

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： 社会福祉法人愛光園 特別養護老人ホーム愛光園	種別： 老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 上田 和夫	定員(利用者数)： 80名 (80名)
所在地： 和歌山県伊都郡かつらぎ町佐野1401-2 TEL： 0736-22-6057	

③訪問調査日 平成20年12月4日

④総評

◇特に評価の高い点

施設内でグループケアを実施しており、利用者と職員との密接度が高く、馴染みの職員が介護度の高い利用者の言動を細かく観察し意向に沿えるような処遇を行っている。利用者の重度化に対応し日常生活におけるリハビリテーションや離床運動、また、身体的拘束ゼロに向けた取り組みを実行している。人事考課が職員の自己評価と上司との面談による評価により行われており、また研修についても本人の希望を上司と面談の上で決め具体的な研修計画を作成している。施設の経営について、毎月人件費比率や経費比率を全国の比率と比較して運営の健全化を図っている。法人は地域の高齢者のニーズに基づき各種の在宅サービス事業を幅広く展開している。

◇改善を求められる点

1. 実施している介護サービスや組織体制、設備整備、職員体制、人材育成等の問題点を明らかにし、それを解決するための中・長期計画(3~5年)の作成を期待する。
2. 職員の研修成果について評価を行い、今後の研修計画に活かすことが望まれる。
3. 実習生受け入れの基本姿勢を明示し、受け入れマニュアルを作成し、また利用者満足の向上を目指す姿勢も明示することを期待する。
4. 利用者からの意見等に対応するマニュアルの整備が望まれる。
5. 施設にとって必要な社会資源である関係機関・団体のリストや連絡方法を体系的に整備し、職員間で共有することを期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

当施設では、今回初めて第三者評価を受審しました。評価受審にあたっては、施設の運営、処遇などを振り返る良い機会となりました。受審の後、評価の改善すべき点を真摯に受け止め、今後積極的な改善に取り組み、ご利用者・ご家族の皆様にもっと喜んで頂ける事業づくりに施設全体で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 愛光園

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>社会福祉法人愛光園は、和の心を基本とし、利用者が生きがいをもち充実した人生を送る生活の場であることを目指し、利用者の人権を尊重し職員一同利用者と共に明るく清潔で家庭的な雰囲気づくりに努め、優しい笑顔で誠心誠意をもって利用者の処遇にあたるという趣旨の理念を明文化し、目指す方向を示し法人のパンフレットや事業計画に記載している。</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>利用者に対するリハビリテーションと離床運動の推進、質の高い公平なサービスの提供、包括的自立支援プログラムによる施設サービス計画の作成・実施、ベットの低床型への切り換え等の環境整備、地域住民とのふれあい・交流促進等の基本的な方針が具体的に示され、事業計画に記載されている。</p>

福祉サービス第三者評価・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、周知しており、理念は新人職員の教育プログラムにも組み込み研修が行われている。</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 data-bbox="165 668 1158 876" 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>利用者等には理念を記載したパンフレットを配布しているが、理念や基本方針を分かりやすく説明した資料により、十分周知しているとはいえない。</p>

福祉サービス第三者評価・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 data-bbox="165 357 1155 584" 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>	c	中・長期計画は作成されていない。
--	---	------------------

<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 data-bbox="165 705 1155 890" 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>	c	事業計画は中・長期計画を反映して作成されていない。
--	---	---------------------------

福祉サービス第三者評価・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>	b	<p>事業計画は職員の参画のもとに作成されているが、実施状況の把握や評価・見直しは組織的に行われていない。</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>事業計画は職員に配布し、また作成時に職員が参画し周知している。利用者等には事業計画の中の行事計画は掲示し周知しているが、計画書全体は配布していない。</p>

福祉サービス第三者評価・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。		
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;"> 【判断基準】 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。 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。 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。 </div>	a	管理者は園内の代表者会議、入所検討委員会、給食会議など各種会議に出席し、管理者として指導・助言を行っている。
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;"> 【判断基準】 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。 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。 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。 </div>	a	管理者は社会福祉施設長や介護支援専門員の資格を有し、介護保険法、老人福祉法、労働基準法、消防法等施設として遵守すべき関連法令を理解している。

