

第三者によるサービス評価調書(専門分野)

対象施設名 岐阜県立寿楽苑

評価日:平成 30年10月16日

評価委員	佐藤委員・鎌村委員・沢之向委員・白川委員
------	----------------------

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		平成29年度			平成30年度			評価者のコメント	施設の対応等
		A	B	C	A	B	C		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	28 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り組みを行っている。	-	-	-		B		新任、転任研修、中堅者研修等、定期的に開催されている。ケアプラン等本人の意向が書いていないものがあった。一言でも書いた方が良いのではないか。担当者欄に家族も関わる場合は明記しても良いのではないか。	本人の意向が述べられる方には、記述します。担当者欄にも、必要に応じて家族等の意向について、明記していきます。
	29 Ⅲ-1-(1)-②利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	-	-	-		B		CS調査、アンガーマネジメント研修等、積極的に行われている。トイレに出来ていない点などを貼って意識するようにしている。CS調査の内容で、「〇〇さん」と呼んでいるか?」の設問に「いいえ」が多かった。現実、どのような呼びかけをしているのか。また、ボランティアに対する教育を用意したらどうか。	個々を認識するような愛称や、理解しやすい言葉づかいをすることがあります。ボランティアについては、受け入れ時に、権利擁護に関する説明を行います。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	30 Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	-	-	-		B		入所希望者に施設案内など詳しく説明している。ホームページに施設がよく分かる内容で更新してある。利用希望(待機者)については、年1回ハガキにて調査し見直しているのので良い評価である。入所判定会議に相談員も出席しているとの事で感心した。	利用希望者には、事前の連絡に応じて個別に対応します。利用後の生活状況なども、引き続き情報提供していきます。
	31 Ⅲ-1-(2)-②福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	-	-	-		B		書類の確認ができた。成年後見制度を利用している方の書類も確認できる。	福祉サービスの変更については、医療機関等、関係機関とも連携し、情報提供して説明していきます。
	32 Ⅲ-1-(2)-③福祉施設・事業所の変更や家族への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	-	-	-		B		施設変更、家庭への移行は現在まで無いが、入院による契約解除時のサービスの継続性については、契約書で確認できる。	長期の入院により、事業所変更を余儀なくされた場合も、回復後の復帰に向けては、今後も継続性に配慮していきます。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	33 Ⅲ-1-(3)-②利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	-	-	-		B		利用者は開催していないが、CS調査を年1回実施されていた。その結果や分析等、利用者満足向上につなげるよう努力が見られた。その他、家族へも調査し、改善に努めていた。	今後も調査を継続し、利用者ニーズを把握して検証した結果を情報共有していく。家族に調査の結果を報告、意見を伺い、ケア向上に努めます。

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。	34 Ⅲ-1-(4)-①苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	-	-	-	B	苦情解決の仕組みの掲示物を確認した。苦情内容の対応、フィードバックもしっかりされていた。各フロアに「何でも相談」の案内文書は提示しており、当日の棟内放送で知らせるとの事だが、掲示内容に毎月の日時のお知らせがない。	毎月の日時等のお知らせはフロアの予定表にも掲示してあります。入所判定会議等で若干の時間変更がある場合は開始時に放送でお知らせしています。
	35 Ⅲ-1-(4)-②利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	-	-	-	B	職員の自己評価で、C評価(利用者から相談があっても方法や相手を選択できない)が5人あった。業務に追われ、利用者とはゆっくり話をする時間がとれないことが原因の1つかと思う。	権利擁護等、ゆとりをもって利用者とコミュニケーションをとれるように、研修などを実施し、改善に努めていきます。
	36 Ⅲ-1-(4)-③利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	-	-	-	B	要介護度3以上の利用者が、苦情を意見箱に入れることは無理かもしれないので、常日頃の利用者とのコミュニケーションが大切と思う。	なんでも相談日に、めざす委員が各フロアを周り、利用者の相談、傾聴に努めています。課題については、苦情解決責任者のもと、チームで話しあい、対応策を実施しています。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	37 Ⅲ-1-(5)-①安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	-	-	-	A	ヒヤリハット報告による気づきが養われ、事故防止の取組は出来ている。リスクマネジメント委員会の活動も機能している。	
	38 Ⅲ-1-(5)-②感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	-	-	-	A	感染症の予防や発生時の対応は勉強会などで実践している。	
	39 Ⅲ-1-(5)-③災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	-	-	-	A	職員には一斉メールを配信している。今後は、いろいろな場面を想定した訓練をすると良い。	
		0	0	0	3	9	0

