

第三者評価結果

第三者評価機関名

評価機関認証番号 05-003
社会福祉協議会石川県社会福祉協議会

事業者情報

名称： 社会福祉法人石川県社会福祉事業団 石川県八田ホーム	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 施設長 大畑英茂	定員(利用人数)： 82名
所在地： 金沢市八田町東912番地	

総評

特に評価の高い点

理念が、広報誌、パンフレットなどに明記してある。そして、「処遇の重点方針、重点施策」に法人の使命や目指す方向、考え方が示されている。基本方針は、広報誌、パンフレットなどに明示してあり、また、施設内のあちらこちらに掲示してある。基本方針としてグループケア、ケアプラン、ノーマライゼーションの3点が挙げられており、「処遇の重点方針、重点施策」において職員の行動規範となるように具体的な内容となっている。

災害時などの利用者の安全確保のための取り組みとして、災害時対応マニュアルの整備、備蓄の実施、地域との防災協定などが行われており、また、リスクの把握に努め、職員の研修が実施されており、体制が十分に整備されている。

食事に関して「嚥下評価チェック表八田ホーム方式」を作成し、2週間に1回全員をチェックしている。療養食としては、加算対象とはならない貧血食、減塩食の提供も行っている。入浴に関しては、身体の状態に合わせて、安楽・快適に入浴できるように工夫・努力されている。排泄に関しては、オムツ交換のことを「ラポール（信頼関係）」と呼び、排泄介護を重視する姿勢が明確にされており、またプライバシー保護に努力されている。褥瘡予防に関しては、マニュアルに基づきケアが実践され、平成18年10月現在で、0人という実績である。また、褥瘡予防のために体位交換に工夫と努力がなされているなど、介護サービスを適切に実施している。

改善を求められる点

中長期計画としては、「大規模修繕10ヵ年計画」「固定資産購入10ヵ年計画」「収支5ヵ年計画」が策定され、具体的に数値が示されている。また、中長期に基づく取り組みや見直しは行われている。ただ、現在ある中長期計画は、経営に関するものであり、福祉サービスの内容や職員体制、人材育成に関する中長期計画はない。課題や問題点に関しては施設長と本部で協議し、課題として職員体制が明らかにされているが、この課題を取り上げている中長期計画がない。そのため、18年度の事業計画に「中期・長期事業計画 新たに策定」とあり、現在まだ策定されていない。この策定の実現が望まれる。

必要な人材や人員体制、人事管理に関する基本的な考え方・方針は、「経営の基本方針」や「処遇の重点方針・重点施策」に示されている。ただ、有資格者の配置などは、プランという長期的なものではなく、単年度で現状分析の結果を踏まえて実施されている。ただ、無資格の職員に対しては、情報の提供や研修の参加など支援はしている。そのため、単年度の採用計画だけでなく、中期的なプランの策定が望まれる。

体験入所に関しては、ショートステイでの対応のみであり、介護保険契約者のみへの対応である。介護保険契約者以外の方への配慮及び体制の整備が望まれる。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

従来型多床室の設備においてグループケア、ターミナルケアなどを積極的に行い、より良い介護に努力しています。また、創立20周年を迎えた節目の年に、これまで培ってきたことを再点検する良い機会だと考え、新しく実施されることとなった第三者評価を受審することとしました。

受審にあたっては、各部署ごとに作成されていたマニュアルを見直し、職員研修会議において担当者が説明するとともに、分野ごとに整理しファイル化して各部署に保管することにしました。これらにより、モチベーション、情報を共有することによる介護技術の向上に繋がったと考えています。

受審した結果については、介護サービスに関係する項目は高い評価となりましたが、人事の管理、職員の教育・研修などの課題が具体的に分かってきたので、これらについてもよりいっそう取り組んでいきたいと考えています。

評価細目の第三者評価結果（別添）

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	コ メ ン ト
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている			
	理念が明文化されている	(a). b . c	<p>理念が、広報誌、パンフなどに明記してある。そして、「処遇の重点方針、重点施策」に法人の使命や目指す方向、考え方が示されている。</p> <p>基本方針は、広報誌、パンフなどに明示してあり、また、施設内のあちらこちらに掲示してある。基本方針としてグループケア、ケアプラン、ノーマライゼーションの3点が挙げられており、「処遇の重点方針、重点施策」において職員の行動規範となるように具体的な内容となっている。</p>
	理念に基づく基本方針が明文化されている	(a). b . c	
- 1 - (2) 理念や基本方針が周知されている			
	理念や基本方針が職員に周知されている	(a). b . c	<p>理念や基本方針に関する研修は実施されており、全体会議での研修記録で確認できる。理念や基本方針の周知の方法として、研修レポート用紙や会議記録用紙の裏に理念や基本方針を印刷している。また、会議記録等は職員へ回覧し捺印させることにより、周知の徹底と周知の状況を図っている。ただ、周知状況の把握については、例えば意識調査などを利用し、具体的な周知状況を把握することが望まれる。</p> <p>パンフレットは、大きな字で見やすくなっている。また、家族会での資料としては「家族会だより」があり、家族全員に配布され、写真がたくさん使われており、見やすくなっている。利用者で配布を希望する方には、部屋まで行って本人に直接説明するという配慮がなされている。周知の状況の確認としては、利用者アンケートを実施することとしている。</p>
	理念や基本方針が利用者等に周知されている	(a). b . c	

評価細目の第三者評価結果

- 2 計画の策定

		第三者評価	コメント
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
	中・長期計画が策定されている	① . b . c	中長期計画としては、「大規模修繕10ヵ年計画」「固定資産購入10ヵ年計画」「収支5ヵ年計画」が策定され、具体的に数値が示されている。また、中長期に基づく取り組みや見直しは行われている。ただ、現在ある中長期計画は、経営に関するものであり、福祉サービスの内容や職員体制や人材育成に関する中長期計画はない。課題や問題点に関しては施設長と本部で協議し、課題として職員体制が明らかにされているが、この課題を取り上げている中長期計画がない。そのため、18年度の事業計画に「中期・長期事業計画 新たに策定」とあり、現在まだ策定されていない。この策定の実現が望まれる。
	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	① . b . c	事業計画は運営の指針となるように作成されている。また事業計画は毎年度作成されており、これと合わせて「処遇の重点方針・重点施策」も毎年改訂されている。ただ、福祉サービスの内容に関する中長期計画がないため、中長期計画の内容を反映して事業内容が具体的に示されているものは一部である。また、18年度事業計画は、八田ホームに関しては、具体的な数値目標は示されていない。そのため、18年度事業計画で予定した「中期・長期事業計画」を策定し、この計画に基づき、数値目標等を設定した各年度の事業計画策定が望まれる。
- 2 - (2) 計画が適切に策定されている			
	計画の策定が組織的に行われている	a ① . c	事業計画の実施状況の把握・評価は、「経営概況報告書」で四半期ごとに実施されている。また、各委員会連絡会あり、4月に事業計画をテーマとして開催されている。ただ、実施状況の「把握、評価、見直し」の一連の過程が、確認できる材料がない。委員会に関して「平成18年度・処遇委員会・専門委員会」として文書化されているが、各委員会の活動内容は文章化されているが、各委員会の委員長が集まる処遇委員会や専門委員会についての役割が示されていない。そのため、処遇委員会や専門委員会が重要な役割を果たしているため、その機能と役割を文書化もしくは図式化にすることで、事業計画の策定が組織的に行われていることを明確にすることが望まれる。
	計画が職員や利用者に周知されている	a ① . c	職員に対しては、各計画を職員研修会議において重点方針・施策とともに説明している。家族に対しては、家族会総会などで、介護保険制度を通して、ポイントをまとめて分かりやすく工夫し、説明している。また、各計画の周知状況を把握する方法としては、アンケートを利用している。ただ、職員への周知状況を確認する方法がない。そのため、例えば、職員自己申告書や意識調査などを活用して周知状況を確認するなど、継続的な取り組みを行っていくことが望まれる。

