

(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 |
| 評価実施期間 | 平成27年7月23日～ 平成27年11月13日 |
| 評価調査者番号 | ① H20-a002 |
| | 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：細江デイサービスセンター (施設名) | 種別：通所介護 |
| 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 1993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： 30名 (利用人数) 62名 |
| 所在地：〒 431-1304 静岡県浜松市北区細江町 7437-8 | |
| 連絡先電話番号： 053-439-1212 | FAX番号 053-439-1211 |
| ホームページアドレス | http://www.jyuji.or.jp/ |

(2) 基本情報

| サービス内容(事業内容) | 施設の主な行事 | | | |
|--------------|--|-----|-------|-----|
| 通所介護 | 礼拝 納涼祭 希望の日 新年会 クリスマス会 バス旅行 食事会 | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | |
| | 食堂および機能訓練室 159.14㎡ 一般浴槽 特別浴槽 静養室 相談室 トイレ 洗面所 | | | |
| 職員の配置 | | | | |
| | 職種 | 人数 | 職種 | 人数 |
| | 施設長 | 1 | 生活相談員 | 2 |
| | 准看護師 | 1.8 | 歯科衛生士 | 0.3 |
| | 介護職員 | 6.3 | 機能訓練員 | 1.7 |
| | | | | |

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- 1) 法人の基本理念、キリスト教精神による経営および福祉援助の精神的基盤、経営方針、運営方針、サービス基準指針が明確に示されています。
- 2) 事業計画は職員からの改善アンケートに基づき、職員会議で検討参して策定しています。また事業計画は半期ごとに見直して修正をしています。
- 3) 遵守すべき法令等を正しく理解するために、職員会議や勉強会で確認をしています。
- 4) ホームページやパンフレット、機関誌等で利用希望者に対して選択に必要な情報を提供しています。
- 5) サービス基準指針をはじめ、危機管理、感染症予防、事故対応等のマニュアルは領域ごとに丁寧に作成され、施設の標準的な業務の実現に取り組んでいます。
- 6) 利用者の在宅生活を継続することを目的に、理学療法士や歯科衛生士の協力を得て、自立支援に向け、きめ細かなケアを実施しています。
- 7) 利用者個々の状態に合わせた活動課題を施設独自で開発し、個別的な支援に配慮しています。
- 8) 家族会を毎年開催して、家族の信頼を得るよう努力しています。家族への情報提供や連絡は丁寧に行われています。
- 9) 会計事務所による外部監査を導入して、健全な経営に努力しています。

◆ 特に改善を求められる点

- 1) 一人ひとりを大切にするという理念から、礼拝や研修会、勉強会で職員に周知を図っていますが、個々の職員に理念が浸透しているかの評価や検証は十分ではありません。
- 2) 整備の改修、備品の更新、介護記録システムの構築が課題になっていますが、中長期計画において実効性のある収支計画が立てられていません。
- 3) 施設の組織運営管理において、施設長をはじめ各職制の役割と責任、職務分掌、各種会議の役割と目的などが明確に示されていません。
- 4) サービス基準指針や各種マニュアルは整備されていますが、実際のサービスの過程でこれらの指針がどう実現されているかを評価検証することや、指針やマニュアルの見直しが十分ではありません。
- 5) リスク管理のマニュアルは整備され、事故防止の対策は講じられていますが、マニュアルの定期的な見直しは実施されていません。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

評価分類別評価内容を受け止め、

- 1) 理念の浸透と評価、検証
 - 2) 中長期計画を実行性のあるものにするための収支計画
 - 3) 各職制の役割と責任、職務分掌、各種秋義の役割の明確化
 - 4) サービスの評価、指針、マニュアルの見直し
 - 5) リスク管理マニュアルの見直し
- 以上5点について改善を図っていきます。

