

(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	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成21年12月3日～22年1月14日
評価調査者番号	① H19-a001
	② H19-b004
	③ H19-b016

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ながいずみホーム	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 杉山 貴美子 (管理者) 施設長 杉山 好文	開設年月日： 平成4年 4月 10日
設置主体：社会福祉法人 聖家族の園 経営主体：社会福祉法人 聖家族の園	定員：50人 (利用人数) 50人
所在地：〒411-0936 静岡県駿東郡長泉町元長窪888-69	
連絡先電話番号：055-989-0250	FAX番号：055-989-0252
ホームページアドレス	http://www.nagaizumi-home.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) ショートステイ(短期入所生活介護) ホームヘルプサービス(訪問介護) デイサービス(通所介護) 居宅介護支援事業所/在宅介護支援センター 訪問入浴サービス 配食サービス 小規模多 機能ホーム 生き生きデイサービス	誕生会 秋まつり 寿司バイキング ケ ーキバイキング いちご狩り お花見 運動会 焼き芋会 クリスマス会 どんど焼き 流しそうめん 敬老会 偲ぶ会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
4人部屋 12室 2人部屋 1室	浴室(一般浴槽 特殊浴槽) 食堂 2室 調理室 事務室 2室 医務室 看護師室 寮母室 宿直室		
職員の配置			
施設長	1	介護支援専門員	2(兼務1)
副施設長	1	管理栄養士	1
事務長	1	栄養士	1

事務職員	2		
生活相談員	2	調理員	6
看護職員	2	機能訓練指導員	1(兼務1)
介護職員	22	医師	1(うち非常勤1)

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
<p>1)各種マニュアルが整備され、施設サービスの実効が上がっています。</p> <p>2)ホームページの更新が頻繁に行われ、最新の情報が提供されています。</p> <p>3)転倒事故予防や感染症予防の安全対策が施設各所に見られ、施設利用者の安全と居心地の良さに配慮がされています。</p> <p>4)アニマルセラピー・学習療法・足と爪の健康クラブの実施など利用者の生活の質の向上に心掛けています。</p> <p>5)居室と共用スペースにくつろいで生活を楽しむ多様な工夫や配慮がされています。</p> <p>6)嗜好を調査してメニューに反映させ、利用者の食事に対する満足度が高いです。</p>
◆ 特に改善を求められる点
<p>1)中長期計画が策定されていないため、事業計画などへの反映がされていません。中長期計画の策定が望まれます。</p> <p>2)具体的な人材プランの確立が望まれます。</p> <p>3)個別支援計画書が不完全です。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>施設開設18年目にして、初めて受けさせていただきました。実は3年程前から専門委員会を立ち上げ準備を進めていたのですが、ハードルが高いという印象でなかなか本調査には踏み出せませんでした。そんな中、縁とタイミングが合い今回実施でき、実際思ったよりスムーズに行えました。これは以前からの取り組みの賜物なのか、それとも単に食わず嫌いだったのか。</p> <p>評価結果は自己評価で明らかになった事項と大きな相違は無かったのですが、客観的に評価を受ける重要性を痛感し、特養だけにとどまらず他のサービスも定期的にも実施しなければならぬ必要性も感じました。</p> <p>結果は真摯に受け止め、長けているところは維持・向上を、弱い部分は改善を推進し、法人理念にあるように地域のブランドを目指し、地域の方々に安心して暮らしていただけるよう、職員一丸で取り組んでいきます。</p>
--

