

光ハイツ・ヴェラス真駒内公園 第三者評価(調査日:平成23年1月24日)

評価機関:株式会社川原経営総合センター

当ホームは、(社)全国有料老人ホーム協会が実施する第三者評価を受けました。
 評価結果は以下の通りでございますので、ご報告申し上げます。
 この度の評価でご指摘を受けました項目は、改善に向けて取り組みサービスの向上に努めて参ります。

NO.	項目	自己評価	評価機関
1. 事業主体の経営方針			
1.1.1	経営姿勢の周知	A	A
1.1.2	経営における社会的責任	A	A
1.1.3	コンプライアンスへの取り組み	A	A
1.1.4	法人の事業計画策定	A	B
1.2.1	財務状況の改善・向上	A	A
1.2.2	資金管理	A	A
1.3.1	事業関連の共有	A	B
1.3.2	個人情報保護義務	A	A
1.3.3	個人情報の管理	A	A
1.4.1	職員の育成	B	B
1.4.2	職員の評価・報酬	A	A
1.4.3	人事考課	A	A
1.4.4	職員のモチベーション維持	A	A
1.4.5	職員の就業状況への配慮	A	A
1.4.6	中間管理職の役割	A	A
1.4.7	資格取得への支援	A	A
1.4.8	入居募集に係る職員への指導	A	A
1.5.1	入居者の権利擁護	A	A
1.5.2	権利擁護に係る外部との連携	A	A
1.5.3	虐待防止への組織的対応	A	A
2. ホームの運営方針			
2.1.1	運営理念の周知	A	A
2.1.2	ホームの事業計画の策定・評価	B	B
2.2.1	見学受け入れの姿勢	A	A
2.2.2	体験入居への取り組み	A	A
2.2.3	入居条件の緩和	A	A
2.2.4	契約書類内容の整合性	A	A
2.2.5	契約関係書類の開示時期	A	A
2.2.6	特定施設利用契約の説明時期	A	A
2.2.7	利用料改定方法	A	A
2.2.8	契約解除に係る入居者保護	A	A
2.2.9	保全措置	A	A
2.2.10	短期解約特例	A	A
2.2.11	原状回復取扱規程	A	A
2.3.1	要介護者等への職員配置	A	A
2.3.2	夜間の職員配置	A	A
2.3.3	サービスの質向上への取り組み	A	A
2.3.4	ニーズの把握	A	A
2.3.5	運営懇談会の開催	A	A
2.3.6	ホームの運営状況の報告方法	A	A
2.3.7	介護保険会計との区分	A	A
2.3.8	ホーム以外の事業会計との区分	A	A
2.3.9	社内の苦情処理体制	A	A
2.3.10	社外の苦情処理体制	A	A
2.3.11	損害賠償	A	A
2.4.1	金品授受の取扱い	A	A
2.4.2	業務マニュアルの策定・見直し	B	A
2.4.3	事故防止への取り組み	A	A
2.4.4	感染症予防の取り組み	A	A
2.4.5	災害対策マニュアルの整備	A	A
2.4.6	防災訓練の実施	A	B
3. 建物・設備			
3.1.1	バリアフリー	A	A
3.1.2	緊急通報装置	A	A
3.1.3	安否確認の実施	A	A
3.1.4	車いすでの移動	A	A
3.1.5	相部屋でのプライバシー配慮	A	A
3.1.6	共用施設の設置	A	A
3.1.7	来訪者との談話スペース	A	A

NO.	項目	自己評価	評価機関
4. 生活サービス			
4.1.1	生活相談業務	A	A
4.1.2	小口現金の管理	A	A
4.1.3	生活利便サービスの実施	A	A
4.1.4	外部からの生活サービスの導入	A	B
4.2.1	コミュニケーション	B	A
4.2.2	アクティビティの計画的な実施	A	A
5. 食事サービス			
5.1.1	バリエーション	A	A
5.1.2	入居者のニーズの反映	A	A
5.2.1	自立の観点での食事介助	A	A
5.2.2	疾病に対応した食事の提供	A	A
5.2.3	適温での提供	A	A
5.2.4	個別の食事管理	B	A
5.2.5	口腔ケアへの取り組み	A	A
6. ケアマネジメント			
6.1.1	介護の提供方針	A	A
6.1.2	接遇上の配慮	A	A
6.1.3	介護保険の制度説明	A	A
6.2.1	ケアマネジメントの実施	A	A
6.2.2	個別アセスメントの実施	A	A
6.2.3	ケアプランの作成	A	A
6.2.4	暫定ケアプランの作成	A	A
6.2.5	ケアプランの見直し	A	A
6.2.6	ケース会議等の開催	A	A
6.2.7	ケース会議等の個人情報利用	A	A
6.2.8	家族等との連携	A	A
6.2.9	身体拘束廃止への取り組み	A	A
6.3.1	職員の技術向上	B	B
6.3.2	職員の認知症介護技術向上	B	B
6.3.3	サービス評価の実施	C	C
7. ケアサービス			
7.1.1	健康管理	A	A
7.1.2	緊急通報装置への対応	A	A
7.2.1	閉じこもりの予防	A	A
7.3.1	個別ケア(入浴)の実施	A	A
7.3.2	入浴介助時のプライバシー配慮	A	A
7.3.3	入浴環境の整備	A	A
7.3.4	入浴介助中の事故防止対策	A	A
7.4.1	個別ケア(排泄)の実施	A	A
7.4.2	排泄介助時のプライバシーの配慮	A	A
7.4.3	おむつ交換の実施	A	A
7.4.4	臭気への配慮	A	A
7.4.5	排泄介護用品の選定	A	A
7.5.1	褥瘡予防	A	A
7.5.2	寝・食分離への取り組み	A	A
7.5.3	福祉用具の選定	A	A
7.5.4	館外での介助	A	A
7.5.5	機能訓練の実施	A	A
7.5.6	居住環境の整備	A	B
7.5.7	他の入居者との関わりの支援	B	A
7.6.1	医療機関との協力	A	A
7.6.2	家族との医療面での連携	A	A
7.6.3	服薬管理の実施	A	A

