

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

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	2015年 3 月 1 日 ~ 2015年 9 月 15 日 (実施 (訪問) 調査日 2015年 3 月 13 日) 3 月 14 日)
評価調査者	K-0401004 HF06-1-0010 HF06-1-0011 HF12-1-021

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: 70 名 (利用人数) 60 名 (ショート10名)
所在地: 〒 679 - 5136 兵庫県佐用郡佐用町志文515番地	
電話番号: 790 - 79 - 3145	FAX番号: 790 - 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>

力を入れて取り組んでいる点

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。

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 ()	医師	1 (1)	生活相談員	1 ()
	介護職員	31 (12)	看護師	7 (2)	栄養師	1 ()
	介護支援専門員	1 ()	機能訓練指導員	1 ()	事務員	2 (1)
	宿直等	3 (3)		()	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。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

* 法人の「理念」を基に事業所の「基本方針」「行動指針」を明文化し、職員・利用者・家族・地域での周知と共有に努めている。「行動指針」を基に「サンホームみかづき職員のこころえ」「NSR31日・日めくりカレンダー」等を作成し、利用者を尊重したサービスの実践と理念の実現に取り組んでいる。

* 中長期計画・事業計画に基づいた、運営管理・人事管理が行われている。また、経営コンサルタントの指導の下、人事考課制度を導入し、「キャリアパスフレーム表」で階層イメージごとに必要な知識と技術水準を明らかにし、職員の資質向上に組織的に取り組んでいる。職員一人ひとりの技量等の評価を行い、経験年数・意向を踏まえて研修受講計画・資格取得目標等を明確にし、目標設定シートで管理している。内部研修・外部研修の体制を整備し、職員が積極的に学ぶ機会を確保している。

* 職種・役職別の各種会議・各種委員会等が定期的・組織的に行われ、職員参画の下、安心と安全の確保・サービスの質の向上に取り組む体制が整備されている。QC活動と各種委員会活動を連動させ、組織的にサービスの質の向上に取り組む仕組みがある。

* 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化したマニュアルを整備し、定期的な見直しも行われている。PDCAサイクルに基づいて、モニタリング・評価・再アセスメントを行い、個別具体的なケアプランを作成し、現状に即した個別支援に取り組んでいる。QOL(生活の質)の向上に努め、例えば、食事については、蟹すきや鳥団子なべ等、食事で季節感を感じたり、行事食の提供を行っている。また、フロアでケーキ作りや生ジュースづくり等も行っている。食堂の広いフロアの大きな窓から中庭を見渡しながらゆったりと食事ができる等、環境づくりにも配慮している。

* 各種連絡会への参加、地域でのネットワークづくり、実習生・ボランティアの受け入れ、介護予防教室の開催、介護相談の受付等、地域と連携しながら、事業所の機能を活かした地域貢献に努めている。

◇ 特に改善を求められる点

＜全体的によく取組まれており、「特に改善を求められる点」に該当するものはない。更なる向上を目指す取り組みとして挙げる。＞

* 施設内研修・外部研修受講の体制が整備されており、終了後に「復命書」の提出を義務づけている。復命書から研修内容の評価・分析を行い、次年度の研修計画策定や研修内容見直しに活かしていくことが期待される。

* 「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。ボランティア受け入れのオリエンテーション等の機会に個人情報保護・事故防止・感染症予防等について研修・説明等を行い、研修の実施を記録として残しておくことが望まれる。

* 職員は利用者の訴えに耳を傾ける姿勢を持ち、利用者の意向の把握に努めているが、アンケートの実施・家族会の開催等、定期的に(1年に1回以上)、利用者・家族等の意向を把握する機会を設ける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

これまで業務改善や介護力の向上等に取り組んできたが、いずれもPDCAサイクルに基づいて行うことが大切である、ということ改めて学んだ。また、施設内研修・外部研修については、積極的に取り組み、成果もみられているが、より実りあるものにするためにも、やはりPDCAサイクルであると思った。御家族との連携については、施設から情報発信するとともに、御意見が頂きやすくなるような具体的方法を検討していきたい。

○ 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

法人の「経営理念」に基づいて、サンホームみかづきの「行動指針」「基本方針」を作成し、施設が目指していることを明示している。「行動指針」「基本方針」は、具体的に理解しやすい言葉で表現されている。施設内に大きく掲示すると共に、業務開始時には唱和している。新入職者のオリエンテーション時には、施設長が時間をかけて説明し理解と共有を図っている。現任職員は、会議・研修・委員会等で「行動指針」「基本方針」に立ち戻り、理解を深め実践できるように取り組んでいる。

パンフレットに法人の「理念」を明示し、契約の際に重要事項説明書と共に説明し、利用者・家族に事業所が目指していることを理解してもらえるように努めている。ホームページに「経営理念」「行動指針」「基本方針」を掲載し、広く紹介している。折にふれ、定期的に地域に配布する「サンホーム通信」や「サンホームみかづき在宅新聞」の記事に盛り込み、地域への広報に取り組んでいる。

