

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シズウェル内4階
評価実施期間	平成24年8月9日～24年12月28日
評価調査者番号	① H19-a001
	② H17-b031
	③ H20-b003

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： 翠松苑 (施設名)	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 山本 たつ子 (管理者) 施設長 村瀬 勇	開設年月日： 昭和54年4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) 80人
所在地： 浜松市浜北区於呂4201-6	
連絡先電話番号： 053-583-1135	F A X 番号： 053-580-4060
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(介護福祉施設) 短期入所生活介護	花まつり 小旅行 納涼花火大会 地蔵盆 彼岸供養際 敬老会 豆まき 餅つき		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室 4 2人室 5 4人室 19	トイレ9 洗面所4 面接室兼相談室 医務室 理髪室 リネン室兼作業場 浴室・脱衣室(現在改修中) 機能回復訓練室(現在改修中)		
職員の配置			
施設長	1	介護職員	46(うち非常勤26)
生活相談員	2	介護支援専門員	1(兼務)
管理栄養士	1	調理員	6
看護師	1	医師	1(非常勤)
准看護師	2	事務員	1(非常勤)
機能訓練指導員	1(兼務)		

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

- 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。施設は職員から出た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し説明し、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に取り組んでいます。
- 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) 勤務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) 地元入所者が多いという施設の特性を生かした行事面での工夫が、見られます。
- 8) 利用者の個別支援計画を作成し、必要な項目に関する個別・具体的な方法を明示しており、またこれに携わる職員の技能習得や情報共有を進めています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 法人の倫理規定はありますが、利用者に対する権利擁護・虐待防止の具体的対策、また不適切な援助業務や虐待が発生した場合の具体的対応を示す要綱やマニュアルの整備・体制化が望まれます。
- 2) 利用者からの相談への対応について、利用者にわかりやすく提示するとともに、相談業務の標準的なマニュアルの作成が望まれます。
- 3) 法人規模が大きく体制的に整っているため、個の施設として見ると特別養護老人ホームとしての施設の独自性や積極性が乏しくなっています。地域の方やボランティアの来訪を積極的に働きかけるなど、地域との関係性の構築が望まれます。
- 4) 日々の過ごし方について各自の自由は確保されていますが、利用者が活動性や娯楽性を高め余暇を楽しめる工夫が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

自施設の長所と短所が客観的な視点で評価されたことは大変良かったと思います。特に改善が必要とされる点については以前より検討はしてはいましたが、諸課題の優先により、しっかり着手していなかったものもありました。特に地域との連携や利用者サービスに関わること等は今回の評価を機に、改善に向けて全職員の協働で取り組んでいきたいと考えております。

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>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や福祉事業に対する基本的姿勢が明確に示されています。 ・法人の理念及び基本方針は、施設概要、事業計画書に記載され、施設の分かりやすい場所に掲示しています。職員会議で配付し、職員に説明、周知をしています。職員は理念とスローガンが記載された身分証明を携行しています。 ・職員、利用者、家族に対する説明や配布、理解を促す機会の確保という面では、不十分な所があり、改善が望まれます。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で平成24年度～28年度の中期計画を策定し、年に2回の達成度の評価が行われています。半期に一度パフォーマンスレポートの作成や職員のアンケートや提言等を基に課題が整理されています。1月には管理者が全職員の聞き取り調査を行い、職員の意見を吸い上げ、計画に反映する仕組みになっています。 ・施設長によるヒアリングの結果をとりまとめ、法人本部（事業部）に提供し、法人の基本方針から各事業所の事業計画作成までの手順に基づいて、組織的計画的に策定や見直しをしています。 ・各計画の周知としては、職員会議、家族の集いで資料を配付の上説明していますが、利用者への周知は不十分です。情報提供の方法について工夫が望まれます。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画書の中で管理者による年間目標と管理者の果たすべき責任とが明示され、職員に配付した上で、年二回は「品質目標」の手順に従って職員側から妥当性を評価しています。 ・サービスの質の向上に向けて、全職員で毎年サービスの自己評価を実施し、職員会議で改善への取り組みをしています。 ・改善すべき課題として利用者のQOLを高めるため、施設長の主導により職員配置や日課の見直し等を行い、個別ケアの取り組みを試行中です。 ・法令・通知等の情報については、法人でリストアップし整理していますが、職員への理解、周知には十分ではありません。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は毎月財務分析や、人員配置の検討を行い、リーダーシップを発揮しています。 ・管理者は、積極的に福祉の動向の情報収集に努め、法人内の相談事業所との連携により地域のニーズの把握に努めています。 ・法人本部にて、毎月施設に関する「経営成績表」「試算表」「月次報告」により、経営分析が行われています。 ・公認会計士の指導で経営改善に努め、経営戦略会議に参加し、経営コンサルタントとの指導を受け、経営状況の把握をしています。

