

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 梨花の里

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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 周知を図るために様々な手段を活用する努力がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者・家族への周知の方法については工夫が求められます。</p>					
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。	○			
3	2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	○			
<p>(特に評価が高い点) 地域における高齢福祉等の情報を収集し、理事会、経営戦略会議、運営会議等で把握、分析されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありません。</p>					
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。	○			
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。	○			
(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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 福祉政策の動向が把握され、中山間地域の状況が事業計画に反映されています。単年度計画は、職員の意見が吸い上げられ、職員間での共有も図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者等へ周知を図るための働きかけや明文化が望まれます。</p>					

【 評価項目 】				a	b	c	Na
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組							
(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。			○		
<p>(特に評価が高い点) 質の評価委員会が定期的開催され、自己評価が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 評価結果に基づく改善策が作成され、計画的に改善実施されることが求められます。</p>							

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

(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)
事業計画や職務分掌などで施設長の役割と責任が明文化され、会議等で職員への周知も図られています。後継者の育成については重要な役割と認識されています。

(改善が求められる点)
特にありません。

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。		○			
----	---	-----------------------------------	--	---	--	--	--

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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わる専門職の研修・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わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。		○		
<p>(特に評価が高い点) 人事管理システムが構築されています。人材育成に関する研修計画も、個別、階層別に策定されています。</p> <p>(改善が求められる点) 研修に関する記録類と、実習生受入れマニュアルの整備が望まれます。</p>					

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。	○			
<p>(特に評価が高い点) 理念や基本方針、事業計画、事業報告、予算、決算などの情報がホームページや広報誌で公開されています。また、外部専門家による指導や内部監査体制も整っています。</p> <p>(改善が求められる点) 特にありませんが、今回の第三者評価受審を契機に、定期的な受審をお勧めします。</p>					

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上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。	○			

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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。		○		
<p>(特に評価が高い点) 「地域に貢献できる施設」が目標に掲げられ、関係団体との連携、福祉ニーズの把握、施設機能の地域還元などの取組が行われています。福祉避難所の届出がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) ボランティア受け入れに対する基本指針や民生委員との連携強化が望まれます。</p>					

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。		○		
(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。		○		

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(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。	○			
<p>(特に評価が高い点) ホームページや広報誌により積極的に情報開示がなされています。苦情解決システムが整備されるとともに、利用者に対してはわかりやすい説明を心がけ、同意が得られるように努力されています。事故防止や感染症防止の取り組みが組織的に行われており、安全・安心な環境が提供されています。</p> <p>(改善が求められる点) プライバシーの保護に関する規程や利用者からの相談や意見に対する対応マニュアルの整備が求められます。</p>					
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。	○			
(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。	○			
45	2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。		○		
<p>(特に評価が高い点) 個別的な福祉サービスの実施計画が他職種連携のもと策定され、提供したサービスの評価・見直しも定期的に行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者に関する記録の管理について、開示請求等への具体的な対応が明示された規程やマニュアルの整備が求められます。</p>					