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"> • 法人の理念や福祉援助に対する基本的姿勢が明確に示されています。 • 法人の理念及び基本方針は、サービス基準指針、事業計画書に記載されています。毎朝の礼拝や職員会議、勉強会で繰り返し職員に説明、周知をしています。 • 理念や基本方針が、職員に理解され、実践にどう反映しているか、評価と検証が十分ではありません。 • 理念や基本方針を、利用者や家族に分かりやすく説明し、理解を深める取り組みが十分ではありません。 |
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 法人全体で5か年の中長期計画を策定し、年度の目標を定めています。 • 事業計画は職員から業務改善アンケートを実施して、施設運営についての提言や改善提案を求め、それを職員会議で検討、組織的に事業計画を策定しています。 • 中長期計画を実行するにあたり、計画を裏付ける資金計画の策定がされていません。 • 事業計画を、分かりやすい方法で利用者や家族に伝える工夫が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"> • 施設長は関係する法律や運営基準情報を積極的に収集してコンプライアンスに基づく経営に取り組んでいます。 • 施設長はサービスの質の向上に向け、職員からの意見を取り入れ、改善すべき点を把握するよう努めています。 • 法人の事業計画において施設長の役割が示され、施設長自ら責任と役割を表明していますが、職員全員への周知は不十分です。 • 経営や業務の改善、提供するサービスの向上のための具体的な計画や体制は十分ではありません。 |
| <p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 施設長は、積極的に福祉の動向の情報収集に努め、関係機関との連携により地域のニーズの把握に努めています。 • 毎月の法人管理者会議で経営分析を行い健全な経営に努めています。 • 外部監査を導入して、会計事務所による指導助言を受け、経営改善に取り組んでいます。 • 経営状況の分析から得られた課題について改善を図るための具体的な計画が策定されていません。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> • サービスの質を維持するため、基準を上回る専門職の確保を実現しています。 • 人材育成プランに研修の基本姿勢が示され、キャリアパスに沿った技術や資格を得るように図っています。 • 職員一人ひとりに対して組織として研修計画を策定していません。 • 施設の組織としての、各職制の役割と責任、具体的な |

| | |
|----------------|---|
| | <p>職務分掌が策定されていません。</p> <ul style="list-style-type: none"> • 実習生の受け入れを積極的に行い、社会福祉士、介護福祉士等の職種に配慮したプログラムの策定に努めています。 |
| 3 安全管理 | <ul style="list-style-type: none"> • リスクに対する各種マニュアルを整備して、組織的に体制を整備しています。事故防止対策に合わせて、事件事件発生時の対応マニュアルを策定しています。 • 設備や機器の安全点検を実施して安全を確保しています。 • ヒヤリハットを収集して、要因の分析と対策を会議で共有しています。 • 施設の特性に合わせた賠償保険に加入し、体制を整備しています。 • リスクに対する各種マニュアルの定期的な見直しは行われていません。 |
| 4 地域との交流と連携 | <ul style="list-style-type: none"> • 法人、施設として地域福祉向上と公益的福祉活動に取り組んでいます。法人独自で、ボランティア懇談会や市民を対象とした介護講習会を開催しています。 • 北区情報交換会、老人施設協議会、地域ケア会議、三方原周辺法人会議、サービス担当者会議等に参画し、地域の関係機関と連携を図っています。 • 災害時における施設の役割については、地域自治体等と協議されていません。 • ボランティアの受入れについて、受入れの担当者、受入れの方法等のマニュアルがありません。 |
| 評価対象Ⅲ | |
| 1 利用者本位の福祉サービス | <ul style="list-style-type: none"> • サービス基準指針に利用者尊重や人権擁護の基本姿勢が明確に示されています。 • 年1回家族会を実施しアンケートで意見を集め、家族への情報提供や連絡を密に行っています。 • 毎朝、職員が利用者に挨拶し、相談を受けるためのきっかけづくりに努め、利用者の意見を収集しています。 • 施設として標準化された相談援助を行うためのマニュアルは策定されていません。 • 苦情には丁寧に対応していますが、苦情や要望をサービスの改善に反映する仕組みがありません。 |
| 2 サービスの質の確保 | <ul style="list-style-type: none"> • サービス基準指針を策定して、施設での標準的なサービスの提供方法が示されています。 • 職員は、デイサービス担当者会議の他連絡ノート等を活用して、利用者の状況に係る情報を共有し、共通の理解を図っています。 • 利用者に関するサービス実施状況の記録は適切に行われています。 • 施設のサービス内容について課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立てるための、定期的な自己評価がなされていません。 • 標準的なサービスの実施方法について、見直しをする |

