

# 第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム やすらぎ苑

## 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
<b>1 理念・基本方針</b>						
<b>(1) 理念、基本方針が確立されている。</b>						
1	1	○				法人の理念が、事業計画、パンフレットに記載され、ホームページで紹介するとともにロビーに掲示している。
2	2	○				理念に基づく基本方針が、事業計画、パンフレットに記載され、ホームページで紹介するとともに、ロビーに掲示している。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1	○				カード化された理念・基本方針を全職員に配布し、毎日の朝礼において唱和している。
4	2		○			理念・基本方針を家族懇談会において、施設長からその都度説明されていることを確認したが周知方法について十分でない判断した。
<b>2 計画の策定</b>						
<b>(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</b>						
5	1			○		中期経営計画検討委員会を設置し、検討しているが、中・長期計画は策定されていない。
6	2		-	○		前年度の事業評価を踏まえた単年度の事業計画は策定されているが、中・長期計画を踏まえたものとなっていない。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1	○				各部署の主任において当年度の事業計画を評価し、次年度計画として作成されたものを経営会議で総合的に検討している。
8	2		○			職員に対しては、経営会議や職員会議で周知をするとともに全職員に回覧している。利用者・家族には、家族会懇談会の席で説明されているが十分でない判断した。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>						
<b>(1) 管理者の責任が明確にされている。</b>						
9	1	○				施設長は、職務分担表で役割を明確にするとともに、朝礼、職員会議、経営会議、各種委員会において、自らの役割と責任について表明している。
10	2	○				施設長は、各種会議、研修会等を通じて遵守すべき法令等を把握し、職員会議での報告や関係資料を全職員に配布するとともに新人職員には研修カリキュラムに入れ徹底している。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	1	○				施設長は毎朝、施設内全居室を訪問し利用者の声を聞くとともに朝礼では、社会状況やサービスの質の向上等について指示をしている。また、各種委員会においても意欲的に取り組み指導力を発揮している。
12	2	○				施設長は、毎月経営会議を開催し経営状況を把握するとともに、各部署の課題、問題点について職員とともに改善策を検討している。また、職員会議においても月次報告を行い経営状況の共有化を図っている。職員による業務改善提案制度を取り入れ改善に取り組まれている。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

<b>1 経営状況の把握と開示</b>						
<b>(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</b>						
13	1	○				施設長は、全国的な会議や関係情報誌から情報を積極的に収集し、社会福祉の動向を把握している。また、周南圏域の老人福祉関係会議にも出席し地域の実情について把握している。
14	2	○				経営会議において月次決算、稼働率状況、独立行政法人福祉医療機構や全国社会福祉法人経営者協議会の経営診断を活用され、改善すべき課題発見の取組が行われている。
15	3			○		実施されていない。
16	4	○				事業報告、貸借対照表、収支計算書等のファイルを開覧しやすいように施設ロビーの書棚におかれ、また、ホームページで紹介するとともに家族懇談会で説明されている。
<b>2 人材の確保・養成</b>						
<b>(1) 人事管理の体制が整備されている。</b>						
17	1	○				役割等級表、キャリアパス概念図を作成され、求められる職員像や必要な研修、資格等を明示している。

