

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10月2日~19年12月19日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b014
	③ H19-b001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： 土肥ホーム (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： 施設長：佐野茂富 (管理者)	開設年月日 平成 5年 4月 1日
設置主体： 社会福祉法人 信愛会 経営主体： 社会福祉法人 信愛会	定員 50名 (利用人数) 50名
所在地：〒410-3301 静岡県伊豆市小土肥787-2	
連絡先電話番号： 0558-98-2900	FAX番号 0558-98-2901
ホームページアドレス	http://www.shinai-kai.jp/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
特別養護老人ホーム(50名) デイサービス(35名) ショートステイ(10名) ホームヘルプサービス	七夕 納涼祭 敬老会 文化祭 餅つき大会 大鍋大会 節分等		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室 10室 二人部屋 1室 三人部屋 4室 四人部屋 9室	食堂 談話室 浴室(温泉) 静養室 洗濯室 寮母室 事務室 地域交流室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1人	調理員	4人(内2名非常勤)
介護職員	17人 (内9名非常勤)	栄養士	1人
生活相談員	1人	機能訓練指導員	1人
看護師	1人	理学療法士	2人(非常勤)
准看護師	1人	労務員	2人
介護支援専門員	1人	嘱託医	3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、基本方針を明文化し、施設長は、職員に自らの役割と責任を表明し、リーダーシップを発揮した施設運営を行っています。

中長期計画をもとに、年度ごとの目標を定め、各種の情報分析を行い、改善策を協議し業務を推進し、各種書類の整備、マニュアル整備が行われ、管理職を中心に周知徹底を図り、サービスの質の改善を図っています。

高齢者介護を支える施設として、土肥地区内の15地区にボランティア班を組織し、年間160日を超える活動を受け入れています。これにより地域住民の施設理解の促進、地域と施設との連携・協力体制の強化、施設の社会化を図り、地域の福祉力の向上と利用者への福祉サービスの質の向上を進めています。

苦情対応について、マニュアルを整備し、対応結果等を広報誌に掲載し施設の状況をオープン化するとともに、未然防止に職員一丸となって努めています。

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を実施し、定期的な見直しと合わせて、状況の変化に応じて計画の見直しを行っています。

特徴としては、一般浴槽には温泉が引いてあり、施設内でいつでも温泉に入れるようになっています。

◆ 特に改善を求められる点

経営状況に関して、法人顧問会計士による指導を受け、改善に取り組んでいますが、今後は、さらに外部監査の導入が期待されます。また、正規職員には適正な人事考課を実施していますが、非常勤職員等への実施についての導入も期待されます。

職員研修をきめ細かく実施していますが、職員一人ひとりの研修ニーズを把握し、計画することが求められます。

サービス実施計画の作成において、理美容、心理面、余暇活動等の支援方法について、利用者の意向を尊重するための、具体的な支援方法の明示が求められます。

利用者からの相談や意見、提案への対応を行っていますが、組織としての具体的な手順や規程の作成が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価事業を受審するにあたり、日々の施設運営が客観的な視点のもと、どのような評価を受けるのかという不安もありましたが、評価結果を真摯に受け止めると同時に高い評価を受けた事柄は今後も継続し、また改善する課題部分については今後の事業運営において早急に取り組まなければならない課題目標と受け止め、さらなる利用者の視点にたったサービス提供を目標に掲げながら職員一丸で取り組んでいきたいと実感しました。