評価細目の第三者評価結果

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
- 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている			
	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	① b . c	管理者の役割と責任は、事務分担表や指揮系統図、職員研修会議、広報誌により明らかにされている。また、職員研修会議や毎日の朝礼時のスピーチに関する担当職員の感想文を読むことで、役割と責任についてその妥当性の検証を行っている。そして、信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直すための方法としては、利用者に関してはアンケート調査、職員に関しては毎日のスピーチの感想文を活用している。
	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a ② c	管理者は、施設長を対象とする研修に参加している。また、新しい法制度や周知が必要な法令については、職員研修会議で周知するよう取り組んでいる。ただ、法令等のファイル化は介護保険と事務関係のみである。全ての職員がインターネットを自由に使うことができるということであるが、職員に対して必要な法令を示した文書はない。そのため、社会福祉従事者として必要な法令名(福祉・権利擁護関係・労働関係・消費者関連法・防災・環境への配慮など)の一覧表の作成とその職員への周知の努力が望まれる。
- 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	① a . b . c	福祉サービスの質の現状については、利用者アンケートや各委員会連絡会の結果などから評価・分析を行っている。職員の意見を取り込む具体的な方法としては、職員自己申告書に関する面談や昇給時の面談が行われている。また、管理者自ら積極的に各会議に参加するとともに、委員会組織を構築し、職員の意見を取り込めるよう努力している。把握された課題については、介護長制度を導入し、マニュアル作成の整備を始め、そしてアンケートで「玄関が寒い」という意見に対して、補修工事を実施している。
	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	① a . b . c	「5ヵ年収支見直し」を見直すことにより、分析が行われている。職員からの要望への対応として、駐車場の街灯を明るくしたり、職員用の救急箱を設置したりしている。組織内の意識形成のための取り組みとしては、意識調査が実施されている。そして、具体的な体制の構築として、施設長自ら委員会活動に積極的に参加し、経営や業務の効率化や改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。

評価細目の第三者評価結果

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

		第三者評価	コメント
- 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	(a). b . c		社会福祉事業全体の動向については、関係協議会への加入や福祉新聞などで把握している。地域の特徴・変化や潜在的利用者については、金沢市「長寿安心プラン2006」や金沢市の住民台帳をもとに「経営環境について」をまとめ、数値で把握している。把握されたデータは、事業計画「5 経営改善対策」として、18年度事業計画に反映されている。
経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	(a). b . c		3ヶ月に1回「経営概況報告書」が作成されていることから、分析は実施されている。改善に向けた取り組みは、18年事業計画の「1 法人経営基盤の強化」「5 経営改善対策」として明記され反映されている。経営状況については、18年6月22日の職員全体会議で職員への周知が行われている。
外部監査が実施されている	(a). b . c		決算書を作成等について、年2回公認会計士の監査指導を受けている。

- 2 人材の確保・養成

		第三者評価	コメント
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている			
必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a . b (c)		必要な人材や人員体制、人事管理に関する基本的な考え方・方針は「経営の基本方針」や「処遇の重点方針・重点施策」に示されている。ただ、有資格者の配置などは、プランという長期的なものではなく、単年度で現状分析の結果を踏まえて実施されている。ただ、無資格の職員に対しては情報の提供や研修の参加など支援はしている。そのため、単年度の採用計画だけでなく、中期的なプランの策定が望まれる。
人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a . (b). c		人事考課は、「適正な人事配置を敷くため」に実施している。自己申告書の記載内容は、考課の項目と同じものが多く、施設長が各職員と面談することで、考課のフィードバックに代えている。そのため、実施された人事考課の各職員へのフィードバックの実施が望まれる。

評価細目の第三者評価結果

- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている		<p>有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、定期的集計されている。本部により職員の意向調査が実施されており、平成17年11月に結果が出ている。結果については、局長が職員全体会議で説明を行っているが、改善策について職員間で検討する場の設定はない。また、事業計画には「職員に待遇・労働条件の見直し」という項目はあるが、職員の意向を把握した改善策とは言い難い。職員の意向調査の結果が事業計画のどこに反映しているのか確認できない。職員が相談しやすいような工夫としては、介護長が随時ではあるが相談室を利用し職員の相談にのったり、施設長は昇給通知時に各職員の面談を実施するなどし、努力している。また、産業医との連携がうまく取れており、産業医が職員の悩み事にも対応する体制となっている。そのため、意向調査結果について職員間で話し合う機会の設置や結果の事業計画への反映が望まれる。</p>
<p>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が構築されている</p>	a (b) . c	
<p>福利厚生事業に積極的に取り組んでいる</p>	(a) . b . c	<p>金沢市勤労者福祉サービスセンターへ加入している。</p>
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている		
<p>職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている</p>	a (b) . c	<p>職員の専門性を高めるために、職員自らが企画する「職員自主研修」が実施されており、組織が職員に求める基本姿勢や意識が示されている。ただ、無資格の正職員に資格取得を指導するなどの努力はされているが、組織が職員に求める専門技術や専門資格が明示された文書はない。そのため、中長期計画などに組織が職員へ求める専門技術や専門資格について明示していくことが望まれる。</p>
<p>個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている</p>	a (b) . c	<p>研修計画は、毎年度策定されている。新任職員へは新任職員研修が実施され、新任以外については月1回職員研修会議が実施されており、記録も確認できる。外部研修に関しては、年度当初に実施が分っているものに関しては計画に入れ、それ以外に随時入ってくる研修に関しては、その研修に合った職員を参加させる方針で実施している。ただ、職員一人ひとりの研修計画は策定されておらず、また、職員名簿により各職員が有している資格については把握できるが、各職員の技術水準を把握していることがわかる材料はない。そのため、例えば、職員個々に自分の研修計画を作成させるなどして、職員個々の研修計画の策定や職員の技術水準・知識について組織として把握する取り組み及び把握していることがわかる文書の作成が望まれる。</p>
<p>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</p>	(a) . b . c	<p>職員研修会議は、月1回、全職員対象に行っている。外部研修参加の場合は、復命書を作成している。職員研修会議後には、レポートを提出させ、レポートを書かせることが職員の評価・分析につながり、そのレポートを施設長が読むことで、研修全体の評価・分析としている。また、レポートの内容については、次ぎの研修に反映させたり、提案や課題については各部署連絡会で検討し、次回の職員研修会議で回答している。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 2 - (4) 実習生の受け入れが適切に行われている		
実習生の受け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	<p>実習生の受け入れは積極的に行われており、マニュアルもあり、基本姿勢も明文化されている。また実習指導者の研修として、1大学の指導者会議に出席している。名称は指導者会議であるが、大学の先生がグループに一人ずつ付き、グループワークが行われており、研修と判断できる。ただ、公立学校や公的機関とは契約書や覚書を交わしているが、大学や専門学校との契約書や覚書は交わされていない。そのため、全ての学校・機関と様式を揃えて契約書や覚書を交わすことが望まれる。また、ボランティアについては、ホワイトボードを使い利用者への案内を実施しているが、実習生については、その対応がされていない。また、利用者への事前説明をより効果的にするために、例えば、ボランティアと同じようにホワイトボードで利用者に案内するなどの配慮が望まれる。</p>
実習生の育成について積極的な取り組みを行っている	(a). b . c	<p>実習前にオリエンテーションを実施している。実習生が希望する実習内容を確認している。また、実習生は毎日朝礼に参加し、一日の目標を具体的に実習担当者へ伝えるなどの配慮を行い、プログラムを用意している。実習期間中は、巡回指導教員等に随時進行状況等を報告している。また、中間カンファレンス、最終日にはふりかえりの時間を設け、教員、介護長、主任介護職員、生活相談員が参加し、実習の総括及び評価を行っている。また、学校側の実習内容(実習指導要綱等)と整合性を図りながら介護長・介護主任が実習指導を行うなどの配慮がなされている。職種に応じたプログラムについては、介護分野に関しては用意されている。社会福祉士については、実習生と指導者とで一緒に作成する。ただ、社会福祉士においても、施設独自の事前のプログラムを用意することが望まれる。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 3 安全管理

