

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28年11月10日 ～平成29年1月19日
評価調査者番号	② H17-a013
	② H17-b014
	③ H21-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) 松秀園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 太田 圭一郎	開設年月日 平成18年8月29日
設置主体：社会福祉法人 和松会 経営主体：社会福祉法人 和松会	定員 40人 (利用人数) 40人
所在地：〒 437-1505 静岡県菊川市高橋 2774-1	
連絡先電話番号： 0537-63-1100	FAX番号 0537-63-1118
ホームページアドレス	http://washoukai.or.jp/shoushuuen/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
ユニット型特別養護老人ホーム 短期入所生活介護	地藏尊大祭・夏祭り、やおまつ訪問販売、避難訓練等		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
全室個室 (10名1ユニット×4)	食堂・居間4、地域交流室(防災型)、医務室・静養室、浴室(一般2、中間2、特殊1)、洗濯室3、汚物処理室2、厨房、事務室、相談室、		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	管理栄養士	1
生活相談員	1	看護師	1
介護支援専門員	1	看護師(非常勤)	2
介護職員	12	事務員	1
介護職員(非常勤)	7	清掃(非常勤)	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

- 地域との関係を大切にする姿勢がみられ、広い防災型地域交流室をもち、日常的に保育園児との交流が実施されるなど、地域に開かれた施設となっています。
- 施設全体が4つのユニットに分かれ、少人数で落ち着いた環境で過ごせるように介護しています。利用者の居室は全て個室となっています。
- 室内は冷暖房が行き渡っており、トイレや浴室の脱衣所もフローアールと同じ暖かさが保たれています。
- 選択食を実施しており、主食を米またはパンから選ぶことができるようになっています。また、栄養ケア計画を実施し、利用者の心身の状況に合わせて4種類の硬さの食事を用意しています。
- 終末期まで、利用者の尊厳を大切にしています。看取り介護に関する指針を作成しており、ケアマネジャーが実施方法を示して、それに従って職員が対応するようにしています。

◆ 特に改善を求められる点

- 事業計画の策定について、職員の参画や意見の集約・反映、周知などの仕組みを定め、組織的に取り組むことが求められます。
- 職員の研修について、一人ひとりの職員に対する組織としての研修教育計画を策定し質の向上につながる取組みが求められます。
- 相談援助、サービス実施計画の策定等に関するマニュアルの整備が必要です。
- 相談援助技術、身体拘束、プライバシー保護等の研修の機会を定期的に設ける必要があります。
- ケアマネジャーを中心に余暇活動として、音楽教室を実施していますが、余暇活動や生きがいづくりの活動メニューが少ないので、十分揃うように検討することが期待されます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価結果に関しては特に不満、意義はありません。大体予想通りの結果だと思えます。

特にマニュアルの整備が行えていないので、少しずつ手をつけていければと思っています。

施設としてはいままで現場を大切にしてきたつもりなので、利用者さん、ご家族さんがある程度評価して下さっていたので良かったです。

アンケートにも書かせていただきましたが、初めての受審ということで、しっかりと理解されないまま進んでしまい、職員の中でも理解度にばらつきがありました。

進め方が悪かったという事もあります・・・。

初回受審の事業所に関しては、進め方も含め、もう少し関わりをもってアドバイスなどをいただけたら良いかな、と思いました。

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>	<ul style="list-style-type: none"> * 理念や基本方針が明文化されている。 * 職員へ配布説明しているが、周知状況の把握や継続的な取り組みは十分ではない。 * 利用者等へは入所時に配布説明しているが、継続的な取り組みは十分ではない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中長期計画は策定されていない。 * 事業計画は策定されているが、管理者等一部のものが策定し理事会の承認を得ているが、組織的に行われておらず、評価見直しも十分ではない。 * 事業計画は職員や利用者への配布されていない。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 質の向上のため各種会議や委員会を構築し、現場であるユニットごとの会議に参加し職員の意見や考え方を取り入れる体制を整えている。 * 経営や業務の効率化の改善に向けた具体的継続的な取組が十分ではない。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者の状況などパソコンで把握管理し、事業計画に経営目標として入所者率 98.5%を掲げ取り組んでいるが、施設全体で取り組む具体的な課題の設定や実施が十分ではない。 * 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"> * 人事考課が客観的な基準に基づき適切に実施されている。 * 運営規程に基づく業務分掌表、事務分担表が作成され、職員へ周知している。 * 必要な人材に関する取り組みは法人を中心に毎週開催される施設長会議等で検討されているが、具体的なプランの確立はない。 * 職員の教育・研修については事業計画にその姿勢が明示されているが、職員の個別研修計画はない。 * 実習生の受け入れは行われているが、受け入れに関する基本姿勢や受け入れ手順等を内容としたマニュアルが整備されていない。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者の安全を確保のための各種マニュアルが整備され委員を定期的に関催し検討する体制が整備されている。 * 一部のマニュアルの整備が十分でないものがあり、見直しも定期的な取り組みになっていない。 * 事故補償については、賠償が無制限になっておらず、想定される事故を補償できる内容としては十分でない。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 地域との交流を積極的に行うことを基本方針に掲げ、日常的に保育園児との交流や高校生の訪問活動などが行われている。 * 地域貢献として、防災型地域交流室を整備し地域に開放している。 * ボランティアの受け入れについて、児童生徒用の事前学習資料はあるが、施設としての基本姿勢や受け入れの手順等を内容としたマニュアル等がなく、体制が整備されていない。
<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"> * 理念・運営指針に基本姿勢が明示されている。 * 苦情相談解決責任者・第三者については、玄関に掲示。意見箱がユニット入口に設置されている。苦情受付書は、当日記入し回覧。第三者委員への報告は、毎月の苦情相談委員会で報告している。利用者等には便りで公表している。 * 身体拘束を実施する場合は、その理由・経過を記録し再検討されているが研修等の実績がなく十分でない。 * 利用者・家族に対して年1回アンケートを実施。職員には回覧、家族にも配布しているが、アンケート結果の分析は行われていない。 * 生活相談員が主な相談窓口となっており、重要事項説明書に明記しているが、利用者や家族にわかりやすく伝える工夫は十分でない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 入浴・食事・感染予防に関するマニュアルが整備されている。プライバシーに関する文面はあるが具体的方法は無い。 * 個人情報保護に関して、契約書の秘密保持に記載され、個人情報に関する同意書はあるが、肖像権等に関する内容となっており、情報開示については文章化されていないなど、記録の管理について規定が定められていない。 * マニュアルは、データーや書面で保管されている。新人研修でマニュアルを確認しているという事だが実践した記録はない。 * サービスの実施状況はケース記録に記載されているが、記録する職員に差が生じないようにするための記録要領はなく十分でない。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> * ホームページ・パンフレットを作成し、各法人施設、市役所、中学校などに配布している。 * 見学者は、随時受け入れている。 * サービスの概要を分かりやすく説明した書面を作成し、契約時に説明している。同様のものを玄関に掲示している。 * 契約書・重要事項説明書に基づき説明を行い、署名・捺印で同意を得ている事を確認した。サービス内容や料金・契約解除等に関する説明も行われている。

