

福祉サービス第三者評価の結果

平成26年2月17日 提出(評価機関→推進委員会)



(1) 事業者概況

事業所名称 (施設名)	特別養護老人ホーム青山荘	種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名 (管理者)	理事長 島村 吉三久	開設年月日	昭和47年5月1日		
設置主体 (経営主体)	社会福祉法人青森民友厚生振興団	定員	100名	利用人数	96名 H25.4.1時点
所在地	(〒037-001) 青森県五所川原市大字金山字盛山42-8				
連絡先電話	0173-35-4215	FAX電話	0173-35-4216		
ホームページアドレス	http://www.seizanso.or.jp/				

(2) 基本情報 ※必要に応じて写真等追加可能

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
在宅サービス事業(短期入所生活介護、通所介護・認知症型通所介護)	園外の清掃・整備、家族会役員会、家族会草取り、
訪問介護、居宅介護支援事業、在宅介護支援センター、生きがいデイサービス)	親睦ボーリング大会、家族会総会、広報誌発行、遠足、献血、
	ショッピング、墓参り、秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
個室(洋室、40室)、(和室、2室)	冷暖房完備、機会浴、一般浴(リフト付)、相談室、リビング、
2人用(洋室、5室)、4人用(洋室、7室)	シャワー室、機能訓練室など

職員の配置

職種	人数	職種	人数
園長	1人	介護班長	4人
副園長	1人	ユニットケアリーダー	5人
事務長	1人	介護員	52人
主任生活相談員	1人	介助員	1人
事務班長	1人	栄養士	2人
事務員	1人	調理員	5人
看護班長	1人	清掃員	3人
看護員	5人	宿直員	2人
訓練指導委員兼介護員	1人	医師(内科)	1人
介護支援専門員	11人	協力医(精神科)	1人
介護主任	1人	協力医(歯科)	1人
副介護主任	1人		

2 評価結果総評

<p>◎ 特に評価の高い点</p> <p>法人の理念である「おひとり、おひとりの人生 めぐもりのある暮らしを支えます」は、誰にでもわかりやすい表現であると共に、その意義はとても深く、「基本的人権の尊重」を責務として捉えていることを世間に喚起し、全職員への規範と成りえる内容となっている。組織は、この理念を基に利用者主体、尊重を心がけた福祉サービスが提供されるよう人材育成に傾注し、定期的な面接の機会やアンケートの実施、階層別の研修計画を策定して、職員の意欲や使命感を引き出す努力を行なっている。</p> <p>施設の周辺住民と一体的に取り組んでいる防災対策は、自衛消防組織の設置や防災訓練計画書、防火訓練マニュアル、緊急連絡網に基づき、冬の避難経路の確保や地元消防団との定期的な訓練、停電時の対応等について対策を講じていると共に、災害時における食料品等の備品リストを作成していることは高く評価できる。</p>
<p>◎ 改善を求められる点</p> <p>施設運営計画において、実施する福祉サービスの内容や、組織体制、施設整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題等を明らかにしていることから、目標達成に向けて具体的な数値などを盛り込んだ中・長期的な計画の策定に期待したい。</p>

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>前回(平成18年)の受審から6年以上も経過し、その後採用された職員も相当数在职していること、また当時在职した職員も第三者評価に対する意識も薄れてきたことから、当施設の運営体制やサービス内容等を自ら見直し、再評価していただく機会が必要だと考え今回受審することにしたものです。前回の評価において改善を求められる点や福祉サービスの質の向上のための組織体制整備講座で学んだことを業務に反映させながら、今回の受審に臨みました。前回から改善された項目もありましたが、改善されなかった項目もありました。今回の受審に当たっては、職員一人一人が業務内容を振り返る良い機会となりました。また、組織としての取り組みが不足していること等も改めて確認することができました。今後は、今回の評価において改善を求められた中・長期的計画の策定に取り組むこととし、併せて日頃から業務の評価を自主的に行い、多種多様な要請に対応できる質の高いサービスの提供に努めていきます。</p>
--

