

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

| | |
|---------|----------------------|
| 名 称 | 日本社会福祉士会静岡県支部 |
| 所 在 地 | 静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階 |
| 評価実施期間 | 平成20年7月15日～20年11月14日 |
| 評価調査者番号 | ① H18-a007 |
| | ② H17-b031 |
| | ③ H19-b004 |

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) 静岡市救護所 | 種別： 救護施設 |
| 代表者氏名： 高橋 昌弘 (管理者) 花村 行郎 | 開設年月日： 昭和21年12月 1日 |
| 設置主体： 静岡市 指定管理者： 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会 | 定員： 50名 (利用人数) 50名 |
| 所在地： 静岡市葵区吉津1905番地 | |
| 連絡先電話番号： 054-278-6239 | FAX番号： 054-278-4836 |
| ホームページアドレス | なし |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 | | |
|---------------------|---|-----|------------|
| 生活保護法第38条に基づく救護施設 | よもぎ餅つき大会 端午の節句 日帰り旅行 バーベキュー大会 ソフトボール大会 家族会 七夕飾り 盆供養 ふれあい盆踊り大会 敬老会 ふれあい運動会 福祉楽市 一泊旅行 餅つき大会 クリスマス会 初詣 節分 ひな祭り イチゴ狩り | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| 個室6室 2人部屋10室 4人部屋6室 | 食堂 作業兼機能回復訓練室 洗面所 便所 浴室 洗濯室 談話室 静養室 特別静養室 医務室 | | |
| 職員の配置 | | | |
| 施設長 | 1 | 看護師 | 1 |
| 生活指導員 | 1 | 栄養士 | 1 |
| 事務員 | 1 | 調理員 | 4 (うち非常勤1) |
| 介護職員 | 9 | 医師 | 2 (うち嘱託2) |
| | | | |

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) 外部監査の実施により経営分析を行い、管理者の指揮のもとに職員がコスト意識を持ち、業務の効率化やサービス内容の見直しに取り組んでいます。 2) 火災・地震・行方不明者搜索等のマニュアルが整備され、防災訓練も毎月実施されています。 3) 関係機関との協議を定期的実施する等、密な連携に心がけています。 4) 食事の楽しみをはじめ、利用者がくつろいで生活できるような施設内スペースの工夫がなされています。 |
| ◆ 特に改善を求められる点 |
| 1) 資格取得等の将来的な人材プランと、職員一人ひとりに対する個別の研修計画策定や結果の評価が求められます。 2) 利用者のプライバシーの保護について、規程や文書での明示が求められます。 3) 自己評価を実施した際には、課題の明確化、改善計画の策定までのプロセスが望まれます。 4) 個々のサービス実施にあたり、マニュアル等の標準的実施方法の確立が望まれます。 5) 現在改訂を進めている利用者の個別支援計画の早期完成が求められます。 |

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者さんと『共生』が施設の基本姿勢であるということに改めて感ずることができました。施設の事業計画等も利用者さんに詳らかにし、職員一人ひとりが「個別化の原則」を強く意識しなければいけないと思います。また、すべてのことを書面に残すことが職員の利用者支援の『振り返り』に繋がるということも考えることができました。

4 評価分類別評価内容

| | |
|------------------|--|
| 評価対象Ⅰ | <ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は事業計画書に明文化されています。 |
| 1 理念・基本方針 | <ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は職員への書面配付にとどまり、利用者へは書面の配付や説明はされていません。 |
| 2 計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画は幹部職員が作成し、市の指定管理事業受託のための事業計画策定にとどまっています。予算についても年度単位で市からの交付金を受け、事業を実施するために、中長期計画を反映しにくい状況です。 ・年度ごとの事業計画は一般職員を含む職種ごとの会議で、前年度の評価、見直しが行われ、意見が管理職へ伝わる仕組みになっています。 ・事業計画書は職員へのみの配付にとどまり、利用者へは配付されていません。 |
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任について、会議の冒頭での表明にとどまり、また、遵守すべき法律を理解するための取り組みについては、職員への書面の配付のみになっています。 ・管理者は自ら利用者の相談に応じ、職種間の相互関係の見直しを行い、目的を把握しながら仕事ができる職員を育てるために努力しています。 ・管理者は経営内容を分析、検討するとともに、職員がコスト意識を持ちながら働くことに理解を得る努力をしています。 |
| 評価対象Ⅱ | <ul style="list-style-type: none"> ・市・町の決定に基づく措置施設ではありますが、県内外の同種施設等との交流により、事業環境の把握をしています。 |
| 1 経営状況の把握 | <ul style="list-style-type: none"> ・施設の経営状況については、公認会計士の外部監査による評価、指導を受け、経営改善に取り組んでいます。 |

