

みえ福祉第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社百五総合研究所

②施設・事業所情報

名称：盲養護老人ホーム 梨ノ木園	種別：養護老人ホーム	
代表者氏名：藪内 勝	定員（利用人数）： 70名	
所在地： 伊賀市朝屋 734-1		
TEL：0595-23-1555	ホームページ：http://www.iga-sjk.or.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 昭和46年7月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人伊賀市社会事業協会		
職員数	常勤職員： 28名 非常勤職員： 3名	
専門職員	支援員： 15名 生活相談員： 3名	
	看護師： 2名 栄養士： 2名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	個室18室 2人部屋27室	

③理念・基本方針

【理念】

「信頼」：信頼は、注意義務を第一に考え実行するところから生まれます。信頼を得ることは、黄金を得るより難しいが、信じて頼り頼られることは無形の財産です。

「博愛」：愛は人を平等にするというように、福祉においては、利己心や偏見などを捨て、人々の福祉増進のために相愛し、支えあうことを目指したい。

「誠実」：誠心をもって言行すれば、影の形に添うごとく、幸福はその人に常住すといわれ、誠実はその実力にさらに大きな力を与えてくれるだろう。

【基本方針】

1. 人間としての尊厳を大切に
2. 視覚障がい者への専門性を追求
3. やさしく、あたたかく、親切的な援助
4. 安心、安全、快適な生活
5. 視覚障がい者文化の向上
6. 地域に開き、地域と共に

④施設・事業所の特徴的な取組

当施設は、昭和46年の全国で9番目に誕生した三重県下で唯一の盲養護老人ホームで、視覚障がいの利用者が安心して生活できるようにコミュニケーションを大切に、より専門的な知識・技術の修得を職員一人ひとりが心がけている施設です。

また、ボランティアや子ども達との交流、四季折々の各種イベントやクラブ活動など充実した時間を過ごせる施設です。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年9月4日（契約日）～ 平31年2月14日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	2回（平成21年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・施設は地域の「自治会協議会福祉健康部会」に参加し、独自に地域アンケートを実施し、地域ニーズを把握・分析するなど、積極的な取り組みを行っています。
- ・職員が目隠しをしての「視覚障がい者体験」や、「声かけ介助法」の見直しをするなど、利用者の立場を理解することでサービスの質向上に取り組んでいます。
- ・同法人が運営する保育園児との交流や、小学生が「点字学習」のために来園したり、利用者の演芸大会へ民生委員が評価員として参加するなどの交流が図られています。
- ・誰にでもわかるように、点字やCDなどを使った音声案内など、サービス選択に必要な情報提供の工夫がされています。

◇改善を求められる点

- ・単年度の事業計画策定にあたっては、中・長期計画を達成するための実践的な計画内容となるように関連づけられることを望みます。
- ・個人面談の機会を利用して、各職員が目標意識を持てるように、個々の職員に応じた目標を設定するなど、仕事の羅針盤となるような仕組みづくりを期待します。
- ・利用者からの相談や意見は迅速に対応していますが、組織として、その対応経過が常にチェックできる仕組みの整備が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第2回目の第三者評価を受審させていただき、普段の自分たちの支援を振り返り、見つめ直す機会になりました。評価していただいた中で、改めて出来ていなかった部分に気づくことができ、また事業所として取り組むべき課題を確認することができました。評価の中にあつた、地域との関わりは今後も大切に、より深めていきたいと思えます。また、ご指摘いただいた点は、改善に取り組み、質の高いサービスを提供できるよう努めていきたいと思えます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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・周知されている。	
I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 パンフレットやホームページに理念や基本方針を掲載。職員には朝礼等で唱和するとともに、利用者に対しては懇談会で説明するなどの周知に取り組んでいます。	

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 法人が業界動向について把握するほか、施設では「自治会協議会福祉健康部会」に参加し、地域アンケートを実施するなど、地域のニーズ把握と分析を行っています。	
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a Ⓑ c
〈コメント〉 課題改善に向けた取組みを施設として行っていますが、その取組の主旨や目的について、全職員が理解した上で業務に取り組む環境を期待します。	

