

## 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19年8月2日～19年9月21日
評価調査者番号	① H16-b013
	② H17-a026
	③ H18-a007

### 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 炉暖の郷	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： 理事長 勝呂 衛 (管理者) 施設長 後藤 政美	開設年月日： 平成15年8月15日
設置主体： 社会福祉法人 炉暖会 経営主体： 社会福祉法人 炉暖会	定員： 70名 (利用人数) 70名
所在地： 静岡県沼津市足高字尾上24-24	
連絡先電話番号： 055-927-3939	FAX番号： 055-927-3938
ホームページアドレス	<a href="http://www.">http://www.</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) 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) 標準型・認知症型 ホームヘルプサービス(訪問介護) 居宅介護支援事業所 在宅介護支援センター	レクリエーション活動 お花見 母の日 父の日 たなばた 夏祭り 敬老の日祝い お月見 運動会 文化祭 クリスマス会 餅つき大会 新年会 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 36室 2人部屋 14室 3人部屋 2室	浴室 3 食堂・リビング 8 機能訓練室 2 医務室 看護室 2		
職員の配置			
施設長	1名	介護支援専門員	2名(2名とも生活相談員が兼務)
生活相談員	3名		
看護職員	5名(全員が兼務。うち 非常勤3名)	栄養士	1名
		機能訓練指導員	1名(看護師が兼務)
介護職員	42名	医師	1名(契約)

## 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"><li>1) 事業経営に関する計画は、コンサルタントによる分析・評価が行われ、これに基づき各年度の計画、前年度との比較・検討が行われ、しっかりした中長期計画が策定されています。</li><li>2) 定期的な経営分析や利用者の推移等の分析が行われています。</li><li>3) 人事管理の体制が整備され、人事考課も考課基準に従い透明性・公平性を有するものとなっています。</li><li>4) 職員の質の向上については、施設全体のレベルアップを図る目的で、資格取得者に対して表彰・報奨金授与が行われ、職員が切磋琢磨しながら全体の質の向上に努めています。</li><li>5) 施設でのサービスや取り組みへの定期的な自己評価が行われ、職員全体で課題を明らかにし、その結果に基づいた改善の取り組みが進められています。小さな問題に対しても定期的に委員会等で解決が図られています。</li><li>6) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立されています。</li><li>7) 利用者の意思が尊重され、面会や通信手段などプライバシーの保護、個人情報の保護について十分な配慮がなされています。入浴・清拭・排泄時の快適性に配慮した介助がなされています。</li><li>8) 利用者の安全管理の体制が確保されています。</li></ol>
<p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) 外部監査が行われていませんので、実施が望まれます。</li><li>2) 実習生の受け入れは体制整備の途上であり、今後の受け入れに当たって、利用者の意向を尊重することが求められます。</li><li>3) 地域への働きかけは積極的になされていますが、関係機関・団体の機能や連携・連絡方法、相談援助の困難事例への対処方法等の体系的な文書化、職員間の情報共有が望まれます。</li><li>4) 利用者からの意見を聞く配慮はなされていますが、意見書に対応するマニュアルの整備や、苦情申立・解決の仕組みについての定期的な周知が求められます。</li><li>5) 介護サービスに関するマニュアルが完全に整備・体系化されていませんので、現行のマニュアルに介護研究会等で検討された事項をまとめ、マニュアルやフローチャートの整備をすること、ユニットごとの対応を整備することで、より統一した対応がなされることが望まれます。</li><li>6) 利用者のニーズが把握され、サービス計画が作成されていますが、施設内で当然のこととして行われているサービスが、十分に実施計画書に反映され、記録されることが求められます。</li></ol>

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は、開設5年目を迎えました。この新たな節目に福祉サービス第三者評価を受審出来たことは、極めて有意義なことでありました。

又、日本社会福祉士会という福祉の専門機関により厳正な調査による公正な評価を頂き、感謝申し上げます。

当施設の現状をご利用者様、ご家族様、又、広く地域社会に公開し、己を見直すよい機会を得ました。評価結果は真摯に受け止め、改善に努め、良い面はさらに高めるよう、職員一同、「和・創造」に向けて、選ばれる施設づくりに邁進してまいります。

