

# 第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム ハートホーム中央

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>					
<b>(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。</b>					
1	1		○		
<p>(特に評価が高い点) 特になし</p> <p>(改善が求められる点) 理念・基本方針等について、職員や利用者の家族は勿論であるが、利用者にも周知されるよう期待する。</p>					
<b>2 経営状況の把握</b>					
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>					
2	1		○		
3	2	○			
<p>(特に評価が高い点) 特になし</p> <p>(改善が求められる点) 法人全体の経営課題並びにその達成目標を明確にして施設経営に取り組んでいるが、併せて施設の経営課題及びその達成目標もより明確にすることを期待する。</p>					
<b>3 事業計画の策定</b>					
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>					
4	1			○	
5	2			○	
<b>(2) 事業計画が適切に策定されている。</b>					
6	1		○		
7	2			○	
<p>(特に評価が高い点) 特になし</p> <p>(改善が求められる点) 中長期計画の策定、事業計画の策定に関する職員の参画、事業計画等の利用者への周知を期待する。</p>					

【 評 価 項 目 】		a	b	c	Na
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組					
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。					
8	1 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。		○		
9	2 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。		○		
(特に評価が高い点) ISO9001を取得し、その品質管理を通じて福祉サービスの質の向上に向けた取組を行っている。					
(改善が求められる点) 特になし					

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### 1 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。

10	1 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。		○		
11	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。		○		

#### (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

12	1 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	○			
13	2 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。		○		

(特に評価が高い点)  
法令順守等服務規程を「職員ハンドブック」にまとめ、職員が常時確認できるように配慮している。

(改善が求められる点)  
施設長自らの役割と責任を含む職務分掌等について文書化し、役割の不在時の権限移譲等を明らかにすることを期待する。

### 2 福祉人材の確保・養成

#### (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

14	1 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。		○		
15	2 総合的な人事管理が行われている。	○			

#### (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

16	1 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。		○		
----	-------------------------------------	--	---	--	--

#### (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	○			
----	---------------------------	---	--	--	--

【 評価項目 】		a	b	c	Na
18	2		○		
19	3		○		
<b>(4) 実習生の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。</b>					
20	1		○		
<p>(特に評価が高い点) 人材育成に努め、エンダーメンター制の採用、法人主催の定例研修会の開催、業務成熟度アンケート、人事考課等を実施している。</p> <p>(改善が求められる点) 職員一人ひとりに応じた研修計画の作成を期待する。</p>					

<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
21	1		○		
22	2	○			
<p>(特に評価が高い点) ISO9001取得による定期的な監査や会計事務所による財務チェックにより、公正かつ透明性の高い経営・運営の為の取り組みを行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					

<b>4 地域との交流、地域貢献</b>					
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
23	1		○		
24	2	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
25	1		○		
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
26	1	○			
27	2		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<p>(特に評価が高い点) 毎月、「はあとカフェ」(地域会議)で講演会等を開催し、施設が有する機能を地域に還元している。</p> <p>(改善が求められる点) ボランティアの受け入れを行うだけでなく、職員や施設利用者が地域行事等に参加するなど地域に出向く取り組みも行われ、地域との相互交流となることを期待する</p>					

**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					
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>					
28	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。	○			
29	2 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。		○		
<b>(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。</b>					
30	1 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	○			
31	2 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	○			
32	3 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	○			
<b>(3) 利用者満足の向上に努めている。</b>					
33	1 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		○		
<b>(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>					
34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	○			
35	2 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。		○		
36	3 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。		○		
<b>(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</b>					
37	1 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	○			
38	2 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	○			
39	3 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<p>(特に評価が高い点)            利用希望者への情報提供がHPやパンフレットなどで、写真や図を使って分かり易いように工夫している。</p> <p>(改善が求められる点)            利用者満足に関する調査等の実施など、積極的取り組まれることを期待する。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
<b>(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。</b>					
40	1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	○			
41	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>(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</b>					
42	1 アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	○			
43	2 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
44	1 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点)            福祉サービスの提供状況の記録は「ネットカルテ」という施設内ネットワークで管理し、職員間で情報共有する仕組みが確立している。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし</p>					