評価機関	名 称	社会福祉法人青森県社会福祉協議会
	所 在 地	青森県青森市中央三丁目20番30号
	事業所との契約日	平成24年12月12日
	評価実施期間	平成25年2月19日、平成25年2月26日
	事業所への 評価結果の報告	平成25年12月10日

4 評価細目の第三者評価結果

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織	第三者評価結果	評価結果講評
<p>I-1 理念・基本方針</p> <p>I-1-1 理念、基本方針が確立されている。</p> <p>I-1-1-1-① 理念が明文化されている。</p> <p>I-1-1-1-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。</p> <p>I-1-1-2 理念や基本方針が周知されている。</p> <p>I-1-1-2-① 理念や基本方針が職員に周知されている。</p> <p>I-1-1-2-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。</p>		<p>① 法人理念である「おひとり、おひとりの人生 めくもりのある暮らしを支えます」は、簡潔で分かりやすい内容となっている。この理念は、組織の目指す方向性を示しており、事業計画書や広報誌等にも明示していると共に、施設玄関や各ユニットにも掲示されていることから、利用者や家族にも理解されている。</p> <p>② 基本方針は、法人の理念に基づいた内容となっており、事業計画書や広報誌等にも明示している。この基本方針は理念を具現化するための内容となっていることから、職員の行動指針となり毎月の職員会議で唱和している。また、その内容は簡潔で分かりやいため、利用者や家族にも理解されている。</p> <p>③ 理念や基本方針は事業計画書に明記しており、職員全員に回覧及びユニットへ備え付けで周知している。その内容は、事業計画策定時や新人研修及び毎月の職員会議の場で管理者が説明していることから、職員は良く理解している。</p> <p>④ 理念や基本方針を、利用者等へは口頭や重要事項説明書で説明していると共に、園内にも車いす目線の高さで掲示している。法人外部へは広報誌「ふれあい」において、園長がより分かり易い内容で説明をし、各種行事や家族会でもその都度資料を提供して説明している。</p>
<p>I-2 計画の策定</p> <p>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> <p>I-2-1-① 中・長期計画が策定されている。</p> <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>I-2-2 事業計画が適切に策定されている。</p> <p>I-2-2-① 事業計画の策定が組織的に行われている。</p> <p>I-2-2-② 事業計画が職員に周知されている。</p> <p>I-2-2-③ 事業計画が利用者等に周知されている。</p>		<p>① 中・長期計画及び収支計画が策定されていないが、事業計画は毎年2月の各種会議(主に班会議)において議論し、全職員が参画する職員会議にて策定されている。また、年度途中は振り返りと評価を行ない、次年度の事業計画に反映させている。</p> <p>② 事業計画書は各ユニットに備え付けており、年度当初の職員会議で園長が内容を説明している。また、職員が毎日目を通す介護マニュアルにも入っていることから、職員は良く理解している。</p> <p>③ 事業計画書を利用者等には配布していないが、玄関ホールに備え付け、車イス利用者にも見やすいよう配慮している。また、家族会総会(6月)では家族向けに、分かり易い内容で作成した事業計画書を配布すると共に、園長が毎回内容を説明している。</p> <p>④ 今後は、研修計画における事業計画の説明と評価をOJTとして位置づけることや、毎年度、施設運営計画において実施する福祉サービスの内容や組織体制、設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしていることから、中・長期的な視点での計画策定に期待したい。</p>
<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> <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> <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> <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>		<p>① 園長の役割、責任については、広報誌において毎回挨拶文で触れていると共に、内部向けには事業計画書に明記している組織図や職務分担表で文書化し、職員会議で説明していることから、職員は良く理解している。また、園長は各種会議への参画や定期的な面接の実施、各ユニットの巡回を通して、職員の意見や考えを汲み取っている。</p> <p>② 園長は、法令順守に関する外部研修に積極的に参加し、必要に応じて職員会議で説明すると共に、資料はリスト化して各ユニットに備え付けている。このリスト化された資料について、変更点などが生じた場合はその都度職員会議で協議し情報を共有している。</p> <p>③ 提供する福祉サービスの質の向上について、園長は定期的に自己評価や利用者アンケートを通して確認している。また、職員で組織される委員会の事例検討会等へ出席したり、職員一人ひとりの面接を行なって、職員個々の考え方を汲み取り、フィードバックもしている。</p> <p>④ 組織として有給休暇の取得率や施設の利用率など定期的に把握を行い、公認会計士の指導を受けている。また、定期的に行なう職員アンケートには異動希望等についての項目を設定しており、項目内容については職員会議で説明している。</p>

