

# 第三者評価結果表

施設名 救護施設 下関梅花園

## 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
<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 理念が明文化されている。	○				理念は明文化され、法人の中長期計画や事業団ホームページ上にも記載されており、その内容は法人の使命・役割を反映していると判断したので、a評価とした。
2	2 理念に基づく基本方針が明文化されている。	○				法人の基本方針が、法人の中長期計画に明文化してあり、その内容は、法人理念との整合性が確保されていると判断したので、a評価とした。
<b>(2) 理念や基本方針が周知されている。</b>						
3	1 理念や基本方針が職員に周知されている。		○			法人の理念及び方針は、書面化されたものがあるものの、職員一人ひとりに配布されていない。又、梅花園の理念及び基本方針は、職員に配布されているものの、周知を促す取組がなされていないので、b評価とした。
4	2 理念や基本方針が利用者等に周知されている。			○		法人の理念や基本方針が施設内に掲示されていないことと、利用者への配布がされていないことから、c評価とした。
<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・長期計画が策定されている。	○				事業団全体で、委員会を立ち上げ、各施設ごとの計画を含め、中長期計画を策定している。また、文書化された中長期計画を確認したので、a評価とした。
6	2 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	○				中長期計画に基づいて、平成26年度の事業計画を策定していることを確認したので、a評価とした。
<b>(2) 計画が適切に策定されている。</b>						
7	1 計画の策定が組織的に行われている。		○			計画策定の仕組みは、一応できてはいる。全職員の意見を取り入れて策定されているが、積極的な関与はなく、組織的な評価や見直し等が十分に為されていないと判断し、b評価とした。
8	2 計画が職員や利用者等に周知されている。			○		策定された計画は、各種会議で全職員に説明されているが、文書配布などの理解を促すための十分な取組は為されていないと判断し、c評価とした。

【 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	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	○			管理者は自らの役割と責任について、職員会議(1回/月)や研修、また日常業務を通じて表明していることが、職員へのヒアリングで確認できたので、a評価とした。
10	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。		○		管理者研修に積極的に参加し情報収集に努めるとともに、新聞・インターネットなどでも情報収集に努めている。研修報告・情報の回覧などで職員への周知を図っている。しかしながら、福祉分野以外についての取組については不十分と判断し、b評価とした。
<b>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</b>						
11	1	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。		○		管理者は各種会議に参加し現状の把握に努めるなどして、意欲を持って取り組み、その指導力を発揮している。しかし、福祉サービスの質の向上について取り組むための具体的な体制の構築はまだ不十分と判断し、b評価とした。
12	2	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。		○		事業団全体としての経営や業務の効率化への取組みが始まっているが、管理者としての経営や業務の効率化と改善に向けた取組における指導力の発揮は十分とは言えないと判断し、b評価とした。

## 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	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○		各種研修会に積極的に参加したり、関係機関との連携等を通して情報を収集しているものの、それらが法人の中長期計画に反映されるまでには至っていないと判断し、b評価とした。
14	2	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。			○	予算に関する分析は一部職員で行っているものの、経営全般という視点での組織としての取組はこれからと判断し、c評価とした。
15	3	外部監査が実施されている。			○	外部監査は実施されていないので、c評価とした。
16	4	運営内容の開示が適切に行われている。		○		運営内容は事業団ホームページや年1回発行の広報誌等で公開しているが、事業所内での自由閲覧はされておらず、要望に応じる形での閲覧、開示の現状から判断し、b評価とした。
<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	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。			○	資格取得奨励計画はあるものの、制度上及び財務上の困難な課題があり、必要な人材や人員体制についての具体的なプランの確立までには至っていないことから、c評価とした。

