

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11月14日~20年2月26日
評価調査者番号	①H17-a013
	②H17-b003
	③H17-b014

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) あおい荘	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 良知 淳行	開設年月日 昭和60年4月1日
設置主体：社会福祉法人 みだらけ福祉会 経営主体：社会福祉法人 みだらけ福祉会	定員 90人 (利用人数) 90人
所在地：〒425-0054 焼津市一色435	
連絡先電話番号： 054-623-9002	FAX番号 054-623-4077
ホームページアドレス	http://www.aoiso.net

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
特別養護老人ホーム 短期入所生活介護事業 通所介護事業 居宅介護事業 在宅介護支援センター	お花見会、七夕祭り、納涼祭、敬老会、 月見コンサート、秋祭り、焼き芋会、 クリスマス会、もちつき大会、節分、 ひな祭り、防災訓練(毎月)、
居室概要	居室以外の施設設備の概要
4人部屋 (21) 2人部屋 (1) 1人部屋 (4)	食堂、談話コーナー、浴室、機能訓練 室、厨房、リネン室、多目的ホール、 相談室、静養室、介護室、会議室、事 務室、医務室、更衣室、ウッドデッキ、 東屋、ふれあい広場、農園

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
荘長	1	生活相談員	10
副荘長	1	介護職員(内非常勤)	55 (27)
事務職員(内非常勤)	4 (2)	看護職員(内非常勤)	4 (3)
栄養士	1	機能訓練指導員	4
介護支援専門員	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

焼津市の郊外、農村の風景が残っている広々した敷地に「あおい荘」があります。玄関からまっすぐに広い廊下が伸びており、両サイドの壁には、季節感豊かな掲示物や利用者の作品がきれいに並んでいます。また全館に BGM が流れており、単調になりがちな利用者の生活に潤いを醸し出しています。

「優しさを、心に・顔に・言葉にも」を荘訓に、理念や基本方針・行動基準を明分化するとともに、2002 年には職員間でワークを重ね、あおい荘の頭文字 A にやさしさとしての心・顔を基本としてシンボライズした「ロゴマーク」を作成し、施設内や広報誌等あらゆる場面に使用し、優しさの中にも力強さ、サポートする大きな意思を表明し、より良いサービス・よき職員を目指して取り組んでいます。

施設運営管理については、諸規定や手引、マニュアルなど整備され、組織的に業務確認会議、業務推進会議、経営会議とそれぞれの役割をもとに相互連携し、実施、評価確認、見直し等を行い質のサービスの向上に努めています。

理事長のリーダーシップの下に、EM 菌を活用した環境保護活動を施設の社会活動として実施しています。米のとぎ汁と生ゴミを原料に EM とぎ汁と EM 肥料を作ることで、厨房から出る生ごみを殆ど無くしました。EM とぎ汁は施設内のトイレ、浄化槽、排水溝に撒く他に、地域の自治会や中学校と連携してプールや側溝に撒くことで汚れと異臭を取り除く環境保護活動に使われています。EM 肥料はさわやか農園で肥料として使っています。

業務手引（サービス提供マニュアル）を整備し全職員が標準化したサービスを提供できるようにしています。また、業務確認会議で手引の内容を定期的に見直し、修正内容は職員研修で周知しています。

サービス開始に当たっては充実したシステムに沿った対応を実施し、利用者ニーズについても細部にまで配慮し、迅速な対応が行われています。

施設に隣接するさわやか農園を活用し、重度の利用者も参加できる園芸療法に取り組んでいます。利用者の多くが昔を懐かしむ花の栽培や野菜と果樹を栽培を通して心身機能の安定と活性を図っています。収穫時には地域の幼稚園児や中学生が参加しての楽しい収穫交流会を行っています。

◆ 特に改善を求められる点

各種マニュアルが策定されていますが、相互の整合性や内容の充実が期待されます。

内部研修等充実されていますが、外部研修一つ一つについて評価見直し次年度の研修に反映する取り組みが求められます。

居室は 4 人部屋が基本であり、カーテンで仕切れるようになっていますが、プライバシーの保護のため、衝立家具の設置等設備面での工夫が期待されます。

福祉サービスの評価基準に基づく自己評価と第三者評価の実施は今回が初めてであり、客観的基準に基づく評価を定期的の実施し、提供するサービスの内容について見直すことが求められます。

ほとんどのサービスが実施計画に基づき個別・具体的な支援によって実施されていますが、コミュニケーション、排泄等については、実際には十分対応している個別・具体的な支援方法を具体的に明示することが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を受審するにあたり、介護施設としての施設の運営、介護サービスの内容、地域との共生等の対応はかなりきめ細かに実施してきたつもりではあったものの、自己評価を進めていくうちに、職員の認識レベルの格差が予想以上にあり驚くとともに、改善点等が発見でき、職員の改善意識も向上した。

