

福祉サービス第三者評価結果 (グレード2)

事業所名 美山特養ホーム

発効：平成24年1月24日（平成27年1月23日まで有効）

福祉サービス第三者評価機関
一般社団法人神奈川県介護福祉士会

一般社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

事業所基本事項

フリガナ	シャカイフクシホウジンアベムツミカイ ミヤマトクヨウホーム
事業所名 (正式名称を記載)	社会福祉法人阿部睦会 美山特養ホーム
事業所種別	特別養護老人ホーム
事業所住所 最寄駅	〒238-0111 神奈川県三浦市初声町下宮田1846番地 京浜急行線 三崎口駅下車 バス5分・徒歩10分
事業所電話番号	046-888-3048
事業所FAX番号	046-888-3228
事業所代表者名	役職名 施設長 氏名 阿部ミサ子
法人名及び 法人代表者名	法人名 社会福祉法人阿部睦会 法人代表者氏名 理事長 阿部 絢子
URL	http://www.kanagawa-roushikyo.org/miyama/
e-mail	miyama2@h2dion.ne.jp
問合せ対応時間	10:00~17:00

事業所の概要1

開設年月日	昭和61年5月1日
定員数	80名 (他短期入所14名)
都市計画法上の 用途地域	市街化調整区域
建物構造	鉄筋コンクリート造り 4階建て(A棟)、3階建て(B棟)
面積	敷地面積(5,498.8)㎡ 延床面積(4,544.14)㎡
居室あたりの人数 (入所施設の場合のみ)	個室42室/二人部屋8室/三人部屋2室/四人部屋8室

事業所の概要2 (職員の概要)

総職員数	56名
うち、次の職種に 該当する職員数	施設長 (常勤 1名) 生活相談員 (常勤 1名: 常勤以外 名) 介護支援専門員 (常勤 1名: 常勤以外 名) 介護職員 (常勤 23名: 常勤以外 13名) 看護職員 (常勤 3名: 常勤以外 1名) 管理栄養士 (常勤 1名: 常勤以外 名) 調理員 (常勤 6名: 常勤以外 名) 医師 (常勤 名: 常勤以外 3名) その他 (事務員 3名)

事業所PR 評価に臨んで事業所としてアピールしたいこと	緑豊かな環境の中に設置された美しい施設であること。 利用者と職員の関係が良好で暖かい雰囲気であること。 利用者の御家族の面会が多く、施設に対しても協力的であること。 職員が真面目で礼儀正しく、向上心があること。
--------------------------------	--

一般社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

1. 総合コメント

総合評価（優れている点、独自に取り組んでいる点、改善を要する点）

優れている点・独自に取り組んでいる点：

- 施設の基本理念に、1. 優しい心と微笑み、2. 豊かな感性の錬磨、3. 明朗で規律正しい業務遂行を謳い、また三つの修養として、1. 正しく見極める英知、2. 受け入れることのできる豊かな心、3. 変えることのできる勇気を置き、人材の確保と養成や、働きがいのある誇りのもてる職場づくりを目指している。
- 利用者は、A棟(ユニット型特養)とB棟(一般特養)に分かれて生活している。B棟は20年以上の歴史のある施設であるが、設立当初より2人部屋を多く設置するなど、利用者のプライバシーの確保に努めている。A棟は、短期入所専用ユニットを含め、4つのユニットに分かれている。ユニット棟では、主食作りや副食の盛り付けを各ユニットで行い、利用者個々の状況に応じた温かい食事を提供している。
- 利用者への支援は、サービス計画書に基づいて提供している。サービス計画書は利用者の入所時に作成し、入所後1ヶ月及び半年に1回、定期的に見直しを行っている。利用者の状況に変化があった時には、随時ミニカンファレンスを開催し、サービス計画書の内容を変更している。ユニット棟では、サービス計画書の他に、利用者個々の24時間シートを作成し、個別の援助を行っている。
- 利用者の希望や意向を確認する場として、フロア懇談会や給食会議、みんなの集い、芙蓉会の開催など、複数の機会を設けている。1年に1回、利用者全員を対象にして、「ニーズ調査」を実施し、個々の生活に対する感想や、行事の内容、職員の対応、食事の内容、健康の問題などを確認している。
- 年間の行事で、ミニドライブやお好み食会、初詣など、外出の機会を多く設けている。毎月のグループワーク時に、その月の外出予定行事の参加者を募っている。季節に応じ、車を利用して花の見学や鑑賞、娯楽施設(美術館・水族館)の見学を実施している。
- 利用者が重度化していることから、看取り介護に取り組んでいる。看取りについては、入所時に相談員より家族に詳しく説明を行っている。家族から希望があった場合には、施設での最期を安心して安楽に過ごせるよう取り組んでいる。嘱託医の来診日に合わせ、関係職員が参加して定期的にかンファレンスを開いている。
- 地域の中学校より、毎年、定期的に福祉教育への講師派遣依頼がある。福祉教育は中学校の体育館で実施し、100名以上の参加者があり、福祉施設の様子や介護の仕事の内容を説明している。また、地域の中学校や高校の福祉体験の受け入れを行い、施設の専門機能を発揮した取り組みを行っている。
- 毎月初めに、介護職員全員が具体的な個々の業務目標を立てている。月末には各自が振り返りを行い、達成状況を評価し、次月の目標につなげている。取り組みの内容と達成効果については、各棟の主任が確認し、気になることをアドバイスしている。毎月の業務目標の作成は、2年間継続して行っている。

