

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合社会福祉会館 4階
評価実施期間	H27年9月29日～H28年3月28日
評価調査者番号	① H18-C017
	② H19-b007
	③ H21-b009
	④ H18-b018

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：さやの家 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：大谷晋也 (管理者)	開設年月日 平成 8 年 4 月 1 日
設置主体:社会福祉法人 天竜厚生会 経営主体：	定員 (利用人数) 120 名
所在地：〒436-0047 静岡県掛川市長谷1673	
連絡先電話番号： 0537-21-1340	FAX番号 0537-62-0438
ホームページアドレス	http://www.tenryu-kohseikai.or.jp

(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、居宅介護支援事業、訪問入浴センター	お花見、納涼祭、盆供養祭 バイキング、芋煮会、小行楽		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
個室 80 室 二人室 2 室 四人室 20 室	食堂、厨房、リネン室、洗濯室、浴室、 脱衣室、ケアワーカー室、研修室 実習室、日常動作訓練室、当直室 おむつ交換室、ボランティア室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	3	生活相談員	2
看護師	4.3	准看護師	1.4
管理栄養士	1	機能訓練指導員	1
介護支援専門員	2	介護職員	44
事務員	1		

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 法人の理念や基本方針を記載した名刺サイズのカードを職員に配付して周知を図るとともに、周知状況の確認もしています。
- 管理者は虐待防止に向け、自ら積極的に取り組みをしています。
- ワーキンググループ活動や委員会活動にて利用者の安全への検討を実践し、福祉機器の導入をしています。
- ISO の品質チェックが定期的・継続的に実施され、サービスの質の向上に取り組んでいます。
- 施設での喫茶や書道・生け花教室に地域住民が参加したり、納涼祭に地域住民が模擬店の手伝いをするなど、利用者と地域住民との関わりを大切にしています。
- 地域の福祉ニーズを把握して、短期入所生活介護事業に障がい者を受け入れています。
- 施設全体で虐待防止、身体拘束廃止に取り組んでおり、定期的に会議で個別具体的に検討をしています。

◆ 特に改善を求められる点

- 事業計画の説明資料は職員に配付されていますが、周知状況は不十分です。
- 関係機関との連携において、必要な社会資源は一覧表にまとめられていますが、職員への周知は不十分です。
- 相談援助の困難な場合の対応方法はルール化されていますが、マニュアルは整備されていません。
- 個室ではプライバシーが確保されていますが、四人部屋では持ち込み品の制限があるなど、十分ではありません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の調査資料を多職種でまとめる際、改めて私たちが提供しているサービスを振り返ることができ、コミュニケーションツールとしても役立ちました。評価調査者の方より、できている点を褒められ、自信にもなりました。また、改善が必要な点に対するアドバイスをいただき、今後のサービスの質の向上に参考になりました。

私たちが考えている以上に良い評価をいただきましたが、今回の結果がゴールではなく、新たなスタートの気持ちでさらにステップアップを図りたいと思います。特に、今後、第三者評価の結果を職員だけではなく、ご利用者やご家族の方にも共有していただき、積極的な取り組みを検討していきます。

4 評価分類別評価内容

評価対象 I

- 法人の理念や基本方針は明文化され、広報紙やパンフレットに掲載しています。
- 理念、基本方針は毎年の事業計画に掲載され、職員に

1 理念・基本方針	<p>配付しています。また、理念や基本方針が書かれた名刺サイズのカードや職員ダイアリーを職員に配付しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者への周知は玄関への掲示のみで十分ではありません。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> • 法人の中長期計画に沿って施設の事業計画を策定しています。 • 理念を職員や利用者へ周知する取り組みは積極的に行っていますが、職員に対する事業計画の周知については十分ではありません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> • 職務分掌が毎年の事業計画に載せられており、役割や責任が示されています。 • 係長・主任・リーダー会議で事業の方向性の説明や重要案件を文書化し配付する取組をしています。 • 管理者は虐待の予防に向け自ら積極的に取り組んでいます。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 法人本部による経営状況の分析と施設が行う稼働率等の分析がされていますが、具体的な数値目標が明確ではありません。 • 利用者満足度調査や職員のモチベーションをあげるための取り組みをしています。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> • 法人の求める職員像は中長期計画等に明示され、それを受けて施設の計画が策定されています。 • 人事考課制度は評価の基準が明確で、考課のフィードバック面接を実施しています。 • 職員の就業状況や意向の把握を行っています。 • 福利厚生については天竜厚生会互助会が担っており、その中で医療費の助成制度が整備されています。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルは整備され見直しも定期的に行われています。 • ヒヤリハット、事故報告については委員会、ワーキンググループの活動を通して分析、改善、周知をしています。 • さやの家の位置する地域は県ハザードマップにおいて特定の危険地域の指定はありませんが、昨年の逆川の増水を受けて対策が検討されています。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> • 認知症サポーター養成講座、認知症実践者研修へ職員を講師として派遣しています。 • 特別支援学校の保護者会や自立支援協議会等に参加し施設の広報と「ふじのくに型福祉サービス」として障がい者に短期入所生活介護事業を実施しています。 • 喫茶・書道・生け花・納涼祭等など地域との交流をしています。
評価対象Ⅲ	<ul style="list-style-type: none"> • サービスの実態が利用者の生活サポート帳に明記され、