<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「人事制度要綱」に基づいて、法人全体で年に一回、客観的な基準に基づいた人事考課が行われています。 ・法人全体で、職域ごとに研修計画が定められ、計画的に研修、人材育成が行われていますが、職員一人一人に対しての特性や力量に合わせた教育や研修計画は策定されていません。 ・法人独自の福利厚生を体制を確立し、育児支援やシニア雇用制度、サークル活動等職員の要望に基づいて積極的に行なっています。 ・実習生の受け入れには、法人として社会福祉専門職の育成や、職員の指導力の向上等実習生育成の目的を示しマニュアルもあるが、事業所での受け入れの際には実習生の目的に応じたプログラムを整備することが望まれます。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハット、事故報告、集計や検討がなされ、職員に周知され、事故の発生予防に生かされています。 ・防災、感染症予防等のマニュアルは完成度が高く、職員にも周知されています。衛生管理マニュアルの内容の検討や不審者対応マニュアルが整備され、運用されることが望まれます。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・立地などの特性から地域とは積極的な交流に欠ける傾向にあります。交流を密にし、地域への開放、ボランティアの養成等を通じて、施設、そして利用者の日常生活の活性化が望まれます。 ・地域交流として地元利用者が多いという特性から「ふるさと帰り」の小旅行を行事に取り入れています。これ自体は、地域を意識した特長的行事ですが、個人的な範囲にとどまっていますので、「地域」と「施設」が双方向で交流ができる取り組みに発展することが期待されます。
<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"> ・利用者の意思の尊重に関しては、職員の対応に個別差はありますが、提供するプログラムの参加に対する利用者の意思は尊重されています。 ・利用者の尊厳やプライバシーの保護に関しては、基本方針やマニュアルの中に明示されています。不適切事例への対処方法が定められておらず、標準的なマニュアルの整備が求められます。 ・利用者満足の上昇に関しては、利用者参画による改善への取り組みが十分ではありませんが、愛用品の持ち込みなど生活空間の占有に関しては、利用者の希望に基づいた配慮がなされています。 ・入浴や清拭時の快適性については、設備的な制約がありながらも配慮がなされています。食事の楽しみについては、嗜好調査の献立への反映がされています。 ・利用者が相談しやすい環境の整備や苦情受け付け機会の周知については十分ではありませんが、相談や苦情への迅速な対応がされています。利用者の権利を擁護し、代弁を損なう事例、相談援助が困難な場合などの対応方法のマニュアル整備が求められます。

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設として年一回の自己評価を組織的に行っていますが、抽出した課題に対する改善計画が策定されていません。 ・相談援助に携わる職員の技量向上には、複数施設を合わせた事業部全体のソーシャルワーカー会議等により取り組んでいます。 ・提供するサービスの標準的な実施方法に関しては、複数の委員会により、均質化への取り組みを行っています。 ・法人の研修センターにおけるカルチャー教室への参加、近隣地区出身の利用者の「ふるさと帰り」等、利用者のニーズに基づいた施設独自のサービスを、計画的に実施しています。 ・サービス実施の記録に関しては、職員により記録の質にバラツキがあるため、記載要領の標準化を検討中です。日々の申し送りや毎月のカンファレンスにより情報の共有を進めています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設を紹介するHP・パンフレット等は作成されています。公共の施設等に配布し目に触れやすく利用しやすい設置が望まれます。 ・一人ひとりのサービス提供は継続性があり、計画的で安定した体制が確立しています。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニケーション、移動（移乗）、食事、入浴・清拭、排せつ、身だしなみ・清潔保持等の支援分野に関しては、一人ひとりの利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法を明示しています。また月一回の職員勉強会の中で、テーマを決めて技能習得への取り組みを行っており、半年に一回はカンファレンスにより個別支援方法を見直しています。 ・自立度の高い利用者に対しては、その力を発揮させる生活リハビリとして洗濯物たたみや手芸などの支援を明示し、家庭生活を意識した支援がなされています。 ・利用者に対するサービス実施計画の作成については責任者を設置し、本人の意向確認に努力の姿勢が見られ、関係職員との協議もされ体制的にされています。 ・サービス実施計画の流れがフロー化され、利用者の情報が責任者に伝わる体制が整っており、提供されるサービスの優先順位や実施の評価や定期的な見直しなど組織的に行われています。

5 評価項目の第三者評価結果

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

Ⅰ－2 計画の策定

Ⅰ－3 管理者の責任とリーダーシップ

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－1 経営状況の把握

Ⅱ－2 人材の確保・養成

Ⅱ－3 安全管理

Ⅱ－4 地域との交流と連携

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

Ⅲ－2 サービスの質の確保

Ⅲ－3 サービスの開始・継続

Ⅲ－4 サービス実施計画の策定

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。	B
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。	B
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。	C

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。	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。	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。	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
②	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
③	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
④	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
⑤	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑥	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑦	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
⑧	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
③	地域に開かれた施設である。	B
④	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。	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。	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。	B
	③ 利用者の意思を尊重している。	A
	④ 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
	⑤ 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。	B
	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。	B
	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。	B
	⑨ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
	⑩ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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。	B
	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
	④ 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。	B
	⑤ 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
	⑥ 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。	B
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
	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。	B

	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。	B
	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
	③ 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。	B
⑩	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
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となる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
③	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
④	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
⑤	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