

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	H25年5月15日~25年12月27日
評価調査者番号	① H20-a011
	② H17-b002
	③ H17-b009

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 あすか	種別：特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
代表者氏名： (管理者) 河野 良明	開設年月日 平成 15 年 8 月 14 日
設置主体：社会福祉法人 島田福祉の杜 経営主体： 同上	定員70名 (利用人数) 70名
所在地：〒427-0041 島田市中河町326-1	
連絡先電話番号： 0547-33-2111	FAX番号 0547-33-2110
ホームページアドレス	http://care-net.biz/22/asuka/

(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 通所介護 認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援事業所	お花見、遠足、端午の節句、菖蒲湯、 流しそうめん、花火大会観覧、敬老会、 秋祭り、文化祭、紅葉狩り、餅つき会、 クリスマス会、書初め、初詣、豆まき 会、雛祭り会		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室 19室 4人部屋 (準個室) 11室 3人部屋 (準個室) 1室 2人部屋 (準個室) 2室	食堂、居間、談話室、一般浴室、特別 浴室、会議室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	1	介護支援専門員	1
准看護師・看護師	3	管理栄養士	2
生活相談員	1	機能訓練指導員	1
介護職員	38	事務員他	5

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

- 利用者一人ひとりの尊厳と自由、生きがいを大切にし、施設長はじめ職員は、ボランティア精神に満ちた、温もりのあるサービスの提供に心がけています。特に、毎朝、朝礼にて基本理念について職員全体で復唱し、利用者の尊厳について誠実な取り組みを継続しています。
- 本年、開設 10 年の節目を機に、サービス向上に積極的な姿勢が伺えます。
- 施設を自然豊かな「島田宿」に見立て、街道（廊下）沿いの宿場（居室）は、懐かしさが感じられるよう工夫されています。庭園には花々が咲き、木々が生い立ち、滝を流れ落ちる水音やせせらぎが、利用者の憩いの場となっています。
- 利用者ひとりひとりの要望・ニーズをアセスメントし、施設サービス計画書作成に努めています。
- 施設より退所が必要な利用者に対して、他の医療機関等と連携し、退所後の所在の確保を丁寧に行っています。
- 施設内委員会の組織的な取り組みに基づき、あすか祭り、福祉・介護・子育て講座、防災訓練など、地域住民や地元関係機関と交流・協働で取組を行っています。又地域の行事にも積極的に参加しています。
- 事業計画書が丁寧に作成されています。（見やすく、具体的な計画と報告の内容が盛り込まれています）。
- 利用者主体の法人理念、運営方針に基づき、委員会活動が積極的に行われています。（各ユニット会議、サービス担当者会議が随時及び定期的で開催され個々の介護サービスの課題や実施方法の検討が行われています）
- 利用者、及び家族アンケートからの満足度は高く、利用者本位のきめ細かな対応をしている事が伺えます。

◆ 特に改善を求められる点

- 理念や基本方針に基づいた経営や福祉サービスを継続的实施していくために、中、長期計画の策定が望まれます。
- 遵守すべき法令を正しく理解する為に、積極的な取り組みが求められます。
- 安全管理についての各種マニュアルの策定、整備等が求められます。
- 利用者及び家族などに生活相談員・ケアマネジャー・看護職員・管理栄養士などそれぞれが専門的に相談にに応じている。各専門職の相談方法などについて文章化したものを作成していただくことを望みます。
（組織内部でも・組織外部それぞれの専門職同士の専門性と協働性・連携性がより密になり、結果、利用者が受ける専門的サービスが向上できます）
- 施設サービス計画書に基づく個別計画書の作成充実が望まれます。
介護過程の展開に基づく、アセスメント・個別介護計画作成・介護の評価・見直し等により更なる利用者への介護サービス向上に期待します。

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、施設の課題が浮き彫りにされました。中長期計画策定や法令順守の必要性、さらには、自己評価において取り組んでいるつもりが、マニュアル化、文書化が必要という指摘を少なからずいただきました。不十分な点については今後の課題とし、改善努力してまいります。また、反面、高評価をいただいた点もあり、方向性に間違いがないと意を強くした次第であります。

