

(別紙)

評価細目の第三者評価結果（共通）

※すべての評価細目（55項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
コメント ・『生命を貴び、ノーマライゼーションの理念に沿った、生活の場を提供する』、『個人の尊厳を保持し、自立生活の支援と地域社会への参加を支援する』、『高品質の福祉サービスを提供する』等、高齢者福祉施設として、利用者本位の考えに沿った理念・方針が文書化されていた。 ・理念・方針は苑内に掲示され、ホームページでも公開されている。	
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。	
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
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・Ⓑ・c
コメント ・理事長・施設長は、ミーティングや処遇会議等の場で、理念や基本方針を職員に説明している。それは、『サービスしてやっているという気持ちを持たないように』『人生の先輩であるから尊厳を持って接するように』『全ての利用者に平等に接するように』という職員への聞き取りの結果からも確認できた。 ・理念・方針は文書にて配布し、掲示もしているとのことであるが、十分には周知できていないとの自己評価であった。理想が高く、やや表現が難しい部分もあると思われるので、利用者や家族用に分かりやすい表現にする等の工夫が求められる。	

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。		第三者評価結果
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		(a)・b・c
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
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。		a (b) c
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。		a (b) c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の強み・弱み、外部環境を分析し、中・長期計画を策定している。理念・方針の実現に向けて、①品質マネジメントシステムの確立、②人事労務管理の改善、③新規介護サービス事業への参入、といった目標が策定されていた。 ・単年度の事業計画書には予算だけではなく、研修や行事の年間計画が定められている。しかし、中・長期計画の目標の一部が単年度の事業計画書に反映されていなかった。中・長期の目標は、毎年度の活動を積み重ねる中で達成される。サービスを受ける利用者、サービスを提供する職員が共に理解しやすい年度目標を設定すること、定期的に評価する仕組みづくりが望まれる。 		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。		(a)・b・c
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。		(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の責任と権限を明確にした、『職務分担表』を全職員に配布している。理事長・施設長は、『ミーティング』（毎日）『処遇会議』（週一）に参加し、コミュニケーションをとっている。 ・守秘義務、就業規則や各種規定の遵守等について全職員から誓約書を取り付け、職員の意識を高めている。また、県や保健所からの通知は全職員に回覧すると共に、会議の場で周知している。 		

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。		(a)・b・c
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。		(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員には、『悪い情報こそすぐ連絡するように』と常日頃声をかけ、風通しの良い組織づくりを行っている。また、理事長が利用者の部屋を訪問し、会話や観察で気づいた事を職員に指示している。 ・毎月『事業活動収支報告書』を確認し、収入・費用の問題点について、顧問の会計事務所や指導的立場の職員と協議、検討を行っている。 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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)・b・c
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 (b)・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・桜花苑が位置する地域は、グループホームや特養等高齢者が入所（居）できる施設が多く、他の施設と差別化するためにも、利用者満足の向上に力を入れている。県内のケアハウスで2施設目となる、特定施設入居者生活介護を取り入れ、介護が必要になった場合も、継続して生活できるということも、そのひとつである。 ・質の向上に関する課題は、処遇会議の場等で話し合われるが、経営状況の分析等は行なわれていないとのことであった。施設サービスでは、食事や排泄、入浴等日常生活に係る費用が多く支出されており、購買の仕組みを見直したり、ムリ・ムダ・ムラを出さないための定期的なコスト分析を行うなどの取組が重要である。 ・毎月、顧問の会計事務所の担当者が訪問し、資金や運営についてのアドバイスを受けている。 		

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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)・b・c
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)
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法的に求められている人員基準より、余裕をもって人員を配置し、利用者満足の上昇に努めている。今後は現在の職員を中心に、レベルアップをはかり、介護福祉士、介護支援専門員等、介護の有資格者を増加していきたいということであった。 ・今後人事評価制度を導入する予定とのことである。人事考課の目的は、賃金・処遇に格差をつけるための手段ではなく、施設が職員に求める能力が明確になることによって、個々の意欲を喚起し組織を活性化することである。早期の実現を期待します。 		
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)・b・c
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談員・介護支援専門員を通し、職員からの意向の把握に努めている。職員への聞き取りでは、有給休暇は取得しやすい状況ということである。また、行事後の打ち上げ等職員の福利厚生活動もおこなっている。 		

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
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
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・b・c
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年間研修計画が作成されていたが、教育・研修に関する基本姿勢は明文化されていなかった。正規職員、臨時職員、職員全体について、福祉サービスの質を向上させるために求められる技術水準、専門性の向上及び人間性等について具体的な目標等について明示が求められる。 ・外部研修は、職員の希望を考慮し、参加者を決定している。研修参加者には、『学んできたことを現場で実践すること』を義務づけ、外部研修受講後は研修報告書を作成するとともに、会議で発表している。報告書には、個人の感想を記載させ、研修の効果を確認している。 		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		第三者評価結果
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。		a・b・c
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。		a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れは可能であるが、実績はまだないということであった。 		

II-3 安全管理

		第三者評価結果
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。		a・b・c
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。		a・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故発生時、感染症、医療緊急時、施設外の事故、食中毒発生時などリスクに対応したマニュアルが整備されている。 ・利用者の安全を脅かす事例は、ヒヤリハット報告書に記載され、処遇会議の場等で報告されていた。 		

