

## 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10月25日～ 20年11月18日
評価調査者番号	① H17-a026
	② H19-b004
	③ H19-b024

### 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 徳風園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 若林 完 (管理者) 施設長 若林 久美子	開設年月日： 昭和57年4月1日
設置主体：社会福祉法人 寿康会 経営主体：社会福祉法人 寿康会	定員： 50人 (利用人数) 50人
所在地：〒410-1306 静岡県駿東郡小山町上野1440-1	
連絡先電話番号： 0550-76-3388	F A X 番号： 0550-76-3383
ホームページアドレス	<a href="http://www18ocn.ne.jp/~tokufuen/">http://www18ocn.ne.jp/~tokufuen/</a>

#### (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(50名) ショートステイ(4名)・デイサービス(40名)・ホームヘルプサービス・居宅介護支援事業所(100名)・在宅介護支援センター	クラブ活動・観桜会・花を植える会・春の遠足・七夕祭り・物故者供養祭・夏祭り・敬老会・運動会・クリスマス会・初笑い会・節分祭・のどじまん大会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
2人部屋 3室 4人部屋 11室	食堂 1	機能訓練室 1	医務・看護室 1 一般浴室 1 機械浴室(特殊浴槽) 2台
職員の配置			
施設長	1	介護支援専門員	2(介護職員兼務)
生活相談員	1	栄養士	1
介護職員	20(うち非常勤3)	調理員	4
看護職員	3	医師	1(嘱託)
機能訓練指導員	1名		

### 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) 施設長は役割と責任について常に所信を表明し、各委員会に出席するなどして職員の意見を集約し、方針を決定するなど、指導力を発揮しています
- 2) 事故防止については、マニュアルの整備、事故の把握、事故防止の対策、補償などについて努力して成果をあげています。入浴、排泄時の危険防止にも努めています。
- 3) 共有スペースでのくつろぎや、食事、入浴、排泄などについて施設での生活が快適に過ごせるような配慮や工夫がされています。
- 4) 施設の特徴として、訓練室における専門的リハビリが実施されています。
- 5) 買い物などの外出支援により社会性を保持するための取組みが行われています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 理念と基本方針は明示されていますが、職員と利用者への周知がされていません。周知についての取組みが求められます。
- 2) 中・長期計画が策定されていません。事業計画などに関連するものなので、策定への取組みが求められます。
- 3) 基本方針や各計画を実現するために、職務分掌や計画的な人材プランなどを整備して、人事管理の体制が完備されることが望まれます。
- 4) 利用者のプライバシー保護に関するマニュアル、記録管理規程が定められていないため、整備が望まれます。
- 5) モニタリングが行われ、評価もされていますが、目標の達成状況・結果が書面で確認できませんので、記録の完備が望まれます。

### 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

初めて第三者評価を受けまして、今後の課題が具体的に明らかになり大変有意義でした。項目は多いですが、どの項目も施設運営には欠かせないものと思います。ただ、できていると思われることでも書類が整っていないと、できていないと評価されてしまう項目もあり少し残念でした。中には、その書類も項目達成の為に本当に必要であるのか疑問に思うこともありました。当法人の運営理念に沿って、一つ一つ評価結果を見直していきたいと思います。利用者の声を聞いていただく利用者調査の結果では、当施設での生活に満足していただけているという声が多く、職員一同大変励みとなりました。今後、良い点はさらに高め、足りない点は早急に改善に努め、選ばれる施設づくりに職員一同邁進してまいります。

