

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	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、掲示されているのでa評価とした。
2	2	○				法人の理念に基づいて作成された基本方針が明文化されているのでa評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				理念・基本方針が朝礼や会議で周知されているのでa評価とした。
4	2			○		理念・基本方針を分かり易くし、利用者に周知することが行われていないので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	○				福祉サービスに関する中・長期計画(平成22年～平成26年)が作成されているので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、見直しもされているのでa評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1		○			計画の策定は職員参加で行われているが、定められた手順により行われていないのでb評価とした。
8	2		○			計画は、職員には配布・周知されているが、利用者・家族へに説明が掲示・説明だけで周知不十分と判断しb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	○				苑長、副苑長等の管理者は、毎朝の朝礼や職員会議等で、組織のリーダーとして常に先頭に立って、管理者としての責任と役割を職員に対して表明しているためa評価とした。
10	2		○			遵守すべき法令等についての勉強会等を行っているが、基本的な関係法令のリスト化等一部の取り組みが未整備のため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	○				ケア会議、職員との個別面談等を通じ福祉サービスの質の向上に向け組織としての取り組みに十分な指導力を発揮していると認められるためa評価とした。
12	2	○				経営状況やコストバランスの分析を行い、業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力が発揮されていると認められるためa評価とした。

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	○				施設種別協議会の役員会、各種研修会へ積極的に参加、地域ニーズの把握等事業経営を取り巻く環境を適切に把握する取り組みが積極的に取り組まれていると判断し、a評価とした。
14	2	○				毎月、経営状況の把握と分析を行い、組織として検討し、改善すべき課題を発見する取り組みを行っているためa評価とした。
15	3			○		外部監査を実施していない。
16	4	○				運営内容を玄関ロビーに掲示している他、ホームページ開設による。
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及び有資格者の配置が行われているが、プランに基づいた人事管理は不十分と判断し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。			○		人事考課制度としては未整備のため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。	○				職員面談、各種会議で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出来ていると判断し、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。	○				福祉厚生センターの加入等、総合的な福利厚生事業を実施しているので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。	○				職場内研修の実施、資格取得の推奨等教育研修に関する基本姿勢が明示されているので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。			○		個別職員に対する教育・研修計画が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。			○		研修の成果に関する分析や評価が行われていないため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。	○				実習生の受け入れに対する基本姿勢がマニュアルに明示されている。受け入れ体制も整備されているので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。		○			実習生を受け入れているが、種別プログラムが整備されていないので、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、利用者の安全確保の為に体制を確保し、機能しているため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。		○			リスクマネジメント体制を整備し安全対策に努めているが、要因分析と対応策の検討が十分でないためb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	○				地域交流事業を積極的に実施するなど、地域への働きかけを積極的に行っているためa評価とした。
29	2	○				各種備品を地域の住民・団体に貸し出すなど、事業所の機能を地域に還元しているためa評価とした。
30	3	○				ボランティア受け入れマニュアルを作成し積極的に受け入れているためa評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1	○				福祉事務所などの関係機関、医療機関、地域団体などの連絡簿等の資料を作成し情報を職員間で共有しているためa評価とした。
32	2	○				福祉事務所などの関係機関、医療機関、地域団体などとカンファレンスを行う等適切な連携が行われているため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	○				地域団体と意見交換を行うなど、地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを積極的に行っているためa評価とした。
34	2	○				地域内高齢独居者、障害者との会食サービスを行うなど地域の福祉ニーズに基づいた事業・活動を実施しているためa評価とした。

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	○				理念や基本方針に、利用者を尊重したサービス適用についての基本姿勢が明示され、基本的人権や虐待防止等について職員研修等実施しているためa評価とした。
36	2	○				プライバシー保護に関するマニュアル等を整備し、職員に周知徹底しているためa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。	○				利用者満足度を把握するための懇談会を実施するなど、利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備しているためa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。	○				クラブ活動、誕生会等利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っているため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。	○				面会室・応接室・予備室などのスペースを利用いつでも相談できる状況にあるため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。	○				第三者委員の設置など、苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能しているためa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。	○				対応マニュアルに基づき、利用者からの意見等に対して迅速に対応しているためa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。	○				自己評価、第三者評価を定期的実施するなど、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ため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。	○				自己評価等に基づき、組織として取り組むべき課題を明確にしているため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。	○				評価結果から明らかになった課題に対する改善策、改善計画を立て実施しているため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、服薬等のサービスマニュアルが整備される等、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ため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。		○			サービスマニュアルは、整備されているが、見直しの仕組みが不完全なため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	○				ケース記録に利用者一人一人のサービス実施状況の記録が適切に記録されているのでa評価とした。
48	2	○				管理規程に基づいた、利用者に関する記録が整備されているので管理体制が確立していると判断しa評価とした。
49	3	○				朝礼、業務日誌等で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を通じ、利用希望者に対してサービス選択に必要な情報が提供できていると判断しa評価とした。
51	2	○				入所時に分かり易く丁寧に説明できる、書面で説明同意を得ていると判断し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	○				実施機関と連携しサービスの継続性に配慮した対応を行っているためと判断しa評価とした。
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		○			個別計画支援書により、アセスメントを実施しているが、定期的な見直しが行われていないと判断しb評価とした。
54	2	○				個別計画支援書により、利用者のニーズや課題を明示しているため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	○				個別計画支援書により利用者一人一人のサービスの実施計画が策定されているためa評価とした。
56	2		○			個別計画支援書により、利用者一人一人のサービスの実施計画が策定されているが、見直しに関する手順が整備されていないためb評価とした。