

福祉サービス第三者評価の結果

平成19年6月25日 提出

| | | |
|------|------------------|-----------------------|
| 評価機関 | 名 称 | 社会福祉法人 弘前市社会福祉協議会評価機関 |
| | 所 在 地 | 弘前市大字宮園2丁目8-1 |
| | 事業所との契約日 | 平成18年12月1日 |
| | 評価実施期間 | 平成18年12月1日～平成19年3月8日 |
| | 事業所への 評価結果の報告 | 平成19年3月8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) | 山郷館くろいし | 種別 | 身体障害者療護施設 | | |
| 代表者氏名 (管理者) | 園長 山下 淑子 | 開設年月日 | 平成18年9月20日 | | |
| 設置主体 (経営主体) | 社会福祉法人 七峰会 | 定員 | 30人 | 利用人数 | 30人 |
| 所在地 | (〒036-0331) 黒石市八甲64番地1 | | | | |
| 連絡先電話 | 0172-53-3070 | FAX電話 | 0172-53-6191 | | |
| 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 | | |
|--|---|-------|----|
| 短期入所事業、日中一時支援事業 | お花見会、日帰り旅行、夏まつり、クリスマス忘年会、新年会、節分、ひな祭り、お好み昼食会(隔月) | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| ユニット方式3ユニット、個室×30室(うちALS専用室2室)、ショートステイ専用室×4室 | 食堂・談話室(ユニット毎に1箇所)、特殊浴室、一般浴室、脱衣室、洗面所(各個室30)、洗面所(ユニット)、個室トイレ(男女別)6箇所、医務室、看護婦室、静養室、相談室、機能回復訓練室、洗濯室 | | |
| 職員の配置 | | | |
| 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
| 施設長(園長) | 1 | 理学療法士 | 1 |
| 次長 | 1 | 栄養士 | 1 |
| 事務員 | 1 | 調理員 | 3 |
| 看護師 | 3 | 医師 | 1 |
| 生活支援員 | 2 | 宿直職員 | 2 |
| 介護職員 | 14 | 洗濯 | 1 |
| 介助員 | 1 | | |

2 評価結果総評

| |
|--|
| <p>◎ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 利用者のプライバシー配慮への取り組み 新設された当該施設は、ユニット方式を取り入れ全室個室で利用者のプライバシーが確保された個性ある居室作りがされている。また、接遇マニュアルを整備し利用者を尊重した取り組みを心がけ同性介助を実施するなど具体的な取り組みがされている。・ 個々の利用者への様々な支援 個々の利用者の身体状態や要望を正確に把握することにより全利用者の食事、排泄、入浴などに対応した個別の介護マニュアルが整備され、職員が共通理解の基に活用しており個々の利用者に合った細かなケアが提供されている。利用者のコミュニケーション能力を高めるための支援も活発であり、様々なコミュニケーション補助装置の活用や職員による製作などが、理学療法士との連携でおこなわれており利用者個々の状態に応じたコミュニケーション方法が実施されている。また、県内初のALS（筋萎縮性側索硬化症）受入れ施設としての体制が看護師、介護職員との連携で整備されており今後の活躍が期待される。・ 利用者に関する記録の管理・共有 利用者に関する記録が施設内コンピューターネットワークシステムにより管理・共有化されており、実施したサービスが随時、記録され各部署にて記録内容が瞬時に確認でき業務の効率化が図られている。 |
| <p>◎ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 利用者満足の上に向けた取り組み 利用者の満足度を把握することを目的とした調査や利用者からの意見聴取といった取り組みを定期的実施し、把握、分析、検討、改善を行うことが望まれる。・ 利用者からの意見や相談への体制 利用者からの様々な相談に応じる体制ができているが、利用者が活用できると思われる複数の外部相談機関等を利用者に対して、わかりやすく周知、説明するなどの取り組みが求められる。・ 情報開示に関する取り組み 利用者の記録等に関して文書管理規程を設け個人情報の保護に対する取り組みがされているが、利用者自身や家族等からの情報開示を求められた場合の対策が講じられていないため情報開示に関する対応への取り組みが求められる。 |