### 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>・法人の使命、役割が反映された理念・基本方針が、事業計画に明示されています。</li> <li>・理念・基本方針は、玄関に掲示してありますが、会議や研修の場での説明がされていません。利用者に周知する取り組みもされていません。</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ないため、それが反映された事業計画となっていません。</li> <li>・事業計画は、施設長が職員から意見を聴取し、職員会議で検討して策定されています。</li> <li>・事業計画は、職員には配布されていますが、利用者への周知は十分ではありません。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は役割と責任について、職員会議などでは常に所信を表明しており、「園だより」で、毎回、所信を表明しています。</li> <li>・法令遵守については、施設長は法令等を正しく理解するために取り組みを行っていますが、関連法令のリスト化がされていません。</li> <li>・施設長は、各委員会に出席して、職員の意見を集約し、方針の決定をするなど、指導力を発揮しています。</li> </ul>
<p>評価対象 II</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は地域の福祉計画の策定委員を歴任するなど、地域のニーズを的確に把握しています。</li> <li>・経営状態の分析は行っていますが、職員への周知が十分されていません。</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>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職務分掌が明確にされてなく、計画的な人材プランも設定されていません。定期的な人事考課も実施していません。</li> <li>・職員の就業状況について、施設長は職員と定期的に面接して、意向を把握していますが、改善策を検討する仕組みが十分ではありません。</li> <li>・職員の教育・研修について基本姿勢は明示されていますが、個別の研修計画や定期的な評価がなく、研修計画の体系化という点において十分ではありません。</li> <li>・実習生の受け入れは、マニュアルが完備され、積極的な取り組みがされています。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時の対応と感染症防止については、マニュアルが整備され、委員会で検討して対策が講じられています。</li> <li>・防災マニュアルは台風・水害を想定したものが含まれておらず、また衛生管理マニュアルが独立したものでないため、これらの点では十分ではありません。</li> <li>・事故防止についての対策は、未然防止策を検討していますが、家具等の転倒防止対策は十分ではありません。</li> </ul>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との交流については、利用者の外出、地域の人たちを夏まつりへの招待、福祉車両の無料貸し出し、入浴サービスの受け入れ、相談事業など積極的に行っています。</li> <li>・ボランティアの受け入れは、担当者は決められていますが、マニュアルが整備されていません。</li> <li>・社会資源の利用については、情報の整理と職員への周知の点で十分ではありません。</li> <li>・関係機関との連携については、定期的な連携の機会の確保という点で十分ではありません。</li> <li>・把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が、各種在宅福祉サービスの実施という形で行われています。</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>・利用者の意志尊重、尊厳への配慮については、守られるように心がけていますが、行動規範までが定まっていません。</li> <li>・身体拘束廃止や面会、通信機会の確保などは十分な配慮がされています。</li> <li>・プライバシー保護のマニュアルがなく、入浴・清拭と、排泄におけるプライバシー保護について文章化がされていません。</li> <li>・居室については、設備上の制約などからプライバシー保護は十分でない部分がありますが、職員が装飾などにこまかな工夫や配慮をしています。廊下の長椅子、水槽、仏像などくつろぎの工夫がされています。</li> <li>・利用者の満足度については、外出や居酒屋などニーズに対応したサービスをしています。利用者満足の向上を目指す文書が策定されていません。</li> <li>・食事は、嗜好調査をメニューに反映させたものとなっており、多くの人が食堂に出て、仲良く食事を楽しんでいます。</li> <li>・入浴、排泄については、安全と快適性が保たれています。</li> <li>・利用者・家族の意見を聞いて施設の運営に反映させており、苦情申立、解決の仕組みは広報誌で周知しています。</li> <li>・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せん。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年一回自己評価を行っていますが、職員の参画による課題の分析や改善対策が十分ではありません。</li> <li>・相談援助の技術の向上について努力していますが、組織的な方法が確立されていません。</li> <li>・個々のサービスの標準的な実施方法としては、技術や知識の伝達は行われていますが、文章化がされていません。</li> <li>・訓練室における専門リハビリ、外出支援、おやつ作り、「居酒屋」など独自の特徴あるサービスが提供されています。</li> <li>・一人ひとりの利用者について、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>・利用者の記録管理の方法が規定されていません。</li> </ul>

<p>3 サービスの開始・継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設が行っているサービスに関しては積極的に情報を提供しており、サービスの実施にあたっては、説明し同意を得て契約をしています。</li> <li>・本人が契約をすることが困難な場合について、成年後見制度などの利用は、積極的ではなく、家族による連名契約の段階にとどまっています。</li> <li>・施設の変更や家庭への移行について、記録やサービスの継続性に配慮した対応をしています。手順書はありません。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの定期的・計画的な実施はされていますが、見直しの点では不十分です。</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、食事、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>・移動、入浴・清拭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の対応は明示されていますが、実施については具体的な記載が十分ではありません。</li> <li>・心理面の支援については、個別の対応が介護サービス計画書に明示されていますが、専門職は配置されていません。</li> <li>・機能訓練は必要とする利用者に対して、個別の計画により機能訓練指導員により行われています。</li> <li>・利用者の家族、友人の関係や余暇活動など生活の質を高める支援が行われています。</li> <li>・買い物などの外出支援により、社会性を保持するための取り組みが行われています。</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>・モニタリングについては、仕組みが文書化されていないため、計画の見直しが十分なものになっていません。</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。	C
	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。	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。	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。	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。	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。	C
	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。	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。	C
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。	A

### 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。	B
	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。	B
	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。	A
	③ 施設が有する機能を地域に還元している。	A
	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。	C
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。	C

	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。	A

### 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。	B
	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。	B
	② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	A
	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。	A
	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。	B
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	B
	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。	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。	C
	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
	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
	④ 契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	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。	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。	B
	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。	B
	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。	C
	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。	A
	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。	A
	⑮ 利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいつ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。	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