

第三者評価結果表

施設名 オアシスはぎ園

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

【評価項目】		a	b	c	Na	判断の理由
1 理念・基本方針						
(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。	○				理念が明文化されていることが、経営基本方針・事業計画・パンフレット等の文書で確認され、施設内の掲示にも明示されていたので、a評価とした。
2	理念に基づく基本方針が明文化されている。	○				基本方針が明文化され、事業計画への記載や施設内に掲示がされており、内容も法人の理念との整合性が確保されていると思料されたので、a評価とした。
(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。	○				施設長及び職員からの聴取と職員会議録により、文書を職員に配布し、周知が図られていることが確認されたので、a評価とした。
2	理念や基本方針が利用者等に周知されている。			○		利用者懇談会や家族会で資料をもとに説明しているが、配布がされてなく、出席した以外の利用者や家族に対する周知の取り組みが十分ではないと判断したため、c評価とした。
2 計画の策定						
(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。	○				平成16年度からの5カ年計画において、法人・施設の中・長期計画が策定されていることが確認できたので、a評価とした。
2	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○				前年度の実施状況の評価をもとに、中・長期計画を踏まえた年度事業計画として具体化されていることが、施設長からの聴取と書面で確認することができたので、a評価とした。
(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。	○				計画策定にあたり、各種検討委員会における評価や職員の意見をもとに、組織的に策定されていることが、聴取と記録により確認することができたので、a評価とした。
2	計画が職員や利用者等に周知されている。			○		職員には配布と職員会議での周知が行われているが、利用者や家族には利用者懇談会等での説明にとどまり、資料が配布されていないので、c評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
3 管理者の責任とリーダーシップ						
(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。	○				各種要綱や広報等で役割と責任について表明するとともに、運営会議や職員会議等で理解を促す取り組みがされていることが、聴取と記録により確認できたので、a評価とした。
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。		○			遵守すべき法令等について、把握と理解はされているが、職員への周知や遵守のためのリスト化など具体的な取り組みが行われていないと判断したため、b評価とした。
(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り組みに指導力を発揮している。	○				質の向上に強い意欲を持ち、管理者自らの積極的な参画のもとで、各種検討委員会を通じてサービスの質の定期的分析と評価を行い、職員の意見を聞きながら組織としての取り組みに指導力を発揮していることが聴取により確認できたので、a評価とした。
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。	○				運営会議をはじめ、各種検討委員会で経営や業務等について職員の意見を聞き、利用者本位の視点で法人事務局との調整を図るなど、改善に向けた取り組みに指導力を発揮していることが聴取により確認できたので、a評価とした。

