

## 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28年10月26日 ～平成29年1月27日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b014
	③

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：社会福祉法人長岡寮湯の家 (施設名) 長岡寮湯の家	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 鈴木 任欣 (管理者) 施設長 菊地 雅秋	開設年月日 昭和27年 5月26日
設置主体：社会福祉法人長岡寮湯の家 経営主体：社会福祉法人長岡寮湯の家	定員 90人 (利用人数) 81人
所在地：〒410-2211 静岡県伊豆の国市長岡1157-1	
連絡先電話番号： 055-948-0722	FAX番号 055-948-1217
ホームページアドレス	<a href="http://yunoie.web.fc2">http://yunoie.web.fc2</a>

#### (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	お花見(4月)、地域交流園遊会(5月)、夕涼み会(7月)、地域交流納涼祭(8月)、観月会(9月)、運動会(10月)、創立記念祝賀会(12月)、クリスマス会(12月)、節分(2月)		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
1人当たりの居室面積 約7㎡	食堂、浴室、集会室、静養室、霊安室、医務室、調理室、宿直室、職員室、面談室、洗濯場、汚物処理室、事務室、夜勤室		
職員の配置 (非常勤職員含む)			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	調理員	8
介護職員	6	看護職員	1
事務員	2	支援員	7
相談員	3	管理宿直者	2
栄養士	1	清掃員	1
		嘱託医	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

- \* 理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しており、職員会議の議案の表紙には必ず基本理念を記載して、常に目に触れるように心掛けています。
- \* 管理者として、サービスの質の向上が、今後の経営の最重要課題と認識し、各種具体的な取り組みを始めています。
- \* 生きがい対策事業(家庭菜園・散歩・買物・クッキング) や利用者が好きな温泉を活かし介助浴を日中週3回実施しています。一般浴は夕方から週6回実施しています。また、入浴後のおやつの提供は利用者に大変好評であります。
- \* 地元の理髪店や美容室に理解と協力が得られています。必要に応じて支援員が連絡・調整を行っており、利用者の状況に合わせて理美容師の訪問を受けています。地元の理美容室を利用する際は、必要に応じて支援員の送迎や同行などを行っており、利用者や家族から好みを十分に聞き取り、把握して必要に応じて理美容師へ伝えていきます。

### ◆ 特に改善を求められる点

- \* 職員と共に、中・長期計画の策定を行い、計画的な事業の進捗を図る必要が有ります。
- \* 人材育成に組織として積極的に取り組み、各種国家資格取得等具体的な目標を設定する取り組みが求められます。
- \* 地域のニーズを把握する仕組みを構築し、具体的な取り組みが求められます。
- \* 利用者からの意見等に対応するマニュアルを整備し、迅速に対応する仕組みの整備が必要です。
- \* サービスの質の向上に向けて、各種取り組んでいますが、組織的な実施方法を明文化し、定期的に見直す仕組みの構築が求められます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・ 中長期計画及び人財育成計画（当施設は、敢えて人財）を専門家と共に現在組織全体で策定中です。
- ・ 人財育成には、各種資格取得の目標や職階層別の役割や能力を設定します。
- ・ 地域ニーズを把握する為、平成 28 年 12 月よりアウトリーチ担当を任命し取り組んでいます。
- ・ 利用者からの意見等に対応するマニュアルを含めた、業務標準書と業務手順書の作成に向けた組織づくりを検討中です。
- ・ サービスの質の向上に向けて組織的な取り組みとともに、担当者や部署を決めて定期的に見直し始めました。

#### 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"> <li>* 理念や基本方針が明文化されているが、職員や利用者への周知の取り組みは十分でない。</li> <li>* 理念や基本方針の改訂の歴史等が記載されていない。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 中・長期計画や収支計画は策定されていない。</li> <li>* 事業計画は、一部の職員で作成されており、実施状況の把握や見直しが組織的に行われておらず十分でない。</li> <li>* 事業計画は、各部署へ配布しているが、職員一人ひとりへは配布していない。</li> </ul>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 管理者は、自らの役割と責任を文書化し、会議や広報誌等で表明し、積極的に理解されようと取り組んでいる。</li> <li>* 管理者は、法令順守のため、研修会に参加し、法令などを体系的にリスト化し、職員にも周知している。</li> <li>* 管理者は現状を把握し、サービスの質の向上の必要性を確認し、具体的な取り組みを始めている。</li> </ul>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 外部監査を実施し、その結果に基づいた経営改善を実施している。</li> <li>* 事業経営を取り巻く環境について、行政等から把握しているが、利用者数や利用者増などの地域の特徴や、コスト分析などは行っておらず十分でない。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 組織が目標とするための必要な人材に関するプランは確立していない。</li> <li>* 人事考課を実施しているが、客観的な基準についての職員の理解は十分でない。</li> <li>* 新任職員研修については、体制が整備されているが、その他の研修は基本姿勢の明示がなく具体的な計画とはなっていない。</li> <li>* 実習生の受け入れマニュアルはなく、受け入れ体制は整備できていない。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* BCP 計画により、災害時等の事前準備、事前対応が明確になっている。</li> <li>* 管理者は、利用者の安全確保の取組についてリーダーシップを発揮し、各種マニュアル等は作成しているが、担当部署の取り決めや、定期的な見直しがなく十分でない。</li> <li>* 毎月、ヒヤリハット検討会を開催し、事例検討を行っているが、改善結果の評価見直しや、職員研修は十分でない。</li> <li>* 想定される事故の賠償保険に加入している。</li> </ul>

