

(様式1)

福祉サービス第三者評価結果報告書

① 第三者評価機関名

(株) 第三者評価

② 評価対象事業所

名称： 貴志川聖アンナの家	種別： 特別養護老人ホーム
代表者氏名 田中 可及 施設長	定員(利用人数)： 50名
所在地： 紀の川市貴志川町上野山302-1 Tel 0736-64-7460	

③ 訪問調査日 平成21年 2月 3日(火)

④ 総評

◇ 特に評価の高い点
① 人としての尊厳を大切にし、個人の意志を尊重した様々な取り組みが実践されている
② 食事が美味しい
③ 施設長より管理職への教育が徹底されている
④ ご利用者の要望を踏まえた行事、小遠足、ショッピング等の外出が多い
⑤ 施設長、職員が明るく気さく
◇ 改善を求められる点
A サービスの質の自己・上司評価の結果、低い評価の場合、それを改善する状況が見えづらい。
B 失敗・事故等を未然に防止する活動となるヒヤリハット報告書の枚数が少ない。 (少なくとも、事故報告書の枚数を上回ること)

⑤ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

当法人は、「尊厳あるケアの確立」を目指した理念に基づき、開設から23年間、地元の地域資源として役割を担うべく運営を行って参りました。
今回、第三者評価事業を通じ、様々な視点で得たもの、再確認したもの等を最大限に活用し、利用者本位の自立支援に向けた心のケアを更に推進するとともに、職員一人ひとりが専門職としての各種研修等を通じ、職員資質向上やサービス向上を目指し、更に取り組んでいきたいと考えています。
評価改善を含み、全職員それぞれが「気づき」を感じ、気づかなかった事は謙虚に受け止め、ご利用者やご家族様、地域住民の皆様へ感謝するとともに、職員にとっての「気づきの姿勢」へと変えていきたいと考えています。
最後に、これらの評価を通じて、何より大切な利用者の声、利用者の思いを、最優先かつ最重要課題として、職員一同これからの一歩へ踏み出して参ります。

⑥ 各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

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	法人理念『利用者の尊厳を保持しつつ自立と生活の質の向上』を明文化し、施設の玄関、及び掲示板に掲げ、パンフレットにも記載がある。
<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	理念に基づく基本方針5項目を掲げて明文化し、事業所内のマニュアル等にも反映させ記載している。

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>毎月実施される運営会議、ヒアリング会議にて、周知徹底を図っており、掲示物も確認した。【確認した記録：第10回（平成21年1月15日）、第9回（平成20年12月15日）、第8回（平成20年11月14日）運営会議、ヒアリング会議資料】</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>利用者や家族に、よく理解してもらう為に、全ての利用者のベット脇に方針・重要事項ファイルが常備されている。入所時にも、そのファイルで説明を行っている。また、面会に来られた家族様に、必ず、読んで頂く様に職員を指導している。</p>

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 data-bbox="91 371 734 408">I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。</p> <div data-bbox="91 440 1249 683" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="107 440 255 472">【判断基準】</p> <p data-bbox="91 475 1077 512">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 data-bbox="91 560 181 596">b) —</p> <p data-bbox="91 612 1106 649">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>	<p data-bbox="1330 523 1413 603">a</p>	<p data-bbox="1480 371 2163 616">仕事始め式で理事長 及び 施設長の念頭挨拶の中で新年度に向けての重要課題を公表し、職員が一丸となって目標に向かって邁進できるように文書を全員に配布。【確認した記録：平成20年度施設事業計画】</p>
<p data-bbox="91 751 1010 788">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="91 807 1249 1023" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="107 807 255 839">【判断基準】</p> <p data-bbox="91 842 1077 879">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 data-bbox="91 911 181 948">b) —</p> <p data-bbox="91 963 958 1000">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>	<p data-bbox="1330 879 1413 959">a</p>	<p data-bbox="1480 751 2163 995">事業計画は、当年度の目標に対する達成率等の重要課題等を踏まえ、新年度の目標値についても介護保険法の改正等の情報を考慮し設定。 <施設長は、老施協の幹部で、全国で開催される会合に参画、極めて豊富な情報源を有す></p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>I-2-(2) 計画が適切に策定されている。</p>		
<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>	<p>a</p>	<p>現場を中心とした小委員会を通じ策定されとりまとめられ、運営会議で反映している。</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>	<p>a</p>	<p>計画の周知・実施に向け継続的に話し合い・研修を実施している。 [若干の課題は、職員の階層・力量に応じ、豊富にある資料を、最少限に絞り込み資料を簡易化する工夫を期待したい。]</p>

