

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	西宮市甲陽園本庄町9番17号
評価実施期間	2012年 4 月 24 日 ~ 2012年 8 月 15 日 (実施 (訪問) 調査日 2012年 6 月 1 日) 2012年 6 月 2 日)
評価調査者	K - 0401004 K - 0401006 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: 特別養護老人ホーム (施設名) サンホームみかづき	種別: 介護老人福祉施設
代表者氏名: (管理者) 濱谷 京子	開設(指定)年月日 平成 6 年 4 月 8 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人 博愛福祉会	定員: 60 名 (利用人数)
所在地: 〒 679 - 5136 兵庫県佐用郡佐用町志文515番地	
電話番号: 0790 - 79 - 3145	FAX番号: 0790 - 79 - 3783
E-mail:	ホームページアドレス: http://www.sunhome-cat.jp

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>(経営理念) 高齢者及びその家族の尊厳ある「生命(いのち)」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うとともに地域社会に貢献することを目的とする。 (行動指針) ありがとうは感謝の心。素直に学ぶ謙虚な心。笑顔で一言思いやり。いつも溢れる報恩の心。報・連・相で調和の華を咲かせます。 (基本方針) 利用者が住みやすく、職員が働きやすく、地域の人々が入って来やすい明るい施設作りを目指そう。 1. 利用者中心の視点を持つ。 2. 家庭的な雰囲気を創出しよう。 3. 花と動物に囲まれた明るい笑顔の輪をつくろう。</p> <p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>動植物と共生し、家庭的な雰囲気の創出を目指しています。そして、利用者の「生命」と「暮らし」を守り、安全で快適な環境の整備に努めると共に、尊厳ある生活への援助に取り組んでいます。</p>
--

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 (0)	生活相談員	1 (0)
	介護職員	37 (18)	看護師	7 (5)	管理栄養師	1 (0)
	医師	0 (1)	機能訓練指導員	1 (0)	その他	()
	産休(介護)	()		()	産休(介護)	()

施設の状況

山々に囲まれた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介護老人福祉施設である。日常的にアニマルセラピーを取り入れ、各利用者が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、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。

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

- ・基本理念を明確にし職員間で共有すると共に、ホームページに記載したり、定期的に近隣地域の居宅訪問を実施しサンホーム通信・サンホームみかづき在宅新聞を地域配布する事で地域に働きかけ、利用者・家族だけでなく利用予定者や利用希望者にも理念の浸透が図られている。
- ・年間を通じて経営塾を受講し、経営塾の中で理念実現の為に課題や問題点を明確にし、課題・問題点の克服の為に、副施設長が中心となり中・長期計画を策定し、営業会議において職員間で共有・浸透を図っている。中・長期計画を基に各職種毎に職員が話し合い単年度の計画を立て、施設全体で共有し、統一して取り組める体制づくりを整えている。計画に基づいて実施した内容については毎年事業報告としてまとめられている。
- ・介護予防教室を主催し、地域に対して防災無線やチラシ配布により参加呼びかけを行っている。行政の依頼で以前実施していた生きがいデイサービス事業は、現在施設が独自に行い、地域住民が自由に参加できる場としてサービス提供を行い、事業所の有する機能を地域に還元している。
- ・相談員・看護職・栄養士・介護職共通の連絡帳を作成し、各職種間で必要な情報が共有できる仕組みがある。また、部門会議が月1回開催され、情報の検討や共有が図られている。全体連絡ノートが設置され、施設全体の部門を通しての連絡事項など、共有の必要性がある情報が記載されており、職員は出勤時に確認している。全体会議や営業会議を定期的に行い、部門を横断して情報共有ができるように取り組んでいる。特養部門日誌は、パソコンでシステムネットワーク化されており、各部門を通していつでも確認でき、情報共有できる仕組みがある。
- ・利用者個々の体調や健康状態の変化を個人ファイルに詳細に記載し、状況に応じて、主治医や家族に連絡報告を行っている。健康維持増進のために、健康補助食品の利用や、普段からできる限り食事や移動の際の離床を促し、日常生活の中で運動を取り入れるようにしている。

特に改善を求められる点

- ・管理者、役職者等が、自らが果たすべき役割と責任について理解し周知しているが、日々の行動を自己評価する書類の作成や結果の分析などを期待する。
- ・外部研修に参加した各職員から提出された研修復命書の内容から研修について評価・分析を行い、研修に参加した際の成果を振り返る機会を持ち、次年度の研修受講の計画に活かしていく取り組みを期待する。
- ・各行事の計画の中でボランティア受け入れマニュアルに基づいた説明が行われていることは確認できるが、今後は、個人情報保護、事故予防、感染予防等についてボランティアへの研修の実施を記録として残しておくことが望まれる。

