

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ワークショップ「いふ」 |
| 所 在 地 | 熊本市中央区水前寺6丁目41番5号 |
| 評価実施期間 | 平成25年11月7日～平成26年6月2日 |
| 評価調査者番号 | 第 06-028 |
| | 第 08-011 |
| | 第 13-007 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--|---|
| 事業所名称：社会福祉法人 熊本菊寿会 (施設名) 特別養護老人ホーム さわらび | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：理事長 山田千恵子 (管理者) 施設長 山田千恵子 | 開設年月日： 平成14年10月1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 熊本菊寿会 経営主体：社会福祉法人 熊本菊寿会 | 定員：54人 (利用人数) 54人 |
| 所在地：〒861-8002 熊本県熊本市北区龍田町弓削864番地1 | |
| 連絡先電話番号：096-386-3855 | F A X 番号：096-386-3837 |
| ホームページアドレス | http://www.kikujiyukai.wix.com/sawarabi |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|-----|-----|---------|-----|-----|
| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 | | | | | |
| 特別養護老人ホーム | 夏祭り、秋祭り、運動会、餅つき | | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | |
| 個室：10室、 2人室：22室 | コミュニティーホール・リハビリ室・ボランティア室 | | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | |
| | 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
| | 施設長 | 1 | | 医師 | | 1 |
| | 副施設長 | 1 | | 正看護師 | 2 | |
| | 医師 | | 1 | 准看護師 | 2 | |
| | 看護職員 | 4 | | 介護福祉士 | 18 | 2 |
| | 介護職員 | 19 | 3 | 介護支援専門員 | 1 | |
| | 介護支援専門員 | 1 | | 社会福祉主事 | 3 | |
| | 生活相談員 | 1 | | 言語聴覚士 | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | 1 | | 管理栄養士 | 1 | |
| | 栄養士 | 1 | | | | |
| | 事務職員 | 4 | 1 | | | |
| | 合 計 | 33 | 5 | 合 計 | 28 | 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. 地域との交流

ホーム開設時に、施設長自らホームのパンフレットを持って地域住宅を個別訪問しながら、施設の説明を行う等、地域の人たちとの交流を大切にする姿勢は、今日まで変わることなく、地域貢献に力を注いでいる。地域の福祉交流拠として集会やパソコン教室・介護教室が実施できる研修室と、料理教室が開催できるキッチンを備え、住民に開放して様々に活用されており、積極的な地域との交流が行われている。

子育て中の女性が安心して働けるように、職員の労働環境に配慮し、ホームと同一敷地内の玄関先に、定員20名の事業所内保育所を開設している。今後、近隣の子どもも利用出来る保育園として役割が果たせるように計画中であり、更なる地域貢献を目指している。

2. 日常生活支援：食事

利用者が食事を楽しみ、美味しく食べられるように、季節感のある行事食が取り入れられている他、おやつクラブ・ご当地丼・バイキング等を提供し、食べる事への楽しみが工夫されている。なお、食事伝票が個々に準備され、主食（米飯・二度炊き・全粥・ミキサー・経管栄養）の5種類と、副食を（普通・一口大・軟菜・極小さざみ・ミキサー）の6種類準備するなど、食事形態をきめ細かに分け、更に、特別治療食（糖尿病食・アレルギー食等）を、利用者の体調と身体状況に合わせる等して、一人ひとりに適した食事が提供されている。

3. 日常生活支援：余暇・レクリエーション

余暇・レクリエーション活動は、利用者の心身の状況を考慮し、自由参加となっている。意志表示が出来る利用者は三分の一程度であるが、利用者の興味や希望を把握し、運動会、夏祭り、秋祭り、花見、相撲巡業の見学、アウトドアクラブ（コスモス鑑賞、動物園等）の他、おやつクラブ（クリスマスケーキ作り・お茶会）と多彩なメニューを計画・実施し、ホームでの生活を豊かなものにする工夫が見られた。

改善を求められる点

1. 中・長期的なビジョンと計画の明確化

事業所の中・長期の事業計画がみられなかった。短期は勿論、中・長期の計画は大切で、管理者、職員、利用者、家族は法人の将来に関心を寄せ、事業所と共に日々を過ごして居ると言っても過言ではない共同体である事を再確認したい。年度の事業計画、中・長期の計画は「行事計画」とは異なり、事業体の取組みとして全職員・利用者に大きなかわりを持つことから、明確なビジョンと、計画の策定を期待したい。

