

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	平成29年11月9日～平成30年4月30日
評価調査者番号	① H28-a001
	② H17-a013
	③ H21-b001

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ディアコニア	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 金高 美江子	開設年月日 2003年5月1日
設置主体：社会福祉法人デンマーク牧場福祉会 経営主体：社会福祉法人デンマーク牧場福祉会	定員 80人 (利用人数) 78人
所在地：〒437-1311 静岡県袋井市山崎 5902-167	
連絡先電話番号： 0538-23-0380	F A X 番 号 0538-23-0383
ホームページアドレス	http://www.denmark-bokujyo.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
老人介護福祉施設 短期入所・短期入所予防 通所・通所介護予防 訪問介護・訪問介護予防 居宅介護支援	夏祭り：7月下旬 敬老会：9月中旬 クリスマス会：12月下旬
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
居室 A タイプ 40 室 居室 B タイプ 10 室 居室 C タイプ 30 室	リビング 9 室、静養室、機能訓練室、 特別浴槽、一般浴槽 5 室、看護室、洗 濯室、事務室、厨房、ワークステー ション 2 室、

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1 人	管理栄養士	1 人
生活相談員	1 人	看護職員	5 人
介護職員	35 人	理学療法士	1 人
介護支援専門員	1 人	事務員	3 人

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

- 施設全体がバリアフリー化され、不審者侵入対策を講じるなど、利用者の安全確保のための特別な工夫が行われています。
- 施設は福祉避難所に指定されているほか、施設の研修会に地域住民に呼びかけ参加するなど、地域への開放・提供を積極的に行っています。
- 地域における研修会や会議に積極的に参加するとともに、歯科、皮膚科の訪問診療を定期的に受けるなど、関係機関との連携が適切に行われています。
- 面会時間は、9時から21時までとなっていますが、時間外の面会も対応しています（重要事項説明書で確認）。また、面会は、居室や宿直室などの個室で出来るため、プライバシーは守られています。
- 看取りケアに関するマニュアルが整備されており、研修も年1回実施しています。

また、マニュアルには、基本方針・連絡体制を定め、家族説明用に簡易的なものも用意されています。さらに、前年度から委員会を発足し、対応について見直しを行っており、希望にあわせ同意を得て、プランに沿った対応しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 中・長期計画及び事業計画を、地域の福祉ニーズ等に基づき、組織的に策定することが望めます。また、職員及び利用者への周知が、求められます。
- 遵守すべき法令等を明示し、職員に対して、正しく理解するための取組みが望めます。
- 人事管理体制において、施設が目標とする福祉サービスを実施するために必要な人材・人員体制に関するプランの確立が必要です。また、人事考課の実施が求められます。
- 職員の質の向上を図るため、研修の基本姿勢に沿った研修計画の策定が必要です。また、定期的な評価・見直しが求められます。
- 施設の役割と機能を果たすため、必要な関係機関や団体の機能及び連絡方法を明示し、その情報が職員で共有することが求められます。
- サービスの提供について、利用者一人ひとりに対して意思や人権を尊重し利用者の立場に立った支援が行われていますが、組織としてその取り組みの方法や手順等について、一つ一つ点検チェックしてマニュアル等を作成し、施設として確立した仕組みを整備することが求められます。
- サービスの提供について、職員の共通の理解を得るための仕組みの確立が求められます。
- 虐待等について、具体策が明文化されておらず、また、人権擁護・虐待などに関する研修が行われていません。
- 衣服の選択は、職員が決め、生活サイクルに合わせた更衣の支援は出来ていません。また、食べこぼし等で汚れた場合の更衣も十分出来ておらず、改善が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 29 年度、第三者評価を受審し、施設として出来ている点と改善に向け取り組まなければならない点が明瞭化されました。直ぐにでも取り組まなければならない項目は山積しています。

手順として、特養部門職員・委託厨房職員のアンケートを行いました。特養入居者 80 名には県社協より聞き取り調査があり、又そのご家族には直接アンケートが郵送され、貴重なご意見をいただきました。入居者への福祉サービスを真剣に捉える良い機会を与えられました。

平成 30 年度、事業計画の骨子に「現状よりも更により福祉サービスを実施するために」をあげ、部署毎の計画に「2017 年度に実施した第三者評価を活かした運営」としました。主任会の中で①問題の分類分け ②具体化し対策をしていく ③家族にアンケート結果とその対策方法を報告する等をあげ、取り組んでいきます。

