

## 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	25年9月30日～ 26年5月16日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-a013
	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) かたくら明和園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 長谷川 文徳	開設年月日 平成20年5月1日
設置主体：社会福祉法人 誠信会 経営主体：社会福祉法人 誠信会	定員 29人 (利用人数) 29人
所在地：〒417-0801 静岡県富士市大淵2710-1	
連絡先電話番号： 0545-37-1251	FAX番号 0545-35-6623
ホームページアドレス	<a href="http://www.seishinkai.info">http://www.seishinkai.info</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事		
地域密着型介護老人福祉施設 短期入所生活介護 認知症対応型通所介護	花まつり、開園記念日、七夕、新盆法要、敬老会、彼岸法要、秋祭り、福祉祭り、芋ほり、クリスマス会、餅つき、利用者忘年会、どんど焼き、節分、涅槃会、ひな祭り、		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室：30室（うち1室ショート）	医務室、相談室、調理室、浴室（3）、特殊浴槽（1）、交流スペース、中庭（2）、トイレ（12）、事務室、宿直室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長（兼務）	1人	管理栄養士	1人
生活相談員	1人	事務員（兼務）	1人
介護職員	14人	運転手（非常勤）	2人
看護職員	2人	その他	3人
医師（嘱託）	1人		

## 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

- かたから明和園は、富士楽寿園のサテライト施設のユニット型特養として平成20年5月に開所し、利用者一人ひとりが自分らしく安心して心豊かに生活できる「第2のわが家」を目指しています。地域の方と積極的に交流し、地域課題にも取り組んでいます。
- 理念を明文化し、広報紙やホームページに掲載しています。理念は、施設のあらゆる場所に掲示しているとともに、職員周知徹底のため、朝礼等で唱和しています。
- 管理者は自らの役割を事業計画書や広報紙等に掲載し明文化し、各種会議等で表明し、積極的にサービスの質の向上に努めています。
- 毎月住職による法話や季節ごとの法要を行うなど独自の特徴に取り組んでいます。
- 全居室個室で、3つのユニットを1丁目から3丁目と称して親しみやすく工夫し、利用者の満足の向上のため、アンケート調査の実施や家族懇談会を開催し、集計結果をもとに委員会で検討し改善に努めています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- 理念を福祉サービスの質の向上に具現化する継続的な取り組みが期待されます。
- 中・長期計画を踏まえて事業計画を作成していますが、今後は、さらに、家族・利用者本人にわかりやすく周知する取り組みが期待されます。
- 各種マニュアルを作成していますが、法人共通のマニュアルを使用しているものや、サービスによっては、マニュアルがないものがあるため、かたから明和園の実態に沿ったマニュアルを整備することが求められます。
- 利用者の施設サービス計画書はあるが、個別・具体的な支援計画を策定し、評価見直しをする仕組みづくりが求められます。

## 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、私達が十分と思って提供していたサービスが、第三者の方から見れば不十分であり、施設運営や介護サービス等々について色々な課題が見え気付かされる取組みとなりました。

施設サービスについて、文書化、マニュアル化することを少なからず指摘されました。これは、私達が入居者様に対し提供しているサービスの透明性の確保、私達に対する信頼を得ること、職員間の情報の共有化、サービスの統一性を図る等々、様々なことに繋がります。ご指摘を頂いた項目はこれだけではありませんが、評価結果の中で評価が得られなかった項目、評価を得られた項目の一つ一つの「P（計画）D（実行）C（検証）A（改善）」を実施し、入居者様、ご家族様、地域の方々から評価される施設を目指していきたいと思えます。

また、今回の評価結果は、入居者様に対してより良いサービスを提供する道標を与えてくれました。この結果を真摯に受け止め、受審していくプロセスの中で気付いた事、取り組んだ時間を無駄にせずしっかりと課題に向き合い、入居者様に対しより良いサービスを提供できるよう努力してまいります。

