

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 共 通 版 】 H27年4月1日改定

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|---|-----------------------------------|------------------|
| Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| | Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>法人の基本理念および施設の基本方針は園内各所に掲示し、広報誌・パンフレット・ホームページに記載され、社会復帰の促進や自立に向けた援助を行うことが明示されている。基本方針は、職員の行動規範となるような具体的な内容となっており、「鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領」と合わせて、毎月職員会議時の輪読や毎朝朝礼での唱和、基本理念縮小版の配布等により周知を図るとともに、本部の階層別研修でテストを実施し周知の状況を確認している。また、利用者・家族への周知は、家族会や利用者の集会において周知を行っているが、地域も含めた周知状況の確認はなされていない。利用者・家族・地域への理念や基本方針の周知度を客観的に把握し、その度合いを継続的に高めていくための取組が望まれる。</p> | | |

Ⅰ-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|------------------|
| Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| | Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>福祉業界全体については事業団本部が中心となってネット、県、コンサル会社等から情報収集して動向を把握するとともに、県老協、県社会福祉経営者協議会等の主催する研修会に積極的に参加し、事業経営をとりまく環境の情報収集に努めている。また、県すこやか長寿プラン2015、第6期鹿児島市介護保険事業計画など、県や市の策定した福祉事業計画の情報収集を行い、福祉ニーズの分析を行っている。病院の地域連携室、地域包括支援センター等との連携も行われており、これらの取組を通して潜在的なニーズを把握し地域包括ケアのネットワーク構築を推進することが期待される。</p> | | |
| | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>施設の経営状況（利用率、収支差額率、経費率等）については、本部主導で、各施設の課長以上がメンバーとなって各年度策定する法人の経営計画の中で目標数値を掲げ、それに対する評価、分析等を行い、役員へも説明されている。また、高齢者福祉・介護業界を取り巻く現状や毎月の職員会議で月次分析の報告を行い、増収策も含め課題等の検証を職員参画のもとで実施している。「養護老人ホームのあり方」検討会で今後の施設のあるべき姿を検討中であり、この取組の中で経営課題の解決・改善に向けた、より具体的な取組を期待したい。</p> | | |

Ⅰ-3 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|--|---------------------------------------|------------------|
| Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| | Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>法人・施設の理念や基本方針の実現に向けて「鹿児島県社会福祉事業団経営計画」を策定し、中・長期的な目標を明確にして定量化を図ることで、実施状況の評価が行えるよう工夫されている。また、行動計画も具体的に策定され、年度ごとに進捗状況を把握するとともに、必要に応じて見直しを行っている。成果を出すためのプロセスを指標化し、行動計画の効果を評価する仕組みが構築されれば申し分ない。</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>「鹿児島県社会福祉事業団経営計画」に明示された中・長期目標にもとづいて単年度の事業計画が作成され、目標や成果を定量化することで、実施状況の評価が行えるよう工夫され、具体的な行動計画に落とし込まれている。中・長期計画と同じように、成果を出すためのプロセスを指標化し、行動計画の効果を評価する仕組みが構築されれば申し分ない。</p> | | |
| I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>法人事業計画の基本方針に基づき、中・長期計画をふまえながら、養護老人ホーム・訪問介護・デイサービスそれぞれに、正規職員中心に事業計画の反省を責任者が集約し次年度の事業計画を作成し、職員会議において説明がなされ、結果の回覧もなされている。事業計画のより効果的な実施に向けて、職員の理解や周知の状況を客観的に把握し、年度途中での実施状況の把握・見直しへの積極的参加を図るなど、より職員の主体性を高める仕組みの構築を期待したい。</p> | | |
| | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者には年度初めの利用者集会（お茶会・誕生者会）において、家族に対しては家族会において、計画書をそのまま配布し事業計画の説明を行っている。利用者・家族のより積極的な参加を促進する観点から、利用者の理解や周知の状況を客観的に把握し、理解度をさらに高める仕組みの構築を期待したい。</p> | | |

