

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム フェニックス

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	○				法人の理念は明文化され、パンフレット・広報紙、またロビーや館内に掲示されており、法人の使命・役割を反映したものとなっている。
2	2	○				事業計画書等に明文化され、その内容も具体的であり、適切である。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				全体朝礼や朝のミーティングでの理念・基本方針の唱和や、それらを記載したカードを職員が携帯するなど、十分な理解を促すための継続的な取り組みを行っている。
4	2	○				広報紙に掲載し、ご家族宛てに郵送配付している。また、その掲示の位置は若干高いと思われるものの、館内にも掲示するなどしてその周知に取り組んでいる。
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		○			単年度計画の中に、中・長期的なビジョンは明文化されているが、計画としての具体的な内容としては不十分であると判断した。
6	2		-	○		中・長期計画としての具体的な内容が不十分であるため、それらを踏まえた事業計画が策定されているかどうかの確認ができないと判断した。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				職員代表者会議、事務長施設長会議等、意見の集約・反映の仕組みが定められており、組織的に計画策定及び半期に1度の見直しが行われている。
8	2	○				職員にはスタッフステーションにおける掲示、各種会議での説明、そして利用者に対してはデイルームへの掲示、また利用者会議におけるわかりやすい説明など、それぞれに周知へ向けて継続的に取り組んでいる。

【 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	○				管理者は朝礼やミーティング、各会議で日頃から自らの役割や責任を明らかにしている。また、日頃から施設内を巡回して、自らの行動の検証・評価・見直しに積極的に取り組んでいる。
10	2	○				管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な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	○				管理者自ら各種セミナー等に積極的に参加し、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織的な取り組みにおいて十分な指導力を発揮している。
12	2	○				管理者は職員の意見を吸収するなどして、経営や業務の効率化・改善に向けた組織的な取り組みを積極的に行い、十分な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	○				次長が地元の市の高齢者保健福祉推進委員であるなどにより、地元の福祉に関する情報は的確に把握されている。また各種の研修会に参加するなどして、積極的な情報収集に取り組んでおり、事業経営をとりまく環境は的確に把握されている。
14	2	○				役職者会議等で毎月経営分析を行い、改善すべき課題についての把握・分析等を行っている。
15	3	○				平成20年度から公認会計士による外部監査が実施されている。
16	4	○				運営内容は地元新聞や広報誌、またホームページ等において積極的に開示されている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	○			人事に関する方針は確立されており、それらに基づく組織的な勤務評定を行い、年2回非常勤から常勤への採用あるいは昇格人事等を行うなどの人事管理が実施されている。
18	2	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	○			人事考課が複数の評価判定者により年2回行われている。その際、評価判定者のマニュアルを策定するなどして人事考課の客観性・透明性の確保に努めている。
(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。	○			有給休暇や勤務状況は担当者によりチェックされている。また年2回、職員との個別面接を行い希望や意向を聞くなどして、人事異動や、職員の働きやすい環境作りに反映させている。
20	2	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○			施設独自の福利厚生事業に取り組んでいる。福利厚生センターへの加入等、今後の総合的な福利厚生事業への積極的な取り組みを期待する。
(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。		○		基本姿勢は明示されているが、組織が職員に求める基本姿勢や専門技術等に関する具体的な目標などの明記が十分でないと判断した。
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り組みが行われている。	○			個々の職員について目標が設定され、また経験年数に応じた教育・研修計画等も策定されており、それらに基づいた具体的な取り組みが行われている。
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。	○			研修後、レポート提出を行い、内容によっては研修発表会にて研修報告を行っている。また個別には目標達成シートにて3か月ごとに評価・見直しを行っている。
(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。	○			毎年60人ほどの実習生を受け入れており、実習生受け入れに関する基本姿勢の明示、マニュアル等も策定などもなされ、受け入れ体制は整備されている。
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。	○			将来の福祉職の人材育成に積極的に取り組んでいる。資格取得のための実習では職種別に配慮したプログラムを用意するなどして、専門分野の内容を深めるための工夫をしている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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。	○			安全衛生委員会・感染症対策委員会、事故発生防止委員会等が組織されるなど、利用者の安全確保のための組織的な取り組みはなされており、体制は整備され機能している。
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。	○			いわゆるヒヤリ・ハット事例や事故事例等に基づく安全確保・事故防止に関する研修会を行っている。またその原因分析をし、分析結果をケアプランに反映する仕組みも整備し、未然防止に取り組んでいる。

