

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

| | | |
|--------|--|--|
| 名 称 | 特非) 播磨地域福祉サービス第三者評価機構 | |
| 所在地 | 姫路市安田3丁目1番地 姫路市自治福祉会館6階 | |
| 評価実施期間 | 2007年 1月 31日～ 2007年 6月 28日 (実地(訪問)調査日 2007年 4月 10日) | |
| 評価調査者 | HF05-1-0023 HF05-1-0031 HF05-1-0027 HF05-1-0032 | |

契約日から評価
結果の確定日まで

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|---|---|
| 事業所名称： (施設名) 西はりまグリーンホーム | 種別： 介護老人福祉施設 |
| 代表者氏名： (管理者) 西川 選代 | 開設(指定)年月日： 昭和・平成 3年 9月 1日 |
| 設置主体：社会福祉法人 円勝会 経営主体：社会福祉法人 円勝会 | 定員 (利用人数) 80(79)名 |
| 所在地：〒679-4132 兵庫県たつの市誉田町福田780-1 | |
| 電話番号：0791-63-2880 | FAX番号：0791-63-2884 |
| E-mail： ngh@able.ocn.ne.jp | ホームページアドレス： http:// www.ensyokai.com/ |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|--|--------|-------|------|---------|------|--------|
| <p>理念・方針：西はりまグリーンホームは、ノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づき、専門的なサービスを提供することによって利用者一人ひとりが尊厳をもってその人らしい安心のある生活が送れるよう自立を支援していきます。</p> <p>力を入れて取り組んでいる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設入所後も利用者一人ひとりの生活パターンを維持できるように努めている。 ・福祉サービスのあらゆるニーズに答えられるように介護保険のサービスを提供している。 | | | | | | |
| 職員配置 ()内非職 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| | 施設長 | 1 (0) | 介護職員 | 52 (17) | 調理員等 | 12 (3) |
| | 事務員 | 3 (1) | 看護師 | 4 (2) | その他 | 2 (1) |
| | 生活指導員 | 1 (0) | 医師 | 4 (4) | | () |
| | 主任介護職員 | 1 (0) | 栄養士 | 1 (0) | | () |
| <p>施設の状況</p> <p>西はりまグリーンホームは、童謡の里たつの市の東側に位置し、相談事業をはじめショートステイやデイサービスなど多様なサービス併設し、地域の中核施設として運営されています。また、近隣には医療機関や障害者施設があり、福祉の里が形成されています。昨年、30名のユニット型(個室による少人数生活)の生活棟を増設し、少人数による個別ケアに取り組んでいます。</p> | | | | | | |

3 評価結果

総評

特に評価の高い点

1. 人事考課については、明確な基準を用いて、継続的な取り組みが行われ、また、内部の勉強会が定期的開催され、職員の質の向上に向けた取り組みが積極的に行われていることがうかがえます。
2. 利用者の安全確保については、「リスクマネジメント委員会」が設置され、ヒヤリ・ハットによる情報収集や検討が行われています。状況報告書には、事故の発生状況が詳しく記録されるとともに、職員全員に回覧され、事故の再発防止に努められています。
3. リスクマネジメント、感染予防対策、防災などの各種委員会が設置され、サービスの質の向上に向けた職員間の協議が活発に行われています。
4. ケアプランの作成、実施記録、評価・見直しなど、サービスに関する一連の流れが確立されています。
5. 新設されたユニット(個室による少人数生活)型の生活棟においては、最新の設備が整えられ、家庭的な雰囲気の中、快適な環境が整備されています。

