

# 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

特定非営利活動法人 カロア

## ②評価対象事業所

名称： 介護老人福祉施設 天美苑	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名 竹中 昭美	定員（利用人数）： 50人
所在地： 和歌山県海南市七山964-1	

③訪問調査日 平成 20年 11 月 5日

## ④総評

◇特に評価の高い点
・理念・基本方針をもとに、利用者に安心・信頼・満足して頂ける施設作りに努力されており、施設玄関には季節の花やお絞りが準備され、職員全員が利用者や来苑者等に細やかな優しい気配りをしている様子が伺えました、特に行事・レクリエーション・クラブ活動が充実しており、特養とデイサービスが交流を持ちながら、利用者に日々「感激」「感動」を実感して過ごして頂くことを念頭に、QOLの向上に繋がる援助が実践されている点は評価に値します。
また、地域ニーズや利用者ニーズを把握し、高齢者の立場を重視した事業展開・サービス提供に努力し、地域福祉サービスの拠点としての役割を充分担っておられます。そして、施設全体でサービスの質の向上に努力されており、各部署が毎月の課題と目標、具体的取組を明確にし、翌月には評価をおこない、達成度の確認や次の目標に繋ぐスパイラルが浸透していました。
◇改善を求められる点
・研修や委員会活動の継続的・段階的な展開や、事故やヒヤリハットの情報収集後の要因分析・再発防止策検討の組織的・継続的实施、及びサービス提供の根拠づけとなる書類整備に関しては、更に充実されることを期待します。
・組織が定めた統一したアセスメントツールを使用して、利用者の身体状況や生活状況把握することが求められますので、その方法等をご検討ください。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価では、普段自分たちでは気付きにくい点を指摘していただけたので、
サービスの向上を目指すにあたり、大変価値のあるものでした。
今後も定期的に第三者評価を受けさせていただき、ご利用者様に対してよりよい
サービスが提供できるよう全職員一丸となって努力を続けたいと考えております。

⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由（別紙）

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	理念が明文化されており、施設内各所に掲示されていました。また、その内容は利用者の尊重・地域福祉の推進・サービスの質の向上等、法人の使命や役割を明確に認識されたものでした。
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	理念とともに基本方針を明文化し掲示されていました。また、基本方針に則り、利用者に安心・信頼・満足した生活を提供する具体的な取り組みが、施設内各所で見られました。

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>	a	<p>理念や基本方針は職員に配布されており、全体会議などで機会あるごとに説明を繰り返されていることが、ヒアリングにて確認できました。</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>理念や基本方針はパンフレットに記入して配布されており、施設内各所に掲示をして、周知に努めているものの、説明会の開催や周知状況の確認はなされていません。</p>

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。	b	経営に関する中期計画が理事会にて検討され、実施する福祉サービスに関する3カ年計画が策定されていましたが、長期計画に関しては確認することができませんでした。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>b) —</p> <p>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。</p> </div>	b	<p>事業計画書の中に具体的な3カ年計画が詳細に記載されていることが確認できました。</p>

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>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>	a	<p>各部署の責任者が参画して計画書案を策定し、管理者と協議のうえ決定されており、内容によっては評議員や地域の民生児童委員からの意見を集約して計画に反映されていました。また実施状況や評価に関しては事業報告書に詳細に記載されていました。</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>計画内容に関しては、利用者や家族に対しては説明は実施されていませんが、職員には会議などで事業計画書をもとに周知するように努められていました。</p>

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。		
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。		
<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>	a	<p>管理者は新入職員に対してはオリエンテーションで、又各部署の責任者に対しては会議などの機会を利用して、自らの役割や職責を明確にしておられました。</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。		
<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>管理者は研修や県の集団指導に参加して情報収集に努め、特に法令改正などの際には、積極的に職員に法令遵守に向けての指導を行っています。</p>

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>	a	<p>管理者は毎週1回の幹部会議において、サービスの提供状況に関する報告を受け、又月1回の全体会議では各部署の前月目標の評価・今月課題・今月目標と具体策に関し報告を受け、把握する体制が構築されていました。</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>平成19年度より、組織全体で、経営・業務の効率化に関し大規模な見直しを行い、成果を上げたことが、ヒアリングより確認できました。</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。		
<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	管理者をはじめ職員が外部研修に積極的に参加して外的な動向の収集に努め、また地域の利用者ニーズに関しては地域の民生児童委員や評議委員から情報を収集し、地域ニーズに対応する施設として、事業経営に結び付けられていました。
<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	課長職以上が毎月の経営状況の推移を各種帳票にて把握し、分析・改善に向け、管理者と共に取り組んでいることがヒアリングにより確認できました。
<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	法人の監事が税理士であり、経営上の課題は把握されていますが、実際に具体的なアドバイスに結びついた経緯のないことがヒアリングより確認できました。