評価基準に沿い施設職員全員が取り組むことで、業務の振り返りにもなり、地域、社会で必要とされるニーズや課題を認識する良い機会となりました。

今回の受審結果を新たなスタートとし、今後ご利用者の満足、介護の質の向上に向け、地域の中でますます必要とされる施設となるよう研鑽を積んでまいります。

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"> *施設の使命、役割を反映した理念、基本方針を明文化し、各部署に掲示されている。 職員、利用者、家族にも施設のパンフレットを配布し周知している。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> *中、長期計画を策定していない。 *事業計画は職員参画のもと策定され、検討も行われている。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> *施設長としての責任、役割を朝礼、各会議等で職員に表明している。 *施設長は各会議に参加し、職員からの意見を聴取しながら、サービスの向上に積極的に取り組んでいる。 *遵守すべき法令の研修会等には積極的に参加し、把握に努めているが、法令のリスト化や周知する取り組みがない。
評価対象Ⅱ	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> *事業経営に関する環境の変化等については、研修や行政を通して把握しているが、地域の潜在的なニーズの把握は不十分である。 *税理士による外部監査を実施し、定期的に指導を受けているが、改善に向けての具体的な取り組みがない。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> *職員の就業状況や意向を的確に把握し、改善するしくみがある。 *実習生を積極的に受け入れ、育成に努めてはいるが、基本姿勢等を明確にした手順書がない。 *客観的な基準に基づいた人事考課を定期的に行ない、結果を職員にフィードバックし、仕事に対する意欲を引き出している。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> *安全を確保する為のマニュアルが策定されていないものがあり、また、重複して記載されているものがある。 *発生した事故や、ヒヤリハット事例を収集、分析し、事故防止に向けて積極的に取り組んでいる。 *各種災害の対応マニュアルを整備し、定期的な訓練、見直しを行なっている。

4 地域との交流と連携	<p>*地域との関係を重視し、事業計画に位置付け、定期的なイベントなどの協働開催を積極的に行っている。特に、ボランティア受け入れの基本姿勢は明確になっており、受け入れ体制が整い、施設の年間スケジュールにも計画的に組み込まれている。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*全室個室の空間やユニットごとの共有スペースが用意され、利用者が快適に生活していく工夫、配慮がなされている。合わせて、面会者への配慮が行われている。</p> <p>*全職員が積極的に利用者からの意見を聴き、相談、要望、苦情への対応へ積極的に取り組んでいる。</p> <p>*利用者ひとりひとりの要望・ニーズをアセスメントで把握し、施設サービス計画書の作成に反映されている。</p> <p>*施設退所が必要な場合、他機関等と連携し、家族などへの丁寧な相談業務に努めている。</p> <p>*組織的な委員会活動に基づき、あすか祭り、福祉・介護・子育て講座等、地域との交流に積極的に努めている。</p>
2 サービスの質の確保	<p>*法人の理念『共に感じ生き甲斐をもって共に生きる』に基づき、6つ運営方針を念頭に利用者の意思尊重、介護サービス利用者満足度の向上に向け、積極的に職員教育・研修を行っている。合わせて利用者及び家族の意見を参考に、見直し等で組織的・具体的な取り組みに努めている。</p> <p>*事業計画書が丁寧に作成されている。(見やすく、具体的な計画と報告の内容が盛り込まれている)。</p> <p>*『利用者と共に生き甲斐をもって共に生きる』の法人理念、運営方針に基づき、委員会活動が積極的に行われている。(各ユニット会議、サービス担当者会議が随時及び定期的に開催され個々の介護サービスの課題や実施方法の検討が行われている。特に、教育研修委員会が中心となり介護説明書を作成し、定期的な見直しもしている。写真つきで具体的介護動作・根拠が明確に記載され各部署と連動してサービスを検討・見直しに努めている)</p>
3 サービスの開始、継続	<p>*ホームページを公開し、パンフレットは公共機関においてもらい市民に施設の情報を提供している。</p> <p>*施設見学は説明書を施設で作成して受け付けている。</p> <p>*利用者が他の施設に移行する際は施設の情報提供書を作成しサービスの継続性に配慮しているが手順や方法の、マニュアル化はされていない。</p>
4 サービス実施計画の策定	<p>*サービス実施計画はアセスメント、課題に対する優先順位など明確にして作成されている。さらに定期的に評価、見直しをして関係職員が今後のケアについて検討をしている。</p> <p>*情報提供、手順書などはしせつの様式で記録している。利用者一人一人に対してはアセスメントに基づき、生きがいと共生づくりの支援に日々、工夫に努めている。</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

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 事業計画の策定が組織的に行われている。	A
	② 事業計画が職員に周知されている。	A
	③ 事業計画が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。	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。	B

	② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	B
	③ 外部監査が実施されている。	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。	B
	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 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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。	B
	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。	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 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	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組が行われている。		
	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	B
	② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	A
	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	A
	④ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
	⑤ 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
	⑥ 安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	B
	⑦ 事故補償（賠償）を行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。	A
	④ ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	B
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
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。	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。	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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	A
	② 利用者の意思を尊重している。	A
	③ 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。	A
	④ 利用者の尊厳が守られている。	B
	⑤ 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
	⑥ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑦ 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
	⑧ 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
	⑨ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑩ 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) 利用者満足の上昇に努めている。		
	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	B
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	④ 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
	⑤ 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
	③ 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
	④ 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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B
	② 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
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛け組織的に対応している。	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。	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組が組織的にされている。		
	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 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	B
	③ 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) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	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。	B
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	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間で共有化している。	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 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A
	② サービスの開始にあたり利用者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。	B
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 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
	③ 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
	④ 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。	A
	⑤ 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
	⑥ 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。	A
	⑦ 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。	A

	⑧ 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。	A
	⑨ 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。	A
	⑩ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
	⑪ 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
	⑫ 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。	B
	⑬ 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。	C
	⑭ 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 サービス実施計画を適切に策定している。	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 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
	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