		第三者評価	コメント
- 3 - (1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
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が整備されている	(a). b . c		緊急時の対応については、「施設基本マニュアル」が作成されており、その作成は施設長が中心となってリーダーシップを発揮している。安全確保に関する担当部署は「事故対策委員会」であり、施設長が委員長となって、今年度3回委員会が実施されている。マニュアルには、事故、災害、停電、離棟などリスクの種別的に管理体制が整備されている。損害賠償に関しては損害保険に加入している。定期的見直しについては、マニュアル自体で年1回見直すことを明記し、今年度は第三者評価受審に当たり、見直されている。医療に関するマニュアルも整備され、緊急連絡体制についてもマニュアルに記載されている。緊急時の責任者についても、マニュアルや事務分担表に明記してある。
災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	(a). b . c		防火及び出火時の対応として「八田ホーム等消防計画」を基に「防火及び出火時の対応マニュアル」を作成し、自衛消防団を設置し、定期的に訓練を実施している。また、災害時の対応として「災害時(地震・大雨等)の対応マニュアル」に基き連絡方法、入居者の安全確保、備蓄品の確保・点検を定めている。また、地震想定訓練を平成18年11月2日に実施。総括も行い課題もまとめている。そして、備蓄については、嚥下機能低下の利用者が多数を占めることから安全に配慮し、主食のご飯の半分はお粥へ変更する計画を進めている。また、H18.9火災訓練に八田町会長の参加を得て実施した。地域との連携として八田町町会との間で「防災協定」を締結し、相互協力を図るほか、施設長は、湖南地区自主防災組織の常任理事として参画している。
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	(a). b . c		定期的な見直しは、事故対策委員会や専門委員会連絡会で実施されている。また、ヒヤリハットの発生件数の多い「与薬に関するもの」について、薬に付ける名札を大きくしたところ、H18.4月から9月は発生しなかった。ヒヤリハット報告はその日の内に申し送り時に検討、周知するよう努めている。そして、施設改修工事で安全面からハード面の見直しとして、厨房の下処理室の設置や厨房器具をIH化する予定である。 感染や食中毒の予防に関しては対策委員会設置している。看護師が委員長となり予防や早期発見、対処方法などを職員研修会議で説明している。8月24日に研修会を実施している。感染症に関するヒヤリハット事例としては、食事の配膳に関するヒヤリハットが出されており、検討もされていることが確認できた。

評価細目の第三者評価結果

- 4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている			
利用者地域とのかかわりを大切にしている	(a). b . c	<p>地域との基本的な関わり方は、「処遇の重点方針・施策」や「地域交流の方針」で明らかにされている。地域の保育所や小学校等の交流会を開催し、握手や肩たたき、ゲームを通してのふれあいを重視した交流などが行われている。また、利用者に対して施設行事をホワイトボードに掲載、家族会だよりを配布、居室担当者が個別に予定表を作成するなどして、ボランティアや地域の訪問者をお知らせするなどの配慮もなされている。そして、盆踊り大会や創立記念行事は、町会長をはじめ協力機関へ案内状を直接持参し、地域住民へは町会回覧板等により参加を呼びかけている。また、入居者の重度化により外出可能な人は限られてきているが、定期的に食事ドライブやティードライブ、ショッピングなどの外出支援や個別の要望に対しても、職員が付き添うなどして個々の利用者のニーズに応じた対応も取られている。</p>	
事業所が有する機能を地域に還元している	(a). b . c	<p>町会と連携し地域サロンで介護予防講習会を実施している。また、この講習会には看護師を講師として派遣している。介護相談に関しては、居宅介護支援センターやデイサービスセンターの機能を活用している。地域への行事の参加として、初詣、祭りなどがあり、写真入の記録が残されている。</p>	
ボランティア受け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 . c	<p>ボランティア受入の基本姿勢は、事業団の「経営基本方針」などで明文化されている。平成17年度ボランティア受入実績は655人であり、積極的にボランティアを受け容れている。ボランティア希望者には事前オリエンテーションを行い、プログラム内容の調整をしている。この事前オリエンテーションがボランティアへの研修の機能を果たしている。そして、団体、個人、学生など様々な目的に対応できるようボランティアのしおりを作成し説明している。また、入居者や家族へ「家族会だより」「悠々」等で定期的にボランティア活動を紹介している。現在10年以上継続して活動いただいているボランティア団体が5団体あり、H18.10に八田ホーム創立20周年記念式典において、施設から感謝状を贈呈している。また、長年活動を続けている個人、団体に対しても各種ボランティア表彰の推薦を積極的に行っている。</p>	