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>	<p>b</p>	<p>必要な人材や人員体制について、組織として検討され計画はされていますが、実際には求人をしても人材確保に繋がっていないのが実情です。</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>	<p>a</p>	<p>定期的な人事考課を実施し、その後管理者が個々の課題の具現化等に繋がるよう、個別面談が行われています。</p>
---	----------	---

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>	a	<p>全体会議を利用して各部署からの具体的要望を書面にて提出してもらい、又細やかな情報がタイムリーに得られるように幹部会議を週1回開催するなど、職員の意向が汲み上げ易い体制が構築されていました。</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>	b	<p>法定外福利として慶弔金規程はあるが、実施されていた福利厚生事業（慰安旅行・忘年会等）もここ数年縮小傾向にある。今後は職員処遇の充実を図るという視点から、福利厚生事業に積極的に取り組むことを計画されてはいかがでしょうか。</p>

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。		
<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 data-bbox="165 316 1158 496" 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>資質向上を目的とした研修を、新入職員に対しては入職1か月以内に実施し、又3カ月に1回は継続研修の機会を確保する旨が明文化されていましたが、組織として目的意識をもった現任職員に対する研修計画は策定されていませんでした。今後は研修体制の充実を期待します。</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 data-bbox="165 655 1158 895" 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	<p>今年度は9月から、月1回の施設内での研修計画が策定されていましたが、職員ひとりひとりの技量等を踏まえて策定されているものではありませんでした。今後は個人の経験や意向をも加味した研修計画を策定されては如何でしょうか。</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 data-bbox="165 1062 1158 1270" 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>外部研修参加後のフィードバック研修が実施されており、受講者のレポートも提出されていますが、それらのレポートを評価・分析する等、今後の個別の研修計画に反映されることが望まれます。</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>	a	<p>実習生の受け入れマニュアルが整備されており、事前に実習の心構えを送付し、実習開始時にはオリエンテーションにて基本姿勢の確認がされています。</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>	a	<p>実習内容については学校側と連携してプログラムを作成し、実習生の意向も事前確認し、また実習状況に関しては学校側と連絡を密にし、実習最終日には総括をする時間を持つ等、実習生育成に積極的に取り組まれています。</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	<p>緊急時対応マニュアルや感染症対応マニュアルが作成され研修も実施されていました。具体的には洗面所に手洗い・うがい励行の貼紙をする等、様々な周知に向けての努力がされています。</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>	b	<p>事故・ヒヤリハットの報告書で情報収集はされていますが、再発防止策などの検討が十分に実施されていないため、今後の改善を期待します。</p>
--	---	---

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

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。

<p>Ⅱ-4-(1)-① <u>利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者と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) 利用者と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) 利用者と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>施設の行事予定を地域の回覧板にのせ、施設の催しに大勢の地域の方が参加されています。又外食、買物等を利用して地域との関わりを大切にしていると感じました。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-② <u>事業所が有する機能を地域に還元している。</u></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>地域の催し会場に施設駐車場を開放して、地域との関わりを深めておられますが、今後は施設の専門的な技術や情報を地域の方々に提供する機会等を作り、施設の専門分野機能を十分に還元できるような取り組みに期待します。</p>
<p>Ⅱ-4-(1)-③ <u>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。</u></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>	b	<p>押し花や短歌・掃除・慰問など多種にわたってのボランティアの受け入れをされていますが、受け入れ基本姿勢や受け入れ体制などを明示したマニュアルがないため、今後の作成を期待します。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
<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>	a	<p>連携の必要な社会資源をリスト化して、事務所、寮母室に掲示し、職員間で情報の共有化が図られています。</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>地域の関係機関や団体とは密に連携を取り合って問題解決に努め、同じ種別の施設とも十分な連携が図られている様子がヒアリングから聞き取れました。また、定期的な連絡調整会議も行われ情報の共有に努められていました。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>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>	a	<p>評議委員会開催時に、民生児童委員でもある評議委員を通じて、地域の福祉ニーズ等の情報収集・把握することに努められています。今後も地域住民からの相談事業を活発化する等の取り組みを通じて、より積極的な福祉ニーズの収集・把握に期待します。</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>	a	<p>ショートステイ・デイサービス・グループホームなど多岐にわたり福祉ニーズに基づく事業が実施されています。特に地域ニーズの多いデイサービスに関しては、利用者の立場に立った事業展開がされており高く評価できます。</p>

