

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	22年7月27日～22年10月27日
評価調査者番号	①H17-a007
	②H17-b001
	③

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：奥山老人ホーム (施設名)	種別：養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 峰野 政博	開設年月日 昭和30年 2月 1日
設置主体：社会福祉法人 奥山老人ホーム 経営主体：社会福祉法人 奥山老人ホーム	定員 50名 (利用人数) 50名
所在地：〒431-2224 浜松市北区引佐町奥山 1430-180	
連絡先電話番号： 053-543-0320	FAX番号 053-543-0344
ホームページアドレス	http://www.inasa-okuro.jp/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
養護老人ホーム 老人デイサービス (通所介護) 訪問介護事業 居宅介護支援事業 ショートステイ (短期入所)	お花見会 節句会 いちご狩り 誕生会 日帰り旅行 輪投げ大会 納涼祭 敬老祝賀会 忘年会 新年会 初詣 節分豆まき会		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
居室 (2人部屋) 25 ショートステイ居室 (4人部屋) 1	医務室 1 静養室 1 食堂 1 浴室 1 洗濯室 3 倉庫 1 集会室 1 面接室 1 寮母室 1 職員室 1 会議室 1		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	事務員	1
介護職員	4	栄養士	1
准看護師	1	調理員	4
相談員	2	嘱託医師	2

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

管理者は、サービスの質の向上の観点から、第三者評価の2回目を受審することによって、さらにサービスの改善を図ろうと意欲を持って対応しています。また、地域の福祉ニーズを把握した事業実施や、定員を常に満たすように月別の経営分析を行っています。

防災では、各居室前の廊下に色分けしたリボンを吊り下げてあり、車いす利用者・老人車利用者・杖歩行者等誰でもわかるように工夫している。また、ヒヤリハットや事故についても会議で分析をし、安全対策に力を入れています。

利用者の意思を尊重した行事の実施や、居住者権利宣言を行うなど利用者尊重や基本的人権が配慮されています。

利用者の自治会組織を作り、全体会議を月一回開催し、そこで出された声を議事録に残すと共に、出来ることは迅速に対応しており、利用者を常に尊重する姿勢が見られます。

24時間風呂の設置、くつろぎのスペース、冷蔵庫、洗濯場等、それぞれの利用者のペースに合わせた生活が出来る工夫が随所に見られます。

サービス計画は、利用者・家族の意向に配慮して作成され、情報はLANを利用して、職員全員で共有できる工夫がされています。

◆ 特に改善を求められる点

介護保険制度との養護老人ホームの位置付けや役割等を踏まえた、中・長期計画の策定が求められます。

職員の研修は復命書にて内容等を把握していますが、職員一人ひとりの計画や体系的な研修計画の策定と、研修後の評価・分析が求められます。

各マニュアルは整備されていますが、既成のものや内容が不十分なところがありますので施設の実態にあったマニュアルの検討や定期的な見直しの必要があります。

サービス内容の評価について、結果分析・課題の明確化・改善計画・実施等の一連の手順を定め、組織的に取り組む体制を整えるとともに、記録に残しておくことが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回、平成18年度に続き2回目の受審をさせていただきました。前回と同様のご指摘をいただいた項目もありましたが、囑託職員も含めて全員が改善への意欲を新たにしたい機会となりました。

今後、ご指摘いただいた項目並びに高評価をいただいた点も含め、さらに利用者の皆さんの「笑顔」を追い求めていきたいと思っております。

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>* 理念や基本方針が明文化され、ホームページやパンフレットに記載するとともに、施設内の玄関や廊下等数か所に掲示されている。</p> <p>* 職員や利用者には事業計画書や福祉広報に記載し配布して周知している。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中・長期計画が策定されていない。</p> <p>* 計画の策定は職員参画のもとに行われているが、評価・見直しの取り組みが十分ではない。</p> <p>* 職員や利用者への周知は行われているが、わかりやすい説明等の取り組みが十分ではない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 管理者の役割と責任は職務分掌にて明らかにし、職員会議等で表明している。</p> <p>* 職員にインターネットによる情報を伝えることや、グループワークによる研修を実施して、質の向上に努めている。</p> <p>* 非常勤職員採用等により経営の効率化に努めている。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 事業経営をとりまく環境としての地域の福祉サービスを、地元地区の高齢者状況で把握している。</p> <p>* 月別入退所状況にて利用者の推移や利用率の分析を行い、常に定員を満たすようにしている。</p> <p>* 公認会計士等の外部による評価・監査は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 組織としての業務分担や責任の所在は職務分担表で明らかにされているが、必要な人材に関する具体的プランは確立していない。</p> <p>* 職員の研修に関する基本姿勢が明示されていなく、復命書はあるが評価が行われていない。</p> <p>* 実習生の受け入れについてのマニュアルはあるが、種別に配慮した取り組みが十分ではない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 感染防止・衛生管理・防災・事故防止等の各種マニュアルが整備され、職員の行動基準が示されている。</p> <p>* ケース検討会にて、ヒヤリ・ハットや発生した事故等を分析し、再発防止に努めている。</p> <p>* 一部のマニュアルは既成のものを使用しているため、施設の実態に即したものを整備する必要がある。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* 地域との交流では、地域奉仕活動や施設広報誌の配布あるいは地域の主催する行事に参加したり、施設の行事に住民を招待したりして、積極的に行っている。</p> <p>* ボランティアを受け入れる体制はあるものの、手順書がなくマニュアルが十分ではない。</p> <p>* 関係機関をリスト化し各部署に掲示したり、地区の情報交換会には出席しているが、民生委員・児童委員等の会議には出席していない。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>*利用者の意思を尊重した行事・レクリエーションの実施や身体拘束廃止・体罰防止のマニュアル、居住者権利宣言等があり、利用者尊重や基本的人権が配慮されている。</p> <p>*面会時は面接室にて対応し、手紙は開封せず渡している。電話は利用制限を設けず、子機を使用するなどプライバシーへの配慮に努めている。</p> <p>*利用者自治会の設置、会議等、利用者の意見・要望を聴取し、迅速な対応などの配慮がされている。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*サービス内容について評価を実施しているが、評価後の分析や課題の明確化、改善計画・実施等の仕組みの整備が十分ではない。</p> <p>*施設内での葬儀・永代供養の実施など、独自のサービスが行われている。</p> <p>*サービスの計画・実施は、情報の共有が適確に行われており、実施記録も適切に行われている。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*施設のサービスに関する情報は、ホームページ・独自の広報の配布・パンフレットの設置等、幅広く行なわれている。</p> <p>*サービスの実施について、契約書を取り交わし、説明・同意が確実に行われている。</p> <p>*施設の変更等については、説明や資料の引渡し等を行い配慮が行き届いている。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*アセスメントは、定められた手順で行われ、統一された書式に記載管理され、個々人の課題、支援の必要な課題も明確に計画・実施されている。</p> <p>*計画の作成には、利用者の直接聞き取り(状況に応じ筆談等の配慮・工夫をしている)を行い、家族にも確認を行うなど利用者の意向を反映させているが、説明と同意に関する定めがない。</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〔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。	A

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。	A
	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。	A
	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	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。	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。	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。	A
④	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	C
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。	B
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。	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。	A
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。	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。	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。	B
	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。	A
	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。	A
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	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。	A
	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。	B
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。	A
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。	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
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。	A

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。	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。	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。	A
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	A
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。	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。	A