

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

玄関・事務所・職員室に常に見て確認することができる位置に掲示している。朝礼には、全員で理念を唱和し理解をするように取り組んでいる。年1回は理事長よりの講和で理念についての理解を深める取り組みを行っている。理念・基本方針については、家族会で説明を行い理解を深めてもらうように取り組んでいる。市役所のホームページにリンクしているホームページにも掲示して広報されている。

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

法人全体で基本的な項目は同じになっているが、事業所毎に事業計画として年度目標値の設定がされ、理念・運営計画・事業計画の実施状況の評価を行えるようになっている。年度の途中で事業計画について中間評価を行い、年度末に向け事業計画の目標達成に向けた取り組みの再検討を行い実践している。事業計画は各担当部の長が評価を行っている。事業計画は主任クラスの職員には、毎年配布している。10か年計画を法人で策定しており、中期・長期・短期と細目を分け、3年毎に見直し・修正を行い実践につなげている。全職員参画のもと実施状況の把握、見直し・評価を行うことが望まれる。計画の中間・期末評価を各担当部署が自己評価などを行い、より計画の実践のプロセスが明確になる取り組みが望ましい。4月・9月に法人全体で実施される全職員会議でプロジェクターを使用して10ヶ年計画・毎年の事業計画を明示し、計画のポイントを絞ってわかりやすく説明を加えておこない周知している。事業計画の中にある項目の担当者には特に具体的に実践に向けた取り組みを説明し、実現につなげるように取り組んでいる。各担当部署では会議・ミーティングの中でより具体的に実践していることが会議録から確認できる。各計画は家族会でも説明を行っている。継続的な取り組みとしては、年2回の職員会議で説明し周知を図っている。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特別養護老人ホーム和寿園

特記事項

法人の職務分掌でそれぞれの役職の職務・役割が明確にされている。職務を明確にした書面を各部署に設置し職員がいつでも見て確認で出来るようになっている。
 今年度より開始された人事考課で自らの役割と責任について評価を行っている。自己評価・一次評価(直属上司)・二次評価(部署上司)人事考課は導入までに役職者が考課者となるため1年かけて導入に際しての説明・研修が行われ、評価基準を統一させて人事考課制度の評価の透明性を保ち実践につなげるようになっている。部署・等級別に評価の項目が設定されている。管理職レベルには、リーダーシップについての項目が設定されている。運営に必要な委員会活動を行っている。委員会活動の中で計画に掲げられた目標の実践状況について振り返りを行い評価を行っている。事業計画に基づく中間・期末評価も委員会の中で行っている。
 管理職は各会議や委員会に出席し状況を把握し、サービスの質の向上に向けた取り組みに活かすように努めている。業務改善・コスト改善委員会で電気・水道代などのコストを把握し委員会活動を通してコスト削減に向けた取り組みを全職員で行うよう取り組んでいる。施設の稼働率や人件費など会計士と協力しデータでコストバランスを保つように積極的に取り組んでいる。
 月1回の事業所会議の中で事業所の収益やコストなどのデータを見て経営状況や課題を明確にしている。事業所会議で出された課題などは、ミーティングや委員会・グループ会議やショートステイ会議で伝達報告され、情報を共有を図っている。

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

利用者へのサービス提供が円滑に行えるように夜勤者の対応などを考え年度毎の組織図の中に各部署の人員配置の人数を明確に記載している。人員は正職・嘱託・パートにも分けて明確にし、計画的な人員募集や育成に取り組んでいる。人事考課制度の導入で評価の基準を明確にして評価を通して意欲向上を図るよう取り組んでいる。定期的な面談で職員からの意見や提案・相談などを受ける機会も持っている。身体介護や身体的負担を伴う業務を行う職員には腰痛ベルトを支給。会員相互の親睦を図るため親交会を置き、旅行においては施設が半額補助を行っている。面談の機会に福利厚生についても職員からの意見を聴取する機会をもっている。施設物品(テント・ポータブルトイレ・車いす・杖など)の貸出もしている。事務部門で職員の有給休暇の消化率を年度初めに職員に提示し職員と消化率を見るほか、職員からの問い合わせがあれば随時確認している。有給消化率・時間外労働時間を確認し人員増員についても施設長・管理課に意見が出され改善に向けた職員募集を行うようになっている。
 組織表に必要な人員配置人数を明確にしている。
 勤務予定を組む際には、指定公休を1日、有給の取得に関しても希望をできる限り取り入れるようになっている。

