

(別記)

公表基準

公表は次の様式により行うものとする。

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シズウェル内4階
評価実施期間	平成24年8月10日～24年10月2日
評価調査者番号	① H19-a001
	② H21-b002
	③

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) 軽費老人ホーム ケアハウス アドナイ館	種別: 軽費老人ホーム
代表者氏名: (管理者) 施設長 上野貢一	開設年月日: 平成 5年 4月 1日
設置主体: 社会福祉法人十時の園 経営主体: 社会福祉法人十時の園	定員: 50人 (利用人数) 50人
所在地: 〒410-1304 静岡県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			
住居の提供、食事の提供、入浴の準備 相談助言: 各種の生活相談、健康管理 緊急時の対応、特別援助サービス		カラオケ、筋トレ、フラワー教室、買い物ツアー、ビューティヘルパー、レコード鑑賞会、防災訓練、映画会			
居室概要		居室以外の施設設備の概要			
2人室 = 4 個室 = 42		食堂、浴室(男女)、ロビー談話室、調理室、洗濯室、事務室、宿直室、エレベーター、デイサービスセンター併設			
職員の配置					
職種	人数	職種	人数	職種	人数
施設長	1	生活相談員	1	介護職員	1
事務員	1	栄養士	1	調理師	4
介護員	2	宿直員	3	調理員	2

2 評価結果総評(利用者調査結果を含む。)

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・サービス基準指針という総合的な指針があり、サービス提供の拠り所となっています。・事業計画が、組織的に作られ、職員や利用者への周知が適切に行われています。・法令遵守マニュアルが定められていて、法令遵守に関する勉強会が開かれています。・職員の全体会議や勉強会が朝、業務前に実施され、出席率が大変良くなっています。・地元の食材を使用することで食材費を抑えて、リーズナブルな金額で食事が提供され、温かい物を食べてもらえるように利用者が来てから盛り付けを行なっています。食堂は広く、緑が見渡せてゆったりと過ごせ、選択食が可能です。・体力が低下して援助が必要になった利用者には、契約により特別援助サービスが提供されています。
<p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・外部監査の実施が望まれます。・資金計画の伴った中長期計画の策定が望まれます。・職員の福利厚生や健康の維持に関して、積極的な取組が求められます。・職員個人の研修計画の策定が望まれます。・自立度が高い施設の為、限られた対象者しかアセスメント、プラン作成が行われていません。利用者の加齢にともない介護サービスへの移行が適切に行えるよう、早期の段階からアセスメントを行う事が望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>第三者評価結果を踏まえ、「特に改善を求められる点」、「評価分類別評価内容」等を、充分吟味検討し、取り組んでいきたいと思えます。</p> <ul style="list-style-type: none">・外部監査については、法人として会計事務所と契約をし、今年度末から会計について定期的にチェックをします。・中長期計画の策定に伴う資金面の難しさはありますが、検討して行きたいと思えます。・職員の福利厚生及び健康維持については、充実をするように検討して行きます。・職員個人の研修計画は、課題ではありましたが、具体的に取り組んで行きたいと思えます。・入所者の支援計画は、介護度をつけている方以外も全てに取り組んで行きたいと思えます。・他についても職員に周知して改善に取り組んで行きたいと思えます。