特に改善を求められる点

1. 理念、基本方針を踏まえた、中・長期計画が策定されていないため、様々な取り組みの位置づけが不明瞭となっている点が指摘されます。
2. 施設の様々な取り組みにおいて、利用者(家族を含む)の要望や意向を取り入れる仕組みをさらに整備することが望まれます。
3. 利用者の尊重、利用者本位のサービスに関しては、処遇改善の努力がうかがえますが、プライバシーへの配慮になお一層の工夫が望まれます。
4. 快適な環境づくりに関して、施設・設備面での新旧の格差がありますので、これを出来る限り解消することが望まれます。あわせて、衛生や環境チェックなどソフト面での充実により、一層の改善・工夫が望まれます。
5. 標準的なマニュアルは整備されていますが、健康管理や夜間対応、衛生面などの手順や実施方法の標準化が望まれます。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・ これから施設が何をしていかなければならないかという具体的な目標が浮き彫りにされてきました。
- ・ 利用者、家族の率直な意見を聞かせていただくことが出来、良かったと思います。

各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

評価細目の第三者評価結果

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) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。 | |
| - 1-(1)- 事業所が目指していること(理念・基本方針等)を明確にしている。 | ○a・b・c |
| - 1-(1)- 事業所が目指していること(理念・基本方針等)を利用者やその家族等に周知している。 | ○a・b・c |

特記事項

基本理念としてパンフレット、事業計画に明文化されており、スタッフルームにも掲示されています。また、利用者にはパンフレットを利用して、入所時に説明を行っており、誰でも知ることが出来る取り組みとしては、ホームページに理念等を掲載し紹介しています。

- 2 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を明確にしている。 | |
| - 2-(1)- 事業所が目指していること(理念・基本方針等)に向けた計画的な取組を行っている。 | a・○b・c |
| - 2-(1)- 各計画を職員や利用者等に周知している。 | a・○b・c |

特記事項

各年度の事業計画は具体的に策定されていますが、理念・基本方針を踏まえた中・長期の計画は今年度策定が予定されています。
また、年次計画の重点目標では、中・長期の課題が明らかにされていますが、それに伴う具体的な計画までには至っていません。
今後、中・長期的な視点に立った組織的な計画を策定されることが期待されます。

- 3 経営層（管理者等）の責任とリーダーシップ

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 3-(1) 経営層（管理者等）の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。 | |
| - 3-(1)- 経営層（管理者等）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)- 経営層（管理者等）は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。 | a・b・c |
| - 3-(1)- 経営層（管理者等）は、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 |

特記事項

定期的に管理者と職員との面談が行われ、サービスの質の向上に対して職員の意見を取り入れています。又、質の向上の委員会を組織し、検討が行われていることが確認できました。
しかし、経営層の参画、関与は少ないように思われます。今後より具体的なリーダーシップの発揮が求められます。

評価対象 組織の運営管理

- 1 人材の確保・養成

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。 | |
| - 1-(1)- 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。 | a・b・c |
| - 1-(1)- 職員の意欲向上に取り組んでいる。 | a・b・c |
| - 1-(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を構築している。 | a・b・c |
| - 1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。 | |
| - 1-(2)- 職員の資質向上に向けた体制を整備している。 | a・b・c |
| - 1-(2)- 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 |
| - 1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。 | |
| - 1-(3)- 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。 | a・b・c |
| - 1-(3)- 実習生の育成について積極的な取組を行っている。 | a・b・c |

特記事項

人事考課については、明確な基準を用いて、継続的に取り組んでいることがうかがえます。また、外部の研修参加や内部の勉強会など、職員の質の向上の取り組みは積極的に行われており、実習生の受け入れも積極的に行われています。
しかし、人材確保と養成の全般的なシステムについては、人事プランや教育研修計画、実習プログラムなどが未整備であり、一層の充実が望まれます。

- 2 安全管理

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。 | |
| - 2-(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を整備している。 | a (b)・c |
| - 2-(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)・b・c |

特記事項

利用者の安全確保についてはリスクマネジメント委員会が設置され、ヒヤリハットによる情報収集やミーティングによる検討が確認できました。

状況報告書には、事故の発生状況が詳しく記録されるとともに職員全員に回覧され周知されています。

リスクの種類別の管理体制と連絡・協力体制については、防火対策は詳しく定めてありますが、他のリスク(地震・感染症など)については整備されておらず、今後の充実が求められます。