<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * サービス実施計画策定の責任者はケアマネとしているが、体制は確立していない。 * 組織としてケアプランの作成手順を示した書面が作成されているが、アセスメント表など、組織が定めた統一した様式がなく、個別、具体的な解決すべき課題の明示はない。 * モニタリングは、ケアマネが記録からまとめ、月1回の会議でカンファレンスを行っているが利用者・家族等の出席はなく、評価や見直しに関する手順が定められていない。
<p>評価対象Ⅳ</p> <p>1 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 施設全体を4つのユニットに分け、少人数で落ち着いた環境で過ごせるように介護している。利用者の居室は全て個室となっている。 * 終末期まで利用者の尊厳を大切にしている。看取り介護に関する指針を作成しており、ケアマネジャーが実施方法を示し、それに従って職員が対応している。 * 毎月1回「施設だより」を発行し、家族に送っている。敬老会や開園祭等の施設行事には家族を招待し、利用者と家族の交流や連携を図っている。 * 施設利用時の聴き取りで趣味等を尋ね、ユニット単位で利用者が過ごしやすいように配慮しているが、一人ひとりに応じた過ごし方ができるように対応するための検討が求められる。 * 認知症の利用者へは、見守りを行っているが、介護認定者だけの評価を対象としており十分ではない。
<p>2 日常生活支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 選択食を実施しており、主食を米またはパンから選ぶことができる。また、栄養ケア計画を実施し、利用者の心身の状況に合わせて4種類の硬さの食事を用意している。 * 歯科医が月2回訪問診療し、歯科治療と口腔ケアの指導を行っている。食後は毎回歯磨きを行い、一人ひとりに合わせた口腔ケアを行っている。 * 室内は冷暖房が行き渡っており、トイレや浴室の脱衣所もフローアと同じ暖かさが保たれている。 * 余暇活動や生きがいづくりについて、ケアマネジャーを中心に音楽教室を実施しているが、活動のメニューが十分にそろっておらず十分でない。

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。

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 法人や施設の理念が明文化されている。	A
	② 法人や施設の運営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。	B
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B

I-2 事業計画の策定

		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) 事業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。	C
	② 事業計画が職員に周知されている。	C
	③ 事業計画が利用者等に周知されている。	C

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。	B
	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。	B
	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。	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。	C
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	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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。	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。	C
②	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。	C

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。	A
③	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
④	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
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。	C

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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	A
②	施設が有する機能を地域に還元している。	A
③	ボランティアの受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	C
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。	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。	C

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。	B
	② 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。	B
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
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。	C
	③ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A
	④ 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。	C
	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。	C
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。	C
Ⅲ-2-(3) 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。	B
	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。	B
Ⅲ-2-(4) 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。	C

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

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。	C

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。	C
	② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	C
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。	C
	② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	C

評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1)	利用者の権利擁護	
	① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	B
	② 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	B
	③ 成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。	B
	④ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	A
	⑧ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	B
	⑨ 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	A
Ⅳ-1-(2)	支援の基本	
	① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。	B
	① 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	A
Ⅳ-1-(3)	家族との連携	
	① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	A

Ⅳ-2 日常生活支援

		第三者評価結果
Ⅳ-2-(1)	身体介護	
	① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	④ 褥瘡の発生予防を行っている。	A

IV-2-(2) 食生活		
	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	A
	② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	A
IV-2-(3) 整容、理・美容		
	① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。	A
	② 利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。	A
IV-2-(4) 機能訓練・介護予防		
	① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	B
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	B
	② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	A
IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり		
	① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。	B
IV-2-(7) 建物・設備		
	① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	B