

評価報告概要表

■第三者評価機関

名 称	社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
評価調査日	令和4年 10月 21日 (金)

■福祉サービス事業者情報

名 称	ハートホーム中央	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	早稲田 浩士	開設年月日	平成23年5月1日
設 置 者	社会福祉法人 青藍会	定員(利用人数)	29人(29人)
所 在 地	山口市神田町4-8		
電 話 番 号	083-941-6740	FAX番号	083-941-6790
ホームページアドレス	http://www.seirankai.or.jp		

■総 評

全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

◇特に評価の高い点

「青藍会の理念」「経営方針」「職員の十訓」「職員心得」「各種規程」「マニュアル」などをまとめたハンドブックを職員が携帯する業務用iPhoneに実装し、必要ときに速やかに確認できる体制が構築されていました。また、それを活用して業務連絡や研修報告などができる仕組みが構築されており、業務の効率化が図られています。

ISO9001を活用したマネジメントシステムの維持・継続的改善が推進されています。内部品質監査が実施され、サービスの質の維持・向上に取り組まれています。

医療的ケア対策推進委員会や法人内において喀痰吸引の研修を実施するなど、重度化する利用者への対応に積極的に取り組まれています。

法人の事業計画ではDX・CXにより生産性向上として支店別年売上・年利益が数値目標として示され、その達成度合いを測るKPI/月、KPI/日が明確化されています。さらには事業計画達成のための具体的な行動指針(数値目標あり)が取りまとめられており、法人としてのPDCAサイクルがしっかり回っています。

◇改善を求められる点

法人の事業計画は、売り上げや利益が重点化されています。利益を上げるためには、選ばれる施設として質の高いサービスが求められますが、ハートホーム中央としてケアの質について、現状はどうか、何をどのように改善し、高めるのか、そのことを職員参画のもと、事業計画として策定することが求められるのではないのでしょうか。事業所としてのP(ハートホーム中央の事業計画)が明確でないためPDCAサイクルが見えません。C(評価)について、提供しているケアの質について利用者満足度を測る必要があると考えます。

重度化する利用者の安全・安心・快適な入浴支援のために特浴機の活用が望まれます。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

開設した2011年から10年余りが経過し、部署の中に風土として根付いているものが多くあり、細かなケアや記録、職員の協力や看護体制等が良い点と思う。一方、改善していく必要のある箇所もあり、今後力を入れていきたい。

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

I 福祉サービスの基本方針と組織	a	4	b	2	c	3	Na	0
<p>○「青藍会の理念」「経営方針」「職員の十訓」「職員心得」により、法人の目指すべき方向、職員に求められる行動などが明文化され、業務用iPhone内に職員ハンドブックとして実装し、周知が図られていることは高く評価できます。</p> <p>○法人としての事業計画において支店別売上・年利益・KPIなどが示されており、毎月の経営状況を的確に把握されているとともに、各種会議において共有され、改善につなげる組織的取り組みは高く評価できます。</p> <p>○法人(青藍会グループ)の事業計画、具体的行動指針はありますが、グループの一員である事業所(特別養護老人ホームハートホーム中央)においては、収支計画(利益率の目標)のみであり、中・長期計画、事業計画は策定されていません。法人の事業計画達成は、それぞれの事業所の事業計画達成があつてのことと考えます。また、事業所に勤務する職員にとっては目標や目標達成のための具体的な取り組みが共有化されることで何のための業務か(働く意味や意義が)明確化されます。それぞれの事業所における事業計画の策定が必要と考えます。</p>								
II 組織の運営管理	a	11	b	7	c	0	Na	0
<p>○品質マネジメントシステムISO9001を認証取得され、マネジメントシステムの維持、継続的改善を推進されています。また、会計監査人による外部監査が実施されており、サービスの質に対して、会計に対して外部の第三者の目が入っていることは高く評価できます。</p> <p>○職員定着につながるエルダー・メンター制度や充実した福利厚生、職員育成につながる青藍会アカデミー、ソーシャルラーニング、オンライン教育などの人材教育の仕組みなど、すべての職員を対象とする研修機会の確保と研修に参加できなかった職員に対するフォローアップ体制は高く評価できます。</p> <p>○施設長自らの役割と責任を含む業務分掌等について文書化し、施設長不在時の権限委任等の明確化が必要と考えます。</p>								
III 適切な福祉サービスの実施	a	16	b	2	c	0	Na	0
<p>○事故発生の防止のための指針に基づき、医療安全委員会が設置され、事故・ヒヤリハット事例の収集・分析・再発防止などの取り組みと、感染管理体制に関する基準や感染症及び食中毒及びまん延の防止のための指針に基づき、感染対策委員会が設置され、各種感染対策マニュアルの整備、感染症予防や発生時における利用者確保のための体制構築の取り組みは高く評価できます。</p> <p>○タブレットによる介護記録や申し送り、業務日報は職員の負担軽減に加えタイムリーな情報共有が実現されていました。眠りスキヤンが導入されるなど、ICTの活用が職員の働きやすさにつながっていることは高く評価できます。</p> <p>○組織全体として全介護事業所の業務手順書の見直しを実施されていることは高く評価できます。</p> <p>○利用者満足の向上を目指すさまざまな取り組みが展開されていますが、提供されたサービスの評価が十分とは言えません。利用者満足を把握する仕組みが必要と考えます。</p>								
IV 良質な個別サービスの実施	a	16	b	1	c	0	Na	0
<p>○全室個室のユニットケア施設であり、清潔感にあふれる快適な空間づくりに取り組まれていました。また、食事サービスはユニットごとに炊飯、盛り付けが行われるなど良質なユニットケアが提供されていることは高く評価できます。</p> <p>○重度化する利用者への安全で適切な医療的ケアを充実させるために、医療的ケア対策推進委員会の立ち上げや協力病院との連携から、必要なときに迅速な医療が受けられる体制が整備されていることは高く評価できます。</p> <p>○2階に設置されている機械浴が修理されておらず、一般浴の利用できない利用者はシャワー浴が実施されていました。重度化への対応を踏まえ、利用者の心身の状況に応じた安全・快適な入浴支援のためにも機械浴の整備(修理)が必要と考えます。</p>								

