

## 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) 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。	b	理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」と基本方針を明文化している。理念・基本方針は毎年度初めの全体会議の中で、職員への周知を図っている。理念は契約時の説明、毎月の広報誌への印字、ホームページ等を通じ、利用者・家族への周知を図っている。今後、基本方針についても利用者・家族に周知する取り組み(要点を広報誌に記載、添付等)が期待される。

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(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	所長が剣崎エリアの代表者会議に参加し、経営状況の把握・分析を行っている。又、併設の居宅介護支援事業所や法人内の地域包括支援センターとの情報交換を通じ、地域の情報収集を行っている。
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	1ヶ月の経営状況(利用者延べ数・稼働率・収支の前月比較、要因分析)を取りまとめ、代表者会議の中で検討している。又、代表者会議の資料を職員に説明・回覧し、経営課題等を共有している。

### 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	「経営の安定」「介護力(介護の質)の向上」「社会貢献活動と地域交流」「人材の確保と育成/やりがいある職場作り」の4項目を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定している。
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。	b	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画(運営計画)を策定している。運営計画は1日の平均目標利用者数やデイ部門の重点事項を明示した内容となっている。今後、運営計画については、より数値目標化する取り組みが期待される。
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。	b	運営計画策定における手順書を整えている。運営計画は年度末に所長が素案を作成し、他職員の意見も踏まえて策定している。運営計画の内容は毎年度初めの全体会議で、職員への周知を図っている。今後、運営計画の実践状況を職員全体で定期的に振り返る取り組みが期待される。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	運営計画を施設玄関に掲示している。又、運営計画の内容を抜粋し、広報誌に添付し、利用者・家族への周知を図っている。今後、運営計画の内容をより分かりやすく要約(専門用語を使わず具体的に明示等)し、利用者・家族に周知する取り組みが期待される。

### 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	年1回、県の介護サービス事業所自己チェックリストに基づき、運営上の自己点検を行っている。又、5年毎に第三者評価を受審し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
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	剣崎エリアの各部門が集う運営委員会で組織としての課題を明確にし、必要な対策・改善(接遇力の向上等)を講じている。

## 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。	b	所長の役割・責任を分掌事務分担表に明示している。有事の際の所長不在時の権限委任についても文書化されている。所長は運営計画作成時に、次年度の方向性等を職員に示している。今後、所長の思い・事業所の方向性を年度初めの広報誌で利用者・家族に表明する取り組みが期待される。
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	所長は各研修会(労施協、白山市デイサービス連絡会等)に参加し、関係法令に関する理解を深めている。職員に関係する法令については、説明・回覧を通じて周知を図っている。環境行動改善計画の作成、いしかわ事業者版isoへの登録等を通じ、環境にやさしい事業所づくりにも取り組んでいる。
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	夕方ミーティングの中で、利用者個々への具体的な対応やサービス内容の変更についての話し合いを重ねている。剣崎エリアの運営委員会で、福祉サービスの質の向上・改善について協議している。又、所長は法人全体で推進している自立支援介護の取り組みについても指導力を発揮している。
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	所長は毎月の業務実績(稼働率、売上等)を確認し、経営状況等についての分析・把握を行っている。又、職員が働きやすい職場づくり(はた楽BOXの設置、利用者数に応じた職員配置、希望を反映したシフト調整、日勤職員の待遇改善等)にも積極的に取り組んでいる。

### 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	法人全体の要員計画に基づき、必要な福祉人材(有資格者等)の確保に取り組んでいる。法人本部が求人活動(ハローワーク・派遣業者・マイナビの活用等)を行っている。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として「求める職員像(行動規範)」を明文化し、年度初めの全体会議で職員への周知を図っている。又、職員の専門性・業務遂行能力の向上に繋がるよう、人事考課制度を導入している。