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"> ・理念と基本方針の区分けが曖昧なところはありますが、理念は明文化されていて、玄関への掲示やパンフレット、ホームページに掲載され、周知されています。 ・理念や基本方針は事業計画に記載され、職員に配布されていますが、利用者、家族への説明は、十分でない部分があります。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画が策定されていないため、事業計画などへの反映がされていません。 ・事業計画は、職員の参画のもとで作成され、職員には周知されていますが、評価や見直し、利用者への周知に関して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"> ・事務分掌に施設長としての役割と責任を明記していますが、職員に対する理解促進が十分ではありません。法令理解についてはリスト化において十分ではありません。 ・「お客様の声」、家族に対する年一回の「アンケート調査」等、質の向上に対して意欲を持ち、管理者がリーダーシップを発揮しています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・経営環境を取り巻く状況の把握という面では十分ではなく、慎重な分析と経営判断が十分ではありません。 ・会計事務所との契約はありますが、改善計画に関しては十分ではありません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職制、職務分掌表は整備されていますが、職員全員に配布されておらず、理解促進の点で十分ではありません。 ・具体的な人材プランは確立されていなく、人事考課も未実施です。 ・職員一人ひとりの研修計画が無く、個別の教育、研修計画の評価・見直しが十分ではありません。 ・実習生の受け入れについて、資格種別・目的別のプログラムの策定に関して十分ではありません。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内は整理整頓が行き届いています。感染予防や安全確保のため、施設内では事故予防のためのセンサーマットの使用、トイレの改修、浴室のリースの足拭きマット、各所の加湿器など、効果が予想される機器を積極的に導入し、効果も上げています。 ・事故対応・防災・衛生管理・感染防止の各種マニュアルが整備され、その運用で実効も上がっています。 ・事故、ヒヤリハット事例は収集・分析され、事故防止に向けた取り組みが、施設各所で確認できます。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望により外出できるシステムがあり、地域への働きかけは積極的に行われています。 ・地域の人々との交流と、施設が有する機能を地域に提供する取り組みも積極的に行われています。 ・ボランティア受入れの基本姿勢を明示し、マニュアルも整備されています。 ・必要な社会資源を明確にし、職員の間での共有化もされています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関との連携は、定期的という点において十分ではありません。 ・困難事例については、組織的に対処していますが、方法がルール化されていません。 ・地域の福祉ニーズを把握し、それに基づき、各種の在宅福祉サービスを行っています。
<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"> ・利用者の意志の尊重・身体拘束廃止・面会・通信機会の確保について、十分な配慮がされています。 ・利用者の尊厳を守ることの明示は、個別的明示の点で、十分ではありません。 ・入浴・清拭と排泄時のプライバシーへの配慮は、看護・介護マニュアルで定められ、その取り組みがされています。 ・利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っています。 ・居室や共用スペースにくつろいで生活を楽しむ工夫や配慮がされています。 ・食事については、嗜好を調査してメニューに反映させ、楽しく食事ができるような工夫がされています。 ・入浴と排泄について、快適性に配慮した設備上の工夫がされています。 ・定期的な利用者との懇談会などにより、利用者の意見を施設の運営に反映させています。 ・利用者からの多様な相談については、利用者の希望に応じて相談対応を行っています。 ・利用者の権利擁護については、接遇マニュアルなどで心掛けていますが、職員教育において十分ではありません。 ・利用者からの意見対応は、マニュアルがあり、迅速に対応しています。 ・苦情申立・解決の仕組みは整備されていますが、仕組みについての周知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自己評価など定期的に評価を行う体制が十分とはいえないため、評価結果の分析・課題の明確化・改善策の立案という一連の流れが十分ではありません。 ・看護・介護マニュアルにサービスについての標準的な方法が記載されており、全職員に配布し活用されていますが、実施方法の見直しの仕組みづくりは十分ではありません。 ・足と爪の健康クラブ、学習療法など多種多様な独自のサービスを提供しています。 ・一人ひとりの利用者について、サービス実施状況が適切に記録されています。 ・利用者に関する記録管理の規定が定められており、会議や研修で職員に周知されています。 ・職員が利用者の状況等に関する情報を共有する取り組みが行われています。

<p>3 サービスの開始、 継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、広報誌の発行、見学等をとおして施設サービスの情報提供を積極的に行っています。 ・契約を締結することが困難な利用者に対する手順書が定められており、成年後見制度の活用等配慮がされています。
<p>4 サービス実施計画の 策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状況等を把握しながら、手順を定めてアセスメントが行われています。 ・移動・食事・入浴・排泄・機能訓練等支援が必要な利用者について、実施するサービスの個別、具体的な方法がそれぞれのサービス実施計画に明示されています。 ・利用者の余暇活動は、希望や必要に応じて、認定資格取得ボランティアを活用したアニマルセラピー等多彩に行われています。 ・サービス実施計画の策定にあたり、マニュアルに基づき、担当責任者を明確にし、利用者や家族等の意向を確認されています。また、関係職員との連携が図られています。 ・サービス実施計画に基づく実施・達成状況の評価や見直しについては十分ではありません。

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。	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。	B
②	計画が職員や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。	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。	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。	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	施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
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。	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	施設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。	C
	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。	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。	B
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。	A
	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組を行っている。	A
	⑦ 安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
	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。	A
	② 地域に開かれた施設である。	A
	③ 施設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対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	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。	C
	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。	A

	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。	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。	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。	A
	② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	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。	A
	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。	C
	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。	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。	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。	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。	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 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。	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 施設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 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
	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。	A
	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。	A
	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。	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
	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。	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。	A
	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。	A
	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。	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。	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