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

| |
|---|
| <p>この第三者評価を通して、当施設全体を客観的に見つめ直すことができ、今後の課題や取り組みを整理する良い機会でした。この結果を受け、今後、更に努力して行きたいと思っております。</p> |
|---|

4 評価分類別評価内容

| | | |
|--------|------------------|--|
| 評価対象 I | 1 理念・基本方針 | 理念・基本方針は、法人パンフレットや事業計画書に明文化されており、職員や利用者、家族等に対して配布し周知を図っている。また、職員に対しては会議等にて利用者や家族等へは利用者説明会や行事開催時、家族会等にて理念・基本方針に関して話す機会を設けている。 |
| | 2 計画策定 | 職員参画により中・長期計画や事業計画が策定されており、各計画は職員へ配布されている他、会議等での説明がされている。また、利用者に対し法改正の説明とあわせ今後の計画をスライドを活用しわかりやすく説明がされている。 |
| | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者の役割は、事業計画書内での各組織図等の書類にて明記されている他に各委員会や各会議に出席し組織の現状把握と改善について検討し積極的な取り組みが行われており、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 | 業界団体への加入や相談事業において福祉業界の動向把握や事業所が所在する地域のニーズ把握、施設経営の様々なデータ等の把握・分析・課題を明確にし、改善に向け全職員が共通理解のもとに取り組みが行われている。また、有識者による法人内の監査により経営改善を積極的に行なっているが、より組織の透明性を確保するためである会計士等、外部の会計専門家による外部監査が実施されていない。 |
| | 2 人材の確保・養成 | 法人レベルでの人事考課が実施されており、定期的に開催している管理者と職員の個別面談により職員の就業に関する意向等が把握され人事考課や改善策へ反映されている。また、開設して間もないために職員の外部研修への参加や実習生受け入れが実施されていないため今後の取り組みとして期待される。 |
| | 3 安全管理 | 利用者の安全確保として感染症等のマニュアルが整備されており事例収集・検討・対応策はリスクマネジメント委員会が中心となり取り組まれている。また、緊急時における医療機関や警察、消防との協力体制も整備されており安全管理が組織全体で取り組まれている。 |
| | 4 地域との交流と連携 | 業界団体や相談事業により福祉ニーズ把握に努めており、それに基づき短期入所事業などの実施がされている。また、開設して間もない施設であるために地域との交流への取り組みが始められて日が浅いので今後の地域との交流や連携が期待される。 |
| 評価対象Ⅲ | 1 利用者本位の福祉サービス | 利用者尊重の基本姿勢が法人理念や運営方針にて確認できる他、接遇マニュアルを整備し内部研修において職員が学習する機会を設けている。利用者満足向上としての取り組みを嗜好調査だけでなく、生活全般の満足度を把握し分析、検討、改善を実施することが望まれる。 |
| | 2 サービスの質の確保 | 全利用者個別の詳細な介護全般のマニュアルをはじめ様々なマニュアルが整備されており各会議や内部研修にて周知され、それに基づいたサービスが提供されている。各種マニュアルは実践を踏まえながら検討され、必要に応じて見直し改善がされている。また、利用者個々の記録がコンピューターにて管理されネットワークシステムにて職種を超えて情報が共有されるようになっている。 |
| | 3 サービスの開始、継続 | サービス情報の提供として、パンフレットを行政機関へ置いたり、見学希望者の受入を随時実施しており、サービス開始時には重要事項説明書をもとにわかりやすく説明を行い同意を得ている。サービス移行した場合には継続性に配慮し相談窓口が整備されている。 |
| | 4 サービス計画の策定 | 利用者の身体状況や生活状況、要望等を正確に把握するために行うアセスメントが統一した様式にて実施されており、それを基に利用者一人ひとりの支援計画が作成されサービスが提供されている。また、支援計画は定期的に担当者及び各部門の職員からの情報や意見を基に見直しがされている他に利用者の状態に応じて随時の見直しがされ常に利用者本位のサービスが提供されるよう取り組まれている。 |
| 福祉サービス内容評価 (障害者・児施設A) | 1 利用者の尊重 | 利用者が自分でできることは自分で行うことを尊重し、職員は見守りを基本としており支援が必要な場合には必ず一声かけ、本人の了解を得てから行っている。また、コミュニケーションツールの導入などによる利用者のコミュニケーション能力向上の取組みも活発に行われている。 |
| | 2 日常生活支援 | 個々のサービス実施計画及び利用者個別の介護マニュアルに基づいた食事、入浴、排泄などの支援が行なわれており、利用者は、ユニット形式での落ち着いた雰囲気や季節感のある食事を楽しんだりプライバシーの確保された居室でくつろいだりしている。また、外出・外泊は、利用者と連絡先、帰宅時間などを取り決めることにより自由に実施されており、必要に応じて職員の外出支援もされている。医療体制は、医師との連携により看護師が日常的な健康管理から緊急時の対応まで対応しておりマニュアルの整備や緊急時の協力医療機関との連携などの体制が整備がされている。 |