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

| | | |
|---|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| I-4-(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。 | | |
| | I-4-(1)-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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>「鹿児島県社会福祉事業団福祉サービス評価」に基づき、年1回、利用者アンケートと職員の自己評価からなる施設内サービス評価を行うとともに、定期的に第三者評価を受審している。その結果については、副園長が中心となって分析し職員への周知を図るとともに、改善が求められた事項に対する取組状況の検証も行われている。これらの取組をより効果的にすすめるために、職員自己評価と利用者アンケートのそれぞれの結果を対比し時系列の変化を把握することで、サービスの質の向上に向けた課題を明らかにする取組を期待したい。</p> | | |
| | I-4-(1)-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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者アンケートと職員の自己評価からなる施設内サービス評価の結果は、副園長が中心となって分析し職員への周知と職員間の共有が図られているが、充分機能しているとは言い難い。多職種参加による分析と改善策の有効性を検証する仕組みを構築し、課題が職員間で充分共有され、改善計画が事業計画へと反映されることを期待したい。</p> | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | Ⅱ-1-(1)-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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>年度最初の職員会議において1年間の施設運営の方向性を含めた所信表明を行うとともに、年度途中でも職員会議等、機会あるごとに経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。年1回発行される機関紙においても、管理者として自らの役割と責任について表明している。また、災害時や不在時も含めた園長の役割と責任を含む職務分掌が作成され、会議や研修においてその周知も図られている。</p> | | |
| | Ⅱ-1-(1)-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。 | a・Ⓑ・c |
| <p>評価概要</p> <p>県経営協や県社協、各種別協等が主催する各種経営者セミナーに参加するなどして遵守すべき法令等の幅広い理解に努めるとともに、年度初め・年末に事務局が発出する「服務規律の厳正確保、事務の改善について（通知）」に従い、自らの行動を規律している。また、当該通知について、職員会議等において職員に周知している。例えば法令順守の実施状況を内部監査項目に盛り込むなど、コンプライアンスの周知度合いを客観的に把握する取組がなされれば申し分ない。</p> | | |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | Ⅱ-1-(2)-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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>機会あるごとに利用者との面談の機会を設け、その結果等も踏まえて、担当支援職員と個別に意見交換等を行いながら、サービスの質に関する課題を把握するとともに利用者支援に対する姿勢や考え方について指導を行っている。また非常勤も含む全ての職員との個別面談に時間をかけ、サービスの質の向上を目的とした的確な指示を行っている。サービスの質の向上のためには職員の資質向上が最重要対応と考え、職員に対して資質向上のための様々な研修会への参加を促すとともに、職場内研修の充実も図っている。</p> | | |
| | Ⅱ-1-(2)-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。 | a・Ⓑ・c |
| <p>評価概要</p> <p>経営状態の月次分析の結果を職員会議の議題とし施設の現状について職員への周知を図るとともに、「養護老人ホームのあり方に関する検討会」を開催し法人本部と協働しながら、今後の自施設の「あるべき姿」の具現化に努めている。有休の取得の促進や時間外の低減を図るとともに、ヘルパーの人員増やコミュニケーションの改善、PHSでのナースコール対応など働きやすい職場環境の整備に導力を発揮している。これらの取組をより効果的に進めるために、職員の意識形成の状態を把握するための取組がなされれば申し分ない。</p> | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| Ⅱ-2-(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。 | | |
| | Ⅱ-2-(1)-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。 | a・Ⓑ・c |
| <p>評価概要</p> <p>必要な福祉人材に関する基本的な考え方は明確にされているが、人員体制については現在は配置基準がベースとなっており、国の方向性も明確にされていないため具体的な計画にまでは落とし込まれていない。正規職員の採用については法人本部の管轄の為、施設としての基本的な考え方・具体的な職種と人員及びその理由を明確にし、本部ヒアリングで要望を伝えている。</p> | | |