評価細目の第三者評価結果

- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている		
必要な社会資源を明確にしている	(a). b . c	<p>社会資源に関する資料(福祉(介護)関係、医療関係、社会保険関係等)は生活相談員がリスト化している。資料は事務室、相談室で閲覧可能である。定期的に行政の福祉担当課から出される制度案内、パンフレットを取り寄せている。</p> <p>社会参加の機会として、外出可能な方は、森本市民センターで行われる期日前投票に参加している。</p>
関係機関等との連携が適切に行われている	(a). b . c	<p>施設長は県老協や市老協等の役員会に参加している。また、認知症高齢者の連絡会に加入し関係機関と情報交換、連携に努めている。そして、居宅介護支援センターの相談機能もあり、関係機関との連携が図られている。ネットワーク内での取り組みとしては、地域からの要望に応え、看護師を講師として派遣し、「口腔ケア」の講習会を実施、今後も介護予防をテーマに「口腔ケア」「認知症予防」を計画している。ただ、関係機関との定期的な連絡会には参加しているが、施設として開催しているものはない。そのため、施設が主体となりネットワークを形成するための連絡会の開催が望まれる。また、定期的な連絡会への参加が、利用者サービスの一環として行われていることが確認できる仕組みを明確にすることが望まれる。</p>
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている		
地域の福祉ニーズを把握している	(a). b . c	<p>金沢市長寿安心プラン、石川県長寿社会プランや地域の民生委員、町会より情報収集し「石川県八田ホームの経営環境について」をまとめ、各部署連絡会議において周知している(近郊の人口動向、今後の高齢者人口推計、要支援・要介護認定者の推計、施設サービス利用者の推計等)により、具体的な福祉にニーズを把握している。民生委員とは月2回情報交換が実施され、記録も確認できる。地域住民に対する相談事業は、居宅介護支援センターの機能を活用しており、今年度10月までで、相談件数14件ある。</p>
地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	(a). b . c	<p>「石川県八田ホームの経営環境について」を踏まえて、H18.4から介護予防事業を開始している。また、把握した福祉ニーズは事業計画や処遇の重点方針・重点施策などに反映されている。</p>
- 5 事業所及び職員の倫理		
	第三者評価	コ メ ン ト
- 5 - (1) 倫理構築の取り組みを行っている		
守るべき倫理・法令が周知されている	(a). b . c	<p>石川県社会福祉事業団職員倫理綱領を各部署掲示されており、職員研修会議で施設長が周知している。</p>
事業運営の透明性が確保されている	(a). b . c	<p>財務内容については事業団広報誌「あすなる」において開示している。</p>

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
<p>利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている</p>	<p>① a . b . c</p>	<p>月1回、全職員を対象に職員研修会議を行い、サービス提供について共通理解を深めている。また、研修参加報告、嘱託医ワトポイントレッスン、施設長講義、マニュアルの作成・見直し、外部講師、その他施設サービスの向上に向けた内容のテーマを各部署連絡会議において検討している。</p> <p>看護師、介護主任、介護ユニットリーダー、介護支援専門員のメンバーで、身体拘束廃止委員会を設置し、全職員が身体拘束廃止に向けた継続的な取り組みができるよう、ユニットリーダーを中心に周知徹底を図っている。また、毎月、拘束対象者リストを作成し各部署で把握し、月初めに定期報告を行っている。また、対象者は必ず介護サービス計画の内容に含め、期間(時間帯)を最小限に設定し、身体・精神状況を観察し記録している。さらに、日中想定や夜間想定、やむを得ず行動制限を行う場合、身体拘束廃止委員会の開催や家族への説明・同意までの手順をマニュアルで定め、実行している。</p> <p>居宅介護支援事業所から独居高齢者の入居申込み等の相談が多くなってきている。親族関係・本人の判断能力等を勘案し、必要と思われるケースには、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関する資料を提供している。また、入居中の家族の相談にも応じており、財産管理や相続による後見が必要になった場合、家庭裁判所や第三者後見との連絡調整、医師診断書等必要書類の準備を行っている。実際に成年後見申し立て事例もあり、家庭裁判所への定期報告に係る書類作成も必要時行っている。</p> <p>介護相談員を月2回、2名、定期的に受入れしている。1名は地域の民生委員で、相談スペースは特に設けず、自由に施設内を巡回し、多くの方とふれあい交流をしてもらっている。その際に、苦情、その他顔馴染みの利用者たちとの交流内容を確認して、改善できるところは改善している。また、予定行事の案内や地域での情報について、情報交換も行っている。また、定期的に行われる金沢市介護相談員連絡会に生活相談員が毎回参加しており、他受入施設や他介護相談員たちと意見交換を行っている。さらに、介護相談員だけでなく、実習生、ボランティア、外部見学者などを積極的に受け入れ、施設全体の理解を深めてもらい、地域に開かれた施設を目指している。</p>	

評価細目の第三者評価結果

	<p>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</p>	<p>① . b . c</p>	<p>プライバシーへの配慮に関しては、入浴場面、排泄場面において、視覚的な配慮(カーテン等)とともに、私語を慎む等個人の羞恥心に関する配慮についてもマニュアル化し留意点を記載し徹底している。また、入浴場面において、脱衣室の中で外からは見えなくても、入浴を待つ間、互いに身体を見られない様にバスタオル等をかけるなどして配慮しており、浴室入り口に暖簾をかけドアが開いても直接中が見えない様な配慮も行っている。さらに介護主任や介護長が現場と一緒に業務につきながらマニュアルの徹底を図っている。</p> <p>また、年間通じて多くの実習生や研修生を受け入れしており、外部の第三者の手本となるよう介護主任、介護長が現場で指導している。職員研修会議においても介護職員のマニュアル作成担当者が説明し周知徹底に取り組む等マニュアルの整備からその周知、実行において積極的に取り組んでいる。</p>
	<p>認知症の入所者に対する介護サービスの質の確保のための取組を行っている</p>	<p>① . b . c</p>	<p>施設の介護方針として、開設当初より認知症高齢者を積極的に受入れてきた専門的ノウハウと経験を生かして、認知症専門ケアの提供を目指しており、「認知症困難ケース」の受入れを積極的に行っている。その実績の結果、地域の居宅介護支援事業所、地域包括支援センターをはじめ、金沢市地域ケア会議の困難ケースや行き場のない方の受入依頼・実績がある。また広域地区からの重度認知症者の受入れ依頼もあり、認知症ケアへの信頼度がかなり高い。また、毎月、入居検討委員会を開催し、必要性・緊急性等を検討し、入所ニーズに出来る限り応えるよう努力している。緊急性が高いケースは、関係機関との連携によりスムーズにショートステイの受入れ又は適切な他機関への紹介を行っている。</p> <p>また、日本認知症ケア学会の会員となり、学会誌を購入し各部署で認知症の専門理解を深めるとともに、認知症に関する研修会に多くの職員を派遣し、認知症ケアに関する情報を常に更新している。さらに、介護長はキャラバンメイトとして地域の認知症理解の普及と施設の認知症の専門性の向上に取り組んでいる。</p>
<p>- 1 - (2) 福祉サービスが適切に実施されている</p>			
	<p>計画的な機能訓練を行っている</p>	<p>① . b . c</p>	<p>入居の際に生活リハビリについての説明をご家族や利用者に充分行い理解を求めるとともに、能訓練指導員を配置し、生活訓練室において個別の関わり、グループでの関わりを通して多くのプログラム、及び希望を取り入れた内容の訓練を実施している。</p> <p>また、生活基本動作(食事・入浴・排泄・歩行など)、生活関連動作(余暇活動・外出など)、精神面の活性化に対して、入所者の心身の状況に応じて計画的に向上・維持に取り組んでいる。</p>

