

福祉サービス第三者評価の結果

平成19年1月15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5月26日
	評価実施期間	平成18年5月26日～平成19年1月11日
	事業所への 評価結果の報告	平成18年12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)	百石荘	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	理事長 吉 田 絹 恵	開設年月日	平成9年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人奥入瀬会	定員	50名	利用人数	50名
所在地	(〒039-2233) 青森県上北郡おいらせ町沼端370番地1				
連絡先電話	0178-50-1055	FAX電話	0178-50-1057		
ホームページアドレス	http://www.momoishiso.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（10名）・ディサービスセンター（2ヶ所）		花見・運動会・保育園、幼稚園訪問・合同夏祭り	
在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所・訪問介護		お盆供養祭・百石祭見学・クリスマス忘年会	
訪問入浴介護・グループホーム（3ユニット）		お正月を楽しむ会・お茶会・合同敬老会・節分	
ケアハウス（20名）		ひなまつり	
居室概要		居室以外の施設設備の概要	
4人部屋（12室）、2人部屋（2室）、個室（15室）		ラウンジ・小グループ機能訓練室・特殊浴槽	
		リフター浴槽・普通浴槽・トイレ・ジェットタオル	
		屋内消火栓・火災煙感知器・冷蔵庫・足浴器	
		加湿器・空気清浄機・床暖房	
職員の配置			
職種		人数	
園長		1名	
事務員		5名	
総括相談員		1名	
管理栄養士		1名	
栄養士		1名	
介護支援専門員		1名	
職種		人数	
看護師		3名	
機能訓練士		1名	
介護員		22名	
調理員		6名	
宿直職員		1名	
業務員		3名	

2 評価結果総評

◎ 特に評価の高い点

理念や料金システム、サービス内容等が施設内に掲示され、利用者及び家族等にわかりやすいような工夫がされている。法人の理念に掲げている「入居者主体の施設づくり」のために、職員の自主的な研究部会や各種委員会により、自分たちのサービスの評価を行い、改善して実行するというシステムにより、常に理念の実現に向けて取り組みが行われている。事業計画も職員が中心になり策定され、利用者主体の介護サービスを目指している。福祉サービスの向上について、これで良いという考えではなく、利用者にとって常により良いサービスを目指すための取り組みが施設長をはじめとする全職員に感じられた。その利用者主体のサービスとするために、オンブズマン制度に加入し、第三者が毎月利用者の声を聞き、意見、要望や苦情を確認し、それを受けて改善する取り組みが行われている。また、アセスメントを3ヶ月ごとに実施し、利用者の状態を把握することで利用者にとって必要な介護を行えるように対応している。

◎ 特に改善を求められる点

介護保険をはじめとする社会福祉関係の制度が変わってきている中で、利用者主体のサービスの実現や利用者にとってわかりやすいサービスとなるためにも、理事会などで協議、検討している法人の目指す地域住民のための施設計画を文書化により中長期計画策定が期待したい。また、法人の理念や事業計画がわかりやすく策定されているので利用者及び家族に各種行事などを通じて説明を行いながら、さらなる周知に期待したい。介護サービス等が標準的なマニュアルによって行われ、見直しも職員で行われているが随時のみでなく、定期的な見直し体制の構築も望まれる。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

調査項目が多く、評価事業への対応は結構時間を費やしたが、調査内容は事業所としては必要なものばかりであり、改めて第三者評価の重要性を感じた。今後、調査結果を下に満足してもらえるサービスを目指して改善していきたい。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	1 理念・基本方針	理念を「入居者主体の施設づくりを目指す」「安全で快適な環境の提供」「自由で生きがいのある生活を営んでいただく」として明文化しており、施設内の各所に掲示され、広報誌にも掲載されている。また、基本方針が理念に基づき「心得5か条」「実施細目」「介護目標」「運営方針」として明文化され、職員の行動規範となっている。理念や基本方針は全職員に配布されるとともに研修会等を通じて継続的に周知されている。
	2 計画の策定	事業計画は、各部署において実施状況の評価や見直しが組織的に定められ、職員間で十分に検討され職員の意見が反映されている。中長期視野に立った計画については、理事会等で話し合われてはいるが、中長期計画として明文化はされていないので、役職員の意見を反映させながら、組織体制や施設の整備、人材育成やサービスの質の向上などを盛り込んだ中長期計画の策定に期待したい。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の役割等について、職務分担表や組織図に役割が明示され、月1回の職員会議等により職員に周知されている。サービスの質の向上に向けても、各部署、委員会、研究部会等で定期的に活動を評価し、課題を明確化するなどの組織的な取り組みが行われており、管理者も企画会議等を通じて指導力を発揮している。