評価対象 組織の運営管理

1 経営状況の把握						
(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。	○				県老協等を通じて事業を取り巻く全国的な動向を把握するとともに、地域の民生委員や老人クラブ等との日常的な連携をはじめ、地域支援センターや居宅介護支援事業などから地域の福祉ニーズの把握が行われ、事業運営に活かされていると判断されたので、a評価とした。
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。	○				部門ごとの状況把握の資料に基づいて経営状況を分析するとともに、公認会計士の外部監査の指摘や指導を中・長期計画に反映させるなど、適正な経営に努めていることが聴取により確認されたので、a評価とした。
3	外部監査が実施されている。	○				公認会計士による外部監査を実施し、その指導や指摘を経営改善に活用していることが書面で確認されたので、a評価とした。
2 人材の確保・養成						
(1)人事管理の体制が整備されている。						
1	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	○				中・長期計画において、法人内の施設種別ごとに必要な職員の資格について目標を掲げてあり、人員体制に関する具体的なプランが確立されていると判断したため、a評価とした。
2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。			○		客観的な評価基準に基づいた人事考課が実施されていなかったため、c評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(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。		○			年次休暇の取得や時間外労働の状況がデータ化され、毎年自己申告や個別面談によって職員の意向が把握されているが、改善策を検討する仕組みがないため、b評価とした。
2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				福利厚生センターや山口県健康福祉財団の福利厚生事業に加入するとともに、法人の職員互助会により職員処遇の充実が図られていると判断したため、a評価とした。
(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。	○				経営基本方針、事業計画や中期目標において、人材育成の基本的考え方や必要な資格の取得についての具体的な目標を確認することができたので、a評価とした。
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。			○		施設全体におけるクラス別・分野別等の区分に基づいた研修計画は策定されているが、個別の職員に関する研修計画を確認することができなかったため、c評価とした。
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。			○		研修受講後の復命書の提出や職員会議における研修報告は行われているが、職員個別の研修成果に関する評価・分析・見直しを行うまでに至っていないと判断したため、c評価とした。
(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。	○				「実習受け入れ取扱い要領」に基本姿勢が明文化されるとともに、実習受け入れのプログラムや担当者も明示され、受け入れの仕組みが確立していると思料されたため、a評価とした。
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。	○				実習生の種別に配慮したプログラムを整備するとともに、学校側との覚書に基づいて実習内容の打ち合わせを行い、毎年多くの実習生を受け入れるなど、積極的な取り組みを行っていることが記録において確認されたため、a評価とした。
3 安全管理						
(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。						
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。	○				「緊急事態対応実施要綱」や「感染対策委員会要綱」等が整備され、定期的な検討会が開催されるなど、利用者の安全確保のための体制が整備されていることが、聴取と記録により確認されたため、a評価とした。
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。	○				事例を収集するとともに、「リスクマネジメント検討委員会」において定期的に評価、分析、予防策の検討を行っていることが聴取と記録により確認することができたため、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
4 地域との交流と連携						
(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。	○				利用者と地域とのかかわりについての基本姿勢が事業計画等に明示され、地域の保育園や民生委員、老人クラブ等と積極的な関わりが持たれていることが聴取で確認されたので、a評価とした。
2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○				地域住民に対して設備や備品の貸し出しを行うとともに民生委員に対して介護研修を実施するなど、地域の社会資源としての専門機能を積極的に地域に還元していることが聴取により確認されたので、a評価とした。
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。	○				「ボランティア受け入れ要領」を策定し、担当者も配置し、積極的に受け入れていることが聴取により確認されたので、a評価とした。
(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。		○			業務分野ごとに必要な機関の機能や連絡方法は把握されているものの、施設全体に向けたリスト化がされておらず、職員間での情報の共有化への取り組みが十分でない判断し、b評価とした。
2	関係機関等との連携が適切に行われている。	○				居宅介護支援事業所や支援センター、社会福祉協議会や病院、公民館と定期的に連絡をとるなど、適切な連携が行われていると史料されたので、a評価とした。
(3)地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
1	地域の福祉ニーズを把握している。	○				地域の民生委員や老人クラブ、公民館や保育園等と日常的に会議や交流を行っており、その中で地域の福祉ニーズが十分に把握されていると史料されたので、a評価とした。
2	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	○				地域住民の福祉ニーズに基づき、グループホームやデイサービス、ショートステイ事業などが事業化されたことが、聴取により確認されたので、a評価とした。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

