

(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	熊本市上通町3-15 4F
評価実施期間	23年12月19日～24年3月31日
評価調査者番号	① 06-014
	② 07-018
	③ 11-002

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 (施設名) あけぼの苑	種別：老人福祉施設
代表者氏名：上村 道子 (管理者)	開設年月日： 1994年 4 月 1 日
設置主体：社会福祉法人 清風会 経営主体：社会福祉法人 清風会	定員： 65人 (利用人数)
所在地：〒869-5603 熊本県葦北郡津奈木町大字岩城1520	
連絡先電話番号： 0966 — 78 — 4070	FAX番号： 0966 — 78 — 4072
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)	施設の主な行事
その人がその人らしく生活して頂くために、生活全般に関する介護支援	各季節行事 (花見、そうめん流し 他) 家族懇談会、敬老会、夏祭り 他
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室 (14) 2人部屋 (9) 4人部屋 (6) ユニット個室 (20)	食堂 静養室 医務室 喫茶コーナー 機械浴 リフト浴・個浴 (ユニット)

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
施設長	1		介護支援専門員	5	
副施設長 (生活相談員)	1		社会福祉士	1	
事務長	1		社会福祉主事	6	
事務職員	2		介護福祉士	22	
機能訓練指導員	1		ヘルパー2級	6	
介護支援専門員	2		看護師	3	
介護職員	33	3	准看護師	2	

職員の配置						
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤	
看護職員	4		管理栄養士	1		
管理栄養士	1					
調理員		2				
嘱託医		1				
清掃		1				
洗濯	1					
合 計	47	7	合 計	46	8	

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. 管理者が現場を熟知しているためか、利用者の介護レベルに対応したケアが実践されています。また職員の悩みにも高い視点からのアドバイスや見守りが行われており、管理者として職員への細やかな配慮が見られます。
2. 入所者一人ひとりへの個別ケアへの取り組みが積極的に展開されており、ユニットケアの良さを従来型へも波及させるような取り組みが行われています。

◆改善を求められる点

1. 法人理念と年次目標や計画、運営方針の整合性をはかり、組織体制とともに再度整理することが望まれます。
2. 中長期計画をはじめ事業計画・研修計画や職員の育成計画等の策定が望まれます。
3. 地域交流スペース等社会資源を活用した取り組みは、広報体制を見直すことで更なる地域貢献が期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24.3.31)今回、ユニット増床に伴う第三者評価受審でした。ユニット型特養開設と従来型特養の個別ケアへの取り組み、それに伴う新人職員への指導等で現場職員の第三者評価

受審への意識は薄く、訪問調査日までの不安は大きいものでした。反面、真剣に自己評価と向き合い、課題を見つけた職員もいました。ここに大きな成果があったと思います。私自身、自己評価を実践する中で、組織体制、運営、職員育成、指導者としての問題点や課題を明確にする事が出来ました。訪問調査時においては、分からない所を懇切丁寧に指導して頂きました。今回初めての受審で、ありのままの姿を提示しましたが、『1回目、2回目と受審する中で成長していく事が大事である』との調査員さんの言葉を糧に、今回の受審を機として、新たな業務改善へ向けて一步踏み出して行こうと思っております。

(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>法人の経営理念を明確にし、パンフレットに記載したり事業所内に掲示がされている。理念に基づく事業計画は広報誌にも掲載してある。細かい運営方針も定め、部署ごとの年次目標も事業計画に盛り込まれている。年度始めの苑内研修では各部署の事業計画や目標を発表し、周知も徹底させている。</p> <p>また入所時の説明で、苑の理念や方針も併せて説明しており、家族に対する周知にも努めている。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>毎年、各業種ごとに事業計画を策定し、具体的な年間の方向性を示しているものの、単年度の事業計画のみで具体的な中・長期計画は策定されていない。</p> <p>単年度ベースでは、利用見込みや稼働率の目標を設定し、それに応じた計画も策定されている。年度末には事業評価も行い、次年度の事業計画に反映する仕組みは構築されている。</p> <p>できあがった事業計画は職員・利用者及び家族に対し掲示することで周知を図っているものの、充分とはいえない。今後の広報媒体の検討が期待される。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>運営規定に職務分担責任内容が明記されており、管理者の責任は朝礼や研修時に表明がされている。</p> <p>苑内の研修時や各委員会には全て出席し、業務全般へ積極的に関与する姿勢がみられる。</p> <p>また、毎月のケア会議へ参加することで、職員の業務上の悩みやケア困難事例も把握するよう努め、現場の把握や助言・指導を行っている。人員配置や勤務シフトの見直しなどで、職場環境や労働環境を整備するための取り組みも行っている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p>	<p>施設ケアの報酬改正が実施される中、関係各種の協議会等からの</p>