今回の評価結果については、まずまずの評価結果であったが、高齢化が益々進む中であって、今後とも介護福祉施設に求められているものは①ご利用者様の人権と尊厳確保、②サービスの質の向上・満足度、③人材の確保・育成・職員満足度、④地域との共生、⑤社会資源の活用、⑥リスク管理、⑦コンプライアンスの徹底、⑧アカウンタビリティの徹底、⑨財務内容の健全化等数多くあるが、これらを施設一丸となって実施していく必要があり、今回の受審はこれらを見直し、良い面は伸ばし、不足する面は改善していく良い機会となった。

今後とも、より一層ご利用者様及びその家族様や地域の皆様に信頼される施設を目指し努力していく所存です。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	* 設立当初からの荘訓をもとに、理念、基本方針、行動基準が策定されており、かつこれらをもとにより良いサービスを目指しかつよき職員を目指して、職員のワークを重ねた結果、「ロゴマーク」を作成するなど理念方針等の理解周知が図られている。
2 計画の策定	* 各種会議や現状分析をもとに、経営会議で検討し、法人役員会で承認を得た中長期計画が策定されている。 * 中長期計画を踏まえ、各部署において目標・重点項目・事業計画が検討の上作成している。 * 計画等は職員に周知され、各部署毎に推進状況をチェックし、経営会議に報告する仕組みが確立している。
3 管理者の責任とリーダーシップ	* 管理者として自らの役割や責任を表明し、業務の効率化や改善に向けて、業務確認会議(月2回)、業務推進会議(月1回)、経営会議(隔月)を開催し関係職員とともに質の向上に向け、指導力を発揮している。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	* 事業経営状況に関する諸資料やデータを的確に収集し、会議用資料に作り直すなどして、経営会議をはじめとする諸会議にて状況等を分析確認している。 * 税理士に決算書の作成を依頼しているが、外部監査は行われていない。
2 人材の確保・養成	* 職務分担等により、役割や責任が明確になっている。 * 職員の就労状況等は毎月確認され、意向は人事考課時の面接等で把握する仕組みを構築している。

	<ul style="list-style-type: none"> * 職員の教育・研修等については、組織として重要事項として捉え、施設内研修を年度当初にテーマを定めて毎月開催しており充実しているが、外部研修については、計画性や参加後の評価見直しが十分でない。 * 実習生の受け入れは、積極的の実施しているが、利用者への事前説明が十分でない。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> * 安全確保のため、各種マニュアルを整備し、施設内研修で確認周知が行われている。 * 事故防止のため、業務確認会議において、発生状況・原因等を分析し職場内研修等で周知し安全確保に取り組んでいる。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> * 地域との関わりは設立当初から理念等に謳い、施設の持つ機能や場の提供、交流・ボランティア活動受け入れなどを通じて地域との結びつきに積極的に取り組んでいる。 * 関係機関との連携については、社会資源として把握し連携を図っているが、具体的な課題や事例を検討することは十分でない。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> * 利用者個々の身体拘束排除計画書を作成し、実施状況を業務確認会議で確認している。困難ケースについては、事例検討会や必要な研修を行なっている。 * 共用スペースにベンチや観葉植物を置き、談話室を整備してある。屋外にはウッドデッキ、東屋、中庭、ふれあい広場、さわやか農園が整備され、利用者や関係者が相互に寛ぐことができるようになっている。 * 相談員による利用者からの要望の聴き取り、家族会総会での意見の聞き取り、また利用者と家族から日常生活の各項目について定期的にアンケートを取り、要望や意見を汲み上げ施設運営に生かしている。 * 居室は4人部屋が基本で、カーテンで仕切れるようになっているがプライバシーの保護としては十分でない。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * 業務手引きを整備し全職員が標準化したサービスを提供できるようにしてある。また、業務確認会議で内容を定期的に見直している。 * 重度の利用者も参加できる「さわやか農園」を活用し、五感にはたらきかけることを目的にしたリハビリに取り組んでいる。 * 個人情報保護管理規程、個人情報に関する文書等管理規程を整備し、適切に管理する体制が確立されている。 * 福祉サービスの評価基準に基づく自己評価と第三者評価の実施は今回が初めてであり、評価結果に基づく改善策の立案と定期的な評価の実施が望まれる。

<p>3 サービスの開始、 継続</p>	<p>*ホームページの作成、情報誌「あおいネットワーククラブ」の発行など、分かり易く提供している。 *「ご案内」という冊子を用意し、入荘までの手続きなどを提示、契約手続きチェック表を用い対応している。 *必要に応じて、成年後見制度並びに権利擁護制度のパンフレットなども用意し円滑なサービス開始に心がけている。</p>
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<p>*利用者には、一人一人の施設サービス計画書が作成されており、その中で「生活全般の解決すべき課題」により明確に課題を提示し、サービス実施に活用、さらには定期的なカンファレンスによる改善など充実した対応が見られる。 *食事に関しては、一人一人の施設サービス計画書が作成されているが、コミュニケーション、排泄等に関しては具体的には十分対応しているが、いわゆる支援方法の明示に至っていないものも見られる。</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。	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。	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	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。	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。	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。	B
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。	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。	B

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。	A
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。	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。	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。	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。	C
	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。	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。	B
	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。	B
	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。	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 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。	C
	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。	C
	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。	C
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
	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。	B
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。	B
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。	B
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。	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