

福祉サービス第三者評価の結果

19年 2 月 2 / 日 提出

・この様式に事業者の同意書(様式第10号)を必ず添付してください。

評価機関	名 称	福祉サポートサービス
	所 在 地	青森市大野前田74-1
	事業所との契約日	平成18年11月1日
	評価実施期間	平成18年11月21日～平成19年1月23日
	事業所への 評価結果の報告	平成19年2月20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)	介護老人保健施設 なみおか	種別	介護老人保健施設		
代表者氏名 (管理者)	理事長 猪股幸太	開設年月日	平成15年4月1日		
設置主体 (経営主体)	医療法人 西稜会	定員	入所80人 通所20人	利用人数	入所80人 通所20人
所在地	(〒 038 - 1305) 青森県青森市浪岡大字杉沢字山元454-238				
連絡先電話	0172 - 69 - 1120	FAX電話	0172 - 69 - 1210		
ホームページアドレス	http://www				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事			
一部ユニット型介護保健施設サービス	親睦会、ドライブ、ショッピング、運動会、誕生会			
通所リハビリテーション	七夕祭り、夏祭り、敬老会、クリスマス会、節分			
介護予防型通所リハビリテーション	ゲーム大会、ひな祭り			
居室概要	居室以外の施設設備の概要			
ユニット型個室(4室)、ユニット型準個室(4室)、 従来型個室(36室)、2人部屋(6室)、4人部屋(6室)	談話室、ティールーム、診察室、歯科診療室、薬局、調理室 機能訓練室、便所(各居室)、共同生活室、サービス・ステーション 食堂、レクリエーションルーム、洗面所、汚物処理室、洗濯室 家族介護者教室、ボランティアルーム、一般浴槽室、中間浴槽室 特殊浴槽室、スプリンクラー、消火器、防火扉、自動火災通報装置 誘導灯設備、避難すべり台、排煙窓			
職員の配置				
	職種	人数	職種	人数
	管理者(医師)	1	介護支援専門員	1
	看護職員	9	薬剤師	1
	介護職員	29	栄養士	1
	作業療法士	1	調理員	7
	支援相談員	1	事務員	3

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

- ・施設長は、利用者、ご家族や外部の意見を取り入れより良い施設にしたいと意欲的である。
- ・比較的若いスタッフが多く、声かけも明るい印象である。
- ・施設の現状を第三者に検証してもらい、職員の意識の向上を図っていき、さらなるサービスの質の向上を目指す姿勢を感じました。
- ・認知症棟の多目的スペースに大型ビジョンを設置し有効的に活用しており、また、新たに温泉採掘を施し、施設利用者及び地域住民へのサービス提供等が心がけられている。
- ・利用者の苦情、要望等や回答を玄関付近に掲示し、家族等にもいつでもよく分かるようにしている。
- ・通所リハビリテーションを併設しており、個々のニーズにあったサービスを行っている。
- ・ユニットケアを実践しており、個室においても食堂においても家庭的雰囲気を意識した工夫が見られる。

◎ 特に改善を求められる点

- ・組織独自の理念、基本方針を確立することが望まれます。
- ・新たなパンフレットやホームページの作成など事前の情報提供の仕組みの充実が望まれます。
- ・各部門での話合いの結果が管理者や経営層が参加する運営会議でよく伝達されていますが、個々にコミュニケーションを図りたいと思っている職員もいますので、今後期待します。
- ・評価の高い点でも述べましたが、苦情や要望の処理等に対しては、迅速な対応を望みます。
- ・各部門、サービス向上のための取り組みを行っているので、今後はそれらを自己評価し、分析、評価を行い、全職員間で共有化していくことを期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