評価対象 II 組織の運営管理		第三者評価結果	評価結果講評
II-1 経営状況の把握			<p>① 社会福祉事業全体の動向把握については、複数の専門誌や新聞を購読している他、外部研修にも積極的に職員を参加させている。地域の福祉ニーズ等の把握については、同法人の在宅介護支援センターが把握し、必要に応じて運営会議で共有できる環境にあり、その内容は事業計画にも反映されている。</p> <p>② 経営状況の分析は、事務長を担当者として総務班で分析を行なっている。分析結果、明確になった課題等については、各管理者が十分精査し、職員会議等で改善策を検討する仕組みとなっている。この改善策は事業計画にも反映されている。</p> <p>③ 毎月、公認会計士の指導を受け、指摘・指導内容は報告書として整備されている。その内容は経営改善の指標となり、必要に応じ改善策を講じている。</p>
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
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	
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。	a	
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a	
II-2 人材の確保・養成			<p>① 法人の理念や基本方針に基づいた人材育成計画を策定している。具体的には、組織に求められる資格の提示や障害者雇用への取り組みとして実践されている。</p> <p>② 人事考課については年3回、基本的介護チェック表を活用して行なわれ、面接方法を取り入れていることからフィードバックにもつながっている。基本的介護チェック表は、職員自らが課題を設定する方法で行なわれているため、内容も理解している。</p> <p>③ 職員の就業状況や意向把握については、事務長が有給休暇の取得率、時間外勤務の取得チェックを行なっていると共に、全職員に対して4月にアンケートを、6月に個別面接を、9月に中間アンケートを行なっている。把握した意向等は、事務長を担当者とした総務班で取りまとめ、班長会議で検討して、必要に応じ職員会議で協議される仕組みとなっている。</p> <p>④ 職員の福利厚生等については、退職共済制度への加入や衛生管理者指導下での腰痛体操、健康診断、予防接種を実施している。また、職員で組織される旅行会や互助会等が、定期的なアンケート調査によるニーズ把握からボーリング大会、職員旅行、忘年会、焼肉会等が行なわれている。</p> <p>⑤ 組織が目指す福祉サービスの方向性は、理念や基本方針、人材育成計画に明記されている。中でも人材育成計画には、組織として必要とされる技術や資格の必要性を謳うと共に、職員一人ひとりに対応した職場研修年間スケジュールも策定している。</p> <p>⑥ 人材育成計画に基づき、障害者雇用や個別に対応した職場研修年間スケジュールを策定し、実践されている。計画に従い実施された研修では、報告書等を作成し職員会議で発表すると共に年3回、各班長が職員の知識、技術の習得状況を把握している。また、SDS研修も研修体系に取り入れ、該当する職員の勤務時間等に配慮している。</p> <p>⑦ 研修等に参加した職員は報告書等を作成し、職員会議で発表している。研修成果により、業務内容やマニュアルの変更等が生じた場合は内部研修で取り上げ、今後の方向性を委員会と協議し、職員会議でフィードバックしている。</p> <p>⑧ 実習生の受け入れに関しては、事業計画書において重点取組事項として明記している。具体的には、組織として実習受け入れマニュアルを整備し、介護福祉士、栄養士、教職(教育職員)、ホームヘルパーの各職種に応じたプログラムを用意した上で、各養成校と緊密な連携が図れるよう契約を結んでいる。職員には、実習指導者講習会等への派遣を行い、専門性の維持・向上に努めている。</p>
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。	a	
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	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
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	
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	
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。	a	
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。	a	
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	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
II-2-(4)-①	実習生の受け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、積極的な取り組みをしている。	a	
II-3 安全管理			<p>① 緊急時の対応について、看護師を委員長とする感染症対策・事故発生防止検討委員会を組織し年4回開催している。その要となる事故防止マニュアルや緊急時対応フローチャート及び連絡網は毎日、夜勤ミーティング時に確認すると共に、内部研修でも取り上げている。園長は当該委員会にも所属し、的確な指導を行なっている。また、職員に対しては、AEDを活用した講習会や感染症、事故防止マニュアルについての研修会を開催していることから、職員は内容をよく理解している。また、緊急時に不可欠である地域の協力についても地元の消防団と連携しており、夜間訓練等を行なっている。</p> <p>② 災害時に対する利用者の安全確保については、冬の避難経路の確保、定期的な訓練、停電時の対応について対策を講じている。実施にあたっては、自衛消防組織の設置や防災訓練計画書、防火訓練マニュアル、緊急連絡網を作成し、毎日の夜勤ミーティングで、対応・体制の確認を行なっている。また、災害時における食料や備品リストを作成している。特に地元の消防団、周辺住民と連携した訓練は、年2回夜間を想定したものとされており、より実践に近い内容となっている。</p> <p>③ 利用者の安全確保のため高リスク者名簿を作成し、個別に安全対策を講じている。ヒヤリハットや事故事例は、感染症・事故発生防止委員会にて検討され、事故防止マニュアルや安全ルールチェックリストとして、職員会議でフィードバックする仕組みとなっている。対応策等については、玄関への掲示やご家族への報告、事業報告書や広報誌にも掲載している。</p>
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)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	
II-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取り組みを行っている。	a	
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	

