

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    | 特定非営利活動法人 日本福祉文化研究センター                        |
| 所 在 地  | 〒534-0016 大阪市都島区友漕町1丁目3-36 401                |
| 評価実施期間 | 平成21年12月27日～22年6月21日<br>(実地(訪問)調査日平成22年2月19日) |
| 評価調査者  | HF05-1-0078 HF06-1-0026<br>K0401034 K0401033  |

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<br>(施設名) ゆうらぎ             | 種別：指定介護老人福祉施設                              |
| 代表者氏名：笠谷 享代<br>(管理者) 総施設長                 | 開設(指定)年月日：<br>平成19年3月15日                   |
| 設置主体：社会福祉法人 千鳥会<br>経営主体：                  | 定員 50人<br>(利用人数)(男性12名、女性38名)              |
| 所在地：〒656-1602 兵庫県淡路市育波西地558番地2            |  |
| 電話番号：0799-84-1717                         | FAX番号：0799-84-0029                         |
| E-mail：<br>yuuragi.hokudan@view.ocn.ne.jp | ホームページアドレス：<br>http://www.chidorikai.or.jp |

(2) 基本情報

|   |       |     |     |     |      |     |
|---|-------|-----|-----|-----|------|-----|
| <p>理念： 千鳥会理念 心と心</p> <p>1.福祉はいつでも全ての人のために 1.個人の尊厳の保持</p> <p>1.地域に貢献できる事業の提供 1.社会資源の効率的な利用で自己実現を目指す</p> <p>1.専門性を高める教育・研修の充実</p> <p>基本方針： 1.地域福祉に関する機能や役割を担います。</p> <p>1.利用者に信頼されるよう高品質のサービスを提供します。</p> <p>1.利用者の主体的参加が得られるサービスメニューの展開と実施を目指します。</p> |       |     |     |     |      |     |
| <p>力を入れて取り組んでいる点</p> <p>IT化の推進と並行して、情報や記録の共有化を推進している。また、ISOによる内部監査による品質マネジメントシステムの構築と、独自の教育プログラムの取組みに力を入れており、研修により、リスク管理の意識向上やコンプライアンスの重視にもつながっている。</p>   |       |     |     |     |      |     |
| 職員配置<br>( )内は非常勤  | 職 種   | 人 数 | 職 種 | 人 数 | 職 種  | 人 数 |
|   | 介護職員  | 28  | 医師  | (1) | 看護師  | 3   |
|   | ケアマネ  | 1   | 栄養士 | 1   | 機能訓練 | 1   |
|   | 生活相談員 | 1   | 事務職 | 2   |      |     |
| <p>施設の状況</p> <p>平成19年春に出来た新しい施設であるが、同じ法人の特養で積み重ねてきたノウハウを生かした取組みが出来ている。地域における拠点として、個別ケアの推進に取り組んでおり、継続的改善を目指しISOによる内部審査やレビューを行なっている。</p>  |       |     |     |     |      |     |

### 3 評価結果 総評

#### 特に評価の高い点

- ・ ISOによる内部審査委員会や品質保証委員会があり、質の確保に向けて多角的な視点からの取り組みやチェックが来ています。
- ・ サービスの実施提供について、記録がIT化により共有できており、管理者権限やセキュリティへの対応もしっかり来ています。
- ・ 特養のユニットケアとしての良い面が生かされており、利用者に対する個別ケアの取組みが評価できます。生活環境の安全面にも配慮され、家庭的な雰囲気の中でサービス提供が行なわれています。
- ・ 職員の研修にも力を入れており、マニュアルや記録がしっかり整備されています。

#### 特に改善を求められる点

- ・ 苦情の事例が少ないため、評価基準をベースとした場合、苦情解決の対応手順に、やや難があり。(利用者への情報開示について)
- ・ 利用者に対する説明で、サービスの選択肢について、もう少し分かり易い資料が欲しい。
- ・ 利用者や家族からの相談事に対し、積極的に対応できる雰囲気作りが重要です。定期的な第三者の介入など、今後の取組みに期待します。

#### 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・ 第三者の視点からの意見が、自らの改善目標につながるよう努力したい。
- ・ 今まで推進してきたISOによる品質管理が、サービス提供にも生かされていることが実感でき、今後の業務改善などへの取組みにも大きな励みとなる。
- ・ 居宅介護支援における公正中立の立場や、訪問介護におけるプライバシーの視点など、新たな気づきの機会が持て感謝しています。

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 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

「法人理念」、「基本方針」と「品質方針」を具体的に示している。新人研修時のカリキュラムにも組み込まれており、三カ月目には全員唱和できる。HPや事業所内にも掲示されており、誰でも周知できる体制になっている。サービス内容が記載されたHPやパンフレットがあり、利用者がサービスを選択できるようになっている。

### - 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

事業計画では情報の一元管理、コンプライアンスの整備、リスク管理体制の構築、情報開示、サービスの質の向上など、具体的な目標を掲げている。上記の計画に対応して、品質管理目標が設定されており、年間スケジュールにきちんと落とし込みがされている。今年度は特に、職員の外部研修への参加や、アクシデント、インシデントによる事故防止体制の構築や、地域との相互交流に力を入れている。ISOによる内部審査委員会や品質保証委員会の役割が大きい。

- 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

|   |
|---|
| <p>理事長が、毎月の合同品質保証委員会に出席し、積極的にリーダーシップを発揮している。マネジメントレビューにより、職員の意見を取り入れ水平展開する仕組みが出来ている。理事長が多くの会議に積極的に出席している。総施設長が全体を把握し、積極的に業務改善に向け取組んでいる。人事、労務、財務に関する取り組みをすべて内部で行なっており、法人の経営方針や財務等に関する会議には理事長が必ず出席しており、可否の判断がすぐに出せるよう日程調整を行なっている。</p> |
|---|

