

第三者評価結果表

施設名 聖 和 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					法人の理念と運営方針が明文化され、掲示もされていて、適切であると判断し、a評価とした。
2	2					基本方針が明文化され、掲示もされていて、適切であると判断し、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1					ヒヤリングにて理念、基本方針が職員に配付され、朝礼や各種会議にて説明され、適切であると判断し、a評価とした。
4	2					食堂への掲示、利用者全体に対してのミーティングなどにおいて繰り返し説明されているが、配付がされていないので、c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					平成18年より5年間の計画が策定され、内容も具体的で、適切であると判断し、a評価とした。
6	2		-			中・長期計画を踏まえた事業計画が策定され、適切であると判断し、a評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1					ヒヤリングにて組織的に策定されていると判断できるが、定められた手順が十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。
8	2					各種計画は、職員には配付されているが、利用者へは、掲示及び担当会等を通じて説明は行われているが、配付がされていないので、c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。					苑長、副苑長等管理者は、各種会議を通じて、質の高いサービスを提供するという姿勢を持ち、管理者としての役割と責任を表明し、適切であると判断し、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。					積極的に研修への参加や施設内の職員への研修を実施する等を行われているが、リスト化での周知という点で十分と判断するに至らなかったため、b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。					処遇検討会議や2回目の第三者評価の受審等サービスの質の向上に積極的に、適切であると判断し、a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。					環境整備や人員配置、職員との個別面談等で効率化に積極的に取り組まれ、適切であると判断し、a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。					ヒヤリングにより生活保護関連の情報は、各種協議会や研修により入手しており、施設を取り巻く環境の把握に努められ、適切であると判断し、a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。					ヒヤリングにより利用者の推移や経営状況のコスト分析をしており、職員からも意見を求めるなど積極的に取り組まれ、適切であると判断し、a評価とした。
15	3 外部監査が実施されている。					法人の組織内での監査は実施されているが、外部監査は実施されていないので、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。					運営内容は玄関ロビーに掲示され、適切であると判断し、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。					ヒヤリングにて必要な人員体制や有資格者の配置への考えはあるものの、人事管理の方針が確立していると判断するに至らなかったため、b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。					法人全体の昇格という形での人事考課はあるが、制度としては未整備であるので、c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。					職員との面談時や各種会議において意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが確立され、適切であると判断し、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。					山口県健康福祉財団や福祉医療機構に加入しており、健康診断も実施され、適切であると判断し、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。					研修に対する積極的な基本姿勢を明確に示し、資格取得などへの配慮もされ、適切であると判断し、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。					全体的な研修計画が段階を追って策定され、実施しているが、個別の職員に対しての研修計画は策定されていないので、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。					研修前の目的の確認、研修後の復命については、確実に行われているが、個別の研修計画に基づく評価には至っていないので、c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。					実習生の受け入れマニュアルの中で姿勢を明示し、適切な受け入れの体制が整備され、適切であると判断し、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。					実習生の受け入れは積極的であるが、種別に配慮したプログラムの作成が検討中で確認できなかったため、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。					緊急時のマニュアルを整備し、定期的な避難訓練等を実施しており、利用者の安全確保に積極的と判断し、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、事故報告等の情報を収集し、リスクマネジメント体制を整備して、未然防止の安全確保に取り組み、適切であると判断し、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					基本方針にも盛り込まれ、地域と共に歩む施設として、祭り等交流事業に積極的に取り組まれ、適切であると判断し、a評価とした。
29	2					施設のスペースを開放し、各種備品等も貸し出しを行い、適切であると判断し、a評価とした。
30	3					ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。ボランティアの基本姿勢、受け入れ体制は整備されているが、研修や受け入れ時の事前説明等が十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1					社会資源の連絡体制をリスト化し、職員で共有しており、適切であると判断し、a評価とした。
32	2					連絡会を実施し、具体的な課題や検討を行っており、適切であると判断し、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					関係機関との連携により福祉ニーズの把握に努めているが、相談事業や民生委員との情報収集が十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。
34	2					地域の高齢者・独居者や障害者との会食サービスやグループホーム等の活動がなされ、適切であると判断し、a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					理念や基本方針に明示しており、各種会議において虐待防止の取り組みを行い、適切であると判断し、a評価とした。
36	2					マニュアルを整備しているが、利用者への配付と設備面での工夫という点で十分と判断するに至らなかったため、b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。					利用者満足への取り組みはされているが、姿勢の明示が無いので、c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。					利用者満足への取り組みはなされており、検討をし、具体的な改善に取り組まれ、適切であると判断し、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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。					担当職員以外にも相談する体制があり、スペースも確保されていることから、適切であると判断し、a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。					苦情処理の取り組みはなされているが、公表まで至っていないので、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。					意見箱は毎日確認しており、迅速に対応されていると史料されるが、マニュアルが十分と判断するに至らなかったため、b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 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。					救護施設サービス基準に基づいて自己評価を実施し、適切であると判断し、a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。					課題を明確にし、課題を職員会議にて共有化していることから、適切であると判断し、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。					各種会議にて職員参画のもと、改善計画を策定する仕組みがあることから、適切であると判断し、a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。					入浴、服薬、食事等各種マニュアルを整備していることから、適切であると判断し、a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。					検証を実施し、見直しをしているが、改訂時期と方法が十分と判断するに至らなかったため、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					ケース記録に生活状況やクラブの参加等を整理され、適切であると判断し、a評価とした。
48	2					管理規程、マニュアルがあり管理体制が整備され、適切であると判断し、a評価とした。
49	3					朝礼時、業務日誌等で申し送り等、適切に情報が共有され、適切であると判断し、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					ホームページやパンフレットによる紹介を行い、見学等を奨励し、情報提供もされ、適切であると判断し、a評価とした。
51	2					入所時に説明を行い同意を得ており、適切であると判断し、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。
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					入所時に定められた書式での情報提供を求めており、入所時に確認されているが、手順が確認できなかったため、c評価とした。
54	2					サービス提供のニーズや課題が明示され、適切であると判断し、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					ヒヤリングにてサービス実施計画の策定の体制はあるが、手順が十分と判断するに至らなかったため、b評価とした。
56	2					適切なモニタリングは実施されているが、サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順が確認できなかったため、c評価とした。