

## 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	23年8月29日～24年3月16日
評価調査者番号	① H17-a008
	② H17-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： 053-523-0737	FAX番号 053-522-3843
ホームページアドレス	<a href="http://www.">http://www.</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
<b>施設サービス</b> ・基本サービス ・生活支援サービス ・生活利便サービス ・金銭管理支援サービス <b>地域サービス</b> ・配食サービス	春・秋の遠足 納涼祭 敬老会 クリスマス会 ひな祭り 防災訓練
<b>居室概要</b>	<b>居室以外の施設設備の概要</b>
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	

## 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

- 2回目の評価ということで、施設長をはじめ、職員の“より良い施設を目指そう！”というエネルギーが、施設全体に浸透しています。
- 法人創設以来の理念の下に、現在の状況に合わせた利用者支援の関わり方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、利用される方の安心と満足・信頼を得、介護支援の基本を高めるべく努力しています。
- 利用者への支援サービスを基本レベルの上に乗って実施すべく、各種情報の共有化を図り、全員が関わって取り組んでいます。
- 日誌や供覧物についても、期日を定めて全員が目を通したことを確認するシステムを職員同士が話し合って作成しています。（2年前の受審時に、評価基準に照らしてこうあればと確認をした内容、指示・情報・実施計画の内容等がすべての職員に配信・受け止められ、参画することが大切であるということを受けて、日誌・会議録、朝の連絡事項等、の取り扱いを職員参画の基に整理されルール化していました。）
- 各種マニュアルを整備し、実際に即した活用方法も職員同士で話し合って作成しています。
- 研修報告は共有システムの実践として、話されたポイントが施設日誌や会議録に確実に記載されています。
- 中長期計画を作成し、施設の方向性を具現化できるように具体的に策定されています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 事故報告等リスク管理への対応は処理等実施されていますが、事故報告書を一覧表（目次的）にして、発生対応状況が個々のページを開かなくてもわかるようにするなどの工夫に取り組みされるとより活用しやすくなると考えられます。
- 職員の研修について意欲的に取り組まれています。今後は、基本姿勢に基づき個別の職員に求められる知識や技術について分析しそれぞれの研修計画を策定することが求められます。さらに、その研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画への反映が求められます。
- 前回改善を必要とした内容は見直され、より良い方向に向かっていますが、ハード面の改善と比較して、ソフト面で、配慮や工夫が必要な場面が見られました。（玄関先の利用者名簿の扱い）
- 様々な改善を実施されていますが、利用者アンケートの結果に反映されていないのは疑問が残ります。利用者への説明方法や理解への工夫等が十分ではないことも考えられます。組織や職員の意識改革は、急速に向上していますが、施設利用者へのサービスの実態向上に向け、改めて検討され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

もくせいの里ではサービスの質の点検に2年に一度の評価を実施します。施設にとっては厳しいものです。最高のサービス提供を目指すため、第三者からの厳しい評価を受け、課題点を明確にし、それを改善していく流れはもくせいの里の方針です。今回は、職員研修のあり方と、一部の利用者の不満が取り上げられました。自分たち施設の側は“やれている”と思うことも、第三者から見たら疑問であるとの見解が出されます。今回も評価を通して明確となった部分を施設長以下、全職員が一丸となって、この課題に向き合いたいと思います。ただA評価を求めるより、その裏側に潜む利用者が真に求めるサービスを追求する事は施設にとり困難を極める場合もあります。が、そこに踏み込んでこそ、真の最高のサービスと言えます。2回の評価を受け職員が、「サービスの高みとは…」を理解し、そこを目指してくれている姿を実感しています。ここに第三者評価の意義を感じます。

### 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"> <li>* 理念や基本方針については、明文化され職員に対し理解に努め、周知浸透を図っている。</li> <li>* 利用者への周知についても、経験の多い職員が理念を理解し、日常の支援の中で理念・方針の理解を高めるべく、利用者に関わっている。</li> </ul>
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 事業計画は、法人本部の方針を確認しながら、施設としてのあり方を分析し策定されている。</li> <li>* 経験の多いスタッフにも、施設の現状を説明し、今後の方向性を議論して策定している。</li> <li>* 職員も施設の現状を把握しようと努めている。</li> </ul>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 管理者は、法人の動向を職員に説明し、施設の現状を職員に周知させるよう努めている。</li> <li>* 運営についても、関連法令の遵守等の研修に参加し、利用対象者への主体性を高めるべくニーズを把握し、中期計画に反映させている。</li> </ul>
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 経営については、収支の月次報告で把握を行い、分析した動向を、法人施設長経営会議で報告している。</li> <li>* 職員にも、経営状況を適宜説明し、利用者主体の支援ができるよう適切に指導を行っている。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 人事管理体制は、法人法部における評価基準を基に、職員の意向を確認し適切に評価がなされている。</li> <li>* 研修報告はその都度すぐに行われ情報の共有化に努めるなど意欲的に取り組んでいるが、個別の研修計画の策定やその研修成果の評価・分析、次の計画への反映等は十分でない。</li> <li>* 実習生・ボランティアの受け入れについてもマニュアルが作成され、受け入れ体制を確立している。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 緊急・防災、衛生マニュアルが作成されて、防災訓練、事故防止等が実施されている。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* マニュアルの見直しは、職員の意見を反映し行われている。</li> <li>* 施設内の通路動線や浴室等、日常危険と思われる場所の把握をして、安全の確保を話し合っている。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域とのつながりの必要性を理解し、地域防災訓練などに利用者とともに参加し、施設への理解を高めるよう取り組んでいる。</li> <li>* 職員も地元地域の一員としてのとらえ方を受け止めて、施設機能の活用に配慮している。</li> <li>* 地元の幼稚園とは定期的に交流を行っている。</li> </ul>
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 多方面にわたる利用者活動の機会を提供している。いつでも気軽に意見を言える雰囲気大切にしている。</li> <li>* 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。</li> <li>* 在室管理表は便利であるが、利用者全員の情報が一緒に提示されており、その点の管理が十分とはいえない。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>* サービス内容について定期的に評価を行う体制があり、取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善計画を立て実施できる、組織的仕組みが完成している。</li> <li>* 標準的サービスがマニュアル等で定められており、サービス内容の記録の統一化、さらには見直しに至る一貫した対応ができています。</li> <li>* 苦情申立の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</li> </ul>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 機関誌の発行・パンフレットを役所に常置・生活のしおり、体験入所等、入所希望者へ様々な形でお知らせできている。</li> <li>* 一貫したサービスの質を確保するため、「退所に関する願い」を新たに作成し、サービス終了後の相談受付等に迅速に対応できるように改善されている。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 年に1回フェイスシートを利用して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。</li> <li>* 心身支援が必要な利用者、社会的に支援が必要な利用者なども含め、入所者一人ひとりの個別援助計画が作成され、これに沿って実施、見直しがされている。</li> </ul>

## 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組を行っている。	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組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組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。	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	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組が行われている。	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。	C
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組を行っている。	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組が行われている。		
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組を行っている。	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	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組を行っている。		
	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。	A
	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。	B
	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組を行っている。	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組を行っている。	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。	A
	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組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。	A
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。	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	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。	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。	A
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。	A