

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準
(共通版)

◎ 評価機関

名 称	九州評価機構
所在地	熊本市中央区上通町3-15
評価実施期間	平成25年3月1日～25年5月14日
評価調査者番号	① 06-014
	② 07-018
	③ 12-005

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホーム 花へんろ (施設名) 特別養護老人ホーム 花へんろ	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名： 犬飼 邦明 (管理者) 増田 なみ子	開設年月日： 平成23年4月20日
設置主体：社会福祉法人 ましき苑 経営主体：社会福祉法人 ましき苑	定員：50名 (利用人数) 50名
所在地：〒861-2233 熊本県上益城郡益城町1670	
連絡先電話番号： 096-287-8706	FAX番号： 096-287-8707
ホームページアドレス	http://www.hanahenro.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事				
ユニット型介護老人福祉施設	お花見、七夕、敬老会、秋祭り、クリスマス会、餅つき、初詣、節分、植木市見学、お茶・お花・料理クラブ等				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
ユニット型個室：50室	医務室、看護職員室、静養室、共同生活室、浴室、脱衣室、トイレ、キッチン、介護ステーション、介護職員室、リネン庫、洗濯室、汚物処理室、介護材料室、事務室				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		正看護師	5	
副施設長	1		准看護師	4	1
入所部部长兼 機能訓練指導員	1		介護福祉士	23	2

事務部部长	1		ヘルパー 2 級	8	2
事務員	2		介護支援専門員	6	
施設係	1		社会福祉士	3	
管理栄養士	1		管理栄養士	1	
看護職	7	1			
介護職	30	4			
介護支援専門員	2				
相談員	3				
清掃員		1			
合 計	50	6	合 計	50	5

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

1. 理念や基本方針に対する職員や家族への周知が、あらゆる方法で徹底されている。それによって、組織体制やサービスの質や方向性が一体化され、利用者の満足につながっている。
2. 栄養管理士による嗜好調査をはじめ、関係職員による満足度調査の分析によって、利用者の希望やニーズを的確に把握し、改善につなげる仕組みが機能している。
3. 介護記録の電子化により、担当職員ばかりでなく全職員に入所者の状況把握が可能となり、業務の効率化や申し送りの徹底化が図られている。

◆ 改善を求められる点

1. 中・長期計画を始め各部門の事業計画とその周知が十分とはいえず、職員間で共有化を図る取組が望まれる。また利用者に対しても、関係資料の自由閲覧だけではなく、家族会等での説明をとおり協力を求める取組が期待される。
2. 職員の職責や経験による育成計画はあるものの、個別職員の育成計画が作成されていない。したがって、客観的な評価・見直しが行われていない。今後は人事考課制度とリンクさせながら、個別職員のきめ細やかな育成計画が望まれる。
3. 全てのマニュアルやケア基準書等の見直しの時期について、職員間での共通認識が図られていない。必要に応じてというのではなく、定期的な検討の機会を明記し実施することが望ましい。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H25.5.23) 当施設は、開設3年目に入ったばかりのユニット型特養です。今回、初めて第三者評価を受審いたしました。この第三者評価を受審するにあたり、ありのままの自己評価で大丈夫だろうか、全職員がきちんと評価をしてくれるだろうかと不安でいっぱいでした。受審の結果、概ね良い評価をいただきましたが、一方でこれから取り組むべき課題が見えてきました。特に今回の評価で低かった項目は、事業計画について職員と利用者への説明が不十分であったこと、職員の人事考課制度の導入及び職員個々の育成計画が不十分であったこと、マニュアルやケア基準書の見直し時期について職員間の共通認識が不十分であったことでした。今後は、改善に向け訪問審査時に指導・指摘をいただきました事項を真摯に受け止め、全職員で情報の共有や周知徹底を行い、地域一番の施設作りを目指し頑張っていきます。

(H . .)

(H . .)

