

(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 あすなろ福祉サービス評価機構
所 在 地	熊本市中央区南熊本3-13-12-205
評価実施期間	24年7月10日～25年1月28日
評価調査者番号	① 06-026
	② 10-003
	③ 09-005

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：悠清苑短期入所生活介護事業所	種別：短期入所生活介護
代表者氏名：理事長 蓮田 裕二	開設年月日：平成3年10月3日
設置主体：社会福法人 昭寿会 経営主体：社会福法人 昭寿会	定員：(利用人数) 10名
所在地：〒869-2402 熊本県阿蘇郡南小国町満願寺5854-1	
連絡先電話番号： 0967-44-0800	FAX番号： 0967-44-0675
ホームページアドレス	<a href="http://www.kaigo-kumamoto.jp/">http://www.kaigo-kumamoto.jp/</a> (熊本県高齢者介護施設ガイドより)

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事				
短期入所生活介護	・ソーメン流し・夏祭り・敬老会・文化祭 ・クリスマス会・餅つき・忘年会 ・ドライブ等				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
・二人部屋⇒5室	食堂・談話室・相談室・静養室・医務室 調理室・浴室(一般浴・機械浴) 便所(一般・車椅子専用) 機能回復訓練室・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		介護支援専門員	4	
事務長	1		社会福祉主事	5	
事務員	2		看護師	3	1

	生活相談員	1		准看護師	3	
	介護支援専門員	1		介護福祉士	16	
	看護職員	4	1	栄養士	2	
	機能訓練指導員	1		調理士	5	1
	介護職員	36	1	ヘルパー2級	11	
	栄養士	2		医師		1
	調理員	5	1			
	医師		1			
	合計	54	4	合計	49	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) 法人理念や基本方針が活かされ、利用者・家族の満足につながる福祉サービスが実施されています。

平成3年に本体の特別養護老人ホームと同時に開設した事業所は、同理念・基本方針・教育訓・行動指針のもと、職員も兼務でありこれら理念を活かし変わらぬ福祉サービス支援が実践されています。管理者は毎日介護現場を訪れ、職員とコミュニケーションを図りながら理念に沿ったケアの実践に向け、利用者目線の挨拶や言葉かけ、来訪者へも安心感を当てるような対応など細やかな指導を行う他、会議等で周知を図り、『悠清苑短期入所サービス』だからこそできる心身機能の維持、利用者・家族の身体的・精神的負担の軽減に全職員が志を持って取り組んでいます。阿蘇に馴染み深い山々(久住・わいた山・尾の岳など)の名の表札が掲げられた居室内は清潔に保たれ、利用開始日や帰宅時間、宿泊期間内の衣類の管理など取り違えがないよう、職員は報・連・相の連携に努め、本人・家族が安心・満足な利用となるよう努めています。今回の第三者評価家族アンケートには、“帰宅後の表情が穏やかになっている”“安心して預けられる事業所である”“全ての職員の優しく丁寧な対応が嬉しい”など多くの感謝の言葉が寄せられ満足度の高さが窺われました。また、短期利用が故に起こりうる体調変化時も医療機関との連携により早期対応が施される医療支援や日常の関わりの中で利用者の体調の変化を見逃さない職員の健康管理も家族の安心や満足となっています。

#### 2) ショートステイサービスの質の向上に向け積極的に取り組んでいます。

今回の特別養護老人ホームの第三者評価受審を機会に、同時にショートステイサービスも受審することで、サービスの再確認や改善点を見出し今後に繋げたいという管理者の熱い思いから、事前研修や部署内研修を通し自己評価に真摯に取り組まれたことは大いに評価できます。利用者の状況がケアカンファレンスや介護・看護・栄養など部門を横断し情報の共有、特に担当ケアマネジャーとの連携を図り本人・家族の望むサービスを把握し対応に努めています。

◆ 改善を求められる点

1) 早期に中・長期計画の作成を望みます。

特別養護老人ホームと同じく文書としての中・長期計画は策定されていません。組織の理念や基本方針の実現に向け具体的な取り組みを示す「中・長期計画」の策定は不可欠なものです。実施する短期入所生活介護サービスの内容や組織体制・設備の整備などの現状分析を行い課題や問題点を明らかにし、解決に向け具体的な内容で明文化した「中・長期計画」を策定し、それに基づき今後も『悠清苑短期入所生活介護』ならではの取り組みが実践されていくことに期待します。また、中・長期計画を踏まえた事業計画を職員の参画により策定し、職員や利用者・家族へ周知されていくことに期待します。

2) ショートステイ独自のマニュアルや利用者の満足度アンケート内容の検討に期待します。

『特別養護老人ホーム悠清苑』と同じ法人運営の元、職員体制も兼務であり変わらぬサービス支援が実施されていますが、事業目的や利用者・家族の意向、状況も異なることから、今後は状況に応じ単独のマニュアル作成やアンケート内容も見直すことで、より満足に繋がるサービスが展開されると思われれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 25 . 1 . 25 )

