

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	○				「健康で安らかな生活の保障」を趣旨とした法人の理念が明文化され、法人の使命や目指す方向が示されている。ホームページ・パンフレット・施設内掲示板・各ユニットのリビング掲示板などに掲示されている。事業計画書にも記載されている。
2	2	○				法人の理念に基づいた基本方針が明文化され、施設の役割や機能などが具体的に示されている。ホームページ・パンフレット・施設内掲示板・各ユニットのリビング掲示板などに掲示されている。事業計画書にも記載されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				「新任職員研修会」や「職員会議」等において施設長自ら説明し、また朝礼時には職員で唱和するなど周知徹底を図っている。事業計画書は全員配布され、職員も十分理解している。
4	2	○				「入居の手引き」に明文化され、利用者・家族へ配布されている。各ユニットのリビング掲示板にも掲示している。また重要事項説明書においても分かりやすく記載されている。
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	○				理念や基本方針の実現に向けた中・長期計画が明文化され、具体的な取組が行われている。中・長期計画の見直しも必要に応じて行われている。
6	2	○	-			中・長期計画に基づいて毎年の見直しを行い、次年度の事業計画に反映・策定されている。内容も、分かりやすくまとめられている。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				事業計画は、各部署の責任者が原案を策定し、中・長期計画の進捗状況等を勘案して次年度の事業計画が策定され、理事会に上程されている。年度途中に進捗状況を、毎月の危機管理委員会・主任者会議・職員会議(全体会)で確認しており、常に計画の妥当性、達成度、進捗状況を検証する仕組みを整えている。
8	2	○				4月の職員会議の際、事業計画書を全職員に配布し施設長が直接説明している。利用者には「入居者懇談会」において施設長が説明し、また利用者用の分かりやすい計画書がユニットごとに配置されており、利用者に周知を図る努力をしている。

【 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	○				施設長の役割と責任について、「事務分掌」に明記されてある。朝礼や各種会議でその都度説明している。職員も十分にその役割と機能を理解し、業務に取り組んでいる。
10	2	○				労務管理、設備整備、施設経営など法令改正の動向も踏まえて研修会に参加し、必要に応じて職員に還元されている。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
11	1	○				毎年1回施設運営、サービスの質に関する自己評価を行い、また職員アンケートも実施するなどサービスの質の向上について取り組むための具体的な体制を構築し、リーダーシップを発揮している。
12	2	○				危機管理委員会・主任者会議等で職員とともに、現状分析、課題把握、分析を行っており、経営や業務効率化や改善を図るための具体的な体制を構築している。

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	○				施設長が山口県老協の理事、山口県サービスセンター協議会の会長で社会福祉事業の動向を把握し、職員にも職員会議を通じて伝達されている。必要に応じて、事業計画に反映させている。
14	2	○				危機管理委員会、主任者会議において各サービスの稼働率等の現状や課題を確認し、課題の迅速な解決に施設全体で取り組んでいる。
15	3			○		実施していないが、財務状況をホームページに掲載するなど法人運営の透明性を確保するよう努めている。
16	4	○				施設のホームページ、施設内掲示板、施設便りに事業計画書・報告書、貸借対照表、収支計算書を掲載し、施設の運営内容について積極的に開示している。
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	○				必要な人材や人員体制に関する基本的な考えのもとに、その具体的なプランとして「職員標準職員配置票」が作成され、人事管理がなされている。

【 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。	○				経営コンサルタントの指導を受け、職員参加のもと人事考課基準を決め、納得性、透明性の確保に努め、また結果は職員にフィードバックし能力開発に努めている。
(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、有給休暇の消化率などを毎月集計し把握している。職員アンケート、人事考課結果のフィードバックなどで職員の就業状況や意向を反映する仕組みの構築をしている
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。山口県健康福祉財団・福利厚生センターの実施する福利厚生事業を積極的に活用し、また「施設内福利厚生委員会」も設置され、常に職員がリフレッシュして勤務できるよう配慮されている。
(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。	○				職員の人材育成・研修に関する基本方針が「職員就業管理マニュアル」に明示され、事業計画にも位置づけられている。
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。	○				職員の研修の希望なども把握し、人事考課の結果とも照合しながら、職員一人一人について教育・研修計画を作成し、実施している。
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。	○				研修参加者は研修報告書を作成し、各種会議で復命発表している。職員ごとに、研修参加状況一覧表でまとめられているほか、教育・研修計画も毎年見直されている。
(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。	○				実習生の受け入れに関する基本方針、受け入れの手続き、実習プログラムについて、「施設外部者対応マニュアル」に明文化されている。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				職種別の「標準実習プログラム」を作成し、養成校・養成機関と連携を図り、積極的に実習生を受け入れている。
3 安全管理						
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。						
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。	○				「介護事故予防対策業務規程」「感染症予防対策業務規程」「災害等非常時対応マニュアル」など定め、施設長のリーダーシップのもと各部署の責任と役割が明確になっており、利用者の安全確保の管理体制が整備されている。感染症予防対策委員会や危機管理委員会が毎月開催されている。
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。	○				ヒヤリハット報告事例をもとに危機管理委員会等で対応策などを検討し、また介護業務専門研究会の中でも安全確保のための研修を行っている。

