

第三者評価結果表

施設名 吉祥苑

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					理念「自分らしさ」が明文化され、玄関や施設内に掲示されており、理念からは、利用者の尊厳を重んじ、利用者の「自分らしさ」が引き出せるよう、利用者一人ひとりに合ったサービスを提供して行くという姿勢がうかがえ、法人の使命・役割が反映されていることが確認できたので、a評価とした。
2	2					理念との整合性が確保された基本方針が事業計画書・パンフレット・ホームページのほか、施設内にも掲示されており、サービスを提供する基本的な考え方や姿勢が明示され、職員の行動規範となっていることが確認できたので、a評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1					職員が常に目に付く各所に掲示しているが、職員を集めて説明するなど、理解を促すための取り組みまでは行われておらず、職員への周知が十分でない」と判断し、b評価とした。
4	2					入所時に理念や基本方針が記載されているパンフレットを配付して説明しているが、分かりやすく説明した資料を配付するなど、より理解しやすい工夫はされておらず、利用者・家族に周知されていることが確認できなかったため、b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					中・長期計画を策定されていないので、c評価とした。組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成など、施設が実施する福祉サービスの実現に向けた目標を明確にすることが望まれる。ユニットケアの質を高め、ユニットリーダー研修受け入れ施設となることを、中・長期計画に位置づけられたらいかでしょうか。
6	2		-			中・長期計画を策定されていないので、c評価とした。施設が目指す福祉サービスの実施に向けた、各年度の事業計画の策定が望まれる。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1					利用者からのニーズを把握し、ユニット会議、各ユニットリーダー会議、スタッフ会議と持ち上がり、組織的に計画の策定が行われており、9月と3月の年2回、進捗状況の検証を行っていることが確認できたので、a評価とした。
8	2					職員には会議等で周知を図っているが、利用者等へは周知をされていないので、c評価とした。家族会等がないが、周知方法について検討されたい。

【 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。					管理者自らの役割と責任を一部の職員に対しては表明していたが、全職員に対しての表明は行われておらず、また、理解されているかの評価も十分でない と判断し、b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。					遵守すべき法令等を把握しているが、幅広い分野について遵守すべき法令等 をリスト化する等の取り組みは行われておらず、職員への周知、遵守するた めの具体的な取り組みが確認できなかったため、c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。					サービスの質を向上させるために「業務管理評価シート」を活用し、計画 - 実 施 - 評価が職員のヒアリングを通して行われていることが確認できたので、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。					併設施設の施設長と協同して、人事・労務・財務の視点から検証を行い、経 営改善・業務改善に向けた取り組みが行われていたが、全職員を巻き込み組 織としての取り組みとして確認できなかったため、b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) 経営環境の変化等適切に対応している。						
13	1 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					さまざまな協議会等において情報収集が行われているが、具体的資料やその 情報がどのように反映されているかが確認できなかったため、b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。					経営分析は行われていたが、改善に向けた組織としての取り組みが確認でき なかったため、b評価とした。
15	3 外部監査が実施されている。					公認会計士による外部監査を実施し、指導や指摘事項に基づいて、必要な改 善を図っていることが確認できたため、a評価とした。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					決算内容等を会報に掲載し、関係機関等に配布し開示していることが確認でき たため、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。					必要な人材や人員体制に関する基本的なプランが確認できなかったため、c評 価とした。組織として基本方針や各計画を実現するために、必要な人材や人員 体制の具体的なプランを確立されたい。

