



- 経営主体 社会福祉法人 カトリック児童福祉会
- 所在地 宮城県仙台市宮城野区燕沢東3丁目8-10
- 電話・FAX TEL 022-253-3301 FAX 022-253-3302
- 開設年月 平成10年10月1日
- 居室改修
- E-mail : info@palusia.or.jp
- ホームページ : <http://www.palsia.or.jp>

◆施設紹介写真



- 左上：交流スペース
- 中上：ダイニング
- 右上：礼拝堂
- 左下：中庭
- 右下：一般浴槽



◆入居定員

| 定員別 | 個室 | 2人 | 3人 | 4人 | その他 | 居室合計 | 入居総定員 |
|-----|-----|----|----|----|-----|------|-------|
| 部屋数 | 12室 | 7室 | 0室 | 6室 | 0室 | 25室 | 50名 |

◆入居経費概要

| | |
|-------|--|
| 居室使用料 | 個室 1日 1,150円 2人・4人室 1日 320円 (所得段階4の場合) |
| 食事費 | 1日 1,380円 (所得段階4の場合) |
| 光熱水費 | (居室使用料に含まれています) |
| その他 | 介護保険制度による加算：日常生活継続支援加算、夜勤職員配置加算等 |
| 月額合計 | 約83,000円程度 (要介護5、所得段階4、多床室の場合) |

◆入居待機状況

■ 428名(平成25年8月1日現在)

◆職員体制

■ 1 : 1.96

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1. 第三者評価機関

| | | | |
|-------|--------------------------------|---------|---------------------------|
| 名 称 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 | 認 証 番 号 | 第 171 号 |
| 所 在 地 | 仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウエル仙台ビル2F | 評価実施期間 | 平成25年4月16日～ 平成25年7月26日 |

2. 事業者情報

| | | | |
|--------------|--------------------|---------------|--------------|
| 名 称 (施設名) | パルシア | 種 別 | 特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名 | 折腹実己子 | 定 員 (利用人数) | 50名 |
| 所 在 地 | 仙台市宮城野区燕沢東三丁目8番10号 | | |
| TEL | 022-253-3301 | FAX | 022-253-3302 |

3. 講評

◇ 特に評価の高い点

1. 地域包括ケア体制の実現を目指しています。

「平成25年度パルシア関連事業重点目標」に、地域包括ケア体制を意識した取り組みが掲げられています。また広報誌「つばめ」第25号では、施設長が「地域に役立つ施設になりたい」の表題で地域包括ケアの意義を述べています。

団塊の世代が後期高齢者になる2025年の実現を目指し、息の長い取り組みですが、体制作りに向けて取り組みを進めようと、重点目標の設定と、今後に向けて決意の表明をしていることを高く評価します。

2. ISO9001を業務の基盤に位置づけて、先進的に取り組んでいます。

高品質なサービスの提供と業務の改善のため、平成14年度からISO9001の認証資格を取得し、先進的に取り組まれています。主に企業を対象とした「品質マネジメントシステム」のひとつですが、福祉事業の分野で果敢に取り組まれて成果を上げていることを評価します。

3. 毎年、お客様満足度調査を実施しています。

平成24年度調査で、11回となります。関連事業のショートステイ、デイサービス、ケアプランセンター、地域包括支援センターも含まれます。提供しているサービスの現状を把握し、業務を見直す良い機会となっています。調査結果はホームページや広報誌「つばめ」で公表されております。

4. 個別機能訓練計画に基づくりハビリを強化しています。

理学療法士を専任配置して月1回回診に来る大学の先生(PT)と共に計画書作成、実施、評価、モニタリングを行っています。

5. パストラルワーカーによる個別ケア、グループケアを実施しています。

利用者の宗教的側面に重点を置く寄り添うケア、人生の中で生きる意味を再確認し、最後の時を送ることができるよう支援、ターミナルケアの構築と家族へのケアを目標にパストラルワーカー(シスター兼看護師)を配置し実施しています。

6. 食の自立支援サービスや安心サポート事業で、地域の福祉ニーズを掘り起こし、地域福祉に貢献しています。

地域との様々な交流事業を実施すると共に、ひとり暮らしや高齢世帯に対して、配食や見守りを行い、地域の一員として活動しています。

◇ 改善が求められる点**1. 自己評価の実施方法を考えて下さい。**

自己評価は、日々の業務改善において、自ら気づき行動するという意味においても、全職員の意見が適切に反映されるような合議を行って作り上げることが重要です。次期受審時にむけて検討をお願いします。

2. 基本方針や重点目標にある「有効性」という表現について

ISO上の専門用語の一つと理解しますが、一読して分かりにくい表現です。基本方針や年間目標の改定時に検討をお願いします。

3. 三大介護の一つ「食事介助」を重視しましょう。

食事、入浴、排せつは、三大介護と言われています。基本方針にある職員職務心得の「利用者の立場に立ったケアサービスの提供」の中では、入浴、排せつ、認知症ケア、寝たきり状態の項目はありますが、食事支援は触れられていません。食事は利用者にとって一日の最大の楽しみです。次期改定期にむけて検討をお願いします。

