

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人 日本福祉文化研究センター
所 在 地	大阪市都島区友浜町1丁目3-36-401 (本部事務局)
評価実施期間	平成 25年 10月 17日～ 26年 4月 15日 (実地(訪問)調査日 平成 26年 2月 13,14日)
評価調査者	HF05-1-0078 HF05-1-0081 K0401034 K0401011 (評価調査者養成研修修了者番号を記載)

※契約日から
評価結果の確
定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： 地域密着型特別養護老人ホーム (施設名) ほほえみ	種別： 地域密着型介護老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 吉村 秀樹 (管理者) 施設長 池田 英生	開設(指定)年月日： 平成 24年 2月 15日
設置主体： 社会福祉法人 千鳥会 経営主体： 社会福祉法人	定員 29名 (利用人数)
所在地： 〒656-2311 兵庫県淡路市久留麻28番地41	
電話番号： 0799-74-3330	FAX番号： 0799-74-3331
E-mail： hohoemi@chidorikai.or.jp	ホームページアドレス： http://www.chidorikai.or.jp

(2) 基本情報

理念	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉はいつでも全ての人のために ・個人の尊厳の保持 ・地域に貢献できる事業の提供 ・社会資源の効果的な利用で自己実現を目指す ・専門性を高める教育・研修の充実 					
方針	<ul style="list-style-type: none"> ・地域福祉に関する機能や役割を担います。 ・利用者に信頼されるよう高品質のサービスを提供します。 ・利用者の主体的参加が得られるサービスメニューの展開と実施を目指します。 					
力を入れて取り組んでいる点	<p>個別ケアの推進を目標に、ご利用者ひとりひとりの生活リズムに沿ったケアの提供に取り組んでいます。また、生活空間の環境整備にも力を入れており、リビングには季節に応じたしつらえを行い、居室はご自宅のように落ち着いて過ごせる空間となるようにご家族にも協力いただきながら取り組んでいます。</p>					
職員配置 ※()内排働	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1 (0)	介護職員	17 (0)	医師	0 (1)
	事務員	1 (0)	看護師	2 (1)	調理員等	1 (3)
	生活指導員	1 (0)	栄養士	1 (0)		()
施設の状況	<p>東浦ICから車で5分の海沿いにある定員29名の地域密着型特別養護老人ホームで、主な生活空間は2階の個室である。吹き抜けを囲むように4つのユニットに分かれており、開設してわずか2年である。併設事業として短期入所介護事業(定員10名)、通所介護事業(定員25名)、小規模多機能居宅介護事業(登録定員25名)、居宅介護支援事業を行っている。</p>					

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

開設してからわずか2年でここまでの品質管理が維持できるということは、個々の職員の力量もさることながら、法人としての総合的な支援があった事と推察されます。行政の土地に公募して採択される法人としての底力が随所に発揮されています。

以下に、特に評価の高い項目を3つ挙げておきます。

- ① 法人として、第三者評価やISO審査を定期的に受審し、業務のPDCAサイクルを見直すための有効な手立てとして活用されており、レビューや評価を行うことで、サービスの質の向上に向けた取り組みが確保されています。
- ② 情報の共有化を図るために、ITの活用によるシステム構築ができており、法人本部との連携が機能し、ISOで蓄積したノウハウの継承が出来ています。
- ③ 利用者と職員の関係性が密接で、ソフト食の導入や、新聞の読み聞かせ（コミュニケーションツールとしての活用）など、前向きな取り組みが高く評価できます。

◇特に改善を求められる点

開設して間がないということと、事業所としての一つひとつの規模が小さいということがリスクにつながるという意識を持ってください。同じマニュアルでも、状況が違えば使い方も変わります。平成18年の介護保険の改正にともない、「尊厳の保持」という視点が重要な位置付けとなっており、職員の意識変化が求められています。

改善点ではないですが注意すべき項目を挙げておきます。

- ① マニュアルや手順書については、研修や事例検討の時に見直しのきっかけとして下さい。（事例検討については、自らの事業所における事例以外でも活用できます。）
- ② 個人情報の保護と、情報の開示はもろ刃の剣です。特に権利擁護や成年後見制度との関係の中で、リスクとなるケースもありますので、注意して対応をお願いいたします。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審結果を受けて、まずはこれまで行ってきた業務や取組みへの高い評価をして頂き、難しく思います。

