

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 ~ 2014年 2 月 24 日 (実施 (訪問) 調査日 2013年 9 月 30 日) 2013年 10 月 1 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401005 K-0401008

※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) 大池サンホーム・ケアセンター	種別: 短期入所者生活介護
代表者氏名: (管理者) 小西 美恵子	開設(指定)年月日 昭和 48 年 7 月 2 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人 盛雲会	定員: 96 名 (利用人数) 16 名
所在地: 〒 651 - 1242 兵庫県神戸市北区山田町上谷上字ヤングン3番地	
電話番号: 078 - 581 - 230	FAX番号: 078 - 581 - 270
E-mail: sanhome-jinji@estate.ocn.ne.jp	ホームページアドレス: http://www3.ocn.ne.jp

(2) 基本情報

理念・方針						
<理念> 「福祉」の語源を大切にしてください。 <基本方針> 1) 利用者さまに やすらぎと安心を感じていただける環境づくりに努めます。 2) おひとり おひとりの可能性を求め一緒に生活の出来る施設づくりを職員の感性と共に考えてゆきたく思います。 3) 利用者さま 職員共に感応し合える時間を大切にしてください。						
力を入れて取り組んでいる点						
1) ご利用者様の自由を重視した対応。 2) ご利用者様中心の各行事の設定 3) 施設お庭の花々で季節感を感じて頂く						
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	2 (0)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	27 (11)	看護師	2 (4)	管理栄養師	2 (0)
	医師	1 (1)	機能訓練指導員	1 (0)	介護支援専門員	1 (0)
	喫茶職員	0 (4)	清掃職員	0 (3)	その他	()

施設の状況

周辺の木々から季節の移り変わりを感じながら、ゆったりと過ごすことができる環境が整えられている。施設内の広々としたホールや渡り廊下には、ご利用者の作品や季節に応じた飾りつけやがなされ利用者のみならず、家族や来訪者もゆったりと落ち着いた気持ちで過ごせる雰囲気作りがなされている。職員は、ご利用者の思いや希望に沿ってゆったりと過ごせるようサービスの質の向上に取り組んでいる。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

隔年の評価受審による評価結果を基に、課題抽出し目標・実施計画を策定、自らのサービスの質の充実が図られている。
施設内のあかるい色彩を取り入れた生活空間は、利用者が安全安楽に過ごせる配慮が感じられる。
法人理念は職員一人ひとりに配布されている携帯マニュアルの最初に見やすい字で明示し、いつでも見て確認できるようにしている。内部研修の中で計画的に理念について説明・理解を深める機会を持っており、理念に基づいた自己目標を設定し具体的に理念実現への取り組みを行っている。
事故防止対策委員会・安全衛生管理委員会で具体的な事例を掲げ、事故防止対策を検討している。事故・ヒヤリハットの件数は事故・時間別に区分され把握・検討しやすいようにデータ化され、委員会で対応策の実施状況や事故の発生有無・状況について評価、見直しを行っている。身体拘束・虐待の研修と一緒に介護事故防止についても内部研修を行い、事故防止の周知に取り組んでいる。
各提供サービスごとに配慮すべき利用者のプライバシーの具体的な内容を明示した図式マニュアルを作成し、職員一人ひとりが理解し実践するように取り組んでいる。職員倫理規定と共にプライバシー保護について研修の機会を持ち職員へマニュアルの配布だけでなく、研修の中で具体的な内容も含めて周知するようにしている。
サービス全体に対しての自己評価ができるように「介護保険施設事故点検シートで毎年定期的に実施している。

◇ 特に改善を求められる点

定期的に行われている家族会を利用して事業所の理念・運営方針等を分かりやすい資料を基に説明を行い浸透を図ることが望ましい。また、広報誌やホームページ等を利用して年度初めにはサービスに関する計画等は説明・周知を行う取り組みが望まれる。
各職種・各役職が日々どのように行動しての役割を果たしているかの自己評価を実施することが望まれる。また、職員・利用者へのアンケート調査などを実施し自らの行動評価に活かしていくことが望ましい。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

2年に一度評価を受け、評価の結果を分析し見直しを行う箇所の計画を立て順次改善を重ねてゆきまた自己評価・自己分析を行い2年後評価を受けて1歩づつでも進化してゆきたく思います。

○ 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(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。	(a) ・ 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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

