

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	一般社団法人静岡県社会福祉士会
所 在 地	静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合社会福祉会館 4階
評価実施期間	29年 6月 23日～30年 3月 26日
評価調査者番号	① H18-c017
	② H21-b009
	③ H28-b014

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：特別養護老人ホーム 松寿園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：飯塚 辰也 (管理者)	開設年月日 昭和 54 年 6 月 20 日
設置主体：社会福祉法人 和松会 経営主体：	定員 (利用人数) 50人
所在地：〒 437-1513 菊川市棚草 1261	
連絡先電話番号： 0537— 73 — 5230	FAX番号 0537— 73 — 6355
ホームページアドレス	http://www.washoukai.or.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事																
特別養護老人ホーム ショートステイ デイサービス 居宅介護支援事業所 相談支援事業	お花見・端午の節句・蛍観賞会・開園祭・七夕・流しそうめん・地藏尊大祭・和松会夏まつり・敬老会・夜間防災訓練・地域の祭典・菊川市ふれあい広場・菊川市文化祭・クリスマス会・餅つき・初詣・節分・介護者の集い・ひな祭り																
居室概要	居室以外の施設設備の概要																
4人部屋 14室・2人部屋 2室・個室 4室	面接室・特浴室・歩行浴室・娯楽室・リハビリ室・食堂・医務室・サンルーム・																
職員の配置																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>職 種</th> <th>人 数</th> <th>職 種</th> <th>人 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介護職員</td> <td>13名</td> <td>医師</td> <td>1名</td> </tr> <tr> <td>生活相談員</td> <td>2名</td> <td>看護師</td> <td>3名</td> </tr> <tr> <td>介護支援専門員</td> <td>1名</td> <td>栄養士</td> <td>1名</td> </tr> </tbody> </table>	職 種	人 数	職 種	人 数	介護職員	13名	医師	1名	生活相談員	2名	看護師	3名	介護支援専門員	1名	栄養士	1名
職 種	人 数	職 種	人 数														
介護職員	13名	医師	1名														
生活相談員	2名	看護師	3名														
介護支援専門員	1名	栄養士	1名														

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- ・緊急時と事故防止の安全体制のため、利用者の安全確保、苦情受け付けのために、毎月、第三者委員立会いの下で、法人内の他の施設と合同で検討会が実施されています。
- ・「身体拘束廃止を進めるためのガイドライン」の作成がされ、身体拘束検討委員会が毎月実施されています。毎朝、施設長より身体拘束について意識付けの促しがあります。
- ・施設側から市へ提案して「家庭医療センター」に併設しました。障害者と高齢者の相談窓口を設け、職員を1名派遣した結果、ニーズが高いことがわかり、昨年度からは2名の派遣と車を2台用意し、医療との連携により、介護が必要な高齢者の情報が得られ、家庭訪問もしています。
- ・口腔ケアは歯科衛生士と歯科衛生士から指導を受けた職員たちにより丁寧に実施されています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・研修や実施事項の記録の確認できないものが散見されます。確実な記録が求められます。
- ・各種マニュアルの見直しと改定で不十分な面があり、サービスの質の向上に向けた取り組みでは、組織として十分ではありません。
- ・見直し、評価や検討が求められている項目で実施できていないものが散見されます。PDCAのサイクルに乗せる必要があります。
- ・利用者満足度をさらに高める努力が必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人は、軽費老人ホーム、障害者支援施設、デイサービスセンター等の多様な事業を行っており、長い歴史の中で培われた信頼と実績を評価されていますが、更に利用者本位のサービスの質の向上を目指し、2回目の第三者評価を受審することにしました。

第三者評価を受けることで、出来ている事、出来ていない事、評価の高い点、改善を求められる点が明確になり、職員の改善意欲の向上と課題の共有化が出来たことでサービスを見直す良い機会となりました。

評価結果を踏まえ、「特に改善を求められる点」と「C評価」の項目について、出来ること

から改善して行けるよう職員と共に取り組んでいきます。また、客観的に出来ていないことが明確になったことで、今後の改善に向けての取り組みに役立てていきたいと思えます。

特別養護老人ホーム松寿園 園長 飯塚辰也

4 評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ	
1 理念・基本方針	・玄関の壁面の「理念」の掲示は職員が自発的に掲示し、施設長は朝礼で職員に理念の確認をし、周知のための継続的な取組をしています。
2 事業計画の策定	・施設運営の多くの課題が施設の老朽化対策に集約されるとの考えからか、建替えや大規模修繕の対応検討が

