

第三者評価結果表

施設名 救護施設 聖和苑

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ホームページ、施設内文書に記載され、施設内に掲示されており、理念から法人の目指す方向性や社会的使命を読み取ることができたので、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、職員の行動規範となる具体的な内容を読み取れたので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				理念や基本方針は、職員の採用時に説明され、毎朝の朝礼時の唱和、月1回の職員会議でも全職員で確認しており、積極的な周知への取組が確認できたので、a評価とした。
4	2			○		理念や基本方針は、施設内に掲示し、利用者との会合やミーティング等で説明しているが、文書として利用者に配布していないので、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。						
5	1		○			平成22年から26年まで、組織の理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画が策定されているが、定期的な計画の評価・見直しが行われていないので、b評価とした。
6	2	○				中・長期計画の内容が反映された事業計画が策定されていることが確認されたので、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1		○			業務内容については、部門別の各委員会を年3回程度開催し、次年度計画の策定につなげているが、関係職員や利用者等の意見を取り込むような手順が組織として定められていなかったため、b評価とした。
8	2		○			各計画は職員に文書を配布し、職員会議、ミーティング等などで説明しており、利用者には、施設内への掲示、担当者を通しての説明を行っているが、利用者への理解を促す取組としては十分とは言えないので、b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、毎朝の朝礼や月1回の職員会議等で開設当初からの思いや制度の流れなど自らの役割や責務について表明していることが聞き取られたので、a評価とした。
10	2		○			遵守すべき関連法令等について施設長自らが各種会議に出席し、職員会議等でも職員に対して具体的に示しているが、法令をリスト化し職員に周知する取組としては十分とは言えないので、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。						
11	1	○				施設長は、ケア会議や各種委員会、職場内研修の機会を通して、事業所全体のサービスの質の向上に十分な指導力を発揮していることが確認されたので、a評価とした。
12	2	○				毎月の収支状況や半期ごとのコスト分析を実施し、業務の簡素化・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聞き取られたので、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	○				全国並びに中四国地区救護施設協議会、山口県内の連絡協議会、地域の関係機関等との関わりを通じて、福祉需要の動向、福祉サービスの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	○				毎月及び半期毎の収支状況の確認により経営状況を分析し、併せてケア会議や各種委員会での改善課題への取組、職員への意識付け等が確認できたので、a評価とした。
15	3		-	○		外部監査が実施されていないので、c評価とした。
16	4	○				運営内容については、施設内に掲示されており、法人のホームページにおいても、情報発信を積極的に行っているため、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。						
17	1		○			法人において必要な人材や人員体制についての具体的なプランが確立されているが、それに基づいた計画的な人事管理が十分とは言えないので、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。			○		人事考課が実施されていないので、c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。	○				職員の年休や公休などの就業状況並びに時間外労働などを定期的にチェックし、把握した結果について改善する仕組みがあることが確認されたので、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。	○				山口県健康福祉財団へ加入するとともに、職員の健康保持や余暇活動の充実を図る等、総合的な福祉厚生事業を実施していることが確認できたので、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。	○				法人の業務管理規程の中に職員教育の基本姿勢が明示さ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り組みが行われている。			○		職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育及び研修計画が策定されていなかったため、c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。			○		職員の研修後の成果について定期的に評価・分析が行われていなかったため、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マニュアルがあり、実施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。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。		○			学校側と連携を図り、実習生受け入れマニュアルを用意しているが、種別に配慮されたプログラムとはいえなかったため、b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。						
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ための各種対応マニュアルが整備され、職員間や関係機関との支援体制の構築がなさ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。	○				事故報告書・ヒヤリハット報告書を基に各種委員会の中で事例検討を行い、利用者の安全確保に関する取組を積極的に行っていることが確認されたため、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。						