【 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。					考課の基準を定め、半期毎に一人ひとり目標と実績を自己申告する「業務管理評価シート」により、人事考課が行われていることが確認できたので、a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。					半期毎に行う人事考課で、職員の有給休暇の取得状況や健康状況をチェックし、必要に応じて改善を図っている。また、リフレッシュ休暇制度などが確認できたので、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。					福利厚生センターへの加入、職員互助会による旅行等、総合的な福利厚生事業に取り組んでいることが確認できたので、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。					職員の教育・研修に対する基本姿勢は明示されているが、組織として職員に求める専門資格や基本的姿勢・専門技術について、具体的に明示されていないので、b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。					年間を通して職場内研修を実施したり、外部の研修に職員を積極的に参加させたりしているが、職員一人ひとりの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。					個別の職員に対する教育・研修計画が策定されていないので、c評価とした。研修終了者の報告レポートは作成されているので、研修成果の評価・分析が次の研修計画に反映されるよう、個別の計画策定が望まれる。
(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対する基本姿勢が明文化されていないので、c評価とした。実習生受け入れに対するマニュアルは策定されているので、組織としての基本姿勢を名文化されたい。
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。					実習生の受け入れについては積極的であるが、社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムや学校側との継続的な連携などが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。					事故発生時の連絡体制や責任者を明確にした対応マニュアルを作成して、利用者の安全確保に努めているが、緊急の場合に備えて警察、消防等との情報交換、連絡・協力体制が十分でない判断し、b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。					ヒヤリハット報告書を作成して、各ユニット会議、リーダー会議等で防止対策を協議し、実施され、転倒・骨折事故が減少していることも確認できたので、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					誕生日会には地域のボランティアが訪問したり、地域の小学生と利用者で敷地内の芋掘りをしたり、納涼祭には地域住民に参加を呼びかけるなど、利用者との交流を広げるために積極的に地域へ働きかけていることが確認できたので、a評価とした。
29	2					年2回介護教室を実施して、地域へ参加を呼びかけたり、地域交流ホールを地区の老人クラブの発表会の場として提供するなど、積極的に地域との関わりを持っていることが確認できたので、a評価とした。
30	3					ボランティア受け入れに当たっての手順や流れ、基本姿勢について明文化されていないので、c評価とした。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1					地域の関係機関・団体など連絡体制をリストや資料として作成されていないので、c評価とした。
32	2					地域の災害時における緊急ステーションとしての機能があることが確認できたが、その他地域の関係機関・団体とのネットワーク化や、具体的課題の検討や事例検討などは行われていないので、b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					自治会との連携は確認できたが、定期的な会議開催などによる具体的な福祉ニーズの把握としては十分でない判断し、b評価とした。
34	2					将来の生活に不安を抱えている独居老人からの声を聞き、そうした方々が不安を解消できるよう、30床増床するなど、地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が展開されていることが確認できたので、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					基本方針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、職場内で接遇研修や、身体拘束や虐待防止について研修を行うなど、組織として共通理解を持つための取り組みを行っていることが確認できたので、a評価とした。
36	2					利用者のプライバシー保護について規程・マニュアル等は策定され、職員にも配付されているが、職員に理解を促すために研修会を開催するような取り組みまでは行われていないので、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。					利用者満足に関する全体へのアンケート調査等は行っていないが、現場の職員が個別に利用者の声を聞き取るようにしていることは確認できたが、利用者満足度を把握する具体的な仕組みとしては十分でないため、b評価とした。利用者や利用者の家族を対象に利用者満足度の調査を定期的に行うことを期待する。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。					ケアプランの見直し時期に、年2回利用者の家族に聞くようにしているが、把握した内容を分析・検討するまでは至っていないので、b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。					苦情受付箱の設置は確認できたが、利用者が相談や意見を述べやすい環境整備としては十分でない判断し、b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。					苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員が設置され、苦情解決の体制が整備されている。また、申し出があった苦情に対しては、組織で検討し、利用者や家族にフィードバックしていることが確認できたので、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。					苦情を受けた際には記録・報告し、組織内で協議のうえ、早急に施設長から申し出があった方へ報告していることが確認できたので、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。					これまで自己評価、第三者評価など、定期的にサービス内容の評価を行っていないので、c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、第三者評価を実施していないので、c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。					自己評価、第三者評価を実施していないので、c評価とした。今回の第三者評価の受審を期に、定期的に自己評価をし、第三者評価を受審され、評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を策定されることを期待します。
(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。					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ていないので、c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。					標準的な実施方法について定期的な検証が確認できなかったため、c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 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。					個々のサービス計画について、実施状況は記録されているが、評価や計画の見直しが十分でない判断し、b評価とした。
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。					個人情報に関する規程は整備し、書類の保存期間、廃棄については一覧表を作成しているが、利用者や家族等から情報開示を求められた場合の対応に関する規程を定めていないなど十分でない判断し、b評価とした。
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。					毎朝の申し送り、申し送りノートだけでなく、ユニットリーダー会議、スタッフ会議の開催等で部門横断での情報を共有していることが確認できたので、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 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。					ホームページを作成したり、多数の人が手にすることができるよう市役所にパンフレットを配置して情報提供に努めている。また、見学等の利用にも随時対応していることが確認できたので、a評価とした。
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。					サービス開始時に、重要事項説明書と契約書でサービスの内容や金額等について説明を行い、利用者や家族等の同意を得ていることが確認できたので、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。					施設の変更や家庭復帰の相談に対して相談員が対応しているが、手順や引継ぎ文書が確認できなかったため、b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 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。					アセスメントの様式は統一されているが、手順が定められておらず、様式の見直しも行われていなかったため、c評価とした。正確なアセスメントを行うために、施設としてアセスメントの手順及び見直しの時期についても検討されたい。
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。					アセスメントの内容を踏まえて、個別に具体的なニーズや課題が、サービス実施計画に明示されていることが確認できたので、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 サービス実施計画を適切に策定している。					利用者一人ひとりのサービス実施計画の策定がアセスメントから適切に行われていることが確認できたので、a評価とした。
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。					毎月モニタリングをするようにしているが、評価・見直しに関する施設としての手順の定めが確認できなかったため、c評価とした。サービス実施計画を評価・見直す時期の設定や、計画変更時の手順、職員への周知方法等が明示されることを望みます。