- ・特養と同様、現在のありのままの状況の評価して頂こうと思っておりました。第三者評価の受審することにより、自己評価ではまだ足りていない所や気付いていない所を解り易く明解に診断して頂きました。又、特養と同様に中長期計画の策定がされていない指摘事項があり、これからの課題として取り組んでいき、改善を求められる事項につきましても一つずつ職員と共に取り組み、更なるサービスの向上に向けて努めて参ります。

#### 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"> <li>◆ 理念として「御利用者の尊厳保持」「自立・自律支援」「温かく・優しく・笑顔で」を掲げ、法人の使命や考え方、福祉サービスのあり方を基本方針としてわかりやすい文言で示しています。理念の実現に向け、職員訓や行動指針を介護規範として日々のケアに反映させています。</li> <li>◆ 理念や基本方針は玄関や大ホール、各棟などに掲示され職員の意識付けが図られている他、朝礼時の唱和や毎月の職員会議の中で、管理者より理念に沿ったケアについての指導や職員間で振り返り共有に努めています。また、行動指針も各棟の職員が目につく位置に掲示し、在宅を中心とした当事業所の短期利用だからこそできる支援に意識を持って業務にあたっています。</li> <li>◆ 理念や基本方針・職員訓はパンフレットをはじめ、事業所内への掲示や文書・広報誌に明記され、利用開始時や家族の来訪時に事業所の思いや取り組みを会話の中で伝え理解や信頼関係に繋げています。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特別養護老人ホーム同様長期的展望をもった事業運営であるが、文書としての中・長期事業計画書は策定されていません。更なる利用者・家族、地域のニーズに応える福祉サービスを拡充させるために、理念・基本方針に基づいた中・長期計画の文書化が望まれます。</li> <li>◆ 単年度事業計画は、担当部署ごとに検討し、その進捗状況については職員会議等でも討議されています。また、回覧や事務所での閲覧により周知を図っています。</li> <li>◆ 事業計画の利用者・家族への周知は掲示や各会議の場で説明を行っていますが、今後はわかりやすく説明した資料の作成など理解しやすいような工夫が期待されます。</li> </ul>

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 特別養護老人ホームと同人である管理者は組織の中で自らが果たす役割を自覚し、同じく入所施設と兼務である職員に会議や業務の中で、利用者・その家族・地域にも会議や懇談の場・広報誌等で表明しています。また、会議や内部研修会に積極的に参加し、提案、意見の聴取等リーダーとして責務を果たされ、業務改善や効率化についても、業務改善委員会を通して主導的な立場で真摯に取り組んでおられることが各種の議事録からも窺えます。介護現場を毎日訪れ、利用者・家族・職員とのコミュニケーションを図り、自らが率先して理念・基本方針に沿ったケアを表す姿は、職員はもとより利用者・家族から大きな信頼となっていることが、アンケートの中にも表れていました。</li> <li>◆ 毎月開催されている南小国町地域ケア会議への参加をはじめ、老施協、県内・外、市などの多くの会議や研修に参加し福祉に関する社会動向や、法令・安全管理など必要な情報収集に努め、会議や法人内研修の中で、報告や資料配布により周知されています。育児・介護休業法研修会の参加記録も見られ、実際の介護休暇取得の環境整備が確認されました。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握は、行政や社協・民生委員等の連携の中での的確に行われています。しかし把握したニーズや、コスト・利用率等を分析し、課題を発見するという取り組みに至っては入所施設同様今後の対応が望まれます。外部監査については、平成23年度から税理士による監査及び指導を受け適切な事業運営に努めています。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 人事体制に関する基本的な考え方は入所施設と同様であり、兼務である職員の就業状況への配慮・教育・研修体制・人材育成において変わりありません。今後は中・長期計画の中に研修体制の強化や実習生の受け入れなどショートステイ独自の計画に期待します。</li> </ul>

