

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ライフビラ姫路

(介護老人福祉施設・特別養護老人ホーム)

評価実施期間 2014年9月12日 ～ 2015年2月28日

実地(訪問)調査日 2014年11月20日

2015年2月5日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

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	2014年 9月12日～ 2015年 2月28日 (実地(訪問)調査日 2014年 11月20日)	
評価調査者	HF05-1-0025 HF06-1-0046	HF05-1-0027 HF12-1-0007

※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：特別養護老人ホーム (施設名) ライフビラ姫路	種別：高齢者福祉施設 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 中 村 憲 昌	開設(指定)年月日： 昭和・平成) 14年 11月 18日
設置主体：社会福祉法人 姫路尚歯会 経営主体：社会福祉法人 姫路尚歯会	定員 60名
所在地：〒670 - 0974 姫路市飯田 3 丁目 44 番地	
電話番号：079 - 233 - 6565	F A X 番号：079 - 233 - 6564
E-mail： Life.villa.himeji@seagreen.ocn.ne.jp	ホームページアドレス： http://www.life-himeji.jp

(2) 基本情報

<p>理念：</p> <p>“和”</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、私たちは「尚歯の和」の心で利用者様を親愛し接します。 一、私たちは「協調の和」の心で互いの専門職が一致協力し総合力を発揮します。 一、私たちは「共生の和」の心で地域に貢献し信頼される施設づくりに努めます。
<p>力を入れて取り組んでいる点：</p> <p>『お一人おひとりを大切にする』ということの基本とし、まずは人として当たり前のことを大切にしたいと考え、生活の基本である食事、排泄、入浴を座って行う当たり前のやり方で支援している。具体的には、食事は車イスからイスに移って食べる。排泄は安易にオムツに頼らずトイレで行う。入浴は機械浴に頼らず個浴(一人浴槽)に入るとい生活の中で当たり前のことを毎日丁寧に行なっている。そして、この座る生活を保障するために特別な用具を活用し、人の生理的動作に沿った介助法で支援している。</p> <p>“寝た姿勢のまま食事、排泄、入浴を行わない” “吊り上げたり、宙に浮かして移乗・移動はしない”</p>

	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
職員配置 ()内は非常勤 2013年3月現在	施設長	1 (0)	主任介護職員	3 (0)	栄養士	1 (0)
	事務員	5 (1)	介護職員	26 (14)	OT・PT	2 (2)
	主任生活相談員	1 (0)	看護師	4 (0)	介護支援専門員	1 (0)
	生活相談員	1 (0)	医師	1 (1)	その他	1 (1)

施設の状況
『ライフビラ姫路』は、姫路市内で最も姫路駅に近い都市型老人ホームとして誕生しました。利用者さまの居室は、従来型とよばれる個室、2人室、4人室で構成しています。時代はユニットケアの流れですが、必ずしも利用者さまが個室を望んでいるとはとらえず、従来型の良さを生かした個別ケアを目指していきたいと考えています。また、協力病院や地域の病院とのネットワークが可能な優れた立地環境を生かして利用者様の急変時にも対応できる医療サポート体制を整えています。

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- **経営層は連携のもと、意欲的にマネジメント力やリーダーシップを発揮しており、サービスの質の向上に向けた積極的な取り組みが伺えます。**

経営層として管理者、事務長、統括課長の連携のもと、意欲的にマネジメント力やリーダーシップを発揮しており、経営会議や、特養業務会議などを通してサービス面、経営面すべてにおいて積極的に関わられています。また、施設長を含めた各職員の役割と責任が明記されているキャリアパスの資料を用いて、自分の立ち位置がよく分かる工夫がなされていました。

- **利用者の安全確保のための体制を整備しています。**

利用者の安全管理については、事故防止委員会を毎月1回開催して安全確保のためのマニュアルの作成や事例の蓄積・対策分析を随時行うことで利用者の安全確保が図られています。また、ヒヤリハットも事象が起こった時に、当日出勤者が集まり防止策を検討し対策シートを活用し周知を図っていることが伺えました。

- **利用者一人ひとりについて、詳細な「サービス実施計画」を作成し、活用することによって個別支援をベースとした取り組みがみられます。**

食事、排泄、入浴、機能訓練など日常生活の支援については、基本マニュアルに加え、「サービス実施計画書」に基づいて、個別に応じた支援が行われていることが伺えます。

具体的には、衣服の選択やおしゃれの支援については、家族と本人の要望に応じて、毛染め・パーマなど、個々に合わせた支援が伺えました。また、看取り介護や終末ケアを含め、ターミナルケアの概念が確立し、『看取り介護に関する指針』に沿って、具体的な支援体制や取り組みが行われています。

