

. (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	静岡県静岡市駿府町 1-70 静岡県総合社会福祉会館 4階
評価実施期間	平成 25 年 11 月 1 日～平成26年 2 月 28 日
評価調査者番号	① H18-a007
	② H16-b013
	③ H19-b019

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホーム 百々山 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：岩沢 光高 (管理者)	開設年月日 昭和 39 年 6 月 11 日
設置主体：社会福祉法人 天竜厚生会 経営主体：社会福祉法人 天竜厚生会	定員 160 人 (利用人数)
所在地：〒431-3492 静岡県 浜松市 天竜区 渡ヶ島 217-3	
連絡先電話番号： 053 - 583 - 1134	FAX番号 053 - 583 - 1273
ホームページアドレス	http://www.tenryu.kohseikai.or.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 ・ショートステイ	・新年会・節分・春秋彼岸供養祭・花祭り・盆供養祭・納涼花火大会・百々山祭り・百々山敬老会・厚生会祭り・施設合同作品展・クリスマス会。他毎月のグループ活動 (数種)
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要

<p>○百々山(従来型110床) 居室(4人部屋)・2人部屋 食堂兼デイルーム×2・デイルーム×2・機能回復訓練室×2・家族談話コーナー・脱衣室・浴室×3・家族宿泊室</p> <p>○アネックス百々山(ユニット型50床) 個室41室・夫婦部屋9室・個族宿泊室・キッチン×5・食堂(機能訓練室)×5・居間×6・談話スペース×⑤・図書ホール・音楽ホール・立札の間</p>	<p>○百々山(従来型110床) トイレ×21・ケアワーカー室×2・看護師室 リネン室・洗濯室・理美容室・静養室</p> <p>○アネックス百々山(ユニット型50床) 個浴×3・中間浴室×3・脱衣室×6・汚物洗濯室×3・面接室・便所×22・多目的トイレ・ボランティア室・オムツ交換室×3・デッキテラス×10</p>
--	--

職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	2名	生活相談員	4名
看護師	4名	介護職員	89名
准看護師	2名	介護支援専門員	4(兼任)
栄養士	1名	機能訓練指導員	1(兼任)
調理員	12名		

2 評価結果総評

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人のISOの品質基準に基づき、職員からの意見のボトムアップで各種事業内容が実施され、施設では施設長のリーダーシップの下、出来上がった計画に手を加え、更に内容の充実を図っています。 ・実習生の受け入れについては体制が整い積極的に受け入れを実施しています。 ・災害時のBCPを作成し、災害対策を整備する他、ヒヤリハットや安全対策を組織的に行っています。 ・食事を楽しむ工夫や、面会・電話時は職員の介助方法が明示され、携帯電話の持ち込みに制限をつけず、プライバシーの保護の配慮がなされています。 ・利用者の意見も苦情と同じ扱いで迅速な対応がなされています。 ・契約にあたり、契約書、重要事項説明書及び料金表などを家族や利用者に見やすいよう、文字を大きくしたり、平易な表現の工夫がなされています。 <p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は各種の外部研修に参加して研修結果について報告書の提出をし、報告書は回覧される仕組みですが、研修内容を会議で報告する機会がなく、評価・分析・見直しにまで至っていません。 ・マニュアル類は定期的に見直しが行われていますが、不足しているマニュアルも散見されます。 ・利用者の権利擁護の研修も実施されていますが、施設の方針が明文化されておらず、マニュアルがなく、援助が単発の対応であるため、組織的な対応が求められます。
--

- ・事業所の変更や家庭への意向にあたり、口頭での説明のみで、文書で渡す仕組みや手引き・引継ぎ書・担当窓口を明示した書類が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・マニュアルの整備については、法人全体としても、十分であると思っていたが、衛生管理の予防対策などのマニュアル（31）が不足していることに気づき、今後整備する。
- ・利用者の権利擁護（59）や、困難事例への対応マニュアル（60）が十分に整備されておらず、この点についても今後整備する。
- ・職員、利用者、家族までの周知が徹底されていない項目もあり、今後周知に留意する。
- ・研修後のフィードバックについては、課題として取り組んでいく。
- ・全体としては、施設での取り組みが適切に評価されていると思うが、B、Cの評価を受けた項目については、詳細な検討を行い、改善に努めていく。

