

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	(福)静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	19年9月19日~19年12月19日
評価調査者番号	①H17-a006
	②H17-b008
	③H19-b002

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホームさくまの里 (施設名)	種別：指定介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長：太田 茂 (管理者)	開設年月日 平成9年4月1日
設置主体：社会福祉法人さくま 経営主体：社会福祉法人さくま	定員 80人 (利用人数) 80人
所在地：〒431-3908 静岡県浜松市天竜区佐久間町中部18-15	
連絡先電話番号： 053-965-1855	FAX番号 053-965-1850
ホームページアドレス	<a href="http://www.seirei.or.jp/rel/sakuma/">http://www.seirei.or.jp/rel/sakuma/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事		
1) 特別養護老人ホーム 2) ショートステイ 3) 居宅介護支援事業 4) デイサービス 5) ホームヘルプサービス	お花見 家族会 高校文化祭参加 七夕飾り 納涼祭 敬老会 フェスタ さくま クリスマス会 豆まき ひな祭り		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室 60室 二人部屋 2室 四人部屋 4室	地域交流室 食堂 浴室 集会室 調理室 会議室 事務室 寮母室 面接室 作業及び日常動作訓練室 医務室 静養室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1人	介護支援専門員	5人 (内非常勤1)
生活相談員	4人	栄養士	1人
介護職員	60人 (内非常勤12)	調理員	11人 (内非常勤3)
看護師	4人 (内非常勤1)	宿直員 (非常勤)	1人
准看護師	5人 (内非常勤1)	用務員 (非常勤)	2人
介助員 (非常勤)	1人		

## 2 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

### ◆ 特に評価の高い点

基本理念や基本指針を明文化し、理念や基本方針が職員や利用者等に周知しているとともに、福祉サービスの質の向上や業務の効率化に取り組んでいます。事業計画の策定を組織的に行い、利用者や職員に周知しています。

「ボランティアの手引き」を作成し、季刊誌を地域の全戸に回覧して情報を提供するなど地域との交流も積極的に取り組んでおり、関係機関との連携も取れ、地域の福祉力の向上と福祉サービスの質の向上を進めています。

リスクマネジメント委員会やコンプライアンス委員会を組織し、緊急時、防災、衛生管理、感染予防、事故発生時のマニュアル等を整備し、身体拘束の廃止に向けた取り組みを行うなど、サービスの質の改善を図っています。

利用者の入所前と入所後の生活の連続性を損なわないよう、居室等の生活空間づくりに配慮しています。

利用者の家族に対して担当介護員が利用者の様子や写真を添えた手紙を送るなど、利用者と家族の関係性を絶たない取り組みに配慮しています。

利用者一人ひとりに応じたサービス実施計画書を整備し、利用者本位のサービスの実施に取り組むとともに、定期的な見直しや状況変化に応じた計画見直しなどを行っています。

### ◆ 特に改善を求められる点

年度ごとの事業計画を作成していますが、中・長期計画の策定や経営状況の把握・分析、外部監査などは実施しておらず、改善への取り組みが期待されます。

職員の就業に関する意向を把握し、改善する仕組みを作っていますが、中長期計画に基づき、必要な人材に関する具体的プランを作成し、客観的な基準による人事考課の実施が期待されます。

研修委員会で職員の研修に関する意向を吸い上げるなどしていますが、目標に沿った必要とされる資質・技術取得の研修計画や職員個々に応じた研修計画の策定が求められます。

ボランティアや実習生を受け入れています。受け入れに関する基本姿勢の明示や受け入れマニュアル等の整備が求められます。また、社会資源の体系的な明示や相談援助の対応方法についてのルール作り等が求められます。

利用者の意向調査を実施していますが、利用者満足の向上を目指す姿勢の明示や、意向調査の結果を活用する仕組みの整備が求められます。

苦情申立のしくみを整備し、解決に向けて取り組んでいます。さらに内容について、広報誌等で周知する仕組みづくりが必要です。

サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みについて、第三者評価を受けるなどして、向上の意欲はありますが、さらに組織として定期的に評価し、課題に対する改善策や改善計画をたて実施する体制の整備が求められます。

