

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	H24年6月13日～24年12月18日
評価調査者番号	① H16-a002
	② H17-b013
	③ H21-b001

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富士楽寿園 (施設名)	種別：介護老人福祉施設 特別養護老人ホーム
代表者氏名：後藤 計善 (管理者)	開設年月日 昭和50年 6月 1日
設置主体：社会福祉法人 誠信会 経営主体： 同上	定員 53名 (利用人数) 53名
所在地：〒417-0801 富士市大淵4632-1	
連絡先電話番号： 0545 - 35 - 0498	FAX番号 0545 - 37 - 0041
ホームページアドレス	http://www.seishinkai.info

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
介護老人福祉施設 53名 短期入所生活介護 4名 配食サービス事業	花まつり 開園記念日 運動会 納涼祭 七夕 福祉祭り 敬老会 クリスマス会 お餅つき 節分 クラブ活動：生け花 習字 クッキング		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
本館 4人床-2 3人床-6 新館 4人床-2 3人床-5 2人床-2 短期入所 2人床-2	娯楽室 喫茶室 食堂 収納室 食堂 機能回復訓練室 医務室 洗濯場 霊安室 静養室 休憩室 浴室 特浴室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	1	介護支援専門員	1
准看護師・看護師	4	栄養士	1
生活相談員	1	機能訓練指導員	1
介護職員	18	事務員他	7

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

- ・設立者の想いを理念化し、職員への周知徹底を図り、利用者への安心安全のサービス提供に努めていく取組が適切に行われています。
- ・職員の聞取りでは「何かにぶつかったときには、運営方針に立ち返ることにしている」という言葉もあり、施設の運営方針の明示方法や会議前の全員での唱和など、日々の周知について徹底して行われています。
- ・ケアマネジメントの手順にそって関係職員の連携のもと施設サービス計画書が適切に作成されています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・地域社会と交流を図り、利用者・職員ともに地域の一員としての活動が望まれます。
- ・各種マニュアルの中で、プライバシーへの配慮についての内容が十分ではありません。また、リスク管理のために各部屋に設けられた廊下から部屋の様子が見える窓についても、プライバシーへの配慮が十分ではありません。
- ・アセスメントと施設サービス計画書の課題の繋がりが書面には記載されていません。ADLの状態だけでなく、心理面や嗜好、生活習慣も含め課題分析を行い、利用者に即した実施計画書の作成が求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価の結果、良くなかった点や新たな気づきなど、施設の課題・問題点が多く浮き彫りになりました。

施設としてはしっかりと取り組んでいたつもりでも、第三者から見れば施設の取り組みはまだ不十分であるという事が分かりました。

評価の厳しい項目については早急に改善に向けて取り組んでいく事は当然ですが、良い評価をいただいた項目についてもこれで満足することなく更なる向上を目指し、ご利用者の皆様はもちろん多くの方々から良い評価をいただける施設を目指して、全職員が自らの課題として取り組めるよう改善策を出し合い実施してまいります。

今回初めての受審でしたが、今後の取り組みに対する成果を確認するためにも、再び受審することも考えてまいります。

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">* 設立者の想いを理念化し、施設運営、職員人材育成指針に取り入れ実践している。* 職員に周知徹底を図るため目的のつく各所に理念・基本方針を掲示している。* 利用者、家族の方々への理解を促すための取組が十分でない。
2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none">* 職員、利用者、家族の方々への理解を促すための取組が十分でない。* 全職員参画型による計画の策定が十分でない。* 収支計画を踏まえた事業計画は策定している。

<p>3 管理者の責任と リーダーシップ</p>	<p>*口頭での指導は行われているが、記録等の文章の明示が十分でない。 *管理職員等とともに、現状の分析に基づく改善策の提示が十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p>	<p>*経営状況の把握、分析、改善策等の取り組みについて、組織としての対応が十分でない。 *外部監査の導入等による経営の改善策の検討がされていない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*人事考課制度の導入による、職員活性化への取り組みが行われている。 *理念にもとづく職員像が明示され、職員の進むべき方向性が明示されている。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*安全管理について、職員に理解しやすい取り組みが行われている。 *整備されているマニュアルの周知徹底が十分でない。</p>
<p>4 地域との交流と 連携</p>	<p>*施設の立地条件を考慮した、積極的な取り組みが十分でない。</p>
<p>評価対象Ⅲ 1 利用者本位の 福祉サービス</p>	<p>*利用者が食事を楽しむことを大切に考え、嗜好調査の実施や出された意見に対する対応など、積極的な取り組みがされている。 *建物の持つ特徴は、施設の強みでもあるが、古くから実践してきた介護の在り方について、プライバシーの確保が十分でない。</p>
<p>2 サービスの質の 確保</p>	<p>*サービスの質の向上を目標に、自己評価を実施している。また、現在のマニュアルの見直しや新たな整備の必要性も認識している。 *チームケアの実践で大事な、情報の共有については確実なものとなるよう工夫がされている。</p>
<p>3 サービスの開始、 継続</p>	<p>*家族に対する説明、同意を取り、確実な契約になるよう書面も整備されており実際に実施しているが、利用者への説明は十分でない。 *今後の契約が困難なケースを想定した、仕組みの構築が十分でない。</p>

<p>4 サービス実施 計画の策定</p>	<p>*サービス実施計画の作成について手順を定め、アセスメント、計画作成、評価を実施している。</p> <p>*利用者本人の視点に立ったサービス内容としての、アセスメントと課題、目標についての繋がりが十分でない。</p> <p>*個別援助計画書の具体的な作成が十分でない。関係職員が統一したサービスを提供する為の、具体的なサービスが示された計画書の作成が十分でない。</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

評価細目の第三者評価結果〔特別養護老人ホーム〕

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。	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。	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。	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。	C
	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。	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。	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。	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。	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。	B
	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。	B
	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。	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。	C
	② 地域に開かれた施設である。	C
	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。	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。	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。	A
②	利用者の意思を尊重している。	B
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。	A
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。	B
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。	C
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。	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
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。	A
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
⑥	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
⑦	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。	B
⑤	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A

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。	A
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。	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。	B
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。	B
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。	A
	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。	B
	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。	A
	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。	A
	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。	C
	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。	C
	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。	A
	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。	B
	⑬ 利用者の社会生活に必要な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。	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。	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。	A
	⑥ 実施するサービスの順位が明確である。	B
	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。	B
	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。	B
	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。	B
	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。	B