

福祉サービス第三者評価の結果

平成20年3月27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19年6月18日
	評価実施期間	平成19年6月18日～平成20年3月26日
	事業所への 評価結果の報告	平成20年3月12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)	サンタハウス弘前	種別	介護老人保健施設		
代表者氏名 (管理者)	施設長 下山 政 徳	開設年月日	平成13年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人弘前豊徳会	定員	100名	利用人数	100名
所在地	(〒036-8311) 青森県弘前市大字大川字中桜川18番地10				
連絡先電話	0172-99-1133	FAX電話	0172-95-3663		
ホームページアドレス	http://aomori.cool.ne.jp/houtokukai/09.html				

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
短期入所療養介護・デイサービスセンター・在宅介護支援センター	花見・ドライブ・お茶会・生け花・誕生会・ショッピング		
ホームヘルプサービス・訪問看護ステーション・訪問入浴サービス	バイキング・誕生会・サツマイモ会・秋のミニ運動会・書き初め会		
デイケアセンター・生活支援ハウス・グループホーム・住宅型有料老人ホーム			
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個 室:26室(定員26名)／多床室:12室(24名)	機能回復訓練室・食道・談話室・デイルーム浴室・洗濯室		
／認知症対応型専用個室:50室(50名)／居室付帯設備(洗面・介護用ベット	・サービスステーション・理美容室・喫茶室		
・収納家具・冷暖房等)			
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名	介護課長補佐	1名
管理者(医師)	1名	介護職員	36名
事務局長	1名	支援相談員	2名
事務員	4名	作業療法士	1名
看護部長	1名	言語聴覚士	2名
看護部長補佐	1名	管理栄養士	1名
看護職員	9名	栄養士	1名
介護課長(介護支援専門員)	1名		

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人の理念である「明るい施設・暖かい施設・清潔な施設・安全な施設」は、そこに生活する利用者のQOLを高めるためのとても大切な要素が含まれており、管理者以下職員はその理念を頭に入れながら「和顔愛語」の精神で、利用者主体の権利を尊重したケアサービスに取り組んでいる。また、利用者のプライバシーに配慮された個室ケアの取り組みは、利用者が誰からも干渉されることなく、安心して自分の時間を自由に過ごすことができる空間となっている。</p> <p>法人全体として、サービスの質の向上に対するモチベーションが高く、研修計画を策定し、外部研修への派遣や内部研修の実施に計画的に取り組んでいる。</p> <p>利用者及び家族等から出された意見や要望については各部門会議等で問題の明確化を図り、改善につなげていくと同時に、その内容については広報誌等で周知を図るなど、利用者等の意見や要望を大切にした取り組みが行われている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>法人の理念が明文化されているので、老人保健施設としての役割や方向性、考え方を踏まえた具体的な理念を策定するとともに、それに基づいた基本方針を策定し、事業計画に反映させていくことに期待したい。また、具体的な事項を盛り込んだ中・長期計画の必要性を認識していることから、計画の期間や事業の実施年度、数値目標等を盛り込み、達成状況の評価や計画の見直し等の進行管理を役職員一丸となって行っていくことに期待したい。</p> <p>現在、各種会議を通してサービス提供における問題や課題の明確化及び改善に向けての取り組みを行っているので、それらの事案が全職員で共有され、ケアサービスにつなげていけるような体制づくりに期待したい。</p> <p>地域住民や町内会等との日常的な交流や関係機関との連携が十分に図られるよう、介護等の講習会による施設機能の還元や「ふれあいサロン」の開設等によって気軽に立ち寄れるような取り組みに期待したい。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回の第三者評価の受審は、介護老人保健施設を運営し、利用者及びご家族並びに地域住民等から信頼される施設作りを目指す上で、とても参考となるアドバイスをいただける良い機会となりました。提供していただきました「自己評価報告書」の策定には施設職員全員が取り組みましたが、各部門に対する自己評価の結果において、管理職と職員間での理解度の温度差に驚かされるとともに、情報の共有化不足を痛感させられました。</p> <p>この後は、ご指摘を受けました項目を早急に取り組む事項と、時間をかけて検討する事項に振り分けた上で、改善計画シートに落とし込み、目標管理を行っていく所存であります。但し、中・長期計画の策定については、すぐにとはいきませんので、まずは次年度の計画に数値目標を盛り込み進捗管理を実施いたします。</p> <p>なお、施設としては問題点が明確になりましたので、不足しているマニュアル作りやケアサービスの向上を図るためにも、人材育成に向けた個別研修計画の策定に取り組んでまいります。</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・基本方針を明文化しており、広報誌やパンフレットに明記している。また、理事長の説明を通じて職員に周知しており、職員は理念を意識しながら利用者の側に立ったサービス提供に心がけている。利用者や家族等に対しては、理念・基本方針のダイジェスト版を配布し、分かりやすさに配慮した上で、周知を図っている。
	2 計画の策定	事業計画は各部署の会議において十分検討された上で、総括会議において策定されており、年度内に実施できない事案については翌年度に反映させる等の見直しも行われている。また、中・長期計画の策定はされていないが、必要性については十分認識しているので、今後の法人の方向性については、経営者側と職員側とで十分協議をした上で策定されることに期待したい。

