

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9月18日~19年12月5日
評価調査者番号	① H17-a008
	② H17-b007
	③ H17-b012

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：東海清風園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 吉野 久江	開設年月日 昭和46年4月1日
設置主体：社会福祉法人 賛育会 経営主体：社会福祉法人 賛育会	定員 170人 (利用人数) 170人
所在地：〒437-1612 御前崎市池新田 4094	
連絡先電話番号： 0537-86-3286	FAX番号 0537-86-7604
ホームページアドレス	http://www.san-ikukai.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. デイサービス 3. ショートステイ 4. 居宅介護支援事業所 5. 訪問介護 6. 訪問入浴介護 7. 在宅介護支援センター	4月開園記念日 5月端午の節句 6月運動会・利用者懇談会 7月七夕祭り・夏祭り 9月防災の日・敬老行事 10月地区祭典・賛育会フェスタ 12月演芸大会・クリスマス 1月元旦挨拶回り・利用者懇談会・2月節分行事・ボランティア感謝会 3月ひなまつり・召天者記念会など
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
4人室 32室 1人室(個室) 50室	事務所・相談室・庭・食堂・浴室・静養室・医務室・機能訓練室

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	介護職員(内非常勤)	80(31)
副施設長	1	介護支援専門員	4
生活相談員	4	機能訓練指導員(内非常勤)	4(3)
看護職員(内非常勤)	10(6)	事務職員(内非常勤)	8(5)
管理栄養士2、栄養士1	3	嘱託医	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

法人の憲章を理念として、経営、事業計画が作成されており、職員がその趣旨を把握しています。

基本的な各種情報をイントラネットシステムで職員が随時、閲覧・確認できる体制を構築し、情報共有に努めています。

利用者の計画について、個別対応した支援方法が詳細に記されており職員が状態を把握しやすくなっており、記録も整備しています。

人材の育成・職員への資質向上のためのマニュアルを整備し、人事考課とともに適切な評価を実施し、個々の職員のレベルアップのシステムを構築しています。

各委員会を作り、組織的にサービス向上の為の体制を整備しています。

施設内廊下などは採光する作りになっており、利用者の作成した作品を展示しくつろぎやすい環境を作っています。

栄養モニタリングを行い嗜好の把握に努めて献立に取り入れています。行事食での工夫や園内レストランを行い、普段の献立に取り入れにくいメニューを取り入れるなど、食事を楽しむための工夫をしています。

賛育会フェスタを行い、より多くの地域の方に施設を理解してもらう取り組みを行っている他、法人の広報誌「ゆめゆめ」を市内回覧する事で積極的にサービスに関する情報を提供しています。

◆ 特に改善を求められる点

マニュアルの見直し改善等行われていることは把握できましたが、見直しを定期的実施するしくみや、いつの見直し改正か規定の中で明確にすることが求められます。

苦情などに対しては組織的な対応方法を定めていますが、さらに、利用者の権利擁護についての組織的な対応方法の定めが求められます。

各委員会で課題を明確にして対応していますが、今後は課題に対して漏れがないような計画的な改善策の作成が期待されます。

介護のマニュアルを作成し組織的に対応していますが、職員個人個人の対応に違いがあるところも見受けられますので、さらなる研修等の積み重ねが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を通して「私たちのサービスの現在地」を確認することが出来ました。幸いサービス提供や運営においては概ね良い評価をいただき、組織・運営面でも自己評価を通して組織全体を見直すことの重要性を感じることができました。

法令遵守や情報公開が叫ばれる今日、私たちの業務が地域や社会にどのように活かされているかを実感できたことは、理念の実践、人材の育成という点においても有効な業務改善の手法であったと感じています。

私たちの理念である「隣人愛」の実践として「その人らしい生活を送っていただくためのサービス提供」が正しい方向に向かっていることを確認することができました。これからも私たちのサービスが、利用者のみならず、地域や社会に益々必要とされるよう、高いレベルを目指して努力を重ねていきたいと思