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>仕組みがありません。</p> |
| <p>3 サービスの開始、 継続</p> | <ul style="list-style-type: none"> • サービス基準指針を策定して、施設の提供するサービスについて標準的な実施方法が示され、適切にサービス提供が開始されています。 • 利用希望者に対して、ホームページ、パンフレット、機関誌等でサービスに関する情報を提供し、見学等の希望に対応しています。 • サービスの開始にあたり利用者等へ説明し、同意を得ていますが、利用者にわかりやすく説明する工夫は十分ではありません。 • 利用者の事業所の変更や終了の際、継続性に配慮した対応は十分ではなく、相談担当者が配置されていません。 |
| <p>4 サービス実施 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> • アセスメントに基づいた通所介護計画を策定し、サービス提供に対する評価・見直しを施設の書式に沿って適切に行っています。 • アセスメントを行う際、関係する職員、支援者の協議が実施されていません。 • 通所介護計画策定の責任者を定められておらず、サービス提供のプロセスを管理する仕組みがありません。 • 通所介護計画について、サービス提供の評価と計画の見直しに関する手順が定められていません。 |
| <p>評価対象Ⅳ 1 利用者の尊重</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 権利擁護および虐待の防止に向けた取り組みは、サービス基準指針に倫理綱領を定め、また身体拘束の廃止に関するマニュアルを策定し、権利擁護のための研修会や勉強会を実施するなど積極的に取り組んでいます。 • 認知症に関するマニュアルを策定し、職員が共通の理解のもとにサービス提供を行っています。 • 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ます。 • 利用者一人ひとりの状態を把握しています。 • 接遇研修を実施して、職員は利用者一人ひとりに応じた適切なコミュニケーションを行っています。 • 利用者の家族との連携を適切に行っています。 • 不適切な支援を防止するための職員の相互チェックや職員のストレスへの対応の仕組みがありません。 • 成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用情報の提供の支援が十分ではありません。 • 身体拘束の廃止に関するマニュアルを策定、配付していますが、定期的な研修は行われていません。 • 認知症高齢者に分かりやすい環境整備が十分ではありません。 |

| | |
|-----------------|---|
| <p>2 日常生活支援</p> | <ul style="list-style-type: none"> • 入浴介助、清拭等、排せつ、移乗・移動等の介助は利用者の心身の状況に合わせて行っています。浴槽は一般浴槽と機械浴槽が設置されています。 • 食事をおいしく食べられるよう嗜好や状態にあった食事を提供しています。 • 法人内の特別養護老人ホームに在籍する理学療法士の協力による機能訓練と、歯科衛生士資格を持つ介護士による口腔ケア等、利用者の心身の状況に合わせた介護予防活動を積極的に行っています。 • 利用者の体調変化に迅速に対応するための急変時マニュアルを策定して、利用者の急変時に備えています。 • 送迎サービスの工夫や、安全確保の取り組みを行っています。 • 感染症予防や食中毒の発生予防についての研修会は行われていますが、褥瘡の発生予防および薬の副作用に関する研修会は実施されていません。 • 環境の快適さに配慮し、建物や備品の故障、不具合、汚れ等の点検を定期的にチェックする仕組みが十分ではありません。 |
|-----------------|---|

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〔通所介護〕

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。 | C |

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。 | 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) 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。 | A |
| 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。 | 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。 | 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。 | 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。 | 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。 | A |

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 事業所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。 | 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 |
| | 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。 | C |
| 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 |
| | 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。 | B |
| | ⑤ 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 |
| | ⑥ 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 利用者地域とのかかわりを大切にしている。 | C |
| | ② 事業所が有する機能を地域に還元している。 | B |
| | 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。 | 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。 | C |
| | 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。 | C |
| | ② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | C |

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。 | B |
| 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。 | 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。 | C |
| 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。 | 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 | 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 |
| ④ | 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。 | C |
| 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。 | C |
| 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) 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。 | B |
| 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。 | B |

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。 | B |
| 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。 | 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。 | C |

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。 | 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。 | B |
| | 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 |

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。 | B |
| | 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。 | C |
| | ④ 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | B |
| | ⑤ 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。 | A |
| 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。 | B |
| | 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。 | B |
| | 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。 | B |
| | ④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | B |

| | | |
|-------------------|-----------------------------------|---|
| 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。 | A |
| | 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。 | B |
| | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | B |
| Ⅳ-2-(3) 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-(4) 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-(5) 送迎 | | |
| | ① 利用者の心身の負担とならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援を行っている。 | B |
| IV-2-(7) 建物・設備 | | |
| | ① 事業所の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。 | B |