II-4 地域との交流			<p>① 利用者と地域の関わりについては、地域福祉に貢献する旨を基本方針に明文化している。また、地元の消防団や周辺住民と連携し、消火訓練等を実施したり、祭りを実施する際、地域住民が参加できるようにしている。地域の社会資源をまとめた情報を自由に得られるように掲示すると共に、利用者のニーズに対応した外出、買い物等にも配慮されている。しかしながら、地域の住民に対する施設や利用者への理解を深める積極的な取り組みが不足しているように思われる。</p> <p>② 事業所機能の地域還元については、ふれあいデーに協賛し、施設を開放している。この地域福祉の考え方は、法人の理念や基本方針に明記され、パンフレットや広報紙、ホームページにて情報発信をしている。</p> <p>③ 実習生、ボランティアの受け入れについては事業計画書に明示されていない。またボランティア受け入れマニュアルが作成されており、受け入れについて体制が出来ている。職員はボランティア受け入れマニュアルについて理解している。</p> <p>④ 必要な社会資源の明確化については、リストを作成し、誰でも自由に見ることができる。また、運営会議や職員会議においてリストについての説明をしているが、職責の関係上、全職員で情報共有がなされていない。</p> <p>⑤ 関係機関との連携については、定期的なケース検討会議は開催されているが、西北五地区老人福祉協会との定期的な会議に参加している。また、施設が主体的に関わりながら消防団等と防災連絡会議を開催している。</p> <p>⑥ 地域の福祉ニーズについては意見箱を設置し、ニーズを把握できるようにしている。また、法人内の在宅介護支援センター等との連携やふれあいデーや介護教室等住民に対する事業を実施することでニーズの把握に努めている。民生委員や地域住民等に対する相談事業等を通しての福祉ニーズの把握は十分とはいえない。</p> <p>⑦ 地域の福祉ニーズに基づく事業展開では、同法人でデイサービス、グループホーム、有料老人ホーム等の事業を実施している。</p>
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。		b	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		a	
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。		a	
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。		b	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		a	
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。		b	<p>今後は、法人全体としては、在宅介護支援センターを活用して、住民へのアプローチがなされているが、施設及び利用者の理解を得るためにより、広報紙等を地域や公共施設に配布する等の働き掛けをすることにより、更に理解が深まると思われます。</p> <p>今後は、社会資源について、職員参画のミーティング等を活用し、リストの見直し等を図ることにより、情報の共有ができていくと思われます。</p> <p>今後は、定期的に関係機関等とのケース検討会を開催し、利用者のサービスや生活の質や利便性が向上するような、具体的な課題検討や事例検討を実施することにより、更に質の高いサービスに繋げることができると思われます。</p> <p>今後は、意見箱の設置に加え、民生委員等と定期的な会議をもつことにより、客観的なニーズ把握にも繋がると思われます。</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。		a	
評価対象 III 適切な福祉サービス		第三者評価結果	評価結果講評
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。		a	
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。		a	<p>② 利用者のプライバシーに関しては、「個人情報保護基本指針・利用の目的」の規程を整備している。規程等については、職員研修で同マニュアルを学習する機会を設けており、理解を深める取り組みを行っている。そのことにより、職員はマニュアルについて理解し、それに基づいたサービスが実施されている。各ユニット毎のため個室は完備されており、職員もプライバシーに配慮した行動をとっている。</p>