・受け付けた苦情の内容・解決結果についての公表はなされていないため、今後の検討が望まれる。
・利用者個々のケアの実施方法については、カンファレンスの中で職員が意見・提案を出し合い、見直しを行っているが、サービスの標準的な実施方法の見直しに、利用者の意見や提案が反映する仕組みの構築には至っていない。
・排泄の自立が困難な方が今後発生することも考え、排泄用具(おむつ、移動式便器、集尿器、採尿器、ストマ用具等)の使用法について、衛生や防臭を考慮したマニュアルの見直しを行い整備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

事業所が目指していること(理念・基本方針)をケアに浸透させていくためには、管理職が具体的に理解し、ケアの場面を通じて理念や基本方針をスタッフとともに考え、指導していく必要があると感じた。そして、それらを通じて管理職は自己の果たすべき「役割と責任」の自己評価や「職員、利用者等から信頼されているか」を把握・評価・見直しをしていかななくてはならないと思う。
また、自己評価については、施設独自の方針や方向性により評価項目を作成し、毎年実施・反省を行い、年度ごとの経過を見ていく必要があると思う。
アセスメントの様式については、利用者担当が定期、及び随時見直しできるような体制が必要であり、現在のプランの見直しを利用者担当から提案していくような取り組みが必要だと思う。

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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 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。		
- 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
- 1-(1)-	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

理念や基本方針はだれもが分かりやすい表現になっており、施設の玄関や事務所に掲示されている。職員は全員で唱和する機会を持つと共に、事業計画にも反映させ、各種会議において理念を活かしたケアの実践に向け話し合われている。また、新入職員オリエンテーションや年間研修計画の中にも位置付け学ぶ機会を確保している。QCサークル活動の中では理念実現に向け具体的な取り組みが実践されており、職員の意識向上を図っている。
施設パンフレットに理念を明示し、契約時に重要事項説明書の運営方針と共に理念について説明を行い、利用者・家族から理解が得られるよう取り組んでいる。また、ホームページにも理念を記載するとともに、地域への働きかけとして、定期的に近隣地域の居宅訪問を実施し、サンホーム通信・サンホームみかづき在宅新聞を地域配布する事で、利用者・家族だけでなく利用予定者や利用希望者にも理念の浸透が図られている。

- 2 計画の策定

		第三者評価結果
- 2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
- 2-(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
- 2-(1)-	各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

年間を通じて経営塾を受講している。経営塾の中で理念実現の為に課題や問題点を明確にしている。課題・問題点の克服の為に、副施設長が中心となり中・長期計画が策定されており、営業会議において職員間で共有・浸透を図っている。中・長期計画を基に各職種毎に職員が話し合い単年度の計画を立てており、施設全体で共有し統一して取り組めるような体制づくりも整えている。計画に基づいて実施した内容については毎年事業報告としてまとめられている。
事業計画は、毎年会議で説明が行われ職員が理解できるよう取り組んでいる。年度初めに利用者・家族に配布する行事实施計画書の中の処遇関係や管理・人事の項目で事業計画について触れ、利用者・家族に計画の浸透を図っている。また、年度初めに配布するサンホーム通信でも、事業報告や事業計画について利用者・家族が理解しやすいよう説明が行われている。

- 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
- 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。		
- 3-(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 ・ Ⓑ ・ c
- 3-(1)-	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
- 3-(1)-	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

年度初めに組織表を作成・掲示し会議で説明する事で職員への周知を図り、経営層の役割や責任について理解が得られるよう働きかけている。また、経営層はその立場を理解し、年間を通じて自らを振り返る事を行っているが、自己評価としての書類の作成や表明には至っていない。昨年全職員に対しアンケートを実施し、結果は課長会で話し合うと共に、データとして数値化し分析を行っている。アンケートの分析結果から施設長・各所属部門長と職員個々の面談を行うよう取り組んでいる。アンケートの結果は、職員へは発表していない。

年間を通してQC活動と委員会活動を一体化させ取り組んでおり、QCストーリーに基づいて毎月1回の進捗報告会を管理者の参画にて開催している。会議内では実践されているサービスの質の現状を振り返り、課題を出しあい改善の為に取り組みについて話し合われている。

