

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12月28日～22年4月28日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H16-b001
	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) 特別養護老人ホーム 厚生苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 中山 則一	開設年月日 昭和56年6月1日
設置主体：社会福祉法人 静岡厚生会 経営主体：社会福祉法人 静岡厚生会	定員 60人 (利用人数) 60人
所在地：〒420-0005 静岡市葵区北番町17-3	
連絡先電話番号： 054-272-0255	F A X 番 号 054-273-2493
ホームページアドレス	http://www.shizuoka-kosei.or.jp/index.html

(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 短期入所介護事業 通所介護事業、訪問介護事業 居宅介護支援事業、地域交流センター 地域包括支援センター	花見、浅間神社お祭り見物、買い物ツアー、八雲神社輪くぐり、七夕祭り、安倍川花火大会、納涼祭、盆踊り、敬老会、紅葉ドライブ、クリスマス会、新年会、もちつき、節分、ひな祭り
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
四人部屋 14室	リビング、食堂、静養室、浴室 (大浴槽、特殊浴槽)、医務室、看護室

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護職員	3
介護職員	31	医師 (非常勤)	(4)
生活相談員	3	栄養士	1
介護支援専門員	1	事務員	1
機能訓練指導員	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

- ・施設長を先頭にサービスの向上、経営の安定に PDCA サイクルを導入し組織を挙げて取り組んでいます。
- ・理念・基本方針を職員地域社会に周知徹底させるため、会議資料への掲載・広報誌への掲載が常に行われています。
- ・職員自己申告制度により職員の研修希望・スキルアップ等の把握を行い業務の参考に活用しています。
- ・自己評価を年1回実施しています。生活向上委員会で年2回各委員会ごとPDCAシステムにより目標管理が行われています。
- ・法人理念中の「行動理念5つの誓い」を会議前に唱和しています。接遇アンケートを2ヶ月に1回行うほか、エコグラムを活用して自己覚醒に努め、理念の共有に繋げた取り組みを行っています。
- ・苦情解決の仕組みを整備しています。年1回家族アンケートを行い集計結果及び苦情解決結果の公表は、事務所前に掲示しています。アンケート結果は家族にも郵送しています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・施設独自の地域社会への取り組みが求められます。
- ・居室は、2～4人部屋が基本で、カーテンと備え付けの家具で間仕切りされ、食事スペースはリビングや廊下を利用していますが、オープンスペース等を工夫した配慮が求められます。
- ・相談援助に関わる必要な技術や知識の技量向上については、組織としての取り組みがされていません。技量は職員の資質によってバラつきがある状態です。組織的な、取り組みが求められます。
- ・施設サービスを計画的に実践するために、意向の確認などをされていますが、迅速な対応と、結果報告が求められています。
- ・施設サービス計画書に基づき、各部署の担当者が一人ひとりに沿った援助の為に介護過程を展開して、記録に残す取組みが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、初めて第三者評価を受審し、今までやっていたことに対する長所と短所を確認することができました。事前調査は全職員が行い、それを基にフロアで一本化し、それを持ちより評価委員が厳しい目で評価しました。今まで実施していたことが間違いではないが、全職員が情報だけではなく、マニュアルや資料一つをとっても共有化することの難しさを感じました。

改善点がこの事業を受けて浮きぼりになりましたので、ここからがスタートという気持ちで取り組むことになりました。利用者本位のサービスを進めるためには、何をしなければならないのか一人ひとりが自立し、利用者のみなさまに安心と安全、そして笑顔と笑い声が溢れた施設づくりを目指すことをこの事業を受けて、職員一同感じることができました。