改善を要する点：

- 介護職員全員を対象にして、職員アンケートを実施している。全職員が無記名で行い、主任、副主任、生活相談員が取りまとめを行っている。職員アンケートの結果から、清掃などの環境整備について、すでに日常業務の振り返り、見直しを行った部分もあるが、アンケート結果全体を今後の業務改善にどのように反映していくか、検討中である。職員アンケートの結果を、提供する福祉サービスの質の向上に活かしていくことを期待する。

評価領域ごとの特記事項		
1	人権への配慮	<p>○本施設では、入所時に利用者本人と家族から希望や意向を確認している。また、介護職員が日々の関わりの中で声かけを多くし、利用者の意向を汲み取っている。コミュニケーションを取ることが困難な利用者は、家族から情報入手し、ジェスチャーや文字カード、笛や鈴などを使用し、コミュニケーションの手段を工夫している。個々の利用者に対して、定期的に面接の機会を設けることなど、引き続きの努力に期待する。</p> <p>○本施設では、利用者の希望や意向を確認する場として、フロア懇談会や給食会議、みんなの集い、芙蓉会の開催など、複数の場を設定している。利用者が重度化しており、参加者が少なくなってきたことから、今後は多くの利用者が参加できるよう工夫を図っていくことや、利用者のニーズ調査の結果を今後のサービスの質の向上につなげていくことを期待する。</p>
2	利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援	<p>○本施設では、入所後1ヶ月及び半年に1回、サービス計画書の定期的な見直しを行っている。利用者の状況に変化があった場合には、随時ミニカンファレンスを開催して、サービス計画書を見直している。また、ユニットケアでは、利用者個々の24時間シートを作成し支援している。今後はサービス計画書の作成の場に、利用者や家族の参加を促していくことを期待する。</p> <p>○本施設では、入所時のアセスメントにより、利用者本人や家族から過去の生活の状況を聴き、施設の生活の中で、本人が得意なこと、できることなど、役割をもって生活できるよう配慮している。利用者が望む暮らし方にあわせた生きがいづくりやエンパワメント支援について、引き続きの努力に期待する。</p>
3	サービスマネジメントシステムの確立	<p>○本施設では、入所時に苦情受付窓口、担当者、責任者を置き、いつでも苦情や要望を受け付けていることを説明している。受け付けた苦情や要望は、「苦情相談記録表」にまとめ、苦情処理委員会で内容の検討をしている。苦情処理委員会には、毎回、第三者委員の参加を求めており、評価できる。</p> <p>○本施設では、各棟に利用者及び家族からの苦情や要望を受け付ける「ふれあいの箱」(投書箱)を設置している。「ふれあいの箱」の活用がほとんどないことから、家族への働きかけやアンケート月間を設けることを検討している。利用者や家族の声を多く聴き取り組みを進めていることは評価できる。</p> <p>○本施設では、転倒、感染症、食事、排泄、誘導など、リスクマネジメントマニュアルを整備している。また、利用者個々の個別リスクを把握し、個別リスク一覧表にまとめ、個々のリスクをサービス計画書に明記している。利用者個々のリスクを把握し、日々の介護に活かしていることは評価できる。</p>
4	地域との交流・連携	<p>○本施設では、地域の中学校より、毎年、定期的に福祉教育への講師派遣依頼がある。福祉教育は中学校の体育館で実施し、100名以上の参加者があり、福祉施設の様子や介護の仕事の内容を説明している。また、地域の中学校や高校の福祉体験の受け入れを行い、施設の専門機能を発揮した取り組みを行っていることは評価できる。</p> <p>○本施設では、在宅介護支援センターを併設し、高齢者緊急通報登録体制整備事業の実施や、地域の方の相談に応じている。地域における福祉サービスの拠点となるよう活動していることは評価できる。</p>

<p>5</p>	<p>運営上の透明性の確保と継続性</p>	<p>○本施設では、毎月初めに、介護職員全員が具体的な個々の業務目標を立てている。月末には各自が振り返りを行い、達成状況を評価し、次月の目標につなげている。取り組みの内容と達成効果については、各棟の主任が確認し、気になることをアドバイスしている。毎月の業務目標の作成は2年間継続して行っており、高く評価できるが、今後は業務目標の作成に限らず、提供する福祉サービス全体の自己評価の実施と、自己評価結果の公表につなげていくことを期待する。</p> <p>○本施設では、介護職員全員を対象にして、職員アンケートを実施している。全職員が無記名で行い、主任、副主任、生活相談員が取りまとめを行っている。職員アンケートの結果から、清掃などの環境整備について、すでに日常業務の振り返り、見直しを行った部分もあるが、アンケート結果全体を今後の業務改善にどのように反映していくか、検討中である。職員アンケートの結果を、提供する福祉サービスの質の向上に活かしていくことを期待する。</p>
<p>6</p>	<p>職員の資質向上促進</p>	<p>○本施設では、事故発生予防の取り組みとして、月1回ロールプレイ研修を継続して実施している。A棟・B棟の介護職員が月ごとに交互に担当して、研修のテーマを決めている。担当職員は主に新人職員をあて、主任、副主任と一緒にテーマや内容を考えることによって、新人職員の資質向上の機会としている。ロールプレイ研修は年間の担当者を計画的に決めており、引き続きの努力に期待する。</p> <p>○本施設では、事業計画の中で、年間の施設外研修及び施設内研修の内容を決め、実施している。施設外研修は復命書を回覧し、内容によっては、施設内研修の中で二次研修を行い、職員全員が内容を共有できるように取り組んでいる。施設内研修は毎月実施し、職員が講師をしたり、外部の講師を招いて実施している。研修担当は限られた職員が担当していることから、今後は研修委員会などを設置し、施設全体で取り組みを展開していくことを期待する。</p>

