

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 一恵会 特別養護老人ホーム寿楽園	種別： 老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 上西 禎一	定員(利用者数)： 57名 (57名)
所在地： 和歌山県有田郡有田川町 大字小川字矢本992番地	TEL： 0737-32-3221

③訪問調査日 平成 19 年 12 月 3 日

④総評

◇特に評価の高い点

中期計画を作成し、施設の理念を掲げ、とりまく外部環境と内部環境の現状を踏まえて、施設経営の安定・福祉サービスの質の向上・人材の育成・組織体制など取り組むべき重点課題を明らかにし、各年度においてその実現に取り組んでいる。管理者はサービスの向上に意欲をもち、毎月事故防止・身体拘束・感染防止対策等の委員会に出席し、それぞれの取り組みに指導力を発揮している。

また、事業経営をとりまく地域の福祉ニーズを把握し、それに基づく事業を実施したり、介護保険事業全体の動向をみて経営分析を行い、その改善に取り組んでいる。

なお、各種サービスの標準的な実施方法であるマニュアルが広範に整備されている。

職員の利用者や外来者への対応が明るく親切である。

◇改善を求められる点

以下の点について、改善に向けた取り組みを期待する。

1. 利用者満足を把握し、その向上を目指す姿勢を明示する。
2. 職員の研修後、当該職員の業務等によって研修成果を分析・評価し、次の研修計画に反映させること、また職員一人ひとりについて技術の水準や知識、専門資格の必要性などに配慮し研修計画を作成する。
3. 利用者の事故・感染症の防止等安全の確保について、関係マニュアルの理解や、事故・ヒヤリハット事例の検討内容について、すべての職員に周知されるよう徹底する。
4. 事業所の有する機能を地域に還元するため介護技術講習会の開催や相談など、実施に向けて検討をおこなう。
5. 介護関係事業所以外の関係機関・団体についても、連絡方法等のリストを作り、職員が共有し必要な連携を図っていく。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

当事業所では、今回初めての第三者評価を受審しました。

評価受審にあたっては、改めて事業所の運営、事務、処遇などを振り返る絶好の機会となりました。

そして、事業所の本質、体質はどうか、どうしていかねばならないのか、といったことを客観視することができました。

受審後の今、評価の改善点を真摯に受け止め、積極的な検討に取り組み、ご利用者の皆様にもっともっと喜んで頂ける事業づくりに邁進したいと思っています。

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寿楽園

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 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	<p>当法人は、利用者が安心して生活できるよう、温かく、優しく、「生きる」ことをしっかり支える、ということを理念とし、法人の目指す方向・使命を利用者にも分かるように明示しており、館内に掲げ、園のパフレットにも記載している。</p>
<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 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	<p>理念に基づく基本方針が具体的に明文化されており、事業所内文書に記載され、その内容が適切である。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-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 data-bbox="165 325 1158 533" 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、定期的に職員と協議し、また研修会を通じて職員が充分理解し、忘れることがないように努めている。</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>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 data-bbox="165 667 1158 874" 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>	a	<p>利用開始時に、重要事項説明書の書面（目的・運営方針）により説明し、利用者・家族に渡している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-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。		
<p>I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>b) —</p> <p>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。</p>	a	介護保険制度の見直しを考慮し、3年間の中期計画を作成しており、施設経営の安定、サービスの質の向上、人材の育成、設備備品等の問題点を明らかにし、それを解決するための計画となっている。
<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> <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>	a	サービスの質を向上させるための職員研修会、また苦情解決、事故・感染症防止、給食、栄養ケアマネジメントなど各種委員会の開催、防災訓練などの事業計画が作成され、中期計画を反映している。