職員一人ひとりに配布されている携帯マニュアルの最初に見やすい字で明示し、いつでも見て確認できるようにしている。また、新入職者の研修時にも必ず理念・基本方針について説明を行い、新人研修マニュアルに沿って最初に施設の理念を明示し、理念が具体的に何を示し、取り組んでいくのかを説明し理解を深めるようにしている。サービスの提供時などに理念に沿っていないと考えられる時には理念について説明を行い、理念に基づいたケアサービスの提供ができるように取り組んでいる。現任者にも内部研修の中で計画的に理念について説明・理解を深める機会を持っており、理念に基づいた自己目標を設定し、具体的に理念実現への取り組みを行っている。利用希望者や見学者に配布する「施設ご案内」に理念を明示している。理念に基づいた基本方針も含めて利用希望者や見学者が見やすいように字の大きさにも配慮している。地域のあんしんすこやかセンターや病院、LSA(地域の集合住宅)にも「施設のご案内」を設置している。

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。	(a) ・ 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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

理念に基づいて施設の理念・運営方針を4項目にわたって長期目標を建てている。中長期の計画も理念・運営方針から毎年度の事業計画を福祉の動向なども取り入れ策定している。計画はチーフ会議、主任会議など各部門職員それぞれで話し合いを行い、計画の立案、内容確認を行い職員参画の基、計画の策定を行っている。計画の実施状況についても会議の中で確認を行い把握をしている。各会議では、理念・運営方針の説明を行い職員への周知を行っているが、利用者等への周知にまでは至っていない。現在策定している理念・運営方針から事業所内での課題を抽出し、より職員が実行しやすい実施計画の策定を行い、実施状況を定期的に職員アンケート等で確認・評価を行い次年度への取り組みに活かすことが望まれる。定期的に行われている家族会を利用して事業所の理念・運営方針等を分かりやすい資料を基に説明を行い浸透を図ることが望ましい。また、広報誌やホームページ等を利用して年度初めにはサービスに関する計画等の説明・周知を行う取り組みが望まれる。

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(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)-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(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(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

図式で分かりやすい職務権限一覧表を作成し、職員がいつでも見ることができるよう各フロアに設置している。大池サンホーム・組織図から部門ごとに分けて組織図を作成している。各部門ごとの組織図には、各役職の役割や権限を明示、法人全体の各職種・役職の役割を公表し全職員が把握しやすいようにしている。経営層・管理者等の役割と責任範囲が明確化されていない。処遇向上・チーフ会議などでチーフ以上の役職が出席する会議の席でサービスの質に関する内容で検討され職員へ伝達していることが、議事録で確認できる。意見・提案は書面で提出され職員会議で検討を行った後、介護課会議で課題検討を行っている。検討した結果、改善が難しい場合には、チーフ会議に議題として反映していることが議事録から確認できる。施設全体で取り組むべき課題や問題がある場合には、合同部会で話し合い検討を行っている事は議事録で確認できる。経営状況・コストバランスについては、年3回実施される理事会が常に分析を行い、改善や効率化に取り組んでいる。理事会で話し合い・検討された結果については、管理者全員が出席する合同部会で説明・浸透が図られている。合同部会の会議録は各職員が閲覧、確認できるようにし全職員へ周知を図っている。公表されている各職種・各役職の役割が日々どのように行動に活かされているか、自己評価を実施することが望まれる。また、職員・利用者へのアンケート調査などを実施し、自らの行動評価に活かしていくことが望ましい。

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

人員体制プランとして法人の各部門での管理者を含めた人員配置数を書面化している。また人員体制プランに基づいた人事管理として求人方法、人数や加算要件に適応した人数も明記している。人事管理マニュアルも作成し、人材確保や人材育成、職員の処遇面など具体的に詳細に明示し、人事プラン・体制整備を行っている。人事管理マニュアルの中で人材育成を実施していくこと、人事評価は面談の機会を持ち、職員への説明・理解をしやすいように明文化している。職員からの希望に応じて計画的に公休や有給休暇の取得ができるようにマニュアルに謳っている。公休や有給希望を出す際には書面で希望休暇の取得がしやすいようにも配慮されている。余暇活動が充実できるように公休や有給休暇が取得しやすいようにも配慮されている。各職員別に有給休暇の取得についてはデータ管理している。勤務表を作成後に勤務変更が生じた場合の一覧表を作成し、職員一人ひとりの勤務状況も把握している。人事管理マニュアルの中で各職種・部署に必要な配置人数を明確にしている。職員個人面談も定期的・計画的に実施し、職員アンケートと共に職員一人ひとりの意向や意見・就業状況を確認している。法人の医師が精神科医であり、職員からの希望で相談や助言を受けることができる体制が整えられている。職員個人研修マニュアルを作成しており、マニュアル中に職員の職種別に必要な技術水準や年数に応じた知識・資格取得を明確にしている。

