

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8月27日～20年9月16日
評価調査者番号	① H17-a031
	② H18-b002
	③ H18-b018

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) 和合愛光園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：山本 敏博 (管理者) 岡野 有秀	開設年月日： 平成11年4月1日
設置主体：社会福祉法人 聖隷福祉事業団 経営主体：社会福祉法人 聖隷福祉事業団	定員： 90人 (利用人数) 90人
所在地：〒433-8125 静岡県浜松市中区和合町555番地	
連絡先電話番号： 053-478-0800	FAX番号： 053-476-6511
ホームページアドレス	http://www.seirei.or.jp/elderlyhome/wagou/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホーム ・短期入所生活介護事業 ・通所介護事業 	(1月)お正月 (2月)節分 (3月)ひなまつり (4月)お花見 (5月)浜松まつり (6月)おどりの会 (7月)七夕 (8月)夏祭り (9月)敬老会 (10月)せいのりの里まつり (11月)外出レクリエーション (12月)クリスマス会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
<ユニット型> <多床室> ・1人部屋16室 ・1人部屋15室 ・2人部屋 4室 ・4人部屋14室	・食堂 ・浴室、脱衣室 ・家族宿泊室		
職員の配置			
施設長	1	事務員	4
介護職員	67(うち非常勤30)	介護支援専門員	1
生活相談員	2	医師(兼務)	1(嘱託)
看護職員	4	管理栄養士	1
機能訓練指導員	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) 質の高いサービス提供を行うために人材育成・職員研修には特に力を入れており、研修プログラムが充実しています。 2) 職員教育を積極的に行うことにより、施設における看取りを推進するなど、高度な介護技術を必要とする利用者の受入れを可能にしています。 3) 研修センターが併設されていることにより、人材育成がし易い環境となっています。 4) 従来型・ユニット型の併設により、利用者が選択しやすい環境が整備されています。 5) サービス実施計画の作成に関しては、責任者である介護支援専門員が中心になって作成した計画に基づき、介護、看護、栄養、リハビリ等、さらにサービス内容を具体的に掘り下げた実施計画を作成することで、よりきめ細かな援助計画の作成並びに援助等の実施が行われています。
◆ 特に改善を求められる点
1) 認知症等により理解力の低下している利用者への情報提供の際、分かりやすい説明文書、イラスト、写真等の作成により、利用者の理解を促進する工夫への一層の取組みを期待します。また、各ユニットの掲示物については、できるだけ利用者の目で見やすい場所に掲示するなど、分かりやすい掲示方法が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>和合愛光園開設10年目を迎えて今回初めての第三者評価受審となりました。これまで毎年自己評価を欠かさず実施してきましたが、やはり第三者の目を通して、和合愛光園のサービスの質を問うことが重要だと思っていました。結果的には B評価が1項目のみで、あとのすべてが A評価という高い評価を得ることができました。今後はB評価項目改善に向けて努力してまいりたいと思います。A評価をいただいた項目においても、指針・マニュアルの類を一層レベルの高いものにしていかなければならないと思います。</p> <p>今回の第三者評価においては、調査員がご利用者へ直接アンケートを行うことにより、ご利用者の忌憚のない意見を聞くことが出来たように思います。日頃より家族会や利用者懇談会を開催し、ご利用者の声を聞く努力をしておりますが職員には直接言えないような事柄も今回のアンケートではいくつか出ているように感じました。こういったご意見・ご要望を大切にしながらサービス提供にあたっていきたいと思います。</p> <p>今後も毎年自己評価をしっかりと行い、ご利用者・ご家族のご期待に充分応えられるようなサービス提供を目指し、努力してまいりたいと思います。</p>
--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	<ul style="list-style-type: none"> ・法人・施設の理念及び基本方針は明文化され、利用者・家族等が見やすい所に掲示されています。 ・利用者懇談会、家族会、職員全体会議で資料を配布して説明を行い、常時掲示することで周知されています。 ・説明文書等は、認知症等の一部の利用者に分かりやすい文書等を作成するなど、理解を促進する取組みが十分ではありません。
1 理念・基本方針	
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営計画に基づき3か年の経営計画が策定されるとともに、中期計画にもとづき各年度の事業計画が作成されており、計画的な取組みが行われています。 ・各職場からの「職場別事業計画案」「予算要望書」にもとづき、年度計画が作成されています。作成された計画については、職員や利用者・家族等に説明・周知されています。