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	<ul style="list-style-type: none"> ・理念と基本方針は明文化されていますが、職員の周知状況の確認が不十分です。 ・利用者と家族に説明をしていますが、配付物がなく、行事に参加した家族への説明に限られています。
1 理念・基本方針	
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画・単年度の事業計画は現場の職員から順次法人本部へ組織的に意見が組み上げられる仕組みがあり、半期毎に更に同じ形で見直しがされています。 ・出来上がった計画は会議で説明があり、実施にあたり現場職員たちの意見も反映していますが、利用者等の周知にまでは至っていません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自ら役割りと責任を表明し、外部の研修に積極的に参加するとともに、職員研修項目の不足の研修に職員を参加させるなど、現場職員のグループ研修の促進の枠組みを強化しています。 ・法令については法人本部で一括管理して、職員はいつでも活用できる環境が用意されていますが、職員が活用出来ているかの周知状況の確認が不十分です。 ・毎月職員の稼働率や業務改善に向けて指導力を発揮しています。
評価対象Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・事業全体の動向についての把握をして、中長期計画に反映し、職員の意見も聞いていますが、分析までは行っていません。 ・経営状況を把握して、積極的にオムツの使用量の分析等に取り組んでいます。 ・ISO9001の品質基準を満たしています。
1 経営状況の把握	
	<ul style="list-style-type: none"> ・分掌があり、人事考課がなされていますが全職員では

<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>ありません。</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人として必要な人材計画があり、施設ではこれをベースに資格取得や必要な研修を明記しています。 職員の就業状況は把握されていますが、分析までは実施していません。 福利厚生が充実し、雇用形態に関係なく互助会に加入できます。 研修に関する基本姿勢が明示され、個別の職員の研修計画が継続的に行われていますが、成果の評価分析までは行われていません。 実習に関しては受け入れ体制があり・マニュアル・種別のプログラムを用意し、積極的に受け入れています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> 緊急時や災害時に対するマニュアルを整備し・取り組みをしていますが、日常的に水回りの清潔を維持する為のマニュアルが不足しています。 安全確保のためのマニュアルが定期的に見直され、取り組みが組織的に行われています。 十分な事故の補償対策が取られています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ボランティアについての基本的な考え方の明示はなく、地域の人たちに十分な理解されているとまでは言えませんが、毎月定期的に数種類の趣味の講座、不定期での施設訪問や外出支援が得られる状態になっています。 市や関係団体から福祉ニーズを把握できていますが、イベントでのアンケートまでは実施していません。 法人の中長期計画の中の喫煙吸引の研修、地域介護職力向上促進事業、ふるさと雇用再生特別対策事業（外国人職員の受け入れ）等を法人内の複数の施設が協力して実施している他、施設単独事業を法人へ提案中です。
<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"> 利用者を尊重する仕組みについては、規程・マニュアル等の整備や施設・設備面での工夫なされていますが、研修等へ参加しての評価や分析の記録がありません。 利用者満足の取り組みについては、調査を実施、定期的に職員での検討がなされていますが、利用者の参画の仕組みがありません。 利用者の意見反映の体制については、苦情解決の仕組みがあります。また、相談援助は法人の担当部署が実施していますが、そこへつなげる為の手順やマニュアルがありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> 質の向上に向けた取り組みについて整備され、定期的に職員による検討が行われています。 提供する標準的な実施方法についても整備されていますが、見直しに対する仕組みがありません。 サービス実施の記録はシステムにて管理されていますが、職員間での共有については不十分です。

3 サービスの開始、 継続	<ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者に対して、HPやパンフレットなど情報発信をしているが体験入所の仕組みはありません。 ・契約書等については、必要に応じ通常より大きめの文字を利用し、平易で読みやすい工夫がされています。 ・サービスの継続性への配慮については、口頭で実施されていますが、仕組みや担当窓口については明確ではありません。
4 サービス実施 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のアセスメント、実施計画については、共通ルールにより実践、多職種による会議やモニタリングが定期的、必要に応じ実施されています。 ・利用者の社会生活に必要な技術や知識の習得に向けての支援については該当事例がありませんでした。

5 評価細目の第三者評価結果

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。	B
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	事業計画の策定が組織的に行われている。	A
②	事業計画が職員に周知されている。	A
③	事業計画が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。	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。	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。	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 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	A
	③ 外部監査が実施されている。	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。	B
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 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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
	② 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 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	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）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
	③ 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	A
	④ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	A

⑤	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑥	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑦	安全確保の取組は、マニュアルに基づいて適切に実施されている。	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。	B
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。	B
④	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。	B
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	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。	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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	A
③	利用者の意思を尊重している。	A
④	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
⑤	利用者の尊厳が守られている。	A
⑤	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。	B
⑥	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
⑦	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
⑧	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
⑨	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
⑩	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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、取組を行っている。	B
②	利用者の生活空間への配慮がなされている。	B
③	利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A

	④ 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
	④ 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
	⑤ 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
	⑥ 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。	B
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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	B
	② 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
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛け組織的に対応している。	B
	③ 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	A
	④ 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 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	A
	③ 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) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	B
	③ 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 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	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間で共有化している。	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 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B
	② サービスの開始にあたり利用者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。	B
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。	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。	A
	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
	③ 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。	B
	④ 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
	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ 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
	⑧ 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
	⑨ 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
	⑩ 利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
	⑪ 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
	⑫ 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。	B
	⑬ 利用者の社会生活に必要な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
	⑭ 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 サービス実施計画を適切に策定している。	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。	B
	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
	③ 目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
	④ 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

⑤	実施するサービスの順位が明確である。	B
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。	B
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	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	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。	B