

## 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。	a · b · c	<p>基本理念である「人と人 心と心を礎に」のもと、①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報連相の徹底という「3つの徹底」を基本方針に掲げている。</p> <p>理念と基本方針に基づき、施設長が毎年4月に「品質目標」を設定し、具体的な行動指針である「アクションプログラム」を策定している。設定した項目について7月、12月に達成度チェックが行われ、8月と12月にマネジメントレビューによる振り返りを経て翌年度の品質目標の見直しが行われており、理念と基本方針、具体的な行動指針についてのPDCAサイクルが確立されている。</p> <p>理念の周知に関して、パンフレットや広報誌、重要事項説明書への記載、家族会での説明の他、事業所に掲示し、朝礼時の唱和やリーダー会議、全体会議やユニット会議でも確認を行っている。</p>

#### 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 · b · c	<p>年1回、10月に利用者アンケートを行い、利用者及び家族からの意見や要望を把握し、集計・分析を行い、翌2月、マネジメントレビューにて評価を実施する。</p> <p>また、事業計画の策定にあたっては「七尾市老人福祉計画・第7期介護保険事業計画」等地域の介護保険計画を参照し、人口分析や福祉ニーズの把握を行っている。</p> <p>現場からは、アクションプログラムの達成度・進捗状況の確認、職員からのヒアリング、SWOT分析やリスク分析等による経営分析を行った上で総合的な把握と分析を行っている。</p>

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	<p>月1回行われる「在宅推進委員会」にグループ内の全事業所管理者が参加し、利用率やコスト分析等経営課題の分析・検討を行っている。経営状況や検討課題は月2回の「運営会議」で理事長との共有がなされており、月1回の「全体会議」で職員への周知が図られている。</p> <p>また、毎月の経営課題の改善や解決、また次年度の事業計画に反映するための11月から翌3月まで毎月1回「人事評価委員会」「推進者会議」を開催し、各施設の管理者、グループ法人の責任者、専務理事、アドバイザー参加の下、振り返りおよび次期のアクションプログラム策定に向けた取り組みを行っている。</p>
---	-----------------------------	-----------	--

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	<p>「中長期計画目標展開表」により、2019年～2021年の3年間の中長期的な計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、①人材の育成・確保②サービスの質の向上③地域福祉活動の推進が経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取れたものとなっている。</p> <p>また、中長期目標には、地域活動の促進において地域福祉交流会の回数や出前講座、施設体験会の回数等測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなり、必要に応じ「課題分析」で見直しを行っている。</p>
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	<p>単年度の計画は「中長期目標展開表」に基づき、より具体的な内容が盛り込まれている。平成31年度の年次事業計画は中長期計画と対応し、①「人材の育成と確保」に関しては新スキルチェックシートを用いたOJTや人材の連携(他事業所への支援)、職員満足度調査の実施と評価、②「サービスの質の向上」に関しては個別ニーズの把握とクリエイションの検討やヒヤリハットが発生した箇所を地図に落とし込む「ヒヤリマップ」の更新、③「地域福祉活動の推進」に関しては地域交流の実施や介護予防教室への出前講座等、中長期計画と連動した単年度の計画を策定している。</p> <p>また、「事業目標」で延利用人数や利用率の目標の数値化を行っているとともに「品質目標実績表」を用いて達成度の評価を行っていることが確認できた。</p>

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。	<p>a · b · c</p> <p>事業計画にある「人材の育成と確保」という項目は人材の確保が困難という現場の声を捉え、経営課題として事業計画およびアクションプログラムに反映させている等事業計画は職員参画のもと策定されている。 事業計画の評価は「アクションプログラム」「品質目標実績表」を用いて毎年7月、12月に行われ、8月と2月にマネジメントレビューにより定期的に見直しが行われていることが確認できた。事業計画は年1回、全職員を対象に「事業計画説明会」を行い周知されている。</p>
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	<p>a · b · c</p> <p>事業計画の概要をわかりやすくまとめた資料を広報誌「いしずえ」に掲載し、利用者および家族等に配布している。また、事業所内に掲示されていることも確認できた。 年に1回家族会を開催しており、家族会の中で事業計画の内容をわかりやすく説明した資料を用いて、家族に説明している。</p>

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。	<p>a · b · c</p> <p>満足度調査やマネジメントレビューの評価に基づいて、重点的にサービスの質の向上に取り組む個所を示した「品質目標」を年度初めに設定し、品質目標の達成度は「品質目標実績表」により随時チェックしていることが確認できた。 また、品質マニュアルに基づき、年2回(7月と1月)内部監査を実施し、サービスの質の改善・推進につなげている。 法令への適合は県の指導監査様式(自己チェックリスト)に基づいて定期的に行うとともに、第三者評価も継続して受審しており、第三者評価の指摘事項については検討・改善に繋げている。</p>	

