

# 評価報告概要表

## ■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和2年11月16日 (月)

## ■福祉サービス事業者情報

名 称	ハートホーム宮野	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 早稲田 浩士	開設年月日	平成24年8月1日
設置者	社会福祉法人 青藍会	定員(利用人数)	29人(29人)
所在地	〒753-0011 山口市宮野下2996-1		
電話番号	083-934-5600	FAX番号	083-934-5605
ホームページアドレス	<a href="http://www.seirankai.or.jp">http://www.seirankai.or.jp</a>		

## ■総 評

### 全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

#### ◇特に評価の高い点

○法人理念・基本方針を明文化し、施設内に掲示している。施設外部者へはホームページを通じて、また職員は、個別に配付している事業所独自に作成した「職員ハンドブック」を活用し、朝礼時に読み合わせるにより理念や基本方針が周知されている。

○コンプライアンス規程を策定するとともに、法人内にリスク管理業務等を担うコンプライアンス部門が設けられている。研修や講義を通じて職員へ法令遵守についての理解を促す体制が構築されていることは、組織として意識の高さが伺える。

○新型コロナウイルス感染症予防対策のため、家族の面会は制限をしているが、電話連絡で利用者の状態報告をこまめに行っている。また「スカイプ」を活用したオンライン面会を推奨され、家族との連携を図る取組が積極的に行われていると感じられた。

○「眠リスクキャン」と「タブレット端末」の導入により、利用者の施設生活における快適性の向上と、安全に過ごすことができる環境づくり、そして職員間で利用者情報の共有化が行われていることは高く評価できる。

#### ◇改善を求められる点

○施設としての将来の構想はヒアリングで確認できたが、組織目標を達成するための具体的な数値目標で示された「中・長期計画」と、それを踏まえた単年度計画の策定が今後望まれる。

○各種規程やマニュアルについての見直しの日付が古いものがあり、定期的に見直すことで現状に合った内容に改訂されることが期待される。

## ■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

今回、事業所として2度目の第三者評価の受審をさせて頂きました。

準備段階から職員と連携しながら現在の状況を確認しておりましたが、職員の不慣れな部分や連携不足の部分もあり社協の皆様、評価調査者の皆様に大変なご迷惑をお掛けしました。

評価の中で、お褒め頂いた部分をさらに向上させて頂くと共に、取り組みが不十分だった項目をどのように改善していくか、職員と考えていきます。

ご入居者やご家族に満足して頂けるよう、より良いケアの提供を目指し、職員一丸となって取り組んでまいります。

# 評価報告概要表

## ■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	3	b	4	c	2	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・明文化された法人の理念が施設内に掲示されている。また、ホームページの記載により、いつでも確認できる状態になっている。また、理念や基本方針を含めた「職員ハンドブック」を朝礼時に読み合わせることで理念や基本方針が周知されている。</li> <li>・SWOT分析の実施により事業全体の動向を具体的に把握・分析されている。</li> <li>・中・長期計画の策定と、組織的な事業計画の評価・見直し、そして利用者や家族に対してさらに理解を深めて頂くための取組が今後の課題と考えられる。</li> <li>・自己評価や第三者評価等、サービスの質を向上させるための取組が一部の職員のみで行われているため、今後は組織的・計画的に行われることが望ましい。</li> </ul>								

II 組織の運営管理	a	13	b	5	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者の役割と責任は「職員ハンドブック」に明記されており、職員に周知が図られている。また、法人内にリスク管理業務等を行うコンプライアンス部門が設けられており、施設内・外の研修や講義を通じて職員へ法令遵守についての理解が促されている。</li> <li>・職員の就業状況や意向を把握し、管理者と職員がお互いに意見交換をする等、働きやすい職場環境づくりを目指す取組がなされている。</li> <li>・法人内の広報担当職員がホームページを定期的に更新し、また、毎月の広報誌発行により運営の透明性を確保している。</li> </ul>								

III 適切な福祉サービスの実施	a	9	b	9	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・組織内で福祉サービス提供について共通の理解を持つために、職員に配布している「職員ハンドブック」に利用者尊重に関する文言が明記されている。</li> <li>・施設介護支援専門員が多職種から情報を集約し、確立されたアセスメント手法により施設サービス計画が策定されている。また、記録はタブレットを活用したシステムで管理されており、職員間で共有化が図られている。</li> <li>・書面で相談や意見を受け付ける「意見箱」は設置されているものの意見を述べやすい環境整備であるとは言い難く、設置場所等の工夫や見直しが必要であると考えられる。</li> </ul>								

