

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11月15日~20年3月18日
評価調査者番号	①H16-a003
	②H17-b006
	③H16-b002

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 梓の里	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 片山 康	開設年月日 平成元年 7月 1日
設置主体：社会福祉法人 梓友会 経営主体：社会福祉法人 梓友会	定員 80名 (利用人数) 80名
所在地：〒413-0713 下田市加増野181番地の1	
連絡先電話番号： 0558-28-1172	FAX番号 0558-28-1177
ホームページアドレス	http://www.shiyuukai.or.jp

(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 デイサービス 4 居宅介護支援事業所	4月お花見、5月こいのぼり会、6月あじさい見学、7月七夕会、8月納涼祭、9月敬老会、秋のミニ運動会、12月クリスマス会、1月新年会、2月節分会、3月ひな祭り		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室 5 2人部屋 4 3人部屋 1 4人部屋 16	事務室、食堂、ロビー、浴室、医務室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	介護支援専門員	1
生活相談員	3	事務 (非常勤)	1
介護職員	18	調理員	委託
ケアスタッフ(非常勤)	13	清掃	委託
看護師 (内非常勤)	5 (2)		

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

理念、基本方針のもと、組織全体が一丸となり、質の向上に向けて積極的に取り組んでいます。

管理者は、法令遵守のもと、サービス評価のシステム作りを行い、月に1回職員会議を実施し、職員の研修・情報共有の場とし、欠席者にも内容を伝達し、周知徹底を図っています。また、経営や業務の効率化に向けて、ISO9001の受審や、外部監査を実施し、コスト分析を行い、改善に取り組んでいます。

客観的な基準に基づき、人事考課を実施し、結果を職員にフィードバックさせ、業務に活かし、組織的な人材育成を図っています。

安全管理について、各種マニュアルを整備し、施設内は清掃が行き届き、明るく衛生的です。特に、感染症を発生させないための日常的な意識が高く、職員の行動に結びついています。

利用者を尊重したサービスを実施し、身体拘束廃止委員会を設置して、検討し、職員教育を徹底しています。また、利用者満足の向上を目指す文書があり、月1回利用者懇談会を実施し、利用者満足の向上に努めています。

施設の情報を、法人のホームページや広報誌等を発行し、積極的に情報を提供しています。

利用者個々について、定められた手順に従い、関係職員の連携のもとアセスメントを実施し、具体的に支援方法を明示しています。

◆ 特に改善を求められる点

理念や基本方針、計画について、利用者や家族等に説明会を実施したり、広報誌を発行して知らせていますが、さらにわかりやすく伝える工夫や周知確認の方法等の改善が望まれます。

研修計画を組織的に策定していますが、職員一人ひとりに求められる研修の計画の策定が求められます。

各種安全マニュアルを整備していますが、防災マニュアルについて、施設の特徴を考慮したマニュアルの整備が求められます。

地域との交流を実施していますが、さらに一層、施設の機能が発揮できる様な取り組みが期待されます。

機能訓練に関する専門のスタッフが配置されていませんが、心身両面の視点から高齢、障害の進行状況の把握や、機能の維持、改善のためにもスタッフの導入が期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービス第三者評価事業の受審にあたり、当施設では平成19年度より施設サービス基本方針に第三者評価事業の導入を目標に掲げ、利用者が望む「良質のサービス」とは何かを常に追及できるように、また自己評価では気づかない部分に質の確保、改善を目的に受審しました。

その評価結果に於いて改善しなければならない点に、理念や基本方針の説明について、利用者、家族等に分かりやすく理解・周知するための方法の工夫、さらに機能訓練に関することで、機能・能力の維持が心身両面の視点から生活の質を高めることを検討課題として職員一同で早急に対応を図って行く必要性を改めて感じる結果を得ることができました。

