

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	H24年7月11日～H25年3月28日
評価調査者番号	① H20-a011
	② H16-b001
	③ H16-b003

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)特別養護老人ホーム 聖ヨゼフの園	種別：特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
代表者氏名： (管理者) 稲川 直子	開設年月日 昭和 44年 6月 20日
設置主体： 経営主体：社会福祉法人 聖母福祉会	定員 90名 (利用人数) 89名
所在地：〒422-8076 静岡市駿河区八幡4-6-9	
連絡先電話番号： 054-282-1871	FAX番号 054-282-1836
ホームページアドレス	http://seijoseph.wikiplus.net/index.html

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
*長期入所 *短期入所生活介護 *通所介護 *訪問介護 *居宅介護支援事業所	茶話会、藤の花見物、イースター 運動会、音楽会、ふれ合いショッピング、ミサ、食事会、ひまわり食堂、 夏祭り、敬老祝賀会、芋煮会、豆まき 召天者記念ミサ、餅つき、クリスマス 書初め、ひなまつり など		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
ユニット型(個室)30床 1階せせらぎ、2階そよかぜ 3階こもれび 多床室(4人部屋)60床 1階(虹)にじ、(夢)ゆめ 2階(灯)ともしび、(翼)つばさ	リビング、事務センター、相談室、 ベランダ、機能回復訓練室、食堂、 ホール、聖堂		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	(1)	介護支援専門員	1
准看護師・看護師	看4(1)准看2	栄養士	5
生活相談員	2	機能訓練指導員	(1)
施設長	1	調理師	8(8)
介護職員	43(22)	事務員他	3(1)

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

- キリスト教(カトリック)の精神、「慈愛」に満ちたサービス提供を理念に掲げ、施設長はじめ職員は、心が通い合う、温もりのあるサービスの提供を心がけています。
- 昭和44年の開設当初から、地域との交流や、地域のボランティアの受け入れを積極的に行い、地域に根ざした施設を目指しています。
- 日差しが、どの部屋にもとりこめられるように設計された室内は、快適で、心落ち着く場となっています。
- 利用者の意向で、近隣のスーパーから、施設に出張してもらい、利用者が自由に買い物をできるようにするなど、独自のサービスを提供しています。
- 利用者アンケート及び家族アンケートからの満足度は高く、利用者本位の、きめ細かな対応をしている事が伺えます。

◆ 特に改善を求められる点

- 遵守すべき法令を正しく理解する為に、積極的な取り組みが求められます。
- 人事考課を実施していますが、客観的な効果基準や、職員へのフィードバック等の具体的な取り組みは十分ではありません。
- 安全管理には気を配り、各種のマニュアルが策定されていますが、一部マニュアルの内容が不足しているものや、見直しがされていないものがあり、整備が望まれます。
- 利用者の意向に沿ったサービスを個別、具体的に行っていますが、継続、安定したサービスを提供していくためにも、組織的としてのマニュアルを整備していくことが求められます。
- 排泄委員会や入浴委員会等の各委員会でサービスの内容について検討したり、年に1回各職員が振り返りをしていますが、自己評価の内容や、検討した結果の課題の明確化や改善計画の立案をし、中長期計画や事業計画に基づき事業を推進する仕組みづくりをより明確にすることが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価を受審し、施設の課題が明確化されました。

評価基準に沿いながら、施設職員全員が取り組むことにより、業務の振り返りとなったと同時に、社会や地域において必要とされているニーズや課題についても受けとめる良い機会となりました。

