

第三者評価結果表

施設名 ケアハウスゆうわ苑

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	1					法人の理念が、明文化され、法人としての使命が確認できたので、a評価とした。
2	2					理念に基づく基本方針が、明文化されているので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1					理念を職員に配付し、事務所に掲示し、また、朝礼にて唱和するなど理解を促す取り組みが十分と判断し、a評価とした。
4	2					利用者掲示板に貼り出したり、利用者へ配付を行っているが、説明等の機会が少ないと判断し、b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					ケアハウス5ヵ年計画が策定されているが、内容が十分でないとして判断し、b評価とした。
6	2		-			各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していないと判断し、c評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1					職員の参画のもとで行われているが、組織的な取り組みまでには至っていないと判断し、b評価とした。
8	2					職員に事業計画を配付するなどの配慮は感じられるが、利用者への周知については、工夫が十分でないとして判断し、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 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。					各会議等で自らの役割を表明し、また、広報誌においても表明している事が確認できたので、a評価とした。
10	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。					管理者は、各研修会に積極的に参加し、また、職員に対し、遵守すべき法令等を周知するための、研修会を開催しているため、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 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。					サービスの質の現状について、管理者による評価・分析が十分でないと判断し、b評価とした。
12	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。					経営企画会議で、経営の効率化を図っているが、管理者自ら、業務改善に向けた具体的な取り組みが、十分でないと判断し、b評価とした。

評価対象 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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					社会福祉全体の動向や地域の状況は、把握しているが、十分でないと判断し、b評価とした。
14	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。					経営状況の把握・分析がなされていることは確認できたが、課題を発見する取り組みが十分でないと判断し、b評価とした。
15	3 外部監査が実施されている。					外部監査を実施していないので、c評価とした。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					決算内容について、広報紙に掲載しているため、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 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。					有資格者の採用と、資格取得の奨励を勧めているが、人事管理の方針や、具体的なプランが、確認できなかったため、c評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。					人事考課の目的や、意義・基準を職員に明確にし、実施していると判断し、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。					職員の意向を把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築は、十分でないと判断し、b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。					退職共済に加入しているが、総合的な福利厚生事業がないと判断し、b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。					研修計画はあるが、職員の教育・研修に関する組織としての基本姿勢が、明文化されていなかったため、c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。					研修計画はあるが、職員一人ひとりの職員に対する基本姿勢に沿った、教育・研修計画ではなかったため、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。					研修の復命をし、レポートを作成して、その発表を職員会議で行っているが、評価・見直し、次回に反映されているまでには、至っていないと判断し、b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。					実習生は受け入れてはいるが、受け入れに関する基本姿勢が、明文化されていないため、c評価とした。
25	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。					受け入れマニュアルは確認できたが、業種別に配慮したプログラムを用意するなどの、積極性が十分でないと判断し、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。					緊急時対応マニュアルなど、施設独自のものが十分でないと判断し、b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。					事故対策・リスク委員会で検討されているが、施設全体では十分ではないと判断し、b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					理念に基づき、施設で交流行事を積極的に行われているだけでなく、地域行事にも積極的に参加するなど、かかわりを大切にしていると判断し、a評価とした。
29	2					広報紙を月1回発行し、地域にも配布している。また、相談所の開設や小学生の体験学習の受け入れなど、積極的に取り組んでいると判断し、a評価とした。
30	3					ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されていなかったため、c評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1					関係機関を掲示しているが、職員間での情報の共有化が十分でないと判断し、b評価とした。
32	2					民生委員を定期的に訪問する等の連携には取り組んでいるが、課題や事例について検討されておらず、積極的でないと判断し、b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					福祉ニーズを把握する為の努力は行っているが、施設の独自性が十分でないと判断し、b評価とした。
34	2					地域の認知症、高齢者を支援するためのデイサービスを検討しているが、あくまでも、法人としての運営予定で、苑独自の事業・活動としては十分でないと判断し、b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。						
35	1					言葉づかいの大切さを重視し、個別的サービスを尊重されている。また、身体拘束や虐待防止についても、積極的に勉強会を開き、周知徹底を図っていることが見受けられたため、a評価とした。
36	2					プライバシー保護に関する規程や、マニュアルが確認できなかったため、c評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
37	1 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。					利用者代表者会議の実施や、匿名性の高い利用者アンケートを実施され、積極的に利用者の声を拾われていると判断し、a評価とした。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					匿名性の高いアンケート調査を実施しているが、向上に向けた取り組みが十分でないとして判断し、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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。					利用者用意見箱を設置し、相談窓口を掲示してあるが、施設としての環境整備が十分でないとして判断し、b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。					苦情解決の仕組みはあるが、独自性が低く、十分に機能していないとして判断し、b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。					対応マニュアルは整備されているが、迅速な対応とをいえず、また、記録にも不備な点が見受けられたので、b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 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。					評価基準に基づいた自己評価を行っているが、PDCAのサイクルが機能する体制としては、十分でないとして判断し、b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。					自己評価は行っているが、ケアハウスとしての課題の明確化が十分でないとして判断し、b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。					課題に対する改善策・改善計画を検討しているが、具体的な取り組みには至っていないとして判断し、b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、マニュアルの整備はされているが、他施設のものが多く、必ずしも施設の実情を反映していないので、b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。					作業手順書の定期的な検証はしているが、必要な見直しを行っていないとして判断し、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。					利用者一人ひとりの記録が、適切かつ丹念に記録されていることを確認したので、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。					管理体制が確立され、職員にも徹底されていると判断し、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。					3ヶ月に1回ケアカンファレンスを行っている。また、日々の状況については、申し送りノートで対応し、情報を共有していると判断し、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。					パンフレットを作成し配布している。また、ホームページを作成し、施設情報が閲覧できるようになっているので、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。					サービスの開始時に利用者家族に対して、重要事項等の説明がされており、それが書面に残され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。					退所時の身体情報のサマリーのみであり、サービスの継続性としては十分でないと判断し、b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。					統一された様式に従ってアセスメントが実施され、定期的な見直しが行わ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。					利用者一人ひとりの具体的なニーズや、課題が明示された個別支援計画があ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。					利用者一人ひとりのサービス実施計画の策定にあたって、組織での体制が確立しており、実際に機能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。					モニタリングに基づき3ヶ月に1回、ケアカンファレンスでプランの見直しを行っているため、a評価とした。