営業会議で毎月施設全体としての会計報告がなされている。全体の報告のあと各部門の経費等について説明があり詳細な分析の結果、業務改善や効率化が図れるよう取り組んでいる。稼働率については、各部門で集計分析され、全体会議で経営状況やコストバランスを考えた改善に結び付けるように話し合いが行われ対応している。24年度の制度改正に向けた収支シミュレーションを行い、解決すべき課題と対策を立て経営や業務の効率化に取り組んでいる。収支シミュレーションについては、各部門長レベルが参加する会議で検討されている。

評価対象 組織の運営管理

- 1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
- 1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
- 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
- 1-(1)-	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
- 1-(1)-	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
- 1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
- 1-(2)-	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	Ⓐ・b・c
- 1-(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・Ⓑ・c
- 1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
- 1-(3)-	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
- 1-(3)-	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

事務部門で人事担当職員が中心となり人事管理が行われている。経営計画の中の業務改善の項目の中で適切な職員確保に向けた方針や対応策が確認できる。課長会の中で人事についての話し合いがなされプランが作成されている。必要な人材・人員確保のため大学や福祉就職フェアなどに出向き、組織的に人事管理が行える体制を整えている。

人事考課制度の導入について、経営コンサルタントの助言・指導のもと平成24年4月に全職員へ説明を行い、人事考課制度を活かし意欲や能力向上に役立てていける仕組みを構築していこうとしている。現在は、年間を通して職員の資格取得や研修の受講を計画的に採り入れ、職員の資質の向上に取り組んでいる。新人職員オリエンテーションの中で就業規則をもとに説明がなされ、日常においても必要時、いつでも就業規則で確認ができるよう透明性を確保している。健康補助食品は職員の健康管理のために無料で提供されている。職員旅行については半額程度、補助が出されている。互助会があり親睦会も催されている。

時間外労働データは事務所で管理され、基準を作成し基準に基づいて申請・請求がなされている。時間外勤務が妥当性を持ったものなのか確認もしている。また、月末月初めに有休消化率が公開され、職員が消化できるよう勤務状況も考慮されている。有給休暇は今年度より1時間単位で取得できるように事業所で検討され、今年度より導入されている。年1回個人面談が出来る体制を整え、必要に応じて所属長や管理者と個別面談を行う機会を設けている。心療内科の医師への相談も職員が希望すれば対応できる体制が整えられている。

職員の資格や研修の受講状況から技術・知識の水準等を明らかにしている。入職時より職員一人ひとりの技量等を確認し、個々にあった教育・指導や研修の受講が行われるように計画を立て、職員の資質や意欲の向上が図れるよう取り組んでいる。外部研修については情報提供を行い、職員の希望があれば参加できるように支援している。認知症介護実践者研修の受講に関しては、職員の経験や水準に応じて受講可能な職員と話し合いを行い、計画的に受講ができるように支援している。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

事業計画の中の地域貢献の項目で実習生の受け入れを行うことが明文化されている。実習生受け入れマニュアルを作成しマニュアルの中で基本姿勢を明文化するとともに、責任者としての窓口を明示している。またマニュアルの中で利用開始前に了解を得るべき事項として了承を得るようにしている。実習指導は指導者研修を受講した職員が担当しており、各養成校の介護実習の冊子にも指導者名が明示されている。
 実習の目標や内容については学校側の意向を把握し、養成校の実習冊子の内容に合わせたプログラムを作成している。相談援助実習プログラムの中で資格取得別の実習指導マニュアルも作成されている。

- 2 安全管理

		第三者評価結果
- 2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
- 2-(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。	①・b・c
- 2-(1)-	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。	①・b・c

特記事項

事故報告書の中で事故の分類がなされ対応策も講じられていることが確認できる。リスクマネジメント委員会で事故の報告が行われている。また介護部門会議の中でも事故の報告が行われ、職員へ再発防止に向けた対応策の理解と浸透が図られている。毎月実施される委員会で検討する他、年間の研修計画の中に位置づけ、事故防止への取り組みを行っている。感染症については、年間でデータ収集を行い分析を行っている。
 経営塾で3～5年先の経営的な視点から佐用町の高齢者の実態と状況を捉えている。実態と状況を踏まえて地域のニーズについてもデータ化し把握している。外部環境からみる機会と脅威としてもニーズをとらえている。佐用町から出された佐用町高齢者福祉計画、第5期介護保険事業計画の中で地域の動向や被保険者数の推移、高齢者人口の推移、要介護認定者の推移など把握している。