取り組みは行っているものの、マニュアル化、明文化、見直しなど不十分な点については今後の課題とし、改善努力して参ります。

高齢化がますます進む中で、法令順守はもとより、情報公開、ご利用者満足、介護の質の向上、キャリアパスの運用などが求められます。今回の受審結果を新たなスタートとし、今後も理念の共有化をはかり、ご利用者を始めとし、ご家族、地域社会にますます必要とされる施設になれますよう、職員間の連携、意識の向上を目指して参ります。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ 1 理念・基本方針	＊キリスト教(カトリック)の精神に基づき、理念、基本方針を明文化し、「施設概要」等に記載し、職員や利用者、利用者家族等に周知している。
2 計画の策定	＊中・長期計画は具体的な内容で策定している。 ＊事業計画は職員参画のもと、組織的に策定され、職員会議で周知している。
3 管理者の責任とリーダーシップ	＊管理規定に基づき、役割や責任体制を明確にしている。 ＊管理者は各会議に参加し、職員からの意見、課題を聴取し、自ら助言、指導を行ない、サービスの質の向上に取り組んでいる。 ＊遵守すべき法令等について把握に努めているが、法令のリスト化や周知する取組が十分でない。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	＊社会福祉事業全体の動向や、地域の潜在的なニーズの把握が十分でない。 ＊公認会計士による外部監査を実施し、定期的に助言、指導を受けているが、改善に向けて具体的な取組が十分でない。
2 人材の確保・養成	＊職員の就業状況や意向を的確に把握し、改善する仕組みがある。 ＊実習生を積極的に受け入れ、効果的なプログラムに基づき育成している。 ＊人事考課を実施しているが、客観的基準に基づく取組は十分でない。
3 安全管理	＊各種マニュアルを策定し、安全を確保する為の取り組みを行っている。 ＊一部マニュアルのについて、手順書としての整備が十分でない。 ＊発生した事故や、ヒヤリハット事例を収集、分析し、事故防止に向けて取り組んでいる。
4 地域との交流と連携	＊施設便りを地域に配布したり、自治会と共に、祭りや防災訓練を実施する等、交流の場を設けている。 ＊地域の幼稚園、保育園等との交流も盛んに行っている。 ＊地域住民向けの講座を実施をしている。 ＊ボランティアの受け入れ体制を整え、多くのボランティアとの交流を深めている。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	＊利用者の意思を尊重したサービス提供に努め、定期的に行う各種会議で理解を深めている。 ＊プライバシーへの配慮は、サービスごとに明示があり、個別具体的に支援している。 ＊茶話会や家族会等を開催しているが、寄せられた意見についての組織的な活用は十分でない。 ＊苦情対応マニュアルを整備し、内容をホームページに公表するなど対応しているが、手順やその見直しなどの取組は十分でない。

<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*提供するサービスに地域性を活かして、近隣の店舗と協力し、施設で買い物ができるなど、独自の特徴を有している。</p> <p>*サービス実施の内容は、ケアカンファレンスと合わせて、パソコンのネットワークシステムで迅速に情報の共有を図っている。</p> <p>*標準的なサービスのマニュアルを作成し、定期的に見直しているが、職員への周知徹底は十分でない。</p> <p>*サービス内容について、職員が自己評価を行っているが、評価結果を、課題や改善策の立案に活かすなどの取組は十分でない。</p> <p>*利用者に対する記録の管理体制の確立が十分でない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*ホームページを公開し、施設の情報を提供している。</p> <p>*見学は、随時受け付けており、個別に説明している。</p> <p>*サービス利用の際は、事前にオリエンテーションを行い、わかりやすく説明している。</p> <p>*契約締結が困難な利用者に対して、日常生活自立支援事業や成年後見制度の紹介はしているが、積極的な取組としては十分でない。</p> <p>*施設の変更や家庭への移行にあたり、看護要約を提供したり、亡くなった家族へは慰霊祭の案内を送るなどしているが、その手順の整備は十分でない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*サービス実施計画は、優先順位を明確にし、課題に対する個別、具体的な支援方法を明示し、定期的な見直のもとにサービスを実施している。</p> <p>*利用者の状況は、サービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みとなっている。</p> <p>*サービス実施計画の策定に関する手順はあるが、実施時期などの具体的な明示は十分でない。</p> <p>*利用者の社会復帰に向けての支援の明示は十分でない。</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。

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 事業計画の策定が組織的に行われている。	A
	② 事業計画が職員に周知されている。	A
	③ 事業計画が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。	B
	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	B
	③ 外部監査が実施されている。	B

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。	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 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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 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。	A
	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。	A
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
	① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	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）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	B
	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	A
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	A
	④ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
	⑤ 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
	⑥ 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	B
	⑦ 事故補償（賠償）を行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 ボランティアの受け入れに対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
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。	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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	A
②	利用者の意思を尊重している。	A
③	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。	B
④	利用者の尊厳が守られている。	B
⑤	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
⑥	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
⑦	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
⑧	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
⑨	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
⑩	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、取組を行っている。	B
②	利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
③	利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
④	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
⑤	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
③	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
④	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	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B
②	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
③	利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛け組織的に対応している。	B
④	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B
⑤	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	C

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。	B
②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	C
③	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。	B

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	B
	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。	B
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 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	A
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C
	③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	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 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A
	② サービスの開始にあたり利用者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。	B
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。	B
	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
	③ 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
	④ 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
	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ 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
	⑧ 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

	⑨ 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
	⑩ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
	⑪ 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
	⑫ 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
	⑬ 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
	⑭ 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 サービス実施計画を適切に策定している。	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。	B
	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 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	B
	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。	B