

# 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：社会福祉法人守皓会 特別養護老人ホーム田鶴苑	種別：老人福祉施設
代表者氏名：理事長 成川 守彦	定員(利用者数)： 85名 (85名)
所在地：和歌山県有田市宮崎町911	

③訪問調査日 平成 21 年 11 月 19 日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

1. 法人の理念および基本方針が明示されるとともに行動指針となって、福祉サービスの質の向上に活かせる仕組みが作られている。(朝礼などでの工夫)
2. 運営管理会議やマネジメント・スタッフ会、各部署での会議など、定期的に行なわれ、経営や業務の効率化にむけて組織的に取り組んでいる。
3. 職員の就業状況についての配慮がなされ、残業を減らすしくみの構築や、長期連続休暇の設定などが掲げられている。
4. リスクマネジメント・レポートに現場での事例を収集し、事故報告一覧に掲げて事故対策委員会にて利用者の安全を確保する体制づくりがなされている。また、各関係職種に持ち帰り、要因分析と対応策の検討がなされている。
5. 広報誌やパンフレットなどによって地域への働きかけが積極的に行なわれ、また盆踊り大会を地域住民とともに設営するなど、地域とのかかわりを大切にしている。
6. 利用者の居室および廊下は明るく開放的で清潔に保たれている。居室ベッドサイドには個人の思い出の品が飾られ、廊下に掲げられた多くの絵画は暖かく楽しい雰囲気づくりに大きく貢献している。
7. 食事には嗜好調査や食べやすさが充分検討され介助者も安定した姿勢で落ち着いて丁寧な食事介助がされている。

### ◇改善を求められる点

1. 定期的に人事考課を実施しているが、この結果により賞与への格差等が実施されるのみでなく、考課基準を明確に示し、結果のフィードバックが個々の意欲の喚起と組織の活性化につながることを期待する。
2. 外部監査の実施について検討していただきたい。
3. 利用者満足に関する委員会での調査結果は分析検討されているが、一部の職員にはうまく伝達できていなく、全体に確実に伝達できる体制を期待する。

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

- 1) 法人設立時より、理念と基本方針、行動指針を掲げ、職員一同地域の皆様に喜んで頂ける施設作りを積んで参りました。
- 2) 又、職員が働きやすい環境を作ることも大切と考えております。
- 3) このような評価を戴いたことは、職員の皆様のお蔭だと感謝申し上げます。
- 4) 今回、改善点で指摘されたことを改めて、更に地域の皆様から信頼される福祉施設として歩んで行きたいと思っております。

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(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田鶴苑

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。		
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;"> <b>【判断基準】</b>                          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	理念は中長期計画書、パンフレットなどに明文化している。
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;"> <b>【判断基準】</b>                          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	理念と整合性のとれた基本方針を行動指針として明文化している。

評価調査シート・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>	a	<p>理念や基本方針を施設内各所に掲示し意識付けを実施している。</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>	a	<p>「入所者の皆様へのお約束」として、わかりやすい説明を作成し十分な理解を促すための工夫がみられる。</p>

評価調査シート・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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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> </div>	a	中長期計画が明確に策定されている。
---	---	-------------------

<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> <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>	a	各年度の事業計画は、中長期計画の内容を反映した計画となっている。
---	---	----------------------------------

評価調査シート・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>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>運営管理会議において各計画の定期的な検討と見直しが実施されている。</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>各計画は配布されているが理解を促すための取り組みは十分とはいえない。</p>

評価調査シート・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</p> <p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> <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>管理者の積極的なとりくみはさまざまな場面で表明されている。</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>管理者自らが介護保険、各種法令について理解を深めるための研修会などに参加している。</p>

評価調査シート・共通基準

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>	a	福祉サービスの質の向上のために朝礼などで、職員の意識意欲啓発に取り組んでいる。
<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	運営管理会議などにおいて、経営内容を正しく把握するとともに、効率化にむけた取り組みを構築している。

評価調査シート・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>II 組織の運営管理</p> <p>II-1 経営状況の把握</p> <p>II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。</p> <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>全国施設会議や地域の研修などに積極的に参加し、新しい情報を的確に把握できている。</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>毎月の実績報告を受け、改善すべき課題に組織的に取り組んでいる。</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>毎月、顧問税理士と経営分析等をおこない、健全な経営を実践しているが、外部監査は実施していない。</p>

