

(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	静岡県静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合福祉会館 4階
評価実施期間	平成 27 年 7 月 28 日～28 年 3 月 31 日
評価調査者番号	① H19-a001
	② H19-b007
	③ H24-b001

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：御殿場十字の園 (施設名)	種別：特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)
代表者氏名：宮島 克利 (管理者)	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 名 (利用人数)
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 (介護老人福祉施設) 短期入所生活介護	花見、遠足、七夕、夕涼み会、園遊会、 紅葉狩り、クリスマス会、忘年会、餅 つき、新年会、節分、外出、誕生会、 寿司パーティー、よりあい、家族懇談 会		
居室概要	居室以外の施設設備の概要		
個室 4人室 2人室	診療所、喫茶店、礼拝所、トイレ、洗 面所、浴室、脱衣室、リネン庫、洗濯 室、地域交流室、図書室、相談室、食 堂、和室、ボランティア室		
職員の配置			
職 種	人 数	職 種	人 数
医師	2	生活相談員	2
看護師・准看護師	8	管理栄養士	1

介護職員	61	機能訓練指導員	1
介護支援専門員	2	調理員	委託

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- キャリアパス基準・人材育成方針など職員を育成するためのシステムが構築されています。
- 利用者の安全確保や日常生活の支援のための各種マニュアルを整備し、サービス指針としてまとめています。またそれを自己評価の指針として活用することで、利用者の処遇の質の改善に結びついています。
- ボランティアの受け入れには専任の担当者が配置され、年間 2,000 人以上のボランティアが活動しています。地域との強い繋がりが伺われます。
- トイレや施設内喫茶店、ギャラリーとしての開放等を行い地域に開かれた施設活動をしています。
- 常勤の医師のいる施設内診療所があり、常に医療との連携がとれる体制にあります。
- ユニットの処遇や入所者が地域の空き家で過ごす逆デイなど、日中活動に独自の工夫があります。それが、利用者の尊重や満足度の向上に結びついています。

◆ 特に改善を求められる点

- 理念や基本方針が混同されて各種媒体に記述されています。
- 中長期計画は正式なプロセスを経た策定が必要です。
- ホームページは定期的に更新し、利用者等の求める情報が適切に得られるよう配慮が必要です。
- 人事考課については実施している自己評価をもとに、改善に向けた取り組みの体系化が必要です。
- 職員の育成方針や職制ごとの研修計画はありますが、職員個人の研修計画の策定が必要です。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審につきましては、チームを立ち上げ、評価表に基づき日頃の業務や帳票類を整理するとともに、全職員で自己評価を実施したことにより共通理解が図られ資質向上につながったことと思います。

今回、受審したことで課題を明確にすることができましたので、今後、具体的に一つひとつ改善していき、利用者にとってさらにより良い支援ができるよう努めていきたいと思っています。

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"> • 理念や基本方針がホームページ、パンフレット、サービス指針などの媒体ごとに、違う文章で表現されています。理念は理念として、統一して記述することが望ましいです。
<p>2 計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 正式なプロセスを経た中長期計画が策定されることが望まれます。 • 単年度の事業計画策定にかかるプロセスでは、部門別に予算計上の要望書を提出し、全体調整、達成状況の精査等が組織的に行われています。 • 周知、広報の面では、工夫が必要です。特にホームページでは、情報公開ページは 2012 年度で更新が止まっており、リンク先も閉鎖されています。
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 管理者自らの役割と責任が、キャリアパス基準に明記されており、自らも各委員会に参加され、責任の表明がなされています。 • 遵守すべき法令等のリスト化は出来ていません。 • 質向上委員会が中心となって、職員は年一回自己評価をし、改善に対する自己の行動計画をたて、それをまとめた総括表を主任が確認しています。管理者は質向上委員会に参加することによって、リーダーシップを発揮しています。 • 月一回の責任者会議では月次試算表等により業務改善を話し合っていますが、一般職員との共有という面では不十分です。
<p>評価対象 II</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 管理者は、介護保険計画の策定のための会議や研修に参加しインターネット等で情報を収集して業界の動向を把握しています。 • 月次決算で経営状況を分析していますが、中長期計画には生かされていません。 • 会計事務所の確認を経っていますが、それを経営改善に活用するまでには至っていません。
<p>2 人材の確保・養成</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 職務分掌は、職務分掌表、キャリアパス基準に示されていますが、職員への説明の機会が十分ではありません。 • 単年度の事業計画に必要な人材の具体的プランはありますが、中長期的な採用計画は立てられていません。 • サービスの質の向上について、自己評価はされていますが、それが人事考課には反映されていません。 • 人材育成方針が示され、職制としての職員の研修計画が策定されています。 • 実習生の受け入れは、個人の資格と研修日程に合わせて、プログラムが組まれ、実効性をあげています。

