

## 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11月13日~22年3月11日
評価調査者番号	①H17-a008
	②H16-b003
	③

### 1 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称：ケアハウスカリタスみわ (施設名)	種別：軽費老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 海野真理子	開設年月日 平成15年8月1日
設置主体：社会福祉法人 桂 経営主体：社会福祉法人 桂	定員 80人 (利用人数) 80人
所在地：〒421-2118 静岡市葵区内牧 479-1	
連絡先電話番号： 054-206-0333	FAX番号 054-206-0332
ホームページアドレス	<a href="http://www.caritas21.jp/">http://www.caritas21.jp/</a>

#### (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアハウス(定員40名)</li> <li>・特定施設入居者生活介護(定員40名)予防含む</li> <li>・通所介護(定員35名)予防含む</li> <li>・訪問介護事業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・花見ツアー</li> <li>・敬老会</li> <li>・クリスマス会</li> <li>・餅つき</li> <li>・節分</li> <li>・ひなまつり</li> <li>・防災訓練</li> <li>・買い物ツアー</li> <li>・みわ祭</li> <li>・外出・外泊ツアー</li> </ul>
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
<ul style="list-style-type: none"> <li>・居室 (一人) 72室</li> <li>・居室 (二人) 5室</li> </ul>	食堂、娯楽室、和室、カルチャールーム、会議室、相談室、個人浴室、談話室、展望風呂、集会室、ゲストルーム

#### 職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	栄養士	1
介護職員	20	機能訓練指導員	1
相談員	1	計画作成担当者	1
事務員	1		
看護師	2		

## 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

- ・ゆとりのある建物設計で、利用者のプライバシーも尊重されており、利用者自身も共有の場所での会話を楽しんでいます。
- ・職員も理念・基本方針に沿った支援行動として、落ち着いた対応をしています。
- ・共有スペースには、多くの花々や絵が飾られ、清掃が行き届き、喫煙コーナーを設けるなど利用者が、くつろげる空間作りに力を入れています。また、完全個室であり、各居室に電話を設置しており、郵便ポストも1階に各居室のポストが設置されるなどプライバシーの確保に配慮しています。
- ・利用者の満足度調査を定期的実施し、利用者と施設長、相談員が施設運営等に関して意見交換を設ける“いどばた会議”を実施し、内容を検討し、回覧板でお知らせするなど、利用者の意見を尊重しています。
- ・サービス実施計画について、定期的なアセスメントを実施し、関係職員、利用者で話し合い、ケアプランを作成し、個別具体的な援助計画を作成しています。また、評価・見直しの仕組みが確立しています。

### ◆ 特に改善を求められる点

- ・中長期計画を実現するために、具体的に事業計画の中に反映させることが求められます。
- ・毎年、自己評価を実施していますが、一部の職員で行われていますので、今後は、全職員の参画のもと実施し、課題を明確にし、その課題に基づく改善策、事業計画等の立案に活かすことが求められます
- ・苦情解決に向けて、迅速に対応し、利用者へ内容をフィードバックしていますが、さらに事業計画等に結果の公表を実施することが求められます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回初めて第三者評価を受審してみて、調査段階から評価委員を一般ケアワーカーから任命し、厳しい目で評価してみました。改善点が浮き上がり、優先順位が付けられました。

中長期計画の実現に向けての取り組みは、先3カ年の目標を明確にして歩む事としました。全入居者様、全職員の年度評価を基に新年度事業計画へ反映させ、実践してまいります。今後積極的に取り組むべき項目として、地域社会への福祉貢献を今以上に、そして苦情内容の公表を実施してまいります。