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>法人の理念とは別に独自に作成した理念が明文化されている。パンフレット・広報誌・ホームページ・花へんろ便り・各年度の事業計画などに全て掲載し、周知徹底を図っている。職員が携帯しているカードファイル（職員証）裏面にも記載されており、常に意識するように工夫されている。</p> <p>また基本方針は運営方針の中で明文化されており、毎日の終礼の際に全職員で唱和するようになっている。苑の玄関や各ユニット、エレベーター内に掲示し、利用者や来訪者にも啓発すると共に、契約時や入居時に配布するパンフレットにも記載して、理念や基本方針について理解を促している。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>理念や運営方針の実現、「地域一番の施設作り」をめざし、中・長期計画、財務計画・事業計画・職員研修計画・介護力アップやサービスメニューの充実計画等が策定されている。計画は各ユニット・各部署の責任者が起案し、班長・科長会議を経て、理事長はじめ幹部職員で確定したものである。最終的な事業計画は各部署に配布され、全体会において各担当責任者から説明がされている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>管理者は組織図や職務分掌をより具体的に作成したものを提示しながら、会議や研修会などで明確にしている。朝礼や終礼時にも職員へ責任や業務について話をしたり、また苑内ネットワークを利用して、職員に対して指導や支援を行っている。入居管理を進め稼働率向上の推進も図っている。個別ケアの実践のために、介</p>

	<p>護ソフト（24時間シートシステム）も導入し、業務の効率化や改善に向けた取組みを積極的に行ない、情報の共有や連携の強化のために非常に効果を上げている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>ニーズの把握のために待機者にはアンケート調査を実施し、必要な支援について検討している。地域からの信頼を得るための努力目標を重点課題として位置づけ、職員会議で検討している。</p> <p>また、毎月経営状況を分析し、改善すべき課題等については、職員に周知している。税理士には毎月、経理の指導やチェックをしてもらっているが、別の税理士には監査をもらっている。それを基に改善項目を抽出し、早期での改善に取り組む仕組みがある。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>職員の資格や能力と、入居者の介護度や転倒、事故などのリスク等を加味した人員配置を行っている。</p> <p>人事考課制度については25年度より導入予定であるが、冬季ボーナス時に研修受講状況・活動努力・改善アイデアの提出・資格取得などでの人事考課ポイント加算を導入し考課を行っている。</p> <p>新規採用者、経験の浅い職員、全職員、リーダー的職員対象研修など、経験年数や資格・能力によって、内容が異なる研修計画を策定し適切な職員育成が可能となるような仕組みが用意されている。ビジネスコンサルタント研修、Uビジョン研修のような特異な研修から、痰の吸引と認知症の勉強など不可欠な研修まで多岐にわたっており、ユニットリーダーやユニット管理者の育成等の中間管理職員の育成にも力が注がれている。希望があれば、正規職員への登用も進められており、職員のモチベーション向上の一助をなしていると言える。実習生の受入れにあたっては「実習生受入対応マニュアル」を作成し、積極的に受入れを行っている。将来、実習生の受入れ施設になることも目指している。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>感染・褥瘡対策委員会、事故防止・安全委員会が設置され、利用者の安全確保に取り組んでいる。緊急連絡網、救急・感染マニュアル、危機管理・防災対策マニュアルを作成し、各ユニットに備え、停電時の対策も行っている。備蓄は60人3日分の準備がされている。避難訓練については入居者も参加して実施されており、</p>