共通基準

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>	a	<p>計画が園全体に及び場合は、各部署から必要人員が参加し、管理者を含め準備委員会をつくり協議して作成しており、また各部署に関する計画は、それぞれ利用者、設備等の状況を検討し素案が作られ、管理者を交えた会議で最終決定されていて、職員は計画作成の過程に参画している。またいずれの計画も、終了又は区切りのついた時点で反省会を開き、次回の計画の改善資料としている。</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>計画は職員を交えて作成されており、職員にはその過程で周知されているが、利用者には理解できない人も多く、理解を促す取り組みは十分できていない。</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>	a	<p>管理者は園内で開催される事故防止や身体拘束等廃止、感染防止対策、入所検討、災害対策等の各種の委員会に出席し、助言、指導を行い、管理者としての役割や責任を果たし、職員や利用者から信頼を受けている。</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、自ら老人福祉法を始め、労働基準法等遵守すべき関係法令を正しく理解し、年間十数種の研修会に出席し研鑽し、職員にも伝達している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
I-3-(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>管理者はサービスの質の向上に関する課題を把握し、事故防止、身体拘束等廃止などの委員会に出席し組織としての取り組みに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>経営や業務の効率化のため、経営や人事労務等について分析し、将来を見通しながら対策を講じるなど、指導力を発揮している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>管理者は、研修会出席等を通じて、介護保険事業全体の動向を把握している。また地域の介護保険関係の各種委員会委員を委嘱されており、毎月地域の利用者の状況やニーズなど事業経営をとりまく環境を把握している。</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>日常的に財務諸表を検討し、短期的、長期的に園の経営状況を分析し課題発見に努めている。長期的には人件費に課題があると認識していて、将来の人件費を推計し改善に向けて取り組んでいる。</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>	c	<p>外部監査は実施していない。</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>運営基準による人員配置よりも若干余裕をもった人員を確保するため、新規高校卒業生の採用、職員に対し各種資格取得の奨励、ハローワークとの連携などを行っている。また職員の離職に関する情報を得るため職員とのコミュニケーションを密にしている。</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>	b	<p>職員の勤労意欲を促すため、毎年3、6、12月に客観的な基準により人事考課を実施しており、昇給、賞与の査定をしている。しかし、職員には考課の基準を示していない。より効果をあげるため、賞与の期末手当と勤勉手当の比率を変更している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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>職員の有給休暇の消化率や時間外勤務の状況を年に3回チェックしており、また職員の就労に関する意向調査を行っており、必要であれば改善できる。</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>福利厚生センターに加入している。なお年に一度職員の親睦旅行を行っている。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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>	a	<p>基本方針の中で職員の研修に関する基本姿勢が明示されており、また中期計画の中で、サービスの質の向上のため、職員のモチベーションを高める姿勢が示されている。</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>事業計画の中で、研修計画を立てているが、職員一人ひとりについて技術の水準や知識、専門資格の必要性についての把握や計画が行われていない。</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>	c	<p>研修参加後、職員は出張復命書に実施内容、感想を記入し報告している。また場合により研修会の内容を発表する場を設けている。しかし研修により職員の業務に現れた成果を評価分析し、次の研修に反映されていない。</p>

共通基準

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>実習生受け入れマニュアルを作成し、事前の学校担当者との打合せや、実習前の見学を行う等、受け入れの体制を整備している。</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>実習生の目的に配慮し、効果的に学べるよう、施設の各部門の担当者を指導者として、偏りがないスケジュール表を作成し実習している。また、学校の実修担当者、実習生を交えてカンファレンスを行い、実習の課題を把握できるようにしている。</p>

共通基準

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

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。

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。

【判断基準】
 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。
 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。
 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。

b

基本方針において利用者の安全に配慮し事故防止に取り組むことを明示し、事故防止・感染症防止及び緊急時対応マニュアルを各部署に配置し閲覧できるようにしている。また事故・感染症防止委員会を設置し会合を行い、ヒヤリ・ハット事例や事故が発生した場合対策を検討し事故防止に努めている。しかしマニュアルや事故事例、検討会の内容が、すべての職員に周知されていない。

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。

【判断基準】
 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。
 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。
 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。

b

事故等の発生要因・対応策の検討や職員に対する研修は行われているが、安全確保の実施状況等について評価や見直しが行われていない。

共通基準

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。</p> <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>	b	<p>地域との関わりを重視し基本方針にも明文化している。また法人の夏祭には地域の人々の参加を呼びかけている。なお利用者が地域の行事に参加する場合は職員がサポートできるが、施設が住宅地と少し離れたところにあり、また利用者の重度化に伴い、地域の行事に参加し交流する機会は少ない。</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> <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>	b	<p>総合学習の時間を通じて小学生にボランティアの精神や特別養護老人ホームの取り組みの様子等を学んでもらうようにしている。介護技術の指導者として職員を派遣することはあるが、専門的な介護技術講習会を開催したり、相談窓口を設けるなど、地域のニーズに応じた支援活動は行っていない。</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> <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>	a	<p>ボランティア受け入れのマニュアルをつくり、基本姿勢を明示している。ボランティアの受け入れ側の責任及び配慮すべきこと、またボランティアが行う利用者への配慮等を明確にし、受け入れの体制を整えている。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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>介護関係を主にした団体や連絡先を記載したものを作成し、必要な時は活用している。しかし職員間で十分共有されていない。</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>	b	<p>関係機関との連携は必要に応じて行われているが、関係機関・団体と定期的に連絡会をもち、共通の課題を提起し協議しているのはケアマネジャーだけである。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅱ-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。 <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	意見箱を置き、来園者や面会の家族等には意見があれば入れてもらうようにしている。また管理者が町の地域福祉計画や地域活動計画の委員になっており、地域の要介護老人や一人暮らし老人について、人員や所帯数の情報の提供を受けており、これらの情報を基に地域の福祉ニーズの把握を行っている。
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。 <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	町第4次老人福祉計画及び第3期介護保険事業計画等で地域の福祉ニーズを把握した上で、各種の居宅サービス事業に積極的に取り組んでいる。