2. 基本的サービス評価

～ 評価機関が定めた評価項目に添って、調査を行った結果です ～

項目	1-G2-1: 職員への対人支援教育により、コミュニケーション手法の重要性が認識され、常にすべての利用者の意思や希望を傾聴し、理解する姿勢が保持されていますか。	
設問	コミュニケーション困難な利用者や意思表示がされにくい利用者の希望や意向の把握に向けて、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>入所申し込みの際、申込書の中で本人の生活歴や趣味等の項目を設けているので、入所前にその情報を職員が把握している。入所時には、利用者本人と、ご家族の希望や要望を細かくお聞きし、ケアプランに生かして実施できるように配慮している。また、ご家族からの情報を基に、サービス提供をしながら、観察を行って希望や意向を把握していく。利用者には細かく言葉掛けを行いながら、情報の収集に努めている。その他、失語や難聴の利用者に対しては笛や鈴、ホワイトボード、ジェスチャーにて利用者とのコミュニケーションを行っている。</p>	<p>◇利用者の希望や意向の把握について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○入所申込書の中の、利用者本人の生活歴や趣味などの項目を確認している。</p> <p>○利用者が入所の際は、身体確認表・居宅看護サマリーにより状況を把握している。発語が不明瞭であるためコミュニケーションが取りづらいことなどを確認している。</p> <p>○家族からコミュニケーションの取り方を確認し、サービス計画書に反映している。サービス計画書には家族の署名捺印がある。また、介護職員が日常の関わりの中で、声かけを多くしている。利用者の表情や動作などを捉え、利用者がどうしたいのかを声かけして確認している。</p> <p>○失語症の方には、ジェスチャーや文字カードを使用してコミュニケーションを取っている。自分でコップなどの絵を描いた絵カードを使い、お茶がほしい時には絵を示してもらうことにより、対応している。ナースコールを押せない方で、笛が吹ける方には、笛を手元に置いて、用事がある時には吹いてもらっている。</p>
項目	1-G2-2: 利用者の意向や要望をふまえた民主的な施設運営やサービス提供に向け、利用者が意向を申し出やすい環境が整えられていますか。	
設問	利用者が個人あるいは集団(組織)の一員として、自らの意向を表明しやすい環境づくり(利用者調査や利用者懇談会の実施、自治会活動支援など)に向けて、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>1年に1回利用者全員対象に、「ニード調査」を実施。個々の生活に対する感想や、行事・職員・食事・健康等あらゆる場面についての状況把握や希望・要望の調査を行っている。また、1年に2回「みんなの集い」を開催して、直接意見を表明できる場面を設定している。また、グループワークやフロア懇談会などを定期的に開催して、意見や意向を出しやすい環境を整えている。自治会(芙蓉会)は毎月1回開催し、利用者代表が意見を交換している。その他、食事に関して年に4回利用者代表による給食会議と、年に1回利用者全員を対象に嗜好調査アンケートを行っている。</p>	<p>◇利用者の希望や意向の表明に向けた環境づくりについて、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○ニード調査を、年1回実施している。調査は職員の聴き取りで行い、コミュニケーションが困難な利用者には、その方に合った対応をしているが、中には聴き取りが不可能な方もいる。</p> <p>○利用者参加の給食会議は、年4回開催している。併設されている養護老人ホームと特養の利用者16人が参加している。利用者からは、味の好みについて・おやつの希望・味噌汁の回数を増やしてほしいなどの希望が出ている。利用者の希望を献立に反映して、食事を提供している。</p> <p>○懇談会は月1回開催している。職員の側から、行事等を投げかけ外出意欲を引き出している。たとえば、ミニドライブの行事の行き先を伺うなどして、計画を立て実施している。</p> <p>○みんなの集いは年に2回開催している。3月は芙蓉会の決算報告、9月はニード調査の報告を行い、続いて施設相談役のお話し、看護師・管理栄養士の講話の後、利用者の意見や要望をその場で伺っている。</p> <p>○芙蓉会は、月1回開催している。養護老人ホームと特養の利用者合同の会であり、両方の代表者が参加している。自立の養護の利用者に助けられる形ではあるが、特養代表として要望や発言がなされている。</p>

