

第三者評価結果

社会福祉法人 ひまわり
特別養護老人ホーム 瑞雲荘

特定非営利活動法人
大分福祉サービス評価機構

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 大分福祉サービス評価機構

②第三者評価実施日

平成 19 年 9 月 24 日、10 月 2 日

③事業者情報

名称：特別養護老人ホーム 瑞雲荘	種別：老人介護施設
代表者氏名： 利光 和彦	定員（利用者数）： 50 名
所在地：大分県杵築市大田沓掛 2380 番地	Tel 0978-52-2233

④ 総評

◇ 特に評価の高い点

当施設は、大分県西国東郡大田村立特別養護老人ホームとして創設され、大田村が杵築市に合併後は、市立の特養として運営され、本年 4 月社会福祉法人「ひまわり」へ、経営移譲が行われたものである。このように、官から民へ、施設は大きな変革があったにも関わらず、施設長以下施設職員の並々ならぬ努力で、利用者の毎日の生活が満足感に溢れたものとなっている。法人の基本理念「・利用者の尊厳を守り、敬愛の精神で接すること・地域福祉の拠点となり、開かれた施設として地域に貢献すること」が、当施設運営の基本となっている。玄関の掲示、広報誌に記載、全職員が朝礼で唱和また携帯して日々実践していることは、高く評価したい。

業務遂行上では、マニュアルに基づき「サービス向上委員会」、「安全管理委員会」で、全職員参加の下、サービス向上や利用者の安心・安全に取り組んでいる。また、週 3 回の入浴については、機械浴の機材の設置など、快適な入浴環境づくりに経営努力を傾注している。

法人として、地域のニーズ解決に努め、例えば「介護タクシー」の許可をとって、高齢者や障害者の足として、活動している。

◇ 改善を求められる点

4 月に運営移譲を受けて、まだ半年しか経ってないのに、基本的なマニュアルは、しっかりと整備されている。今後の課題として、より質の高いサービスが提供できるように、介護現場での食事介助・排泄介助・入浴介助などの手順書類の整備に、是非取り組んでいただきたい。

また、地域に開かれた施設創りのため、行事や研修協力、災害時の相互助け合い活動などで、地域とのかかわりを一層深めるようお願いしたい。

⑤ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成19年4月に特別養護老人ホーム瑞雲荘を杵築市から委譲され、半年が経過したことを機に、しっかりとした運営の基礎を学ぶため、第三者評価を受けることにしました。

社会福祉法人ひまわりは、在宅サービスの事業所として9年の実績はあるものの、特養の運営は初めてです。その在宅サービスで学んだ独自の運営基準で特養の運営に取り組んで参りましたが、現状で外部に通用する運営が行えているかどうか不安でした。

今回、運営開始から半年という短期間での第三者評価の取り組みですが、運営基準を見直し、サービス提供のあり方、コンプライアンスの取り組みを足がかりとした体制作りの目標ができました。また、職員の偏ったものの見方、考え方も修正でき、いくつかの改善点も指摘していただいたことで、職員にも新たな目標ができました。

利用者の皆様に安全に安心して過ごしていただくため、また旧態依然とした施設運営からの脱却を図り、ご家族や外部の事業所、行政機関からも信頼していただけるように、運営の基礎作りの課題とさせていただきます。ありがとうございました。

⑥ 各評価項目にかかる第三者評価結果

《評価細目の第三者評価結果》

すべての評価細目について、判断基準に基づいた評価結果を表示する。

(a・b・c)の3段階評価です。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

〈Ⅰ-1 理念・基本方針〉

		第三者評価
I-1-(1)	理念、基本方針が確立されている。	
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	③・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	③・b・c
I-1-(2)	理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	③・b・c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	③・b・c

〈Ⅰ-2 計画の策定〉

		第三者評価
I-2-(1)	中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	③・c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	③・c
I-2-(2)	計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	③・b・c

I-2-(2)-②	計画が職員に周知されている。	㉑・b・c
I-2-(2)-③	計画が利用者等に周知されている。	㉑・b・c

〈 I-3 管理者の責任とリーダーシップ 〉

		第三者評価
I-3-(1)	管理者の責任が明確にされている。	
I-3-(1)-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。	㉑・b・c
I-3-(1)-②	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。	㉑・b・c
I-3-(2)	管理者のリーダーシップが発揮されている。	
I-3-(2)-①	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。	㉑・b・c
I-3-(2)-②	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。	㉑・b・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

〈 II-1 経営状況の把握 〉

		三者評価
II-1-(1)	経営環境の変化等に適切に対応している。	
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	㉑・b・c
II-1-(1)-②	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。	㉑・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	㉑・b・c