#### 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"> <li>* 理念や基本方針を明文化し、パンフレットやホームページに掲載している。</li> <li>* 施設内の見やすい場所に掲示し、職員朝礼等で唱和し、周知徹底を図っている。</li> <li>* 利用者・家族には契約時に説明しているが、継続的な理解を促す取り組みは十分でない。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 事業計画は、職員会議等で全職員に周知している。</li> <li>* 中・長期計画は、職員参画の下策定しているが、数値目標の具体化や振り返りは十分でない。</li> <li>* 利用者・家族への周知の取り組みは十分でない。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 管理者自らの役割を、各種計画書、広報紙等に掲載するとともに、会議時表明している。</li> <li>* 質の向上に意欲を持ち、その取り組みに第三者評価等を導入し、意欲的に取り組んでいる。</li> <li>* 遵守すべき法令等を整理し、職員に周知する仕組みの整備は十分でない。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域運営推進会議、施設運営会議等で状況の把握に努めているが、分析や見直しについては十分でない。</li> <li>* 外部監査は実施していない。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 人事考課制度や自己申告書等で職員の意向調査を行うことにより活力ある職場造りに努めている。</li> <li>* 職員の健康管理面を含めた福利厚生面に積極的に取り組んでいる。</li> <li>* 各種研修に取り組んでいるが、振り返りや個人への反映は十分でなく、組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための具体的なプランは確立していない。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 感染防止や事故防止に各種委員会を組織し、事例把握や職員周知に積極的に取り組んでいる。</li> <li>* 安全管理のための設備等を工夫しているが、定期的な見直しについて、継続的な取り組みは十分でない。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域の各種お祭り、催し等に積極的に参加し、地域交流に努めている。</li> <li>* 地域運営推進会議の開催や各種地域の会議に参加し情報の把握や施設の現状の提供に努めている。</li> <li>* 把握した、地域課題について検討する主体的な取り組みは十分でない。</li> </ul>

<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"> <li>* 利用者の尊重、基本的人権への配慮について共通の理解を持つための取り組みをしている。</li> <li>* 利用者の尊厳を守るためコンプライアンスルールとして行動指針を定めて取り組んでいるが、不適切事例等に関する対応や周知が十分でない。</li> <li>* 利用者の満足の向上のため、アンケート調査の実施や家族懇談会を開催し、集計結果をもとに委員会で検討し改善に努めている。</li> <li>* 苦情解決の体制は確立しているが、意見要望相談等に関する対応方法のマニュアルはない。</li> <li>* 相談援助の困難な場合、その都度検討しているが、マニュアルはない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 独自のサービスとして、毎月住職による法話や季節ごとに法要を行い、利用者の心のよりどころとなるよう計画的にサービスを実施している。</li> <li>* サービスの質の向上に向け個人業務に対する自己評価を実施しているが、組織としての自己評価、結果に基づく改善計画の策定等は実施していない。</li> <li>* 提供するサービスの実施方法は、介護マニュアルを作成し提供しているが、見直しの仕組みが定められていない。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* ホームページを公開し、画像などで施設の設備や活動内容を分かりやすく掲載している。</li> <li>* ブログの活用や広報誌を発行し、日々の様子が伝わりやすいように工夫している。</li> <li>* 入居時に契約書・重要事項説明書で利用料などについて説明を行っているが、利用者等に同意を得る過程のマニュアルは作成していない。</li> <li>* 退所後の相談窓口は生活相談員が担っており、退所時には「看護・介護要約」を作成し情報提供を行っているが、手順のマニュアル整備は十分でない。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* アセスメントは、介護支援専門員が各部門の職員に聞き取りを行い、事前面談等の情報を基に分析を行っているが、各部門による協議は行われておらず、マニュアルの整備は十分でない。</li> <li>* 支援内容は、必要な利用者の施設サービス計画書に記載しているが、具体的な明示はない。</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。

## 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。	B
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	B
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。	B
	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。	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。	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。	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。	C

## 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
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。	B
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。	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。	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。	B
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。	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。	B
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。	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。	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。	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。	B
	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。	B
	⑥ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
	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。	C
	⑩ 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、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。	B
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	B
	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。	B
	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。	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 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。	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。	C
	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。	C

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。	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 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。	B
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B
	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。	B
	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。	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。	B
	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	B
	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。	B
	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。	A
	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。	B



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。	B
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。	B
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。	B
⑩	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
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。	C
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。	B
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	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。	B
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。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	B
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。	B
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	C
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。	C
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。	C
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。	C
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。	C