28	1	利用者地域とのかわりを大切にしている。	○			事業報告書で幼稚園との七夕行事、園庭の奉仕作業での交流活動、地域の自治会との卓球・インディアカスポーツ交流が確認でき、聞き取りでも地域の祭りやふるさと祭りでのバザーなど利用者と地域との関わりが伺えたので、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。	○			基本方針や事業計画に施設機能の地域開放が明示され、物品(バザー用)や公用車(バス)の貸し出し、高齢者の会食サービス、栄養士による講話など、地域に対しての積極的な支援活動が確認できたので、a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。		○		ボランティアの受け入れに関するマニュアルはあるが、ボランティアに対する研修体制等が整備されていなかったため、b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。	○			利用者のエコマップを作成しており、地域の関係機関・団体のリストが整備され、職員間での情報の共有が行わ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。	○			地域の医療機関や福祉事務所、社会福祉協議会、保護施設連絡協議会との定期的な会合等に積極的に参加し、利用者のサービスに関する具体的な課題や事例検討が行わ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。	○			社会福祉協議会の理事会、施設主催の会食サービスを通しての民生委員・児童委員、福祉員、地域ボランティアとの交流の中で、具体的な福祉ニーズの把握に努めていると判断できたので、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。	○			福祉ニーズに基づき、地域の独居高齢者、障害者への会食サービス事業を実施していたので、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。	○			法人の理念や運営方針に、組織として利用者を尊重するという基本姿勢が明示され、身体拘束禁止や虐待防止に関する勉強会・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されたので、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ており、利用者の居室の整備に関して工夫は見られるが十分とはいえなかったため、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。						
37	1		○			利用者満足度の上昇を目指した指針があり、生活担当者会議を定期的開催しているが十分とはいえないので、b評価とした。
38	2		○			利用者の満足度等について利用者の生活担当者が個別に聴取しているが十分とはいえないので、b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		○			利用者が相談したい場合にはどの職員でも対応できるような支援体制があり、施設内に食事要望箱を設置しているが、利用者に伝えるための文書等の工夫が十分ではなかったため、b評価とした。
40	2	○				苦情解決の窓口、担当者、第三者委員等の受付体制や処理手続きが明示され、利用者にも周知し、結果の公表もさ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応するマニュアルが整備され、その要望等に関して迅速に対応していると判断されたため、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り組みが組織的に行われている。						
42	1	○				定期的に第三者評価を受審し、毎年施設独自の自己評価も行っている。評価内容に関しては職員会議や委員会で課題の分析・検討を行うなど、組織的に行われていると判断されたため、a評価とした。
43	2	○				自己評価について部門毎に分析・検討し、その結果やそれに基づく課題が上がっており、ケアカンファレンス等でも職員間での課題の共有化がされていると判断されたため、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。
(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	○				給食、保健、生活等、個々のサービスについてのマニュアルが整備されており、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ため、a評価とした。
46	2		○			標準的な実施方法について、定期的開催される職員会議や種別委員会のミーティング等で検証しているが、必要とされる見直しが行われていなかったため、b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。	○			個々のケース記録等で、個別支援計画に基づいた利用者一人ひとりの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。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			個人情報保護規程が整備され、職員に対しては守秘義務の遵守が周知されており、適切な管理が確認できたので、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。	○			日常的な申し送りの他、月1回の職員会議やケアカンファレンス等の内容が職員間で共有され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や広報誌を作成し情報提供を行っているが、公共施設等へのパンフレットの配布など十分な対応ができていないので、b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。	○			サービス開始時には、入所者の心得を基に、利用者には丁寧にわかりやすく説明し、同意を得ていることが聞き取りで確認できたので、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。						
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。	○			サービス終了後には、関係機関と連携し、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。	○			アセスメントは事業所独自の統一された様式で実施されており、定期的な見直しの時期と手順も書面にて確認できたので、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。	○			アセスメントに基づき、サービス場面ごとのニーズや課題を記載した個別支援計画が策定されていることが書面で確認できたので、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、ケアカンファレンスでは、利用者の担当者などで横断的に検討・確認する体制が確立し、実際に機能していることが確認されたので、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。		○		サービス実施計画の見直しについては、定期的にモニタリングを行い評価を行っていることが書面で確認できたが、利用者の意向把握や同意を得るための手順等に関して十分とはいえないと判断したので、b評価とした。