【 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。	○				人事考課は人事考課制度に基づいて実施され、その結果を個人面談によりフィードバックするとともに、昇給や賞与に反映されている。
<b>(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</b>						
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。	○				職員の有給休暇消化率、時間外労働、健康状態等を把握され、個別面談等において職員の意向や意見を聞き取り、業務改善等に努めている。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				独立行政法人福祉医療機構・山口県健康福祉財団の退職金制度や福利厚生センターに加入され、また、施設内互助会「ポピーの会」が企画する事業も実施されている。
<b>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</b>						
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。		○			役割等級表において職員に求められる具体的な技術水準や専門資格等明記されているが、中・長期計画が策定されていない。
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組が行われている。		○			研修一覧表により職員が参加受講する研修を管理されているが、個人個人の研修計画は策定されていない。新人職員については、個別に指導者をつけてチェックリストにより指導している。
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。		○			研修参加者は、復命書の提出や職員会議・介護員会議で発表している。研修参加一覧表により研修受講状況が記録されているが、研修計画に反映されていない。
<b>(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</b>						
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。	○				基本方針に実習生受け入れ方針が明示され、介護福祉士実習指導者を配置するなどして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組を行っている。	○				実習生の評価を担当職員が行い、介護福祉士実習指導者が総括するなど、積極的な取組が行われている。
<b>3 安全管理</b>						
<b>(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。</b>						
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。	○				各種マニュアルの策定や委員会の設置、緊急連絡・協力体制は整備されている。土砂災害避難訓練を含めた防災訓練も積極的に行われている。
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。	○				事故報告やヒヤリハット報告を基に介護員会議において要因分析・対応策の検討を行い対応策を実践している。また、定期的に事故感染対策委員会が開催されている。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>4 地域との交流と連携</b>						
<b>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</b>						
28	1	○				施設と地域とのつながりを大切にされ、折々の施設行事に地域住民の参加を呼びかけ交流を深めている。また、地域の運動会や夏祭り等の行事への参加についても努められている。
29	2	○				施設機能を生かした相談や研修会等を実施され、また、地域行事にテーブルやイス等の施設備品の貸し出しを行っている。
30	3		○			ボランティア受け入れの基本的な姿勢は明示されていないが、ボランティアを積極的に受け入れている。また、ホームページ等で随時ボランティアを募集されている。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1	○				地域社会資源マップの作成や関係機関との連絡方法をリスト化され職員で共有している。
32	2	○				地域の老人福祉施設や関係機関をはじめ介護職員、相談員等の定期的な会議に積極的に参加し連携に努めている。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1	○				民生委員・児童委員や地域包括支援センター等関係機関との会議等を通じて地域のニーズ把握に努めている。
34	2		○			認知症サポーター養成講座や地域のいきいきサロン等を支援されているが、把握されたニーズに基づく事業が計画に反映されていない。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

<b>1 利用者本位の福祉サービス</b>						
<b>(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</b>						
35	1	○				理念や基本方針を明確にして、利用者を尊重したより質の高いサービスの提供を行うため研修や会議などで職員に周知している。
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。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(2) 利用者満足の上昇に努めている。</b>						
37	1		○			月1回の利用者との「話し合い」や年1回の家族懇談会、介護相談員を通じての利用者の意向を把握されているが、定期的な利用者アンケートは実施していない。
38	2			○		利用者満足に向けた担当者会議等は実施されているが、アンケートやそれに基づく分析検討は行われていない。
<b>(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</b>						
39	1	○				月1回の利用者との「話し合い」や介護相談員を通じ、意見・要望発表の場を持つたり、意見箱を設置されている。
40	2	○				ロビーに苦情解決窓口や第三者委員等の掲示を行うとともに家族懇談会を通じて周知している。
41	3	○				意見箱や家族から把握した苦情等を職員に周知し、担当者会議で検討を行うとともにその結果を利用者に報告するなど対応している。
<b>2 サービスの質の確保</b>						
<b>(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。</b>						
42	1	○				経営会議、職員会議、介護員会議、業務改善委員会において検討し対応している。
43	2	○				検討・協議された課題について、職員会議や朝礼時のミーティングで周知している。
44	3	○				課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。
<b>(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</b>						
45	1	○				食事、排泄、入浴等の各種マニュアルを整備し、基本に基づいてサービスを提供されている。新入職員には半年間、教育担当職員による技術習得支援が行われている。
46	2		○			定期的な見直しや実施方法について定められていない。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
<b>(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</b>						
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。	○			利用者一人ひとりのサービス等の実施状況は、パソコンを活用し、ケアプランや個別のサービス内容等に記録されている。
48	2	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	○			個人情報に関する基本指針や文書保存規程により管理されている。
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。	○			利用者の状況については、ケアカンファレンス、業務伝達簿、引き継ぎ、朝礼、申し送り等で随時行われている。
<b>3 サービスの開始・継続</b>						
<b>(1) サービス提供の開始が適切に行われている。</b>						
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。	○			ホームページやパンフレット、リーフレット、地域情報誌等を活用して情報提供が行われている。
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。	○			サービスの開始時には、利用者や家族に対して重要事項説明書による説明を行い同意が得られている。
<b>(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</b>						
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。	○			在宅生活への移行予定の利用者には、サービスの継続的な提供に配慮した対応がされている。
<b>4 サービス実施計画の策定</b>						
<b>(1) 利用者のアセスメントが行われている。</b>						
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。	○			定められた手順、書式でアセスメントが行なわれ、サービス計画書に記録されている。
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。	○			利用者一人ひとりのサービスごとの課題をケアプランに明示し、サービスが実施されている。
<b>(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。</b>						
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は、個々の利用者や家族からのニーズを聴き取り、介護支援専門員を中心に担当者会議において行われている。
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。	○			サービス実施計画の評価は1ヶ月、2ヶ月ごとに行い、定期的にケアプランの見直しが行われている。