- 3 地域との交流と連携

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。 | |
| - 3-(1)- 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。 | a (b)・c |
| - 3-(1)- 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。 | a (b)・c |
| - 3-(2) 地域との関係を適切に確保している。 | |
| - 3-(2)- 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | a (b)・c |
| - 3-(2)- 事業所が有する機能を地域に還元している。 | (a)・b・c |
| - 3-(2)- 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 |
| - 3-(3) 関係機関との連携を確保している。 | |
| - 3-(3)- 必要な社会資源を明確にしている。 | (a)・b・c |
| - 3-(3)- 関係機関等との連携を適切に行っている。 | a (b)・c |

特記事項

地域包括会議や併設する在宅介護センターからの情報や相談によって地域の福祉ニーズを把握され、連携が図られています。

また、保育園との交流、法人の夏祭りやスポーツフェスティバルなど地域の人々と交流する機会が多く設定されており、ボランティアの参加もうかがえます。

しかし、ボランティアに関するマニュアルの整備や研修など受け入れ体制の明文化がされておらず、今後の改善が期待されます。

関係機関との連携については、福祉マップにより地域資源は明らかにされていますが、具体的な連携や活動は確認できませんでした。

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を明示している。 | |
| - 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努めている。 | |
| - 1-(2)- 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。 | a・(b)・c |
| - 1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。 | |
| - 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)- 苦情解決の仕組みを確立し、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) |

特記事項

| |
|--|
| <p>利用者の尊重やプライバシー保護についてマニュアル、規程に明記され、研修の機会も見受けられます。施設・設備面の工夫において旧館(多床棟)の改善工夫が望まれます。</p> <p>利用者の意見把握では、ケアプラン作成時に意向が把握され、個別のケアに反映されていますが、施設全体の利用者満足の調査として、意見箱の設置、利用者アンケート、家族会の意向調査など満足向上の取り組みや意見を述べやすい体制づくりに工夫が望まれます。</p> |
|--|

- 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を組織的に行っている。 | |
| - 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ている。 | a・(b)・c |
| - 2-(1)- 課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。 | a・b・(c) |
| - 2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。 | |
| - 2-(2)- 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。 | (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を確立している。 | (a)・b・c |
| - 2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。 | |
| - 2-(3)- 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。 | (a)・b・c |
| - 2-(3)- 利用者に関する記録の管理体制を確立している。 | 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 |

特記事項

サービスの質の確保については、サービス自己評価委員会を設置するなど積極的な姿勢がうかがえます。今後は課題を明らかにし、改善していく仕組みを確立されることが期待されます。

各提供サービスについてのマニュアルは整備されており、処遇改善委員会によって、検証、見直しも行われています。

サービスの記録については、記録・観察マニュアルがあり、記録内容にばらつきが生じないように工夫されていましたが、記録の保管管理や情報の活用についての取り決めがなく、今後の仕組みの整備が望まれます。

- 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を適切に行っている。 | |
| - 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を行っている。 | |
| - 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・(b)・c |

特記事項

サービス選択に必要な情報は、ホームページやパンフレットで提供されていますが、不特定多数の方への提供までは至っていません。

サービス提供の開始については、重要事項説明書にサービスについて具体的な内容を明示し、十分説明が行われ、契約がなされていることがうかがえますが、用語の説明の添付など一層利用者や家族にもわかりやすい工夫が望まれます。

サービスの継続や退所後の支援については、窓口は整備されていますが、引継ぎ文書の整備や引継ぎの手順の明確化が望まれます。

- 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を行っている。 | |
| - 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・(b)・c |
| - 4 -(1)- 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | (a)・b・c |
| - 4 -(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。 | |
| - 4 -(2)- サービス実施計画を適切に策定している。 | a・(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。 | a・b・(c) |

特記事項

専門スタッフによりアセスメントがなされ、利用者個々のニーズや課題が明示されています。その後、カンファレンスでの話し合いを通してサービス実施計画につなげられています。

また、サービス実施計画の見直しも定期的に行われていることがうかがえますが、アセスメントから見直しに至るまでの具体的な手順や方法が文章化されていないため、今後の改善が望まれます。

