

## 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11月11日～ 20年12月22日
評価調査者番号	① H17-a026
	② H19-b030

### 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) 小山町立養護老人ホーム 福寿荘	種別： 養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 若林 完 (管理者) 施設長 若林 民子	開設年月日：開始時期 昭和40年4月1日 平成18年4月1日(指定管理委託)
設置主体：小山町 指定管理者：社会福祉法人 寿康会	定員：50人 (利用人数) 46人
所在地：〒410-1312 静岡県駿東郡小山町菅沼1839-3	
連絡先電話番号：0550-78-0559	FAX番号：0550-78-0701
ホームページアドレス	<a href="http://www18.ocn.ne.jp/~tokuhuen/">http://www18.ocn.ne.jp/~tokuhuen/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事			
養護老人ホーム	新年会、節分祭、彼岸墓参、春の遠足、花見、八十八夜茶会、郊外散策、和讃・墓参、七夕祭り、福寿荘夏祭り、「福寿祭」、敬老祝賀会、運動会、秋の遠足			
居室概要		居室以外の施設設備の概要		
4人部屋 10室	5人部屋 2室	浴室 1	食堂・集会場 1	作業場 1
		医務室 1	静養室 1	寮母室 1
		仮眠室 1		
職員の配置				
施設長	1	看護師	1	
事務員	1	栄養士	1	
主任生活相談員	1	調理員	4	
生活相談員	1	宿直員	2	
主任支援員	1			
支援員	5	医師	1(嘱託)	

### 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) 施設長は、自らの役割と責任を明確に表明し、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取り組みに十分な指導力を発揮しています。
- 2) 利用者全員が給食会議に出席するなど、利用者の意見の尊重には十分な配慮がされ、意見を述べやすい体制も確保されています。
- 3) 食事は、嗜好調査を行い、メニューに反映させています。利用者が食事を楽しむ雰囲気が出ています。
- 4) サービス内容について定期的に自己評価を行っています。評価の結果に基づき、取り組むべき課題を明白にし、改善策、改善計画を立てて実施しています。
- 5) 箱作りの内職など多彩な余暇活動が職員の支援のもとに行われています。
- 6) 内職や就労、地域の奉仕活動等利用者の社会参加を積極的にすすめています。

◆特に改善を求められる点

- 1) 利用者への理念や基本方針の周知が十分でなく、各計画の策定について利用者への理解を促す取り組みが望まれます。
- 2) 中・長期計画を策定し、事業計画、施設の経営分析、職員の教育・研修などに反映させてゆくことが望まれます。
- 3) 福祉サービスの質の確保のために、計画的な人材プランの策定が求められます。
- 4) 生活空間については、職員の工夫や配慮がされ、くつろぎの工夫がされていますが、施設が建築後年数を経ているため限界があります。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は、小山町より指定管理を受け3年が経過しました。その節目の時期に福祉の専門機関による第三者評価を受審した事は大変意義深いことでした。

法令や規則に違反していないかを監査される県の指導監査とは観点が違い、一貫して入所者へのサービスの質が評価されました。評価基準が高く、施設としては非常に厳しいものがありましたが、具体的な指針を示して頂いたので、改善点が分り易く、今後は示して頂いた指針を元に、少しずつでもレベルアップして入所者の皆様が快適に生活できるよう、きめ細かい支援をしていきたいと思っています。

施設の現状を広く地域社会にも公開し、皆さまのご指導を頂きながら常に緊張感をもって、サービスの質の向上を目指していきたいと考えています。

### 4 評価分類別評価内容

<p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念は、事業計画などに明記され、法人の使命、役割を反映したものになっています。</li> <li>・基本方針は、「施設基本・運営方針」に明記され、職員の行動規範となるような内容となっています。</li> <li>・理念や基本方針は、職員に周知されていますが、利用者への周知は十分ではありません。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中・長期計画が策定されていません。そのため事業計画に反映させることができていません。</li> <li>・各計画は、職員が参画して組織的に策定されていますが、利用者へ理解を促すための取り組みは十分ではありません。</li> </ul>

3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は役割と責任について会議などで表明し、理解されるよう積極的に取り組んでいます。</li> <li>・施設長は、職員の意見を集約し、組織内に具体的な体制を構築し、福祉サービスの質の向上に指導力を発揮しています。</li> </ul>
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、事業を取り巻く環境を的確に把握していますが、経営分析については、十分ではありません。</li> <li>・公認会計士等による評価・監査はされていません。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分掌は明確にされていますが、定期的な人事考課は実施していません。</li> <li>・職員の就業状況や意向の把握はされていますが、改善する仕組みが十分ではありません。</li> <li>・職員の教育・研修に関する基本姿勢は明示されており、個別の職員に対する計画が策定されています。</li> <li>・実習生の受け入れは、マニュアルが完備されていますが、積極的な取り組みがされていません。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時対応マニュアルは整備されていますが、防災マニュアルは一部の災害に対しては十分ではありません。</li> <li>・衛生管理マニュアルと、感染症防止マニュアルは整備されています。</li> <li>・発生した事故の把握と、事故防止についての対策は、十分に行われています。</li> <li>・安全を確保するため、段差の解消や浴場の手すり設置など、施設・設備上の工夫はされています。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域への働きかけは積極的に行われていますが、地域に対して開かれた施設、機能の還元としては十分ではありません。</li> <li>・ボランティアの受け入れは、基本姿勢が明示され、体制が確立されています。</li> <li>・社会資源は体系的に明文化され、職員に共有されています。</li> <li>・関係機関との連携は事例検討の点で十分ではありません。相談援助の困難な場合の対応方法が文書化されていません。</li> <li>・地域の福祉ニーズは把握していますが、相談事業や福祉ニーズに基づいた事業・活動が行われていません。</li> </ul>