4. 事故の減少に努めましょう。。

24年度事故防止委員会報告書によると、「転倒・転落」や主に皮下出血や皮膚剥離の「外傷」が、昨年に比べて増加しています。事故防止のための指針などを見直し、事故が減少するよう取り組みを強めて頂きたい。

4. 第三者評価に関する事業者のコメント

パルシアでは平成14年11月に「ISO9001」の認証資格を取得し、その後も継続して第三者視点導入によるサービスの質的向上に努めています。福祉施設の経営資源のマネジメントをしっかりと行い、①利用者の満足度を高めるケア、②サービス計画に沿ったケア、③利用者の権利を守るケア、④生活の質・サービスの質の保証、⑤利用者の自己実現を目指すケア、を目指して職員が一丸となって取り組んでいます。

以上のサービス改善の取り組みに対して、今回の第三者評価制度受審については、更なる客観視点の導入を図り、利用者へのサービス向上に活用したいと考えて受審いたしました。評価をいただいた6点については、出来る限り質の高い状態で維持するよう努力を続けていきたいと思えます。また、改善が求められる点については早急に見直しを行い改善を図ってまいります。

評価結果については早速に7月23日の職員会議で資料を配布して全職員に報告して情報共有いたしました。サービス改善活動はこれからも継続して行い、利用者の皆様に利用して良かったと思っただけのサービスづくりに取り組んでまいります。

このたびの「福祉サービス第三者評価制度」の受審は県内の特別養護老人ホームでは初めてとお聞きしましたが、今後は多くの高齢者施設が受審して自ら提供するサービスの向上に繋がるようにと願っております。

5. 評価調査者、受審施設対応者

(評価調査者)

熊谷 道夫(主任)
 團 順子
 前田 泰子

(受審施設対応者)

折腹 実己子(施設長)
 野辺地弘恵(事務長)
 三浦 広朋(生活相談員主任)
 志賀亜希子(介護支援専門員)
 高橋 京子(看護主任)
 伊藤 瞳子(管理栄養士)
 加藤 麻美(生活相談員)

6. 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

平成25年度 宮城県福祉サービス第三者評価結果票
(特別養護老人ホーム)