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>	<p>a</p>	<p>毎月1回開催している運営会議の中で、施設長より重要課題を説明し、各管理職（出席者）と、質疑応答及び意見交換を行う事により、管理職としての責任とリーダーシップを発揮できるように指導している。</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> <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>	<p>a</p>	<p>遵守すべき法令の一覧を確認し、実施された勉強会の資料を確認した。また、施設長は、老施協の研修委員長を委嘱されており、ゆれ動く厚生労働省の行政情報を先取りし、法令・経営に関する研修や勉強会に、積極的に参加。（平成20年度開催、岡山大会、白浜大会に参加）</p>

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>	<p>a</p>	<p>管理職は、各委員会が実施する研修には、参加が義務となっており、身体拘束等廃止・事故防止などのサービスの質の向上への取り組みに、指導力を発揮。 〔例、感染症研修（20年4/16、5/13、6/17、7/16 等 毎月実施）〕</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>	<p>a</p>	<p>コスト削減に重点を置き、設備等のムダをなくし、業務の効率化を図り、改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。</p>

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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>a</p>	<p>施設長は、県老協の役職を委嘱されており、全国の会合に率先して出かけ、社会福祉事業全体の動向・情報収集を行っており、的確に把握し、職員に周知している。また、利用者の状況やニーズ、地域特性等も十分に把握している。</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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>a</p>	<p>日頃より、財務諸表を検討し経営状況を短期的、長期的に亘って分析している。また、将来、原価のウェイトを占めてくる人件費の改善を重要課題と位置づけ、前倒して改革に取り組んでいる。</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; margin-top: 10px;"> <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>	<p>a</p>	<p>外部監査は、5年毎に実施し、経営改善を行なっている。21年度が5年目にあたり、外部監査を受けるべく現在、準備中。（前回外部監査：平成16年10月実施）</p>

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</p>		
<p>Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。</p>		
<p>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>	<p>a</p>	<p>運営規定に定めている「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」に基づいて、人員確保のため、県社協主催の「就職フェア」での求人募集やハローワークとの連携等を取り、定員割れが生じないように努めている。又、定期的に職員からの希望も聞き取りし、職場の配置転換をするなど、離職者がでないよう職場の活性化を図っている。</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>	<p>a</p>	<p>「職員人事考課規定」により、人事考課を定期的実施している。 〔確認資料：就業規則、職員等給与規程〕</p>

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>	<p>a</p>	<p>職員の就業状況や意向を把握するために、毎月の勤務表を介護主任が責任者となって調整しながら作成している。 〔確認した資料：平成21年1月勤務表、2月勤務表〕</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>	<p>a</p>	<p>福利厚生センターへ加入。また、毎年1回互助会が中心となって職員の慰安旅行を計画し実施している。(平成20年11月 沖縄旅行、ボーリング大会、ソフトボール大会等も随時実施)</p>

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>	<p>a</p>	<p>基本方針の中で職員の研修に対しての基本姿勢を掲げ、具体的な内容は事業計画書に記載。</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>	<p>a</p>	<p>介護技術向上の為に介護福祉士等の資格取得等外部の研修や勉強会等、随時情報提供し、受けるよう促されている。研修を受ける機会は極めて豊富。 〔確認資料： 施設内研修計画、新入職員研修計画（20年6月3日～5日）〕</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>	<p>a</p>	<p>外部研修に参加した職員は、復命書及び研修報告書を提出している。後日不参加の職員に対し、参加した者が講師となり研修日を決め社内研修を実施している。 〔確認資料： 施設外研修報告書（20年8月9日）〕</p>