<p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>日々のサービスに生かされています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者のプライバシーの保護等については細かい配慮をしています。 • 利用者満足度調査は定期的な調査の実施によりサービスの改善に繋がっています。 • 困難事例については法人本部と連携して取り組んでいます。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ISO の導入と年に 1 回実施する自己評価から、より質の高いサービスの提供を図っています。 • 記録システム「ちょうじゅ」を活用したアセスメントケアプランの作成、モニタリングを定期的に行っています。 • 記録に関しては、管理規定等が整備され、個人情報の保護や開示について、職員に周知しています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ホームページの活用やパンフレットの配布、機関誌の発行により施設の紹介をしています。 • 利用に際しては契約書、重要事項説明書の文字の大きさに配慮するとともに分かりやすく説明し、利用者、家族の同意を得ています。 • 退所については、相談先や次に繋がるサービスの紹介をした丁寧な文書を作成しています。入院に際してもサマリーを準備しています。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • サービス実施計画については、入所前及び入所直後等定期的なアセスメントにより、ケアプランの作成やモニタリングが実施されています。 • 特別な支援を必要とする利用者については、課題の抽出、サービスの実施、モニタリングが適切な期間で行われるよう配慮しています。
<p>評価対象Ⅳ 1 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 施設全体での虐待防止、身体拘束廃止の取り組みが明示されており、定期的な会議にて個別具体的な方法が検討されています。 • 成年後見制度等の利用についての準備はされていますが、実際の相談には至っていません。 • 施設全体がゆとりをもった造りとなっており、家族や友人の面会スペースも確保されています。 • 個室ではプライバシーが確保されていますが、4 人部屋では持込品が制限されるなど十分ではありません。 • 公衆電話が設置されており、電話をかける支援が必要な利用者への配慮がされています。郵便物は、職員が仲介し郵便局員に渡しています。 • 終末期の対応の手順はマニュアル化されています。 • 過去から現在に至るまでの生活の様子や趣味嗜好を詳細に把握し、個々のケアプランに反映するように努めています。

<p>2 日常生活支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者個々のアセスメントを行い、担当者会議を実施してケアプランが作成され、職員間の情報共有が図られています。 • 入浴、排泄、移動、食事への介護については、全職員携帯の「サポート帳」にて標準化が図られており、個別具体的なケアプランに沿った対応をしています。 • 嗜好調査を定期的実施し、献立に反映しています。選択メニュー、寿司、刺身等、食事をおいしく食べられるような工夫をしています。 • 必要な方への口腔ケアにおける歯科衛生士の関わりや機能訓練における作業療法士の関わりはありますが十分ではありません。 • 健康管理と衛生管理については予防や発生時の対応マニュアルが整備され、職員間で共有されています。 • 余暇活動や生きがいづくりへの支援について、多種多様な趣味活動や行事を実施していますが、個々の利用者の意向確認は十分ではありません。
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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	法人や施設の理念が明文化されている。	A
②	法人や施設の運営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 事業計画の策定

		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) 事業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。	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。	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。	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。	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。	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）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。	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	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑤	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。	A
⑥	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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	A
	② 施設が有する機能を地域に還元している。	A
	③ ボランティアの受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。	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
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
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。	B
	③ 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
	④ 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) 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-2-(4)	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-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

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 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	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

評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1)	利用者の権利擁護	
	① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	A
	② 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	A
	③ 成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。	B
	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 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	A
	⑧ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	B

	⑨ 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	A
IV-1-(2) 支援の基本		
	① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。	B
	② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	A
IV-1-(3) 家族との連携		
	① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	A

IV-2 日常生活支援

		第三者評価結果
IV-2-(1) 身体介護		
	① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	④ 褥瘡の発生予防を行っている。	A
IV-2-(2) 食生活		
	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	A
	② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	B
IV-2-(3) 整容、理・美容		
	① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。	B
	② 利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。	B
IV-2-(4) 機能訓練・介護予防		
	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	B
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	A
	② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	A
IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり		
	① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。	B
IV-2-(7) 建物・設備		
	① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	B