

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 | 22年3月24日～ 22年7月27日 |
| 評価調査者番号 | ① H17-a001 |
| | ② H16-b001 |
| | ③ |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--------------------------------------|---|
| 事業所名称：岡宮グリーンヒル (施設名) | 種別：軽費老人ホーム |
| 代表者氏名：渡邊 治平 (管理者) | 開設年月日 平成20年3月1日 |
| 設置主体：社会福祉法人駿河厚生会 経営主体：社会福祉法人駿河厚生会 | 定員 60人 (利用人数) 60人 |
| 所在地：〒410-0011 沼津市岡宮1182-1 | |
| 連絡先電話番号： 055-928-6811 | FAX番号 055-928-6833 |
| ホームページアドレス | http://care-net.biz/22/suruga/ |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定施設入居者生活介護 ・ 通所介護 ・ 介護予防特定施設入居者生活介護 ・ 介護予防通所介護 | <ul style="list-style-type: none"> ・ お花見会 ・ 誕生会 ・ 運動会 ・ 端午の節句 ・ あじさい見学 ・ セタ ・ バーベキュー ・ 敬老会 ・ 秋祭り ・ 遠足 ・ 芸術祭 ・ クリスマス会 ・ 新年会 ・ ひな祭 |
| 居 室 概 要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 一人部屋 60 室 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 機能訓練室 ・ 医務室 ・ 浴室(個別浴槽・特殊浴槽・リフト浴槽) ・ 食堂 ・ リビング |

職員の配置

| 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
|---------|---------------|---------|-----|
| 施設長 | 1 | 看護師 | 2 |
| 介護支援専門員 | 1 | 准看護師 | 1 |
| 生活相談員 | 1 | 管理栄養士 | 1 |
| 介護職員 | 25(うちパート 12人) | 機能訓練指導員 | 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

- * 「特定施設」ケアハウスでユニットケアという新しい形態の介護サービスを提供しています。
- * 情報の発信が活発であります。毎日の出来事をブログにて公開したり、毎月一回本人の近況を書面にて家庭に伝えています。
- * 利用者の「行動制限・身体拘束はしません」と公表し、利用者と家族に入所時に説明するとともに、施設内の利用者の見える所に掲示してあります。
- * 利用者とサービス提供者とのコミュニケーションを大切にし、「寄り添い」「フレンドリー」「傾聴」をサービス提供の指針として家庭的な雰囲気を作っています。
- * 入所者の特技を生かした絵画、書道、写真などのギャラリー展を開催しています。又、地元の岡宮区民文化祭に利用者の作品を出展しています。
- * 二か月に一度、大型スーパーが施設内で出張販売をし、地域の住民も施設に来て買い物をしています。
- * 毎月一回施設長が「何でも相談日」を開催し、利用者の悩み、苦情等の相談に乗っています。問題によっては、第三者委員に同席をいただき解決をしています。
- * 地域の高齢者団体の歌や演芸のボランティア訪問、小学生・中学生・高校生の体験交流など地域との交流が盛んに行われています。
- * 「自家用有償旅客運送者登録証」を取得して、入所者に送迎のサービスを提供しています。

◆ 特に改善を求められる点

- * 施設経営の方向性を定める長・中期計画が策定されていないので早期に検討をしていくことが望まれます。
- * 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示して、職員一人ひとりに適した教育・研修を推進することが望まれます。
- * 利用者一人ひとりの記録については、様式を定め介護・看護等記録されているが、サービス実施計画に基づいた実施に関する記録として整備されることが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価事業の受審は、平成 20 年 3 月開設の駆け出しの施設としては、時期尚早の思いも致しましたが、ユニット型特定施設として、現時点におけるありのままの姿を外部機関から判断して頂ける貴重な機会として、今回、思い切って受審致しました。

自己評価に際しては、職員一同が、自らが日ごろ提供するサービスについて、数日間を費やし、激論を交わしながら評価を行いました。自己評価のプロセスを通じて、職員の気づき、改善意欲の醸成、諸課題の共有化が図られたことは、この事業の大きな収穫であったと思います。

