

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関

社会福祉法人 和歌山県社会福祉協議会

②評価対象事業所

名称： 社会福祉法人 紀新会 特別養護老人ホーム温泉ハウスくまの	種別： 老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 海邊 幸郎	定員(利用者数)： 50名 (50名)
所在地： 和歌山県新宮市蜂伏14-19	TEL： 0735-31-8520

③訪問調査日 平成21年9月3日

④総評

◇特に評価の高い点

開設後15年を経過した従来型施設であるが、よく整理され清潔に使用されている。また、温泉という資源が施設の魅力となっている。職員は明るく親しみやすい印象でやりがいを持って勤務している。

事業運営は毎月の経営報告会議によって利用状況・収支状況等が確認されており、堅実な経営によって財務状況も良好である。

管理者は現場経験が豊富であり、職員との信頼関係の上に立ってよくリーダーシップを発揮している。

報告書や会議録の職員間での回覧が徹底されており、職員が一丸となってサービスの質の向上に取り組み、上司の決裁も徹底しており、現場の課題を理解しようとする姿勢が見られる。また、各種議事録等がよく整備され、ファイリングも適切にされており、業務に対する丁寧さが現れている。

外部委託である食事の内容は豊かであり、食事の充実に向けて、嗜好調査を行い利用者の好みを大事にし、質・量共に満足できる水準である。

◇改善を求められる点

サービス改善・職員教育・設備営繕等について、中・長期的計画の策定による着実な事業運営が期待される。

職員の資質向上と更なる従業者満足のため、人事考課制度の導入、資格取得の奨励、個別研修計画策定等の検討が望まれる。

実習生の受入、利用者からの意見への対応等、マニュアル化されていない一部の業務について整備し、また、苦情解決についての第三者委員の活用や公表の仕組みの検討が期待される。

施設の持つ機能を活かした介護教室、相談会等の地域貢献事業を計画したり、新たな医療福祉の拠点にある施設として、関係機関とのネットワークによる事業等の検討が期待される。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

第三者評価を受審させて頂くことにより、全職員が自己評価に取り組み、日頃の業務の中から新たな改善点を発見する事が出来ました。

ご指摘頂いた改善を求められる点にも留意し、中・長期計画の策定やマニュアルの整備等への取り組み、職員一人ひとりについての研修計画を策定し、職員の育成に努め、今後もサービスの質の向上に努めて参ります。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(別紙)

各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由

施設名：特別養護老人ホーム 温泉ハウスくまの

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I 福祉サービスの基本方針と組織 I-1 理念・基本方針 I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 【判断基準】 a) 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 b) 法人の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。 c) 法人の理念を明文化していない。 </div>	a	法人の理念として「尊厳の保持」「自立支援」を明文化し、高齢者介護施設としての使命・役割を適切に反映している。理念を表す文書は玄関・事務所・各フロア詰所等、7箇所に掲示されている。利用者のケアプランも、理念を念頭において策定されている。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 【判断基準】 a) 理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 b) 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。 </div>	a	基本方針は「多様な福祉サービスが（略）利用者個人の尊厳を保持しつつ、自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援する」と定められており、事業計画にも記載されている。職員の行動規範としての具体性も保持されている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。 I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を職員に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を職員に配付していない。</p> </div>	c	<p>理念や基本方針が記載された文書は施設内7箇所に掲示されているが、職員への個別の配布はなされていない。研修等により理解を促す取り組みを課題としている。</p>
<p>I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>入所契約書・重要事項説明書に明記されており、サービス利用開始に先立って説明と交付がなされている。施設内7箇所に理念や基本方針が掲示されているが、これらを記載した単独の文書は配布されていない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2 計画の策定 I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 【判断基準】 a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 b) — c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定していない。 </div>	c	中・長期計画は策定されていない。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 【判断基準】 a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映して策定されている。 b) — c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 </div>	c	事業計画は単年度計画であり、中・長期計画は反映されていない。 設備・備品の修繕・更新が計画的に行われていない。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-2-(2) 計画が適切に策定されている。</p> <p>I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。</p> <p>b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。</p> <p>c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。</p> </div>	b	<p>計画設定を担当する施設長は、コアスタッフからの聞き取りと助言によって課題を把握し計画に反映させているが、組織的な評価・見直しは行われていない。</p>
<p>I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 各計画を職員や利用者等に配付するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。</p> <p>b) 各計画を職員や利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。</p> <p>c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div>	b	<p>各計画は利用者や職員がいつでも閲覧できるよう配置されているが、理解を促すための積極的な取り組みは行われていない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 I-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。</p> </div>	b	<p>管理者は、施設内で毎月開催される主任会議・給食会議・入所判定会議等に参加して管理者としての指導・助言を行い、その役割と責任を示している。毎朝の申し送りにも出席し、利用者の状態把握に努めている。管理者の役割は運営規程に明示されている。</p>
<p>I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>b) 管理者自ら、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。</p> </div>	a	<p>管理者は、社会福祉施設長として介護支援専門員の資格を有し、老人福祉法・介護保険法、労働基準法等の遵守すべき法令を正しく理解している。法令理解のための集団指導等にも積極的に参加している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> <p>I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	b	<p>管理者は、毎月開催される主任会議・身体拘束廃止委員会・業務改善委員会等に参加して各職員からの意見・要望を聴き入れるとともに、福祉サービス向上に対して意欲的であり理念・方針を基本として指導力を発揮している。</p>
<p>I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>b) 管理者は、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が、十分ではない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。</p> </div>	a	<p>管理者は、経営や業務の効率化のため指導力を発揮し、フロア毎の入所者の特性に配慮した適切な職員配置を行っている。業務改善委員会を設置して各フロアからの意見を収集し問題点を把握して、必要な検討・指示・評価を行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握されている。