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"> サービス基準指針という総合的なサービスを提供する上で守るべき指針があり、理念が明示・説明されて、ホームページやパンフレットにも明示されています。 毎朝、礼拝があり、説教の時間帯で基準指針やキリスト教の精神が伝えられ、職員は勉強会で都度、理念を確認し合っているため周知しています。理念は機関紙等では様々な聖書の言葉と同等なため、利用者にはどれが理念か解りづらく、周知しにくくなっています。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> 三年間の中長期計画を確認しましたが、収支計画が伴っていません。 事業計画の策定が組織的に行われていて、職員や利用者への周知も適切に行われ、又、各月の全体会議で進捗状況が確認されています。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> 職務分掌や機関誌で、管理者の責任が明確にされ、法令遵守マニュアルで法人全体のコンプライアンスが確立しています。 入所者アンケートから、自らの提供するサービスの質の現状を把握し、改善に努力していることが判ります。 管理運営会議にて経営の分析を行い、業務の効率化や改善に向けた取組みにリーダーシップを発揮しています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> 各種研修会や地区の情報交換会に参加し、情報収集に努めています。 事業計画の策定・予算編成に当たっては、各部門より要望書を提出させ、反映させています。 毎月の管理運営会議は、経営分析、進捗状況の把握の場で、職員への周知を図っています。 外部監査は実施されていません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> 運営組織図、職務分掌表、各委員担当表などにより、職制・職務の明確化がなされ、プランに基づき必要な有資格者が配置されています。 職員の福利厚生に関しては、積極的取り組んでいるとまではいえません。 職員の教育・研修に関する基本姿勢を明確にし、法人独自の研修会などもあり、研修の機会が多いですが、必要な研修を個人の特性や技量に合わせた研修計画にするまでには至っていません。 実習生受入れの基本姿勢は明示されていますが、マニユ

	<p>アル化、育成プログラム化はされていません。</p>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルが整備され、安全確保のための体制が整備され、定期的な見直しの規程がありますが、見直しをした記録がありません。また、一部のマニュアルが十分ではありません。 • 管理運営会議の中で事故報告は検討がなされ、インシデントでは細かく丁寧に再発防止のための原因分析や是正方法の検討、実施、見直し等を行っているため、事故に至る防止に役立っています。 • 火災発生時、避難しにくい方向が予想されるために、入所者の加齢を加味した積極的な安全策が望まれます。 • 損害賠償保険の加入はありますが、想定される事故や見舞金の補償額や内容を社会の実情に合わせた見直しが望まれます。
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> • 地域の行事等を掲示板にて、入所者に紹介しています。 • 体験学習や実習の受入れ、地域の保育園との交流、イベントへのボランティア等の招待、等々地域との交流は積極的に行っています。 • ホームページの開設、機関紙の発行部数も多く、区民公開講座の開催等施設 PR も、積極的に行っています。 • 地区の情報交換会への参加等を通して情報を収集し、ニーズ把握に努めています。
評価対象Ⅲ 1 利用者本位の福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> • 居室にはキッチンや収納が設けられており、自立した生活が営める環境が確保され、援助が必要になった場合は契約により特別援助サービスが提供されています。 • 個室にてプライバシーは保護されていますが、隣室の音が聞こえるなど防音対策が不十分です。 • 現在、談話室の整備が不十分ですが、中長期計画で整備が検討されています。 • 多様な食事が提供されており、利用者から高い満足度が得られています。
2 サービスの質の確保	<ul style="list-style-type: none"> • 週2回筋力トレーニングを行って、介護予防に努めています。 • 相談員が介護サービス利用者の担当者会議に出席して外部との情報交換を行なっています。 • 記録の管理規定が十分ではありません。

3 サービスの開始、 継続	<ul style="list-style-type: none"> • 本人、家族、保証人立ち会いのもと、説明と契約を行なっています。 • 移行に関する相談援助や情報提供は行なっていますが、サービス継続の手続きと引き継ぎが十分ではありません。
4 サービス実施計画の 策定	<ul style="list-style-type: none"> • 心身支援が必要な方にはアセスメントを実施して課題を明確にし、課題に沿って特別援助サービスや介護サービスを提供していますが、入居者全員の個別サービス計画書の作成計画ではありません。

5 評価項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用を明記し、評価分類ごとに区分する。

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。	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。	A
②	事業計画が職員に周知されている。	A
③	事業計画が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組を行っている。	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組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組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 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	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 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。	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。	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。	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。	A
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。	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	利用者の意思を尊重している。	A
③	利用者の尊厳が守られている。	B
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。	B
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。	A
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。	B
⑧	入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	B
⑨	排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	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。	A
	② 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	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。	A
	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。	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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	A
	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 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。	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。	B
	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。	B
	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) 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 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。	C
	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	C
	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 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。	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。	C
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。	C
	② 心身支援が必要な利用者の課題（ニーズ）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（ニーズ）を明確にしている。	C
	④ 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。	C
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。	C
	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