

福祉サービス第三者評価の結果

平成19年3月22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18年9月27日
	評価実施期間	平成18年9月27日～平成19年3月12日
	事業所への 評価結果の報告	平成19年2月27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)	弘前大清水ホーム	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	園長 込 山 稔	開設年月日	昭和48年2月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人藤聖母園	定員	80名	利用人数	80名
所在地	(〒036-8163) 青森県弘前市大字清原4丁目9の2				
連絡先電話	0172(36)2266	FAX電話	0172(36)2268		
ホームページアドレス	http://www.fujiseiboen.or.jp/				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
短期入所生活介護事業、居宅介護支援事業	復活祭、花見会、野点、親睦の集い、七夕、旅行 ねふた訪問、盆踊り、敬老の集い、敬老の祝い 合同慰霊祭、キャンドルサービス、クリスマスの集い 新年互礼会、開園の祝い、節分、ひな祭り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
6人部屋(9)、4人部屋(4)、2人部屋(5)	食堂、ホール、談話室、機能訓練室、中間浴室 特別浴室、静養室(短期用)		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
園長	1名	栄養士	1名
ケア総括責任者	1名	調理員	8名
総括補佐	1名	ボイラー技士	1名
介護職員	29名	業務員	1名
看護職員	4名	宿直員	1名
パストラルワーカー	1名	出納員	1名
生活相談員	1名	事務員	2名
機能訓練指導員	1名	嘱託医	1名
介護支援専門員(兼任)	7名		

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

管理者を始め、職員一人ひとりが利用者の尊重、利用者主体を实践すべく日々取り組んでいる。管理者は、職員の意欲、やりがい、使命感を引き出すために管理者の責任の明確化や各種会議や委員会を設置し、職員が話しやすい職場づくりを行うとともに、働きやすい職場環境のための組織改変や各部署への裁量と責任の付与に取り組むなど、リーダーシップを発揮しており、職員も一人ひとりが責任と役割を自覚し、業務の質を高める努力を行っている。また、マニュアルについても介護場面から苦情対応、利用者の記録方法等様々な場面に応じて整備されているが、職員はマニュアルにとらわれすぎることなく、絶えず最善のサービスを模索する行動がとられている。

職員の会議等への参加にあたっては、事業計画書の携行が義務づけられており、理念や基本方針の共有化が図られている。宗教を用いた精神的ケアを行うパストラルワーカーや傾聴ボランティアなどの取り組みを積極的に進め、利用者の精神的ケアを行っており、終末期ケアを重視し、最後の看取りまでのケアを積極的に行っている点は評価の高い点である。

◎ 特に改善を求められる点

事業計画等は職員に配布・周知され、よく理解されているが、利用者やその家族等には配布されていないので、事業計画のダイジェスト版を作成しわかりやすさに配慮しながら配布・周知に期待したい。

今回、初めて客観的な評価基準に基づく自己評価・第三者評価に取り組んでおり、今後継続的に評価を実施する体制づくりに期待するとともに、現在、各種会議や委員会等を通じてサービス提供における課題の明確化や改善に向けて取り組まれているので、その体制を活用しながら自己評価や第三者評価の結果について、課題の検証・明確化や改善活動につなげていくことに期待したい。

具体的な事項を盛り込んだ中長期計画を策定しているが、より実行性の高い計画とするためにも、計画期間の明示や事業の実施年度、数値目標等を盛り込み、達成状況の評価や計画の見直し等の進捗管理を行っていくことに期待したい。

地域の町内会等との日常的な交流や関係機関との連携が図られるよう、より積極的な取り組みを期待したい。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉施設を運営していく上で、自ら提供するサービスの内容を常に検証することは、最も大切なことだと考えます。今回の第三者評価により、現在かかえている問題や課題が明確になり、また、種々の運営要綱やマニュアルを見直す機会になりました。

事業計画について、年度毎の事業報告に基づき、職員の意見を集約して策定してきたつもりですが、短期や長期の計画が明文化されていなかったこと、利用者やその家族に向けて、十分周知されていなかった点については、改善していかなければならないと考えています。

自己評価では、施設運営については、毎月財務諸表によって職員全員に運営状況を周知させるべく、透明性を図ってきたつもりですが、未だに理解されていない部分があり、管理者側からの伝達方法や職員自身の意識に問題があると考えられます。

