

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	2009年 9 月 3 日 ~ 2010年 6 月 16 日 (実施 (訪問) 調査日 2010年 3 月 20 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401010 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: 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: 〒 675 - 5139 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とう。 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	1 (0)	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

自然豊かな山々に囲まれた、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。施設内は、衛生的でアニマルセラピーを日常的に実践しており、犬やねこのふれあいや利用者本位に考えられた支援を受け家庭的雰囲気の中ゆったりと過ごせるように支援している。施設側から積極的に地域への貢献が行われ、地域で暮らす高齢者や家族への情報提供や支援が行われている。

3 評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

経営層(管理者等)は、毎月行われる営業会議で稼働率や収支などの現状を把握し課題を抽出し業務改善や業務の効率化を図る取り組みを行い、また、毎月定例的に行っている全体会議で業務の改善や業務の効率化について説明を行い自らの役割と責任遂行に積極的に取り組んでいる。更に経営層が抽出し分析した課題を職員が具体的に取り組んでいける体制を整備し、職員と共に効率化・改善に向け取り組んでいる。

地域社会との交流と連携については介護サービス事業者連絡会・居宅介護支援事業所など関係機関と連携をとり、地域の家庭を戸別訪問した際相談を受けるなどして、具体的な福祉ニーズの把握に努め把握した情報やデータを分析し、具体的な事業や活動を営業会議などで検討し、計画的な実施に取り組んでいる。

職員の質の向上に向けた体制を確立しており、新入職オリエンテーションプログラム・新卒・経験者それぞれのプログラムの策定がなされている。各職員の水準を高める為の教育指導計画を立て、専門職として現場で必要な資質を育てるよう取り組み、職員の外部研修の機会確保のための勤務調整への支援を行っている。

利用者の安全を確保及びサービスの質向上の取組については、QC活動の中で法人が定める評価基準に基づいて自己評価を行っている。自己評価は部署ごとに管理者を中心に行い、現状把握・分析を行い、評価結果の検討から明確になった課題については、各部署又は各委員会で、職員参画の下で改善に向けて取り組むとともに、改善の実施状況を継続的に把握し、必要に応じて、改善計画の見直しを行ってサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。

◇ 特に改善を求められる点

事業所として資質向上に向けた基準を整備されているが、職員一人一人が意欲を持ち、水準を高める為に職員個々の意向を確認すると共に、新入職者には、個々の習熟度に応じた指導が必要であることからさらなる、計画・評価の実施・継続が望まれる。

実習生の受け入れの基本姿勢を明確にし連絡窓口・担当者を明らかにし、実習生受け入れのマニュアルの作成が望まれる。

実習指導者が統一して行えるように受け入れから実施、終了までのマニュアルの作成が望まれる。

ボランティア受け入れについてのマニュアルを作成し、研修を行い、職員への周知を行うことが望ましい。ボランティアに対して、注意事項を記載した文書を配布し、研修で徹底することを希望する。

社会資源マップは、業務内容・利用目的を記載し、目的の応じて分類され、随時更新することにより現状に即したものであることが望まれる。また、職員間での情報の共有により、活用されることを希望する。

聴取した意見や要望は、記録として集積し、分析検討し、さらなるサービスの質の向上に向けた取り組みを行っていくことが期待される。満遍なく意向を把握するために、定期的な利用者アンケートの実施も望まれる。

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。

全職員で統一した個別の睡眠に対する支援を行ないサービスの質向上させるために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。

今後記録方法を検討しより注意深い予防に向けた健康管理に活かす取り組みに期待する。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、各サービスの細部にまで踏み込んでご指導頂いたことで、このまま継続していくもの、修正・検討が必要なもの、また早急に手をつけるべきものが明確になり、学ばせて頂いた。その中でも、特にマニュアルは整っていても活用できていない点の指摘については、統一したケアを徹底する為にも、マニュアルを基本としたケアを今後の重要課題として取り組みたいと思った。この取り組みを行うことで、マニュアルの作成と活用していく為の仕組みづくりにつなげていきたいと思う。

- 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 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

理念は、理解し易い言葉で表現している理念を、玄関の見やすい位置に掲示し、職員全員が唱和している。新入職時には、オリエンテーション時に理念について説明するほか、全体会議の場で現場で理念を活かした取り組みを行うために理解度を確認し全職員で話しあう機会を持っている。ホームページにも理念を掲示しており、定期的にホームページの更新を行っている。契約時に重要事項説明書に要約した理念を明示し説明をおこなって家族に周知している。