福祉サービス第三者評価・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>管理者は福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、会議など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>管理者は、経営や業務を改善するため経営や人事・労務等について分析し対策を講じるなど指導力を発揮している。</p>

福祉サービス第三者評価・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>介護保険事業全体の動向を把握するとともに、かつらぎ町第3期介護保険事業計画等を通じて地域の福祉サービスのニーズや入所検討委員会を含めて潜在的な利用者のデータ等を把握している。</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>常に経営状況を分析し、毎月人件費比率や経費率を算出して全国比率と比べ施設の課題を見出し、電気代や空調費の削減など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>

福祉サービス第三者評価・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。		
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。 【判断基準】 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。 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。 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。	a	必要な人材や人員体制について職員配置に余裕のあるよう心がけており、ハローワークとも連絡を密にしている。なお欠員が生じたときは募集広告を出したり、新規採用については、大学、福祉専門学校、高等学校等に募集要項を送付し、職員を確保するよう努力している。
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。 【判断基準】 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。 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。 c) 定期的な人事考課を実施していない。	a	毎年6月及び12月に支給する賞与について客観的な基準による人事考課を実施しており、職員勤務評価表に職員自ら評価を行い、直属の上司と面談してから評価表を確定し、それに基づいて賞与を支給している。

福祉サービス第三者評価・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>職員の就業状況について、時間外労働の届出のない残業を調査したり、年次有給休暇の100パーセント取得の奨励などを行っている。なお職員の現在の仕事の満足度や転属希望を把握し、必要があれば改善する仕組みがある。</p>
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。		
<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>職員互助会をつくり、年1回の忘年会や不定期であるが食事会を実施しているが、福利厚生センターの加入はなされていない。</p>

福祉サービス第三者評価・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>事業報告の中に施設が職員に求める教育・研修に関する基本姿勢が明示されており、施設内を4つに分けた各グループにおいて、サービスの質の向上や介護技術等に関する職員勉強会を月1度開催している。</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>	a	<p>職員一人ひとりが個人研修計画・評価シートに本人の研修希望項目を記載し、上司と面談の上具体的な研修計画を作成する取り組みが行われている。</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>職員は研修参加後、復命を行っているが、職員のもその後の業務等による研修成果の評価・分析は、現在のところ行われていない。</p>

福祉サービス第三者評価・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>	c	<p>実習生受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。また、現場では学校担当者との連絡や実習前のオリエンテーションなどは行われているが、連絡窓口や利用者・職員への事前説明、実習者に対するオリエンテーション等を記載したマニュアルは作成されていない。</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>	b	<p>各種の資格取得など実習目的を考慮し、実習内容を効果的に学べるよう取り組んでいるが、プログラムは作られていない。</p>

福祉サービス第三者評価・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。

a

事故については「事故発生の防止及び発生時の対応指針」を作成し事故防止委員会を設置し、また感染症の発生については「感染症対策マニュアル」を作成し感染症対策委員会を設置して施設の体制を整備している。なお火災等の災害に対しては消防計画を、将来の地震に備えて地震防災の規定を整備し、災害時の緊急連絡網をつくり職員に周知している。

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。

a

事故や感染症のヒヤリ・ハット事例や発生事例について報告書を作成し、要因の分析や今後の対応策の検討を行っている。

福祉サービス第三者評価・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>	a	<p>地域住民とのふれあい、交流の促進のため法人の盆踊り大会等に地域の人々が参加してくれるよう、近くのスーパーなどにポスターを掲示してもらったり、利用者について近隣の道の駅や平和公園等への外出を支援している。</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> <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>	a	<p>認知症老人対策特別事業として、在宅の認知症老人を抱える家族の相談に応じている。また在宅介護支援センター等の職員が地域から講師として要請されることがある。</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> <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>事業計画にボランティア受け入れの基本姿勢が明示されており、受け入れ担当を決め、利用者への事前説明、ボランティアの内容に合わせた準備等にも配慮がなされている。</p>