	<p>実際の消火器を用いた消火訓練も行っている。</p> <p>ヒヤリハットや事故報告書が作成され、原因分析や検討結果の共有化も図られている。事故防止・安全委員会としては年1回集計し分析・検討した結果を公表し再発防止に努めている。職員はリスクマネジメントの研修も受けている。</p>
4 地域との交流と連携	<p>ボランティア対応マニュアルを作成し、積極的に地域ボランティアの受入れを行っている。ボランティア受入れに際しては事前に研修の受講も勧めている。介護支援専門員や相談員は、地域の連絡会や情報交換会等に出席し、福祉ニーズの収集に努めるようにしている。地域サロンでは、民生委員や区長との情報交換によりニーズの把握に努め、情報を活用している。</p> <p>地域サロン等の出前講座(2か所)を開催したり、介護予防ための体操や勉強会開催などで地域への貢献を図りながら、高齢者介護についての相談も随時受け付けている。秋祭りや苑内の会議室利用などで、地域との交流や連携が図りやすい環境を整えている。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>法人理念や施設理念・運営方針に利用者の人権尊重は明示されている。高齢者虐待防止や身体拘束、権利擁護に関しても研修会等で職員には十分周知されている。プライバシー保護に関しては、排泄や入浴の際の具体的なケア基準書で明記されている。</p> <p>苦情処理に関しては、苦情処理委員会の設置、苦情処理委員会規程、苦情解決実施規定、利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要、委員会記録、苦情受付簿があり、意見や苦情が施設長にまず報告され、迅速な対応がとられていることが確認できた。</p>
2 サービスの質の確保	<p>研修講師に定期的に質の向上に向けた評価をしてもらっている。幹部職員を含めた評価が実施され、結果は職員にも周知される仕組みとなっている。評価後に理念や組織体制の見直し、ケアの見直し、マニュアルの見直しを全職員で行っているため、適切に効果を上げているといえる。介護計画の作成に関しては、計画、実行、評価、見直しのサイクルを全職員が認識しており、実行されている。記録は一元的に管理されており、個人のパスワードがな</p>

	いと開かないようになっており、情報の管理が図られている。 「個人情報保護に関する基本方針」「ましき苑文書管理規程」などが整備され、全体研修、新人研修で徹底が図られている。介護記録のソフトを導入したことによって、日々の利用者の情報を全職員が閲覧でき、施設内の情報の共有化も図られている。
--	---

3 サービスの開始 継続	パンフレットやホームページで、組織体制や実施サービスの内容を分かりやすく公開している。また1年に3回の施設便り（広報委員会作成）も発行し、利用者や関係者に配布している。見学や利用希望者へは担当職員から分かりやすく説明している。契約時にも、サービスの内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等を理解してもらうまで丁寧に説明し、本人・家族の同意を得ている。利用者の状態の変化があった場合は転院先の紹介を行い、丁寧な引き継ぎを行っている。
4 サービス実施 計画の策定	介護記録は24時間シートを使って記録するようになっている。定期的にサービス担当者会議を開き、アセスメントを行う仕組みがある。アセスメント結果によって、個別に具体的な計画が作成され、適切なサービス提供を行うようになっている。記録は電子化され、職員の誰もが全ユニットの情報を把握できるようになっている。入居時や退院時(再入居時)、介護保険更新時や変化があった場合に評価、計画の見直しをすることになっているが、計画の評価や計画変更時の流れ、施設ケアマネジメントの手順書に基づいて実施されている。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人		
	家族・保護者	32人	
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		

観 察 調 査	利 用 者 本 人		
---------	-----------	--	--

評価細目の第三者評価結果 【 共通版 】

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

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
I-1-(2) 理念、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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・Ⓑ・c

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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組を行っている。	Ⓐ・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組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
	I-3-(2)-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。	Ⓐ・b・c

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	a・Ⓑ・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組を行っている。	Ⓐ・b・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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組が行われている。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	Ⓐ・b・c

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
	II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における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-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
	II-3-(1)-③ 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-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
	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・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。	a・Ⓑ・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組を行っている。		
	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

		第三者評価結果
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組を行っている。	Ⓐ・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務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・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

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組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。	Ⓐ・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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	Ⓐ・b・c
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ－２－（２）－① 提供する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。	Ⓐ・b・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	46	7	0
合 計	46	7	0