

(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	特定非営利活動法人 あすなる福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市南熊本3丁目 13-12-205
評価実施期間	23年10月18日～24年 1 月31日
評価調査者番号	①第06-021
	②第06-026
	③第10-003

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新和苑 (施設名) 特別養護老人ホーム新和苑	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：船元隆之 (管理者) 船元隆之	開設年月日：平成6年4月1日
設置主体：社会福祉法人緑新会 経営主体：社会福祉法人緑新会	定員：50名 (利用人数) 50名
所在地：〒863-0101 熊本県天草市新和町小宮地763番地2	
連絡先電話番号： 0969-46-3838	FAX番号： 0969-46-3839
ホームページアドレス	http://www.shinwaen.net

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
一部ユニット型介護老人福祉施設	開苑記念日、花祭り、誕生会、茶摘み、菖蒲湯、そうめん流し、精霊流し、夕涼み会、スイカ割り、敬老会、地域ふれあい交流会、餅つき、新年祝賀会、健康祈願祭、節分等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
従来型 個室14室 二人部屋8室 ユニット型 個室20室	食堂、機能訓練室、浴室、医務室、看護職員室、介護職員室、トイレ、浴室、脱衣室、洗濯室他

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	1 2	
事務長	1		介護支援専門員	5	
事務次長	1		看護師	2	
生活相談員 (兼統括部長)	1		准看護師	5	
事務員	1		介護福祉士	1 5	
看護職員	4		管理栄養士	1	
機能訓練指導員	1		栄養士	1	
介護支援専門員	1		医師		1
介護職員	2 6	2	ホームヘルパー 1 級	2	
ユニットリーダー	1		ホームヘルパー 2 級	2 1	2
管理栄養士	1		ユニットリーダー	2	
栄養士	1		ユニットケア管理者	1	
調理員	6		認知症介護実践リーダー	1	
医師		1	第 1 種衛生管理者	1	
			第 2 種衛生管理者	1	
合 計	4 6	3	合 計	7 0	3

※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) 理念に即した事業運営

海・山の美しい自然に囲まれた環境の一角にある同法人の介護事業所（小規模ケアホーム・グループホーム・通所介護事業所等）や公的施設（病院・保育所など）を総称した福祉ゾーンの山頂にある施設は、従来型と平成 22 年にユニット型の増床により利用者の選択範囲を広げています。又、法人は介護サービス事業とともに、省エネ・環境保全にも力を入れ、太陽光発電や電気自動車の導入等可能な限りの努力は、地域の宝である自然を守っています。このことは介護サービスの質の向上への取組とともに大いに評価されます。事業計画書、同報告書、職員手帳、キャリアパスシート、気づきのカード等多種多様な方法により、職員のサービス意識の向上に努め、事業の充実を図っています。

(2) 利用者中心のサービスの開始・継続、サービスの策定がされています。

施設の情報を掲載したパンフレットには、入居者の生活と一人ひとりの個性を大切にしていきたいという思いから現在使用している使い慣れた物・愛用の品（食器・家具・寝具等）の持参を依頼しています。

又、施設までの分かりやすい地図や、見学・問い合わせには丁寧な対応を心がけ、担当者より従来型（本館）とユニット型（別館）のそれぞれの特色の説明を行い判断できるような案内がされています。この事は利用者・家族アンケートからも確認されます。

又、サービス実施計画策定の責任者は入所後の生活を支援していくために、多角的な情報によるアセスメント作成や関わる職員の合議や利用者・家族の意向を反映したサービス計画を策定し、24時間シートへの移行によりケアに繋げています。この取り組みがサービスの質の確保にも繋がっています。

◆ 改善を求められる点

(1) 事業の運営や体制の見直しが期待されます。

現状の把握、分析、見直し、改善の仕組みは正式な手順書が見当たらず、細部において不明瞭な点が見受けられます。それらの担当部署の権限・責務を明確にした規則等を作成して、ルール確立が期待されます。

(2) 新規事業の立ち上げにより、労務上の問題が生じています。

人材計画には、計画達成の目標と具体的な方策を盛り込み、有効性を高める必要があります。

又、職員の能力向上も急務であり、その個別的、具体的な計画も必要です。

(3) 利用者の満足度を把握する為の取り組みが期待されます。

意見箱は設置されていますが、利用がほとんど見られず、活用されていません。職員の聞き取りやコミュニケーションにより意向を確認されていますが、意見や要望を表せない利用者や家族からどのようにしたら把握できるか今後の取り組みが課題とされます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H24.1.20)

受審するキッカケは、「ご利用者からの目」、「ご家族からの目」、そして「外部の方からの目」で施設を多方面から見ていただき、客観的な評価をいただきたいと考え、平成23年度の事業計画の中に第三者評価の受審として位置付けを行いました。言わば「外部の方からの目」が「第三者評価」に値すると考えたからです。

以前から、すべての面で「施設内常識」にならないようにという想いでさまざまな見直しや改善に取り組んできましたが、反面、時が流れる中で、自然と「施設内常識」が身についてしまっているのではないかという不安なところも感じていました。そういう意味では今回の受審は、自分たちが培って、取り組んできた内容を再度検証する良い機会だったと思っています。当法人の理念は「笑顔いきいき、心豊かに」です。

常に「ご利用者の笑顔」、「ご家族の笑顔」、そして「職員の笑顔」が自然と見ることの出来る職場環境作りに、今回の意見を参考として再度見直しを行い、改善に努めて行きたいと思っています。

