

福祉サービス第三者評価の結果

平成29年3月22日 提出(評価機関→推進委員会)



1 施設・事業所情報

(1) 事業所概況

事業所名称 (施設名)	上北療護園		種別	障害者支援施設	
代表者氏名 (管理者)	園長 森川 盛人		開設年月日	昭和59年4月	
設置主体 (法人名等)	社会福祉法人 新生会		定員	70名	利用人数 70名
所在地	青森県上北郡東北町大字大浦字境ノ沢6-1				
連絡先電話	0176-56-5415	FAX電話	0176-56-5417		
ホームページアドレス	s-kamiryo@themis.ocn.no.jp				
第三者評価の受審状況	これまでの受審回数	受審履歴			
	1回	平成26年度			

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

理念・基本方針	・社会福祉法人新生会は、公共性と透明性の確保された健全な経営管理に努めるとともに、利用者一人ひとりの思いを尊重し、利用者が地域社会の一員として、健康で自立の生活のできる利用者本位の支援に努めます。				
	サービス内容 (事業内容)		施設の主な行事		
【支援サービス】 常時介護を必要とする方に対し、昼間及び夜間の食事・排泄・入浴等の介護、その他の日常生活上、支援をすることを目的とします。			・観桜会 ・日帰り旅行 ・納涼祭 ・秋祭り見学		
【短期入所】 在宅において介護を行う方の様々な理由により、短期入所を必要とする障がい者に対し、短期入所をしていただき、食事・排泄・入浴等の介護、その他の必要な支援をすることを目的とします。			・運動会 ・クリスマス&忘年会 ・餅つき会		
【サービス内容】 ・生活支援 ・健康管理 ・給食 ・機能訓練 ・創作的活動 ・相談 ・送迎 その他、特徴的な取組			・新春レクリエーション ・豆まき ・DVD鑑賞会		
	居室概要		居室以外の施設設備の概要		
	・個室(1人部屋) 14室 テレビ・洗面所・ロッカー等収納設備		・ITルーム 1室 ・食堂 3室 ・医務室 2室		
	・個室(2人部屋) 3室 テレビ・洗面所・ロッカー等収納設備		・感染対応室 1室 ・訓練室 1室 ・静養室 2室 ・浴室 2室		
	・個室(4人部屋) 13室 テレビ・ロッカー等収納設備		・洗面所 各室入口 ・トイレ6ヶ所 ・相談室 1室		
職員の配置					
	職種	人数	職種	人数	
	施設長	常勤:1 非常勤:	調理員	常勤:6	非常勤:
	次長	常勤:1 非常勤:	施設支援課長	常勤:1	非常勤:
	総務課長	常勤:1 非常勤:	サービス管理責任者	常勤:2	非常勤:
	事務員	常勤:2 非常勤:	生活支援員	常勤:35	非常勤:
	用務員	常勤:1 非常勤:	看護師	常勤:6	非常勤:
	運転手	常勤:1 非常勤:	作業療法士	常勤:1	非常勤:
	栄養士	常勤:1 非常勤:	医師(嘱託)	常勤:	非常勤:1

