

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム センチュリー21

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 |
|---|---|-------------------------|----------------------------------|---|---|----|
| 1 理念・基本方針 | | | | | | |
| (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | | | |
| 1 | 1 | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | <input checked="" type="radio"/> | | | |
| (特に評価が高い点) 法人の基本理念が3つの願いとしてわかりやすく示されており、「おだやかに、健やかに」が職員に周知され、現場で実現されました。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) パンフレットでは法人の基本理念、センチュリー21基本理念とあり、センチュリー21よりでは、法人の基本理念、センチュリー21基本方針となっています。文言も若干異なります。統一されたらどうでしょうか。 | | | | | | |

| 2 経営状況の把握 | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | | | |
| 2 | 1 | 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | | <input checked="" type="radio"/> | | |
| 3 | 2 | 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | | <input checked="" type="radio"/> | | |
| (特に評価が高い点) 決算時における財務分析が行われ、全国平均との比較が行われていました。現状や直面する課題に対し評価分析を行い改善すべき課題を明確化されている点は評価できます。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) 人材確保や利用者確保などの課題に対して、より具体的な分析や問題解決のためのより具体的な取組が必要ではないでしょうか。 | | | | | | |

| 3 事業計画の策定 | | | | | | |
|-----------------------------|---|-----------------------------|--|----------------------------------|--|--|
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | | | | |
| 4 | 1 | 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | | <input checked="" type="radio"/> | | |
| 5 | 2 | 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。 | | <input checked="" type="radio"/> | | |

| 【評価項目】 | | | a | b | c | Na |
|----------------------|---|---|---|---|---|----|
| (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | | | | |
| 6 | 1 | 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | | ○ | | |
| 7 | 2 | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | | ○ | | |

(特に評価が高い点)

平成26年～平成29年の中期計画が策定され、特に単年度の重点項目が設定されており、会議等で職員間における情報共有がしっかりと行われていました。

(改善が求められる点)

単年度の計画については、より具体的な取組や、できたかどうか評価ができる達成基準の明確化(数値化)が必要ではありませんか。また、利用者・家族への周知方法について、書面の郵送による周知を検討されてみてはいかがでしょうか。

| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | | a | b | c | Na |
|--------------------------------|---|--|---|---|---|----|
| (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | | | | | |
| 8 | 1 | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | | ○ | | |
| 9 | 2 | 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | | ○ | | |

(特に評価が高い点)

質の向上に向けた取り組みとして、3年ごとに第三者評価を受審される姿勢は高く評価できます。

(改善が求められる点)

第三者評価受審の取り組みについて、評価の着眼点などを全職員が共通認識されたうえで、3年計画で改善を進められるとよりサービスの質の向上につながるのではないかでしょうか。組織全体としての取り組みが期待されます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| 1 管理者の責任とリーダーシップ | | | a | b | c | Na |
|--------------------------|---|-----------------------------------|---|---|---|----|
| (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | | | |
| 10 | 1 | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | ○ | | | |
| 11 | 2 | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | | ○ | | |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | | | |
| 12 | 1 | 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。 | ○ | | | |
| 13 | 2 | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | ○ | | | |

(特に評価が高い点)

管理者としてコスト削減のためのLED照明の導入や、利用者の安全確保のための低床ベッドの導入、職員の負担軽減のためのリフトの導入などにリーダーシップが発揮されていました

(改善が求められる点)