【判断基準】

- a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。
- b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。
- c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。

b

管理者は、毎月開催される理事長・理事・他部門管理者との会議に出席し、利用者数、収支状況等について報告を行い、事業経営を取り巻く環境を把握している。地域の潜在的福祉ニーズの把握は、入所判定委員会等を通じて行っているが十分ではない。

II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。

【判断基準】

- a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。
- b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。
- c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。

a

毎月、各部門より稼働率等の実績報告を受け、人件費率・経営比率を分析・検討している。光熱水費の削減に取り組み、30%のコスト削減を実現した。

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。

【判断基準】

- a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。
- b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。
- c) 外部監査を実施していない。

b

契約する公認会計士に対し定期的に報告を行い、文書による指導・助言を得て経営改善にあたっている。

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2 人材の確保・養成 II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。 II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。</p> <p>b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。</p> </div>	a	<p>サービスの質の確保のため、重度認知症入所者のフロアへの手厚い職員配置を確保している。職員の所有資格、経験を考慮したバランスの良い配置を実現している。障害者就労インターンシップの受入れを行い、障害者雇用も積極的に推進している。</p>
<p>II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p> </div>	c	<p>人事考課は実施していない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> <p>II-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。</p> </div>	b	<p>職員の意向に基づく休暇制度が活用されている。勤務体制について職員の希望を反映させる仕組みはあるが改善の余地がある。</p>
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 福利厚生事業を実施していない。</p> </div>	a	<p>年1回の職員旅行、年末の職員慰労会、健康増進施設の利用優待券の配布を行っている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> <p>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p> <p>b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。</p> <p>c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	b	<p>職員教育の基本姿勢は倫理規程に明示されているが、求める専門技術や資格について表現されていない。</p> <p>職員4～6名を配置した6つの委員会を編成し1ヵ月半～2ヶ月に1回の割合で会議を開催している。施設研修は、この委員会を講師として1ヶ月に1回以上、年間計画に沿って実施されているが、長期的な育成の視点が不足している。全職員が参加する委員会活動が新人教育の場面にもなっている。</p>
<p>II-2-(3)-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り組みが行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。</p> <p>c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。</p> </div>	c	<p>職員一人ひとりについて、個別の研修計画が策定されていない。</p>
<p>II-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。</p> <p>b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。</p> <p>c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。</p> </div>	b	<p>外部研修に参加した職員は復命書を作成して提出し、必要に応じて伝達講習を行っている。</p> <p>研修参加職員によって研修内容の評価がその都度なされ、次年度以降の研修計画に反映しているが、成果の評価・分析には至っていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。</p> <p>II-2-(4)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	c	<p>福祉人材育成のため実習生の受け入れを行っている。受け入れ部署には予定表を配布し、また、実習生に対して、施設概要・言葉使い・挨拶・守秘義務等を説明するオリエンテーションを実施しているが、基本姿勢は明文化されていない。</p>
<p>II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいる。</p> <p>b) 実習生受け入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>c) 実習生を受け入れていない。</p> </div>	b	<p>実習生をフロア別に配置し、リーダー格の職員を担当者としている。担当者は1日の業務を説明し終日共に行動しているが、実習の種別によっては指導者としての役割に至っていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-3 安全管理		
II-3-(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。		
<p>II-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>b) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。</p> </div>	a	施設内で事故防止対策委員会や感染防止委員会を設置し、利用者の安全確保のため定期的に検討を行っている。 入所者の体調急変時の対応や感染症別対応マニュアルを作成し、施設内研修にて職員に周知している。
<p>II-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。</p> <p>c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。</p> </div>	a	事故報告やヒヤリハット報告を活用し、発生事例について報告書を作成、対策を検討している。 報告書の全職員への回覧が徹底されており、目を通したことが確認できるよう工夫されている。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4 地域との交流と連携 II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>b) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。</p> </div>	a	<p>地区神社の年1回の餅拾い、隣地区の敬老会、近隣の障害児者自立支援施設の秋祭り等には、毎年何名か参加している。また、施設主催の納涼祭には、地域に働きかけ家族や地域の方々とひとときを過ごしている。利用者のニーズに応じて、希望があれば買い物や外出、通院など日常的な支援も行っている。</p>
<p>II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。</p> </div>	b	<p>昨年度は、学校関係からの依頼に応じて、地区内の高校に福祉の授業で講師派遣を行った。今年度は福祉コースを選択している高校生16名が、施設の見学に訪れた。しかし機能を地域に開放・提供する取り組みとしては十分ではない。</p>
<p>II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) ボランティア受け入れに対する基本姿勢は明示されているが、受け入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) ボランティア受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	c	<p>ボランティアの受け入れは行っており、担当職員を配置しているが、ボランティアに対する研修やマニュアルの整備はされていない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。</p> <p>b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関や団体の機能・連絡方法を体系的に明示していない。</p> </div>	b	<p>地域内事業所の電話番号等連絡先を記載した一覧表は作成しているが、その他の機関・団体との連携を含めたリストや資料を作成しておらず、職員間での共有も図られていない。</p>
<p>II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。</p> <p>c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。</p> </div>	c	<p>必要に応じて関係機関との連絡は取り合っておりサービス担当者会議にも参加しているが、地域の関係機関・団体とのネットワーク化が確立されておらず、定期的な連携の機会は確保していない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。</p> </div>	c	<p>面会の方からの意見を頂けるよう玄関に意見箱を設置しているが活用されていない。関係機関・団体との意見交換の場を設ける等しておらず、具体的な地域の福祉ニーズは把握できていない。</p>
<p>II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。</p> <p>b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。</p> <p>c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。</p> </div>	c	<p>法人では、特別養護老人ホームの他に、ショートステイ・デイサービス・居宅介護支援事業所を設けているが、新規の事業・活動計画はない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
------	-----------------	-------