項目	1-G2-3: 苦情解決のシステムにより、利用者・家族から要望や苦情を受け付け、具体的な解決が図られていますか。	
設問	要望や苦情の迅速な解決と再発防止に向けてどのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>入所時に相談員より契約書を用いて苦情に関する説明を詳しく行っている。その中で、窓口は相談員であるが、他の職員にも気兼ねなく苦情、要望等を話して頂けるようお願いしている。年に3回第三者を招き、苦情処理委員会を設けて苦情の報告と解決に取り組んでいる。また、施設玄関へふれあいの箱を設置し、利用者及び家族からの要望や苦情を受け付けている。その他、今後は利用者及び家族へ積極的に要望を聞き取るアンケート月間を設ける事を検討している。</p>	<p>◇苦情解決システムについて、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○入所時には、家族に苦情受付窓口、担当者、責任者を置いていることを話し、いつでも相談員や介護職員を通して受け付けができることを説明している。「契約書」の第19条に苦情の対応を明記し、説明している。</p> <p>○苦情処理委員会では、「苦情相談記録表」の内容について、検討、解決を行っている。苦情処理委員会は、年3回、第三者委員の参加を求めて、話し合いが行われている。</p> <p>○各棟に「ふれあいの箱」が設置されている。家族が活用することがほとんどないため、今後はアンケート月間を設け、利用者や家族の声を聞く取り組みを計画している。</p> <p>○苦情の受付、上司への報告、対応、苦情処理委員会による改善策の検討、職員への周知、家族への報告と、一連の流れで苦情処理が行われている。</p>
項目	2-G2-1: 個別支援計画(施設サービス計画)は、その内容は利用者が理解できる具体的な支援方策であり、策定には利用者の参加と合意がなされ、かつその計画に従い、具体的に実施されるとともに、必要に応じて見直しが行われていますか。	
設問	個別支援計画について、利用者参加のもとでの策定・実施と利用者の状況の変化等に応じた内容の見直しについて、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>個別支援計画は入所時、一ヵ月後、その後は半年に1回ずつ開催して、計画の見直しを行っている。その他、状況が変化した時には、「ミニケアカンファレンス」で決定して周知し実施している。入院して退院した時には、必ずカンファレンスを行い、これからのケアの方針やケア項目を本人及び家族と共に確認して実施している。</p>	<p>◇利用者の希望や意向をふまえ、利用者の理解度や意思能力にあわせた個別支援計画の説明と合意の方法、及び計画の見直しについて、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○サービス計画書は、入所後1ヶ月及び半年に1回、定期的に見直しを行っている。サービス計画書策定時、家族の参加は、特にない。</p> <p>○サービス計画書策定後、状況に変化があった場合は、ミニカンファレンスを開催し、サービス計画書の変更を行っている。カンファレンスは予定表で日時が決まっているが、利用者の状況に変化があった時には、ミニカンファレンスを随時行っている。</p> <p>○退院時には、カンファレンスを行い、ケアの方針やケア項目を確認している。</p> <p>○入所時には利用者や家族の意向を確認し、サービス計画書を策定している。入所後は、日々の介護の中で、介護職員が利用者の要望、意向を聴く機会を多く持つようにし、計画に反映している。</p> <p>○利用者には、それぞれのコミュニケーションの方法で、サービス計画書の内容の説明をしている。</p>

項目	2-G2-2:個別支援計画(施設サービス計画)は、ケアマネジメントの理念に基づき、利用者が主体的に生活するために必要な意欲、知識等を経験的に育む支援が計画され、かつその計画に従い具体的に実施されていますか。	
設問	利用者が望む暮らし方に合わせた生きがいづくり、エンパワメント支援(本人の内なる力の発揮への支援)について、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>在宅での様子を伺いながら、自宅での環境と同じ様に整えたり、若い頃の職業や、生活歴、趣味等を把握して、施設の生活の中で、生かせるように考えている。グループワークやフロア懇談会の中で、利用者の希望や要望の吸い上げを行い、外出行事やレクリエーション等も計画していく。ケアプランの見直しの際の「フェースシート」の中で、個人の「生きがい」や「役割」についても考察している。利用者の自治組織「芙蓉会役員」の選出や、毎月1回開催の「芙蓉会役員会」での利用者の代表としての意見の吸い上げも行っている。その他、防災連絡員や給食会議出席の代表者等も設定している。</p>	<p>◇利用者の生きがいづくり、エンパワメント支援について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。 ○利用者の居室は、使いやすいように配置して、その方が安心できるような環境作りをしている。 ○入所時のアセスメントにより、利用者本人や家族から過去の生活の状況を聴き、サービス計画書に反映している。手芸の好きな方は手芸クラブで作品を作り、野菜作りの得意な方は園芸クラブなど、得意なことを活かして生活を楽しんでいる。今は寒くなってきているので野菜作りは行われていないが、夏にはトマトなどの野菜を育て楽しんでいる。 ○利用者の希望により、ドライブで菖蒲園に行く、三崎まで買い物に行くなど、外出の機会を設けている。 ○施設の生活の中で、得意なこと、できることなど、役割をもってもらい、それぞれのサービス計画書に反映している。食器洗い、ゴミ集めなどを行ってもらっている。</p>
項目	2-G2-3:リスクマネジメントマニュアルが作成され、全職員に徹底されており、個別支援計画(施設サービス計画)に対して確認がなされていますか。	
設問	過去のインシデント・アクシデントの集計データの分析により、利用者が主体的に生活するうえで予見される事故の予防をはかるために、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>リスクマネジメントマニュアルを整備している。また、個人ごとのリスクについても一覧表にして、職員が把握しやすいように工夫している。その上で、個人のケアプランについて折り込み、事故予防を図りつつ、自立支援が行えるように取り組んでいる。ヒヤリハットや事故の報告を必ず行い、その背景・原因の分析・検証を行って、予防を図っている。周知については、部署の朝夕のミーティングや、朝礼の場でも報告を行っている。パターン化されている事例については、その対応策の周知を図り、二度と同じようなヒヤリハットや事故が発生しないように努めている。</p>	<p>◇データ分析による事故の予防の取組について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。 ○リスクマネジメントマニュアルは、転倒、感染症、食事、排泄、誘導など、細かなマニュアルを作成している。 ○個別リスク一覧表により、転倒、誤嚥など、その方の介護上での注意点を介護職員が確認している。利用者個々のリスクは、サービス計画書の中に反映されており、介護上の注意点を明記している。 ○ヒヤリハットと報告書・事故報告書の内容をミーティングで全職員に報告、確認し、事故予防につなげている。 ○過去のデータからの傾向を確認し、今後の介護の上での予防を考えていかなければならないとしている。</p>

