

# 第三者評価結果表

施設名 松寿苑

## 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。	○			
<p>(特に評価が高い点)                      法人の理念、基本方針が明文化され、施設のホームページやパンフレット等に記載されており、ユニットのリビング等にも掲示されている。年度初めの職員会議(全体会)で、施設長から全職員に周知が図られている。</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)                      施設長は、県市域の団体の役員や委員を歴任し、社会福祉事業全体の動向について、また、地域の実情についても把握、分析し、事業計画等に反映させている。                      施設内の各会議で経営の現況分析及び課題把握、業務改善を行っている。喫緊の課題については、理事会に上程し、理事等を含めて共有している。</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)                      事業計画は各部署の責任者が原案を策定している。毎月のサービス提供責任者会議・主任会議において進捗状況を確認し、常に計画の妥当性や達成度の評価・見直しが組織的に行われている。事業計画書は施設各階の「情報開示掲示板」に掲示されている。</p> <p>(改善が求められる点)                      施設の経営計画を含む将来展望を描いた中長期計画の策定が望まれる。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
<b>4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組</b>					
<b>(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。</b>					
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) 年に1回、全社協の「自主的内部自己点検表」や「サービス自己評価」に基づいた内部点検を行っている。また、3年に1度「福祉サービス第三者評価」を受審され、サービスの質の向上に組織的に取り組まれている。その結果と課題は、各種会議において職員間で共有・検討した上で、事業計画・規程・マニュアル等の見直し・改訂・改善につなげている。</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

<b>1 管理者の責任とリーダーシップ</b>					
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>					
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。	○			
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>					
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) 毎年1回、施設運営やサービスの質に関する自己評価を行っており、サービスの質の向上に取り組むための具体的な体制を構築し、リーダーシップを発揮している。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

<b>2 福祉人材の確保・養成</b>					
<b>(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。</b>					
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。		○		
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>					
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
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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)  実習生の受け入れに関する基本方針、受け入れの手続き、実習プログラムについて、「施設外部者対応マニュアル」に明文化されている。介護専門学校等にも出向き、積極的な受け入れを行っていることをアピールしている。</p> <p>(改善が求められる点)  職員一人ひとりについての教育・研修計画の作成が望まれる。</p>					
<b>3 運営の透明性の確保</b>					
<b>(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。</b>					
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、松寿苑だより、施設内掲示により、事業概要や財務状況を公開し、誰でも閲覧できるようにしている。また、3年に1度、定期的に第三者評価を受審され、受審結果を公表している。</p> <p>(改善が求められる点)  特になし。</p>					
<b>4 地域との交流、地域貢献</b>					
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>					
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。	○			
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>					
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
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>					
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)            毎年2回、ボランティア会議を開催し、意見交換を行っている。            災害時にはホールを開放し、避難住民の受け入れや、非常食の提供を行う準備を整えている。            地域の中高校生を対象とした介護体験塾を行い、施設の機能を地域に還元する取組を積極的に行っている。</p> <p>(改善が求められる点)            特になし。</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
<b>(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。</b>					
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) 毎月、消火訓練、避難訓練、通報訓練のいずれかを実施しており、消防計画も策定している。災害に備え食料の備蓄を行っている。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

<b>2 福祉サービスの質の確保</b>					
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(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。</b>					
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。	○			
<b>(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</b>					
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) 利用者の個別のニーズに基づいて、24時間安心して生活できるよう、利用者個人別の「24時間シート」を作成するなど、個人を尊重し、プライバシーに配慮したサービスが提供されている。</p> <p>(改善が求められる点) 文書管理に関する規程類の整備が求められる。</p>					