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 法人では、平成27年度から「中・長期計画策定委員会」を設け、法人全体の事業計画及び、各施設の事業計画について組織的に策定されています。	
I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a Ⓑ c
〈コメント〉 単年度の事業計画策定にあたっては、中・長期計画を達成するための実践的な内容とした単年度計画として、より意識されることを望みます。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	
I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a (b)・c
<コメント> 事業計画の評価・見直しに際して、全職員が改善意識を常に持つことで、見直し等にも参画するような組織づくりを期待します。	
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a (b)・c
<コメント> 「利用者懇談会」では、事業計画の説明をしていますが、利用者家族に対しての周知では、施設としてまだまだ工夫できる余地があると考えられています。	

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

	第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	
I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	(a)・b・c
<コメント> 「権利擁護委員会」では、「声かけの質を高めること」などをテーマとした研修会を定期的実施。外国人実習生の受入れについても質向上を目的に検討しています。	
I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a (b)・c
<コメント> 職員全体で課題を検討する場を持つことで課題を明確化していますが、それを更に改善していく計画的な取組を期待します。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	(a)・b・c
<コメント> 職務分掌は管理規定に記載され、管理者不在の場合の権限移譲等の対応についても職員に明確化されています。	
Ⅱ-1-(1)-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)・b・c
<コメント> 施設長は、法令遵守の情報収集を積極的に行い、法人研修や施設内研修を通じて、職員への指導や周知に努めています。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<コメント> 委員会活動として、職員が「視覚障がい者体験」をしたり「声かけ介助法」の見直しをするなど、利用者の立場を理解することでサービスの質向上を図っています。	

II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a (b)・c
<コメント> 経営および業務の改善に関しては本部対応の部分もある事から、施設長は職員に対して、より具体的に理解できるような働きかけが必要と考えています。	

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	
II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	(a)・b・c
<コメント> 法人として、常に適正な人材確保に向けて計画的な採用活動に取り組んでいます。	
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a (b)・c
<コメント> 法人は、総合的な人事管理の見直しや構築を検討しており、その一環として給与制度に関して「給与改定作業チーム」を設け、見直しを組織的に進めています。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a (b)・c
<コメント> 法人は、個人面談や相談窓口の設置、残業の要因分析、有給取得促進などに取り組んでいますが、職員が実感を持てるような環境の整備を期待します。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a (b)・c
<コメント> 個人面談の機会を利用して、各職員が目標意識を持てるように、個々の職員に応じた目標を設定するなど、仕事の羅針盤的な仕組みの導入検討を期待します。	
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	(a)・b・c
<コメント> 法人の研修制度の他、法人内の他施設と合同で「梨の木職員研修会」を開催するなど、組織的な研修体制が整っています。	
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	(a)・b・c
<コメント> 法人研修や施設内研修の他、施設外研修へも積極的に職員が参加できるような機会が提供されています。	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a)・b・c
<コメント> 受入は法人が一括し、申請書類の受領やオリエンテーション等を行っています。また、施設では独自プログラムを作成することで実習生の育成に取り組んでいます。	

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	
II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> ホームページでは、事業計画や事業報告の他、財務関連や第三者評価結果などを公表し、運営の透明性を確保するための情報公開を行っています。	
II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 外部監査に関しては、監査法人により厳格な財務管理や経営管理及び指導が行われています。	

II-4 地域との交流、地域貢献

	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。	
II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 同法人が運営する保育園児との交流や、小学生が「点字学習」に来園したり、利用者の演芸大会へ民生委員が評価員として参加するなどの交流が図られています。	
II-4-(1)-② ボランティア等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・c
<コメント> ボランティア受入マニュアルを整備し、独自の「受入れチェックシート」を利用しています。主に「シーツ交換」や「散歩の援助」のボランティアを受け入れています。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	
II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 行政の他、三重県視覚障害者協会や自治会などと、こまめに連携を図っています。また、関係機関へは職員の誰もが連絡できる体制が整えられています。	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	Ⓐ・b・c
<コメント> 住民自治協議会の講演会に職員を派遣したり、地域の文化祭で園長が健康相談を実施するなど、地域住民との交流を積極的に行っています。	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人では、市民向講座の開催や出前講座、地域の老人のために「お買い物無料送迎バス」を運行するなど、公益的な取り組みを積極的に行っています。	