Ⅲ-2福祉サービスの質の確保

		平成29年度			平成30年度			評価者のコメント	施設の対応等
		A	B	C	A	B	C		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	40 Ⅲ-2-(1)-①提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文章化され福祉サービスが提供されている。	-	-	-	A			個人情報保護など研修制度がある。チューター制度やフロアリーダーなどの確認の仕組みがある。	
	41 Ⅲ-2-(1)-②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。	-	-	-		B		委員会などの意見を吸い上げるなど定期的な見直し時期を明確にすると良い。	毎月のリーダー会議(システム管理委員会)で委員会からの提言を吸い上げ、改善の時期や難易度を検討し、早期の実施に繋げる仕組みを拡充します。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	42 Ⅲ-2-(2)-①アセスメントに基づく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	-	-	-		B		支援困難ケースには緊急会議で対応している。ニーズはされているが、明確に統一的・継続的なサービスを実施するための具体的な方法が不明確である。	サービス担当者会議やフロア会議を通じて、個別支援の周知とサービスの平準化を図ります。
	43 Ⅲ-2-(2)-②定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	-	-	-	A			定期的な評価・見直しは1年であるが、現場から緊急要請があれば随時対応されている。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44 Ⅲ-2-(3)-①利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	-	-	-		B		記録に個人差がある。記録の必要性、記録の書き方など要領をまとめたものを作成し、周知するとよい。	新転任職員オリエンテーションのプログラムを全職員に周知することで、平準化を図ります。
	45 Ⅲ-2-(3)-②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	-	-	-	A			職員採用時、守秘義務に関して周知をする研修を行っている。	
		0	0	0	3	3	0		

Ⅲ-3高齢者福祉サービスの(特養)の固有のサービス

		平成29年度			平成30年度			評価者のコメント	施設の対応等
		A	B	C	A	B	C		
Ⅲ-3-(1) 支援の基本	46 Ⅲ-3-(1)-①利用者が一人ひとりに応じた1日の過ごし方ができるよう工夫している。	-	-	-		B		利用者のメリハリづけ等のため、日々の着替えについて70人のうち2人との回答である。1日中、同じ服(パジャマ)が多いとの事から、1日の質を高めるため、着替えの手伝いの努力をしたい。一人ひとりの希望に応える努力はしている。	パジャマへの更衣習慣については、入所時に確認をし引き続き行うよう努めているが、更衣を希望する方やできる機能をお持ちの方には促していきます。
	47 Ⅲ-3-(1)-②利用や一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	-	-	-		B		自尊心を傷つけるような言葉遣いの点で、幼児語を使うこともある。一人ひとりの声掛けはある。	個々を認識するような愛称や、理解しやすい言葉づかいをすることがあるため、配慮のある使い方をしていきます。
Ⅲ-3-(2) 身体介護	48 Ⅲ-3-(2)-①入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	-	-	-		B		安全確認のマニュアルが無い。脱衣場から入浴までの動線が悪く思う。2階の特浴を使用が出来、その都度利用している。	動線について、ハード面での変更は難しい。安全確認のため、浴槽機器の使用マニュアルを浴室内に掲示します。
	49 Ⅲ-3-(2)-②排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	-	-	-		B		自然な便意を促すための運動など寝たきりの利用者さんに出来ていない。ポータブルトイレの衛生面について改善の余地がある。一部で暖房便座が入っていない便座がある。	個々の排便リズムを把握しており、水分等での調整を随時行っています。暖房便座も、引き続き導入していきます。
	50 Ⅲ-3-(2)-③移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	-	-	-		B		殆どが車椅子で1日を過ごす方が多い。自分の力で少しでも動かそうとしているか、様子がかう事も大切な点であるが、少し見落とされている。	自操の促しや見守りは行われており、持てる能力が生かせるような用具の選定が専門的に行われています。