〈 II-2 人材の確保・養成 〉

		第三者評価
II-2-(1)	人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	㉑・b・c
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・㉑・c
II-2-(2)	職員の就業状況に配慮がなされている。	
II-2-(2)-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。	㉑・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	㉑・b・c
II-2-(3)	職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	㉑・b・c
II-2-(3)-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て具体的な取り組みが行われている。	a・㉑・c
II-2-(3)-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。	㉑・b・c
II-2-(4)	実習生の受け入れが適切に行われている。	

Ⅱ-2-(4)-①	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。	㉠・b・c
Ⅱ-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	㉠・b・c

〈Ⅱ-3 安全管理〉

		第三者評価
Ⅱ-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。	
Ⅱ-3-(1)-①	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。	㉠・b・c
Ⅱ-3-(1)-②	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。	㉠・b・c
Ⅱ-3-(1)-③	災害等の発生時における防災体制が整備されている。	㉠・b・c

〈Ⅱ-4 地域との交流と連携〉

		第三者評価
Ⅱ-4-(1)	地域との関係が適切に確保されている	
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	㉠・b・c
Ⅱ-4-(1)-③	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・㉠・c
Ⅱ-4-(2)	関係機関との連携が確保されている。	
Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	㉠・b・c
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	㉠・b・c
Ⅱ-4-(3)	地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	
Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	㉠・b・c
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	㉠・b・c

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

〈Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス〉

		第三者評価
Ⅲ-1-(1)	利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
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・c
Ⅲ-1-(1)-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。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(2)	利用者満足の上昇に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている	㉠・b・c
Ⅲ-1-(3)	利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(3)-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。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(3)-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。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	㉠・b・c

〈Ⅲ-2 サービスの質の確保〉

		第三者評価
Ⅲ-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。	
Ⅲ-2-(1)-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。	㉔・b・c
Ⅲ-2-(1)-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。	a・㉕・c
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	㉔・b・c
Ⅲ-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。	
Ⅲ-2-(2)-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。	a・㉕・c
Ⅲ-2-(2)-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。	a・㉕・c
Ⅲ-2-(3)	サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-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。	㉔・b・c
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。	㉔・b・c
Ⅲ-2-(3)-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。	㉔・b・c

〈Ⅲ-3 サービスの開始・継続〉

		第三者評価
Ⅲ-3-(1)	サービス提供の開始が適切に行われている。	
Ⅲ-3-(1)-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。	㉔・b・c
Ⅲ-3-(1)-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。	㉔・b・c
Ⅲ-3-(2)	サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
Ⅲ-3-(2)-①	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。	㉔・b・c

〈Ⅲ-4 サービス実施計画の策定〉

		第三者評価
Ⅲ-4-(1)	利用者のアセスメントが行われている。	
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	㉔・b・c
Ⅲ-4-(1)-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。	㉔・b・c
Ⅲ-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。	
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	㉔・b・c
Ⅲ-4-(2)-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。	㉔・b・c
評価者のコメント	ケアマネジメントマニュアル、及びサービス内容検討会議設置マニュアルに基づいて、適切に、計画策定が行われ評価見直しも行われている。	

Ⅲ-5 質の高い福祉サービスの実施に係る具体的な取り組み

Ⅲ-5-(1) 質の高い福祉サービスの実施のために特記すべき取り組みが行われている。

Ⅲ-5-(1)-① 質の高い福祉サービスを実施に向けて、事業者として独自性のある取り組みや特徴的な取り組みを行っている。

◇該当する項目を記入し、具体的な取り組みについて記述する。

【該当項目】

施設運営全体に関する事項

」

【特記事項】

- ① 「生活の場」としての雰囲気を出すべく、ホールのテーブル等の備品は木製独特のやわらかい雰囲気を演出できる材質のものを取り入れたり、ベッドシーツや居室の仕切りカーテン等も派手過ぎず、適度な色合いの柄物を導入している。
- ② 「音」のある空間として、全館にイーजीリスニングミュージックを流しており、無音の寂しさを感じさせない取り組みを行っている。
- ③ 2人部屋は共有空間が密に感じる感があり、出来るだけ落ち着いたプライバシースペースが確保できるように木製の仕切り家具を導入している。
- ④ 風土として自然が豊かである特色を生かし、「緑」と彩りのある「花」を取り入れ、季節感が味わいやすい施設作りを目指し取り組んでいる。
- ⑤ 理事長が医師ということもあり、医療と福祉の密接な連携が取れるため、比較的医療依存度の高い方の受け入れ体制も整っている。
- ⑥ 法人全体として在宅サービスに力を入れてきたこともあり、地域に帰る場合においても手厚いバックアップのとれる体制が整っている。
- ⑦ 出来るだけ1人1人がゆっくり入浴できるように機械浴を2台購入し、週3回の入浴を提供している。
- ⑧ 臭気がこもらない取り組みを行っている。

(この項目は、本受審施設が記述したものによります。)