第三者評価結果表

施設名 ハートホーム中央

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

【 評価項目 】		a	b	c	Na
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 「青藍会の理念」「経営方針」「職員の十訓」「職員心得」により、法人の目指すべき方向、職員に求められる行動などが明文化され、常勤職員に配布される業務用iPhone内に職員ハンドブックとして実装し、法人発信による定期的なテスト等周知が図られていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 広報誌に理念が小さく控えめに記載されています。ご利用者、ご家族、地域の皆様への周知に工夫が必要と考えます。</p>					

2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
2	1 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 法人内の経営会議やエリア会議等で経営状況の把握や分析が行われていました。具体的な数値で明確化された収支目標、それに向けて定期的に確認して経営課題の解決・改善に向けて組織的に取り組まれていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 法人だけではなく、施設・事業所におけるより具体的な経営課題や課題解決のための具体的計画、達成目標などが必要と考えます。</p>					

3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
4	1 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。			○	
5	2 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。			○	

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	1 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。		○		
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。			○	
<p>(特に評価が高い点) 特になし。 (改善が求められる点) 中・長期計画の策定および中・長期計画を踏まえた単年度の事業計画の策定が必要と考えます。なお、策定にあたって職員を参画させることが、計画の実行性を高めるとともに組織への帰属意識を高めることにつながると考えます。</p>					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		a	b	c	Na
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。					
8	1 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	○			
9	2 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 品質マネジメントシステムISO9001を認証取得し、マネジメントシステムを構築され、維持され、継続的改善に組織的に取り組まれていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) ISO9001の審査結果や内部品質監査において明確化された課題について、具体的な計画に基づく改善の推進を期待します。</p>					

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 管理者の責任とリーダーシップ		a	b	c	Na
(1) 管理者の責任が明確にされている。					
10	1 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		○		
11	2 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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。					
12	1 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	○			
13	2 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 業務用iPhoneを活用した理念や職員心得、各種規程を「職員ハンドブック」として常時携帯し、確認できる仕組みは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 施設長自らの役割と責任を含む職務分掌等について文書化し、施設長不在時の権限委任等の明確化が必要と考えます。</p>					

2 福祉人材の確保・育成					
(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。					
14	1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	○			
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。					
16	1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	○			
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。					
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
18	2 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	○			
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている					
20	1 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		○		
<p>(特に評価が高い点) エルダー・メンター制度による職員育成の仕組みがありました。また、全職員を対象とした研修機会の確保と、やむを得ず研修に参加できなかった職員に対してのフォロー体制が構築されていました。貢献度を踏まえた人事考課制度は、職員のモチベーションの維持・向上につながっており高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 職員一人ひとりの研修計画の策定が必要と考えます。</p>					

3 運営の透明性の確保		a	b	c	Na
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
21	1 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。		○		
22	2 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ISO9001による維持審査・更新審査や公認会計士による外部監査など、第三者による公正かつ透明性の高い経営・運営のための取り組みは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 社会福祉法人として、より積極的な情報開示が求められるなか、ホームページや広報誌などにより、事業計画・事業報告・予算などの情報開示が必要と考えます。</p>					