<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域のニーズを把握し具体的な取り組みが望まれません。</li> <li>* ボランティアを受け入れし、内容について説明しているが、基本姿勢の明示や担当者の取り決めがない。</li> <li>* 必要な社会資源は一部であり、また、職員間での情報共有に至っておらず十分でない。</li> <li>* 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための主体的な取組は行っていない。</li> </ul>
<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"> <li>* 理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しており、職員会議の議案の表紙には必ず基本理念を記載して、常に目に触れるようにしている。</li> <li>* 苦情解決体制を整備し意見箱を設置している。第三者委員会を定期的実施して、記録も整えてある。半年に1回発行する広報誌に苦情解決の結果を載せて周知している。</li> <li>* 苦情の検討内容や対応策などフィードバックの記録は十分でない。</li> <li>* 個人情報保護の規程は整備してあるが、プライバシー保護の規程やマニュアルの整備が十分でない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 毎年1回自己評価を実施する体制があり、評価結果の分析・検討は担当者が行っているが、一部の担当者みみの分析、検討にとどまり、第三者評価は今回の受審が初めてで、定期的な受審には至っておらず十分でない。</li> <li>* 生きがい対策事業(家庭菜園・散歩・買物・クッキング)や利用者が好きな温泉を活かし、介助浴は日中週3回、一般浴は夕方から週6回実施している。また、入浴後のおやつ提供は利用者に変好評であるが、職員に対する意義や内容の研修は十分でない。</li> <li>* 提供するサービスについての標準的な実施方法の文書化や見直しについて定めていない。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 施設を紹介したホームページを作成し、定期的に更新している。また施設の内容を紹介したパンフレットや広報誌を作成し、施設見学などの希望に対応している。</li> <li>* 地域生活が難しくなった人が措置により利用しているため、地域や家庭に移行する人はほとんどいないので、移行手順を示す文書の作成が十分でない。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* パッケージプランに沿って支援員によるアセスメントを実施している。</li> <li>* サービス実施計画の見直しに関する手順等は定めていない。</li> </ul>

<p>評価対象Ⅳ</p> <p>1 利用者の尊重</p>	<p>*パタンク、パチンコ（毎月1回）音楽、絵画、書道、華道、和讃（毎月2回）自由活動（月1～2回）と多くのレクレーションを実施しているが、個々の希望を把握できていない。</p> <p>*選ばれた職員がアンガーマネジメントの研修に出ているが、職員全体に対する人権擁護の研修やストレスチェックの実施は行われていない。</p>
<p>2 日常生活支援</p>	<p>*感染症や食中毒に対する予防対策のマニュアルを整備し、職員研修も行い予防を行っている。</p> <p>*年々利用者も衰えるため、個々の状況に配慮した造りにしている。一人ひとりの身体状況に合わせた支援情報や留意点など支援員間で共有している。</p> <p>*清掃や消臭、換気には十分配慮し常に快適な空間となるように支援員及び清掃シルバーが行っている。</p> <p>*地元の理髪店や美容師に理解と協力が得られており、必要に応じて、送迎や同行を行っているほか、利用者の状況に合わせて理美容師の訪問を受けている。また、利用者や家族から好みを十分に把握し必要に応じて理美容師へ伝えるなど支援を行っている。</p> <p>*利用者の身体状況などを把握して、利用者の相談に応じて助言をし、外部の介護サービスの利用に関する意向を確認している。介護サービス事業所やケアマネと連携し適切に行っているが、利用者への情報提供は十分でない。</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 法人や施設の理念が明文化されている。	B
	② 法人や施設の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	B
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。	B
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B

#### I-2 事業計画の策定

		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) 事業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。	C
	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。	A
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。	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。	A

## 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。	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。	C
	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。	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組が行われている。	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。	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。	B
	④ 安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
	⑤ 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
	⑥ 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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	B
	② 施設が有する機能を地域に還元している。	B
	③ ボランティアの受入れに対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
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。	C
	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。	B
②	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
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
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	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	B
④	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。	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) 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。	C
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。	B
Ⅲ-2-(4) 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。	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	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
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。	B
②	利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	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。	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

#### 評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

##### Ⅳ-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 利用者の権利擁護		
①	利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	C
②	身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	B
③	成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。	B
④	家族や友人の面会に対する配慮がされている。	B
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。	C
⑦	認知症の症状がある利用者に対して、状態に配慮した支援を行っている。	B
⑧	認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	B
Ⅳ-1-(2) 支援の基本		
①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。	B
②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	B
Ⅳ-1-(3) 家族との連携		
①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	B

##### Ⅳ-2 日常生活支援

		第三者評価結果
Ⅳ-2-(1) 身体介護		
①	入浴・清拭時の安全性・快適性に配慮した工夫がなされている。	B
②	排泄時の安全性・快適性に配慮した工夫がなされている。	B
③	外部の介護サービスの利用ができるよう必要な支援を行っている。	B

IV-2-(2) 食生活		
	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	B
	② 食事の提供を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	B
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアの取組を行っている。	B
IV-2-(3) 整容、理・美容		
	① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。	B
	② 利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。	A
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者が主体的に健康管理や介護予防に取り組むための支援体制を整えている。	B
	② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	A
IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり		
	① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。	B
IV-2-(7) 建物・設備		
	① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	B