

(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	NPO法人九州評価機構
所 在 地	熊本市中央区上通町3-15-4F
評価実施期間	24年6月15日～24年12月5日
評価調査者番号	① 06-014
	② 07-018
	③ 12-004

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 特別養護老人ホーム ひだけ荘	種別：特別養護老人ホーム
管理者氏名： 守 田 靖 美	開設年月日： H10 年 4月 1日
設置主体： 社会福祉法人 日 岳 会	定員： 70 人
所在地：〒869-0612 熊本県宇城市小川町南海東2030	
連絡先電話番号：0964 -34 - 6300	F A X 番号：0964 -43 - 6722
ホームページアドレス	http://www.

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容) 熊本県宇城市小川町南海東2030	施設の主な行事				
指定介護老人福祉施設	花見・運動会・外食・夏祭り見学・秋祭りクリスマス会・もちつき・バイキング・グラウンドゴルフ大会 など				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
個室 -30室 この内、20人については、10人を1ユニットとして整備している。 2人部屋-8室、4人部屋-6室	食堂・浴室・厨房・洗濯室・機能訓練室・地域交流スペース・デッキ				
職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		社会福祉主事	7	
副施設長		1	社会福祉士	1	
事務員	4		介護福祉士	13	2
医師		1	看護師	4	1

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
部長	1		準看護師	7	1
生活相談員	1		管理栄養士	1	
介護職員	38	4	栄養士	1	
看護職員	4	2	調理師	3	
介護支援専門員	2		介護支援専門員	3	
機能訓練指導員	1	1	ヘルパー1級	1	
管理栄養士	1		ヘルパー2級	18	1
栄養士	1				
調理員	5	1			
その他	2	1			
合 計	61	11	合 計	59	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

職員の体調の変化や出産前後の勤務への配慮など職員の希望を聞きながら、その都度勤務シフトの見直しを行うなど、働きやすい職場環境が整っている。また時間外勤務のデータチェックや有給休暇の取得についても、組織的に行われ福利厚生面からも評価できる。職員の教育・研修に関しても、法人内に教育委員会を設置し、研修計画に添って実施されており、外部研修受講後は伝達研修として発表の機会を設け、職員のモチベーション向上へとつないでいる。法人の基盤がきちりとしており、職員の質の向上に向けた体制も確立されている。

◆ 改善を求められる点

全ての項目に対して管理職クラスと一般職員とのレベルの差があるように感じられる。理念をはじめ、基本方針、中長期計画など明文化はされているものの、職員が十分に理解していない点や、提供しているサービスの流れやアセスメント内容について把握ができていなかったり、個々の職務については十分でも、組織の一員としての自覚や運営に関与していかうとするモチベーションの向上については課題が残る。地元の若い職員が多く、今後の施設運営を担っていく人材の育成に尽力することが望まれる。そうした取組の中で、職員に対して人事考課制度の導入やそれに伴う自己評価などについても十分な説明が必要であると思われる。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24.12.3) 今回、初めて受審いたしましたが課題や問題点が大きく浮き彫りとなりました。この受審を機に全職員一人ひとりが個々の職務についてはもちろんの事、他の職務についても、自ら考え、理解し組織の一員としての自覚を持って働けるようさらなる人材育成や研修に取り組んでまいります。

(H . . .)

(H . . .)

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	基本理念が明確で、法人としての基本方針も明文化されている。毎日の朝礼時に唱和すると同時に、施設内にも掲示されており分かり易い。利用者にはパンフレットの記載によって周知されているようであるがまだ十分とはいえない。様々な機会を捉えて周知されることが望まれる。
2 計画の策定	中長期ビジョンが明確に策定されているが、職員の認知に課題が残る。計画策定の背景（ビジョンなど）と数値による目標設定を分かり易く明文化し、研修会や会議等で説明し、法人組織の強化が期待される。また利用者・家族へも、法人の目指す地域福祉への理解協力のためにも、周知が望まれる。
3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の責任については職務分担表での明示やリーダー会議等で表明するようにしている。また遵守すべき法令等の情報収集の成果を、研修などを通じて職員へ説明を行っている。組織全体への浸透度には課題が残る。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	福祉ニーズに応じた事業拡大が検討されているが、職員の経営に関する関心は低いと思われる。職員からの利用者情報も有意義であり、それらを取り込んだ事業計画の策定等を試みるなどして、周知の広がりが望まれる。また経営に関する専門の監査の実施も検討が望まれる。
2 人材の確保・養成	事業拡大による人員体制の構築がされており、職員の教育・研修に関する姿勢も研修計画にて明示されている。研修成果がサービスの質の向上へと結びつくよう、研修を受講した職員が講師となり伝達研修としての発表の機会を設けるなどの仕組みは、サービスの質の向上と共に均質化にも繋がっているといえる。ボランティアや実習生の受け入れ体制も整備されている。
3 安全管理	地元消防団との連携体制やマニュアルの整備など、緊急時の利用者安全確保に努めている。また、非常時における備品一覧を作成するなどの対策も図られている。リスクマネジメントについての検討や、定期的なマニュアルの見直しが期待される。

4 地域との交流と連携	地域行事への積極的な参加だけでなく、地域とのふれ合いを重視し施設の主催行事も実施している。利用者が関わる地域との交流行事、事業者の有する地域へ還元できる機能や近隣住民の招待、施設の開放、生活援助や介護相談なども定期的に行われている。ボランティアの受け入れも担当者を決めて実施しているものの、地域の社会資源の活用は十分とはいえない。ボランティアの活用を含め、社会資源の活用に関する検討が期待される。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	規定やマニュアルの整備はもちろんの事、利用者の嗜好調査や家族へのアンケート調査なども実施して、利用者本位のサービス提供に努めている。出された意見や要望は、検討会を開いて話し合い次回の家族会で報告もされている。また、ケアプランは、個人ファイルに綴り、職員が利用者のケアや状況を共有する仕組みが構築されている。
2 サービスの質の確保	自己評価や職員面接・家族会の意見等を参考にし、改善策を明確にすること、また改善計画で実施した経過や結果の記録を、職員で共有化していく仕組みづくりが期待される。今回の評価から得た課題や問題点をはじめとして、課題解決につなげるよう望まれる。

3 サービスの開始継続	パンフレット、広報紙によって施設の情報公開が行なわれているが、遠隔地の家族にはホームページ等での情報発信の検討も望まれる。入居前の見学時や入居の説明は、契約書や重要事項説明書を用いて詳細に説明されている。他施設等に移行される場合も、本人や家族に対し情報提供を行った上で、同意を得てから行っている。
4 サービス実施計画の策定	各専門職や利用者・家族が出席し、所定の様式に沿ったアセスメントを実施してケアプランを作成している。3ヶ月に毎にモニタリングを実施し見直しも適切に行われている。

(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	35人	
	家族・保護者		
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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
	I-2- (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・c
	II-1- (1) -③ 外部監査が実施されている。	a・b・Ⓒ

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。	a・ 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・ b ・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。	a ・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。	a・ 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。	a ・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・ b ・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・ b ・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。	a・ 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。	a ・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。	a ・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。	a・ 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。	a・ 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。	a・ 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。	a・ 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・ 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。	a・ 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。	a ・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。	a ・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。	a・Ⓑ・c
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・Ⓑ・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。	a・ 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。	a・ 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。	a・ 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。	a・ 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）	13	39	1
合 計	13	39	1