

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

Ⅰ－１ 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
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。	a	
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	
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。	a	
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	

Ⅰ－２ 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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。	a	
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	
Ⅰ－２－（２） 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ－２－（２）－① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	a	
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
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	
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	
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組に指導力を発揮している。	a	
I-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	

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	コメント
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。	b	
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組を行っている。	b	
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

	第三者評価結果	コメント
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。	b	
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組が行われている。	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。	b	
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、積極的な取組をしている。	a	

Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	コメント
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	
Ⅱ－３－（１）－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	
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 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
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。	b	
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。	b	
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。	b	
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。	b	

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	コメント
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組を行っている。	a	毎月の処遇者会議を中心に、入所者の人格尊重に対する意識の共有が確認され、入所者本位のサービス提供に対して具現化され反映されている。
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	草加市個人情報保護条例と運営規定に定められた個人情報の保護と業務上の守秘義務に基づき、入所者の尊厳とプライバシーが守られています。
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、取組を行っている。	a	入所者で組織している自治会の役員との毎月の会議や生活相談員によるモニタリング及び、草加市社会福祉事業団による入所者アンケートが行われ、汲み取られた要望は、検討を経て提供されるサービスに反映されています。
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	生活相談員が3名配置され、常に相談が受けられる体制が整っています。また、職員からの積極的な声掛けにより、良好なコミュニケーションを保つことで、話しやすい環境が作られています。
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	生活相談員による相談窓口に加えて、第三者委員及び行政機関の相談窓口が重要事項説明書に記載されると共に、苦情解決の仕組みが苑内に掲示されています。
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	入所者からの要望や意見に対して、生活相談員より毎日のミーティング時に報告がなされ、検討・対応に努められています。また、草加市社会福祉事業団の不適合管理手順書により、手順が定められています。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－２－（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 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	ISO9001マネジメントシステムに基づき、毎年審査を受け、その結果は、処遇会議・職員会議等で検討が行われ、改善を必要とする事柄には、改善策が策定されています。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	ISO9001マネジメントシステムの審査で指摘された課題は、処遇者会議や各委員会等で標準的な実施方法について検討され、職員会議やミーティングを通じて職員への理解と周知が図られ、実施されています。また、評価と見直しが四半期単位で行われています。

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	ISO9001マネジメントシステムに基づいたマニュアルが作成され、サービスの管理から運営に至るまで、標準的なサービスが提供されています。
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	定期的に入所者に聴き取りを実施し、処遇者会議や職員会議で実施方法を見直し、毎年実施される内部監査の指摘事項と合わせて、マニュアルの改訂が行われています。
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	個別ケース記録に日中は黒字、夜間は赤字で記入し、月単位でまとめて処遇記録に記載され、職員全員で見落とさないように標準化され、共有されています。
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	入所者の個人情報や記録はキャビネットで安全に保管され、草加市個人情報保護条例と運営規定に定められた個人情報の保護と必要な情報の共有が図られています。
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	キャビネット内のファイリングシステムで管理され、毎月の処遇会議や職員会議等の必要な時に必要な情報を共有する仕組みができています。

Ⅲ－３ サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
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	入所希望者に対して、事業団のホームページや苑のパンフレット等で説明が行われ、見学や体験入所を通して、苑の生活支援の内容が説明されています。
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	利用開始時には、契約書と重要事項説明書に基づき、提供されるサービスの内容をわかりやすく説明し同意を得ています。
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。	b	入所者・家族と必要に応じて話し合いを進め、都度、必要なものを準備し、市や移行先と十分な調整の上で対応されていますが、定められた文書が備えられてはいません。

Ⅲ－４ サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
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	ADLチェック表を使い、定められた手順で詳細なアセスメントが実施されています。身体状況変化に応じて適宜実施し、ニーズの把握が行われています。
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	処遇者会議で話し合い、明確になった個々の課題に沿った目標が設定され、適切なサービス計画書が作成されています。
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	月1回入所者の意向を確認し、職員の意見も考慮しながら、処遇者会議で定期的に評価と見直しが行われています。