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 職員が働きやすい環境(計画的有休付与、ワークライフバランスへの配慮等)を整備し、法人全体で「いしかわ魅力ある福祉職場認定」を受けている。又、腰痛予防対策・メンタルヘルス対策(ストレスチェック、産業医への相談体制等)や福利厚生制度も整えられている。
II-2-(3)		
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 人材の確保と育成に関する方針を、中・長期計画に明示している。人事考課制度を導入し、職員一人ひとりの育成(目標管理、育成面接等)に取り組んでいる。人事考課結果を職員にフィードバックし、モチベーションの維持・向上に繋げている。
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 職員の教育・研修に関する方針を、中・長期計画に明示している。剣崎エリアの研修計画を策定し、全体会議の中で勉強会を実施している。外部研修参加希望シートを整え、職員の希望に沿った外部研修への参加を推奨している。
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。	b 職員一人ひとりの経験年数・所有資格・所属委員会等を把握し、外部研修計画案を策定している。自己啓発に繋がるよう、外部研修に関する情報を休憩室に掲示し、職員の参加を募っている。今後、介護未経験者の採用も考慮し、新任職員用の研修プログラムの整備が期待される。
II-2-(4) 、		
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 介護実習生受け入れ手順書を整備(目的・基本姿勢を明文化等)し、要望があれば実習生の受け入れを行っている。

### 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。	b	事業所の様々な情報(理念・運営方針、中・長期計画、運営計画、サービス内容、利用料金、デイ便り、苦情受付体制他)をホームページ上で公開し、運営の透明性を確保している。今後、苦情の内容・改善策についても、ホームページで公表する取り組みが期待される。
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	事業所内の取引に関するルールを経理規程に定めている。必要に応じ、外部専門家(社会保険労務士等)の助言を得ている。

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広げるための取組を行っている。	a	中・長期計画に地域との交流に関する方針を明文化している。地域の社会資源に関する情報(地区広報・公民館便り等)を玄関に掲示している。又、地区の文化祭への参加(作品出展・見学)や運動会への協力(救護班として看護職を派遣)、イベント(歌謡ショー等)への近隣住民招待、保育園児とのふれあい等を通じ、地域との交流を図っている。
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	ボランティア受入れ手順書を整え、基本姿勢を明文化している。小学校の校長も参加している地区の連絡会に参加し、いつでも学校教育に協力する旨を伝えている。
Ⅱ-4-(2)			
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	市が発刊している高齢者福祉制度の冊子を活用し、地域の社会資源に関する情報を把握している。又、地区の関係機関(社会福祉協議会、公民館、小学校等)や福祉施設(こども園、居宅、デイ、障害者施設等)が集う連絡協議会に参加し、情報交換を行っている。
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	地域貢献活動に関する方針を中・長期計画に明示し、隣接ケアハウスと合同でティールーム剣崎(年2~3回、利用者家族・地域住民との交流事業=座談会、福祉相談、介護技術講座、認知症サポーター養成講座、デイサービス体験、雑貨作り等)を実施している。町内会と災害時の相互支援に関する覚書を交わしたり、まちづくり活動(夏祭り、奉仕作業等)にも積極的に参加・貢献している。
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	地区福祉施設連絡協議会の定例会・交流会(民生・児童委員、福祉協力員との話し合い等)への参加を通じ、地域の福祉ニーズの把握に努めている。

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	理念に「個人の尊厳を保持」を明示し、毎年度初めの全体会議で職員への説明・周知を図っている。又、毎年度末に法人全体で人権擁護研修(外部講師)を実施し、職員への意識づけを図っている。利用者の尊厳に配慮し、様々な場面(送迎、入浴、排泄等)で個別的な対応を行っている。
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	利用者の権利擁護に配慮し、プライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルを整備している。プライバシー保護・虐待防止マニュアルの内容は施設全体の勉強会を通じ、職員への周知徹底を図っている。入浴・排泄等、羞恥心を伴う場面でのプライバシーには十分に配慮している。
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	理念・サービス内容を分かりやすく記したパンフレット・ホームページを整備し、利用希望者に対して必要な情報を提供している。ホームページのブログ・広報誌で、日々の活動を具体的に紹介している。又、施設見学や1日体験利用にも随時対応している。
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	利用開始前にはパンフレット・重要事項説明書を用い、サービスの内容を丁寧に説明している。パンフレットには写真を多用し、サービス利用時の一日の流れ(タイムスケジュール等)を分かりやすく示している。
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	福祉サービスの継続性に配慮し、他事業所への移行手順書・サービス終了時の相談窓口(所長)・家族等に手渡す文書を整えている。又、居宅ケアマネジャーの要望に応じて退院前カンファレンスに参加したり、必要な情報提供を行っている。
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。	b	利用者・家族へのアンケート調査を毎年実施している。アンケート結果は運営委員会の中で検討・分析し、各部署で具体的な改善策を講じている。今後、アンケートの集計結果・要望等に対する回答は、全家族へ文書でフィードバックする事を期待する。

