

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 9月 22日～20年11月 7日
評価調査者番号	① H18-a007
	② H19-b005

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) 静岡老人ホーム	種別： 養護老人ホーム
代表者氏名： 高橋 昌弘 (管理者) 蒲原 尚美	開設年月日： 昭和 24年 8月 4日
設置主体： 静岡市 指定管理者： 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会	定員： 120 人 (利用人数) 120 人
所在地： 静岡市葵区吉津1905番地	
連絡先電話番号： 054-278-1727	F A X 番号： 054-278-4836
ホームページアドレス	なし

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事				
養護老人ホームにおける日常生活支援	年2回の日帰り旅行 模擬店 お正月 節分の豆まき 蓬餅つき大会 七夕祭り ふれあい盆踊り大会 敬老の日祝典 ふれあい運動会 クリスマス会 オセロ大会 五目並べ大会 ゲートボール大会 ふれあい会食 災害避難訓練 年2回の健康診断 近隣ウォーキング				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
2人部屋 2室、3人部屋 8室 4人部屋 23室	食堂、集会室、作業室兼機能回復訓練室 敷地面積13,042.60㎡ 延べ床面積4,680.60㎡				
職員の配置					
職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	看護職員	2	嘱託医	2
生活相談員	4	支援員	11(うちパート2)	調理員	4
事務員	2	栄養士	1	宿直員(支援員補佐)	3

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	
<p>1) 管理者は人員配置の削減、利用者の重度化の中で、経営分析、速やかな介護保険サービスの導入等の業務改善を行い、サービスの質を維持するための指導に役割を發揮しています。</p> <p>2) 安全管理については緊急時ならびに定期的な施設安全管理委員会、感染対策委員会を実施し、事故防止、毎月の避難訓練・保菌検査の実施など、安全の確保に積極的に取り組んでいます。</p> <p>3) 利用者が高齢化して外出が困難になりつつあることに配慮して、地域の人が訪れてくれる施設を目指して積極的に交流の機会を設けるとともに、情報交換のために地域の各公共機関と2か月に1回会議を開催しています。</p> <p>4) 利用者の食事について、毎年嗜好調査を実施するなど意向の確認を行い、また食事時間は利用者ごとの所要時間、自立度の違い、人間関係等に配慮しながら、雰囲気作りをしています。</p> <p>5) 常時、利用者一人ひとりの入院のための準備品がロッカーに収納され、緊急時に即時に対応できる備えをしています。</p> <p>6) 利用者のくつろぎのためのスペースが点在し、好みの場所を選択し、自由に楽しい時間が過ごせるように、娯楽用品やテレビ・本・自動給湯機等が用意されています。</p>	
◆特に改善を求められる点	
<p>1) 理念や基本方針を利用者へ周知することが求められます。</p> <p>2) 施設としての組織的な中長期計画の策定と、これに基づく一人ひとりの職員への教育、研修計画の具体的策定が望まれます。</p> <p>3) 措置施設のため、静岡市を仲介しての事業展開になっていますが、施設独自でも地域ニーズの把握に取り組むことが望まれます。</p> <p>4) 利用者の尊厳を守るために、さらなる職員教育・研修の場が望まれます。</p> <p>5) サービスの実実施計画にあたっての「説明」と「同意」、標準的な実施方法の策定が求められます。</p> <p>6) 実習生の受け入れについて、規程の整備や明文化、マニュアルの策定が望まれます。</p>	

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>1) 措置施設および指定管理事業という性格上、事業展開上の自由度に制約があり、中・長期にわたっての計画作成や地域ニーズの把握が疎かになっている面は否めません。但し、職員の育成計画などについては速やかに具体的な計画を作成する予定です。また、『老人福祉相談所』などの機能を充実させて、地域ニーズの把握に努めたいと思います。</p> <p>2) 半世紀以上の歴史を持つ施設であり、安定した経営を評価されていますが、一方、個々の処遇方法については先輩から後輩への実地的指導を重んじる傾向があり、マニュアルとして纏め上げていなかった部分もあります。今後、熟達者の経験を生かしたマニュアル作りに力を入れたいと思います。</p> <p>3) 介護保険制度の成熟に伴い、養護老人ホーム等の措置施設にも当然ながら利用者主体性を重んじたサービスを提供することが求められています。この情勢に鑑み、当施設でも最新の福祉理論にもとづく福祉サービスの提供に努めてまいります。</p>	
--	--

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	・理念・基本方針がパンフレット、運営規定に明文化されています。
1 理念・基本方針	・理念・基本方針は職員へ書面の配付にとどまり、周知方法は検討中です。また、利用者へは館内備え付けの閲覧にとどまり、書面の配付や説明には至っていません。