特別養護老人ホーム和寿園

定期的な面談(中間・期末)に行い職員は意見や要望・相談を行う機会となっている。
 産業医に相談できる仕組みがあり、適宜管理者に相談できる体制が整備されている。事業所会議の中で開催される安全衛生委員会で実施される年1回自己診断チェックリスト(労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト)を今年度より実施予定である。日本監督士協会の通信教育の受講を役職・職務に応じて講習の受講ができるように支援されている。
 2～4年前には職員個々が学びたい内容の研修を受けることができるように支援していた。
 年度別に研修計画を策定しており、職階別研修、専門知識・技術、業務上必要研修、法人内部署研修など計画的に職員個々が資質の向上に取り組むことができるように明確にし取り組んでいる。パート研修年間予定表に沿って研修を実施し研修後にはアンケートを提出している。新人研修は、新人研修プログラムに基づき実施され実施後にはアンケートが提出されている。外部研修に参加の際には、出張で交通費・参加費の支援を受け受講できる。外部介護研修年2回、介護技術研修は2日間同じ内容で実施し職員が参加しやすいように工夫している。年間研修計画表は各部署に配布され職員は把握し参加するようにしている。計画に基づいた研修の実施後には、実施記録の作成が望ましい。外部研修に参加した後は、復命書が提出されると共に復命研修を実施し全職員で知識の共有を図り、事業所全体で資質の向上に取り組んでいる。復命書で研修の内容の確認を行い、評価・見直しを行い次年度の研修計画に反映している。実習の依頼があればすべて受け入れを行うようにしているが、受け入れに関してのマニュアルの作成には至っていないが、実習生の来訪があれば、施設の概要を説明する資料が作成されており、資料に沿って説明を行っている。
 養成校の実習指導要綱に沿って実習指導を行っている。実習生受け入れは課長が担当となっている。課長が実習指導の研修を受講している。実習生の受け入れに関する基本姿勢を含めたマニュアルの作成が望まれる。実習指導者研修修了者が中心となり、指導が効果的に行える担当者への研修実施が望まれる。養成校の所定の実習プログラムに沿って実習を行っている。実習の際には、実習生の担当職員を決め効率的に実習ができるように配慮されている。現在作成中の事業所としての実習プログラムの作成を期待する。

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

感染予防、事故予防に関しての委員会が設置され、定期的な委員会の開催で利用者の安全確保が図られている。
 事故・緊急時の対応についてはマニュアルがあり、フォローチャートで対応や報告の流れが明確になっている。
 連絡や対応方法の内容をわかりやすいように表記した利用者の安全確保を目的としたマニュアルがあり、支援室にファイルを設置するだけでなく、介護日誌にもファイルいつでも見て確認しやすいようにしている。
 関係機関がわかりやすいように「特養・養護和寿園の災害時の緊急連絡先」として一覧表が作成されており、必要に応じて協力体制を作っている。委員会活動を活かして各マニュアルは現状に即しているか、定期的に見直しを行い、変更に応じて周知していく取り組みが望まれる。事故防止委員会の議事録・事故報告書・ヒヤリハット報告書は全職員が内容を確認し情報共有を図り予防に努めている。
 事故防止委員会で年度末には集計を行い、データで分析を行い事故予防策の検討を行うようにしている。理事会でもデータ報告され、未然防止策の一例として転倒の際に骨折を少しでも予防できるように改修工事でクッションフロアの導入を行っている。
 事業所内での年間研修計画に事故予防についての研修を実施し安全確保、事故防止に役立っている。
 事故防止委員会で集計・データ化された結果をもとに定期的に安全確保策について評価、見直しを実施している。