内部で年間の研修計画を策定しており、計画的・継続的な職員の資質向上のための教育体制が整えられている。職員資質向上マニュアルの中で課題や問題のある職員に対しては個別に必要な教育・教育支援を行うことが明示されている。研修毎に職員からは「内部研修報告書」が提出されている。研修参加後には、アンケートを実施し職員の研修内容の理解・習熟度が確認できるようにしている。外部研修の案内があれば、職員の意向を確認し、参加の意向があれば研修参加費や交通費など職員が研修に参加し資質向上に取り組めるように支援している。外部研修への参加は、職員個々の短期・長期目標に沿って目標達成の為に必要な研修受講を勧めるようにしている。内部研修に参加後には、「園内研修報告書」が提出されている。外部研修に参加後は「復命書」で研修内容の報告がなされ、職員間で回覧・閲覧して研修内容の共有化が図られていると共に、必要に応じて復命研修会の開催で周知を図っている。実習生受け入れの基本姿勢・実習生担当職員を実習マニュアルで明文化している。実習マニュアルでは、法人理念から説明を行い、実習における指導体制も図式等でわかり易く明確にしている。養成校の資格取得別に実習指導責任者が施設実習における指導の体制の図式で把握できる。実習指導者に対しては、指導者の資格を取得したコーディネーター職員が指導・研修を実施している。養成校との連携はコーディネーターが中心となり連携を図っている。養成校の実習マニュアルを基に養成校の希望する実習が効率的に行えるように連携や調整を行い実習を支援している。

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。		Ⓐ・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

マニュアルの中に急病及び事故発生時の緊急連絡体制を図式でわかり易く明示している。月・年別に事故の発生件数をデータで把握している。月1回開催される事故防止・苦情対策委員会を法人全体で持ち、事故・ヒヤリハットの件数を把握するだけでなく、防止に向けた対策の検討を行っている。各部署の責任者が事故防止・苦情対策委員会に出席しており、事故防止に対する責任管理体制を整えている。職員携帯マニュアルの中に「緊急マニュアル」から抜粋した対応方法の詳細を明示し周知を図っている。事故防止対策委員会の機会に具体的な事例を掲げ、防止対策を検討するようにしている。事故・ヒヤリハットの件数は事故・時間別に区分され把握・検討しやすいようにデータ化されている。身体拘束の研修と一緒に介護事故防止についても内部研修を行い、事故の防止を周知するよう取り組んでいる。事故防止対策委員会で話し合い検討された事項について対応策の実施状況や事故の発生有無・状況について委員会の機会に報告され評価、見直しを行っている。安全衛生管理委員会でも取り組み状況が確認され評価・見直しを行っている。

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・Ⓑ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・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 ボランティア受け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

施設長会議、神戸市の研修への参加、社会福祉協議会への出席や情報提供で動向・変化などの把握を行っている。あんしんすこやかセンター、地域の居宅支援事業所等からの利用の問い合わせが多くあるが、データ分析するまでには至っていない。把握された地域の動向や福祉ニーズ、潜在的利用者についてデータ分析を行い、事業計画に反映する取り組みを期待する。えがおの窓口へ地域の住民が来訪され、相談の内容で施設の相談員が対応している。(地域集合住宅の地域生活サポート)LSAを通して、居宅支援事業所で相談を受け介護認定や施設、在宅サービス利用を必要に応じて活用できるように支援し地域ニーズ把握に努めている。地域ニーズを把握した状況段階で中長期計画には次年度に反映予定である。把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を事業計画の中に明示する事を期待する。利用者が見やすいように表示の大きさに配慮したサンホームマップを作成し、情報提供ができるようにしている。初詣など利用者の希望があり、外出が可能であれば、出向いて現地で地域ボランティアの支援を受けることができる。大池老人会のボランティアの来訪があり、地域住民とのコミュニケーションが取れるようになっている。また介護教室等で施設の状況の報告を行っている。利用者の希望に応じて銀行等での金銭の出し入れ、各種制度利用の手続き等で役所への外出支援を行っている。本評価では、利用者の地域との交流を広げることを目的とした組織の取り組みについて評価するものであるが、立地条件・入居者の状況などの理由により積極的な交流は困難な中でも可能な限り利用者が地域へ出て行きやすいような援助と同時に、地域との関わりについて基本的な考え方を明文化し、地域に対して事業所や利用者への理解を深めるための取り組みを期待する。

