

(別記)

公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	養護老人ホーム 平成の杜
所在地	静岡県駿東郡小山町小山 255-2
評価実施期間	H25年10月2日～H26年1月31日
評価調査者番号	①H18-a007
	②H19-b030
	③

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：養護老人ホーム 平成の杜 (施設名)	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長等) : 若林民子 (管理者)	開設年月日 昭和40年4月1日
設置主体： 経営主体： 社会福祉法人 寿康会	定員 (利用人数) 50人
所在地：〒 静岡県駿東郡小山町小山255-2	
連絡先電話番号 0550 — 76— 8000	FAX番号 0550 — 76— 6868
ホームページアドレス	http://www18.ocn.ne.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事		
養護老人施設(措置制度)65歳以上で環境上の理由や経済的な利用により、在宅で生活するのが困難な方を対象としている。併設デイサービス・地域包括支援センター	新年会、節分、お彼岸の和讃・墓参り、お花見、春の遠足、お盆、運動会、秋の遠足、クリスマス会、忘年会、毎月の誕生会、クラブ活動(習字・手芸・お達者)、筆ペン講座、3B体操、情操教室		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室34室(緊急措置用の部屋を含む)・4人部屋7室 食道・静養室・食堂	デイルーム3か所・調理室・医務室・相談室・浴室・洗濯室2ヶ所・トイレ8カ所・支援員室2ヶ所		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	1人	介護職員	8人
看護師・准看護師	1人	栄養士	1人

生活相談員	2人		
-------	----	--	--

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 1) 法人の基本理念は明確に示されています。
- 2) 施設長などは法令についての外部研修を受け、自らの役割と責任については広報誌や職員会議で表明しています。人事考課の面談において業務の効率化や改善の取り組みを行なうなどして、リーダーシップを発揮しています。定期的に自己評価を実施し、業務の効率化と改善に向けて分析を行っています。
- 3) 施設に有資格者配置基準の規定はありませんが、職員は資質向上のため研修プログラムに基づき資格取得の研修等を受講しています。また、基準の職員数より多く採用するなど、支援の質の確保に努めています。
- 4) 地域との連携のためボランティア受け入れマニュアルが整備され、基本姿勢が明示されています。関係機関・団体の機能や連携方法を明示し職員間で共有し、地域との連携を図っています。
- 5) 安全面への取り組みとして緊急時のマニュアルが整備され、事故防止及び感染症の各委員会で定期的に話し合いや見直しを行っています。毎月防災訓練など関係部署との連携や備蓄整備などの他、日常的にもヒヤリハット報告などにより、原因・問題点・対策を職員間で共有して、提供サービスの安全性に努めています。
- 6) 理念や基本方針に利用者を尊重したサービスの提供が明示され、行事等のプログラムで希望しない利用者には他職員が対応するなど、利用者の意思が尊重されています。意思の表明が困難になった場合は、成年後見人制度への移行や職員のアドボカシーの研修も行っています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 介護保険対象者以外の本来の支援対象者である利用者の具体的な援助計画がなく、日常生活の支援方法の質的統一が図りにくくなっています。作成されている個別の支援計画に、個々の利用者の具体的な援助計画内容を示していくことが望まれます。
- 2) 利用者からの相談や意見への対応について、利用者にわかりやすく提示するとともに利用しやすさの工夫が求められます。相談業務のマニュアルの作成が望まれます。
- 3) 利用者の個室率 75%と環境的なプライバシーや日々の過ごし方について各自の自由は確保されていますが、利用者が活動性や娯楽性を高め余暇を楽しむ工夫が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回2回目の第三者評価を受審致しましたが、前回より更に評価基準が高く、施設としては非常に厳しいものがありました。多岐に亘って客観性の高い視点で審査して頂き、多くの改善点を見出す事が出来ました。今後の課題も明確になり、第三者評価を受けて良かったと思います。受審には多くの時間を費やしましたので、これを無にすることなく、最大限に利用して中・長期の目標を設定し、職員が共通認識を持って更なるサービスの質の向上に取り組んで参りたいと思っています。

また、施設の現状を地域社会にも広く公開し、皆様のご指導を頂きながら施設運営に繋げていきたいと思っています。

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"> ・理念は明文化されパンフレットや広報誌にも掲載しています。 ・職員の理念と基本方針の周知の確認は、施設長が正規職員へは少人数の会議の折に、パート職員には一人ずつしています。 ・利用者は基本方針の説明を入所時に受け、施設内の掲示と配付される広報誌見ることができます。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・法人本部、理事会で中長期計画が策定されていますが、収支計画までは策定されていません。 ・中長期計画は予算の反映がない形で策定されています。 ・策定はリーダー以上が参加し、計画書を全職員に配付し、解りやすい説明をしています。 ・職員に進捗状況を知らせることや、利用者へ計画書の配布と説明は行っていません。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は自らの役割と責任については広報誌や職員会議で表明し、法令についても外部の勉強会に参加していますが、職員が周知するまでの取り組みには至っていません。 ・質の向上の為に利用者や職員からの意見を取り込んでいますが、評価分析にまでは至っていません。 ・業務改善計画はありますが、措置制度の中で限界があり、周辺の市町にも働きかけ、計画を確認しています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・措置制度の為に、行政に定期的に報告し、情報は市町から得ていますが、情報源は地域包括が中心となっています。 ・職員には財務諸表を解りやすく説明して理解が得られ、光熱費の節約に取り組んでいます。 ・外部監査は実施していません。 <p>・分掌は職員に説明され書面で確認できますが、代行の</p>