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

|   |
|---|
| <p>事業所の業務の把握、職員の希望や思いを聞く仕組みがあり、その仕組みに依り個人面接を実施し、年2回人事管理に反映させている。自己啓発支援制度がある。<br/>職員が育成会や互助会に加入し、ヨガ教室、スポーツ、バーベキューなどの行事に参加することで相互コミュニケーションを図っている。実習受入マニュアルを策定しており、受入手順及びオリエンテーションの流れ、カリキュラム等の書類も作成している。</p> |
|---|

- 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) -                       | 利用者の安瀬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

|   |
|---|
| <p>毎月事故防止委員会開催し、事故防止マニュアルの見直しやアクシデント・インシデントなどのデータ分析や重大なアクシデントの対策の確認、また、リスクマネジメントの考え方などの周知を図り、各部署に水平展開させている。また、感染対策委員会も毎月開催しており、感染予防対策の検討及び指示、感染情報の収集、感染マニュアルの見直し、教育訓練を実施している。</p> |
|---|

- 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

|  |
|--|
| <p>地域の関係諸機関・団体のリストを作成している。サービスコーディネーターを中心として、地域との連携を図っている。1Fギャラリーやバジーズカフェ、絵手紙教室、ミニ花教室など活発な活動が行なわれている。広報誌に地元企業などの広告を掲載している。ボランティア委員会が主となり、ボランティア受入やボランティアとの連絡調整など行っている。</p> <p>必要な機関・団体の資料は養護老人ホーム「北淡荘」や居宅介護支援事業所と連携し情報の共有化が来ている。利用者やその家族を対象としたアンケート調査も年2回実施し、CS委員会にて課題を明確にし、対策を実施している。</p> |
|--|

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) 利用者満足の上昇に努めている。         |  |         |
| -1 -(2) -                       | 利用者やその家族等の意向の把握と満足の上昇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

法人としてプライバシーポリシーの公開。個人情報保護委員会を設置し、個人情報に関する研修を行うなど教育訓練を実施している。また、個人情報に関する同意書も書面にて説明同意を得ている。身体拘束に関しては、身体拘束ゼロを実施している。また、やむを得ず身体拘束を実施した場合は、医師の所見の下、期間を設定し同意書を取るようになっている。

- 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

フロア会議、リーダー会議、全体会議等での処遇改善や新たなサービスの構築などの検討し、また職員間の能力の向上を図る為に毎月研修テーマを設定し教育訓練を実施している。CS委員会において顧客満足度調査を行うなどして現状のサービスに対する検討も実施している。中長期計画から単年度計画、それを元に部署目標、個々の職員にいたる個人目標など目標管理を実施している。

- 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

個々のサービス実施方法についてはマニュアルを作成しており、サービスの標準化に努めている。面会時間にしても、契約書で9:00~21:00と明記し、仕事で遅くなる家族にも配慮している。相談相手が選択できる事に関しては、重要事項に各専門職の職種説明を記載されており、内容に応じた相談が可能である。利用者の日常の様子など、なかなか面会に来れない家族への配慮として、介護・看護・ケアマネ・相談員から生活状況表を毎月送付している。

- 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

各専門職の手順書等は、各会議体や個々で毎月確認を行っている。また、毎月実施している品質保証委員会において、マニュアルの改訂の有無の確認を実施している。サービスの実施において、各専門職が集まる毎月のフロア会議にてケース検討が実施されており、サービスの実施状況の管理は施錠できる書庫にて保管している。施設ケアマネは、毎月のフロア会議や申し送りにおいて情報収集を行いケアプランに反映させており、ケアプランの実施結果は、3ヶ月に1度モニタリングを実施し、6ヶ月ごとに見直しを行い、新たなケアプランについてはカンファレンスにて利用者・家族に説明同意を得ている。

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

|   |
|---|
| <p>入所契約時やサービス担当者会議等では、ケアプランの説明に合わせてサービス内容を選択するよう配慮されている。行事においても、毎月の季節行事のみならず、非日常を感じてもらう取り組みとして誕生月の利用者には希望に応じて、外食や外出の機会を設けている。アンケート調査により、行事などに対する利用者の意向を把握しようと努めている。行事への参加については、利用者の意向を尊重している。</p> |
|---|

- 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) -     | 安眠できるよう配慮している。                 | a・b・c   |
| -2 -(8) 健康管理  |                                |         |
| -2 -(8) -     | 利用者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思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、利用者の意思や希望を尊重している。 | a・b・c |

#### 特記事項

嗜好調査の結果や摂食状況により代替食の対応を行うなど献立に配慮している。食器は個別のものを使用したり、セミパブリックルームでの食事にも対応するなど食事を楽しむ工夫がなされている。トイレ環境の点検・改善については清掃時に点検し、チェックリストで管理している。プライバシー保護に配慮しすべてのトイレにドアを設置している。またウォシュレットを完備するなど快適性の確保に努めている。体調等に変化がある時は、家族、かかりつけ医、嘱託医等に伝えている。施設の嘱託医による回診が週に2回行われており、その際健康相談等に応じている。年1回、健康診断を実施しており家族にも結果を伝えている。機能訓練として集団体操を行っている。個別には、理学療法士や職員が理学療法を行っている。歯科医による月1回の定期検診を実施している。新聞、雑誌は個人で購入できる。居室へのテレビやラジオの持ち込みを認めているため、共同利用についての利用者間の話し合いは必要がないので特に問題は生じていない。