項目	3-G2-1:各種マニュアル(生活支援、感染症対策、救命救急など)が確実に実行されるとともに、内容の検証を行っていますか。
設問	マニュアルの確実な実行と必要に応じた内容の見直し、検討について、どのように取り組んでいますか。
事業所 自己評価	評価機関による調査結果
<p>新人教育の際には、介護マニュアルを使用し、利用者対応が統一されるよう指導を行っている。ユニットケアでは、24時間シートを作成している。見直しについては、介護マニュアルは、1年に1回、24時間シートについては、年2回のカンファレンスの際に見直し、更新を実施。</p> <p>感染症対策においては、看護師にて作成を行っており、感染症が発生する時期及び発生時に、マニュアルを元に、看護師から、予防及び対策の指導がされている。見直しについては、最新の情報(保健所、県社協等からの情報)が追加されている。</p> <p>救命救急は、緊急時のマニュアル及び、緊急時の手順、連絡先のマニュアルがあり、すぐに使用できる場所に保管し、緊急時には、使用を行っている。また、夜間の急変者対応として、看護師の待機者を設け、指示を受ける体制をとっており、夜勤者が救急搬送に付き添った際の、代替りの職員が駆けつけられるよう、介護士も待機者を設けている。内容の検証としては、緊急発生時の報告より、検証が必要な場合には、会議を開催し(事故報告書・ヒヤリハット報告書)検証を行っている。</p>	<p>◇マニュアルの確実な実行と内容の見直しについて、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○新人職員については、入職してすぐに「職員倫理規程」や各種マニュアルを用いて研修を実施している。マニュアル類はコピーを渡し、統一したケアが提供できるようにしている。新人職員は、新人教育を経て、実務に就くようにしている。</p> <p>○介護マニュアルや業務マニュアルを各部署に置き、マニュアルに基づいたサービスが提供できるようにしている。</p> <p>○介護マニュアルは、年に1回、11月頃に主任が中心になり見直しを行っている。業務改善委員会で変更点を確認し、マニュアルに追加している。変更内容は、朝礼やミーティングの場でも報告している。A棟のユニットケアでは、利用者個々に24時間シートを作成している。サービス計画書の見直しの時期に変更する他、細かい修正点はその都度、シートに書き込むようにしている。</p> <p>○感染症対策委員会を中心に感染症対策を行っている。インフルエンザやノロウイルスが発生する時期に、看護師を講師にして内部研修を実施している。感染症対策マニュアルは、看護師が最新の情報を加えて訂正し、常に更新している。マニュアルは各部署に置き、いつでも内容を確認できるようにしている。</p> <p>○救命救急については、緊急時のマニュアルに基づき対応している。夜間の急変時に備えて、看護師の待機者を定めるとともに、介護職員についても役割表で待機者を定めて、夜勤者が救急搬送に付き添った場合の対応に備えている。ヒヤリハットや事故が発生した場合には、各部署で対策会議を開き、報告書の作成やその後の対策を検討している。事故報告書は市町村に提出している。</p>