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者地域とのかかわりを大切にしている。	(a)・b・c
II-4-(1)-②	施設(事業所)が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c
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・(b)・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設は閑静な山の中に位置しており、医療施設・商店街まで毎日送迎車を運行する等、個々の利用者に対応したサービスを提供している。利用者の作品を地域のイベントに出展し、見学するなど地域交流の後押しにも積極的である。 地域の民生委員や包括支援センターの見学を受け入れ、意見交換を行う等施設が有する機能を地域に開放する取組を行っている。 ボランティアに関するマニュアルや登録票等受け入れる仕組みは整備しているが、受入実績はまだないとのことである。 		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政・医療・業者(ライフライン)の連絡先一覧表が整備され、職員に周知されている。 社会福祉協議会、老人福祉施設協議会に加入しており、多職種の職員が、ほぼ毎月会議に参加し、関係機関との連携情報はかっている。 		
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。	(a)・b・c
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)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ケアハウスの利用者にも、介護サービスが必要な利用者が増加しており、特定施設入居者生活介護の指定事業者となっている。 今後も高齢者の入居施設の需要が増えると考え、高齢者専用賃貸住宅、小規模多機能施設等新しいサービスについて検討中である。 		

評価対象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。		第三者評価結果
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)・b・c	
<p>コメント</p> <p>・施設の理念には、『生命を貴ぶ』『個人の尊厳を尊重する』等利用者を尊重した基本姿勢が明示されており、処遇会議等で一人ひとりの利用者のニーズや対応方法について話し合っている。</p> <p>・接遇、虐待防止、身体拘束についての外部研修に参加し、職員への周知が行われていた。</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。	(a)・b・c	
<p>コメント</p> <p>・プライバシー保護マニュアルが整備され、また入社時に個人情報の保護、規定の遵守についての誓約書を取り付けている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
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。	(a)・b・c	
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。	(a)・b・c	
<p>コメント</p> <p>・利用者との懇談会を毎月実施したり、日常的に声をかけるなどして、満足度を把握している。また、食事についての嗜好調査を行い、要望の多い料理を提供している。</p> <p>・専門的な病院への受診希望を受けて、送迎サービスを増やす等利用者の要望は、処遇会議で話し合い、サービスの改善につなげている。</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。	Ⓐ・b・c
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
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情対応に関するフローチャートを利用者の目につきやすい1Fロビーと4F食堂に掲示している。 ・苦情は、フローチャートに基づき対応されており、記録も残されていた。苦情解決の第三者委員も設置されているが、そこまでに至った事例はなかった。 ・利用者からの意見・要望は、利用者との懇談会や直接聞きとり、処遇会議で検討対応している。 		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
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 Ⓐ・c
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。	a・b Ⓒ
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。	a・b Ⓒ
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回実施した自己評価において、組織としての強み・弱みがより明確になったと思われる。自己評価・第三者評価は、今後の業務改善の出発点であり、今後この結果を踏まえ、『いつまでに、どの項目を、だれが改善していくのか』を明確にし、実行していくことが重要である。 		

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。	第三者評価結果
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。	a (b)・c
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護に関するマニュアル（入浴・清拭・部分浴、排泄介助等）、医療に関するマニュアル（服薬、感染）、その他緊急時の対応に関するマニュアル等、業務に必要なマニュアルが整備されている。経験年数の浅い職員も介護を行っており、マニュアルに基づいた業務の更なる標準化が求められる。 ・介護サービスの提供を開始すると同時に、マニュアルの整備が進捗したとのことであった。利用者のニーズや環境の変化に伴って求められるサービスは変化していくため、少なくとも一年に1回程度は、検証し見直しが必要であると思われる。 	
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)・b・c
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
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週間サービス表に、入浴、食事等サービス毎に担当者を配置し、実施記録は個人日誌に記録している。特に、利用者が病院を受診した場合、経過や今後の対応を受診報告書に記録し、情報の共有化に努めている。 ・介護サービスを提供している利用者については、個人日誌や夜勤日誌、バイタルチェック表、排泄チェックリスト等必要に応じ提供した記録を残している。 ・利用者の記録は、求めがあれば開示するという方針であるが、個人記録が外部へ流失しないための管理体制（記録の保管場所、保管方法、廃棄方法等）や開示を求められた際の規定（情報開示の基本姿勢、情報開示の範囲、開示する際の利用者への配慮等）は定められていなかった。職員への周知や利用者・家族への周知をはかる上でも今後の整備が必要と思われる。 ・ミーティング（毎朝）や処遇会議（週一）には、理事長・施設長等を含めた全職員が参加し、利用者の状態の変化や他部門への伝達等が速やかに行われている。 	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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)・b・c
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレットを整備、見学や体験入所も受け入れている。訪問調査当日も体験入所を受け入っていた。 ・重要事項説明書、契約書が整備されており、利用料金の明細も作成され、利用者や家族から同意の署名・押印を取り付けている。 		
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)・b・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護が必要になっても、特定施設入居者生活介護での介護サービスが提供できるため、転居する利用者は少ないということである。転居される場合は、病歴生活歴などを書面や口頭で伝えている。 		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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 (b)・c
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。		a (b)・c
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアハウスの利用者は、健康状態や服薬している薬等について『利用者身体状況調査書』に記録しているが、生活歴や意向、ニーズについての記録は残されていなかった。ケアハウスの利用者の大半は自立者であるが、利用者満足を向上していくには、利用者一人ひとりの状況の把握と、その情報の共有化が必要であると思われる。 ・特定施設入居者生活介護の利用者については、『基本情報』シートにアセスメントの結果が記録されており、居宅サービス計画書第1表に、利用者のニーズが明記されていた。 		

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 (b) c
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
<p>コメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーション等の行事や食事のプログラム等提供するサービス毎の計画はあるが、利用者一人ひとりのサービス実施計画は作成されていなかった。自立者が中心であるとはいえ、利用者一人ひとりの意向やニーズは異なるはずである。サービス提供できること、サービス提供できないことを明確にする上でも、各利用者に対応する計画書の策定が必要と思われる。 ・特定施設入居者生活介護の利用者については、施設サービス計画書が策定されていた。 		