特別養護老人ホーム和寿園

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

篠山市サービス事業者連絡会の定例会に毎月出席している。
 第6期事業計画の市の説明を受け地域の動向を把握している。市の説明を受け事業者協会でも地域の動向について意見交換などを通して把握し、法人で中長期計画・事業計画に反映させるように取り組んでいる。篠山市サービス事業者連絡会の定例会に毎月出席している。
 第6期事業計画の市の説明を受け地域の動向を把握している。市の説明を受け事業者協会でも地域の動向について意見交換などを通して把握し、法人で中長期計画・事業計画に反映させるように取り組んでいる。
 法人全体で相談を受けるように取り組んでいるが、現在まで相談を受けるケースを少ない。
 緊急ショートを受け入れることや空きができれば近隣に空き情報を提供し活動している。事業計画に社会に対する基本姿勢として明確にしている。
 地域で開催される行事や利用できる社会資源を掲示板に貼り活用できるようにしている。
 園内の行事にボランティアに協力を得ている。園内行事や外出など家族の協力をボランティアとして受け入れている。
 介護者教室の実施、地域への出張介護教室の開催、地域の清掃活動への参加を行い地域とのコミュニケーションを図っている。家庭介護の家族の招待を行い、和寿園内で介護教室を行っている。
 利用者の希望を把握し個別に外出の機会を持つように取り組んでいる。認知症の徘徊についても止めることなく、職員が寄り添い同行するようにしている。個別や少人数での外出の機会を持つ際には、家族の協力も得ながら利用のニーズに応じた社会資源の活用ができるよう取り組んでいる。月1回の行事の機会に外出の機会を持てるようにしている。専門的な技術講習会、出張介護教室や事業所内での介護者教室の実施で地域に事業所の機能を還元するよう取り組んでいる。介護者教室実施は周辺に開催案内を配布して実施している。いつでも介護相談を受けられることは広報しており、相談内容に応じてケアマネジャーや適切な施設内の担当者が随時支援を行うようにしている。ボランティアのリストは作成されているが、ボランティア受け入れマニュアルは作成されていない。
 ボランティア募集の情報を市に提供し、ボランティア受け入れを積極的に広報しているが、日常的なボランティアの来訪がなく、行事の際には来訪が多い。来訪された際には、大まかに活動についての説明を行っているが、研修実施には至っていない。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、個人情報保護など必要な研修を実施することが望まれる。特養・養護の関係機関(得にライフライン関係)リストが作成されている。
 医療機関などリストが作成されており、職員会議で情報の共有を図っている。個々の利用者の状況に応じてリスト内容の検討を行い内容の充実を図ることが望まれる。篠山市のサービス事業者協会の定例会や専門部会(栄養士会・施設サービス部会)がある。老人福祉施設協会の丹波ブロックの集まりがあり参加している。総会や研修会に参加しネットワークで情報交換を行っている。
 感染症の研修などを通して、地域の情報共有を図り、ネットワークで感染拡大防止に取り組むことができるように話し合いをおこなったり、防災に関しても災害時にどのように取り組むか地域で検討を行い共同が図れるよう取り組んでいる。

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(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
Ⅲ-1-1(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(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-1-1(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-1(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-1-1(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
Ⅲ-1-1(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-1-1(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-1-1(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

重要事項説明書の施設が提供する基準介護サービスの内容の項目に実際のサービス提供にかかる方針を明示し契約時に説明できるようにしている。また、契約書の第三章事業者の義務等に個々のサービスに反映する基本的な姿勢を明示している。

身体拘束・虐待防止委員会中心で実施している勉強会や各種会議の中で基本的人権へ配慮した内容を含めている。

各委員会の会議議事録の回覧でも周知を図っている。介護マニュアルで排泄や入浴の介助を行う際の手順の中に利用者個々の尊厳やプライバシー保護に対しての具体的な実践方法を明示している。介護マニュアルは全職員へ一冊ずつ配布で周知を図っている。

新人研修や委員会活動の中で利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。

介護マニュアルは、実践に活かしやすい具体的な内容が明確に記載された手順となっている。個別の施設サービス計画にマニュアルを基に、個別の支援方法を明示するように取り組んでいる。家族会では説明を行い意向を確認、意見聴取を行っている。今年度よりプラン作成時の会議には利用者にも参加してもらい、利用者・家族からの意見聴取を直接行う機会を持っている。意見箱を設置している。

