

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム ハートホーム宮野

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	○				法人の理念が明文化され、施設内各所に掲示しており又、法人広報誌である『Heart News』にも記載され法人の使命・役割が反映されている。
2	2	○				法人理念に基づく施設運営の基本方針はたてられており、常時携帯の職員ハンドブックには行動規範となるべく職員心得が明記されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				法人の理念や基本方針が掲示され、全職員に心得にあたるハンドブックを毎年度改訂版を配布し、また毎朝朝礼時に理念と職員の十訓を唱和している。
4	2	○				ホームページに掲載され、年12回発行する広報誌にも記載し継続的な取り組みをされている。
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			○		将来への構想はあるが目標達成の為に具体的な計画ではないと判断。次年度以降の中・長期計画の策定を期待したい。
6	2		-	○		中・長期計画を踏まえた事業計画は策定されていない。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1		○			管理者による法人会議は毎月開催されて、計画の協議や実施状況等は確認しているが、計画策定の手順及び評価を組織的に行われているとは言えない。
8	2		○			部署目標は定期的な特養ミーティングで話し合っているが、広報誌等の活用などでの利用者への周知への工夫はいたっていない。

【 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		○			管理者兼拠点長として統括しながら管理業務されており職員からの信頼も得ているが、自らの役割と責任を職員に対して会議の場を通して表明した記録が確認出来ず、理解される取組としては十分でないと判断した。
10	2	○				管理者自ら研修会に積極的に参加し、遵守すべき法令への理解を深める意欲が感じられ、研修内容を職員に説明するなどの周知を図っている。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
11	1	○				管理者として毎朝施設内巡回し職員や利用者の声に耳を傾け、サービスの質の向上の為に課題把握に努めている事が確認できた。
12	2		○			法人内の経営目標達成の為に働きやすい環境整備や人事効果など施設としての取組はなされているが、具体的な業務の効率化や改善としては十分でないと判断した。

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	○				施設が加盟している団体に部会長として参加し、動向に合った福祉サービスのニーズやデータの収集を行われており事業所が位置する地域での特徴を把握している。
14	2		○			法人内の幹部会議で経営分析・課題を協議しているが幹部レベルに留まっており、組織としての取組の位置づけまでは至っていないと判断した。
15	3			○		外部監査は実施されていない。
16	4	○				運営内容の開示が適切に行われている。
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			○		退職者の推移等を把握・分析されているが必要な人材や人員体制に関する具体的なプランは確立していないと判断した。

【 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。	○				考課基準を明確にした人事考課制度が導入されており、面接を通じて職員へのフィードバックが行われている事が確認できた。
(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。		○			職員に対して就業状況等に関する個別面談を管理者自らが行き必要に応じて指導するなどの取組はなされているが、就労状況の改善に向けた仕組みは十分でない判断した。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		○			保育園利用の促進や費用援助など法人全体で福利厚生活動に取り組んでいるが福利厚生事業としては十分でない。
(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。		○			青藍会としての教育訓練計画は策定されているが、施設が目指す福祉サービスの実施の為に施設として職員に求める意識づけとしては十分でない判断した。
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組が行われている。			○		資格取得への推進、配慮はなされており、また研修記録は携帯の義務付けをされている職員ガイドブックに記載されているが、組織として個々の職員への教育・研修計画が策定されているとはいえない。
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。		○			外部研修に参加させ、報告レポートを作成させ法人が開催する報告会で発表している事例はあるが、研修成果の評価・見直しや次年度の研修計画に反映させているとはいえない。
(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。			○		法人の受け入れマニュアルはあるが、施設としては開設して間がない為に実績がない。地域での期待も大きい施設なので責任体制を明確にするなど態勢を整備して受け入れることを期待したい。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。			○		社会福祉士・介護福祉士・学生等の実習生を幅広く受け入れて実習生の育成に取り組み地域貢献に期待したい。
3 安全管理						
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。						
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。	○				各種マニュアルが整備され、緊急時の連絡体制も整備されている。また緊急時を想定した訓練を行うなど組織として利用者の安全確保に力をいれている。
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。	○				医療安全委員会で毎月事故要因を分析し再発防止に努めている。また、危険予知トレーニング勉強会を開催し職員研修を行なっている。

