

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

(共通版)

◎ 評価機関

| | |
|---------|-----------------------------|
| 名 称 | 特別非営利活動法人 あすなろ福祉サービス評価機構 |
| 所 在 地 | 熊本市南熊本3-13-12-205 |
| 評価実施期間 | 24年8月17日～25年2月28日 |
| 評価調査者番号 | ① 06-026 |
| | ② 10-003 |
| | ③ 09-005 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|---|---|
| 事業所名称：特別養護老人ホーム みどりの館 (施設名) | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：理事長 大塚 唯雄 (管理者) 施設長 針馬 次男 | 開設年月日： 平成11年4月5日 |
| 設置主体：社会福祉法人 成仁会 経営主体：社会福祉法人 成仁会 | 定員： (利用人数) 60名 |
| 所在地：〒861-2403 熊本県阿蘇郡西原村大字布田字化粧塚897番1 | |
| 連絡先電話番号： 096-279-4825 | FAX番号： 096-279-4824 |
| ホームページアドレス | http://www16.ocn.ne.jp/~midori-h/ |

(2) 基本情報

| | | | | | | |
|---|--|-----|-----|---------|-----|-----|
| サービス内容 (事業内容) | 施設の主な行事 | | | | | |
| 介護老人福祉施設、ショートステイ、デイサービス、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所、グループホーム | 新年会、花見会、そうめん流し会、七夕飾、敬老秋祭り、運動会、クリスマス会、忘年会 誕生会等 | | | | | |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 | | | | | |
| (従来型) 個室2室 多床室10室 (2人部屋6室・4人部屋4室) (ユニット) 個室20室 (2ユニット) | 医務室、機能訓練室、静養室、食堂、浴室、面接室、相談室、会議室、地域交流スペース、パブリックスペース、ミーティング室 | | | | | |
| 職員の配置 | | | | | | |
| | 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
| | 施設長 | 1 | | 介護支援専門員 | 3 | |
| | 医師 | | 1 | 看護師 | 2 | 1 |
| | 生活相談員 | 1 | | 准看護師 | 3 | |
| | 介護支援専門員 | 1 | | 介護福祉士 | 14 | |
| | 看護職員 | 6 | | 理学療法士 | 1 | |

| | | | | | | |
|--|---------|----|---|--------|----|---|
| | 介護職員 | 25 | | 管理栄養士 | 1 | |
| | 機能訓練指導員 | 1 | | 社会福祉主事 | 2 | |
| | 栄養士 | 1 | | | | |
| | 合計 | 36 | 1 | 合計 | 26 | 1 |

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

1) 福祉事業所として明確な目的意識を持ち、地域と共に歩む事業所運営に努めています。

高齢化社会・地域福祉ニーズの現状や、今後を認識し職員が融和団結し地域社会に根ざした事業運営にあたることを経営・運営理念に謳い、行政担当課や社会福祉協議会と連携を図り、様々な取り組みが実施されています。特に地域参加型行事『みどりの館・敬老秋祭り』の開催は恒例となり利用者・家族・地域の交流に繋がり、そのことを通し更に事業所・職員は自らの役割や責務を認識しています。また、広報誌『みどりだより』を村全戸に配布し、特別養護老人ホームに加え・ショートステイ・デイサービス・グループホームなど、みどりの館の持つ全機能を発信し利用者のニーズに応えられるよう創意工夫したケアサービスを展開しています。

2) 部門を横断した職員の連携により、個別計画の充実や実践に繋がっています。

介護・看護・栄養・機能訓練部門など、それぞれが専門的な知識や技術を発揮し、残存機能を活かしながら利用者の思いに応える支援に取り組んでいます。アセスメント記録は施設長や副施設長により毎回確認が行われる他、介護記録を始め記録書類は職員によって差異が生じないように、主任やリーダーによる指導や日々の共有が図られています。利用者が集う食事会場のホールでは、職員と一緒に機能訓練指導員もエプロンを付け見守りや介助を行い、一人ひとりの現況を確認し、栄養士も利用者の食の進み具合やメニューの好評を尋ねるなど職員が連携し、個別計画に繋げる取り組みは大いに評価されます。

