

第三者評価結果(高齢者施設版(共通))

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。				
1 I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	(a)	b	c	『障害をもっている、もっていない、男も女も「生まれておめでとう・成長しておめでとう・長生きしておめでとう」といえる社会づくりを旨とします』との理念から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。また、理念は、法人の文書や広報誌、パンフレットなどに記載されている。
2 I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)	b	c	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されており、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。この基本方針を広報誌やパンフレットにも記載することが望まれる。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。				
3 I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)	b	c	理念や基本方針は、4月の職員会で説明し、サービスステーション会議で確認している。また、社会づくりの理念に基づいて、月1回、施設がある福祉ゾーン内では、車両の30km走行を行い、挨拶運動や地区内各所でのクリーン作戦を実施している。障害者の就労支援や実習生の受け入れもしている。
4 I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a)	b	c	理念や基本方針は、利用者には新年の挨拶時や、会話ができる利用者約10名で構成される利用者会(婦人会と称している)や家族会で説明している。継続的な取り組みとして、家族会を6月、12月及び3月の年3回実施し、毎回60～70名の参加者がある。6月には、理念・基本方針・事業計画・9つの委員会の目標の説明や看取り勉強会(ゆたか荘での医療体制、看取り期の具体的な流れ、日々の面会に繋がる話など)を行っている。12月には、行商の協力を得て、施設で衣料品などの販売を実施し、利用者に試着をしてもらっている。3月には、家族にアンケート調査を実施している。3回の家族会のうち、1回は昼食交流会を行っている。
I-2 事業計画の策定				
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。				
5 I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	(a)	b	c	過去3年間の事業報告から課題を分析して、重点目標、目標達成に向けた戦略、高齢関係新規事業計画を立案している。今後、実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点の明確化に取り組む予定である。
6 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。	(a)	b	c	今後、策定した事業計画について、実行可能かどうか、また数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮する予定にしている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。				
7 I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a)	b	c	今後は、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価が行えるよう取り組む予定である。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
8 I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	○a	b	c	中・長期計画、事業計画は、4月の職員会で説明し、職員に回覧・押印してもらい、各階に設置している。理念、基本方針、事業計画、プライバシー保護、法令遵守、個人情報保護法、倫理規定、苦情処理等について、分かりやすく記載された資料を基に職員に説明している。
9 I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	○a	b	c	24年度の事業計画は、玄関に苦情解決・相談受付制度、個人情報の取り扱い、施設の概要、第三者評価結果等とともに掲示している。家族会には、6月に事業計画や新規事業資料を配付し、説明している。利用者には、廊下の掲示板に「ゆたか荘のご利用について」の説明文が模造紙で大きく掲示されている。
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。				
10 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。	○a	b	c	管理者は、自らの役割と責任について、業務分担表、サービスステーションの職務権限表に文書化し、職員会や9つの委員会で表明している。事故発生時の対応、夜間対応・看護職員のオンコール体制には、全責任を施設長が負うことを明記している。どんな小さなことでもリアルタイムで施設長の携帯電話に報告してもらい、指示をしている。現在、災害時における管理者の役割と責任については、ハザードマップ、福祉ゾーンの活用等を踏まえて作成中である。
11 I-3-(1)-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。	○a	b	c	管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修を、香川県老人福祉施設協議会で年2回受講して職員会で説明したり、4月の職員会で法令遵守について周知、説明を行い、文書の回覧、押印を行っている。具体的な取り組みとして、香川県自動車安全運転センターと連携して、安全運転コンクールで毎年5名を登録している。また、1年間に100名、無事故表彰を受けている。職員専用の通用口には、法令遵守、福祉ゾーン内の30km走行・挨拶運動、交通ルールを守ろう等のスローガンを掲示している。今後は、幅広い分野の法令等を把握し、リスト化する等の取り組みを行う予定である。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。				