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、基本方針を明示している。基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となっている。 * 職員へは、研修や、会議等で継続的に周知徹底しているが、利用者や家族等への説明については、よりわかりやすく理解を促すための取り組みは十分でない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中・長期計画は課題や問題解決に向けた具体的な内容になっている。 * 計画の策定は、職員や利用者の意見を取り入れ、組織的に行っている。 * 計画は職員会議や利用者懇談会で行っているが、周知確認は十分でない。
<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、自らの役割と責任について、職員に表明している。 * 法令遵守について、リスト化し、月1回全職員対象に研修を行い、内容について確認するなど周知徹底している。 * 研修やサービスの質について評価を行い、改善に向けて取り組むシステムを構築し、積極的に質の向上に取り組んでいる。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 研修への参加や法人全体で把握された情報をもとに、事業計画と整合性のある予算編成など行っている。 * 経営や業務の効率化に向けて、経営調整会議を実施し、コスト分析や、サービスについて分析を行っている。 * ISO9001の取得や公認会計士による外部監査を受け、経営改善を実施している。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 客観的考課基準に基づき、人事考課を実施し、結果を職員にフィードバックし、業務に活かしている。 * 職員の意見を取り入れ、総合的な福利厚生事業を実施している。 * 実習生を受け入れ、マニュアルを基に、オリエンテーションを実施し、効果的な実習プログラムを作成するなど積極的に取り組んでいる。 * 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示し、研修担当者のもと組織的に研修計画を策定しているが、職員一人一人に必要とされる資質向上に向けた計画の策定は十分でない。 * 組織が目標とする人員体制に関するプランは確立しているが、それに基づく人事管理は十分でない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 安全管理マニュアルを整備し、定期的に見直しを行い、実際に活用している。 * 発生した事故やヒヤリハット事例を収集し、分析を行い、改善報告を行うシステムが構築されている。 * 防災マニュアルについて、火災、震災については整備しているが、風水害対応については十分でない。

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> * ボランティアの受け入れに関する基本的な姿勢を明示し、積極的に受け入れ、活動記録等整備している。 * 関係機関との連携を定期的に行い、具体的な課題や事例検討を実施している。 * 施設の行事に地域の方が参加したり、地域の行事に施設から出向くなど交流を図っているが、交通機関が少ないことや、地域で介護している方も多く、施設の機能は十分に発揮できていない。
<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"> * 日常生活の介助において、利用者のプライバシーを守る配慮がなされている。 * 利用者のくつろぎや快適性についての意見を述べやすい体制があり、満足の向上に努めている。 * 苦情申立、解決の仕組みが整備され、文書や掲示等で適切に対応し、機能している。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * サービス内容は、定期的に検討し、検討内容から課題を明確にし、質の向上に向けた取り組みを行っている。 * 提供するサービスにおいて利用者の意向を聴取し、可能な限り実施するよう努めている。 * サービスの実施に関わる利用者の記録を適切に行い、情報が共有化されている。 * 利用者の誕生日には、利用者の希望をかなえる行事を実施し、一時帰省や外食等の支援をしている。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * 本人の契約締結が困難な場合は、手順に基づき、成年後見制度や代理人の活用にて対応している。 * 入院と死亡によるサービスの移行が多いが、それぞれ書面による引継ぎを整備している。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * 施設サービス計画書に沿ってアセスメントを実施するとともに、定期的な見直しを実施し、利用者一人ひとりに応じた具体的な計画を策定している。 * 関係職員による会議をもとに利用者の意向を反映した計画を策定している。 * 失語症等、コミュニケーションに支援を要する利用者に対する方策は、明示はあるが、実態としては不十分な状況である。 * 機能訓練に関する支援方法の具体的な明示がない。

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。	B

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。	B

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。	A

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。	B
③	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。		
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。	A
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。	B
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。	B
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。	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。	B
	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。	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。	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。	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。	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。	A

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。	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。	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。	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。	B
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。	A
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。	C
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。	B
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。	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。		
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