

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	特別養護老人ホーム 菊水苑
運営法人名称	社会福祉法人 成和会
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	(理事長) 三木 義弘 (施設長) 三木 圭子
定員(利用人数)	80名
事業所所在地	〒585-0012 大阪府南河内郡河南町大字加納17番地
電話番号	(0721) 93 - 4678
FAX番号	(0721) 93 - 5080
ホームページアドレス	http://www.kikusuien.com/
電子メールアドレス	

【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26年12月9日～平成27年2月23日	
評価結果決定年月日	平成27年2月23日	
評価調査者氏名(役割)	1101A006 (運営管理委員)	()
	1201A003 (専門職委員)	()
	1201A006 (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	(有) ・ 無
---------------------	---------

第三者評価結果の概要

評価機関総合コメント

葛城山のふもとに位置し、自然に囲まれ空気のきれいな環境にあります。夏にはPLの花火が近くに見え、利用者にも喜ばれています。昭和61年に開設され歴史のある施設で、増改築を繰り返していますが、施設内の掃除やメンテナンスも行き届いています。入所定員は80名、ショートステイが13名です。浴室には富士山の壁画があり、『日本の銭湯を思い出す』と利用者から好評を得ています。今回の第三者評価の受審にあたりプロジェクトチームを組み、改善計画を立てサービスの質の向上に努めています。

特に評価の高い点

選択メニューの充実

土日以外は丼・麺・定食の3つから選べる選択メニュー制を取り入れ、ふるさとメニューやいいご飯の日・たこ焼きデーなどがあり、利用者に食の楽しさを提供されている点は高く評価できます。

改善を求められる点

法令の遵守について

施設内観察の際に厚生労働省令において設置が義務付けられているナースコールが正常に作動していない居室が一部ありました。管理者には職員一人一人が遵守すべき法令を正しく認識し、理解していくための強力なリーダーシップが求められます。【注：ナースコールの設置工事は、訪問調査後、評価決定委員会前の平成27年2月14日に完了したと報告がありました】

中・長期計画と職員育成計画について

現在の中・長期計画は、法人の理念を実現していくための具体的な計画策定には至っていません。職員のモチベーションを高め、利用者へのサービスの質の向上を更に図っていくためにも、今後変化していく事業環境の見通しや、施設経営・運営における課題などを明らかにした上で、具体的な内容を盛り込んだ計画の策定が求められます。また、計画の実効性を高めるためにも、計画実行の担い手である職員一人一人の育成計画も合わせて作成することが必要です。

サービスの継続性に配慮した対応について

他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順・引き継ぎ文書を定めるとともに、サービス終了後の相談方法・担当者について記載文書を作成し、利用者・家族に手渡すことが望まれます。

第三者評価に対する事業者のコメント

福祉サービス第三者評価を受審後、結果については、各部署配布し、確認を行いました。少し低い評価の項目については、職員同士で話し合いをし、組織として質の高いサービスを提供できるよう努めてまいります。今後も、和顔愛語の精神をもとに、入所様の笑顔の行列が見られるよう、支援していきたいと思っております。

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。	b
Ⅰ-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
評価機関コメント		
<p>成和会理念として「和顔愛語の精神で先進の社会福祉と一人ひとりの幸福を実現する」とあり、この理念は5つの基本方針とともに、法人の中長期計画の中にも明記し、パンフレットやホームページにも記載しています。職員は理念や基本方針を実践につなげるため、毎朝朝礼時に「3つの誓い、菊水苑重点目標6項目、5つの基本あいさつ」として唱和しています。理念や基本方針を施設玄関事務所に掲示しています。理念や基本方針のさらなる周知に向けて、今後は家族会等を組織するなど、施設と家族等との交流がより深まる取り組みが望まれます。</p>		

