

## 福祉サービス第三者評価の結果

平成 22年 6月18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20年5月31日
	評価実施期間	平成21年6月12日、26日
	事業所への 評価結果の報告	平成22年5月17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)	ハピネスながわ	種別	介護老人福祉施設		
代表者氏名 (管理者)	施設長 加賀しのぶ	開設年月日	平成13年04月01日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人ファミリー	定員	29名	利用人数	29名
所在地	(〒039-0612)三戸郡南部町大字下名久井字剣吉前川原1-1				
連絡先電話	0178(60)5252	FAX電話	0178(60)5188		
ホームページアドレス	<a href="http://www.senior-navi.com/family/happines/index.html">http://www.senior-navi.com/family/happines/index.html</a>				

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護	花見・ドライブ、菖蒲湯、七夕会、納涼祭、名川秋祭り		
	虎舞、敬老の日、家族昼食会、清慈会まつり見学、クリスマス会、新年会、豆まき会、えんぶり、ひな祭り		
	マス会、新年会、豆まき会、えんぶり、ひな祭り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
居室-従来型個室9、多床室20	食堂1、浴室-一般浴室1、特別浴室1、介護職員室1		
	医務室1、静養室1、サービスステーション1、リビング2		
	ヘアサロン1、会議室1		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長(管理者)	1	機能訓練指導員	2
医師(非常勤)	2	介護支援専門員	1
生活相談員	1	事務職	1
介護職員(非常勤含む)	19	調理員	5
看護職員	2		
栄養士	1	合計	34名

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人の理念に基づく行動指針を具体的に明示し、職員は良く理解し、サービス提供を行っている。管理者は職務を良く理解し、実施するサービスの質の向上に意欲を持ち、組織として取り組むために、職員の研修・教育を行っている。また、事故防止等のマニュアルを整備するとともに職員間での各種委員会を設置するなどして、利用者の安全の確保並びにサービスの質の向上に努めている。法人の方針により、施設職員の配置基準を上回る職員配置を行うとともに、職員の資格取得を奨励している。管理者を中心に自己評価を実施し、第三者評価に積極的に取組むとともに、評価に基づく課題等にも取り組む体制が整えられている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>福祉サービスに関する増床計画があるので、将来的ビジョンとして中・長期計画を策定し各年度に反映してみてもどうか。施設での研修計画があるので、職員一人ひとりの基本姿勢に沿った教育・研修計画を策定してみてもどうか。実習生の受入れに対する基本姿勢を明確にし、受入れに関する方針を作成するとともに受け入れマニュアルを作成してみてもどうか。</p>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>職員の意識や施設の課題が明確になってよかったと思います。結果については、職員と共有し取り組んでいきたいと思っています。ただ、2年前の書面調査、1年前の訪問調査について、今年度公表する意義には疑問を感じています。(既に対応している項目もあるため) 第三者評価受審自体には意義があり、今後、利用者様や職員にとって施設が取り組むべきことが明確になることは必要であると思います。</p>
--

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念、「良い営み、良い仕事をしよう」がパンフレットに掲載され、玄関にも掲示している。また、理念に基づき「自由の尊重・自治権の確立・自己決定の権利・創意工夫」と4つの行動指針を具体的に明示し、利用者尊重の姿勢が読み取れる。利用者や家族にパンフレットを配布するとともに口頭にて説明し、具体的な取組み内容を示している。職員に対しては、研修時にパンフレットの配布を行い会議や研修の場で確認し合う機会を設けている。
	2 計画の策定	地域ニーズに対応するための増床計画があり、当該年度における計画に職員の意見を反映したものとなっており、管理者会議等で、事業の実施状況の把握及び評価が行われている。また、見直し等についても、管理者会議等で話し合い、内容を次年度事業計画に反映している。事業計画を職員や家族に配布して、説明を行い、職員は理解をし、業務を遂行している。