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。	○			地域との関わり方についての基本的な考え方は文書化されている。施設での行事に地域の方を招待し、また地域の行事には利用者の日頃の作品を出品するなど積極的に交流を図っている。
29	2	事業所が有する機能を地域に還元している。	○			地域に開かれた施設作りを進めるため、地元の小学校における交流学習等を積極的に受け入れている。特に学校へ講師として赴き、福祉に関する様々な情報を提供したり理解を得るために取り組んでいることは、将来的に意義のあることと評価したい。
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。	○			ボランティアの受け入れに対する基本姿勢は明記され、体制は整備されている。
(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。		○		既存資料(ガイドブック)で対応しているが、当該地域の機関・団体との連携を踏まえた施設独自の社会資源のリスト化を図りたい。また、職員間でのそれらの情報の共有化も不十分と判断した。
32	2	関係機関等との連携が適切に行われている。		○		地域の各関係機関・団体との連絡、情報の共有化はなされているものの、具体的な課題や事例の検討やネットワーク化への取り組み等に関しては、積極的になされているとは言えないと判断した。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1	地域の福祉ニーズを把握している。		○		施設内に意見箱を設置したり、第三者委員・オンブズマンとの意見交換などがなされているものの、具体的な地域の福祉ニーズの把握に積極的に取り組んでいるとするには不十分であると判断した。
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。	○			短期入所生活介護や認知症対応型共同生活介護、通所介護、訪問介護、配食サービス事業等を実施している。また住宅型有料老人ホーム、24時間対応託児保育施設の事業等、ニーズに基づく事業を幅広く展開している。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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	○				基本理念に明示されており、全体朝礼にて唱和することで職員に周知徹底している。また、虐待防止への取り組みや身体拘束に関する研修会を実施し、利用者の人権を尊重したサービス提供について組織内での共通理解を持つための取り組みを行っている。
36	2	○				マニュアルが整備され、それらに基づいたサービスが実施されている。
(2) 利用者満足の上昇に努めている。						
37	1	○				年2回のケアカンファレンスに利用者や家族の参加を願い、また家族会や茶話会等の行事を通じて利用者・家族との意思疎通を図るなど、利用者満足を把握するための具体的な仕組みを整備している。
38	2	○				月1回の利用者会議や家族会へのアンケートの実施などにより利用者の満足の把握に努め、その内容を検討し結果に基づき具体的な改善を行うなど、積極的に取り組んでいる。
(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	○				利用者の立場に立った相談対応や利用者会議・オンブズマンの活用など利用者が相談や意見を述べやすい環境整備がなされている。なお言えば、意見箱の意味・目的等について利用者に周知され、その活用について積極的に取り組まれない。
40	2		○			責任者の設置・第三者委員・意見箱等、苦情解決の仕組みは確立されているが、利用者に対する周知や分かりやすい説明等の取り組みに関しては不十分と判断した。
41	3	○				利用者の意見に対する対応マニュアルが整備されている。また利用者へのヒアリングから利用者の意見に対する対応は迅速に行われていることを確認した。加えて、そのことにより利用者も満足している様子がうかがわれた。
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	○				毎年の自己評価の実施や第三者評価(2回目)の受審、また利用者や家族への満足度調査を実施するなど、組織としてのサービス内容の評価・見直しを行う体制は整備されている。
43	2	○				各会議において評価結果の分析を行い、取り組むべき課題を明確にしている。またそれらは回覧等により職員間で共有されている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○				各会議における職員参画により、課題に対する改善策や改善計画の策定・実施・評価・見直し等が行われている。
(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。	○				個々のサービスに関するマニュアルは整備されており、ミーティングや研修会等で職員に周知されている。またそれに基づくサービスの実施状況を確認する仕組みも、職員へのヒアリングにより確認した。
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。	○				組織として年1回マニュアルの見直しを行う体制が確立されている。

(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。	○				利用者個別のアセスメントシート・サービス実施計画に沿って、看護・介護等の記録は適切に行われている。
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○			利用者に関する記録等の管理に関してはマニュアルとして定められており、それに基づく管理が行われているものの、職員への周知が十分ではないと判断した。
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。	○				ミーティングや各種会議で情報共有がなされ、閲覧印でチェックがなされていることを確認できた。
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。	○				ホームページを作成し、また広報紙やパンフレットを作成するなどして、積極的に必要な情報の提供を行っている。
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。	○				利用者や家族に対して、契約書・重要事項説明書をもとに説明し、同意を得ている。
(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。	○				サービス終了時にその後の相談担当者や連絡先等について文書を提示、説明するなど、サービスの継続性に配慮した対応がなされている。そのことは職員へのヒアリングにおいてもそれらの対応が十分にされていることを確認した。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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。	○			統一されたアセスメント様式を確認した。また、ヒアリングにより組織として手順が定められ、計画的なアセスメントが実施されていることを確認した。
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。	○			ケアプラン作成の手順に従って、具体的なニーズや課題を個別のサービス場面ごとに作成・明示している。
(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。	○			サービス実施計画策定のための体制は確立されている。またサービス実施計画が適切に策定されていることを、その計画内容及び職員へのヒアリングにて確認した。
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。	○			3ヶ月に1度、モニタリング・アセスメントを実施するなど、サービス実施計画の実施状況の評価と見直しについては、組織的な仕組みを定めて実施している。