

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

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(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a · b · c	基本理念、基本方針は事業所内の掲示や重要事項説明書に記載され、利用者や家族への周知を行っている。理事長は毎年年頭のあいさつの中で、「年頭の言葉」として理念、基本方針について職員に語りかけている。理念、基本方針について毎年研修会を開催し、毎週朝礼時には唱和して職員間の周知を行っている。人事考課の一環として職員が自己評価を行い、上司が面談して、理念や基本方針の周知状況の確認を行っている。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-1(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a · b · c	経営分析表の中で、①法改正などの政策の動向、②国民の意識価値観及びニーズの変化、③技術的要因の変化、④需要動向及び競合状況の項目について分析を行っている。また、理事長は七尾市医師会、七尾市在宅医療・介護連携推進協議会等の役員として直接的に、地域の福祉ニーズや課題の把握を行っている。法人としては毎月在宅推進委員会において、売り上げの推移、キャンセル率等の調査を行いコスト分析を実施している。
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a · b · c	上記の分析に機会と脅威の項目を加え、4つの項目ごとに取り組みべき課題を明確にしている。具体的には「各部門推進事務局」という組織において前年度の利用者満足度調査、品質・目標の達成状況、不適合及び是正処置の状況等について検討を行い改善のための提案を行っている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a · b · c	中長期計画は3つのテーマごとに3年間の到達水準が明記されている。①人材育成・確保では年度ごとの国家資格有資格者数の具体的な数値目標、②サービスの質の向上ではスキルチェックシートの見直しや記録物管理の電子化等、③地域福祉活動では介護教室の実施や地域活動への参加等について定めている。計画は毎年8月に計画の進捗状況の確認を行い、10月から見直しを行い、11月から12月にかけて作成し、年明けに理事長による承認を受けている。
5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a · b · c	単年度の計画は、中長期計画を受けて3つのテーマと8つの目標を記した重点事業計画としてまとめられている。計画には実施手順、責任者、タイムスケジュール等が記されたチェックリストが付属し実施状況の確認を行っている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a · b · c	毎月の在宅推進委員会による分析や部門長、主任が参加したSWOT分析を基に事業計画を策定している。承認を受けたのち各部署長より各部門員へ発表周知が行われ、実施項目を推進している。その後、年に二回各部署長による達成状況のチェックを行い計画の見直しを行っている。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a · b · c	計画は事業所内の掲示や、機関誌の記載して利用者等への周知を行っている。また、三か月に一度のリハビリテーション会議の折にも家族に対して説明を行っている。今年度より系列の社会福祉法人とともに足並みをそろえて取り組みを始めたところである。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a · b · c	品質マニュアルにPDCAサイクルの継続実施について明記されている。計画の見直しは、在宅推進委員会の分析や、利用者満足度調査等を踏まえ実施している。事業所では、通所リハサービスを提供後に、モニタリングしてリハビリ会議において計画の見直し、修正を行っている。今回サービスの質の向上を目指して、自己評価を行い、初めて第三者評価の受審に取り組んでいるところである。
9	② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a · b · c	前述のように、今回初めての受審である。今後、実施した自己評価、第三者評価の結果を活用して、改善の課題について職員の参画の下で改善策、改善計画を策定し取り組まれることを期待する。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 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
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a · b · c	品質マネジメントシステムを導入し、特に品質マニュアルの中に詳細に役割と責任を明確に定めている。品質マニュアルは各部門に社内ランにより共有されており、管理者の責務として理念の周知やアクションプログラムの承認等について定められている。管理者不在時の権限委任については、法人の職務権限規程や職能定義書の中に不在時の対応について定められている。
11	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	法人として石川県ワークライフバランス企業優良企業賞を受賞している他、いしかわ男女共同参画推進宣言企業としての認定を受けている。理事長は七尾市医師会やロータリークラブの役員として活動するとともに、自らも積極的に各種研修に参加している。また、管理責任者(専務)も安全衛生推進者養成講習や衛生健康管理研修等を受講し法令を正しく把握している。法人では、医療や介護関係の法令はもとより、交通安全についての研修も行い職員への法令順守への取り組みを行っている。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a · b · c	毎年利用者満足度調査を実施して、職員の言葉遣いや態度、環境整備等について利用者から直接に意見を出してもらい、集計分析を行っている。サービスの質の向上のために職員階層別の教育訓練体系に基づく研修計画(人材育成教育計画、医学知識教育計画、衛生管理教育計画、看護・介護技術教育計画、新規採用者育成計画)を策定して研修の充実を図っている。研修の実施については、職員の意向や希望を部門責任者を通じて集約して研修計画に反映している。ほとんどの研修には理事長が参加して自ら福祉サービスの質の向上に指導力を示している。
13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a · b · c	管理者は、在宅推進委員会の利用者数の推移やキャンセル率等の分析や利用者満足度調査等の視点からの検証、人事評価委員会での人事に関する協議・検討、運営会議における経営報告、現状把握、業務改善等の取り組みを常に行っている。各会議には各部門責任者が出席し、各責任者を通じて職員の人事、労務に関する要望を聴取している。毎年の「年頭のあいさつ」や職員研修の場を通じて、職員全体で効果的な事業運営ができるように取り組んでいる。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている	a · b · c	中長期計画や事業計画に重点課題として、人材育成と人材確保をあげている。例えば、実務者研修への場所の提供により、職員が資格取得しやすい環境作りや、資格取得時の祝い金制度を創設すること等により職員のモチベーションを高めている。計画にはこの他、必要とされる有資格者の数や、国家資格取得に向けたサポート等も盛り込まれている。法人として平成30年度石川県ワークライフバランス企業優良企業賞を受賞しており、人材確保について好感度を上げている。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c	期待する職員像は基本方針の「三つの徹底」や職員倫理規定に示されている。人事基準は資格等級体系フレームに資格等級、業務内容、業務レベル、昇格の要件等がまとめられ就業規則の中に入れられている。人事評価は、職員が年4回自己評価を行い、上席職員がチェックし、面接を実施して人事評価委員会で評価決定を行っている。また、マニュアルでもあるスキルチェックシートを活用することで、職員が自らの職能等級を確認することができている。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a · b · c	法人は平成30年度石川県ワークライフバランス企業優良企業賞を受賞している。事業所内には健康で安心して働ける職場環境づくり相談窓口や育児介護と仕事の両立を支援するための相談窓口の掲示があり責任者、産業医、カウンセラー等について記載されている。就業規則には短時間労働についてや、メンタルヘルス対策規程やハラスメント防止規程が盛り込まれている。福利厚生を取り組みとしては祝い金制度、永年勤続職員表彰制度、ワクチン接種割引制度等がある。また、ノー残業デーの取り組みも行っている。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a · b · c	サービスの質の向上のために、アクションプログラム(重点事業計画の工程表)の中に、全職員に対して等級フレーム対応型スキルチェックシートの運用し年に4回自己評価し自分自身の力量についてチェックし、上席職員による面接・評価を受けている。また、年に3回、①何を、②どれくらい、③どのように達成するか目標を書いたチャレンジカードを作成して自己チェックごとに、6月、9月、12月と部門リーダーと面接して目標達成の確認をしている。面接の結果は人事評価委員会に送られ、助言や支援を行っている。
18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a · b · c	年間重点事業計画に、1.人材の育成と確保①個別研修計画の策定・実施、②面接スキルの標準化・面接スキル向上研修会の開催と記載されている。教育・研修は人材育成教育計画、医学知識教育計画、衛生管理教育計画、看護・介護技術教育計画、新規採用者育成計画があり、階層別、職種別、テーマ別のもとなっている。研修の実施記録は復命書により確認を行った。
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a · b · c	中長期計画の年度ごとの目標に具体的な国家資格者数について数値目標を記載して、サポートしている。職員はスキルチェックシートを用いて、自己評価を行いながら自らの力量について確認して、上司からの評価を受けている。新任職員については新規採用者育成計画に個別的なOJTの内容が定められていて、スキルチェックを行いながら実施している。外部の研修については案内を回覧や掲示して職員に周知している。必要な研修については、業務として参加し復命を行っている。