また、この評価事業の取り組みをご利用者様・家族・職員だけではなく、広く地域の皆様に周知・理解され、より施設を取り巻く環境の皆様から様々な視点で評価されるような施設運営を目指したいと考えております。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 理念・基本方針を明文化し、職員会議、採用時面接、研修時等に周知している。 * 家族・利用者等へは、6月の家族会で説明する他、各種広報誌や施設内掲示等で周知徹底を図っている。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 日頃からの課題を管理職会議等で集約し、計画に反映している。 * 中・長期計画を策定し、年度ごとの事業計画に反映している。 * 全職員に資料として計画を配布し、周知し、家族・利用者へは、家族会等で説明し周知している。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 管理者は、全体会議等で運営方針や方向性を明らかにし、文章化して、広報誌等に掲載し周知している。 * 管理者は、目標管理の指標を定め、経営や運営、業務の改善にリーダーシップを発揮している。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 把握した情報を法人全体で共有し、施設の特色を加味して分析している。 * 月ごとの、事業実績を多面的に分析し経営している。 * 法人顧問の公認会計士による指導を受けているが、外部監査は実施していない。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中・長期計画の中の人事管理計画に基づき人事の採用計画、教育訓練に関する方針を明確にしている。 * 職員の自己啓発の支援を法人全体で行っている。 * 実習生の受入体制を整備し、効果的な実習を行っている。 * 人事考課規程を定め、客観的な基準による人事考課を実施し、意欲の喚起に努めているが、非常勤職員への実施は十分でない。 * 職員研修に関する基本方針を明示し、研修を積極的に実施しているが、職員一人ひとりに必要とされる資質等の修得に向けた、個別研修計画の策定には至っていない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 各種マニュアルを整備し、実態に即した支援を行い、見直しを行っている。 * 事故や事故につながりそうな事例報告は、書類で管理者に報告され、月々の管理職会議で検討し、速やかに対策をとっている。 * 事故補償を行うための損害補償に加入し対応している。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ボランティア受け入れに関するマニュアルを整備し、マニュアルに基づき受け入れ体制を整備している。 * 毎年ボランティア総会を行い、ボランティア等との意見交換の場を設け、地域に開かれた施設となっている。 * 地域の介護教室等に講師を派遣するなど事業所が有

	<p>する機能を地域に還元している。</p> <ul style="list-style-type: none"> * 地域の運営協議会にて、行政担当者、各地区民生委員代表、老人クラブ代表等が定期的に課題や事例について検討している。 * 地域の福祉ニーズを把握し、把握したニーズに基づき事業・活動を実施している。 * 相談援助の困難なケースについて、対応フロー図はあるが、対応方法の文書化としては十分でない。
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者満足度調査マニュアルを整備し、毎年利用者と家族を対象に満足度調査を行い、提供するサービスの満足度と要望を確認し、評価改善部会により結果の分析と評価を行い、必要な改善に努めている。 * 職員行動指針及びプライバシー保護マニュアルにより、利用者の尊厳と人権への配慮等を規定し、組織的に利用者本位の福祉サービス提供に取り組んでいる。 * 苦情申立、解決の仕組みを整備し、内容は広報誌等に掲載し、周知している。 * 利用者からの意見等に対して、苦情解決要綱に基づき迅速に対応しているが、要綱には意見や提案の規程はなく、十分でない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * サービス評価改善会議を組織し、毎年1回自己評価を行い、結果分析と課題改善に取り組んでいる。 * 個々のサービスの実施方法についてマニュアルを整備し、サービスの実施方法を標準化している。また、サービス向上委員会により内容の検討と見直しを行っている。 * 記録管理規程を整備しているが、開示請求のための具体的な請求用紙等は準備しておらず十分でない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ホームページを公開するとともに、施設紹介ビデオを作製し、啓発に取り組んでいる。 * 行政・地域包括支援センターとの連携を密にし、必要に応じ、「補佐人」・「後見人」により利用者の権利を擁護するシステムを構築している。 * 事業所の変更や家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した対応をマニュアルに基づき実施している。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 定められた手順に従い、アセスメントを実施し、利用者個々の意向を配慮し、個別の課題に応じた目標を明示し、職員共通認識の下に、具体的に取り組んでいる。 * サービス実施計画の作成について、マニュアルを整備し、マニュアルに基づき、関係職員と連携し、利用者等への説明と同意を徹底している。 * 個別、具体的なサービス実施計画を作成しているが、理美容、心理面、余暇活動等の具体的な支援方法の明示は十分でない。

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。	A
	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。		
	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。	A
	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。	A
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。	A
	② 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	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。	A
	③ 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。		
	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	A
	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。	B
	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。	A
	② 実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	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。	A
	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。	A

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。	A
	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。	A

	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。	A
	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。	A
	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。	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。		
	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。	A
	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。	A
	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。	A
	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。	A
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	A
	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。	A
	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。	B
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。	A
	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。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A

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。	A
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
③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
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。	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。		
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。	A
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。	A
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。	A
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B
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。	A

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。	A

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。	A

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。	B
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。	A
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となる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。	B
⑮	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいが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。	A
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。	A
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