

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
評価実施期間	平成28年6月6日～平成29年3月22日
評価調査者番号	① H16-b 013
	② H22-a 003 (c追認)
	③ H18-b017 (c追認)

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) 登呂の家	種別: 特別養護老人ホーム
代表者氏名: (管理者) 西 勇司	開設年月日: 平成17 年9月1日
設置主体: 社会福祉法人 天竜厚生会 経営主体: 社会福祉法人 天竜厚生会	定員: 80人 (利用人数) ショート 20人
所在地: 〒 静岡県静岡市駿河区登呂3丁目4-1	
連絡先電話番号: 054-203-3363	FAX番号: 054-203-3386
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				
登呂の家ショートステイ 登呂の家デイサービスセンター 登呂の家ケアサポートセンター 登呂の家ヘルパーステーション	施設全体 映画会(毎月)・慰問(毎月)コーラス・バイオリン・ハーモニカ等・新茶会・行事食・縁日祭・クリスマスコンサート・初詣・ふれあいショッピング・お雛様展・ユニット 毎イチゴ狩り・おやつ作り(複数回)・クリスマス会・豆まき・散歩と買い物				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
個室ユニット 1ユニット10名 × 10	共同生活室居間・共同生活室食堂・セミパブリックスペース				
職員の配置					
職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	機能訓練指導員	1		
生活相談員	3	介護支援専門員	1		
看護職員	7	医師	1		
介護職員	50	管理栄養士	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

- ・地域との連携交流は施設が市街地にあるため、静岡市事業の「でんでん体操」の場として提供するだけでなく、申し込みの受け付け事務や、当日の準備後片付け、その後喫茶スペースを利用者が使用する場合は、ボランティアや職員が対応する等、喫茶スペースを含む地域交流スペースの開放等様々な取り組みをしています。また生活困窮者対策の就労訓練事業の受託、防災関係では福祉避難所として覚書を交わし、BCPIにも地域住民支援が記載されています。
- ・地域との関わる取組が多く、地域の中の施設として活動がされています。
- ・面会については、時間にかかわらず自由に行なえる等、細かな配慮がされています。

◆特に改善を求められる点。

- ・理念、行事計画等について、利用者等に周知する努力が必要です。
- ・家族への意向確認、サービス計画書の意向確認について、口頭のみで実施される部分があり、文書で確認を取る対応が必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

・今回、「登呂の家」としては、初めての第三者評価事業の受審でした。現状のサービスの質について、振り返り、確認することができました。自己評価を踏まえ、第三者評価を受審しましたが、その過程の中ではサービスの質について新たな視点に気付くこともできました。今回の評価結果で終わるのではなく、新たなスタートと地点として改善すべき点を明確にし、サービスの質の向上に取り組んでいきたいと考えます。

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">・法人のパンフレット、事業計画に記載、施設内にも表示されています。内容も現在の状況に応じています。・理念が掲載された法人の広報誌、事業計画書は職員に配付とともに、施設内に掲示されています。また、法人主催の研修等で職員に配付されている携帯カードを使い、読み上げて、周知を図っています。・理念等が記載された法人の広報誌は家族に送付され、来所者用として正面玄関に置いています。利用者には施設で一人ずつ希望を募って配付しています。
--------------------------------	---