	51 Ⅲ-3-(2)-④褥瘡の発生予防を行っている。	-	-	-		B		車椅子から褥瘡になられる方がいる。予防が出来ずらい。病気に対する知識が弱い。車椅子の方を少なくすることに努力することにより褥瘡を防ぎたい。	車いす上での姿勢保持や褥瘡予防のため、クッションを導入。発症が無くなり、状態の改善も見られています。
Ⅲ-3-(3) 食生活	52 Ⅲ-3-(3)-①食事をおいしく食べられるよう工夫している。	-	-	-		B		殆ど業者の委託により、利用者の献立希望は叶えられにくい。食事の席について、同じ雰囲気の方々と同席させている。少しでも明るい心で食事をおいしくいただけるよう努力している。	食事委員会の中で、希望や要望を伝えることはできています。ご利用者と委託業者が直接意見交換をする機会はない為、今後検討していきます。
	53 Ⅲ-3-(3)-②食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	-	-	-		B		誤嚥、喉に詰まった対応方法が日頃から徹底していない。マニュアルはあるが、確認が不十分である。車椅子での食事であり、食事しやすいように車椅子をセッティングしているとの事だが、褥瘡予防には繋がらないのではないかと考える。	誤嚥時の対応については研修やマニュアル等で確認が常時できています。また、誤嚥予防のためのポジショニング等の研修を行い、安全な食事姿勢につとめます。
	54 Ⅲ-3-(3)-③利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	-	-	-		B		全体の口腔ケアの計画はあるが、一人ひとりの個別の計画がない。年4回の勉強会に出て知識を得ている。1日3回食後のケアをし、特に昼を中心として実施できている。	個別の計画は必須ではないため作成していない。勉強会は引き続き実施していきます。
Ⅲ-3-(4) 終末期の対応	55 Ⅲ-3-(4)-①利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	-	-	-		B		サービス担当者会議で看とり会議をし、プランを立て情報共有できている。「看とりの指針」のもとに対応が確立されている。看とり対応が1年に2名と少ないが、今後増加するだろう。担当職員への精神的ケアがもっと必要である。	日中の利用者の状態を把握し、身体変化の予測と必要な対応について介護職員に丁寧に伝えることで、介護職員の不安の軽減を図ります。
Ⅲ-3-(5) 認知症ケア	56 Ⅲ-3-(5)-①認知症の状態に配慮したケアを行っている。	-	-	-	A			月に1回のモニタリングをし、ケア会議をし、連絡ノートなど情報共有が出来ている。プランのもと評価し、修正した支援を行い、認知症の方それぞれに役割をもたせる工夫をしている。慣れていないため、タブレットによる記録が分かりにくい。「身体拘束予防委員会」の活動を期待する。	
	57 Ⅲ-3-(5)-②認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	-	-	-		B		家族の同意を得て、室内に好きな人形や思い出のものを置くなど、その人らしく生活ができる工夫をしている。居室やトイレの前に飾りをし、分かりやすい工夫もしている。認知症の方と他の高齢者と分けていない。誰でも居室に入居りするため、安心・安全に過ごせるよう、もう少し工夫できると良い。	認知症専門研修に参加し、認知症の理解を深め、安心・安全に過ごせるように努めていきます。
Ⅲ-3-(6) 機能訓練、介護予防	58 Ⅲ-3-(6)-①利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	-	-	-		B		PT1名がプランを立て、ケア会議をし、担当を分担している。症状の変化を発見し、医師との連携は取っている。生活の中(トイレや移乗等)や行事の中(おかし作り、買物等)で訓練や予防活動に繋がっているが、一人ひとりに合わせた訓練はできていない。	PTが、入所時にチェックリストを用いて個々の興味を把握している。それを用いて、その人らしい日常生活を送るための必要な働きを個々に実施していきます。

Ⅲ-3-(7) 健康管理、衛生管理	59 Ⅲ-3-(7)-①利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	-	-	-	A		「緊急時対応マニュアル」「服薬マニュアル」があり、看護師は食事介助や入浴時に利用者の体調を把握し異常の早期発見を心掛けている。利用者に変化があった時の記録を「看護日誌」「介護日誌」にしっかり記録され、夕方の申し送りで情報を共有できている。	
	60 Ⅲ-3-(7)-②感染症や食中毒の発生予防を行っている。	-	-	-	A		「感染防止委員会」「食中毒マニュアル」「感染症マニュアル」がある。手洗い(1階居室前、2階4箇所)と消毒薬を使い分け、利用者だけではなく、職員・家族ともに標準予防策に沿って対応できている。	
Ⅲ-3-(8) 建物・設備	61 Ⅲ-3-(8)-①施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	-	-	-		B	開所から24年経つことで故障がある。設備は買い換えられている。建物・設備点検は定期的実施している。苑長が、利用者と一緒に昼食を食べられているのは、施設の快適性に繋がって良い。	定期的な点検を継続して実施し、不具合のある所は速やかに改善するよう努めます。
Ⅲ-3-(9) 家族との連携	62 Ⅲ-3-(9)-①利用者の家族との連携を適切に行っている。	-	-	-	A		家族との連携は取れている(相談、手紙等の広報、家族会など)。職員の自己評価も「A」で家族との連携を心掛けているのが分かる。	
		0	0	0	4	13	0	

	平成29年度			平成30年度		
	A評価	B評価	C評価	A評価	B評価	C評価
第三者評価結果	0	0	0	10	25	0