高く評価して頂いた品質管理やシステム構築の維持状況に関しては、これまで千鳥会が培ってきたノウハウを活用し、ほほえみに適合した管理方法等に応用した部分がありますので今後のほほえみの目標、方向性としては、法人としての積み上げてきた良い部分を有効的に利用しつつ、ほほえみとして独自の業務改善、意識改革等を図り、前向きな取り組みを継続的に行っていきたいと考えています。

今後も日々のご利用者、ご家族との関係を密にし、声なき声に耳を傾けCSや日々のあらゆるサービスの更なる向上に繋げていきたいと思っております。

また、審査時に直接アドバイス頂いた部分は早急に職員間や事業所間、法人内でも情報の共有と改善に努めたいと考えています。

○各評価項目に係る第三者評価結果

(別紙1)

○各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

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) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。	
I-1-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を明確にしている。	a・b・c
I-1-(1)-② 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を利用者やその家族等に周知している。	a・b・c

特記事項

事業所のパンフレットや、ニュースにも「理念」や「基本方針」が記載されています。事業計画に明示して、ホームページにも詳細が記載され、職員研修でも取り組んでいます。利用者や家族向けの掲示物に関しては、掲示位置や文字の大きさ、内容の明快さについては更なる工夫があると良いと思われます。

Ⅰ-2 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を明確にしている。	
I-2-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）に向けた計画的な取組を行っている。	a・b・c
I-2-(1)-② 各計画を職員や利用者等に周知している。	a・b・c

特記事項

中期（24年度～26年度）・長期（24年度～28年度）計画は、年度別事業計画と部署別目標に反映されています。各職員と所属長とで、達成度（達成%と評価ランクA～E）が3か月毎にレビューされています。実施目標は職員・所属長の合意にもとづき設定され、レビューをした上で、年度初めの運営推進会議（家族、行政、町会長、民生委員）で説明しています。

Ⅰ-3 経営層（管理者等）の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
I-3-(1) 経営層（管理者等）の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。	
I-3-(1)-① 経営層（管理者等）自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a・b・c
I-3-(1)-② 経営層（管理者等）は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	a・b・c
I-3-(1)-③ 経営層（管理者等）は、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・b・c

特記事項

品質管理マニュアルに品質管理責任者（施設長）の職責が定義され、周知を図っています。施設長は、マネジメントレビューや内部監査、品質保証委員会の結果などを踏まえて、施設としての改善策を本部長に提出し、職員に対して、年2回の面談で双方向に意見交換します。利用者・家族へのアンケート（年2回）の内容を分析・評価し、改善策に反映されます。施設長は毎月の品質保証委員会（マネジメントレビュー）、法人内特養施設長会議議事録やCS委員会、内部監査報告会などに出席し、会議や委員会から各部署の状況を把握し、改善策を策定し、改善の実施を指示しています。毎月の品質保証委員会では、人件費率、資源の必要性などを分析レビューし、その結果や施設長方針・改善策を毎月の職員全体会議で周知する取り組みがされています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。	
Ⅱ-1-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	a・b・c
Ⅱ-1-(1)-② 職員の意欲向上に取り組んでいる。	a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 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を構築している。	a・b・c
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
Ⅱ-1-(2)-① 職員の資質向上に向けた体制を整備している。	a・b・c
Ⅱ-1-(2)-② 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-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。	
Ⅱ-1-(3)-① 実習生の受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。	a・b・c
Ⅱ-1-(3)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	a・b・c

特記事項

情報の共有については、法人共通のシステムが確立しています。共有ファイル（法人や事業所）へのアクセスは、役職や権限によりIDとパスワードで保護・管理されています。各部署の職員必要人数や専門性に対し、年末時点で翌年度の増減を把握し、施設内又は法人内で調整しており、事業計画を踏まえ専門性やケア向上の為に研修が実施されています。職員の就業状況や意向については、人事部担当者と所属長が状況を把握し、必要に応じて面談を実施しており、記録類の入力の効率化・軽減方法など、部署長が改善策を策定して指示し、フロアー会議やユニット会議で周知されています。具体的な事例はまだありませんが、メンタルヘルスの勉強会を来年度に実施する予定です。認知症ケア技術の向上や介護技術向上チームによる「24時間シートケア」の充実など、全職員の受講履歴や出欠状況が一覧できます。職員全体会議で、研修を受講するスタッフの為に時間を調整しており、研修は業務扱いです。研修は法人・事業所の年度計画と連動し、研修受講レポートをA・B・C評価しています。研修レポートや研修内容を評価し、来年度の研修計画に反映させています。研修によっては、外部研修受講者を内部向け研修の講師として研修を実施しています。施設長は提出された研修の総合評価を分析して、今後の計画に反映させています。「地域交流」の一環として、各種学校からの実習生を積極的に受け入れています。

