

第三者評価結果表

施設名 たちばな園

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) 基本理念がパンフレットやホームページに分かりやすく掲載されており、職員にも十分に根付いている点が評価できる。</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) 施設の現状を理解し、社会貢献等も視野に入れた今後の事業展開が明確に立案されている。また、会議等で職員からの意見を聞き、事業展開に取り組んでいる点が評価できる。</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) 地域プラスワン活動の取組を、事業計画に則って行われている。また、職員参画のもと、事業計画の策定が実施されている点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| 【 評価項目 】 | | | | a | b | c | Na |
|---|---|--|--|---|---|---|----|
| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | | | | | | |
| (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) 福祉サービスの質の向上のために継続的に第三者評価を受審し、その結果を共有することで実践に活かしている点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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) 利用者の高齢化・重度化などについて、常に現場職員の意見を聞き、効率的な事業運営を進めておられる点が高く評価できる。</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。 | | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | | | |
| 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) 職員の教育・研修については積極的であり、研修参加後の伝達を全体朝会等で実施している。また、資格取得助成制度が確立しており、スキルアップのフォロー体制も確立している点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 職員一人ひとりの研修の目標設定については、今後の実現を期待する。また、保育実習の受け入れはマニュアル等が整備されているが、社会福祉士・介護福祉士は受け入れ実績がない。地域の状況は理解できるが、施設のノウハウを活かし、積極的な取組を期待する。</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) ホームページや広報誌等で情報を公開している。また、法人が監査人を設置し、外部監査が実施されており、適正な経営・運営のための取組が行われている点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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。 | ○ | | | |
| (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。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|----------------------------------|---|---|---|----|
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | | |
| 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) 地域の实情に合わせ、園だよりの配布による住民の安否確認や、幼児健診時の相談支援、夜間のみショートステイの受け入れなどを行っており、また地域懇談会等でニーズの把握に努めている点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) ボランティアの対応手順は作成されているが、当日の注意点などについて、口頭説明をするだけでなく書面化して配布する等、これまでの取組をマニュアル化することを検討していただきたい。</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。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| (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。 | | | | | |
| 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) 各マニュアルが整備され、会議運営の活動も見える化されている点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者を尊重・擁護する姿勢を職員の隅々まで周知し、利用者に対しては分かりやすく説明する工夫と、利用者により添ったサービス提供を期待する。また、退所後のサービス利用についてなど、地域移行に関わる情報提供を、相談支援事業所と連携して分かりやすく行うことを期待する。</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) 個別支援に関わる一連の流れが、PDCAサイクルに沿って整理され、実行されている。また、ネットワーク内で共有ファイルを設け、リアルタイムで情報共有できる仕組みが確立している点が評価できる。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |