

福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

【受審事業所情報】

事業所名称	養護老人ホーム四條畷荘
運営法人名称	社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団
福祉サービスの種別	養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 辻宅 一博
定員(利用人数)	50名
事業所所在地	〒575-0043 大阪府四條畷市北出町28-1
電話番号	(072) 878 - 2681
FAX番号	(072) 878 - 2214
ホームページアドレス	http://www3.ocn.ne.jp/~nawateso/index.html
電子メールアドレス	4jou-yougo@live.jp

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成25年2月26日～平成25年6月3日	
評価結果決定年月日	平成25年6月3日	
評価調査者氏名(役割)	0601A047 (運営管理委員)	()
	0501A117 (専門職委員)	()
	()	()
	()	()

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無
---------------------	--

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

施設は幹線道路から少し入った静かな住宅街にあります。平成20年に養護老人ホームとしての事業が開始されました。入居定員は50名。全室が個室であり、特別養護老人ホームとも併設されています。

また、特定施設入居者生活介護の指定を受けており、要介護の状態になっても、介護保険サービスを受けながら、長く施設で生活ができる環境にあります。

運営面では法人による内部監査やマニュアル整備、法人各施設で協力して開催する研修会など、法人としての特徴を生かした取り組みが行われています。

特に評価の高い点

緊急一時の受け入れ

施設機能を利用して、緊急一時的な受け入れを行おうとする姿勢は高く評価できます。前年度で3件、調査当日も緊急一時的な受け入れ事例が見られました。

緊急時における利用者の安全確保

感染症に対してマニュアルを整備し、食中毒・ノロウイルスなど10種類の対応策を講じています。また感染症対策委員会を毎月開催して報告体制・連絡網の整備も設定されています。事故への対策としてもリスク委員会を毎月開催しています。リスク体験報告3添書(体験の前後、状況の記入、原因の分析、対処・防止について)、事故状況調査書(ケガの内容、連絡方法、ケガの発生場所の略図)、リスク体験分析書(ひやり用)などきめ細かい対策をしています。

改善を求められる点

研修の実施

計画されている研修が計画通りに実施されていない部分があり施設の課題にもなっています。

事業所が有する機能の活用

地域交流スペースには毎回多くの来場者があります。この場を活用して例えば、「介護保険サービス」「高齢者支援サービス」などの情報についてお話をされたり、相談を受ける等取り組まれることが期待されます。

第三者評価に対する事業者のコメント

この度受けました評価機関の評価につきましては、内容を確認し、今後の取り組み・改善に努め、より良いサービスの提供に繋がるよう、継続的なサービスの向上に努め、安全・安心していただける施設運営に努めて参ります。

評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	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	
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
I - 1 - (1) - ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
I - 1 - (2) 理念や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
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
評価機関コメント	
<p>法人の理念「自立に向けた質の高いサービスを通じて、活力ある高齢社会及び人権が尊重される社会の実現」を掲げ、理念に基づく基本方針が明文化されています。</p> <p>職員会議において施設長から継続的な周知が図られています。</p> <p>また、利用者等に、理念や基本方針の要約したものを作り、入居者総会において周知を図る一方、ホームだより「ほほえみ」でも利用者に判りやすい内容で周知しています。</p>	

I - 2 計画の策定	
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
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
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
I - 2 - (2) - ② 事業計画が職員に周知されている。	a
I - 2 - (2) - ③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント	
<p>四條畷荘の中・長期計画も法人の計画を基に詳細に策定され、中・長期計画を反映した事業計画が立てられています。</p> <p>事業計画は各部署長・主任が職員と意見交換して作成し、職員会議においてその内容の周知を図っています。</p> <p>事業計画を判りやすく要約したものにより、入居者総会において利用者に手交し周知をはかっています。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

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
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

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り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

評価機関コメント

職務権限と責任に関する規程を各部署に備え、会議等でこの内容を職員と理解に努めています。毎月の職員会議では、管理者の役割と責任を判りやすく説明しています。

遵守すべき法令等を作成し、法令の理解に努めています。また、管理者は、職員会議などに頻繁に参加し、具体的な指示をされています。

毎月の経営リーダー会議において、施設長は人事・労務・財務などに関する分析の結果を示し、業務の改善を指示しています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