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

平成24年度に、長期的な視点で検討し、サービス付き高齢者向け住宅の開設を含め、中長期計画を策定した。各種会議で職員つ全員に周知し、26年8月に開設、それに伴い、訪問介護事業所の開設・通所介護事業所定員の増員等を実現した。経過の中で、各年度ごとに進捗を確認しながら、年度の事業計画を策定し、職員参画の下、評価・見直しを行ってきた。

事業計画は年度初めの全体会議で「事業計画発表会」を行い説明している。新入職者にはオリエンテーションで説明し共有している。事業計画は、職種別経営計画として作成し、「重点施策項目」「実行計画」「指標」「目標値」「責任者」「担当者」「スケジュール」を具体的に設定し、理解しやすく取り組みやすいように工夫されている。利用者・家族には、年度初めに「行事実施計画書」を送付し、年度初めのサンホーム通信に事業計画について説明し周知を図っている。職員には定期的に進捗を確認することで、利用者・家族にはサンホーム通信・在宅新聞に施設の取り組みとして随時掲載することで、周知への継続的な取り組みを行っている。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

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>年度初めに、「組織表」を作成して掲示し、全体会議で説明することで、当年度の体制と管理者層の責任・役割を職員に周知している。人事考課制度の中で、管理者層も人事考課表・目標設定シートを作成し、自己評価を行っている。管理者層も上位者から半期ごとに評価を受け、その中で、職員や利用者等からの信頼度についても評価・見直しを行う機会が設けられている。</p> <p>QC活動と委員会活動を連動させ、組織的にサービスの質の向上に取り組んでいる。月に1回定期的に「進捗報告会」を実施し、管理者層・職員参画の下、サービスの現状について評価・見直し・改善に向けた取り組みを行っている。また、営業会議も月に1回定期的に実施し、管理者層でサービスの質についての評価・見直しを行っている。会議の内容は、介護職会議・看護職会議に反映し、そこでも管理者層と職員参画でサービスの向上に向けて取り組んでいる。全体会議・営業会議・課長会議・連絡調整会議等、管理者層が人事・労務・財政面を分析する会議が定期的に実施されている。</p> <p>全体会議には、各事業所から、稼働率の報告・原因の分析・今後の展望を発表し、会議の内容を各事業所の職員にフィードバックしている。営業会議には、各職種から主任が出席し、収支報告・コスト分析・目標設定について検討している。営業会議の内容を各職種会議で職員にフィードバックしている。</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

必要な人材確保については事務部門の経営計画に挙げられている。課長会議などで、職員配置の現状を分析し、県内の指標と比較・検討し、法人本部に報告し、必要な人材確保に取り組んでいる。新卒者採用・中途採用・高校生採用を行い、また、大学や福祉就職フェアで求人を行う等、積極的に人材確保に取り組み、プランに基づいた人事管理に努めている。

経営コンサルタントの指導の下、人事考課制度を導入し、職員の育成・評価・報酬が連動した人事管理に取り組んでいる。人事考課導入に際しては、法人説明会を設け、公平性・透明性が理解され納得を得るように説明を行った。導入後も、フィードバック面接で公平性・透明性・納得性の確保を図っている。健康面・余暇面でも福利厚生充実が図られており、職員の希望については全体会議等で把握し反映させている。

有給休暇の消化率や時間外労働については、担当部署を事務部門、担当者を事務課長と定め、毎月チェックし分析している。分析結果は課長会議で検討され、人員体制等必要に応じた改善策を検討している。人事考課制度に基づき、半期に一度自己評価を行い一次考課・二次考課・フィードバック面接を行っている。定期的な面接の他にも、職員の希望や上位者の気づきに応じて、適切な上位者が適時に面接し相談できるように配慮している。職員の希望に応じて、心療内科医に相談できる体制がある。

「キャリアパスフレーム表」で職員の階層イメージごとに必要な知識と技術水準を明らかにし、モデル年数・職員の段階に応じた研修受講、資格取得が関係づけられている。人事考課時の目標設定シートで、一人ひとりが技量等の評価を行い、経験年数、意向を踏まえて研修受講計画、資格取得目標等を明確にしている。4等級以上の職員では、個別に認知症介護実践者研修受講、ケアマネージャー資格取得等の目標を設定している。目標設定シートと整合する「研修等受講計画表」に沿って、研修が実施されていることが「出張報告書」・「終了書」等から確認できる。外部研修への参加支援は、事業所が必要とするものについては、受講料・交通費は全額、勤務時間については50%従事したものとして支援している。また、案内掲示等により職員自らの希望で受講する時は、事業所の承認があれば受講料・交通費等を支援することがある。組織として、職種別配置基準と現状の過不足を検討しながら、採用に結び付けるとともに、資質向上に向けた人材や人員体制の具体的なプランは、「経営指標」に近い人員配置と加算を加味した人員配置と整合しており、現時点では介護福祉士資格取得等については目標が達成できている。