- 3 地域社会との交流と連携

		第三者評価結果
- 3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
- 3-(1)-	事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	①・b・c
- 3-(1)-	地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	①・b・c
- 3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
- 3-(2)-	利用者と地域の関わりを大切にしている。	①・b・c
- 3-(2)-	事業所が有する機能を地域に還元している。	a・②・c
- 3-(2)-	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。	①・b・c
- 3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
- 3-(3)-	必要な社会資源を明確にしている。	①・b・c
- 3-(3)-	関係機関等との連携を適切に行っている。	①・b・c

特記事項

毎月1回の地域の居宅訪問や、定期的に地域に配布される施設広報誌の活用による情報交換にて具体的に地域の福祉ニーズを把握している。把握できたニーズは営業会議で報告し話し合わせ、中・長期計画や経営計画に明示し具体的な取り組みを行っている。
 経営理念・運営方針などに地域との関わり方についての方針を明文化している。サンホーム通信を年4回、みかづき在宅新聞を毎月地域に配布し地域への情報提供を行い、施設や利用者への理解が得られるような働きかけを行っている。利用者が地域の行事・活動に参加する際は、基本的には職員が支援しており、地域の草刈りやとんど焼き等に参加し地域との交流が図れるよう努めている。専門医や地域病院への受診・外食の為の外出など個別の外出支援もできるような取り組みもある。
 介護予防教室を主催し、地域に対して防災無線やチラシ配布により参加呼びかけを行っている。行政の依頼で以前実施していた生きがいデイサービス事業は、現在施設が独自に行い、地域住民が自由に参加できる場としてサービス提供を行っている。

ボランティア受け入れマニュアルを作成している。ボランティア受け入れマニュアルには、作業の実手順が明示されるようになっている。
 前回受審後、「佐用町 保険・医療・福祉・遊び場マップ」を作成し利用できるようにしており、平成24年4月に見直しを行い最新の情報に更新している。冊子は、職員がいつでも確認し活用できるようマニュアル内にファイルしている。
 佐用町介護サービス事業者連絡会に2カ月に1回出席し連携が図れるようにしている。地域の関係機関のネットワーク化に取り組み、非常災害時の訓練なども行なっている。平成21年の災害を基に広域ネットワークの必要性を認識し、揖龍・宍粟・佐用地域の連携により、広域ネットワークの活用が可能な体制を整えている。
 入社時のオリエンテーションで経営理念の中に掲げられている利用者中心の理念を説明する他、毎日勤務する際には、経営理念・五訓・基本方針を唱和し職員への理念の周知を図り、サービスに反映させている。身体拘束廃止委員会で拘束をしないケアの実践や虐待についての範囲を正しく理解し、全職員で取り組んでいる。23年度は「言葉による拘束をなくそう」を目標に定期進捗報告会を持ち進捗状況を確認している。(会合報告書や定期進捗報告書で確認できる)

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
- 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。	①・b・c
- 1-(1)-	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。	①・b・c
- 1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
- 1-(2)-	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。	①・b・c
- 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
- 1-(3)-	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・②・c
- 1-(3)-	苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	①・b・c
- 1-(3)-	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	①・b・c

特記事項

各部屋はカーテンや障子などで利用者一人ひとりのプライバシーを確保している。各種規定やマニュアルの中でも利用者一人ひとりのプライバシーに配慮しながらサービスの提供が行えるように明記している。全体会議でプライバシーに関する研修を実施し、浸透と理解を図っている。法令順守に関する研修が毎年の研修計画に位置づけられており、受講後には研修復命書の提出がなされており確認できる。新入職のオリエンテーションでも個人情報保護・プライバシーについて学ぶ機会を持ち徹底を図っている。各種規定やマニュアルの見直しを年1回全体的に行い、内容の確認・見直しを行っている。管理者はマニュアルに沿ったサービス提供が実施されているか確認している。
 23年より全利用者家族に来所していただきケア検討会を実施し、家族の意向や希望を聴取している。その際、事前に関係部署と聞き取る内容を確認し検討会を行っている。利用者・家族から出された意見や要望は、個別のものはカンファレンスなどで話し合い検討を行い、プランに反映させるようにしている。施設全体・サービスに関わることについては、出された意見や要望の内容により、各種委員会や各担当部署に振り分けて話し合い・検討が行われサービスや運営に反映させるようにしている。玄関には、意見箱は設置している。
 相談内容によっては相談担当者と常時相談できる体制について明示した書類を利用者・家族に配布している。苦情受付記録簿には、利用者・家族から出された相談・苦情が記載されている。苦情処理マニュアルの見直しを24年度に入り行い、苦情の内容を軽微な行為に関する苦情と重大な不当行為に関する苦情に種別しフローチャートで対応が迅速かつ的確に行えるように、現状に即したマニュアルとなるように相談・面会スペースを設置しプライバシーを確保しながら、いつでも自由に使用し相談や意見を聴取できるようになっている。
 入所契約の際には、苦情解決の体制や受付窓口担当者など説明を行い理解を得るようにしている。また第三者委員会を設置していることも説明している。玄関の見やすい位置に、苦情受付担当者を掲示している。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