利用者・家族から出された意見や要望は速やかにサービスに反映させるように申し送りで情報共有するように努めている。

個別のカンファレンスの機会に意見や意向を聴取する機会とし、グループ会議などで話し合いを行い個別のプランに反映させるようにし、個別対応を原則として取り組んでいるが、利用者満足度調査を行うに至っていない。家族会等で利用者・家族から出された意見や要望は申し送りで情報共有するように努めているが、調査結果を分析・検討するための仕組みの構築が期待される。施設内に写真入りで全職員の紹介を行っており、写真を見て利用者が選択をして相談を行ってもらっている。相談された内容により適切な窓口や担当者に話をつなげるように取り組んでいる。

契約時より利用者・家族には職員の紹介で相談できることの説明を行っている。

相談の内容や状況により適切なスペースを使用し聴取できるように相談室や共有スペースがある。施設長・相談員・ケアマネジャーを相談窓口として重要事項説明書に明示し、説明を行っている。また第三者委員を設置していることも明示されている。相談窓口、担当者・第三者委員を明示した書面を利用者・家族が見やすい位置に掲示している。

苦情受付書で内容から経過が明確に記載されている。迅速に対応し解決した内容・経過は記録として残されており、申し出た家族に対しては必ず対応状況・報告を行っていることが確認できる。

これまで出された苦情に対しては、速やかに対応し解決しているため、第三者委員まで報告し対応したことはない。また解決事項を含め公開することはしていない。施設長・相談員・ケアマネジャーを相談窓口として出された意見も苦情受付・対応の流れと同様に迅速に対応しているが、マニュアルの作成には至っていない。

意見や提案内容に対し解決した内容・経過は記録として残されており、申し出た家族に対しては必ず対応状況・報告を行い、改善に役立たせている。利用者からの意見や、提案への対応について、意見や提案を受けた後の手順や、具体的な組織内での検討等対応方法、記録の方法さらには利用者への経過と結果のフィードバック、公表の方法など、「対応マニュアル」を作成して迅速な対応体制を整えることがのぞまれる。また、作成したマニュアルの定期的な見直しが望まれる。

特別養護老人ホーム和寿園

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

職員個々の年間の目標についての自己評価は実施しているが、サービス内容については実施するには至っていない。

第三者評価は今年度初めて受審したが、過去県老協の評価を受けている。

県老協の評価結果を元に理念の唱和を実施するようになった。現在のサービス内容を正しく評価するための組織としての体制を整備し、自己評価、第三者評価などの計画的な実施、評価を行った後の結果分析、分析内容についての検討までの仕組みの構築を期待する。副施設長・主任が中心となって職員アンケートをとり、課題の抽出は行なっているが、書面での確認ができなかった。定められた評価基準に基づいた自己評価を実施し、職員の参画により評価結果の分析・課題抽出・職員間で課題の共有化を図ることが望まれる。把握できた課題を委員会・リーダー会で話し合う仕組みはある。自己評価の実施後に、改善策や改善計画を立て、実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行なうことが望まれる。各サービス項目の基準書(特養和寿園各種マニュアル)があり、基準に基づいた手順書(介護マニュアル)が作成されている。

介護マニュアルは新入職研修で説明され、全職員へ配布し周知が図られている。

各サービス項目にはプライバシーについての具体的な配慮方法が文章で明示されている。

副施設長・主任・副主任が各職員へ日々指導・助言・成果について認められたことは、すべて書面で残され、年度末に集計し職員個別の指導や課題解決に向けた取り組みに活かすように努めている。今年度中に介護マニュアルの見直しを実施する予定である。特養和寿園各種マニュアルについても見直しを行っていくことが望ましい。

見直しを行う際には、見直しを行う経過・内容について記録として残すことが望まれる。個別の利用者ファイルがある。

利用者の日々の様子は介護ソフトのケース記録に時系列で入力されており、一か月分をプリントアウトして個人ファイルにファイリングされている。ケース記録には、「生活全般」「バイタル」の内容が記載された書面を確認できる。

施設サービス計画書を施設ケアマネジャーが作成している。作成された施設サービス計画の内容はグループ会議の中で計画の内容について説明が行われ、職員は計画の内容を実践できるように取り組んでいる。