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。			
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。		a	<p>③ 利用者満足の向上を目指す取り組みについては、運営理念、運営方針、施設運営計画に明示されている。年2回の利用者満足度調査の実施により、利用者の声を聞き、家族の意見等も把握した上で、ケア向上委員会や活き活き生活応援研究会、食事会議など職員等で構成する会議を通じ、常に見直しを図っている。また、それを職員会議、ミーティングで職員へ徹底し、職員もそれを理解し具体的に行動している。</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。			
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。		a	<p>④ 利用者が意見を述べやすい環境の整備に関しては、ユニットのため、すべて個室であり相談しやすい雰囲気となっている。意見箱の設置や利用者アンケートの実施等、月1回のオンブズマン来館等、いろいろな意見を述べる機会を設けている。また要望・苦情に関するマニュアルに従い、職員は日頃から利用者が相談しやすい環境の醸成を心がけていると共に、利用者や家族にも分かり易い説明をしている。</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。		a	<p>⑤ 苦情解決の仕組みについては、苦情解決責任者、苦情受付担当者は配置しているが、苦情解決第三者委員は設置していない。その内容は、重要事項説明書、契約書にも明記し、利用者、家族にも分かりやすく図式にしたもので説明、周知している。寄せられた苦情については、職員会議等で検討し、改善に努めると同時に、内容を広報紙等に掲載し公表している。</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。		a	<p>⑥ 利用者からの意見等に対する対応については、意見や提案を受けた際の記録の方法、報告の手順、対応策の検討等について規定した要望・苦情に関するマニュアルを整備し、日常生活の中での要望等も対応している。また、利用者への説明もなされ、苦情や意見等を福祉サービスの改善に反映していると共に、マニュアルの定期的な見直しも行われている。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保			<p>① 第三者評価を受審している他、サービス内容の評価については、自己評価研究会を設置して自己評価を行う体制を整備した上で、年1回、自己評価を実施している。また、自己評価等を自己評価研究会で分析し、職員会議で検討し、次年度の事業計画へ生かす仕組みができています。</p> <p>② 評価結果に基づいた取り組みについては、自己評価、第三者評価を職員で構成する研究会で分析し、職員会議で検討されている。そこから派生した課題等は改善策として、次年度の事業計画等に反映させる仕組みとなっている。</p> <p>③ 提供するサービスの標準化については、項目別にマニュアルが整備され、職員研修において、毎月テーマを決め、マニュアルを学習し、理解を深め、職員自ら振り返りが出来る仕組みを構築している。また、プライバシー保護のための規程も整備され、利用者尊重の姿勢が明示されている。</p> <p>④ マニュアルの見直しについては、定期的に見直す仕組みができています。また、見直しにあたっては職員や利用者の意見を反映する仕組みとなっており、介護事故やヒヤリハット等の事例を踏まえ見直しが検討されている。</p> <p>⑤ 利用者に関するサービス実施計画については、介護保険法上に定められている計画の他に、24時間シートを作成し、よりきめ細やかなサービス計画がなされ、記録もされている。また、サービス計画書マニュアルが作成されているほか、作成した計画書を職員間でみて、コメントをつけるなどの工夫がされており、内容にばらつきがないように工夫している。</p> <p>⑥ 利用者に関する記録の管理については、サービス計画書マニュアルが作成され、個別の計画及び記録がされている。特に、24時間シートの作成により、個別の計画が更にきめ細くなされ、サービスの質の向上が図られている。また、記録の管理についても、文書管理マニュアルが作成され、専任者等が明確にされている。情報の開示については、個人情報保護基本指針・利用の目的が定められており、これらの内容を職員は研修等において共有している。</p> <p>⑦ 利用者に関する職員間の共有では、ミーティングや記録の確認等を通じ、利用者の状況等に関する引き継ぎや申し送りが行われている。また、ケース検討会、サービス担当者会議、班会議、職員会議、運営会議等を通じ情報の共有が図られていると同時に、組織における必要な情報が的確に届く仕組みができています。</p>
