

# 第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム オアシスはぎ園

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>						
<b>(1) 理念、基本方針が確立されている。</b>						
1	1 理念が明文化されている。	○				法人の理念「その人らしさを大切に」を施設の理念とし、施設内に掲示し、また施設案内などにも明示されている。
2	2 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○				理念に基づく基本方針は運営重点目標として3項目が明文化されている。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1 理念や基本方針が職員に周知されている。		○			基本方針の周知のために全職員に理念が記載されている「事業団やまぐち」などを配布しているが、周知が十分ではない。
4	2 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		○			玄関に掲示するとともに家族会や懇談会等で資料を基に利用者や家族に説明しているが、配布はしておらず、十分に理解されているとは言い難い。
<b>2 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>						
5	1 中・長期計画が策定されている。	○				法人の方針を受け、中長期計画として5ヶ年計画を策定している。
6	2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○	-			中長期計画に沿って5項目の目標を掲げ、目標を具体化した年度事業計画が策定されている。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1 計画の策定が組織的に行われている。	○				相談員を中心に職員の意見を吸い上げ、それに基づき計画を策定し、計画の評価も行われている。
8	2 計画が職員や利用者等に周知されている。		○			職員および利用者・家族に対して文書や口頭で説明はしているが、配布はしていないため周知が十分ではない。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>						
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>						
9	1	○				業務分掌表及び組織表において、役割と責任を明示し、運営会議や職員会議などで表明されている。
10	2		○			職員会議などで遵守すべき法令等について情報の提供を行うと共に、職員の研修参加を積極的に推進しているが、法令等のリスト化はされていない。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	1		○			各種会議等を通じて質の向上に向けた努力はしているが、サービスの質の向上の継続的な取組および評価・分析という点では十分ではない。
12	2		○			業務の効率化に向けて各種委員会などで指導を行ってはいるが、必要な人員が確保できていない状況もあって業務改善の結果に結びついていない。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1	○				老施協、北浦地区特別養護老人ホーム部会、地域民生委員や老人クラブ、保育園等との日常的な連携、また在宅介護支援センター及び居宅介護支援センターから情報収集を行う等、全国的及び地域的な動向の把握に取り組まれている。
14	2	○				経営状況の把握・分析は法人本部が行い、それに基づき課題解決に向けた取組が行われている。
15	3			○		外部監査は実施していない。
16	4		○			決算等運営内容をホームページや法人機関誌などに掲載し公表に努めているが、ホームページの更新がタイムリーにできていない。
<b>2 人材の確保・養成</b>						
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>						
17	1		○			法人本部の「人材の育成と確保」の方針に基づいて実施しているが、プラン通りの人材確保ができていない。