<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"> <li>・利用者の意志の尊重、尊厳、面会については、十分な配慮がされています。</li> <li>・身体拘束廃止や、通信機会などは十分な配慮がされています。</li> <li>・私生活上のプライバシー保護のマニュアルがなく、和室で多床室であるため居室についての、プライバシー保護は十分ではありません。</li> <li>・入浴・清拭、排泄について職員による工夫と配慮がなされ、利用者からの不満は聞かれませんが、標準的手法が定められていません。</li> <li>・利用者の総会に出席し、給食会議に利用者全員が参加して行うなど満足の向上に向けた取り組みをしていますが、結果の分析・検討と具体的な改善については十分ではありません。</li> <li>・建築して年数を経た施設であります。生活空間への職員の工夫や配慮がされています。くつろぎを与えるための工夫は十分に行われています。</li> <li>・食事は、嗜好調査を行い、メニューに反映させています。利用者が食事を楽しむ雰囲気が出ています。</li> <li>・入浴、排泄について、快適性に配慮した設備上の工夫がなされていますが、サービス実施計画に記載されていません。</li> <li>・利用者の意見を聞いて施設の運営に反映させており、利用者からの意見等の対応マニュアルは整備されています。</li> <li>・利用者のアドボカシーについて、教育や不適切事例に対して不十分な面があります。</li> <li>・対応マニュアルが整備され、利用者が意見を述べやすい体制が確保されています。</li> <li>・苦情申立、解決の仕組みについて、年に一度以上の広報誌での周知がされていません。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・体制を整備して年一回自己評価を行っています。職員の参画により評価結果の分析を行い、課題が文書化され、改善策、改善計画を立てて実施しています。</li> <li>・相談援助の技術の向上について努力していますが、組織的な技術や知識向上への取り組みは十分ではありません。</li> <li>・サービスの標準的な実施の方法が定められていますが、見直しについて利用者の意見の反映が十分ではありません。</li> <li>・独自の特徴あるサービスとして、地域の協力を得て、生きがい作りとして箱作りの仕事を利用者へ提供しています。</li> <li>・サービスの実施状況は適切に記録され、情報は職員で共有されています。</li> <li>・利用者の記録管理規程が定められていますが、職員研修が十分ではありません。</li> </ul>

3 サービスの開始・継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設を紹介する資料は分かり易い内容であり、公共施設にも置いてあり、ホームページでも公開して情報が提供されています。</li> <li>・サービス実施に先立ち、行政担当者の立会いのもとで説明し、書面による同意を得ています。</li> <li>・施設の変更や家庭への移行について、引き継ぎは文書で行われていますが、その後の窓口等について記載した文書がありません。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントは定められた手順で行われていますが、定期的な見直しは実施できていません。</li> <li>・課題と目標は具体的に明示されています。</li> <li>・コミュニケーション、移動、食事、入浴、排泄、身だしなみ、理・美容について支援が必要な利用者については、実施するサービスの個別、具体的な方法が明示されています。</li> <li>・心理面の支援については、専門職は配置されていませんが、「心のケア」の支援にはつとめています。</li> <li>・利用者の家族、友人の関係の支援は不十分な面があります。</li> <li>・社会復帰支援についての具体的な方法の明示されていますが、十分ではありません。</li> <li>・多彩な余暇活動が行われていますが、希望の把握から実施までの経過の明文化が十分ではありません。</li> <li>・サービス実施計画は作成、実施の責任者が定められており、利用者の意向に配慮されたものになっています。利用者の情報がサービス実施計画の実施責任者に確実に伝わる仕組みとなっています。</li> <li>・サービス実施計画の作成にあたり、利用者・家族に説明し同意を得ていますが、手順が定められていません。</li> <li>・利用者の目標に対する具体的なサービス実施計画が関係職員の参画のもとで作成されています。</li> <li>・ニーズに対して実施するサービスの順位が緊急性に基づいて設定されています。</li> <li>・サービス実施計画が作成されてから日が浅いため、評価、見直しは実施していません。</li> </ul>

## 5 評価項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 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。		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) 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。		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。		A
② 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。		C
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。		C

### 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。		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
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。	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。	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）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。	B
	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。	B
	③ 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。	B
	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。	B
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

### 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。	C
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。	C
⑧	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
⑨	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	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。	B
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。	B
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。	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	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。	B
④	苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	C
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。	B

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。	B
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。	B
	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
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（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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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。	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。	B
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。	C
⑨	実施計画の見直しが行われている。	C
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。	C