

福祉サービス第三者評価の結果

平成22年9月 7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21年6月30日
	評価実施期間	平成22年2月26日／3月5日
	事業所への 評価結果の報告	平成22年4月28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)	見心園	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	園長 坂本 憲子	開設年月日	昭和63年5月12日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人徳望会	定員	80名	利用人数	80名
所在地	三戸郡階上町大字赤保内字道仏道添21-12				
連絡先電話	0178(88)3355	FAX電話	0178(88)3442		
ホームページアドレス					

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事			
特別養護老人ホーム(定員80名)	見心園4大まつり(春夏秋冬の季節ごとのまつり)			
ショートステイ(定員50名)	ボランティア・交流会(朗読会、音楽・生花・書道等)			
デイサービスセンター(通常型30名・認知症10名)	防災訓練(年2回)、防災講習			
居宅介護支援センター、居宅介護支援事業所	家族会総会、クリスマス会等			
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
1人部屋30室、2人部屋6室、4人部屋18室	浴室、特別浴室、作業訓練室、静養室、			
	ラウンジ、ホール・食堂、機能訓練室、			
	会議室、事務室、家族交流研修室など			
職員の配置				
職種	人数	職種	人数	
園長	1名	栄養課担当(栄養士含む)	11名	
生活相談員	4名	デイサービス職員	11名	
看護師	9名	在宅支援部	5名	
機能訓練指導員(兼務)	3名			
介護職員(兼務)	57名			
事務職員(兼務)	12名			

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>「喜んでもらう喜び」を理念として、理事長や施設長が常に職員に対して説明することで、職員も意義を理解してサービスの提供を行っている。また、理念を利用者及び家族がいつでも見ることができる施設玄関に掲示し、内容も分かりやすいものとなっている。各部署では、サービス提供の評価改善及び事業計画を職員参画のもと、作成できるよう組織体制を構築しており、職員一人一人が役割と責任を自覚して従事している。</p> <p>人材の確保や養成については、毎年定期的に新規採用を行い、6ヵ月間の各部署での研修を経てから配置がなされている。職場での社会福祉士、介護福祉士などの資格取得に向けた取り組みを支援するなど、職員の質の向上や知識及び技術の向上に努めており、職員は意欲的である。また、社会福祉士、介護福祉士、看護師等の実習生受入も積極的に行っている。</p> <p>サービス提供にあたっては、9つのサービス向上委員会、5つの研修・業務改善等特別委員会や6つの職員会議があり、サービス上の課題、評価、改善等の取り組み内容について、職員間で常に共有できる環境を整えている。その他に、理事長自らが職員の家族に対する職場説明会を年1回行っている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>事業計画や基本方針は、研修のテキスト等として職員に配布し、サービス提供等に活かされているが、利用者及び家族に対しては説明は行っているものの、事業計画等については配布していないことから、簡単で分かりやすいダイジェスト版等の資料を作成し配布してみてもどうか。</p> <p>中・長期計画は「アクションプラン検討委員会」で検討中であるので、計画策定に期待したい。また、人事管理については法人の基本的な運営方針に基づいて実施しているが、人事考課にも各種方法があるので、例えば、面接内容等を明確するため基準を示し、透明性を図るなど今後の取組みに期待したい。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今まで何回か自己評価を行い、サービス向上を図ってきましたが、今回初めて第三者評価を受審し、客観的立場で評価をいただいた結果をもとに、更にサービスの充実をさせていきたい。</p>

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p>	<p>1 理念・基本方針</p>	<p>法人の理念や基本方針を体系的に明文化し、事業計画及びパンフレットに明示しており、職員には事業計画を配布するとともに会議等で説明し理解されている。利用者及び家族には、懇談会や家族会、行事等で説明し周知している。</p>
	<p>2 計画の策定</p>	<p>中・長期計画書は策定していないが、法人として取り組むべき事業については、理事会等で協議している。また、昨年度の自己評価の結果から中長期計画が必要であると判断し、今年度からアクションプラン特別委員会で検討中である。</p>

評価対象 I	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者としての考え方や方針等を明確化し、管理者としての役割と責任を周知するとともに、サービス向上のための委員会を平成21年度から7委員会から9委員会にするなど業務改善に積極的に取り組んでいる。また、財政的な面からの効率化を図るなど積極的に取り組み、リーダーシップを発揮している。
評価対象 II	1 経営状況の把握	関係業界団体への参加により社会福祉の動向による将来の構想を明確にしておき、事業を取り巻く環境の変化にも対応しながら収集した情報を事業計画に反映している。また、経営状況のコスト分析などから課題を明確化し、管理職会議で検討した内容を職員に周知している。
	2 人材の確保・養成	介護・看護職の人事管理プランが確立しており、毎年定期的に数名を採用し、各部署での6ヵ月間の研修を経てから配属を行ったり、実習生を受入れるなど人材育成を積極的に行っている。職員の意向調査等は、各部署管理者が毎年面接を行うことにより把握する仕組みを構築しており、把握した意向により異動など行うようにしている。また、職員の資質向上のための各種研修会の開催、外部研修参加後の報告会、資格取得のための計画的な研修会など実施している。
	3 安全管理	サービス向上委員会に、感染症対策・防災対策・事故防止の3つの委員会を設け、利用者の事故防止対策など安全に関する事項の取り組みを行い、職員に周知する仕組みを整備している。マニュアルの見直しやヒヤリハット集の作成及び分析により事故防止対策など安全管理を行っている。
	4 地域との交流と連携	「地域に愛され、親しまれ、頼りにされる見心園」を運営方針に明示しており、行事では地域との連携のもと、地域住民も参加できるような内容としている。また、広報誌を地域住民へ配布しているほか、住民向け介護技術講座等の開催、施設開放等も積極的に行われている。行政や地域の関係団体との連携した活動にも参加しており、ボランティア活動にも基本姿勢を明示し、職員が理解し受け入れている。
評価対象 III	1 利用者本位の福祉サービス	利用者を尊重した理念や基本方針を明確化し、プライバシー保護など各種介護サービスマニュアルに沿ったサービスを提供している。利用者の満足向上のために月1回の利用者懇談会や年1回の家族会で意見、要望を確認する仕組みを構築している。また、苦情の申出方法等の説明や苦情解決第三者委員氏名等を施設内に掲示している。
	2 サービスの質の確保	各種介護サービスマニュアルを整備し、マニュアルに基づいたサービスを確立しており、各部署から出た課題等は、サービス向上委員会で検討している。利用者の状況については、毎日のミーティングや引き継ぎ、介護・看護等のカンファレンスにおいて職員間で共有している。
	3 サービスの開始、継続	施設紹介のためのパンフレットを作成して公共施設に設置し、情報提供に努めている。契約時は、重要事項説明書によりサービス内容や料金について分かりやすく説明している。サービスの移行時は、アセスメントの提供やサマリーにより申し送りをしている。
	4 サービス計画の策定	定めたアセスメント方法により、利用者一人一人の身体状況などを把握し具体的な課題やニーズを明示し、介護支援専門員が中心となり介護・看護・調理など関係職員によるサービス計画書を策定している。計画の見直しについては、基本的には認定期間としているが、適宜状況の変化に伴い見直しする仕組みを構築している。

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。	a
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。	a
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。	a
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。	c
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。	a
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。	a
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。	a
II-1-1-3 ③ 外部監査が実施されている。	c

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。	a
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。	a
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
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。	a
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。	a
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。	a
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。	a
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。	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。	a
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。	a
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。	a
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
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

福祉探のみ