は、トイレのドアやカーテンを閉め配慮することをマニュアルに明示し援している。現在ストマの方がいる。介護職員が交換を支援している。イオン発生器を設置し施設全体で防臭に配慮している。トイレの清掃は清掃専門の職員が整備を行っている。基本的には昼間と夜間の衣服の更衣を行うように支援しており、利用者の希望や意向を確認し支援している。

季節に応じた衣服の入れ替えや家族が中心に支援をしてもらうようにしている。衣服の購入の希望があれば家族に連絡をし、家族が購入する方もあるが、施設で購入の依頼があれば外出の機会を作り購入できるように支援している。

衣服の洗濯は職員がしている。理美容に関しては毎月1回訪問理美容を利用できるよう支援している。ヘアスタイルは利用者の希望を伝え意向に添った髪形になるように支援している。利用者が見える場所に理美容の訪問予定日を掲示している。

現在家族と共に個別に馴染みの理美容院の利用ができるように外出しているが、職員が支援は現在ない。夜間は2時間毎の訪室しており、夜間不眠や状態の変化があればケース記録に記録が残されている。変化がなければ夜間の記録は入力しないと申し合わせしている。

消灯後は枕元に明るさを調整するようにしている。不眠で他の利用者に迷惑がかかる可能性があれば、デイルームで職員と過ごし、同室者に影響を及ぼさないように配慮している。利用者個別の個人カルテを作成している。

パソコン上のケース記録に利用者の状態や経過・変化を入力し保管管理している。血圧測定は、高血圧の既往があり血圧の変動が頻繁にある方、身体状況に変化のある方は日々状態に応じて頻繁に測定し、疾患の状態を観察・把握するようにしている。身体状況が安定している方でも入浴時には、必ずバイタルサインチェックを行いケース記録に残すと共に、日誌にも記録が残され、介護職を含めた職員間での情報を口頭で伝達し、パソコンのシステムのケース記録でも把握するようにしている。

昨年度の評価結果を踏まえ、看護業務検討委員会を立ち上げ法人全体で看護マニュアルの見直し、検討を行い作成している。

回診結果報告書にファイルされているが、体調不良があれば、回診依頼書に記載し医師に状態報告が行われ診察の結果、指示が記載されている。

医師や看護師に身体状況や疾患に対しての相談があれば看護師がいつでも受付し医師に報告、相談するようになっている。

身体状況の変化や病状については、必要に応じて医師・看護師から説明が行われている。

日々には、リハビリ体操、足浴、メドマーを活用し健康状態の維持・増進に取り組んでいる。また、リハビリ検討委員会でリハビリが必要な状態にある利用者について理学療法士と共に検討を行い、個別のリハビリにつなげ、健康状態、ADLの維持・増進に努めている。

訪問歯科の来訪もあり、必要に応じて歯科医師や歯科衛生士の診察を受け口腔衛生に努めている。

機能回復訓練計画書が作成され、毎月評価が行われている。全体で見直した看護マニュアルを基準として実際に業務の中での方法を明示した手順書の作成が望ましい。

服薬チェック表があり、服薬の確認を行った介護職員がサインを行い確実に服薬を行うように取り組まれている。服薬チェック表と薬の空袋を看護師が回収し確実な服用が行われていることを確認されている。服薬管理のマニュアルの中に誤薬についての内容が薬物の取り違え、服薬忘れ、重複服用等で詳細に明示されている。

外用薬については、定期内服薬依頼書で払い出しを受けていることがわかり、看護管理日誌で使用していることが確認でき、記録として残されている。

特別養護老人ホームすいせんホーム

インフルエンザなど感染症が疑われ場合には医療機関の医師に相談し隔離の必要性の判断をしてもらい、必要な場合には静養室などを隔離室として対応を行っている。利用者と日常的な会話の中から外出への意向を把握、確認し支援するようにしている。利用者の希望に応じて外出ができるように計画を立て、実施している。基本的には職員が外出の同行を行うようにし外出ボランティアの活用はしていない。地域の行事や催し、利用できる施設等については玄関にパンフレット等を設置し、情報提供している。玄関がオートロックで関の出入りはチャイムが鳴るようになっており、外に利用者が一人で出ていくことが少ない状況である。

市の広報誌等でも情報提供している。

現在、離設することがなくカードなど持ってもらわない。玄関に公衆電話を設置している。携帯電話の持ち込みをされている方もある。電話使用に関しては、全職員で統一した支援が行えるように規定を設けている。郵便物は、事務所から出せるようにしている。希望があれば個人購読も可能であるが、現在個人購読をする方はいない。

多床室であればイヤホンを使用している。喫煙は所定の場所できるように職員が付き添う支援している。アルコールも希望があれば飲酒できる。

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	10	100.0
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	16	80.0
III-2 サービスの質の確保	25	20	80.0
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	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	44	100.0