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>【地域との交流、地域貢献】 地域とのつながりを大切にする姿勢は、法人の基本姿勢にも掲げられ、地域への働きかけとその取り組みが長年実施されています。利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っています。施設の納涼祭への中高生のボランティア参加、運動会への小学生の参加、近隣小学校との交流会の実施、町内の秋祭りへの参加、避難訓練への地域住民の参加等、様々な交流が行なわれています。</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行って、地域に還元し、町の福祉避難所や、小中学生のボランティア体験、高校生の介護体験の場として提供しています。また、近隣の町の虐待一時避難の受け入れ、リフトつきトラックや施設備品の貸し出しも行っています。</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいて、25年度以降ヘルパーセンター、介護タクシーの事業を展開してきました。</p> <p>【利用者本位の福祉サービス】 サービス内容をわかりやすく説明するために、ホームページでの写真入り説明、簡単な言葉を使った説明書を準備しています。施設見学には随時対応し、入所の希望者は、ショートステイを利用しての体験をすることが出来ます。サービス開始・変更にあたっては、生活支援会議等で家族に説明を行い、契約時には運営規程や重要事項説明書の説明を行い、利用者や家族の同意を得ています。利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供しています。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>【経営状況の把握】 組織体制や人材育成の面からの現状分析や課題の明確化、また、経営上の課題を明確化し解決していくためには、職員全体の意見を聞いたり職員同士の検討の場を設定し、組織的に取り組むことが望まれます。</p> <p>【福祉サービスの質の向上】 職員全体が参画のもと行なわれる質の向上に取り組み、評価結果と分析検討結果、改善内容と課題等を職員全体に周知し、次年度の事業計画の重点項目等に反映されるよう期待します。</p> <p>【管理者の責任とリーダーシップ】 園長の担当業務に対して、職員が理解できるように、運営管理全般を構成する各項目と責任について、具体的な明記が望まれます。</p> <p>【人材の確保・育成】 研修に関する基本方針や、職種・職位・資格ごとの必要とされる知識や技術等に関する具体的な目標が明記された体系的な研修計画の策定と、それらに基づく教育・研修の実施が望まれます。</p> <p>実習生等の受け入れはしていますが、実習生に対するオリエンテーションの実施方法やマニュアルが作成されていないので、作成に期待します。</p> <p>【利用者本位の福祉サービス】 プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを利用者や家族等に周知し、不適切な事案が生じた場合の対応方法等を明確にしておく取り組みに期待します。</p>

3 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

<p>今回の受審の結果を受けまして、沢山の貴重なご意見をいただきました。</p> <p>事業所としての今後の課題等が明確にすることにより、改めて見直すとても良い機会と捉えております。</p> <p>今後、評価いただきました点につきましては、より一層の努力をし、質の高いサービスの向上に取り組んで行くとともに、改善を求められる点につきましては、日常業務において職員の教育や人材育成、マニュアル等の整備をおこない利用者本位のより良い施設となるよう努力してまいります。</p>

評価機関	名 称	社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会
	所 在 地	青森県八戸市根城8丁目8番地155号
	事業所との契約日	平成 28 年 8 月 30 日
	評価実施期間	平成28年9月27日(火)・9月30日(金)
	事業所への 評価結果の報告	平成 29 年 2 月 10 日

第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)について、判断基準(a・b・cの3段階)に基づいた評価結果を表示する。
 ※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a ⓑ ・c
<コメント>・法人・施設の理念は、ホームページとパンフレットに掲載され、施設内掲示板等にも貼りだされています。また、年度初めの会議にて職員に周知しています。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・所属団体の研修や情報誌の定期購読、地域からの情報等を把握し、社会福祉事業全体の動向を把握しています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a ⓑ ・c
<コメント>・年度末に幹部職員による自己評価や経営課題が取りまとめられ、まとめたものが5月の理事会を経て、その後の職員会議で職員に周知されています。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・中長期の事業計画は、28年度からの5年間として、福祉サービスのさらなる充実、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目標(ビジョン)が掲げられています。		
5	Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a ⓑ ・c
<コメント>・中長期計画はありますが、中長期的課題や計画が具体的に示されていないため、単年度の計画は中長期計画を反映しているものの、内容が十分ではありません。		
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	Ⅰ-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a ⓑ ・c
<コメント>・事業計画は、職員参画のもとで策定され、評価見直しは、年度末に副主任以上の職員により取りまとめられています。また、事業報告の中に、行事や各委員会活動における評価と反省項目が示されています。		
7	Ⅰ-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a ⓑ ・c
<コメント>・利用者には、毎月開かれる「ふれあい会議」で周知し、月の予定表は居室内の掲示板にも掲示されています。(園の修繕や環境整備等含む) 家族には、事業計画や実績を送付しています。		

Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
Ⅰ-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	Ⅰ-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a ⓑ ・c
<コメント>・副主任以上の職員の意見を取りまとめ、まとめたものを職員に周知しています。また、業務改善委員会を設置して、必要時年3回ほど処遇や業務改善に関する問題を検討し、改善しています。		
9	Ⅰ-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a ⓑ ・c
<コメント>・年1回の事業評価からいくつかまとめたものを、職員全体に周知しています。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
<コメント>・園長は、自らの役割と責任を職務分担表に明記し、非常災害時の対応や事故防止の推進体制を構築し、会議において運営管理面等について自らの責任を表明しています。		
11	Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
<コメント>・園長は、「経営協」や「身障協」などの機関紙を定期購読し、法令遵守の観点から研修会や勉強会に参加しています。制度や法令の改正がある場合や必要時に、会議の場で職員に説明しています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 <input checked="" type="radio"/> a b c
<コメント>・園長は、実施するサービスの質の向上に高い関心を持ち、園内研修による質の向上への取り組みや、毎年実施している自己評価から課題を分析し、改善に結びつける取り組みを行なっています。		
13	Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 <input checked="" type="radio"/> a b c
<コメント>・園長は、運営方針の実現に向けて、人員配置や職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいます。また、各委員会を組織し、経営や業務の効率化と改善に向け取り組んでいます。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
<コメント>・規程上の人材確保がなされ、組織が目標とする福祉サービスの質を確保するために必要な人員、そして、有資格者職員の配置等は常に把握し、適切に人事管理がなされています。		
15	Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。 <input checked="" type="radio"/> a b c
<コメント>・人事考課は、上司3名による評価が行われ、客観性や透明性が確保されています。職員の目標に対する自己評価をもとに、上司からの評価コメントが記載されフィードバックされています。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 <input checked="" type="radio"/> a b c
<コメント>・定期的に職員の有給休暇の消化状況や時間外労働などの就業状況を把握し、必要時職員の勤務希望にも配慮しています。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 <input checked="" type="radio"/> a b c
<コメント>・職員一人ひとりの育成に向けて、新人職員は、技術を習得しやすいよう研修期間3ヶ月の目標を立て指導しています。人事考課において、各自目標を立てて評価を行なっています。		
18	Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
<コメント>・研修計画がテーマ(内容)主体で策定されていますが、組織としての研修方針が策定されていませんでした。		
19	Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 a <input checked="" type="radio"/> b c
<コメント>・外部研修に参加した職員は、報告レポートを提出し、会議の場などで研修内容を報告しています。介護福祉士資格取得希望者には、勤務調整等の配慮がなされています。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 a b <input checked="" type="radio"/> c
<コメント>・実習生の受け入れに当たっては、学校のプログラムに従い、学校と調整を図り実施していますが、実習に関するマニュアルが整備されていません。		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・財務・運営状況に関しては、法人のホームページ、広報誌、掲示板等で開示を行っています。		
22	II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・経理や財務管理は会計事務所に委託し、専門家の助言を得ながら処理をしています。利用者の預貯金は、適切な手続きを行い、問題が起こらないよう管理しています。		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 <input checked="" type="radio"/> a・b・c
<コメント>・施設の納涼祭への中高生のボランティア参加、運動会への小学生の参加、近隣小学校との交流会の実施、町内の秋祭りへの参加、避難訓練への地域住民の参加等、様々な交流が行なわれています。		
24	II-4-(1)-②	ボランティア等の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 <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・ボランティアの受け入れに際しては、ボランティア保険加入手続きを行なっていますが、受け入れに対する基本姿勢や仕組みや手順を示すマニュアルが整備されていませんでした。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、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
<コメント>・利用者への福祉サービス提供に当たり、必要とされる公的機関、医療機関、福祉団体、地域関係機関・団体等の連絡先に関するものが作成され、職員間で共有されています。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・福祉避難所や、小中学生のボランティア体験、高校生の介護体験の場として提供しています。近隣の町の虐待一時避難の受け入れ、リフトつきトラックや施設備品の貸し出しも行なっています。		
27	II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・把握した福祉ニーズに基づいて、25年度以降ヘルパーセンター、介護タクシーの事業を展開してきました。次年度には、東北町での高齢者福祉サービス事業を予定しています。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・職員の倫理規定を整備し、法人の経営理念・基本方針に沿った基本姿勢が明示されています。また、管理者から折に触れて利用者の尊重・人権についての話が定期的にされています。		
29	Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 a <input checked="" type="radio"/> b・c
<コメント>・プライバシー保護に関しては、職員倫理規定と倫理規定に基づく行動指針に盛り込まれ、一人ひとりの利用者が生活の場にふさわしいプライバシーを守れるように配慮しています。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 <input checked="" type="radio"/> a・b・c
<コメント>・ホームページでの写真入り説明、簡単な言葉を使った説明書を準備しています。施設見学には随時対応し、入所の希望者は、ショートステイを利用しての体験をすることが出来ます。		

