

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	社団法人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19年7月4日～19年8月30日
評価調査者番号	① H17-a026
	② H17-a031
	③ H17-b031

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) 特別養護老人ホーム 多喜の園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 大城 一 (管理者) 施設長 遠藤 幸信	開設年月日： 平成 4年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 大善福社会 経営主体：社会福祉法人 大善福社会	定員： 75人 (利用人数) 75人
所在地：〒434-0012 浜松市浜北区中瀬3829-1	
連絡先電話番号： 053-588-4115	FAX番号： 053-588-4521
ホームページアドレス	http://www.process.ne.jp/taki

(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) ショートステイ(短期入所生活介護) デイサービス(通所介護) 一般型・認知症型 訪問看護ステーション 在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所 元気はつらつ教室(浜松市委託事業)	お花見 ふるさと訪問 行楽七夕 夏祭り 敬老会 中瀬小学校運動会 運動会 クリスマス会 初詣 節分 ひな祭り		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
ユニット型個室 25室 従来型個室 4室 2人部屋 1室 4人部屋 11室	食堂 4 機能回復訓練室 2 浴室・脱衣室 5 医務室 静養室 面接室		
職員の配置			
施設長	1名	介護支援専門員	2名(2名とも看護師と兼務)
生活相談員	2名	機能訓練指導員	2名(1名は看護師と兼務)
看護師	5名(うち2名非常勤)	栄養士	2名
准看護師	1名	調理員	7名(うち2名非常勤)
介護職員	45名(うち14名非常勤)	医師	2名(非常勤)

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む。)

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ol style="list-style-type: none">1) 施設の理念・基本方針を見やすいところに掲示するとともに、職員朝礼で唱和し、職員に理解を促すための努力をしています。2) 安全管理面では、事故事例の分析がなされ、緊急時の対応についてのマニュアルが整備されているとともに、隣接する同法人内の病院で対応できる体制があり、利用者・家族にとっては大きな安心感を持つことができます。3) 全体としてバリアフリーに配慮され、浴室やトイレの設備については、滑り止めや手すり等、安全性に配慮がなされています。4) 地域の一拠点としての自覚に基づき、地域に望まれる施設として交流・連携を推進しています。5) サービス提供に当たっては、各職種間の連携によりモニタリングやカンファレンスが実施されており、サービスの質の向上に向けた努力がなされています。サービス計画に関わる記録は整備され、職員が共有化しています。6) サービス内容等について定期的に自己評価を行う体制を整備し、評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明らかにしています。7) 利用者のニーズへの対応、プライバシーの保護、身体拘束廃止など利用者本位のサービスがおこなわれています。
<p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ol style="list-style-type: none">1) 施設運営について、単年度毎の事業計画は作成されていますが、具体的なビジョンを持った中・長期計画の策定及びそれに基づいた事業計画の作成が求められます。2) 施設の理念や基本方針について、利用者・家族や一般市民に周知するため、ホームページや広報紙を活用する更なる工夫が望まれます。3) 職員の資質向上に向けて研修の実施や外部研修への派遣を行っていますが、個々の職員の研修ニーズに基づく研修計画の策定及び研修機会の確保が求められます。4) 利用者のプライバシー保護については、面会場所を確保する、記録を適切に管理する等の配慮はなされていますが、プライバシーに関する規程やマニュアルを整備することが求められます。5) 利用者本位のサービス提供に心がけていますが、さらに利用者本人への説明と同意の励行、利用者からの意見や相談等に対して迅速に対応するための手順等の整備が求められます。6) サービスの質の確保のため、モニタリングは実施されていますが、個々のサービスの標準的な実施方法について定期的に見直しをする仕組み(マニュアルや手順書)の確立が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回福祉サービス第三者評価を受けるにあたって、当施設は先ず在りのままの状態を受けることに致しました。我々が普段良いと思っていることが、意外と間違っただけで、利用者に変な迷惑をお掛けしているのではないかと、御家族にご心配をお掛けしているのではないかと、常々思いを廻らせておりました。特に市県が毎年実施する指導監査と違った意味合いにおいても、安心して利用者が暮らせる施設運営を目指して、忌憚のない評価を受けることが不可欠と考えます。