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a · b · c 年間事業計画の中に、地域福祉活動の推進を掲げている。実習生については、受入れのマニュアルにその目的が記載されている。事業所では今年度、地域の福祉医療専門学校から看護コースの学生の受入れを行っている。受入れに当たっては看護臨地実習要綱に基づいて、学校と打ち合わせを行いプログラムを作成して実施している。実習の際には、教員の訪問も受けたり、レクリエーションの実施の際には学生からレクの企画書を提出してもらい、学校と連携を取りながら行っている。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a · b · c	機関誌には、事業所の理念基本方針、事業計画について公開されている。事業所の活動内容や提供する福祉サービスについても機関誌から確認することができる。予算・決算の情報については事業所内でしか開示されていない。ホームページの作成については、現在検討中とのこと。利用者満足度の調査結果についても事業所内での開示にとどまっている。今回、福祉サービスの向上の取り組みとして初めて第三者評価を受審している。
22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a · b · c	事務、経理、取引等に関するルールや権限・責任は、職務権限規程、責任権限マトリクス、仕事の流れ、購買・修理依頼手続きフロー等に定めがある。また、定期的に会計事務所や社会保険労務士による相談・助言・指導を受けている他、必要に応じ、顧問弁護士からも助言を受けている。外部監査の活用はまだ行っていない。