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果(a~c) | 連番号 |
|-------------------------|--|-----------|-----|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | | | |
| 1 理念・基本方針 | | | |
| (1) 理念・基本方針が確立されている。 | | | |
| ① 理念が明文化されている。 | 法人、施設の使命・役割を反映した理念、基本方針が明文化されている。平成25年度の事業計画書には、1ページから基本理念、パルシア関連事業基本方針、職員の心構え、職員職務心得、パルシア関連事業重点目標、職員年間目標が掲載され、一体のものとして運用されている。またパルシアのシンボルマークの由来も説明されている。 | a | 1 |
| ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | 理念などは、施設内では誰でも目に付く大きさに掲出されている。ただし基本方針や職員年間目標の中には、ISOの関連があると思うが、「その有効性を継続的に改善」とか「サービスの有効性追求」などの一読して分かりにくい表現があり、職員の行動規範、利用者・家族との共有の観点から分かり易い文言に改善が必要と思われる。次期改定期にむけて検討を期待したい。 | b | 2 |
| (2) 理念・基本方針が職員に周知されている。 | | | |
| ① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | 理念や基本方針が職員や利用者、家族に周知されている。職員に対しては、会議や講話、研修などで周知が行われている。職員ヒヤリングの場でも確認できたが、諸会議に参加の際は、理念、基本方針、目標などの記載された事業計画書を持参して臨むという習慣づけが、職員に徹底されており評価できる。 | a | 3 |
| ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 家族に対しては、事業計画書の送付、広報誌の配付、家族懇談会での説明など評価できる。利用者に対する園長と語る会などでの説明を含め、職員と違った分かりやすく説明した資料を作成するなど、より理解しやすいような工夫を期待したい。 | a | 4 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-----------------------------|---|---------------|-----|
| 2 計画の策定 | | | |
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | |
| ① 中・長期計画が策定されている。 | 経営や施設の福祉サービスに関する中・長期計画が法人で作成されている。またそれを受けて各年度の事業計画が策定されている。 | a | 5 |
| ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | 事業計画は各事業、各部門ごとに作成されており、特養ホームの三ユニットでも目標を含め計画されている。全てが数値化などで定量的な分析が可能な計画とはなっていないが、各項目ごとに達成度欄などを設けて実施状況の評価や進行管理が行われる配慮はなされている。 | a | 6 |
| (2) 計画が適切に策定されている。 | | | |
| ① 計画の策定が組織的に行われている。 | 計画の策定にあたっては、組織的な取り組みがあり、骨太の方針は示されるが積み上げ方式で職員も参加し作成されている。進行状況は運営会議や職員会議において、計画通り行われているか実施状況を毎月確認している。 | a | 7 |
| ② 計画が職員や利用者に周知されている。 | 評価に伴う見直しも行っている。計画が職員や利用者等に周知されている点は、基本理念、基本方針と同様に行われている。 | a | 8 |
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | | | |
| (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| ① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。 | 平成14年度から、サービスの質の向上のため、ISO9001/2008年度版の認証を得ており、役割と責任は一層明確になっている。(注)大きな認証基準としては、継続的改善(PDCAサイクル)、文書化、経営者(管理者)の責任、職員教育・組織内マネジメント、内部監査がある。 | a | 9 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--------------------------------------|--|---------------|-----|
| ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | 定期的に勉強会や施設長講話を開催し、職員周知をしている。 また広報誌「つばめ」で広く地域住民をも対象に現状の取り組みと今後の方針を示している。(町内会を通じ、4000部各戸配布)また内外研修に参加して法令などの理解に努め、職員にコンプライアンスの重要性を伝えている。 | a | 10 |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| ① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | 利用者の要介護状態が進む中で、一人ひとりが元気に最期まで自分らしく生き生きと暮らし続ける事ができるように介護力向上委員会を再編成し、ケアサービスの向上にむけて、水分摂取、皮膚疾患、介護機器、褥創指針の見直しなどきめ細かい取り組みに指導力を発揮している。 | a | 11 |
| ② 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。 | おむつゼロ、認知症ケアなど、科学的で専門性の高い介護の確立を目指して努力が行われている。業務の効率化や改善も全職員から提案を貰い、よい提案には表彰する等、モチベーションの向上にも努めている。 | a | 12 |
| II 組織の運営管理 | | | |
| 1 経営状況の把握 | | | |
| (1) 経営環境の変化等に対応している。 | | | |
| ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 | 事業経営を取り巻く環境の把握は、全国老協発行のウイークリーやホームページ、そして福祉新聞などで把握し、朝礼や職員会議などで周知されている。また地域の福祉ニーズの把握もされており、利用者数など施設が位置する燕沢、鶴ヶ谷地域の特徴、変化等も周知されている。 | a | 13 |
| ② 施設の経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | 経営状況の分析や課題を発見する取り組みは、運営会議などで利用者の状況や稼働率について確認し、決算、予算も職員会議で周知されている。 | a | 14 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果(a~c) | 連番号 |
|---|---|-----------|-----|
| ③ 外部監査が実施されている。 | 外部監査については、ISOの認証を得てサーベイランスなど、詳細に実施されている。税理士の監査も決算時期を中心に定期的に行われている。 | a | 15 |
| 2 人材の確保・養成 | | | |
| (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | | |
| ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | <p>人材の確保、育成に関する具体的なプランがある。職員育成委員会の計画に基づき、新任職員、専門資格者、指導的職員、一般職員、考課対象者など、経験年数や資格に応じた研修を計画的に行い、職員の専門性向上とケアのスキルアップを図っている。</p> <p>平成24年度のケアワーカーの異動状況は退職5名、新規採用5名である。これまで障がい者雇用も1名行われている。職員補充の困難性については平成24年度の事業総括の中で、「社会的にも今後の大きな課題」として、言及されている。社会福祉事業や雇用、教育の各分野がお互いに協力して解決を見出して頂きたい。</p> | a | 16 |
| ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | <p>人事考課は法人で統一的に決められている「職群別役割資格制度」に基づき、体系的、客観的に実施されている。そのため目標管理シート(注)や各段階の面接などが、年2回行われている。</p> <p>(注)正式名は「Do-CAPシート」。評価要素は10項目で、前期課題の達成度、部門目標達成への貢献、利用者本位のサービス実践、整理・整頓・清潔・清掃・躰(5S)の取り組み、コミュニケーション、規律や規範の順守、担当業務に対する責任性、業務への積極的な取り組みや改善、他者や他部門との協調性、自己管理、自己啓発への取り組みとなっている。</p> | a | 17 |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |
| ① 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>職員の有給休暇の取得率や時間外労働の実態など、職員育成委員会や運営会議で毎月把握している。把握された内容の改善策も検討される場になっている。法人段階には施設長が参加する人事管理制度委員会があり、制度全般における協議、検討の場がある。</p> <p>非番の職員の諸会議参加も、労働時間調整が決められており厳格に運用されている。月一回産業医が来園して、面接室で健康相談を行っている。</p> | a | 18 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--|---|---------------|-----|
| ② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | <p>福利厚生事業は職員の健康増進、余暇活動の充実、生活利便の向上のため取り組まれている。</p> <p>仙台市関連財団のグリーン・パルにパートを含めて全職員が加入し、各種チケットの斡旋などの利用をしている。また専門資格の取得のため勤務扱いの優遇や、お祝い金の制度も、法人の内規で決められている。職員の親睦会もあり「新任職員歓迎会」の催しも行っている。</p> | a | 19 |
| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | |
| ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 | <p>基本姿勢が基本方針、事業計画に明示され、個々の職員に対しても計画に基づいた具体的取組があり、個別の見直しや評価も行われている。</p> | a | 20 |
| ② 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た具体的な取組が行われている。 | <p>一年間の取り組みの内容は平成24年度事業報告で確認できるが、その他特記すると次の取り組みも行われている。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 職員の心構え、職員職務心得の徹底 2. 基本姿勢の施設内掲示 3. 上司面接による職員個々人の意向把握 (年2回) 4. 職員育成委員会の計画策定と評価や見直し (毎月第1水曜日) 5. 専門資格部会の活動 (6部会 各年3回) 6. 復命書による派遣研修の評価と研修報告会の定期的開催 | a | 21 |
| ③ 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>以上のように、施設として職員の質の向上にむけた体制は確立されている。</p> | a | 22 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果(a~c) | 連番号 |
|-------------------------------------|--|-----------|-----|
| (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 | | | |
| ① 実習生の受け入れに関する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | 在仙の4大学を中心に、社会福祉士、介護福祉士、看護師、栄養士、ホームヘルパー初任者研修の実習生を、年間延べ500名を超える数で受け入れている。 実習指導委員会を設置して、基本姿勢、マニュアル、受け入れの配属確認、養成校との連絡調整、評価などを担っている。 | a | 23 |
| ② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。 | 指導者講習会に参加し、実習指導の向上に努めている。 実習生には「実習感想カード」を作成して頂き、課題や問題点の掘り起しも行っている。 外国からの施設体験も受け入れた実績がある。 | a | 24 |
| 3 安全管理 | | | |
| (1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。 | | | |
| ① 災害に関する対応体制を整備している。 | 火災や風水害などのマニュアルが整備され、地震防災対策委員会を年4回開催して、災害対応体制が整備されている。東日本大震災時の福祉避難所設置の経験を活かして、倉庫の増設や非常用食料、物品の備蓄が行われている。 | a | 25 |
| ② 衛生管理に関するマニュアルを整備している。 | 感染症予防委員会を設置して各種マニュアルに基づき食中毒予防を始め配膳室、冷蔵庫、皮膚密着部などの清潔保持呼びかけ、手指清潔の手洗い指導、外気浴、換気の徹底、インフルエンザ、ノロウイルス予防を職員研修を含め実施している。 | a | 26 |
| ③ 感染症予防と対応体制を整備している。 | | a | 27 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-------------------------------------|--|---------------|-----|
| ④ サービス実施時に発生した事故を把握している。 | 発生した事故把握と事故防止の具体的な取り組みは、アクシデント、インシデントシートの活用や事故防止委員会やリスクマネジメント委員会を通して取り組まれている。 | a | 28 |
| ⑤ 事故防止のための具体的な取組を行っている。 | 事故予防のためKYT訓練を活用している。 あらゆる事故を管理しており、優れた分析と評価できる「平成24年度事故防止委員会報告書」によると、「介護事故の軽減」は、反省点が多く改善が必要、昨年度に比べると件数が増加していると総括されている。要介護度の重度化進行の中で施設のアキレス腱とならないようさらなる的確な対策を取るよう期待したい。 | b | 29 |
| 4 地域との交流と連携 | | | |
| (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | |
| ① 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | 地域関連行事の企画のため、行事实行委員会を設置して、テラスパーティ、パルシア祭り、ふれあいセミナーを開催している。1月にはセミナーで「ラフターヨガ体験会」を行った。週1回地域交流スペースに売店を開設し、利用者の便に供している。地域の敬老会に参加して交流している。 | a | 30 |
| ② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | 利用者と地域との交流を広げるため、地域への働きかけを積極的に行い、施設が持つ機能を地域に還元している。ボランティアの受け入れも活発である。施設の門扉横掲示板には、「ボランティア募集」の大きなポスターがある。 | a | 31 |
| ③ ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | ボランティアではコーディネーターを配置し、基本姿勢を明確にして、個人の希望や技能を勘案しオリエンテーションを行いながら受け入れている。24年度事業報告によると、週別曜日別の活動予定が作成され、年間600名近くのボランティアが活動している。 活動内容は多岐に渡り居室清掃、民謡、生花教室、裁縫、補修、ホーム喫茶、ティパーティ、洗濯物配り、車いす洗浄、歌、傾聴などがある。また行事の受け入れも行われ、保育園、幼稚園、小学校そして団体の歌、太鼓、踊りなども演奏されている。 | a | 32 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-----------------------------|--|---------------|-----|
