

(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	日本社会福祉士会静岡県支部
所 在 地	静岡市葵区中町24-2 若杉ビル3階
評価実施期間	平成20年 8月27日～20年 11月13日
評価調査者番号	① H18-a007
	② H19-b019
	③

#### 1 福祉サービス事業者情報

##### (1) 事業者概要

事業所名称: 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会 (施設名) ケアハウス 白寿荘	種別: 軽費老人ホーム
代表者氏名: 理事長 高橋 昌弘 (管理者) 施設長 森 健	開設年月日: 平成19年 2 月 1日
設置主体: 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会 経営主体: 社会福祉法人 静岡市厚生事業協会	定員: 50人 (利用人数) 50人
所在地: 〒422-8021 静岡市駿河区小鹿二丁目25番8号	
連絡先電話番号: 054-285-1508	FAX番号: 054-285-1701
ホームページアドレス	<a href="http://www.1a.biglobe.ne.jp/hakujuso/">http://www.1a.biglobe.ne.jp/hakujuso/</a>

##### (2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事				
日常生活支援 特定施設入居者生活介護	新年祝賀会 豆まき 雛祭り 消火器訓練 (年2回)花見 健康診断 バス旅行 バイキ ング(年2回)映画会 七夕 施餓鬼供養 町内納涼祭 夕涼み会 夜間防災訓練 地 域防災訓練(地域、保育園合同) 敬老会 運動会 焼き芋大会(保育園へ参加) 餅つ き大会(保育園へ参加)クリスマス 忘年会 喫茶コーナー(毎月1回) 誕生会				
居室概要	居室以外の施設設備の概要				
全室個室52室(2室ゲストルーム 特定施設入居 者分、視覚障害者用を含む)エアコン、トイレ、洗面 所付き42室 共同トイレの部屋10室	集会室兼食堂 ユニット毎の談話コーナー 談話室 畳コーナー 浴室 洗濯室 特浴 室 医務室 敷地面積 2,923㎡ 延べ面積 2,616㎡				
職員の配置					
職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数

施設長	1	介護職員	5	医師(非常勤)	1
生活相談員 (介護支援専門員)	1	看護職員	1	栄養士	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

- 1) 管理者は職員の就業状態を把握し、連続休暇取得のための工夫をしています。
- 2) 安全管理のための各種マニュアルが整備され、防災訓練も、火災発生場所別、地震を想定し、毎月交互に実施しています。
- 3) 隣接する保育所との合同ラジオ体操など交流を多くし、園児は卒園後も施設に遊びにくる関係を築いています。
- 4) 町内会、保育所等との連携が定型化し、毎月の行事を持ち、地域との交流を大切にしています。
- 5) 利用者の通信、面会、外出、毎日の過ごし方等生活の自由意思が守られ、生活空間についてもくつろぎのための工夫と、安全に配慮された設備が整えられています。

### ◆ 特に改善を求められる点。

- 1) 理念や基本方針を職員、利用者に周知する取り組みが求められます。
- 2) 施設としての組織的な中長期計画、これに基づく一人ひとりの職員の育成、研修について計画の具体的策定がのぞまれます。
- 3) 質の向上に向けた取り組みについて、組織的な体制の整備が望まれます。
- 4) 実習生、ボランティアの受け入れ等の基本姿勢の明示とマニュアルの策定が望まれます。
- 5) 特定入居者に対しては介護保険法に基づく支援がされていますが、それ以外の入居者すべてに対する支援についてはサービスの標準の実施方法を定め、定期的なアセスメントから一連の支援計画や、記録の整備が望まれます。

## 3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の受審結果につきましては、審査基準に照らし合わせ、ある程度の結果は予測されておりましたが、予想を超える低評価の項目もあり、認識の欠如を感じたところであります。今回は初めての受審ということで、現在施設の置かれた状況がどのようなものであるのか認識することもひとつの目的であったことから、この評価を基に、改善できるものから一つ一つ改善し、サービスの向上に努めてまいりたいと考えております。

## 4 評価分類別評価内容

評価対象 I	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念・基本方針は事業計画書に明文化されています。</li> <li>・理念・基本方針は職員への書面配付にとどまり、利用者へは書面の配布や説明はされていません。</li> </ul>
1 理念・基本方針	