評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	関係団体の研修会等への参加や行政の会議に積極的に参加しており、地域に向けてアンケート調査を行うなど経営環境の把握に取り組んでいる。介護保険制度改正に伴う収支の分析を行うなどの経営状況の分析が行われており、課題については、企画会議、職員会議、委員会等を活用し、改善に向けた取り組みが行われている。
	2 人材の確保・養成	人事考課規程に基づき人事考課を実施しており、年2回評価を行い、結果を職員にフィードバックしている。また、職員に向けて人事考課に関する説明を行い、目的や実施方法等が理解されており、客観性も確保されている。施設の求める職員像や方針等により、新人・中堅・リーダーに区分した研修計画を策定し、職員の階層や経験年数等に合わせた人材育成が行われている。
	3 安全管理	感染衛生対策委員会、環境整備委員会、クレーム・ヒヤリハット委員会を中心にマニュアルを作成し、職員に周知・実施されている。また、クレーム・ヒヤリハット委員会にて、利用者の安全を脅かす事例を収集し、対策の検討を行っている。検討結果は職員会議等を通じて職員に周知されている。
	4 地域との交流と連携	地域との連携について事業計画に明示し、ボランティアの協力を得て地域行事へ参加するなど、利用者と地域をつなぐ取り組みが行われている。また、介護者教室や介護相談の実施、施設の空きスペースの地域開放等、施設機能を積極的に地域に還元しており、相談事業や民生委員の定例会等により地域ニーズを把握し、グループホームの設置、短期入所等、具体的事業につなげている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	理念に「利用者主体」を掲げ、ハートフル委員会や身体拘束禁止取り組み委員会を組織し、利用者の人権尊重に向けた話し合いを行っており、マニュアルの策定や職員周知などが行われている。また、苦情解決とあわせてオンブズマン制度を導入しており、利用者からの相談・要望等を受け入れ、必要な改善を行いながら利用者満足の向上に努めている。
	2 サービスの質の確保	認知症高齢者グループホーム外部評価項目を参考にサービスに関する自己評価を実施し、管理職員を中心に結果の分析、課題の明確化、改善へつなげている。職員参画の各種委員会により食事、入浴、排泄、健康管理等の各種マニュアルが作成され、サービスが行われている。利用者の記録管理等についても文書保存規程、個人情報保護規程により施設長を管理責任者として適切に管理されている。
	3 サービスの開始、継続	ホームページの開設やパンフレットを公共機関等に配布、サービスの体験利用等するなど、利用者がサービス選択できるよう取り組んでいる。サービス開始時には、サービス内容、料金等が記載された重要事項説明書を基に本人・家族等にわかりやすく説明を行い、同意を得た上で契約している。また、サービス終了後の継続支援を契約書に明記し、必要な時に必要な援助を行う体制が整えられている。
	4 サービス計画の策定	統一した様式を用いてアセスメントを実施しており、結果から明確になった具体的なニーズや課題を計画に反映しており、利用者一人ひとりの介護計画を策定している。介護計画は3ヶ月毎に見直され、再アセスメントの結果やカンファレンス等で職員の意見を反映させた上で、次の介護計画につなげており、組織として実践・評価・見直しのサイクルが確立されている。

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	理念が明文化されている。	a
I-1-(1)-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	理念や基本方針が職員に周知されている。	a
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b
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。	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。	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
I-2-(2)-②	計画が職員や利用者に周知されている。	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	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	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。	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	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。	a
II-1-(1)-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	人事考察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。		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
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。		b
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。	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。	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
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。	b

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