地域や町内会との関係については、施設設置以来、30余年が経過し、それなりに交流実績を重ねてきたつもりですが、施設敷地内には、児童福祉施設もあり、個人情報保護、不審者対策、感染症対策等について利用者やその家族からの要望や意向も考慮しなければならず、外部者の面会、施設見学、行事に関して立ち入り制限をするなど、地域交流のあり方も一部を見直していかなければならないと考えております。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	1 理念・基本方針	「創立の精神」を理念とし運営の基本方針が策定されている。さらに各業務ごとに目標、方針を定め具体化され日常業務に役立つように工夫されている。理念や運営方針は年度ごとの事業計画書に掲載され、職員会議、部署ごとの会議などに職員が参加する際には携行が義務付けられ、機会あるごとに理解を深める工夫が行われている。会議でも事業計画の内容や業務を通して話し合いが行われていることは高く評価できる。
	2 計画の策定	度重なる制度改正など社会状況の変化にもかかわらず、事業所のおかれている状況を分析し中・長期計画が策定され、年度ごとの事業計画で見直しが行われている。事業計画は部署ごとの会議、運営会議などを通して検討され、職員の意見や要望、提言を反映させた形で策定されており、会議、朝礼等で周知・理解が図られている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者は各種会議へ積極的に参画し、会議の活性化を図っている。また、経営や施設運営の状況を職員へ公開し、施設のおかれている現状について理解と周知を促すとともに、透明性の確保に努めている。また、組織体制の見直しや責任体制の確立などによって職員のやりがい感や使命感の醸成を図るなど、管理者のリーダーシップは発揮されており、高く評価できる。
評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	業界団体への加入や官公庁からの情報収集を行い、経営環境の把握に努めている。利用者数の推移や毎月の収支状況を把握し、経営分析を行っており、結果は職員に周知され、施設の現状を職員がよく理解し、管理者と共に主体的に取り組む体制がとられている。
	2 人材の確保・養成	職員の教育・研修計画を策定しており、職員一人ひとりの経験年数や職務、研修履歴を考慮し、個々の課題にあわせた研修が行われている。各部署ごとに話し合いが行われ、その結果を受けて職員の勤務環境に関する意向を把握し、改善に努めている。また、職員の心のケアのために傾聴ボランティアを活用している点は評価が高い点である。
	3 安全管理	事故など緊急時の対応はマニュアルが整備され、会議、委員会を通じて職員への周知と実践研修が行われている。リスク管理においても、ヒヤリハット記録の整備や集約、分析や対策が会議や委員会で検討・実施されており、安全確保に向けた体制が整備されている。
	4 地域との交流と連携	事業計画に地域福祉への取り組みを明記しており、ボランティアの受入と養成を積極的に行っている。特に傾聴ボランティアの養成と導入は大きな役割を果たしている。保育園との交流や中学校への講師派遣、利用者との地域の交流や地域への相談窓口の設置、施設設備の地域開放などに取り組んでいる。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者の待遇の基本原則・基本姿勢に則り、各種規程・マニュアルを整備し、利用者尊重・利用者主体のサービスが実践されている。職員は日常的な関わりや懇談会等を通じて、利用者のニーズ把握に努めており、会議等を通じて職員間の共有化も図られている。利用者からの意見や要望等には速やかに対応する体制が整えられている。
	2 サービスの質の確保	今回初めて評価基準による自己評価・第三者評価を実施したが、日常的なサービスの評価は、サービス担当者会議や各種会議などで行われており、課題の明確化や改善策などを検討し、実施されている。利用者の情報は申し送りやネットワークシステムを使い共有化され、質の高いサービスを提供できる体制が確保されている。
	3 サービスの開始、継続	統一されたサービス利用の手順や様式が整備され、利用者等に分かりやすく説明し、同意を得た上でサービスが提供されている。また、退所手順書を整備し、退所後も継続支援を行っている。ホームページの公開や公共機関へのパンフレットの配置など基本的な情報の提供にも努めている。
	4 サービス計画の策定	統一された様式に基づきアセスメントが行われており、利用者の一人ひとりの課題を検討し、明確にした上で、サービス実施計画が策定されている。サービス担当者会議など各種会議で検討し、実施計画の評価・見直しが定期的に行われており、必要に応じては随時見直されている。

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。	a
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。	a
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		
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。	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。	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。	b
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。	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。	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		
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