【 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	○				地域とのかかわりに関する基本方針について、「施設外部者対応マニュアル」に明文化されている。地域住民に対しても施設行事への参加を積極的に呼びかけ、また施設職員が地域行事に参加するなど積極的に地域への働きかけを行っている。地域の社会資源も積極的に活用し、利用者の生活の質の向上に努めている。
29	2	○				家庭介護者セミナー、認知症予防教室の開催、介護相談、見学会、認知症サポーター養成講座などを開催し、施設の機能を地域に還元する取組を積極的に行っている。
30	3	○				ボランティアの受け入れに関する基本方針、受け入れの手続きについて、「施設外部者対応マニュアル」に明文化され、受け入れ体制を整備している。毎年2回、ボランティア会議を開催し、意見交換を行っている。
(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」の整備を確認。職員間での情報の共有化が図られている。
32	2	○				施設長・相談員、ショートステイ担当者等を中心に関係機関・団体等とネットワーク化に取り組んでいる。定期的な会議にも出席している。消防署と連携をして避難訓練をするなど、具体的な課題解決に向けた取組を行っている。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
33	1	○				地域の法人・団体等の役員や委員に施設長や職員が就任し、それぞれの立場で地域の福祉ニーズの収集に努めている。ホームページには、質問コーナーを設け、地域住民からも意見を収集する努力をしている。
34	2	○				家庭介護者セミナー、認知症予防教室の開催、介護相談、見学会、認知症サポーター養成講座などを開催し、施設の機能を地域に還元する取組を積極的に行っている。

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、基本方針、職員の行動基準(ご利用者様への誓い)に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示されており、個人別サービス提供手順書に反映されてある。権利擁護・身体拘束・虐待防止について組織的に研修を行っている。
36	2	○				プライバシー保護について、「施設サービス提供管理マニュアル」に明示されている。利用者・家族に対しても重要事項説明書に明記されており、周知されている。

【 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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」に利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されている。利用者の満足度を把握するために、入居者懇談会の開催、意見箱設置、生活改善のためのアンケート調査、嗜好調査、介護相談員の派遣などの取組を行っている。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	○			入居者懇談会の開催、意見箱設置、生活改善のためのアンケート調査実施、嗜好調査の実施、介護相談員の派遣などの取り組みから把握した情報をもとに分析評価し、検討している。結果についても施設広報誌に掲載、施設内に掲示し、利用者への周知を図っている。入居者懇談会においても説明している。
(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。	○			意見箱の設置、施設便宜アンケート調査、嗜好調査の実施、介護相談員の毎月巡回などに取り組み、利用者が意見を述べやすい環境を整えている。
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。	○			苦情解決業務規程を設け、苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決体制を整備している。利用者・家族にも、重要事項説明書、広報誌や掲示板で周知している。第三者委員にも報告し、また事業報告において、苦情案件とその解決について記載し、情報の公開に努めている。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			苦情案件に対しては、「苦情解決業務規程」により迅速に対応し、利用者や家族の納得のいく解決を図っている。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の向上に向けた取組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。	○			定められた評価基準に基づいて、年に1回以上施設運営に関する「自主的内部自己点検」、各種サービスに関する「自己評価」を行っている。点検評価に関する担当部署も定められおり、施設全体で取り組んでいる。
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。	○			施設運営に関する「自主的内部自己点検」、各種サービスに関する「自己評価」の結果を丁寧に分析し、課題を明確にし、施設運営、サービスの向上に活かしている。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			施設運営に関する「自主的内部自己点検」、各種サービスに関する「自己評価」の結果を丁寧に分析し、課題を明確にし、職員参画のもとで、中長期計画、事業計画に反映させている。
(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	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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」「個人別サービス手順書」を定め、それに基づいてサービスが提供されている。また、利用者の個別のニーズに基づいて、24時間安心して生活できるよう、利用者個別の「24時シート」を作成し、個人を尊重し、プライバシーに配慮したサービスが提供されている。
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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」「個人別サービス手順書」については、年に1回定期的な見直しをする機会を設けている。また必要に応じ、随時見直しを行っている。見直しにあたっては、各職員の意見や提案を各部署でとりまとめ、見直しを行っている。

【 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。	○			利用者の記録は、電子媒体及び紙媒体で管理されている。電子媒体は、パソコン上で各職員が閲覧でき、情報の共有化が図られており、サービスに活かされている。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○		「個人情報の取り扱いに関する規則」に基づき管理体制の確立はできているが、文書管理に関する規程類が未整備である。
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。	○			朝礼、施設サービス担当者連絡会議、施設サービス担当者会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議、職員連絡簿、パソコンのネットワークシステム等の活用で共有化を図っている。
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。	○			ホームページ、パンフレットを作成している。ホームページはわかりやすく、相談コーナーも設けている。施設便りを市役所や社協等に配布している。施設見学なども随時受け入れている。施設内掲示板においても必要な情報を掲示している。
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。	○			契約書、重要事項説明書、同意書により説明している。「入居の手引き」を作成し、利用者及び家族に分かりやすく説明している。
(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。	○			家庭への移行にあたっては、サービスの継続を確保するために、担当者、手順等を「サービス提供管理マニュアル」に定めている。
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	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」において、利用者の情報やアセスメント内容について、統一した様式を定めて、記録されている。アセスメントの見直しについても、その手順を定め、計画的なアセスメントを行っている。
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。	○			「個人別サービス提供管理マニュアル」に基づいて適切に施設サービス計画が作成されている。
(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。	○			専任の介護支援専門員がサービスの策定を行い、施設サービス担当者会議の際、関係職員全員が合意の上、利用者、家族の同意をとっており、施設サービス計画策定のための体制を整え、十分機能している。
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。	○			「施設サービス提供管理マニュアル」に基づき、施設サービス計画を入居後1カ月、その後は3カ月に1回定期的に見直しを行っている。