

福祉サービス第三者評価の結果

H19年2月7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	弘前市大字宮園二丁目8-1
	事業所との契約日	H18年6月29日
	評価実施期間	H18年6月29日～H18年11月22日
	事業所への 評価結果の報告	H18年12月22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)	サンアップルホーム	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	園長 大平 和夫	開設年月日	昭和61年7月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人 七峰会	定員	80人	利用人数	84人
所在地	(〒036-8302) 青森県弘前市大字高杉字尾上山350				
連絡先電話	0172-97-2111	FAX電話	0172-97-2112		
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		
短期生活入所生活支援事業、通所介護事業	うまいものまつり・納涼祭・忘年会・もちつき・避難訓練		
居宅介護支援事業、訪問介護事業、在宅介護支援事業			
認知症対応型共同生活介護事業、認知症対応型通所介護事業			
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室(4室)、2人部屋(2室)、4人部屋(18室)	食堂2室、機能訓練室2室、一般浴室1室、自由浴室1室		
ショート専用4人部屋(2室)、ショート専用3人部屋(1室)	機械浴室(特殊浴槽2台)、便所5箇所、医務室		
ショート専用2人部屋(1室)			
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
園長	1名	理学療法士	1名
次長	1名	管理栄養士	1名
生活相談員	1名	栄養士	2名
主任介護職員	2名	調理員	6名
介護職員	31名	看護職員	6名
介助員	1名	嘱託医師	5名
事務員	3名	その他	5名
機能訓練指導員	1名		

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 個別ケアに向けた取り組み 利用者が少人数での生活を基とするグループケアを実践し、利用者個々の特徴を考慮した個別ケアへの取り組みが積極的に行われている。ケアに関する職員の職種を越えた協働と高い意識により24時間を通じた介護・食事・排泄など様々な場面での個別サービスが提供され、ゆったりとした雰囲気の中で利用者は落ち着いて過ごしている。また、今年度より看取りの体制を整え、終末期には家族と利用者が共に過ごせる専用の部屋も整備している。・ 利用者の安全対策 利用者に安心・安全な生活を提供するために、ヒヤリハットの報告・分析・対策を徹底して実施しており、組織として事故防止・安全対策に取り組んでいる。・ 人材の養成 組織として求める質の高い職員を養成するために、職員の施設内外への研修の参加が積極的に実施されており、職員の資格取得に対しても組織としてのサポート体制が学習会の実施や勤務調整などで行われている。また、実習生の受入れなど、福祉業界の後進の育成にも積極的に努めている。
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・ 中・長期計画の策定 変動する社会福祉の動向において中・長期的な計画策定が難しいと思われるが、明確な中・長期の目標を掲げ、それに必要な人材や設備など組織体制、人事体制、人材育成も含め総合的な内容で明文化した中・長期計画の策定が望まれる。・ 利用者満足度の把握 利用者の満足度を把握するための詳細な調査システムが整備されているが実施されていないため調査の実施、調査結果の検討、向上に向けた取り組みの実行が望まれる。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>私どもの福祉サービスは、利用する方々に満足して頂くことが前提であると考えています。そして、この任意である第三者評価を受けることも、そのような趣旨に基づいてであり、客観性や透明性を高めていくことがより質の高い、また、求められる福祉サービスの提供に繋がっていくものと思っています。</p> <p>さて、調査報告後、指摘の事項に対しては改善を進めています。</p> <p>まず、中・長期計画については、次年度以降の事業計画策定において、3年を視野に入れた当該年度計画を明文化し、皆様には運営方針をよりわかりやすい形で情報提供していく見込みです。また、利用者の満足度調査(全74項目)は、すでに調査を終えています。現在は、生活グループ毎のデータ集計と分析・改善案の策定・即応可能なことは改善の実施をしています。</p> <p>このように、課題に対しては今後とも即応する姿勢で望み、今後も利用する方々の幸せを大切にする施設づくりを継続していきます。</p>

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人、施設の理念・基本方針がパンフレット、施設内掲示板、事業計画書に明記されている。職員に対しては、事業計画書の配布や研修等により周知され、家族等にはパンフレットの配布により周知されている。
	2 計画策定	中・長期計画は明文化されていないが年度事業計画が各セクションの職員参画の基、各部門ごとに詳細な内容にて策定されており、計画の実施状況の把握、評価、見直しが様々な会議において行なわれ次年度の計画策定に反映されている。また、事業計画書は、全職員、関係者、関係機関に配布され周知されている。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者は、各種書類において自らの責任を明文化しており、外部の各種研修、会議への積極的な参加により得た情報等を施設運営に反映させている。また、施設内における各会議へ積極的に参加し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	各種業界団体への加入や職員の研修参加などにより社会福祉事業の動向や経営環境の変化に関する状況把握が行われており、事業所周辺地域の福祉ニーズに関するデータの収集も実施され的確に把握している。また、有識者による法人内の監査による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、定期的に行っ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、個々の職員の研修が組織として求める基本姿勢や専門性等に基づいて行われており職員の質の向上に向けた取り組みが実施されている。社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパーなどの実習生受入れも担当職員、受入れマニュアル整備の基、行われており後進の育成にも組織として積極的に取り組んでいる。
	3 安全管理	利用者の安全を確保するための取り組みが管理者指揮の下、組織的に行われておりヒヤリハット集を作成し要因分析・対応策を検討する事により事故防止が徹底されている。また、各種事故防止、感染症、緊急時の対策マニュアルなどが整備されており各種会議、研修等により職員に周知されている。
	4 地域との交流と連携	施設開設時より地域との交流を大事にしており、地域住民や学校との交流が行事を通じて行われている。広報紙の地域への配布や施設グループ事業所(デイサービス、在宅介護支援センター)による相談業務や介護講習会の実施など事業所が有する機能を地域に還元している。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者を尊重したサービス提供について基本方針に「利用者皆様お一人おひとりを大切にす質の高い介護サービスの提供」として明示されており、利用者が少人数での生活を基とするグループケアを実施し個々の利用者を大事にした個別ケアに取り組んでいる。また、虐待防止委員会の設置や各種業務マニュアルには、利用者のプライバシーへの配慮等が明記され人権やプライバシーに配慮したサービスが提供されている。
	2 サービスの質の確保	介護をはじめとする各種業務マニュアルが詳細な内容で整備されており、職員研修、会議等において周知徹底され業務を遂行している。また、各種業務マニュアルは、定期的に行っている職員参加の会議において検討、見直しが行われ更なるサービスの質の向上に努めている。
	3 サービスの開始、継続	施設を紹介する見やすい内容のパンフレットを行政窓口には置いたり、施設見学への対応など施設利用希望者には情報を積極的に提供している。また、施設サービス利用開始時には重要事項説明書を基に、わかりやすく丁寧に説明している。施設変更時や在宅への移行などの場合の対応がサービス継続を配慮した形で手引きや相談窓口の設置などにより整備されている。
	4 サービス計画の策定	統一した様式によるアセスメントが行われており個別ケア実施のために利用者の様々な現状が把握され24時間様々場面でのニーズや課題が詳細に各書類等に明示されている。それらを基に介護計画が様々な職員、利用者、家族等の意見も反映しながら作成され利用者、家族等の同意を得たうえでサービスを実施している。また、計画は評価・見直しがおこなわれる手順が確立している。

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

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