

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	H26年6月26日～H26年9月3日
評価調査者番号	① H17-a013
	② H17-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： 養護老人ホーム (施設名) 掛川市立 ききょう荘	種別： 養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 西尾 幸夫	開設年月日 昭和30年5月1日
設置主体： 掛川市 経営主体： 社会福祉法人掛川社会福祉事業会	定員 50人 (利用人数) 42人
所在地：〒436-0061 掛川市水垂479-1	
連絡先電話番号： 0537-24-0868	FAX番号 0537-24-0865
ホームページアドレス	http://www.kake-en.or.jp/index.html

(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	・グランドゴルフ大会・七夕まつり ・盆供養祭・納涼祭・運動会・敬老会 ・芋掘り・焼き芋会・クリスマス会 ・初詣・節分豆まき・ひな祭り喫茶 ・誕生会 (月1回)・クラブ活動 ・小旅行		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
・6畳間 (二人部屋) 25室	・浴室・食堂・洗濯室・集会室 ・厨房・医務室・静養室・宿直室 ・事務室・会議室・エレベーター		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	主任支援員	1
次長	1	支援員 (非常勤)	6
主任生活相談員	1	管理栄養士	1
生活相談員	1	事務員	1
看護師	1	事務員 (非常勤)	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

- ききょう荘は、昭和 30 年掛川市立の養護老人ホームとして設立され、平成 11 年に社会福祉法人掛川社会福祉事業会に管理運営委託され、平成 18 年には市から指定管理者として運営委託されています。
- 利用者や家族からの要望を聞く機会を定期的に設けて、ニーズの把握に努めています。
- 食事について、嗜好調査や残食調査など一人一人ついで健康データに基づく調理や行事、季節に合わせた料理・バイキング形式など様々な配慮がされています。
- クラブ活動や地域の行事への参加など、様々な余暇活動が準備され、活動することができます。

◆ 特に改善を求められる点

- 理念や基本方針をはじめ中長期計画や毎年度の事業計画など、非常勤職員も含めて説明し周知されることが必要です。
- サービスの質の向上には職員の研修は必要不可欠なものです。職員一人一人について必要な研修の計画的な実施が求められます。
- サービス提供、意見集約、虐待防止他、サービス提供に必要なとされるマニュアルがなく、統一したサービスの提供のための整備が必要です。
- 建物の構造上の問題もありますが、二人部屋での間仕切りや、二人部屋が繋がっている二部屋での間仕切りのない部屋もあり、プライバシーの保護に何等かの工夫が必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 11 年に掛川市より社会福祉法人掛川社会福祉事業会に管理運営が委託され、その後平成 18 年からは市より指定管理者として運営委託されています。

ききょう荘の入所者にとっては 24 時間生活の場であるので、毎日が楽しく明るく元気に暮らすことができるように法人として、市の指導や他施設との情報交換、職員研修など運営管理を精一杯行って改善に努め、取り組んで来ています。

今回、第三者による評価を初めて受審しましたが、評価結果により、当施設の運営管理が今後に向けて実行すべきことが、明白になり評価の高い点はさらに伸ばし、改善を求められる点は取り組みを具体化し、計画的に実施して参りたいと考えております。

4 評価分類別評価内容

評価対象 I	
1 理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none">* 法人の使命や役割を反映した理念が明文化され施設の各所に掲示している。* 施設の運営規定に基本方針や運営方針が定めている。* 理念や基本方針等は非常勤職員及び利用者への周知は十分でない。