II-4 地域との交流、地域貢献

		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。			
23	① 利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	a · b · c	地域とのかかわりについての基本的な考え方は事業計画書、中長期目標展開表等に示され、地域ニーズの把握とPR活動、地域との交流強化(演遊会、出前講座、認知症サポーター養成講座)、地域美化活動の参加促進がうたわれている。石崎奉燈祭りはデイケア利用者と職員での見学が恒例となっている。地元商店の買い物を職員の支援で行ない、広報誌に掲載されている。七尾市の相談窓口一覧に加え、隣接の中能登町の情報も加えて掲示されている。
24	② ボランティア等の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	ボランティア受け入れマニュアルが整備され、オリエンテーション、手順書により施設の概要や基本理念、注意事項等を説明し、介護基礎知識の研修を行い、ボランティア活動記録を残している。普通科高校2校のインターンシップと看護科と介護科のある高校の介護実習を年1回継続的に受け入れている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a · b · c	七尾市事業者連絡会 七尾市地域包括支援センター運営協議会、七尾市在宅医療介護連携推進協議会等に職員が委員として定期的に参加し、関係機関・団体との連携を行ない、協力体制の構築に努めている。各連絡会等では地域課題を抽出し市に提言が行なわれている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a · b · c	事業所の2階に多目的ホール「ファミリーホール」を設け、そこで地域住民を対象にした介護教室を年7回開催し、交流の機会とされている。行政からの委託「生活支援サポーター」研修会に職員が派遣されている。
27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a · b · c	買い物難民が多いという地域課題があり、法人運行のさはらバスは地域住民の足となっている。法人で演芸や認知症劇などを職員が披露する「演遊会」は演芸や認知症劇などで認知症の理解や詐欺注意喚起がされている。年1回利用者や家族、地域住民に向けて継続的に行なわれている。今年も開催し約90名が参加している。

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

		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。			
28	① 利用者を尊重した福祉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	民生委員の定例会が年1回各地域ごとに開かれており、毎年職員が講師として派遣されている。地域の高齢化や車の免許を返納すると買い物に行きづらくなるといった地域の具体的な情報を把握する機会となっている。
29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a . b . c	職員倫理規定、基本方針、介護サービスの提供時におけるプライバシー保護マニュアルが整備され、掲示されて定期的に見直しされている。年に1回研修を定期的に行なうことで職員の理解が図られている。虐待防止や権利擁護の研修を計画的に実施している。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a . b . c	事業所のパンフレットと広報誌に基本理念と基本方針が明記されている。それらをクリニック、地域包括支援センター、グループ内事業所、公民館等の掲示コーナー等に設置している。利用希望の本人、家族の個別の希望を聞き取り、それについて図や表、写真等の入ったパンフレット等を使って説明が実施されている。
31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a . b . c	本人、家族の希望を聞きパンフレット等で説明を行なっている。利用に関する料金や内容についても知らせている。計画書は利用者等に説明し、同意の確認の上サインと捺印をいただいた書面を保存している。グループ研修、部署会議で意思決定支援について考える研修や、権利擁護、成年後見制度について研修を行なっている。
32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a . b . c	サービス事業所の変更や施設への移行にあたっては終了カンファレンスを行なっている。介護医療連携シートを作成し、本人、家族が不利益を被らないように、次の施設やサービス事業所にサービスの継続性に配慮して情報提供を行なっている。法人として在宅介護支援センターさばらを、利用者や家族等が相談できる窓口として設置しており、パンフレット等で紹介している。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a · b · c	利用者や家族へのサービスの質の上昇を目的に「利用者様満足度調査」を年1回各事業所ごとに継続して実施している。今年度は現在調査中だが、利用者様満足度調査の結果は集計、分析し提示して利用者や家族に知らせている。デイケア会議等はあるべく利用者、家族に参加してもらい満足度の把握をできるようにと調整が行なわれている。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a · b · c	苦情については部署ミーティングを行い、事故・苦情報告書に記載する。是正処置の実施、および結果は「検討・検証報告書」を作成し、利用者や家族に是正処置の実施、および結果をすみやかに報告する仕組みが確立されている。インシデントは会議、医療・介護安全対策委員会等に報告し、分析・検討が行なわれている。相談苦情事故対応マニュアルが整備されている。
35	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a · b · c	契約時の重要事項説明書に「サービス内容に関する相談・苦情」に相談窓口を記載し、いつでも職員が、本人・家族の相談に応じることを説明している。施設内に「相談・苦情窓口について」に法人の窓口（電話、責任者名）と行政機関その他の苦情受付機関を掲示して周知している。相談や苦情については直接自宅でも利用者や家族に聞くことが多いが、施設内に独立した相談室を確保し、プライベートに配慮した空間で個別に安心して相談できるよう配慮されている。
36	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a · b · c	苦情・相談対応規定があり、事故・苦情報告書、検討・検証報告書等の記録をすることを定めた相談苦情事故対応マニュアルが整備され迅速に対応している。品質マニュアルの規定に基づきマニュアルは定期的に見直しを行っていることが確認できた。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