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
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り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b

評価機関コメント

くすのき広域連合施設部会で「緊急連絡網」を作り養護職員が連絡役を務め、施設長は地域の大災害対策計画の策定委員長にあたっています。また、マクロ情報は法人本部において把握され、事業計画等に反映されています。

毎月の経営リーダー会議では、利用率の実績を検討し、改善に向けて空床などの把握に対処しています。

法人内部の監査役の一人に公認会計士が就任する等、内部の監査体制は充実しておりますが、今後は、対外的な透明性を担保するためにも、公認会計士等による外部監査の導入が望まれます。

II-2 人材の確保・養成

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
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

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
II-2-(2)-②	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a

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
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り組みが行われている。	a
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

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

II-2-(4)-①	実習生の受け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、積極的な取り組みをしている。	a
------------	--	---

評価機関コメント

必要な人材に関するプランについて、人員リストを作成し、国の基準を元に介護福祉士など有資格者を把握。また、資格取得の奨励も図られています。

人事考課については、職員評価制度実施要領に基づき、自己チェックリストで基本的な福祉サービス業務を点検評価し、正職員には「業務目標シート」で各職員の達成すべき目標を求めています。面接シート、面接記録表、人事考課表、フィードバック人事考課表など制度の運用が着実に実施されています。また、職能要件書で各職位別の基準が詳細に記載され、目標管理も定期的なヒヤリングで職員に根付いています。

就業状況は、労務管理表や時間外勤務管理表などにより管理され、非常勤職員を含む職員と人事考課の際に、個別面接及び人事考課後のフィードバック面接が着実に実施されています。また、職員満足度アンケートに基づく面接が、介護主任と各職員との間で実施されコミュニケーションが徹底されています。さらに「定年退職後の再雇用職員の就業等に関する取扱」も制定し、定期的に見直ししています。

福利厚生については、サークル活動（ウクレレ・バレーボールなど）や親睦会による結婚・出産祝い、病気見舞いなどが行われているほか、民間共済会への加入、職員（衛生管理者）による定期巡回、そして、腰痛予防対策が組織的に計画、実施されています。

職員教育については、法人の中・長期計画に「人材育成と職場環境の整備」を掲げ、施設の中・長期計画において「個別研修プログラム策定」を計画し、人材育成部会で長期に渉る進捗管理が行われています。また、昨年度から自己到達チェックの実施が計画されています。職位ごとの「必須研修」が定められ、主任研修・総括主任級研修・管理者研修など行われています。平成24年度事業団研修の概要によると、①全職員に対する個別研修実施システムの確立 ②受講履歴管理方法 ③研修受講後における効果測定など計画されています。内部研修報告書には直属上司からのコメントのほか、①研修で学んだこと ②研修で学んだことの評価 ③今後どのように職務に活かしていくか ④研修の感想と今後学びたい内容などを具体的に記入しています。また、職員会議での発表を聞けない職員には伝達研修が行われています。

実習生の受け入れに関しては受け入れ体制を整備し、ホームページにも実習について掲載されていますが、養護老人ホームとしては職場体験と職場見学の受け入れに止まっています。

Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。

Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
Ⅱ-3-(1)-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
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

評価機関コメント

感染症に対してマニュアルを整備し、食中毒・ノロウイルスなど10種類の対応策を講じています。また感染症対策委員会を毎月開催して報告体制・連絡網の整備も設定されています。事故への対策としてもリスク委員会を毎月開催しています。

災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みとして、食品在庫を最低3日分確保していることや、夜勤時の緊急対応マニュアルにて、3つの協力病院と緊急隊（救急車）の派遣が契約されていることが確認できました。また、地震・火災に対する安全確保については、防災対策マニュアルに対応が決められており、消防計画に基づく避難訓練も規定通り行われています。

緊急時の対応について各種マニュアルが制定されています。災害時の食品備蓄など対応が進められています。リスクの把握については、「リスク3添書」を基に具体的な取り組みがあります。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。

a

Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。

b

Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け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