◆改善を求められる点

1) 早期に中・長期計画の作成が望まれます。

事業目的意識は明白であり、管理者・職員共に社会や地域の状況を十分に把握し事業の展望や意欲が窺えますが、事業所の中・長期計画としては描かれておらず、ユニット型増床を踏まえ早期の作成により更に目的達成に弾みがつくと思われまます。また、中・長期計画を踏まえた事業計画を職員の参画により策定し、職員や利用者・家族へ周知されていくことに期待します。

2) マニュアルの作成や規則書類の整備、今回の第三者評価の活用に期待します。

安全対策については工事関係者を防災のステークホルダーに組み入れる等、詳細に検討された事業規則が作成されていますが、工事関係者だけではなく、出入りの業者や一般来所者にも拡張する事でより有効な防災対策が期待されます。これと同様、現マニュアルや規則を担当部署で見直しや検討を行う事と合わせ、不足しているマニュアルを作成する事で、更に円滑な事業運営やサービスの充実に繋がると思われまます。今回の第三者評価受審が、組織的な課題への取り組みの一環となるよう評価結果を分析・検討を組織的に行い、定期的な自己評価によるサービスの充実に期待します。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(平成25年、1月、30日)

初めて第三者評価を受審させて頂きました。

今回の受審により施設の現状について、評価調査員の方からは評価項目に沿った客観的な評価を、利用者やご家族、職員にはどう映っているのかという点については、アンケート調査を実施して頂き、当施設における課題や問題点、取り組むべき改善点を再認識することができました。

また、施設に求められているものとはなにかという点にも気付くことができました。

今回のこの結果に基づき、職員全体が現状を理解したうえで、改善に向けた取り組みを行なっていきたいと思っております。その為に、中・長期計画を確立させ、その内容を踏まえた事業計画を作成し、明確な将来のビジョンを職員全体で共有し、組織の一体化を図り、職員の資質の向上とサービスの質の向上に努め、地域になくてはならない施設となるよう、改善に努めて行きたいと思ひます。

(H . . .)

(H . . .)

4 評価分類別評価内容

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>評価対象 I</p> <p>1 理念・基本方針</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 高齢化社会の現状や今後を認識し、地域社会に根ざした福祉施設としての自覚と奉仕の精神のもと、職員は融和団結し利用者の安心・信頼を得るために満足の上を目指し、継続的な努力と実践を行うことを謳った、経営・運営理念、それに沿った基本方針が事業内文書やパンフレットに明記されています。 ◆ 職員へは職員全体会議等の場において継続した周知を図っていますが、一人ひとりが理念・方針を理解し日々のケアに取り組んでいるかなど周知状況の確認には至っていません。理念や基本方針を記した文書の個別配布や、部署内研修及び定例化している委員会会議など職種を超えた職員の集まる機会・個別面談の際に再確認を行うことも必要と思われます。 ◆ 利用者・家族への周知は利用者開始時や事業所内への掲示・家族会の中で説明を行っています。今後は高齢な利用者・家族にもわかりやすい書面への工夫や周知への継続した取り組みに期待します。 |
| <p>2 計画の策定</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 高齢化社会や地域の現状を踏まえ、長期的展望をもって事業運営が行われていることが窺えますが、文書としての中・長期事業計画書は策定されていません。 理念・基本方針に基づいた中・長期事業計画書を文書化することで、事業所のみならず、職員の目標意識の向上、更なる利用者・家族、地域のニーズに応える福祉サービスの実現に繋がると考えられます。 ユニット型の開設を機に、新年度に向け中・長期事業計画書作成の実現が期待されます。 ◆ 単年度事業計画は担当部署毎に検討した後に策定されており、利用者数や稼働率を含め職員会議で報告されていますが、サービス提供の進捗状況等についての討議は行われていません。 今後は中・長期計画を踏まえた事業計画を作成し、職員と共に進捗状況を確認する取り組みが望まれます。 ◆ 事業報告として年度初めの広報誌に研修参加状況表・延べ利用者数など一部を掲載し、事務所で開示可能であることを記していますが、見やすさの観点からは改善を図ることが求められます。 今後は事業所の方針や計画等、利用者・家族向けにわかりやすく説明した資料を作成し、利用者集会や家族会などで周知に努められることに期待します。 |