| | | |
|--|---|---------|
| | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>級別標準職務表や「鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領」を策定し、あるべき職員像を明確に示している。しかし、人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）は職員等に周知されておらず、人事基準にもとづく職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等の評価は行われていない。これからの社会動向・業界動向を考慮すると、人材の確保・育成に向け法人本部主導のもとで、評価・育成・処遇が連動した納得性の高い総合的な人事管理システムの早急な構築が望まれる。</p> | | |
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | |
| | Ⅱ-2-(2)-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り組んでいる。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>事業団組織規則により労務管理の責任体制を明確にし、労務に関する様々なデータで就業状況を把握している。短時間勤務や子の看護休暇などによる子育て支援、有給休暇取得の促進、ヘルパーの人員増やコミュニケーションの改善、PHSでのナースコール対応など働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、正規職員・契約職員については人事考課前に、非常勤職員については就労意向の確認の際に面談を行っている。メンタルヘル스에配慮した定期的な職員との面談等の取組がなされれば申し分ない。</p> | | |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | |
| | Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>「級別標準職務表」や「鹿児島県社会福祉事業団職員倫理綱領」を策定し、組織の期待する職員像を明確に示して、それぞれの職員が1年間の能力開発の目標を定め、その目標に基づき研修等に参加し、年度終了後には目標達成度の確認を行っているが、年度途中での進捗状況の確認や面接等については実施していない。職員個々の効果的な育成に向けて、職種毎の職能レベルに応じたスキルマップを作成することで「期待する職員像」をより具体的に示し、期首・中間・期末の面接を制度化するなどして、職員の能力開発への自主的な取組意欲をさらに高める取組を期待したい。</p> | | |
| | Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>「期待する職員像」は、普遍的なものとして「倫理綱領」を、必要とされる専門技術や専門資格は「職員研修規定」で明示し、中長期および事業計画にもとづき教育・研修が実施されている。年度途中においては復命報告・職場内研修（受講者が職員へ伝達する研修）の結果により評価し、更に年度末に職員研修報告書で年間の評価を実施している。年度計画は各部署から要望を収集し、重点方針明確にして優先度を検討し決定している。研修結果を定量的に把握し、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行う仕組みが構築されれば申し分ない。</p> | | |
| | Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>多くの職員が研修に参加することができるよう、自ら企画して研修に参加するシステムを導入している。また新任職員については、勤務記録をつけさせ、それをもとに専任職員によるOJTを実施している。個別の職員の知識、技術水準等を把握したうえで、それぞれの経験や習熟度に配慮した個別的なOJTや、それぞれの職務で必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修の実施が望まれる。</p> | | |
| Ⅱ-2-(4) 実習生等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。 | | |
| | Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>「次世代の福祉サービスを担う人材を育成する」という目的を事業計画に明示し職員への周知を図るとともに、実習生本人には「実習生心得」によるオリエンテーションを実施するなど積極的に受け入れ、学校側との連携については、意見交換会に参加する等の工夫を行っている。より効果的な実習に向けて、マニュアル等の充実や専門職種の特性に配慮したプログラムの整備、実習指導者研修の実施が望まれる。</p> | | |

II-3 運営の透明性の確保

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|------------------|
| II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | |
| | II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>ホームページで、基本理念や基本方針、事業計画や事業報告、財務諸表、苦情の受付や処理状況など、必要な情報公開を行っている。また地域に向けては、園の活動等の取組を「寿光園だより」等により広報している。しかし、法人の理念や園の基本方針などの説明はない。「養護老人ホームのあり方」検討会の結果を踏まえ、事業所の地域における存在意義や役割を地域の一般住民に積極的に情報発信し、社会福祉法人の社会的責任を果たす取組の強化に期待したい。</p> | | |
| | II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | (a) ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>事業所における事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌と権限・責任は、経理規程・組織規則・事務分掌等を整備し、年度初め・年末の職員会議等で職員に周知している。必要に応じて、法人本部のネットワークを活かし、顧問弁護士、公認会計士、経営コンサルタント等の助言を受けることができる。監査関係については、毎年法人本部による内部監査を行うとともに、2年に1回、公認会計士による外部監査が行われている。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|------------------|
| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| | II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>地域との関わり方についての基本的な考え方は、事業団基本理念および慈眼寺寿光園の理念・基本方針に明記している。これからの社会福祉法人のあり方を踏まえ、併設の高齢者福祉作業所を、寿光同好会、東・南町内会、フラクラブ、お子様キッズ、俳句同好会、薩摩狂句同好会、相撲基句会などの地域の活動に開放し、これらの活動に利用者も参加するなど多様な地域との交流が定期的に行われている。利用できる社会資源や地域の情報を掲示板で提供するだけでなく、鹿児島市の広報誌や「リビングがごしま」を利用者に配布するなど積極的に情報提供することで、地域における社会資源の利用を推奨している。これらの取組に利用者に参加される際の、職員・ボランティアが支援を行う体制が整備されれば申し分ない。</p> | | |
| | II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>ボランティアについては、5団体程定期的な受入れを行い、和田小学校の吹奏楽部については学校教育への協力の一環として、演奏とともに利用者との交流を行っている。受入れにあたってはマニュアルを整備し、事前のオリエンテーションを行っている。ボランティア受入れに対する基本姿勢を明文化したうえで、利用者の社会参加・社会復帰に向けて様々な支援を行えるボランティア育成の取組を期待したい。</p> | | |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| | II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・ (b) ・c |
| <p>評価概要</p> <p>施設として連携が必要な社会資源についてはリストを作成し、広報活動や情報提供等に活用している。必要な社会資源については、それぞれの担当職員が把握し支援に活かしているが、職員会議等での共有化は図られていない。関係機関、団体との連携については、個々のケースに応じて鹿児島市長寿支援課、地域包括支援センター、保健所等と協働しながら対応している。</p> | | |

