

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 伊保庄園

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	○				法人としての理念が明文化され、施設内に掲示されるとともに、パンフレット・広報誌・封筒等に記載されていたのでa評価とした。
2	2	○				理念に基づいた3つの基本方針が、事業計画・中長期計画に明文化されていたのでa評価とした。
(2) 理念や基本方針が周知されている。						
3	1	○				年度当初の職員会議で、施設長から理念や基本方針に沿った事業計画書を基に説明があり、施設内の掲示や職員名刺にも記載がされているなど周知に積極的な取り組みが確認されたのでa評価とした。
4	2	○				理念や基本方針は利用者懇談会や年2回の家族会等で説明されており、施設内への掲示や、入所説明資料などにも記載され、利用者や家族に積極的に周知されていることが確認されたのでa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	○				平成21年から25年まで、組織の理念や基本方針の実現に向けた中期計画が策定されていたのでa評価とした。
6	2	○				中期計画を基に事業計画が策定されていることが確認されたのでa評価とした。
(2) 計画が適切に策定されている。						
7	1	○				業務内容について定期的にモニタリング・評価を行った上で、現場の担当者の原案を基に部門別の検討会議を開催し次年度計画を策定している。組織的な取り組みを行っていることが確認されたのでa評価とした。
8	2	○				事業計画は全職員に配布されており、職員会議などでも説明され、利用者・家族へも懇談会や家族会などで説明・周知の取り組みをしていることが聞き取られたのでa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	○				施設長は年度初めや月1回の運営会議や職員会議等で自らの役割や責務について表明されていることが聞き取られたのでa評価とした。
10	2	○				個人情報保護や交通法令、安全に関する基準など、遵守すべき法令等について施設長自らが各種研修や、会議に出席し、朝礼等でも職員に対して具体的に示していることが聞きとられたためa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	○				施設長は毎月の運営会議等で職員の仕事内容を把握するとともに、サービス向上会議を開催し、現状の把握や課題の検討を行うなど、質の向上に指導力を発揮していることが確認されたのでa評価とした。
12	2	○				職員からの業務報告や四半期ごとの収支の状況を確認し、省エネ対策や業務の簡素化・効率化と改善に向けた取り組みを行う中で、指導力を発揮していることが聞き取られたので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	○				地区社協の会議や民生委員・児童委員との関わり、居宅介護支援事業などを通じて福祉ニーズの把握に積極的に取り組んでいることが確認されたのでa評価とした。
14	2	○				日々の業務や四半期ごとの収支状況の確認により経営状況を確認し、併せて運営会議での改善課題への取り組み、職員への意識付け等が確認されたのでa評価とした。
15	3			○		外部監査は実施していないので、c評価とした。
16	4		○			運営内容について事業計画や決算書等の資料を求めに応じることができるよう準備しているが、情報発信まで至っていないためb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		○			法人として中長期計画に人員体制に関する基本的な考え方が記載されているが、当施設としての具体的なプランが確認されなかったためb評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
18	2	○				平成19年度から法人として人事考課が行われていることが確認されたのでa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	○				法人に提出する自己申告書をもとに、施設長による個別面接等が実施され、異動や研修など個々の職員の意向を把握する仕組みが構築されていることが確認されたのでa評価とした。
20	2	○				福利厚生センターへの加入を始め、球技大会や親睦会の開催、必要に応じてカウンセラーの相談体制が整備されているなど、法人や施設としても福利厚生に積極的に取り組んでいることが確認されたので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	○				法人としての職員研修・研修体制計画が策定され、当施設の事業計画の中にも位置付けられていることが確認されたのでa評価とした。
22	2			○		個人研修履歴が整備され、教育・研修についての姿勢が各種計画に示されているが、職員一人ひとりの研修計画が策定されていないためc評価とした。
23	3			○		研修終了後、研修内容を職場内で反映する機会や取組を行っているが、その内容を評価し職員一人ひとりの研修計画に反映するまでいたっていないためc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	○				中長期計画に実習生の受け入れに関する基本姿勢が明確にされ、実習指導者研修を受講し指導者の質の向上に努めるなど積極的な取り組みが確認されたのでa評価とした。
25	2	○				実習担当職員が配置され、社会福祉士やホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意するなど、積極的な取り組みが確認されたので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	○				利用者の安全確保のため指針やマニュアルが整備され、月1回のリスクマネジメント委員会で検討協議が行われ、その内容が職員に伝えられていることが確認されたのでa評価とした。
27	2	○				日々の朝礼での安全確認や、リスクマネジメント委員会で事例検討を行い安全確保・事故防止に関する取組を積極的に行っていることが確認されたのでa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		○			事業計画で地域との関わりが明示され、三世代交流行事への参加や地域の祭りへの職員への参加などを行っているが、利用者への情報提供や地域との交流行事の機会が十分とはいえなかったためb評価とした。
29	2		○			事業計画に地域福祉の拠点としての姿勢が明示され、施設機能や物品の貸し出し、外部での講習会への講師派遣などを行っているが、地域に対しての施設機能の利用についての働きかけが十分とはいえなかったためb評価とした。
30	3	○				ボランティア受け入れに関する事項が事業計画に位置づけられ、手順書や受付カードなどにより受け入れ体制が整備されていると判断されたため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	○				利用者のサービスの向上につながるよう、地域の関係機関・団体のリストが整備され、情報の共有についても取り組まれていると確認されたためa評価とした。