◇特に改善を求められる点

- **中・長期のビジョン（目標）に基づき、今後の事業方針を具体的に示した中・長期事業計画を策定していくことが課題です。**

社会の情勢や利用者のニーズに対応するためには、中・長期的な視点に立って、実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。その中でも特に対人サービスである福祉事業においては、人材養成と一体となった人事プランと併せて策定されることが求められます。

- **利用者や家族への情報提供について、ビジュアル化を図るなど、よりわかりやすい工夫や配慮が望まれます。**

利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、その情報について利用者や家族が適切に把握し、理解していくことが重要です。今後は、事業計画をはじめサービスの内容や契約に関する書類などサービスに必要な情報を、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、どのように伝えていくかを具体的に検討していくことが求められます。

- **地域の福祉ニーズや利用者の意向が反映された支援の充実を図ることが求められます。**

「サービス実施計画」を活用し、個別支援が構築されていますが、利用者の意見の反映や地域の福祉ニーズの把握など支援の狙いや効果が不明瞭な点が伺えました。今後は、地域の福祉ニーズや利用者の意向を明確にすることによって、ニーズに基づいた支援が行われていることが分かるようにしていくことが必要です。

- 第三者評価結果に対する事業者のコメント

受審したことによって、当事業所の強みと弱みを理解することができ、事業所内の自己評価だけでは気づくことができなかった課題を明確にすることができたと思います。

この度の評価結果を踏まえて、強みについてはより堅実に、弱みについては一つずつ検証していき改善を図っていきたいと思っています。

- 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 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) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。	
I-1-(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
I-1-(1)-② 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

法人基本理念や基本方針は、ホームページやパンフレット・事業計画等に掲載し、施設内にも掲示し公開しています。また、理念は朝礼において職員で唱和し、理念カードを携帯するとともに、職員会議を通して周知しています。

今後は、理念と基本方針について、利用者や家族等がよりわかりやすく周知していくことが望まれます。

I-2 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を明確にしている。	
I-2-(1)-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
I-2-(1)-② 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

事業所において年度ごとに事業計画書が策定され、2か月に1回、進捗状況も確認されていますが、中・長期事業計画書は策定には至っていません。

今後は、中・長期のビジョン（目標）に基づき、今後の事業を具体的に示した事業計画を策定し、利用者や家族に周知していくことが課題です。

I-3 経営層（管理者等）の責任とリーダーシップ

	第三者評価果
I-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。	
I-3-(1)-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
I-3-(1)-② 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
I-3-(1)-③ 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

現在、経営層として管理者、事務長、統括課長の連携のもと、意欲的にマネジメント力やリーダーシップを発揮しており、経営会議や、特養業務会議などを通してサービス面、経営面すべてにおいて積極的に関わられています。

現在、施設長を含めた各職員の役割と責任が明記されているキャリアパスの資料を作成されていますが、今後は、管理者、事務長、統括課長の実質的な役割と責任を明確にしていく必要があります。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

	第三者評価果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。	
Ⅱ-1-(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
Ⅱ-1-(1)-② 職員の意欲向上に取り組んでいる。	a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 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
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
Ⅱ-1-(2)-① 職員の資質向上に向けた体制を整備している。	a・b・c
Ⅱ-1-(2)-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
Ⅱ-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。	
Ⅱ-1-(3)-① 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
Ⅱ-1-(3)-② 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

給与規定に定める職務グレード、キャリアパス要件により、職群、業務ごとに対応した技術・知識・資格を定めて教育・研修計画を策定し、多様な研修の機会を設けるなど、職員の資質向上に向けて積極的な取り組みが伺えます。また、職員の就業に関する相談のために、面談の機会を定期的に持つことで、就業状況の改善や意欲の向上につなげています。

今後は、人材確保と養成について、施設独自の人事プランや個別の教育研修計画を整備することにより、人事計画から育成まで一体的な仕組み作りが求められます。

実習生の受け入れについては、基本姿勢を事業計画書に明文化し、学校と連携しながら積極的に有意義な実習が行えるよう努められていました。

Ⅱ-2 安全管理

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

利用者の安全管理については、事故防止委員会を毎月1回開催して安全確保のためのマニュアルの作成や事例の蓄積・対策分析を随時行うことで利用者の安全確保が図られています。

また、ヒヤリハットも事象が起こった時に、当日出勤者が集まり防止策を検討し対策シートを活用し周知を図っていることが伺えました。

今後は、事故防止策の実施状況や実効性をチェックしていくことが求められます。

Ⅱ－３ 地域との交流と連携

	第三者評価果
Ⅱ－３－(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。	
Ⅱ－３－(1)－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
Ⅱ－３－(1)－② 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
Ⅱ－３－(2) 地域との関係を適切に確保している。	
Ⅱ－３－(2)－① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a・ b ・c
Ⅱ－３－(2)－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・ b ・c
Ⅱ－３－(2)－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－３－(3) 関係機関との連携を確保している。	
Ⅱ－３－(3)－① 必要な社会資源を明確にしている。	a・ b ・c
Ⅱ－３－(3)－② 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

