

第三者評価結果表

施設名 ケアハウス めぐみの園

評価対象 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					仏教精神を礎とした「人みな同胞」を理念とし、事業計画、パンフレット等に明文化され、施設内にも掲示されており、法人の目指すべき方向や考え方を読み取ることができます。
2	2					基本方針は理念に基づいており事業計画、パンフレット、ホームページ等に明文化されておりました。利用者が安心・安全に、生きがいを持って生活できるように、そして地域住民にも安らぎの場を提供するという趣旨の内容で、職員の行動規範となっています。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1					理念は園歌の中にも盛り込まれ、毎日職員に歌われているようでした。理念、基本方針については職員に年度初頭に説明がされています。事業計画書の読み合わせが朝礼にてなされ、職員はしっかりと理念や基本方針を認識しています。
4	2					重要事項説明書に理念、基本方針が記載され入居時に説明しています。また、理念が園歌になっており毎朝、機会あるごとに利用者の方も歌われている様子です。理念・基本方針も玄関に掲示されており、面会の家族が何時でも見られるように配慮しています。また、広報誌で総合園長はじめ施設長が理念や基本方針について説明し、家族にも十分配慮しています。
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					2016年度までの法人全体の中・長期計画の中に、「めぐみの園」の中・長期計画が位置付けられています。法人全体としての今後の具体的ビジョンの読み取れる内容です。
6	2		-			事業計画書には、中・長期計画が反映されています。年間計画も含め、丁寧に作成されています。また、事業計画の評価も数値で示されています。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1					事業計画は各部所より職員会議、ミーティング、班会議などで職員に諮り、2月までに生活相談員がまとめる手法をとっており、組織が一丸となって事業計画等作成しています。
8	2					職員には全事業所の事業計画が冊子として回覧されています。事業計画は朝礼などで読み合わせなどし、内容の共有化を図っています。また、利用者会で公表しています。面会家族や来訪者の目に触れやすいように、ホールにも掲示しています。

【 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 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。					総合園長、施設長は、職員会議、朝礼などにも極力参加し、職員を含め現場の状況を把握することに努めています。また、総合園長や施設長に対して職員が意見を言い易い雰囲気を作り、現場と管理者の円滑なコミュニケーションが図られ、風通しの良い施設作りに努めています。
10	2 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。					法令遵守のために朝礼や勉強会で話し合いがなされていますが、遵守すべき法令の一覧表がリスト化されるなど、具体的な理解の方法が示されていませんでしたので、b評価としました。
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。						
11	1 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。					積極的にサービスの質の自己評価を行い、また、利用者に対してアンケートをするなどして、サービスの現状についての確に把握しています。また、施設長自ら各種委員会に出席し、職員の意見を聞きながらサービスの質の向上に努めています。
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。					人事コンサルタントより、人事、労務について分析、診断を受け、経営、業務の効率化に積極的に取り組んでいます。

評価対象 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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。					厚生労働省の最新の情報を常にインターネットで確認をし、また、経営者協議会などに参加し積極的に事業経営に関する情報を入手し、経営に反映しているよう努力をしています。
14	2 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。					税理士による会計監査、人事コンサルタントによる経営分析を行い、経営上の課題を明確にしています。また、それらの課題について法人全体の施設長会議等で報告検討する取り組みをしています。
15	3 外部監査が実施されている。					顧問税理士による点検指導を月に2回実施しています。ただし、顧問税理士による監査は外部監査の定義には当てはまりませんので、c評価となります。
16	4 運営内容の開示が適切に行われている。					ホームページや法人広報誌で積極的に運営内容を開示し、事業内容の透明化に努力しています。
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。					職員の動静に関する情報収集に努めながら、それらをもとに的確な人員配置の予定が立てられ、利用者にも都合が生じないような配慮をしています。

【 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。					考課基準および人事コンサルタントの助言により人事考課が行われています。総合園長・施設長は職員と十分なコミュニケーションをとりながら、職員個人が各自の目標を設定し、意欲的に取り組めるように配慮しています。
(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。					法人全体の主任会議や施設長会議で就業状況等の把握を行い、職員を大切に育てたいという姿勢で経営にあたっています。しかし、組織全体として改善する仕組みの構築までには至ってはいませんでしたので、b評価としました。
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、山口県健康福祉財団へ加入し、また、職員旅行も法人全体で3回に分け、職員が参加しやすく配慮しています。また、長年勤務した職員さんへの表彰などもしています。
(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。					基本方針などには組織が求める職員の仕事への基本姿勢、意識が明示されています。職員を大切に育て、サービスの質の向上を図ろうとする意図がうかがえます。しかし、職員に求める技術や質について、具体的な目標を設置するなど、より具体的な体系的な研修計画の作成が必要と思われましたので、b評価としました。
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。					各職員に対し個別の研修計画が立てられています。研修成果は他の職員へも報告され、研修成果の共有を図っています。
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。					内部研修については年度末に職員全員で研修の検証会を持ち、それを参考に次年度の予定を立てています。また、外部研修についても定期的に報告検討を行い次年度の研修計画の参考にしています。
(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を作成し、実習生受け入れの基本姿勢や受け入れ手順、実習プログラムを用意し、専門職養成に関する社会的責務を果たしています。
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。					歯科衛生専門学校生の実習と介護系短大生のボランティア実習を受け入れています。学校との打ち合わせも十分になされており、実習生の指導も的確に行われています。実習生の評価も高いようです。また、ベトナムからの海外研修生も受け入れています。
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。					緊急連絡網が掲示されており、「感染症予防手順」や「事故委員会規程」も整備され、定期的に安全確保のための検討も行われています。職員会議等で職員にも周知され、利用者の安全確保に努めています。
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には今後の安全対策等についてしっかりと記載され、職員全員で事故等の原因分析や再発防止の話し合いもしています。事故防止についての研修もしています。

