

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	平成21年11月13日～22年2月23日
評価調査者番号	① H17-a006
	② H17-b008
	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) 島田市立養護老人ホーム 「ぎんもくせい」	種別： 養護老人ホーム
代表者氏名：大塚忠秋 (管理者)	開設年月日 昭和 27年 3月 1日
設置主体：島田市 指定管理者：社会福祉法人 大井川厚生会	定員 50名 (利用人数) 44名
所在地：〒427-0009 島田市尾川16番地の2	
連絡先電話番号： 0547- 33 - 1414	FAX番号 0547- 33 - 1400
ホームページアドレス	http://www15.ocn.ne.jp/~eifukuso/

(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	お花見、日帰り旅行、納涼会、運動会、 クリスマス会、初詣で、カルタ大会、 節分豆まき、彼岸法話など		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
1人部屋 12室 2人部屋 20室	食堂 1、浴室 2、医務室 1、 静養室 1、事務室 1、職員室 2、 面接室 1、洗濯室 3、談話室 4、 会議室 1、集会室 1、霊安室 1、		
職員の配置			
職 種 (常勤)	人 数	職 種 (非常勤)	人 数
施設長	1	副施設長	1
看護師	1	支援員	6
主任支援員	1		
主任生活相談員	1		
栄養士	1		
支援員	3		
生活相談員	1		
事務員	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

- ・今回の第三者評価事業を受審するにあたり、職員全員で真摯に自己評価の取り組みをしたことを、評価します。また、プロフィールに「プロなら現状を正確に把握しよう」とあるように、「自己責任の部分を曖昧」にせず、自らに厳しく自己評価しているところを、業務再構築への職員の高い意識性があるとして、評価します。
- ・措置施設および指定管理事業という性格から、事業展開上に制約があり、入所者にとって「よりよい生活の場」となるように、色々改善・工夫していく上で、物品が市の固定資産になっているのが障害になっていること。また、経営状況の厳しさや、利用者の要介護度の進行により施設が「特養」化している現実があることなど聴取したが、そうした多くの制約がある中で、職員が色々工夫して「暖かみのある施設づくり」に努めていることが、視察や聴取を通して見て取れ、その職員の前向きに努力する姿勢を、評価します。
- ・事業経営環境の把握のために、市や近隣施設との情報収集を行っていることを評価します。

◆ 特に改善を求められる点

- ・「ぎんもくせい」としての、理念の明文化が求められます。
- ・利用者満足の向上を意図した仕組みを整備されることを望まれます。
- ・マニュアルは、「ぎんもくせい」独自のものではないため、具体性に欠け、マニュアルとして不十分である。「職員の心得」を見本に、独自のマニュアルを作成することが求められます。
- ・利用者サービス内容について、定期的に評価を行う体制を整備することが望まれます。
- ・アセスメントは一部職員で行っており、組織が定めた様式、手順ではなく、全職員で共有していない。定期的な見直しも十分ではないなど、組織として、計画的にアセスメントを行なうことが求められます。

認知省

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審して、客観的に自分たちの仕事振りが分かったと思いました。

今まで職員全体で利用者処遇向上に取り組んでいたつもりでも、実際には職員の個性が優先し、職員によって支援方法や対応が違い、利用者にとって困惑する状況であったことを反省しています。職員全体が共通意識をもって利用者に接していく重要性を改めて認識した次第です。また、この評価結果を委託先である島田市にも報告し、これからの養護老人ホーム像を示していただける材料としていただきたいと思いますとも考えております。