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>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 「笑顔いきいき、心豊かに・・・」「誰のために…、何のために…」の理念を具現化し、施設の方向性を端的に示し、基本方針7項目や職員の行動指針を掲げています。 ◆ 理念や基本方針は、定款、計画書や職員手帳にも記載し、朝礼での唱和等により、周知を図っています。 ◆ 利用者への説明、周知がやや不十分と思われ、利用者や家族への分かり易い説明資料等周知確認の方策を検討されることを望みます。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 新たなユニット増設等事業の一部変更を行う等施設・事業については、明確な中・長期計画があり、それに基づいた事業計画が策定されています。 ◆ 中・長期計画の作成には、各種委員会や企画調整会議等の組織的な関与が認められます。 ◆ サービス面での計画は、具体的数値目標が見えません。又、本格的な計画見直しは年度末の決算時となっており、年度途中で進捗状況を検討されることが望まれます。

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理者は自らの職務と責任を十分に理解し、各場面においてその立場を表明し、周知を図っています。 ◆ 法令遵守、業務改善やサービスの質の向上、労務関連等について今、後とも強いリーダーシップを発揮し、施設内融和に偏ることなく先導的立場の維持に期待します。
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 事業報告書にも見られるとおり経営状況の把握は、的確になされています。 ◆ 外部の分析、監査がない点、また分析の役割を担うとされる企画調整会議の職務権限、責任等に明確な根拠規定が見当たらず、議事の範囲や決定の効力等が判然とせず、見直しや改善に結びついていません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 人材の現状や必要性は明確にされ、職員募集要項を作成しています。 ◆ 職員の就業や福利の状況把握について、組織的・定期的な関与は認められますが、分析・改善を行なう組織がありません。 ◆ 職員の教育・研修、福祉に対する意識の向上等には、十分な組織関与が認められ、今後は個別的・具体的な関与が望まれます。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 高齢者を対象とするという事業の特性を踏まえ、施設の立地や環境、設備、人事にまで対応した安全管理が行われています。 ◆ 今後とも、状況や環境の変化に応じたきめ細かなリスク把握と、明確な管理体制の構築、規則の充実を期待します。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 事業の沿革や歴史や立地上の事業所の特性を生かし、地域の中にある事業所として十分に機能し、意欲を体現しています。 ◆ 地域のネットワーク相互研修でも中心的役割を果たす等、事業所理念・基本方針に沿った連携も十分です。 ◆ 更に、社会資源の周知・共有に一層の努力や、個別の利用者に対する周知・共有のための掲示等を検討されることが期待されます。

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用者一人ひとりの尊厳や個別性を大切にしたサービス提供を目指し、各種マニュアルの整備や会議、研修会の開催、基本方針や接遇等について記載された職員手帳の配布、朝礼時の理念と基本方針の唱和を行っています。 ◆ 利用者の満足の向上に関しては、利用者意見箱を設置しているが殆ど利用されていません。 ケアマネジャーによる定期的な聞き取りや、職員が家族の訪問時に意向や要望を確認しています。 ◆ 談話ルームで入居者と職員とが語りあう等信頼関係の構築により意見を述べられる利用者もおられるが、意見や要望を表せない利用者や家族については取り組みが不十分と思われる、今後の課題として全員で検討されることを期待します。 ◆ 苦情解決の体制を整備し、本人・家族へは利用開始時の説明や事業所内への掲示により周知を図っています。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 今回第三者評価受審を受けるに当たり、自己評価は事前研修を行い全員で取り組んでいます。今後も、第三者評価結果を全員で検討し、更なるサービスの質の向上へ繋げると共に、評価に関する担当者や部署を設置し、組織として取り組まれる事に期待します。 ◆ 提供するサービスについて標準的な実施方法は、介護支援マニュアルとして文書化しミーティングや部署内研修会で周知徹底し活用しています。又、マニュアル委員会を中心に課題等を検討し、新たなマニュアル作成や改定を行い、会議や研修会で共有を図っています。 ◆ サービスに関する記録は様式や入力方法の工夫により分かりやすく、ばらつきのないように整理しています。記録の管理は文書保存規定に基づき、各部署で記録・保管しています。 ◆ 職員は個人情報や守秘義務について、研修や職員手帳を配布のより認識を図り、遵守しています。法人内の情報はこの一年で書面からパソコンネットワークでの共有に移行し、閲覧後には各自の名前を記入する体制を採っています。

<p>3 サービスの開始 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 施設の情報は法人のホームページにより入手でき、事業所や保健センター等に置かれているパンフレットには、これまでの生活を支援できるよう食器や家具など愛用の品々の持ち込みへの協力依頼や、わかりやすい地図の記載、いつでも見学できることなどが記載され利用者にとってわかりやすいものです。 ◆ 重要事項説明や契約書を用いたサービス内容について丁寧に解りやすい説明を心がけ、施設内の案内も行い、納得した利用開始や在宅復帰・他の事業所へ移行される際は、マニュアルに沿って必要な支援体制を整備しています。
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用者の入所後の生活を支援していくために、本人・家族の意向を確認しながら身体状況・生活状況の聞き取りや在宅のケアマネジャーからの情報を基にアセスメントを作成してします。 ◆ サービス実施計画策定の責任者を設置し、関係する職員での合議や利用者の意向を反映した計画書は、一層のサービス内容の充実を図るため、24時間シートへ移行し、日々のケアに繋がっています。 又、必要に応じた見直しは各フロアリーダーを中心に職員間で検討し計画書を再作成しています。

(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	42	
	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 (公表様式2)

【 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。	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- (2) -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。	a・Ⓑ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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)	30	22	1
合 計	30	22	1