

(様式1)

福祉サービス第三者評価結果報告書

①第三者評価機関名

NPO法人 カロア

②評価対象事業所

名称： 緑風苑	種別： 介護老人福祉施設
代表者氏名 理事長 武久 洋三	定員 (利用人数)： 50名
所在地： 和歌山県海南市孟子字波免 709-1 Tel 073-486-0788	

③訪問調査日 平成20年 5月29日

④総評

◇特に評価の高い点
365 日夜勤の 1 名に看護師を配置し、緊急時の対応に備えている。利用者も常に看護職員がいることで安心した生活が送れている。作業療法士、マッサージ師、歯科衛生士、管理栄養士、看護師等の専門職と介護職員が連携して、利用者ひとりひとりの身体状態を、各種アセスメント様式を使用して把握に努め、ADLの維持・向上に向けた取り組みがされていました。居室については、トイレ、洗面設備も充実し在宅からそのまま来た雰囲気、冷蔵庫や家具（自己所有）も持込され、利用者にとっては、大変落ち着いて生活できる生活環境が整備されています。家族等に対しても、毎月本人の様子や行事等手紙を郵送するなど積極的に働きかけている。
◇改善を求められる点
電子カルテ等積極的に取入れ、利用者管理を行われていますが、もう少し管理面において配慮が必要だと思われます。事業計画や報告書等については、積極的に利用者、ご家族、来苑者の方に見やすく閲覧できるように工夫されてはどうか。個々の会議等は積極的に行われていますが、記録について、参加者や時間場所などの項目も記録に残すように努めてください。全室個室ユニットケアの施設ですが、食事時以外はフロアケアになっているように見受けられましたので、今後の検討課題とされてははいかがでしょうか。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

開設して2年6ヶ月、カロア様に第三者評価をお願いいたしましたところ、思いの外高い評価をいただきました。

今後、ご指摘のありました改善すべき点を職員全員に周知し、取り組んでまいりたいと考えます。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由（別紙）

共通基準

(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：介護老人福祉施設 緑風苑

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。		
<p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p> <div data-bbox="170 529 1160 708" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 法人の理念を明文化していない。</p> </div>	a	事業所内文書、パンフレットに記載。また、施設長より、理念、基本方針を説明いただき、使命や目指す方向を確認。事業計画等でも記載あり。
<p>I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <div data-bbox="170 839 1160 1018" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。</p> </div>	a	基本理念に基づき、事業所内文書、パンフレットに記載。また、施設長より、理念、基本方針を説明いただき、使命や目指す方向を確認。事業計画等でも記載あり。基本方針を明確にし立案されている。

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
<p>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>	b	<p>理念等においても、職員が参加し立案している。各詰め所への張り出し、名刺の裏へ記載されている。会議で職員に伝えているが、具体的内容が確認できない。</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>利用者等については、ホール等や広報誌、パンフレットに記載して周知しているが、個々の説明については、不十分である。</p>

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。 【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。	a	3カ年計画が策定されている。今後の課題、問題点等も明らかになっている。内容の見直しについて、今年度より策定しているため内容等の見直しについては、今後行う方針である。
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。 【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。	a	内容等については、現状の状況を踏まえ、実行可能な目標が示されている。

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
<p data-bbox="174 268 891 304">I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。</p> <div data-bbox="174 325 1160 533" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="185 325 338 357">【判断基準】</p> <p data-bbox="185 363 1149 427">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 data-bbox="185 434 1149 497">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 data-bbox="185 504 925 533">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 data-bbox="1413 268 2083 368">職員等の参画のもとで策定されているが、文書での確認は出来ていない。一定の評価、報告はされているが、事業計画に対する評価は見られない。</p>
<p data-bbox="174 600 947 636">I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。</p> <div data-bbox="174 657 1160 865" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="185 657 338 689">【判断基準】</p> <p data-bbox="185 695 1149 759">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 data-bbox="185 766 1149 829">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 data-bbox="185 836 813 865">c) 各計画を職員や利用者等に配布していない。</p> </div>	a	<p data-bbox="1413 600 2083 700">事業計画等については、利用者に対して掲示等で知らせ、家族等については、月1回広報誌を郵送して周知している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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。		
<p>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（施設長）及び副施設長が連携して各会議等で役割と責任を運営規程に記載しているが、会議等で職員に対して十分な説明が確認できない。</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>	b	<p>研修会等に出た後、施設での他の職員には口頭にて連絡しているが、記録が不十分である。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
<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、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち行っているが、自ら行うのではなく不十分である。</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>	b	<p>定期的には行っていないが、各担当者を決めて行っている。</p>

共通基準

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。

<p>Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </div>	a	<p>毎月、利用者数等を把握され、データ等を収集している。また、その内容を事業経営に積極的に活かしている。</p>
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </div>	a	<p>毎月、利用者数等を把握され、データ等を収集している。また、その内容を事業経営に積極的に活かしている。</p>
<p>Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 外部監査を実施していない。</p> </div>	b	<p>委託している公認会計士に経営面でのアドバイスを定期的にも実施されている。これからは、より透明性をはかるために外部評価を実施してください。</p>

