

## 福祉サービス第三者評価の結果

平成21年5月29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10月5日
	評価実施期間	平成20年2月28日～平成20年3月6日
	事業所への 評価結果の報告	平成21年5月29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)	三和園	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	施設長 大井 千	開設年月日	昭和57年4月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人つがる三和会	定員	75名	利用人数	75名
所在地	(〒038-3611)弘前市大字三和字上恋塚19番地				
連絡先電話	0172(93)3960	FAX電話	0172(93)2029		
ホームページアドレス	<a href="http://www.tsugaru-sanwakai.or.jp/">http://www.tsugaru-sanwakai.or.jp/</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 ・通所介護事業(介護予防通所介護事業)	・開園記念式 ・お花見会 ・運動会 ・夏祭り(花火大会)		
・通所介護事業所・生きがい活動支援通所事業)・在宅介護支援センター事業	・敬老会 ・演芸大会 ・レクリエーション大会 ・クリスマス会		
・短期入所生活介護 ・訪問介護事業(介護予防訪問介護事業)	・忘年会 ・新年互礼会 ・お盆、彼岸供養会 ・ショッピング		
	・シーズン喫茶 ・誕生会 ・民謡教室 ・慰問 ・ドライブ等		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
・4人部屋(16) ・2人部屋(4) ・個室(6)	・園内床暖房完備 ・スプリンクラー設備 ・特別浴室		
	・一般浴室 ・食堂 ・大、小ホール他		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名	事務員	5名
事務長	1名	管理栄養士・栄養士	3名
生活相談員・相談員	5名	調理師・調理員(兼務含む)	10名
看護師・准看護師	5名		
介護福祉士・介護員	22名		
介護支援専門員	2名		

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>利用者が個人として尊重され、敬愛される生活環境づくりと平和、親和、調和の三つの和をもって地域の輪となることを理念として明文化しており、職員に周知・理解を図るとともに、提供するサービスの基本姿勢ともなっている。</p> <p>理念等の中で地域交流に関する基本的な考え方を明確にしており、介護相談や一人暮らし高齢者への支援、独自の在宅介護相談協力員を設ける等、地域の福祉推進に取り組んでいる。また、開設して以来25年が経過しており、事業所が地域で果たす役割は大きく、敷地内に湧き出る温泉の地域開放や事業所の夏まつりの行事が地域の歳時的行事になるなど、地域の中心的役割を果たす存在となっている。</p> <p>管理者は各種会議等に積極的に参画し、職員に対し具体的取り組みを促したり、指示や指導等を行いながら、サービスの質の向上に向けたリーダーシップを発揮している。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>理念や運営方針を明確にしているため、それらの実現に向けて中・長期的な展望に立った計画の策定に期待したい。また、中・長期計画策定にあたっては実施する福祉サービスや組織体制、人材育成や施設整備等に関する課題や問題点の抽出を行った上で、解決に向けたシステムづくり期待したい。</p> <p>様々な介護場面や事故防止、事故対応、プライバシー保護等に業務に対応した各種マニュアルを整備しているため、実施状況や課題等を職員で話し合い、定期的な見直しを行っていくことに期待したい。</p> <p>実習生やボランティア受入れについて、人材育成や人的資源の活用、経営の効率化の観点からも、受入れ方針の具体化と合わせて、従事できる業務内容の範囲を明確にし、受入れマニュアル等に盛り込んでいくことに期待したい。</p>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>介護サービスの組織体制、人材育成、施設整備等を含めた中長期計画を策定し、より良い質の向上を目指して今回評価いただいた、ご意見を参考に職員全体で取り組んでいきたい。</p>
--

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念を「自ら利用したい、させたい施設づくり」、「三つの和(平和、親和、調和)をもって、地域の輪となる」と明文化しており、利用者尊重や地域社会との共生等を意識した内容となっている。理念は事業計画やパンフレット、ホームページ等に明記するほか、事業所内に掲示するなど、利用者や家族、実習生や見学所等への周知に努めており、事業計画書には理念に注釈をつけるなど、わかりやすさに配慮している。
	2 計画の策定	事業計画の策定にあたっては、職員会議等を活用し、職員の意見等を反映させながら、策定している。事業計画は、幹部職員や各部署毎に配布することによって周知するほか、利用者自治会や家族会等において説明を行っている。