評価対象 実施する福祉サービスの内容

- 1 利用者の尊重・保護

| | 第三者評価結果 |
|--|---------|
| - 1-(1) 利用者の尊重・保護 | |
| - 1-(1)- 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。 | a (b) c |
| - 1-(1)- 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。 | a (b) c |
| - 1-(1)- 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。 | a (b) c |
| - 1-(1)- コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。 | a (b) c |

特記事項

関連施設において行われる将棋大会や行事への参加など、社会資源を活用した余暇、生きがいづくりの取り組みが行われており、その参加についても利用者の意思が尊重されています。今後、自発的な行動を促す情報の提供と意向調査の実施などの充実が望まれます。

面会等、自由な交流が確保されている一方、旧館（多床棟）においてはプライバシーを確保できる場所作りが求められます。

コミュニケーションにおいては、言語療法士によるアドバイスなど支援の体制はありますが、コミュニケーション機器の活用や代弁者・通訳者の受け入れなど、コミュニケーションをしやすい環境の充実が求められます。

- 2 快適な環境づくり

| | 第三者評価結果 |
|---|---------|
| - 2-(1) 居室 | |
| - 2-(1)- 快適な生活空間（居室）の整備に配慮している。 | a (b) c |
| - 2-(2) 食事 | |
| - 2-(2)- 快適な食事環境の整備に配慮している。 | (a) b c |
| - 2-(3) 入浴 | |
| - 2-(3)- 快適な入浴環境等の整備に配慮している。 | a (b) c |
| - 2-(4) 排泄 | |
| - 2-(4)- 快適な排泄環境の整備に配慮している。 | a (b) c |
| - 2-(5) 衣服 | |
| - 2-(5)- 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 | a (b) c |
| - 2-(6) 理容・美容 | |
| - 2-(6)- 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。 | a (b) c |
| - 2-(7) 睡眠 | |
| - 2-(7)- 安眠できるように配慮している。 | a (b) c |
| - 2-(8) 健康管理 | |
| - 2-(8)- 利用者の健康保持に配慮している。 | a (b) c |

| | |
|---|---------|
| - 2 - (9) 服薬管理 | |
| - 2 - (9)- 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。 | a・(b)・c |
| - 2 - (10) 外出 | |
| - 2 - (10)- 外出は利用者の希望に応じて行っている。 | a・(b)・c |
| - 2 - (11) 通信 | |
| - 2 - (11)- 郵便や電話などの通信機会を確保している。 | a・(b)・c |
| - 2 - (12) 情報媒体 | |
| - 2 - (12)- 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できるよう配慮している。 | a・(b)・c |
| - 2 - (13) 嗜好品 | |
| - 2 - (13)- 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望を尊重している。 | a・b・(c) |

特記事項

昨年、増設されたユニット（個室による少人数生活）においては、最新の設備が整えられ、家庭的な雰囲気の中、快適な環境が整備されています。旧施設（多床棟）においても個別支援や環境整備の充実により、快適性の向上が期待されます。

食事等、日常生活については、標準的な実施方法(マニュアル)をベースとして、個別ケアが行われており、処遇改善委員会で、評価見直しが行われています。

健康管理においては、個別カルテが整備され、併設の医療機関との連携が図られ、充実している一方、手順や方法の明確化など医療担当者以外のスタッフへの標準化が望まれます。