12 I-3-(2)-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。	○a	b	c	24年度の介護目標は、統一したケアの提供、担当者意識の向上、職員間のチームワークである。全職員が、9つある委員会のいずれかに所属して、個々の職員の意見が取り上げられるようにしている。福祉サービスの質の向上については、施設長が、職員の年間目標の達成状況を年3回(6月、9月、3月)、利用者、家族に対してモニタリングして、75名から回答を得て、得票数に応じて1~3位の職員名を掲示板に掲示するなど、指導力を発揮している。
13 I-3-(2)-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。	○a	b	c	経営や業務の効率化と改善に向けて、業務改善委員会で職員、利用者アンケートを実施し、集計している。夜間勤務時間帯には、喀痰吸引ができる職員を必ず1名配置したり、特別食では一体型注入食パックの選定をしたり、不要な電気の消灯やソーラー設備の切り替え等を実施している。組織内の具体的な体制の構築では、職員が理念や基本方針からサービスの質の向上の目標を掲げて、年2回、6月、12月に個人評価表で達成度を自己評価し、さらに上司が評価を行い、12月には施設長面接を行っている。また、年2回、職員の意識調査がある。年1回、本人の意思を確認する自己申告を実施している。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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				
14 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。	(a)	b	c	社会福祉事業全体の動向は、香川県老人福祉施設協議会の研修、関係団体の定期刊行物や専門新聞で把握している。利用者の状況、介護報酬の加算に関する部分、認知症高齢者の自立度等については、担当職員が施設長に報告している。施設入所予約者には、申し込み時に悩みの相談に乗ったり、定期的に電話連絡をして、現在の状況を把握している。ショートステイの利用相談やベッドの空き情報を提供している。また、さぬき市介護保険課やさぬき市民病院とも連携をしている。把握されたニーズが、中・長期計画に反映されて、24年度には高齢者複合施設を新規開設した。
15 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組を行っている。	(a)	b	c	毎月、利用者の介護度、利用者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度、平均年齢、ショートステイの利用率などを把握している。胃瘻管理者、喀痰吸引者が増加傾向にあり、対応している。10月の施設広報誌に半期の財務諸表を公表している。
16 II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	b	(c)	今後は、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施することが望まれる。
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。				
17 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。	(a)	b	c	社会福祉法人長尾福祉会において、人事管理に関する方針が明記されており、24年度の採用・育成計画に基づいて、必要な採用人員数や資格支援計画がある。原則、職員は正規職員である。障害者支援施設のぞみ園の5名の利用者の就労支援をしている。
18 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。	(a)	b	c	人事等に関する規程に基づいて、個人評価表を使用し、評価を実施している。年2回、6月、12月に個人評価表に基づいて自己申告(各項目ごとに◎、○、×で評価)し、上司が評価(仕事の完成度、業務態度)して、フィードバックしている。12月には施設長面接を行い、一年間を振り返っている。自己申告と上司の評価がともに×の場合には、指導の目安にしている。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。				
19 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。	(a)	b	c	職員の有給休暇(半日休暇、時間休暇もある)の消化率や時間外労働のデータを定期的にチェックしている。12月に施設長が個人面接を行っており、悩みを相談できる。また、資格を取りやすい職場を提供している。
20 II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)	b	c	法人全体で職員の交流会(ソフトボール、ボーリング、ソフトバレー、運動会など)を開催している。一日研修旅行もある。職員の悩み相談窓口は施設長が担当している。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。				

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
21 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。	○a	b	c	基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本姿勢や意識を明示している。法人として研修要項を規定し、職場研修の理念、方針、体系、年間研修計画、部署担当者、運営、指導、評価の項目を明示している。また、研修委員会が、年間の研修計画を立案している。自己啓発活動の支援体制として、介護支援専門員研修会、各種資格試験、自己研修(スクーリング)、OJT、OFF-JT、SDSなどの研修を支援している。
22 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組が行われている。	○a	b	c	法人の労務管理で一人ひとりの資格データがある。保有資格、勤続年数に応じて、一人ひとりの研修計画がある。3年以上の実務経験で介護福祉士の受験資格が得られるので、チャレンジしてもらっている。策定された研修計画に基づいて、研修が実施されている。
23 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。	○a	b	c	研修を修了した職員は、報告レポートを作成して、直近の職員会議で報告している。研修成果の評価・分析は、毎月研修委員会を開催して行い、その結果は次の研修計画に反映している。研修内容の見直しは、施設長、部長、各部署の主任、担当者が行っている。接遇に関しては、9月、3月に自己評価(言った・時々言った・言っていない)を実施して、今後の職員全員の自己目標を職員通用口に公表している。