評価対象 I	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理規程には管理者の職務内容を明記しており、それに基づき職務分担当表を作成し職員に配布している。また、年2回の人事考課を実施し、指導力・責任感・信頼性についても検証を行うとともに、管理者が果たす役割についても、職務分担により理解している。管理者は、自ら遵守すべき法令などを把握するため内部・外部研修に参加している。事故防止、身体拘束、虐待防止、感染症、QOL向上等委員会を設置し、自らの介護経験を生かして指導力を発揮している。
評価対象 II	1 経営状況の把握	事業経営をとりまく環境を把握するため、老人福祉協会に加入し、外部研修にも積極的に参加しているとともに業界情報誌を購読し、情報収集に努めている。管理者は、地元社協の評議員会や地域包括支援センターの運営委員等を務め、地域の特徴や変化等を把握し経営に反映している。また、地域福祉ニーズの把握については、申込待機者への調査を実施し、潜在的利用者データを収集するとともにホームの年間稼働率の推移をグラフにて分析を行い、会議や研修会等において職員に周知するよう努めている。
	2 人材の確保・養成	施設の配置基準3:1に対し、5:1の職員配置を行い、より良いサービス提供に努めるとともに職員には介護福祉士等の資格取得を奨励している。また、人員配置や、資格手当、資格取得など法人の方針が明確にあり、年度初めには会議にて資格取得・人事考課等の説明を行っている。管理者は、職員の有給休暇の消化や時間外労働を定期的に把握し、職員へのアンケート等を行い改善を検討するよう努めている。
	3 安全管理	安全確保に関する委員会を構成し、事故防止、身体拘束・虐待防止・食中毒などについてリスクマネージャーを中心に、月1回、各委員会を開催し取り組み内容を検討している。また、利用者の即住歴やバイタルを記入したシートがあり、利用者の状況を把握するとともに応急手当や上級救命救急等の研修にも参加をしている。ヒヤリハット報告書を作成し、各委員会において評価・見直しを行ない、対応について家族にも報告を行っている。
	4 地域との交流と連携	地域の社会資源や情報を収集し、地域のイベント等のポスターを施設内に掲示し、祭りなどにも利用者が参加したい場合は、職員やボランティアが支援する体制が整っている。また、施設内には地域の高齢者やその家族に対する相談窓口を開設するとともに施設内備品のAEDの貸出しも行えるようにしている。運営推進会議には行政、民生委員、町内会長、商工会などが参画し、2ヶ月に1回会議を開催し情報交換している。
評価対象 III	1 利用者本位の福祉サービス	理念に基づき「自由の尊重・自治権の確立・自己決定の権利・創意工夫」を明示し、内部研修会議において、職員が利用者の尊重を前提にした取り組みについて確認を行い取り組んでいる。また、各居室は、4人部屋となっているが、ついでや壁で仕切られ、プライバシーに配慮した独特な構造になっている。事業計画には、「利用者の満足度を充足できるよう取り組む」ことを明記し、利用者の要望を職員が検討する機会も設けられている。
	2 サービスの質の確保	管理者を中心に第三者評価に取り組み自己評価も実施している。サービスの標準的実施方法について実践を踏まえて随時検証が行われ、見直しの時期や方法が定められ、職員の意見を反映させる機会をもっている。また、利用者一人ひとりの記録を整備し、実施計画に基づきサービス提供を行っている。また、「記録の書き方」に関する手引き書を作成し、記録内容のばらつきが生じないように工夫している。
	3 サービスの開始、継続	インターネット上にブログを作成し、公開するとともにパンフレットを作成して、公共施設などに配布するほか、施設見学等を受入れている。また、利用者及び家族に対して、サービスの開始にあたり、重要事項説明書を作成しており、それに基づき手順・内容を説明し利用者や家族から同意を得るようにしている。他の施設や家庭への移行にあたり、意見や提案があった場合は迅速に対応するとともに、サービス終了後も家族からの相談ができるよう担当者を設置している。
	4 サービス計画の策定	生活状況等を正確に把握するために、フェイスシートやケアチェック表など、統一した様式を作成し、「介護計画作成と見直しの流れ」を定めており、入居後1ヶ月以内にアセスメントを実施している。また、利用者一人ひとりのサービス実施計画を策定し、策定責任者を設置し職員によるケースカンファレンスを行い、意向把握に努めている。利用者の状態の変化によっては、「介護計画作成と見直しの流れ」の手引き書に基づき計画変更している。

## 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
<b>I-1 理念・基本方針</b>	
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。	b
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。	b
<b>I-2 計画の策定</b>	
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。	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。	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
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>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</b>	
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。	b
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
<b>評価対象 II 組織の運営管理</b>	第三者評価結果
<b>II-1 経営状況の把握</b>	
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		第三者評価結果
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。	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。	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。	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。	b
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。	c
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。	b
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。	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
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。	b
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		第三者評価結果
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