

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 | 静岡市葵区駿府町 1 番 7 0 号 |
| 評価実施期間 | H29 年 6 月 23 日～H30 年 3 月 20 日 |
| 評価調査者番号 | ①H21-b009 |
| | ②H16-b013 |
| | ③H22-c003 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--|---|
| 事業所名称：しんぱらの家 (施設名) | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：太田 正人 (管理者) | 開設年月日 平成 16 年 2 月 20 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 80 人 (利用人数) ショート 10 人 |
| 所在地：〒434-0003 静岡県浜松市浜北区新原 4092-2 | |
| 連絡先電話番号： 053 — 584 — 1077 | F A X 番号 053 — 584 — 1120 |
| 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 デイサービス 地域包括支援センター | 花見・七夕・厚生会花火大会・納涼祭・ 敬老会・厚生会まつり・クリスマス会・ 正月・ひな祭り・節分・保育園と交流 会(年 3 回) | | |
| 居 室 概 要 | 居室以外の施設設備の概要 | | |
| 全室 個室ユニットケア | 食堂・キッチン・居間(各ユニット) 1 階待合コーナー・談話コーナー デッキテラス・バルコニー | | |
| 職員の配置 | | | |
| 職 種 | 人 数 | 職 種 | 人 数 |
| 施設長 | 1 | 介護職員 | 45 |
| 生活相談員 | 2 | 栄養士 | 1 |
| 看護職員 | 5 | 介護支援専門員 | 2 |
| 医師 | 3 | | |

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- ・リスクマネジメント会議、介護技術向上検討委員会を設置し、情報収集と対策を図っています。情報はリーダー会議、ユニット会議に報告し周知しサービスの質の向上を図っています。
- ・地域のニーズに対応するため、近隣他法人の特別養護老人ホームと協働し、ふじのくに型事業（障がい者のショートステイ）の受入体制をつくっています。また施設駐車場に移動販売車を入れ、地域の方々にも呼びかけの買い物支援を行っています。
- ・虐待対応、身体拘束廃止の取り組み、認知症の方への対応、入浴・排せつ・移動・食事等の基本的な対応についてはマニュアルが整備され、委員会等の取り組みも活発に行われています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・事業計画は職員には周知していますが、利用者等には文章は配付されず、周知が十分ではありません。
- ・事業計画等の年度内見直しは、職員会議等で意見聴取されていますが、具体的な改善の記録がありません。
- ・地域ニーズの把握は、受託している包括支援センターが主に担い、施設としての取り組みは十分ではありません。
- ・会議や研修の記録の整備が十分ではありません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価の受審により、自己評価及び訪問調査を通じての、専門的、客観的、評価を受けることができました。それにより事業内容の把握、改善に向けた課題の明確化を改めて確認することができました。

今回の評価結果を真摯に受け止め、職員全員が協働し、安全で安心な福祉サービスの提供を進めると同時に、ご利用者に選ばれる施設となるよう努めてまいります。

4 評価分類別評価内容

| 評価対象Ⅰ | |
|-----------|--|
| 1 理念・基本方針 | <ul style="list-style-type: none">・法人・施設の理念・基本方針はパンフレット・ホームページに掲載され、事業計画にも反映されています。・事業計画は職員に配付かつ説明して周知を図っていますが、家族等には敬老会時に資料を配付し説明していますが、利用者には掲示等だけで、説明はされていません。 |

| | |
|----------------------------|--|
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 法人の中・長期計画に基づき施設の事業計画は、リーダー会議、ユニット会議等で職員の意見を聴取し、策定されています。しかし計画の実施状況に関しての見直し、改善については十分ではありません。 • 事業計画は年度当初の職員会議で説明され、また各種会議でも取り上げられ、周知を図っています。しかし利用者等への周知は行事計画等掲示のみであり、不十分です。 |
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 事務分掌等に管理者としての役割を明記し、各種会議で役割を表明し、課題に対しての指示をだす等リーダーシップを発揮しています。 • 毎月の財務分析や法人からの指示等も職員に説明され、全職員が施設の現状を理解する取り組みがされています。 |
| <p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 法人からのレポート等で経営分析がなされ、職員にも伝えられていますが、事業計画の進捗状況等の改善にむけた具体的な取り組みとしては十分ではありません。 • 公認会計士の監査が法人で行われ、施設にフィードバックされています。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 人材についての基本姿勢は、中長期計画に記載され、また ISO 基準にも示されており、資格取得に関しても把握しています。 • 人事評価制度が確立されており、職員にフィードバックもされています。パート職員については、契約更新時（6ヶ月）に意見を聴取しています。 • 人事制度の中で必要な研修が示され、法人として資格取得について便宜を図っています。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルが整備され運用されており、マニュアルは改正されています。 • リスクマネジメント会議、介護技術向上検討委員会を設置し、情報収集と対策をはかり、情報はリーダー会議、ユニット会議に報告し周知しています。 • 管理者は月1回施設内を点検・確認し、改善の必要性等を法人へ報告しています。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 中期経営ビジョンに地域に関することが明示されています。 • 施設主催のイベントにはボランティアの協力が有り、地域住民の大勢の方が参加していますが、利用者への地域情報の提供は掲示のみとなっています。 • 施設駐車場に移動販売車を呼び、利用者および地域住民の買い物支援を行っています。 • 地域へのアウトリーチは地域包括支援センターの役割となっています。実績はありませんが、他法人施設と協働し、障がい者ショート等の受入を可能としていま |