1 利用者本位の福祉サービス						
(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り組みを行っている。	○				利用者本位の基本姿勢が、基本方針や事業計画をはじめ各種文書に明示され、施設内掲示や職員会議等を通じて職員への周知徹底が図られていると判断したので、a評価とした。
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。		○			各種マニュアルの中にプライバシー保護に関する留意事項として記載されているが、規程やマニュアルとしては策定予定とのことで、職員に周知する取り組みとしては不十分と判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2)利用者満足の上昇に努めている。						
1	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	○				事業計画において利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、本人・家族による満足度調査を実施するとともに、「満足度向上検討委員会」を設置するなど、具体的な仕組みが整備されているので、a評価とした。
2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○				満足度調査の結果について、「満足度向上検討委員会」で定期的に分析・検討を行い、改善に取り組まれていることが記録で確認できたので、a評価とした。
(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。	○				毎月利用者懇談会を開催して意見・要望を聴取し、「ご意見宝箱」を各棟およびホールに設置するとともに、現場職員による相談窓口を設置し、そのことが文書化され利用者・家族に配布されているので、a評価とした。
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。	○				苦情解決に関する規程が整備され、施設内掲示で周知するとともに、苦情解決の仕組みが十分に機能していることが聴取で確認することができたので、a評価とした。
3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。			○		事業計画において迅速な対応についての取り組みの姿勢が明示され、迅速な対応に心がけていると判断されるが、対応マニュアルが整備されていないので、c評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1)質の上昇に向けた取り組み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。	○				「評価検討委員会」を設置して定期的に自己評価を行い、今回第三者評価を受審するなど、サービス内容について評価・分析する体制が整備されていると思料されたので、a評価とした。
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。	○				「評価検討委員会」をはじめ、各種検討委員会で評価結果を分析し、職員会議等で課題の共有が図られていることが聴取により確認できたので、a評価とした。
3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○				各検討委員会で明確にされた課題を職員会議で共有し、事業計画に組み入れて改善に取り組んでいることが、記録と聴取で確認できたので、a評価とした。
(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	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。	○				個々のサービスについて各種のマニュアルを整備し、職員に周知するとともに、それに基づくサービスが提供されていることが書面と聴取により確認できたので、a評価とした。
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。	○				各検討委員会においてマニュアルの見直しについて検討する体制ができており、改訂の記録も確認できたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(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。	○				施設独自の「ケアプラン作成要領」に基づき、利用者個別の実施状況が適切に記録されていることが確認できたので、a評価とした。
2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○				法人において「個人情報保護規程」や「情報公開規程」が整備され、施設においても「ケアプラン作成要領」が策定されており、適切な記録の管理体制が確立していると思料されたので、a評価とした。
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。	○				関係職員による申し送り、カンファレンス、各種会議、パソコンの活用などにより適切に情報の共有化が行われていると思料されたので、a評価とした。
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。						
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。	○				インターネットのホームページによる情報提供をはじめ、施設サービス課長が公共施設や地域の事業所にパンフレット等を配布するとともに、見学や体験にも積極的に対応しており、必要な情報提供が適切に行われていると思料されたので、a評価とした。
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。	○				サービス開始にあたり、利用者・家族に対して契約書や重要事項説明書による説明を行い、同意を得ていることが書面で確認できたので、a評価とした。
(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。	○				他の事業所への移行にあたり、定められた引継ぎ文書により、看護・介護の両部署からサービスの継続性に配慮した引継ぎが行われていると判断し、a評価とした。
4 サービス実施計画の策定						
(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。	○				「ケアプラン作成要領」に定められた手順と様式により、計画的なアセスメントおよび定期的な見直しが行われていることが確認されたので、a評価とした。
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。	○				「ケアプラン作成要領」に基づき、本人・家族の意向を反映した個別支援計画が策定されている。計画の中に個人のニーズや課題が明示され、記録されていたので、a評価とした。
(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。	○				「ケアプラン作成要領」に基づいて関係職員による検討会議を開催し、本人・家族の意向を反映した個別支援計画が策定されていたので、a評価とした。
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。	○				「ケアプラン作成要領」に基づき、利用者・家族の意向を反映した評価・見直しを行うとともに、臨機応変の見直しも適切に行われていることが確認されたので、a評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
5 利用者の安心の確保						
(1)健康管理が適切に行われている。						
1	健康管理が適切に行われている。	○				健康管理のあり方は「看護業務方法書」に詳細に定められており、年2回の健康診断をはじめ、利用者ごとの検診項目を定めるなど、適切な健康管理が行われていると史料されたので、a評価とした。
(2)心身の変化に対する対応が適切に行われている。						
2	心身の変化に対する対応が適切に行われている。	○				嘱託医(4科)の回診をはじめ、利用者の心身の変化に対して看護師や嘱託医、協力病院により、速やかに対応できていると史料されたので、a評価とした。
(3)心身の変化に対する情報について適切に記録されている。						
3	心身の変化に対する情報について適切に記録されている。	○				利用者の心身の変化については看護日誌に記録され、必要に応じて電話や報告書で家族に連絡されているので、a評価とした。
(4)運営内容が整備され、開示が適切に行われている。						
4	運営内容が整備され、開示が適切に行われている。	○				運営内容が適正に整備されており、法人の広報誌等で積極的に開示されていると判断したので、a評価とした。