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| ① 必要な社会資源を明確にしている。 | <p>施設の役割や機能を達成するため必要となる関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。当該施設内にショートステイ施設、デイサービス、ケアプランセンター、地域包括支援センターがあり、近くの法人本部では、特養ホームなども運営され一体のものとしてケアサービスが提供されている。</p> <p>パルシア周辺の社会資源としては、公園、小学校、児童館、コミュニティセンター、防災センター、町内会集会所、教会があり、また三つの総合病院や、健康診断を行う県労働衛生医学協会も近くにある。さらに大型量販店や食料専門のスーパーもあり、連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。</p> | a | 33 |
| ② 関係機関等との連携が適切に行われている。 | <p>地域関係者との連携もスムーズに行われ、町内会、地区社協、地区民児協、福祉委員などとの連携を行っている。毎月の民児協の例会にも施設の会議室を開放している。医療関係者や行政との連携ももちろん行われている。</p> | a | 34 |
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
| ① 地域の福祉ニーズを把握している。 | <p>仙台市の中でも、高齢化率や一人暮らし世帯が多い地域であり、地域包括支援センターやケアプラン作成事業所との連携で、福祉ニーズを把握し、地域ケア会議を開催して課題解決に当たっている。</p> | a | 35 |
| ② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | <p>施設ではデイサービスやショートステイ事業や安心サポート事業、町内会茶話会への車送迎、配食サービスの事業も実施している。施設全体として、福祉ニーズに基づいた事業、活動が行われている。</p> <p>福祉ニーズとの関連で、入所検討会議が公開はしていないが月1回開催されている。24年度は125件の判定件数である。また新入所者は14名である。3月末現在の待機者数は430名になっている。</p> | a | 36 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--|--|---------------|-----|
| Ⅲ 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 | | | |
| (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | |
| 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持つための取組を行っている。 | 平成25年度の事業計画書を作成し、その中の基本方針に利用者を尊重したサービス提供や基本的人権の配慮について明記されている。 また、利用者のQOL向上のための研修や高齢者虐待防止・身体拘束廃止・個人情報の取り扱いに関する研修など、職員間で共通の理解を得るための取り組みが行われ各ユニット会議で周知されている。 | a | 37 |
| 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。 | 利用者のプライバシー保護に関しては、ISOの認証を得ており、マニュアルが整備され園内研修で接遇セミナーを開催し、日常のサービスに於いて実践されている。 | a | 38 |
| (2) 利用者満足の向上に努めている。 | | | |
| ① 利用者の満足の向上を意図した仕組みを整備している。 | 利用者の満足の向上を目指す姿勢は、平成25年度事業計画に「常に利用者の満足度を高めるケアを実践する」として明記されている。 年に一度お客様満足度調査を実施し、ケアワーカーが利用者への個別の面談や聴き取りを行い、また、家族には郵送で調査票を送付し無記名で回収する方法で実施されている。その結果は広報誌「つばめ」及び「ホームページ」で公表されている。 | a | 39 |
| ② 利用者の満足の向上に向けた取組を行っている。 | サービス向上委員会を設置し把握した結果を分析し、運営会議で分析・結果に基づいて課題を検討し、具体的な改善の取り組みが行われている。 | a | 40 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-----------------------------------|--|---------------|-----|
| (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | |
| 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。 | 日常的には、利用者の申し出により希望の場所での相談や月1回の園長と語る会において、お話する機会を設け環境が整備されている。施設内に面会票や面接室の設置、苦情用紙・苦情受付ポストを設け、第三者委員3名を委嘱し「苦情解決制度の流れのご案内」として掲示されている。 | a | 41 |
| ② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | 重要事項説明書に事業所の苦情解決責任者、苦情受付窓口(担当者)・行政機関の苦情受付窓口が明記されている。現在は第三者委員(評議員)の名前は別紙で家族に渡している。 利用者の立場に立った苦情解決の為の第三者の相談窓口として第三者委員3名を重要事項説明書に明記していただき、相談方法の選択肢として位置づけ、また、パンフレットや広報誌等に掲載する工夫などをお願いしたい。苦情受付ポストの設置場所についても誰もが投函しやすい配置が望まれます。 | b | 42 |
| ③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | 受けた苦情等は利用者、家族にフィードバックされ了解を得て事業報告書に掲載し公表している。 利用者毎に職員の担当制になっており、信頼関係は構築され意見に対しても迅速に対応するよう取り組んでいる。 | a | 43 |
| 2 サービスの質の確保 | | | |
| (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | | |
| 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。 | 年1回業務改善提案を全員参加で実施して、ISOの認証機関にて、第三者評価を定期的に受審しており、評価を行う体制が整備されている。 | a | 44 |
| 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。 | 今回初めての第三者評価受審に当たり、各職種代表が協働で自己評価を実施しまとめ、作成されている。作成された自己評価は各ユニット毎で共有している。 ただし今回の自己評価は、日々の業務改善に於いて自ら気づき、行動する観点から、職員全員が評価に関わり、取り組むことが十分とは言えない。 | a | 45 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--|--|---------------|-----|
| ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | ISOの認証を得て、外部監査(年1回)、内部監査(年2回)を実施し、課題結果の分析から明確になった課題については「是正処置の結果」として文書化され、運営会議で改善計画を立て実行されている。 | a | 46 |
| (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | |
| ① 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。 | 個々のサービスについて標準的な実施方法は、ISOマニュアルに文書化されサービスが提供されている。 利用者の尊重やプライバシー保護の姿勢が事業計画にも明示されており、育成研修や職員会議に於いて周知されている。I | a | 47 |