Ⅰ-2 事業計画の策定		
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。	c
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。	c
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。	b
Ⅰ-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	c
Ⅰ-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	c
評価機関コメント		
<p>中長期計画は平成20年に策定されています。内容は法人の今後のビジョンを示していますが、ビジョンを達成するための具体的な課題や実施方法が明確ではありません。今後の事業運営を中長期的な視点で考えていくためにも、取り組むべき課題を明確にして、具体的な計画を策定することが望まれます。また事業計画作成にあたっては、達成課題として稼働率などの数値化はされており、年度終了時に達成度がわかるように目標値や実施期間を明示しています。今後、事業計画の遂行にあたっては、年度途中であっても現場の状況などや職員の意向を反映できるような取り組みを行うことによって、全職員が計画を理解していくことが求められます。</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。	b
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。	c
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組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組に指導力を発揮している。	b
評価機関コメント		
<p>管理者の役割は運営規定に明文化してあり、「緊急時対応の基本指針」の中に、有事の際には管理者を実行責任者として、すべての情報や判断を一元化することを明記しています。またサービスの質の向上を図るために毎月1回介護相談員を受け入れて、外部からの目線や気づきを聞いています。「入所者満足度調査」を年に2回実施しており、職員の姿勢やマナー、提供されるサービスに対しての不満などを聞き取るようにしています。経営や業務の効率化、改善に向けた取り組みは外部のコンサルタントよりアドバイスを得ています。施設内観察の際に厚生労働省令にて設置が義務付けられているナースコールが正常に作動していない居室が一部ありました。管理者には、職員一人一人が遵守すべき法令を正しく認識し、理解していくための強力なリーダーシップが求められます。【注：ナースコールの設置工事は、訪問調査後、評価決定委員会前の平成27年2月14日に完了したと報告がありました】</p>		

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。	b
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組を行っている。	b
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		
<p>近隣市町村の地域福祉計画を把握しています。また毎月開催する「部門別責任者会議」において各事業の利用者数の推移や稼働率など分析、検討しています。発見した新たな課題は職員に周知するとともに、対策を立てて取り組みを進めています。事業経営の透明性の確保のため、昨年度より外部の会計の専門家を活用してチェック体制の強化を図っています。</p>		

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。	c
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。	b
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。	b
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。	b
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。	b
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組が行われている。	c
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。	c
Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	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、積極的な取り組みをしている。	a
評価機関コメント		
<p>有資格者の配置には、配置基準を遵守しながら欠員が出ないように定期的に採用活動を行っています。また人事考課にも平成17年より取り組んでおり、職員にも周知されています。主には業績評価ですが、評価結果は一部の職員にのみ面接してフィードバックしています。職員の介護負担軽減のために各フロアに基準外で間接業務専門の職員を配置しています。また法人独自の福利厚生として職員に無利子で一時金を貸し付けるなどの取組みも行っていきます。</p> <p>職員の教育・研修については年間計画に沿って実施しています。法人が求める職員像は事業計画の「介護業務指針」によって具体化していますが、その実現のためにも、新人から中堅、ベテラン職員それぞれの段階で求められる技術や知識、専門資格などを明示した職員育成計画の策定が求められます。今後は年に2回行われる人事考課をより効果的に行うために、職員の一一人の研修育成プランを作成し、職員の意向を確認しながら、能力開発へと繋げていくように全職員へのフィードバック面接が求められます。</p>		

II-3 安全管理		
II-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。		
II-3-(1)-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。	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。	b
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		
<p>利用者の安全確保については相談員、介護主任、看護主任、フロアリーダーで構成する「事故対策委員会」が中心になって毎月1回委員会を開催して、提出された「ヒヤリハット報告書」をもとにその分析や対応などを話し合っています。今後は分析した内容を掘り下げて、再発防止に向けての更なる取り組みが期待されます。「緊急時対応指針」では事故、感染症、食中毒、火災発生時、地震発生時などを緊急時と明記して、それぞれの対応マニュアルを作成しています。「非常災害マニュアル」には火災、地震、土砂崩れ、台風や大雨などの災害時を定義して対応マニュアルを作成しています。非常災害時の備蓄品リストはありましたが、現物として確認できませんでした。今後は非常時の備蓄品の整備と合わせて、災害時の利用者、職員の安否確認のしくみを整備することが望まれます。</p>		

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組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	b
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。	b
評価機関コメント		
<p>法人の基本方針の中に「地域に安心を与える事業の展開を進めます」とあります。毎年8月には施設主催の盆踊りを開催し、地域の方が多く参加しています。「外出支援マニュアル」が整備され、支援ルールとして「入所者の外出は拒否しない」と定めています。近くのコンビニやスーパーなど希望があれば外出できるように支援をしています。また法人の在宅介護支援センターを中心に、地域の福祉ニーズ把握に努め、法人独自の「家族介護者教室」の開催などに取り組んでいます。大阪府社会福祉協議会老人施設部会における「社会貢献事業」を実施しています。今後は、更なる事業構想の実現に向けて、地域の福祉情勢も視野に入れた中・長期計画の策定が望まれます。</p>		