白川トモユキがそのほかは経緯と解決に向け取り組まれているが、白川文子等の白川への対応に関し確認できる。苦情や意見・要望の反映状況を、当事者利用者・家族には報告しているが、公表はされていない。
意見・要望・提案についての対応手順はマニュアル化されており、迅速に対応がなされていることが記録に残されている。マニュアルの見直しも定期的に行われている。転倒事故があり、転倒に対しての家族の意見について検討を行い環境整備などのサービスへ反映させた事例がある。

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。		
- 2-(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。	Ⓐ・b・c
- 2-(1)-	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。	Ⓐ・b・c
- 2-(1)-	課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	Ⓐ・b・c
- 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。		
- 2-(2)-	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。	Ⓐ・b・c
- 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・Ⓑ・c
- 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
- 2-(3)-	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。	Ⓐ・b・c
- 2-(3)-	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	Ⓐ・b・c
- 2-(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。	Ⓐ・b・c

特記事項

各職種別・各委員会に毎年年度末に自己評価を実施している。自己評価の結果を連絡調整会議の中で結果報告を行い分析検討を行い、次年度の運営や計画に反映させるように取り組んでいる。毎月実施されている経営会議で外部のコンサルタントから、経営面だけでなくサービス面についても指導・助言を受け反映させるようにしている。第三者評価は3年に1回受審を計画している。
QC活動や各委員会ごとに、職員参画の下評価分析を行い、それぞれの課題を話し合い、議事録として文書化している。全体会議で発表することにより、所属している活動や委員会以外の内容も共有できるように取り組んでいる。
評価結果から明確になった課題については、QC委員会や各委員会において改善策・改善計画を段階的に立て、解決に向けて取り組んでいる。改善計画の実施状況を継続的に把握し、必要に応じて見直しを行っている。
個々のサービスの実施方法についての詳細なマニュアルを作成している。作成されたマニュアルはいつでも見ることができる場所に設置している。新入職員のオリエンテーションで説明を行い、マニュアルの周知を図る他、現場でマニュアルに沿った指導を個別に行い浸透を図っている。マニュアル変更時には、変更した内容を会議で説明し周知を図っている。作業標準書マニュアルの中でプライバシー保護の姿勢が明示されている。グループ会議や介護職会議で、ケアが作業標準書に沿って実施されているかの確認を行うようにしている。
サービスの標準的な実施方法について介護職会議やグループ会議などで話し合い、マニュアルの見直しや検証を行っている。
利用者一人ひとりのサービス実施状況について、ケース記録が整備されている。ケース記録には、施設サービス計画書に基づいた課題別ケアプラン表に利用者状況を踏まえた個別具体的なサービス内容が明記されている。記録にバラつきが生じないように、プランに基づいたサービスの実施状況が記録できる書式に統一されている。
記録管理の責任者を副施設長と明示している。書類ごとに保管管理方法や保管期間、廃棄方法を定め、書類保管管理台帳に明示している。情報の開示については規定を定め、契約書・重要事項説明書に明記し、玄関・面会受付にも掲示している。個人情報保護・情報の公開については、年間計画に盛り込み、職員が計画的に学ぶ機会を持ち、記録についても周知を図り情報が外部に流出しない管理体制を整えている。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

相談員・看護職・栄養士・介護職など、職種別に連絡帳を作成し、各職種間で必要な情報が共有できる仕組みがある。また、部門会議が月1回開催され、情報の検討や共有が図られている。全体連絡ノートが設置され、施設全体の部門を通しての連絡事項など、共有の必要性がある情報が記載されており、職員は出勤時に確認している。全体会議や営業会議を定期的に行い、部門を横断して情報共有ができるように取り組んでいる。特養部門日誌は、パソコンのシステムネットワーク化されており、各部門を通していつでも確認でき、情報共有できる仕組みがある。

- 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
- 3-(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
- 3-(1)- 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
- 3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
- 3-(2)- 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