地域に向けて介護教室を開催し、地域住民へ施設の特徴を活かした機能の還元をおこなっている。居宅支援事業所から施設の相談員が相談内容に応じて地域住民の相談に応じるようにしている。「ボランティアの受け入れ」の中で受け入れに関する姿勢を明文化している。ボランティア心得を作成し、ボランティア受け入れ時に説明をおこなっている。ボランティア来訪時には、個人情報保護や守秘義務について説明をおこない、ボランティア個別に誓約書を交わしている。ボランティア登録票・受け入れ表でボランティアの来訪が多いことが確認できる。また参加活動日程表も作成されており、ボランティアの活動状況の詳細が明確になっている。協力病院・緊急連絡先・非常時の関係機関の連絡先が明確にされている。関係機関連絡先はパソコン画面に表示される他、書面でも表示し、いつでも見て確認することができるようにしている。大池病院と月1回の会議を開催し連携を図っている。また、パソコンのシステムを使用して連携が図れるようになっている。北区のネットワークでショートステイの利用空き状況や緊急利用の状況がパソコンで把握できるようになっている。地域のショートステイネットワーク会で課題や問題を検討し、地域の施設や居宅等と共に連携を図り課題・問題の解決を図る取り組みを行っている。

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。	a・Ⓑ・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

処遇向上会議を開催し生活の場について、利用者の過ごし方について検討をおこない、理念を活かしたケアの提供をおこなうように配慮されている。会議で話し合われる議題は個々の職員がケアを提供する中での課題が挙げられ検討・話し合いを行っている。処遇会議で話し合い解決が困難な場合には、介護課・チーフ会議などでも話し合い検討が行われ理念を活かしながら利用者の尊厳を大切にケアの提供の徹底が図られていることが各会議録の検討内容から確認できる。

高齢者虐待防止教育システムの「施設・事業所における高齢者虐待防止学習テキスト」を使用して研修の機会を持っている。倫理規定の中でも「職員倫理規定」に基づく行動指針で利用者への尊厳を大切にケアの提供・支援を行う詳細を明示し年1回は全職員が研修の中で学ぶ機会を持ち徹底を図っている。身体拘束と虐待防止それぞれについて学ぶ機会を持っている。図式マニュアルの中にプライバシー保護として各提供サービスごとに配慮すべき利用者のプライバシーの具体的な内容を明示し、職員一人ひとりが理解し実践するよう取り組んでいる。職員倫理規定と共にプライバシー保護について研修の機会を持ち職員へマニュアルの配布だけでなく、研修の中で具体的な内容も含めて周知するようにしている。施設としてプライバシーを保護するマニュアルを作成し、サービス場面ごとに具体的な内容でプライバシー保護を明文化している。図式マニュアルの「排泄ケアに関する手順」で尊厳を支えるケア・プライバシー保護の実現を明示している。プラン変更時に利用者・家族に意向を確認している。家族来訪時に生活相談員に直接意向が伝えられることがあり、生活相談員の記録に明記している。利用者・家族には年1回程度定期的に満足度調査を実施し利用者・家族からの意見や要望をより多く出してもらいサービスの質の向上に役立てていく取り組みが望まれる。また、評価時に実施しているアンケート調査結果を分析し改善に役立てる取り組みも望まれる。

「相談・苦情に対する体制」として図式マニュアルで相談受付から解決までの流れ、担当窓口職員が明確にされている。法人で作成されているマニュアルでは、「苦情対応体制」として相談内容に応じて相談窓口が選択できることが図式化されマニュアルの中で確認することができる。過去に図式を家族に配布したことはある。相談員室・ロビーに椅子を設置し相談や意見を聴取するスペースがある。わかり易く作成された図式を掲示すると共に家族にも窓口選択ができる旨を書面などで伝達することが望まれる。苦情の受付についてを玄関窓口第三者委員の設置を含めて掲示している。苦情受付簿で出された苦情の内容・解決に向けての検討・解決策が記載されている。苦情処理報告書で苦情の解決策・対応策を講じることを苦情を出した家族に報告がされていることが確認できる。苦情の内容で事故防止苦情対策委員会で解決策・対応策を検討を行っていることが会議録で確認できるが利用者や家族等への結果報告がなされていない。苦情を申し出た利用者等に経過や結果をフィードバックし、苦情を申し出た利用者等に不利にならない配慮をした上で公表への取り組みの検討を期待する。意見や要望が出された時の流れや対応・反映までの流れがヒヤリングでのみ確認できたが、マニュアルの中で確認することができない。月1回利用者からの意見聴取会を開催している。食事に関してアンケートを聞き取りで行い、給食管理委員会で検討が行われメニューに反映させるよう取り組んでいる。意見や要望についても解決・反映までの流れが明確になるようにマニュアルの作成が望まれる。

