

## 福祉サービス第三者評価の結果

平成20年2月25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20日
	評価実施期間	平成19年6月20日～平成20年2月18日
	事業所への 評価結果の報告	平成20年2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)	サンシャイン	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	施設長 村 松 平 三	開設年月日	平成14年10月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人東幸会	定員	50名	利用人数	50名
所在地	(〒039-1111) 青森県八戸市東白山台2丁目2-1				
連絡先電話	0178-23-5050	FAX電話	0178-23-5306		
ホームページアドレス	<a href="http://www.htv-net.ne.jp/~sunshine/index.html">http://www.htv-net.ne.jp/~sunshine/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		
ショートステイ(30名)・デイサービスセンター・在宅介護支援センター	お花見・端午の節句・七夕まつり・サンシャイン夏祭り		
居宅介護支援センター	敬老会・ユニット対抗運動会・文化祭・クリスマス会		
	もちつき会・節分・八戸えんぶり・ひな祭り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
ユニット型の全室個室(利用者10名を1ユニット/全5ユニット)			
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名	寮母(士)	33名
副施設長兼事務長	1名	看護師	4名
介護福祉部長心得	1名	栄養士	1名
施設福祉課長心得兼相談員	1名	調理員	5名
施設福祉課長補佐兼看護主任	1名	事務員	3名
介護主任	1名	管理員	2名

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人・施設の理念を「サンシャイン(利用者・職員・地域の3つの輝き)」として明文化しており、管理者・職員の共通理解の下、一体となってサービスの質の向上に取り組んでいる。管理者は職員が意見の出しやすい職場環境を醸成すべくリーダーシップを発揮しており、適宜権限の委譲などに取り組み、職員一人ひとりが役割と責任を自覚できる体制づくりに努めている。</p> <p>人事管理や人事考課、職員研修等を管理者・職員の共通理解の下で取り組んでおり、職員はそれらの趣旨を理解し、自らの資質向上への動機付けにもつなげている。特に職員の業務に携わる姿勢は若手・中堅職員ともに意欲的であり、情熱と使命感に溢れ、知識や技術の習得にも積極的に取り組んでいる。</p> <p>サービスの提供にあたっては、各種マニュアルを整備しサービスの標準化に取り組むとともに、棟長会議・ユニット会議等により情報の共有化が図られている。また、ユニット毎に創意と工夫がみられており、良い意味でのユニット間での競争が行われ、気づきとそれに伴う改善が速やかに行われることによって、サービスの質の向上につなげている。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>事業計画や運営方針等は職員にはよく周知され、日常業務にも反映されているが、利用者への周知文書等は、文字を大きくしたり、絵やイラストを用いるなど、平易で分かりやすい表現で配布、掲示することに期待したい。</p> <p>具体的で詳細な中長期計画が策定されているが、各年度ごとの重点目標や達成目標を数値的に明らかにし、年度ごとの評価や到達度を明らかにする等、計画管理システムの導入に期待したい。</p> <p>危機管理に関してはマニュアルが整備され、対策が図られているが、事故には至らない軽微な出来事が重大な事故につながる可能性があることから、日々のヒヤリハットシート提出を励行し、事例として積み上げながら、職員間の危機管理意識を高めることに期待したい。</p>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>少子高齢化社会が進む中で、真の高齢福祉のあり方は、どうあれば良いのか疑問の日々が続いておりました。</p> <p>今は、ただ人生の余生をいかに、その人らしい生活を支えてあげられるか無我夢中でした。</p> <p>今回このように福祉サービス第三者評価を受け、更なる努力をしなければならないと認識しております。</p> <p>今後は、法人の繁栄を願いつつ、役職員一丸となって頑張ってまいります。</p>
--