| | | |
|--|--|---------|
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>施設が管理する老人福祉作業所のスペースを、使用規程を作成して地域住民に開放し、自治会の会合や踊り・園芸・楽器演奏などの趣味の同好会、子育て支援、PTA活動の場として日常的に活用されている。施設の専門性を活かして、園芸同好会に毎月介護方法や認知症ケア、食事に関する研修を実施したり、地域の住民から高齢者福祉や介護に関する相談を受けて、その都度丁寧に対応している。また地域住民からは園庭整備の奉仕作業やお菓子の差し入れを受ける等の日常的な交流が継続されている。施設のありたい姿や存在価値を明確にし、それに沿った地域活性化やまちづくりへの貢献が期待される。</p> | | |
| | Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>施設は住宅街の一角に設置されており、地域の人々に高齢者の施設として周知されている。地域の人からは高齢者の介護方法や認知症ケア、介護保険等に関する相談や施設見学の希望も随時寄せられており「鹿児島県社会福祉事業団サービス相談窓口」を設置して丁寧に対応している。行政や包括支援センター、医療機関との連携も図られており、具体的な福祉ニーズの把握に繋がっているが、計画的な事業、活動の展開までには至っていない。</p> | | |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| | Ⅲ-1-(1)-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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者を尊重の姿勢は、「法人の基本理念」「職員倫理綱領」「施設の理念」「基本方針」に明記されている。理念は施設内4か所に掲示すると共に毎日の朝礼時に輪読し、利用者の尊重や基本的人権への配慮については職場内研修の実施や支援会議、引き継ぎ時の振り返りや意見交換を実施して周知に努めているが、定期的に状況の把握・評価を行う取組が見られない。今後は、定期的に職員アンケートや意識調査を実施するなど工夫して、状況の把握・評価等を行い、その結果に基づいた対応の取組が望まれる。</p> | | |
| | Ⅲ-1-(1)-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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者のプライバシー保護や人権の擁護については、「倫理綱領」に明記され、具体的な支援方法は「支援業務マニュアル」で整備して、職員会議や支援会議で研修や支援の振り返りを実施して周知を図っている。また、毎日の連絡会議でも身近な事例で意見交換する等共通の認識を深めている。施設は昭和59年に改築され居室は2人部屋となっているが、カーテンの設置やベッドの配置を工夫したり、また利用者の相談や面接は人目に付かない安心して話せる場所を確保する等、プライバシーの保護に細かに配慮している。居室の名前の表示や面会、広報誌の写真掲載、居室に入る際の事前承諾等、プライバシーの保護や個人情報の取扱いについては利用者や家族に丁寧に説明して確認し、意向に添って対応している。利用者のプライバシー保護及び権利擁護に関する規程・マニュアルを整備し、規程・マニュアルに基づいた福祉サービスの実施が望まれる。</p> | | |
| Ⅲ-1-(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。 | | |
| | Ⅲ-1-(2)-① 利用者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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>法人の理念や目標、実施している福祉サービスの内容等を、写真やイラストを使用して判り易く記載したパンフレットや情報誌「寿光園だより」を包括支援センターや市町村、医療機関に置いてもらい、また法人全体のホームページでも紹介して、利用希望者や地域の人に施設の理解とサービス利用の選択に資するように努めている。利用希望者や民生委員、福祉団体等の施設の見学にも、判り易く丁寧に対応しているが、自らの情報の提供が十分なものであるかを利用者視点で検証する取り組みが望まれる。</p> | | |
| | Ⅲ-1-(2)-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。 | (a)・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>サービスの開始にあたっては、利用者や保護者に対して「重要事項説明書」や「利用契約書」「入所のご案内」「寿光園入所者の心得」で、具体的なサービスの内容や園での約束事、利用料等を判り易く丁寧に説明し同意を得ている。利用者の特性上、「入所のご案内」「寿光園入所者の心得」については、大きな活字で判り易い言葉で作成してあり、入所後も忘れて理解が十分でない利用者に対しては繰り返し優しく説明する等、一日も早く安心した生活が営めるように対応している。</p> | | |
| | Ⅲ-1-(2)-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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>家庭への復帰は少なく、殆んどが特別養護老人ホームやグループホームへの移行である。移行に際しては、利用者や家族の意思を確認しながら、「看護連絡票」に基本情報や生活の状況、健康状態等を記載し、情報交換の場で説明も行う等サービスの継続に努めているが、移行に伴う標準的な手順と引き継ぎ文書の定めや利用終了後の利用者や家族に対し、その後の相談方法や担当者について記載した文書の整備が望まれる。</p> | | |