第三者評価受審を経て、現在の位置、目指す方向が明確になり、利用者様第一のサービスの質の向上に邁進したいと、職員一同心を一つにしたところです。

#### 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>	<p>* 理念や基本方針は明文化され、職員も理解に努め職員の行動規範となっている。</p> <p>* 利用者への具体的な周知は難しさはあるが、理解を求めるための工夫等十分ではない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>* 中長期計画として、支援の方針が策定されており、職員の支援行動に反映していますが、具体的な活動内容等の策定が十分ではない。</p> <p>* 事業計画は策定については、一部の職員で策定されており職員の参画が十分でない。</p> <p>* 中長期計画の内容が事業計画の中に具体的に反映されていない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>* 施設長は多くの研修会に参加し、知識と情報の獲得に努め指導力を発揮している。</p> <p>* 管理者としてサービスの質の向上に意欲を持ち、職員への指導や利用者との信頼関係に取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>* 施設長は月次経営分析にて運営状況を把握する努力をしている</p> <p>* マニュアルを整備し、利用者への適切な支援に努めている。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>* 職務分掌は業務分担表で明確になっているが必要な人材の具体的なプラン策定はない。</p> <p>* 人事考課は実施していない。</p> <p>* 研修計画は策定されているが、職員個々の状況に沿った教育研修計画は策定されていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>* 安全管理については、防災マニュアル、衛生管理マニュアル、感染防止マニュアルなど支援行動に沿ったマニュアルが策定されている。</p> <p>* 防災訓練を実施し、課題確認等の反省も行われている。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>* 施設の利用開放を積極的に行っている。</p> <p>* 地域の福祉ニーズの把握については十分ではない。</p> <p>* 実習・ボランティアの受入については、趣旨が明示されたマニュアルがあるが、受け入れに関する組織としての手順等の整備は十分ではない。</p> <p>* 関係機関との連携は十分ではない。相談援助の困難な場合の対応方法は文書化されている。</p>
<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* 利用者の意志を尊重することに留意し、個別に対応している。</p> <p>* プライバシー保護に関する規定・マニュアルを整備している。</p> <p>* 完全個室であり、個浴の対応、通信機会などプライバシー保護に配慮している。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 定期的な利用者満足度調査の他、利用者と施設長や相談員と運営について意見交換する場を設け、内容を検討し、結果を利用者に公表している。</li> <li>* 利用者の権利擁護についての研修は実施しているが、具体的な事例等の組織的な対処方法の定めは十分でない。</li> <li>* 苦情解決について、利用者に説明し、迅速に対応しているが、事業報告や広報誌等に内容を公表しておらず十分でない。</li> </ul>
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 独自のサービスとして、機能訓練に力を入れ、各利用者が利用している医療機関等と連携し、個別メニューを作成し、機能訓練指導員による指導を行っている。</li> <li>* 毎年自己評価を実施し、担当者が分析・検討しまとめる体制を整備しているが、自己評価は主任クラスのみが実施しており、職員の参画が十分でない。</li> <li>* 相談援助についての標準的な方法はあるが、計画的に、相談援助技術等の技量向上に向けた組織的な取り組みは十分でない。</li> <li>* 施設が実施する、標準的なサービスを定めており、実際のサービスに活かしているが、見直しの時期の定めは十分でない。</li> <li>* 利用者に関する記録の管理方法に関するマニュアルの他、個人情報保護や、外部流出防止マニュアルを作成しているが、廃棄方法の明示や職員への周知が十分でない。</li> </ul>
3 サービスの開始、継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>* パンフレットにわかりやすく施設の紹介を行い、ホームページ内のブログで施設の行事等を紹介している。また、見学や宿泊体験等の受け入れをしている。</li> <li>* 施設の変更等に際して、個別に書類を作成するなど配慮しているが、その手順と引継ぎ文書は定めておらず十分でない。</li> </ul>
4 サービス実施計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>* アセスメントは、1年に1度及び随時必要が生じた場合、定められた手順に従い実施している。ケアプランに基づき、具体的な個別援助計画を作成し、評価見直しの仕組みが確立している。</li> <li>* ケアマネジャーが責任者となり、利用者、関係職員等と連携しながらケアプランを作成している。</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〔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。	B

#### 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。	B
	② 計画が職員や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。	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 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	C
	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。	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。	C
③	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
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	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	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。	C
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。	B
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。	A
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。	B
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	C

	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。	B
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	B

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。	A
	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。	A
	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。	C
	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。	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。	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。	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	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。	A
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。	A