施設の方針として、事業計画に地域との関係を明記されており、行事等を中心に地域住民との交流と連携がなされています。

社会福祉事業全体の動向については、行政担当窓口とも連絡を取りながら、研修会やセミナーに参加することで把握されていますが、地域の利用者像についての特徴や変化など、地域の福祉ニーズの把握までには至っていません。

今後は、地域の福祉ニーズを把握し、具体的に事業活動に活かし、事業計画に反映していくことが課題です。

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

	第三者評価果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
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努めている。	
Ⅲ-1-(2)-①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
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
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 苦情解決の仕組みを確立し、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

特記事項

利用者を尊重する取り組みとして基本理念に基づき、意見箱の設置、利用者満足に関するアンケートを実施するとともに各種マニュアルを整備し、研修を通して職員への周知が図られています。

苦情に関するマニュアルの整備は行われていますが、相談を受ける体制や意見・要望に対応することにおいては、マニュアルの作成など明確な仕組みの検討が必要です。

今後は、利用者自治会など利用者から意見や提案が出やすい環境づくりに取り組み、それを基に更にサービスの改善が図られることを期待します。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
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ている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(1)-③ 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
Ⅲ-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。	
Ⅲ-2-(2)-① 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
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を確立している。	a○b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a○b・c
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	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

特記事項

質の向上については、サービス評価委員会を設置し、評価基準に基づいて自己評価を毎年実施しています。また、今年度、第三者評価を受審し、評価結果や課題について職員会議において発表し共有する仕組みが確立していました。

サービスの標準的な実施方法は、マニュアルとして文書化され、それに基づいたサービスが実施されていることが伺えます。

サービスの記録は、パソコンのネットワークシステムを利用して必要な情報を共有する仕組みが出来ています。

今後は、サービスの標準的な実施方法について、定期的に見直しする仕組みを構築されることが望まれます。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。		
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を行っている。		
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

特記事項

サービスの開始にあたっては、パンフレットにサービスの詳細について記載し、イラストを用いるなど分かり易く周知がなされています。また、契約の手続きについては、手順に基づいて利用者や家族に丁寧に説明し、契約書が交わされていました。

サービスの継続性を支援する仕組みは、生活相談員が相談窓口として設置されていますが、組織としては明確ではありません。

今後は、他の事業所や地域への移行にあたり、サービス継続に配慮した引き継ぎの仕組みの充実と利用者にわかり易く退所後の相談支援方法を提示していくことが望まれます。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。		
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-(1)-② 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
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。		
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

特記事項

組織が定めた統一した様式で利用者の身体状況等を把握し、「サービス内容検討会議の設置マニュアル」によって手順等を定め、具体的なニーズや課題検討し、組織的にサービス実施計画を策定しています。

今後は、利用者に対するサービスを確認するモニタリング機能の充実を図り、取り組みをより明確にしていくことを期待します。

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護	
Ⅳ-1-(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
Ⅳ-1-(1)-② 余暇活動や生きがいがづくりへの支援を行っている。	a・ b ・c
Ⅳ-1-(1)-③ 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
Ⅳ-1-(1)-④ 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

行事やクラブ活動などへの参加の選択に利用者の意向を尊重し、余暇活動の支援が行われています。加えて、利用者が家族や友人とのつながりを維持するための支援は、個別の事情に合わせて面会などの場所を提供されていることが伺えました。

今後は、利用者のコミュニケーション手段を確保するための工夫や専門的な支援の充実が期待されます。

Ⅳ-2 快適な環境づくり

	第三者評価果
Ⅳ-2-(1) 居室	
Ⅳ-2-(1)-① 快適な生活空間（居室）の整備に配慮している。	a・ b ・c
Ⅳ-2-(2) 食事	
Ⅳ-2-(2)-① 快適な食事環境の整備に配慮している。	a ・b・c
Ⅳ-2-(3) 入浴	
Ⅳ-2-(3)-① 快適な入浴環境等の整備に配慮している。	a・ b ・c
Ⅳ-2-(4) 排泄	
Ⅳ-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	a・ b ・c
Ⅳ-2-(5) 衣服	
Ⅳ-2-(5)-① 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
Ⅳ-2-(6) 理容・美容	
Ⅳ-2-(6)-① 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
Ⅳ-2-(7) 睡眠	
Ⅳ-2-(7)-① 安眠できるように配慮している。	a ・b・c
Ⅳ-2-(8) 健康管理	
Ⅳ-2-(8)-① 利用者の健康保持に配慮している。	a・ b ・c
Ⅳ-2-(9) 服薬管理	
Ⅳ-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	a・ b ・c

IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・ b ・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a・ b ・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 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
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 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
IV-2-(14) ターミナルケア	
IV-2-(14)-① 看取り介護や終末ケアを含め、ターミナルケアの概念が確立し、具体的な支援体制や取組みについて明示され、実施されている。	a ・b・c

特記事項

食事、排泄、入浴など日常生活の支援については、基本マニュアルに加え、「サービス実施計画書」に基づいて、個別に応じた支援が行われていることが伺えます。

衣服の選択やおしゃれの支援については、家族と本人の要望に応じて、毛染め・パーマなど、個々に合わせた理容、美容の支援が伺えました。

ターミナルケアでは、看取り介護や終末ケアを含め、ターミナルケアの概念が確立し、『看取り介護に関する指針』に沿って、具体的な支援体制や取組みが行われていました。

情報媒体については、雑誌、テレビは個人で購読、設置できるようになっており、一定の自由が確保されています。

今後は、施設内での日常的な生活について、更に多様な利用者の意向が反映されたルール作りの検討や、利用者一人一人の健康状態の記録の整理が望まれます。

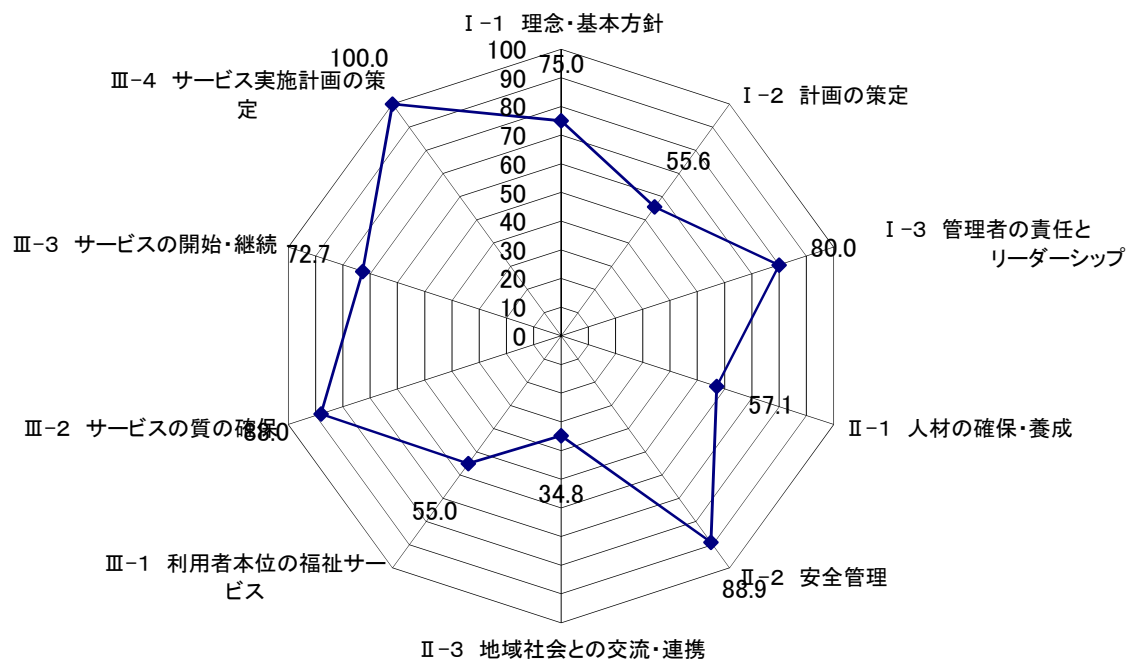
(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	3	75.0
I-2 計画の策定	9	5	55.6
I-3 管理者の責任と リーダーシップ	10	8	80.0
II-1 人材の確保・養成	28	16	57.1
II-2 安全管理	9	8	88.9
II-3 地域社会との交流・連携	23	8	34.8
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	11	55.0
III-2 サービスの質の確保	25	22	88.0
III-3 サービスの開始・継続	11	8	72.7
III-4 サービス実施計画の策定	10	10	100.0
I～III合計	149	99	66.4

I～III 達成度



IV 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	6	42.9
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	4	100.0
2-(6) 理容・美容	4	4	100.0
2-(7) 睡眠	4	4	100.0
2-(8) 健康管理	7	5	71.4
2-(9) 服薬管理	4	3	75.0
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
2-(14) ターミナルケア	2	2	100.0
IV 合計	60	41	68.3
総合計	209	140	67.0