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 苦情解決の仕組み(受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等)を整え、重要事項説明書・ポスターの掲示を通じて周知を図っている。家族には苦情解決の仕組みを分かりやすく記した用紙(フローチャート図)を手渡している。苦情が生じた場合は、内容・改善策等を毎月の広報誌で公表する仕組みとなっている。法人内のデイ所長会議で各事業所の苦情・要望内容を共有し、サービスの向上・改善に繋げている。
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。	b 施設内に利用者が気軽に相談出来るスペースを2ヶ所設けている。重要事項説明書に相談先(所長)を明示している。今後、玄関の顔写真やデイ便り等に利用者・家族が誰にでも相談出来る旨を周知する取り組みが期待される。
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。	b 利用者からの意見・相談を受けた場合は、夕方ミーティングの場で検討している。現場で判断出来る事については、迅速に返答している。内容によっては次回利用日や後日に返答する旨を伝えている。今後、利用者からの意見・要望を受けた際の記録の方法や報告・検討手順の整備が期待される。
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。		
37	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。	b ヒヤリ・ハットの事例が生じた場合は報告書に記載し、夕方ミーティングの場で対応・改善策を検討している。敷地内事業所合同の事故防止委員会(毎月)にデイ職員も参画している。年2回、全体会議で事故防止に関する勉強会(事例紹介、グループワーク等)を行い、職員への対応周知を図っている。今後、交通事故以外にも様々な事故を想定したマニュアルの整備が期待される。
38	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。	a 感染症対策マニュアルを整備している。敷地内事業所合同の感染委員会(毎月)にデイ職員も参画している。全体会議で年2回、感染症に関する勉強会(食中毒/ノロウイルス・インフルエンザ)を行い、職員への対応周知を図っている。感染予防の為、流行時期には出勤時に検温を実施している。又、家族にも利用者にて体調不良が見られる場合はお休みして頂くように働きかけている。状況に応じて保健所と連携し、必要な指導・助言を仰いでいる。
39	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。	b 火災、地震、風水害等を想定した防災マニュアルを整備している。敷地内事業所合同の防災委員会(毎月)にデイ職員も参画している。年1回、全体会議で「防災」をテーマに勉強会を行い、デイ事業所独自で火災や水害を想定した避難訓練を実施している。備蓄品(非常食等)は隣接ケアハウスの栄養士が保管・管理している。今後、大規模災害に備え、家族の安否確認・連絡手段等(災害ダイヤルの活用等)を予め確認する取り組みが期待される。

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。	b	基本的な各介護マニュアルを整えている。又、利用者の一人ひとりの身体状況・要望等を考慮した注意事項一覧表(送迎、入浴、排泄等)を整備・職員に周知し、個別対応を図っている。今後、基本的な介護マニュアル内容に沿ってサービスを実施しているかを定期的に点検・確認する取り組みが期待される。
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	各介護マニュアルを見直す時期・手順等を文書化し、年1回、内容点検を行っている。個別対応を記した注意事項一覧表については夕方ミーティングの場で修正・職員に周知する仕組みを整えている。
Ⅲ-2-(2)			
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。	b	通所介護計画策定の責任者(所長、看護職員)を分掌事務分担表に明示している。ケアプラン作成手順書を整え、通所介護計画を策定している。通所介護計画の実施状況を毎月モニタリングし、担当ケアマネジャーに職員の気づき・今後の留意点と併せて報告している。居宅のフェイェシートを基にアセスメントを実施しているが、事業所独自のアセスメント手法・様式等を整備する取り組みが期待される。
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	ケアプラン作成手順書に通所介護計画の見直し時期(基本、認定更新時期毎)を明示している。利用者の状態変化が生じた場合は居宅ケアマネジャーと連携し、随時の見直しを行っている。計画内容の変更点は所長から説明し、職員への周知を図っている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	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。	a	職員によって記録内容に差異が生じないよう、パソコンの記録システムを活用している。業務に必要な情報は朝・夕のミーティングや申し送り帳を通じ、職員間への周知が図られている。又、ネットワークシステムを構築し、事業所内の情報を共有する仕組みを整えている。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録管理の責任者(所長)を定めている。記録の保管・保存・廃棄等に関する内容を、文書管理規程に明示している。個人情報保護規程を整え、毎年、4月の全体会議の中で職員への周知徹底を図っている。個人情報の利用目的を整え、個人情報の使用(ホームページ、広報誌、ブログ等での写真使用含む)に関しては契約時に文書で同意を得ている。