

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	21年7月22日～21年11月6日
評価調査者番号	① H17-a013
	② H17-b007
	③

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) 軽費老人ホーム 和松園	種別：軽費老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 板倉 幸夫	開設年月日 昭和49年8月1日
設置主体： 社会福祉法人 和松会 経営主体： 社会福祉法人 和松会	定員 60人 (利用人数) 60人
所在地：〒437-1513 菊川市棚草 1258	
連絡先電話番号： 0537-73-3741	F A X 番 号 0537-73-6699
ホームページアドレス	http://www.washoen.com/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
施設サービス 地域サービス 生きがい講座、食事サービス、入浴サービス、ショートステイ、まいど童夢事業 (地域交流室)、いきいきホーム事業 (松風苑),	誕生会、防災訓練、花見等季節による外出・旅行、夏祭り、コース料理、忘年会、初詣、新年会、豆まき、芸能祭
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
1人部屋 (6畳和室) 52室 2人部屋 (8畳和室) 4室	食堂、浴室、医務室、談話室、洗濯室、事務室

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	栄養士	2
主任生活指導員	1	運転手	1 (パート)
介護職員	5 (うちパート1)		
看護師	1		

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

- * 軽費老人ホームとして地域のニーズに沿った事業を積極的に行っています。
- * 利用者の意思を尊重し、生きがい講座等充実させるとともに、利用者の買い物や通院等についても希望に応じ車の送迎を行うなど配慮をしています。
- * 地域の一人暮らしや家に閉じこもりがちな高齢者が利用できるよう敷地内の民家を改造していきいきホーム「松風苑」を設置し、昼間の利用のほか宿泊もできるなどニーズに応えています。
- * 利用者の安全を確保するため、各種マニュアルを整備し万全を期しています。
- * まいど童夢（地域交流室）を設置し、いきいき講座・介護予防の講座や講演会の開催、週1回喫茶・売店の開催、貸しホールなど地域との交流を積極的に進めており、地域に開かれた施設です。
- * 個々の管理ができる利用者が多いが、介護予防を重視した支援を行っています。また、利用者にも介護予防委員会等に参加し常に意識づけの配慮をしています。

◆ 特に改善を求められる点

- * 地域のニーズ等をとらえながら軽費老人ホームという特性を継続していこうとの熱い思いで取り組んでいますが、今後の在り方について十分に検討のうえ、施設の理念や基本方針、中長期計画等を策定され、具体的に取り組むことを期待します。
- * 利用者は高齢のため、身体的低下が予測されます。身体状況・生活状況を常に把握し、定期的なアセスメントを行うことが求められます。
- * サービス実施計画を作成し、日常生活を支援するうえでの職員間の共有また家族の参加を図ることが求められます。
- * 一人ひとりのサービスの実施計画について現在検討中ですが、早急に実現されることが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価事業は和松園職員全員が関わり、評価を進めました。利用者アンケートについては、その目的を考え施設運営から少し離れた、当施設在宅部門を担当するスタッフによる聞き取り調査を実施し、より利用者の想いを受けとめられるよう配慮いたしました。

この事業を進める過程で、全職員が改めて自施設の「強みと弱み」を確認できたことは、今後の施設サービスの向上になると考えています。

ご指摘のあった施設の理念・方針の再確認、中長期計画等については、日々変わる社会情勢の中で、将来を見据えた設計を検討して参ります。また、個々の利用者へのアセスメントからサービス計画の実施の過程は、本年度取り組みを始めましたが、調査時点では出来ておりませんでしたので、今回の評価を基に再検討を行い、利用者の皆様方の個々の想いを和松園という生活の場で実現できるよう努力して参ります。

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>	<p>*誰もが幸せに暮らせるためにという理念を持っているが、組織的に理念・基本方針等を明確にし文書化したものがない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*ビジョン的なものは持っているが、中長期計画は策定されていない。</p> <p>*事業計画は、介護や認知症予防に関する委員会や職員会議等を経て策定されているが、全体的な計画策定や周知については十分ではない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*質の向上や経営・業務の改善に向けた取り組みについて、各種委員会や会議で検討し、組織的に取り組むよう指導力を発揮している。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*経営環境の変化に伴う福祉の動向や情報は、会議や研修会等に参加し、的確に把握している。</p> <p>*法人内の施設長により、他の施設の内部監査を実施しているが、外部による監査等は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*運営規定、分掌表等が整備されている。</p> <p>*独自の評価制度を持ち、自己評価と他者評価を基準に基づき実施し、施設長の評価を経て各職員には面接でフィードバックしている。</p> <p>*職員研修については、組織として個別の職員に対する研修計画が策定されていない。</p> <p>*実習生の受け入れについては、介護サービスがないため、実習の希望者がなく、受け入れていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*利用者の安全を確保するための各種マニュアルを整備し、検討会を開催し事故防止のための取り組みを行っているとともに、定期的な点検を行っている。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*まいど童夢（地域交流室）が設置され、生きがい講座、介護予防講座・講演会の開催、個展・展示会、週1回の喫茶・売店の開催、貸しホールなど地域との交流や連携については、積極的に取り組んでいる。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* 行事への参加は、利用者の意思を尊重し個々で決められている。</p> <p>* 生活委員会会議、または班長・職員会議で意見のとりまとめを行い、食事・排泄・共同生活の場の改善を常に行っている。</p> <p>* 利用者を尊重するプライバシー保護等の規定・マニュアルが作成されてなく施設としての周知の対応が不十分である。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>* 介護予防・認知症教室を行い介護予防委員会を設け、施設としての目標である介護予防活動を推進しているが、個々のサービスに対してのマニュアル・手順書が定められていない。</p> <p>* 今回第三者評価を初めて受け、施設として課題等今後検討していく予定である。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>* 法人の組織を紹介したホームページ・パンフレットを各関係機関に置いてある。</p> <p>* また希望者には、常に施設のパンフレットを手にすることができるよう、そして見学・体験入園もできるように対応している。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>* 支援が必要な利用者に対して、看護職、介護職、相談員の記録ファイルを統一化することとし、個人ファイルや個々のサービス実施計画について現在検討作成中である。</p>

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。

5 評価細目の第三者評価結果〔軽費老人ホーム〕

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。	C
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	C
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。	B
	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り組みを行っている。	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り組み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り組み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。	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。	B
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	C
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り組みが行われている。	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。	C
②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	C

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り組みが行われている。		
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り組みを行っている。	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。	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関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。	B
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。	C
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	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。	A
	② 利用者の尊厳が守られている。	B
	③ 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
	④ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑤ 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。	B
	⑥ 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
	⑦ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑧ 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り組みを行っている。	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。	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り組みを行っている。	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 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・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り組み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。	C
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。	C
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。	A
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。	C
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
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。	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	定期的に定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	C
②	心身支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	C
③	社会的に支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	C
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。	C
②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	C