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

サービス全体に対しての自己評価ができるように「介護保険施設事故点検シート〈介護老人福祉施設〉」で毎年9月に実施している。第三者評価を隔年受審している。法令遵守責任者が担当者となっている。施設全体で組織的に評価結果を分析・課題抽出し改善に役立てていく取り組みが望まれる。合同部会で第三者評価結果の報告を行い、マニュアルの策定など行っているが、評価結果から課題抽出し課題解決に向けた取り組みの検討など文章化したもので流れが確認できない。評価結果を基に組織的に課題を抽出、検討・分析を計画的に改善に向けて取り組んでいくことが望まれる。組織的に自己評価結果、第三者評価結果から課題を抽出し課題改善に向けた取り組みを確認することできない。食事・入浴・排泄・リハビリ・身体拘束・認知症ケア・意思疎通などマニュアルで標準の実施方法を明文化している。新入職者研修でマニュアルに基づいた研修を実施し周知するように取り組んでいる。職員の実施方法に課題がある場合には、個別にマニュアルの標準的な実施方法の指導を行い周知徹底を図っている。入浴や排泄は個々プライバシー保護についてマニュアルを策定し具体的なプライバシーへの配慮を行う実施方法を明示している。また、図式マニュアルでは、排泄・入浴・生活・対話の項目でのプライバシーへの具体的な実施方法、配慮の方法を明示している。口腔ケアについてのマニュアルの策定が望まれる。

標準的な実施方法が出来ているか職員一人ひとりに対して確認を行う為に今後は、介護技術の自己評価を実施していく取り組みのが望まれる。合同部会で年1回マニュアルの見直しの必要性について検討し聴取した意見や現状を反映させたマニュアルとなるようにしている。施設サービス計画書に基づいて実施した状況や観察した内容を二号用紙に記載している。短期目標別に応じた内容での記録がされており、毎月各短期目標のまとめを行っている。記録にバラつきが出ないように記録方法や内容はマニュアルを作成している。また新入職者に対しても記録方法についての指導を行っている。

短期目標に応じた日々及び半月間の記録のまとめ方を、個別ケース記録の記入方法として詳細をマニュアル化し、バラつきが生じないように取り組んでいる。個人ファイルに関しては、介護課の主任が記録内容を確認していることが2号様式から確認できる。すべての個人の記録の保管管理は生活相談員と定めている。個人情報管理規定の中で保管管理の責任者を施設長と定めている。保管期間が5年と明確に定められている法令から、現在の保管・廃棄に関する規定の検討の必要性を感じている。職員へは個人情報の保護に関する誓約書で遵守を明確に定めている。個人情報管理規定にの中で、個人データの開示を求められた場合に開示を行う旨が謳われている。個人情報保護についての職員に対しての教育や研修を実施し、管理体制の周知徹底を図ることが望まれる。二号用紙・管理日誌に利用者の状態や情報を記載し、書面で利用者情報の共有を図る他、申し送りでも伝達を行っている。「職員への伝達事項」「利用者に関する処遇ノート」を職員は必読し情報の共有を図っている。日々の日課表をホワイトボードに張り付けており、利用者の状態や動きなど情報を見て確認・共有するようにしている。利用者にとって最重要情報共有が必要な内容に関しては、ベットサイドにも明示し共有を図っている。パソコンのネットワークで利用者の情報を施設全体で共有できるようになっている。

