

## 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)	サンタの家	種別	デイケアセンター		
代表者氏名 (管理者)	施設長 下山 政 徳	開設年月日	平成16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	40名	利用人数	40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	0172-99-1115	FAX電話	0172-95-1116		
ホームページアドレス	<a href="http://aomori.cool.ne.jp/houtokukai/10.html">http://aomori.cool.ne.jp/houtokukai/10.html</a>				

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
送迎サービス・健康チェック・入浴サービス・食事サービス・機能訓練	花見・遠足・一様巡り・ドライブ・夏祭り・敬老・クリスマス		
介護老人保健施設・デイサービスセンター・在宅介護支援センター	初詣・節分・ひな祭り		
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			
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		
	食堂・マッサージ室・デイルーム・浴室・特別浴室		
職員の配置			
職種	人数	職種	人数
施設長	1名	看護職員	1名
管理者	1名	リハビリ職員	5名
部門管理責任者	1名	送迎職員	1名
部門管理責任者補佐	1名		
事務員	1名		
介護職員	6名		

## 2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人の理念を「明るい施設・暖かい施設・清潔な施設・安全な施設」として明文化しており、パンフレットやホームページ等に明示するとともに、職員の名札の裏に理念を明記し、職員・利用者等に周知を図りながら、利用者を尊重したサービスの展開に努めている。</p> <p>管理者は会議やミーティング等で情報共有するよう努めているほか、日常業務でのかかわりを通じて、職員の意見や意向の把握に努めており、職員間のチームワークを大切にし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。</p> <p>事業を実施する上で必要な人員や有資格者の配置等に関する基本的な考え方を有しており、人事管理が行われている。また、実習生の受入れについても詳細なマニュアルを整備し、養成校との連携を図りながら、育成に取り組んでいる。</p>
<p>◎ 特に改善を求められる点</p> <p>法人の基本理念が明確にされているので、それに基づいた形で、事業の目的に合わせながら、事業所独自の理念・基本方針の確立・明文化し、職員や利用者、地域住民等に周知していくことに期待したい。</p> <p>法人と事業所の役割分担を明確に整理し役職員が一緒になって、事業計画に事業所としての理念や基本方針、職員の教育や研修、実習生やボランティア等の受入れと育成等に関する基本姿勢を盛り込んでいくことに期待したい。また、法人として地域のニーズに合わせた事業展開を行っていることから、それらと合わせて人事管理や人材育成、実施するサービスの質の維持・向上に向けた取り組み等をまとめた中・長期計画の策定に期待したい。</p>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回の第三者評価で一番感じた事は、利用者様の多様なニーズにいかに対応していくか、それに追われ行き当たりばったりのその日通っていただいたお客様の顔色だけを伺うようなサービスに終始していたような気がします。</p> <p>基本方針も思いはありますが、しっかりしたものではなく、利用者へのサービスについてもマニュアル等が不完全なものだったことが露呈してしまいました。今後は、高い評価を頂いた崇高な、法人が掲げる四大基本理念に基づいた事業所独自の基本方針を確立し、それを明文化し、職員・利用者(家族)のみならず地域住民等にも周知して、事業所のカラーを全面に出し、利用者に対するサービスに関するマニュアルも整備し、安心して利用いただける施設・事業所に向けて職員一丸となって邁進してまいります。</p>
--

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	1 理念・基本方針	法人の理念が明文化されており、パンフレットやホームページへの掲載、事業所内掲示等により、職員・利用者等に周知されるとともに、各事業所の理念ともなっている。また、職員の名札の裏に理念を明記しており、職員は理念を理解した上で、業務の指針としているほか、利用者家族等との連絡帳にも理念を明記しており、理解してもらえよう努めている。
	2 計画の策定	法人・事業所の行事計画については、職員・利用者等に説明され、よく理解されているが、事業計画が配布されていない。事業計画策定にあたっては各職員の意見等を反映させながら、当該年度の事業推進における基本方針や実施事業、研修等の人材育成や地域交流等について明示し、職員や利用者、その家族や地域の方々等への配布などにより、周知していくことに期待したい。

