

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人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	平成24年3月6日～平成24年8月6日
評価調査者番号	①H20 - a011
	②H17 - b002
	③H17 - b003

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称： 社会福祉法人 峰栄会 (施設名) 特別養護老人ホーム きじの里	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 加藤美恵子	開設年月日 平成23年4月1日
設置主体：社会福祉法人 峰栄会 経営主体：社会福祉法人 峰栄会	定員 80名(特別養護老人ホーム) 20名(ショートステイ)
所在地：〒434-0046 静岡県浜松市浜北区染地台5-4-3	
連絡先電話番号：053-585-3333	FAX番号：053-585-3390
ホームページアドレス	<a href="http://www.biz.biglobe.ne.jp/~houeikai/">http://www.biz.biglobe.ne.jp/~houeikai/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
介護老人福祉施設 ショートステイ デイサービス (保育所併設)	桜の花見、ドライブ、花火鑑賞、敬老会 運動会、お月見、忘年会、クラブ活動 歌と体操(月2回)・習字(月1回)・ 料理を楽しむ会(月1回)		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
全室個室	保育園、親子ひろば 保育園事務所、総合事務所、厨房 デイサービスセンター、オープンカフェ、 屋上菜園、多目的ホール、児童プール		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	生活相談員	1
看護師	5	介護職員	34
栄養士	2	介護支援専門員	1
調理員	2	事務員	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

- 平成 23 年 4 月に開設し、利用者の視点にたった温かいサービス提供を理念や方針に掲げ、管理者や職員は、豊かな経験を基に、「利用者の生活暦」を尊重した支援を行っています。
- 施設内には最新の設備が用意され、安全で快適な生活空間を提供しています。利用者の嗜好や希望に応じた食事が提供され、摂取状況を常に把握し、柔軟に対応できるように努めています。
- 地域（住民）と交流機会を積極的に設け、施設会議室を貸出や介護講座の開催など、地域密着型の施設を目指しています。
- 利用者が充実して生活できるように、利用者によるグループ制（班制）を設け、利用者の意向を実現する配慮と権利擁護を徹底する等の工夫に努めています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 施設整備や職員体制、人材育成を含めた、具体的な中・長期計画の策定が望まれます。
- サービスの質の向上に向けて、職員の研修実施（受講）に努めていますが、職制に応じた求められる資質を明確化し、具体的な研修計画の策定と定期的な評価・見直しを行うことを求められます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

きじの里は平成 23 年 4 月に開設し、開設 1 年以内での第三者評価受審を決意いたしました。

周りからは、なぜ今なの？という声も聞かれましたが、開設後まもなくだからこそ、施設の現状を把握し、速やかに施設づくりに反映していきたいと思われました。第三者評価事業を受審し、職員一人ひとり大変勉強になりました。客観的に評価していただく事で、これで良いんだという自信とまだまだであるという現実を思い知らされました。

今回の結果を真摯に受け止め、サービス向上に役立てていきます。ありがとうございました。

#### 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>	<p>*理念や基本方針を明文化し、玄関に掲示している。 *職員、利用者、家族にパンフレットを配布し、説明、周知している。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中期計画を掲げているが、施設整備や職員体制、人材育成等、具体的な取組を描いていない。 *計画策定には全職員が参画し、職員の意見を基に検討が行われている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*管理者の責任と役割を業務分担表に明記し、職員会議等でもリーダーシップを発揮している。 *内・外研修会等に積極的に参加し、遵守すべき法令を理解するよう努めている。しかし、業務と関係法令を関連付けたリスト等は作成していない。 *常に利用者本位の視点に立ちながら、職員の意見を聞き入れ、サービスの向上に積極的に取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*事業経営に係る環境の変化について、行政等を通して把握し、地域の福祉ニーズを把握するために、アンケートの実施や地域の会議に積極的に参加している。 *外部による評価、監査は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*職員の研修に関する基本的な姿勢は明示しているが、職員一人ひとりの知識や技術の把握、またその分析を基にした個別の研修計画はない。 *職員の就業状況や意向を把握している。 *客観的な基準に策定し、人事考課を行っている。結果を職員にフィードバックし、仕事に対する意欲を引き出している。 *実習生の受入を積極的に行っている。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*発生した事故やヒヤリハット事例を収集、分析し、事故防止に向けて積極的に取り組んでいる。 *地震、火災だけでなく各種災害の対応マニュアルを整備し、定期的な訓練、見直しを行っている。 *最新の設備や備品等の導入で、安全管理に力を注いでいる。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*地域住民との交流を積極的に行い、災害時等での住民用飲料水の確保等、地域との関わりを大切にしている。 *近隣の地区社会福祉協議会の活動を支援している。 *会議室等の施設機能を地域に開放している。 *ボランティアを積極的に受け入れている。 *地区社協との会合を月2回実施し、その他民生委員児童委員との連携を密にしている。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*利用者本位の生活支援を行うために、「生活マニュアル」を策定し、一人ひとりの今日の過ごし方を聞き取り、実現に向けて取り組んでいる。</p> <p>*「職員の心得」「生活マニュアル」を職員全員に配布し、その内容を確実に理解し、日々のサービスに活かせるよう内部研修を定期的に行っている。</p> <p>*利用者居室が全室個室であり、一人ひとりの生活の充実にに向けて職員が一丸となり取り組んでいる。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*感染症予防対策や予防設備が充実している。</p> <p>*利用者の状態について、コンピューター回線で利用者情報が職員間で共有できるシステムが導入され、職種間の協働・連携の確保に繋がられている。</p> <p>*利用者に関する生活歴や意向を把握するための情報収集が丁寧に行われている。</p> <p>*施設計画書に連動する個別計画書が作成され、利用者の意向に沿えるように努めている。また、6ヶ月に1回以上見直しを行っている。</p> <p>*評価シートが整備され、年ごとに色分けして内容の進捗状況が確認できる。目標、概要、予定時期、経過等の項目により、サービス内容の状況が一目で確認できるよう工夫されている。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*介護サービスについて利用者及び家族に対して説明と同意に基づく手続きを確実にし、契約書及び重要事項説明書にて利用契約を適切に取り交わしている。</p> <p>*介護契約を締結することが困難な利用者に対し、成年後見制度の説明を行っている。</p> <p>*退所が必要な利用者に対して、医療機関等と連携し、生活支援に努めている。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*利用者へのアセスメントは定められた手順で行われ、一人ひとりの利用者への施設介護計画書に基づく、個別に具体的な支援方法を明示している。</p> <p>*利用者が役割を担い、充実した生活が送れるように班制を設け、積極的に利用者の意向を把握し、柔軟に支援方法を改善する仕組みを設けている。</p> <p>*介護計画作成は介護支援専門員の下、利用者の意向を確認し、必要な職種が連携して目標に対する具体的なプランが作成され、利用者及び家族に同意を得ている。</p> <p>*介護計画書は、優先度の高い順に具体的な支援方法が記載され、職員が理解し、実践している。</p>

## 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。	A
	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	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組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組に指導力を発揮している。	B

### 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 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
	③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	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	施設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。	B
②	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。		
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	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組が行われている。	B
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。		
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。	A
②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	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組が行われている。		
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。	B
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組を行っている。	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	施設が有する機能を地域に還元している。	A
④	ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	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。	A
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
	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組が行われている。	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組を行っている。	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組を行っている。	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機能している。	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組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	施設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	施設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	施設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に対する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に対する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に対する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に対する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に対する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に対する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に対する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。	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。	A
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