II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。				
24 II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	○a	b	c	実習生の受け入れについては、介護実習指導者テキスト(全社協)に基づいて、同指導者研修終了者3名が中心となって対応している。今後は、施設における実習の受け入れに関する基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備することを期待したい。
II-3 安全管理				
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
25 II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	○a	b	c	管理者は利用者の安全確保の取り組みについて、事故発生防止のための基本指針、各種対応マニュアルを整備し、責任者を施設長としている。また、施設長は、毎月開催の感染症対策委員会、安全対策委員会、医療ケア対策推進委員会、部署会議、職員会議、グループ会、日常的なサービスステーション会議を開催して参加し、リーダーシップを発揮している。今後は、リスクの種類別に、責任者と役割を明確にした管理体制の整備に期待したい。
26 II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	○a	b	c	地震診断では異常がなかった。24年度から家具を固定している。ハザードマップでは、施設が山に近いために、土砂災害の危険性が想定され、24年度から法人内に防災委員会を設置し、さぬき市防災計画と連携して、現在の地震・台風・濁水・土砂災害の各マニュアルを見直している。また、2ヶ月ごとの避難訓練では、年1回行政、消防団と連携した土砂災害合同訓練、年2回地震災害訓練も実施している。訓練では、利用者の安全確認の方法を決めて実施している。年2回、賞味期限をチェックしながら、食料品や介護用品などの災害備蓄品管理を行っている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
27 II-3-(1)-③ 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。	○a	b	c	利用者の安全を脅かす事例については、ヒヤリハット事例や事故報告書を収集して、毎月の安全対策委員会、業務改善委員会で検討・分析し、研修を実施している。未然防止策は、サービスステーション会議で検討・実施している。転倒のリスクの高い利用者の居室内の全壁面には、クッション性のある壁を採用して障害防止・防音に取り組んでいる。トイレは順次、洋式便座室を10cm拡大したり、便座前で手すりの利用ができるようにしたり、壁面を白色から落ち着いた茶色に変更したり、介護用品や用具を室内の棚に配備したり、寒さを防ぐために膝掛けを常備したりしている。今後は、安全確保策の実施状況や実効性について、定期的な評価・見直しに期待したい。
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。				
28 II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	○a	b	c	法人の事業計画に、地域との関わり方についての考え方を文書化している。香川県下の社会資源小冊子の活用や、長尾町内と三木町内の社会資源を各々、大判の合板2枚分にまとめて掲示している。24年に香川県主催の「香川かいごみらい文化祭」(県下3施設)を施設で開催した。利用者が、ながおいきいき福祉祭り、行基ハイツ春・夏祭り、小学校の運動会に参加している。年1回以上、長尾小学校、前山小学校の児童との交流があり、小学生の感想文をパネルに展示している。保育所は年3回、幼稚園は年2回交流している。絵手紙同好会が月1回来て、絵手紙パネル展示の交換をしてくれる。月1回利用者の買い物があり、家族も参加している。利用者個々の希望については、墓参り、仏壇参り、大塚美術館鑑賞、演劇鑑賞、元小学校長の小学校訪問などを行い、生きがいに繋がっている。24年香川県小学校研究大会では、交流のある長尾小学校から、交流状況について、「豊かな心と思いやりを大切に、よりよい生き方を求め、実践しようとする子どもを育てる道徳教育」と題して発表された。
29 II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	○a	b	c	さぬき市地域福祉セミナー、訪問介護員養成研修、幼稚園などに講師を派遣している。介護交流室を地域の民生児童委員会の会合に提供している。24年に社会福祉の推進の観点から地域施設連絡係を新設し、小学校で講座(車いすの操作方法、コミュニケーションの取り方、レクリエーションの進め方など)を開講し、修了証を発行して地域の子どもの育成を行っている。広報誌は、さぬき市の医療機関、小学校、中学校、実習校、地域の作品展・文化祭などに配付している。今後は、介護相談窓口等の支援活動の実施にも期待したい。
30 II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	○a	b	c	ボランティアの受け入れ手順マニュアルがあり、登録カード(個人・団体)の作成、ボランティア保険の加入、ボランティア活動の事前説明等を行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。				
31 II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	○a	b	c	さぬき市内長尾地区と三木地区で利用者に馴染みのあるスポット(小学校・中学校、八幡神社、スーパー、医療機関、図書館等)の社会資源を利用者と一緒に作成して、各々の地区ごとに大判の合板2枚分に掲示して、コミュニケーションを図っている。さぬき市社会福祉協議会のさぬき市いきいきネット連絡協議会作成の福祉手帳を活用している。地域の関係機関は、小冊子にまとめられており、玄関のラックに各種リーフレットと一緒に置いている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
32 II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ	b	c	大川圏域の福祉施設会議や年1~2回、さぬき市民病院地域医療連携室の連絡会に参加している。のぞみ園の就労支援、長尾小学校・前山小学校、幼稚園、保育所、絵手紙同好会との交流に関する打ち合わせ会、地域施設連絡係による小学校での講座の打ち合わせ会を開催している。同係が、民生児童委員会にも出席している。ショートステイの実績報告をするために、各居宅介護支援事業所を訪問した際に相談を行っている。今後は、地域の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取り組みができるよう、ネットワーク化への努力に期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
