

## 静岡県福祉サービス第三者評価の結果

### ◎ 評価機関

名 称	(福)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	19年6月1日~19年8月31日
評価調査者番号	①H16-a002
	②H17-b013
	③H16-b003

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) ふるさとの丘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：福家 英也 (管理者)	開設年月日 平成15年 7月11日
設置主体：社会福祉法人 福思会 経営主体：社会福祉法人 福思会	定員50 (利用人数) 50
所在地：〒411-0044 三島市徳倉208-1	
連絡先電話番号： 055-988-3535	FAX番号 055-988-3080
ホームページアドレス	<a href="http://www.furusatonooka.or.jp">http://www.furusatonooka.or.jp</a>

#### (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 老人デイサービス事業 老人短期入所事業 (ショートステイ) 老人居宅介護等事業 老人介護支援センター	誕生会、外食レクリエーション、富士 ビレッジ夏祭り参加、紅葉がり、クリ スマス会、初詣 (外食)、買物外出、バ ーベキュー (屋上)、お花見、流しそう めんなど		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
グループケアユニット 5か所 (各10人) 4人部屋 9室 2人部屋 7室 全室 ふすまや家具等でしきりがある	中庭、屋上ハーブ園、一般浴室、機械 浴室、事務室、会議室、介護教室、機 能回復訓練室、寮母室、台所、相談室、 食堂・談話コーナー、職員休憩室など		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	介護支援専門員	1
生活相談員	2	栄養士	1
介護職員 (内非常勤)	36 (17)	調理員 (内非常勤)	11 (4)
看護職員 (内非常勤)	6 (3)	事務職員	3
機能訓練指導員	2	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

理念とそれに基づく基本方針を明文化し、施設長自らが率先して理念の実現とサービスの質の向上に取り組む姿勢を見せています。管理者の指揮の下、中・長期計画を職員参画で作成し、理事会の承認を得て、確実に年度計画に反映しています。

設備面において、設計段階から理念実現の環境が配慮され、安全とゆとりと潤いが配慮された生活空間となっており、利用者もゆったりと生活しています。

サービスの質の向上のため、雇用通知書に理念の掲示を始めとして、各種規程、資格取得支援、全員参加の研修等システム整備と取り組み実施が確実に行われています。

地域との交流を積極的に行い、関係機関や地域住民、民生・児童委員との定期的な会議をもち、地域ニーズを把握し、それに基づく事業を展開しています。また、情報開示を積極的に行っており、施設内やホームページ上で各種マニュアルやサービス内容について、見ることができます。

利用者を尊重する姿勢を各種書類等に明示し、利用者満足の上昇のため、アンケート調査の実施や積極的に利用者の意見を聞き、迅速な回答を行えるよう仕組みを整備し実施しています。

介護行為に対しての細かなマニュアルや、仕組みなどを整備し、各マニュアル等の見直しも計画的に実施しています。介護者の支援状況は、利用者のペースに応じて行われています。

### ◆ 特に改善を求められる点

安全面において、発生した事故の把握を行っていますが、今後は、事故報告とヒヤリ・ハット報告の定義を明確にし、職員への周知を徹底し、さらなる事故防止の取り組みに期待します。

法人の監事が税理士であり、経営状況について指導を受けていますが、客観的な経営上の改善課題の発見と経営状況の改善に向けて外部監査の実施が期待されます。

職員の研修計画について、多くの研修に参加し、資格取得を推進していますが、職員一人ひとりに求められる資質・技術を明確にし、その習得に向けた研修計画の策定が求められます。

個別援助計画書を作成していますが、より具体的な支援方法を明示し、計画書に基づくサービス提供を行うことが期待されます。

利用者の身体状況等、重度の方が多く、利用者の意見を把握することが難しいですが、今後もより一層利用者の声を反映させる取り組みを期待します。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審結果は、評価の高い点及び改善を求められる点の2つがありました。この中で、評価の高い点の項目については、さらにサービスの質の維持向上を目指していきたいと考えております。一方、改善を求められる項目については、サービスの質向上に向けた改善を早急に進めていきたいと思っております。

そして、この第三者評価結果を踏まえて、当施設の社会的責任(CSR)を明確にしていきたいです。私達は社会福祉活動を通じて、どのように社会的責任を果たすべきか、この第三者評価と連動した、労務管理、環境対応、各種法や規則管理、企業倫理、リスクマネジメント、情報開示、社会に対する事業、戦略的社