31	Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<コメント>・サービス開始・変更にあたっては、生活支援会議等で家族に説明を行い、契約時には運営規程や重要事項説明書の説明を行い、利用者や家族の同意を得ています。			
32	Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a b・c
<コメント>・施設の変更は、引継ぎ文書での情報提供や電話連絡等での問い合わせへの対応、説明を行ない、サービスの継続性に配慮がされています。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a b・c
<コメント>・毎月「ふれあい会議」を開催し、利用者の意見や要望を聞き生活の満足度を把握しています。また、業務評価の際に利用者評価の項目があり、聞き取り調査を行なっています。			
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a b・c
<コメント>・「ふれあい会議」で、利用者が意見を述べやすいように働きかけています。苦情解決に関しては、受付から解決までの流れと体制について、苦情解決対応規程を整備し、施設内にも掲示しています。			
35	Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a b・c
<コメント>・毎月の「ふれあい会議」を開催し、利用者が意見を述べやすいように働きかけています。また、利用者は相談しやすい職員に相談できるよう対応しています。			
36	Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a b・c
<コメント>・「ふれあい会議」で意見を把握し、利用者から出た意見には迅速に対応し、翌月のふれあい会議で確認を取るようになっています。利用者の美容院利用や飲食店への夜の外出にも対応しています。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a b・c
<コメント>・ヒヤリハット・事故報告書の事例を収集、事故の発生要因を分析し、改善策・再発防止策を職員に周知し、3月には事故防止に関する職場内研修を実施し、事例について職員に周知しています。			
38	Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a b・c
<コメント>・感染症に関する園内研修を実施、感染症が疑われる場合は感染対応室への移動、嘱託医への連絡、医療機関との連携等、適切な対応をしています。			
39	Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a b・c
<コメント>・防災マニュアルを作成、自家発電機を設置し、災害時を想定した食料と介護用品の備蓄を行なっています。避難訓練は、日頃から地域住民の方の参加協力を得て、連携して行なっています。			

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・b・c
<コメント>・入浴や排泄、服薬に関する支援マニュアル等、実施方法が記された文書が整えられています。新規採用の職員は、3ヶ月間にわたり日勤から夜勤まで業務の流れの習得する体制となっています。			
41	Ⅲ-2-(1)-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している。	a b・c
<コメント>・個別支援計画を基に、支援会議を開催し見直し、変更があった場合は職員へ周知しています。マニュアルは、意見や提案について、必要に応じ、業務改善委員会で話あわれ随時改定しております。			
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a・b・c
<コメント>・担当者が利用者や家族からも聞き取りをし、生活面や看護面、各訓練等多岐にわたる内容のものが作成されています。利用者の背景に準じた一人一人の支援計画となっています。			

43	Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント>・計画書は、半年ごとにモニタリングし評価しており、見直しは年1回定期的に行っています。見直しの際には、職員や利用者・家族からの意見が反映されるよう取り組んでいます。</p>			
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	㉑・b・c
<p><コメント>・施設内でパソコンネットワークを用いて、システムで一括管理されており、適切に情報共有が図られています。</p>			
45	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。	㉑・b・c
<p><コメント>・個人情報保護規程を定め、サービス管理責任者がその管理を行っています。外部研修会にも職員を派遣しており、施設内でも職員会議で伝達研修が行われています。</p>			