<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>規定が明示されていません。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 養護老人ホームは特段の資格を必要としていない為、組織としての具体的なプランはありませんが、入所者の将来を考え、中長期計画に基本姿勢を明示し、個々の職員の研修計画を作成し、資格の取得を促しています。 ・ 人事考課は法人に規定があり、職員の意識向上に役立っています。 ・ 職員の就業状況は的確に把握されています。研修終了後に内容発表の機会を設け評価を行っていますが、分析には至っていません。 ・ 福利厚生面でもソウエルクラブ以外に互助会や行事に補助をしています。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 建物が新築間もない為に安全に配慮され、定められた訓練や備蓄のほかにも防災訓練を実施し、更に施設内の危険個所の発見と安全策を講じています。 ・ マニュアルを作成し、安否確認・ヒヤリハット等は委員会で話し合わせ、職員間の情報の共有ができており事故補償策も講じられています。マニュアルの一部の不足と定期的な見直しまでには至っていません。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の商店の出張販売の機会や、定期的な学生の訪問、不定期の小学生の訪問、町民が施設を利用することがありますが定着に向けた努力が必要です。 ・ ボランティアの受け入れについて条件を整え実施し、必要な関係機関や団体の機能・連絡方法も等も職員で共有しています。 ・ 関係機関との定期的な連絡会は行っていないが、措置制度でニーズの把握は困難な中、保護監察者の実習を受け入れる予定です。
<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"> ・ 利用者を尊重したサービス提供の取り組みの姿勢が明示され、活動への不参加の時も他の職員が対応する等意志が尊重されています。 ・ プライバシーを尊重し、面会・電話コーナー、施設専用の郵便受け・談話コーナー・喫煙の場所を設置しています。 ・ 食事メニューに希望の取り入れ、入浴時の同性介助を実施しています。 ・ 必要に応じてデイサービスの特浴の利用により入浴時の快適性を図り、夜間は子機の使用が可能等、意志を尊重した対応が実施されています。 ・ 個室は畳やこたつの持ち込みがあり、二人部屋は家具やカーテンで仕切られています。 ・ 個人情報の保護をはじめとする苦情解決を含めた各マニュアルがありますが、排せつ時のプライバシー・相談援助が困難な場合や権利擁護に関するもの等一部整備さ

	れていないものがあります。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・担当部署・担当者を定め、自己評価を定期的実施し、質の向上の為に、分析や課題の見直し等を外部研修に参加しながら組織的に行っています。 ・提供するサービスの標準的な実施方法は文書化され、処遇会議で話し合いも行われています。 ・入浴と食事の個別対応の記録はありますが、改善時期やその方法、記録の廃棄に関する規定が十分ではありません。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページを開所時に作成していますが、随時の更新が望まれます。パンフレットや入所の葉は用意されています。 ・見学に随時応じ、入所時にサービス内容を説明して同意を得ています。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス計画の策定は、介護保険の利用者については定められた手順と様式により実施されています。 ・課題が具体的に明示され食事や機能訓練・余暇活動については個別の目標を定め、ケア会議で計画作成をし、見直しや評価も実施され、会議において全職員が内容を確認しています。 ・健康な利用者には個別具体的な支援方法の明示が十分ではありません。 ・説明の手順や同意に関しては契約書に記載がありますが、施設の特質上、家族の同意は得られにくくなっています。

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	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。	B
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	B
I-2-(2) 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。	B
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。	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。	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。	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。	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。	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。	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	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	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。	A
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。	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。	A
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。	A
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。	A
⑤	事故防止のための具体的な取組を行っている。	B
⑥	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑦	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
⑧	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
③	地域に開かれた施設である。	B
④	施設が有する機能を地域に還元している。	B
④	ボランティアの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
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。	B

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。	A
	③ 利用者の意思を尊重している。	A
	④ 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
	⑤ 利用者の尊厳が守られている。	B
	⑤ 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。	B
	⑥ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑦ 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
	⑧ 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
	⑨ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑩ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
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。	B
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	③ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	④ 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
	④ 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。	B
	⑤ 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
	⑥ 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 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。	B
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛け組織的に対応している。	B
	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。	A
	④ 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。	A

	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。	A
--	--	---

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
	③ 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 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。	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間で共有化している。	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 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。	A
	③ 利用契約に関する契約書が取り交わされている。	—
	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。	—
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 事業所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。	A
	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	A
	③ 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
	④ 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
	⑤ 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
	⑥ 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
	⑦ 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
	⑧ 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。	B

⑨	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
⑩	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
⑪	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
⑫	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
⑬	利用者の社会生活に必要な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
⑭	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	サービス実施計画を適切に策定している。	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。	B
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。	B
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。	B
⑨	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	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。	B