4 地域との交流、地域貢献		a	b	c	Na
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	1 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	○			
24	2 ボランティア等の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。		○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	1 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。		○		
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。					
26	1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	○			
27	2 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) 事業所として、社会福祉法人に責務化された地域における公益的取り組みのさらなる展開に期待します。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na	
評価対象Ⅲ 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						
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。						
28	1	利用者を尊重した福祉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。	○			
29	2	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	○			
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。						
30	1	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	○			
31	2	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	○			
32	3	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○			
(3) 利用者満足の向上に努めている。						
33	1	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○		
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。						
34	1	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	2	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	○			
36	3	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。					
37	1 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	○			
38	2 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	○			
39	3 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 苦情対応規程が整備されており、苦情のレベル分け(要望・請求・責任追及)や苦情対応の手順が分かりやすく作成されていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 提供しているサービスについて、利用者満足度を把握し、その結果を踏まえ、サービス改善する仕組みが必要と考えます。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。					
40	1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されていました。	○			
41	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。	○			
(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。					
42	1 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○			
43	2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○			
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
44	1 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 介護記録の入力はICTを活用し、利用者の情報共有や職員の業務負担の軽減等が積極的に行われていました。職員に配布している業務用iPhoneや施設内ネットワークを整備して効率化を図られていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

【 評価項目 】				a	b	c	Na
A-1 生活支援の基本と権利擁護							
(1) 生活支援の基本							
1	1	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。		○			
2	2	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。		○			
(特に評価が高い点) きっかけづくりアセスメントシートを活用した利用者ニーズの把握など、利用者一人ひとりの生活スタイル、こだわりに配慮したケアの提供は高く評価できます。また、余暇活動として、法人内で定期的リモートによるレクリエーションが実施され、利用者の自立や活動参加の促進が図られていることも評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。							

(2) 権利擁護							
3	1	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		○			
(特に評価が高い点) 虐待防止・身体拘束廃止委員会が毎月開催され、権利擁護についての情報共有、教育の機会として機能していました。虐待通報フローチャートによる手順の明確化など組織的な取り組みは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。							

A-2 環境の整備							
(1) 利用者の快適性への配慮							
4	1	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。		○			
(特に評価が高い点) 全室個室のユニット型施設であり、在宅生活時に愛用した物品等の持込みを推奨し、利用者が快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。							

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

A-3 生活支援					
(1) 利用者の状況に応じた支援					
5	1 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		○		
6	2 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
7	3 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 排泄ケアにおいて尿意のある方への随時対応、尿意のない方への排泄パターンからのトイレ誘導など一人ひとりの心身状況、以降を踏まえた支援は高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 安全・快適な入浴、利用者の心身の状況に合わせた入浴支援の実現のために機械浴設備の修理が必要と考えます。</p>					

(2) 食生活					
8	1 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○			
9	2 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○			
10	3 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) ユニットごとに炊飯、盛り付けなどが行われていました。また、パン食の時は、ロールパンか食パンを選択でき、好みのジャム等も選択できるほか、朝食時は牛乳やヤクルト、ヨーグルトが選択できるなど利用者の嗜好への配慮も高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 嗜好調査など、食事サービスに対するご利用者の評価(満足度)を把握する必要があると考えます。</p>					

(3) 褥瘡発生予防・ケア					
11	1 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 褥瘡対策指針が整備されるとともに、褥瘡予防のためにICTを活用して利用者一人ひとりの食事摂取状況を情報共有し、栄養管理を行っていることは高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
----------	--	---	---	---	----

(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養					
12	1 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 医療的ケア対策推進委員会が機能しており、喀痰吸引手順チェック表は職員の安心にもつながっています。法人で「介護職員によるたんの吸引等実施のための研修」を実施するなど、重度化する利用者への安全で適切な医療的ケアを充実させていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

(5) 機能訓練、介護予防					
13	1 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 生活機能向上連携加算を取得されており、リハビリ専門職の助言指導のもと、利用者の心身の状況に合わせた機能訓練が行われていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

(6) 認知症ケア					
14	1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 外部に向けた認知症介護基礎研修の開講は高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

(7) 急変時の対応					
15	1 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 緊急時対応マニュアルは、症状別に対応方法や連絡先等が明確にされており、緊急時において的確かつ迅速に対応できる体制がありました。また、緊急時対応マニュアルや手順書などは職員の安心につながっており高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし</p>					

(8) 終末期の対応					
16	1 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 医師、夜間担当医を含め、多職種連携の看取り体制が構築されており、職員にとっての安心にもつながっていることは高く評価できます。 (改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評 価 項 目 】	a	b	c	Na
-------------	---	---	---	----

A-4 家族等との連携					
(9) 家族等との連携					
17	1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 面会制限のなか、オンライン面会を積極的に活用した家族との交流の機会の確保は高く評価できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					