

指定管理者評価基本調書

| 1 施設概要 | |
|--------|---|
| 施設名称 | 川口市特別養護老人ホーム(サンテピア) |
| 設置目的 | 老人福祉法第20条の5に規定する、要介護状態で常時介護を必要とし、かつ、居宅において介護を受けることが困難な老人を入所させ、養護することを目的とするもの。 |
| 所在地 | 川口市大字赤井1055番地(川口市高齢者総合福祉センターサンテピア2階・3階) |
| 構造規模 | ① 構造 鉄筋コンクリート造 地上6階 地下1階 ② 敷地面積 7,602.39㎡(全体) ③ 延床面積 14,444.48㎡(全体) ④ 施設内容 定員100人、ショートステイ20人 |
| 所管課 | 福祉部 長寿支援課 |

| 2 指定期間、選定種別、指定管理料及び利用料金収入実績 | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|--|----------------|
| 指定期間 | 令和3年4月1日から令和8年3月31日まで【5年】 | | |
| 選定種別 | 非公募 | | |
| | 選定理由 | 川口市特別養護老人ホームは、高齢者総合福祉センターサンテピア内に設置された社会福祉法の規定による第1種社会福祉事業による入所施設である。指定管理者が長年培ってきたノウハウをもとに安心安全なサービスの提供と安定的な管理運営が期待でき、更に、専門性の高い福祉介護の援助技術の提供が可能となること。また、終身または身辺自立度により福祉サービスを提供するため、施設職員が利用者との「共同生活」の中から関係を密接なものとすることによって、家族同様の信頼関係を築くことから、運営主体を数年ごとに変更してしまうことは、入所者に対するサービス低下に繋がるため非公募としたもの。 | |
| 指定管理料 及び利用料 金収入実績 【単位:円】 | 年度 | 指定管理料 | 利用料金収入実績 |
| | 平成28年～令和2年度 | 512,088,000 | 2,155,156,429 |
| | 令和3年度(実績) | 90,935,000 | 492,286,324 |
| | 令和4年度(実績) | 95,846,000 | 513,373,536 |
| | 令和5年度(予算) | 100,822,000 | |
| | 令和6年度(予算) | 105,863,000 | |
| | 令和7年度(予算) | 110,968,000 | |
| | 総 額 | 504,434,000円 | 1,005,659,860円 |

指定管理者評価基本調書

3 福祉部指定管理者候補者選定及び評価専門委員会における評価結果

| 指定管理者の概要 | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|----------------------|
| 名称 | 社会福祉法人川口市社会福祉事業団 | | |
| 所在地 | 川口市大字赤井1055番地 | | |
| 代表者 | 理事長 清水 竹敏 | | |
| 主な業種 | 福祉施設の管理運営 | | |
| 法人の目的 | 川口市が設置した福祉施設の受託管理業務を行うとともに、自ら市民の福祉ニーズに応えるため、福祉施設を設置運営することを目的とする。 | | |
| 法人の事業 | <p>指定管理者として20事業の管理運営を川口市より委託され、併せて障害者相談支援センター及び地域包括支援センターの7事業を受託するとともに、自主経営事業として13事業を運営している。</p> <p>1 受託経営事業</p> <p>(1) 川口市特別養護老人ホーム、ショートステイ (2) 川口市養護老人ホーム (3) 川口市ケアハウス (4) 川口市立南平児童センター (5) 川口市老人福祉センター(安行・神根・芝・新郷・仲町たたら荘) (6) 川口市老人デイサービスセンター(横曽根、新郷、芝、芝南、鳩ヶ谷れんげそう) (7) 川口市社会福祉センター(神根福祉センター) (老人デイサービス事業、地域活動支援センター事業、ボランティア活動支援事業) (8) 川口市生活介護きじばと (9) 川口市就労継続支援きじばと (10) 川口市障害者相談支援センターきらり (11) 川口市地域包括支援センター (神根、新郷、芝伊刈、西、鳩ヶ谷東部、新郷東地域包括支援センター)</p> <p>2 自主経営事業</p> <p>(1) 川口市老人福祉センター(本町、芝中央、南平、前川たたら荘) (2) 川口市やすらぎの家(並木、元郷やすらぎの家) (3) 川口市居宅介護支援事業(横曽根、新郷、芝、鳩ヶ谷、神根居宅介護支援事業所) (4) 川口市生活介護夢工房 (5) 鳩ヶ谷福祉センター</p> | | |
| 役員の状況 | 理事長1名 常務理事1名 理事8名 監事2名 評議員11名 | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>専門委員会 における 評価点数</td> <td>平均評価点数 3.6</td> </tr> </table> | 専門委員会 における 評価点数 | 平均評価点数 3.6 |
| 専門委員会 における 評価点数 | 平均評価点数 3.6 | | |

