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	２６年１１月２８日～２７年2月２６日
評価調査者番号	①　H17－aＯ１３
	②　H17－bＯＯ９
	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）　ケアハウス紅紫萩	種別： 軽費老人ホーム
代表者氏名： （管理者）　施設長　松本　育	開設年月日 平成３年８月１日
設置主体：社会福祉法人　紅紫会 経営主体：社会福祉法人　紅紫会	定員　60 人 （利用人数）　55 人
所在地：〒4370023 静岡県袋井市高尾 1468	
連絡先電話番号： 0538－43－0041	ＦＡＸ番号 0538－43－7701
ホームページアドレス	http://www. koshikai.or.jp

（２）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
軽費老人ホーム デイサービスセンター 訪問介護（ホームヘルプサービス） 居宅介護支援センター	お花見ツワー、買物ツワー、歌の会、袋井花火大会、紅葉ツワー、クリスマスお楽しみ会、初詣、節分、ひな祭り、防災訓練、バイキング
居　室　概　要	**居室以外の施設設備の概要**
1 人部屋（54 室） 2 人部屋（3 室）	浴室、食堂、娯楽室、ゲストルーム、地域交流室、相談室、洗濯室、サンルーム

職員の配置

職　種	人　数	職　種	人　数
施設長	1	栄養士（非常勤）	1
生活相談員	1	ヘルパー（非常勤）	3
事務員	1	宿直（非常勤）	3
介護職員	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

・平成３年８月にケアハウスを開設以来、利用者や地域のニーズにこたえるようデイサービス、ホームヘルプサービス、居宅介護支援センター事業を開設するとともに、隣接地に特別養護老人ホーム、介護老人保健施設も開設され利用者のニーズにこたえてきています。
・職員同士の連携のもと、隣接する特養や老健施設との連携体制も整備されており利用者への支援が確立されています。
・利用者の楽しみ、生きがいへの配慮に対して、職員の対応が行き届いています。
・災害時の対応体制が整備され毎月防災訓練を実施する他、地域の企業と協定を締結するなど利用者の安全確保に努めています。

◆ 特に改善を求められる点

・プライバシー保護や、利用者からの意見・提案に対して迅速に対応できるような規定など各種マニュアルを整備し、施設としての取り組みや手順、方法を職員全員が対応できるようにすることが求められます。
・質の向上にかかせない職員研修について、一人ひとりの研修計画を作成し実施されることが求められます。
・施設として自立している方が対象ですが、現在は介護認定者が４５％、また利用者が高齢化しているため、手順を定め、個別のサービス実施計画書を策定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

特定付きのケアハウスが多い中、完全自立型は少数になっています。
このため、当施設においては疑問に思われる項目がいくつかありましたが、全員で気づき、共有し、意識の向上になり、より良い福祉サービスにつなげていきたいと思います。

４　評価分類別評価内容

評価対象Ⅰ １　理念・基本方針	＊理念、基本方針、五つの目標が明文化され、職員には日常的に周知理解を促しているが、パンフレット等の記載や利用者等への継続的な周知の取り組みは十分ではない。
２ 計画の策定	＊事業計画の策定は職員参画のもとに作成しているが、評価や見直し、利用者への周知は十分ではない。 ＊中長期計画は策定していない。
３ 管理者の責任とリーダーシップ	＊管理者は、常に質の向上や改善に向けた取組に指導力を発揮している。 ＊ケアハウス開設以来、デイサービス・居宅介護・ヘルパー事業等施設を取り巻く環境やニーズを的確にとらえ対応している。 ＊管理者自らの役割と責任を、職務分掌等に明記しているが、広報誌等に掲載されておらず十分でない。 ＊遵守すべき法令について、情報を収集し、研修しているが、体系化されたリストの作成はなく十分でない。
評価対象Ⅱ １　経営状況の把握	＊地域のニーズを把握し、デイサービス・居宅介護・ヘルパー事業等充実を図るなど環境を的確に把握している。 ＊経営状況について、職員間で話し合っているが、課題の明確化や計画への反映のしくみは十分でない。 ＊公認会計士の指導は受けているが、外部監査は実施していない。
２ 人材の確保・養成	＊施設内の職制・職務分掌を明確にし、職員に周知している。 ＊職員の就業状況等は常に把握し、意見や意向も日常の中で把握する環境にあり、サービスの質の確保に努めているが、人事考課は実施していない。 ＊職員の教育研修については、必要な研修に参加させその結果を報告等しているが、個別の職員一人ひとりの研修計画はなく十分でない。 ＊実習生は希望者がなく、受け入れていない。
３ 安全管理	＊緊急時のマニュアルがあり感染症対策委員会、事故防止検討委員会で安全確保に取り組んでいる。 ＊災害時の対応体制が整備され、毎月防災訓練を実施している。隣接の企業の社員寮との災害時の協定を結んでいる。 ＊事故補償を行うための保険に加入している。 ＊事故につながりそうになった事例への組織的な取り組みは十分でない。