評価細目の第三者評価結果

<p>介護サービスを適切に実施している</p>	<p>① . b . c</p>	<p>【食事サービスについて】 嘱託医及び看護師と介護職員の合意を充分に取りながら、できるかぎり経口摂取に配慮した取り組みや入所者の状態に合わせた食事提供を行っている。利用者の嚥下・咀嚼等が低下し、現在の食事状態が合わないと思われる時点で、申し送り等で各部署が検討し、本人の了解を得た上で食事形態の変更を行っている。 メニューの選択は月1回実施する「味の12番街」で利用者の希望を尋ねている。食事場所については、「TVを見たい」「1人で静かに食べたい」等の希望に応じ、座席が選択できるようになっている。障害等の状態に合わせたスプーンや食器等の自助具を数点常備し、対応できる体制にある。介護者による日頃の観察や嘱託医の医療的見方により「嚥下評価チェック表八田ホーム方式」を個別に作成・評価し、対応している。嚥下状態に配慮した食事内容やカロリー調整を実施している。療養食は、嘱託医の指示により提供している。糖尿病食や高脂血症食をはじめ、加算対象にならないような貧血食・減塩食等の提供にも対応している。検食は常食のみならずミキサー食等においても実施し、利用者への理解を深めてもらっている。 栄養改善は、利用者の食に関心や興味を示すことも重要な要素と捉え、メニューには利用者の馴染みの深い地物の魚介類や山菜、加賀野菜を積極的に取り入れている。食材の紹介や食事の時間の話題になることもねらいとしている。 選択食では、栄養士が利用者と1対1で聞き取り調査を行い、コミュニケーションの大切な場であると捉えている。 栄養士は、朝夕の申し送りに参加し、情報の収集に努めている。また、栄養士は食事・水分介助を直接行うことで、食事摂取や身体状況を把握し個別対応の向上に努めている。 調理部門がH18.4から外部委託となり、施設側から委託側へ食事内容の変更連絡を行う場合、結果のみでなく経緯や理由についての説明を行い、理解を深めてもらい、対応している。 委託社員においても利用者の声や身体状況の把握が必要であると捉え、食事サービス会議を開催し、介護職員、栄養士、委託社員で話し合いの場を持ちサービスの向上に努めている。栄養士は調理現場に入り、調理指導・衛生指導に直接あたっている。事業団栄養士の外部講師を招いた衛生研修会では、委託社員にも積極的に参加を促している。</p>
-------------------------	------------------	---

評価細目の第三者評価結果

【入浴サービスについて】

看護師は、入浴介助の際、着脱介助を通して皮膚の観察等を行い、適宜処置している。褥瘡のある方に対しては、特に局所のシャワーをするなどの対応を実施している。新規利用者やショートステイ利用者の場合、実際に浴室を見ていただき、自分で決めてもらうようにしている。身体の状態(円背、傾斜、前屈等)に合わせて安楽・快適に入浴できるように浮輪、枕、クッション、ベルト等適宜使用している。入浴中は、利用者の身体的状況についての話は慎むようプライバシーに配慮している。利用者がリラックスして入浴していただけるよう、利用者の好む音楽を流している。

【排泄サービスについて】

八田ホームは開設以来、オムツ交換のことを「ラポール」と呼び、利用者と信頼関係を築くよう努力している。新しい職員等に対して介護主任が行動を共にし、その場で指導・教育するようにしている。排泄チェック表は1枚に1日分(0時～24時)、各ユニット毎に利用者の記録ができるようになっており、状況が把握しやすいように工夫している。排泄チェック表に体位交換の実施記録もできるように記録用紙に工夫がある。排尿、排便の有無だけでなく、量や回数、自らの意思で行ったものか、誘導によるものか、オムツ交換だけのものかも分かるように工夫している。介助時にはトイレ、自室いずれにおいても必ずカーテンを引きプライバシー保護に努めている。「いつもと違う」体調の変化に気付いたら、職員が互いに連絡し、早期対応に努めている。

【健康管理について】

嘱託医との連携の下、看護師が中心となり健康管理を行っている。医務室関係のマニュアル「看護業務マニュアル」等を整備している。嘱託医は、職員研修会議で毎月1回「介護職員に対する異常時の観察のポイント」などのワンポイントレッスンを継続して行っている。また、血圧や脈の測定方法などの勉強会を開催し、看護と介護の連携を図っている。看護師は日頃から食事や入浴等、直接介助することにより体調の変化を見逃さないようにしている。介護職員との連携により、きめ細かな情報・意見交換を行っている。毎日の申し送りにおいて、異常者の観察の要点や注意事項を介護職員に説明している。

【衣類交換について】

ベッドの枕元にパジャマを準備し、起床・就寝時声かけを行っている。必要に応じ、着替えの介助も行っている。

評価細目の第三者評価結果

【生活環境の継続について】

フェースシートを介護ケース記録ファイルにも綴り、各フロアに保管している。随時開いて見ることができ、情報の確認ができるようになっている。認知症高齢者が安心して生活できるよう、写真や置き物など馴染みの品を家族に協力してもらって部屋に飾るようにしている。

【褥瘡予防について】

褥瘡対策委員会を設置し、予防に重点を置いた内容の褥瘡予防マニュアルを作成し、実施している（H18.10現在で0人）。褥瘡の初期症状である、発赤やピランの時期にすぐに対応している。体位変換、保清、軟膏付きガーゼ、コンフォートケアマットレスの用意など介護・看護が一体となり取り組んでいる。個々の状態に合わせて、補食の提供など管理栄養士とも協力体制をとっている。処置時・入浴時には、常に皮膚の観察をして異常の早期発見に努めている。多様な体位交換クッションや車イス離床時の姿勢保持クッションを準備している。個々の利用者に応じて、既製品だけでなく職員が手作りで工夫を凝らし作成している（リクライニング使用時体幹を支えるクッションや車椅子使用者が前かがみになった時に使用するクッションや円背の方に背中にあててあげるクッション等）。オムツ交換毎に体位交換を実施している。夜間は2時間毎に体位交換を実施している。

【口腔ケアについて】

毎食後個々に応じたケア（ブラッシング、うがい等）を行っている。共同洗面所、各自室洗面所等、各々のやり易い場所にコップ、歯ブラシ等準備してある。経管栄養の方には、食後のブラッシングで口の中を清潔にしている（ベッドサイドに口腔ケア用ガーゼを準備）。

【嚥下障害について】

医療的観点から、嘱託医のアドバイスも取り入れて作成した「嚥下評価表」（八田ホーム方式）を使用している。嚥下の状態が把握でき、介助に役立っている。食事前には誤嚥防止のため、クッションを用意して姿勢を正してから介助に入るように留意している。特別なメニュー（麺類、おはぎ、おにぎり等）では、嚥下障害が見られる方でも嗜好から食べられる場合があり、通常の食事形態だけにとらわれず、個別に見直しを行い、見守りを十分に行い対応している。また、魚料理では骨なしで対応する機会が多いが、骨付き魚（カレイ等）で可能な利用者もあり機能保持に努めている。