<p>3 安全管理</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 各種マニュアルが整備され、リスクマネジメント委員会で安全確保に関する検討がされています。 • 事故を危険度により分類・分析し、委員会において検討されています。介護機材に対しても点検表により、月一回点検されおり事故の予防に心がけています。 • 安全確保のための工夫は各所に見られますが、再発予防にさらなる工夫が必要です。 • 事故補償のために十分な損害保険に加入しています。
<p>4 地域との交流と連携</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 福祉車両や地域交流室の貸出、近くの里山公園のトイレとしての施設開放、ギャラリーとしての貸出、介護職員の地域への派遣等、施設機能を地域に還元しています。 • ボランティアの専任職員を配置し、年間 2,000 人以上のボランティアを受け入れています。 • 常勤医師のいる保険適用診療所が施設内にあり、常に医療と連携のとれる体制にあります。 • 地域にある特別支援学校の卒業生の受け入れとして、就労支援の「A 型」の立ち上げを検討中です。
<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"> • 職員全体で利用者、家族を対象としたサービスの実現に向けて努力されている姿勢が伺えます。 • サービス指針に基づいたサービス提供が行われ、職員の利用者等への接遇に利用者尊重の姿勢が定着しています。 • オンブズマンの活用等、利用者が意見や要望が述べやすい環境の整備をしています。 • 相談の体制はありますが、マニュアル等の整備に課題が残ります。
<p>2 サービスの質の確保</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 自己評価を年に 1 回実施し、結果を分析及び検証して、日常の業務の改善等に生かしています。 • 標準的な実施方法はサービス指針、業務マニュアルに基づいて実施されています。 • 記録は利用者の状態像が把握しやすいように 1 枚の用紙を使い、関係職員が横断的に閲覧・使用しています。管理についても、管理規程に基づき、個人情報保護・開示の対応ができています。 • 古民家の利用や逆デイサービスなど地域の特性を生かし、独自性のあるサービスの提供をしています。
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<ul style="list-style-type: none"> • リーフレットや機関誌等は施設長の所信表明や折々の行事紹介等の多彩な内容を工夫し、関係機関への設置や配布によりわかりやすく親しみやすい情報発信になっています。 • 利用に際してはわかりやすい説明により、利用者家族の同意が得られるよう努力しています。相談担当者が配置され、サービスが滞る事のないよう対応が図られています。

<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 入所前・入所後の定期的なアセスメントにより、サービス実施計画の作成、見直しが実施され、利用者にとって必要なサービスが受けられる仕組みが構築されています。 • 個別のサービスについては、課題の抽出、サービスの実施、見直しが行われ、利用者、家族にとって適切なサービスが実施されています。介護支援専門員が中心となり関係者の協議により利用者の課題ニーズをサービス実施計画に反映・提供する仕組みが構築されています。
<p>評価対象Ⅳ</p> <p>1 利用者の尊重</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の尊重について必要なマニュアル等の整備や研修が実施されています。 • 成年後見制度の活用や情報提供等については、外部機関との連携や、利用者、家族への情報提供や支援の仕方など改善の余地があります。 • 面会時間の制限がなく、個別に面会できるスペースの確保など配慮がされています。利用者が自ら家族や友人等に連絡を取りたい場合のハード面の配慮（公衆電話やポストの位置など）により利用者の利便性に対応が必要です。
<p>2 日常生活支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 日常生活の支援は、手順や心構えが明確化されているマニュアル等が整備され、日常生活支援に関する職員の研修等も実施されています。 • 余暇活動には様々な取り組み（逆デイや利用者の希望に応じた外出支援の機会など）を実施し、利用者の意見や意向を幅広く取り入れる体制も構築されています。 • 建物は多床室が基本で居住性の満足感としては満たされない環境も見受けられますが、施設として利用者の住み良さへの工夫や取組がされています。環境整備や食環境（温度管理や食事選択の自由度をより上げる）の改善が望まれます。

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〔特別養護老人ホーム〕

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 法人や施設の理念が明文化されている。	A
	② 法人や施設の運営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。	B

I-2 事業計画の策定

		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。	B
I-2-(2) 事業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。	B
	③ 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-(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。	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。	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 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。	B

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。	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-(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
②	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。	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）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
③	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
④	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
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。	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	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	B
②	施設が有する機能を地域に還元している。	A
③	ボランティアの受入れに対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。	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。	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
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
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	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
④	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。	A
Ⅲ-2-(3) 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。	A
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-2-(4) 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-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

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。	A

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 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	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

評価対象Ⅳ 福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重

		第三者評価結果
Ⅳ-1-(1)	利用者の権利擁護	
	① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	B
	② 身体的拘束廃止に向けた取組が行われている。	A
	③ 成年後見制度や日常生活支援事業の利用情報の提供など支援を行っている。	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。	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。	B
	⑦ 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	A
	⑧ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	A
	⑨ 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	B
Ⅳ-1-(2)	支援の基本	
	① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。	B
	② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	B
Ⅳ-1-(3)	家族との連携	
	① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	A

Ⅳ-2 日常生活支援

		第三者評価結果
Ⅳ-2-(1)	身体介護	
	① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	④ 褥瘡の発生予防を行っている。	A

IV-2-(2) 食生活		
	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	B
	② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	A
	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	A
IV-2-(3) 整容、理・美容		
	① 利用者への身だしなみや清潔さの保持へ配慮している。	B
	② 利用者の個性や好みを尊重し、理・美容への支援を行っている。	A
IV-2-(4) 機能訓練・介護予防		
	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	A
IV-2-(5) 健康管理・衛生管理		
	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	B
	② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	B
IV-2-(6) 余暇活動・生きがいづくり		
	① 余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。	A
IV-2-(7) 建物・設備		
	① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	B