施設内研修及び外部研修受講に際し、終了後に「復命書」の提出を義務づけており、一人ひとりの復命書のまとめを事務部門が「研修実施記録」として作成している。ミラクルデンデン反省会では一部の研修について課題等の抽出を行い評価を実施しているが、他の施設内研修について、課題の抽出等の評価が行われていることが記録からは確認できなかった。外部研修について、伝達研修が必要かどうかを判断し、必要とされるものについては研修内容を全体会議で報告や発表を行っている。復命書のまとめとして、研修実施記録が作成され、参加者・内容等は記載されているが、復命書の内容から課題抽出等の評価、分析を行い、研修の継続・新たに必要とする研修の採り入れ・研修内容の見直し等、次年度の研修受講計画や研修内容見直しに活かしていくことが期待される。

「実習生受け入れマニュアル」が作成され、受け入れの意義として「地域への貢献と次世代の福祉を担う人材の育成」を謳い、26年度経営計画の介護職の部に、各種実習生の受け入れを明確にしている。マニュアルで受け入れ担当部署を生活相談員とし、責任者は副施設長としている。今年度の実習生受け入れは、インターンシップでの実習等があり、依頼校とはインターンシップに関する協定書を取り交わし、利用者・家族の承諾等使用者の責任を明確にし、利用者の意向を尊重した実習生の受け入れを行っている。「研修受講計画検討表」に、年度ごとの指導者研修受講者と次年度受講予定者が記載されていて、介護福祉士実習指導者講習会等に参加して、実習指導者に対する研修を実施していることが、出張報告書、講習会終了書等で確認できる。

今年度は、介護福祉士、社会福祉士の実習生受け入れはなかったが、介護福祉士は、養成校の小冊子に記載されているプログラムに沿って、また、社会福祉士には事業所で、事前学習・職場実習・実習内容・演習課題等総合的に学べる「相談援助実習プログラム」を策定し、資格別に必要な実習内容を計画的に学べるよう研修プログラムを整備している。インターンシップでの実習については、依頼校の実習生個々に合わせたプログラムに沿って、事業所での実習対応プログラムを作成している。インターンシップ依頼校とは、日常的に実習や求人等について話し合いを行い、実習終了後には実習指導者と反省会を開催している。「インターンシップ実習報告書」で依頼校との連携を図りながら効果的な実習ができるよう取り組んでいる。また、特別支援学校高校生の職業体験実習を受け入れ、教師・家族・本人と、実習前・後に「職業体験実習評価表」を基に話し合い、評価を行っている。

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

<p>委員会活動として、感染・褥瘡予防委員会、身体拘束廃止・事故防止委員会、防災担当を設置している。委員会活動の委員長(責任者)は栄養課係長、最終責任者を施設長が担い、責任を明確にした安全確保のための体制が確立されていることが組織図から確認できる。感染褥瘡予防委員会は、定期的に「進捗報告会」、随時「会合報告会」として、また、身体拘束廃止・事故防止委員会は、定期的に「定期進捗報告会」、随時「会合報告会」として、各部署から職員が委員として参加して開催されていることが会議録から確認できる。急変時対応マニュアルが作成されており、事故発生防止のための指針、基本姿勢、委員会の役割等を掲げ、事故対応手順として、初期対応・家族への説明・事故の記録と報告をフローチャートで明示し、最終責任者を施設長として責任と役割を明確にしている。緊急対応マニュアル(利用者急変・行方不明等)、誤嚥マニュアル等が整備され、26年度においては感染予防3回、事故防止2回の研修を実施し、職員に周知していることが「研修復命書(施設内研修)」で確認できる。揖龍・栗粟・佐用・給食施設協議会に参加し、緊急時の食事提供について相互支援体制を構築している。時には消防立ち合いで消防訓練を実施している。また、協力医療機関のリストを作成し、必要に応じて適正な受療が出来るよう取り組んでいる。</p> <p>「ヒヤリハットカード」及び「事故報告書」で事例の収集を行っている。収集した内容をほのぼのソフトに入力して、職員が閲覧して情報を共有できるよう工夫している。事故発生時に、その都度カンファレンスで防止策を検討していることが「カンファレンス」記録から確認できる。毎月、「事故報告書のまとめ」を作成し、事故防止委員会で事故報告を行い、報告時までの時間別・場所別等の転倒件数を集計グラフ化し、原因分析や防止策を話し合っている。委員会の委員が「事故報告一覧表」等で原因・対策を検討した内容を、介護職・看護職会議等で発表し、事故防止に関する研修を実施している。「福祉QC」で事故防止策の対策前と対策後の変化をグラフ化して再発防止策の効果確認を行っている。</p>

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

営業会議のコンサルタントとの会議で、福祉の今後の動向を含めた情報の提供を受け、具体的な取り組みに向け検討・反映を行っている。営業会議や課長会で動向や課題を提示し、職員で具體的な取り組みに向け検討を行っている。