評価対象Ⅰ	3 管理者の責任とリーダーシップ	事業計画書に職員の業務分担が明示されており、管理者の役割と責任が明確になっている。事業規模・職員数ともに大きくはないので、管理者は職員とともに日常業務にかかわりながら、リーダーシップを発揮しており、ミーティングや会議、日常的な職員とのかかわり等を通じて、質の向上や業務の効率化にチームワークを大切にしながら取り組んでいる。
評価対象Ⅱ	1 経営状況の把握	経営状況については事業所として分析を行うほか、法人本部でも詳細なコスト分析等が行われており、管理者会議、職員会議、ミーティング等により周知を図りながら、組織として取り組んでいる。また、業界紙や同業者間の情報交換を行い、情報収集に努めるとともに、地域の状況把握や利用者等のニーズ把握により経営環境の把握に努めている。
	2 人材の確保・養成	事業に必要な人員や有資格者の確保等に関する基本的な考え方は有しており、マッサージ師などの資格保持者の確保に努めているとともに、資格取得のための勤務調整等も行っている。また、実習生の受入れについても詳細なマニュアルを策定し取り組んでおり、職員の教育・研修や実習の受入れ・育成に関する基本方針を明確にすることによって、人材育成に向けたさらなる取り組みが期待できる。
	3 安全管理	利用者の安全を確保するためのマニュアル等を整備しており、徹底した安全管理に努めている。また、事故事例等は毎日のミーティングで周知を図るとともに、分析し防止策を検討している。実施された事故防止策等は継続的に評価、見直しを行うなど、利用者の安全管理に努めている。
	4 地域との交流と連携	地域との連携を重視しており、体験学習や介護実習等を実施する等、施設機能を地域へ還元している。また、地域の派遣要請により職員を行事等に積極的に参加させている。法人・事業所として地域交流やボランティアの受入れに関する基本姿勢を事業計画等に明文化し、職員や利用者、地域住民等に周知し共通理解を図っていくことでさらなる取り組みが期待できる。
評価対象Ⅲ	1 利用者本位の福祉サービス	基本理念に利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されており、ミーティング等で職員に周知・理解を図りながらサービス提供を行っている。利用者への嗜好アンケートのほか、個別の面談や利用者手帳による家族等の意向を伺う取り組みが行われており、法人・事業所の利用者満足の向上を目指す姿勢を明確に示すことによって、さらなる取り組みが期待できる。
	2 サービスの質の確保	ミーティングや日常業務を通じて、サービスの実施手順の周知を行っており、職員も理解して取り組んでいる。また、苦情解決体制の整備、日常的なかわりやスペースの確保等による相談しやすい雰囲気づくりなどに意識して取り組んでいる。今回の第三者評価の実施を契機に、定期的なサービス評価に取り組む意向である。
	3 サービスの開始、継続	法人のパンフレットやホームページには実施している各事業等が掲載され、利用者等に情報提供されている。利用者との利用契約にあたっては、重要事項説明書を用いて統一した形で説明が行われており、利用者及びその家族等の同意を得た上で、サービス提供されている。
	4 サービス計画の策定	利用者一人ひとりに対し、統一された様式を用いてアセスメントを実施しており、結果を反映させながら個別のサービス実施計画を策定している。計画策定にあたっては各分野ごとの担当者の原案をもとに、カンファレンスで意見交換を行った上で、責任者が策定している。また、計画は3か月毎に見直しが行われているほか、利用者の状況に応じて随時の見直しが行われている。

## 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。	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
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。	c
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。	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。	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。	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。	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。	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。	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
<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。	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。	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。	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。	c
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。	c
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。	b
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。	c
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。	c
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。	c
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。	c

<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。	b
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