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ 適切な福祉サービスの実施</p>		
<p>Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス</p>		
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
<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>基本方針で利用者を尊重したサービスを提供することを明示し、職員は研修会にも参加しており、また身体拘束等廃止委員会や虐待防止委員会を開催するなど組織的な取り組みをおこなっている。</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>プライバシー保護マニュアル、清拭マニュアル、排泄マニュアル、おむつ交換時の注意事項を作成し、職員は注意してプライバシーの保護に当たっている。また設備面でもプライバシーを保護する対応がなされている。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上向上に努めている。</p> <p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上向上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) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示され、利用者満足把握する具体的な仕組みを整備している。</p> <p>b) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されているが、利用者満足把握する具体的な仕組みが十分ではない。</p> <p>c) 利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されていない。</p> </div>	c	<p>年に1度家族会を開催し、利用者ケアについて「不満や気付いたことはないか」等聞いている。また、直接利用者から聞けるよう、ケア担当を決めてコミュニケーションをとり、話しやすい環境づくりを行っているが、利用者満足の上向上を目指す姿勢が明示されていない。</p>
<p>Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の上向上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、実際にその上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、その上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>家族会の意見や利用者の話から把握した利用者の不満については、検討し具体的な改善を行っている。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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>ケア担当者を決め普段から利用者とコミュニケーションを取り、話しやすい環境をつくっている。また、意見箱を置いており、設置していることを各所に掲示し周知している。高齢者総合相談など一般相談や専門相談の掲示もなされている。</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>苦情解決要綱を作り、苦情受付担当者や解決責任者の設置など体制を整備している。また、利用者との契約時には重要事項説明書に苦情の受付先を記載し説明している。各フロアに苦情申し立て先を掲示している他、苦情結果を利用者家族に回答している。</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>	a	<p>利用者からの意見への対応マニュアルを整備している。意見が出された場合は、その検討結果を速やかに利用者に伝え、サービス改善を図るようにしている。</p>

共通基準

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

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>	c	<p>自己評価を行う体制は、職員に徐々に意識付けられているが、まだ十分ではない。</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>	c	<p>今回の評価により、課題を把握して改善に取り組むことを期待する。</p>
--	---	--

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(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>	c	<p>今回の評価結果により、改善策や改善計画を立て実施されることが望まれる。</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>個々のサービスの標準的な実施方法はマニュアル化され、職員に周知されている。実施についてはケアプランチェック表により確認している。またマニュアルには利用者の尊重やプライバシーの保護についても明示されている。</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>マニュアル等については、職員がケアを実施して不十分であれば、見直しを行っている。標準的な実施方法は、職員や利用者の意見を反映し見直している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<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>利用者一人ひとりの記録は個別にファイルで整備し記録しており、サービス実施計画に基づくものであることを確認できる。</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>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>「個人情報に関する文書等管理マニュアル」や「個人情報取扱マニュアル（個人情報の開示の規定あり）」が定められ、文書管理責任者や文書管理者を決め、適切な管理がなされている。</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>担当者会議を定期的に行い、各部署で利用者の情報の交換をしている。また介護の明細やケアプラン等をパソコンに入力しているため、各部署でいつでも見ることができる。</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>	c	<p>施設利用の希望者のためパンフレットを施設内に置いているが、公共施設等多数の人の手にする場所には置いていない。なお施設の情報は県のホームページで開示している。</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>利用契約時に重要事項説明書により利用者・家族に分かりやすく説明し、同意を得ている。</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>	b	<p>運営規程や契約書及びマニュアルに、利用者の円滑な退園のための必要な援助について定めているが、他の施設や家庭へ移行した該当者がいない。</p>

共通基準

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 data-bbox="174 300 1077 330">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 data-bbox="174 352 1155 592" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="185 357 331 384">【判断基準】</p> <p data-bbox="185 392 1144 454">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 data-bbox="185 459 1144 521">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 data-bbox="185 526 1144 588">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 data-bbox="1408 300 2074 394">利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握するため、包括的自立支援プログラムの様式を用い、約6か月に1回手順に従いアセスメントを行っている。</p>
<p data-bbox="174 660 1137 691">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 data-bbox="174 713 1155 952" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="185 718 331 745">【判断基準】</p> <p data-bbox="185 753 1144 815">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 data-bbox="185 820 1144 882">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 data-bbox="185 887 1144 949">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 data-bbox="1408 660 2074 754">アセスメントの内容を確認して利用者の状態を把握し、サービス実施上のニーズや課題を明示している。</p>

共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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	サービス実施計画責任者を置き、サービス実施計画を作成する際に各部署の担当者の意見を聞き、利用者の意向を踏まえサービス実施計画を作成し、それによりサービスが実施されている。
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か月を目途に、関係職員が協議の上サービスの実施計画を見直しており、利用者の心身の状況等に変化が見られてた時は、その都度見直している。