介護ソフトを活用し記録内容にバラつきが生じないようにしている。管理責任者を介護主任として記録内容を確認している。保管は利用者から見えにくい介護員室のカウンターの下の棚に保管管理させている。個人の記録は5年保管され、廃棄には職員が焼却場の焼却口に入れ廃棄するようにしている。保存期限については、一覧表で確認できる。

平成21年4月1日付で「介護・看護記録の閲覧について」として書面で家族に閲覧開示する旨を書面化したものを配布している。

職員会議の中で実施される個人情報保護の勉強会の機会に全職員に周知を図っている。保存期間終了後の廃棄方法についても明示したマニュアルの作成が望ましい。特養介護日誌の特記事項に利用者の当日の状態を記載、申し送り事項には、利用者への支援内容の変更が記載され翌日の朝の申し送りで伝達される。当日に早急に申し送ることがあれば口頭で当日勤務者に伝達するだけでなく、介護員室のホワイトボードに明示し伝達が確実にできるようにしている。ホワイトボードに記載された内容は、介護日誌の申し送り事項の欄に記載され次日に確実に申し送りされる。

特別養護老人ホーム和寿園

家族・栄養士・看護師も参加しケアカンファレンスを実施している。サービス担当者会議録で確認できる。サービス担当者会議の内容は、ケース記録の中にもカンファレンスの項目で記載され、職員は内容を確認することができる。ケース記録は関係職員がパソコンのネットワークシステムを活用して見ることができ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

和寿園のパンフレットでサービス内容を説明し、施設内の写真を掲載して施設内の様子をわかりやすく紹介している。
市役所にパンフレットを設置している。
体験入所は行っていないが見学は随時対応している。施設課長(副施設長)が契約の説明を行っている。
契約書の文字の大きさは12ポイントにしている。ショートステイは、荷物を口頭で説明するのみであったが、利用者家族からの意見を参考に和寿園ショートステイ利用についての別冊子で説明を行いわかりやすいようにしている。特養から他施設に移行される方がなく、対応する用意はあるが、手順・引き継ぎを定めていない。
担当窓口は生活相談員となっている。サービス終了後も利用者や家族等が相談を希望した場合のために、担当者や窓口を設置し、利用者や家族等に伝えておくこともサービスの継続性を確保するため口頭だけでなく、書面等で伝えることが望ましい。

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

システムに入っている包括支援プログラムによりアセスメントを実施している。ケアプランの6ヶ月に1回の定期的な見直しの際には再アセスメントを行うことを定めている。重要事項説明書の契約締結からサービス提供までの流れの中で見直しの流れを利用者家族に説明すると共に明確にしている。ケアプランの中で利用者個々の課題を明確にしてケアプランに反映させている。手順については重要事項説明書に明示している。ケアマネジャーをサービス実施計画書の責任者としている。
サービス担当者会議に関係職員と家族が参加し計画を作成し、作成後家族に説明を行い同意を得ている。
サービス計画通りにサービスが提供されていることは支援記録に記載されている。ケアプラン作成から同意・実施後の見直しまでの一連の流れを手順書として作成することが望ましい。評価は毎月実施されるグループ会議の機会に担当職員が計画の実施状況を確認し、担当職員が中心となりモニタリングを行い会議の席でモニタリング報告をしている。
見直しの必要がある場合、毎月のグループ会議の冒頭でカンファレンス報告を行い変更を職員に伝達し共有を図り、統一して支援するようにしている。
急な変更が必要な場合には、適宜集まり検討を行い変更がスムーズに行えるようにしている。サービス実施計画の評価・見直しに関して、評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法を組織として定め実施することが望ましい。

特別養護老人ホーム和寿園

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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

