

福祉サービス第三者評価の結果

18年10月25日 提出

評価機関	名 称	あおり第三者評価機関
	所 在 地	五所川原市太刀打字早蕨115-6
	事業所との契約日	平成 18 年 7 月 25 日
	評価実施期間	平成18年 7月 25日～ 平成18年 8月 30日
	事業所への 評価結果の報告	平成 18 年 9 月 29 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)	青 山 荘	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	施設長 島村 吉三久	開設年月日	昭和47年 5月 1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 青森民友厚生振興団	定員	80人	利用人数	84人
所在地	(〒037-0011) 青森県五所川原市大字金山字盛山42-8				
連絡先電話	0173 - 35 - 4215	FAX電話	0173 - 35 - 4216		
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		
短期入所生活介護、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業、在宅介護支援事業、生きがいデイサービス、認知症対応型デイサービス、認知症高齢者グループホーム	盆供養、秋祭り、十五夜、もちつき、年越し、新年互礼会、おしるこ会、節分、彼岸供養、遠足(年2回)、にこ売店(毎月)、ショッピング		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
ユニット個室(30室)、従来型個室(24室)、4人部屋(7室)	機能訓練室、医務室、一般浴槽(2室)、機械浴槽(1室)、食堂(9室)、便所(各室)、非常通報装置、自動火災感知器、ガス漏れ感知器、屋内消火栓、誘導灯、防火扉・シャッター、漏電火災感知器、非常用電源、防煙カーテン、		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1	看護職員	4
事務長	1	介護職員	46
主任生活指導員兼介護支援専門員	1	管理栄養士	1
介護主任	1	調理員	5
訓練指導員兼介護員	1	嘱託医師	4
事務員	2		

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

法人理念「おひとり、おひとりの人生 めくもりのある暮らしを支えます。」の実現に向けて、いち早く平成14年度よりユニットケアを実践している。一部の部門では自己評価を実施し、この結果を踏まえて、具体的な項目ごとに職員が参画しながら実践計画を作成、レベルアップに取り組んでいる。同一の敷地内で短期入所生活介護、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業、在宅介護支援センター、生きがいデイサービス、認知症対応型デイサービス、認知症高齢者グループホーム等を併せて行い、ニーズに対応し施設の持つ専門性を地域へ積極的に提供している。管理者は、職員会議、運営会議、サービス担当者会議、ケース検討会議等各種会議に出席し、経営や業務の効率化と改善に向け、質の向上に意欲的に取り組み、指導力を発揮している。施設の周辺住民と定期的に防災連絡会議を開催するなど、地域と一体となり防災対策に取り組んでいる。緊急時に対応するマニュアルを詳細に整備するなど、管理責任体制が整っている。また、身体拘束ゼロに取り組む実践していることは高く評価できる。

◎ 特に改善を求められる点

理念・基本方針の実現のため、年度ごとに重点取り組み事項を掲げ、具体的実践計画を策定し目標達成に向け福祉サービスの充実、向上に取り組んでいる現状にあります。社会福祉基礎構造改革の進展に対応して行くためにも、実施する福祉サービスの更なる充実、課題の解決等のほか、地域ニーズに基づいた新たな福祉サービスの実施といったようなことも視野にいった中・長期計画を策定することについて検討されることを期待したい。理念や基本方針は、パンフレット、事業計画書や広報誌等に記載され、職員会議等で説明し周知しているが、職員の行動規範となるものであるから施設内に掲示することを検討してみてはどうでしょうか。また、利用者に関する記録は、保管庫に保管されており情報が外部に流出しない体制となっているが、個人情報と情報開示の観点から保管、保存、破棄に関する規程等の整備について検討されてはどうでしょうか。ワムネット上の施設情報の一部が旧体制の情報のままであるので、確認し更新したほうがよいのではないのでしょうか。また、パンフレットの一部の言葉が、旧制度のままであることも残念であり、シールを貼るなどの検討をされてはどうでしょうか。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、「全スタッフが自己評価を行うことで、現状でのサービスを各スタッフが認識し直し、入居者のために質の高いサービスを常に目指していこう」という考えで、第三者評価事業の受審にいたしました。当青山荘に対する評価そのものについて、現状を表しており、納得できるものでありました。また、今後改善していくべき課題について改めて再確認でき、そのためのポイントについて多くのヒントを得ることもできました。今回の評価に当たっては、ユニットケアへの取り組みをはじめ地域のニーズに応えるために各種福祉事業を展開してきたことや経営や業務の効率化などへの積極的な取り組みを高く評価していただきました。今後とも入居者の皆様やご家族様、地域住民の皆様のご期待に応えることがきますよう引き続き、運営・組織面の改革に取り組み、サービスの質の向上のためにスタッフ一同取り組んでいきたいと思っております。