<p>37</p>	<p>① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>事故発生時の対応と安全確保については、品質マニュアルの不適切サービスの管理業務フローや介護事故防止マニュアル等が整備されている。それを研修や部署ミーティングを通じて職員に周知している。医療介護安全対策委員会が設置され、月に1回事故の発生や問題のあったケースを検討している。契約書で賠償責任について明記されている。損害賠償保険に加入し賠償資力は確保されている。</p>
<p>38</p>	<p>② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>感染対策委員会中心に感染症対策を立案し、各部署での実施を指導・監督し、実施状況の評価を行なっている。感染症の予防や安全確保に関する勉強会を年1回開催し、職員が感染症についてのテストを受けるなど感染症予防について注意喚起している。感染症ごとにそれぞれのマニュアルが整備されており、閲覧が可能となっている。年2回のマネジメントレビューの前にそれぞれのマニュアルの見直しをしている。</p>
<p>39</p>	<p>③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>デイケアでは災害対応マニュアルに沿って利用者全員に避難カードを作成し3か月に1度連絡先等の確認が行なわれている。原子力発電所が近いため原子力防災マニュアルも整備されている。災害のリスク別に有事の際の連絡体制や避難経路等が示されている。また海に近い立地のため、各事業所にハザードマップ(津波)で避難場所の確認を行ない、掲示されている。同グループの入所施設が近くにあり食料や備品などの備蓄は整備されているため、こちらでは備蓄は行なわれていない。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a . b . c	業務フロー図にサービスの細かな規定があり、各部門が連携しサービス提供することが明記されている。利用者を尊重し、サービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮が行なわれている。標準的な実施方法としてスキルチェックシートで一定の水準や内容を保ち、職員のスキルを上げ個別性に着目した対応ができるよう研修や個別指導が行われている。
41	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	品質マニュアルにPDCAサイクルの継続実施について明記されており、マニュアルや業務フロー図、スキルチェックシートを活用して評価を受け、サービス技術や質についての振り返りを行なう仕組みがある。年に2回2月、8月に内部監査を実施し、利用者様満足度調査の結果も含めて、その後マネジメントレビューで報告を行なっている。
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a . b . c	業務フロー図に福祉サービスの実施方法が記載されており、福祉サービス実施計画策定の責任者は各部署の管理者と定められている。利用者及び家族の生活に対する意向は利用者や家族の言葉を生かしてできるだけそのまま書かれている。生活全般の解決すべき課題(ニーズ)の記入や目標も一人ひとり具体的に書かれていることを通所リハビリ計画書で確認した。
43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a . b . c	計画の見直しについては品質マニュアルの中で参加者や時期について定め実施している。利用者や家族の意向はデイケア会議、サービス担当者会議で把握している。リハビリ計画を作成し、実施されている。変更した計画の内容は利用者と家族へはリハビリ計画書の確認と交付が行なわれている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

<p>44</p>	<p>① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>ほのぼのシステムのアセスメント様式を利用し利用者や家族へ面接しICFの視点での見直しが行なわれている。記録する職員で差異が生じないよう「記録の書き方」を参考に、OJTとして経験のある職員と少ない職員を組み合わせ、説明や実際の記録入力作業を行ないスキルの伝達を行なっている。パソコンのネットワークシステムを利用し、コミュニケーションメール等で情報共有や回覧が行なわれている。部署ミーティング、担当者会議等でも情報共有がされている。</p>
<p>45</p>	<p>② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>a · b · c</p>	<p>記録の管理体制は業務フロー図、品質マニュアル等で規定され、手順書の「記録の保存」に具体的な扱いが記されている。品質マニュアルに文書管理の規定がされ、責任者の事務長は各部門の個人情報取り扱い責任者を指名している。サービス記録の開示は契約時に利用者・家族に説明。記録の管理について年1回定期的に研修を実施している。個人情報保護マニュアルが作成され、定期的な見直しを行ない、定期的に研修を実施している。職員倫理規程の基本方針にも利用者のプライバシー保護に最大限の注意を払うことが記載されている。</p>