

第三者評価結果表

施設名 みのり園

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	○				理念が事業計画および法人会報に明文化されており、施設内にも掲示している。
2	2	○				基本方針が法人の理念にもとづき事業計画に明文化され、事業所の役割や機能など具体的に記載されている。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				理念、基本方針を明記した事業計画書を職員に配布し、新年度の職員会議において説明をしている。
4	2	○				事業計画書、予算書をホール中央閲覧書架に置き、いつでも閲覧できるようにしている。また、重要事項説明書により利用者や家族に理解が得られるように説明している。
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	○				2009～2011までの中・長期ビジョン(中・長期計画)として組織体制や設備の整備、職員体制などの課題などを明確にしている。
6	2	○	-			年度の事業計画は中・長期計画と連動して策定されている。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				各計画の策定にあたっては、各部署から原案を提出して進めるなど職員の組織的参画が図れるよう配慮されている。毎年度末には評価会議をによって評価を行い、翌年の計画策定につなげている。
8	2	○				各計画については、職員に配布・回覧し、職員会議等で説明するほか、家族連絡会等で説明している。

【 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	○				法人内施設長会議や職員会議等で自らの役割と責任について表明している。
10	2	○				管理者自ら経営に関する研修会等に参加し情報の収集に努めており、遵守すべき法令等については、2か月に1回の勉強会等において職員に周知するための取り組みを行っている。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
11	1	○				年1回定期的にサービスの自己評価と利用者の満足度調査(年2回)を実施するなどサービスの質の向上に努めている。
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。

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	○				全国老人福祉施設協議会、山口県老人福祉施設協議会等の会議や研修会等やインターネット、業界紙などから福祉事業に関する情報の収集を積極的に行い、その結果を中・長期計画や事業計画に反映させている。
14	2	○				税理士、法人監査役員、人事コンサルタントによる経営状況のチェックや分析結果を法人内の施設長会議等において協議し、業務の改善につなげると同時に、各施設会議において周知している。
15	3			○		月2回ほど実施している税理士の「点検指導」は、評価基準が求めている外部監査には該当しないと思われるが、経営状況の課題把握のための組織内部指導としては有効である。
16	4	○				法人会報において事業報告や財務諸表等運営内容を掲載し、施設内でも掲示するなど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	○				法人において各事業所ごとの必要な人材を中・長期的な人材確保プランとして作成し、計画的な人材の確保に努めている。それに基づき施設長会議において職員配置等を協議している。

【 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。	○				年2回、人事コンサルタントの指導を受けて人事考課を実施し、その結果を職員にフィードバックするなど客観性や透明性を確保している。
(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。	○				法人内施設の主任会議や施設長会議において職員の就業状況を把握するとともに必要があれば職員の意向を確認しつつ配置換え・異動を行っている。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				福利厚生センター及び山口県健康福祉財団に加入し、総合的な福利厚生事業を実施している。
(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。	○				事業計画書の「平成20年度目標」の中で、職員の教育・研修に関する組織の基本姿勢を明示している。
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。			○		初任者、中堅、幹部職員研修と経験や技能の程度に応じた職員研修を計画的に実施しているが、評価基準が求めている職員一人ひとりについての教育・研修計画の実施には至っていない。
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。			○		研修成果をその年度の参加状況、研修報告内容を参考に、毎年3月に検証会を開催し、翌年度の研修計画策定に反映させているが、職員一人ひとりの教育・研修計画の見直しまでには至っていない。
(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。	○				実習生受け入れマニュアルに受け入れの基本姿勢、担当者、受け入れ手順、留意事項等を明記し体制を整備している。
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。	○				実習受け入れマニュアルにおいて計画的に学べるようなプログラムを用意している。
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。	○				緊急時の対応手順書(マニュアル)を作成し、事故発生時の連絡体制、責任者の配置、定期的な検討会議の実施等体制を整備している。
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。	○				事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書で安全を脅かす事例の収集と毎月開催する事故防止委員会において要因を分析し、再発防止に努めている。

【 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	利用者	と地域との	かかわりを	大切に	している。	○				事業計画書に地域とのかかわりについて基本姿勢を明示し、自治会、民生委員、ボランティア団体、学校など施設の広報紙を通じて施設行事への参加案内をするなど、地域との関わりについて積極的である。					
29	2	事業所	が有する	機能を	地域に	還元	している。	○			法人主催で介護者教室を開催したり、施設の交流スペースを地域の行事のために開放している。また、学校から福祉授業の要請があれば、講師を派遣するなど積極的な機能還元を行っている。					
30	3	ボランティア	受け入れ	に対する	基本姿勢	を明確	にし	体制	を確立	している。	○			ボランティア受け入れマニュアルに受け入れに関する基本姿勢を明記し、利用者、ボランティアに必要事項を説明している。		
(2) 関係機関との連携が確保されている。																
31	1	必要な	社会資源	を明確	に	している。	○				連携が必要な関係機関、団体等の一覧表を作成し、事業計画書への掲載をはじめ職員が共有できるように事務所、寮母室に掲示するなどしている。					
32	2	関係機関	等との	連携が	適切	に	行	わ	れ	て	いる。	○			定期的で開催される美祢市の介護支援専門員協議会の会合に参加するほか、市内の各居宅支援事業所などと連携を通して情報交換などのネットワーク化に取り組んでいる。	
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。																
33	1	地域の	福祉	ニーズ	を把握	している。	○				地域の方を対象とした相談や地域包括支援センターをはじめ各居宅支援事業所等の担当者会議を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。					
34	2	地域の	福祉	ニーズ	に基づく	事業・活動	が	行	わ	れ	て	いる。	○			基幹事業の他に地域の福祉ニーズによって様々な高齢者や障害者関係の事業を運営し、これらの独自事業を中長期計画や事業計画にも明示している。