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

大きな文字で写真等を用いたパンフレットを作成しており、利用希望者に対しては配布できるようにしている。生活相談員が利用希望者に対応する際にパンフレットで説明を加えて配布を行っている。サービス利用希望者には、ショートステイを利用してもらうように勧めている。重要事項説明書にサービス内容の詳細や利用料金等を具体的に記載し、説明を加えている。契約書・重要事項説明書は文字を大きくして見やすくしている。契約は生活相談員が実施しており、契約書内で説明者を記名捺印している。施設サービス利用を中止して他の事業所への移行や病院への入院に際して「特養生活状況(看護サマリー)」を作成し情報提供・引き継ぎを行っている。

相談員日誌に本人・家族の希望により在宅へ戻られる際に終了後の相談ができること窓口を説明している記録を確認することができる。また、入院になり入所中断する際にも入院後のことや入院中でも相談に応じることを説明していることが、二号用紙に記載されている。

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

包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いて利用者の詳細なアセスメントを実施している。ケアプラン作成の流れを図式マニュアルの中で明確にしている。6カ月に1回定期的な見直しを実施している。ケアマネジャーが作成する施設サービス計画書のサービス内容に沿ってサービスの提供を行っている。包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いて利用者の詳細なアセスメントを実施し、課題を明確にしてケアプラン作成に反映させ目標・具体的な支援方法を明らかにしている。ケアマネジャーを計画策定の責任者としている。施設サービス計画書を作成する時には、各職種に「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」の書式に記載してもらいケアマネジャーがアセスメントしサービス担当者会議を開催、施設サービス計画書を策定している。ケアプラン作成の流れを図式マニュアルの中で明確にしている。ケアマネジャーが作成する施設サービス計画書のサービス内容に沿ってサービスの提供が行われているかは、ケアマネジャーが二号用紙の記録を確認している。包括自立支援プログラムのケアチェック表を用いて利用者の再アセスメントを実施して6カ月に1回定期的な見直しを行い、職員に周知させている。モニタリングはケアマネジャーが二号用紙の記録を確認し、見直しの必要性を確認している。ケアプラン作成の流れを図式マニュアルの中で明確にしている。利用者の急な状況・状態の変化で見直しが必要と断された時にも、サービス担当者会議を開催し見直しを実施している。ケアマネジャーが施設サービス計画書を作成する時には、各職種から「サービス担当者に対する照会(依頼)内容」の書式に記載してもらいケアマネジャーがアセスメントし施設サービス計画書を策定している。

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。	Ⓐ・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

利用者意見聴取会を毎月開催し行事開催の希望を聞いている。行事計画書で生け花、音楽セラピー、尺八、トールペイントなどクラブ活動や行事が開催されることが確認できる。開催時にはそれぞれの利用者へ参加の意向を確認し、参加した様子が合同レクリエーション記録で確認できる。具体的な活動で参加の意向を確認するようにしている。音楽会で音楽をされる方を見て参加したい意向の申し出があれば支援するようにしている。意見聴取会で利用者からカラオケの活動の意向があり活動できるように支援している。現在、利用者の移動が困難な状態になってきており、交流の場、社会資源を積極的に活用するには至っていない。利用者の状態に応じて、生活意欲の向上に向けての支援を行うことが望まれる。面会時間の設定はしておらず、いつでも面会してもらえるようにロビーや食堂を解放し利用することができるようにしている。必要であれば相談室の利用もできるようにし、プライバシーに配慮した会話や面会ができるように支援している。外出や外泊時に必要な車椅子など、介助に必要な器具の貸し出しを行っている。聴覚障害により口読や筆談を用いてコミュニケーションを持つことを計画に明示している。聴覚障害の状況によりホワイトボードを使用したり、認知症の為言葉でのコミュニケーションが困難な方にはボディーランゲージを活用している。精神疾患の為意思伝達が難しい時に精神科の専門病院のケースワーカーに相談・助言を受け、連携を図り意思伝達や希望を把握するようにしている。利用者の状況により知人や友人・家族の協力を得て必要なコミュニケーションを保つように取り組んでいる。

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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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