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。	Ⓐ・b・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

理念を活かして事業計画を立案し、事業計画から各職種が計画実現に向けた具体的な取り組みを計画し実践するようにしている。バランススコアカードにより地域貢献・財務・利用者・業務改善・研修・資格・マニュアルの項目に分けて各部署で作成し現場職員がより具体的に実践に向けて取り組み評価・修正し課題抽出し易いように取り組んでいる。
サンホーム通信を年3回発行し現状を把握してもらえるようにしている。法人全体で毎年事業計画・決算報告の掲載された通信を玄関などに設置し周知するようにしている。新聞の折込や地域広報誌と一緒にサンホームみかづき在宅新聞を家族だけでなく、地域へ向けても配布を行い地域へ向けても周知を図る取り組みを行っている。

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。	a・Ⓑ・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

特記事項

組織図や委員会活動・QC活動組織図を作成し全職員へ開示することで役割や責任が分かるように取り組んでいる。管理者は、個々に与えられた役割を果たす上で、日頃行っている業務を振り返り、役割を果たしていく為、人事考課制度の復活やキャリアアップを行っていくために自己評価への取り組みを現在検討している。年間を通してQC活動を行っておりQCストーリーに基いて課題を抽出し取り組んでいる。以前は委員会活動と別にQC活動を行っていたが、現在は、委員会にもQCサークル活動の流れを取り込み委員会活動を行っている。問題点を挙げテーマを決めそれに基づいて取り組んでいる。以前にCS-QCリーダー養成コースを講師を招いて受講し活動していたが、21年度から事業所で研修を活かして活動している。毎月行われる営業会議で稼働率や収支などの現状を把握し課題を抽出し業務改善や業務の効率化を図る取り組みを行っている。経営層が分析・課題を抽出し職員へ説明を行い具体的に取り組んでいけるような体制を整え職員の参画の基、効率化・改善に向け取り組んでいる。各専門職部門での会議も毎月行い効率化や改善に取り組んでいる。介護部門会議⇒リーダー会議⇒グループ会議と会議も流れがある。

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(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
Ⅱ-1-1(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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-1(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-1(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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

施設長は利用者の状況を踏まえて必要な人材確保のために、各学校(福祉系・一般)に出向いたり、年に何度かある就職フェアに行き人材確保に取り組んでいる。ハローワークや高校にも求人を出し募集をしている。アニマルセラピーを実施しているため動物関係の学校にも求人し採用している。資格取得に向けた勉強会や研修への参加・親睦会・互助会を置き、定期的に親睦を図る取り組みを実施している。経営コンサルタントの助言を受け人事管理を行なっている。職員のヘルパー2級資格取得の為に、一般の参加者を含めて事業所内で養成研修を開催し、資格取得を積極的に支援している。事業所側から外部研修参加のための支援もあり職員の意欲の向上を図っている。現在研修や資格取得にむけての大まかな基準はあるが、22年度キャリアアップも含めた人事管理を構築中である。担当者が職員の勤務状況並びに有給休暇の消化率や時間外労働等一覧表を作成し、定期的なチェックで状況を把握し分析検討を行ない、改善策を講じて対応している。随時、個別面談を実施し、必要に応じて専門家に相談できる取り組みがある。入職時に職員一人ひとりの技術や知識・資格などを入職時研修を通して把握するようにしている。新入職オリエンテーションプログラム・新卒・経験者それぞれのプログラムの策定がなされており、各職員の水準を高める為の教育指導計画を立て、専門職として現場で必要な資質を育てるように取り組んでいる。オリエンテーション終了後の受講記録を提出させている。現任者研修についても、現場での実践状況を確認し各職員の習熟度を把握し、現任者年間計画に添って実施している。職員の外部研修の機会確保のための勤務調整への支援を行っている。内外共、研修に参加した場合、参加者全員から報告レポートの提出がなされている。外部研修受講者は、全体会議で復講・発表を行い、評価・分析をしている。研修で習得した知識を活かして介護職で話し合い実践に生かすだけでなく研修計画の修正に役立っている。

事業計画で毎年実習生の受け入れを基本方針として高校・大学から実習生の受け入れを行っている。事業計画の地域貢献の項目で実習生の受け入れの基本方針をより具体的に明文化している。実習生受け入れの担当について、職種別に決め、現場での指導はリーダーが当たっている。責任者・実習指導者等業務分担を明文化し、各学校に文書で伝えている。現在受け入れを行っている学校とは覚書を交わしている。事故発生時などの対応に関しては、各学校のしおりに記載されている。実習指導について指導内容のばらつきがない様に統一を図っている。学校側からの実習生の学ぶ目的を聞き、目的・職種にあったプログラムを検討し作成し実践している。実習内容について教師と話し合い、実習生の種別に応じた内容について検討し、効果的な実習になるよう学校側との連携を密にしている。

