

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	(福)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	18年8月23日~19年1月24日
評価調査者番号	① H16-a003
	② H16-b005
	③ H17-b013

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) あしたかホーム	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 石川 三義	開設年月日 昭和52年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人春風会 経営主体：社会福祉法人春風会	定員 100人 (利用人数) 100人
所在地：〒410-0302 沼津市東椎路1639-1	
連絡先電話番号： 055-967-1166	FAX番号 055-967-3566
ホームページアドレス	http://www.shupuukai.com

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
1) 特別養護老人ホーム 2) デイサービス 3) ショートステイ 4) ホームヘルプサービス 5) 居宅介護支援事業所	毎月 誕生日会 5月 春の遠足 7月 納涼祭 9月 敬老会 10月 ホーム祭り 他		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
4人部屋 (27.5㎡) 5部屋 4人部屋 (33.0㎡) 14部屋 6人部屋 (39.6㎡) 4部屋	食堂(2か所) 機能訓練室 一般、特別浴室個浴(各1か所) 中庭、診療所		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
看護師	4	介護支援専門員	1
准看護師	1	栄養士	2
生活相談員	1	機能訓練指導員	1
介護職員	35	調理員	7

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

施設、法人の内部研修が職員の委員会のもとで実施されており、法人の理念等に合致した人材育成に向けた取り組みが積極的に行われています。

緊急時の対応をはじめ、詳細な各種マニュアルを整備しています。

地域との交流、実習生、ボランティアを積極的に受け入れるとともに、施設が持つ機能、資源を地域に開放、提供することで、地域の福祉推進の中核としての役割を果たしています。

利用者本位のサービス提供のため、設備上困難なこともありますが、職員が様々な取り組みや細かな対応で応じています。

サービス実施計画の策定については、アセスメントが確実に実施されており、関係する職員の連携のもとで、きめ細やかな計画が立案され、見直しについて定期的に行われています。

◆ 特に改善を求められる点

中長期計画を策定していますが、策定については、中堅職員、管理職等が中心に策定を進めており、全職員が何らかの形で関わることができる体制の確立の検討が期待されます。

自己評価の判断理由にも記載されていますが、より質の高いサービス提供、安定した経営基盤の確立のためにも、職員の理解度の把握方法について検討の必要があります。

内部研修については、委員会によりの確に実施されていますが、組織が求める職員の技術や質について具体的な目標、必要とされる資格、研修を明示した一人ひとりの研修計画の策定が必要です。

各種マニュアルは整備されており、法人内施設間での内部監査も実施されていますが、利用者や職員からの意見、提案等を反映させてより質の高いサービス提供を行うためにも、定期的な見直しが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回福祉サービス第三者評価を受審し、私共施設の現状をご利用者やご家族、だけでなく、広く地域社会の多くの方々にも理解していただける指標となるものと考えております。また、更なるサービスの質の向上に改めて取り組む機会と捉えたいと考えます。

評価結果に至る調査では、公正中立な客観性の高い視点で判断いただき、サービスの質の向上を図るべき方向性や運営管理面等で改善すべき点を再認識したところであります。

この評価結果を真摯に受け止め、評価を受けて終わりにするのではなく、今後計画的に改善に取り組んでいきたいと思っております。その中でも施設運営計画策定に職員一人ひとりが参画できる効率的な体制整備、経営方針等への職員の理解度を高める把握方法の確立を進め、サービスの向上に努力していきたくて考えております。

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>	<p>* 理念、基本方針（園訓）はパンフレット等に明文化されており、管理者から職員への方針説明等実施されている。</p> <p>* 家族、特に判断能力のない利用者に対しての周知方法についての工夫が十分でない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中・長期計画は、計画策定過程の会議録等から、施設を取り巻く現況、サービスの質の向上を目的とした計画が策定中である。併せて中・長期の財務計画を策定することで安定的な経営基盤の確立を目指している。</p> <p>* 策定については、中堅職員、管理職等が中心に策定を進めており、全職員の参画の体制整備は十分でない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 管理者としての職務やリーダーとしての責務は会議等で職員に対して明示している。</p> <p>* 管理者の責務について、職員の理解度についての把握方法が確立されておらず、一部、職員間の情報の共有、全職員が一丸となりサービスの質の向上、経営改善を目指すために指導力を発揮するという点については十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 情報収集、経営分析は積極的に行われており、中・長期計画の策定に反映している。</p> <p>* 法人内施設による相互の内部監査は実施しているが、公認会計士等による外部監査は実施されていない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 職制・職務の分掌を明確にし、法人、施設が必要とする人材に関する理念を明示している。</p> <p>* 人事考課制度については現在策定中ではあるが、職員自己評価、面接等を実施する中で職員の就業状況や意向を把握している。</p> <p>* 施設内、法人内の内部研修が実施されており、人材養成に向けた取り組みは積極的に行われているが、職員一人一人の研修計画については策定しておらず十分でない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 緊急時の対応、各種マニュアル（防災、衛生、感染症防止）に加え、施設が必要とするマニュアル（夜間対応、給食危機管理等）を作成し、活用している。</p> <p>* 安全確保のための工夫については、建物の老朽化もあるが、改善のための工夫・対策にまでは至っていない。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* 地域との交流、実習生、ボランティアの受入れ等について基本姿勢を明示し、積極的に行われている。</p> <p>* 介護予防教室、在宅介護者の懇談会の開催等、積極的に施設の持つ機能、資源を地域に開放している。</p> <p>* 相談困難な場合の対応方法についてのマニュアルは整備していない。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*建物の条件としては、厳しいところもあるが、職員の様々な取り組みや細かな対応により工夫している。</p> <p>*利用者からの意見等に対しては、職員が迅速に対応しているが、組織として改善課題を発見し、対応する為のマニュアルは整備されていない。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*良質の介護サービスが提供できて当然であるとの考え方から、標準的な介護マニュアルを整備しており、利用者に関する記録を整備している。</p> <p>*標準的なマニュアルの見直しがされていない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*サービス開始の手続きなど確実に行われ、情報提供も多様に取り組んでいる。</p> <p>*サービス内容の変更、事業所の変更に対し配慮はされているが、サービスの継続性を損なわないような仕組み手順等は定められていない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*サービス実施計画は、利用者一人ひとりのアセスメントが確実に行われ、関係する職員の連携のもと、具体的な計画が立案されている。また、多様なサービスを行う中で、定期的なサービスの見直しが確実に行われている。</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。

5 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。	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。	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。	B
	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。	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り組みに指導力を発揮している。	B
	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。	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。	A
	② 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	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	機関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	B
②	研修を推進していくための担当者を設置している。	C
③	職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	C
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	C
⑤	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関する基本的な考え方を明示している。	A
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
③	実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	A
④	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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。	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。	B
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	事業所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関する基本的な考え方を明示している。	A
⑤	ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A
⑥	ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	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。	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。	B
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。	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 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取り組みが行われている。	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。	B
	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。	B
	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ている。	A
	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。	B
	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。	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）に心掛けている。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	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。	B
	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	B
	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	機関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
	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。	B
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
	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
	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	機関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
	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
	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
	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。	C
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。	A
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A
④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者の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	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者の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	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者の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	入浴・清拭について、支援が必要な利用者の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	排泄について、支援が必要な利用者の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
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者の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	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者の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
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
⑫	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。	A
⑬	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。	A
⑭	利用者の社会生活に必要な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。	A
⑮	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	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	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。	B
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	実施計画の見直しが行われている。	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