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>	<p>a</p>	<p>『実習生受け入れマニュアル』に従い、事前に学校と受け入れの契約を行い、実習生に受け入れ体制が見えるよう整備している。</p> <p>〔直近の実習生受け入れ実績：W専門学校より2名 期間 平成20年11/12-12/10〕</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>	<p>a</p>	<p>実習の目的に配慮し、プログラムにより必要な職員が担当し指導者となり、学校側も交えカンファレンスを行い、実習の課題を把握できるようにしている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅱ-3 安全管理</p>		
<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。</p>		
<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>	<p>a</p>	<p>事故防止や感染症防止のマニュアルを各部署に配置し職員がいつでも閲覧できる状態とし、定期的に研修を行っている。又事故等が発生した場合緊急に会議を持ち検討を行っている。介護職員に、その状況を回覧方式で周知徹底している。</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>	<p>a</p>	<p>事故等が発生した時は緊急会議を行い、原因究明、是正を実施し、事故の再発防止に努めている。又ヒヤリハット報告の重要性やリスクマネジメントの研修も実施。〔さらなる向上に向け：再発防止から未然防止へ、（ハインリッヒの法則）事故報告よりヒヤリハット報告書の枚数を増やす〕</p>

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</p> <p>Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
<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> <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>	<p>a</p>	<p>近隣K中学校の運動会、文化祭等に参加。体験学習の受け入れも実施。 (直近体験学習 K中学校より2名 受け入れ期間 平成20年10/28-30)</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>	<p>a</p>	<p>地域の高等学校で講師として福祉や介護技術の学習に貢献している。又毎週一回地域のお年寄りのニーズに応じ筋力低下防止にエクササイズや正しい口腔清拭のやり方を看護職員等が講師となり支援活動も行なっている。講師派遣活動の記録を確認</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>	<p>a</p>	<p>地域住民の自発的な活動等との連携を行なうよう運営規定に明示。『ボランティア受け入れマニュアル』によりトラブルや事故を防ぐ為の説明を実施。活動後はボランティア日誌に記録を記載。現在生花、散髪、民謡等のボランティアを受け入れている事を記録で確認。</p>

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 <u>必要な社会資源を明確にしている。</u></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>	<p>a</p>	<p>福祉事務所、保健所、病院等の関係機関情報の掲示、及び ファイルを確認した。</p>
<p>Ⅱ-4-(2)-② <u>関係機関等との連携が適切に行われている。</u></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>	<p>a</p>	<p>入院を希望している利用者に対し、地域医療室やその他の病院への紹介、又は福祉事務所からの依頼により措置入所も行なっている。</p>

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 data-bbox="85 309 1252 523" 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>	<p>a</p>	<p>施設長は紀の川市老人福祉施設協議会の会長を委嘱されている関係上、福祉のニーズを把握し取り組み、分析を積極的に行なっている。又、【介護の日】に施設を開放し相談会を実施。また、家族及び来園者から意見を聞く為の意見箱の設置をエレベータ前にて確認。</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 data-bbox="85 676 1252 858" 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>	<p>a</p>	<p>在宅での一般の交通機関の利用困難な方に無料での外出支援サービスを提供。栄養士の栄養管理のもと、安否確認も踏まえた配食サービスを提供。</p>

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>	<p>a</p>	<p>基本方針に利用者を尊重した基本姿勢を明示。介護員等は看護日誌や介護日誌により利用者一人一人の状態の把握に努め、特変があった利用者に関しては、朝・夕礼に申し送っている。又人権に関する研修も実施。〔確認した資料：朝・夕のミーティング、看護・介護日誌、研修記録〕</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>	<p>a</p>	<p>『プライバシー保護マニュアル』にて利用者のプライバシー保護を行なっている。又、おむつ交換時や入浴時は皮膚の露出が極力人目に触れないようカーテンで仕切り、羞恥心に配慮した支援を行なっている。</p>