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

緊急対応マニュアルが作成されており、連絡体制や方法など管理体制について明示している。新入職時の研修で消防署で行われる救急蘇生法の研修や現任での研修で周知する取り組みを行っている。マニュアルには、実践に役立つように基準と手順を整備している。職員へ周知を図る取り組みとして手順を基に研修を行い周知している。緊急時に際して保健所から指導を受けることや地域の関係団体の集まりへ出席し地域への協力体制を整えるように取り組んでいる。
 事故報告書とヒヤリハット報告書で事例を収集している。収集した事例を事故防止委員会で集計しCS-QCサークル活動で分析しQCサークル活動記録として予防策を課題としてあげ予防に努めるようにしている。予防策は研修会で分析結果も含めて全職員へ話し予防策実施に向けて取り組んでいる。年度末には、活動内容の発表会を持ち効果の確認を行い次年度に向けての課題抽出に取り入れるようにしている。

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。	Ⓐ・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。	a・b・Ⓒ
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

介護サービス事業者連絡会・研修会への出席、営業会議でのコンサルタントの助言、各種資料、インターネットなどから、社会福祉事業全体の動向や地域の特徴変化についての情報を把握に努めている。また、地域の家庭を戸別訪問し、地域でのニーズや潜在的利用者に関するデータなどを収集している。地域でのニーズや潜在的利用者に関するデータは、見込み利用情報として整理し、継続してアプローチしている。把握した情報やデータは分析し、年次計画・中長期計画を立てる際活用している。

介護サービス事業者連絡会・居宅介護支援事業所など関係機関と連携をとり、地域の家庭を戸別訪問した際相談を受けるなどして、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズに基づいて、生きがいサービス事業で地域交流事業を展開するなど、具体的な事業や活動を、営業会議などで検討し、計画的な実施に取り組んでいる。経営理念や基本方針の中に、地域との関わり方についての基本的な考え方を明示している。掲示板などは利用していないが、利用されそうな利用者に声かけを行い、社会資源や地域の活動などについて情報提供や支援を行っている。利用者が地域行事や活動に参加する際は、職員が同行するとともに、積極的に行事開催の手伝いを行っている。サンホーム通信・在宅新聞の配布、自治会長との連携などを通して、地域から事業所や利用者への理解を得られるように日常的なコミュニケーションに努めている。買い物・通院などについては、各利用者の個別のニーズに基づき、地域資源を活用して対応している。

生きがいサービス事業・介護予防教室などを開催し、佐用町の有線放送やホームページ・在宅新聞など、多様な手段で地域に呼びかけ、参加を促進している。

ボランティア受け入れについて、経営計画に基本姿勢を明示している。ボランティア受け入れ簿を作成し、定期的に活動のあるボランティア団体には、活動予定表を作成している。

社会福祉協議会のサービス一覧を参考にし、地域の社会資源マップを作成している。

2ヶ月に1回の事業者連絡会への参加し、毎月の居宅介護支援事業所への訪問、ケアマネージャー連絡会への出席などを通して、関係機関との連絡や連携を図り、ネットワーク化に取り組んでいる。事業者連絡会で地域で共通の課題を検討・話し合いを行い、協働してマニュアル作成や対策作りに努めている。

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) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

利用者を尊重した基本姿勢を経営理念に明文化し、マニュアル・手順書にも記載することにより個々のサービス方法に反映している。身体拘束・虐待防止などについて、年間計画に挙げ計画的に研修することにより、全職員に利用者・高齢者の尊厳や意思の尊重について周知・徹底を行い、ケアの現場で一人ひとりの尊厳を守っていくように取り組んでいる。

利用者を尊重した基本姿勢を経営理念に明文化し、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。年間計画に基づいて定期的に研修することにより、職員への周知を徹底し、サービス実施に反映できるように取り組んでいる。

利用者の訴えを見逃さない・聞き逃さない姿勢を職員に指導し、利用者の意向の把握に努めている。意向の表明が困難な利用者については、家族から話を聞いたり、意見箱を設置し意向を聞くようにしている。家族来訪時には職員から積極的に声かけを行い、意向を聞きだせるように取り組んでいる。聴取した意向・要望については、迅速に話し合いの機会を持ち対応している。