あかるい色彩を取り入れた生活空間は利用者が安全・安楽に過ごせる配慮が感じられる。利用者の希望で写真を部屋に置いたり、希望に応じて調度品を持ち込めるよう支援している。カーテンでプライバシーを保持するようにしている。朝食でパン・ご飯・粥の選択ができるようにしている。月1回嗜好調査を実施し、アレルギー等で食べられない物、朝食の選択の希望を聞き対応している。意向聴取会で行事食の希望を聞きメニューに反映させるようにしている。日々の利用者の食事への反応や言葉を調理の委託業者へ直接伝え、味付け等に反映させてもらっている。食堂は衛生面を大切に、ゆったりと食事時間を過ごせるように配慮されている。気の合う人と気分よく食べることができるように配慮している。栄養士が個々希望を聴取している。入浴マニュアルに沿ってプライバシーに配慮した入浴支援を行っている。失禁などで清潔保持を行う為にシャワーは24時間対応できるようにしている。男性・女性で入浴曜日が固定されているが、入浴時間は利用者の希望で変更することができる。図式マニュアルでパット・トイレ・尿器などで排泄ケアに関する手順を明示している。各排泄用具に応じての使用法や防臭等についての詳細なマニュアルの作成の必要性は感じているが、作成に至っていない。エコムシューの使用をしており排泄に使用したパットやおむつの防臭ができるようにしている。また空気清浄機の設置も行っている。ADLの低下が見られる利用者への安全面やプライバシー保護を考慮した具体的な支援方法のマニュアルの追加、見直しが望ましい。部屋担当の職員が利用者の好みに合わせて色やデザインを選択し、衣類の提供を行うようにしている。衣類購入に際しては、利用者の希望も取り入れ購入をするようにしている。

利用者が自らその日の気分で好みの物を選択できるようにも支援している。衣服はクリーニングに出し返ってくる際に仕分けをする職員が破れやほつれをチェック、必要に応じて修繕を行っている。職員が利用者の好みや髪形について代弁し、訪問理美容の来訪時に伝え希望に応じた髪形になるようにしている。利用者の希望に応じて整髪や化粧を行えるように支援している。化粧水など必要に応じて購入できるようにも支援している。利用者の共有スペースの壁面に理美容院の来訪の予定表を掲示している。また、外部の理美容院の希望があれば出掛けることができるように支援している。

希望があれば寝具や部屋の明かりの調整を行うようにしている。睡眠に対するマニュアルの作成には至っていない。私物寝具の持ち込みも希望があれば可能である。不眠の利用者に対しては、別の部屋やソファで眠れるまで職員が話を聞いたり、付き添い等を行い安心して寝ることができるように支援している。安眠できるような個別・具体的な取り組みの工夫や夜間就寝中の対応に関するマニュアルの策定が望まれる。

個人記録の熱型表で熱や血圧・脈拍・酸素濃度・内服薬の処方について記載されている。健康管理のマニュアルで通常時の利用者の状態の把握から異常時の対応や支援について策定している。常勤医師により体調や健康状態に変化がある時には伝えている。医師や看護師に直接相談できる体制も整えられており、家族が病状について説明の希望があれば、介護主任から医師・看護師に伝えられ、求めに応じて説明を受けることができる。日中、音楽合わせて体操を行い機能維持・低下予防に努めると共にヤクルトの飲用や検査データから医師の指示によるアクアサポートの服用も勧めている。歯科医師・歯科衛生師からの助言、指導を定期的に受け利用者を支援するようにしている。利用者の個別のファイルに薬の説明書をファイルし、薬効・副作用・注意事項等について把握している。薬物の管理・保管から服用・使用確認に至るまでマニュアルを策定されている。薬トレイに表示されている名前と利用者の顔を介護職員2名で確認し、配薬に関しては看護師の重複確認を行い、誤薬の防止に取り組んでいる。熱型表の所定の欄に利用者の内服薬・外用薬の処方状況を記載している。外出に際して支援が必要な場合には、家族の協力を得ている。見やすい大きさで航空写真等を用いた地域のガイドマップを作成し、情報提供を行っている。一人で外出される利用者がなく、カードの必要性が無い状況にある。必要に応じて携帯電話を持ち込みが可能である。郵便は事務所で対応する他、利用者が郵便の集配時間に合わせて直接事務所に持ってこられる。事務所前に公衆電話を設置しているが、利用時のプライバシーに配慮している。希望に応じて新聞や雑誌の購入や購読ができるように対応している。

防災・受動喫煙防止の為に室内での喫煙は行っていない。喫煙希望者が職員が同行し屋外の所定の場所で喫煙できるように支援している。喫煙など個別の喫煙のルールを決めている。アルコール依存の方もいるため施設内でのアルコールの摂取は控えている。

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	5	55.6
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	8	80.0
II-1 人材の確保・養成	28	28	100.0
II-2 安全管理	9	9	100.0
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	13	65.0
III-2 サービスの質の確保	25	18	72.0
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	40	90.9