評価の良いものには更に精進をして、一層の努力を重ね、利用者へ納得頂ける、施設に成る様に、邁進してまいりたいと思います。

改善を求められた事項については、速やかに改善するように心掛け、一日も早く改善するよう努めてまいります。自己評価がB・Cとして評価し、第三者評価も同様に評価されたものは、一日も早く改善をするため、施設一丸と成って取り組んでいく覚悟です。

第三者評価は「施設の姿を映し出す鏡である」と位置づけ、利用者が安心して利用できる施設に成るよう、これを機会に進めてまいりたいと思います。

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"> ・理念や基本方針は明文化され、施設内の見やすい場所に掲示されています。 ・理念や基本方針を職員朝礼で唱和させ、職員の注意を喚起させる努力をしていますが、利用者に周知させる取り組みが十分ではありません。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画は策定されていません。 ・年度事業計画の年間目標については、各部署の代表者には周知されていますが、一般職員や利用者への周知が十分ではありません。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任表明や法令遵守の取り組みについては、管理者が各セクションの代表者会議において役割を果たしていますが、職員への周知や広報紙での表明は十分ではありません。 ・サービスの質の向上や業務の効率化への取り組みについては、現時点では未達成ですが、管理者が自らのリーダーシップの発揮に着手したところであり、今後の充実が見込まれます。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業経営を取り巻く全体状況の把握は十分ではありませんが、入所待機者の個別ニーズについては把握しています。 ・外部監査を導入しており、月次決算等の結果に基づく経営分析については、今後着手していくことが予定されています。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・組織内の職務分掌決定や、人事管理については、必要に応じて対処される場合が多く、体制整備としては十分ではありません。 ・職員の就業状況については、各自遠慮なく記名で意見を提出できる環境が整っており、福利厚生も職員旅行やレク等独自のものを設け、就労意欲向上へ向けての配慮がなされています。 ・職員の質の向上に向けての研修体制については、大筋の基本方針と統括者とが定められていますが、業界の研修システムの影響もあり計画的な研修は実施していません。 ・実習生の受け入れ態勢は整っていますが、基本的な考え方の明示や、利用者の意向確認などは行われていません。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の安全確保等の体制については、安全衛生委員会を設置し、定期的に事例検討を行っています。 ・防災マニュアル・非常災害マニュアル・感染症防止マニュアル等について、施設独自のものを整備していますが、衛生管理マニュアルは既成のものを利用にとどまっています。 ・事件事例を組織的に管理し、発生した事例を職員に回覧するなど再発防止に努めています。損害賠償保険にも加入しています。 ・全体としてバリアフリーに配慮していますが、廊下の人通りの少ない場所には障害となり得る物品が置いてあることがあります。