IV 良質な個別サービスの実施	a	15	b	2	c	0	Na	0
<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束に関する指針とコンプライアンスノートを整備し、利用者の権利擁護について職員の理解が図られている。虐待防止については施設の独自基準が定められており、職員の意識啓発に努めている。</li> <li>・入浴、排泄、移動、食事については利用者一人ひとりの状態や能力、意向等をアセスメントシートを活用することで確認し、業務手順書に沿って利用者の状況に合わせた支援が行われている。</li> </ul>								

# 第三者評価結果表

事業所名 特別養護老人ホーム ハートホーム宮野

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      明文化された法人の理念を事業所内に掲示している。また、ホームページの記載により、いつでも確認できる状態となっている。また、理念や基本方針を含めた「職員ハンドブック」を朝礼時に読み合わせることで理念や基本方針が周知されている。                      (改善が求められる点)                      特になし。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>					
2	1 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      SWOT分析の実施により事業全体の動向を具体的に把握・分析している。また、山口市介護サービス提供事業者連絡協議会や各種研修会に定期的に幹部職員が参加することで、経営課題を把握していることが確認できた。そして会議の活用によりそれらで得られた情報が職員に共有、周知されている。                      (改善が求められる点)                      特になし。</p>					
<b>3 事業計画の策定</b>					
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>					
4	1 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。			○	
5	2 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。			○	
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
6	1 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		○		
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		○		
<p>(特に評価が高い点)                      事業計画の実施状況をエリア会議で確認・把握している。また、事業計画に定めている「利用者へのケア」は入居時や、はあとカフェ開催時に利用者や家族に対して説明している。                      (改善が求められる点)                      中・長期計画の策定と、組織的な事業計画の評価・見直し、そして利用者や家族に対してさらに理解を深めて頂くための取組に期待したい。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。</b>					
8	1 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		○		
9	2 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 福祉サービスの質を向上させるためにチェックシートを活用した職員の技術向上やスキルアップのための取組が行われている。また、評価結果は事業所ミーティングにより職員間で共有、改善策を検討している。</p> <p>(改善が求められる点) 自己評価や第三者評価等、サービスの質を向上させるための取組が一部の職員により行われているため、組織的・計画的に行われることが望ましい。</p>					

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 管理者の責任とリーダーシップ</b>					
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>					
10	1 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	○			
11	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。	○			
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
12	1 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	○			
13	2 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 管理者の役割と責任は「職員ハンドブック」に明記されており、職員に周知を図っている。また、法人内にリスク管理業務等を行うコンプライアンス部門が設けられており、研修や講義を通じて職員へ法令遵守についての理解が促進されている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。</b>					
14	1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
16	1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	2 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。		○		
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			
<b>(4) 実習生の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</b>					
20	1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		○		
<p>(特に評価が高い点)            職員の就業状況や意向を把握し、事業所と職員がお互いに意見交換をする等、働きやすい職場環境づくりを目指した取組が行われている。            (改善が求められる点)            実習生受入マニュアルの評価・見直しを定期的に行われることが望ましい。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>		a	b	c	Na
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
21	1 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	○			
22	2 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。		○		
<p>(特に評価が高い点)            法人内の広報担当職員がホームページを定期的に更新し、また、毎月の広報誌発行により運営の透明性が確保されている。            (改善が求められる点)            公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のために、現状の経営分析状況について内部で周知を図っていくことがより望ましい。</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>		a	b	c	Na
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
23	1 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	○			
24	2 ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
25	1 福祉事業所・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○			
27	2 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。		○		
<p>(特に評価が高い点)  ・地域密着型サービス運営推進会議に町内会長・民生委員が参加しており、事業所として地域における福祉課題の把握に努めている。  (改善が求められる点)  把握した地域の福祉課題について、課題解決できるような働きかけと、さらなる公益的な事業・活動についての取組に期待したい。</p>					