利用者・家族に配布する書類に相談内容よっての相談担当者を明示している。相談スペースを設け、プライバシーに配慮した相談しやすい環境に配慮している。
 苦情相談窓口担当者を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に苦情解決の仕組みを記載し契約時に説明すると共に、玄関にも掲示している。苦情を受け付けた場合は、苦情受付簿で苦情を整理、会議で検討した後、利用者や家族に説明し報告している。
 苦情対応マニュアルの中で、意見・要望・提案についての対応手順も記載され、迅速な対応に努めている。マニュアルの見直しは定期的に行っている。家族からの提案に基づいて、プライバシー保護のため面会簿を一覧形式から利用者別に変更したり、要望に基づいて部屋異動で対応するなど、サービスの改善に反映させた事例がある。

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

サービス内容について、QC(品質管理)活動の中で法人が定める評価基準に基づいて自己評価を行っている。自己評価は部署ごとに管理者を中心に行い、現状把握・分析を行った後、全体会議で検討しサービスの質の向上に向けて取り組んでいる。
 QC活動の中で、部署ごとに職員参画の下ミーティングなどで自己評価・評価結果の分析を行っている。さらに全体会議でも検討し、会議録にまとめて文書化し、職員間での課題の共有化を図っている。
 評価結果の検討から明確になった課題については、内容に応じて、各部署又は各委員会で、職員参画の下で改善に向けて取り組むとともに、改善の実施状況を継続的に把握し、必要に応じて、改善計画の見直しを行っている。
 個々のサービスについて標準的な実施方法を明記した標準書が整備されており、そ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。利用者個別に収集された情報を、各種標準書に盛り込み、個別ケアの手順を作成している。新入職者オリエンテーションで標準書について説明し、標準的な実施方法を周知している。個別のケアの実施方法については、会議で検討・文書化し、職員間で共有し、統一したケアの実践ができるよう取り組んでいる。課題については介護会議などで検討し、標準的な実施方法に基づいて実施できているか確認している。
 カンファレンスで話し合いを行い、利用者個々のケアについての実施方法については、職員が意見・提案を出し合い、見直しを行っている。見直し・変更の際は、詳細を申し送りノートに記載し職員で回覧し周知を図っている。
 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、ケアプラン・ケア計画・留意点が記載され、プランに基づいたケアが実施されたかを確認しながら記録する形式となっているため、実施状況が記録によって確認でき、記録者による内容のばらつきがない。
 個人情報保護の観点から、各部署の管理者を記録管理の責任者として設置している。文書管理については、保管・廃棄時期などに関して文書化しており、副施設長が保管している。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。個人情報保護の研修の中で記録管理について定期的に研修し、職員の周知を図っている。相談員・看護職・介護職など職種別に連絡ノートを作成し、職種間で必要な情報が迅速に正確に共有できるように整備している。定期的に全体会議や営業会議を行い、部門を横断した情報共有ができるよう取り組んでいる。事業所内のパソコンネットワークを活用し、情報が迅速に共有できるようにしている。

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

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。居宅介護支援事業所や病院などにパンフレットを設置してもらい利用希望者が入手しやすいようにしている。また戸別訪問時にポストインや手渡しを行い利用希望者に手にする機会を多く持っている。在宅新聞やサンホーム通信、ホームページへ相談や見学・体験入所・体験利用を随時受け付けることが明示されており、入所相談記録で見学や問い合わせを受けたことが確認できる。

相談員や副施設長が説明にあたりチェックリストを作成、説明時にチェックすることで説明内容に漏れないようにしている。パンフレットや資料は、字の大きさや、分かりやすい言葉、図、写真などを用いて具体的に理解してもらいやすいように工夫している。

入所者情報カードを作成し病院や他施設などに情報提供が速やかに行われるようにしている。重要事項説明書に円滑な退所のための援助の項目に明文化されている。

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

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初回計画を立案、見直しも変化時の随時と6ヶ月おきの定期的な見直しを実施している。統一した様式を作成しカンファレンスで見直しを行っている。独自のアセスメント書式により利用者に関わる各職種がカンファレンスに出席し、課題やニーズを明確にし、ケアプランやケース記録の冒頭などに明示し職員が利用者一人ひとりの課題やニーズを把握することができ課題解決に向け取り組むことができるようにしている。

初期計画策定時、見直し時には、ケアマネージャーより家族に対して意見や要望の確認を行い、利用者に関わる各部門の職員が出席するカンファレンスを実施し計画策定を行っている。家族の意見や要望聴取は、電話や来所時に確認を行っている。事業所の所定の書式には、ケアの状況・経過が記載されており評価が行われている。