II-2 安全管理

		第三者評価結果
II-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
II-2-(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を整備している。		a・b・c
II-2-(1)-② 利用者の安瀬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

特記事項

<p>マニュアルは各フロア毎に保管されており、常に閲覧が可能で、研修などを通して職員に周知されています。津波（想定3m）発生時には、当施設（建屋の高さ5m）が地域の避難住民の受け入れ先となっています。事故再発防止策の実施後、その有効性がフォローアップされるシステムが確立しています。</p> <p>事業所内の事故については、その内容を毎日のフロア会議で共有されます。外部事例は各部署へ伝達され、事業所内事例は報告に基づき発生要因を分析し、再発防止策を検討しています。防止策を実行しながら通常約1ヶ月間フォローアップし、その有効性を確認します。</p>

II-3 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。		
II-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。		a・b・c
II-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。		a・b・c
II-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。		
II-3-(2)-① 利用者と地域の関わりを大切にしている。		a・b・c
II-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		a・b・c
II-3-(2)-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-3-(3) 関係機関との連携を確保している。		
II-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。		a・b・c
II-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。		a・b・c

特記事項

<p>運営推進会議の他に地域ケア会議で、地域の事業環境を収集・把握しています。法人事業計画では「社会に対する基本姿勢」として「地域貢献（地域課題の発見）」を明示しています。「いきいき百歳体操」を、地域包括センターと連携し、施設内の場所を地域住民に提供して毎週実施しています。特養の利用者の参加については3月から再開の予定です。</p> <p>事業計画に「地域交流により利用者の生活の場の拡大」を明示しています。利用者の外出時には、必要に応じて職員が付き添っています。</p> <p>居宅介護支援事業所の管理者がボランティアの調整窓口となり、施設内に展示された児童の作品を見に、父兄が来所されるなど、地域とのコミュニケーションを図っています。月2回の訪問販売で利用者の多様なニーズに対応しており、相談窓口は随時開催されています。</p> <p>地域包括センターと連携し、DVからの一時的な退避先として施設を提供した実績があります。</p>
--

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を明示している。		
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。	a・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・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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。	a・b・c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	a・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。	a・b・c

特記事項

<p>1年間の研修計画において、プライバシー保護、身体拘束等の研修を行っています。提供するサービスにおける介護業務手順書において、プライバシー保護、個人の尊厳を明示しています。日々の支援において、脱衣場のカーテン設置や居室のドアを閉めること、入室時に利用者の了解を得るなど、プライバシーの配慮への取り組みに力を入れています。</p> <p>年1回、利用者アンケートを独自に実施しています。アンケートにおいて意向として出て来たものは事業所内の掲示板で公表しており、直接家族とのコミュニケーションで意見を聞くことで、改善につなげる努力をしています。</p> <p>少人数の職員の対応で親密な関係が築けており、利用者も相談しやすい環境となっています。苦情対応では、家族に経緯説明や謝罪を行い、行政への報告も行っています。</p>

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を組織的に行っている。		
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・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・b・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。	a・b・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a・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を確立している。	a・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a・b・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・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。	a・b・c

特記事項

<p>法人としてISOの審査を定期的に受けており、評価を行う体制がシステム化されています。 また、J I C O報告書では不適合はなく、OMSは維持している事が確認されています。 品質保証委員会のマネジメントレビュー記録があり、年2回の内部監査が実施されており 評価の見直し結果が、ITの情報共有システムに反映されています。 業務能力チェックリストにて、年3回はリーダーが介護員の介護チェックを行っています。 リーダーを中心としたフロアー会議で出た見直し案を、品質保証委員会で取り上げ、検討 を行っています。本人の意向やその日の状況等は、申し送り画面によって職員間で情報共有さ れています。記録は5年間サーバーで保存され、個人情報管理規定において、開示方法、管理責 任者を決めています。介護業務手順書は月1回品質保証委員会にて見直しを検討しています</p>
--

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を適切に行っている。	
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・ <input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> a・b・c
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
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。	<input type="checkbox"/> a・b・c