年間行事(和寿園祭・クリスマス会等)や月1回行われる大きな行事は企画を立て実施するようにしており、利用者が実施当日参加したくない意向があれば無理に参加を勧めないようにしている。アンケート調査はなされていないが、日々の関わりの中で地域の馴染みのイベントや行事への参加の意向を把握し、参加できるように企画し支援している。行事企画・起案は2ヶ月前に行うように規定されている。利用者により編み物が好きな方が集まり少人数で行えるように支援している。認知症の利用者など参加や内容の選択が無理な状態の利用者にも声かけなどの意向確認が望ましい。地域の行事や身近で利用者が参加可能なイベント・行事があれば掲示板にポスターや案内を掲示し、参加希望の意向を把握するように取り組んでいる。でかんしょ祭りへの参加の意向があり、利用者の希望をかなえるべく、安全性を確保し参加支援する等、利用者から意向があれば支援を積極的に行うようにしている。利用者自ら自発的な活動の申し出があれば支援する用意はあるが、現在申し出がなく、日々の職員の関わりの中で利用者が好みそうな活動を行い参加できるように支援している。一例として、利用者の中で編み物が好きな方が集まり、少人数で行えるように支援している。

行事の際には、ボランティアを活用している。大まかに面会時間を説明しているが、必要に応じて事前に連絡があれば夜間でも面会できるように配慮している。面会は1階玄関横の談話室や個室などでプライバシーを確保しながら面会ができるように場所の提供を行っている。

年末年始に利用者の状態と希望を伺い外泊ができるように働きかけを行うようにしている。認知症により他者との関わりが十分に図ることができず、コミュニケーション能力の低下を認める利用者には、職員が働きかけを行いコミュニケーションを積極的に図ることで認知症進行予防を図るケアプランを策定している。個別のコミュニケーション手段やサインについては、アセスメントの中で把握すると共に、日々の関わりの中でも発見に努め、ケアプランに盛り込み統一した支援を行うように努めている。文字盤・筆談を用いてコミュニケーションを図るケースもある。

必要性や要望に応じて、権利擁護事業関係者、認知症専門医、神経内科医、介護相談員などの受け入れを行っている。家族と相談し、家族・知人の支援を受けることもある。

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。	a・Ⓑ・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

特別養護老人ホーム和寿園

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

利用者・家族に対して、利用者の希望する使い慣れた家具や調度品の持参を働きかけ、生活空間の整備に利用者の意向を反映するように取り組んでいる。居室はカーテンで仕切ることによってプライバシーへの配慮をしている。利用者自らが食事に対して意向を表明したり、アンケートに返答することが難しい状況にある。

養護の献立を元に特養の利用者の状況に合わせて献立や調理方法を変更し、利用者が安心して食べる楽しみを持つことができるように工夫している。刻み食やソフト食を取り入れている。刻み食だけではムセるが、ミキサーでは機能を低下させてしまう可能性のある利用者には、刻んだ物をゼリーなどで固め咀嚼・嚥下の状態に応じた食事の提供を行うようにしている。その他、利用者の嚥下・咀嚼に個々に合わせることができるよう施設内厨房でソフト食も調理している。給食日誌を毎日記載しており、調理職員が利用者が食べているところに向いて状況を確認し、利用者の食べる状況や発言される言葉を聞き取り、献立に活かすと共に嗜好の把握を行っている。

好き嫌いがあるが、栄養面でどうしても摂ってもらいたい食事がある時には、盛り付けを工夫したり、提供する順番を介護職員と連携を図り調整するなど、利用者が無理なく必要な栄養を万遍なく摂取できるように働きかけをおこなっている。利用開始時に嗜好については必ず確認を取るようになっている。朝は粥であるが、昼と夕は好物で自分で食べて食べることのできるアンパンを希望される利用者にも対応している。

食事介助の際は、献立を伝えるだけでなく、調理方法や盛り付けについても説明してから口に運び食べてもらうようにしている。音楽を流したり、会話しながら介助するなど、食事が楽しめるように工夫している。水分摂取量も確認している。一般浴と特殊浴と個浴がある。カーテンでプライバシーを確保するようにしている。介護マニュアルの入浴の項目に、具体的なプライバシーへの配慮を含めて、サービス実施方法について明示している。設定された時間以外でも、保清の必要があれば適宜対応している。

基本的には週2回としているが、気分や体調により入浴ができない場合には、他の曜日や時間を変更するようにしている。また、入浴方法も可能な限り個人に合った入浴方法が選択でき支援するようにしている。プライバシーに配慮した排泄介助方法が介護マニュアルに具体的に明記されている。個別に必要な排泄用具や支援方法は一覧表で統一して支援できるようにしている。バルーン・ストマの利用者もショートステイ利用者にはある。