#### 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"> <li>・理念や基本方針は明文化されて各所に卓上の額入りで明示されており、スタッフも常に確認できています。</li> <li>・理念や基本方針は職員会議や家族会等の席でも説明がなされていますが、利用者や来所者が読みやすい大きな文字での掲示やルビの添付、パンフレットや広報紙等による周知という点では、十分でない部分があります。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画については、外部専門家による分析、検討がなされ、中長期計画・各年度計画は、施設の現場職員の意見を尊重しながら各担当の中堅職員、各部署の責任者の合議制で策定され、全職員に内容が説明されて、これを基に各委員会で更に各部署の計画策定を行うなど、手順・内容ともにしっかりした仕組みができています。</li> <li>・事業計画の連続性が感じられ、改善点なども計画の中に反映されていて、具体的に取り組みやすいようになっています。利用者の家族への説明もなされています。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は施設長研修会に参加し、関連する法令遵守等の研修を受け、職員に理解させるよう努めており、広報紙でも管理者の立場を表明しています。</li> <li>・経営や業務の効率化については、コンサルタントの意見を参考に計画・実施され、管理者がリーダーシップを発揮しています。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経営環境の把握については、経営分析、研修会への参加、外部会議での情報収集を行い、施設内の会議で各部署の責任者と共に実績の分析を行い、目標値を設定して積極的な取り組みがなされています。</li> <li>・公認会計士の助言を受けていますが、外部監査は実施されていません。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人事管理体制は職制・職務分掌・人材に関する具体的計画が整備され、人事考課も考課基準に従って緻密に行われています。</li> <li>・職員の就業状況については、定期的に職員と個別面接をして、就業動向や意向が把握されています。</li> <li>・職員研修の基本姿勢が明示されておらず、教育・研修計画の定期的な評価、分析までには至っていません。職員から希望を聞きながら、年間計画に従って実施され、研修報告がなされています。</li> <li>・実習生の受け入れについては、目的別のプログラムの策定や、利用者の意向へ配慮はなされていません。受け入れ体制の構築のため、現在はマニュアルの整備に向けて試行中です。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内は整理整頓が行き届いています。安全確保のため、施設内では更に事故予防のためのセンサーなど、効果が予想される機器を積極的に導入するための整備途上にあります。</li> <li>・緊急時の体制が整備され、事故防止、安全確保の対策が採られ、防災・感染防止マニュアル類の整備・運用がなされています。</li> <li>・衛生管理マニュアルは施設の実態に即したものが整備されていませんが、環境の清潔は保たれています。</li> </ul>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の行事参加や出張の相談会の開催など、地域との交流はたいへん積極的に行われており、地域の社会資源としての役割を果たしています。</li> <li>・ボランティアの受け入れについては、整備されたマニュアルに基づき行われています。</li> <li>・関係機関との連携については、ネットワークを体系的に活用するための共有化が十分になされておらず、困難事例への対応ルールの文書化も十分ではありません。</li> <li>・地域の具体的なニーズの把握をするための取組を行っていますが、ニーズの掘り起しは十分ではありません。</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>・利用者の尊厳を守り、身体拘束をなくすことについては、研修を進めて組織的に取り組んでいますが、ルール化が十分ではありません。</li> <li>・利用者の意思が尊重され、プライバシーが保護されています。面会、通信手段などに十分な配慮がなされていますが、自室での携帯電話の使用は現在検討中の段階です。</li> <li>・利用者満足の向上に向けてのアンケートの取りまとめは、取り組みを始めた途上です。</li> <li>・生活空間への配慮、くつろぎのある雰囲気づくりなど、利用者が快適に過ごすことができる住環境となっています。</li> <li>・嗜好の把握や食事を楽しむことができる工夫、入浴や清拭時・排泄時の快適性に配慮した介助がなされています。</li> <li>・意見箱や家族会で利用者の意見を聞く等の配慮がなされていますが、迅速に対応する手順が未整備です。</li> <li>・利用者のアドボカシーに心がけていますが、組織的な取り組みが十分ではありません。</li> <li>・利用者からの苦情申立の仕組みの整備については、定期的な周知が十分ではありません。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自己評価をおこない、その分析結果に基づいて課題の設定がなされ、次の段階に反映させる仕組みが確立していますが、目標を高めに設定していることもあり、改善への具体的な取り組みは実施の途上です。</li> <li>・相談援助の技量向上への組織的な取り組みは、十分ではありません。</li> <li>・個々のサービスの標準的な実施方法が定められています。</li> <li>・提供するサービスに独自の特徴を出すことができます。</li> <li>・計画の実施に関わる記録の整備と管理は、個人情報管理規程に基づいて行われています。</li> <li>・利用者に関する情報は、職員間で共有されています。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施しているサービスに関して、広報誌などで情報提供がなされていますが、ホームページの活用等の積極的な情報提供については、十分でない部分があります。</li> <li>・サービス提供にあたり、利用者への説明と同意、契約書の取り交わしは実施されています。</li> <li>・事業所を変更する際の継続性については、現在までの事例が1例のみであり、手順は定められていませんが、継続性には配慮されています。</li> </ul>

4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者のアセスメントは行われていますが、定期的な見直しが十分でない部分があります。</li> <li>・サービス計画は策定されており、総合的な援助の方針には利用者の希望や思いが反映されていますが、個別・具体的な利用者の意向、ニーズ、目標、サービス提供から支援に至るまでの、整合性のある記述が十分ではありません。</li> <li>・栄養ケア計画が策定されていますが、サービス計画への反映が十分ではありません。</li> <li>・利用者の情報がすべてのスタッフに同じように伝わるような仕組みの、マニュアル化やフローチャート化が十分ではありません。</li> </ul>
---------------	--

## 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。	B

#### 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。	A

#### 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り組みを行っている。	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り組み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り組み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	機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
③	外部監査が実施されている。	C

### 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。	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。	A
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。	A
④	研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
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。	A
②	実習生を受け入れるための体制を整備している。	B
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。	A
	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。	C
	②関係機関等との連携が適切に行われている。	B
	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。	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。	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。	A
	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。	A
	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。	B
	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。	A
	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。	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。	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。	A
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。	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。	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。	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。	B
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。	B
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。	C
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。	B
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。	C
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。	C
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
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。	C
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。	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。	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。	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。	B
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。	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。	C