佐用町が開催するサービス事業所者連絡会への出席で、保険制度の変更や改正の資料提供、地域のサービス提供事業所開設の情報などを受けている。

岡山・姫路方面の福祉サービスへのニーズを広範囲にわたり把握し、データ収集を行っている。把握できたニーズやデータを基に、施設長や各部署の代表者などが地域に出向き、事業所が提供しているサービスの説明等を行い行き営業活動している。また、営業活動で把握できたデータや動向を基に、活動を行う方向性や方法などを営業会議で検討・話し合い、中長期計画・事業計画に反映させ実践に取り組んでいる。把握したデータや動向は特に単年度の事業計画に盛り込んでいる。

居宅や介護サービス事業所連絡会・ケアマネ連絡会等に出向いて情報収集や情報交換などを行い、地域の福祉ニーズを把握するように努めている。居宅を訪問する際には、事業所のサービスを詳しく説明している広報誌等を持って、地域の具体的な福祉ニーズを引き出すことができるように努めている。多くは本館に地域の方の相談の来訪が多く、「サンホームみかづき相談記録」で事業所へ地域の方の相談があれば記録として残している。相談記録の中には代替え可能サービスなどを明確にし、相談の対象となる方がサービスを円滑に利用できるように支援に努めている。また記録用紙の裏面には支援の経過も記載されている。地域サポート型特養として、把握した福祉ニーズに基づいて兵庫県に申請を行い活動を開始している。安否確認・相談援助を大きな柱として実践しており、施設独自で取り入れているサービスとして、地域住民のニーズに基づいて夕食の配食サービスに取り組んでいる。相談援助を行う中で、地域で暮らす高齢者の方を対象として、要介護者から自立の方までの新たなニーズ把握にも努めている。基本理念に基づいて事業展開の方向性として事業・財務計画を立て、事業所の中で同じ重点施策項目で各職種別に実行計画を策定している。把握した地域の福祉ニーズに基づき、施設長が実行計画を単年度の事業計画に明確にし、計画的に実践するようにしている。

法人の理念に沿って、事業所としても「地域社会に貢献することを目的とする」ことを理念に謳い、各部署ごとに具体的方針を掲げている。施設としては重要事項説明書の「運営指針」に明示し、利用者・家族への周知を図っている。また、事業計画に「地域貢献と連携」を掲げ、折に触れ「在宅新聞」「サンホーム通信」等に理念を掲載している。町の広報誌、学校新聞等を玄関のマガジンラックに差し込み、地域の行事や活動の情報を利用者に提供し、町主催の文化祭や近隣小学校の運動会、とんど等に一人ひとり声かけを行い、参加を促しながら参加している。行事に参加する時は、自動車の準備、職員の付き添い等で支援している。在宅新聞、サンホーム通信等の配布に自治会の協力を得ながら、利用者の生活の様子や、地域行事への参加等事業所の取り組みを地域の人へ伝えている。移動パン屋の利用、外食、通院等利用者個々のニーズに沿って社会資源を利用している。

介護予防教室を開催し、今までの参加者等地域住民に案内状を出し参加を呼び掛けている。また、在宅新聞や防災無線を通じて参加を呼び掛けている。生きがいデイサービスの開催にも事業所独自で取り組んでおり、地域住民が参加できる場としてサービス提供を行っている。介護予防教室を通じて、介護相談を行い、在宅新聞で相談受付を行っていることを広報し、受付窓口としての電話番号も記載し、住民が自由に参加できる支援活動に取り組んでいる。

散髪・喫茶・花火等行事時にボランティアの来訪がある。26年度事業計画書や経営計画に、事業所の基本姿勢として「地域貢献の一環としてボランティアの受け入れ」を明確にしボランティアの受け入れを行っている。「ボランティア受け入れマニュアル」を作成し、作業手順等を記載している。また、「ボランティア来所時の衛生マニュアル」が作成され、手洗い等事前説明事項が記載されている。事前の打合せ時にマニュアルに沿って内容を説明している。

オリエンテーション等の機会に個人情報保護・事故防止・感染症予防等について研修・説明等を行い、研修の実施を記録として残しておくことが望まれる。

「佐用町保健・医療・福祉・遊び場マップ」として、利用者が状況や希望に応じて活用できる社会資源の地図や連絡先を見やすく整理し、リスト・パンフレットのファイルなどでいつでも提供できるように作成している。関連医療機関はデータ化して共有が図られている。地域の社会的資源の資料をまとめ、職員が活用できるようにしている。

佐用で事業所連絡会、宍粟のケアマネ連絡会、佐用郡栄養士の連絡会など地域での関係機関の集まりに参加している。事業所連絡会には医療機関からの出席もあり、情報交換・共有を図りネットワーク化が地域でされている。