| | |
|----------------------------|---|
| <p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 管理者はその職責を自覚し、全体会議や地域交流行事、事業所内文書や広報誌等で表明していますが、有事の際を含む管理者の役割と責任の明確化という点では不十分と思われます。 ◆ 遵守すべき法令について副施設長と連携し外部研修へ参加した後職員への周知に努められていますが、広範囲な分野には至っていません。 福祉分野に限らず経営や環境への配慮など幅広い分野について、遵守すべき法令等のリスト化や継続した取り組みに期待します。 ◆ 施設長室は職員・利用者・家族誰もが出入りしやすい環境に努め、直接会話を行う中でコミュニケーションを図るなど日常的な関わりを大切に取り組んでいます。 半年に一回主任職員によって行われる職員面接での報告や、月一回開催される会議(全体・経営推進・各委員会など)に参加し、事業所の現況や職員の提案などの把握に努めています。 人員配置への配慮や離職の少ない職場環境であることなど職員の聞き取りからも確認されました。 |
| <p>評価対象Ⅱ 1 経営状況の把握</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 福祉事業の全体的動向や経営状況・地域ニーズ等の把握は、主として村や社協、民生委員等の連携の中で、的確に把握した後、ニーズや利用率等の分析をもとに、経営推進会議により課題を発見する取り組みが行なわれています。 ◆ 会計面は法人関係の顧問税理士による指導が行なわれ、部外者による監査や評価は実施されていません。今後は外部視点を取り入れた総合的な判断も必要ではないかと思われます。 |
| <p>2 人材の確保・養成</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 人員体制・管理の方針は作成されているが、それに基づいた人事管理が行われていますが、具体的なプランの策定には至っていません。 組織を適切に機能させるために、必要な人数や体制、有資格職員の配置などの立案に基づいた人事管理が実施されていくことが望まれます。 ◆ 評価基準表で自己評価を行い、それを基に上司が評価する職員にもわかりやすい人事考課方法が活用されています。 ◆ 管理者や上司により職員の就業状況や意向は把握されていますが、それらを分析し、改善する仕組みや労務専門家の導入には至っていません。 |

| | |
|---------------|---|
| | <p>福利厚生についても、就業状況と同様の方法で把握し、職員の要望として取り入れています。退職金共済(一年以上勤務)への加入、法人の機能を活かした医療支援(健康診断・予防接種)や温泉入浴券の支給をはじめ、懇親会補助、介護エプロンの支給が行われています。</p> <p>職員は悩み相談があれば管理者や上司へ行われていますが、今後は利用者と同様に組織内外に相談窓口を設置し、解決に向けた体制の整備が望まれます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 職員の福祉意識は倫理規程等で求めています。資格や技術に対する要求や関連付けが明確にされていません。自身の資格や技術取得希望は自己評価内で明らかにされており、それを事業所としてどのように汲み上げ、個別教育計画に採り入れていくかを明確にすることが望まれます。 ◆ 担当者を、県主催の実習指導者研修に派遣し、実習生を積極的に受け入れており、学校主導ではあるものの連携を図り、社会福祉士・介護福祉士・看護師等の種別に応じたプログラムの実施により人材の育成に寄与しています。 今後は、実習生受け入れに関する基本姿勢や連絡窓口・プライバシーや守秘義務への指導を含んだオリエンテーションの実施方法等項目が記載されたマニュアルの整備により更に人材育成に尽力されることを期待します。 |
| <p>3 安全管理</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆ 緊急時の対応は、利用者の安全確保も含め組織化・手順化されています。工事関係者においても緊急時の関係者として規定する等、より現実的に取り組まれていることが窺え、広報誌の中でも増床工事中の写真を掲載し、地域住民への注意や協力が呼びかけ周知を図られました。 ◆ 立地や環境においても、安全上の問題も見当たらず、食糧備蓄や避難訓練の実施・地元消防団との連携等により、災害時にも十分な対応が見込まれます。今後も引き続き全職員の災害対策への意識強化に繋がる研修会の開催や訓練の実施が期待されます。 ◆ 安全管理は、発生後の対応より予防が重要であることを十分認識し、マニュアルの作成や防災教育・緊急時訓練に努めていますが、ヒヤリハット活動が事故後対応に追われています。 今後は利用者の活動範囲を再確認し、整頓を含めた事業所内の安全点検やヒヤリハットの活用を期待します。 |