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>	a	<p>利用者満足向上を目指す為に基本方針に明示。家族との連絡、コミュニケーション、行事参加において、利用者が有する能力、習慣、生活環境の把握、家族・利用者の希望を踏まえ、計画に生かして実践している。〔確認した資料：家族との連絡、入園生活のご案内とお願い〕</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>家族からの意見や要望があった場合、その都度話し合い、早めの対応を行なっている。</p>

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>	<p>a</p>	<p>苦情受付担当者や第三者委員（3名）に直接苦情や意見が相談できるようにエレベーター横掲示板に掲示し、意見箱を設置している。尚、介護に関するあらゆる相談を気軽に話せるよう窓口にポスターで掲示し、人目を気にせず相談できるよう相談室を完備し、穏やかな人柄の生活相談員を常駐させている。</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>	<p>a</p>	<p>苦情解決要綱に基づき、苦情受付担当者や責任者を置き体制を整備し、利用者との契約時に重要事項説明書で苦情受付先を明記し、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>	<p>a</p>	<p>利用者等の意見があった時は対応マニュアルにて速やかに対応している。【家族とのコミュニケーション】の様式にて他の職員にも周知できるようにしている。</p>

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</p>		
<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。</p>		
<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>	<p>a</p>	<p>サービスの質に関する自己及び上司による3段階評価を定期的実施し、介護サービスの見直しや意識付けを行なっている。</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>	<p>b</p>	<p>自己評価の結果を、話し合い分析し、改善に努めている。しかし、低く評価された場合、それを改善する取組み状況が見えづらい。 [要改善： 個人別にC評価をB評価へ、又はA評価に向上させる具体的取組みを可視化すること]</p>

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: 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>	<p>a</p>	<p>個々の利用者のサービス計画書にて、個別ケアの改善に取り組んでいる。</p>

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>	<p>a</p>	<p>個々のサービス計画書において、長期・短期目標に沿って、サービス援助の内容もこまかく記載され援助されている。 〔確認した資料： 介護マニュアル、サービス計画書〕</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>	<p>a</p>	<p>標準的な実施方法については定期的に検証している。</p>

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。		
<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	<p>サービス計画書に基づき、利用者一人一人の計画を看護、介護で個別に記録し、ファイルされている。 〔確認した資料： 個別サービス計画書、 看護・介護記録〕</p>
<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	<p>契約時に個人情報の利用目的等を説明し同意を得ている。又、情報開示についても各居室に配置している【入園生活のご案内とお願い】の中に情報開示申出書を入れ、気軽に申し出られ閲覧できるようにし、バランス良く運営管理されている。</p>
<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	<p>契約時、各利用者から聞き取りした情報を台帳やサービス計画書にして各部署に配布、共有化している。</p>

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</p>		
<p>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>	<p>a</p>	<p>ホームページ (http://www2.ocn.ne.jp/~seianna/)にて公開している。又、施設内の見学を随時行ない、パンフレットで説明し施設内を案内している。 近々、ホームページもリニューアル予定。</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>	<p>a</p>	<p>契約時に契約書・重要事項説明書にて利用者や家族又は後見人に同意を得る為、わかりやすく説明等を行ない、同意欄に、本人又はその家族の署名、捺印がある。</p>

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 <u>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。</u></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>	<p>a</p>	<p>契約時に重要事項説明書にて説明を行っている。又、家族の希望で、退院時円滑に再度入所等ができるよう配慮している。〔確認した書類：個別の経過記録〕</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
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>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>入所時に利用者の身体状況や生活状況を把握する為アセスメントを行っている。 〔確認した書類：施設サービス計画書、アセスメントシート〕</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>個別サービス計画書に、課題分析、援助目標、サービス内容が詳しく記載され、計画的に実施されている。</p>

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>アセスメントにより家族や利用者の意向（利用前の生活環境、習慣）を取り入れて計画書を作成し、又、一人一人把握した問題点を、サービス実施計画書に取り入れ実践し、職員間でのサポート連携体制も確立されている。</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>利用者の身体状況の変化に合わせ、サービス実施計画の見直しを行っており、実施したサービスの評価も行っており、次期の計画に反映させている。</p>