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>	<p>* 理念や基本方針が明文化され、会議体等の資料に常に掲示され、職員等への周知徹底を図っている。</p> <p>* 広報誌・ホームページ等で地域広報されているが、利用者への取り組みは十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中・長期計画の策定は準備中で策定されていない。</p> <p>* 単年度計画の策定は、職員参加のもと組織的に取り組まれている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* PDCA システムを積極的に導入し、常に職員に考える習慣をつけ改善策を検討している。</p> <p>* 各種委員会を組織し組織的に業務改善を図っている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 月ごとの実績を明文化し、職員とともに経営改善に取り組んでいる。</p> <p>* 公認会計士等の指摘事項に組織を挙げて取り組んでいる。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 自己申告書等で職員の意向を把握し、業務の改善・職員の研修成長に生かしている。</p> <p>* 人事考課は行われていない。</p> <p>* 研修実施一覧等の作成で研修実績を把握している。</p> <p>* 実習生を積極的に受け入れているが、実習目的ごとのプログラムが作成されていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* マニュアルが整備され、各種委員会で検討・実施されている。</p> <p>* 衛生管理部門は施設の実態に合った整備が十分でない。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* 町中にある利便性から地域社会の一員として自由に入出りできる環境にあり、地域交流センターの交流室等を活用し取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* 季節や好みに合わせた音楽やビデオを流したり、季節毎の飾りを作り掲示している。廊下にソファを設置し、日当たりや換気についても配慮している。</p> <p>* 食事委員会で嗜好品の把握や定期的にアンケート調査を実施している。アンケート結果はアクティビティ委員会に繋げ、麺バイキングや移動喫茶等の行事に活かしている。</p> <p>* 苦情解決の仕組みを整備している。年1回家族アンケートを行い集計結果及び苦情解決結果の公表は、事務所前に掲示している。アンケート結果は家族にも郵送している。</p> <p>* 居室は、カーテンと備え付けの家具で間仕切りを行っている。食事スペースは、リビングや廊下を利用して</p>

	<p>いるが、オープンスペースが多く配慮工夫が十分でない。</p> <p>*「介護マニュアル」の中で、プライバシーの保護について援助場面ごと明記されている。しかし、「カーテンをする。」と言った内容にとどまり、具体性に欠ける。プライバシー保護に関する規定・マニュアルの整備という意味では十分でない。</p>
2 サービスの質の確保	<p>*自己評価を年1回実施している。生活向上委員会で年2回委員会ごとPDCAシステムにより目標管理が行われている。</p> <p>*「個人情報保護規定」を整備し、適切に管理する体制を確立している。事務所と書庫の棚（施錠できる物）に記録を保管しており、永久保管する事と定めている。</p> <p>*「介護マニュアル」で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が、定期的な見直しが行われていない。</p> <p>*民謡クラブ、施設長と歌う会、書道等行っているが、利用者のニーズに基づいたものではなく、スタッフの提案から始めたもので、結果として独自性のあるサービスとなった。</p>
3 サービスの開始、継続	<p>*地域や家族に厚生苑便りを届け、サービスに関する情報発信を活発にしている。</p> <p>*重要事項の説明や契約書の取り交わしが手順に沿って実施されている。</p> <p>*施設の変更や家庭への移行などにあたり、サービスの継続のための手順が定められていない。</p>
4 サービス実施計画の策定	<p>*定められた手順でアセスメントが行なわれ、利用者のニーズ（課題）が明示されている。</p> <p>*計画作成・実施は利用者の意向に配慮して責任者が行なっている。</p> <p>*生活場面における支援での計画に、具体的な方法の明示が十分でない。</p> <p>*当たり前のこととして支援している身だしなみや、心理面への援助が計画に明示されていない。</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〔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。	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) 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。	B
	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 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。	C
④	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
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。	B
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。	A
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。	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。	B
⑤	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	A
⑥	発生した事故を把握している。	A
⑦	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
⑧	安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
⑨	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。	B
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。	B
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。	B
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	C

	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。	C
	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 利用者の意思を尊重している。	B
	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。	B
	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。	B
	⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
	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。	B
	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。	C
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B
	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。	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。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	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。	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	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。	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。	B
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。	B
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。	B

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	C
④	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。	B
⑤	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。	B

⑥	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。	B
⑦	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。	B
⑧	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。	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。	C
⑩	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。	B
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
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。	B
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。	C
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。	C
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