

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	21年9月17日~22年2月22日
評価調査者番号	① H17-a008
	② H19-b003
	③

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) 軽費老人ホームもくせいの里	種別：軽費老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 三輪 尚士	開設年月日 昭和53年12月1日
設置主体： 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 経営主体： 社会福祉法人 聖隷福祉事業団	定員 50人 (利用人数) 50人
所在地：〒431-1304 浜松市北区細江町中川 7172-699	
連絡先電話番号： 0533-523-0737	F A X 番 号 053-522-3843
ホームページアドレス	http://

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
施設サービス <ul style="list-style-type: none"> ・基本サービス ・生活支援サービス ・生活利便サービス ・金銭立替管理サービス 地域サービス <ul style="list-style-type: none"> ・配食サービス 	春・秋の遠足 納涼祭 敬老会 クリスマス ひな祭り		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
一人部屋 48室 二人部屋 1室	カラオケ 自転車健康マシン マッサージ機		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	管理栄養士	1
主任生活指導員	1	調理員等	7
介護職員	4	事務員	1
看護師	1	宿直業務	4

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

- * 法人本部の創設以来の理念を下に、現代の状況に合わせた理解を職員同士で話し合っています。職員も理念・基本方針を理解し、介護支援の基本とすべく努力しています。
- * 各種マニュアルも整備され、職員に配布されています。
- * 利用者への自立・プライバシーに配慮した関わり方を基本として、利用されている方も落ち着いた生活がなされています。
- * 中長期計画もビジョンを持って、地域のニーズに対応すべく、策定されています。
- * 全室個室対応であり、面会や通信機会に対しても利用者のプライバシーに配慮しています。
- * 座談会や園長の居室訪問、嗜好調査などを実施し、利用者満足の向上に努めています。また、利用者の意見や意向、相談に対する体制を整備しています。

◆ 特に改善を求められる点

- * マニュアル等整備されていますが、時代背景に沿った内容が求められており、見直し等の経過整理が不十分です。
- * 開設後30年余経過し、利用者の高齢化重度化が進んでいる中での、対応できる支援の検討が求められます。
- * 個々のサービスについて標準的な実施方法を定め、更にその見直しに関する時期やその方法を組織で定めることが求められます。
- * 職員の在職期間が長く、職員間の情報伝達や共有化が日常的に滞りなく行われていますが、客観的な事実確認や職員間の共通理解のため、体制整備や記録の取り方等を話し合わう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

当施設は30年以上の歴史ある施設です。施設理念を具現化するために日々精進を重ねております。今回、施設サービス提供の現状をつかみ、自分たちの立ち位置を明らかにするために評価事業を受けました。

やはりと言うべきか、古くから受け継がれている、「当たり前に行わなければならないことが当たり前に行えている」という部分が可視化されたことにより、施設の弱点が明確化されました。もくせいの里は、ベテランの職員が多く、施設の良さである温もりと穏やかさに加え、その時代に応じた、「変えてはならないこと、変えなくてはならないこと」が明確にされたことは、今後のもくせいの里がよりよい施設となるためにはよかったですと思います。

今回の受審結果を受けて、職員達から、「まだまだ、私たちはノビシロがある。最高の施設を目指そう！」と前向きな声が上がってきました。今回、職員のものな熱い思いに火がついた事が一番うれしく感じます。

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>* 理念や基本方針は、明文化され職員も理解に努め周知浸透している。</p> <p>* 利用者への具体的な周知は弱いが、経験の多い職員でかわり利用者の方も多くの方が受け止めている。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 事業計画は、本部の方針を受けながら、施設独自の要因を分析し策定されている。</p> <p>* 勤続年数の多いスタッフ構成であるため、事業計画も作成されているが、職員や利用者の関わり方、周知方法について十分ではない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 管理者は、研修会に参加し、関連する法令遵守等の研修に参加し、職員に理解をさせるよう努めている。</p> <p>* 運営については、利用対象者のニーズ把握に努め、建物の増改築など基本的に重要なことを計画的に進めるべく中長期計画に反映させている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 経営については月次報告で収支の把握を行い、動向分析について、法人施設長会議にて報告把握している。</p> <p>* 利用者の動向を把握し、施設の建て替え、増床等を中長期計画として組み込んでいる。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 人事管理体制は法人本部による評価基準によって、評価がなされている。</p> <p>* 職員研修も計画的に作成されて、研修復命も行われている。</p> <p>* 実習生・ボランティアの受入については、マニュアルが作成され、受入対応は配慮されている。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 各種緊急・防災。衛生マニュアルが作成され、防災訓練、事故防止等実施されているが、マニュアルの見直し等のルール化が十分ではない。</p> <p>* 施設内の通路動線や手すりなど、日常危険と思われる場所の把握をして、安全の確保に努力している。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* 利用者の要望を受けて、地域での行事への参加や、買い物などの支援をする取り組みを行っている。</p> <p>* 必要な地域資源をリストアップ化し、職員間の共有化がされている。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*利用者が意向を示しやすいよう、様々な方法（座談会、懇談会、園長の居室訪問等）を定期的を実施し、利用者満足の上に向け取り組んでいる。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*一人ひとりの個別援助計画、ケア記録を整備している。 また、記録の管理体制を確立し、職員に対する研修を実施している。</p> <p>*個々のサービスについて標準的な実施方法を定めているが、その見直しの時期や方法等を組織として定めていない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*サービスの開始にあたっては、利用者・家族に対し定められた資料（重要事項説明書等）により説明し、契約書を取り交わしている。</p> <p>*施設の変更や家庭への移行にあたり、「退所時サマリー」等を整備しているが、利用者や家族に対し、サービス提供終了後の相談方法を示す等継続性への配慮は十分ではない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*利用者一人ひとりの個別援助計画を策定している。</p> <p>*策定方法や、評価・見直しについて組織的な仕組み整備が十分ではない。</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。

5 評価細目の第三者評価結果〔軽費老人ホーム〕

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。	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。	A
	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。	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	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。	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	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り組みが行われている。	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。	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。	B
②	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。	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。	B
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 利用者の尊厳が守られている。	B
	③ 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
	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 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑧ 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。	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	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。	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) 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。	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	定期的に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	心身支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	A
③	社会的に支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	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	サービス実施計画を適切に策定している。	B
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。	B