ます。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none">* 法人の理念としての憲章を明示している。* 理念と基本方針を事業計画に示している。* 理念や基本方針は研修会等で職員に周知している。利用者や家族等へは通知やキリスト教講話等にて話しているが、周知できているかの確認は十分でない。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none">* 中・長期計画を策定し、中・長期計画をもとに事業計画を策定している。* 計画の策定は、職員の参画を経ている。* 職員への周知方法は研修等で説明したり、イントラネット（パソコンのネットワーク）において適宜閲覧ができるようになっている。利用者や家族等へはパンフレットや広報誌等配布しているが、周知できているかの確認は十分でない。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none">* 職務分掌表を整備し、研修会、各担当会議にも参加し、サービスの質の向上に努めている。* 職員の資質向上のための研修マニュアルに添った研修会を継続的に行い、評価に基づく指導が行われている。* 遵守すべき法令等について研修・勉強会を実施しているが、業務と法令を関連付けたリスト作成には至っていない。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none">* 施設のサービス現況報告を作成し、主任までは配付し、毎月の利用状況を的確に把握している。* 公認会計士による外部監査を受け、結果報告に基づく、検討・対応会議を行い、具体的な内容把握・改善を実施している。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none">* 人材の育成について、法人施設の大きな柱として取り組み、研修に関する基本姿勢を明示している。* 新人研修マニュアルから、職員ステップアップマニュアルに基づき、適切な評価を行って職員一人ひとりに応じた研修計画を策定し、意欲向上に努めている。* 実習生の受け入れマニュアルを整備し、受け入れに関する基本姿勢を明示し、利用者の意向を尊重した実習計画に配慮し、種別に応じた効果的なプログラムを作成し積極的に取り組んでいる。* 人事考課を実施し、結果をフィードバックしている。パート職員へも OJT チェックシートの項目に従い定期的に評価している。

<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 事故補償に対応するための保険に加入している。 * 発生した事故について、把握し改善するためのシステムがある。 * 感染防止・衛生管理マニュアル、事故防止対策マニュアル等を整備し、対応システムに基づき実施している。 * 防災に関するマニュアルを整備しているが、施設の実態に即しているという点では十分でなく、また台風・水害等のマニュアルの整備は十分でない。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 福祉ニーズに基づき、介護保険対象外の地域の方達への関わり合いを積極的に行い、交流を図っている。 * ボランティア受け入れにマニュアルを整備し、マニュアルに基づき対応し、記録等も整備している。 * 関係機関等との連携を定期的実施し、具体的な課題や事例検討を行っている。 * 相談援助の困難な場合についての対応方法のマニュアルを整備している。 * 利用者の特性に鑑み、地域の方を施設に訪問し易くするための、介護食の体験や福祉機器展などのフェスタを開催し、介護相談や、住民参加の支援活動等を行っている。
<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"> * サービス担当者会議・利用者家族懇談会にて利用者の満足度を把握してサービス向上委員会で検討・改善している。 * プライバシー保護に関しては排泄・入浴時の介護マニュアルに明示し対応している。 * 栄養モニタリングを行い利用者の嗜好を把握してメニューに反映している。園内レストランや行事食で楽しむ事ができる他、食器の持ち込みができる。 * 排泄・入浴について介護マニュアルを作成している他個別介護計画に各利用者への細かい注意点を記載している。 * 苦情解決についてのマニュアルを作成しており、スタッフ会議・サービス向上委員会で検討して迅速に対応している。 * 権利擁護について研修会を実施しているが不適切事例についての対処方法の定めはない。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 園内喫茶・園内レストランを定期的に行い特徴のあるサービスを行っている。 * 各利用者の個別計画を細かく作成しており、実施の記録が適切に行われており、パソコンネットワーク・各会議で情報の共有化がされている。 * 相談援助に関わる必要な研修等を行い、組織として対応する標準的な方法を文書化している。 * 利用者に関する記録の管理について規定を定め、適切に管理している。

	<ul style="list-style-type: none"> * 質の向上の為サービス向上委員会を作り課題を明確にして改善策を立てているが、改善計画をすべての問題点に立てている訳ではない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * ホームページ・パンフレットの作成以外に、広報誌の市内回覧や施設を紹介する為の催しを、年 1 回行い積極的に情報の提供を行っている。 * 契約を締結する事が困難な利用者には、成年後見人制度が利用できるようにしている。 * 事業所の変更や家庭への移行にあたり、手順書を作成してサービスの継続性に配慮している。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * 定められた手順に従い独自のアセスメント表を作成し、利用者一人ひとりに応じた課題を明示し、課題に向けた目標を明示している。 * サービス計画書に個別・具体的な支援方法を明示し、実施している。 * サービス実施計画書は、利用者や家族の意向を聞き、実施状況に関する評価を定期的に実施し、作成している。

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。	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。	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。	A
③	事業所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。	A
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。	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。	B
	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。	B
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。	B
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。	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	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。	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。	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