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>					
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>					
28	1 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	○			
29	2 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			
<b>(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。</b>					
30	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。		○		
31	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。	○			
32	3 福祉事業所・事業所の変更や家庭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>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
33	1 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>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	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。		○		
36	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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(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。</b>					
37	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。	○			
38	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。	○			
39	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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 組織内で福祉サービス提供について共通の理解を持つために、職員に配布している「ハンドブック」に利用者尊重に関する文言が明記されている。</p> <p>(改善が求められる点) 書面で相談や意見を受け付ける「意見箱」は設置されているものの意見を述べやすい環境整備であるとは言い難く、設置場所等の工夫や見直しが望ましい。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<b>(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。</b>					
40	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書化され福祉サービスが提供されている。		○		
41	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>(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。</b>					
42	1 アセスメントにもと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。	○			
43	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。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
44	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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 介護支援専門員が多職種からの情報を集約し、確立されたアセスメント手法により施設サービス計画が策定されている。また、記録はタブレットを活用したシステムで管理しており、職員間で共有している。</p> <p>(改善が求められる点) 記録の管理体制について、管理責任者を配置し体制を構築していくことが望ましい。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】				a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
(1) 生活支援の基本							
1	1	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		○			
2	2	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		○			
(特に評価が高い点) 基本情報やアセスメントシートに基づいて収集した利用者個別の情報を職員間で共有し、利用者の希望を反映した個別援助計画を策定している。コミュニケーションに関する内部研修や、ミーティングの活用にて課題解決が図られている。 (改善が求められる点) 特になし。							
(2) 権利擁護							
3	1	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		○			
(特に評価が高い点) 身体拘束に関する指針とコンプライアンスノートを整備し、利用者の権利擁護について職員の理解が図られている。虐待防止については施設の独自基準が定められており、職員の意識啓発に努めている。 (改善が求められる点) 特になし。							
A-2 環境の整備							
(1) 利用者の快適性への配慮							
4	1	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		○			
(特に評価が高い点) 体動(寝返り、呼吸、心拍など)を測定し、睡眠状態を把握することができる機器「眠りスキャン」を導入・活用することにより、利用者の生活習慣の改善と施設生活上の快適性に展開している。 (改善が求められる点) 特になし。							



【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

A-3 生活支援					
<b>(1) 利用者の状況に応じた支援</b>					
5	1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
6	2 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
7	3 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
(特に評価が高い点) 利用者個別の身体状態を踏まえた浴槽を選択、そして安全に配慮しながら利用者個々に応じた介護方法で入浴支援が行われている。 (改善が求められる点) 特になし。					

(2) 食生活					
8	1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	2 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
10	3 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
(特に評価が高い点) 口腔ケアについて、訪問歯科診療スタッフの助言や指導に基づいて定期的な利用者の口腔内チェックを実施している。また「口腔ケア計画」を策定し、食後や就寝前の自立支援を念頭に置いた口腔ケアを実施している。 (改善が求められる点) 特になし。					

(3) 褥瘡発生予防・ケア					
11	1 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
(特に評価が高い点) 褥瘡予防に関する指針を整備し、褥瘡対策委員会を組織するとともにブレデンスケールの活用により、予防計画書に基づいた褥瘡の発生予防に取り組んでいる。また、看護職員や栄養士との連携による組織的な褥瘡予防のための取組が確認できた。 (改善が求められる点) 特になし。					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</b>					
12	1	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 介護職員が行う医療的ケアの実施手順を作成し、実施に当たっての安全管理体制の整備がなされている。</p> <p>(改善が求められる点) 医療的ケア研修修了者が少なく、安全に医療的ケアが実施できる体制の整備が急がれる。</p>					
<b>(5) 機能訓練、介護予防</b>					
13	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。	○		
<p>(特に評価が高い点) 利用者個々の心身の状況に応じ、同一法人職員であるリハビリ専門職に助言や指導を受けながら機能回復訓練や介護予防活動を実施している。また、生活機能向上連携加算の算定に基づいた計画の評価を毎月実施している。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
<b>(6) 認知症ケア</b>					
14	1	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 「きっかけづくりアセスメントシート」の活用により、認知症介護を実践するに当たっての基礎資料となる利用者の生活歴や趣味等の情報把握に努めている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
<b>(7) 急変時の対応</b>					
15	1	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○		
<p>(特に評価が高い点) 介護職と医療職が連携を密に図りながら、「眠りスキャン」の活用により利用者の日々の体調変化に関する情報を共有されている。</p> <p>(改善が求められる点) 高齢者の健康管理、病気の特徴、薬の知識に関する研修を定期的実施されることが望ましい。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

(8) 終末期の対応					
16	1 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)  終末期の対応方針や看取りケアの手順を明らかにし、医師や看護職員を中心に職員間で合意形成を図りながら終末期のケアを実施している。また、職員の精神的な負担に配慮したフォロー体制を構築している。  (改善が求められる点)  特になし。</p>					

A-4 家族等との連携					
(9) 家族等との連携					
17	1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点)  入所時に家族からの要望を確認する機会を設けている。新型コロナウイルス感染症の予防対策として「スカイプ」を活用したオンライン面会の実施により、家族との連携に係る取組が確認できた。  (改善が求められる点)  特になし。</p>					