ケアマネ連絡会の中では医療側との連携方法など、職種別連絡会の中では課題や問題の解決に向けた検討など、話し合いを持ちネットワーク化を図っている。

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。		○a・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・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・○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。		○a・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・○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・b・c

特記事項

経営理念・五訓・基本方針を唱和している。行動指針から「サンホームみかづき職員のこころえ」として利用者を尊重したサービス提供を標準的な実施・実践方法として明文化している。利用者を尊重したサービスの提供を行うための言葉を明示したNSR31日(ノットスピーチロック31)の日めくりカレンダーを作成し、理念・基本方針を唱和する際に、一緒に唱和し実践につなげている。

職員のこころえは入職時の研修の機会に説明を行い浸透を図っている。今年度より施設全体の各部署の代表職員が出席する、接遇・マナー向上委員会を立ち上げて、介護施設接遇チェックリストを作成しアンケート調査を行い、(事務職・相談員の方には電話対応についてもチェックリストを作成している。)アンケート内容の分野別に集計している。今後、アンケート集計結果を分析し、接遇・マナー向上に向けて計画的な取り組みを考えている。

身体拘束防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。身体拘束及び高齢者虐待についての研修の機会に高齢者の尊厳について学ぶ他、プライバシー、倫理及び法令順守に関する研修の中でも高齢者の尊厳やプライバシー・人権尊重について学び全職員で習得し支援に活かすように努めている。

苦情などで具体的な事例があればその都度検討や話し合い、注意喚起を行い全職員で周知徹底に取り組んでいる。周知については勉強会、ポスターの掲示、NSR31で周知している。

経営理念の基本姿勢に利用者の尊重を明文化し、プライバシー保護、個人情報保護・接遇などについてのマニュアルを整備し、排泄・入浴などに関する業務マニュアルの中でも羞恥心への配慮・プライバシー保護について記載している。平成27年2月にもプライバシー、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。援助マニュアル・介助・業務手順マニュアルの中の入浴介助・排泄介助等作業標準書の中にプライバシー保護について具体的に明示して、作業手順書に基づいた支援が行われている。居室はカーテンや障子などで仕切り、利用者一人ひとりのプライバシーを確保している。

利用者アンケートは事業所では行っていないが、利用者・家族への意向調査を定期的の実施する必要性を感じている。職員は利用者の訴えに耳を傾ける姿勢を持ち、利用者の意向の把握に努めている。職員は日々利用者との関わりの中で利用者への思いや、献立の選択メニューについての意向を確認したり、外出先の希望を聴取するようにしている。家族の意向の把握は家族面会時や電話連絡時に聴取するようにしている。看護師より利用者の健康面についての一筆箋の作成や3ヶ月1回の介護からの利用者近況報告を家族に行っている。

特養部門会議の中で、前回の第三者評価時に行った利用者アンケートの結果に基づいて、誕生日会に家族を招待し食事への理解を深める機会としている。また、在宅新聞の裏面を利用して施設からの情報発信を行う取り組みを始めるなど、アンケート結果に基づいた取り組みにつなげている。

アンケートの実施・家族会の開催等、定期的に(1年に1回以上)、利用者・家族等の意向を把握する機会を設ける取り組みが望ましい。

契約時に、重要事項説明書で相談受付窓口は生活相談員であり、常時相談できる体制ができていることを、利用者・家族に説明をしている。また、日常生活全般の相談内容により、職員の役割担当を知らせる文書を自由に手にとれるようにしている。さらに、日常的な関わりの中で利用者が職員に自らの意思を伝えたり意見を述べたり、相談したりしている。苦情処理マニュアルのフローチャートで苦情内容別に対応が的確に行えるようにしている。

玄関横に設置しているソファのスペース、フロアの談話スペース、2階相談室など相談の内容に応じて適切なスペースの利用を支援している。

重要事項説明書に苦情対応窓口、担当者、第三者委員会を明確にして説明すると共に、玄関にも掲示している。苦情対応について利用者・家族に理解できるように努めている。苦情対応マニュアルの中も苦情受付管理者を明示している。苦情受付記録簿の苦情への対応の欄に日時、対応者・対応内容を明示している。現在は、苦情の公表は行っていない。苦情内容・解決結果等の公表について、事業所で検討することが望ましい。「苦情処理対応マニュアル」を作成して、苦情・相談対応の流れをフローチャートで明確にしている。微細なもの、重大なもので、苦情内容別に対応が的確に行えるようにしている。マニュアルの見直しは定期的に行い実情に応じた内容にしている。

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
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

第三者評価の評価項目を用いて2年1回、情報の公表の項目を用いて毎年、自己評価を実施している。福祉サービス第三者評価を定期的に受審し評価結果を特養部門会議で分析・検討を行い、サービスの質向上に向けて取り組んでいる。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、サービスの質の向上に反映させるようにしている。

職員参画の部門会議の中で平成24年度に受けた評価結果を基に振り返りを行い課題を明確にし、検討を行い課題を解決するための実施方法を話し合い、全体会議で課題解決について検討・共有して議事録にまとめている。