| | | |
|--|--|---------|
| Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上向上に努めている。 | | |
| | Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者の意見や要望は、日々のケアや個別面談、「お茶会」での対話で把握して改善に努めている。利用者のアンケート調査や嗜好調査を実施しており、結果の内容や分析結果を職員会議で検討し、「お茶会」や「家族会」で要望や意見を聞きながら改善を図って利用者の満足の上向上に努めているが、改善の検討の場に利用者の参画が無いので、利用者も参加しての検討会議の設置等が望まれる。</p> | | |
| Ⅲ－１－（４） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | |
| | Ⅲ－１－（４）－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>苦情解決の体制は重要事項に明記され、実施要領も「苦情解決対応規程」で整備されている。苦情解決の仕組みについては玄関ホールに掲示する共に、利用者には「お茶会」のなかで判り易く説明する等、周知を図っている。出された苦情や意見は規定に添って適切に処理され、その経緯は「苦情受付経過記録」に記録されている。苦情処理の結果は、利用者や第三者委員、法人本部にも報告している。今後、その仕組みがどの程度周知され、機能しているかを把握する取組が望まれる。</p> | | |
| | Ⅲ－１－（４）－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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用開始時に相談や意見を述べる体制の説明を行い、その後は日常的な言葉かけや寄り添いに努めて相談や意見を述べやすい関係づくりに努めている。相談窓口や意見箱の設置、プライバシーに配慮したスペースを確保するなど利用者を尊重した姿勢で対応している。出された意見や相談は処遇日誌や日々の引き継ぎ、支援会議で情報を共有し迅速な対応に努めており、結果は利用者にも報告している。受付から対応の状況、結果までの経緯は適切に記録して全員で共有しているが、これらの体制が利用者視点で十分機能しているかを確認する取組が望まれる。</p> | | |
| | Ⅲ－１－（４）－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。 | a・(b)・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者から出された相談や意見は処遇日誌や日々の引き継ぎ、支援会議で情報を共有し、職員会議や支援会議、連絡会で検討を行い迅速に対処しており、結果は利用者にも報告している。相談や意見の対応は、「相談・苦情対応規程」に準じて同様の体制で対応しているが、規定の定期的な見直しは行われていない。体制をより効果的なものとする観点から適宜、規定の見直しが望まれる。</p> | | |
| Ⅲ－１－（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。 | | |
| | Ⅲ－１－（５）－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。 | (a)・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>安心・安全な福祉サービスの提供を行うためにリスクマネージャーを配置し、事故防止対策委員会を設置して体制を整備している。「寿光園におけるリスクマネジメント」でリスク毎に事故発生時の対応や安全確保の具体的な手順を整備している。また、ヒヤリハットや事故の事例を収集して発生の要因の分析や改善策、防止策について文献も活用して研修や検討を実施して周知を図っている。また、リスクマネージャーを中心に日常的に施設の構造や設備安全確保策の実施状況や実効性について点検や見直しを行っている。なお、事業団経営計画に基づき、法人全体の「事故対応マニュアル」を作成中である。</p> | | |
| | Ⅲ－１－（５）－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。 | (a)・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>感染症対策委員会を設置して感染症の予防や発生時の対応の体制を構築している。疾病ごとの具体的な対応を「感染症予防マニュアル」で整備し、感染症の予防策や発生時の対応について嘱託医による施設内研修を年2回実施しており、併せて外部の研修にも参加して周知を図っている。また、利用者に対しても嘱託医を講師に健康講座を年2回開催して衛生や感染症予防の留意点や、うがいや手洗いの励行を指導している。マニュアルは年1回定期的に見直して実効性の高い内容になっている。</p> | | |