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

<p>Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。</p> <p>c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	a	<p>基本方針に利用者の意向を尊重することを明示しており、ケアプラン作成時には利用者及び家族の意向を確認しケアプランに反映し対応できるよう取り組んでいる。身体拘束や虐待についても委員会より周知徹底している。基本的人権への配慮については、年1回職員研修を実施し全職員に周知している。また議事録も整備している。</p>
---	---	---

<p>Ⅲ-1-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。</p> <p>c) 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ない。</p> </div>	a	<p>利用者のプライバシー保護について「個人情報取扱規程」を作成し、各フロアー詰め所に設置して職員に周知し、組織として取り組んでいる。利用者のプライバシー保護に関する職員研修を年1回実施し、周知している。</p>
---	---	--

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</p> <p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示され、利用者満足を把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足を把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていない。</p> </div>	b	<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢は運営方針に明示しており、利用者満足を把握する目的でケアプラン作成の会議には家族参加を呼びかけているが、利用者がどれだけ満足しているかについては把握できていない。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備され、実際にその向上に向けた取組を行っている。</p> <p>b) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>c) 把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p> </div>	b	<p>利用者に年1回嗜好調査を行い把握した結果を給食会議において分析検討している。また毎月の給食会議においても食事の好みが検討され、改善に向けて取り組んでいる。施設ケアプランでは、毎月の評価は行っているが、利用者参画のもとで検討会議を行うなどの利用者満足の上昇にむけた取り組みは十分ではない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p> <p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。</p> </div>	b	<p>利用者によっては相談方法や相談相手を選択できることを理解することが難しい方もあり、伝えるための取り組みが十分に機能していない。玄関に意見箱を設置し、相談のためのスペースも確保しているが、意見箱から家族の声は得られていないため、平成20年11月には家族の方へのアンケート調査を実施し、約6割の回答を得た。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 苦情解決の仕組みが確立していない。</p> </div>	b	<p>苦情の受付担当者を置き、重要事項説明書に記載し、利用開始前には利用者又は家族に説明するとともに、苦情解決の体制を説明した資料を玄関に掲示している。しかし苦情内容及び解決結果等の公表が不十分である。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。</p> <p>c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p> </div>	c	<p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。</p> <p>c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。</p>	b	<p>家族アンケート実施内容に、自己評価につながる項目を載せている。自己評価・第三者評価を定期的に受審していないが、今回第三者評価を受審するに当たっては現場での自己評価を実施した。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしている。</p> <p>b) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。</p> <p>c) 実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。</p>	c	<p>今回の第三者評価により、課題等を把握し改善に取り組みたい。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施している。</p> <p>b) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) 評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。</p>	c	<p>今回の第三者評価により、改善計画を立て見直しに取り組みたい。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</p> <p>Ⅲ-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 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、それに基づいたサービスが実施されている。</p> <p>b) 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ているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。</p> <p>c) 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ていない。</p> </div>	a	<p>個々のサービスについて標準的な実施方法は、ケアプランにおいて文書化されており、実施方法についてはケア会議等で検討され周知されている。実施については、利用者の身体機能の変化等でできない場合もあるが、その結果は個人記録で確認できる仕組みをとっている。事業所が提供する個々のサービスの標準的な実施方法についてはケアマニュアルを作成している。</p>