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)・b・c |
| 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)・b・c |
| I-1-2 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| I-1-2-1 | ① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | (a)・b・c |
| 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・(b)・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 | ① 中・長期計画が策定されている。 | (a)・b・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。 | (a)・b・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)・b・c |
| I-2-2-2 | ② 計画が職員や利用者等に周知されている。 | (a)・b・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)・b・c |
| 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)・b・c |
| 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)・b・c |
| 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)・b・c |

| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・c |
| II-1-(1)-③ | 外部監査が実施されている。 | a・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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| II-2-(2)-② | 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | Ⓐ・b・c |
| 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・c |
| 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。 | Ⓐ・b・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。 | a・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。 | a・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・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。 | Ⓐ・b・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |

| (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・(b)・c |
| II-4-(1)-② | 事業所が有する機能を地域に還元している。 | (a)・b・c |
| 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・b・(c) |
| 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)・b・c |
| II-4-(2)-② | 関係機関等との連携が適切に行われている。 | (a)・b・c |
| 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)・b・c |
| 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)・b・c |

| 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)・b・c |
| 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)・b・c |
| 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・(b)・c |
| 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・b・(c) |
| 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・(b)・c |
| 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)・b・c |
| 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)・b・c |

| (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・c |
| 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・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。 | a・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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・Ⓒ・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・Ⓒ・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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・Ⓒ・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| 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。 | Ⓐ・b・c |

| 障害者・児施設A 福祉サービス内容評価 | | 第三者評価結果 |
|---------------------|--|---------|
| A-1 利用者の尊重 | | |
| A-1-(1) 利用者の尊重 | | |
| A-1-(1)-① | コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 | Ⓐ・b・c |
| A-1-(1)-② | 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a・Ⓑ・c |
| A-1-(1)-③ | 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。 | Ⓐ・b・c |
| A-1-(1)-④ | 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 | Ⓐ・b・c |
| A-2 日常生活支援 | | |
| A-2-(1) 食事 | | |
| A-1-(2)-① | サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。 | Ⓐ・b・c |
| A-1-(2)-② | 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。 | Ⓐ・b・c |
| A-1-(2)-③ | 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(2) 入浴 | | |
| A-2-(2)-① | 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(2)-② | 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(2)-③ | 浴室・脱衣場等の環境は適切である。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(3) 排泄 | | |
| A-2-(3)-① | 排泄介助は快適に行われている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(3)-② | トイレは清潔で快適である。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(4) 衣服 | | |
| A-2-(4)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(4)-② | 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 | a・Ⓑ・c |

| | | |
|-----------------------|--|-------|
| A-2-(5) 理容・美容 | | |
| A-2-(5)-① | 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(5)-② | 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(6) 睡眠 | | |
| A-2-(6)-① | 安眠できるように配慮している。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(7) 健康管理 | | |
| A-2-(7)-① | 日常の健康管理は適切である。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(7)-② | 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(7)-③ | 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(8) 余暇・レクリエーション | | |
| A-2-(8)-① | 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(9) 外出、外泊 | | |
| A-2-(9)-① | 外出は利用者の希望に応じて行われている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(9)-② | 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(10) 所持金・預かり金の管理等 | | |
| A-2-(10)-① | 預かり金について、適切な管理体制が作られている。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(10)-② | 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。 | Ⓐ・b・c |
| A-2-(10)-③ | 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。 | Ⓐ・b・c |