

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	21年10月16日~22年1月29日
評価調査者番号	①H17-a007
	②H17-b007
	③

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：ケアハウス アドナイ館 (施設名)	種別：軽費老人ホーム
代表者氏名：宮岸 孝一 (管理者)	開設年月日 平成5年 4月 1日
設置主体：社会福祉法人 十字の園 経営主体：社会福祉法人 十字の園	定員 50人 (利用人数) 50人
所在地：〒431-1304 浜松市北区細江町中川7437-8	
連絡先電話番号： 053-439-1200	FAX番号 053-439-1211
ホームページアドレス	http://www.jyuji.or.jp/hamamatsu_city/adonai/

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事		
ケアハウス デイサービス	朝の礼拝 納涼祭 クリスマス 餅つき バス旅行		
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要		
1人部屋 (42) 夫婦部屋 (4)	集会室 食堂 浴室 (一般浴、個浴)		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	事務員	1
介護職員	1	パート介助員	2
生活相談員	1	パート調理員	1
栄養士	1	契約調理員	1
調理員	4	パート宿直員	3

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

アドナイ館は聖隷福祉事業集団の「福祉」「医療」「教育」ゾーンの一画にあり、病院や老人保健施設、大学、高校と連携・協力し合っています。

管理者は、職員の質の向上に意欲を持ち職員個々の課題や問題点あるいは要望等を把握し、人事に反映しようと努めています。また、地域の福祉ニーズを把握し、月別に科目毎の収支割合を把握するなどの経営分析も行っています。

管理運営会議にて、ヒヤリ・ハットや事故について分析し、入浴中おぼれそうになった件では、浴槽に入ったままでも職員を呼び出せるような工夫をするなど、安全対策に力を入れています。

利用者自治会があり年2回意見交換をしています。また話し合われた内容は議事録として公表しています。

苦情については直接各部署が対応しています。苦情解決用紙に経過や結果を記入し、利用者様に説明をして承諾印をもらっています。

◆ 特に改善を求められる点

今後予想される軽費老人ホームの方向性や制度改革に基づく、中・長期計画の策定が求められます。事業計画には、中・長期計画を反映した各年度の事業内容を具体的に示すことが求められます。

職員の研修は基本姿勢が明示され積極的に参加していますが、職員一人ひとりの計画等質の向上に向けた体系的な研修計画と、内容についての評価・分析が求められます。

施設の各基本指針はありますがマニュアルとしては内容が少し不足していますので、見直しの必要があります。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成 21 年 10 月 17 日付「福祉サービス第三者評価事業」を受審する申請を始めて、先ず何を準備すればよいのだろうかと不安の出発ではありました。

受審のための説明を受け福祉サービス第三者評価事業の提出資料についてまとめをすることが、ケアハウスのように職員の少ない施設では、それなりに大変な作業と言えます。軽費老人ホーム版「事業プロフィール」をまとめ提出後の平成 21 年 12 月 18 日にお二人の評価調査員をお迎えして始めました。評価項目は 83 の項目があり其々 A.B.C の評価で表されます。

また、以下の5つのポイントがチェックする上で重視されることを学ぶことでこれからの目標として大切さを改めて知らされました。

- ① 要明文化…明文化され、定期的な見直しがされているかが確認されます。
- ② 要記録…会議や研修会への出席、利用者からの要望や福祉サービス提供記録が適切に記録されているかが確認されます。
- ③ 要周知…必要な人に必要な時、必要なことが正確に周知されているかが確認されます。
- ④ 要マニュアル…これまでの施設での取り組みの蓄積が文章化（マニュアル化）されているか、また職員の共通する情報がマニュアル化されているかが確認されます。

<p>⑤ 要ニーズ対応サービス提供・利用者や地域の意向を尊重した福祉サービスが提供されているかが確認されます。</p> <p>これらの項目について、職員全員で「自己評価」に取り組みました。</p> <p>平成22年3月16日「福祉サービス第三者評価事業の評価結果」の確認について報告を受け、また項目一つ一つについて、評価と確認について話し合いがもたれ、無事に全てを終了いたしました。</p> <p>この度の受審については、勿論初めてのことであり、初めに提出すべき書類や資料についての仕分けも出来ていない状況に拘わらず、先ずは現実を知ることから始め、今後はその一歩を前進させれば良いとの思いであります。</p> <p>私たちにとって学びの良い機会を与えられたと感謝しております。</p>
--