評価細目の第三者評価結果

<p>ターミナルケアを適切に行っている</p>	<p>① . b . c</p>	<p>施設のターミナルケアは「看取り介護の指針」に基づき実施しており、H17年度は12名、H18年度(10月現在)は9名の方をホームでの看取りを行っている。開設当初より施設での看取りに取り組んでおり、20年間の実践をH18.4指針として文書化している。ターミナルケア実施においては、嘱託医と連携し、家族に意向確認を行っている。そして、ターミナル時期に限らず日頃から家族との信頼関係を重視しており、面会の際など状態の変化がある場合には報告している。また、一旦は施設での看取りを希望しても、状態の変化により、不安や「入院させれば良かったか」と迷いが生じることがあるので、家族の気持ちに十分寄り添い、場合によっては嘱託医との話し合いの機会を持つなど多く話し合いの機会を持つことで、意向に沿った対応が行えるよう取り組んでいる。死亡退所後の直近のケアカンファレンスにおいては、ターミナル状態になってから、家族への連絡、意向確認、職種間の連携など看取りのふりかえりを行っている。</p>
<p>入所者の生きがいの確保のための取組を行っている</p>	<p>① . b . c</p>	<p>生きがい確保の取り組みとして、食事の食材である野菜の下準備を直接利用者に手がけていただいで食への関心を持ち続けてもらったり、洗濯物たたみやおしぼり巻き等、役割を持ってもらっている。</p> <p>入所者ごとの支援方法を定めるため、月1回「ケア項目判断基準」を用いて入所者の有する能力を調べたり、また、利用者の生活歴・趣味等から特性をつかみ、各々にふさわしい活動をグループあるいは個別に実施している。顔なじみの関係が出来やすいユニット体制の利点を生かして、利用者同志の交流を図っている。おやつ作り、中庭での野菜作りなどの活動は季節感あるものをはじめ、利用者の要望やリクエストなどを反映しながら行っている。また、レクリエーションとしては、生花、絵画、書道、紙芝居、歌などを行っており、各活動毎に記録している。</p> <p>利用者の外出・外泊については、外出・外泊支援マニュアルに基づいて行っている。希望に応じて美容院や買物に職員が付き添い外出したり、家族に協力依頼を本人の意向や状況に合わせて行ったり、また、外泊等で必要な介護用品等の貸し出しや介護方法のアドバイスも必要時行っている。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている		
<p>利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している</p>	<p>①. b . c</p>	<p>毎年、利用者・家族アンケートを実施しており、3年連続で行っている。今年度も行う予定であり、利用者満足の上昇を意図した取り組みが整備されている。さらに、内容についてもできるだけ分かりやすい表現にするよう心掛けている。昨年度実施したアンケート結果については、H18.1～5まで玄関に掲示し、報告を行っている。</p>
<p>利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている</p>	<p>①. b . c</p>	<p>平成17年12月15日に各部署連絡会を開催し、アンケート結果について話し合っている。また、アンケートの結果を踏まえ、18年1月26日、2月9日、3月23日の処遇委員会等において課題分析を検討をする等、施設全体の介護サービスの質の上昇に向けて取り組んでいる。介護サービスの質を高めることが利用者の満足を得ることにつながるため、自己評価を実施し、改善に取り組んでいる。H17年介護相談員から「玄関が寒い」との意見があり、18年度に玄関の改修を行った。また、アンケート結果から施設行事の舞踊ショー等にあまり興味がないことが分かったため、保育所の子どもたちとのふれあい活動を取り入れる等、具体的改善に取り組んでいる。個別ケアの観点からは、ケアカンファレンス等に利用者の参画のもと、満足度を確認している。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 1 - (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている		
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	<p>相談や意見を述べやすくするための取り組みとして、各部署毎や居室入口に職員の顔写真を貼って、利用者・来訪者が声をかけ易いよう工夫している。また、居室担当職員が窓口となり、家族とのコミュニケーションや相談に積極的に対応する努力をしている。ハード面においては、談話コーナー以外にもテーブルやソファなどを所々に配置し、個別相談を受けやすくする工夫をしている。</p> <p>グループケアを開始し、個別ケアの取り組みを進めている。利用者・家族と職員の距離が近くなり、希望などが言いやすい雰囲気作り、職員とのコミュニケーションの機会が増えている。また、事務室は日中オープンにし、お茶やお菓子等を出して休憩していただいたり、世間話や相談など事務スタッフ皆で行っている。</p>
苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している	(a). b . c	<p>苦情解決の仕組みに関して、「苦情解決体制・対応に関するマニュアル」を作成している。職員研修会議で、マニュアルの内容を説明し職員へ周知している。また、玄関や各フロアに苦情に関する文書を掲示し、利用者・家族へも周知している。さらに、ご意見箱を設置し、提案等も常時受け付けている。広報誌「悠々」には、苦情・ご意見等の相談方法を掲載している。</p> <p>苦情、意見・提案が少ない現状であるため、必要に応じてアンケートを実施したり、苦情マニュアルとは別に「入居者、家族等からの意見・提案等に関するマニュアル」を作成し、意見提案を少しでも取り入れ、信頼される施設運営に努めており、苦情解決の仕組みが整備されている。ただ、平成15年以来苦情0件の実績であるが、「苦情解決体制・対応に関するマニュアル」中に施設の考え方として苦情と要望の違いを明記しておく、さらに有効的であるので検討されたい。</p>
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	<p>利用者・家族等からの苦情に関して、「苦情解決体制・対応に関するマニュアル」を作成し、利用者や家族、介護相談員等も含めた苦情、意見、提案等を各部署連絡会議で内容を協議し、迅速に対応し説明を行っている。</p> <p>苦情対応マニュアルとは別に意見・提案については、「入居者、家族等からの意見・提案等に関するマニュアル」が作成されており、18年度1件の受付がある。この1件については、マニュアルに従い、施設玄関の掲示板に1ヶ月以上掲示している。また、平成18年11月発行の広報誌「悠々」にも掲載している。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 1 - (5) 入所者の家族との連携・交流が図られている		
	入所者の家族等との連携、交流を行っている	<p data-bbox="734 528 862 571">①. b . c</p> <p data-bbox="898 245 2141 419">家族との連携・交流については、施設の方針として、利用者が快適な施設生活を送る上で、職員と家族とのコミュニケーションが必要不可欠と考えている。意思表示が困難である利用者の意向などは、家族の方と共に相談し介護サービス計画を作成するよう心掛けている。そのため面会時には、居室担当職員をはじめ、介護主任、介護長、介護支援専門員、看護師、生活相談員等が日頃の様子などお知らせし、信頼関係の構築に努めている。</p> <p data-bbox="898 424 2141 523">介護サービス計画について、家族への説明と同意を得る際にはケアカンファレンスで話し合われた内容を知らせている。文書による同意は郵送するよりも、なるべく家族に面会に来ていただき、直接説明するようにしている。</p> <p data-bbox="898 528 2141 627">八田ホーム家族会は設立時より運営され、結成して20年になる。ホーム職員が事務局を務め、毎月「家族会だより」を発行し、行事の案内やお知らせでホームでの近況の生活を知らせしている。</p> <p data-bbox="898 632 2141 699">役員会は年3回、総会を年1回、敬老の日に合わせて開催し、年間事業計画・予算計画の承認を受けている。年1回は、家族会懇親会が開催され、家族と職員の親睦が図られている。</p> <p data-bbox="898 703 2141 837">行事企画委員会においては、年間行事計画を作成している。ホームの主要行事(新年会・お花見・盆踊り・敬老会・日帰り旅行)には家族にも参加してもらえるように案内を出している。家族会総会において、年間事業計画にも取り入れホームと家族会が一体となった施設運営を目指している。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 2 サービスの質の確保

