

特別養護老人ホーム 天寿荘

平成 23 年 3 月 18 日改訂

(別紙 2)

評価細目（共通項目）の福祉サービス評価結果

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

評価項目・細目		評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	㉠・b・c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	㉠・b・c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	㉠・b・c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a・㉠・c
<p>評価所見</p> <p>基本理念は人々に喜ばれ、人々の役に立ちます等の四本柱とし、介護サービスの基本精神をE K A O（笑顔・気配り・安全・おもてなし）と定め、分かりやすいロゴによる職員への意識づけを行っている。特に理念や基本方針を徹底させるため、各人に自筆ノートを作成させ、自助努力の指標とし、自己研鑽に努めさせている。また、法人のホームページを立ち上げ、施設や家族へは毎月発行の広報誌「ほっとらいん」等で周知徹底を図っている。</p>		

I-2 事業計画の策定

評価項目・細目		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。		
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	㉠・b・c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	㉠・b・c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	㉠・b・c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	㉠・b・c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	a・㉠・c
<p>評価所見</p> <p>年度ごとに事業計画を策定し、「基本理念」「基本精神」「基本方針」を明記し、各部署の取り組むべき項目を示している。また、年度末には前年度計画の検証を行い、次年度に対する短、中、長期計画の見直しを行っている。見直しに当たっては、各部署が集約した実績評価を総務課、栄養管理課、健康管理課、介護課、生活相談課の課長のミーティングで再検証し、新时期計画の策定に役立っている。</p>		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

評価項目・細目		評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-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・c
I-3-(1)-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・c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-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・c
I-3-(2)-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・c
I-3-(2)-③	管理者は、代表者とともに福祉サービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任を踏まえて、ともに取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <p>当施設の施設長は、法人の常任理事、天寿荘施設長等の事業運営のリーダーとしてその職務を全うされていることは敬意に値する。</p> <p>また、施設長（総括管理者）として、各部署の管理者を統括、組織体制の強化を図る一方、事務分掌の中で全職員の業務分掌を明記し、責任の所在を明確化している。福祉サービスの質の向上を図るため、管理シートによる評価を行っている。さらに職員の人事管理の公平を担保するため、人事、労務、財務については、専門家を委託し健全経営の指標としている。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

評価項目・細目		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。		
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-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・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価所見</p> <p>当施設は、県下に先駆け、ISOの認証を受け、年2回のサーベイランスを受審している。また受審に当たっての不適合と指摘された事項については、速やかに責任者に伝達し、サービスなどの改善に努めている。また、内部監査として、法人内の35名の内部監査委員による監査を実施し、職員自身によるマネージメントレビューも実施している。またマネージャー会議を毎月実施し利用者の推移、利用率などを把握している。</p>		

II-2 人材の確保・養成

評価項目・細目		評価結果
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	Ⓐ・b・c
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	Ⓐ・b・c
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-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・c
II-2-(2)-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・c
II-2-(2)-③	職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を取り入れている。	a・Ⓑ・c
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-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・c
II-2-(3)-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。	Ⓐ・b・c
II-2-(3)-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・c
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-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・c
<p>評価所見</p> <p>当施設は人事考課制度を15年前から導入し、SからDまでの評価を行い、適材適所の人事配置を行うほか、資格等級基準、昇格基準表によって職員のキャリアアップを図っている。また、社会労務士によるキュービックによる適正検査やコンピテンシーを用いた資質向上への取り組みは高く評価される。</p> <p>職員採用にあっては、個人特性分析(CUBIC)を活用し、本人の職場での適性を判断する資料としていることは、ユニークな発想と言える。特に当施設は外国人介護士の育成に力を注ぎ、介護福祉士の資格まで取得させ帰国させる等国際貢献の功績は高い。本年度もベトナムからの介護士を5人採用の計画を持っている。</p> <p>さらに事務、一般職員の福祉施設の特性を理解させる意味でコンピテンシーを取り入れているのも多いに自己研鑽に役立っている。</p> <p>福利厚生面にも力を入れ、有給休暇取得率も76%を超え、9日間の長期休暇を与え外国観光も容易にしている等職員のリフレッシュを図っている。また当施設では、施設独自の研究発表会を開催し「ありがとうカード」を手渡すなどして表彰し、職員の意識改革を図り入る。</p> <p>実習生の受け入れも関係機関、学校などと連携を図り、積極的に受け入れている。</p>		