2. 職員の質の向上に向けた体制の確立

中・長期計画が策定されていないため、将来必要とされる人材に関する基本姿勢の明示も見られなかった。組織が目指す福祉サービスを実施するために、求められる職員の具体的な技術水準・専門資格の取得といった点から明確にした研修計画と実施が求められる。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

（H26.6.2）

適正な評価を頂き有難うございました。指摘を受けました事項については、指針として、施設に於ける中・長期の事業計画として取り組んで参ります。サービス事業者としての人材育成の向上は、もっと活発に取り組んで参ります。皆様のご指導に感謝致します。皆様のご健勝を祈り、益々のご活躍を希望いたします。

4 評価分類別評価内容

| | |
|---------------------------|--|
| <p>評価対象 1 理念・基本方針</p> | <p>理念は「利用者の主体性、人権を尊重し、充実した日々を送れるよう努める。」 「利用者の安全、安心な生活を送れるケアに努める。」「地域福祉の向上、発展に貢献できるように努める。」となっており、正面玄関やエレベーター昇降口横など職員、利用者、家族、外来者の目に付きやすい所に掲示されている。また、毎朝の申し送りの時間に集まった職員が全員で復唱し、周知と意識づけに努めている。 基本方針は、(1)利用者の自己実現に向けた支援(2)職員の支援能力の向上(3)施設の社会貢献の強化、を「平成26年度事業計画」に詳しく明示している。</p> |
| <p>2 計画の策定</p> | <p>単年度の事業計画は、施設長、副施設長など経営幹部職員と中堅職員の主任、リーダ等が参画して策定されているが、年度途中における実施状況の把握や評価、見直し等の実施は確認できなかった。 中・長期事業計画は、施設長のビジョンとして描かれているが、文書化された事業計画書や収支計画書の確認はできなかった。単年度事業計画は、関係部署や、関係者の会議、研修会、フロアミーティング等を通じて口頭での説明が行われているが、全職員への周知が十分とは言えず、職員・利用者・家族にも理解しやすいように工夫した印刷物の作成や、広報誌「わさもん」等を通じて積極的な周知活動への取組が必要と思われた。昨年9月、家族会が発足したのを契機に、今後一層の連携と周知が図られることを期待したい。</p> |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <p>施設長の自己評価では、理念第2項で「利用者と共に安全・安心な生活を送るため、日々ケアの向上に努める。」とし、そのため「専門的知識及び技術に関する研修を系統的、積極的、継続的に実施し、職員の資質向上を図る。」としている。昨年、就任した副施設長も、積極的に職員の現場活動に参画しており、「職員会議」の実現提案をする等、指導力を発揮しようとする意欲が読み取れる。今後、職員の共通理解に立った業務の改善や効率化に対し、リーダーシップの発揮を期待したい。</p> |
| <p>評価対象 1 経営状況の把握</p> | <p>組織の意思決定機関である理事会の理事に、地域の社会福祉協議会会長を、評議員に新旧の両自治会長を任用していることで、地域密着を図り、地域の高齢化情報やそのニーズの収集・把握体制の構築に留意している状況が伺える。入所待機者は180名程おり、入所判定の対応に苦慮している実情であった。 施設面では、1階中央部に広々とした地域交流スペースを設け、パソコン教室や料理教室など地域高齢者の自主研修活動に場所を提供しており、便益提供と共に地域の潜在的な需要動向から目を逸らさない姿勢が感じられた。 法人の事業活動に関わる監事には公認会計士と業務監査士が当たり、資産運用や損益計算の監査業務、外部監査も他の公認会計士があたる等、会計業務の客観性、透明性確保に留意している姿勢が伺える。しかし、経営上の改善課題の発見に繋がる「監査意見書」等の確認はできなかった。経営状況の把握・分析や課題の改善は職員の共通理解の下で、組織的な取り組みが行われることを期待したい。</p> |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <p>施設の理念や基本方針に基づく中・長期事業計画や、単年度事業計画を実現するために必要な具体的な人事プランの策定は確認できなかった。 職場の人事考課は、「現場や中間管理職の評価」を経て「役職者及び施設長の総合的な評価に基づいて」行われている。現場や中間管理職等の評価者と本人との評価後面談や評価者訓練等を行う等、評価の客観性、公平性、明朗性を高めるための工夫も必要と思われる。 健康診断は年2回、インフルエンザ予防接種も行われている。通常、職員の相談には、フロアミーティングで主任やリーダーが対応しているが、時間的な余裕がないとの声もあり、専門の担当者を配置する等して、気軽に相談できる体制ができればよいと思われる。 福利厚生施設として、昨年、事業所内に園児定員20名の保育園が開設され、安心して働ける子育て環境の整備が進んでいる。 教育・研修については、系統的、中・長期的、継続的な全体計画や具体的で個別的な研修計画の策定が必要で、その基礎になる一人一人の「研修履歴書」の整備が求められる。なお、目指す技術水準や知識・専門資格の明示を行い、今後は記録や資料の作成・整備に取り組む必要があると思われる。</p> |

