

福祉サービス第三者評価の結果

平成 22年 5月28日 提出

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森市中央三丁目20番30号 県民福祉プラザ2階
	事業所との契約日	平成20年5月31日
	評価実施期間	平成21年6月18日、24日
	事業所への 評価結果の報告	平成22年5月18日

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	東通村介護老人保健施設のはなしょうぶ	種別	介護老人保健施設		
代表者氏名 (管理者)	施設長 川原田 恒	開設年月日	平成15年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社団法人 地域医療振興協会	定員	50名	利用人数	46名
所在地	(〒039-4222)東通村大字砂子又字里17-2				
連絡先電話	0175-28-5400	FAX電話	0175-28-5401		
ホームページアドレス	http://www.nohana.net/				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事																														
長期入所、短期入所療養介護、通所リハビリ	ひな祭り、夏祭り、敬老会、運動会、 畑作り、バイキング食、外出(買物)、 レクリエーション大会																														
居室概要	居室以外の施設設備の概要																														
個室14、二人部屋2、四人部屋8	診察室、歯科治療室、食堂、学習室、 レクリエーションルーム、機能訓練室、浴室、 ボランティア室、ゲストルーム等																														
職員の配置	<table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>人数</th> <th>職種</th> <th>人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>施設長</td> <td>1</td> <td>労務管理職</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>看護師</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療技術職</td> <td>3</td> <td>合計</td> <td>36名</td> </tr> <tr> <td>介護職</td> <td>16</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ソーシャルワーカー</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>事務職</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			職種	人数	職種	人数	施設長	1	労務管理職	2	看護師	11			医療技術職	3	合計	36名	介護職	16			ソーシャルワーカー	2			事務職	2		
職種	人数	職種	人数																												
施設長	1	労務管理職	2																												
看護師	11																														
医療技術職	3	合計	36名																												
介護職	16																														
ソーシャルワーカー	2																														
事務職	2																														

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>利用者に対する「利用者本位の福祉サービスの提供」に関しては、利用者主体・利用者尊重を実践している点が高く評価でき、9つ設置している委員会がそれぞれ機能し、協力体制をとり、職員一人ひとりが統一したサービスを提供できるよう共通理解と実施状況の確認を行っている。特に、各部署の責任者と管理者で構成される老健運営委員会の設置は、高く評価できる。</p> <p>また、「サービス提供の開始」や「サービス計画の策定、継続、見直し、終結(引き継ぎ)」という一連の流れを細部に渡って実践している。利用者の安全対策では、「ヒヤリハット」として整理し、詳細に情報を収集し事故予防に努めていることも高く評価できる。定例カンファレンスが職員の意見・要望、利用者サービスに対する考えなど広く意見を検討集約できる体制になっている。</p> <p>他のサービスが必要な利用者に対しては、その意向を大切にし紹介や引継ぎを行うほか、他施設・家庭移行にあたって退所時指導文書、介護記録など必要な引き継ぎ文書を渡し説明を行うなど、丁寧な対応を行っている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>中長期計画・事業計画は「法人理念→施設理念→基本方針→中・長期計画→事業計画」という一連の方向性を整理し明確にしながら、法人の理念や大綱との整合性を図りながら施設が目指す独自の計画を策定することに期待したい。</p> <p>また、事業計画が概要と経営計画に留まっており、概要の他に理念、基本方針、各委員会の計画、部署毎の計画等、総合的であり、具体的な計画を策定することに期待したい。</p> <p>さらに、サービスに対する自己評価等評価の活用が体制として確立していないので、施設職員の気付きである自己評価の結果を有効活用し、更なるサービスの質の向上に取り組むことに期待したい。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回、第三者評価を受審することで、自分たちが気付いたができていなかった点を的確にさせていただき、努力をしている点は評価をしていただき、大変意義のある結果をいただいたと思います。今後の施設の取組に参考になりました。</p>

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念及び施設の理念と基本方針を明文化し、職員の行動規範となっているほか、利用者・家族にも分かりやすい内容となっている。また、全職員への配布と利用者・家族への説明を行っている。
	2 計画の策定	事業計画は概要の他に各委員会でも検討し総合して策定しており、定例カンファレンスの際に職員に配布し周知している。各委員会では、事業計画をもとに具体的な取り組みを行っている。

