

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 松 寿 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	○				明文化された理念が施設内に掲示され、事業計画書・パンフレットに記載され、ホームページでも紹介されていることを確認するとともに、その内容は法人の使命・役割を反映していると判断したので、a評価とした。
2	2	○				明文化された基本方針が施設内に掲示され、事業計画書・パンフレットに記載されている。さらに、ホームページでも紹介されていることを確認したので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				職員は毎日の朝礼時、法人の理念及び方針を具体化した「ご利用者への誓い」を唱和し、施設長は4月の全職員会議や新任職員研修を通じ、職員に周知徹底を図っていることが確認できたので、a評価とした。
4	2	○				理念・基本方針は利用者及び家族の目に触れやすい形で各ユニットに掲示されている。さらに、入所時に理念・方針を明示した「入居の手引き」を配布し説明を行っていることや、入苑者懇談会で説明がなされる等、周知に努め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	○				施設の課題や問題点を明らかにし、課題や問題点解決に向けた中・長期計画が確認できたので、a評価とした。
6	2	○	-			中・長期計画の内容を反映した事業計画が確認できたので、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				あらかじめ定められた時期・手順に基づいて計画が策定され、実施状況については毎月の危機管理委員会・主任会議で把握されていることが確認できたので、a評価とした。
8	2	○				4月の職員会議時、全職員に計画書を配布し施設長が周知を図っている。また、利用者には入所時及び3ヶ月毎のケアプラン見直し時に個別説明を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
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	○				事務分掌に明示されている。さらに、毎日の朝礼及び各種会議で自らの役割と責任を明らかにし、職員からも信頼されていることが確認できたので、a評価とした。
10	2	○				関連法令がリスト化されている。その上、施設長は積極的に研修や勉強会に参加し、各種会議等を通じて職員に周知していることが確認できたので、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	○				施設長は毎年1回、施設運営における自己評価を行うとともに、各責任者が行うサービスごとの自己評価を確認し、必要な指示を行っている。さらに、職員アンケートを行い課題を明確にするとともに、施設長自ら質の向上に向けての研修を積極的に受けていることが確認できたので、a評価とした。
12	2	○				施設長は毎月開催する危機管理委員会・主任会議において経営・労務・業務の現況及び課題把握・分析を行い、必要に応じて指示をだしている。さらに、新任職員研修・介護業務専門研修会等の講師を自ら務めていることも確認できたので、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	○				施設長は、全国老人福祉施設だより・研修等を通じ社会福祉事業全体の動向を把握している。さらに、山口県老人福祉施設協議会・山口県デイサービスセンター協議会の役員であることから県下の情報・動向をいち早く把握している。そして、周南圏域老人施設懇談会にも出席し地域の実情も把握していることが確認できたので、a評価とした。
14	2	○				経営状態は月単位でまとめられ、危機管理委員会・主任会議において現状分析・課題発見を行い、必要に応じて改善していることが確認できたので、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	○				施設内掲示板に事業報告書・貸借対照表・収支計算書が掲示されていたので、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	○				「標準職員配置表」を作成することにより、必要な人材や人員体制を把握し、具体的な人事管理を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
18	2 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○				定期的に人事考課を実施し、その結果をフィードバックすることにより、職員の能力開発につなげている。さらに、考課結果を賞与支給時に反映し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。	○				時間外勤務データや有給休暇の消化率を毎月集計し把握している。さらに、職員アンケートや人事考課結果のフィードバックを通じて職員の意向・意見を把握し、人員体制や業務改善に役立っ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。	○				福祉医療機構・山口県健康福祉財団・中小企業退職共済制度の退職金制度に加入している。さらに、福利厚生センターの実施する福利厚生事業の積極的な活用及び施設内福利厚生委員会が企画する日帰り旅行・忘年会等が実施され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。	○				「職員就業管理マニュアル」に職員の教育・研修の基本方針が明記してあることから、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。	○				職員アンケートを通じて職員一人ひとりの研修希望を把握するとともに、個別職員の力量を把握し外部研修参加計画をたてている。さらに、職員一人ひとりの教育・研修計画表を作成し、毎年1回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。
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。	○				研修会参加者は研修報告書を提出し施設内会議や研修会で復命発表を行っている。最終的に職員研修参加状況一覧表に結果をまとめ、職員一人ひとりの教育・研修計画の見直しがされていることが確認できたので、a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。	○				「施設外部対応マニュアル」において基本姿勢を明示し、受け入れに関する連絡窓口、手順、プログラム等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り組みを行っている。	○				職種別に実習生の標準的研修プログラムを用意し、その上で学校側と実習内容を調整し、実習生を受け入れていることが確認できたので、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。	○				事故予防・感染症予防・防災等のマニュアルが整備され、緊急連絡体制整備及び委員会を毎月開催する等、利用者の安全確保のための体制が確認できたので、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。	○				ヒヤリハット報告を基に要因分析・対応策の検討を行っている。さらに、危機管理委員会において対応策に対する評価を毎月行っている。また、介護業務専門委員会において研修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