32	2		○			地域の関係機関や団体との連絡会や勉強会には積極的に参加しているが、利用者に対するサービスの一環としての具体的な課題や事例検討が十分ではなかったためb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	○				市社協や地区社協、共同募金会、地域の福祉事業所との定期的な連絡会議への参加など、具体的な福祉ニーズの把握に努めていると判断されたためa評価とした。
34	2			○		過去に地域ニーズにより具体化した事業はあるが、その後具体的な事業や計画に地域のニーズに対応したものが見受けられなかったため、c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	○				事業計画に基本的な人権への配慮や身体拘束廃止・虐待防止の取り組みについて明示され、職員会議や職場内研修など組織内で共通の理解をもつための取組みが行われていることが確認されたためa評価とした。
36	2	○				プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、利用者の生活場面ごとにも設定されており、職員間に周知する取組みが積極的に行われていると判断されたため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	利用者満足の上昇を図った仕組みを整備している。	○			事業計画に利用者満足度の上昇について明示され、利用者満足度調査の定期的な実施、利用者満足度を把握する目的の利用者懇談会、家族会が開催されていることが確認されたのでa評価とした。
38	2	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	○			利用者満足度調査等で把握された内容を分析・検討し、改善内容を掲示するとともに、利用者懇談会などで伝えるなど、サービスの向上に関する具体的な取り組みがされていると判断されたのでa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	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	○			事業計画に相談や意見を述べやすい体制の確保が明示され、施設内に意見箱を数ヶ所設置するとともに、介護職員や生活相談員が日常での利用者からの相談対応に当たっていることが確認されたのでa評価とした。
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。	○			苦情解決の窓口、担当者、第三者委員が配置され、苦情解決の仕組みを説明した資料の施設内掲示や、利用者懇談会や家族会等での周知が積極的に行われていると判断されたのでa評価とした。
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応するマニュアルが整備され、その要望等に関して速やかに利用者または懇談会等を通じて対応していると判断されたので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。	○			定期的に第三者評価を受審し、年2回の自己評価を行っている。また、評価に関する担当者・担当部署が設置され、その内容が職員に周知されるとともに、サービス内容に反映する取り組みが組織的に行われていると判断されたのでa評価とした。
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。	○			運営会議等で第三者評価や自己評価を分析・検討し、その結果やそれに基づく課題が文書化され、職員に周知・共有化されていると判断されたのでa評価とした。
44	3	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	○			課題から明確になった事項について、職員間で分析・検討した内容が事業計画等へ反映されているとヒヤリングで確認されたので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具体的なマニュアルが整備され、職場内の研修等で共有化を図り、サービスが実施されていることが確認されたのでa評価とした。
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。	○			標準的な実施方法について、定期的に開催される職員会議やサービス内容検討委員会等で検証し、必要に応じて見直しを行う体制が整備されていることが確認されたので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。	○			日々の介護記録や看護記録に、ケアプランに基づいた利用者一人ひとりのサービスが実施されていることが確認されたので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。	○			個人情報保護並びに情報の開示に関する規程が整備され、事務分掌内にも担当者が設置され、適切な管理が確認されたので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。	○			日常的な朝礼や引継ぎ、申し送りなどの他、横断的なケース検討会議や、職員会議等の内容が組織的に各職員間で共有する取り組みが確認されたので、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。	○			事業所を紹介したホームページの作成や、パンフレットを居宅介護支援事業者をはじめ地域にも配布していることがヒヤリングで確認されたので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。	○			入所契約時には、契約書、重要事項説明書等資料で説明する他、利用者にもわかりやすいリーフレットを活用しながら説明と同意を得る工夫が確認されたので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。	○			サービス終了後の相談担当者が配置され、退所等の引継ぎ用にサマリーが整備されるなどサービスの継続性に配慮した取組みが確認されたので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。	○			サービス開始前後のアセスメントは統一された様式で実施されており、定期的な見直しの時期と手順も書面にて確認できたので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。	○			アセスメントの内容に基づき、サービス場面ごとのニーズや課題を記載した施設サービス計画が策定されていることが確認できたので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責任者が配置され、ケアプラン検討委員会では利用者や家族の意向を踏まえ、施設長や看護師、栄養士など横断的に検討・確認する体制が確立し、実際に機能していることが確認されたので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。	○			6ヶ月ごとに評価見直しをすることが文書化され、その見直しについては介護職員・施設ケアマネが原案を作成し、横断的な検討による作成が確認されたのでa評価とした。