パンフレットに写真や図を入れて、サービスの内容や施設の概要がわかりやすいように工夫されている。ホームページ上で事業所の特色やサービス内容を判りやすく表示し公開している。多数の人が手にすることができるよう、パンフレットを地域の居宅介護支援事業所などに、またサンホーム通信や在宅新聞を役場などに設置している。在宅新聞やサンホーム通信などに、いつでも体験や相談、見学を受け付けることが明示されている。相談記録には、見学の記録が記載され確認できる。施設長・副施設長・相談員が所定の契約書・重要事項説明書の項目に添って説明を行い、利用者・家族の納得の上、署名捺印をいただいて書面で契約に至っている。契約書・重要事項説明書は、全項目にわたり読み合わせを行い説明する他、別の冊子「利用の案内」を作成し、注意事項を整理したり図入りで説明するなど、より理解してもらいやすいように工夫している。ご家族では理解が困難な場合は、親類の方などに同席していただくように配慮している。退所時の支援の方法や相談担当者については、重要事項説明書内「円滑な退所の為の援助」の項目に明文化されている。医療施設への移行が生じた場合には、サマリーを作成し情報提供している。家族の転居に伴う利用者の他施設への移行が生じた場合にも、入所者情報提供をサマリーで行っている。

- 4 サービス実施計画の策定

- 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
- 4-(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
- 4-(1)- 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
- 4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
- 4-(2)- サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
- 4-(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

入居前に訪問し、統一された入居時事前面接調査票・日常生活アンケート・独自のアセスメント書式によりアセスメントを行ない、初回の施設サービス計画書を作成し、3ヶ月を目処に見直しを実施している。見直しの際はカンファレンスを開催し、関係職種が集まり統一した様式を作成し、アセスメントと計画の見直しを行っている。カンファレンスシートを用いて利用者一人ひとりの状態についてアセスメントを行ない、各職種が集まったカンファレンスで個々の具体的なニーズや課題を明確にしている。課題解決のための目標と、具体的な対応策を検討し、ケース記録に明示し課題解決に向け取り組んでいる。

各サービス実施計画の責任者は各部門で設置し、総合的な計画策定の責任者は副施設長と定められている。契約時、入居前面面接調査票での面談でアセスメントを行い、利用者・家族の意向を把握し、面談者が中心となり各職種が集まり話し合い、初回の施設サービス計画書を作成し、利用者・家族の同意を得ている。事業所所定の書式により、ケアの状況・経過が記載されており、実施状況を確認する仕組みがある。

初回の見直しは3カ月程度を目途に、以降は定期的に6カ月に1回の計画の見直しを行うように定め、見直しの台帳を作成しもれなく見直しを実施する仕組みがある。認定調査票の書式を使用してアセスメントを行い利用者の現状を把握し、関係職種が集まり、ケースカンファレンスを開きモニタリングと検討が行われ、評価・見直しが実施されている。見直された計画は、ケースカンファレンスの記録を全職員が確認することにより周知を図っている。見直し後の介護計画は利用者・家族に説明し、同意を得ている。心身の状

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重・保護

	第三者評価結果
- 1-(1) 利用者の尊重・保護	
- 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
- 1-(1)- 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	Ⓐ・b・c
- 1-(1)- 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
- 1-(1)- 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

映画クラブ・音楽クラブがあり、利用者の意向を確認し参加をしてもらえるように支援している。行事は、利用者に行事についての意向や希望を聴取して計画書を立て実施している。行事後はアンケートは難しいため、口答でヒヤリングを行い、次の行事開催に反映するようにしている。

入居前面面接調査票の中で利用者の趣味や特技を聴取し、入所後も変わりなく継続できるように余暇活動や生きがいづくりを個別の計画として反映させている。入居後聞き取った要望は、レクリエーションを計画する際に反映できるように取り組んでいる。編み物やカラオケなどの趣味や特技などは、少人数でも利用者が活動できるように支援している。「佐用町 保険・医療・福祉・遊び場マップ」を作成し、外出の機会には社会資源を積極的に活用している。

基本的には面会時間は決めているが、状況に合わせて柔軟に対応している。パーティーや花・木でプライベートに配慮した面会スペースも設置し、落ち着いて面会できるように配慮している。ご利用者の希望や状況から施設サービス計画書に外出や外泊を盛り込んだり、家族と話し合う機会に協力依頼し外出・外泊ができるように支援している。