特記事項

<p>H26年1月に事業所のパンフレットを作成し、行政、各事業所、関係機関等に配布しています。 施設での生活をわかりやすく写真で紹介し、契約までに、パンフレット、「入所のご案内」 によって、施設サービスの説明がされています。 重要事項説明書には、円滑な退所のための援助について明記されており、サービス終了後 のフォローについての相談窓口として機能しています。</p>

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を行っている。	
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。	<input type="checkbox"/> a・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。	<input type="checkbox"/> a・b・c
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> a・b・c

特記事項

相談員とケアマネジャーが利用者個人台帳にもとづいてアセスメントを行っています。
 サービス実施計画は本人同席のもとでご家族に説明を行っており、半年に1度のサービス担当者会議において計画の見直しを行っています。サービスの実施記録は、パソコンにて、管理しています。また、計画の見直しについては、介護保険の更新時や状態の悪化時に随時行われています。

評価対象IV 実施する福祉サービスの内容

IV-1 利用者の尊重・保護

		第三者評価結果
IV-1-(1) 利用者の尊重・保護		
IV-1-(1)-①	行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	a・b・c
IV-1-(1)-②	余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	a・b・c
IV-1-(1)-③	家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	a・b・c
IV-1-(1)-④	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	a・b・c

特記事項

利用者の日々の会話や家族から得た情報から、余暇の活動を計画しており、おやつ作りや散策、料理、編み物、花を生ける会などサークル活動を行っています。また、利用者からの希望で、馴染みの店に3から4人のグループで外出を楽しんでおり、外出時等は車いすの送迎を手伝っています。
 午前8時から夜の9時までの間は自由に面会が行え、面会場所は利用者と面会者との間で自由に場所を選んでもらえます。リビング以外にセミパブリックあり、他の利用者から離れた場所で面会もでき、希望によっては相談室を利用してもらうこともできます。
 コミュニケーションの取りにくい利用者に対しても、言葉がけをし、家族や日々の関わりの中から、利用者の表情を見て対応をしています。
 喫茶の時には、メニューボードを用い、利用者が選択しやすいような支援がされています。

IV-2 快適な環境づくり

		第三者評価結果
IV-2-(1) 居室		
IV-2-(1)-①	快適な生活空間（居室）の整備に配慮している。	a・b・c
IV-2-(2) 食事		
IV-2-(2)-①	快適な食事環境の整備に配慮している。	a・b・c
IV-2-(3) 入浴		
IV-2-(3)-①	快適な入浴環境等の整備に配慮している。	a・b・c

IV-2-(4) 排泄	
IV-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	a・b・c
IV-2-(5) 衣服	
IV-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	a・b・c
IV-2-(6) 理容・美容	
IV-2-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a・b・c
IV-2-(7) 睡眠	
IV-2-(7)-① 安眠できるよう配慮している。	a・b・c
IV-2-(8) 健康管理	
IV-2-(8)-① 利用者健康保持に配慮している。	a・b・c
IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にやっている。	a・b・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じてやっている。	a・b・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a・b・c
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	a・b・c

特記事項

<p>年1回の健診、半年に1度の定期検診を自主的に行っており、口腔体操、リハビリ体操を日課に取り入れ実施しています。各ユニットは月1回嘱託医の回診を受けており、状態の悪い利用者場合は毎週の回診も可能となっています。入浴は基本的に週2回の入浴となっており、一人の担当職員が、入浴の準備から部屋に帰るまで一連を担当しており、ゆったりとした入浴の時間が取れています。入浴の時間は決められていますが、その時間内であれば自由に選択ができ、入浴前にバイタルチェックを行っています。</p> <p>利用者の嚥下状態に合わせて、普通食、刻み食、ソフト食野提供を行っています。食器は瀬戸物を使用しており、ソフト食は見た目を重視し、できるだけ元の形に近づけるように調理員が材料一品ずつ作っています。</p> <p>自分の好みの家具を持ち込んだり、のれん等をかけることで、ドアの開放を行っている利用者もいます。その日の天候等を考慮し、適切な衣類の選択がされるように、利用者へ促しを行っています。家族が、行き慣れた理髪店や美容院へ行く方もおられ、訪問理美容は、本人、家族からの要望や、職員が家族に確認して申し込みを行っています。</p> <p>電話に関しては、公衆電話を設置していないため、利用者は職員のPHS電話で居室などで通話されています。テレビ等は個人の所有にて、居室で自由に鑑賞できます。</p> <p>喫煙については、喫煙ルームのみとなっており、喫煙ルームへは職員が同行で移動しています。飲酒については要望があれば対応はできます。</p>
--