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	み	を	行	っ	て	い	る。	○			利用者尊重の基本姿勢については、理念や倫理規定に明示され、身体拘束や虐待防止などの職場内研修を実施して職員に周知徹底を図っている。
36	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。	○				利用者のプライバシー保護については、業務サービス手順書のなかにプライバシー保護に関する取り扱いを記載し、職員に周知している。						

【 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。	○			利用者に対し年2回満足度調査の実施や嗜好調査、給食会議への利用者参加、家族会との懇談等を通じて利用者満足の上昇を図るための仕組みを整備している。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○			定期的に居室を訪問し利用者の意向を聞くほか、実施した満足度調査を職員全体で分析し、併せて利用者からの意向を参考にサービスの改善を図っている。その結果を広報紙に掲載し、利用者や家族に配布している。
(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。	○			園内の各所に「いつでもどこでも相談ください」と掲示し、相談しやすい環境への努力が伺われる。また、必要に応じて介護リーダーや介護支援専門員、相談員、看護師などが居室を訪問して相談を受けている。
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。	○			苦情解決体制の確立をはじめ苦情箱などを整備し、施設内に苦情解決責任者等を掲示するなど利用者への周知に努めている。また、苦情に際しては速やかに利用者、家族に対し説明・報告を行っている。
41	3	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○			利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、利用者からの意見や提案に速やかに対応している。職員間の情報の共有については、申し送り簿によって行っている。すぐ対応できない意見や課題に対しては、会議等で検討してから回答するなどの対応をしている。
2 サービスの質の確保						
(1) 質の向上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。	○			年1回担当者を決めて自己評価を実施し、リーダー会議で分析・検討のうえサービス改善を行うようにしており、今回第二回目の第三者評価を受審するなど、サービスの質の確保に対して積極的な姿勢が伺われる。
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。	○			自己評価の分析・検討を評価会議で行い、その結果を組織の課題として次年度の事業計画策定の際に明確にし反映させている。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			評価結果の分析・検討に基づき、改善計画を立てると同時に各種サービス手順書の見直しも行っている。
(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のマニュアルを整備し、職員に配布するとともに、ミーティング時や寮母室に常置するなど周知徹底を図っている。
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。	○			3月の自己評価会議で把握した課題を踏まえ、4月の改善会議において福祉サービスの実施の手順を定めた各種手順書の必要な見直しを行っている。

【 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。	○			利用者一人ひとりに対するサービスの実施状況は、日誌、ケース記録に記録しており、日誌については月2回、ケース記録については月1回点検し、内容にはばつきがないように工夫されている。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			個人情報保護規定、情報開示規定、文書管理規定の整備や記録類の管理者を定め保管・保存の管理体制が確立されている。また、個人情報保護法や情報開示及び守秘義務等についての職員研修も行っている。
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。	○			利用者状況に関する情報は、毎朝の朝礼において伝達ノートを読み上げる他、ミーティング、会議等で共有を図っている。通常、職員は業務に入る前に必ず伝達ノートに目を通すことになっている。
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。	○			事業所を紹介したホームページや広報紙を通してサービス内容についての情報提供やいつでも施設見学できる体制を整えている。
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。	○			サービス開始時に、契約書、重要事項説明書、入居案内書等で分かりやすく利用者、家族に説明し、同意書により承諾を得ている。
(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。	○			事業所の移行があった場合の引き継ぎのための手順書を作成し、担当者を定め、継続が円滑に進むよう関係先と連絡・調整にあたるなど、サービスの継続性に配慮している。
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。	○			利用者の身体状況や生活状況について統一した手順によりアセスメントが行われており、定期的な見直しの時期がケアプラン作成手順書により定めている。
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。	○			アセスメントの結果および必要に応じてカンファレンスを行って利用者のニーズ及び課題をケアプランに反映させている。
(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。	○			サービス実施計画の策定については、責任者を定め、ケアプラン作成手順書によりアセスメント、カンファレンスが行われており、また相談員と連携して家族の意向確認も行われている。
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。	○			サービス実施計画については、家族の意向や医師の意見を聞いて職員全員が参加し利用者の状況に応じて見直しをしている。