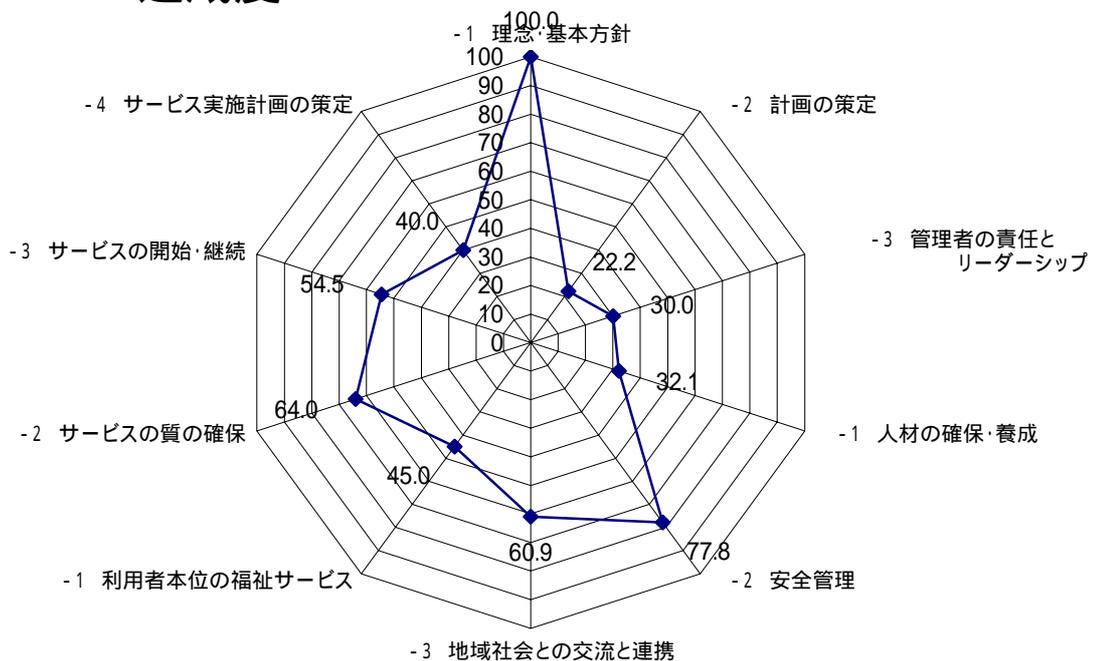
生活環境の整備については、衣服管理、夜間対応、衛生面などの標準化に不十分な点が見受けられました。

外出・通信・情報媒体・嗜好品については、一定の自由が確保され、支援も行われていますが、利用者の意思が反映されたルールの設定など利用者の意向の尊重が望まれます。

～ 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-----------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| -1 理念・基本方針 | 4 | 4 | 100.0 |
| -2 計画の策定 | 9 | 2 | 22.2 |
| -3 管理者の責任と リーダーシップ | 10 | 3 | 30.0 |
| -1 人材の確保・養成 | 28 | 9 | 32.1 |
| -2 安全管理 | 9 | 7 | 77.8 |
| -3 地域社会との交流と連携 | 23 | 14 | 60.9 |
| -1 利用者本位の福祉サービス | 20 | 9 | 45.0 |
| -2 サービスの質の確保 | 25 | 16 | 64.0 |
| -3 サービスの開始・継続 | 11 | 6 | 54.5 |
| -4 サービス実施計画の策定 | 10 | 4 | 40.0 |
| ～ 合計 | 149 | 74 | 49.7 |

～ 達成度



達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1 - (1) 利用者の尊重・保護 | 14 | 8 | 57.1 |
| 2 - (1) 居室 | 2 | 1 | 50.0 |
| 2 - (2) 食事 | 2 | 2 | 100.0 |
| 2 - (3) 入浴 | 3 | 2 | 66.7 |
| 2 - (4) 排泄 | 4 | 3 | 75.0 |
| 2 - (5) 衣服 | 4 | 3 | 75.0 |
| 2 - (6) 理容・美容 | 4 | 2 | 50.0 |
| 2 - (7) 睡眠 | 4 | 1 | 25.0 |
| 2 - (8) 健康管理 | 7 | 4 | 57.1 |
| 2 - (9) 服薬管理 | 4 | 1 | 25.0 |
| 2 - (10) 外出 | 3 | 2 | 66.7 |
| 2 - (11) 通信 | 2 | 1 | 50.0 |
| 2 - (12) 情報媒体 | 3 | 2 | 66.7 |
| 2 - (13) 嗜好品 | 2 | 0 | 0.0 |
| 合計 | 58 | 32 | 55.2 |
| 総合計 | 207 | 106 | 51.2 |