施設の立地から地域との関わりが消極的であるように思われました。より積極的な地域との関わりを検討されてはどうでしょうか。

| 【評価項目】 | | | a | b | c | Na |
|--|---|---|---|---|---|----|
| 2 福祉人材の確保・養成 | | | | | | |
| (1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | | | | | |
| 14 | 1 | 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | | ○ | | |
| 15 | 2 | 総合的な人事管理が行われている。 | | ○ | | |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | | | |
| 16 | 1 | 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 | ○ | | | |
| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | | | | |
| 17 | 1 | 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | | ○ | | |
| 18 | 2 | 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | | ○ | | |
| 19 | 3 | 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | | ○ | | |
| (4) 実習生の福祉サービスに関する専門職の研修・育成が適切に行われている。 | | | | | | |
| 20 | 1 | 実習生等の福祉サービスに関する専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | | ○ | | |
| (特に評価が高い点) 産休・育休を取る職員も多く、職員の休暇取得には、取りやすい環境を作るなど働きやすい職場づくりに積極的であることは高く評価できます。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) 職員一人ひとりの育成について、組織として求める人材像を明確にするとともに、一人ひとりの育成計画(研修計画)が立案され、それにに基づく教育・研修が必要ありませんか。 | | | | | | |
| 3 運営の透明性の確保 | | | | | | |
| (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | | | | | |
| 21 | 1 | 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | ○ | | | |
| 22 | 2 | 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | | ○ | | |
| (特に評価が高い点) 各種情報公開用資料が職員に声をかけなくても、自由に閲覧できるよう、事務所横に備え付けられることは評価できます。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) ホームページをリニューアルされたと聞きましたが、検索の仕方が悪いのかたどり着けません。誰が検索してもホームページにたどり着けるよう改善が必要ではありませんか。 | | | | | | |

| 【評価項目】 | | | a | b | c | Na |
|---|---|--|---|---|---|----|
| 4 地域との交流、地域貢献 | | | | | | |
| (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | | | |
| 23 | 1 | 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | | ○ | | |
| 24 | 2 | ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | | ○ | | |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | | | |
| 25 | 1 | 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | | ○ | | |
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | | | |
| 26 | 1 | 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | ○ | | | |
| 27 | 2 | 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。 | | ○ | | |
| (特に評価が高い点) 地域参加型の機能訓練や笑顔の輪づくり・地域支え合い事業の活動は評価できます。なによりも、法人として、地域連携室を設置していることは高く評価できます。さらなる活動を期待しています。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) 認知症ケアに力を入れる特別養護老人ホームとして、認知症をキーワードに地域に向けて様々な取り組みができるのではないか。今後の取組に期待しています。 | | | | | | |

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。 | | | | | | |
| 28 | 1 | 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつたための取組を行っている。 | ○ | | | |
| 29 | 2 | 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | | ○ | | |
| (2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。 | | | | | | |
| 30 | 1 | 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | | ○ | | |
| 31 | 2 | 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | ○ | | | |
| 32 | 3 | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | ○ | | | |
| (3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | | | |
| 33 | 1 | 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 | | ○ | | |

| 【評価項目】 | | | a | b | c | Na |
|---|---|--|---|---|---|----|
| (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | | | | |
| 34 | 1 | 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | ○ | | | |
| 35 | 2 | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | | ○ | | |
| 36 | 3 | 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | | ○ | | |
| (5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | | | | | | |
| 37 | 1 | 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | | ○ | | |
| 38 | 2 | 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | | ○ | | |
| 39 | 3 | 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。 | ○ | | | |
| (特に評価が高い点) 感染症対策においては看護職員がリーダーシップを發揮し、感染症の予防に対する勉強会等が開催され、職員全体に周知されています。看護職員の意識の高さがうかがえました。また、月1回の消防訓練が実施され、安全対策が徹底されていることは高く評価できます。 | | | | | | |
| (改善が求められる点) リスクマネジメントについて、組織としての取組に加え、ひやりはっと報告書や事故報告書の要因分析の強化や具体的・効果的な再発防止策の立案と、実施した再発防止策の評価が必要ありませんか。 | | | | | | |

| 2 福祉サービスの質の確保 | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|--|
| (1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。 | | | | | | |
| 40 | 1 | 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。 | ○ | | | |
| 41 | 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。 | | ○ | | |
| (2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | | | | | |
| 42 | 1 | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | ○ | | | |
| 43 | 2 | 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | ○ | | | |

| 【評価項目】 | | | a | b | c | Na |
|--|---|---|-----------------------|-----------------------|---|----|
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | | | |
| 44 | 1 | 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。 | <input type="radio"/> | | | |
| 45 | 2 | 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | | <input type="radio"/> | | |
| (特に評価が高い点) ていねいなアセスメントに基づいた実施計画は適切であり、月毎の問題点がきちんと共有化も図られていることは評価できます。 (改善が求められる点) 標準的なサービス実施方法は、定期的な検証と見直しが組織的に行えるような仕組みが必要ありませんか。また、マニュアルには作成日や改定日などを記入し、最新版管理が必要ではありませんか。 | | | | | | |