		第三者評価	コメ ン ト
- 2 - (1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている			
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	① . b . c	<p>各部署連絡会や処遇委員会等において、施設全体の介護サービスの質の向上に向けて、評価検討を行っている。H18.4より、サービス向上委員会を設置し、サービス内容について定期的に評価・分析・検討を行なっている。また、介護サービスの質を高めることで利用者の満足を得ることにつながるため、自己評価によって改善に取り組んでいる。また、個別ケアの観点からは、ケアカンファレンス等の場において満足度を確認している。</p> <p>毎月、担当介護職員と介護支援専門員が個々の介護ケース記録をもとに、介護サービス計画及び介護内容の評価(計画の変更・継続・達成・中止)を行っている。</p> <p>ケアカンファレンスにおいては、他職種の参加のもと、施設サービス計画及び介護内容についての検討(実行状況・ケアの統一度・達成度・本人の満足度・変更の必要性)と評価の確認を行っており、より専門的な視点からサービス改善に努めている。</p>	
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	① . b . c	<p>処遇委員会(排泄、食事、入浴、行事企画、身体拘束廃止)において、各委員会の年間事業計画を策定している。また、定期的に処遇委員会連絡会を開催し、委員長は計画に基づき実施した活動内容及び評価を報告し、さらに取り組むべき課題を明確にしている。年度末の職員研修会議においては、各委員会の活動内容を振り返って実践研究報告等を行っている。</p>	
課題に対する改善策・改善計画を立て実施している	① . b . c	<p>現場の各担当職員も含めて構成される処遇委員会(排泄、食事、入浴、行事企画、身体拘束廃止)において、各委員会の年間事業計画を策定している。また、施設長も参加する処遇委員会連絡会を定期的に開催し、委員長は計画に基づき実施した活動内容及び評価を報告し、さらに課題を明確にし、改善策及び改善計画を立てている。年度末の職員研修会議においては、各委員会の活動内容を振り返っての実践研究報告等を行っている。</p>	

評価細目の第三者評価結果

- 2 - (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している		
	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	①. b . c マニュアル集を作成し、全職員がいつでも閲覧できるようにしている。また、参考文献を各部署ごとに保管している。 処遇委員会(排泄、食事、入浴、行事企画、身体拘束廃止)において、各委員会の年間事業計画を策定し、定期的に処遇委員会連絡会を開催し、委員長は計画に基づき実施した活動内容及び評価を報告し、適切にサービスが実施されているかの確認を行っている。また、年度末には職員研修会議において各委員会の活動内容を振り返っての実践研究報告を行っている。
	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している	①. b . c 年1回以上マニュアルの見直しを行っている。マニュアルの作成・見直しの担当委員会を定め、職員研修会議で報告している。また、サービス向上委員会においてマニュアルの管理を行うとともに、定期的に見直しを行い、職員間での情報共有に努めている。
- 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている		
	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	①. b . c 介護記録は介護サービス計画に基づき個々の介護ケース記録で管理している。また、毎日の介護の記録(日勤、夜勤)は介護日誌で管理している。 ケアプランマニュアルの基準に基づき、介護支援専門員が職員研修会議や新任職員研修、その他随時、記録方法等についてばらつきがない生じないように指導している。

評価細目の第三者評価結果

<p>利用者に関する記録の管理体制が確立している</p>	<p>①. b . c</p>	<p>記録管理については、事業団処務規程に、法人としての文書の保存期間・取扱主任についての規定がある。八田ホームにおいては「文書の保存期間・取扱主任(責任者)に関するマニュアル」を定めている。</p> <p>取扱主任(責任者)を明記し、個人情報保護のための管理保管、正確性、様式改善、法令改正に伴う書類整備、保存期間等の業務を行うこととしている。</p> <p>入居者の金銭管理については、毎月1回、入居者ごとの預かり金台帳を作成し、年金管理、小遣い管理、利用料、各種社会保険料等の支払い等を「入居者預かり金要綱」に基き、生活相談員等が管理・代行業務を行っている。また、利用者の施設利用料や医療費等に関する各種減免申請については、利用者・家族へ説明し、申請援助及び代行を行っている。</p> <p>4半期に1度、契約者である家族等へ通帳写しを送付して報告しており、併せて残高僅かな方へ入金依頼をしている。</p> <p>入居者預かり金管理による入出金の根拠書類は、全て利用者毎に保管されている。</p> <p>個人情報保護については、「個人情報保護に関するマニュアル」を作成し、個人の権利利益の保護に努めており、利用者・家族へ個人情報保護に関する方針を配布し、周知している。</p> <p>玄関に事業団「個人情報保護に関する方針」、「八田ホームにおける個人情報の利用目的」、家族・ボランティア・研修生向けに「個人情報の保護について」を掲示している。事業団広報誌「あすなる」や家族会だよりにも掲載している。</p> <p>入居契約書や重要事項説明書において守秘義務を明記しているとともに、入所契約時に個人情報保護の例外事項を説明し同意書を記入してもらっている。</p> <p>記録の開示については「社会福祉事業団個人情報の保護規程」により定められた開示申出書によって開示することとなっている。</p>
<p>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</p>	<p>a ②. c</p>	<p>ケアカンファレンスを月4回(各ユニット1回)開催し、情報の共有に努めている。担当介護職員、主任介護職員、ユニットリーダー、生活相談員、看護職員、管理栄養士、機能訓練指導員、介護長、施設長の管理者を含めた多職種が参加し、より良いチームケアの実践を行っている。</p> <p>また、介護職員連絡帳には職員の氏名を記した覧があり、記入された連絡事項、伝達事項を確認しながらチェックするようになっている。さらに、ケアカンファレンス実施後、新しい施設サービス計画が出来た時点で、フロア担当介護職員で回覧し、連絡帳同様氏名をチェックするなど情報の共有に取り組んでいる。</p> <p>ただ、ネットワークシステムでの情報の共有が一部分なため、今後事業所全体での共有化が望まれる。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 2 - (4) サービス提供における役割分担が明確化されている		
施設における役割分担等が明確化されている	Ⓐ . b . c	事務分担表において、職務分担が明記されている。また、各種マニュアルにおいて担当者を定めている。

