

第三者評価結果表

施設名 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
1 理念・基本方針					
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。					
1	1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 掲示だけではなく、職員による斉唱による周知化が実行され、理念や方針が職員間でしっかりと共有されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
2 経営状況の把握					
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。					
2	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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 外部協議会への参加による情報収集や、地域ニーズの把握と分析、研修報告会などを通じた職員への周知が実行されています。また、将来の建て替えを見越して、県外施設の見学などもされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>					
3 事業計画の策定					
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。					
4	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。		○		
5	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。	○			
(2) 事業計画が適切に策定されている。					
6	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。		○		
7	2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 職員の意見集約や周知など、施設全体で同じ方向性をもってサービスに取り組む姿勢が徹底されています。</p> <p>(改善が求められる点) 事業計画の策定や評価・見直しの手順(マニュアル)を整備し、システム化することが望まれます。また、事業計画の配布についても検討されるとよいと思います。</p>					

4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組				a	b	c	Na
(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。							
8	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。	○				
9	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。		○			
<p>(特に評価が高い点) 第三者評価を定期的に受審し、指摘された課題点については積極的に改善をされています。また、指摘された課題をそのまま受け入れるだけでなく、例えば「食事の際の合掌場面」のように、現場に合うように試行錯誤し「聖和苑独自の取組」として取り入れる姿勢は、高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 評価結果について、マニュアル等を作成して、組織的・計画的に改善を図る仕組みの構築が望まれます。</p>							

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

1 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。							
10	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。	○				
11	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。	○				
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。							
12	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。	○				
13	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。	○				
<p>(特に評価が高い点) 様々な機会を設けて、管理者の方針をスタッフに周知する体制が取られています。また、年に2回、苑長とすべての職員との面談(苑長カンファレンス)が実施されており、現場とのコミュニケーションを図り、現場からの意見を吸い上げることが、システムとして構築されています。 経営についての分析と改善により、利用率の向上もなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし</p>							

2 福祉人材の確保・養成							
(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。							
14	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。		○			
15	2	総合的な人事管理が行われている。			○		
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。							
16	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組んでいる。		○			

(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		a	b	c	Na
17	1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		○		
18	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。		○		
19	3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	○			
(4) 実習生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。					
20	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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 職員を積極的に外部研修へ派遣し、その際に明確な目標設定がなされています。受講後は職員会議での発表・復伝がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 個々のスタッフの育成計画や研修計画などの作成、キャリアパス制度の確立などが望まれます。また、社会福祉士等の実習生を受け入れるために、有資格者に実習指導者講習会を受講させるなどの取組も期待されます。</p>					
3 運営の透明性の確保					
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。					
21	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。	○			
22	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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 運営内容を施設内に掲示し、ホームページでも情報を発信し、第三者評価を継続的に受審されるなど、情報公開に積極的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 外部の専門家にアドバイスをもらえる環境にあります。さらに透明性を向上させるためにも外部監査の導入が望まれます。</p>					
4 地域との交流、地域貢献					
(1) 地域との関係が適切に確保されている。					
23	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。	○			
24	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。		○		
(2) 関係機関との連携が確保されている。					
25	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。		○		

(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		a	b	c	Na
26	1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。		○		
27	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 高齢独居者や障害者を招いて会食サービスを実施したり、利用者自らが地域の理髪店へ出かけて利用したりするなど、地域交流についての具体的な取組が、ニーズにもとづいて行われています。</p> <p>(改善が求められる点) ボランティア受け入れに向けた研修会やパンフレットの作成・配布、地域の社会資源とのネットワーク形成のための定期的な取組等が望まれます。</p>					

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。					
28	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。	○			
29	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。		○		
(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。					
30	1 利用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。		○		
31	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。	○			
32	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。	○			
(3) 利用者満足の向上に努めている。					
33	1 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	○			
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。					
34	1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		○		
35	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。		○		
36	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。		○		

(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。		a	b	c	Na
37	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。		○		
38	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。	○			
39	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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 利用者第一ということが全職員に徹底しており、職員の意識も高いことは、高く評価されます。 感染症対策や夜間想定訓練など、危機管理の対策が適切になされています。 毎月1回の相談日に第三者委員が訪問し、利用者から相談を受け、それがきちんと記録されています。 利用者が意見を述べやすい環境がよく整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者からの口頭による意見は、職員が様々な場面で積極的に対応されています。今後は、意見箱の設置数や設置場所などの再検討をされるとよいと思います。 施設のハード面からの制約で難しいとは思いますが、プライバシー保護については、今後も一層の取組を期待します。</p>					

2 福祉サービスの質の確保					
(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。					
40	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。	○			
41	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。			○	
(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。					
42	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。	○			
43	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。	○			
(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。					
44	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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			
<p>(特に評価が高い点) 各種マニュアルや個別支援計画の書式等が、適切かつ的確に整備されていました。記録の管理も適切になされています。サービスのモニタリングも定期的かつ的確に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 各種マニュアルは、利用者の特性や環境の変化、新たな知識や技術の導入、福祉制度の変化等に応じて、時宜にかなったものへ見直し、改善することが求められます。そのために、定期的に見直しをするシステムの構築が求められます。</p>					