【 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	○				地域交流の一環で自治会へ参加し、地域行事である宮野祭りには利用者と共に参加するなど利用者と地域との交流に力を入れていることが確認できた。
29	2	○				施設の多目的ホールで「はあとカフェ」を開催し、地域住民参加型の介護予防講座等多様な支援活動を行っている。
30	3			○		地域住民の清掃ボランティアを受け入れ利用者に好評を得ているが、基本姿勢の明示がないと判断。法人内にはボランティアセンターがあるので、今後は施設として体制を整備しての受け入れを期待したい。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1		○			地域の資源のパンフレットをファイリングして作成しているが、職員間での情報の共有が十分でないと判断した。
32	2	○				地域包括支援センターと2ヶ月一度「はあとカフェ」に参加しての事例検討やグループワークを行い連携強化に努めている。
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。						
33	1	○				民生委員との話し合いを定期的に施設で開催し、地域の福祉ニーズの把握をしている。
34	2			○		法人理念に基づき法人内での事業展開として、障がい児通所支援事業や障がい者就労支援事業を行い地域貢献に寄与している。

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	○				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。
36	2			○		ユニットケアであり個別対応で真摯にケアが提供されているが、プライバシー保護に関する各種マニュアルが確認できなかった。

【 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。	○			利用者への嗜好調査や家族に満足度アンケートを実施し利用者満足向上に努めている。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	○			各ユニット会議で嗜好調査結果を協議し、職員のサービスの質が保てるよう写真などの工夫をしながら取り組んでいることが確認できた。
(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。	○			施設内に意見箱を設置したり、外部の相談機関についての情報を掲示している。また法人内のコールセンターが広報誌に明記され毎月配布されている。
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。	○			職員携帯用の職員ガイドブックに記載されており、苦情解決の体制が整備されていることが確認できた。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。			○	対応マニュアルが未整備な為に、利用者からの意見等に対してはその場での対応になっている。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の向上に向けた取組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。	○			毎年職員による自己評価を実施していることが確認できた。第三者評価は今回が初の受審であるが、ISOの内部品質監査を毎年実施していることが確認できた。
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。	○			施設長自らリーダーシップを発揮し、自己評価やISO内部品質監査の結果分析をして課題を明確にしていることが確認できた。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			○	自己評価の課題に対して、特養ミーティング等で見直しを行っているがまだ十分に機能しているとは言えない。
(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。	○			介護サービス標準マニュアルが策定されており、サービスが適切に実施されていることが確認できた。
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。	○			実施方法の見直しは特養ミーティングで定期的に行っており職員や利用者からの意見が反映できていることが確認できた。

【 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。	○			施設サービス計画に基づく利用者ごとの個別の記録が適切になされており、また記録内容統一化の為にチェック方式にするなど施設として積極的に執り行われている。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			個人情報保護方針を定めており、また品質マニュアル規定において利用者の記録の保管・保存・廃棄が適切に行われていることが確認できた。
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。	○			朝の申し送りやネットカルテで利用者の状況把握に努めており、職員間での情報の共有ができています。
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。	○			ホームページの内容も適切で、法人広報誌『Heart News』を配布し情報提供を行っている。
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。	○			サービスの開始にあたり重要事項説明書で説明し、同意を得ている。また起こりうるリスクについてもリスク説明書を用いて説明しリスク管理も行われている。
(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。			○	施設として対応することを定めているが、該当事例がなく、取組が十分とはいえないと判断した。
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。	○			統一したアセスメント様式を使用し、利用者の身体状況や生活状況を適切に記録し、把握している。
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。	○			アセスメントに基づいた施設サービス計画書を作成し、利用者一人ひとりのニーズや課題が明示されている。
(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。	○			医師も含めた多職種間で計画が策定され、家族へも策定前の相談を実施し意向が反映されている事が確認できた。
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。	○			利用者本位の視点に立って定期的に評価・見直しを行っている事が確認できた。