| 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。 | ISOの内部品質監査委員会でマニュアルに沿ったサービスが提供されているか評価し、改善の際は職員間で検討し、利用者等からの意見や提案が反映される仕組みになっている。 見直しの時期については、パソコンの改定履歴で確認している。 | a | 48 |
| (3) サービス実施状況の記録が適切に行われている。 | | | |
| ① 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。 | サービス実施状況の記録は、「福祉業務支援ソフトほのぼの」を採用し、多職種間で日々の記録が記入でき、サービス内容等の確認が共有できる体制になっている。 また、新任職員の研修に於いても指導職員を配置し記録のばらつきがない工夫をされている。 | a | 49 |
| ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 記録の管理体制は文書管理台帳に責任者を配置し、保管・保存・廃棄の規程を定めている。 情報開示を求められた場合の規程は契約書に明記されており、個人情報保護の規程も研修で周知されている。 | a | 50 |
| 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。 | 利用者状況の情報の共有はユニット毎の引継ぎ簿や月1回の職員会議(全職員対象)・サービス担当者会議・ユニット会議そして、ソフトほのぼの等で共有している。 | a | 51 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果(a~c) | 連番号 |
|---|---|-----------|-----|
| 3 サービスの開始・継続 | | | |
| (1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | | |
| 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。 | 事業所を紹介したDVDやホームページで法人組織の紹介が公開されている。サービス内容を紹介したパンフレットや広報誌等はカラー写真にして、わかりやすい資料をショッピングセンター等の人目のつく場所に設置している。 見学・体験入所・一日利用などは希望に応じて対応し記録されている。 | a | 52 |
| 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。 | サービス開始時は、サービスの内容、特に利用料金表などは具体的にわかりやすく記載され、利用者等に説明し同意が得られている。 また、契約を締結することが困難な利用者には、成年後見制度の情報を提供している。 | a | 53 |
| (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | | | |
| ① 事業所の変更や家庭への移行などに当たりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | 事業所の変更や家族への移行等サービスの継続的な配慮は、生活相談員が支援している。 3・11の東日本大震災後、行政機関と連携しサービスを継続している事例もある。長期入院後、退院となった場合の相談支援の体制は確立されている。 | a | 54 |
| 4 サービス実施計画の策定 | | | |
| (1) 利用者のアセスメントが行われている。 | | | |
| ① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。 | 事業所が採用した「包括的自立支援プログラム」を活用しアセスメント項目はチェックされている。 そのアセスメントの内容を踏まえて作成されたサービス実施計画は、利用者一人ひとりのニーズに対する具体的なサービスを記載し、6ヶ月に1回の見直しで実施している。 | a | 55 |
| 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。 | 更新時期やサービス内容の変更等により、3ヶ月に1回見直しされ明示されている。 | a | 56 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|------------------------------|--|---------------|-----|
| (2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている | | | |
| ① サービス実施計画を適切に策定している。 | サービスの実施計画はケアマネージャーを中心に利用者・家族・生活相談員・管理栄養士・看護師・パストラルワーカーの参画のもと、サービス担当者会議で合議し、ケアプラン作成スケジュール管理表の手順に従ってPDCAのサイクルが継続的に実施されている。 | a | 57 |
| 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。 | モニタリング表を活用し定期的に評価・見直しを行っており、緊急時に於いてもカンファレンスを開催し関係職員で検討している。その際の計画変更についても速やかに実施されている。 | a | 58 |
| IV 適切な処遇の確保 | | | |
| 1 個別サービスの提供 | | | |
| (1) 利用者に対する食事の提供 | | | |
| ① 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。 | 利用者一人ひとりの心身と生活の情報を集め、総合的視点で策定した個別支援計画書を基に管理栄養士による献立が作成されている。 毎月体重測定を行い、毎食の摂取量を個別一覧表に記載して状況を把握し、胃ろう造設者10名、経管栄養者1名を含め、その利用者に合った食事をフリータイム制で提供している。 | a | 59 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果(a~c) | 連番号 |
|---|---|-----------|-----|
| ② 食事を楽しめるような工夫を行っている。 | <p>高さが調節できる食卓用テーブルを使用して、利用者の身体状況に合わせ、適切な食事の提供と介助が行われている。</p> <p>食事改善委員会は嗜好調査や残食調査を行い、メニューに反映している。行事食はおかゆの利用者、堅い物食べられない利用者にも同じ物が食べられるよう、また季節を感じられる食材を取り入れるよう工夫がされ、外出先での食事(特に回転すしが好評)をする等、楽しみのもてる食事が提供できるよう取り組んでいる。</p> | a | 60 |
| (2) 利用者に対する入浴の提供 | | | |
| ① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。 | <p>入浴介助手順書、全身清拭手順書が整備され、利用者の身体状態に合わせた入浴支援や清拭支援が行われている。</p> <p>浴室は個浴槽と大浴槽、特殊浴槽(現在17名の利用者がある)が設置され、リフト等多種入浴機器を使用し、転倒防止の手すりも整備されている。</p> | a | 61 |
| ② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。 | <p>同性職員の介助、利用者一人づつの入浴、脱衣室は広めのスペースがある等安全とプライバシーに配慮した環境を整えている。</p> <p>6月より開設後15年を経過した浴槽の改修工事が行われており、バージョンアップで更なる安全と快適な入浴サービスの提供が期待できる。</p> | a | 62 |
| (3) 利用者の適切な排泄管理 | | | |
| ① 排泄の自立に向けて、利用者の状態に合わせた支援を行っている。 | <p>個別排泄チェック表、おむつ交換手順書が整備され、利用者の状態に合わせた支援を行っている。</p> <p>水分補給やファイバー食品の利用、また排泄時にお腹を押す等の支援を行って、浣腸や下剤の利用が少なくなるなどの効果がみられた。</p> <p>おむつ使用の利用者でもトイレでの自立排泄に取り組んでいる。</p> | a | 63 |
| ② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。 | <p>ポータブルトイレ(2名の利用者)やトイレでの排泄時は同性職員による介助の他、カーテンのかけやドアの外で待つ、また使用後は速やかに片づける等羞恥心やプライバシーに配慮した支援を行っている。</p> | a | 64 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|----------------------------------|---|---------------|-----|