また、利用者調査では、当施設での生活に満足していただけているという声が多く、大変励みとなりました。

職員一同、今回の評価を虚心坦懐に受けとめ、「寄り添い」・「傾聴」・「フレンドリー」

ドリー」の施設モットーに、さらに磨きをかけ、ご利用者に心から満足頂ける質の高いサービス提供の一助にしていきたいと願います。

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> | <ul style="list-style-type: none"> * 法人の理念を明文化し、館内に掲示している。 * 基本方針を明文化し、職員の行動規範となるような具体的な内容になっている。 * 利用者に理念や基本方針を配布し、介護支援専門員がユニットごとに利用者に説明している。 |
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 各部署での話し合いを基に、相談員、介護支援、フロアー長が参加して計画を策定しているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。 * 中・長期計画が策定されていない。 |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 管理者は、自らの役割と責任について文書化するとともに全体職員会で細かく説明している。 * 管理者は、法令遵守に関する研修会に出席し、事後に職員に説明している。又、職員との勉強会を年4回程開催して、職員に対して遵守すべき法令等を周知している。 * 管理者は、全体会議やユニットリーダー会議で毎回評価や分析を行い、十分に指導力を発揮している。 |
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 管理者は、各種会議に出席して取り巻く環境を把握し、職員に文書閲覧も行っているが、情報やデータを中・長期計画に反映させていない。 * 税理士に業務状況について評価・チェックを受けているが、その結果に基づいた経営改善への取り組みが十分でない。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 職制・職務分掌を文書により明確にし、職員に配布し説明も行っている。 * 22年度中に人事考課制度を実施する予定である。 * 職員を園外研修に積極的に派遣しているが、教育・研修に関する基本姿勢について明示がない。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 「夜間緊急対応チャート」「感染予防マニュアル」「防災対策規定」「ヒヤリ・ハット報告書」等が整備されている。 * 毎月の「事故対策委員会」で事例を組織的に把握している。ヒヤリ・ハットの分析も行われている。 * 衛生管理に関するマニュアルを整備していない。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 施設を地域の公民館として開放し、班長会、敬老会等の会議に利用してもらっている。また、施設内で大型スーパーの移動販売が行われ、地域の住民も買い物に訪れている。 * 関係機関・団体との定期的な連携の機会を確保していない。 |

| | |
|------------------------------------|--|
| <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"> * 行事やレクリエーション、サークル活動への参加は、利用者の意思を尊重して実施している。 * 家族や友人の面会に対する配慮がされている。 * 利用者満足への取り組みがよくされている。 * 利用者が意見を述べやすい環境づくりに努めている。 * あらゆる場面で利用者の尊厳が守られるように行動規範が決まっているが、基本的人権についての教育に対しては不十分な面がある。 * 利用者のプライバシー保護に関する規定を整備しているが、全職員へ周知する取り組みは十分ではない。 |
| <p>2 サービスの質の確保</p> | <ul style="list-style-type: none"> * 提供するサービスに移動美容院や出張スーパー、出張マッサージなど独自の特徴がある。 * 利用者に関する記録書類の管理体制が確立されている。 * 質の向上に向けた取り組みがされているが、組織としての具体的な取り組み計画について十分ではない。 * 個々のサービスの標準的な実施の方法の作成、検討、見直しへの取り組みが十分ではない。 * 計画に対する記録がされているが、計画に基づくサービス内容の記録方法としては十分ではない。 |
| <p>3 サービスの開始、継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> * サービス提供の開始にあたり、情報の提供、説明、契約書の取り交わし等適切に行われている。 * 施設の変更、入院にあたり、情報を提供し、サービスの継続性に配慮している。 |
| <p>4 サービス実施計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> * アセスメントは適正に行われているが、見直し等の定めが十分ではない。 * 心身支援および社会的支援が必要な利用者の課題・ニーズを明確にしている。 * サービス実施計画については、具体的な方法の策定の面で十分ではない。 * 評価・見直しについて実施しているが、計画の目標との整合性においては十分ではない。 |

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。

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。 | 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。 | B |
| 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。 | 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。 | B |
| ② | 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。 | B |
| 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。 | B |

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。 | 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。 | B |
| | ② 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。 | 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 | C |
| | 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | 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。 | B |
| | 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。 | 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。 | C |
| | 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。 | C |

| | | |
|--------------------------------|-----------------------------|---|
| 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。 | 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。 | B |

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。 | 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 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。 | C |
| | ⑧ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。 | C |
| 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。 | B |
| | 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。 | 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。 | B |

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。 | B |
| 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 | 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。 | 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。 | 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。 | 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。 | B |
| 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 |