<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の中期経営計画に基づき、施設の計画が策定されています。それに基づき今後10年間の施設投資支出計画書が策定され、予算作成に生かされています。 ・計画はフロア会議で職員の意見を聴取し、エリア会議や代表者会議で議論、決定というプロセスで策定されています。各種会議で課題整理が常時されています。 ・計画は年度当初、全職員に書面が配付され、エリア会議で詳細の説明があり、それがフロア会議で伝達されています。進捗状況等は、エリア会議で状況報告があり、フロアに伝達され周知されていますが、家族等への周知の取り組みは不十分です。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人で取り組んでいるISOを利用し、課題を整理していません。取り組むべき課題をエリア会議等で職員に伝え、解決を図っています。今年度は職員より、質や勤務等の意見聴取を行い、課題確認をしています。 ・毎月、財務分析を行い、業務分析がなされています。「フロアの体制の検討と職員の処遇改善によるサービスの質の向上」について、会議で説明され、内容も配置人員・シフトの改善にまで踏み込んでいます。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営分析と施設利用実績により課題は把握され、職員に説明されていますが、経営状況の改善までの意見聴取はされていません。(業務の改善についてはできています。) ・法人でISOの取り組みを行い、法人全体で公認会計士による財務等のチェックを受け、状況を把握しています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人組織規程、施設事業計画で役割を明文化しており、キャリアパス制度で職制を規定しています。 ・人事制度に基づき人事考課が行われ、フィードバックも全職員に行われています。人事考課は管理者が評価するのみではなく、(参考考課間近に被考課者を見てはいないのでそれを補うための1次考課者のプレ評価)担当職員の評価に関わる研修も行われています。 ・法人全体で外部業者による意識調査を実施し、分析を行い、有給消化率等も把握、取得ができるよう職員に働きかけをしています。また、法人でメンタルヘルスの相談窓口を開設しています。 ・職員研修報告書が出され、管理者がチェックしています。 ・法人主催の階層別研修は行われていますが、個々の研修計画がないため、次の研修計画に反映しているとはいえません。

<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各種マニュアルが整備され、施設内にリスクマネジメント委員会が組織され、定例会で検討されています。 ・法人及び施設に防災委員会が組織され、避難訓練も毎月実施され、BCP(事業継続計画)策定にも取り組んでいます。 ・ヒヤリ・ハット報告書、事故報告書をリスクマネジメント委員会で検討し、各フロアにフィードバックされ、設備及び介護機器については定期点検の定めに従い点検が行われています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・包括支援センターを受託し、協働でニーズ把握を行っています。また包括センター経営者会議に当初から参画し、地域状況の把握に努めています。 ・交流スペースを地域に無料開放し、静岡市事業の「でんでん体操」の場として提供するだけでなく、申し込みの受け付け登録の事務や、当日の準備後片付け、その後喫茶スペースを利用者が使用する場合は、ボランティアや職員が対応する等、喫茶スペースを含む地域交流スペースの開放等様々な取り組みをしています。 ・計画中のBCPにも地域住民受入が明文化されて、福祉避難所としての協定書も取り交わしています。また生活困窮者支援のため、就労訓練事業の受託を受けています。
<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"> ・利用者尊重の姿勢を日々のサービスに生かすよう取り組まれています。 ・利用者のプライバシー保護については標準化を図る取り組みがなされています。 ・利用者満足度調査は定期的な実施によりサービス改善につながる努力がされています。 ・苦情への取組も迅速に行われていること窺われました。 ・意見箱と公衆電話の設置場所をプライバシーに配慮し、再考が必要です。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ISOによる品質管理と毎年の自己評価、分析結果の掲示等サービスの質の確保を図っています。 ・記録に関しては管理規程等が整備され、個人情報の保護と開示が規定され、USB等情報の取り扱いについてはシステム管理がなされ、職員への周知も図られています。 ・研修に関しては、定期的な実施されていますが、職員の理解度などを確認する記録の整備については十分ではありません。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットは近隣開業医に配布する等、施設紹介に努めています。 ・契約書、重要事項説明書については家族等の同意が得られており、特に重要事項説明書はわかりやすく、詳細に規定されています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・入院に際してはサマリーが提供され、退所後の継続支援の手順書及び看取りが作成されていますが、退所後に地域や在宅での継続支援のための手順書が作成されていません。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス計画、アセスメント、担当者会議、モニタリングと整合性を持って行われています。 ・ケース記録の記載については作業日報的であり、モニタリング等で実施状況は確認されますが、十分ではありません ・評価表の作成後のサービスの計画のモニタリングは毎月行われ、評価・見直しも行われています。

5 評価項目の第三者評価結果

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。	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。	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。	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。	A

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。	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。	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。	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	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	B
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。	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。	B
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。	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	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。	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。	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。	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。	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。	B

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。	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 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。	B
	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。	A
	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。	B
	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。	A
	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。	B
	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。	B
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。	A
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。	A
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。	A