会貢献などに着目し、もってサービスの質の向上に向けた取り組みを推進していきたいと考えています。

#### 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 理念や基本方針を、雇用通知書、重要事項説明書、ホームページ、施設内掲示板等明文化している。</li> <li>* 職員へは、職員採用時や全体研修等で周知徹底を図り、利用者や家族等へは契約時や意見交換時などに説明している。</li> </ul>
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 職員参画により、3年毎の中・長期計画を策定し理事会の承認を得ている。</li> <li>* 計画に則り年度ごとの事業計画に反映している。</li> <li>* 各職場に配布すると共に、研修等で周知している。</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>* 管理者として、各種会議等で事あるごとに、管理者としての役割と責任を表明している。</li> <li>* 法人・施設の目標を掲げ、サービスの質の向上に意欲を持ち各種取り組みに指導性を発揮している。</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>* 監事が税理士のため、毎月の経営状況の分析を行い、スタッフ会議にて、現状把握と対策を協議している。</li> <li>* 資料は、各部署に配布され職員に周知している。</li> <li>* 外部監査は実施していない。</li> </ul>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 人材育成計画、目標管理シート、職場研修マニュアル等を整備し取り組んでいる。</li> <li>* 看護師確保規程、人事考課制度要領、職員専用投書箱等整備し職員の意向を把握し施策に反映している。</li> <li>* 質の向上を目指して、職員の資格取得を支援し、研修経費の施設助成を実施している。</li> <li>* 職員一人ひとりの研修ニーズの明示は十分でない。</li> <li>* 実習生を積極的に受け入れ、受け入れマニュアルを整備し、実習目的により、プログラムを組んでいるが、施設としての、より具体的な指導方法などの明示は十分でない。</li> </ul>
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 各種マニュアルを整備し、定期的に見直しを行っている。</li> <li>* 毎月の会議で、改善策の協議を行っている。</li> <li>* 発生した事故及び事故につながりそうな事例は報告書により管理者が把握し、事故防止に向けて研修を行い取り組んでいる。</li> </ul>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 地域との関わりについて基本的な考え方を明示し、計画に基づき、自治会や民生・児童委員等との交流の機会を定期的にもっている。また、筋力トレーニングマシン等施設の設備を開放している。</li> <li>* ボランティア受け入れに関する基本的な方針を明示し、積極的に受け入れ、登録簿や記録を整備している。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 行政や包括支援センター等との定期的な会議をもち、具体的な課題や事例検討を行っている。</li> <li>* 地域の会議等であげられた福祉ニーズについて具体的に把握・検討しニーズに基づく事業を展開している。</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>* 利用者を尊重する姿勢を明示し、身体拘束ゼロ委員会やプライバシー保護についての規定や、サービス手順を整備し、それに基づき実践している。</li> <li>* 利用者満足の向上を目指す姿勢を明示し、アンケートの実施や内容についての検討、改善をする仕組みを整備し、意見や提案に対して迅速に対応している。</li> <li>* 利用者や家族からの多様な相談に対して、マニュアルに基づき積極的に対応し、記録を整備している。</li> <li>* 苦情申立・解決の仕組みを整備し、苦情内容と対応について施設の掲示板やホームページに掲載している。</li> <li>* 行事やレクリエーションなど利用者の意思を尊重しているが、参加しない場合のプログラムは作成していない。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* サービスの質の向上に向け、組織全体で、定期的な評価を行い、見直しや、問題の改善に取り組んでいる。</li> <li>* サービスが、標準的に提供されるよう細かく、具体的なマニュアルを介護行為ごとに作成している。</li> <li>* 利用者の状況等に合わせたサービスを提供しており、医療面での対応を要する方も積極的に受け入れ、また、リハビリの機能もサービスとして有している。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* サービス内容等の情報開示について積極的に行い、施設の説明書は、多様なサービスを詳細に説明している。</li> <li>* 契約が困難な利用者に対して、時間をかけ関係機関との調節を行い、受け入れている。</li> <li>* 利用者は、自己判断が困難な方が多く、事業所の変更や、家庭復帰などについては、積極的な取り組みは、行っていないが、サービスの妥当性や、利用者への支援の変更などについて、随時の対応を行っている。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 個別援助計画は、個別・具体的に作成している。アセスメント・個別援助計画作成・モニタリングなど仕組みを整備し、計画書を定期的に見直し、変更、継続している。</li> <li>* 支援は温かな声かけのもと行われているが、個別援助計画書と介護記録の連動性に欠けるところがあり、具体的な支援方法の明示は十分でない。</li> </ul>

## 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〔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。	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。	A
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	A
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。	A
	② 計画が職員や利用者等に周知されている。	A

#### 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。	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 機関の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	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 機関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。	A
	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。	A
	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	A
	② 研修を推進していくための担当者を設置している。	A
	③ 職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。	B
	④ 研修計画に基づく研修機会を確保している。	A
	⑤ 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関する基本的な考え方を明示している。	A
	② 実習生を受け入れるための体制を整備している。	A
	③ 実習生の受け入れにあたり、利用者の意向を尊重している。	A
	④ 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。	A
	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 事業所が有する機能を地域に還元している。	A
	④ ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方を明示している。	A
	⑤ ボランティアを受け入れるための体制を整備している。	A
	⑥ ボランティアの受け入れに関する記録等を整備している。	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。	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。	A
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。	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。	A
	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。	A
	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。	B
	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。	A
	⑨ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
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。	A
	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。	B
	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。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備されている。	A
	⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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。	A
	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。	A
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
	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。	A
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 機関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。	A
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。	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 機関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
	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。	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 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	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の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	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者の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の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の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の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の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	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者の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
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
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。	B
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
⑮	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。	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。	A
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