33 II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	Ⓐ	b	c	ショートステイの実績報告をするために、各居宅介護支援事業所を訪問した際に相談を行っている。地域施設連絡係が、民生児童委員会に出席している。今後は、地域住民に対する相談事業の実施に期待したい。
34 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。	Ⓐ	b	c	把握した福祉ニーズを法人の中・長期計画や事業計画に明示して、24年11月高齢者複合施設(サービス付き高齢者向け住宅、ユニット型ショートステイ、デイサービスセンター、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所)を開設した。25年5月には、児童デイサービスセンター(東部養護学校利用者を対象に高等学校生まで、放課後18時までの安全確保、療育の場を提供、春休み・夏休み・冬休みも同様)を開設予定である。その他の事業についても検討中である。
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				
35 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組を行っている。	Ⓐ	b	c	理念や基本方針、行動規範に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、個々のサービスの標準的な実施方法に反映させている。4月の職員会議で身体拘束廃止に関する施設指針について、研修会で身体拘束及び権利擁護指針について研修した。また、8月中途採用職員に同様の研修を実施した。掲示板に「身体拘束とは」と題して、分かりやすく具体例を示して説明している。安全対策委員会、身体拘束防止検討委員会で継続的な取り組みを行っている。
36 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。	Ⓐ	b	c	プライバシー保護マニュアルがあり、4月の職員会議でプライバシー保護の研修をしている。マニュアルは、回覧して押印してもらっている。介護マニュアルについては全職員に配付している。また、就職後3ヶ月ごとに自身の介護内容についてモニタリングし、見直している。新規内定者には研修チェック表の記入がある。毎日のサービスステーション会議で、居室入り口のドアの開閉のことや排泄介助の一連の動作等について話し合いを行っている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。				
37 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。	Ⓐ	b	c	利用者様生活アンケートを実施して、その結果を掲示板に掲示し、家族会で報告し、業務改善委員会が分析している。利用者には担当者制を採用しており、「苦情・相談・希望申出書」を活用している。職員の年間目標の達成状況について、施設長が年間3回、利用者や家族に面接・モニタリングを行い、その結果を上位1位から3位までの職員名を掲示している。21年から家族にアンケート調査を行い、その集計結果をホームページや掲示板に掲示している。年間2回、利用者の外出状況表を把握して、コミュニケーションの図り難い利用者には、家族に働きかけをしてもらったり、外出機会の少ない利用者には担当者や生活相談員が外出できるように対応している。また、4人部屋なので、年1回意識調査を行っている。
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。				
38 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。	Ⓐ	b	c	苦情処理マニュアルに基づいて、苦情解決・相談受付制度があることを、玄関、掲示板、各居室棟に掲示し、各々の場所に意見箱を設置している。玄関には面会簿と並んで苦情・相談の用紙を常備している。家族会で、苦情・意見について、フローチャートの資料を配付して第三者委員会への申し出についての説明もしている。口頭での申し出が多いので、聞き取りをした職員が、「苦情・相談・希望申出書」に代筆して対応している。相談や意見を述べやすいスペースとして、玄関横の部屋を利用している。
39 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。	Ⓐ	b	c	苦情処理マニュアルに基づいて、苦情解決の体制が整備されている。施設入所契約時に重要事項説明書で説明したり、苦情解決の仕組みを玄関、各居室棟に掲示している。苦情を受けて改善した例として、鍋料理の採用、車いすが使用しやすいように洗面台の改善、トイレの間仕切りの改善、また、足が冷える対応として暖房温度を上げたり、レクリエーションで足浴をしている。苦情内容は、解決の課程等について本人にフィードバックし、家族会において匿名で報告をしている。
40 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。	Ⓐ	b	c	意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等についての規定はないが、実際には適切に対応しているので、これらの規定を盛り込むことが望まれる。苦情処理マニュアルの見直しは行っている。福祉サービスの改善に反映している。
Ⅲ-2 サービスの質の確保				
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。				
41 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。	Ⓐ	b	c	3年に一度、第三者評価を受審している。福祉サービスの向上については、地域施設連絡係が担当者となって、定められた評価基準に基づいて自己評価をしたり、評価結果を毎月の業務改善委員会で分析・検討している。日常のサービスに反映してもらうために、サービスステーション所属の全員に共通項目、内容項目を見てもらい、サービスの質を確保する方向に繋げている。