| | |
|---------------------------------|---|
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・職制、職務分担は文書に明記されていますが、基準人員配置にとどまり、必要な人材に対する具体的なプランは確立していません。 ・人事考課は法人が策定した基準に基づき行われています。 ・職員の福利厚生事業が行われ、毎年職員から自己申告書が提出されることで、就業状態は把握されていますが、改善の仕組みは作られていません。 ・職員研修についての基本姿勢は明示されていますが、中長期計画を反映したものではなく、前年度の評価に基づく一人ひとりの研修計画も策定されていません。 ・実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されていますが、受け入れ体制が整備されておらず、育成の取り組みが十分ではありません。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・各種緊急時マニュアルが作成され、行方不明者の捜索に至るまで、細かな規定があります。 ・防災についてのマニュアルは細かく規定され、避難訓練も地震と火災を交互に毎月実施されています。 ・衛生管理、感染症に関するマニュアルには、一部箇所の掃除手順や、高齢化に伴う感染症に関する部分が十分ではありません。 ・事故賠償保険に加入するとともに、施設内は通路幅や、手すりの取り付けなど基本的には安全に配慮してありますが、利用者の加齢が見られるため、部分的に手すり等が未整備の状態です。 ・緊急保護に対応した入所室があり、感染症にも対応できる設備があります。入所者数の上限の制約はありますが、市・町と調整しながら対応しています。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・施設の役割を事業計画書に明示し、関連機関とも2か月に1回会合を持ち、利用者が参加しやすい企画を多くして、地域交流を積極的に実施しています。 ・ボランティア活動は基本姿勢を明示して受け入れを行っていますが、受け入れ体制の整備が十分ではありません。 ・利用者が地域に出かけることについては、加齢や重度化に伴い外出が困難になりつつあり、また地域行事が土・日曜日に多いことで、職員の勤務体制にも限界がある状況です。 ・必要な資源はリスト化されて職員間で共有し、地域の関連機関との連携に努めています。 ・短期入所事業などが地域からのニーズとして発生していますが、静岡市と調整中の段階です。 |
| <p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思を尊重してサービスを提供するためのマニュアルの整備が十分ではありません。 ・家族や友人の面会には配慮がなされていますが、利用者のプライバシーへの配慮に関する標準的方法が明示されていません。 ・全体集会の中で利用者との意見交換がなされており、レクリエーションなど可能な部分では満足度の向上へ向けての取り組みがなされています。 ・生活するスペースの確保に工夫が見られ、利用者がくつろいだり、楽しく食事をしたりするのに配慮しています。嗜好調査も実施されています。 ・利用者が意見を述べやすい体制はあり、苦情解決の仕組みは整備されていますが、対応方法がマニュアル化されていません。 |