項目	3-G2-2:地域に対し、事業所の専門機能を発揮したサービス提供が行われていますか。	
設問	地域に対する事業所の専門機能の還元や専門機能を活かした支援の展開について、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>地域の中学校から、福祉教育の依頼を受け、職員の講師派遣及び福祉体験の実習の受け入れも行っている。また、地域住民のボランティアの受け入れを行っている。在宅介護支援センターが併設されており、地域の活動を行っている(高齢者緊急通報登録体制整備事業、実態把握)。</p>	<p>◇地域に対する事業所の専門機能の還元や専門機能を活かした支援の展開について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○今年度は実現しなかったが、地域の中学校より、毎年、定期的に福祉教育への講師派遣依頼がある。主任を中心に対応し、福祉施設の様子や介護の仕事の内容を説明している。福祉教育は中学校の体育館で実施し、100名以上の参加者がある。また、地域の高校でも、車椅子の体験学習を行っている。</p> <p>○地域の中学校の福祉体験の受け入れを行っている。5名の中学生が3日間の日程で、体験実習に参加している。また、地域の農業高校の生徒1名が、週1回、1年以上の期間にわたり、施設での実習を行っている。</p> <p>○クラブ活動の指導や、散髪のボランティア、洗濯物たたみなどに、地域の方がボランティアとして活動している。新年会や敬老会などの行事にも多くのボランティアが参加している。ボランティアの受け入れは生活相談員が担当している。</p> <p>○施設内に在宅介護支援センターがあり、高齢者緊急通報登録体制整備事業の実施や、地域の方の相談に応じ、地域における「福祉サービスの拠点」となるよう努めている。</p>
項目	3-G2-3:自己評価結果を公表するとともに、その提供する福祉サービスの課題を分析し、その結果を利用者支援システムとサービス管理システムの改善に反映させていますか。	
設問	事業所全体での自己評価の実施ならびに評価結果をもとにした組織的な課題の把握と改善について、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>・毎月の自己評価シート 毎月、各職員の短期目標の設定と振り返りについて、自己評価シートを使用して実施。月ごとに自己評価を繰り返し、各自設定した技術・知識・仕事に対する意識の向上に努める取り組みをしている。</p> <p>・月1回の各部署の業務改善会議と業務改善委員会(施設全体)の実施 各部署にて業務改善会議を毎月実施し、日常業務を振り返り、業務上の課題・問題点について抽出し、改善策について検討している。部署ごとの業務改善案について、業務改善委員会にて情報共有・全体のサービスの質の向上につなげている。また、業務改善の一環として、職員アンケートを実施し、各部署及び施設全体の業務を振り返ることで、自己評価・自らの部署の評価とその向上性の確認をすることにつなげる取り組みとしている。寄せられた案・意見について、集約し、検討することでサービスの質の向上にもつなげる方針であり、その反映方法については今後対応を講じていく。</p>	<p>◇事業所全体での自己評価、組織的な課題の把握と改善について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○自己評価結果は公表していないが、毎月初めに、介護職員全員が具体的な個々の業務目標を立てている。月末には各自が振り返りを行い、達成状況を評価し、次月の目標につなげることで自己評価を行っている。取り組みの内容と達成効果については、各棟の主任が確認し、気になることなどをアドバイスしている。毎月の業務目標の作成は、2年間、継続して行っている。</p> <p>○各部署で、毎月、業務改善会議を開催し、日常の業務の振り返りを行っている。検討内容は、同じく月1回開催する施設全体の業務改善委員会の場で報告し、全体の取り組みとしている。</p> <p>○7月に介護職員全員を対象にして、職員アンケートを実施した。全職員が無記名で行い、主任、副主任、生活相談員が取りまとめを行っている。職員アンケートの結果から、清掃などの環境整備について、すでに日常業務を見直した部分もあるが、アンケート結果全体を、今後の業務改善にどのように反映していくか、現在、検討中である。</p>

項目	3-G2-4:利用者支援システムとサービス管理システムの実施結果や自己評価の結果に基づいて、サービスの質の向上を目指した実践的な教育訓練を実施していますか。	
設問	自己評価の結果や苦情申出、事故報告などで把握した事業所の現状の課題に対応した職場内での実践的な教育訓練について、どのように取り組んでいますか。	
	事業所 自己評価	評価機関による調査結果
	<p>・事故発生予防の取り組み 月1回のロールプレイ研修の実施。A棟・B棟が月交代にて介護職員が担当する。入居者様の安全確保・事故件数の減少を目的としての取り組みであり、ヒヤリハット・事故など実際に起きた事例及び仮想事例に対する課題抽出と防止策の検証を職員間に行い、ヒヤリハット及び事故の予防意識の向上につなげている。また、発生時(緊急時)の対応についても、適宜検討し、知識・意識の向上に努める機会として設定している。担当職員をはじめとして、自分がどのように考えるのか、全体としての考え・方針の確認・実際に具体的な行動を仮想体験(振り返り)をすることにより①実際の発生時の対応を円滑にできる、②発生後の改善策への意識共有を促す、成果が得られている。また、新人教育の一環としても有効な成果を得ている。</p> <p>・外部・内部研修の実施 (外部研修)外部研修へ積極的参加を実施。職員のスキルアップにつなげ、研修参加職員による研修内容の内部周知を復命書の回覧にて実施。全体及び部署単位における二次研修(内部研修)を積極的に行う方針で取り組んでおり、研修参加職員の得た知識の定着と他職員との共有から、施設全体のスキルアップにつなげる。(内部研修)毎年、事業計画にて年間の研修計画を作成している。計画に基づき内部研修を職員全体を対象として実施している。また、外部からの講師を招くことも含めた研修を実施している(認知症に関する研修、口腔ケア研修、その他)。</p> <p>・苦情処理委員会の開催 苦情処理委員会では、外部より第三者委員の方々を招き、寄せられた苦情・意見及びヒヤリハット事例に対して、意見を頂いている。また、諸問題について施設全体としてとらえ、対応を検討し、分析をすることで、直接的な事柄から想定している懸案にも取り組み、全体的なサービスの質の向上につなげている。</p>	<p>◇サービスの質の向上に向け、職場内での実践的な教育訓練について、訪問調査で複数の事例から確認できた内容は次のとおりでした。</p> <p>○月1回のロールプレイ研修は、継続して実施している。A棟・B棟の介護職員が月ごとに交互に担当して、研修のテーマを決めている。担当職員は、主に新人職員をあて、主任、副主任と一緒にテーマや内容を考えることによって、資質向上の機会としている。ロールプレイ担当者は、年間の担当を事前に決めている。ロールプレイ研修は、事故発生予防の取り組みとして位置づけ、介護職員の意識付けを行っている。</p> <p>○事業計画で、階層別研修の内容をまとめ、職員の経験年数などに配慮して、外部研修の参加者を決定している。研修後は復命書を回覧し、内容によっては、内部研修の中で二次研修を行い、職員全員が内容を共有できるよう取り組んでいる。</p> <p>○事業計画の中で、年間の施設内研修の内容を決めている。施設内研修は毎月実施し、内容は生活相談員が中心になって検討している。内部研修は、職員が講師を担当したり、外部の講師を招いて実施している。外部研修の二次研修も組み込んでいる。救急対応研修や身体拘束の排除に関する研修は、毎月、行うように取り組んでいる。</p> <p>○研修委員会は設置していないが、内部研修は生活相談員が全体をまとめ、外部研修は相談役が参加者を決めている。</p> <p>○苦情処理委員会を、年3回開催している。委員会には3名の第三者委員が参加し、外部の声、助言を得ている。第三者委員には、ヒヤリハット事例などについての意見を求めるほか、「事故報告書」を提出し、助言を求めている。苦情処理委員会への参加が、第三者委員の主な役割となっている。</p>