共通基準

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

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。

<p>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>具体的に、国家資格取得者の向上に向け、9割以上の資格取得者を目指す。</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>	b	<p>施設で人事考課を行っているが、客観的な基準に基づいていない。内容が不十分である。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
<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>	a	<p>就業状況を職員等の状況にあわせて対応している。職員における満足度（アンケートを実施）年1回行い改善する仕組みを構築している</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>福利厚生センターへの加入は行っていないが、独自の若草会（職員負担、事業者負担1/2）があり、小グループ活動の実施。年間2泊3日程度の旅行、10年永年制度あり。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。 <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>	a	中期計画の施設目標の中に、人材育成についての方針が記載されており、また組織が求める専門資格として、各フロアリーダーはケアマネの資格を取得するようにと目標が明記されていました。
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。 <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>	b	外部研修に関しては、本人の希望や所属する委員会よりの選出で参加者を決め、施設内研修は学術委員会が中心になって企画・実施していますが、職員ひとりひとりの研修計画が策定・実施されるまでには至っていませんでした。
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。 <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	研修受講後には復命書を提出したり、フィードバック研修を実施したりしていますが、研修成果の評価や分析をして、次の研修計画に反映させるようなキャリアパス管理等はされていませんでした。

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
<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) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>b) 実習生の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>c) 実習生の受入れに対する基本姿勢が明示されていない。</p> </div>	非該当	<p>中学生の職場体験実習は受けていますが、開設2年目であり実習校としての資格要件を満たしておらず、専門職の実習は受けていませんでした。しかし今後要件を満たした時には受ける予定はあります。</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>	非該当	<p>開設2年目であり実習校としての資格要件を満たしておらず、専門職の実習は受けていませんでした。しかし今後要件を満たした時には受ける予定はあります。</p>

共通基準

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	<p>事故発生の防止及び発生対応指針や夜間体制マニュアル、感染症を始め転落・窒息・離脱・誤薬等の防止の具体策や発生後の対応手順などが作成されており、事故安全委員会などで詳細に検討されている様子が伺えました。</p>
<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	<p>インシデント・アクシデントレポートに事故発生状況・対応と経過・対応コメントが記載されており、それを事故安全委員会が中心になり、要因分析し改善策として挙げる流れが確実に構築されていました。</p>

共通基準

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</p>		
<p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<p>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 data-bbox="168 355 1160 598" 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>	b	<p>施設計画の中に「近隣との関係」として基本的な方針を明示し、活用できる社会資源や地域情報は掲示され、社会資源の活用もされています。また民生委員が施設見学をしたり、納涼祭に近隣の方が来られていますが、施設側から地域の活動に参加することはありませんでした。</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 data-bbox="168 727 1160 930" 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>基本方針に地域との連携の推進が謳われていますが、入所に関する相談がある程度で、月に1回発行されている広報誌は入所とディの利用者家族と居宅介護支援事業所へは配布されています。今後は施設の有する専門的技術・情報を地域に提供するなど更なる地域との連携に努力されてはいかがでしょうか。</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 data-bbox="168 1102 1160 1305" 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>	a	<p>クラブやイベントのボランティアは受け入れるが、現場ボランティア受け入れはしないとの原則のもと、担当者を決め、事前説明を行った上で活動に結び付ける体制が取られていました。</p>

共通基準

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。</p> <p>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>協力病院・近隣の施設・居宅介護支援事業所・民生委員等とは、連絡が取りやすい体制が構築されていますが、各機関との連携の必要性を含めたリスト作成や、職員間で情報の共有にまでは至っていませんでした。</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>	a	<p>特に居宅支援事業所とは、毎月報告書を送付したり、情報交換の場を持つなど、利用者へのサービス向上を目的とした連携に努められていました。</p>

共通基準

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。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。</p> <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>	<p>b</p>	<p>近隣の福祉施設とは数か月に1度、協力病院や居宅介護支援事業所とは毎月情報交換を行っているものの、内容的に地域住民の福祉ニーズというより、利用者ニーズのレベルであり、地域住民の福祉ニーズを把握するための積極的取り組みには至っていないように思われました。</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> <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>	<p>b</p>	<p>緊急短期入所ネットワーク作りに向けて、近隣の福祉施設と共同で取り組んではいるが、まだ準備活動の段階でした。</p>

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。		
<u>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。</u> 【判断基準】 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。 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。 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。	a	理念に「利用者を尊重したサービス提供」が謳われ、施設内で人権尊重・虐待に関する研修も実施され、QOL・ADLの向上を目指した個人別の各種アセスメントシートが作成されている等、個人に目を向けたケアの提供に努力されていました。
<u>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。</u> 【判断基準】 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。 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。 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。	b	プライバシーに関するマニュアルはあり、日々のケアの場面では配慮していましたが、研修に関しては入職時に実施されているとのことで、今後は年間研修に組み込まれることをお勧めします。