４ 地域との交流と連携	＊地域との関わりについては、五つの目標に掲げた基本的な考え方のもとに交流を積極的に取り組んでいる。 ＊関係機関と連携を取っているが、そのき野野連絡先等を体系的に整理したリストの作成は十分でない。 ＊各種クラブ活動や趣味活動の指導するボランティアを受け入れているが、受け入れに関するマニュアルが整備されていない。
評価対象Ⅲ １ 利用者本位の福祉サービス	＊「紅柴会五つの目標」を掲げ職員で共有し、施設の姿勢、利用者の尊厳が守られている。施設では、娯楽室・サンルーム・地域交流室があり、また利用者の作品が展示され、くつろぎを感じられるよう工夫している。 ＊利用者へアンケートや個別面談を実施し、利用者満足に向けて取り組んでいる。 ＊食事の時間や、メニューについて個々に配慮しており、また、厨房職員によるまぐろの解体ショーなど実演イベントを行っている。 ＊相談援助の困難な場合は、職員で話し合って対応方法を検討しているが、体系的なマニュアルの整備はなく十分でない。 ＊苦情解決の仕組みは整備しているが、意見や提案への対応マニュアルはない。 ＊プライバシー保護に関する工夫は行っているが、規定やマニュアルの整備はない。
２ サービスの質の確保	＊ニーズに基づき、ピアノ演奏会による歌の会、厨房職員による調理の実演など独自のサービスを提供している。 ＊利用者に関する状況、日々の記録は適切に行われ、管理体制が確立している。 ＊年２回の自己評価を実施し、分析し結果をまとめて職員間で共有しているが、改善計画と見直しの実施には至っておらず十分でない。 ＊サービスの標準的な実施方法について、文書化されていない。
３ サービスの開始、継続	＊利用希望者に対して施設見学、体験入所の対応をしている。また、ホームページを作成し公開し、市役所、地域包括支援センターなどの関係機関にパンフレットの配置を行い多くの方に周知している。 ＊事業所の変更、地域、家庭に移行する場合、対応しているが、引継ぎや申し送りの手順書はなく十分でない。
４ サービス実施計画の策定	＊アセスメントを実施しているが、アセスメントから課題を明確にするまでの手順がなく十分でない。 ＊個々の余暇活動や生きがいづくりに取り組んでいるが、利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。

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。

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-⑴　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。	B
	③　 理念に基づく基本方針が明文化されている。	B
Ⅰ-１-⑵　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-⑴　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･ 事業計画の策定が組織的に行われている。	B
	②　事業計画が職員に周知されている。	A
	④　 事業計画が利用者等に周知されている。	C

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-⑴　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。	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-⑴　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。	B
	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-⑴　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。	B
	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-⑵　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-⑶　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。	B
Ⅱ-２-⑷　実習生の受け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。	C

Ⅱ-３　安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-３-⑴　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。	A
	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。	A
	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。	B
	⑤　事故防止のための具体的な取組を行っている。	A
	⑥　安全確保するための施設・設備上の工夫がされている。	B
	⑦　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。	A
	⑧　事故補償（賠償）を行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-⑴　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。	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。	C
Ⅱ-４-⑵　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。	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。	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。	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-⑴　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。	C
	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。	A
	⑨　入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
	⑩　排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	C
Ⅲ-１-⑵　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。	A
	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
	④　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
	②▪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
	③▪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-⑶　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。	B
	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。	C

Ⅲ-２　サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-２-⑴　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。	A
	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。	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。	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。	B
	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間で共有化している。	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。	B
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。	B
	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。	C
	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。	B
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