●評価機関所見

1. 優れた取り組みと思われる点

NO.	内 容
2-3-3	ホームでは法人内の内部監査室による内部監査を3ヶ月に1回受審し、ホーム内での課題等を浮き彫りにすることで、サービスの向上に向けての取り組みがなされています。内部監査は、全国有料老人ホーム協会の評価スケールの項目に沿って実施され、ホームへフィードバックをすることにより強みと弱みを明確にし、改善に向けてのツールとして活用し取り組んでいます。
2-3-4 2-3-5 5-1-2	ホームでは、入居者からの相談・要望・苦情については日常的に受け付け対応する旨を広報誌「ヴェラス通信」の中でも記載し伝えています。入居者との直接意見交換できる機会としては、年2回の全体運営懇談会のほか、2ヶ月に1回実施している「何でも相談会」、「茶話会」、3ヶ月に1回実施している「食事懇談会」を設けています。これらの開催にあたっては月の予定表に記載しているほか、当日館内放送にて参加を呼びかけ、入居者への働きかけが行われています。直接顔を見て話しをすることで、職員と入居者のコミュニケーションを図る一つのきっかけにもつながっています。各会の議事録も作成しており、不参加の入居者への配布のほかいつでも閲覧できるようマガジンラックに持ち帰り用の予備とともに設置しています。
2-3-6	ホームの運営状況については、毎年7月に開催している全体懇談会において各部門での報告がなされています。施設運営報告・生活サービスについて・食事サービスについて・介護サービスについて・施設運営管理報告を各事業報告が行われ、会計報告についても、施設部門・管理費・介護料部門・介護保険部門・食事部門・入居金部門と細かく丁寧に情報開示しています。全体懇談会での報告事項等は当日欠席した入居者だけではなく、全入居者に書面で配布し、ホームの運営についての理解を得られるよう取り組んでいます。
6-2-1	ケアマネジメントの実施にあたり、ホームでは計画立案からモニタリング、見直しのサイクルを定め標準化しています。手順に従って作成した入居者への個別援助計画についての実施記録は、経過記録内にプランに沿った記録を積み重ねています。入居者の状態変化等、計画の達成度合いを検証するための記録は重要で、これをもとにモニタリング等が進められています。ただ、すべて手書きの記録であることから、プランに沿った計画を一つ一つ追っていくには非効率的である現状があります。職員の気づきから入居者を支えている記録の積み重ねをより効率的に行うための工夫をすることでより入居者の様子を正確に捉えた計画に結びつくことが推察されます。
7-6-3	法人で実施した内部監査の指摘を受け、迅速に対応し「誤薬防止マニュアル」を改定しています。また、誤薬防止月間を設け、「誤薬防止10の心得」を掲げ職員の意識を高めています。この10か条には「一日一回、目を通しましょう」と赤字で書かれており、内容も一つ一つ点検しながら行えるよう分かりやすい表記で工夫されています。服薬時には10か条を確認しながら行い、与薬もれのないよう取り組んでいます。

2. 改善を要すると思われる点

NO.	内 容
1-1-1 1-1-2	自主行動基準は、基本理念及び法令・倫理遵守等を踏まえた内容で明確化されています。新任研修カリキュラムの中にも組み込まれ、職員として持つべき共通認識の浸透を図っています。加えて、入職時には行動指針の誓約書に署名捺印を取り交わし、コピーを職員に渡しています。このような取り組みが内部で行われている一方で、外部への公表が行われていない状況があります。自主行動基準を掲示してある場所は、事務所内とケアセンター内の2箇所に留まり、入居者が目に付く場所や配布などは行われていません。経営理念及びホームのサービス方針も合わせて、ホームページ・パンフレット・ホーム内の掲示等で自主行動基準の公表が望まれます。幅広く発信を行なうことにより、透明性の確保にもつながります。
2-4-3	ホーム内で行った事故やヒヤリハットやインシデントについては報告書の作成が行われています。これらの情報はヒヤリハット防止委員会において検討されていますが、支配人がチョイスした報告書についてのみの検討に留まっています。ヒヤリハットは職員の気づきであり、事故を未然に防ぐための情報源です。これらの情報を集計・分析することで、事故予防の対策や再発防止につながります。今後、事故を未然に防ぎ環境を整えるという観点からヒヤリハットをどのように活用すべきなのかをヒヤリハット防止委員会において検討することが期待されます。