【 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。			○		現在、人事考課は実施していないため、c評価とした。
<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。		○			就業に関する職員の意見や意向を取り入れた勤務体制や労働環境の整備に取り組んでいるものの、定期的な職員との個別面接等の機会設定など、組織としての改善する仕組みの構築は不十分と判断し、b評価とした。
20	2 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	○				山口県健康福祉財団や各種共済制度へ加入している。職員の定期健康診断も確実に実施しており、人間ドックなどへの助成制度もあるなど積極的に取り組んでいると判断し、a評価とした。
<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。		○			中長期計画に目的や達成目標等の基本姿勢は明示されているが、組織として求める職員の専門技術や資格等に関する基本姿勢が明示されていないと判断し、b評価とした。
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組が行われている。			○		職員の意向と各種団体の実施する研修を考慮した上での取り組みは行われているものの、組織が求める人材が具体的に明示されていないことと、職員一人一人についての教育・研修計画が立案されていないことから、c評価とした。
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。			○		職員個々に対する教育・研修計画の策定については不十分であり、そのため研修成果の評価・分析、またその結果の次の研修計画への反映も今後の課題であると判断し、c評価とした。
<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。	○				「実習生受け入れマニュアル」が作成されており、基本姿勢が明示されている。また、受け入れ実績も平成25年度事業報告書で確認できたので、a評価とした。
25	2 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	○				平成25年度事業報告書から、施設の専門性を生かしての実習生受け入れを積極的に行っていることが確認できた。また、職員のヒヤリングから、受託側との連携もしっかりできており、受け入れ姿勢は前向きであると判断したので、a評価とした。
<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。	○				各種の緊急時対応マニュアルは整備されている。安全衛生や防災の委員会が設置され、定期的な備蓄品の確認、避難訓練、職員への救急法の研修等も実施され、関係機関との連携も維持されていることを確認したので、a評価とした。
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。	○				利用者の安全確保のために、事故等についての事故報告書・ヒヤリハット報告書等を作成し、検討会(2回)で要因分析と対応策の検討を行ない、職員間で共有、周知している。それらをヒヤリングにおいて確認したので、a評価とした。

【 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	○				地域との関わり方に関する基本姿勢を定め、文書化している。地域貢献事業を目標に掲げて、地域の意向を尊重し各種の活動を行い、地域住民との交流に積極的に取り組んでいることがヒアリングで理解できたので、a評価とした。
29	2		○			人的交流を通じての地域貢献は積極的に行われているものの、施設のハード面等に制約があることから、施設機能の提供などでの貢献は十分ではないと判断したので、b評価とした。
30	3		○			「ボランティア受け入れに関するマニュアル」に基本姿勢を明示している。理・美容師の有償ボランティアや慰問は受け入れているが、一般的なボランティアの受け入れについてはその実績が少なく、その体制も十分に整備されているとはいえないと判断し、b評価とした。
<b>(2) 関係機関との連携が確保されている。</b>						
31	1	○				「社会資源リスト」を作成し、個別支援計画策定の段階などで情報を共有し、職員は必要に応じてそれらを自由に閲覧・活用していることが確認できたので、a評価とした。
32	2		○			地域定着支援センターからの地域移行を目標とした利用者の受入れや、要介護状態となった場合の受入れ施設を探すことなど、個別具体的な場面に即して、関連機関との連携を適切に行なっているが、その事例が少なく、関係機関等との連携については十分とはいえないと判断したので、b評価とした。
<b>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</b>						
33	1			○		自治会との連携はとれ、交流を深めているものの、施設が特殊なことなどもあり、関係機関・団体との連携に基づいた福祉ニーズの把握のための取組は為されていないことから、c評価とした。他の同類の施設などとの連携が必要かと思われる。
34	2		○			地域に農家や高齢者が多いため、自治会との連携により、畑の草取りや清掃活動等のニーズに応えている。今後、更なるニーズ把握に努め、新たな事業展開を図ることとしている。今後に期待し現段階ではb評価とした。

### 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・基本方針に基本姿勢が明示され、職員会議や研修を通して、施設長及び研修委員が職員に周知徹底していることが確認できたので、a評価とした。
36	2	○				規程・マニュアルが整備され、限られた環境の中、利用者の特性を考慮した上での取組がなされ、定期的な研修会において職員間での周知徹底を図っていると判断したので、a評価とした。

