

(別記)

## 公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

### 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 県総合社会福祉会館シズウェル内4階
評価実施期間	平成24年8月6日～ 平成25年1月31日
評価調査者番号	①H17-a026
	②H18-b003
	③H21-b009

#### 1 福祉サービス事業者情報

##### (1) 事業者概要

事業所名称：しんぱらの家 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：太田 清文 (管理者)	開設年月日 平成16年2月20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 短期入所10人 (利用人数)
所在地：〒434-0003 浜松市浜北区新原 4092-2	
連絡先 053 — 584 — 1077	FAX番号 053 — 584 — 1120
ホームページアドレス	<a href="http://www.tenryu-kohseikai.or.jp">http://www.tenryu-kohseikai.or.jp</a>

##### (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(介護福祉施設) 短期入所生活介護 デイサービスセンター 居宅介護支援 地域包括支援センター	正月・豆まき・ひな祭り・花見・七夕・ 厚生会花火大会・納涼祭・敬老会・厚 生会まつり・クリスマス会・しんぱら 保育園児との交流会(年3回)
居室概要	居室以外の施設設備の概要
居室(全個室約8畳)96室・共同生活 室(居間・食堂・キッチン・ケアワー カーコーナー)・談話コーナー	パブリックスペース(地域交流の場)・ 一般浴室5室・特別浴室6室・脱衣室 6室・トイレ(各ユニット3か所計27 か所)・理髪室・厨房・配膳室・洗浄室・ 介護材料室兼リネン室4室・相談室3 室

職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	3	準看護師	1
看護師	4	生活相談員	2
介護職員	49	機能訓練指導員	1
介護支援専門員	3	調理員	委託
栄養士	1		

## 2 評価結果総評

### ◆ 特に評価の高い点

- 1) 法人の基本理念、スローガン、経営方針、行動指針が明確に示されています。また、これらを記した身分証明書を全職員が携行して理解の共有を図っています。
- 2) 法人はISO9001の認証を取得し、法人本部の統括力を発揮し、規定に基づき、法人の理念や基本方針、経営戦略などが当該施設に浸透しています。ISOの規定に基づき品質目標を設定し、予算の裏付けのある中期経営計画を作成しています。施設は職員の意見を組織的に中長期計画に反映し、単年度の事業計画と達成目標を明示し、定期的に達成度を評価しています。また、出来上がった計画は施設長が全職員に書面を配付の上説明をし、半期の見直しも同様に実施しています。
- 3) 施設長等は公認会計士による指導と経営コンサルタントによる経営戦略に関する研修を受け、法人本部からの情報と施設独自での地域の情報収集を活用して経営の効率化や提供サービスの向上取り組んでいます。
- 4) 職種・職域ごとの研修目標が定められ計画的な人材育成に努めています。法人の「人事制度要綱」に基づき、職員の人事考課が適切に実施されています。
- 5) 雇用形態にかかわらず基本的な福利厚生が手厚く、これに追加しての互助会への参加も自由にでき、職員は自分の生活にに応じて利用しています。
- 6) 組織の分掌があり、客観的な基準に基づいた人事考課が行われているとともにISOの基準に基づき、書類の管理やサービスの均質化を図っています。
- 7) 同一建物内に地域包括支援センターとデイサービスセンターと居宅介護支援の事業所があり、浜松市、法人本部と地域と連携を取って施設機能を生かしています。また、交流のスペースを生かし、利用者と地域の人たちとの様々な交流を実施しています。
- 8) 日常生活の中で利用者の面会や通信面では、電話の設置位置や手紙の受送信ではプライバシーに配慮し、携帯電話の使用も可能です。
- 9) 個別の支援が必要な利用者に対しては個別に具体的な支援の実施方法が明示され、定期的に評価と本人の意向に基づく見直しがされていて、化粧の方法や、毛染めやパーマについてなど具体的に記載されています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 理念と基本方針を利用者や家族などに配付するとともに説明が必要です。
- 2) 法人で一括して必要な人材に関する有資格の一覧のプランがありますが、個別に応じた具体的なプランが求められます。
- 3) 基本的人権に関する接遇・ボランティア・衛生管理（日常の場所別清掃方法や清潔維持方法）・不法者侵入対応・身体拘束の不適切事例の対応・契約締結が困難な利用者などへの対応等マニュアルが不十分なものや、組織的対応が定まっていないものに対して整備が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、第三者評価を受審できたことは、大変有意義なこととなりました。この受審結果から、施設の基本方針や運営につきましては、一定の評価を得ることができましたが、いくつかの点に改善が望まれるとの指摘もいただきました。今回指摘された改善点につきましては、施設における検討の留まらず、法人全体での検討が必要なものも含まれていることを認識しております。今後も、よりよい支援・サービスの提供を目指し、職員一同で努力していきたいと考えています。

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>・理念と理念に基づく基本方針は法人の事業計画・事業所計画に明文化され、施設の玄関に掲示があります。</li> <li>・施設長は職員全体に年度当初に書面配付の上、説明をし、周知のための取り組みをしていますが、利用者や利用者の家族には書面配付や説明が十分ではありません。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人が ISO9001 の規定に基づき、品質目標を設定して中長期計画書・中長期収支計画書を作成し、福祉サービス内容・組織体制等の課題分析と具体的解決策を策定し、これを基に施設長が各担当職員から意見聴取をして事業計画を策定し、更に 10 月に施設の全体会議で見直しをしています。</li> <li>・計画作成にあたっては施設毎、職員からの意見聴取を行い、施設の要望として法人本部の計画に組み込まれる仕組みがあり、施設長は出来上がった計画書を全職員に配付・説明していますが、利用者等には説明が不足しています。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は事業計画で今年度の取り組み・重点取り組み事業・施設の基本方針を明確にして、職員全体会議で</li> </ul>