評価調査シート・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>中長期計画の中に、人員採用計画を掲げ、これに基づいた人事管理がなされている。</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>定期的な人事考課は実施されているが、自分で自覚し改善するだけの結果となっている。</p>

評価調査シート・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>残業を減らす、長期休暇を取れる、などの配慮がなされている。</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>	b	<p>福利厚生センターには未加入であるが、職員自身に対する福利厚生には、満足度は高い。</p>

評価調査シート・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。                      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	中長期計画の中に、基本姿勢が示されている。
<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>	a	個人研修・評価シートを作成し、それに基づいた取り組みが行われている。
<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>	a	研修後レポート提出などにより、職員本人の自己啓発と以後の研修計画に活かしている。

評価調査シート・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	受け入れに対する基本姿勢とマニュアルが確認でき、体制が整備されている。
<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	実習生が全般を計画的に学べるようなシステムがとられている。

評価調査シート・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>事故対策委員会やMS会議において、利用者の安全確保のための対策が検討される体制が機能している。</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>リスクマネジメント・レポートから自己報告一覧へと収集分析されて、会議で検討されている。</p>
---	---	--

評価調査シート・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 II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 II-4-(1)-① 利用者と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>敬老会や箕小祭への参加など、地域への働きかけを、毎年行なっている。</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>	a	<p>広報誌を、年3回発行し、町役場、各事業所、医療機関などに配布している。介護者教室の開催など、地域に提示提供している。</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>	a	<p>ボランティア受け入れ体制についての明示があり、その体制の整備がされている。</p>

評価調査シート・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。                      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	必要な社会資源は一覧表に明記されて共有認識されている。
<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	医療福祉連携会議などで定期的に連携がなされており具体的な課題に対する検討が行なわれている。

評価調査シート・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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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>	<p>a</p>	<p>地域住民からの福祉ニーズに対する相談が積極的に実施されている。</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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>a</p>	<p>短期入所施設の設置や、認知症対応型共同生活介護の設立計画など、具体的な事業設立への活動が行われている。</p>

評価調査シート・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>利用者尊重の姿勢が明示されているとともに、人権研修会が定期的に行われている。</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>プライバシー保護に関する規定・マニュアル整備、および周知のための研修を実施している。</p>

評価調査シート・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	利用者満足の上昇をめざすため、利用者へのアンケートや嗜好調査がなされている。
<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	利用者満足に対する委員会により、結果検討や具体的改善がなされている。

評価調査シート・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>「ご相談窓口一覧」などを提示し、利用者や家族が相談しやすい体制が工夫されている。</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>苦情解決の仕組みが確立されているとともに、実際の苦情内容や解決結果は、施設内に提示されている。</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>利用者からの意見に対する対応マニュアルが整備され、約1週間で対応するシステムが構築されている。</p>

評価調査シート・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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。 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>評価の体制は一昨年、昨年と確認できたが、本年度に関しては現時点で未実施である。</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>	b	<p>評価の結果として改善すべき課題が明らかになっているが、十分ではない。</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> <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>	a	<p>課題に対する具体的改善策が実行されスムーズな対応がなされている。</p>

評価調査シート・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	標準的な実施方法の文書化と、これに基づいたサービスの実施がされている。
<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	サービス計画見直し会議の実施と実行がされている。

評価調査シート・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	個別ケース記録により、利用者一人ひとりのサービス実施状況が適切に記録されている。
<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	利用者に関する記録の管理体制が適切に行われている。
<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	利用者の状況変化等に関する引継ぎ、申し送りなどにも、複合的共有化が行なわれている。

評価調査シート・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>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>		
<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>パンフレットや広報誌を広く配布し、インターネットにホームページを公開し、見学などに対応している。</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>文書により、わかりやすい説明を行なっている。</p>

評価調査シート・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>サービスの継続性に配慮した対応が契約書に明記されている。</p>

評価調査シート・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。 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	項目別に、適切なアセスメントを実施している。
<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	各項目ごとに、課題やニーズが明示されている。

評価調査シート・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。		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</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	<p>医療・リハビリテーション・メンタル面を含めた総合的視点で作成されたサービス計画書策定が体制化されている。</p>
<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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <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	<p>定期的見直しに加えて、随時ケアプラン見直し等が遂行されている。</p>