指定管理者評価基本調書

【評価結果】

川口市特別養護老人ホームについて、川口市指定管理者制度運用指針に基づき、福祉サービスの基本方針や組織の運営管理など4分野15項目(75点/名)について、4名の選考委員が5段階評価を行った結果、合計300点満点中213点、平均評価点数は5点満点中3.6点であった。

項目ごとの評価結果は、以下のとおりである。

I「福祉サービスの基本方針と組織」について

基本方針、経営理念が明文化され、職員に周知されている点や、中・長期的なビジョンと計画が明確にされており、計画が適切に作成されている点に関する項目について、平均して4点の評価であった。

II「組織の運営管理」について

感染対策や事故防止等のマニュアルを作成し、定期的に内部研修を行っていること、また、災害に備えた避難訓練等が定期的実施されている点等、安全管理に関する項目について、平均して4点の評価であった。

III「適切な福祉サービスの実施」

サービスの質の向上のため自主点検表をもとに定期的な評価を行い、各会議において課題分析を実施、利用者のケアプランは各種専門職員が月に1回見直しをしている点など、サービスの質の確保の項目について、平均して4点の評価であった。

IV「適切な処遇の確保」

各項目についての平均点は3.3～3.5の評価であり、高評価はなかったが、期待どおりの効果であった。

【評価表(評価項目)】

[特別養護老人ホーム]

| 区 | 種 | 評価項目 | A | B | C | D | 合計 |
|----------------|----------------|----------------------------|----|----|----|----|-----|
| 福祉サービスの基本方針と組織 | 理念・基本方針 | 理念、基本方針が確立されているか | 4 | 5 | 4 | 3 | 16 |
| | | 理念や基本方針が周知されているか | | | | | |
| | 計画の策定 | 中・長期的なビジョンと計画が明確にされているか | 4 | 5 | 4 | 3 | 16 |
| | | 計画が適切に策定されているか | | | | | |
| | 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者の責任が明確にされているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| | | 管理者のリーダーシップが発揮されているか | | | | | |
| 組織の運営管理 | 経営状況の把握 | 経営環境の変化等に適切に対応しているか | 3 | 4 | 4 | 3 | 14 |
| | 人材の確保・養成 | 人事管理の体制が整備されているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| | | 職員の就業状況に配慮がなされているか | | | | | |
| | | 職員の質の向上に向けた体制が確立されているか | | | | | |
| | | 実習生の受け入れが適切に行われているか | | | | | |
| | 安全管理 | 利用者の安全を確保するための取り組みが行われているか | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| | | 施設の維持管理が適切に行われているか | | | | | |
| | 地域との交流と連携 | 地域との関係が適切に確保されているか | 3 | 4 | 3 | 3 | 13 |
| | | 関係機関との連携が確保されているか | | | | | |
| | | 地域の福祉向上のための取り組みを行っているか | | | | | |
| 適切な福祉サービスの実施 | 利用者満足度の向上について | 利用者満足度の向上に努めているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| | | 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されているか | | | | | |
| | サービスの質の確保 | 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われているか | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 |
| | | 個々のサービスの標準的な実施方法が確立しているか | | | | | |
| | | サービス実施の記録が適切に行われているか | | | | | |
| | サービスの開始・継続 | サービス提供の開始が適切に行われているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| | | サービスの継続性に配慮した対応が行われているか | | | | | |
| | ケアプランの策定 | 利用者のアセスメント(課題分析)が行われているか | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 |
| | | 利用者に対する適切なケアプランが策定されているか | | | | | |
| | 情報公開・個人情報の保護 | 個人情報の管理が適切に行われているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| 適切な処遇の確保 | 個別サービスの提供 | 利用者へのサービスが適切に行われているか | 3 | 4 | 3 | 3 | 13 |
| | 家族との交流の確保 | 利用者家族との交流が適切に行われているか | 4 | 3 | 3 | 3 | 13 |
| | 利用者の人権の擁護 | 利用者の人権擁護が適切に行われているか | 4 | 4 | 3 | 3 | 14 |
| 評価結果 | | | 56 | 60 | 50 | 47 | 213 |