1 経営状況の把握	<p>情報や福祉関係のニュースから積極的な情報収集を行い、サービスの質を確保するための取り組みを精力的に行っている。</p> <p>常時から利用者情報も分析し、年度ごとの事業計画へも反映させているが、職員の経営に対する関心は薄いといえる。組織的な経営参画が期待される。</p>
2 人材の確保・養成	<p>適切な人員配置がされているものの、具体的な人材育成や採用計画が作成されておらず、欠員の補充にとどまっている。</p> <p>また客観的な人事考課も、職員のモチベーション向上のためには充分周知されているとはえない。自己評価を含め評価基準の明確化が必要である。</p> <p>苑内研修計画に基づいた研修や自主的勉強会で人材の育成にも取り組んでいる。階層別研修として、外部研修派遣も積極的に促しており、資格や経験を重視する傾向が見られる。今後個別職員の段階に応じた研修育成計画の策定が望まれる。</p>
3 安全管理	<p>事故防止委員会・感染防止委員会等を設置し、安全対策を講じている。マニュアルの作成・緊急連絡網の策定や苑内研修も実施され入居者の安全確保に努めている。</p> <p>また事故対策委員会では、2ヶ月に一度ヒヤリハットや事故報告書を活用した危険予知の検証も行っている。</p>
4 地域との交流と連携	<p>地域行事へ積極的に参加するばかりでなく、地域との触れ合いを主旨とした苑行事開催時は地域の方への参加呼びかけを行っている。地域の老人会のヘルパー研修の講義や演習の場を提供するなど、認知症介護・介護保険等の地域還元も行っている。定期的なボランティア、地域住民、小・中・保育園の慰問、老人会の奉仕作業等のボランティア受け入れについても積極的に対応し、交流を図っている。今後は受け入れマニュアルを整備し、体制の充実を図って行くことも課題である。</p> <p>地域包括支援センター受託によって、行政機関や地域の高齢者介護に関して福祉ニーズの把握がしやすくなり、介護予防支援と地域の福祉拠点としての活動も展開されている。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>委員会活動やケア会議では、法律や制度を含めた利用者を尊厳する取り組みが行われている。</p> <p>ケアプラン作成前の利用者及び家族の意向を把握した上で、それらを尊重したプラン策定を行っている。意見箱の設置や施設に対する意見や要望は、内容によって担当者が適切に処理され、報告されている。第三者委員会も設置され、苦情がスムーズに解決できる仕組みがある。今後はそれらの内容や改善策を公表していくことで、組織の透明性をアピールすることも検討されたい。</p>
2 サービスの質の確保	<p>各業務毎のマニュアルが作成されており、それに基づいたケアサービスが提供されている。</p>

	<p>月1回のケア会議では関係職員が参加し、サービス内容の評価・見直しを行い、必要に応じてプラン変更を行っているが、マニュアル類の見直しの検討も必要と思われる。ケアプランにそった入居者一人ひとりのサービス提供の実施記録については、職員間での差があり、今後は研修により質の均一化が望まれる。</p>
--	--

3 サービスの開始 継続	<p>入居前の見学時や入居時の説明には入居契約書や重要事項説明書を用いて説明し、同意を得たうえでサービスを開始している。また、移行先への情報提供は担当者会議を開催し、サービスが滞りなく継続されるように配慮している。パンフレットはあるものの、サービス内容の詳細が公開されているとはいえない。</p>
4 サービス実施 計画の策定	<p>統一した様式によるアセスメントシートによって、利用者の生活状況を把握し、課題やニーズの共有を図っている。ケアマネジャーがケアプランを作成しているが、3ヶ月に1度はモニタリングを実施し、プランの見直しも行っている。終末期のケアについては、その時点で家族の意見徴収を行っている。</p>

(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	17人	
	家族・保護者	23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。	(a)・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。	(a)・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)・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。	a・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。	a・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。	a・(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。	(a)・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-2-(3)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a・(b)・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)・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。	(a)・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。	(a)・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・(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・(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組を行っている。	a・(b)・c
	II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a・(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。	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。	○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・○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。	○a・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・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

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・○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。	a・○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。	○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が確立している。	a・○b・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。	a・○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・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

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・○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。	○a・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)	31	19	3
合 計			