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	○				地域との関わりが「施設外部者対応マニュアル」に掲げられ、施設内外の行事・活動を通じ地域との関わりが確認できたので、a評価とした。
29	2	○				施設見学・職場体験希望者及び介護実習生の受け入れ、家庭介護者セミナーや認知症予防教室を開催している。さらに、各種講習会等へ施設職員を派遣したり、施設広報誌を市役所他、地域の主要機関に配布していることが確認できたので、a評価とした。
30	3	○				基本姿勢が「施設外部者対応マニュアル」に掲げられ、担当者も定めてある。さらに、毎年1回ボランティア会議を開催する等、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。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1	○				「関係者・関係機関一覧表」を整備し、各室責任者が管理している。そして、必要な時に必要な人が活用できる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。
32	2	○				地域の関係機関・団体とネットワークを構築し、定期的な連絡会の開催はないものの、日常的に連携をとっ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	○				施設長は市内福祉関係機関及び協議会の役員・委員を務め、職員も市内介護支援専門員協議会の事務局長を務めている。そこで、地域福祉ニーズに関する情報収集・意見交換を行い、ホームページにも質問コーナーを設けていることが確認できたので、a評価とした。
34	2	○				ショートステイ、通所介護、居宅介護支援等の在宅サービスを実施し、家庭介護者セミナー・認知症予防教室を開催し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	○				法人理念・施設基本方針・職員の行動規範に基本姿勢が明示され、介護業務専門研修会において研修をし、個人別サービス手順書により具体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。
36	2	○				「施設サービス提供管理マニュアル」に基本姿勢及び各場面での具体的な対応方法が明示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
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
37	1	○				「施設サービス提供管理マニュアル」に基本姿勢が明示され、入苑者懇談会・意見箱の設置・施設生活便宜改善アンケート調査・嗜好調査・介護相談員の巡回を通じて利用者満足を把握していることが確認できたので、a評価とした。
38	2	○				入苑者懇談会・介護相談員の巡回・アンケート調査結果をサービス担当者会議で分析・検討し、ケアプランに反映し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	○				意見箱を施設内に4ヶ所設置している。さらに、施設便宜改善アンケート調査及び嗜好調査を実施し、施設相談員・ケアマネによる意見聴取も行っている。また、外部から施設相談員や苦情受付担当者の巡回相談を受け入れる等、多種・多様な取り組みが確認できたので、a評価とした。
40	2	○				「苦情解決体制」を施設内4ヶ所に掲示している。そして、苦情申し立て者には必ずフィードバックし、1年間の苦情内容を事業報告書に掲載し公開していることが確認できたので、a評価とした。
41	3	○				「苦情解決業務規程」により迅速かつ適切に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) 質の上昇に向けた取り組みが組織的に行われている。						
42	1	○				「自主的内部自己点検」及び「自己評価」を管理者及び各室責任者が毎年1回実施していることが確認できたので、a評価とした。
43	2	○				評価結果を管理者及び各室責任者で分析し、課題を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。
(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	○				標準的な実施方法は「施設サービス管理マニュアル」に示され、「個人別サービス提供手順書」に基づいて利用者一人ひとりの実施方法を示している。さらに、利用者各人の生活リズムを考慮した「24時間シート」に基づいたサービスが提供されていることが確認できたので、a評価とした。
46	2	○				毎月開催される委員会で、意見を聴取・積み上げ、毎年1回定期的に見直しを行う仕組みが確立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。	○			ケース記録で適切に行わ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。		○		個人情報の管理体制は確立されているが、文書管理に関する規程がない為、b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。	○			ホームページ・パンフレット・施設だより・施設見学にて対応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。	○			契約書・重要事項説明書において同意を得ている。さらに、利用者にわかりやすく説明するための「入居の手引き」を作っていることが確認できたので、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。	○			事例はないが、「施設サービス提供管理マニュアル」において手順等を明らかにし、体制が整えら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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」に手順が明示され、施設が定めた書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。
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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」に手順が明示され、施設が定めた書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。	○			ケアプランで確認できたので、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。	○			介護支援専門員を責任者とし、介護・看護・管理栄養士等、部門を横断した関係職員で合議の上、利用者及び家族の意向を反映したプランが確認できたので、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。	○			入所後1ヶ月、その後は3ヶ月ごとに評価・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。