サービス実施計画について、カンファレンス等を実施し、利用者個々に応じた対応をとっていますが、さらに、実施について職員の対応にばらつきがないよう、支援方法の明示や記録等の整備が期待されます。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の受審は、当施設にとって初めての取り組みということで、介護職員を中心に興味深く取り組んでまいりました。受審結果の報告を受け、職員会議等で全職員への報告を行い結果の共有化を図ったところです。今回の結果の中で A 評価を受けた項目につきましては、今以上に質の向上を目指していきたいと考えております。また、低い評価結果となった項目につきましては、内容及び原因を究明し、改良改善を推進していきたいと考えております。

この評価事業を行う大きなポイントとして、自己評価の結果と、第三者評価の結果の“ズレ”に着目することだと考えます。自己評価との違いに着目することで、施設としての“気づき”が生まれ、サービスの質の向上につながっていくものと考えます。

今後こうした制度を活用し、外部への情報発信を行い、広く「さくまの里」を知っていただき、利用者にとって最善の施設となれるような取り組みを推進していきたいと考えています。

### 4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 理念を明示し、事業計画等に記載している。</li> <li>* 理念と整合のとれた基本方針を明文化している。</li> <li>* 理念や基本方針は、職員へは、会議等で継続的に周知し、利用者や家族等には、掲示物や家族会等で説明し、周知している。</li> </ul>
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 事業計画の策定を組織的に行い、職員、利用者等に周知している。</li> <li>* 中長期計画は策定していない。</li> </ul>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 質の向上や経営や業務の効率化と改善に指導力を発揮して取り組んでいる。</li> <li>* 遵守すべき法令等の取り組みを法人内のコンプライアンス委員会で取り組み、職員への説明等も行っているが、法令と業務を整理したリスト化には至っていない。</li> <li>* 管理者の役割と責任は、業務分掌表に明記しているが、会議等での表明や説明等は十分でない。</li> </ul>
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 事業計画と整合性のある予算編成を行い、職員の意見を聴取しているが、各データ収集等は実施しておらず、経営状況の把握・分析は行っていない。</li> <li>* 行政監査は受けているが、外部監査は実施していない。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 職制・職務分掌を明確にしている。</li> <li>* 職員の意向等の把握の為に、面接を実施し、改善する仕組みがある。また、希望があれば、健康保険組合等でメンタル面での専門家相談等をうけることができる。</li> <li>* 必要な人材に関する具体的なプランは確立していない。</li> <li>* 人事考課は実施していない。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 研修計画を作成して研修を実施しているが、職員一人ひとりに必要とされる資質、技術取得に向けた研修計画の策定は行っていない。</li> <li>* 実習生を受け入れているが、マニュアルを整備していない。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 緊急時、防災、衛生管理、感染予防、事故発生時のマニュアルを整備し、リスクマネジメント委員会で検討見直しを行っている。</li> <li>* 賠償保険に加入している。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域の行事に参加し、夏祭りの場所を提供するなど、地域との交流を積極的に行っている。</li> <li>* 地域密着型で、ボランティアが多く、家族以外の面会者も多いなど、風通しの良い施設である。</li> <li>* 地域の関係機関とは、毎月地域連絡会を実施し、課題や事例を協議している。</li> <li>* ボランティアの受け入れの手引きを作成して積極的に受け入れをしているが、受け入れマニュアルの整備はしておらず十分でない。</li> <li>* 必要な社会資源の連絡方法等を体系的に明示していない。</li> <li>* 相談援助の困難な場合を含め、対処方法はルール化していない。</li> </ul>
評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>* リスクマネジメント委員会を組織し、身体拘束廃止に向けて検討し、職員教育を適切に行い、利用者の尊厳を守る意識が高い。</li> <li>* 仏壇や家具の持込みが自由であり、各居室前には暖簾が置かれ、室内犬も飼われ、建物全体に緑が溢れるなど、くつろぎのある施設環境になっている。</li> <li>* 利用者の嗜好調査を実施し、選択メニュー（月1回）や飲酒や喫煙など医者の制限がなければしても良いなど利用者の嗜好を反映している。</li> <li>* 意向調査は実施しているが、利用者満足の向上に向けた具体的な仕組みの確立は十分でない。</li> <li>* プライバシーについては、排泄や入浴において配慮しているが、マニュアルの整備は十分でない。</li> <li>* 苦情申立の仕組みがあり、解決に向けて取り組んでいるが、広報誌等による周知は行っていない。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 記録管理に関する規定を定め、適切に管理を行っている。</li> <li>* サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みについて、向上の意欲はあるが、組織として定期的に評価を行い、課題に対する改善策や改善計画を立て実施する体制は整備していない。</li> <li>* 入浴マニュアルなど、標準的な実施方法を定めており、実際のサービス実施に活かしているが、見直しをする仕組みは整備していない。</li> <li>* サービス実施計画に基づく実施状況を適切に記録して</li> </ul>