福祉サービス第三者評価・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>	c	<p>施設にとって必要な関係機関・団体等のリストや連絡方法について、体系的には作成されていない。</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>	a	<p>関係機関との連携は必要に応じて行われており、居宅の介護支援専門員は関係機関・団体と定期的に連絡会をもち共通の課題を提起して協議を行っている。なお管理者はかつらぎ町の第3期介護保険事業計画の作成委員や、同町社会福祉協議会の理事に就任しており関係機関と連携する機会をもっている。</p>

福祉サービス第三者評価・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	主としてかつらぎ町第3期介護保険事業計画等で地域における高齢者のニーズを把握している。
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	把握した高齢者の福祉ニーズに基づき、ショートステイ等の事業を実施している。

福祉サービス第三者評価・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>利用者の人格を尊重したサービスを提供するという基本姿勢が理念に明示されており、施設内でグループケアを行い、利用者一人ひとりの意思を尊重しニーズに応えるという取り組みを行っている。また職員は身体的拘束が人としての尊厳を傷つける行為であると認識し、身体拘束ゼロを目指した取り組みも行っている。</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>「プライバシー保護に関するガイドライン」を作成し、入浴や排泄時等のプライバシー保護に関する留意事項が記載されている。また浴室や便所等の設備面でもカーテン等によってプライバシーを保護する措置がなされている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

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>	c	<p>利用者満足の上昇を目指す姿勢が明示されていないが、利用者に対する個別の聴き取りや、給食会議において食事の好みの検討が行われている。</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>職員は利用者の個人生活記録に介護場面毎の言動を記録しており、利用者の意向に沿うよう心がけ、その対応を記録している。また給食会議で利用者の食事の好みを検討し、反省点や気付いた点を話し合い改善に取り組んでいる。</p>

福祉サービス第三者評価・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>それぞれの部屋に担当者を決めて利用者との馴染みの関係をつくり利用者が気軽に相談しやすい環境を整えている。また契約時に重要事項説明書のなかで、利用者が相談方法や相談相手を選択できることを説明している。</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>苦情解決について苦情解決の指針を作成し、苦情受付担当者や解決責任者の設置や解決の手順等を記載し体制を整えている。また入園時に重要事項説明書の中で利用者・家族に苦情の受付先などについて説明している。</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>	c	<p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルは整備されていない。</p>

福祉サービス第三者評価・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	自己評価、第三者評価はなされていない。
--	---	---------------------

<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	自己評価、第三者評価はなされていない。
--	---	---------------------

福祉サービス第三者評価・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	自己評価、第三者評価はなされていない。

福祉サービス第三者評価・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>個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されており、それに基づいてサービスが実施されている。</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>標準的な実施方法について定期的にグループの勉強会で見直している。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。 <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	利用者一人ひとりの介護計画の実施状況が処遇記録等に適切に記録されている。
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。 <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	個人情報規程の中に、個人情報の記録の保管、廃棄について、また利用者から開示を求められた場合について規定されており、個人情報の管理が適切に行われている。
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。 <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	利用者の介護計画や処遇記録などの情報はパソコンネットワークで各部署において職員はいつでも見ることができる。

福祉サービス第三者評価・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>利用希望者のために施設のサービスを説明したパンフレットは多数の人が手にすることができる公共施設等には置いていないが、施設の情報はホームページで公開している。</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>サービスの開始時に、サービスの概要や利用料金等を具体的に記載した重要事項説明書により利用者・家族にわかりやすく説明し同意を得ている。</p>

福祉サービス第三者評価・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>利用者が他の施設等へ替わったり、地域・家庭へ移行する場合にサービスの継続性に配慮するが、現時点では対象者はいない。</p>

福祉サービス第三者評価・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>利用者の身体状況や生活状況、本人の希望等を施設が定めた包括的自立支援プログラムの様式によって把握し記録している。また6か月を目途に見直しを行っている。</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>	a	<p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上の問題点や解決すべき課題等が具体的に明示されている。</p>

福祉サービス第三者評価・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	各部署の担当者会議を開いて意見を聞き、利用者の意向を踏まえ介護計画を作成し、管理者の決裁を得て利用者の同意をもらっている。
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	介護計画は実施状況を処遇記録等で評価し、6か月を目途に関係職員が協議し利用者の意向と同意を含んだ手順により見直している。また利用者の心身の状況等に変化が見られたときはその都度見直している。