<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理規定で管理者の役割を明記するとともに、諸会議に出席し、リーダーシップを発揮しています。 ・全職員による自己評価を毎年実施し、分析・課題の把握を通してサービスの質の向上に努めています。 ・経営指標にもとづき毎月経営分析を行い、業務改善に取り組んでいます。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・各種団体の会議等に参加して事業を取り巻く最新情報を入手するとともに、職員会議等において職員に周知を図っています。 ・毎月、管理会議・経営管理会議において月次報告、利用者推移、改善事項の確認・検討が行われています。 ・外部監査法人による施設の経営状況に関する監査が3年に1回実施されています(最終は平成18年度)。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職場からの意見収集による人員配置や法人本部への人員計画の提出など計画的な人員配置を行っています。 ・職員考課基準に基づき人事考課(自己評価含む)が定期的を実施され、職員面接も行われています。 ・「人材育成委員会」を組織して職員研修会を計画的に実施し、職員の質の向上に特に力を入れています。 ・「実習教育受入れマニュアル」を作成し、効果的な実習に取り組んでいます。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護事故防止・対応指針」を策定し、リスク管理委員会を組織しています。活発に会議を開催し、「事故・ひやり・はっと報告書」の分析による事故防止に努めています。 ・「防災マニュアル」「衛生管理マニュアル」「感染症防止マニュアル」等のマニュアルは整備され、各委員会で状況把握と課題の検討・マニュアルの見直し等が行われています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「地域との関わり指針」を作成し、外部会場での作品展覧会や定期的なコンビニエンスストア等の訪問販売が行われています。この訪問販売は、入居者ばかりではなくデイサービス、ショートステイ利用者の他、併設施設の利用者や職員の利用も多くユニークな取組みとなっています。 ・地域の自治会・民生委員等への広報誌の配布の他、施設見学を通しての理解促進に努めています。 ・併設の地域包括支援センターと連携しながら、地域のニーズ把握や関連機関との積極的な連携に取り組んでいます。
<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、マニュアルの整備及び職員研修も十分なされており、利用者本位に努めています。 ・個人スペース・共用スペースとも設備上の工夫をして利用者が過ごしやすい環境づくりを進め、利用者満足度調査を行うと共に利用者懇談会を実施し、利用者満足度の更なる向上に向け取り組んでいます。 ・利用者のプライバシー保護の観点からも多床室においては障子で仕切るなど設備的にも工夫がなされています。 ・利用者が意見を述べやすい環境、苦情解決システムが確立されています。

<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供内容について毎年自己評価を実施し、その結果を基に課題を各職場にフィードバックさせ対応し事業計画にも反映されています。 ・個々のサービスの標準的な実施方法が十分にマニュアル化されており見直しもされています。 ・地域のコンビニエンスストア等の訪問販売を活用した独自のサービス提供をしています。 ・提供したサービス記録が個人情報保護規定・マニュアルなどで管理されているとともに各職員に情報の共有化がなされています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレット等による情報提供の他、マニュアルにもとづいて見学時に必要な情報提供を行っています。 ・利用契約における重要事項説明や契約については、必要な書類が整備され、マニュアルにもとづいて実施されています。 ・判断能力の低下した利用者の契約については、成年後見制度を活用することで、利用者の権利擁護に努めています。 ・他の施設への退所実績がありませんが、例えば、入院時にはサマリーを用いて適切に情報の提供を行うことで継続性に配慮した対応を行っています。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ごとのアセスメントが統一された様式にて実施されています。 ・サービス実施計画は、責任者である介護支援専門員が中心となって、移乗、食事、入浴、排泄、清潔保持、理美容、心理面への援助、機能訓練、余暇活動等への必要な支援について、ニーズを抽出し、目標を設定し、具体的な支援方法を明示しています。 ・サービス実施計画の作成にあたっての利用者又は家族の意向確認については面談又は電話連絡にて実施しています。 ・サービス実施計画の作成にあたっては、施設内組織であるケアプラン推進委員会の作成したマニュアルに沿って実施しています。 ・サービス実施計画の評価、又は見直しは、サービス担当者会議の開催を持って適宜行われています。 ・サービス実施計画における情報のやり取りについては、組織内のシステムにて円滑に行われています。

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。	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組を行っている。	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。	A
	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。	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。	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。	A
	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。	A
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。	A
	② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	A

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。	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。	A

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。	A
	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。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	A
	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。	A
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。	A

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。	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。	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。	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	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。	A
	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。	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。	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