	<p>いるが、職員によりばらつきがあり十分でない。</p>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ホームページの開設や施設の様子を紹介した季刊誌を作成し、地域住民にも情報を提供するなど広報、啓発に取り組んでいる。</li> <li>* 事業所の変更や家庭への移行にあたり、利用者等への面接、サマリーの入手、独自のサマリーの作成などにより利用者のサービスの継続性に配慮しているが、手順書は作成していない。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 定められた手順によりアセスメントを実施し、関係職員の連携のもと、利用者個々の意向に配慮し、短期・長期の目標設定を行い、具体的に取り組んでいる。</li> <li>* 利用者の家族に対して介護員が利用者の様子や写真を一緒に手紙として送り届けるなど、関係性を絶たない取り組みに配慮している。</li> <li>* コミュニケーション、心理面、余暇活動等個別に対応しているが、具体的な支援方法の明示は十分でない。</li> <li>* 利用者の情報は、ミニカンファレンス帳として記録しているが、サービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みにはなっていない。</li> </ul>

## 5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（a、b、c）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

## 5 評価細目の第三者評価結果〔特別養護老人ホーム〕

### 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、基本方針が確立されている。		
	① 理念が明文化されている。	A
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	A
	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

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	① 中・長期計画が策定されている。	C
	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。		
	① 計画の策定が組織的に行われている。	A
	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

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	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
	② 遵守すべき法令等を正しく理解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。		
	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
	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

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B
	② 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	C
	③ 外部監査が実施されている。	C

## II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
①	機関内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	A
②	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	C
③	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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
②	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。		
①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	B
②	研修を推進していくための担当者を設置している。	A
③	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	C
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
⑤	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。		
①	実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	C
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	C
③	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	C
④	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

## II-3 安全管理

		第三者評価結果
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。		
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
②	防災に関するマニュアルを整備している。	A
③	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	A
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
⑤	発生した事故を把握している。	A
⑥	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
⑦	安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑧	事故補償（賠償）を行なうための方策を講じている。	A

## II-4 地域との交流と連携

		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。		
①	利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	A
②	地域に開かれた施設である。	A
③	事業所が有する機能を地域に還元している。	B
④	ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	C
⑤	ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	B
⑥	ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	A

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
	① 必要な社会資源を明確にしている。	C
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	A
	③ 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。	C
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	① 地域の福祉ニーズを把握している。	A
	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。		
	① 利用者の意思を尊重している。	A
	② 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取り組みが行われている。	A
	③ 利用者の尊厳が守られている。	A
	④ 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。	B
	⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑥ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。	B
	⑦ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。	B
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑨ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	C
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	C
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	⑤ 利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	A
	⑥ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	A
	⑦ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	B
	⑧ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	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。		
	① 施設等の運営に関して利用者の意見を聞くための取り組みを行っている。	A
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	C
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	B
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	C
	⑤ 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

		第三者評価結果
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。		
	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
	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
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
	④ 相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。	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。		
	① 機関における個々のサービスについての標準的な実施方法が定められている。	A
	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。	C
Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
	① 提供するサービスに独自の特徴を有している。	B
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	① 計画の実施に関わる記録が整備されている。	B
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
	③ 利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。	B

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	① 機関が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	A
	② サービスの実施にあたり、利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。	A
	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
	④ 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	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。		
	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

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
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
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A
④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑤	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑥	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑦	入浴・清拭について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑧	排泄について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
⑫	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	B
⑬	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	A
⑭	利用者の社会生活に必要な技術や知識の習得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	C
⑮	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	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。		
①	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	A
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	C
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑨	実施計画の見直しが行われている。	A
⑩	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	A