

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12月11日～21年1月16日
評価調査者番号	① H17-a026
	② H19-b004
	③ H19-b006

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) 特別養護老人ホーム 御殿場十字の園	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名：理事長 平井 章 (管理者) 施設長 上野 貢一	開設年月日： 昭和46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：107人 (利用人数) 107人
所在地：〒412-0023 静岡県御殿場市深沢1465-1	
連絡先電話番号：0550-83-1999	FAX番号：0550-82-5189
ホームページアドレス	http://www.jyuji.ne.jp

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
特別養護老人ホーム(介護福祉施設) ショートステイ(短期入所生活介護) ホームヘルプサービス(訪問介護) デイサービス(通所介護)標準型・認知症型 居宅介護支援事業所/地域包括支援センター ケアハウス/障害者福祉サービス事業	ドライブ 誕生祝いの日 よりあい 敬老祝会 家族懇親会 クリスマス礼拝 ユニット毎の忘年会・新年会・節分・ひな祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
4人部屋 19室 2人部屋 1室 個室(従来型) 29室	浴室(一般浴槽 特殊浴槽) 食堂 6室 機能訓練室 2室 医務室
職員の配置	
施設長 1	介護支援専門員 2
生活相談員 2	管理栄養士 1
看護職員 6(うち非常勤1)	機能訓練指導員 2
介護職員 65(うち非常勤17)	医師 2(うち非常勤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

- 1) 利用者の施設外活動のために、逆デイサービスの実施など地域への働きかけは積極的に行われています。地域の人々との交流や施設機能の開放・提供も積極的に行われています。
- 2) 地域の福祉ニーズに基づき、365日デイサービスが実施されています。
- 3) 利用者の意志の尊重・尊厳・面会・身体拘束廃止について、十分な配慮がされています。
- 4) 利用者の満足についての対応は、施設理念の実践として明示され、具体的な取り組みがされています。
- 5) 居室と共用スペースに、くつろいで生活を楽しむ工夫や配慮がされています。
- 6) 食事については、嗜好を調査してメニューに反映させ、家庭的な雰囲気ですべてができるような工夫がされています。
- 7) 定期的に利用者と懇談する機会を設けたり、家族懇談会により家族からの意見を集約することにより、生活の質の向上につとめています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 中・長期計画が策定されていないため、事業計画などへの反映がされていません。中・長期計画の策定が望まれます。
- 2) 具体的な人材プランの確立が望まれます。
- 3) 私生活上のプライバシー保護のマニュアルの整備が求められます。
- 4) 利用者からの意見への対応についてマニュアルの策定が望まれます。
- 5) 利用者のプライバシー保護に関して、文書管理のあり方や組織的な取り組みを進めていく上で、規定やマニュアルを整備することが望まれます。
- 6) 利用者からの相談に対して、担当者や相談方法を明らかにしていくために、手順書を整備し、定期的な見直しをしてサービスの質の向上に取り組むことが望まれます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当施設は、設立37年を迎えました。年数が長いと、良い所とそうでない所が自分達では分からなかったりします。このたび日本社会福祉士会の第三者の専門家の目で、評価項目に従い評価をして頂き、課題と向き合う中でイノベーションに取り組むたいと願いました。評価事業に取り組むに当たって、施設の質向上委員会のメンバーの中から、プロジェクトチームを立ち上げ取り組んで来ました。職員も評価項目に向き合う中で、気づきがあったと思います。評価結果の総評で感じたことは、評価の高い点よりも、むしろ改善を求められる点に、意義を感じています。改善点を真摯に受け止め、時代を見据えて、地域の介護の文化の創造を目指し、更なる研鑽を重ねて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"> ・理念と基本方針は「施設サービス指針」に明記され、確立されたものとなっています。 ・理念と基本方針は、職員には周知されていますが、利用者への周知はされていません。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画が策定されていないため、事業計画などへの反映がされていません。 ・事業計画は職員の参画のもとで評価・見直しをして策定され、職員には周知されていますが、利用者への周知は十分ではありません。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、自己の役割と責任について表明していますが、職員に対しての理解促進が十分ではありません。法令理解についての取り組みはリスト化において十分ではありません。 ・施設サービス指針をもとに施設運営会議などで、職員の提案を取り入れ、事業の評価分析をして、指導力を発揮しています。
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長が地域の介護保険運営委員等を歴任していることから外的な環境を的確に把握でき、責任者会議等で職員とともに経営状況の分析をするなどして、経営環境の変化等に適切に対応しています。 ・公認会計士等による評価・監査を実施していません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・職制・職務分掌は整備、配布され、職員に周知されています。 ・具体的な人材プランは確立されてなく、人事考課が未実施です。 ・職員の就業状況や意向の把握をして、改善策も検討しています。 ・職員の教育・研修に関する基本姿勢は運営重点目標で明示されていますが、体系的な計画が十分ではありません。 ・職員一人ひとりの研修計画が策定されてなく、個別の教育・研修計画の評価・見直しが十分ではありません。 ・実習生の受入れは、マニュアルはありますが、指導担当者の研修は予定の段階です。
<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の安全確保の体制を整備して機能しています。 ・防災マニュアルが、一部対象となる災害について十分ではありません。 ・衛生管理・感染症防止マニュアルは整備されています。 ・事故、ヒヤリハットの事例は把握され、事例の分析も行われて、事故防止に向けた取り組みがされています。 ・安全確保のための特別の工夫が特に転倒防止においてなされています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・逆デイサービスなど利用者の施設外活動のために地域への働きかけは積極的に行われています。 ・地域の人々との交流と、施設が有する機能を地域に開放・提供する取り組みも積極的に行われています。 ・ボランティア受入れの基本姿勢は明示されていますが、マニュアルが整備されていません。 ・社会資源は掲示されていますが、職員の間での共有化や、関係機関との連携も十分ではありません。 ・困難事例については、処遇会議等で対応していますが、方法がルーブル化されていません。