【 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 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	○				基本方針に基本姿勢が明示され、座談会(月2回開催)・レクリエーション会議・嗜好調査・個別面談等が行われており、利用者満足の上昇を意図した仕組みが整備されていることが確認できたので、a評価とした。
38	2 利用者満足の上昇に向けた取組を行っている。	○				レクリエーション会議等での利用者の要望や座談会での利用者からの苦情を整理し、職員間で検討し、解決を図るなど、利用者満足の上昇に向けた仕組みは整備され、実際にその取組を行っている判断したので、a評価とした。
<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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		○			全職員が対応できる体制を整え、面会室や相談室等を解放している。しかし目安箱については設置されてはいるが活用されていないことが利用者へのヒアリングで確認された。利用者が相談や意見を述べやすい環境づくりへの更なる取組が望まれると判断し、b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。		○			苦情に関するマニュアルは整備されている。苦情解決の仕組みを説明したポスターを掲示し利用者への周知を図っているが、周知への取組や仕組みの機能については十分とはいえないと判断したので、b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。		○			対応マニュアルも体制も整備されており、迅速な対応に努めているものの、実際場面では2ヶ月～3ヶ月を経ても回答がないケースもあることを利用者へのヒアリングで確認した。今後の対応全体の見直しと迅速な対応の実現を期待して、b評価とした。
<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 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。			○		今回初めての受審であり、体制整備はこれからということで、c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。			○		同上
44	3 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			○		同上
<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 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。		○			マニュアルは整備されているものの、マニュアルに基づいた標準的なサービスの実施内容の職員への周知と、その実施については不十分と判断したので、b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。		○			研修委員会が中心となり、定期的な見直しが行われているものの、職員からの意見や提案だけでなく、利用者からの意見や提案も反映される標準的な実施方法の見直しの仕組みになっているとはいえないと判断し、b評価とした。

【 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		○			個別支援計画書に基づく定期的な記録は整備されているものの、サービス実施後の利用者の状態の推移に関する具体的な記録については不十分と判断し、b評価とした。
48	2			○		利用者に関する記録の管理責任者は設置され、明記されているが、保管・保存・廃棄等についての管理体制は確立されていないと判断し、c評価とした。
49	3	○				個別支援計画はパソコン内で自由閲覧でき、サービスの継続・統一をはかるための申し送り・伝達帳簿も整備され、職員間での情報共有のための具体的な取り組みは行われていると判断したので、a評価とした。
<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		○			入所希望者の見学には随時対応し、事業団ホームページ・広報誌も発行している。しかし、その広報等による具体的な情報提供については配布場所の設定を見直すなど、情報提供へのより積極的な取り組みを期待し、b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。サービスの開始に当たっては、生活指導員を担当者とし、入所マニュアルの手順に従い説明を行ない、同意を得て同意書に利用者・家族の署名を得ていることがヒアリング、書面で確認できたので、a評価とした。
<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。他施設への移行に当たってはサマリー等を作成し、サービスが継続できるよう配慮している。しかし、その手順の文書化が為されておらず、また退所後も利用者等からの相談に対応はしているが、その記録化も為されておらず、サービスの継続性への配慮は不十分と判断し、b評価とした。
<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		○			個別支援計画に基づきアセスメントを実施している。アセスメントは年1回、複数の職員で見直している。しかしながら、利用者の状況変化時の記録や、その対応に関する記録等の手順の確立が不十分と判断し、b評価とした。
54	2		○			職員からのヒアリングにより、介護職員が1週間に1回カンファレンスを行いニーズや課題を明示していることが確認された。しかしながら、多職種連携協働の下での、カンファレンスを実施し明示する仕組みは不十分と判断したので、b評価とした。
<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		○			計画は介護職が中心となり策定しているものの、計画策定に関する責任者が定められておらず、組織としての体制は不十分であると判断し、b評価とした。

【 評価項目 】		a	b	c	Na	判断の理由
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。		○			定期的な評価・見直しは行われているものの、利用者に状況の変化が生じるなどで、サービス実施計画を緊急に変更する場合の、仕組み・手順が整備されていないことから、b評価とした。