【 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。		○			基準に基づき人事考課を行っているが、評価の客観性という点で十分ではない。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。	○				職員個々が就業状況や意向を、年に一度「自己申告書」によって施設長に提出し、それに沿って施設長が面談を行い、その結果が改善に結びつけられている。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				福利厚生センターや山口県健康福祉財団の福利厚生事業に加入するとともに、法人の職員互助会による健康増進等も図られている。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
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「職員研修実施要綱」に基本姿勢が明示されている。
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。		○			職員の経験年数や職種等に応じた研修を行っているが、職員個々の教育・研修計画は策定されていない。
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。		○			研修終了後、復命書の提出、また職員会での報告が行われている。研修内容については、職員個々の研修履歴カードによって管理し、研修データとして管理しているが、データの評価・見直しが十分ではない。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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。	○				「実習生受け入れ取り扱い要領」に受け入れの基本姿勢やプログラム、担当者等が明文化されており、受け入れ体制が整備されている。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				実習内容の事前打ち合わせを行い、各専門職が実習内容にあった実習指導が出来るように体制を整えている。毎年、看護・ヘルパーなど多くの実習生を積極的に受け入れており、今後に備えて介護福祉士実習の受け入れ体制が整備されている。
<b>3 安全管理</b>						
<b>(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。</b>						
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。		○			「緊急事態対策実施要綱」「感染対策委員会要綱」など安全確保のためのマニュアルを整備し、責任と役割を明確にした安全確保の体制は整備されているが、マニュアル等の見直しと職員への周知が十分ではない。
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。		○			事例を収集し、評価、分析、予防策の検討を行っているが、要因分析と対応策の検討が十分とはいえず、対策が図れていないケースもある。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>4 地域との交流と連携</b>						
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1	○				隣接する保育園との共催行事での地域住民との交流や地域の中学校からの職場体験の受け入れ、更には施設職員が地域の行事にボランティアとして参加する等、地域とのかかわりが積極的に行われている。
29	2	○				アクアデイサービス等の地域支援事業を実施するとともに、施設機能をグランドゴルフやコーラスグループ等の地域の団体に開放、提供するなど、積極的に地域に還元されている。
30	3	○				「ボランティア受け入れ要綱」を策定し、担当者を配置する等体制を整備しボランティアを積極的に受け入れている。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1		○			連携が必要な事業所等のリスト化はされているが、その機関の機能や役割等を職員間で十分に把握・共有するまでには至っていない。
32	2	○				居宅介護支援センター、在宅介護支援センター等の関係機関および団体と定期的・適時に情報交換や会議を行っている。更に、地域包括支援センター及び萩市と連携をとり、虐待事例の利用者を積極的に受け入れている。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1	○				地域連絡会議等への出席や地域行事への参加を通じて、地域住民の福祉ニーズを把握するための取組が積極的に行われている。
34	2	○				ショートステイサービス、アクアデイサービスや、災害時における緊急短期入所の受け入れ体制を担うなど、地域の福祉ニーズに基づく活動・事業が実施されている。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>						
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>						
35	1		○			「職員行動規範」により具体的に利用者を尊重してサービスの提供について明示しており、職員会議、各部会での会議において周知徹底を図っているが、共通理解のための取組が十分とは言えない。
36	2	○				個人情報保護規程を策定し、マニュアル等にプライバシー保護に関する留意点を記載しており、職員には職員会議・ミーティングなどにより周知が図られている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の向上に努めている。</b>						
37	1		○			「満足度向上委員会」を設置して本人・家族による満足度調査を実施している。また、月に1回懇談会を行い意見を聞く機会を設けているが、あまり意見の収集がされておらず、仕組みとしては十分とはいえない。
38	2		○			満足度向上委員会で定期的に分析等を行っているが、分析結果に基づいての具体的な改善・取組、特に言語コミュニケーションが困難な利用者への対応が十分ではない。
<b>(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>						
39	1		○			利用者との懇談会や意見箱の設置等により意見を述べやすい環境は整えているが、自ら訴えることが困難な利用者への対応が十分ではない。
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。
41	3		○			担当制をとって利用者の意見に対して迅速に対応が出来るよう努めているが、個別対応に終わり組織として共有できていない場合があり十分ではない。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。</b>						
42	1	○				毎年、法人による自己評価、利用者・家族満足度調査を行う等体制が整備されている。なお、山口県福祉サービス第三者評価も平成18年、21年に続いて3回目の受審という点も評価できる。
43	2		○			各種委員会で評価・分析しているが、分析結果による課題の文書化、共有化が十分ではない。
44	3		○			課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>						
45	1	○				サービスについては、標準的なマニュアルが策定されており、それに基づいて個々のサービスが提供されている。
46	2		○			サービスの検証やマニュアルの改訂が定期的ではなく、仕組みとしては十分ではない。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>						
47	1		○			利用者一人ひとりの記録等の書面をLANによって一括管理し、ケアプラン作成要綱に基づき利用者毎のサービス実施状況を記録しているが、記録内容が十分ではない。
48	2	○				法人の個人情報保護規程及び情報公開規程に基づいて管理体制が整備されている。
49	3	○				各種関係職員間による申し送り、会議、カンファレンス、LANの活用により、情報の共有化が図れている。
<b>3 サービスの開始・継続</b>						
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>						
50	1		○			施設案内やホームページにより必要な情報の提供に努めているが、ホームページはタイムリーな情報の更新ができておらず、最新情報が提供できていない。
51	2	○				利用者・家族に契約書や重要事項説明書で説明し、同意を得ている。特に、利用料や苦情受付については、別に資料を作成し、わかりやすい説明が心がけられている。
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>						
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。
<b>4 サービス実施計画の策定</b>						
<b>(1) 利用者のアセスメントが行われている。</b>						
53	1		○			利用者の身体状況や生活状況を正確に把握する為に、ケアプラン作成要領・栄養ケア計画作成要領に定められた手順に従い、計画的アセスメントを行っているが、評価や再アセスメントに至っては十分ではない。
54	2	○				「個別支援計画」に利用者毎の個別のニーズに対する目標およびサービス内容が明示されている。
<b>(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。</b>						
55	1	○				ケアプラン作成要領に基づき、本人、家族の意向を反映した利用者一人ひとりのサービス実施計画が、多職種でのカンファレンスを経て策定されている。
56	2	○				定期的、適時にサービスの実施計画の評価・見直しが行われている。