評価結果の検討から明確になった課題については、課題の解決策を部門会議で職員参画のもとに、具体的な方策を話し合っていることが議事録から確認できる。

個々のサービスについて、標準的な実施方法を各サービス種別毎にマニュアルを策定し明文化している。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。マニュアルの中には利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。新入職のオリエンテーションでマニュアルを用いて説明を行い、マニュアルの周知を図る他、現場で個別にマニュアルに沿って浸透を図っている。現場職員への周知は介護職会議の機会にマニュアルを検討・共有し、実践に活かされている。作業手順書に沿って実践できているかについては、ケアカンファレンス等で確認している。

定期的な見直しは実施しており、追加・見直しの詳細な内容は職員に伝達していることが通達文で明確にされている。見直しの際の職員・利用者からの意見の反映については、給食会議録で確認した。

PCのシステムを使用して利用者個別の様子や状況はケース記録として残されている。ケース記録は利用者個別の担当職員が毎月月末に計画の課題別に明示したサービス内容に沿って実践状況をまとめとして記載している。記録の責任者は利用者個別の担当職員としており、ケアマネジャーが職員の担当別に記録の内容を確認し指導助言を行い、記録にばらつきが生じないようにしている。最終の記録内容の確認を課長が行っている。

記録の管理責任者を副施設長としている。
記録簿管理・保管・廃棄については記録物毎に期間を書面で明確に定め、基本5年保管を基準として管理している。以前は佐用町の処分場で職員が持参し処分していたが、処分場の移転に伴い現在事業所内で保管しているが、廃棄方法については基準に沿って焼却処分とすることは継続している。
契約書・重要事項説明書の中に情報の開示を行うことを明文化しているが、開示の申し出はこれまでにない。重要事項説明書を規定として用いているが、現在、さらに詳細な「文書規程」を作成中である。
個人情報保護、プライバシー倫理及び法令遵守に関する施設内研修の機会に職員に対して周知を図っている。

介護・看護・相談員・栄養士等職種を全体で連絡・情報共有を図るためにPCのシステムの掲示板を利用して共有を図ったり、カンファレンスノートへの記載や毎日出される処置表に記載し情報共有を図っている。毎日行われている3時のカンファレンスの機会にもパソコンネットワークで全体の利用者の状態・状況の情報共有を図っている。

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。	○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

インターネットのホームページに事業所の様子や状況・活動に関する写真を用いてわかりやすく表示し、誰もが情報を入手しやすいようにしている。ホームページの更新は定期的に行われ最新の情報が掲載されている。昨年パンフレットの更新を行い、理念や方針を明示するほか、事業所のサービスをわかりやすく明示している。地域の歯科医院・医療機関にパンフレットを設置、行政には在宅新聞などの設置を行い入手しやすいように配慮している。見学については適宜、希望があれば応じるようにしている。

施設長又はケアマネジャーが契約書・重要事項説明書の項目に沿って説明を行い、利用者・家族の納得の上で契約に至っている。パンフレットは、「花と動物に囲まれた」穏やかな生活環境がわかる施設風景を取り入る他、施設全体で提供しているサービスの詳細を事業所毎に作成している。「サンホームみかづき利用料金表」は施設全体で提供しているサービス種別全体を明示し、しわかりやすく理解しやすいように工夫している。イラストや表・図を用いて入所の生活への注意事項や協力事項などを明示した書面を契約時に配布し工夫している。

病院や他施設・家庭などへの移行の際は入所情報カードで情報提供し、移行が速やかに円滑に行われるように引き継ぎを行っている。また重要事項説明書にも、円滑な退所のための援助について明文化されている。相談窓口をケースワーカーとしており、家族に説明している。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

入居時は利用前の生活状況を把握するため居宅を訪問し、統一された「入居時事前面接調査票面接シート」で情報収集を行いアセスメントを実施し、パソコンのシステムの中のADLアセスメントの書式を使用して共有を図っている。入所直後の初回計画は随時に見直しを行っているが、定期的には3か月ごとの見直しとしている。

サービス担当者会議で各職種が集まり意見や提案を出し合い、所定のアセスメントシートで課題を明確にし、施設サービス計画書の策定を行っている。個々の課題は施設サービス計画書とケース記録に明示して、職員が利用者一人ひとりの課題やニーズを把握し、課題解決に向け取り組むことができるようにしている。サービス担当者会議は、計画策定、見直し時に開催している。

計画の策定責任者をケアマネジャーとして定めている。計画策定時は、本人・家族の意向を踏まえ、関係職種が集まり話し合い検討が行われている。検討内容はケースカンファレンスの書式にまとめられ、評価・見直しが実施されている。見直された計画の周知は、ケースカンファレンス記録を全職員が確認し、サインをしている。計画の課題やサービス内容に沿って毎月ケース記録にまとめを記載し、毎月計画に沿った実践が行われているか明確にしている。