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との関係について、少規模の交流にとどまっていますが、利用者が地域で買い物をする、地域の人たちが施設の夏祭りに来訪するなど、施設としての働きかけは積極的です。 ・事業所の有する機能の地域への還元については、年1-2回の介護教室開催にとどまっています。 ・ボランティア受け入れについては、基本的な考え方にに基づき、登録簿や記録簿の整備、必要に応じた研修等を実施しています。 ・在宅介護支援センターと連携して社会資源のリスト化が行われ、手順が定まっていますが、相談への対応は明文化されていません。 ・地域からの意見吸い上げは意見箱にとどまっていますが、地域のニーズに対応して併設サービスを整備しています。
<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"> ・身体拘束廃止委員会や行事ごとの企画に際して、利用者の尊厳や基本的な人権への配慮について心がけ、一定の成果をあげていますが、組織としての勉強会や研修が十分ではありません。 ・プライバシー保護について、規程やマニュアルは未整備ですが、面会、通信、入浴時、排泄時においては設備構造を含めて配慮され、プライバシーが確保されています。 ・利用者満足の向上については、サービス実施計画で具体的に整理され、実際に可能な範囲で実施されています。 ・利用者が食事などを楽しめる生活環境が整備されていますが、生活にくつろぎをもたらす工夫や、嗜好調査をメニューに反映させる工夫には、十分でない部分があります。 ・入浴、清拭、排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫はされていますが、利用者ごとの注意事項などはサービス実施計画に記載されていません。 ・意見箱設置等により、意見を施設の運営に反映させていますが、利用者からの多様な相談への対応やアドボカシーについては、手順を決め組織的に配慮していく体制、職員教育等について、意見を聞くための取り組みが十分ではありません。 ・苦情申立・解決、利用者からの意見に対して、マニュアルの整備と利用者への周知、迅速な対応の仕組みが十分ではありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容について定期的に自己評価を行う体制を整備し、評価の結果に基づき委員会で協議して、組織として取り組むべき課題を明らかにしています。 ・サービスの質の向上に向けて、課題に対する改善策、改善計画を立て実施していますが、組織的な取り組みは整備途上です。 ・個々のサービスについての標準的な実施方法の見直しをする仕組みが確立されていません。 ・サービス実施計画に関わる記録は整備され、職員が共有化していますが、個人情報管理規程の職員への浸透については十分でない部分があります。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供の開始に際しては、事業所が行っているサービスの情報提供、説明、契約などに関して、重要事項説明書や契約書が完備され、適切に実施されています。 ・サービスが終結する利用者についての配慮は、死去・長期入院を除くと実例が稀少であるため、対応はケースバイケースにならざるを得ず、明文化された手順や方法は未整備です。

4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとのアセスメントが行われています。 ・サービス実施計画には、移動・食事・入浴・排泄・清潔保持・コミュニケーション等に関し、利用者ごとに必要な具体的支援方法について明示されています。 ・サービス実施計画には、利用者ごとの精神面の支援や家族関係等について記載され、具体的支援方法が明示されています。 ・サービス実施計画には、機能訓練や社会生活復帰に向けての具体的な支援が明確ではありません。 ・サービス実施計画の作成は職員の協力のもとに適切になされていますが、家族だけでなく利用者本人への説明と同意が十分でない部分があります。 ・利用者の状況変化についての対応はマニュアル化されていませんが、モニタリングに際しての総括は適時に実施されています。
---------------	--

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

		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。	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。	C
	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り組みを行っている。	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り組み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り組みに指導力を発揮している。	B
--	-----------------------------------	---

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機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
	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機関内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	B
	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。	C
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研修を推進していくための担当者を設置している。	A
	③職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	C
	④研修計画に基づく研修機会を確保している。	C
	⑤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実習生の受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	C
	②実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	③実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	C
	④実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	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り組みが行われている。		
	①緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など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。	A
	⑤発生した事故を把握している。	A
	⑥事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	A
	⑦安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
	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。	A
	②地域に開かれた施設である。	A
	③事業所が有する機能を地域に還元している。	B
	④ボランティア受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	⑤ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A
	⑥ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	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。	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り組みを行っている。		
	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利用者の意思を尊重している。	A
	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。	A
	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。	A

	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。	B
	⑧入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑨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) 利用者満足の上昇に努めている。		
	①利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	A
	②利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	A
	③利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	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。	B
	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。	B
	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。	C
	②利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	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)に心掛けている。	B
	④苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	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) 質の上昇に向けた取り組み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。	A
	③課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	B
	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機関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。	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。	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。	A
	②利用者に関する記録の管理体制が確立している。	B

③利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。	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	機関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。	A
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。	A
③	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
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。	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	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。	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	定められた様式・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(ニーズ)が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている。	A
④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者の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	移動(移乗を含む)について、支援が必要な利用者の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	食事(栄養管理を含む)について、支援が必要な利用者の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	入浴・清拭について、支援が必要な利用者の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	排泄について、支援が必要な利用者の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
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者のサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
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。	A
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利用者の社会生活に必要な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。	C
	⑮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。	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サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	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。	C
	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。	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。	A
	⑨実施計画の見直しが行われている。	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