項目	4-G2-1: 日中活動支援(施設内)に関しての利用者一人ひとりに適したサービス提供への取り組みについて説明してください。	
事業所 自己評価		評価機関による調査結果
<p>①月初めに、グループワークや、フロア懇談会を行い、毎月の生活目標を伝達する。その時に、外出や、行事・レクリエーションの参加の有無を確認して実施している。</p> <p>②個々の利用者に合わせ、利用者のリハビリを兼ねた軽い作業や趣味活動(清拭たたみ、塗り絵、ジグソーパズル、ちぎり絵)等を提供している。</p> <p>③陽気の良い日には、日光浴を兼ねて、車椅子離床し、園庭に植えられている草木の花の観賞や、屋上で、周りの景色を眺め楽しんで頂いている。</p>		<p>◇調査で確認できた事項は次のとおりでした。</p> <p>①毎月初めに、月の目標と行事を利用者に知らせていること、担当の職員が事業計画の各月生活目標から、レクリエーション計画を立てていること、内容は利用者の声を反映できるようにしていることを、「フロア懇談会記録」や「グループワーク記録」、「平成23年度事業計画」で確認した。</p> <p>②個々の利用者の状況に合わせて、軽作業や趣味活動を年間を通して行っていること、園芸クラブはベランダを使い活動していること、手芸クラブでは、養護老人ホームの利用者と一緒に活動していることを、「平成23年度事業計画」で確認した。</p> <p>③天気の良い日は、園庭や屋上に、できるだけ出るようにしていることを、聴き取りで確認した。</p>
項目	4-G2-3: 健康管理、服薬管理に関しての利用者一人ひとりに適したサービス提供への取り組みについて説明してください。	
事業所 自己評価		評価機関による調査結果
<p>①毎朝の利用者全員の検温を実施し早期の体調変化の発見に努めている。</p> <p>②看取りについては、入所時に相談員より詳しく説明を行っている。家族からの希望があった際には嘱託医を中心に看護師、管理栄養士、相談員、介護士が同席して会議を開催し、最期を安心して安楽に過ごせるようケアプランを作成している。</p>		<p>◇調査で確認できた事項は次のとおりでした。</p> <p>①毎朝の利用者全員の検温を介護職員が行い、利用者の体調変化の発見に努めていること、各部署のミーティングには看護師も参加して、利用者の健康状態の把握をしていること、昼夕の服薬介助は看護師が担当していることを、「本日の健康記録簿」で確認した。</p> <p>②看取り介護については、生活相談員から家族に説明を行っていること、嘱託医の来診日に合わせ、関係職員が参加して定期的にカンファレンスを開いていることを、「ターミナルケアの家族に関する医師の意見書」や「看取り介護についての同意書」、「サービス計画書(看取りケアプラン表)」で確認した。</p>

項目	4-G2-4:外出・外泊支援に関しての利用者一人ひとりに適したサービス提供への取り組みについて説明してください。	
事業所 自己評価		評価機関による調査結果
<p>①年間の行事で、ミニドライブや、お好み食会や、初詣に外出の機会を設けて、毎月のグループワーク時にその月の外出予定行事の参加者を募り外出する。季節に応じ、車を利用して花の見学や鑑賞、娯楽施設(美術館・水族館)の見学を実施している。</p> <p>②外泊時は、家族に健康保険証、薬・紙おむつやパット、車椅子等を提供して、その時の健康状態を説明している。</p>		<p>◇調査で確認できた事項は次のとおりでした。</p> <p>①年間行事予定表により、ミニドライブを実施したり、グルメ館に出掛けたり、外出行事を楽しむことができるようにしていること、ミニドライブには家族も一緒に参加していること、その月の外出予定行事を利用者に説明し、参加者を募っていることを、「行事記録」で確認した。</p> <p>②外泊時には、利用者の健康状態を口頭で家族に説明していること、外泊は1泊の場合が多いこと、また、外泊以外に家族とともに日中、出かけることもあることを、聴き取りで確認した。</p>