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。	a	
Ⅲ-2-(1)-②	評価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	
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			
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	
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	
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。	a	
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	
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	
Ⅲ-3 サービスの開始・継続			<p>① 利用者に対するサービスの選択については、理念や実施する福祉サービスの内容を紹介したパンフレットに明記され、写真等を活用した誰でも分かりやすい内容となっており、ホームページでの公開や施設内に掲示し、見学者への対応に努めている。しかし、公共施設等住民が多数集まる場所には置いていない。</p> <p>② サービス開始に関わる利用者同意に関しては、重要事項説明書及びサービス利用契約書が作成され、どの利用者、家族に対しても同じ手順、内容で説明が行われている。また、わかりやすく説明し、利用者、家族の同意のもと契約されている。</p> <p>③ 事業所の変更や地域移行に関しては、所定の様式に従いサービスの継続性に配慮している。また、各種相談に応じられる体制を整備し、サービス終了にあたっては、利用者や家族に対し丁寧な説明がなされ、その内容は記録として残っている。</p> <p>今後は、公共施設や人が多く集まる場所にもパンフレット等を置き、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はどうか。</p>
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
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	
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	
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。			
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	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定			<p>① 定められた手順に従ったアセスメントについては、組織として統一されたアセスメント票を活用し、個々のケースは定期的に見直されている。また、ケース検討会、ケアカンファレンスを開催し、各種関係職員で検討できる仕組みができていると共に、24時間シートを作成し、利用者1人ひとりの具体的なニーズが明示されている。</p> <p>② サービス実施計画の適切な策定については、利用者一人ひとりのサービス実施計画が策定され、計画の責任者も配置されている。サービス計画策定にあたっては、サービス担当者会議を開催するため、職員間等で共有されている。また、24時間シートにより日常生活を支援するうえで、本人の生活に対する意向や留意点等が詳細に記載され、それに基づくサービスが提供されている。</p> <p>③ サービス実施計画の評価・見直しについては、各種会議で協議・判断し、より利用者のサービス向上につながるよう実施されており、職員間でも共有している。更にサービス内容の変更等についても、利用者本位の視点に立ち行われている。</p>
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。	a	
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。	a	
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス計画の評価・見直しを行っている。	a	