

(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	熊本市北区四方寄町426-4
評価実施期間	25年11月1日～26年3月10日
評価調査者番号	06-014
	13-002
	07-018

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 みかんの丘 (施設名) 特別養護老人ホーム みかんの丘	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 金澤 剛 (管理者) 施設長 金澤 剛	開設年月日： 平成17年 4月 1日
設置主体： 社会福祉法人 陽光 経営主体： 社会福祉法人 陽光	定員：50人 (利用人数) 50人
所在地：〒861-5348 熊本市西区河内町白浜字堀切1440番地2	
連絡先電話番号： 096 278 4055	FAX番号： 096 278 4056
ホームページアドレス	http://www.mikan-oka.com

(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	外出(初詣、花見等)、誕生会、クリスマス忘年会等
居室概要	居室以外の施設設備の概要
ユニット型個室(17.875㎡)	夢見館(地域交流スペース) 巧笑の湯(地域開放温泉)

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		管理者	1	
医師		1	医師		1
看護師	3	1	正看護師	2	1
			准看護師	1	
介護支援専門員	1		介護支援専門員	1	
相談員	1		介護福祉士	1	
管理栄養士	1		管理栄養士	1	

	理学療法士	1		理学療法士	1	
	介護員	24		介護福祉士	12	
				ヘルパー1級	1	
				ヘルパー2級	3	
				介護基礎研修	1	
				資格無	6	
				管理栄養士	1	
	事務	2		介護福祉士	1	
				資格無	1	
	合計	34	2	合計	34	2

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

入所定員50名の当施設では、重度化していく一方の高齢者を積極的な自立支援型の介護によって、排泄支援や常食支援によって在宅での介護に向けた取組みを行っています。業務量が非常に大きい中でも24時間シートの導入など、業務改善をすることで効率化を図りながら、高いレベルの介護支援技術によりきめ細かいサービスを提供しています。また、身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止検討委員会も設置して、拘束廃止に向け努力しています。

当施設は運営法人が大規模で、運営基盤がしっかりしているため、ハード・ソフト面の充実が図られています。多くの職員が各種の研修に積極的に参加し、研修に参加した職員には報告書を作成させ、グループウェアのシステムを使って内容を知らせる等、研修成果の共有も図っています。この研修体制が介護支援技術の向上を促し、きめ細かい介護の実施にもつながっているといえます。

また地域交流室スペース「夢見館」を設け、地域の老人会やサロンの他、趣味の会等の地域の交流を積極的に行っている他、自治会との協定で災害時の避難所としての登録も行っていることや、消防団との協定による地域防災への取組みなどは高く評価できるものです。

改善を求められる点

利用者やその家族への理念の周知についてですが、パンフレットや広報誌といった紙媒体による周知方法についても検討を期待されます。

大規模施設の一般的な弊害である職員間の情報共有と連携については、施設内Lanによって機能させているようですが、一方で個人情報管理の面からの課題が残ります。また福祉施設全体の課題ともいえる職員の交代が多いために、職員全体に管理者層の意思が十分理解されているかについても疑問が残りました。個人目標の評価や人事考課の視点等が職員全体に周知徹底されることによって、組織の一体感が醸成されると期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H26.3.19)今回、事業運営における問題点を把握し、さらなるサービスの向上のため、初めて第三者評価を受審いたしました。当施設は自立支援型マネジメントの構築を目標にした取り組みを行っており、施設運営全体を客観的に見つめなおすいい機会となるとともに、評価の総評を受け、法人の課題を改めて確認することができました。また、職員一人ひとりと課題点を共有化することで、職員一人ひとりがサービス向上に向けての視点を改めて理解する、よい機会になったことと思います。今後はこの受審の結果を踏まえ、課題点については、管理者層のマネジメント力の強化、個別の職員教育、人事考課の詳細な基準作成などの充実など、改善の推進に努めていき、施設全体のサービスのさらなる向上をはかっていきたいと思ひます。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>自立支援介護への取り組みの考え方を基本にした4つの「基本理念」を掲げています。内容は施設内の各所に額に入れて掲示されています。「基本方針」は運営方針として明文化されており、ホームページ等に記載され活動の規範となっています。また、理念を職員に定着するための取り組みとして、毎週木曜日に開催される昼礼で、唱和や研修によって周知を徹底するようにしています。</p> <p>利用者や家族への周知については、施設内での掲示のほか、ホームページや配布物を活用して周知に努めていますが、周知浸透については高齢化・重度化もあり課題も残っているようです。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>理念に添った介護力強化による在宅復帰を目指した中期計画が策定されており、今後の時代のニーズを把握し、あらゆる変化に対応した福祉施設を目指す内容になっています。毎年度初めには理事長が示す実現すべき組織の未来像にそって事業計画が策定され、一貫したビジョンの達成を各部署や職員に求めています。</p> <p>それらを周知する方法として、年度初めの全職員を対象としたオリエンテーションを実施し、法人としての目標、それに対する部署目標を説明し、職員間で共有するとともに、利用者や家族へは配布物によって法人としての計画を周知されています。今後は利用者や家族へは、部署ごとの事業計画を施設内の掲示等により周知するなど、職員とのコミュニケーションを通じた周知など工夫も望まれます。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>運営組織規定内に明記するとともに、年度初めのオリエンテーションでも各職務分担責任者毎に役割を職員に公表しています。また、常時から施設長や研修担当によりコンプライアンスに関する講義を行い、信頼性を確保する取り組みも行っています。各種の研修会等にも積極的に参加し、法令遵守を徹底するようにしています。改善すべき課題については、運営会議により各部署責任者に改善を求めるなどを徹底させている。またそれら会議等で出された改善計画や情報は、グループウェアのシステムを使って全職員にも周知される仕組みが活用されています。</p>