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念・基本方針は、パンフレットや事業計画書、広報等に分かりやすい平易な言葉で明文化されている。職員には事業計画書の配布と職員会議、班会議等で説明が行われており、利用者やご家族に対しては施設の概要やパンフレット、広報を配布しており理念・基本方針が周知されている。
	2 計画策定	施設の運営計画は、介護保険制度の動向を見据え、福祉サービス第三者評価基準の具体的な項目のレベルアップ、家族を含めた利用者個々の生活の満足度の高揚等五つの重点事項を定めて、各部署職員の参画を得て事業計画を策定している。策定した事業計画書は職員に配布、職員会議において説明して周知している。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者は事業計画書並びに職員会議、運営会議等において自らの役割と責任を明らかにし、施設運営の所信を表明している。サービスの質の向上についても、職員会議、事例検討会等に出席し評価・分析について必要な指示を出している。また、人事、労務、財政等の検証を行い経営や業務の効率化を図っている。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	老施協通信、福祉新聞等各種新聞等を購読し、福祉サービスの潜在的・顕在的ニーズに関するデータを収集し、年次計画に反映させている。毎月、コスト分析、利用者の推移、利用率等の分析を行い、運営会議及び職員会議で改善すべき課題について、随時周知している。また、公認会計士による指導を受け、その結果を経営改善に活用している。
	2 人材の確保・養成	目標とする福祉サービスの質を確保するため必要な人員、介護支援専門や介護福祉士等の有資格職員が配置されている。人材育成については、運営方針に職員育成の基本姿勢を明示し、個々の教育・研修計画が策定されている。実習生の受け入れについては、マニュアルを整備し、介護福祉士、看護師等の種別に配慮したプログラムを用意し実習内容全般を計画的に学べるようにしている。
	3 安全管理	緊急時の対応マニュアルを整備し、各現場の職員も参加した感染症委員会、介護事故防止委員会を設置して内容を検討し、その結果を職員会議等で周知している。また、介護事故・ヒヤリハット報告の内容について評価・見直しを行い職員会議等で周知していること等積極的な取り組みを行っている。
	4 地域との交流と連携	運営方針に、地域との繋がりや地域の重視や地域社会の一員として地域に信頼され、地域福祉の増進に寄与するという基本姿勢を明示している。秋祭り、遠足、ショッピング等利用者と地域との関わりを深める取り組みをしている。併設する在宅介護支援センターの活動や民生委員等との情報交換により得られた地域の福祉ニーズは、短期入所、訪問介護等多様な事業活動に反映されている。施設の周辺住民と定期的に防災連絡会議を開催し、合同の夜間総合訓練を実施するなど、地域と一体となり防災対策に取り組んでいる。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	運営理念が事業計画や各種マニュアルに反映され、身体拘束・虐待防止委員会を設置し、組織内で共通の理解を持つための研修を行うとともに職員会議において周知させ、利用者本位のサービス提供につながっている。サービス満足度調査を年2度実施し、結果を全職員で共有、ケアプランに活用させ、満足度の向上に向けた取り組みが、職員全体で行われている。各部署職員が参加して、家族会との懇談会が開催されている。苦情処理マニュアルを整備し、意見や提案には速やかに対応し、かつ、サービスの改善に繋げており実践的な取り組みが行われている。
	2 サービスの質の確保	サービスの質の確保のために、詳細な各種マニュアルが整備されている。全部署参加のミーティングが毎日開催される等、利用者に関する情報を全員で共有する取り組みがしっかりと行われている。身体拘束しないケアを全職員で取り組み、実践している。理学療法士の指導による効果的なりハビリ、利用者の好みに応じた食事の提供、家族の方々には施設便りのほか随時報告・連絡を行い適切なサービスの提供を図っている。また、居室等は、利用者の好みや心身の状態に合わせて配慮し、一人ひとりに快適な空間を提供している。
	3 サービスの開始、継続	施設のホームページは、現在準備中とのことであるが、サービス選択に必要な情報源として、パンフレットや料金表を見学者や利用希望者用に用意し、配布している。入所選考については、施設内の判定委員会を開催し入所基準に従って行われている。利用者の入院や他の施設への入所に当たっては、引き継ぎ文書を交付しサービスの継続性に配慮している。
	4 サービス計画の策定	全国共通のアセスメント様式によって、3ヶ月以内に利用者の現状、希望などを把握し、これを基にサービス場面ごとのニーズを明示し、利用者等の意向を取り入れて個別支援計画を適切に作成する体制が確立し、その後の評価や見直しの手順も十分に機能している。利用者一人ひとりのサービス実施計画策定には、各部署職員が参画し利用者家族の意向を確認し同意を得てサービスを提供している。カンファレンスは各部署職員が参加して行い、全体ミーティングや各班ミーティングで周知している。

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

※追加項目(16項目)を含む

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。	(a)・b・c
I-1-(1)-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	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	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	中・長期計画が策定されている。	a・b・(c)
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。	a・b・(c)
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)・b・c
I-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	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	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	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	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。	Ⓐ・b・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・Ⓒ・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。	a・Ⓒ・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。	a・Ⓒ・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。	a・Ⓒ・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・Ⓒ・c
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・c
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・c
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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a・b・c
III-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
III-1-(4)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	<input checked="" type="radio"/> 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。	(a) ・ 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 ・ 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。	a ・ (b) ・ 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 ・ (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。	a ・ (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。	(a) ・ 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 ・ b ・ (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。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
III-2-(4)-①	家族との連絡を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取り組みが徹底されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑤	居室は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑥	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑦	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑧	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑨	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑩	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑪	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a ・ (b) ・ c
III-2-(4)-⑫	認知症高齢者については、問題行動がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。	(a) ・ b ・ c
III-2-(4)-⑬	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	(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-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・ b ・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。	a・ 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・ b ・c
Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-3-(3)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a ・b・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。	a ・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。	a ・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。	a ・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。	a ・b・c
Ⅲ-4-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a ・b・c