1 評価の視点

有効性、効率性、公平性の視点から行う。
15項目、合計75点で総合的に評価する。

2 評価基準

| 点数評価 | 評価基準 |
|------------|-----------------------|
| 5:非常に優れている | 仕様に対し期待以上の大きな効果が見込まれる |
| 4:優れている | 期待以上の効果がある |
| 3:適当 | 期待どおりの効果である |
| 2:やや劣っている | 効果が薄い |
| 1:劣っている | 劣っている |

特別養護老人ホームに係る評価項目

| 評価項目 | |
|-------------------------|--|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | |
| 1 理念・基本方針 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 理念、基本方針が確立されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 理念が明文化されている。 ② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 (2) 理念や基本方針が周知されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 理念や基本方針が職員に周知されている。 ② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 |
| 2 計画の策定 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 中・長期計画が策定されている。 ② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 (2) 計画が適切に策定されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 計画の策定が組織的に行われている。 ② 計画が職員や利用者等に周知されている。 |
| 3 管理者の責任とリーダーシップ | <ul style="list-style-type: none"> (1) 管理者の責任が明確にされている。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。 ② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。 |
| II 組織の運営管理 | |
| 1 経営状況の把握 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 <ul style="list-style-type: none"> ① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 ② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 ③ 管理経費縮減の取り組みが行われている。 ④ 外部監査が実施されている。 |
| 2 人材の確保・養成 | <ul style="list-style-type: none"> (1) 人事管理の体制が整備されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 ② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 <ul style="list-style-type: none"> ① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。 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り組みが行われている。 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。 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。 <ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 |

| |
|--|
| <p>3 安全管理</p> |
| <p>(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 災害、事故、感染症などの発生時の対応について、利用者の安全確保のための体制が整備されている。 ② 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。 ③ 避難訓練等の実施を定期的に行っている。 <p>(2) 施設の維持管理が適切に行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 施設管理に関する事務の概要を明らかにした資料、マニュアル等を整備している。 ② 施設の維持管理に必要な点検、修繕が行われている。 |
| <p>4 地域との交流と連携</p> |
| <p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。 ② 事業所が有する機能を地域に還元している。 ③ 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。 <p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 必要な社会資源(関係機関・団体)を明確にしている。 ② 関係機関等との連携が適切に行われている。 <p>(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 地域の福祉ニーズを把握している。 ② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 |
| <p>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</p> |
| <p>1 利用者満足度の向上について</p> |
| <p>(1) 利用者満足度の向上に努めている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備している。 ② 利用者満足度の向上に向けた取り組みを行っている。 <p>(2) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。 ③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。 |
| <p>2 サービスの質の確保</p> |
| <p>(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 ③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。 <p>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 個々の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。 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。 <p>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 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。 |

| | |
|------------------------------|---|
| 3 サービスの開始・継続 | |
| (1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 |
| (2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 利用希望者の状態に応じたサービス選択に必要な情報を提供している。 |
| 4 ケアプランの策定 | |
| (1) 利用者のアセスメント(課題分析)が行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① ケアプランについて、多職種で検討がなされている。 |
| (2) 利用者に対する適切なケアプランが策定されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① ケアプランを適切に策定している。 ② 定期的にケアプランの評価・見直しを行っている。 |
| 5 情報公開・個人情報の保護 | |
| (1) 個人情報の管理が適切に行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 情報公開や個人情報の保護を理解し適切に行っている。 ② 情報公開や個人情報の保護について規程・マニュアル等を整備している。 |
| IV 適切な処遇の確保 | |
| 1 個別サービスの提供 | |
| (1) 利用者へのサービスが適切に行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の状態に合わせたサービスが実施されている。 ② 利用者にとって適切な介護・医療を受けさせている。 ③ 利用者の健康管理が適切に行われている。 |
| 2 家族との交流の確保 | |
| (1) 利用者家族との交流が適切に行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の家族との連携が確保されている。 |
| 3 利用者の人権の擁護 | |
| (1) 利用者の人権擁護が適切に行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の人権に配慮がなされている。 ② 利用者にとって生きがいのある生活を提供している。 |