評価を活かし、ディアコニアを利用される方々へ、より良い福祉サービスを提供していきたいと思えます。

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"> ・理念や基本方針は明文化され、文書やホームページに記載されている。 ・職員に文書を配布し、会議等で周知に努めているが、理解を促すための取組みが、十分でない。 ・パンフレットや入所案内に明示されておらず、利用者等への周知の取組が行われていない。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されていない。 ・計画は中堅幹部職員が参画して策定しているが、実施状況や評価等が、組織的に行われていない。 ・計画は各フロアーに配布し、職員が閲覧できる状況になっているが、全職員及び利用者家族等へ配布されていない。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令等が明らかにされておらず、職員に対して、正しく理解するための取組が、行われていない。 ・質の向上に向けて、組織として継続的に評価・分析が行われていない。 ・人事・労務・財務等の分析が、十分ではない。
評価対象 II	
1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> ・事業経営を取りまく環境、及び経営状況を改善すべき課題を把握しているが、中・長期計画に反映されていない。 ・経理について、税理士の指導を受けているが、外部監査を実施されていない。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の分担や責任を明らかにした事務分掌を、全職員に配布しているが、理解を促すための取組が、十分でない。 ・目標とする福祉サービスを確保するための、必要な人材・人員体制に関するプランが確立していない。 ・人事考課の基準が定められておらず、定期的な人事考

	<p>課が実施されていない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の資格取得のための便宜を図っているが、基本姿勢に沿った研修計画が、策定されていない。 ・実習生の受入れマニュアルは整備されているが、プログラムが整備されておらず、積極的な取り組みが行われていない。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ・施設全体がバリアフリー化され、必要な対策を講じている。 ・介護保険・社会福祉事業者総合保険に加入し、利用者等が生じる想定される事故に、対応できる方策を講じている。 ・事故や感染症発生時などの、緊急時対応マニュアルは整備されているが、定期的な検討が行われていない。また、安否確認の方法が定められていない。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・施設は市の福祉避難所として指定され、地元関係者に会議室を提供するほか、施設主催の研修会に住民の参加を呼び掛けるなど、地域への開放・提供する取り組みを、積極的に行っている。 ・「認知症にやさしい地域をつくる会」や老施協の支部会議に積極的に参加するとともに、歯科、皮膚科の定期的な訪問診療を受けるなど、関係機関との連携が、適切に行われている。 ・民生委員・児童委員やボランティアグループとの連絡会を定期的を開催し、地域福祉ニーズを把握するための取り組みを、積極的に行っている。 ・施設との関係機関は把握しているが、団体の機能・連絡方法を体系的に明示されておらず、職員が情報を共有していない。 ・地域の福祉ニーズへの対応は検討されているが、中・長期計画に明示されていない。
評価対象Ⅲ	
1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の意思及び人権を尊重し利用者の立場に立った支援を行うことを明記し実施されているが、組織的に職員の共通の理解を持つための研修等については十分ではない。 ・苦情解決に関する仕組みは整備されているが、利用者からの相談や意見、要望についての対応方法等組織としての仕組みの整備は十分ではない。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容について定期的に自己評価等は実施していない。そのため、組織として取り組むべき課題が明確になっておらず、改善策や改善計画も策定されていない。 ・利用者に関するサービスの実施状況等の記録の管理体制について、組織としての具体的な定めがなく十分ではない。
3 サービスの開始、	<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの開始にあたり利用者には定められた重要事項説明書等により説明し同意を得て契約している。 ・施設の変更や家庭への移行に当たっては、サービスの継続性を配慮し必要に応じ文書を出しているが、組織

継続	として引継ぎや申し送りの手順や文書の内容等について定められていない。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントについて利用者の心身の状況や生活状況等アセスメントシートにより把握し、課題等も明示しているが、利用者や家族の具体的なニーズに把握が十分ではない。 ・サービス実施計画の策定に関して、サービス担当者会議等を経て策定実施されているが、実施計画の策定、評価見直し等の組織としての手順や仕組みが定められていない。
評価対象Ⅳ 1 利用者の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ・各マニュアルが整備されているが、周知徹底されていない。また、虐待やプライバシー保護等の研修が実施されていない。 ・個別の対応についてケアプランで立案し、実施している。しかし、一人ひとりに応じた過ごし方は、全ての利用者の要望に合わせた取り組みが出来ておらず、課題としている。
2 日常生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、介護職員等が連携し、個別に応じたケア方法を考え、実践している。また、定期的な評価・見直しもされている。 ・活動や身だしなみ、清潔保持等については、個別対応が出来ていない。

5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（A、B、C）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

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 法人や施設の理念が明文化されている。	B
	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。	B
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 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。	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) 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。	B
	② 事業計画が職員に周知されている。	C
	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。	B
	③ 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。	C
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。	B
	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。	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
	④ 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。	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
	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。	C
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。	B
	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。	B
	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。	B
	⑤ 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
	⑥ 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
	⑦ 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。	A
	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。	C
	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。	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。	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。	B
	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。	C
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。	C
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。	C
	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。	C

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。	C
	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。	C
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
	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) 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。	B
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C
	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。	B
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。	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。	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。	B
	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。	B
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。	C

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。	C
	③ 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	B
	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。	B
	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
	⑧ 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
	⑨ 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。	B
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
	③ 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。	B
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。	B
	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。	B
	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。	B
	④ 褥瘡の発生予防を行っている。	B

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。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	B
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。	B
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。	C
	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