2 計画の策定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中長期計画は幹部職員が作成した事業計画策定にとどまっています。予算については補助金の変動する中で思考中です。</li> <li>・単年度ごとの事業計画は一般職員からの意見が参考程度に聴取されていますが、職員参加の定められた手順や、評価見直しの仕組みはありません。</li> <li>・事業計画書は職員へのみの配付にとどまり、利用者へは配付されていません。</li> </ul>
3 管理者の責任とリーダーシップ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は自らの役割と責任について、会議の冒頭での表明にとどまり、また、遵守すべき法律を理解するための取り組みについては、法令の供覧のみになっています。</li> <li>・管理者は連絡ノートに外部からの情報も含め、職員の提案、感想を自由に記載できるノートも活用し、職員からの意見の吸収、情報の共有に努めています。</li> <li>・管理者はサービスの質の維持のために、経営分析、検討を行い、実行できるものから着手し、改善の努力をしています。</li> </ul>
評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>・補助金の長期計画がないので公的機関、福祉関連よりの情報収集にとどまっています。</li> <li>・従来からのA型軽費老人ホームの入居者が多く、利用者の高齢化も進んで、職員の介護量は増加していますが、これに対応した細かな収支計画を策定し、実施しています。</li> <li>・外部監査が行われていません。</li> </ul>
2 人材の確保・養成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職制、職務分担は文書に明記されていますが、基準人員配置にとどまり、必要な人材に対する具体的なプランは確立していません。</li> <li>・人事考課は行われていません。</li> <li>・職員の福利厚生事業が行われ、毎年職員から自己申告書が提出されることで、就業状態は把握され、有給休暇の連続取得に工夫もされています。</li> <li>・職員研修についての基本姿勢は明示されていますが、中長期計画を反映したものではなく、前年度の評価に基づく一人ひとりの研修計画は策定されていません。</li> <li>・実習生の受け入れに対する基本姿勢、受け入れ体制が整備されておらず、育成の取り組みが十分ではありません。</li> </ul>
3 安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各種緊急時マニュアルが作成され、職員会議で見直しもされています。</li> <li>・防災についてのマニュアルは細かく規定され、避難訓練も地震と火災を交互に毎月実施されています。</li> <li>・衛生管理、感染症に関するマニュアルが整備され、清掃のチェック表も備えられています。</li> <li>・事故賠償保険に加入するとともに、施設内は通路幅や、手すりの取り付け、危険と思われるコーナーの保護など安全の確保をしています。</li> </ul>
4 地域との交流と連携	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の機能低下防止事業として地域交流を位置づけ、毎月地域の老人会と合同で公園の清掃を行い、また合同防災訓練を実施しています。</li> <li>・ボランティア活動は受け入れを行っていますが、基本姿勢の明示や受け入れ体制の整備が十分ではありません。</li> <li>・必要な資源はリスト化されて職員間で共有し、地域の関連機関との</li> </ul>

	<p>連携に努めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・近隣からの入所相談に対応し、町内会の夏祭りでは施設開放を行い、利用者との交流の場としています。</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>・利用者の意思を尊重し、サービス提供に努めていますが、尊厳を守るための研修会や具体的な取組はありません。</li> <li>・郵便、通信も自由で制限はなく、面会時間にも融通性があり、面会場所も談話室、居室、相談室等が利用できますが、公衆電話の会話の聞こえを防ぐための配慮が十分ではありません。</li> <li>・利用者との月一回の常会、年一回の家族会で意向を聴取し、組織的な満足度の向上へ向けての取り組みがなされていますが、姿勢の明示がありません。また、個々の相談に対しての対応手順がありません。</li> <li>・各ユニットに談話室、本棚、フリースペースがあり、利用者がくつろいだり、楽しく食事をしたりするのに配慮しています。嗜好調査も実施され、メニューに反映しています。</li> <li>・利用者が意見を述べやすい体制はありますが、苦情や相談への対応方法のマニュアルが整備されていません。</li> </ul>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・月1回、職員会議や処遇会議を実施し、質の向上に向けた取り組みはされていますが、組織的な体制の整備はされていません。また、サービスの提供内容について自己評価を実施していますが、課題の明確化や、改善計画の策定がなされていません。</li> <li>・個々のサービスの標準的実施方法がマニュアル化されていません。</li> <li>・連絡ノートについては情報の共有がなされていますが、サービス提供の記録については特定入居者、ケアハウスの一部の入居者の記録にとどまり、全利用者についての情報の共有のための整備がされていません。</li> </ul>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見学やホームページの作成など、サービスに関する情報提供があり契約書・重要事項説明書等による説明・同意書は取り交わされています。また、契約困難な場合においても配慮がなされています。</li> <li>・施設変更や、退所後の支援等については情報提供のための手順や引継ぎ書類の書式は整備されていません。</li> </ul>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定入居者についてはアセスメント書式が整い、一連の介護支援がなされ、実施記録も整っていますが、ケアハウス利用者についてのアセスメントは入所時のみで、それ以降の支援については一部の利用者に目標設定があるのみで、支援計画等がなく、また、支援に基づくサービス提供等についての記録がありません。</li> </ul>

## 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。	B
	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。	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。	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。	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。	C
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。	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。	C
	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。	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。	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。	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	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。	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。	C
	② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	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組が行われている。		
	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組を行っている。	B
	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。	B
	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。	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。	C
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
	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。	C

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。	B
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。	B
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。	B
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。	C
② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	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組を行っている。	A
② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	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。	C

#### 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。	C
	③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	C
	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。	C

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。	C
	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。	B
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。	C
	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。	B
	② 心身支援が必要な利用者の課題を明確にしている。	C
	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。	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
	③ 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