2 計画の策定	<p>*平成 26 年度からの 10 か年計画及び資金計画を策定し事業計画に一部は反映しているが十分でない。</p> <p>*事業計画は職員の参画のもとに作成しているが、全職員や利用者への周知は十分でない。</p>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<p>*管理者の役割と責任は運営規程に明記しているが会議や広報誌などの表明は十分でない。</p> <p>*実施するサービスの向上のため指導力を発揮しているが、積極的に意見を取り入れるなど、改善に向けた具体的継続的な取り組みは十分でない。</p>
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<p>*経営状況については、法人の運営会議での内容を施設の企画会議で報告連絡しているが、職員の意見を聞く場や職員同士の検討の機会の設定等改善に向けた取組は十分でない。</p> <p>*外部監査は実施していない。</p>
2 人材の確保・養成	<p>*人事考課は年 2 回実施され、業務の見直しや上司との信頼関係にもつなげているが、非常勤職員への実施はない。</p> <p>*職員の就業状況は定期的にチェックし、人事考課時や必要に応じ個人面接を行い、異動希望調査による希望等を把握している。</p> <p>*職員の教育研修についての基本姿勢を理念に明示している。施設の年間研修計画は作成しているが、職員一人ひとりに対する研修計画とはなっていない。</p> <p>*研修後の復命書は作成しているが、内容の発表の機会の確保や研修効果に関する評価分析、次への研修計画への反映は十分でない。</p> <p>*体験学習は受け入れているが、資格取得のための実習生の受け入れは、実施していない。</p>
3 安全管理	<p>*感染症対策マニュアルがあり発生時の対応や予防蔓延防止など組織としての体制を整備している。</p> <p>*災害時の対応については、火災や地震発生時の対応チャート及び施設設備の操作確認マニュアルがあり、毎月防災訓練を実施しているが、ききょう荘独自のマニュアルの整備は十分でない。</p> <p>*事故防止要綱があり発生時の対応、事後処理、再発防止について定め、危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組みの指針に基づき安全確保に取り組んでいるが、ききょう荘独自のマニュアルの整備やすべての職員への周知が十分でない。</p>
4 地域との交流と連携	<p>*地域との関わりの大切さについては、基本的考え方を運営方針に明記し、事業計画に基づき、地域との交流活動や施設周辺の清掃等を実施している。</p> <p>*地域の一員として地域に参画し、施設のグラウンドは災害訓練や避難地として提供しているが、施設の持つ高齢者に関する専門的な知識や技術の還元等は十分でない。</p>

	<p>*ボランティアの受け入れに関する基本姿勢やマニュアルは整備していない。</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・家族の意見・要望の聴取は定期的に行い、述べやすい環境を整備している。</p> <p>*苦情解決の仕組みが整い、利用者・家族にも周知され、実践している。</p> <p>*利用者尊重に関するマニュアルや規定を整備しておらず、研修は、新任時のみで十分でない。</p> <p>*集約した意見は、職員には周知しているが、対応マニュアルがない。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>*利用者一人ひとりに対するサービス計画や実践・評価は統一した書式に記録し、職員に周知されている。</p> <p>*サービス内容の見直しのルール化、標準的なサービスの実施方法の明確化は十分でない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>*パンフレットを各所に配布し、ホームページで情報提供している。</p> <p>*サービス開始前には、施設見学を実施、説明し同意を得る等利用者に配慮している。施設の特徴から、緊急避難的な入所もあり、都度、関連部署と協力している。</p> <p>*退所時には、移行先と連携し、看護サマリーでの伝達を行い、退所後の相談にも対応するなど、退所者に配慮しているが、手順書等の整備は十分でない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>*統一した書式でアセスメントを実施し、書面とパソコンで管理され、職員間で常用共有しているが、手順書の整備は十分でない。</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。

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。	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。	A
	③ 事業計画が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。	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 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。	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。	A
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
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。	B
②	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
③	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
④	事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
⑤	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
⑥	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
⑦	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。	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。	B
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
②	利用者の意思を尊重している。	A
③	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。	B
④	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。	B
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。	A
⑨	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
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。	B
③	利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	B
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。	B
⑤	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
③	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
④	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	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。	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）に心掛け組織的に対応している。	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。	B

	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。	C
	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。	C

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
	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 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。	B
	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。	A
	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。	B
	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。	B
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。	B
	② 課題（ニーズ）解決の目標を明らかにしている。	B
	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。	B
	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。	B

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。	B
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。	C
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。	B
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。	C
⑬	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
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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
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	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
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