4 地域との交流と連携

- ◆事業所は、『高齢化社会を迎える現状を認識し、社会福祉法人の社会的使命を自覚し、地域社会に根ざした社会福祉施設を目指す』ことを経営理念に含め、実現に向け介護老人福祉施設と共に、グループホーム・訪問介護・通所介護・短期入所・居宅介護支援の施設・在宅サービスが一体となり特性を活かしながら取り組むことを運営方針に掲げています。職員も地域の中の事業所として、地域との交流や連携の大切さを認識し、法人理念や運営方針を会議や研修会の中で共有しています。
- ◆実施事業内容の一つに、地域参加型施設行事の実施と参加を上げ、恒例となっている『みどりの館・敬老秋祭り』の開催は、地域商工会の協力（露天コーナーへの村内の商店・団体・企業の出店など）や、村民のステージ参加など利用者・家族と地域の交流と共に地域住民の交流の機会にもなっていることが書類や広報誌からも確認されました。また、自治会への加入や地元区長との連携により広報誌が回覧され事業所の情報を発信することで、地域への信頼や周知を図っています。地元職員や理事のメンバーに地域住民も加わっていることは心強く、福祉ニーズをはじめ催事や行事などの情報が早い段階から把握され、利用者の希望や状況に応じ地域に出かける機会を計画・支援しています。
- ◆地域の社会資源はリスト化し相談員室で管理されています。役場を会場とした行政との連絡会の開催、地元の神社参拝・小学生との交流・村立図書館利用・物産館や行楽施設への外出など多くの活用状況が確認されました。今後は定期的に地域資源の見直しを行うことで、更に連携が深まり事業所や利用者の活用範囲が拡大されることが期待されます。
- ◆ボランティアの受け入れは、生活相談員を担当者として受け入れマニュアルを作成し、介護日誌やボランティア簿の中で記録に残しています。
職員では困難なボランティア内容（書や華道の指導・舞踊など）を伝え、職員も一緒に楽しい時間を過ごし利用者の思いを共有し今後に繋げています。
毎年ボランティアとの交流の充実は課題となっていますが、改善には至っていないようです。
公共の交通機関では訪問しづらいようですが、利用者もボランティアとの交流の機会を楽しみにしていることがアンケートや聞き取りからも確認されており、今後は気軽に訪問できる対応策や、利用者がどのようなボランティアをどういう形で望んでいるか等、利用者視点の受け入れについても検討していくことが必要と思われれます。

評価対象Ⅲ

1 利用者本位の 福祉サービス

◆豊かで心安らぐ自然環境の中に、地域や地元の方に支えられ開設に至ったことに感謝し、実施事業運営方針の一つに“利用者本人の尊厳・意志を尊重し、その人らしい生活の支援”に努めることを謳い、家族も安心して「みどりの館」にあずけていただけるよう、日々努力することを誓っています。

昨年度に続きコンプライアンス体制の整備を実施事業の一つに掲げ、良識ある行動を心掛け、誠実・公正に業務にあたることや、マニュアルの整備、研修会の開催、職員間で気づき合う体制により利用者のプライバシーや尊厳に配慮した対応の実践に努めています。

運営方針にあげられた利用者を尊重したサービス提供については、職員会議や部署ごとで共有を図っていますが、全職員が集まる機会に、その都度管理者を中心に日々の業務を振り返り理念や方針を全体で確認し、意識付ける時間を持つことも必要と思われる。

また、ミーティングの中で拘束について研修会が開催されていますが、身体拘束に関する委員会を新たに立ち上げ、事業所内・外の研修の充実を図っていくことも職員のレベルアップに繋がりを、理念の実現に向かう一つ的手段になると思われる。

◆苦情解決の体制を整備し、責任者・連絡先・担当者・第三者委員の紹介や行政・国保連などの事業所外の苦情受付機関について利用開始時の説明や事業所内への掲示により周知を図っています。施設長他三名の事業所代表者に加え、家族会会長をメンバーとした苦情処理第三者評価委員会を随時開催し、討議することが事業計画に記されています。

利用者の意向は生活相談員が個別に聞き取りを行っていますが、日々利用者に関わる職員が早い段階で希望を察知し、タイムリーな対応に繋げることを部長や看護・ケア主任より指導が行われています。