サービス実施計画の見直しを計画的に行っている。初回の見直しは3ヶ月程度で実施し、以降は6ヶ月程度で見直しを実施している。利用者の状況の変化により緊急に計画の変更が必要な場合には、看護師と話し合いカンファレンスを開催して利用者の状態について確認し、随時見直しを行っている。各種計画一覧で管理・確認し、確実な計画的な見直しの実施ができるように明確にしている。パソコンのシステムの中や個別の記録ファイルの中で、計画を見て確認することができる。計画の変更があった時には、パソコンのシステムの掲示板やカンファレンスノートで全職員に通達し計画の策定・変更が周知されている。

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

行事計画は利用者が見やすい場所に掲示している。音楽クラブは、講師を招いて週1回実施している。生け花・映画・習字などは、利用者に参加の意向を確認して参加するようにしている。映画については、上映する内容について事前に利用者に希望を確認している。

各種クラブ活動後には職員が口答で感想を伺い、参加利用者の反応を観察し、クラブ活動記録に残して次の活動に反映させるようにしている。

利用開始時の情報収集アセスメントシートの暮らしの情報(生活シート)の中で利用者のこれまでの趣味・得意なこと、暮らしの状況を把握し、日々の活動や生きがいづくりに対する意向を把握するようにしている。また、利用者の状況により、直接本人や家族から余暇活動や生きがいについて意向を確認し、希望の活動ができるように施設サービス計画書のサービス内容に明示し支援している。

利用者から自発的なグループ活動の意向の訴えは無いが、職員が普段の会話や支援する中で行いたいことを把握し、活動できるように提案し支援している。また、少人数での活動への支援も行われている。

祭りへの参加は地元の方に協力を得て利用者が参加できるように支援している。文化展に出店し、観覧に行っている。「佐用町保健・医療・福祉・遊び場マップ」で社会資源の情報提供を行っている。

重要事項説明書に面会時間が表示され、面会時間は8時半から夕方5時半を基本にしているが、利用者や家族の状況により柔軟に対応している。家族の理解と協力を得て外出や外泊の機会を持てるように働きかけている。面会は玄関横にパーテーションやソファを置き、花・木でプライバシーに配慮し落ち着いて面会できるスペースを確保している。ご利用者の希望や状況から家族に協力依頼を行い外出や外泊の機会が持てるようにしている。

コミュニケーションに課題のある方には、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している。また、必要に応じて難聴の方では利用者が見やすい大きさの字で表示したカードを作成し円滑なコミュニケーションが取れるように支援したり、ジェスチャーを用いたりと個別のコミュニケーション方法を検討し支援している。意思疎通に制限のある利用者には、表情や行動・答えやすい質問の仕方など工夫し意思の確認や伝達ができるように取り組んでいる。必要に応じて、家族などに協力を依頼し利用者の意思や要望を正確に把握できるように工夫している。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

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している。	a・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

居室内は照明を明るくし、壁紙を変え、床は転倒してもけがをしにくいクッション性のある床材に変更している。間仕切り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、衣類や持ち物が利用者の意向に沿って収納・整理できるようにたんすや棚を整備している。

栄養アセスメント・モニタリングの書式に沿って食事の提供のための必要事項でアレルギー・嗜好を聴取し記載している。3ヶ月に1回栄養スクリーニングを実施しており、低栄養状態のリスク判定で高リスクに分類される場合には、頻回にアセスメント・モニタリングを実施している。メニューの選択は、「選択メニュー聴き取り表」で利用者へ希望を聴取していることが確認できる。選択メニューの選択についても、写真を用いて利用者が選択しやすいように配慮している。アレルギー等で食べられない時には、代替え食の提供を行うこともある。胃ろうや経管栄養の方もあり、濃厚流動食使用だけでなく、可能であれば経口的に摂取もできるように配慮している。蟹すきや鳥団子なべ・鉄パン焼きなど、食事で季節感を感じたり、行事食の提供を行っている。フロアでケーキ作りや生ジュースづくりなどを行っている。食堂の広いフロアの大きな窓からは中庭が見渡せ、ゆったりと食事できるスペースが整備されている。利用者の身体状況に応じて、テーブルや椅子の高さ等を適切な状態に調整している。食事中は、介護職だけでなく、栄養士、看護職も食事中の見守り支援を行い安全確保に努めている。利用者が気の合った人同士でテーブルを囲むことができるように、席やテーブル配置には介護職が配慮している。誕生会には特別メニューで家族を招いて会を開催し、利用者・家族と一緒に食事を楽しむことができるようにもしている。

入浴介助のマニュアルが作成されている。マニュアルにはプライバシーに関して具体的な方法を明示している。マニュアルを基に利用者一人ひとりに合わせ、安全な入浴実施ができるようにしている。スロープエース・車いす専用入浴など、種別に応じた手順書がある。最低週2回は入浴を実施しており、利用者の希望や状況を考慮して入浴頻度を変更し対応している。入浴時間は、希望があれば利用者話し合いながら決めているが、発汗や汚染があればその都度シャワー等で清潔保持ができるように支援している。入浴拒否の方については、プランにあげて対応している。

