

# 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

社会福祉法人 昭仁会双苑 特別養護老人ホーム 吉備苑	種別： 老人福祉施設
代表者氏名： 理事長 武内 昭仁	定員(利用者数)： 80名 (80名)
所在地： 和歌山県有田郡有田川町奥222-1	TEL： 0737-53-2251

③訪問調査日 平成 21 年 7 月 24 日

## ④総評

### ◇特に評価の高い点

1. 中長期計画を作成し、法人の基本理念の徹底、施設の整備、組織体制の強化、人材育成等の重点目標を掲げ、各年度においてその実現に取り組んでいる。
2. 管理者はサービスの向上に意欲をもち、従来のサービスの方法を点検し職員会議等で人権の尊重や職員の利用者への接し方等の研修を行うなど改善に向けて指導力を発揮している。
3. 施設内で殆んどユニットごとのケアを実施しており利用者と職員との密接度が高く、職員の利用者への対応が明るく真摯である。
4. 一般に介護職員の定着率が低いと言われているが、当苑では職員の勤務条件に配慮し改善の効果が表れている。

### ◇改善を求められる点

次の事項の実施を期待したい。

- ①中長期企画・事業計画作成時の職員の参画、②経営の効率化と改善に向け財務面からの分析と課題の発見、③職員との定期的な個別面接の実施、④地域住民に役立つ介護技術の講習会や介護相談等の実施による施設機能の地域への還元、⑤ボランティア受け入れマニュアル等への受け入れの基本姿勢の明示、⑥意見等への対応マニュアルの作成、⑦マニュアル類の定期的な見直し

次の事項の実施について検討願いたい。

- ①外部監査の実施、②客観的な基準による人事考課の実施、③職員の研修後の業務等による研修成果の評価及び職員一人ひとりについての研修計画の作成

## ⑤第三者評価結果に対する事業所のコメント

利用者がその人らしく暮らしていただける施設を目指して日々努力しているところで、利用者と職員との密接度について評価いただいたことは、当施設として喜んでおります。今後は、改善点を真摯に受け止め中期計画等の計画に対しての職員参画や施設全体の課題点を見つけ出し整備して行きたいと思っております。また、マニュアル等の整備や人事考課の実施など検討していくことが幾つかあるようですが、職員の処遇を向上することを主体として就業環境を整えて行きたいと考えております。

## ⑥各評価項目にかかる第三者評価結果と評価理由(別紙)

(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吉備苑

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。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          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。                          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。                          c) 法人の理念を明文化していない。                     </div>	a	法人は利用者を個人として尊重し、その有する機能に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援し、利用者本意の考え方に立って質の高い福祉サービスを提供するという趣旨を理念とし、中長期事業計画書、事業計画書及び吉備苑のパンフレットにも記載しており、理念から法人の使命や目指す方向等を読み取ることができる。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                         【判断基準】                          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。                          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。                          c) 理念に基づく基本方針を明文化していない。                     </div>	a	理念に基づく基本方針が明文化されており、中長期事業計画書や事業計画書、パンフレットに記載され、職員の行動規範となるような内容となっている。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>理念や基本方針を記載した「職務心得」を職員に配布し、各人の職員証の裏面にも基本理念を記載している。また職員の全体会議の倫理規程の説明の中で、基本的人権の尊重、言葉の暴力の禁止、身体拘束の制限、苦情解決等について職員に話し理解を促している。</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 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>利用者等に重要事項を説明するとき、理念や基本方針をわかりやすく時間をかけて説明し、理解を促す取り組みがなされている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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。		
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。 【判断基準】 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。 b) — 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。	a	基本理念（理念と基本方針）の実現に向けて、現状を分析の上、組織体制、施設整備、人材育成等の問題点を解決するための中・長期計画を作成している。
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。 【判断基準】 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。 b) — 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。	a	事業計画においては、職員の質の向上を図るための職員研修や利用者の健康管理など中・長期計画を反映して作成されている。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>	c	<p>計画は各担当部門で検討・作成し、管理職会議で協議するが、職員の参画は行われていない。</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>	c	<p>中・長期計画や事業計画は職員や利用者等に配布されていない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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                      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。</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>	b	<p>管理者は苑内の職員会議等に出席し指導助言を行っているが、自らの役割や責任について文書等により表明は行っていない。</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>	a	<p>管理者は職員全体で「社会福祉法人におけるコンプライアンス（法令遵守）」を議題に勉強会を行い、職員に周知して法令遵守を促す取り組みを行っている。また施設として遵守すべき介護保険法や就業規則、消防法などを正しく理解するよう努めている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>	a	<p>管理者は福祉サービスの質の向上に意欲をもち「施設での接遇マナー」をテーマに研修会を開催するなど、職員の質の向上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>	b	<p>管理者は職員会議において、利用者数の推移・事業活動実績の分析や職員処遇の改善の取り組みについて議題とし、指導力を発揮しているが、経営財務面からの分析や効率化への取り組みについては十分でない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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適切に対応している。

Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握されている。

【判断基準】

- 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。
- 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。
- 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。

a

外部の研修会等で介護事業全体の動向を把握しており、また利用者の意向等を通じて地域の介護サービスのニーズ、入居待機者の状況から潜在的な利用者のデータを把握している。

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。

【判断基準】

- 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。
- 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。
- 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。

b

サービス利用者の推移を把握し、経営に関する課題を発見する努力はしているが、コスト分析による改善への取り組みは行われていない。

Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。

【判断基準】

- 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。
- 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。
- c) 外部監査を実施していない。

c

外部監査は実施していない。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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。

<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>b</p>	<p>職員の配置基準を満たしており、介護職員の定着率も高くなってきているが、人員体制に関する具体的なプランに基づく十分な人事管理は行われていない。</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>c</p>	<p>人事考課は実施していない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>	b	<p>有給休暇の消化については人事管理担当者が管理しており消化率は高い。また時間外労働も行われ所定の手当が支払われている。個別面接は非正規職員について契約更新時に正職員への登用や職務上の不満等の相談が行われているが、正職員については行われていない。</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>	b	<p>職員の健康管理（健康診断）は行われているが、福利厚生事業としては十分でない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>基本方針や中・長期計画の中で、施設が職員に求める教育・研修基本姿勢を明示している。</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>	c	<p>職員一人ひとりについて教育・研修計画は作成されていない。</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>	b	<p>研修を終了した職員は研修内容を発表したり、復命書を作成し回覧しているが、研修後の業務等による研修成果の評価は行われていない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>	a	<p>実習生指導マニュアルが整備され、受け入れについての基本姿勢も明示されている。</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>	a	<p>有田中央高等学校については社会福祉現場実習ノートに基づき育成に取り組んでおり、福祉資格取得のための施設実習や教員免許の取得のための介護体験等については依頼先と連携したプログラムにより実習を行っている。</p>

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

事故防止マニュアルを整備し、各部署の責任者を構成員とする事故対策委員会を設け、介護事故の未然防止・再発防止策の検討や事故が発生した場合の対応、職員への周知等を図っている。また感染症の予防についても、マニュアルを作成して感染対策委員会を設け、職員の全体会議で蔓延の防止の方法等について研修会を行っている。なお防災については消防計画を整備し、責任と役割分担を決め、避難・消火訓練を年2回実施している。

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

現場から事故事例やヒヤリハット事例を収集し事故対策委員会に報告し、要因分析や対応策の検討を行い職員全体に周知している。また感染症の発生事例についても、職員の全体会議で手洗いや嘔吐物の処理の方法について研修し蔓延の防止を図っている。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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 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。</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>	a	<p>地域との関わり方について基本的な考え方を施設の基本方針及び中・長期計画、事業計画の中で文書化しており、利用者の買い物や通院も地域で行っている。また地域の小学生が施設を訪れ利用者と楽しく交流している。</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> <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>	c	<p>事業所が有する機能を地域に開放する取り組みはなされていない。</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>	c	<p>ボランティアの受け入れに対する基本姿勢は明示されていないが、受け入れのマニュアルは作られ、受け入れの体制はとられている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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。                      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>	a	<p>当施設として必要な関係機関の一覧表を作成して各フロアに明示しており、職員間で共有されている。</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>病院の地域連携室とは定期的に連絡し利用者によりよいサービスが提供できるよう連携しており、また施設にとって関係が深い消防署、行政機関、学校などとは必要な場合に連携している。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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 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	<p>地域の住民からの入所の相談等を通じて、地域の高齢者のニーズを把握している。</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 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	<p>地域の高齢者のニーズに基づき、ショートステイ、デイサービスや訪問介護を実施しており、中・長期計画や事業計画で明記している。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が理念や基本方針の中で明示されており、職員の全体会議での倫理規程の説明の中で、基本的人権の尊重や、体罰・暴力・虐待の禁止、身体拘束の制限等について周知している。また個々のサービスの標準的な実施方法にも反映させている。</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>入浴や排泄等サービス場面ごとのマニュアルの中にプライバシー保護に関する留意事項が記載されている。なお設備面では、プライバシーを守るためカーテンを吊るしたり、家族からの希望によりトイレのドアに暖簾を設置するなどの工夫が行われている。</p>