2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・中、長期計画は幹部職員が作成し、市の指定管理事業受託のための事業計画書作成にとどまっています。予算についても年度単位で市からの交付金を受け事業を実施するために、中長期計画を反映しにくい仕組みになっています。 ・年度ごとの行事計画は一般職員参加のもとで作成されています。 ・事業計画書は職員のみ配付され、利用者へは行事計画のお知らせと備え付けの回覧にとどまっており、配付に至っていません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任を職員会議で表明し、遵守すべき法令については委員会に提示して、職員が勉強し合える環境を設定しています。 ・管理者は経営分析を行い、検討の上、業務改善を行い、サービスの質の維持に努めています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・市・町の決定による措置施設であるため、施設を取り巻く環境の把握はしておらず、また指導監査も静岡市が実施しており、外部監査が行われていません。 ・サービスの質の低下防止のため、経営分析、評価を実施して事業に反映しています。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> ・職制、職務分担は文書に明記されています。 ・法人として必要な人材に関する計画はあり、人事考課が実施されていますが、施設としての中長期的な人材計画は策定されていません。 ・福利厚生事業が実施され、また職員の就業状況が把握されていますが、改善の仕組みは作られていません。 ・職員の研修についての基本姿勢は明示されていますが、中長期計画を反映したものではなく、一人ひとりの研修計画も策定されていません。 ・実習生の受け入れ体制が整備されておらず、育成の取り組みが十分ではありません。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> ・施設安全委員会を毎月1回、感染対策委員会を緊急時以外は3か月に1回開催し、マニュアルの整備、緊急時の対応、事故再発防止に努めています。 ・施設長以下、職員が毎月保菌検査を実施し、衛生管理に努めますが、マニュアルが一部不足しています。 ・防災に関するマニュアルは細かく整備され、訓練も地震と火災と交互に毎月実施されています。 ・事故賠償保険に加入すると共に、施設内は通路幅や手すりの設置、足元灯、居室の出入り口など、構造、設備面でも安全に配慮されています。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の役割を事業計画に明示し、関連機関とも毎月会合を持ち、クラブ活動や、利用者が参加しやすい企画を多くして、地域交流も積極的に実施しています。 ・ボランティア活動は基本姿勢を明確にして受け入れを行っていますが、受け入れ体制の整備が十分ではありません。 ・必要な地域資源をリストアップし、地域の関係機関との連携に努めています。 ・措置施設であるため、市・町と連携してのニーズの把握、これに基づく事業、活動は僅少にとどまっています。

<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"> ・利用者の自由意思は尊重され、行事などへの参加、不参加の選択の自由が守られています。 ・身体拘束廃止委員会を毎月開催し、取り組んでいます。 ・家族や友人の面会、郵便や電話などの通信については、利用者のプライバシー保護が図られています。 ・利用者全員集会、職員の各種会議、アンケート調査等が定期的実施され、利用者からの多様な相談、意見にも対応していますが、姿勢の明示、対応方法のマニュアルが整備されていません。 ・利用者の尊厳が守られるため組織として職員に気づき、対応を促していますが、教育・研修等の場が十分に設けられていません。 ・食事については投書箱の設置、全員集会、嗜好調査等により利用者の意向を汲み取り、食事の提供に反映されています。 ・苦情解決についてはマニュアル、体制の整備がされていますが、利用者の権利擁護に関する規程、マニュアルは整備されていません。 ・入浴、排せつ時の設備、共用空間のくつろぎのための設備は工夫され、安全や、空間のしつらえ、利用者の部屋割なども配慮されていますが、プライバシーの保護、配慮については組織的な対応がなく、マニュアルや標準的方法の具体的明示がありません。また、個室の仕切りについても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"> ・サービスの質の向上に向けた取り組みについては、自己評価・満足度調査を実施、課題を明示して結果を分析し職員に回覧していますが、改善計画の明確化などの取り組みが行われていません。 ・個々のサービスの標準的な実施方法についての規定がなく、定期的な見直しがなされていません。 ・サービスの記録については、個別処遇計画、ケース記録、職種別等に記録され、情報の共有化を図り、個人情報管理規程に基づき書類の保管も安全にされています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットは用意してありますが、措置施設のため積極的な情報提供はされていません。 ・サービスの継続への配慮については、措置解除により生じる必要な範囲内の対応にとどまっています。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者についてのアセスメント、課題、目標が明示されるとともに、食事、入浴、排せつ、機能訓練等に支援の必要な利用者については、一部不十分な項目があるものの、多くの項目で個別・具体的な支援方法が明示されています。 ・サービスの実施計画の作成、実施における責任者が定められ、計画は各職種が連携して策定され、評価、見直しが行われていますが、実施するサービスの優先順位と、利用者の情報が実施計画策定責任者に確実に伝わるマニュアル、フローチャートが整備されていません。 ・サービスの実施計画の作成、見直しについて、利用者へ説明して同意を得るためのマニュアルは整備されていません。また、身寄りのない利用者が大半のため、家族の意向確認は困難になっています。

評価細目の第三者評価結果〔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。	C

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。	C
	② 計画が職員や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
	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。	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。	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。	C
	② 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
	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。	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。	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
	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。	B
	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。	A
	③ 衛生管理に関するマニュアルを整備している。	C
	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。	B
	② 地域に開かれた施設である。	A
	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。	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
	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。	C
	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 利用者の意思を尊重している。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	B
	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。	A
	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。	A
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。	C
	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。	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。	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。	C
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。	C
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) 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。	B
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。	B
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。	C
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。	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	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。	B
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。	B
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。	A
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。	C
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。	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。	C
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。	C
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。	C
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	実施計画の見直しが行われている。	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。	C