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>	<p>* 理念や基本方針は、二代目理事長の言葉に基づいたものとなっており、パンフレットに記載されている。</p> <p>* 理念や基本方針は、職員には年度当初の職員勉強会で、ご利用者には入居時及び集会時に配布説明している。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中・長期計画の策定については、次年度の計画は常に策定されているが、3年～5年後の計画は策定されていない。</p> <p>* 事業計画については、入居部門・給食部門・デイ部門等各部門職員参画のもとに行われている。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 管理者の役割と責任は職務分掌にて明らかにされ、職員が理解できるよう、勉強会にて人事労務や防災について説明している。</p> <p>* 遵守すべき法令は理解に努めているが、研修等には参加していない。しかし、業務との関係はサービス指針として文書化されている。</p> <p>* 職員の質の向上に意欲を持ち、面接用シートを用いて職員個々の自己目標や課題。問題点を把握している。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 平成5年度より、市町村別に入居者状況や待機者状況を把握している。また、月別の科目収支割合についても検討するなど、常に経営分析を行っている。</p> <p>* 公認会計士等の外部による評価・監査は実施していない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 職種別に職務分担が明確であり、職務分掌規定等職員に配布されている。</p> <p>* 職種別及び職階による研修は、職員研修計画で明示されているが、職員個々に求められる専門性への研修計画の取り組みが十分ではない。</p> <p>* 実習生受け入れマニュアルは整備されているが、計画的に学べるプログラムが十分ではない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 安全衛生委員会が年3回開催され、火災・地震・風水害・感染症・食中毒の各種マニュアルが整備され、定期的な見直しが行われている。</p> <p>* 管理運営会議にて、ヒヤリ・ハットや発生した事故等を分析し、安全柵の設置や入浴中でも職員を呼び出せるような工夫をし、事故防止に努めている。</p>

4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> *自治会行事や近隣の学校行事は掲示しているものの、地域との交流や介護等生活に役立つ講演会などの取り組みが十分ではない。 *事業者情報交換会や待機者状況で地域の福祉ニーズを把握し、必要な社会資源も明確にしている。関係機関と連携しているものの、事例検討への取り組みが十分ではない。
<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"> *基本指針としてのマニュアルはあるが、細かな手順等の記載がなく各マニュアルへの取り組みが十分ではない。 *入居者の楽しみである夕食が常に2種類あり、選択が可能となっている。 *苦情解決はトラブル防止としてその都度対応をし、用紙に経過や結果が記入され、利用者に承諾を得ている。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> *標準的な実施方法についての、見直しの取り組みが十分ではない。 *利用者に関する情報をケースファイルを使用して申し送り、ミーティングはわかりやすいため、職員が情報を共有化している。
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> *「アドナイ館」という機関紙を市役所や図書館、公民館、地域などに配布をし、積極的な情報提供を行っているため交流にも結びついている。 *サービス終了時に口頭で「何か相談があったら」と伝えているが、書面を渡すなどこれからのサービスの継続性に配慮した取り組みが十分ではない。
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> *生活支援員が主になり生活支援計画を立てているが、見直しの期間等決まっていなく、必要の都度変更している。 個別に問題点や留意点等を明確にすることや、定期的にサービス実施計画の評価・見直しをするなどの取り組みが十分ではない。

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〔軽費老人ホーム〕

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。	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) 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。	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 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	A
	③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	B

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。	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	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り組みが行われている。	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。	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対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A
②	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。	B
③	施設が有する機能を地域に還元している。	B
④	ボランティア受け入れに関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。	A
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	B

	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。	B
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。	A
	② 利用者の尊厳が守られている。	A
	③ 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
	④ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	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。	A
	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。	A
	⑦ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑧ 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。	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 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）に心掛けてしている。	A
	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。	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	施設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。	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	計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
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	施設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	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	定期的に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	心身支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	A
③	社会的に支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	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。	C