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。	
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉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・c
<p>〈コメント〉</p> 法人の取り組みとして、「虐待防止を考える委員会」を組織し、研修会の開催や「虐待防止マニュアル」の作成などを組織的に行っています。	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> プライバシーに関しては、新人研修で指導する他、職員の「基本的援助マニュアル」に対応が明記されています。また、利用者アンケートでのクレーム等はありません。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 誰にでもわかるように、点字やCDなどを使った音声案内など、サービス選択に必要な情報提供の工夫がされています。	
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> サービスの開始にあたり、「重要事項説明書」や「同意書」等の書類を徴求し、利用者や家族の意見を尊重したプラン作成に取り組んでいます。	
Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 施設の移動や家庭への移行などで引き継ぎ書が必要な時には、利用者の合意のもとマネジメントシートを活用するとともに、丁寧な説明を行っています。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>〈コメント〉</p> 利用者懇談会を年3回実施し、ケアサポートプランを作成する時には担当の他、他職種を交えた検討会を開催しています。	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> 苦情解決制度は運用されていますが、苦情内容についての公表や掲示などの対応方法を明確にし、仕組みとして確立されることを望みます。	
Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> 利用者や家族が相談できる窓口などを記載した文書を作成するとともに、日常生活でも利用者が気軽に職員に声が掛けられるような雰囲気づくりを期待します。	

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a (b)・c
<コメント> 利用者からの相談や意見は迅速に対応していますが、組織として対応の経過がチェックできる仕組みの整備が望まれます。	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	
Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	(a)・b・c
<コメント> リスクマネジメント委員会が法人内の各施設で設けられており、月1回の検討委員会や、全施設での合同会議を3か月に1回開催するなど組織的に行われています。	
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a (b)・c
<コメント> 感染症対策マニュアルを作成し、看護師や調理担当からの勉強会を実施していますが、実際の現場で全職員が十分に対応できるような取組や工夫を望みます。	
Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	(a)・b・c
<コメント> 災害対策マニュアルを整備し、備蓄品もリストで管理しています。また、毎月の避難訓練では、土砂災害時の避難行動など、状況に応じた訓練を取り入れています。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な方法が確立している。	
Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	(a)・b・c
<コメント> 各業務担当からの意見を取り入れた業務マニュアルを組織的に作成し、内容を職員に周知しています。	
Ⅲ-2-(1)-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)・b・c
<コメント> 年1回のケアサポートプラン見直しに合わせ、職員から業務の改善提案や意見を取りまとめ、業務マニュアルの見直しを行っています。	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	
Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	(a)・b・c
<コメント> 個人面談や日常から利用者ニーズを把握することで、一人ひとりのアセスメントに繋げ、ケアサポートプランを各職種の職員による参画のもと策定しています。	
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a (b)・c
<コメント> ケアサポートプランの見直しは定期的に行われていますが、期中に把握した、利用者の細かい情報を、見直しの段階で反映できるように適宜記録する取組が望まれます。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 職員の引き継ぎ文書は適切に記録され、担当者間で常に確認するように体制が整えられています。</p>	
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉 個人情報保護に関する規程が整備されています。職員アンケートからは職員の意識も高いことが伺え、個人情報文書やパソコンの管理体制も整えられています。</p>	

改善計画書

施設名 第二小山田特別養護老人ホーム (担当者 永井)

(作成年月日 平成31年3月29日作成)

