

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム梅光苑

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。		○		
(特に評価が高い点) 特になし (改善が求められる点) わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫をし、利用者への周知徹底を図っていただきたい。					
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。		○		
(特に評価が高い点) 特になし (改善が求められる点) 把握された経営環境及び経営状況に基づき、現状分析を行ったうえでの経営課題を明確にし、具体的な取組を進めていただきたい。					
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。		○		
(特に評価が高い点) 特になし (改善が求められる点) 現状分析及び将来を見据えた、中・長期事業計画及び収支計画を策定していただきたい。そのうえで、単年度計画を策定され、策定した計画が職員及び利用者へ十分理解される取組を進めていただきたい					

【 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) 特になし</p> <p>(改善が求められる点) 明確にされている課題解決に当たり、PDCAサイクルを十分に機能させる仕組みを構築し、組織的な取組を行っていただきたい。</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。	○			

(特に評価が高い点)
管理者は自らの役割と責任を表明し、経営課題の明確化を図ると共に、法令順守についても各種研修や勉強会に積極的に参加している。そして、その内容を各種会議や研修会を通じて職員へ周知している。

(改善が求められる点)
組織全体で、福祉サービスの質の向上に向けた取組ができる体制を整備し、進めていただきたい。

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) 人事基準が明確に定められ適切に運用されている。ストレスチェックにもとづく職員の個別相談実施、短時間正職員制度の導入、職場内託児所を設ける等、職員の働きやすい職場づくりに努力している。</p> <p>(改善が求められる点) 職員一人ひとりの目標を設定し、管理者は目標達成に向けて助言や支援、進捗状況の確認を行っていただきたい。</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にて適切に公開され、事業所受付にも掲示している。</p> <p>(改善が求められる点) 外部の専門家によるチェックを実施していただきたい。</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。	○			

【 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) 法人所有の地域支援拠点「かわばた邸」を月3回、地域の方に開放し、月1回、認知症カフェとして活用している。さらに、「梅ちゃん一座」と称し、職員が訪問活動を行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 具体的な地域福祉ニーズを把握する仕組みづくり及び地域と利用者が定期的な交流が図れる仕組みを構築していただきたい。ボランティア受け入れに対する方針やマニュアルを整備していただきたい。</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) 介護相談委員派遣事業を受け入れ、利用者さんが意見等を述べやすい体制を確保している。過去の感染症発症を機に、感染委員会を中心として、徹底した職員教育及びマニュアルの見直しを行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者満足を把握する仕組みを構築され、利用者満足に向けての継続的な取組を行っていただきたい。</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) サービスについて標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいたサービスが提供されている。サービス実施計画策定の体制を確立し、それに沿った実施が行われている。</p> <p>(改善が求められる点) 記録に関する一連の規定を定めていただきたい。</p>					