

(公表様式2)

### 第三者評価結果(特別養護老人ホーム)

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針	第三者評価結果
(1) 理念、基本方針が確立されている。	
① 法人や事業所の理念が明文化されている。	(a)・b・c
② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
(2) 理念や基本方針が周知されている。	
① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)・b・c
② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a (b)・c
(特に評価が高い点,改善が求められる点) (特に評価が高い点) 法人・施設の理念方針を全職員に配布して周知を図っている。また、平成26年度においては、職員がいつでも業務に活かせるよう職員手帳として配布できるよう検討を進めている。 (改善が求められる点) 理念や基本方針の周知を家族に対しては実施しているが、利用者本人へは実施されていないので、利用者の要介護度や認知症等の度合いに応じた周知方法の創意工夫が必要である。	

I-2 事業計画の策定	第三者評価結果
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
① 中・長期計画が策定されている。	(a)・b・c
② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	(a)・b・c
(2) 事業計画が適切に策定されている。	
① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a)・b・c
② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c
③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a (b)・c
(特に評価が高い点,改善が求められる点) (特に評価が高い点) 中・長期計画を踏まえた事業計画が、支援現場で働く職員の意見を反映させ担当課ごとに詳細に策定されている。さらに、各会議において事業の進捗状況を確認しながら業務遂行に当たっている。 (改善が求められる点) 事業計画の利用者等への周知が行事計画のみとなっているので、今後は、職員配布用の内容を簡素化した概要版を作成し周知する方策が必要である。	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ	第三者評価結果
(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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。	(a)・b・c
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。	(a)・b・c
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
(特に評価が高い点,改善が求められる点) (特に評価が高い点) 遵守すべき法令等の正しい理解への取り組みに関し、職員への周知を図った上で全職員からレポートを提出させその理解度を確認している。また、経営や業務の効率化に向け、施設長が個人面接を繰り返しその改善に努めている。 (改善が求められる点) 遵守すべき法令の下、事業計画が策定されているが、一部遵守事項が努力目標となっているので遵守事項にあった表記内容に改めてほしい。 (例:個人情報の保護に関し、～に努めるとの努力目標となっている。)	

## II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握		第三者評価結果
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a (b)・c	
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	(a)・b・c	
③ 外部監査が実施されている。	a・b (c)	
(特に評価が高い点,改善が求められる点) (特に評価が高い点) 経営分析システムを活用し、その結果を次年度の経営につなげていること。また、各職員が責任を持ち業務遂行と予算執行に当たっていること。 (改善が求められる点) ショートステイの利用率向上に向け、現在進めている居宅介護事業との連携をさらに進め、稼働率向上に向けた取り組みが必要である。 外部監査に関しては、透明性の確保を図る意味合いからも施設として早期の実施に向けた検討を重ねることが必要である。		

II-2 人材の確保・養成		第三者評価結果
(1) 人事管理の体制が整備されている。		
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a (b)・c	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a (b)・c	
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	a (b)・c	
② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c	
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c	
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。	(a)・b・c	
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。	(a)・b・c	
(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a (b)・c	
(特に評価が高い点,改善が求められる点) (特に評価が高い点) 職種ごとにキャリアパス体系を明示したうえで、職員の質の向上に向けた研修体制を整備し、新採用職員から管理職にいたるまで職種・経験年数に応じた研修体系が確立している。また、この体系を全職員が共有できる体制になっている。 (改善が求められる点) 交代制勤務職員が、急に休暇を取得せざるを得なくなった場合を考慮した対応策の検討が必要である。 本評価事業の趣旨(職務遂行に当たっての能力・行動・その成果を評価する。)を踏まえた人事考課となるよう様式内容の整備が必要である。		

II-3 安全管理		第三者評価結果
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	(a)・b・c	
② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a (b)・c	
③ 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。	a (b)・c	

<p>(特に評価が高い点,改善が求められる点)</p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>利用者の安全確保のための対応として24時間シートが整備され、それを職員で共有しさらに会議において繰り返し対応方法を確認していること。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>必要に応じた避難訓練は実施されているが、勤務職員数が限られる夜間の各種災害(地震・火災)に備えた地域住民の協力を得て行う訓練が必要である。</p> <p>また、リスクマネジメント委員会を開催し事故等の再発防止に努めているが、事故やヒヤリハットを減少させるまでには至っていないので、当該委員会を有効に機能させ、事故やヒヤリハットの減少に努めることが望まれる。</p>
--