改 善 事 項 等								施設コメント						
施設として やり続けて いること	1	認知症専門施設であり、認知症の症状での困りごとに対して、職員が一丸となりより良い個別ケアができるよう努力し、認知症ケアの充実を図っている												
	2	理念に「頼りがい・地域に必要な存在」と掲げ、地域行事への積極的な参加、地域住民とご利用者の交流の場の提供、二次避難所の指定、地域の方と一緒に避難訓練を行い、地域に密着した取り組み・ご利用者と地域の交流を広げるための取り組みを行っている												
	3	天然温泉の地域住民への開放、「健康守りたい」「小山田学校」等、健康に関する勉強会や福祉教室を開催し、地域住民の健康維持・福祉向上のための取り組みを行っている												
	4	ご利用者からの相談や意見に対して、迅速に対応している。委員会が合同で対応を検討し、様々な職種の意見をご本人もしくはご家族に伝える仕組みができています												
	5	介護助手制度の導入により、介護職員が専門性を活かして質の高いケアを行える環境が整えられている												
		課題・改善点	達成目標	期間	開始時期	達成時期	改善スケジュール(人・予算・情報・手順等)	担当						
すぐ始めたい	1	法人理念・基本方針・事業計画についての職員への周知	職員全員が理解している	1年	2019年4月	2020年3月	分かりやすい冊子の作成・配布・掲示	サービス向上委員会						
	2	働きやすい職場づくりを行う	計画的な有給休暇の取得、働き甲斐のある職場	1年	2019年4月	2020年3月	①職員アンケートの内容を精査し、改善できることには取り組んでいく ②個別面談を実施し、個々の目標の設定・業務や待遇に対しての要望等を把握する	施設長・主任・リーダー 施設長・主任・リーダー						
工夫すればできること	1	サービスの質のさらなる向上	ご利用者とご家族の満足度を高める	1年	2019年4月	2020年3月	①職員の認知症ケアの理解と実践のための研修会の開催	認知症ケア委員会						
							②個別ケアの充実、個々の生活スタイルや生きがい・心地よさを知り、個々の暮らし方を実現するためのアセスメントの作成と実施	全職員						
							③医療ケアの充実 医療職と介護職の勉強会の開催	看護師リーダー						
							④外出支援、地域との交流の機会を増やす取り組み	ソーシャルワーカー						
							⑤生活環境の改善、施設をより自宅に近づけるための取り組み	全職員						
							⑥看取りケアを実施するための知識の習得と環境の整備	看護師リーダー						
							⑦ご利用者・ご家族へ満足度アンケートを実施し評価する	ソーシャルワーカー						
							⑧各フロアにご意見箱の設置、相談担当者や相談室を記載した文書を掲示する	ソーシャルワーカー						
	2	記録の管理の徹底	記録の管理が適切にできる	1年	2019年4月	2020年3月	①記録の保管場所を鍵付きの棚に変更する	主任・ユニットリーダー						
							②記録の管理についての研修を定期的開催	主任・ユニットリーダー						
3	職員間でサービス記録の共有化を図っていく	記録方法を統一する、記録の書き方を理解し共有していくことができる	1年	2019年4月	2020年3月	①記録の書き方のマニュアルを作成する	主任・ユニットリーダー							
						②記録の書き方の研修の開催	主任・ユニットリーダー							
予算化し ないこと できないこと	1	施設内の環境の整備	ご利用者が快適に過ごせる環境整備	2年	2019年4月	2021年3月	①職員では手の行き届かない箇所へは清掃業者を導入	施設長						
							②業者へ害虫駆除を依頼	施設長						
	2	職員間の情報の共有・周知	多職種間で迅速に情報共有ができる	2年	2019年4月	2021年3月	タブレット、スマホ、PHS、インカム等の導入、ICT化	施設長・サービス向上委員会						
							3	法人理念・基本方針・事業計画や施設の取り組みについて、ご利用者やご家族に対して分かりやすい資料の作成と情報発信・情報公開、周知活動を行う	ご利用者・ご家族に施設が実施している取り組みや対応等をより理解していただけるよう情報公開・周知活動を行い、ご家族・ご利用者が周知している	2年	2019年4月	2021年3月	①分かりやすいパンフレット・ホームページの見直し・作成	ソーシャルワーカー
													②ホームページにて施設での取り組み、各委員会活動の内容等の情報を発信し随時更新する	サービス向上委員会
③ホームページに、ご意見・苦情対応の結果を掲載	ソーシャルワーカー													