	<p>精力的になされていますが、法人としての施設の中長期計画の中で表されていないため、全体の俯瞰ができにくくなっています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 法人の事業計画が、施設からは見えにくく、年度ごと、法人から降ろされた枠内での事業計画となっています。事業計画は、骨子を施設長が作成し、各部署の職員が話し合い、策定されています。 • 事業計画は利用者には配付していません。
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> • 管理者としての取り組みはなされ、特に老朽施設の現状打開への意欲を持って取り組んでいます。 • 管理者の役割と責任についての表明と法令への周知の取り組みは十分ではありません。 • 職員に会議への参加を意識付けるために、会議中の一言発言を促しています。
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> • 福祉の動向や市の保健福祉計画を踏まえた状況把握がなされています。 • 改善課題や対策についての分析検討はなされていますが、中長期計画に反映できず、具体的な目標設定としては十分とは言えません。
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> • 職員の研修は年度ごと計画的に行われていますが、個々の職員を単位とした計画の要素が見受けられず、取組が十分とは言えません。 • 人事考課システムがあり、実施しています。人事考課者への指導が導入されていますが、評価の客観性の維持が課題です。
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> • 第三者立会いの下での苦情・事故防止会議や自治会との防災会議等が法人単位で実施されています。 • 老朽施設の対応と検討をしています。安全性・快適性の観点から便器、手摺の改修が行われ、また、避難訓練時に一時避難場所は、車いすやストレッチャーの車輪がもぐってしまうことに気が付き、直ちに改修しています。 • リスクの種別ごとの責任者と役割を定め、委員会の開催や対応をしており、各種マニュアルは整備されていますが、見直しが不十分です。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> • 地域とのかかわりについては祭典や敬老会を中心に積極的に取り組んでいます。 • 「介護者の集い」を開催し介護食の作り方の講習を行うなど施設機能を活用しています。 • 施設側から市へ提案をし、「家庭医療センター」に併設して障害者と高齢者の相談窓口を設けました。職員を1名派遣した結果、ニーズが高く、昨年度からは2名の派遣と車を2台用意し、医療との連携により、介護が必要な高齢者の情報が得られ、家庭訪問もしています。

<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"> • 理念やプライバシー保護規程等により、利用者を尊重したサービスについて共通の理解をもち、取り組んでいます。施設整備の工夫は十分ではありません。 • 投書箱や相談援助マニュアルがあり、利用者が相談や意見を述べやすい体制が取られ、苦情解決についても第三者を交え対応を検討し、苦情内容も含め公表しています。 • 利用者の満足向上のための取り組みや、迅速な対応については十分ではありません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 質の向上に向けた取り組みは組織として行われず、提供するサービスの標準的な実施方法はマニュアル化されていますが、定期的の見直しや記録の書き方の統一は十分ではありません。 • 利用者に関する記録の管理体制は文書管理規程や個人情報保護規定で定められていますが、職員に対する研修については十分とは言えません。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ホームページやパンフレット等は分かりやすく作成され、行政や関係機関に掲示されています。施設見学の希望にも随時対応し、入所時には契約書や重要事項説明書により説明し同意を得ていますが、特別に理解しやすいための工夫はありません。 • 退所後、相談の窓口について口頭で説明していますが、文書記録が確認できず、十分ではありません。
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • アセスメントは適切に行われ、定期的な見直しを行っていますが、入所時の記載に一部不十分な部分が見られます。 • 緊急に変更したサービス実施計画については、確認できず、その手順についても確認はできず、十分とは言えません。
<p>評価対象Ⅳ</p> <p>1 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の尊重については、理念とサービス目標10ヶ条で明確に示し、職員入職時の研修で周知されています。 • 利用者の意見要望を聞き計画を立て対応していますが、自己実現を目指した取り組みの確認はできず、十分ではありません。 • 利用者の家族との連携は、行事参加へのアンケート等実施し、適切に行われています。
<p>2 日常生活支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 入浴清潔ケアに関するマニュアル、排泄ケアに関するマニュアル、食事水分摂取に関するマニュアルにそって、利用者個々のプランが作成され対応できています。 • 必要に応じたプランの見直しは、一部のみ確認できました。 • 毎朝の職員の健康チェックで、感染症対策に取り組んでいます。 • 食事や誤嚥防止、口腔ケアの指導は歯科衛生士の指導があり、その後はOJTを実施しています。歯科衛生士

	<p>が毎週訪問し、歯科医師は月に2回訪問しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 利用者の余暇メニューの確認はできず、十分とは言えません。
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 評価細目の第三者評価結果

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。	A
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。	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 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。	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) 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。	B
③	事業計画が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。	B
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。	B
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。	B
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。	B
②	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。	A
③	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
④	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
⑤	安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
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。	B

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	利用者地域との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。	A
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。	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
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。	A
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
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。	C
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。	A
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。	C
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。	B
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) 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。	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。	C

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。	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	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。	A
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。	B

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。	B
③	身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	A
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。	B
⑧	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	B

	⑨ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	B
	⑨ 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
	③ 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。	A

IV-2 日常生活支援

		第三者評価結果
IV-2-(1) 身体介護		
	① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	B
	② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	B
	③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	B
	③ 褥瘡の発生予防を行っている。	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、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	A
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。	B
IV-2-(4) 機能訓練・介護予防		
	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	B
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	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