2-2. 利用者への調査

～ 利用者（家族）アンケート調査を実施した結果です ～

利用者（家族）アンケート調査は、神奈川県社会福祉協議会の「福祉サービス利用者意向調査キット」を用いて実施した。

1. 調査の状況

調査期間	平成23年9月
調査方法	所定の調査票(アンケート)による。
調査対象者の匿名化	調査は無記名で行い、調査結果から回答者について個人が特定化される場合は、神奈川県社会福祉協議会で匿名化をはかった。
アンケート調査票の送付	対象者には事業所を經由して調査票を配付した。
アンケート調査票の回収	記入済みの調査票は対象者から直接、神奈川県社会福祉協議会に郵送された。
回収の状況	調査票配付数 74通 返送通数 41通 回収率 55.4%

2. 調査結果の傾向

●アンケート調査全体の傾向

- アンケートの回答者は、利用者本人が5%であった。本人以外の回答は95%で、そのうち、利用者の子の回答が56%あった。
- 事業所のサービス全体の満足度は、「全体的にとっても満足である」が24%、「全体的に満足である」が32%で、回答者の56%が満足していると回答していた。
- 「全体的に満足しているが、一部改善してほしい点がある」との回答は37%であった。
- サービス利用前後での気持ちの変化の設問では、「安心して生活できるようになった」が76%で最も高い回答となっており、次いで「落ち着きがでてきた」が44%となっている。
- 自由意見では、よい点：46件、改善してほしい点：25件、その他意見：24件の計95件の意見が寄せられた。
- よい点の自由意見では、職員の対応や態度、季節に合った行事を取り入れている点についての意見が多く寄せられていた。
- 改善してほしい点の自由意見では、掃除が行き届いていない、職員の人数を増やしてほしいなどの意見が多くあがっていた。

3. 発展的サービス評価

～ 事業所におけるサービスの質の向上のためのシステムについての評価結果です ～

取り組み

「ふれあいの箱」の活用促進

取り組み期間

23年8月～11月

PDCA	取り組みの概略
「P」 目標と 実践計画	利用者やご家族からの意見・要望を聞く「ふれあいの箱」(投書箱)は、A棟(ユニット型特養)・B棟(一般特養)の玄関に設置している。施設入居時の説明や、エレベータ内のポスター掲示などで周知を図っているが、ほとんど活用されていない。今回、長期目標～「ふれあいの箱」への投書をたくさん頂けること、短期目標～面会に来られたご家族に「ふれあいの箱」の存在を知って頂くこととして、取り組みを開始した。生活相談員と各棟の主任、副主任により「第三者評価に向けての会議」を開き、取り組みの内容を検討した。今回、提供する福祉サービスの質の向上を目的として、「ふれあいの箱」の活用促進をテーマとして取り上げた。
「D」 計画の実践	各棟の職員ミーティング及び全職種が参加する朝礼にて、「ふれあいの箱」の周知の取り組み内容を説明した。10月の後半に2週間の期間を定め、ご家族の面会時に、フロアの介護職員が「ふれあいの箱」についての説明書を手渡し、投書箱の周知を図ることにした。「ふれあいの箱」の存在を確認したことがわかるよう、ご家族には確認の用紙を箱に入れてもらうことにした。取り組みの期間を定め、利用者数の半数以上から回答がもらえるよう具体的な目標数をあげて実践した。
「C」 実践の評価 結果	2週間を経過して、B棟では半数以上のご家族から回答があり、取り組みの成果が見られたが、A棟では数名の回答に終わった。A棟はユニットに分かれ、「ふれあいの箱」も居室から離れた場所に設置されている。事務所の協力を仰ぎ、取り組みを継続することにした。B棟ではすでに周知ができていることから、アンケート用紙を配布して、ご家族の意見・要望を伺った。A棟、B棟で成果について違いが見られたことから、取り組みを再度、繰り返し実践した。取り組みの終了後、ご家族に向け、「アンケート協力のお礼」を掲示した。
「A」 結果をふま えての改定 計画	取り組みを繰り返したが、A棟での周知は思うように進まなかった。「ふれあいの箱」の設置場所や職員の関わり方に工夫・改善が必要なことがわかった。B棟で実施したアンケートでは、ご家族の声を集約できたことから、今後は定期的にアンケート月間を設け、利用者やご家族の意見・要望を聞く機会を作っていくこととした。「ふれあいの箱」の活用促進を、今後も継続した取り組みとし、3ヶ月に1回程度、アンケート月間を設け、今回の反省点を改善し、利用者やご家族の意見・要望を聞く機会を作っていくこととした。最初のアンケート月間は、平成24年3月を予定している。

<第三者評価コメント>

生活相談員と各棟のリーダーが集まり、取り組みの内容を検討している。取り組みの実践から課題が残ったことから、継続したテーマとしている。利用者や家族が気軽にアンケートに記入できるよう工夫し、内容を施設運営に活かすことができるよう、今後の取り組みに期待する。