評価対象Ⅰ	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者の権限は事務分担表等に明文化しており、会議等を通じて職員に周知している。管理者は会議等に積極的に参画し、職員に積極的な取り組みを促すとともに、指示や注意点等の説明を行いながら、サービスの質の向上に向けてリーダーシップを発揮している。また、職員に情報提供を行うことによって法令遵守を促したり、基準以上の職員を配置する等、働きやすい環境整備に努めている。
評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	業界団体への加入や研修参加等により、社会福祉全体の情報収集に努めている。また、施設独自の相談協力員制度を設けているほか、在宅会議支援センターと連携を図りながら、地域の実情把握に努めている。事務長等が担当となって、利用者数の推移や利用率、月毎の収入等に関する分析を行い、課題等の明確化を図っている。
	2 人材の確保・養成	安全衛生管理委員会を設置し、職員の就業状況の把握に取り組んでいるほか、職員が産業医等に相談できる体制を整備している。全体の研修計画を策定しており、内部・外部研修を計画的に実施するほか、職員の教育研修に関する基本姿勢を明確にしている。また、事業計画に実習生の受入れに関する事項を明文化しており、実習生受入れマニュアルを策定する等、育成に取り組んでいる。
	3 安全管理	事故防止委員会の設置しており、緊急時対応や介護事故防止・対応等のマニュアル整備しているほか、ヒヤリハット等により、事故事例等の収集に努めている。事故防止に向けた取り組みや各種マニュアル等は会議などを通じて職員に周知を図りながら、事故防止・安全確保に向けた体制を整備している。
	4 地域との交流と連携	法人理念や施設方針の中に地域交流に関する基本的な考え方を明示しており、介護相談や地域の一人暮らし高齢者への支援等を通じて地域住民との交流を図っている。また、民生委員児童委員定例会議への参加や在宅介護支援センターとの連携等により、地域の福祉ニーズ把握し、独自の在宅介護相談協力員制度を設けるなど、ニーズに応じた事業に取り組んでいる。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	理念や基本方針等に利用者尊重に関する基本姿勢を明示しており、職員に周知・理解を図りながら、日々のサービス提供の基本となっている。プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、部会活動や勉強等を通じて、職員に周知を図っているほか、利用者や家族等からの苦情や意見等に対するマニュアルを整備し、適切な対応に努めている。
	2 サービスの質の確保	個々のサービス場面に対応したマニュアルを整備しており、園内研修や個別指導、新人研修等で周知を図っている。利用者一人ひとりのケース記録を整備しており、サービス実施計画に基づいた実施状況について記録している。利用者の状況は会議等を通じて職員間で共有するほか、申し送りノートやパソコン等で管理しており、確実にケアに結び付けるよう努めている。
	3 サービスの開始、継続	インターネットやパンフレット、広報紙等により事業所等を紹介しており、情報を公開している。また、施設見学等は自由に受入れる体制を整備している。サービスの開始にあたっては、契約書や重要事項説明書等により、利用者及び家族等に説明を行っており、同意を得て行っている。サービスの変更や終了後等も、相談対応を行うなど、継続支援を行っている。
	4 サービス計画の策定	利用者一人ひとりのサービス実施計画を策定しており、アセスメントからケアプラン作成、評価、定期的な見直し等に関する手順を明確にしている。計画策定にあたっては、担当者を配置しており、サービス担当者会議において関係職員の意見等を反映させるとともに、利用者及び家族等の意向も反映できるようシステム化されている。

## 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 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。	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。	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。	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。	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 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
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

<b>II-2 人材の確保・養成</b>		
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。	b
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。	a
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。	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。	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。	b
<b>II-3 安全管理</b>		
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
<b>II-4 地域との交流</b>		
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。	b
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。	b
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。	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
<b>III-1 利用者本位の福祉サービス</b>		
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。	a
<b>III-2 サービスの質の確保</b>		
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。	a
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
<b>III-3 サービスの開始・継続</b>		
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

<b>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定</b>		
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