| (4) 利用者の適切な褥瘡予防 | | | |
| ① 褥瘡の予防と治療を適切に行っている。 | <p>褥瘡の対策及び予防に関するマニュアルを整備し、職員全員が外部研修や園内勉強会に参加して「褥瘡は栄養と身体清潔が関連している」事を理解し、入浴介助時や排泄介助時に利用者の皮膚状態の観察を行い、情報を把握して共有している。赤くなっていた場合は、褥瘡にならないよう適切な処置を講じている。</p> <p>定期的な体位交換を行い(体位交換表をベットに貼り付けてある)、栄養状態の確認や低反発マットの利用など適切なケアで、現在は褥瘡のある利用者はいない。</p> <p>介護力向上委員会は、年2回褥瘡予防指針の見直し、改善事例の検討会を行い、利用者の快適性向上に取り組んでいる。</p> | a | 65 |
| (5) 利用者の離床、移動の支援 | | | |
| ① 利用者の意思に基づいた離床や移動のための支援を行っている。 | <p>個別支援計画書に基づき、日中はベットから離れての生活を支援している。</p> <p>施設内は広々とした造りになっており、廊下も車イスでも自由に交差できる広さがあり、利用者の状態や希望に応じて移動する支援を行っている。</p> <p>リクライニング車イス、自走式車イスなど複数種用意され、利用者の状態に合ったものを使用している。また操作の仕方についても説明をしている。</p> <p>理学療法士により、個別機能訓練計画書が作成され、福祉用具の利用の評価をケアマネージャー、ケアワーカーと話し合い、記録されている。</p> | a | 66 |
| (6) 利用者の整容の確保 | | | |
| ① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。 | <p>ケアチェック表により利用者の状態を把握して、起床時に利用者の選択した服装の着脱や髪型などできない部分の身の回りの介助を行い、快適に日常生活が送れるよう支援している。</p> <p>社会資源を活用し、メイクボランティアによる化粧の指導、毎週訪問がある理髪業による散髪、パーマメント、毛染め、髭剃り等の利用が行われている。</p> <p>家族の協力を得て、季節毎の衣服の交換、必要があれば新しく購入するなどの支援を行っている。また汚れた時は速やかに着替えを行い、利用者には不快な感じを与えないよう支援している。</p> | a | 67 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--------------------------|---|---------------|-----|
| (7) 個々の生活、障害に合わせた介護 | | | |
| ① 個々の生活に合わせた介護を適切に行っている。 | <p>利用者一人ひとりの心身や生活の状況の情報を、ケアマネージャーが施設の生活相談員、理学療法士、看護師、ケアワーカー、管理栄養士から集め、総合的視点でアセスメントを行って、個別援助計画を策定している。策定には利用者及びその家族の希望を尊重し、意向を把握し、援助計画やサービスに反映している。</p> <p>個別援助計画は定期的に見直しを行い、評価を行い記録に残している。</p> <p>毎月の介護力向上委員会は、利用者の快適性向上のため、ケア全体に係る改善、協議、検討の場としている。</p> <p>またカトリック施設として、精神的なケアにも重点を置いている。</p> | a | 68 |
| (8) 利用者の健康管理 | | | |
| ① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。 | <p>看護師6名が日曜、祝祭日も交替で勤務し、日常の健康状態を健康管理記録に記載して共有している。</p> <p>口腔ケアの必要性は職員全員が理解し、朝、昼、夕食後に利用者全員に状態に応じた支援を行っている。</p> <p>毎週火曜日に歯科医が来訪し、口腔ケアの指導を行っている。</p> | a | 69 |
| ② 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。 | <p>夜間の24時間オンコール体制が整備されている。</p> <p>交流の困難な利用者には、パストラルワーカーが訪室して、寄り添う介護の実施で精神的ケアが行われている。</p> | a | 70 |
| ③ 服薬の誤りがないよう対策を講じている。 | <p>看護師の定期業務の一環として服薬の管理があり、朝は赤、昼は黄色、夜は青と色分けして、確認しながら与薬箱に振り分けする誤薬対策を講じて実施している。ケアワーカーが再度確認して、利用者に渡し、全部飲み切るまで見守るようになっている。薬は医務室で管理し、不在時は施錠している。</p> | a | 71 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--|---|---------------|-----|
| (9) 利用者に対する機能訓練または生活の活性化(アクティビティケア)の実施 | | | |
| ① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。 | 理学療法士が配置されており、個別機能訓練作成手順書が整備され、一人ひとりの心身の状態に応じた個別機能訓練計画書を作成して、実施、評価、モニタリングを行い、担当者会議で説明している。 また、利用者本人の生活の活性化を図るため、「国分町のなじみの呑み屋に行く」「寿司を食べに行く」などの目標を定め、声がけしながら、機能訓練の実施を行う工夫をしている。 毎月大学の先生のリハビリ回診があり、その連携により、手指麻痺された利用者が両手指とも動くようになり、利用者の念願だった「自分の手で顔を掻きたい」が実現し、機能訓練の成果が得られた実績がある。 | a | 72 |
| (10) 利用者の主体性の尊重 | | | |
| ① 利用者の主体的な生活や活動を尊重している。 | 各職種代表で構成されるサービス向上委員会は、年1回利用者にサービス満足度調査を実施し、結果を受け、検討、改善を行い、「施設の中心はご利用者である」という精神の基、サービスの向上に取り組んでいる。 | a | 73 |
| ② 預かり金は利用者の希望に沿って適切に管理している。 | 預り金は施設で管理し、利用者の希望や必要性に沿った柔軟な対応となっている。出納状況は定期的に書面で本人、家族に報告している。 | a | 74 |
| ③ 生活に継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。 | 週1回コンビニの出張販売があり買い物、新聞の購読、お酒、たばこなど利用者の意思、要望が尊重される配慮がある。 | a | 75 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|---|--|---------------|-----|
| (11) 認知症の正しい理解と適切な対応 | | | |
| <p>① 認知症を理解し、利用者に対して適切に対応している。</p> | <p>「利用者の重度化に対応した介護力向上の取り組みの継続」を事業重点目標に掲げて、認知症高齢者が安心して暮らすことができる環境づくりに取り組んでいる。 職員は、外部研修や園内研修を受講し、認知症の理解とそのケアに関する知識を持ち支援している。 各ユニット毎に認知症ケア会議を開催し、ケアマネージャ、生活相談員、ケアワーカーが、認知症の診断を受けた、あるいは認知症の兆候が見られる利用者に対し早期受診するなど、個別支援計画書を検討し取り組んでいる。 また介護力向上委員会でも、必要に応じて随時対応の検討に取り組んでいる。 職員の異動があった時は、利用者と園長の語る会の時に説明する配慮をしている。</p> | a | 76 |
| (12) 終末期のケア | | | |
| <p>① 終末期ケアを実施する体制を整えている。(あるいは研究・検討を進めている)</p> | <p>看取りケアマニュアル、手順書が整備されており、カトリック精神に基づいた指針「パルシアにおける看取り介護」と同意書が成文化され、入所時に本人と家族に説明して、同意を得ている。 状況の変化に伴い家族、医師、各関係職員と話し合いをして、プランを作成している。 看取りの経験があり、医師と看護師、ケアワーカーの生活支援の連携で力量と体制は整えられている。 利用者、家族の希望により静養室に移動して頂く準備があり、また最後の時を迎えた時は霊安室があり、入所者、スタッフ全員でお見送りをする体制となっている。 職員は年2回「ターミナルケア」「看取りケア」の研修を受けている。</p> | a | 77 |