II-3 安全管理

評価項目・細目		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。		
II-3-(1)-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・c
II-3-(1)-②	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。	a・㉠・c
II-3-(1)-③	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・c
<p>評価所見</p> <p>現在当施設長が、警察、消防との関係も深く、施設全般に及ぶ安全管理対策については、定期パトロールの実施、消防訓練、交通事故防止、車両管理、振り込め詐欺防止など適切なアドバイスを受けている。ヒヤリハット等の事例についてもヒヤリハット報告書を提出させ、事案の分析と検証を行い、事故の未然防止を図っている。入所者、利用者については、全員損害賠償責任保険に加入し、安心安全を補償している。</p>		

II-4 地域との交流と連携

評価項目・細目		評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a・㉠・c
II-4-(1)-②	事業所（施設）が有する機能を地域に還元している。	㉠・b・c
II-4-(1)-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。	a・㉠・c
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	㉠・b・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	㉠・b・c
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	㉠・b・c
II-4-(3)-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・c
<p>評価所見</p> <p>26年度の基本方針にも「施設機能の地域貢献」を掲げ、四季折々の行事には地区の自治会長、老人クラブ、民生児童委員、婦人会、子どもクラブ等を招聘し、地域の人と入所者の触れ合いの場を提供している。特に年1回実施している「緑一本バサー」会は盛況で、これまでの収益金約2,000万円を国際連合難民高等弁務官事務所に寄贈し、先に感謝状を贈呈されたところである。</p> <p>ボランティアの受け入れはやや低調であり、今後は各地区ボランティア協会、社会資源保存会、趣味の会等協力支援ボランティア名簿をファイル化しておき、計画的にボランティアの方々を招聘し入所者、利用者の癒しの提供も必要かと思料される。</p>		

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

評価項目・細目		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。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉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・c
Ⅲ-1-(1)-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・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-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・㉠・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。		
Ⅲ-1-(3)-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・㉠・c
Ⅲ-1-(3)-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。	㉠・b・c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	㉠・b・c
<p>評価所見</p> <p>居室割当て表を作成し、南棟、北棟の責任分担を定め、月々の行事内容、行動予定を的確に把握している。また、利用者本位の介護サービスを徹底させるため、年1回の満足度調査や3か月1回の家族を交えた担当者会議で利用者、家族の意見要望を吸収している。</p> <p>苦情処理については、苦情解決責任者、苦情受付責任者を指定し、苦情受付、解決までの一連の業務をマニュアル化している。また玄関入口や施設の見やすい場所に「意見箱」も設置している。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

評価項目・細目		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。		
Ⅲ-2-(1)-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・c
Ⅲ-2-(1)-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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	㉠・b・c
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。		
Ⅲ-2-(2)-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・c
Ⅲ-2-(2)-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・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-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・㉠・c
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・㉠・c

	Ⅲ-2-(3)-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・c
<p>評価所見</p> <p>平成15年10月に特別養護老人ホームとしては、県下に先駆けてISOの認証資格を取得し、年2回の2回の評価（サーベイランス）を受審している。評価結果は全職員に周知させ、さらなる業務改善を図っている。また、各施設の内部監査委員による部署ごとの監査を行い、改善すべき事項については、本部に報告し速やかに改善することとしている。サービスの実施状況の記録は原則パソコンで行い、記録の管理については、責任者を定め、保管、保存、廃棄について遺漏のないようにしている。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

評価項目・細目		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。		
	Ⅲ-3-(1)-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・c
	Ⅲ-3-(1)-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・c
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。		
	Ⅲ-3-(2)-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。	㉠・b・c
<p>評価所見</p> <p>利用希望者に対しては、ホームページで公開しているほか、広報誌を活用し各関係機関に配布している。サービスの量に当たっては、ケアマネージャーが中心となり、契約書の作成、利用に当たってのサービスの内容、料金、注意事項等懇切丁寧に説明し、理解を求めている。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

評価項目・細目		評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-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・c
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。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	㉠・b・c
	Ⅲ-4-(2)-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。	㉠・b・c
<p>評価所見</p> <p>利用者の心身状況、生活状況等は統一した個人ファイルのアセスメントで確認するとともに、アセスメントの定期的（3か月に1回）に見直しを行っている。サービスの実施計画に当たっては、担当ケアワーカーとケアマネージャーを連動させ、多職種（看護師、介護士、栄養士、相談員等）と協働したプラン作成を行っている。サービスの見直しは、プランの実施状況と効果を検証し、家族の意見を参酌の上行っている。</p>		