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ－１ 個別サービスの提供

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ－１－（１） 利用者に対する食事の提供。		
Ⅳ－１－（１）－① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	季節感や彩りを大切にし、旬の食材を使うことを心がけられています。また、行事食では、屋台風や花見弁当、ビュッフェ形式など、変化を持たせることにも工夫をこらした食事が提供されています。
Ⅳ－１－（１）－② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。	a	入所者への聴き取り調査や残食調査の結果を基に、調理師・介護職員・入所者代表の参加で給食会議を月1回開催し、日々の献立や行事食に反映されています。
Ⅳ－１－（１）－③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	入所者の状況に合わせて刻み食や減塩食等が提供されています。禁食のある利用者は別メニューが提供され、身体の状況に合わせて自助具を使われる方もおられます。
Ⅳ－１－（１）－④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	栄養士による嗜好調査が行われ、入所者の希望を日常の食事に反映させるように努められています。また、1人ひとりの希望に合わせて、食べ物の持込みや外食、晩酌を楽しんでいただくことも出来ています。
Ⅳ－１－（２） 利用者に対する入浴の提供。		
Ⅳ－１－（２）－① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	入浴は必要に応じて職員複数で対応し、安全な入浴が提供されています。また、「であいの森」の公衆浴場を楽しんだり、デイサービスや訪問入浴を利用されるなど、入所者の状況に応じた入浴の支援が行われています。
Ⅳ－１－（２）－② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	脱衣所は必ず扉とカーテンを閉め、プライバシーに配慮した対応がなされています。また、同性介助や羞恥心への配慮も行われています。
Ⅳ－１－（３） 利用者の適切な排泄管理。		
Ⅳ－１－（３）－① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。		任意項目
Ⅳ－１－（３）－② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。		任意項目
Ⅳ－１－（４） 利用者の移乗の確保。		
Ⅳ－１－（４）－① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。		任意項目
Ⅳ－１－（５） 利用者の整容の確保。		
Ⅳ－１－（５）－① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。		任意項目
Ⅳ－１－（６） 個々の生活、障害に合わせた介護。		
Ⅳ－１－（６）－① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。		任意項目
Ⅳ－１－（６）－② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。		
Ⅳ－１－（７） 医療依存度の高い利用者への対応。		
Ⅳ－１－（７）－① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。		

IV-1-(8) 利用者の健康管理。		
IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	体温測定や排便チェックは毎日行われ、血圧や体重測定も定期的実施されています。また、医師や看護師と連携した体調管理も行われています。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	朝昼夕で色を変えた配薬トレイに職員複数で服薬をセットし、服用時には看護師と介護職の2人で入所者の顔を見て確認し、誤薬が生じないように対策が講じられています。
IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	感染症対策委員会が中心となり年3回勉強会が開催され、職員の意識を高め迅速に対応する体制がとられています。また、手洗い・うがい等の徹底で予防対策も図られています。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	衛生管理マニュアルに基づき、食材の十分な加熱、食器洗浄や調理器具の消毒の徹底が職員間で共有されています。また、勉強会が開催され、職員の意識も高められています。
IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。		任意項目
IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。		任意項目
IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。		
IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。		任意項目
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。		任意項目
IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。		
IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	苑の行事のほか、書道やカラオケなどのクラブ活動、週1回の外部講師による体操も実施されています。また、コーヒー喫茶も催され、入所者の楽しみになっています。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	居室にはテレビが設置され、新聞・雑誌も自由に読むことができます。また、外出や飲酒・喫煙も可能で、好みの暮らしが継続できるように支援されています。
IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	入所者の希望に応じて出し入れが行われています。出納状況を記録し、年1回、書面で本人に渡し、家族や身元引受人にも報告がなされています。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	起床・就寝時間、クラブ活動への参加等も自由に行われています。礼拝に行かれる入所者もおられ、1人ひとりの要望に合わせた生活が送れるように、支援がなされています。
IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	2人部屋のため、持ち込みに制限はありますが、趣味の物や大切にしているものなど持ち込まれ、これまでの生活習慣が継続できるように、配慮がなされています。

IV-2 家族との交流の確保

	第三者評価結果	コメント
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。		
IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	家族と身元引受人には「苑だより」が年2回発行され、暮らしぶりを伝えています。また、苑行事や催しものへの参加を呼びかけ、面会室を準備するなど、いつでも自由に面会できるように支援されています。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	入所者に変化や問題が生じた場合は、直ちに家族か身元引受人に連絡し、連携を図って対応することに努められています。

IV-3 利用者の人権の擁護

	第三者評価結果	コメント
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。		
IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束ゼロ推進委員会が設置され、マニュアルも整備されています。また、定期的に勉強会が開催され、具体的な事例に基づいた明確な対応策が職員に周知されています。
IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	入所者1人ひとりの人格尊重を最優先とし、外部研修への参加や勉強会も開催され、不適切な言動について職員に周知されています。また、職員がストレスを抱えた場合は、いつでも相談できる体制が作られています。
IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	b	パンフレット等の備えはありませんが、必要に応じて情報提供し、ご家族がいない入所者については、市に相談し対応されています。
IV-3-(2) 生きがいのある生活。		
IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	職員は積極的に入所者とのコミュニケーションを図ると共に、朝礼や体操、行事やレクリエーション活動への参加を促し、生きがいを失わないように努められています。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	ISO9001マネジメントシステムに基づき、毎月の会議で自己評価が行われています。また、今回の第三者評価の実施により、新たな課題の確認とその改善が行われ、よりよいサービスの提供へ繋がるものと期待します。
IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。		任意項目