共通基準

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、利用者満足把握の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、利用者満足把握の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>	a	<p>基本方針にケアサービスの向上を目指すことが謳われており、利用者・家族に対し年2回のアンケートを実施して「満足度」の把握に努め、3か月に1度は個別に利用者と面談し、寄せられた意見はCS委員会へ繋げられていました。</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>	a	<p>利用者・家族から寄せられた意見に対し、CS委員会で分析しサービス改善に繋げるシステムが構築されており、実際に稼働していることが委員会議事録で確認できました。</p>

共通基準

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>	a	<p>日常接する介護職員等とは別に、相談窓口があり、掲示されています。また相談員が3か月に1度、利用者の部屋を訪室して利用者の要望を聴取し、随時、相談員や施設長が相談室を利用して、些細な苦情にも丁寧に対応されている様子が、苦情受付ファイルより伺えました。</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>	a	<p>苦情処理委員会を設置し、苦情対応マニュアルが整備されており、苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員2名の連絡先が掲示され、苦情報告書には苦情内容・対応・改善点が記入され、苦情申し立て人へは改善事項がフィードバックされています。今後は苦情を申し立てた人に配慮をして上で、苦情内容や解決結果を公表されることを検討されてはいかがでしょうか。</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>	a	<p>苦情対応マニュアルが整備されており、一連の流れがマニュアルに準じて進められています。また記録から迅速・丁寧な対応に心がけている様子が伺えました。</p>

共通基準

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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	<p>内部監査担当者会議が定期的実施されており、質の向上に向けた取り組みがされている。評価結果に対しても早急に見直しが必要なものに関しては、改善・計画変更できている。</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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	<p>担当者や各部署の責任者を中心として組織的に取り組むべき課題を明確にしており、職員間で課題を共有する方法も確立されている。課題検討などの記録もできている。</p>
--	---	---

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	b	<p>経管栄養の内容変更など個別的な課題に対しては、改善計画をたて実施できている。今後は、中・長期的な課題に対しても文書化し、職員が段階的に課題に取り組めることを期待する。</p>

共通基準

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>各種マニュアルは詳しく具体的で活用しやすいものである。各ユニットに設置され、誰もが確認できる状態で整備されており、全職員がサービス実施時に役立てるものとなっている。マニュアルに基づいた研修や勉強会も、定期的に行われている。</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>	a	<p>リーダー会議、全体会議、フロア会議を定期的に行い、実施方法を見直している。職員・利用者・家族に（嗜好・満足度など）調査を実施し、素直な感想や様々な意見・提案を知る機会を設けている。また、見直しの際に意見や提案が反映されている。</p>

共通基準

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>全職員・職種が電子カルテの操作方法を習得しており、誰もが記録情報収集できるようになっている。記録の方法もSOAPで統一されており、早出・日勤共に記録することで、計画に基づいたサービスが実施されていることを確認することができる。</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>	b	<p>電子カルテはパスワードで開くようになっているが、インフォメーションなどの画面のまま廊下から見えている場面があった。パソコンには様々な個人情報が入力されているため、管理体制を検討することが望ましい。利用者や家族からカルテ開示を求められた場合などの配慮も、今後の課題として取り組みことを期待する。</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>電子カルテだけでなく特記事項は申し送りノートに記入するなど、利用者の状況やサービス実施時の留意点という情報を収集・伝達する方法が確立・実施されている。</p>

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>	a	<p>パンフレットやインターネット上にホームページを作成・公開したり、見学希望に対する仕組みが確立されている。利用開始選択基準となるようなサービス内容や金銭面の説明など、担当者が責任を持って、必要な情報を提供している。</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>契約書内容や重要事項など、担当者が責任を持って説明し、同意を得ており、書類も整っている。</p>

共通基準

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;"> <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>	a	<p>ケアマネの紹介や移行時のサマリー提出などは行えている。</p>

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>情報シートや知るシートなど、施設独自で考え工夫した方法・用紙を活用し、利用者の行動の特徴・身体や生活状況の把握に努めている。利用開始時だけでなく、利用後の変化も必要時には変更・記録し、アセスメントに役立てている。</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>	b	<p>利用者の課題を分析し、計画策定・変更し、各ユニットごとに対応できている。今後は、サービスの場面ごとに利用者の状態・ニーズの確認ができる方法を確立されることを期待する。</p>

共通基準

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。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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> </div>	a	ケアマネージャーをサービス実施計画策定の責任者としているが、介護職・看護職も担当が決まっており、より利用者個人の情報・状態の把握ができ、利用者の意向が伝わりやすい体制が整備されている。
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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> </div>	a	3か月に1度会議を開き、サービス実施計画の見直し・検討を行っている。