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念等が体系的に明文化されており、事業計画やパンフレット、ホームページ等に明記するなど、職員や利用者、関係者等を含め、誰もが知りえる方法で周知している。職員には事業計画書を配布するとともに、会議等を通じて継続的に周知を図りながら、理念や方針を理解に努め、日常業務の中にそれらが反映されるよう配慮している。
	2 計画の策定	平成17年度からの5ヶ年計画を策定しており、将来のビジョンを明確にした上で、人事管理や実施する福祉サービス、施設整備等が計画化されている。また、事業計画や中・長期計画は、委員会活動などを通じて職員の意向が反映されるよう配慮されるとともに、評価・見直しが行われている。

評価対象Ⅰ	3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者としての考え方や方針等を明確にし、周知を図るとともに、管理者自ら施設運営・経営に関する研修会に参加し、規程・規則等の整備や法令遵守に関する事項の整理等の取り組みを行っている。また、管理者は職場環境の整備を積極的に行っており、サービスの質の向上に向けた会議等や現状分析・課題解決への職員の取り組みが活発に行われるよう配慮するなど、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	社会福祉の動向や地域の特性に目を向けた将来の構想が示されており、事業経営をとりまく環境をよく把握している。分析された経営状況は、運営会議へ提案し検討を行っている。また、検討結果を職員に周知することによって、職員の参画意識が高まるよう配慮している。
	2 人材の確保・養成	人事管理計画を策定しており、専門職の配置は計画的に行われ、増員も図られている。また、人事考課基準が職員に示され、職員は趣旨をよく理解しており、自らの資質向上に向けた動機づけにつながっている。職員の意向等が段階を踏んで全体としての課題となるようシステムが確立しており、職員の職務に対する意欲の向上に役立っている。
	3 安全管理	職務分担が明確化され、安全衛生委員会や危険防止委員会を定期的開催する等、安全確保のための組織が確立されている。また、緊急時の連絡網や各種マニュアルが整備され「事故前兆の見極めと対策マニュアル」が策定されるなど、安全確保のために取り組むとともに、実施状況の評価・見直しも行われている。
	4 地域との交流と連携	地域との関わりについての基本姿勢を理念に明示しており、利用者の意向や要望に応え、地域の社会資源を活用している。また、地域団体への施設開放や地域のミニコミ誌への広告掲載等も行われている。地域連携パスに積極的に参画し、地域の関係機関・団体等との連携を図るとともに、ボランティアの受入れに関する基本姿勢を明確にし、職員共通理解の下で受入れが行われている。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	利用者の尊重については理念や基本方針で明確にされており、それに基づきマニュアル等がよく整備されている。各居室は個室化され、自分らしく暮らせるようプライバシーに配慮された環境となっている。また、利用者の満足向上のためのアンケート調査を実施したり、連絡ノートを活用して家族等の意向把握に努めるなど、利用者や家族等の要望に配慮した環境が整備されている。
	2 サービスの質の確保	各業務に基準マニュアルが整備され、各ユニットで検討された改善策に基づき、必要に応じた見直しが行われている。見直しが行われた場合は「マニュアル変更ノート」に明記し、職員への周知が図られている。ユニット間でのサービスの格差が生じないように棟長会議で標準化が話し合われており、利用者の状況等も引継ぎや申し送り、パソコンを利用して情報の共有が図られている。
	3 サービスの開始、継続	ホームページの公開や分かりやすい施設紹介資料の作成、見学の受入れ等、情報提供に努めている。利用契約に際しての重要事項の説明は様式に基づいて実施されており、サービス内容や料金等についてパンフレットを用いながら説明が行われている。サービスの終了後も継続支援や利用が行えるよう、相談窓口が設置されている。
	4 サービス計画の策定	サービス実施計画は、ユニット会議において利用者一人ひとりの具体的なニーズや課題を明確にした上で策定され、実施されており、定期的な評価・見直しも行われている。また、計画の緊急な変更についての手順も明らかであり、状態変化などに応じて見直し・変更が行われている。

## 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。	a
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。	a
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
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
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
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
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。	a
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。	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。	b
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
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。	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。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
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) 利用者満足の上昇に努めている。		
III-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a
III-1-(2)-②	利用者満足の上昇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
III-2 サービスの質の確保		
III-2-(1) 質の上昇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
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
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
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
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。	b
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>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