これからは職員全体で短期、中長期目標を検討、設定し利用者にとって人的環境も含め、より良い養護老人ホームを再構築していきたいと思っております。

自己評価の設問の読み込みから自己評価のまとめまで、時間も労力もかかりましたが、施設にとっても職員個々にとっても受審して良かったというのが正直な感想です。

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"> * 理念の明文化が十分でない為、理念に基づく基本方針も十分とはいえない。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 中長期計画が策定されていない。 * 事業計画の取り組みも、中長期計画を踏まえた計画ではない為、十分とはいえない。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 管理者の役割と責任が、事務分掌表で文書化され、表明している。 * 法令遵守への取り組みは行われているが十分とはいえない。 * 経営や業務の効率化や改善に向けて、夜勤専門職員の導入や日誌のパソコンシステム化に取り組んでいる。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 事業経営環境の把握のために市や近隣施設との情報収集を行っている。 * 経営状況に関する経営分析として、利用者の推移、利用率の分析をしている。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 組織について事務分掌を明確にしている。 * 人事考課は実施されていない。 * 職員に対する福利厚生事業として人間ドックの一部負担など実施している。 * 職員の質の向上に向けた体制は不十分である。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 緊急時の対応などの体制、防災マニュアル、感染症防止マニュアル、事故マニュアルなど整備されている。 * 事故を把握して、防止のための取り組みが行われている。 * 事故補償のための保険加入をしている。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> * 地域への働きかけとして、行事の紹介などを行っている。 * 地域に開かれた施設として、運動会や夏祭りへの参加を促している。 * 市や関係団体との連携として、定期的な連絡会開催をしている。 * 地域の福祉ニーズ把握として、意見箱を設置している。
<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"> * 「職員の心得」は、普遍的な内容のため、「ぎんもくせい」のマニュアルとして十分通用する部分はあるが、「ぎんもくせい」独自のものではないため、具体性に欠け、マニュアルとして不十分である。 * 建物構造的に、管理する側にとって便利な作りになっているという面はありますが、廊下の所々に椅子が配置してあり、観葉植物も置かれ、壁には利用者作品が飾られるなど、職員の工夫や配慮が見て取れる。 * 食事については、細やかな嗜好調査を行い、メニューに反映している。

	<ul style="list-style-type: none"> * 自治会はなく、アンケートも実施していなくて、利用者の意見を聞くための取り組みはなされていない。 * 面会時間は、午前 9 時から午後 5 時に制限されている点で、配慮が不足している。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> * 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ない。 * 記録に関する責任部署、保管場所、保管方法が規程として定められていない。 * 利用者の情報等は、パソコンを媒体として共有することを目指しているが、それが十分に活用されていない。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> * 措置施設ということで、積極的な情報提供はされていませんが、プロフィールに「養護老人ホームで提供できる具体的なサービスの公表が必須と感じている」という記述があるように、情報公開の必要性の認識はある。 * サービス実施にあたり、「入所案内」により、利用者や家族等に説明し、同意を得ている。 * 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手順と引き継ぎ文書が定められていない。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> * アセスメントは一部職員で行っており、組織が定めた様式、手順ではなく、全職員で共有していない。定期的な見直しも十分ではない。 * 「職員心得」に、食事・排泄・入浴などについての普遍的な記載がある。必要な利用者のサービス実施計画には明示があることを確認したが、個別化や具体化の面で不十分である。 * 利用者の家族、友人との関係への支援は、不十分な面がある。

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〔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。	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。	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。	B
	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。	B

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 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。	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。	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。	C
②	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	B
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。	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。	B
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。	C
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	B
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。	B
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。	C
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。	B
③	施設が有する機能を地域に還元している。	C
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。	C
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。	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。	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り組みが行われている。	B
	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。	B
	⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
	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。	B
	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。	B
	⑨ 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ている。	C
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	C
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	C
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	B
	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。	B
	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。	B
	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り組みを行っている。	C
	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。	C
	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。	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。	B
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。	C
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。	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。	B

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。	C
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。	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。	C
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	C
③	課題解決の目標を明らかにしている	C
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。	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。	B

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。	B
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。	B
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。	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。	C
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。	C
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）や生きがいつくりなどに対する支援が行われている。	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	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	C
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。	C
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。	C
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。	C
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。	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