

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 伊保庄園

評価対象Ⅰ 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	1	○				法人としての理念が明文化され、施設内に掲示されるとともに、パンフレット、広報紙、ホームページなどに記載されていることが確認できたのでa評価とした。
2	2	○				理念に基づいた基本方針が明文化され、事業計画書などに明記されていることが確認できたのでa評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				職員会議で施設長から事業計画を全職員に配布と説明を行い、施設内に掲示し常に理念や基本方針に沿った運営を心掛けていることが、資料などで確認できたのでa評価とした。
4	2	○				理念や基本方針は、利用者懇談会や家族会で説明され、利用者や家族に積極的に周知されていることが確認できたのでa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。						
5	1	○				法人としての理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画が法人と施設において策定されていることが確認できたのでa評価とした。
6	2	○	-			中・長期計画を踏まえた事業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) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				業務内容について定期的にモニタリングと評価を行い、部門別の検討会議を開催し、次年度計画を策定して組織的な取組を行っていることが確認できたのでa評価とした。
8	2	○				事業計画は全職員に配布と説明を行い、利用者・家族へも説明の機会を作るなど、周知の取組をしていることが確認できたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
3 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。						
9	1	○				施設長は年度初めや月1回の運営会議や職員会議等で自らの役割や責務について表明されていることがヒヤリング等で確認できたのでa評価とした。
10	2	○				遵守すべき法令等について各会議等で職員に対して具体的に示していることがヒヤリング等で確認できたのでa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。						
11	1	○				施設長は各種会議等で職員の仕事を把握し、常に現状の把握や課題の検討を行うなど、質の向上に指導力を発揮していることがヒヤリング等で確認できたのでa評価とした。
12	2	○				全体事業の一体化を図り、業務の効率化と改善に向けた取組を行う中で、指導力を発揮していることがヒヤリング等で確認できたのでa評価とした。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 経営状況の把握と開示						
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。						
13	1	○				各種事業や地域との会議などを通じて福祉ニーズの把握に積極的に取り組んでいることが確認できたのでa評価とした。
14	2	○				全体事業の経営状況を確認し、問題点や改善すべき課題の把握を行うなど課題を発見する取組が確認できたのでa評価とした。
15	3			○		外部監査は実施していないので、c評価とした。
16	4	○				運営内容について事業計画や決算書等の資料を求めに応じることができるよう準備し、啓発も行っていることが確認できたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
2 人材の確保・養成						
(1) 人事管理の体制が整備されている。						
17	1	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	○			法人として中長期計画に人員体制に関する基本的な考え方を示し、本施設に訓練士の採用をするなど具体的な実施が確認できたのでa評価とした。
18	2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○			平成19年度から法人として人事考課が行われていることが確認できたのでa評価とした。
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。						
19	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。	○			法人に提出する自己申告書をもとに、施設長による個別面接等が実施され、異動や研修など個々の職員の意向を把握する仕組みが構築されていることが確認できたのでa評価とした。
20	2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○			福利厚生センターへの加入を始め、球技大会や親睦会の開催、必要に応じてカウンセラーの相談体制が整備され、メンタルも含めた取組が確認できたので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。						
21	1	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	○			法人としての職員研修・研修体制計画が策定され、当施設の事業計画の中にも位置付けられていることが確認できたのでa評価とした。
22	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。	○			職員一人ひとりの研修計画が整備され、参加した研修を資質向上に活用していることが確認できたのでa評価とした。
23	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。			○	定期的に個別の研修計画の評価・見直しが十分といえ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。						
24	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。	○			実習生の受け入れに関する基本姿勢を明確にし、毎年実習指導者研修を受講し指導者の質の向上に努めるなど積極的な取組が確認できたのでa評価とした。
25	2	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○			実習担当職員が配置され、ホームヘルパー等の実習生の受け入れを行い、積極的な取組が確認できたので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組が行われている。						
26	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。	○			利用者の安全確保のマニュアルが整備され、月1回のリスクマネジメント委員会で検討協議が行われ、その内容が職員に伝えられていることが確認できたのでa評価とした。
27	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。	○			日々の朝礼での安全確認や、リスクマネジメント委員会で事例検討を行い安全確保・事故防止に関する取組を積極的に行っていることが確認できたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由									
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。															
28	1	利用者	と地域との	かかわりを	大切に	している。	○				事業計画で地域とのかかわりが明示され、園児や児童との交流や地域住民との交流を積極的に行い、地域とのかかわりを大切にしていることが確認できたのでa評価とした。				
29	2	事業所	が有する	機能を	地域に	還元	している。		○		事業計画に地域福祉の拠点としての姿勢が明示され、施設機能や物品の貸し出し、外部での講習会への講師派遣などを行っているが、地域に対しての施設機能の利用についてPR等の働きかけが十分とはいえなかったためb評価とした。				
30	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に関する事項が事業計画に位置づけられ、指針が整備され態勢が確立していることが確認できたのでa評価とした。		
(2) 関係機関との連携が確保されている。															
31	1	必要な	社会資源	を明確	に	している。	○				利用者のサービスの向上につながるよう、地域の関係機関・団体のリストが整備され、情報の共有についても取り組まれていることが確認できたのでa評価とした。				
32	2	関係機関	等との	連携が	適切	に	行	わ	れ	て	いる。	○		地域の関係機関や団体との連絡会や勉強会には積極的に参加し情報交換や連携を深める努力が図られていることが確認できたので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。															
33	1	地域の	福祉	ニーズ	を把握	している。	○				市社協や地区社協、共同募金会、地域の福祉事業所との定期的な連絡会議への参加など、具体的な福祉ニーズの把握に努めていることが確認できたのでa評価とした。				
34	2	地域の	福祉	ニーズ	に基づく	事業・活動	が	行	わ	れ	て	いる。	○		地域ニーズとして把握した通所介護事業所を開設し本施設が総合的に高齢者支援ができる体制整備を行うなど、地域のニーズに基づく活動が行われていることが確認できたのでa評価とした。