月に1回、利用者の状態に応じて排泄が気持ちよくしてもらえるように褥瘡・排泄委員会で検討を行い支援に活かすようにしている。トイレ壁面にトイレ環境チェック表が掲示され日々、環境を整備するようにチェックされている。

ポータブルトイレの清掃も使用毎に行うようにしている。入浴前日に衣類や更衣の準備を利用者に働きかけ、必要に応じて利用者が好みの衣類を選択できるように支援している。衣類の購入が必要な場合には、利用者の状況に応じて購入ができるように支援している。衣類の汚れに気づいた時は、随時対応している。月2回散髪の日があり、利用希望や髪型については、利用者・家族に意向を確認している。ショートステイの利用者で化粧される方があり、必要に応じて手伝えることもある。整髪については、整容の一部として随時支援している。

特別養護老人ホーム和寿園

理美容の来訪日がわかるようにカレンダーを掲示して情報提供を行ない、来訪時に家族が散髪されることもある。夜間の全体的な明かりは常夜灯で調整している。個人については、希望や状況に応じてベッドの枕灯などで調整している。夜間はボリュームを落としてテレビを見るなど、他の利用者に支障をきたさないように配慮している。

夜間の体位交換は2時間間隔としているが、就寝中の対応に対するマニュアルは作成していない。

冬季の毛布や夏季のタオルケットなどは家族に連絡をとり、好みのものを持参してもらっている。

夜間に同室者に影響を及ぼす方は空き部屋の利用などで対応するようにしている。夜間就寝中の対応に関するマニュアルの策定が求められる。ケース記録に利用者の日々のバイタルチェックが記載されている。入浴前にも必ずバイタルチェックを行う。要観察者は連絡簿でリストが明示されており、5回検温を行い状態が落ち着けば入浴前の確認になる。

看護手順がある。

利用者の状態や経過が特記看護日誌にシステム上で入力され、全職員で情報共有できるようになっており、回診日には、医師に体調不良者の報告を行うようにしている。

嘱託医が主治医となっており、体調や健康状態に問題があれば適宜相談をおこなうようにしている。心療内科・歯科については往診日に相談している。

健康増進のプログラムとしては、明文化はできていないが、「デカポ一体操」「和寿園体操」「元気・長生き健康体操」「口腔体操」など音楽に合わせて体操を行い健康管理を行っている。看護師が機能訓練として関節拘縮予防もやっている。

毎月、歯科衛生士指導の勉強会を実施し、口腔衛生について指導を受けている。看護手順はあるが、高齢者の健康管理に関する詳細なマニュアルを追加作成することが望ましい。週1回薬局より医師の処方薬が届けられ、説明書により薬の内容についての情報を得ている。

看護マニュアルの与薬準備の欄に準備の流れと、ダブルチェックをすることが明確にされている。

外用薬の使用については、医療処置記録に残されている。

ショートステイ利用者のパウチの交換は看護師がおこなっている。確実な服薬が行われていることを記録として残し、明確にすることが望まれる。行事の外出には職員が同行しているが、個人的な外出については、家族の協力を得て外食などを楽しめるように支援している。

地域のイベントや利用できそうな場所については、掲示板に掲示するだけでなく、朝の話で紹介もするようにしている。

一人で外出される方はないが、徘徊で外に出てしまった場合には、すぐに対応・探すことができるように写真を準備している。公衆電話はないが、職員の施設内のPHSを使用して外部に電話をかけることができるように支援している。

手紙やはがきを出したい利用者があれば、必要に応じて活用できるように支援している。新聞・雑誌を個人で購買できる体制はあるが、現在購買する利用者はいない。新聞は共有スペースに設置している。テレビ・ラジオも個人で設置可能である。共用スペースにも2台設置されている。共同利用の方法については、利用者間に職員が入り調整して、個々に新聞を読んだりテレビの視聴をするようにしている。ノンアルコールビールを提供することはあるが、現在飲酒を希望する方はいない。飲酒の希望があれば対応方法を決め支援する必要があると感じている。

以前は喫煙者がいたが、施設敷地内禁煙になった。対象者を想定し、一定のルールを設定し、契約時に説明し同意を得ることが望まれる。