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。	b
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。	b
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。	c
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。	b
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。	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
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	サービスに関する記録の開示を行っている。	a
評価機関コメント		
<p>運営規定の中に「施設は入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努める」と記載がありました。各種マニュアルにも人権の尊重が反映されている箇所の確認が出来ました。利用者満足度調査を年2回、6月と12月に行なっていますが、利用者と家族の意見を施設サービスに反映させ、改善につなげる仕組みづくりが求められます。苦情解決対応マニュアルが整備され、解決までの手順の記載がされています。記録開示の事例は有りませんが、開示に関するルールは定められています。また、記録開示については入所利用契約書に沿って説明をし、開示の際のフローチャートも策定しています。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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
Ⅲ-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。		
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。	b
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。	c
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。	b

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連携を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	b
Ⅲ-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	c
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑥	居室及び共有空間は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	c
Ⅲ-2-(4)-⑦	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑧	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	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
Ⅲ-2-(4)-⑩	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
Ⅲ-2-(4)-⑪	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	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	b
Ⅲ-2-(4)-⑭	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
評価機関コメント		
<p>サービス内容の評価については、副施設長が中心となり年1回自主点検を行なっています。施設内に第三者評価のプロジェクトチームが生まれ、環境の整備や接遇の取り組みなどを行なっています。記録に関しては、記入方法のマニュアルが整備されており、研修も行われています。また、実際にリーダーやサブリーダーが記録を確認し、職員に記録についての指導を行なっています。身体拘束は基本的に行わない事になっており、運営規定にも記載されています。外部研修には参加できていませんが、施設内で検討会を行ったりグループワークで標語を作ったりして、現状の個別リスク評価を行なっています。現在身体拘束の対象となっている方について検討を継続し、少しでも拘束時間が減っていく取り組みをされる事が求められます。食事は、平日は選択メニュー制で日替わり・麺類・丼物から選ぶことが出来ます。他にもいいご飯の日、ふるさと料理、面前提供、ちらし寿司の日があり、おいしい食事の提供に力を入れています。ナースコールについては設置されていましたが正常に作動しないフロアがありましたので、早急に改善される事が求められます。【注：ナースコールの設置工事は、訪問調査後、評価決定委員会前の平成27年2月14日に完了したと報告がありました】</p> <p>リハビリについて個別機能訓練計画を作成し実施評価しています。理学療法士とも連携し専門的訓練も行っています。レクリエーションは、多彩に準備され、書道、組紐、音楽療法については、外部から講師を招き活動実施しています。認知症高齢者について、認知症専用フロアにて落ち着いた環境で過ごされています。認知症ケア専門士取得職員にて認知症症状、接し方について研修しています。食事の提供は、利用者の自立支援に配慮され、可能な限り離床し行っています。</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。	b
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。	b
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
Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-3-(3)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
評価機関コメント		
<p>ホームページ、パンフレットに、写真、絵、図などを用いわかりやすく情報提供しています。入所利用重要事項説明書、契約書にて、説明し同意を得ています。相談担当者、責任者を明示しています。入所選考委員会を月1回開催し、指針に基づき実施しています。</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
Ⅲ-4-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
評価機関コメント		
<p>施設サービス計画作成指針に基づきアセスメントシート、包括的自立支援プログラムにて心身共にニーズを明らかにしサービス実施計画が策定され手順に添って6か月毎に評価、見直しをしています。利用者の同意が徹底され、利用者のストレンクスを取り入れ自立した生活への取り組みをしています。</p>		

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム菊水苑の入居者
調査対象者数	入居者80名（うち回答可能な方10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）

特別養護老人ホーム菊水苑を現在利用されている入居者80名（うち回答可能な方10名）を対象にアンケート調査を行いました。施設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、10名の方から回答がありました。（回答率100%。）

特に満足度の高い項目として、
「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
が100%の満足度。

「ホームは安心して生活できる場所になっている」
が90%以上の満足度。

「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」
「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
が80%以上の満足度。

「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、本人の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」

「支援の方法については、本人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70%以上の満足度という結果が出ています。

* 別紙報告書

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム菊水苑の入居者代理人
調査対象者数	78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）

特別養護老人ホーム菊水苑を現在利用している入居者の代理人78名を対象にアンケート調査を行いました。施設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、35名から回答がありました。（回答率45%。）

共通して満足度の高い項目として、
 「ホームは本人にとって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、本人の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きる」
 「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
 「支援の方法については、本人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80%以上の満足度。

「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」
 が70%以上の満足度という結果が出ています。

* 別紙報告書

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	過去1年間に特別養護老人ホーム菊水苑の利用を終了した入居者代理人
調査対象者数	17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）

特別養護老人ホーム菊水苑を過去1年間に利用を終了した入居者の代理人17名を対象にアンケート調査を行いました。施設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、6名から回答がありました。（回答率35%。）

※回答数が少数なため、結果の詳細は割愛します。

* 別紙報告書