<p>評価対象</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>関連する関係各種の行政情報や福祉関係のニュースから積極的に情報収集を行い、中長期計画や事業計画の策定に反映させています。また、常時から地域団体や関係者からの意見を情報として取り扱い、分析して経営へ反映させるように努めています。部署毎の経営状況に関しては全職員へ周知がされており、細部にわたって効率的な経営ができるような体制作りがされています。</p> <p>経営に関する外部監査も毎月受けることによって、経営の健全化を図っています。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>OJTによる内部教育に力を入れており、適切な人員配置体制の構築を行っています。また、公的資格援助制度を定め、積極的に資格取得にも支援がされています。</p> <p>人事考課については、個人目標管理シートを活用した自己評価による考課制度を取り入れ、各職位でのチェックによって公平性も保たれています。しかし、客観的かつ詳細な基準が明確にされておらず、今後の充実が望まれます。</p> <p>職員の就業については各部署において、意向に沿った就業調整を試みっていますが、完全実施には至っていません。業務改善については施設全体で調整が図られています。</p> <p>各種の勉強会や研修会派遣は年間をとおして計画的に実施し、その研修結果はグループウェアのシステムを使って職員間で共有されています。今後は人事考課基準とも関連させながら、みかんの丘職員像も明示確立させていくことが、モチベーション向上につながると考えられます。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>緊急時および事故・感染症発生時におけるマニュアルが整備されています。特に事故に関しては、まず事故報告を施設内のグループウェアにアップするとともに、その日のうちに複数職員で対策を考えるような仕組みがあります。また消防署や地元消防団と協定を結び、合同防災訓練を実施したり、はしご車が利用するための遊歩道を独自に整備し、火災への対策にも特に力をいれています。防災委員会・リスク委員会、感染防止委員会の活動をとおして、日常的にリスク回避や対策・改善策に取り組んでいます。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>地域交流スペースの設置や地域団体と協定書を交わすなど、地域行事への積極的な参加だけでなく、地域への機能還元を図りながら、地域の福祉拠点として信頼を寄せられておりその地位が確立されています。また行政機関や民生委員を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めてもいます。今後はそのニーズに沿った福祉サービスの計画と事業化をさらに定着させていくことが望まれます。</p>

<p>評価対象</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>事故防止・身体拘束委員会を設置し、法律や制度を含めた利用者を尊厳する取り組みを行っています。プライバシー保護に関するマニュアルも整備し、研修を行うなどの取り組みも行っていません。担当者会議では利用者満足の確認を、またサービス向上委員会では家族の要望調査も実施しています。栄養士による嗜好調査も定期的に行い、介護力強化のためのアクションプランの中で、利用者の満足度の向上を意図した取り組みが位置づけられています。苦情対策・サービス向上委員会を中心に、グループウェアのシステムを使って小さな苦情でも情報共有ができるような仕組みがあります。それらはまとめて第三者委員にも報告され、意見を求めるとともに 状況の対応とが報告がされています。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>サービス向上委員会の報告を毎月の運営委員会で検討するほか、理事会や評議委員会でも事業報告してサービス内容についての評価を行っています。また苦情については、年4回の第三者委員会でその対策についての評価が行われ、改善策が徹底されているか検証もされています。個々のサービス内容評価については、定期的に職員の自己評価を行い、その結果を基に管理部において取りまとめがされています。提供するサービスについてはマニュアルがあり、職員はいつでもグループウェアで確認することができます。利用者の記録や施設内の情報もグループウェアで管理されており、入居者情報や申し送り等に活用されています。</p>
<p>3 サービスの開始継続</p>	<p>ホームページは分かりやすい内容となっており、組織や施設を詳細に公表しています。入居前の見学時や入居時の説明には契約書や重要事項説明書を用いて分かりやすい言葉で詳細に説明されています。病院への入院時には入居情報やサマリーの提供を行っており、サービス提供後も訪問することで、サービスの継続性を重視しています。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>ケアマネージャーがサービス計画を策定し、それに基づいた24時間シートに直接的な介護を落とし込みサービス提供を行っている。職員への申し送りがグループウェアで確実にできる仕組みが整備されています。また、サービス計画は担当者会議を開催し、本人、家族意向を考慮しながら評価・見直しを行っています。</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	37人	
	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 【 共通版 】

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。	a・ b ・c
	- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a ・b・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 ・b・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・c

- 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・c
	- 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・c
- 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 ・b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が職員に周知されている。	a ・b・c
	- 2 - (2) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a・ b ・c

- 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 ・b・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 ・b・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 ・b・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・c

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・ b ・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 ・b・c
	- 1 - (1) - 外部監査が実施されている。	a ・b・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。	Ⓐ・b・c
	- 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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
	- 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・Ⓑ・c
	- 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・Ⓑ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c
	- 3 - (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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (1) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
	- 4 - (2) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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・Ⓑ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・b・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準 (評価対象 ~)	43	10	0
合 計	43	10	0