食事面に関しては栄養士が食事状況を確認し、味や量・要望を聞き取り食事形態や献立作成に活かしています。また、家族が安心して預けることができるよう、家族の意見や要望を把握する機会を大切にし、利用者の誕生日当日に家族を招待する誕生日会や面会時・電話など状況に応じコミュニケーションを図る中で確認する他、これまで平日に開催されていた「家族と職員だけの懇親会」をできるだけ多くの家族の参加となるよう土曜日に開催し、ざっくばらんな雰囲気の中で意見や要望の把握が行われています。

| | |
|--------------------|---|
| | <p>今回の第三者評価利用者・家族のアンケートや聞き取り調査からも満足の高さが窺えましたが、改善可能な要望等も確認されました。</p> <p>今後は利用者の年齢層や身体状況も幅広い現状から、満足度や要望等工夫を凝らしたアンケートの実施や聞き取りにより、更に満足の向上に繋げることが期待されます。</p> |
| <p>2 サービスの質の確保</p> | <ul style="list-style-type: none"> ◆今回初めての第三者評価受審にあたり、担当者（事務長・部長）を設置し、事前研修や部署内研修、インターネットによる情報収集など第三者評価の意義や目的を共有し、自己評価に取り組みました。 <p>今後は今回の評価結果の分析や、定期的な自己評価の実施、第三者評価の受審により事業所の目指すサービスが実現していくことに期待します。</p> ◆提供するサービスごとのマニュアルを整備し、全体及び部署内研修により周知徹底を図り、特にリーダーを中心にした新人職員への指導に努めサービスに差異が生じない体制を構築しています。実施方法については必要が生じた場合見直しを行っていますが、今後は見直す時期や職員及び利用者の意見や提案を取り入れたマニュアル作成の仕組みに期待されます。 ◆サービス実施計画に基づいたサービスが実施されていることが記録より確認されました。 <p>記録の内容や書き方については、部署内研修を徹底し、特に新人職員には的確な実施記録となるよう主任や生活相談員・計画担当介護支援専門員などにより常時指導が行われています。</p> <p>利用者の記録管理責任者を施設長と定め、完結の日から二年間保存とし管理しています。個人情報の研修会の開催や、守秘義務については特に、入職時に新人研修の中で書面による誓約や指導が行われています。</p> ◆利用者の状況はケアカンファレンスや部署間を超え介護・看護・栄養課に加え、機能訓練指導員も参加した会議の中での情報の共有や、ケア連絡ノート・掲示物により共有や周知に努めています。回覧書類は意識を持ったサインの徹底を指導されています。 |

| | |
|---------------------------|--|
| <p>3 サービスの開始 継続</p> | <p>◆施設の情報はインターネットやユニット型事業所の開設を機に作成された新パンフレットの他、年四回発行されるみどりの館全体の広報誌“みどりだより”から得ることができます。特に広報誌は村全戸に配布される他、地域コンビニやガソリンスタンド・物産館などに設置されており情報の入手が身近に行えます。施設長の表明や事業報告の開示・利用者の活動写真の掲載に加え、クイズコーナーや、“医務室便り” “ちょこっと介護” “生活お役立ち情報”など、医務・ケアマネ・ヘルパーをはじめ施設職員の資格や経験を活かし身近な医療や介護のコーナーを設けるなど読む方が関心を持てる書面作りに取り組んでいます。また、地域の中の福祉施設として利用者が馴染みの言葉や環境を共有できるよう広報誌（村内各戸配布）で求人情報も行われています。地元職員の採用は地域情報の収集や消防との連携を深めています。今後は事業所単独の説明資料を作成し、パンフレットと共に説明を行うことでサービスの選択やより安心して利用開始ができると思われます。</p> <p>◆サービス開始時は生活相談員を中心に重要事項説明書や運営規定などを使用し、サービス内容及び料金・協力医療機関・事業所内・外の苦情窓口などの説明を行い承諾を得ています。書類は活字の大きさや内容など決して利用者にはわかりやすく工夫されているとは言えませんが、担当者より確認を行いながら丁寧な説明を心掛け、利用開始後も不明な点はいつでも申し出て欲しい旨を伝えています。</p> <p>サービスの移行（家庭・他の事業所）にあたっては、介護サービス事業者集団指導の中で受けた指導を基に、生活相談員より行われています。</p> <p>他の事業所や家庭への移行事例は殆ど見られないようですが、今後は利用者の現状に即した事業所独自のマニュアルの作成が望まれます。</p> <p>終末期支援の取り組みについては、利用者が家族とともに安らかな最期を迎えることができるよう、法人の医療機関と連携しながら職員全体で努めています。</p> |
| <p>4 サービス実施 計画の策定</p> | <p>◆事業所で統一したアセスメント様式を使用し三ヶ月ごとにモニタリング・見直しを行い、現況に即した介護計画の作成に繋がっています。</p> <p>利用者・家族の情報収集として欠かせないアセスメントは、計画担当介護支援専門員により面接の趣旨を丁寧に説明し理解を得た後行い、書類は毎回、施設長・副施設長による確認が行われています。</p> |