3 安全管理	<p>◆ 非常災害時の対策、事故発生・緊急時等の対応、協力医療機関との連携については、万全を期し対応することが書面や聞き取りからも確認されました。防災教育や緊急時訓練も適切に行われ職員周知も徹底されています。昨年度の事故、ヒヤリハット報告の中で、ヒヤリハット報告件数はありませんが事故報告が行われています。会議などで反省にもあげられているように利用者個々の状況把握、事故になる前のヒヤリハットの重要性など再度職員研修による周知が求められます。</p>
4 地域との交流と連携	<p>◆ 運営方針の中に地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村・他の居宅サービス、その他保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図りサービス提供に努める事を掲げています。ショートステイ事業所独自の資源還元やボランティア担当部署の設置などはありませんが、法人の活動により十分にカバーされ地域との交流が行なわれ連携が図られている事が事業報告書や広報誌“ゆうせい”から確認されました。特養ホームと同様、立地の面からボランティアの来訪による交流が多くない事が課題のようです。利用者の多くもボランティアの交流を望んでいる事がアンケートからも確認されました。利用者や事業所の希望するボランティア交流が充実するよう、積極的な働きかけや情報収集が必要と思われれます。</p> <p>又、特養を母体とし、ショートステイやグループホーム、デイサービスを併せ持つ介護施設は小国郷では珍しく、法人の取り組みを多くの方々に理解いただき、今後も地域福祉の拠点としての取り組みに期待されます。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>◆ 特別養護老人ホーム「悠清苑」と同法人の運営のもと職員体制も兼務であり、掲げられた理念『御利用者の尊厳の保持』『自立・自立支援』『温かく・優しく・笑顔で』や『いたわりの気持ち大切に笑顔で接し、家庭生活に近づけられる支援』を盛り込んだ基本方針、『公平』『謙虚』等の五項目の教育訓を常に意識を持ち、ショートステイだから出来る支援、短期間の利用の中で本人・家族の安心や満足に繋がる支援の実践に日々努めています。又、悠清苑職員行動指針とし</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 私達は、利用者に対して、次の視点に立って日々の支援を行います。(プライバシーの保持等の五項目)</li> <li>2. 私達は、人が見ているときも、見ていないときも、いつも変わらない対応を行います。(誰に対しても丁寧な対応や言動、ルール・マナーの遵守等の五項目)</li> <li>3. 私達は、介護サービスに携わる者として、次の行為を行いません。その中に、身体の虐待・拘束をはじめ五項目を掲げ、項目ごとに詳細に事例を挙げ説明しています。</li> </ol> <p>この指針は常に職員が目を通し意識付けが図れるよう各部署に掲示し、理念や基本方針と併せ職員会議や日々の業務の中で共有されています。</p>

	<p>◆ 苦情解決の体制や意見・要望を把握する取り組み方法は特別養護老人ホームと変わりありませんが、ショートステイでは特に担当ケアマネージャーからの情報を基に、利用者の満足の向上に努めています。玄関先に他のサービスと共同利用の意見箱が設置されていますが活用には至っていません。</p> <p>法人全サービスで年一回実施されている家族アンケートは、高い回収率となっており満足の向上に繋げる手段として活用されています。</p> <p>今後は利用者の状態やサービス内容の異なるショートステイの利用者・家族のみを対象にした内容のアンケート実施により的確な意見や要望の把握が得られると思われます。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>◆ 今回のショートステイ第三者評価受審は、特別養護老人ホームと同時に受審する事で、ショートステイのサービスの再確認や今後の課題を見出し、利用者の満足を繋げたいという代表者の意向からでした。今後も定期的な自己評価や第三者評価受審により、評価結果の分析や見出された課題について改善が図られていく事に期待します。</p> <p>◆ 重要事項説明書の中で当法人ショートステイサービスの目的や方針をはっきりと定め、提供するサービスの基本を記していますが、標準的な実施方法やサービス記録の書き方、記録の管理体制、利用者の状況等に関する情報の共有方法等は、兼務する特別養護老人ホームと同様です。今後は必要に応じマニュアルをはじめショートステイ独自の物を作成する事により、更に利用者の満足を繋がる支援が実施される事や職員も意識を持って独自性あるサービス提供を実践できると思われます。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>◆ 事業所の情報はインターネットやパンフレット及び広報誌等から得る事が出来ます。特養ユニット棟の開設を機に新しく作成されたパンフレットはカラーで見やすいものでありますが全サービスが掲載されており、ショートステイの情報を詳細に入手するには不十分と思われます。法人全体のパンフレットと共に、ショートステイ単独の資料も準備する事で利用者や家族が安心して利用を開始できると思われます。</p> <p>◆ サービスの開始にあたって、重要事項説明書や契約書により、当法人ショートステイサービスの目的や運営方針、サービス内容、利用料(介護保険の給付対象サービス・介護保険の給付対象とならないサービス)、非常災害時の対策、苦情の受付(事業所内・第三者委員・行政機関)など特に大切な事項は家族に確認を行いながら丁寧な説明を心がけ了承を得ています。</p>



	<p>又、ケース会議への参加を依頼し、本人主体のより良いサービス支援にしたい旨を伝えています。事業所の変更や家庭への移行などサービスの変更が生じた場合は、担当ケアマネとの連携により、介護・看護職員の作成した文書を提供し次のサービスに繋げてもらっています。</p>
4 サービス実施計画の策定	<p>◆ サービス実施計画は、事業所が定めたアセスメント様式(包括自立支援プログラム)を使用し、利用者・家族のニーズ、身体・生活状況等を把握し計画を策定しています。</p> <p>利用者によってはアセスメントからモニタリングまで十分な時間のないままサービスの提供に至るケースや家族と接する機会が少ない等、課題点もあがっています。</p> <p>これらの事が事故や怪我、利用者の精神的負担に繋がる事も想定される事から、更なる担当ケアマネとの連携や家族との関わり方を検討し課題点を緩和する取り組みが望まれます。</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	0	
	家族・保護者	22	
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

(特別養護老人ホーム悠清苑 短期入所)

## 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- (2) -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。	○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）	37	14	2
合 計	37	14	2