サービスの見直しをする上での参考になると思う。但し、評価項目が社会福祉法人向けであるので、今後、医療法人・株式会社向きに評価方法も作成してほしい。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	1 理念・基本方針	医療法人ということで、青森県の保健医療計画に沿った運営目標を定めています。今後、法人として運営の方向性、福祉サービスの内容や特性を踏まえた理念の策定が望まれます。 またその理念方針を施設内に掲示し、利用者への周知をはかっていけばよいかと思えます。
	2 計画策定	管理者層においては、将来的なビジョンを伺うことができたが、法人独自の理念・基本方針の掲示とともに、その実現に向けた中・長期計画を策定し、実施する福祉サービスの更なる充実、地域の福祉ニーズに対応、課題等の解決を望みます。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者及び医師として、各会議等で役割と責任を表明していますが、文書化したものなどの配布や、職員個々とのコミュニケーションの充実をはかり、自ら妥当性を検証し、さらなるサービスの質の向上を目指すことを望みます。 管理者も積極的に研修会等に参加し、サービスの質の向上に取り組む姿勢が感じられました。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	<p>老健協等の会報誌の購読やネットの活用により最新の介護情報を入手すると共に、そこから潜在的、顕在的ニーズを汲み取って介護・看護計画に反映させている。また、また、医師である施設長も管理者研修会に参加し、内部に於いては運営委員会や各種委員会、ケース会議でその都度、検討を要する課題を意見聴取し、改善が必要な事案について対応している。事後処理も記録として整備しており、職員に周知する体制ができています。ただ外部監査がまだ実施されていない為、コスト分析等が明確でないと思われる。客観的なアドバイス等により、より効率的なシステムで経営改善の発見と解決が出来ることと思います。</p>
	2 人材の確保・養成	<p>目標とする医療・福祉サービスを確保する為、基準以上の職員を配置しており、また緊急時においても十分な対応できる連絡体制がとられている。人材育成については運営方針にもとずいた研修計画により、施設内外の各種研修に随時参加させており、研修結果も各種委員会、運営委員会等で周知が図られ、報告書も整備されている。人事考課等については、今後査定という方式を取り入れるということなので、適正に実施されたい。実習生受け入れについては、施設開設4年目で受け入れ可能年度となり、今後積極的に受け入れたいということなので、マニュアルの整備と、担当者の設置を望みます。</p>
	3 安全管理	<p>緊急時の対応マニュアルを整備し、いつでも誰でも見ることが出来る状態にあり、予防委員会にて検討した内容は、運営委員会・ケース会議等で広く周知している。常に情報を収集し職員間で情報を共有する等、積極的な取り組みをしている。身体拘束や、虐待等の問題も無く入所者の安全、安心が確保されている。</p>
	4 地域との交流と連携	<p>パンフレットや運営方針には明記されていないものの、デイサービス利用者や入所者の家族を通し、様々な意見・要望を汲み上げており、運営方針にそれを盛り込んでいる。ショートステイの増設や掘削した温泉は地域住民に足湯として利用してもらう予定であり、運動会、夏祭り等の行事には積極的に地域住民との交流を図り、施設は常に地域に開かれた状態にある。又、申し出のあった事案には相談員が速やかに対応して適切な対応をしている。</p> <p>浪岡地区唯一の介護老健施設としての機能と役割を果たしている。</p>
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	<p>利用者尊重の精神は新任研修の場でまず行い、その後全体会議で継続研修されている。玄関に投書箱が設置されており、自由に意見を言える仕組みがある。意見に対して、施設からの回答も張り出している。家族アンケートを行い、その意見を運営会議で話し合い改善に努めている。苦情解決の仕組みは契約時、相談員が説明し、施設内にも、貼り出している。プライバシー保護に関しては、研修はしているものの、規程・マニュアル等が用意されていないので今後の整備が望まれます。</p>
	2 サービスの質の確保	<p>定期的な評価体制はこれまでなかったが、改善すべき課題が生じた場合はその都度運営会議、理事会等で検討している。</p> <p>今回第三者評価受審をきっかけに、今後、改善策等を職員間で分析・検討し共有化を図っていただきたい。標準的な実施を行うために介護マニュアルがあり、新人研修等で研修している。見直しは、その都度行われているので、今後定期的な検証・見直しを期待したい。一部ユニット化されており、在宅へ向けた体制を整えている。</p>
	3 サービスの開始、継続	<p>パンフレットは内容が古くなったとの事で公共の場に現在置かれていない。ホームページの開設は行っていないので、情報提供の仕組みを検討することが望まれる。</p> <p>サービス開始における説明は、相談員が契約書等の書面にて説明し、同意を得て、実施している。利用者が居宅等に移行するなど状況の変化があれば、情報提供書を作成しサービスの継続性に配慮している。</p>
	4 サービス計画の策定	<p>3ヶ月に1回、医師他全職種の出張者が参加するケアカンファレンスにおいて必要な情報の収集、評価、見直しを行っている。全職員に対するカンファレンスの内容の周知については、記録の閲覧や介護会議で行っている。作成されたプランは、家族との面談や郵送にて確認されている。</p>

評価細目の第三者評価結果

※ すべての評価細目(55項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示すること。

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 理念が明文化されている。	b
I-1-(1)-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、基本方針が確立されている。	
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。	c
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 中・長期計画が策定されている。	b
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。	b
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	a
I-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 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 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 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。	b

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	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	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	外部監査が実施されている。	b
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。	a
II-2-(1)-②	人事考察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。	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。	b
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

(評価対象 II 組織の運営管理)		第三者評価結果
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。	b
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。	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ている。	b
III-1-(2)-②	利用者満足の上昇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。	b

(評価対象 III 適切な福祉サービス)		第三者評価結果
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。	b
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。	b
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。	b
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。	b
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。	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。	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		
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