サービス実施計画はケアマネジャーを責任者とし、策定及び実施指導されています。利用者・家族・介護職員に加え、生活相談員や機能訓練担当者も参加してのサービス担当者会議の開催や、管理栄養士の意見など利用者に関わる全ての職員の提案を活かしたプランに努めています。
 また、介護計画の役割を知り、利用者・家族の思いに応えるプランとなるよう、昨年度はプランについての勉強会が開催されました。

(参考) 利用者調査の手法等

| 調査の手法 | 対象者 | 対象数(人) | 基準数に満たない場合の理由 |
|---------|--------|--------|---------------|
| アンケート調査 | 利用者本人 | 0 | |
| | 家族 | 32 | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | 5 | |
| | 家族・保護者 | | |
| 観察調査 | 利用者本人 | | |

評価細目の第三者評価結果

(特別養護老人ホームみどりの館)

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。 | | |
| | I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。 | a・b・c |
| | I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a・b・c |
| I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。 | | |
| | I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。 | a・b・c |
| | 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。 | a・b・c |

I-2 事業計画の策定

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------|---------------------------------------|---------|
| I-2-2 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | |
| | I-2-2 (1) -① 中・長期計画が策定されている。 | a・b・c |
| | I-2-2 (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 (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | |
| | I-2-2 (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。 | a・b・c |
| | I-2-2 (2) -② 事業計画が職員に周知されている。 | a・b・c |
| | I-2-2 (2) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。 | a・b・c |

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|---|---------|
| I-3-3 (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | I-3-3 (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-3-3 (1) -② 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。 | a・b・c |
| I-3-3 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | I-3-3 (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。 | a・b・c |
| | I-3-3 (2) -② 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。 | a・b・c |

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 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| | II-1-1 (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 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | a・b・c |
| | II-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。 | a・b・c |

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 |
| 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 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 (b)・c |
| 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 (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組が行われている。 | 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 |
| II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。 | | |
| | II-2-(4)-① 実習生の受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、積極的な取組をしている。 | a (b)・c |

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組が行われている。 | | |
| | 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)・b・c |
| | II-3-(2)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。 | (a)・b・c |
| | 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 (b)・c |

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 利用者と地域との関わりを大切にしている。 | (a)・b・c |
| | II-4-(1)-② 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 |
| 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。 | (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 |
| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | |
| | 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 |

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

| | | 第三者評価結果 |
|------------------------------------|---|------------------|
| Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | |
| | Ⅲ-1-1 (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組を行っている。 | a・ (b) ・c |
| | Ⅲ-1-1 (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 |
| Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| | Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。 | (a) ・b・c |
| Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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・ (b) ・c |
| | Ⅲ-1-1 (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) ・b・c |
| | Ⅲ-1-1 (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) ・b・c |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|-------------------------------------|---|------------------|
| Ⅲ-2-1 (1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。 | | |
| | Ⅲ-2-1 (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・b・ (c) |
| | Ⅲ-2-1 (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、改善策・改善実施計画を立て実施している。 | a・b・ (c) |
| Ⅲ-2-1 (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-2-1 (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) ・b・c |
| | Ⅲ-2-1 (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 |
| Ⅲ-2-1 (3) サービス実施の記録が適切に行われている。 | | |
| | Ⅲ-2-1 (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-2-1 (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-2-1 (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 |

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

| | | 第三者評価結果 |
|--------------------------------|--|------------------|
| Ⅲ-3-1 (1) サービス提供の開始が適切に行われている。 | | |
| | Ⅲ-3-1 (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 (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 |

| | | |
|---------------------------------|---|------------------|
| 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 ・ b ・ c |

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－（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 |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-----------------|---------|----|---|
| | a | b | c |
| 共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ） | 27 | 22 | 4 |
| | | | |
| 合 計 | 27 | 22 | 4 |