II-4 地域との交流と連携	第三者評価結果
(1) 地域との関係が適切に確保されている。	
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	Ⓐ・b・c
② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a・Ⓑ・c
③ ボランティア受入に対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	Ⓐ・b・c
(2) 関係機関との連携が確保されている。	
① 必要な社会資源を明確にしている。	Ⓐ・b・c
② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a・Ⓑ・c
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
① 地域の福祉ニーズを把握している。	a・Ⓑ・c
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a・Ⓑ・c
<p>(特に評価が高い点,改善が求められる点)</p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>利用者支援の一環として、地域住民との関わりを大事にし地域行事への参加、施設行事への誘い、各種ボランティア受け入れ(フラダンス・繕いもの・民謡・詩吟・洗濯・学生・婦人会・小学生や幼稚園児との関わり)を積極的に行っている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>ショートステイの利用率アップ及び地域密着型特養事業の経営(地域交流スペースの開設)にあたり、地域福祉ニーズの把握を積極的に行う必要があることから、これまでのニーズ把握方法のほかにも地区民生委員協議会や地域担当民生委員からの情報収集等も取り入れた対応が必要である。</p>	

### III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス	第三者評価結果
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	
① 利用者を尊重した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。	Ⓐ・b・c
② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	Ⓐ・b・c
(2) 利用者満足の向上に努めている。	
① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・Ⓑ・c
(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
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。	a・Ⓑ・c
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。	Ⓐ・b・c
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	Ⓐ・b・c

<p>(特に評価が高い点,改善が求められる点)</p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>入居者を尊重したサービスの提供については、理念や基本方針及び行動指針に明示されており、研修や勉強会も計画的に行われ周知が図られている。入居者への言葉遣いが適切なものであるかを振り返る仕組みも整っており、職員全体で改善に向けて取り組まれている。入居者のプライバシーの保護については排泄や入浴など介護に関するマニュアルの留意事項や援助のポイントの項目に記載されており、周知のための研修が行われている。苦情や意見等に対しては迅速に対応する体制が整っており、申し出た方への説明も速やかに行われている。また、年に一度の家族会での報告会は法人全体で行われており、家族とも共有しながらサービスの改善につなげている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>利用者満足に関する家族アンケートが実施されており、集計結果もまとめられているが、改善に向けた取り組みが不十分である。また、改善結果はより多くの方に知っていただきたいので、家族会総会の場だけではなく、「うねめ通信」など施設の広報紙にも掲載するなどの検討をしてほしい。</p>
--

III-2 サービスの質の確保	第三者評価結果
(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	
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。	a (b) · c
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、改善策・改善計画を立て実施している。	a (b) · c
(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	
① 提供する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。	(a) · b · c
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。	(a) · b · c
(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	
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。	(a) · b · c
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a (b) · c
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。	(a) · b · c
<p>(特に評価が高い点,改善が求められる点)</p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>各種マニュアルが整備され、サービスの標準化を図っている。また、24時間シートには、個々の入居者のサービス実施方法が詳しく記載されている。個人ファイルの1ページ目には個人別の事故やヒヤリハットの要点が記載されており、それに基づいて注意を促す内容が24時間シートへ記載されており、改善への取り組みに役立っている。24時間シートは毎月、マニュアルについては年に一度見直しが行われている。</p> <p>(改善が求められる点)</p> <p>初めて第三者評価を受けるにあたり、自己評価を行った結果、取り組む課題が明確になってきている。今後は、課題の改善に向けた取り組みを期待したい。</p>	

III-3 サービスの開始・継続	第三者評価結果
(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	
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。	(a) · b · c
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。	a (b) · c
(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	
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。	a (b) · c
<p>(特に評価が高い点,改善が求められる点)</p> <p>(特に評価が高い点)</p> <p>ホームページでは提供されるサービス方針やサービス内容が詳しく紹介されており、見やすく分かりやすい工夫がされている。見学や相談は日祝日も対応し、情報の提供に努めている。</p>	

(改善が求められる点)

サービスの開始に当たっての同意書はあるが、同意を得る過程の記録が不十分である。今後は、全員に対しての過程の記録を残すように、記載方法も含め改善が望まれる。他施設への移行にあたっては、移行先で速やかにサービスが継続されるよう口頭のみではなく書面でも申し送りを行っていただきたい。サービス終了(家族等による介護)となった家族へも同様に、引き続き相談できることを書面で伝えていただけるよう改善してほしい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	第三者評価結果
(1) 利用者のアセスメントが行われている。	
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a)・b・c
(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	
① サービス実施計画を適切に策定している。	(a)・b・c
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。	(a)・b・c
(特に評価が高い点,改善が求められる点)	
(特に評価が高い点)	
入居前の訪問にて決められた様式によりアセスメントを行い、身体状況や生活歴などを把握している。入居後は担当職員が24時間シートを作成し、毎月見直しを行い更新している。ケアプランについては介護支援専門員が中心となり、6ヶ月ごとに担当者会議を開催し、入居者一人ひとりの意向に基づいたケアプランを作成している。個別の介助方法は24時間シートにも記載され、活用されている。また、状態に変化が生じた場合は速やかに担当者会議を開催し、プランの変更を行う仕組みとなっている。	