| | |
|-----------------------------------|--|
| 3 安全管理 | <p>安全管理は、職員の緊急連絡網を作成して年2回の避難訓練を実施。事故・感染症への対応と災害時の安全確保については、毎月「安全委員会」を開催して、事例別対応を「ハード・労働・健康」の三方面から、見直しを図っている。緊急時の家族や関係機関への報告・連絡を行い、発生原因の明確化と再発防止を検討している。なお、利用者の日常生活の場は2階であり、地震・火災等の災害時に、どこまで・どのように避難するのか、階下又は屋外への脱出まで想定するなど、緊急時対応は具体的なシュミレーションを基に実施することも良いと思われた。</p> <p>なお、災害時対応の食事は、委託会社に3日分の手当を依頼しているが、賞味期限等を配慮して、厨房と協力し、年に一度の入れ替えを想定した「防災・災害食」等のメニューとするのも良いと思われる。</p> |
| 4 地域との交流と連携 | <p>ホーム開設時に、施設長自らパンフレットを持参し、地域住宅を個別訪問して施設説明を行った経験を持ち、地域との交流を大切に、利用者の要望に対し「できません」を言わない事業所であることを基本に交流を続けている。一階デイサービス横には、地域包括支援センター、料理実習室、学習室・会議室があり、パソコン教室や会議の場所として開放され、地域住民に活用されている。なお、熊本市北区社協と家族会との連携や、地域ボランティアグループ「熊本シニアネット」龍田支部の協力が得られており、施設行事の力強い応援団の存在の交流となっているようにみられた。</p> |
| <p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p> | <p>現在、ホームへの入居待機者は180名を超えており、訪問看護・介護、リハビリ、デイサービスなどを利用して生活している要介護者の在宅状況や様子を把握することは難しい状況で、利用者本位の福祉サービスの提供も、将来を見通した中・長期の計画が必要となってきた。なお、利用者の満足を得るサービス提供のために、要望を「聴く」「頷く」「理解する」ことを大切に、ホームでの生活を支援しており、玄関脇コーナーにはスタッフの顔写真を氏名と共に掲示して「ご意見箱」と「苦情・要望解決報告」を併せて設置し、意見収集に活用している。</p> <p>毎月、「ヒヤリハット」「利用者の意見」が集計されているが、集計された事柄が、その後どのように対応されたか、引き継がれたか、明確にされていないことから、今後の活用が課題になるとと思われる。</p> |
| 2 サービスの質の確保 | <p>事業計画の支援目標に「個別対応の重視」「日常生活支援サービスの充実」を掲げ、食事・入浴・排泄介助等の生活支援に利用者満足が得られるよう職員が一丸となって取り組んでいる。ケアカンファレンス、モニタリングを実施し、定期的にケアプランを見直し、サービスを実施している。しかしながら、各種サービスの実施マニュアルや、個別の手順書は見られず十分な対応とは見られなかった。職員の固有のスキルや能力に依存することなく、常に一定レベルのケアを可能にするために、現状に即したマニュアルの更新が求められる。なお、更新した文書には作成年月日の明記、また改定された場合は誤って旧来のものが使用されないような処置をとることも配慮し、各種マニュアルの検討と、サービスの質の更なる向上に期待したい。</p> |
| 3 サービスの開始継続 | <p>施設の概要、料金等を記載したパンフレットを利用希望者・家族等へ配布し、施設見学も随時受け入れている。また、より多くの人への情報提供を目指して、現在ホームページを作成している。パンフレットは、希望者だけに止まらず、多数の人が手にとることが出来る公共施設へ設置する等し、積極的な情報提供を期待したい。</p> <p>なお、サービスの開始にあたり、生活指導員が重要事項説明資料を用い、施設の目的、運営方針、サービスの内容、費用等の事項について、利用者・家族に丁寧に説明して、種々の質問にも答えており、同意を得た上での契約となっている。利用者・家族アンケートにおいても「時間をかけて詳しく説明してもらった」「相談員の話が分かりやすく、丁寧だった」等の記述もあり、親切な説明が実施されていることが確認できた。</p> |
| 4 サービス実施計画の策定 | <p>サービス実施計画は、アセスメントから明確にされた課題とニーズについて、ケアマネージャーを中心に多職種の話し合いを行いサービス内容を検討して策定されている。</p> <p>ケアプランはケアマネージャーが利用者・家族に説明を行い、利用者の意向を再確認し、同意を得た上で策定されている。</p> |

| | |
|--|--|
| | サービス開始後は、定期的なケアカンファレンス、3か月ごとのアセスメントの実施、6か月ごとのモニタリングが実施されている。 |
|--|--|