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

Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。

a

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。

Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。

a

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

評価機関コメント

事業計画に「地域連帯」を掲げ、北出地区のイベントに多く参加されています。

広報誌「ほほえみ」を発行し、自治会や公民館へ配布することで、事業所の機能を地域に還元しています。

「ボランティアマニュアル」はじめ各種マニュアルの制定により、ボランティア活動が活発に行われています。

利用者に対応できる「連絡先一覧表」を作り、職員も情報の共有を図っています。

地域内の福祉サービスに関して、くすのき広域連合などの活動に主体的に加わっています。地域の要支援・要介護者数も調査されています。北出地区の地域防災訓練へ参加したり地域清掃にも参加されています。

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		
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り組みを行っている。	a
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
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a
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
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
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
評価機関コメント		
<p>経営の理念に利用者尊重の姿勢を掲げています。「職業倫理」として利用者尊重の姿勢を文書化するほか、各種マニュアルにもその姿勢を反映しています。</p> <p>居室は全室が個室であり、プライバシーへの配慮ができる環境にあります。共用部分についても、例えば浴室では暖簾を使用したり、個浴を利用するなど配慮しています。</p> <p>利用者満足の上昇に関する取り組みでは、年1回の満足度調査、年2回の嗜好調査、意見箱の設置や入居者総会の開催など様々な形でご利用者の意見を聞き、改善に取り組んでいます。苦情受付の体制も整備し、フィードバックまでを記録に残しています。意見や提案については対応するマニュアルの選定やその見直し方法については整備が望まれます。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組み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
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・改善実施計画を立実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 個々の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
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
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
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
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
評価機関コメント		
<p>法人による内部監査が年1回実施され、自己評価とも連動する形になっています。内部監査の結果は職員会議で検討し共有。部署で改善をした結果をまとめて法人へ報告しています。</p> <p>各種マニュアルも整備しています。記録はソフトを使用、記録の管理体制も整備しています。</p> <p>利用者の情報は申し送りノートやホワイトボード、日誌、パソコンネットワーク、サービス担当者会議への部門横断での出席など様々な方法で共有を図っています。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
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
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
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
評価機関コメント		
<p>入居に際しては、契約書や重要事項説明書、パンフレット、生活のしおりを使用して情報提供、説明が行われています。退居後については、連絡先や窓口の記載など文書の整備が期待されます。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

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

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

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

評価機関コメント

特定施設入居者生活介護対象の利用者、一般の利用者ともに6か月に1回、サービス計画書を作成するよう取り組んでいます。アセスメントから評価までの流れが確立されています。各利用者ごとに毎月のまとめを総括として、翌月の方向性ととも記録しています。

評価対象Ⅳ 良質な生活の確保と生活環境への具体的取り組み

Ⅳ- 1 生活支援サービス

Ⅳ- 1 - (1) 様々な生活場面における生活支援サービスの提供。

Ⅳ- 1 - (1)-⑧	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅳ- 1 - (1)-⑨	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅳ- 1 - (1)-⑩	認知症高齢者については、行動・心理症状（BPSD）がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。	b
Ⅳ- 1 - (1)-⑪	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a

評価機関コメント

全室が個室であるという特徴を生かして、排泄介助でもプライバシーに配慮した対応をしています。居室は認知症のある方にとっても落ち着ける場所となっています。

身体状況はアセスメントで把握に努め、移動用具も身体に合ったものを使用しています。

身体拘束は開設以来行っておらず、ゼロの状態を維持しています。さらに月1回、身体拘束廃止委員会を開催し、継続的に取り組んでいます。

認知症の行動、心理症状のある方への観察、記録による原因究明の取り組みが、さらに充実されサービスの実施に繋がっていくことが期待されます。

また、研修の実施が現状以上に計画に沿って行われることが期待されます。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	養護老人ホーム四條畷荘の入居者
調査対象者数	入居者50名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

養護老人ホーム四條畷荘を現在利用されている入居者50名を対象にアンケート調査を行いました。養護老人ホーム四條畷荘から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、9名の方から回答がありました。回答率は18%。そのうち、無回答を除いた割合で、下記の項目を挙げています。

満足度の高い項目として、

「ホームは安心して生活できる場所になっている」

「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」

「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」

「職員に声を掛けやすい」

「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」

「健康管理や医療面、安全面について安心である」

「ホーム内で面会者（家族など）と居心地よく過ごせる」

「支援の方法については、あなたや家族と相談しながら決めている」

「ホームの総合的な満足度」

が、半数以上の満足度という結果が出ています。