	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の福祉ニーズの把握は、十分でない面がありますが、365日デイサービスなど把握されたニーズに基づく事業・活動は行われています。
<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"> ・利用者の意志の尊重・尊厳・面会・身体拘束廃止について、十分な配慮がなされています。 ・私生活上のプライバシー保護についてのマニュアルが整備されていません。 ・入浴・清拭と排泄時のプライバシーへの配慮は施設サービス指針で定められ、その取り組みがされています。 ・利用者満足は施設理念の実践として明示され、アンケート調査など具体的な仕組みが整備されています。 ・居室と共用スペースにくつろいで生活を楽しむ工夫や配慮がされています。 ・食事については、嗜好を調査してメニューに反映させ、家庭的な雰囲気の中で楽しく食事ができるような工夫がされています。 ・入浴と排泄について、施設サービス指針に明文化されていますが、個別的な配慮までは十分ではありません。 ・定期的な利用者との意見交換会や家族懇談会により利用者の意見を施設の運営に反映させています。 ・多様な相談については、利用者の希望に応じて相談対応を行っていますが、手順が定まっていません。 ・権利擁護については、学習会など行っていますが、組織的な理解にまでは至っていません。 ・利用者からの意見対応は、迅速に取り組むようにしていますが、マニュアルがありません。苦情申立・解決の仕組みについては整っており、ホームページにも掲載していますが、年一度以上の広報誌での周知がされていません。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・体制を整備して年二回自己評価を行っています。職員の参画により評価結果の分析を行い、課題が明確化され、改善策・改善計画を立て実施しています。 ・サービス指針にサービスについての標準的な実施方法が記載されていますが、職員の活用については不十分な面があります。実施方法の見直しについて、利用者の意見を反映したものになっていません。 ・逆デイサービスなど独自の特徴を有している多くのサービスを提供しています。 ・一人ひとりの利用者について、そのサービス実施状況が適切に記録されています。 ・利用者に関する記録管理の規程が十分ではありません。 ・利用者の状況等に関する情報を職員が共有する取り組みが行われています。

3 サービスの開始、 継続	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ等をとおして施設サービスの情報提供を積極的に行っています。 ・サービス実施にあたり、利用者や家族等に説明を行い、同意を得て、利用契約に関する契約書が取り交わされています。 ・成年後見制度を利用し、契約を締結することが困難な利用者についての配慮がされています。
4 サービス実施計画の 策定	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族の意向を確認するとともに、身体状況等を把握しながらアセスメントが行われて、課題と見直しの時期が定められています。 ・食事・入浴・排泄支援や機能訓練等が必要な利用者について、実施するサービスの個別、具体的な方法がそれぞれのサービス実施計画に明示されています。 ・利用者の余暇活動は、希望や必要性に応じて、多彩に行われています。 ・サービス実施計画の策定にあたり、担当責任者を明確にし、マニュアルに基づいて実施されています。また、関係職員との連携が図られています。 ・継続するサービス実施計画は、その都度利用者や家族等の意向確認を行い、策定されています。また、説明のうえ同意を得ています。 ・サービス実施についての評価は定期的に行われ、必要な場合には利用者の意向を配慮して、計画の変更が行われています。

5 評価項目の第三者評価結果

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。	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。	A
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。	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-(1) 経営環境の変化等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。	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。	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。	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組を行っている。	A

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。	B
	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。	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。	A
	④ ボランティア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。	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。	B
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-(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 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取組が行われている。	A
	③ 利用者の尊厳が守られている。	A
	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。	B
	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。	A

	⑨ 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。	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 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	C
	⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	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。	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。	B

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。	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。	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。	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	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	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A
④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑤	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑥	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑦	入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑧	排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	B
⑫	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	B
⑬	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	A
⑭	利用者の社会生活に必要となる技術や知識の習得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	B
⑮	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	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	A
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	A
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑨	実施計画の見直しが行われている。	A
⑩	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	A