(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 | 26 | 独居や高齢者のみの世帯が多いため、アンケート回収が基準に満たなかった。 |
| | 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

【 特別養護老人ホーム さわらび 】

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------|-------------------------------------|---------|
| - 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| | - 1 - (1) - 理念が明文化されている。 | ①・b・c |
| | - 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a・②・c |
| - 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| | - 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a・③・c |
| | - 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a・b・④ |

- 2 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|--|---------|
| - 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| | - 2 - (1) - 中・長期計画が策定されている。 | a・b・⑤ |
| | - 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a・b・⑥ |
| - 2 - (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| | - 2 - (2) - 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a・⑦・c |
| | - 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。 | a・⑧・c |
| | - 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。 | a・b・⑥ |

- 3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|--|---------|
| - 3 - (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | - 3 - (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・⑨・c |
| | - 3 - (1) - 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・⑩・c |
| - 3 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | - 3 - (2) - 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・⑪・c |
| | - 3 - (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・⑥ |

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------|--|---------|
| - 1 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| | - 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・⑫・c |
| | - 1 - (1) - 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・⑬・c |
| | - 1 - (1) - 外部監査が実施されている。 | a・⑭・c |

- 2 人材の確保・養成

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---|---------|
| - 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。 | | |
| | - 2 - (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・㉔ |
| | - 2 - (1) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 | a・㉕・c |
| - 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| | - 2 - (2) - 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・㉕・c |
| | - 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・㉕・c |
| - 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| | - 2 - (3) - 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・㉔ |
| | - 2 - (3) - 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・㉔ |
| | - 2 - (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・㉕・c |
| - 2 - (4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| | - 2 - (4) - 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・㉕・c |

- 3 安全管理

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|--|---------|
| - 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。 | | |
| | - 3 - (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・㉕・c |
| | - 3 - (1) - 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・㉕・c |
| | - 3 - (1) - 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・㉕・c |

- 4 地域との交流と連携

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---|---------|
| - 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| | - 4 - (1) - 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | ㉖・b・c |
| | - 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。 | ㉖・b・c |
| | - 4 - (1) - 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。 | ㉖・b・c |
| - 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| | - 4 - (2) - 必要な社会資源を明確にしている。 | a・㉕・c |
| | - 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・㉕・c |
| - 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | - 4 - (3) - 地域の福祉ニーズを把握している。 | a・㉕・c |
| | - 4 - (3) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | a・㉕・c |

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------|--|---------|
| - 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| | - 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 |
| | - 1 - (1) - 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 |
| - 1 - (2) 利用者満足の向上に務めている。 | | |
| | - 1 - (2) - 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 |
| - 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。 | | |
| | - 1 - (3) - 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 |
| | - 1 - (3) - 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 |
| | - 1 - (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 |

- 2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|--|---------|
| - 2 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| | - 2 - (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 |
| | - 2 - (1) - 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 |
| - 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。 | | |
| | - 2 - (2) - 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 |
| | - 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 |
| - 2 - (3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| | - 2 - (3) - 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 |
| | - 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a・b・c |
| | - 2 - (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 |

- 3 サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------------------|---|---------|
| - 3 - (1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| | - 3 - (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 |
| | - 3 - (1) - 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 |

| | | |
|-------------|---|-------|
| - 3 - (2) | サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | |
| | - 3 - (2) - 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・㉔・c |

- 4 サービス実施計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|-------------|--|---------|
| - 4 - (1) | 利用者のアセスメントが行われている。 | |
| | - 4 - (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・㉔・c |
| - 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。 | |
| | - 4 - (2) - サービス実施計画を適切に策定している。 | ㉔・b・c |
| | - 4 - (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。 | ㉔・b・c |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-------------------|---------|----|---|
| | a | b | c |
| 共通評価基準 (評価対象 ~) | 8 | 36 | 9 |
| | | | |
| 合 計 | 8 | 36 | 9 |