アセスメントを行い、利用者一人ひとりのコミュニケーション能力を把握している。コミュニケーションに問題のある利用者については、利用者個々の状態や状況から課題を捉えて計画に反映させ支援するようにしている。意思伝達に障害がある利用者とは、簡単な表現で問答できるように配慮したり、表情から汲み取るなどして意思確認するようにしている。難聴の方にはボディランゲージや会話カードをコミュニケーション手段としている。必要に応じて家族の方の協力を得て利用者と思意確認を図るようにしている。

- 2 快適な環境づくり

	第三者評価結果
- 2-(1) 居室	
- 2-(1)- 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
- 2-(2) 食事	
- 2-(2)- 快適な食事環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
- 2-(3) 入浴	
- 2-(3)- 快適な入浴環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
- 2-(4) 排泄	
- 2-(4)- 快適な排泄環境の整備に配慮している。	a・Ⓑ・c

- 2-(5) 衣服	
- 2-(5)- 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
- 2-(6) 理容・美容	
- 2-(6)- 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
- 2-(7) 睡眠	
- 2-(7)- 安眠できるように配慮している。	㉠・b・c
- 2-(8) 健康管理	
- 2-(8)- 利用者の健康保持に配慮している。	㉠・b・c
- 2-(9) 服薬管理	
- 2-(9)- 内服薬・外用薬等の扱いを確実にやっている。	㉠・b・c
- 2-(10) 外出	
- 2-(10)- 外出は利用者の希望に応じてやっている。	㉠・b・c
- 2-(11) 通信	
- 2-(11)- 郵便や電話などの通信機会を確保している。	㉠・b・c
- 2-(12) 情報媒体	
- 2-(12)- 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
- 2-(13) 嗜好品	
- 2-(13)- 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

カーテンや障子により利用者のプライバシーに配慮した個別の空間が保持できるようにしている。居室には、個人の箆笥や棚が設置され、衣類や持ち物が利用者の意向に沿って収納・整理できるように整備されている。

個別の記録に食事・水分摂取量を記載し喫食状況を把握すると共に、栄養アセスメント・モニタリング表で嗜好やアレルギーなどを把握し、献立に活かしている。利用者個々の嗜好やアレルギーに配慮した代替え食の提供を行っている。花見弁当や鍋料理など季節に応じたメニューを工夫しており、選択メニューも週に1回取り入れており、利用者が選択しやすいように写真を用い楽しんで選択できるようにしている。毎月第4日曜に誕生会を行うようになり、特別メニューで対応している。食堂の採光にも気をつけ、気の合った方とのテーブルの配置にも配慮して、食事時間を楽しく過せるように支援している。

安全確保、プライバシー保護を含め、入浴に関する基本的なことは標準書に明記されており、標準書を基に利用者一人ひとりに合わせた入浴実施方法が、ケアプランに示されている。発汗や汚染があった場合には、入浴・清拭などその都度保清の対応をしている。各ユニットに家庭浴槽があり、簡単な入浴はユニットバスで行えるようになっている。最低週2回は入浴を実施しており、入浴の時間等の希望があれば利用者と話し合いながら決めている。

ケアプランに基づいて排泄一覧表を作成し、利用者一人ひとりの支援方法や使用するオムツなど、個別具体的な実施方法を明示している。介護力向上委員会に出席した職員が中心となりビューティーデンデン委員会で排泄の自立を支援するように検討を重ね、オムツを使用する利用者が減少し排泄の自立に向けて効果が出ている。排泄委員会で、トイレ環境の点検・改善のための検討が定期的に行われている。排泄時の快適性に配慮して、ウォシュレットや便座除菌クリーナーの設置を行なった。

希望や意向・好みを表明し選択できる利用者については、必要があれば相談に応じ、個性や好みに合わせて更衣ができるように支援している。衣類の購入は家族が中心となり支援してもらおうようになっているが、利用者・家族の状況により個別の外出支援で衣類の購入に職員が同行したり、業者に依頼して衣類を持ってきてもらい選択して購入できるように支援している。起床時、就寝時の更衣は必要に応じて支援し、汚れやほころび等についても適宜対応している。

理容師のグループ・美容師のグループ・個人の理美容室と月3回の訪問の理美容サービスの来訪があり、利用者の希望によりサービスを利用できるように支援している。来所予定を掲示し情報提供をし、利用者からの希望や要望があれば好みの髪型にってもらえるように支援している。外部の理美容院へ行く希望があれば家族に連絡をとり、利用者の希望に沿えるよう努めている。

