

## 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12月12日~20年3月18日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H16-b002
	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： (施設名) 太陽の里	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 細田 千秋	開設年月日 平成13年4月16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 30名 (利用人数) 27名
所在地：〒410-3514 賀茂郡西伊豆町仁科1134	
連絡先電話番号： 0558-52-6200	FAX番号 0558-52-6600
ホームページアドレス	<a href="http://www.shiyuukai.or.jp">http://www.shiyuukai.or.jp</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	4月お花見会、誕生会、5月八十八夜、仁科幼稚園児とのふれあいタイム、8月納涼祭、七夕会、9月敬老会セミナー、12月クリスマス、忘年会
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
1人室 10室 4人室 5室	事務室、食堂、機能訓練室、浴室、医務室

#### 職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	栄養士	1
看護師 (機能訓練指導員兼務)	2	事務職員	1
介護支援専門員	1		
介護職員 (内非常勤)	14 (7)		

## 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

理事長・施設長・管理職の指導性の下、組織全体で福祉サービスの向上に取り組み、常に現状を改善する姿勢があります。

改善手法として、ISO9001の認証を取得し、福祉サービスの質向上、経営の近代化等、時代の先端を行く努力をし、理念実現に役職員一丸となり努力しています。

各種マニュアルを整備し、改善のサイクルがシステム化され、職員は、実行しています。

人事考課制度を取り入れ、公正な人事管理と待遇改善、教育研修に活用し組織的な人材育成の取り組みをしています。

3月に一度の経営改善委員会に於いてサービス実施の結果を全職員に発表しています。

地域との関わり方について、基本的な考え方を明示し、地域に講師として出向いたり、行事等で交流し、地域に必要な社会資源だという認識をもたれています。

施設の情報を、法人のホームページやDVD等で紹介するなど積極的に提供しています。

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、具体的に課題を明確にし、その支援方法を明示し質の高いケアを実践しています。

### ◆ 特に改善を求められる点

家族・利用者へ広報誌等を発行するなど情報提供に取り組んでいますが、理念や計画について、さらにわかりやすく伝える工夫や周知確認の方法等改善が望まれます。

地域組織との関係は行政との関係のみならず、施設独自で積極的に取り組む姿勢を期待いたします。

実習生を受け入れ、積極的な指導をしていますが、利用者の意向把握等さらなる取り組みが期待されます。

行政からの依頼によるサービスを提供していますが、さらに把握したニーズに基づく事業・活動の具体的な実施が期待されます。

プライバシーへの配慮について、マニュアル等整備し職員教育を適切に行っていますが、人から見られないようにするための配慮について、更なる実践での取り組みが期待されます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

太陽の里は「夕陽まち」西伊豆町の中心地にある施設です。初夏になると天草を干す潮の香りが漂い、季節を肌で感じることができる自然あふれる地域にあります。その中で地域住民の方々や子どもたち、そしてボランティアに支えていただきながら、ご利用者が自分らしく穏やかに生活が出来ることを願い、職員一同、日々心を入れて支援させていただいております。

今回の第三者評価結果をご利用者・ご家族様を含め幅広く開示すると共に、今後はこの評価結果を真摯に受け止め、ご利用者の立場に立ったサービス提供に向けて更なる改善に取り組んでいき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"> <li>* 「選ばれる施設を目指して顧客満足度の向上に努力する」等の理念を掲げ、理念に基づく基本方針を内外に公表している。</li> <li>* 入職時や職員会議等で理念や基本方針を職員に周知している。</li> <li>* 理念や基本方針を施設内に掲示しているが、字の大きさ等小さく、利用者等への周知の取り組みは十分でない。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 5年後のあるべき姿を策定し、年度ごと事業計画に取り入れ実践している。</li> <li>* 計画は、職員の参画の基に策定し、職員会議等で周知している。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 福祉サービスの「質の向上」に積極的に取り組んでいる。</li> <li>* 年2回評価・分析をシステムに基づき行い、管理者として指導性を発揮し業務改善に取り組んでいる。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 外部の会計事務所による、コンサルタントを受け、更にISOの審査を受け経営改善に努めている。</li> <li>* 月々経営調整会議を開催し経営状況の把握・分析が組織的に行われている。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 人事考課制度を取り入れ、教育・待遇改善に活用している。</li> <li>* 研修制度の徹底は、法人本部で研修担当者を配置し一元的に取り組んでいる。</li> <li>* 実習生について、法人で一括管理し、実習生の希望を把握し、効果的なプログラムを作成するなど積極的に取り組んでいるが、個別の実習では、利用者の意向把握は行っていない。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 各種マニュアルを整備し、改善のシステムも、ISOの基準に基づき行われている。</li> <li>* 事故報告・ヒヤリハット報告を受け、事故防止に向けて取り組みが、組織的に行われている。</li> <li>* 防災マニュアルについて、火災、地震について整備しているが、風水害対応については十分でない。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 希望があれば講師を派遣するなど組織的に対応している。</li> <li>* 地域と関連機関との連携は、行政主導で行われており、積極的に参加しているが、施設独自の取り組みは十分でない。</li> <li>* 行政からの依頼によるサービスを提供しているが、把握したニーズに基づく事業・活動の具体的な取り組みは十分でない。</li> </ul>

<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"> <li>* 利用者の基本的人権については、法人・施設内研修を定期的実施し、利用者を尊重する姿勢を明示している。</li> <li>* 満足度調査を実施し、希望や提案に可能な限り対応し、満足の向上に努めている。</li> <li>* 第三者委員、相談窓口等の設置で体制が確保されており、常に利用者や家族には積極的に意見等の聴取に心がけている。</li> <li>* プライバシー保護に関する手順書を整備しているが利用者が人から見られるということへの配慮についての取り組みは十分でない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ISO の取得によりサービス内容を正しく評価し、課題の明確化、改善策への取り組みがなされ、質の向上が組織的に行われている。</li> <li>* 提供するサービスの実施方法や見直しの仕組みが確立している。</li> <li>* サービスの実施計画に基づいた実施記録が、職員が共有できる書式により適切になされ、記録の管理体制が確立している。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ホームページを公開するとともに、施設ビデオを作成、広報誌を定期的発行し啓発に努めている。</li> <li>* 社会的権利擁護に関する手順書定め契約困難な利用者への配慮に努めている。</li> <li>* サービスの変更について、利用者・家族等への説明・同意が的確にされている。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 定められた施設サービス計画書作成手順に従い、職員共通の下に具体的に取り組んでいる。</li> <li>* 個別の優先ニーズを把握し、長期、短期のサービス目標を実現するに当たり施設サービス契約書に明示し関係職員の共有化の基に実行している。</li> <li>* 利用者一人ひとりのサービス計画を策定しているが、心理面や機能訓練、余暇等の具体的な支援方法の明示は十分でない。</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。	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。	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。	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。	A
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。	A
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。	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。	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。	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。	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。	B
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	B
	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。	B

### 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。	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。	B
	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。	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。	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。	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。	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。	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。	B
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。	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