

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	26年12月2日~27年3月26日
評価調査者番号	①H17-a002
	②H24-b009
	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) もくせいの里	種別： 軽費老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 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 静岡県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	http://www.seirei.or.jp/hq/facility/elderly/care-house/mokusei/

(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"> 生活支援 生活利便 金銭立替管理 食事配食サービス事業 	遠足 家族懇談会 七夕祭り 節分 オセロ大会 納涼祭 バーベキュー 敬老祝会 月見 ミニ運動会 餅つき 新年お茶会 ひな祭り
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
<ul style="list-style-type: none"> 居室 48 二人部屋居室 1 	<ul style="list-style-type: none"> 洗濯場 5 浴室 2 食堂 1 娯楽室 1 集会室 1 厨房 1 事務室 1 静養室 1 応接室 1 トイレ 5 医務室 1 宿直室 1

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	非常勤職員	7
介護職員	4		
栄養士	1		
准看護師	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

- ・3回目の受審ということで、施設長をはじめ、職員一人ひとりの“利用者本位のサービス提供を目指す”真摯な姿勢が伺えます。
- ・各種マニュアルが整備されていて、マニュアルに基づく様々な取り組みが実施されています。
- ・食事の配食サービス事業を実施して、地域の福祉ニーズに対応しています。
- ・クラブ活動については、様々な取組があり、特に交流ホームは少人数で気軽に参加できる内容となっています。また、月に1回、フロア別の座談会を行い、少人数で利用者の声や意向を聞く機会を設けています。
- ・レストラnpブーケ（職員が配膳等をするフルサービス食事会）や個々のニーズに対応するため少人数でも実施可能なクラブの活動の実施など、提供するサービスに独自の特徴を有しています。
- ・個別援助計画の手順により、アセスメント、プラン作成、モニタリング、評価等の流れが定められており、様式も統一したものがあります。また、プラン作成には、担当職員だけでなく厨房職員等も参画する仕組みを設けています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・様々な取り組みが実施されていますが、今後は、各取り組みに対する効果についての検証が期待されます。
- ・法人の監事監査は実施されていますが、外部監査の実施が求められます。利用者個々のサービス実施計画の実施状況については、ケア記録や個別援助計画で作成していますが、記録要領の作成が必要です。
- ・契約締結の説明については、日常生活自立支援事業の検討などの配慮を行っていますが、契約を締結することが困難な利用者に対応する場合の説明の手順や、方法のマニュアル化が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

施設として、評価を7年間で3度受けました。毎回思うことは、「いい評価が出ればいいな」ということです。これは評価を受ける施設としては本音です。

前回に比べ評価そのものが厳しくなっていました。したがって、評価結果が低くなった部分も増えました。「もう、評価を受けるのは終わりにしよう」と思うのであれば施設全体の発展は望めません。

この評価は、一人一人の職員が、「次はどこをどうすればいいだろうか」と福祉の実践の過程で常に最高を目指して日々の取り組みに関わる、前向きな姿勢を持ち続ける状態に置く事ができるようになる所に意味があります。同時に、ご利用者様お一人お一人も、「この施設の職員は一生懸命やってくれている」という思いが伝わります。

この評価結果を受けて、次回の評価に向けての取り組みは、始まりました。これからも、わたしたちは、一人一人が専門職としての倫理と誇りを持ち、謙虚な姿勢で最善を尽くし、最高を目指します。