- 3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメ ン ト
- 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている			
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 Ⓑ . c	<p>広報委員会で八田ホーム広報誌「悠々」を年1回定期的に発行している。八田ホームパンフレットについては、定期的に見直しを行っている。また、地域や関係機関等に対して、パンフレットの中に広報誌を挟み込み、新しい情報を提供できるよう工夫している。</p> <p>入居相談については、入居受付マニュアルを作成し、直接来所の場合や電話相談等を想定した手順を定め、生活相談員が対応している。</p> <p>利用希望者に対しては、申し込みの検討材料として、施設パンフレット、広報誌、料金表、入居基準、入居検討の流れを渡している。</p> <p>入居相談の面談においては、施設のサービス内容及び利用料、入居基準、入居順位の決定方法を説明し、利用希望者の心身の状況や緊急性・必要性の確認等を行っている。また、必要に応じて機関の紹介を行っている。</p> <p>施設見学にも応じており、利用希望者の状態像から考えられる施設生活を具体的に見学しながら説明するようにしている。</p> <p>入居検討委員会を設置し、毎月1回定期的に開催している。メンバーは施設長、事務長、介護長、生活相談員、介護職員、看護職員、介護支援専門員、管理栄養士のほか、高齢者福祉施設の施設長経験のある学識経験者も加わり、公平公正な入居検討を行っている。</p> <p>毎月、入居待機者名簿を更新して点数評価を行い、必要性が高い方から上位10名程度で検討している。検討に際して、面談による情報、事前訪問による面接調査表、医療機関や居宅支援事業所からの情報等から資料を作成している。ただし、体験入所に関しては、ショートステイの対応のみであり、介護保険契約者以外への配慮がなされていない。そのため、介護保険契約者以外の方も体験入所できる配慮及び体制の整備が望まれる。</p>	

評価細目の第三者評価結果

<p>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</p>	<p>① . b . c</p>	<p>新規入所受入れ・手続きにあたって、生活相談員が契約書・重要事項説明書等で説明を行っている。また、利用者本人が、高齢で認知症により契約行為が困難な状況の時は、家族と第三者契約書を作成し手続きを行っている。必要に応じて、成年後見人と契約する場合もある。</p> <p>契約内容については、主に重要事項説明書及び別紙資料で施設サービスの内容、事業者の義務、契約終了の場合、苦情受付対応、施設機能、代行業務、今後の連携、利用料等を詳しく説明している。特に契約書は大きな字体を用い、さらに項目別に分かりやすく表記している。利用案内資料については、絵や図を取り入れて、利用料の説明も実質1ヶ月いくらかかるか一目で分かるように工夫する等、利用者・家族に分かりやすいものとなっている。</p> <p>施設のもつ機能と限界について、医療機関との違いや緊急時の対応方法等を説明するとともに、契約終了の場合として、死亡(ターミナルケア)や長期入院の具体的なケースを紹介している。</p> <p>入所受入れについては、生活相談員のほか、施設生活の説明や衣類所持品の確認(介護職員が主体)、健康チェック(看護師が主体)、施設サービス計画(介護支援専門員)、栄養ケア計画(管理栄養士)、機能訓練計画(機能訓練指導員)等、チームで入入れを行っている。</p> <p>入所後の連携については、面会や外出・外泊の必要性について説明し、理解と協力を得られるようにしている。</p>
<p>- 3 - (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている</p>		
<p>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</p>	<p>① . b . c</p>	<p>継続性に配慮した対応について、医療機関へは看護サマリーや嘱託医の紹介状等で行い、介護施設へは介護サービス計画、看護サマリー、必要に応じて相談・栄養等の情報提供を定められた書式により情報提供を行っている。また、ショートステイ利用者の場合は、利用期間中の様子を伝える手段として「お知らせ」を書き、家族へ渡している。今後、サービス終了後の退所支援等のマニュアルを作成し、実行されることなよう。</p>

評価細目の第三者評価結果

- 4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
- 4 - (1) 利用者のアセスメントが行われている			
	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	① . b . c	<p>新規利用者は居宅サービス計画や事前調査に基づいてケアを行う。入所後の施設サービス計画立案には、アセスメントとして独自の情報収集表を用い、ケアした内容や新たなニーズなどを記録し計画につなげている。</p> <p>ケアプランマニュアルに基づいて、アセスメントは「包括的自立支援プログラム」を用い、各生活場面において身体機能状況、精神心理状況、社会環境状況の関係の中で生じているニーズを把握するようにしている。また、本人や家族の希望や意向をアセスメントすることで、生活の主体は本人であることを意識するようにしている。また、毎月、介護ケース記録に身体状況や生活状況をアセスメントし記入し、項目は介護認定調査の項目に基づいたものとしている。毎月のアセスメント以外にも定期的計画の見直しの時にアセスメントをしている。</p> <p>介護ケース記録は月に2回、介護支援専門員に提出し、計画が適切に実施されているかチェックを行っている。</p>
	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	① . b . c	<p>ケアプランに基づき、家族の面会時に感じたことや利用者への思い、「こう生活して欲しい」などの希望を聞き、ケース記録等に記録している。介護ケース記録に記録した内容はアセスメントにつなげるようにしている。</p> <p>利用者一人ひとりの個別性のある介護サービス計画にするため、居室担当の介護職員が中心に計画の原案を考え、介護支援専門員が他職種の意見を含め、トータルで見直しを行い計画を作成するようにしている。</p>

評価細目の第三者評価結果

<p>- 4 - (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている</p>		
	<p>サービス実施計画を適切に策定している</p>	<p>① . b . c</p>
	<p>定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている</p>	<p>① . b . c</p>
		<p>介護サービス計画は居室担当の介護職員が中心に計画を考え、介護支援専門員が責任者となり、他の職員の意見も含め策定している。 施設サービス計画どおりにサービスを実施したかどうかは、介護ケース記録で確認できるようになっている。課題については、『 』等の番号を付け、分かりやすくするとともに、介護経過には『 1』等の印を付け、工夫している。また、ニーズに対しての介護内容、観察の様子等を記録をするようにしており、記録はケアプランマニュアルに基づき記載している。 本人及び家族の意向を重視した介護サービス計画の作成を基本としているので、施設サービス計画の検討会議(ケアカンファレンス)に本人・家族に出席いただくようにしている。出席できない場合は、事前に意向や希望を確認している。 介護ケース記録には介護サービス計画書(1)・(2)、日課表、アセスメント表、月ごとの介護ケース記録、各種同意書類、サービス担当者会議録等が綴られ、各フロアーで保管されている。</p> <p>ケアカンファレンスは月4回(各ユニット1回)開催している。介護支援専門員とユニットリーダーが中心となり、他職種と協議しながら利用者の意向を重視した見直しを行っている。ケアカンファレンス後の施設サービス計画は、フロア職員で回覧し、内容を把握した職員は氏名をチェックするようにしている。また、緊急時は当日の申し送りや近日のケアカンファレンスで行っている。 毎月開催する職員研修会議で、年2回介護支援専門員が施設サービス計画の作成手順について説明している。年間の目標にも一人ひとりの個別の介護サービス計画を立案し、計画を中心としたケアを行っていくことを組織的に定めている。また、会議に参加できなかった職員に対し、その内容を当日の申し送りで伝えたり、介護サービス計画に介護職員全員の確認欄を設けて周知徹底を図っている。</p>