事業所名(特別養護老人ホーム パルシア)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄(調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|--|--|---------------|-----|
| 2 家族との交流確保 | | | |
| (1) 利用者と家族の交流、家族との連携確保 | | | |
| ① 利用者と家族との交流、施設と家族の連携を図っている。 | 生活相談員が中心となり、年1回の家族懇談会の開催、家族通信で利用者の近況報告や行事への参加呼びかけを行い、家族との交流を図るよう取り組んでいる。 家族の面会時間に制限はない。各部屋に面会者の名前と利用者との関係を書いた「面会票」を綴っておき、家族に誰が来たのか分かるようにしている配慮がある。 定期的に施設長と利用者、家族との面談、利用者と園長と話し合う会を設け連携を図っている。 | a | 78 |
| 3 利用者の人権の擁護 | | | |
| (1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止 | | | |
| ① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。 | 守るべき規範、倫理等を明確にし、緊急やむを得ない場合の手續きについて明文化しており、本人、家族に説明する体制を整えている。 | a | 79 |
| ② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。 | 「高齢者虐待防止」「身体拘束廃止」「不適切なケア」の園内研修により、職員全員は身体拘束による弊害を理解し取り組んでいる。 職員にアンケート調査を行い、またストレスマネジメントに関する研修を行い、セルフコントロールの方法についても周知している。 サービス向上委員会は、年2回「身体拘束抑制実態調査」を実施して現状を把握するよう対応策を講じている。 | a | 80 |
| ③ 利用者に成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。 | 施設内のデイサービスや燕沢包括支援センター、鶴ヶ谷包括支援センターで権利擁護の利用情報の提供などの連携体制は整っている。 | a | 81 |