【 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					地域に開かれた施設としての姿勢が事業計画や運営方針にも明記されています。アニマルセラピーなどには小学生を招いて入居者と一緒に活動をしたり、近隣の住民に呼びかけて夏祭りをするなど、地域とのかかわりを大切にしたり、地域との関係性を大切にしています。法人や事業所の広報誌に行事案内を掲載するなど、地域住民の参加者を募り、入居者と住民との親睦を図っています。
29	2					法人主催の介護者教室の実施、ホールを地域交流スペースとして地域住民との交流を図るなどして、事業所の有する機能を積極的に地域に還元しています。
30	3					「ボランティア受け入れ管理規程」を整備しています。生活相談員を窓口として、積極的に受け入れ、地域のボランティアとよい関係が構築されています。
(2) 関係機関との連携が確保されている。						
31	1					施設運営に必要な関係機関・団体の一覧が事務所に掲示されています。職員も十分理解し、社会資源を有効に活用しながら取り組んでいます。
32	2					ケアハウスの生活相談員会や介護支援専門員会に参加し、法人外部の組織との交流を行っています。また、ボランティア諸団体との交流も行っています。
(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。						
33	1					地域交流の機会を多く持ち、また、隣接するグループホームの運営推進会議にも参加したり民生委員会にも出席し、地域の情報等を積極的に収集把握しています。
34	2					地域住民の方や、利用を希望する人に対しては、随時の見学や説明を行っています。法人が主催する介護者教室のスタッフとしてかかわっています。また、住民が利用できる野外活動施設の整備を行って、地域住民との交流を持てるような取り組みも行っています。

評価対象 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					事業計画にて利用者尊重の方針が立てられています。職員は朝礼、ミーティングなどの機会にそれを互いに確認し合って業務を進めています。
36	2					「個人情報管理規程」として整備され、職員に周知されています。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
(2) 利用者満足の向上に努めている。						
37	1 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。					定期的に利用者、家族に満足度調査や嗜好調査を行い、その結果を職員が職員会議などで検証し、日々の仕事に生かしています。
38	2 利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。					生活相談員が担当して利用者の自治会と話し合っ改善できるところは改善し、利用者の満足度を高める努力をしています。調査結果については、施設の広報誌に掲載し、利用者や家族に公表しています。
(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。					生活相談員及び介護支援専門員が月に1回は各居室を訪問し、利用者から直接意見を聞き、利用者からの要望等をしっかりと聞く体制を整備しています。
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。					苦情解決の体制を整え、規程等を玄関に掲示しています。また、第三者委員も選定され写真を記載して利用者に分かりやすく掲示され、苦情解決に積極的に取り組んでいます。
41	3 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。					利用者個人からの苦情に対しても速やかにミーティングや職員会議で話し合い、利用者の方に真摯に対応しています。また、利用者の自治会に対しても職員が参加し、意見を聞いています。
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。					職員会議など各種会議にてサービス内容について評価し、年1回は評価基準に従って自己評価を行い、職員間で取り組むべき課題を明確にし、サービスの質の向上に具体的に努めています。
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。					職員会議など各種会議にてサービス内容について評価し、年1回は評価基準に従って自己評価を行い、職員間で取り組むべき課題を明確にし、サービスの質の向上に具体的に努めています。
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。					職員会議など各種会議にてサービス内容について評価し、年1回は評価基準に従って自己評価を行い、職員間で取り組むべき課題を明確にし、サービスの質の向上に具体的に努めています。
(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。					介護の手順書を作成し、職員は手順書に沿って臨機応変に工夫しながらサービスを提供しています。
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。					介護の手順書は、利用者個々に合った日常ケアを提供するために、月に1回見直しをする機会を設け、また、職員間で十分共有化してサービス提供に努めています。

【 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。					利用者個人毎のファイルが整備され、サービス実施計画、状況について丁寧に記録しています。
48	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。					利用者処遇記録の整備、保管についてのマニュアルを作成し、生活相談員が最終責任者として管理しています。また、「個人情報開示手順」を作成し、利用者に対する情報開示に配慮しています。
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。					的確な管理のもと、職員間で情報を共有化するために毎日朝礼、ミーティングを行っています。
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。					ホームページや広報誌で必要な情報を提供しています。随時の見学も実施しています。
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。					契約書、重要事項説明書により家族、本人にサービス内容等について丁寧に説明をしています。
(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。					家庭への移行等については、引き継ぎの手順書を作成し、継続したサービスが提供されるように配慮しています。
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。					利用者一人ひとりの生活上のニーズの把握(アセスメント)を定期的に行っています。見直しも定期的に行っています。ニーズ把握、見直しについては、職員が共通認識できるようにマニュアルを作成し、丁寧に実施しています。
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。					ケアプラン作成担当者である介護支援専門員の管理のもと、利用者一人ひとりの具体的な生活上のニーズがアセスメントに基づいて丁寧に記載されています。
(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。					計画作成担当者が、職員や家族からの情報をもとにサービス実施計画を作成しています。介護を要しない自立者が数名いらっしゃいましたが、これらの方についてもよりQOLを高めるために、支援上の留意点等も含めたサービス提供計画を作成する工夫をするとよいでしょう。今回は、これらの方に対するサービス提供計画の作成の工夫をさらにして欲しいと思われましたので、b評価としました。
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。					マニュアルにそって、定期的に評価・見直しがなされています。評価・見直しにあたっては、全職員が参加するカンファレンスを開催し、家族等の意見も聞いています。