又眠りマニュアルを作成し、就寝の環境や夜中の不安を細かに明示し夜がしるようになっている。また、夜間巡回作業手順に沿って夜間の巡回を行い、利用者の個別のケース記録に個々の睡眠状況を記載し、睡眠のパターンを把握するようにしている。昨年は夜間巡回作業標準書で巡回を行い、巡回簿に記載していたが、23年12月に標準書を見直し巡回方法の見直しもを行い、個々の状態に合わせた巡回の時間と巡回時の内容の充実を図っている。ベット・寝具は備え付けであるが、寝具の好みや利用までの習慣、利用者の状況などに配慮し、利用者・家族と相談し希望の寝具の持込みが行えるようにしている。夜間の言動で他の利用者の睡眠を妨げる利用者の方には、同室者に影響しないように別の場所で入眠支援を行なっている。

作業標準書の中で、血糖・血圧・脈拍測定などバイタルチェックの方法や、入所時や退院後1週間は毎日バイタルチェックを行なうなどの規定が明示されている健康管理マニュアルが整備されている。処置表には、血圧や体温など要注意の利用者については、測定の頻度、データなどがわかるように明示している。利用者の体調や健康状態の変化は、個人ファイルのケース記録の処置欄にバイタルサインなどを記載している。週1回往診があり、すべての利用者が必ず月1回は診察を受け、希望に応じて、健康相談や健康面での説明を受けることができる体制が整備されている。往診時の内容は、「回診時往診時状況記録」に記載されている。緊急時や体調の変化がある場合には、近隣のかかりつけの病院へ受診を行うようにしている。受診・健康相談を受けた後は、状況に応じて、家族へ電話などで連絡・報告を行うようにしている。健康維持増進のために、健康補助食品の利用や、普段からできる限り食事や移動や離床を促したり、日常生活の中で運動を取り入れるようにしている。リハビリ記録には、利用者個々のプログラムに合わせて実施していることが確認できる。週1回歯科医師の訪問があり口腔内の状態の確認や助言・適切な治療を受けたり、歯科衛生士の状態に合わせた口腔ケアの指導助言を受けた支援が行われている。

標準書により、服薬管理についてのマニュアルが作成されている。薬手帳と薬の説明書で各利用者の内服薬の管理を行っている。薬の効果や副作用などが明記された薬の表を50音順に整理したファイルを作成し、必要時には迅速に職員が確認できるようにしている。配薬ボックスを設置し、週に1回看護師が配薬している。誤薬がないように体制を整備し、服薬確認は二人で行い、服薬状況をチェック表に記録している。誤薬があった場合には、原因と再発防止策を検討し対応している。

外出希望のある利用者に対しては、必要に応じて職員が個別に外出の同行を行っている。外出のボランティアの利用は行っていないが、職員がボランティアで行うこともある。地域のマップを作成し情報収集する他、広報誌の行事案内で情報収集し外出行事を行なうようにもしている。外出前と外出し現地へ到着した時には、外出時の不測の事態について具体的な内容を含め説明を行い外出が安全で楽しめるように支公衆電話を玄関に設置しており、利用者から電話の希望があれば、いつでも利用できるように支援している。その際、職員は電話番号を押した後はその場を離れ、プライバシーに配慮している。手紙も出したい時はいつでも適宜、支援している。受け取った郵便物をご自身で開封できない場合は利用者の前で開封を行い手渡している。

フロアーにはテレビを4台設置し、好みの番組を観ることができるようにしている。新聞も数社分設置し、好きなものを読むようにしている。どちらも複数用意していることから、話し合いで共同利用が行えており、トラブルはない。希望があれば新聞の購読の手続きも行き、購読できるように支援している。テレビやラジオは、持ち込みの希望があれば個別に対応している。

医師や利用者本人と相談し、時間や本数など利用者の納得を得て、決められた場所で喫煙するようにしている。利用者の飲酒に関しては、健康面に留意した適量の飲酒は可能である。どちらも、他の利用者の迷惑にならないことを前提にしている。

～ 達成度

	判断基準		達成率 (%)
	基準数	達成数	
- 1 理念・基本方針	4	4	100.0
- 2 計画の策定	9	8	88.9
- 3 管理者の責任とリーダーシップ	10	9	90.0
- 1 人材の確保・養成	28	25	89.3
- 2 安全管理	9	9	100.0
- 3 地域との交流と連携	23	22	95.7
- 1 利用者本位の福祉サービス	20	19	95.0
- 2 サービスの質の確保	25	24	96.0
- 3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
- 4 サービスの実施計画の策定	10	10	100.0
- 1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
- 2 快適な環境作り	44	43	97.7

～ 達成度