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>	<p>*理念や基本方針は明文化している。</p> <p>*理念や基本方針を、職員や利用者に周知するための取り組みは実施しているが、その取り組み効果が確認されておらず十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*事業計画の策定手順が明文化されており、また各計画の見直しも行われている。</p> <p>*中期計画を策定しているが、年度ごとの計画とはなっておらず、また経費がかかるものについての収支計画が明確でなく十分でない。</p> <p>*職員や利用者に対する事業計画の周知のための取り組みは実施されているも、周知状況について確認が成されておらず十分でない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*遵守すべき法令等は、リスト化されパソコンで職員が確認できるように工夫され、内容についても研修会で周知する取り組みがある。</p> <p>*経営や業務の効率化と改善については、職員会議で議論するなどしている。</p> <p>*管理者自らの役割と責任について、職員に理解されるような取り組みは、各種マニュアルの記載内容等から確認できるも、職務分掌表以外にきちんと書面化したものはなく十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*経営分析については職員会議で課題の周知を行っている。</p> <p>*事業経営を取り巻く環境については、入所希望動向以外のデータが明確に把握されておらず十分でない。</p> <p>*外部監査が実施されていない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*職制に基づく職務分掌は明確にしている。</p> <p>*職員の就業状況等について把握している。</p> <p>*福利厚生については、充実した内容で実施されている。</p> <p>*人事考課については、法人全体で実施されているコンピテンシーはあるが、異動や昇進の機会に実施しており、施設の職員全体の定期的な人事考課としては十分でない。</p> <p>*職員に資格取得を推奨しているが、具体的な人材確保プランは書面化しておらず十分でない。</p> <p>*職員教育・研修に関して、様々な取り組みが実施されているが、職員一人ひとりについての研修ニーズが明確ではなく、研修成果についての確認が十分でない。</p>

<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> *緊急対応マニュアルを整備していて、緊急時の対応手順については明確になっている。 *事故防止のためリスク委員会で、事故の要因分析と対応、評価見直しを行っている。 *事故補償を行うための保険加入がされている。 *防災対応に関しては、火災と地震を想定したものであり、その他の風水害等に関するものはなく十分でない。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> *地域との関わりについて、積極的に交流・連携して行く基本姿勢を明示している。 *社会資源等についてはリスト化され明示している。 *行事以外での定期的な交流については十分でない。 *食事の配食サービス事業を実施して、見守りサービスも行っているが、地域の福祉ニーズの掘り起こしについて具体的なものが明示はなく十分でない。
<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"> *クラブ活動については、様々な取組があり、特に交流ホームは少人数で気軽に参加できる内容となっている。また、各階ごとに月に1回、フロア別の座談会を行い、少人数で利用者の声や意向を聞く機会を設けている。 *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。 *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。 *年に1回の嗜好調査や厨房職員と利用者が一緒に食事をし、感想を聞き取る利用者交流会、毎月の栄養室会議、週に数回ある選択メニューの導入など、利用者の嗜好を把握し、メニューに反映している。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> *毎年の自己評価、定期的な第三者評価の受審(今回が3回目)を行っている。また、評価結果の分析、検討も行っており、評価実施の体制が整備され、機能している。 *ケア記録や業務日誌を使って看護師を含めた職員間で利用者の状況を共有しており、病院の退院後など体調管理の必要に応じて厨房職員にも情報共有している。 *レストランブーケ（職員が配膳等をするフルサービス食事会）や、個々のニーズに対応するため少人数でも実施可能な自由クラブの活動など、提供するサービスに独自の特徴を有している。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> *施設を紹介したホームページを公開しており、パンフレットは地域包括支援センター等の関係機関へ配布している。また、希望者には体験入所を行っており、サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。 *重要事項説明書、利用契約書が適切に取り交わされており、利用料については利用料規程の中で細かく記載している。

	<p>*契約締結困難者については、日常生活自立支援事業の検討など配慮しているが、対応手順等のマニュアル化は十分でない。</p> <p>*事業所の変更や家庭への移行にあたり、手順や様式を定め、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。</p>
<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<p>*個別援助計画の手順により、アセスメント、プラン作成、モニタリング、評価等の流れが定められており、様式も統一したものがある。プラン作成には、担当職員だけでなく厨房職員等も参画する仕組みを設けている。</p> <p>*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。</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。

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。	B
	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。	A
	② 事業計画が職員に周知されている。	B
	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。	B
	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。	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	A
	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。	B
	③ 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	B
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	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。	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。	B
II-2-(4) 実習生の受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。	A
	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。	B
	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。	B
	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。	A
	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	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。	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	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。	A
⑤	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
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。	A
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。	A
⑧	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
⑨	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、取組を行っている。	A
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
⑥	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
⑦	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。	A
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。	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)に心掛け組織的に対応している。	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。	A
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。	A

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。	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。	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 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（ニーズ）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（ニーズ）を明確にしている。	A
	④ 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 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