評価対象Ⅲ 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。																		
35	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。	○			事業計画に基本的人権への配慮や身体拘束廃止・高齢者虐待防止の取組について明示され、職員会議や職場内研修など組織内で共通の理解をもつための取組が行われていることが確認できたのでa評価とした。
36	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。	○						プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、職員会議や職場内研修で職員間に周知する取組が積極的に行われていることが確認できたのでa評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の向上に努めている。						
37	1	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	○			事業計画に利用者満足度の向上について明示され、利用者満足度調査の定期的な実施、利用者満足を把握する目的の利用者懇談会、家族会が開催されていることが確認できたのでa評価とした。
38	2	利用者満足度の向上に向けた取組を行っている。	○			利用者満足度調査等で把握された内容を分析・検討し、改善内容の掲示や利用者懇談会などで伝えるなど、満足度の向上について具体的な取組がされていることが確認できたので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。						
39	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。	○			事業計画に相談や意見を述べやすい体制の確保が明示され、施設内に意見箱を2ヶ所設置するとともに、介護職員や生活相談員が日常での利用者からの相談対応に当たっていることが確認できたのでa評価とした。
40	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。	○			苦情解決の窓口、担当者、第三者委員が配置され、苦情解決の仕組みを説明した資料の施設内掲示や、利用者懇談会や家族会等での周知が積極的に行われていることが確認できたのでa評価とした。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			利用者からの意見等に対応するマニュアルが整備され、その要望等に関して速やかに利用者または懇談会等を通じて対応していることが確認できたのでa評価とした。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。						
42	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。	○			評価に関する担当部署・担当者を決め、年2回の自己評価を行う取組が組織的に行われていることが確認できたのでa評価とした。
43	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。	○			運営会議等で第三者評価や自己評価を分析・検討し、その結果や課題を文書化し、職員に周知・共有化していることが確認できたのでa評価とした。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			課題について、職員間で分析・検討し、改善策を立て必要に応じて事業計画等へ反映されていることが確認できたので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。						
45	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具体的なマニュアルや指針が整備され、職場内の研修等で共有化を図り、サービスが実施されていることが確認できたのでa評価とした。
46	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。	○			標準的な実施方法について、定期的に開催される職員会議やサービス内容検討委員会等で検証し、必要に応じて見直しを行う体制が整備されていることが確認できたので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。						
47	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。	○			利用者一人ひとりのサービスの実施状況が介護記録や看護記録として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。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			個人情報保護並びに情報の開示に関する規程が整備され、事務分掌で担当者を決め、適切に保管管理し、管理体制が確立されていることが確認できたのでa評価とした。
49	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。	○			日常的な朝礼や引継ぎ、申し送りなどの他、ケース検討会議や、職員会議等で組織的に情報の共有を図っていることが確認できたので、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。						
50	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。	○			事業所を紹介したホームページが作成され、パンフレットを居宅介護支援事業者をはじめ地域にも配布していることがヒヤリング等で確認できたのでa評価とした。
51	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。	○			入所契約時には、契約書、重要事項説明書等資料で説明する他、利用者にもわかりやすいリーフレットを活用しながら、説明と書面による同意を得ていることが確認できたので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。						
52	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。	○			退所等の引継ぎ時にはサマリーによる情報提供を行い、サービスの継続性に配慮した取組が確認できたので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。						
53	1	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○			サービス開始前後のアセスメントは統一された様式で実施されていることが確認できたのでa評価とした。
54	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。	○			アセスメントの内容に基づき、サービス場面ごとのニーズや課題を記載した施設サービス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) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。						
55	1	サービス実施計画を適切に策定している。	○			サービス実施計画の策定責任者が配置され、ケアプラン検討委員会では利用者や家族の意向を踏まえ、施設長を含めた他職種で検討・確認する体制が確立していることが確認できたのでa評価とした。
56	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。	○			サービス内容のまとめを毎月整理し、6ヶ月ごとにサービス実施計画の評価見直しを行っていることが確認できたのでa評価とした。