排泄一覧表で利用者の排泄パターンを把握し、利用者の残存機能を活かしたトイレ誘導・声かけを行っている。利用者の状況に合わせた補助具の使用や介助を行い、自立に向けて助言・支援を行っている。また、利用者一人ひとりの支援方法や使用するオムツなどを明示し、職員が統一して支援できるようにしている。排泄に関しては、マニュアルが作成されている。トイレ清掃手順書の中に、トイレ清掃マニュアル・ポータブルトイレ、尿器清掃マニュアルを基に清掃の都度、設備や用具を点検整備し、衛生や防臭が行えている。トイレ清掃は職員が行い、便座の清潔保持・保温、トイレ内の温度調節など快適性に配慮している。

理美容予定を掲示している。毎月1回、理美容の訪問があり希望に応じて散髪を受けることができるように支援している。利用者からの希望や要望があれば好みの髪型にしてもらえるように支援している。理美容予定を掲示している。毎月1回、理美容の訪問があり希望に応じて散髪を受けることができるように支援している。利用者からの希望や要望があれば好みの髪型にしてもらえるように支援している。

夜間は全体の照明をおとし、必要に応じて枕元の光を使用している。夜間の巡視を行っている。夜間不眠の人には足を温めたり、温かい飲み物を提供したり、個別で購入のおやつを提供するなどの対応している。寝具については、希望があれば持ち込も可能である。不穩により周囲の利用者の睡眠に支障がある場合は、別室への移動や足浴するなどの対応している。不眠者への個別の対応、良眠への支援対応は行っているが、不眠者への対応についてもマニュアルに言及することが望まれる。

利用者の身体状況や疾患により要注意者として明示している。バイタルサインチェックを行い、パソコンのシステムを使用して利用者の状態や個別のバイタルサインチェックの数値を入力し、熱計表に転記され個別のファイルにファイリングされている。オリエンテーションで使用している健康管理に関する資料の中の基準に沿って、処置表に利用者名をあげ、利用者の状態に応じたチェックを行うようにしている。健康状態に不安や問題がある場合は、看護師が身体状況についての相談を受け、必要に応じて医師に相談や指示を受けている。必要があれば、往診時に家族に訪してもらい身体状況や疾患について医師より説明を聞いてもらうほか、電話で連絡を行っている。往診時や随時に、嘱託医に相談し、指示を受け健康保持に努めている。リハビリ個人票により利用者のリハビリを実施している。毎月1回歯科衛生士の訪問・心療内科の往診もあり、必要に応じて相談できる体制が整えられている。看護師・介護職が指導助言を受け、口腔内の衛生状態を確保している。

服薬管理については、「作業標準書」の中に服薬介護作業が明確になっている。利用者毎の薬手帳で利用者一人ひとりの薬の把握を行ない、薬の説明書で効果や副作用など必要な情報を得ている。服薬状況は、チェック表で確認することができる。服薬が確実に行ったことは介助した介護職が口腔内の服用を確認しPCシステムの中の服薬チェックを入力し服薬した袋等で最終確認している。利用者の内服薬・外用薬等の管理体制の整備と具体的取組について、看護師としての服薬管理マニュアルの作成が望まれる。誤薬についても健康管理マニュアルに対応・予防について作成することが望まれる。

特別養護老人ホーム サンホームみかづき

外出のボランティアの利用は行っていないが、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。また、利用者が買物や食事・散歩・受診など外出の希望がある場合には、家族の理解と協力を得て外出支援を受けることができるようにしている。役所に出向いてイベント案内やガイドマップ等の資料を収集しファイルしている。また、広報より地域の情報を収集し、外出できるように支援している。必要に応じて、利用者の衣服の裏に氏名・連絡先を縫い付ける等行い、利用者の安全確保を図ることもある。

個別の外部との連絡については、手紙を書いたり、電話をかけることができるように支援している。ショートステイ利用者の中には、携帯電話の持ち込みをしている利用者もある。公衆電話を玄関に設置し、利用者から希望があれば、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。手紙を自己で開封できない場合は、利用者の前で開封を行い手渡ししている。

施設で新聞を設置しており共有で読んでいる。個別に購入をしている利用者はいないが、希望する利用者には新聞の購読の手続きを支援している。フロアにはテレビを3台設置し、自由に番組が見れることができるように配慮している。テレビやラジオの持ち込みの希望があれば個別に対応している。

喫煙・飲酒については、利用者の意見も聞き、一定のルールを決めている。喫煙については、食事中は禁煙になっているが、決められた場所で喫煙することはできる。飲酒に関しては、晩酌や寝酒が可能で、適量の飲酒は可能である。

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	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	22	95.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	18	90.0
III-2 サービスの質の確保	25	25	100.0
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	43	97.7

I～IV 達成度