<p><b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b></p>	<p>説明しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設長は法人の会議に参加するとともに、施設内の各種会議を主催し、委員会に出席し、ISOの品質目標計画達成のために、第三者評価受審、稼働率や経営分析、人員の適正配置、物品の管理方法等様々な改善に積極的に取り組んでいます。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p><b>1 経営状況の把握</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人本部を通じ、法人が実施している他の事業からと法人単体で情報を収集し、活用しています。</li> <li>施設では月次経営成績表で経営分析を行い、課題解決に向けるとともに、法人に報告をしています。</li> <li>上記報告に基づき、管理職会議では施設からの報告をまとめ、ISOの基準に基づき、公認会計士による指導を受け、経営改善に取り組み、経営コンサルタントによる経営戦略に関する研修を実施しています。</li> </ul>
<p><b>2 人材の確保・養成</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人の中期経営計画・事業計画は全職員に配付・説明され、職員業務分掌と職員の教育・研修に関する基本姿勢と研修計画が明記されていますが、必要な人材や職員体制に関する具体的なプランにまでは至っていません。</li> <li>職員の就業状況や意向を把握し、面接・アンケートで要望を確認し、資格取得の予定を整理し、適切な指導を行っていますが、意向に対して検討する仕組みや、個別の教育・研修計画に基づいた取り組み、次の計画に反映するまでは至っていません。</li> <li>雇用形態にかかわらず年2回の健康診断・医療相談・腰椎ベルトの支給等を実施しています。自由に参加できる天竜厚生会互助会制度で医療費助成制度や娯楽チケットの安価の入手等もできます。</li> <li>各種の実習生の受け入れの基本姿勢を明記し、積極的な取り組みをしています。</li> </ul>
<p><b>3 安全管理</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>緊急時・災害時・利用者の安全確保のためのリスクの把握等はマニュアルを整備し、ISOの基準に基づき継続的な見直しがあり、委員会を中心に情報の共有や必要な訓練・研修を実施していますが、一部衛生に関してマニュアルが不十分です。</li> <li>設備面では安全の確保に取り組み、発生した事故に対</li> </ul>

	<p>して要因の分析や家族への報告や事故補償のための対策を講じています。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 必要な資源を明確にし、各担当職員が周知し、関係機関とも定期的な連携をとっています。</li> <li>• 地域支援センターを生かして施設機能を提供し、地域包括支援センターの会議に参加し、交流スペースを活用し地域の人たちと様々の連携を試行していますが、利用者の生活範囲を広げるための地域との交流福祉ニーズに基づく事業・活動としてまだ十分ではありません。</li> <li>• ボランティアを受け入れていますが、基本姿勢と受け入れ体制は未整備です。</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>• 利用者の基本的人権への配慮について組織で研修し、サービスの基本姿勢は標準的実施方法に反映され、身体拘束・入浴・排せつ・苦情解決の仕組み・利用者からの意見への対応はマニュアルが整備され、プライバシーへの配慮をしていますが、「他人の干渉を許さない、各個人の生活上の自由」を保護するためのマニュアルが不十分で、これらの研修は入所時にとどまっています。</li> <li>• 居室のしつらえや家族との面会・通信の機会の確保や配慮をしています。</li> <li>• 利用者満足度調査を行い、入浴・排せつでは設備面や温度管理に努め、食事では嗜好調査や残食結果、希望メニューの取り入れ、食器の工夫や環境作りをしています。</li> <li>• 利用者のための相談室があり、相談員がその都度対応し、成年後見制度も利用していますが、相談のための案内文の配付や、相談援助の手順や方法のマニュアル、権利擁護に関する方針の明文化はしていません。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• サービス内容については年1回自己評価を行い、文書化した結果や課題を共有し、改善する仕組みがあり、職員の技術向上のための研修に参加していますが、相談援助のためのマニュアルはありません。</li> <li>• 提供するサービスの標準的な実施方法は、ISOの規定により文書化され、施設ではサービスの提供・見直す</li> </ul>

	<p>仕組みや記録・記録の管理体制があります。記録された情報は PC の LAN システムにより職員間で共有でき、定期的な会議で活用しています。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページやパンフレットを解り易く作成し、利用希望者や見学者に配付し、重要事項説明書もわかり易く工夫し、状況に応じて契約書と重要事項説明書の説明に配慮しています。</li> <li>・施設は利用者が他の施設に移行するための手順と引き継ぎ方法と窓口を文書化し、連絡体制を整え、契約締結の困難な利用者や家族に対して後見人の説明はしていますが、利用するための手順や方法はマニュアル化してありません。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施計画は定められた手順により利用者の意向に配慮し、「説明」と「同意」の元、関係職員の合議により目標に対して策定しています。</li> <li>・利用者の情報は毎月モニタリングで現場の責任者に伝えられ、定期的な見直し基準と手順を定め、P→D→C→A を実施しています。</li> <li>・個別具体的なサービスが必要な利用者に対してはそれぞれの生活場面での支援方法を明示し、心理面への支援や家族友人関係の把握による支援、利用者の生きがいつくり等の支援を実施しています。</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。	C

## 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 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。	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。	A
	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。	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。	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。	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) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
	① 実習生の受け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 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。	A
	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。	B
	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。	C
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。	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。	B
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。	A
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。	A
⑩	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。	B
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。	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	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。	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。	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。	B

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。	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-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。	B
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。	B
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	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
②	課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
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。	A
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。	A

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。	A
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。	A
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。	A
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。	A
⑩	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
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。	B
⑬	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
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。	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。	A
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	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
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