42 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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	Ⓑ	c	業務改善委員会で評価結果の分析を行って、課題を明確にして改善に取り組んでいるので、今後は課題を文書化して職員間で共有化を図り、改善策や改善実施計画を策定して、実施状況の評価をしたり、必要に応じて計画の見直しをすることが望まれる。

評価項目	第三者評価結果			判定の理由
	判定結果			
	a	b	c	
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。				
43 Ⅲ-2-(2)-① 提供する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。	○a	b	c	標準的な実施方法は、介護マニュアル、医務マニュアルを策定して、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢を明示しており、4月の職員会議で説明している。標準的な実施方法が実施されているかどうかの確認は、サービス実施計画の記録と職員へのアンケート調査、個人評価表の作成、施設長面談により行っている。
44 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。	○a	b	c	毎年2月までに、業務改善委員会、サービスステーション会議でマニュアルの見直しを行い、4月のスタートに間に合わせている。その際、担当制を採用しているため、職員の意見を反映させている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。				
45 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。	○a	b	c	施設サービス計画書に基づいて、担当者が介護情報共有シートを作成して、個人ごとの記録や短期目標を記載した生活チェック表の記録、看護記録などを行っている。記録内容は、誰が見ても、また災害時にもその人の日頃の状態が分かるようにしている。
46 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。	○a	b	c	記録の管理責任者は、管理規程で配置している。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関しては、運営体制並びに業務分担表に規定して、情報の開示については、重要事項説明書に規定している。記録の管理については、4月の職員会議で説明し、個人情報保護法に基づいて、職員は遵守の覚書に署名している。
47 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。	○a	b	c	組織における情報の流れは、パソコンでパスワードを入力すれば記録が閲覧できる。情報共有を目的として、介護情報共有シートを活用したり、サービス実施計画は、原則として半年に1回及び状態の変化時に立案しているため、それに連動してケアカンファレンスを行っている。また、月1回のサービスステーション会議や業務改善委員会でも情報の共有を図っている。利用者の状態と介護処置では、介護、看護、リハビリ担当が、一括して日別生活記録票を作成している。夜間介護日誌、引き継ぎノートもある。
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。				
48 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。	○a	b	c	施設のホームページを作成している。広報誌はカラー印刷で、理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したり、絵や写真を取り入れており、行政機関、医療機関、各事業所に配付して置かせていただいている。施設見学や一日利用は随時行っており、1泊2日の体験入所(介護保険対応)も行っている。玄関のソーラーパネルには、施設の行事が表示される。
49 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。	○a	b	c	サービス開始時は、重要事項説明書で利用者や家族に説明をしている。サービスの内容や料金について、利用者や家族に説明をして、同意を書面でもらっている。利用契約が必要な場合には、必ず契約書を取り交わしている。重要事項説明書は、大きい文字で印刷をしている。

評価項目	第三者評価結果			
	判定結果			判定の理由
	a	b	c	
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。				
50 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。	○a	b	c	今後、他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順を定める取り組みを行う予定である。現在は、介護情報シートを活用している。必要に応じて、経過記録、日別生活記録票も引き継ぎ文書としている。担当者は、地域施設連絡係である。
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。				
51 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。	○a	b	c	アセスメント様式は、包括的自立支援プログラムである。サービス実施計画は、原則として半年に1回及び状態の変化時に立案している。介護保険の有効期間をパソコン上で管理し、ケアカンファレンスは、家族と調整がつけば開催している。利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。
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。				
52 Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a	b	c	サービス実施計画策定の責任者は施設長である。今後、さまざまな職種による関係職員の合議、利用者の意向の把握と同意を含めた手順を定める予定である。短期目標を明示しており、短期目標の期間ごとのモニタリング票と6ヶ月間をまとめたモニタリング票を作成している。また、毎日、生活チェック表でサービスの確認を行って機能している。
53 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。	○a	b	c	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。今後は、サービス実施計画の見直しについて、組織的な仕組みを定めて実施したり、見直しによって変更したサービス実施計画の内容や、緊急に変更する場合の内容を、関係職員に周知する手順も定めて実施する予定である。