| | |
|---|-------|
| Ⅲ-1-(5)-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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>災害時の対応については、「寿光園の防災規定」で火災や地震、風水害、不審者対応の災害を想定した体制を整備しており、消防署や自治会と連携した消防訓練を年2回実施している。また、施設独自でも避難訓練を毎月実施するとともに、通報や消火器の取扱い、救急方法の研修や、非常食提供訓練も実施して周知を図っている。自動通報装置やスプリンクラーは設置され、連絡網も整備されている。災害発生時の水や食料はメニュー及びリストを作成して備蓄しており、卓上コンロ、懐中電灯、ラジオ等も整備している。</p> | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|---|-------|---------|
| Ⅲ-2-(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。 | | |
| Ⅲ-2-(1)-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。 | a・Ⓑ・c | |
| <p>評価概要</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法については、「支援業務マニュアル」で食事、入浴、トイレ、移動、お茶用給湯器等、項目ごとに具体的に整備している。実施の方法については、支援会議、職員会議での研修や日常的にの支援の振り返りや意見交換を行って周知を図り、利用者の尊重や権利擁護、プライバシー保護に配慮した支援を実施している。福祉サービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているか確認する取組が望まれる。</p> | | |
| Ⅲ-2-(1)-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。 | a・Ⓑ・c | |
| <p>評価概要</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法を定めた「支援業務マニュアル」は、全職員が必携しており、利用者や職員からの意見や提案を考慮しながら支援会議で随時、内容を見直しして、実態に沿った実効性のある内容に整備しているが、標準的な実施方法の検証や見直しの時期、その方法等の定めが望まれる。</p> | | |
| Ⅲ-2-(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。 | | |
| Ⅲ-2-(2)-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。 | Ⓐ・b・c | |
| <p>評価概要</p> <p>利用開始時に利用者本人、家族、市町村、医療機関等からの情報を聴取し、規定のアセスメントシートに整理して情報を共有している。アセスメントで得た情報を基に利用者及び家族の意向を確認しながら利用者本位の自立支援計画を策定しており、改善目標、支援の方法等が具体的に定められている。サービスの実施に際しては、利用者には改善の目標や意義を丁寧に説明して理解と同意を得た後、支援を開始しており、計画内容や支援の状況は関係職員が「処遇日誌」で情報を共有している。原則6か月毎に関係職員がモニタリングを実施して、利用者のモチベーションを高めながら更なる改善に向けた支援の体制が構築されている。また、利用者の緊急な状態の変化に対しては、随時、計画の見直しを行い実態に沿った支援計画を策定している。</p> | | |
| Ⅲ-2-(2)-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・c | |
| <p>評価概要</p> <p>自立支援計画は原則6か月毎に関係職員によりモニタリングを実施して、利用者のモチベーションを高めながら更なる改善に向けた支援の体制が構築されている。また、利用者の緊急な状態の変化に対しては、随時、計画の見直しを行い実態に沿った支援計画を策定している。</p> | | |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| Ⅲ-2-(3)-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。 | a・Ⓑ・c | |
| <p>評価概要</p> <p>利用者の開始時のアセスメントから個別支援計画に基づく支援の実施状況、モニタリング等の状況は規定の様式に具体的に記録されている。記録は関係職員全員が回覧して情報の共有と連携を図り、利用者に対して共通の支援体制でケアや改善に努めているが、共有の状況を把握する仕組みの整備が望まれる。</p> | | |
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | Ⓐ・b・c | |
| <p>評価概要</p> <p>利用者に関する記録の管理は「個人情報保護規定」で責任者が定めており、プライバシー保護や権利擁護の観点から漏えいの防止を図るため施錠できる書棚で保管している。利用者に関する記録の保管や保存、廃棄、情報の提供については、「文書取扱規則」で定めて適正な実施に努めている。個人情報の取扱いについては利用開始時に利用者、家族にも判り易く説明して、書面で同意を得ている。</p> | | |