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。

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。

**【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

身体拘束や虐待についてのマニュアルを作成し、掲示されています。また、人権とプライバシーに関する職員研修を行い、利用者を尊重した福祉サービス実施についての周知に努められていました。

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。

**【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。

a

利用者のプライバシー保護の姿勢・意識で各種マニュアルが作成されており、またプライバシー保護に関する職員研修を実施し周知するとともに、組織として具体的に実践されている様子が見学から確認できました。

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
<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>	a	<p>月1回、管理者と利用者との懇談会で利用者の意見を聴取し、また家族に向けてはアンケートを実施して、更なるサービスの向上・満足度の向上を目指していました。</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>アンケート調査結果や懇談会での意見を職員間で共有し、分析・検討・改善に向けての取り組みが行われています。</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>	a	<p>施設内に相談窓口が設置されており、利用者にも解りやすいように掲示をし、また自ら言いにくいケースもあるので、介護職員が土・日曜日に利用者からの話が聞き出せるように働きかけ、聞く環境にも配慮がされています。</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>苦情受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員・意見箱の設置はできています。今後は苦情内容・対応策・解決に至るまでの経過等を、利用者等に不利にならない配慮をしたうえで公表するシステム作りを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>	b	<p>意見や提案を受けた際の対応マニュアルは整備されていました。今後は利用者からの意見・提案を受けた後に委員会等で協議し対応・改善方法等の記録を残すことを実践し、更なるサービスの改善に反映されることを期待します。</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> <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>	b	<p>週1回の幹部会議や月1回全体会議において、組織としてのサービス提供状況に関して、課題発見や改善に努力はしているものの、その内容は単発的であり、定期的な自己評価を行う体制が整備されているとは言い難いものでした。今後は担当者や担当部署を設置し定期的に自己評価を行う等組織的に取り組むことが望まれます。</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>	b	<p>組織として取り組むべき改善課題に関しては、会議等で共通認識に努め、各部署責任者を中心に改善に努めています。今後は自己評価等の結果の分析をしたうえで、課題を抽出する方法を検討されることを期待します。</p>
--	---	---

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: 2px 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>	<p>b</p>	<p>各部署ごとに毎月の全体会議前に業務課題を確認し、月々の目標や具体的解決策を検討し、又次月には進捗状況が評価されていることが記録から確認できました。今後は職員参画のもと組織としての課題抽出方法を検討されてはいかがでしょうか。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>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>各種介護マニュアルが整備されており、そこには利用者の尊厳やプライバシー保護の視点も明示されており、介護技術に関する研修はOJT等を通じて、実施されていました。</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>マニュアルや個々のサービスの提供状況を見直し、より良いサービスを目指すために勉強会や各種委員会が位置付けられていますが、その開催回数は少ないでした。今後は積極的な活動を期待します。</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>利用者個々のサービス計画書が作成されており、その実施状況はケース記録に記載されていました。</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>個人情報取扱いについてのマニュアルは整備されています。今後は記録管理の責任者の設置や研修体制について検討をされてはいかがでしょうか。</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>1日3回のミーティングと、ケアカンファレンス議事録を苑長、次長、課長、相談員、介護職員間で供覧する等、関係職員が利用者の情報共有できるよう、組織として取り組まれていました。</p>

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>ホームページは現在作成中ですが、パンフレットを施設外にも配置し、在宅介護支援センター等と連携をとりつつ、施設情報の提供に努めていました。</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>利用開始時には、利用者個々に契約書・重要事項説明書をもとに説明をし、本人または家族が記名捺印をして、同意を得ていることが確認できました。</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;"> <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>契約書の14条に退所後の援助について明記されており、退所後の再入所に関しても重要事項説明書に記載し支援が行われていました。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>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>	b	<p>組織が定めた身体状況や生活状況を把握するアセスメントツールが活用されておらず、利用者個々のアセスメントシートが十分に作成されていないケースが見受けられました。</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>利用者の状態を確認し、利用者の意向も含めた個々のニーズや課題が検討され、具体的にサービス計画書に記載されていました。</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	サービス実施計画の策定にあたりケアマネが策定責任者として配置され、カンファレンス結果や居室担当者と協議の上、計画表が策定されていました。
<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> <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>	b	基本的には6カ月に1回、体調などに変化があれば随時に見直しは行っているが、サービス実施状況が策定責任者に確実に伝わる仕組みの構築や、評価・見直しに関して必要な書類整備が求められると思われます。