| | |
|------------------------------------|---|
| | す。(ふじのくに型) |
| <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"> • 利用者のプライバシー保護については標準化を図る取組みがなされています。 • 利用者満足度調査は定期的な実施によりサービス改善につなげる努力がされています。 • 苦情への取組みが迅速に行われています。 • 意見箱の設置場所については事務室から直接見えないなど、意見が出しやすいよう工夫がされています。 • 家族などに直接意見を求める機会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"> • ISOによる品質管理と毎年の自己評価を分析することで、サービスの質の確保を図っています。 • 研修は定期的実施されていますが、職員の理解度などを確認する記録の整備が十分ではありません。 |
| <p>3 サービスの開始、継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 契約書、重要事項説明書については家族等の同意が得られており、特に重要事項説明書は分かりやすい内容となっていますが、文字の大きさやルビを振るなどの工夫はされていません。 • 利用者の退所後の相談体制も整っていますが、記録の整備が十分ではありません。 |
| <p>4 サービス実施計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> • アセスメント、サービス計画、モニタリング、担当者会議と一連の流れが整合をもって行われています。 • モニタリング等で実施状況は確認できますが、ケース記録の記載内容が十分ではありません。 • サービス計画の作成・見直しについて、ニーズや課題の抽出の方法等は十分ではありません。 |
| <p>評価対象Ⅳ</p> <p>1 利用者の尊重</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 虐待対応、身体拘束廃止の取組みについてのマニュアルが整備され、委員会やセルフチェック等の取組みが行われています。 • 成年後見制度等の情報提供は積極的には行われていません。 • 面会や通信機会の確保は十分に確保されており、プライバシー保護のための設備上の工夫も適切に行われています。 • 終末期対応の手順が定められ医療との連携体制は整備されています。職員の精神面でのフォローについての確認はできません。 • 認知症の状態に配慮したケアについて、個々の活動の工夫や環境の配慮等が行われています。認知症の最新の知識を得るための研修に参加ができていません。 • 利用者の個々の意向や状態の把握、状態に応じた対応を実施し、複数の活動メニューを準備していますが、必ずしも全て対応できる形にはなっていません。 • 家族へは利用者の様子を必要時に報告するにとどまっ |

| | |
|----------|--|
| | ています。 |
| 2 日常生活支援 | <ul style="list-style-type: none"> • 入浴、排せつ、移動等の基本的介助や褥瘡予防の対応等はマニュアル化され、定期的な会議で検討し職員に周知された上で適切に行われています。 • 食事は、利用者の希望を積極的に聞く機会を設けたり、選択メニューの用意、適切な温度管理等が行われています。心身の状況にも配慮されています。 • 口腔ケアについては、状況把握や口腔体操等を実施しています。歯科医師等のチェックは対象となる利用者のみ行われています。 • 整容、理美容については、利用者の意向を尊重した対応が行われています。 |

5 評価細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 法人や施設の理念が明文化されている。 | A |
| | ② 法人や施設の運営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 事業計画の策定

| | | 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) 事業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。 | B |
| | ③ 事業計画が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。 | 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。 | 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 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。 | B |
| | 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。 | B |
| | 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。 | 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。 | B |
| | 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。 | B |
| Ⅱ-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| | ① 実習生の受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。 | 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）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 |
| | ② 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 |
| | ③ 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 |
| | ④ 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。 | A |
| | ⑤ 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 |
| | ⑥ 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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 | B |
| | ② 施設が有する機能を地域に還元している。 | B |
| | ③ ボランティアの受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。 | C |

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 |
| | ② 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 |
| 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 |
| 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 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 | B |
| | ④ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 | B |

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。 | B |
| | 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。 | 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) | 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-2-(4) | 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。 | C |

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。 | A |
| | 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。 | 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 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 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | 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。 | B |
| | ② 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 |

評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

| | | 第三者評価結果 |
|---------|--|---------|
| Ⅳ-1-(1) | 利用者の権利擁護 | |
| | ① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。 | A |
| | ② 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。 | A |
| | ③ 成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。 | B |
| | ④ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。 | A |
| | ⑤ 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 |
| | ⑥ 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 |
| | ⑦ 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。 | A |

| | | |
|-----------------|-------------------------------------|---|
| | ⑧ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | B |
| | ⑨ 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | A |
| IV-1-(2) 支援の基本 | | |
| | ① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。 | B |
| | ② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | A |
| IV-1-(3) 家族との連携 | | |
| | ① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | B |

IV-2 日常生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------|-----------------------------------|---------|
| IV-2-(1) 身体介護 | | |
| | ① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | A |
| | ② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | A |
| | ③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | A |
| | ④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | A |
| IV-2-(2) 食生活 | | |
| | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | A |
| | ② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | A |
| | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | B |
| IV-2-(3) 整容、理・美容 | | |
| | ① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。 | A |
| | ② 利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。 | A |
| IV-2-(4) 機能訓練・介護予防 | | |
| | ① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。 | A |
| IV-2-(5) 健康管理・衛生管理 | | |
| | ① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。 | A |
| | ② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | B |
| IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり | | |
| | ① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。 | B |
| IV-2-(7) 建物・設備 | | |
| | ① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | A |