<p>Ⅲ-2-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>b) 標準的な実施方法について定期的に検証しているが、必要な見直しを行っていない。</p> <p>c) 標準的な実施方法について定期的な検証をしていない。</p> </div>	b	<p>個々の利用者のケアプランについては、利用者の状態に変化があった場合や6ヶ月に1度、利用者や家族、各職種からの意見を反映し見直しを行っている。標準的なサービス実施方法については定期的な検証を行っているが、記録を残していない。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <p>Ⅲ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。</p> </div>	a	<p>利用者一人一人のサービス実施計画表は作成しており、個別のファイルに記録されている。また、実施状況についても書面が整備され適切に記録されている。</p>
<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する記録管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>b) 利用者に関する記録管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者に関する記録管理について規程が定められていない。</p> </div>	a	<p>個人記録の管理責任者は、各フロアのチーフが担当しており、入所契約書において記録の保管・廃棄と、利用者家族から閲覧を求められた場合の開示について記載している。個人情報保護についての研修は、今年度で開催されている</p>
<p>Ⅲ-2-(3)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。</p> <p>b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。</p> </div>	a	<p>ケア会議を定期的に行い、各職種が利用者の状態を意見交換し、その情報を全職員に回覧して共有化を図っている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
<p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供している。</p> <p>b) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。</p> </div>	b	<p>ホームページを作成中であり、現在は施設を訪ねてこられる利用者及び家族の方に、パンフレットの配布や見学等希望に応じた対応を行っている。またケアマネジャーはサービス選択に必要な資料を保持し、必要に応じて希望者に提供している。</p>
<p>Ⅲ-3-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。</p> <p>b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。</p> </div>	a	<p>サービス利用開始前の面接時に、重要事項を提示して利用者及び家族に説明を行い、サービス利用開始時に契約書・重要事項説明書において同意を得ている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。</p> <p>Ⅲ-3-(2)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。</p> <p>b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。</p> </div>	<p>b</p>	<p>入所契約書において、利用者の円滑な退所に必要な援助について定めている。昨年度は、1名の利用者が家族の引越しの伴い、当施設を退所され他県のグループホームへ入所された。事業所の変更や家庭への意向などに当たり配慮を行っているが、仕組みや手順を定めていない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-4 サービス実施計画の策定 Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。</p> <p>b) 利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するために、手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>c) 利用者の身体状況や、生活状況等を正確に把握するための、アセスメントの手順を定めていない。</p> </div>	a	<p>包括的自立支援プログラムの様式を用い、6ヶ月ごとに利用者の身体状況や生活状況を把握し記録している。</p>
<p>Ⅲ-4-(1)-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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。</p> <p>b) 利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示しているが、十分ではない。</p> <p>c) アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を明示していない。</p> </div>	a	<p>利用者すべてについて、アセスメントに基づき、個別のニーズや課題を具体的に把握し明示している。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。</p> <p>b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。</p>	a	<p>利用者及び家族の意向を確認し、ケア会議を開催している。会議では各職種の意見も採り入れケアプランを策定し、利用者又は家族の同意を得、それに基づいてサービスを実施している。参加可能な場合は、家族も含めたサービス担当者会議を開催し、不可能な場合は電話連絡等において家族の意向を伺い、それをプランに取り入れている。</p>
Ⅲ-4-(2)-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。		
<p>【判断基準】</p> <p>a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。</p>	a	<p>ケアプランの評価は毎月末に行い、6ヶ月ごとに利用者及び家族の意向を確認しケア会議を開催、ケアプランの見直しを行い、新しく策定されたケアプランに、利用者又は家族の同意を得るという手順が定められている利用者の状態が急変した際には、施設ケアマネージャーの指示により、その都度ケアプランの見直しを行っている。</p>