

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム オアシスはぎ園

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 | ○ | | | | 法人や施設のホームページ、広報誌、事業計画書等に法人の理念が掲載され、また施設内にも掲示されているのを確認したので、a評価とした。 |
| 2 | 2 | ○ | | | | 法人のホームページ、中期経営計画に「経営基本方針」として掲載されているのを確認したので、a評価とした。 |
| (2) 理念や基本方針が周知されている。 | | | | | | |
| 3 | 1 | | ○ | | | 全職員に配布する法人の広報誌に理念を掲載し、また施設内のパソコン掲示板に掲示してどの部署からも閲覧できるようにしていることを確認したが、聴き取りにおいて閲覧したかどうかの確認はできていない、新任職員等においては周知が徹底しているとは言い難いとの説明があったので、b評価とした。 |
| 4 | 2 | | ○ | | | 家族会等で資料をもとに口頭で理念等を説明し、また施設独自の運営方針を「オアシス七星」として玄関に掲示しているが、理念・経営理念・経営基本方針・基本方針・基本目標など同じような言葉が多用されており、一目で理解することが難しく、家族会の出席者が全家族ではない等のことから、周知の為の取組が不十分と判断し、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 | ○ | | | | 経営や実施する福祉サービス等に関する中期経営計画(平成21年度からの5ヶ年計画)が策定されているのを書面により確認したので、a評価とした。 |
| 6 | 2 | ○ | - | | | 各年度の事業計画が中期経営計画に基づいて策定されているのを書面及び聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| (2) 計画が適切に策定されている。 | | | | | | |
| 7 | 1 | ○ | | | | 施設内に設置する各種委員会毎に事業計画の評価・見直しを行い、次年度計画の原案策定につなげていることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 8 | 2 | | ○ | | | 職員からの聴取や書面により、職員会議・利用者懇談会・家族会で説明していることを確認したが、利用者懇談会では口頭説明のみで資料を配付していないと職員から聞いたので、理解を促すための取組が不十分と判断し、b評価とした。 |

| 【 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 | ○ | | | | 施設長の役割と責任を「事務分掌表」や「組織表」で明らかにし、また職員会議や各種委員会の議事録で実際にリーダーシップを発揮している記述を確認したので、a評価とした。 |
| 10 | 2 | | ○ | | | 遵守すべき法令等のリストを作成し、また施設長が職員会議で高齢者虐待について職員に説明・解説している等を書面で確認したが、聴き取りによりリストが活用されていない、全職員が周知するまでには至っていないことを確認したので、b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 | ○ | | | | 職員会議、運営会議、各種委員会の議事録で実際にリーダーシップを発揮している記述を確認し、また職員からの聴き取りにおいて施設長からの指示により業務改善を行っていることを確認したので、a評価とした。 |
| 12 | 2 | ○ | | | | パソコンネットワークの強化を図って業務の効率化及び情報の共有化を促進した等の具体例を聴き取りにより確認し、業務の改善に向けた取組に十分な指導力していると判断してa評価とした。 |

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 | ○ | | | | 山口県老協、北浦地区部会等を通じて社会福祉事業を取り巻く動向を把握するとともに、地域の民生委員、老人クラブ等の日常的な連携、在宅介護支援センターや居宅介護支援センターから地域の福祉ニーズに関する情報収集等を行い、事業経営に活かしていることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 14 | 2 | ○ | | | | 経営状態の把握・分析は法人本部が行っているものの、そのデータを基にした課題の発見・解決に向けた取組・評価を行い、またそれを事業計画や中長期計画の策定につなげていることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 15 | 3 | | | ○ | | 聴き取りにより、外部監査は実施していないことを確認したのでc評価とした。 |
| 16 | 4 | ○ | | | | 法人のホームページや機関誌に運営内容が開示されているのを確認し、また聴き取りにより事務室内に事業報告書等を備えて閲覧が可能な体制を整備していることを確認したので、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 | ○ | | | | 法人の中長期計画や事業計画において人材育成の方針、人員体制等に関するプランが明示され、職員の人事管理は法人本部が一元的に管理しているが、施設独自に「介護福祉士プロジェクト」に取り組み、また内部研修が充実しているのを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |

| 【 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。 | | ○ | | | 職員からの聴き取りにより、平成19年度より人事考課制度を導入し、客観的な基準に基づいて実施していることを確認したが、実施対象が主任クラス以上であって一般職員を対象としておらず、試行的実施であることからb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。 | ○ | | | | 職員の就業に関する意向を自己申告により把握し、施設長が面談の上法人本部と調整している。また心のケアに関する外部の相談機関と提携していつでも相談できる体制を整備していることを聴き取りにより確認したので、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。 | ○ | | | | 福利厚生センターや山口県健康福祉財団の福利厚生事業に加入し、これらの団体の行う事業の積極的な利用を図るとともに、法人が組織する職員互助会活動も行っていることを聴き取りにより確認したので、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。 | ○ | | | | 「中長期計画」、「事業計画」及び「職員研修実施要綱」において、職員教育・研修に関する基本姿勢や施設が職員に求める専門資格などの具体的目標が明示されているのを確認したので、a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。 | | | ○ | | 職員の経験年数や職種等に応じた研修計画は策定されているが、職員一人ひとりについての研修計画を確認することができなかったため、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。 | | ○ | | | 研修終了後の復命書の提出や職員会議において復命報告を行い、また研修成果については「職員別研修履歴カード」を作成して管理しているが、次の研修計画に反映するまでには至っていないことを聴き取りにより確認したので、b評価とした。 |
| (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。 | ○ | | | | 「実習受け入れ取り扱い要領」にて実習生受入の基本姿勢、受入担当者、実習内容等を明文化しており、実習生受け入れの体制が整備されていると判断し、a評価とした。 |
| 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。 | ○ | | | | 実習生の種別に配慮した実習プログラムを整備し、また聴き取りにより看護・介護の実習生を中心に積極的な取組を行っていることを確認したので、a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。 | ○ | | | | 「緊急事態対策実施要綱」や「感染症対策委員会要綱」等が整備され、定期的に委員会を開催するなど、利用者の安全確保のための体制が整備されていることを書面及び聴き取りにより確認したので、a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。 | | ○ | | | 事例を収集し、「マネジメント委員会」にて評価・分析・予防策について検討しているが、職員からの聴き取りにより、要因分析や対応策の検討が不十分であることを確認したので、b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 | ○ | | | | 地域との関わり方の基本的な考え方を「経営基本方針」、「中長期計画」、「事業計画」において明示し、地域の保育園との行事共催、中学校の職場体験の受け入れ、また施設職員が地域行事にボランティアとして参加していることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 29 | 2 | ○ | | | | アクアデイサービス等の地域支援事業の実施、施設内の広場をグランドゴルフ等の会場として提供するなど、施設が有する機能を積極的に開放・提供していることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 30 | 3 | ○ | | | | 「ボランティア受け入れ取り扱い要領」を策定して、ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明示し、受け入れ担当者の配置等受け入れ体制が整備されていることを確認したので、a評価とした。 |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | | | |
| 31 | 1 | | ○ | | | 関係機関・団体等の社会資源をリスト化しているが、その情報が職員間で十分に共有されていないことを聴き取りにより確認したので、b評価とした。 |
| 32 | 2 | ○ | | | | 居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、社協、公民館、その他地域の関係機関・団体と連携の機会を確保するとともに、具体的な事例検討を行っていることを聴き取りにより確認したので、a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 | ○ | | | | 職員が地域の自治会や敬老会へ出席し、また地域の公民館、老人クラブ、公民館、保育園等と日常的に会議や交流を行っており、これらの活動の中で地域の福祉ニーズが十分に把握されていることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 34 | 2 | ○ | | | | 地域の福祉ニーズに基づいて、ショートステイ、デイサービス、アクアデイサービス、グループホーム、居宅介護支援事業所等の事業を行っており、また災害時の緊急受け入れ体制を行政と連携して整備していること等を聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |

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 | ○ | | | | 利用者尊重の姿勢を、理念・基本方針・中期計画・事業計画に明示し、また「職員行動規範」により具体的に示して職員会議や各委員会でも周知徹底を図っていることを確認したので、a評価とした。 |
| 36 | 2 | ○ | | | | 「個人情報保護規程」を整備し、また「職員行動規範」において、利用者の個人情報・プライバシー保護に関する取扱を明らかにしている、「介護業務方法書」において排泄や入浴などの場面毎のプライバシー保護の為の留意点を明らかにしており、聴き取りによりこれらの規程等を職員に配付していることを確認したので、a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 | | ○ | | | 事業計画書に利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、「満足度向上委員会」を設置して利用者満足に関する調査を実施するなどの取組を行っているが、委員会の開催が不定期であることを聴き取りにより確認したので、b評価とした。 |
| 38 | 2 | | ○ | | | 満足度向上委員会による利用者満足に関する調査を行っているが、職員からの聴き取りにより、その調査結果に関する分析、検討が不十分であり、調査結果が業務改善に十分に反映していないことを確認したので、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 | | ○ | | | 利用者の意見を聞く機会として利用者懇談会を毎月開催し、また意見箱の設置、各棟毎に相談員を配置する等により、利用者が相談したり意見を述べる環境を整備していることを確認したので、a評価とした。 |
| 40 | 2 | | ○ | | | 苦情解決責任者・苦情受付担当者・苦情解決第三者委員について施設内に明示する方法で周知され、また苦情の内容及び改善への取組については施設だよりにおいて公表していることを確認したので、a評価とした。 |
| 41 | 3 | | ○ | | | 事業計画に利用者の意見等に対する迅速な対応の取組姿勢を明示し、また規程を整備するとともに、と、より迅速に対応する為の方策として「満足度向上委員会」の設置や1人の介護職員が担当する利用者数を減らすなどの取組を行っていること聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 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 | | ○ | | | 法人による「自己評価」、また「評価検討委員会」によるサービス評価を行い、さらに第三者評価も2回目の受審であり、サービス内容について定期的に評価する体制が整備され、また機能していると判断し、a評価とした。 |
| 43 | 2 | | ○ | | | 「評価検討委員会」をはじめとする各種委員会において評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていることを確認したので、a評価とした。 |
| 44 | 3 | | ○ | | | 評価結果から明確になった課題については各種委員会でマニュアルの見直しにつなげていることを聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| (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の詳細なマニュアルが整備されており、これらに基づいてサービスが提供されていることを書面及び職員からの聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 46 | 2 | | ○ | | | 各種委員会において、定期的及び随時にサービスを検証し、必要に応じてマニュアルの見直しを行っていることを書面及び聴き取りにより確認したので、a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。 | ○ | | | 施設が独自に策定した「ケアプラン作成要領」に基づき、利用者に関するサービス実施状況が適切に記録されていることを書面により確認したので、a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。 | ○ | | | 法人において「個人情報保護規程」及び「情報公開規程」が整備されており、適切な記録の管理体制が確立していることを書面及び職員からの聴き取りにより確認したので、a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。 | ○ | | | 各職種間の申し送り、会議の開催等の他、パソコンのネットワークシステムを利用して施設内で情報を共有する仕組みを構築していることを、書面及び職員からの聴き取りにより確認したので、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。 | ○ | | | ホームページの開設、パンフレットの配付や見学希望者への対応などを行っており、利用希望者に対してサービス選択に必要な情報提供が適切に行われていると判断し、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。 | ○ | | | サービス開始にあたり、利用者・家族に対して契約書や重要事項説明書により説明を行い、同意を得ていることを書面により確認したので、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。 | ○ | | | 他の事業所や家庭への移行にあたり、引継書を定める等によりサービスの継続性に配慮した対応を行っていることが思料されたので、a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。 | ○ | | | 「ケアプラン作成要領」や「栄養ケア計画作成要領」を策定して書式と手順を定め、計画的なアセスメント及び定期的な見直しを行っていることを書面及び聴き取りにより確認したので、a評価とした。 |
| 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き、利用者のニーズや課題を具体的に明示した「サービス実施計画」を策定し、またその実施状況がケース記録に記録されているのを書面により確認したので、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。 | ○ | | | サービス実施計画の策定手順等を定めた「ケアプラン作成要領」に基づき、利用者や家族の意向を反映したサービス実施計画が策定されているのを書面により確認したので、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。 | ○ | | | 「ケアプラン作成要領」に基づき、定期的評価及び臨機応変な見直しが適切に行われていることを書面及び聴き取りにより確認できたので、a評価とした。 |