| | |
|---------------|---|
| 2 サービスの質の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供内容について自己評価を実施していますが、課題の明確化や、改善計画の策定がなされていません。 ・個々のサービスの標準的実施方法がマニュアル化されていません。 ・豊かな自然環境の中で、職員の安全管理のもとでウォーキングを実施するプログラムが独自のサービスとなっています。 ・連絡帳による情報の共有化はなされています。 ・サービス実施記録が整備されていますが、計画に基づいたものではありません。 |
| 3 サービスの開始、継続 | <ul style="list-style-type: none"> ・実施するサービスに関する情報提供については、利用者の特性から積極的にしていませんが、市・町を通して必要とされる人には説明書を配布するなどの努力をしています。 ・重要事項説明書等による説明・同意がなされず、旧来の型の注意事項・誓約書の整備にとどまっています。 ・地域生活への移行やエンパワメント、退所後の支援等については、プログラムの作成や必要な支援が実施されていません。 |
| 4 サービス実施計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> ・定まった書式に基づくアセスメントが現時点ではなされず、情報収集から課題分析・目標設定についても、一部の利用者を対象とする作業にとどまっています。 ・栄養管理については主治医の指示に基づき、日常の食事や行事の際の献立などを含め、個別具体的な計画が作成されていますが、現時点では食事介助等を必要とする利用者に関する個別支援が明示された計画がありません。 ・家族や友人の状況は把握され、連絡方法も明示されていますが、それに基づく利用者に関する個別支援が現時点では明示されていません。 ・現時点ではコミュニケーション・移動・入浴・清拭・排泄・身だしなみ・清潔保持等の個別支援、就労や社会生活に向けての個別支援が明示された計画がありません。 ・心理面に及ぶ支援や、機能訓練については、専門職員による支援計画が作成されていません。 ・一人ひとりの利用者に関して、サービス実施計画の書式の改訂整備を検討している段階です。 |

評価細目の第三者評価結果〔救護施設〕

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。 | C |
| ② | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | C |
| 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。 | A |
| ② | 計画が職員や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。 | 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。 | C |
| 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。 | B |
| 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 | 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。 | A |
| ③ | 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。 | 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。 | C |
| 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 | 職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。 | 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 | B |
| 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。 | C |
| 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。 | C |
| 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対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。 | B |
| | ② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。 | 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）の対応等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。 | C |
| ④ | 感染症防止に関するマニュアルを整備している。 | B |
| ⑤ | 発生した事故を把握している。 | B |
| ⑥ | 事故防止のための具体的な取組を行っている。 | B |
| ⑦ | 安全を確保するための施設・設備上の工夫がなされている。 | 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。 | B |
| ② | 地域生活を身近なものに感じられるよう、利用者に対して様々な機会や情報を提供している | C |
| 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。 | C |
| ⑤ | 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。 | 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。 | A |
| 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。 | C |

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。 | B |

| | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| | ② 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 |
| | ③ 利用者の尊厳が守られている。 | B |
| | 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。 | C |
| | ⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がなされている。 | 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。 | C |
| | ⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。 | C |
| | ⑨ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。 | C |
| 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。 | B |
| | ② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。 | B |
| | ③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。 | C |
| | ④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がなされている。 | A |
| | 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。 | B |
| | 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組を行っている。 | A |
| | ② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。 | C |
| | 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機能している。 | C |
| | 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。 | 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。 | C |
| | ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 | C |
| | ④ 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 施設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。 | C |

| | | |
|---------|---------------------------------|---|
| | 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。 | 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。 | C |
| | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | C |
| | ③ 利用者の状況等に関する情報を職員が共有している。 | 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 施設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。 | B |
| | ② 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。 | 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 必要に応じて、地域生活への個別移行計画が策定されている。 | C |
| | ② 個別移行計画の内容は、無理なく地域生活に適應できるものである。 | C |
| | ③ 利用者に対するエンパワメントの理念に基づいてプログラムが作成されている。 | C |
| | ④ 退所後に必要な支援をしている。 | C |

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。 | C |
| | ② 利用者の課題（ニーズ）が明示されている。 | C |
| | ③ 課題解決の目標を明らかにしている | C |
| | ④ 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。 | C |
| | ⑤ 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。 | C |
| | ⑥ 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。 | B |
| | ⑦ 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。 | C |
| | ⑧ 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。 | C |
| | ⑨ 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・具体的な実施方法が明示されている。 | C |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| | ⑩ 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・具体的な実施方法が明示されている。 | C |
| | ⑪ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。 | C |
| | 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。 | B |
| | 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。 | C |
| | ⑭ 利用者の就労に向けた支援に関する個別、具体的な方法が明示されている | C |
| | ⑮ 利用者の社会生活に必要となる技術や知識の修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。 | C |
| | ⑯ 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。 | C |
| 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | ④ 目標に対するサービス実施計画が作成されている。 | C |
| | 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。 | C |
| | ⑥ 実施するサービスの順位が明確である。 | C |
| | 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | ⑨ 実施計画の見直しが行われている。 | C |
| | 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。 | C |