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。</p> <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>中・期計画及び事業計画の中で、「利用者一人ひとりの個性を見極め、きめの細かい介護を行い、利用者・家族等から当苑を利用してよかったと言ってもらえる介護サービスの提供を行います」と書かれ利用者満足を目指す姿勢を明示している。なお利用者本人の満足については、日常生活場面で感謝の意を表す言葉があれば満足していると考え、施設サービス計画のカンファレンスに家族の出席を求め、本人・家族からサービス実施に関しての満足度を聞いて把握するようにしている。</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>利用者満足について把握した結果を検討し、向上に向けた取り組みが行われている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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。また利用者家族は電話や面会時にケアマネージャー等に相談することができる。なお契約時に重要事項説明書の中で、利用者家族からの相談に誠意をもって対応す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>苦情処理規程を作成し苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を置き体制を整備している。なお苦情解決の仕組みを記載したポスターを掲示し利用者に周知している。苦情の解決結果は申出人に通知するとともに、苦情解決内容を施設の掲示板に掲示するようにしている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-1-(3)-③ <u>利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</u></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	利用者等から意見等があれば対応しているが、利用者からの意見等に対するマニュアルは作成されていない。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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 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。</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、第三者評価を定期的には実施していない。
<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、第三者評価を実施していないため、取り組むべき課題を明確にしていない。
<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>	c	取り組むべき課題を明確にしていないため、改善策や改善計画を立て実施していない。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>個々のサービスの実施方法についてのマニュアルが作成されており、サービスの一定の水準を保った上で、それぞれの利用者についてはアセスメントにより個別化したサービスが行われている。マニュアルにはプライバシー保護についての留意点も記載されている。</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>	b	<p>個々のサービスの実施方法についてのマニュアルは定期的に検証されているが、すべてについてはない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

評価項目	評価結果 (a・b・c)	評価の理由
<p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> <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	利用者一人ひとりの体調やサービス実施状況がケース記録に記録されている。
<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	個人情報に関する基本規則及び個人情報に関する基本方針を定め、個人データの保管、保存、廃棄及び利用者等から開示等の申請への対応等について規定し、適切な管理や開示が行われている。
<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	職員間で、利用者のケアカンファレンスの定期的な開催とパソコンによるネットワークシステムにより利用者の情報を共有している。

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>施設の運営方針・基本理念・サービスの概要等を紹介したパンフレットを町役場に置いてあり多数の人が手にすることができる。また施設の見学は希望があれば受け入れられる体制をつくっている。</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>利用希望者や家族には事務担当者から施設利用に当たってのサービス内容や料金など重要事項を詳しく説明し、その後ケアマネージャーから理解しにくかったことや、今後用意してもらうことなどを説明している。そして重要事項説明書に同意があれば署名捺印してもらい、また契約書を取り交わしている。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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; margin-top: 10px;"> <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>b</p>	<p>利用者が入院した場合、1か月位後に医師の意見を聞きカンファレンスを行い相談にに応じているが、他の事業所や家庭に移行した場合は、当苑での相談方法や担当者について説明した文書は渡していない。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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。 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>利用者一人ひとりについて、身体状況や生活状況を把握するため基本情報及びADL状況表により3か月ごと(入所したときは1か月後)にアセスメントを行っている。</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>利用者すべてについて、アセスメントに基づき一人ひとりのニーズや課題を具体的に明示している。</p>

福祉サービス第三者評価・共通基準(老人福祉施設)

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>利用者のサービス実施計画の責任者を設け、関係職員の合意や利用者・家族の意向の把握と同意を得て、サービス実施計画を作成している。</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>サービス実施計画は3か月ごとに、関係職員や利用者・家族が参加する検討会議を開き、モニタリング記録表等によりサービス実施状況等を評価した上で計画を見直しており、計画の変更についての利用者・家族の同意を得る手順を定めている。また計画を緊急に変更する必要がある場合は関係職員が参加し検討会議を行った上で計画を見直している。</p>