評価対象Ⅰ	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の責任等については対外的な周知を前提として組織図や職務分担表に明示し、会議等で職員に説明している。また、管理者はサービスの質の向上を図るために、朝会・定例会議・サービス担当者会議などに積極的に参画し、職員等とともに課題等を共有し、解決策を提示するよう努めている。管理者として法令遵守等に関する研修に積極的に参加し、会議・研修等を通じて職員に周知を図っている。
評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	業界団体への加入や各種研修への参加、情報誌の定期購読により、社会福祉全体の動向の把握に努めるとともに、法人内の在宅介護支援センター等の在宅系事業所との連携により、地域の情報収集を行っている。経営状況については、事務局が担当部署となって毎月の利用者数、利用率、毎月の収支を把握し、分析を行っている。
	2 人材の確保・養成	人員体制に関する計画は策定されていないが、事業に必要な人員や有資格者の確保に努めている。また、全体での研修計画が策定されており、計画に基づいて外部研修への派遣や内部研修を開催する等、人材育成に取り組んでいるほか、新人教育担当職員を配置し、新人研修にも取り組んでいる。実習生の受入れについても、受入れプログラムを作成する等、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に、リスクマネジメント委員会を設置し、各現場においては安全管理マニュアルに沿った対応を行っている。また、ヒヤリハット・事故報告書を整備し、収集された事例を基に検討会や勉強会を実施している。
	4 地域との交流と連携	地域交流に関する基本的な考え方は運営規程に定められており、学校生徒の受入れや施設の夏祭り等による交流が行われているほか、ボランティアの受入れ等が行われている。法人内の在宅系事業所との連携により地域の福祉ニーズの把握に努めており、グループホームや有料老人ホームの開設等、具体的な事業につながられている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	事業計画に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されており、職員は基本姿勢に基づいてサービスを提供している。また、利用者の満足の向上を目指す姿勢もみられ、利用者の家族に対する満足度調査の実施や利用者及び家族等が意見を述べやすい環境づくりに努める等、具体的に取り組んでいる。
	2 サービスの質の確保	年1回自己評価を行っているほか、OJTにも取り組んでおり、職員一人ひとりが自己の課題を明確化できるよう配慮している。また、職員間で出された課題については、リーダー会議において共有化を図り、改善に努めている。各々のサービス場面に応じたマニュアルを作成しており、サービスの標準化にも取り組んでいる。
	3 サービスの開始、継続	ホームページでの紹介や見学、パンフレットや広報誌の配布等により、情報提供を行っている。また、サービスの開始にあたっては重要事項説明書により説明を行っており、利用者及び家族等の同意の上でサービスを提供している。サービス終了後も在宅復帰への支援や相談対応等、継続支援を行っている。
	4 サービス計画の策定	サービス実施計画は、定期的に各関係部署の職員によるカンファレンスを実施し、評価・見直しを行っている。また、サービス実施計画作成にあたっては、アセスメントを実施し、利用者及び家族の意向把握に努め、利用者一人ひとり課題を明確にした上で、その人らしいサービス計画となるよう配慮している。

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	評価項目	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	
	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
	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。	b
	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
	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。	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。	b
	I-2-2-2 ② 計画が職員や利用者等に周知されている。	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 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。	b
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。	b	
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。	b	
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 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。	b
	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		
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。	c
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。	b
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。	c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b
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。	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。	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。	b
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
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
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。	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。	b
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。	b
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。	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。	b
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。	b
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。	c
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。	b
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。	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
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。	b
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。	a

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。	b