6ヶ月に1回の定期的な見直しを定めている。見直し時期に合わせてカンファレンスの日程を決め、関係する各職種が集まりカンファレンスを実施している。カンファレンスで見直した内容は、個別記録の表紙に内容を明示するほか、カーデックスに見直した内容を明示し職員が変更内容を把握しやすいようにしている。身体状況の変化、要望などに変化がある場合には、緊急にプランを変更する仕組みもある。

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。	Ⓐ・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

行事計画表が提出されるとポスターを作成し、利用者が見やすい位置に掲示し、参加を声かけ呼びかけを行い選択できるようにしている。クラブ活動の後に利用者より意見を聴取し行事やクラブ活動実施の参考にしている。入所時・入所後アセスメントで把握できた利用者の余暇活動や趣味を活かして生きがい作りを行っている。レクリエーション計画立案には、利用者から聴取した意向を反映した内容になるようにしている。利用者の日々のケアを行っている中で把握できた希望を活用できるように支援している。行事へ地域のボランティア活動の受入れを行い、利用者の希望により自由に参加してもらい楽しみとなるようにしている。

重要事項説明書に面会時間が表示され契約時に説明されているが、家族の状況により相談すれば臨機応変に対応している。面会は現在感染防止の為居室やフロアでの面会を制限しているが、玄関横にパーティションや花・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。外出や外泊への協力依頼を行うことで家族関係の修復を実現できている。

コミュニケーションに問題がある方の課題を抽出し計画を立案、計画に沿って取り組んでいる。言語表現のみでなく、利用者の表情や行動・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。必要に応じて利用者とのコミュニケーションが取れる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。

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やっている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(10) 外出		
IV-2-(10)-①	外出は利用者の希望に応じてやっている。	Ⓐ・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

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。

個別の記録に食事・水分摂取量を記載し喫食状況を把握している。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て食事が取れるように支援している。利用者の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いる。

標準書により入浴の基本的なことが統一されており標準書を基に個別の支援方法を記載し、利用者一人ひとりに合わせた入浴実施ができるようにしている。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。自分で意思が表現できる方については、意向に沿った支援が出来るようにしている。

排泄一覧表で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。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・声かけや利用者の状況に合わせた補助具の使用や助言を行っている。また、トイレ清掃マニュアル・ポータブルトイレ清掃マニュアルでは、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。

居室のたんすや棚に整理された衣類から更衣時に希望を聞き更衣を支援している。地元の洋服店に衣類販売に来てもらったり、外出をかねて地域の店に出向き利用者の好みにあった衣類が購入してもらえるようにしている。衣類の選択や購入時には、職員は相談に応じている。

利用者が見やすい位置に理美容の来所予定を掲示し情報提供をしている。理容師・美容師は、月1回来訪しており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。外部の理美容院へ行く希望があれば家族に連絡を行い利用者の希望に沿えるよう支援している。

利用者の睡眠パターンや入眠前の習慣、利用者の状況や希望などを職員に申し送りなどで伝達し統一した支援がおこなえるようにしている。ペット・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。

利用者の身体状況や疾患によりバイタルサインチェックを行い、全身観察シートで健康状態を記録し健康管理を行っている。健康に問題がある場合は、往診時や随時嘱託医に相談し、指示を受け健康保持に努めている。診察記録に嘱託医の診察結果が記載されており、変化時の指示も記載されている。心療内科の往診もあり必要におうじて相談できる体制が整えられている。看護師が身体状況についての相談を聞き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、往診時に家族に来院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。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回歯科衛生士に訪問してもらい看護師・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。

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。お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。

買物や食事・散歩・受診など希望に応じて外出できるように支援している。広報さようにより地域の情報を収集し、希望者を募って外出を出来るように支援している。利用者の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など行き、利用者の安全確保を図ることもある。

玄関に公衆電話が設置しており、テレホンカードを預かっている方は、お渡し利用できるようにしている。郵便物も受払い簿を作成している。

利用者同士の趣味や嗜好に応じて少人数で集まり、見たいテレビを見ている。希望があればラジオなどの持込みも出来るようにしている。

喫煙は決められた場所で喫煙するように決められている。飲酒に関しては、晩酌や寝酒が可能で飲酒が多くならないように配慮している。

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	9	100.0
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	9	90.0
II-1 人材の確保・養成	28	27	96.4
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	17	85.0
III-2 サービスの質の確保	25	23	92.0
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	42	95.5