評価対象 I	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の責任・役割が組織規程で明確になっており、法令の把握と遵守に努めリスト化している。管理者の責任・役割は定例カンファレンス等で職員に説明し職員の意見の吸い上げを行っている。
評価対象 II	1 経営状況の把握	業界誌の定期購読、研修会参加等で経営環境の把握に努め、地域全体の状況把握も行い、毎月の老健運営委員会に利用者数の推移やコスト分析を提示し、経営状況を明確にしている。外部の監査法人の定期的な監査を実施し経営会議の検討を経て改善に取り組んでいる。
	2 人材の確保・養成	必要な人材や資格は、人事考課規程、職能資格制度規程があり、年2回人事考課を実施し、フィードバックしている。職員の就業状況や意向は、定期的に面接を行い職員の就業状況や意向を把握し業務改善委員会や研修委員会等で検討している。職員の資質向上のために教育研修制度規程があり研修計画に基づいて実施している。人材養成では、実習生受け入れマニュアルに基づき、多くの専門職養成のための実習を受け入れている。
	3 安全管理	緊急時対応マニュアルを整備し、定例カンファレンスやケアカンファレンスで検討と共通認識を促し、安全確保のための研修、救急法等を定期的に実施している。防災、安全委員会が中心となり「ヒヤリハット」を整理し、レポート作成を行い分析・検討を行っている。
	4 地域との交流と連携	「地域に開かれた施設」をコンセプトに施設内に資源情報や地域情報を掲示する、地域の行事などに参加する、家族介護教室を開催するなど地域との交流を図っている。ボランティア室を地域に開放する、社会資源を整備・リスト化する、定期的に地域包括連絡会議に参画し地域の福祉ニーズを把握し多様な事業を実施するなど積極的に地域との連携を図っている。
評価対象 III	1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重のサービス提供を理念・基本方針に明示し接遇アンケートの実施、複数の相談体制作り、苦情解決体制の整備・活用など満足向上の取り組みを行っている。改善に向けては改善会議に諮り、定例カンファレンス等で共通理解と周知を図るほか、接遇・サービス向上委員会や拘束廃止・排せつ及びじょくそう委員会で、具体的対応について検討する体制が確立している。
	2 サービスの質の確保	自己評価を定期的実施し老健運営委員会・定例カンファレンスで検討し、総括管理者や運営会議で決定し改善を図っている。利用者一人ひとりに対するサービスの統一を図り、対応と記録は適切に行われ、利用者の情報共有とサービスの検証・改善が細部に渡り行なわれている。
	3 サービスの開始、継続	利用希望者に対し体験入所、利用等もできる体制をとり、サービス開始では、丁寧な説明と同意、契約を行い、サービス計画書に基づき理解できるまで説明を行い同意を得ている。退所時には引継ぎ文書を渡し説明を行っている。
	4 サービス計画の策定	「施設サービス計画策定のための手引き」「ケアチェック表」など統一した様式と手順に従ってアセスメントを実施し、一人ひとりのサービス計画書がケアカンファレンスで職員の合議に基づき策定し、実施状況は介護、看護等の会議や申し送り、ケアカンファレンスで確認している。サービス計画書は、2週間、3か月、6か月と定期的に評価し、緊急時には随時対応し変更している。

5 評価細目の第三者評価結果

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	第三者評価結果
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 ① 理念が明文化されている。	a
I-1-1-2 ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b
I-1-2 理念、基本方針が周知されている。	
I-1-2-1 ① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b
I-1-2-2 ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
I-2 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 ① 中・長期計画が策定されている。	c
I-2-1-2 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 計画が適切に策定されている。	
I-2-2-1 ① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I-2-2-2 ② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b
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 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 ② 遵守すべき法令等を正しく理化するための取り組みを行っている。	a
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 ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-2-2 ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
評価対象 II 組織の運営管理	第三者評価結果
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 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 ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b
II-1-1-3 ③ 外部監査が実施されている。	a

II-2 人材の確保・養成		第三者評価結果
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。	a
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。	a
II-2-(2)-②	福利厚生事業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り組みが行われている。	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。	b
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生の受け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。	b
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a
II-3 安全管理		
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-①	緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など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	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
II-4 地域との交流		
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。	a
II-4-(1)-③	ボランティア受け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。	b
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り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
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。	a

評価対象 Ⅲ 適切な福祉サービス		第三者評価結果
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。	a
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
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a
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。	a
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-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組み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。	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。	c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
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されている。	a
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践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。	a
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
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。	a
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
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。	a

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定		第三者評価結果
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-(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
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	定期的にサービス計画の評価・見直しを行っている。	a