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	<p>毎年10月に「利用者様満足度調査」(利用者アンケート)を実施し、利用者意見を収集しニーズの把握を行っている。アンケート結果は、翌年2月の「マネジメントレビュー」により理事長・責任者・施設長により評価、振り返りを行い、次年度のアクションプログラムに反映させている。マネジメントレビューの資料作成は職員参加の下行っており、職員間で課題の分析、共有が行われている。</p> <p>利用者アンケートから得られた意見は検討し、改善の取組を行っている。「レクリエーションがマンネリ化している」との利用者アンケートが結果に基づき、次期のアクションプランで「レクリエーションのマンネリ化改善」を実施項目に挙げて改善に取り組んでいる。</p> <p>また、アンケートの中から寄せられた意見と改善策については、機関誌「いしずえ」に掲載し、可視化を図っている。</p>
---	--	-----------	--

## 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	<p>毎年の「運営会議」で法人内における事業所および管理者の役割を明らかにしている。管理者の果たすべき役割は、法人広報誌「いしずえ」に事業所別に記載されていることが確認できた。</p> <p>また、法人内部では、管理者の職務について、不在時の対応も含めて「職務権限規程」に記載され、周知されている。管理者のみならず、部門長や事務局、各部門のもつ責任や権限を一覧にした「責任権限マトリクス」が品質マニュアルに記載されており、施設長、役職員間での責務が可視化されている。</p>
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	<p>主任会議(総務部)が担当となり、「法令遵守規程」が作成されている。年1回7月に法人内で「年度勉強会」を開催し、遵守すべき法令について管理者間での情報共有を行い、随時、全体会議で周知を図っている。</p> <p>また、2ヶ月毎に社会福祉法人・施設等指導等指導監査調書様式である「自己チェックリスト」(石川県厚生政策課公表)を用いて法令に適合しているかをチェックされていることが確認できた。</p>

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 <p>管理者は年2回定期的に(7月と11月)、品質目標実績表に基づき実施するサービスの質を把握し、SWOT分析(強み・弱み・機会・脅威)を用いて分析を行い、翌月(8月と2月)マネジメントレビューで理事長からの評価を受けている。 CS(顧客満足)に関しては利用者アンケートで課題を把握し、ES(従業員満足)に関しては定期的に(概ね1名/月)面談を行い、話し合いの中で課題を発見している。設備面や業務の分担について聴取し改善に取り組んでいる。取り組みの結果は日々の申し送りで報告されている。</p>
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 <p>管理者は、中長期計画や年度計画、品質目標および品質目標実績表に基づいて、人事や労務、財務を踏まえて現状分析を行っている。 「人と人 心と心を礎に」の理念に基づき、人員を配置基準より多めに設定したり、ノー残業デーを設定したり、有給休暇の取得を推進したり、ワークライフバランスに配慮しながらリーダーシップを発揮している。</p>

## 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 <p>必要な人材や人員に関する基本的な考え方や人材確保、育成に関しては品質マニュアルの「力量・教育・訓練及び認識」にその方針が確立されている。 「資格・認定リスト」を用いて有資格者の把握を行い、専門職の配置、人員体制についての計画や、計画に基づいた人材確保・育成の方針は月2回の「運営会議」で検討されている。 計画に基づき、ハローワークや専門学校、合同面接会等にて採用活動を行い、人材の確保を行っている。</p>	
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c <p>法人の理念・基本方針に基づいた「人事評価規程」を定め、期待する職員像を示している。 等級、業務内容、業務レベルおよび昇格要件を定めた「資格等級体系フレーム」に沿って人事が運用されており、職員は3か月に1回、フレームに沿って自己評価を行い、その後上司評価が行われる。加えて、評価には外部研修やボランティアへの参加、出勤状況を勘案した「情意評価」も行われ、職員一人ひとりの能力や意向に応じた総合的な人事管理が行われている。</p>	

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。	<p>a · b · c</p> <p>職員の有給休暇、産前産後休暇の取得状況や労災保険、健康診断の実施は「衛生委員会」で管理・把握を行っている。また、職員の悩み相談窓口として「健康で安心して働ける職場づくり相談窓口」が設定され、産業医、産業カウンセラー、外部の相談機関が明示されている。</p> <p>職員の意見を反映し、有給休暇については、職員ごとの誕生日や結婚記念日等の記念日を把握し、その日に有給休暇(記念日休暇)が取得できるようシフトの調整を行っている等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。</p> <p>また、新規採用者の育成体制、キャリアパスと人材育成、職場環境、地域貢献・コンプライアンスの面で基準を満たした事業者が認定される「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を2018年4月に石川県から受けている。</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。		
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	<p>a · b · c</p> <p>「資格等級体系フレーム」を用いて法人の期待する職員像を明確にしている。達成項目、達成水準が記された「スキルチェックシート」を使い職員一人ひとりの達成すべき目標が設定されている。</p> <p>また、職員一人ひとりの研修取得に関して、介護職員初任者研修や実務者研修のほとんどが金沢市や加賀地区で開催されており、能登地区では研修機会が少ないため、介護員養成研修事業者と協力して、施設のホールを教室として提供している。これにより資格取得の機会が確保されている。</p>
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。	<p>a · b · c</p> <p>基本方針に①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報・連・相の徹底と、期待する職員像が示され、基本方針に基づき、組織が職員に必要とする専門技術や専門資格を「教育訓練体系図」で示している。</p> <p>研修計画として「教育計画書」を作成し「人材育成」「医学知識」「衛生」「看護・介護」等個別の研修計画が作成されており、計画に基づいて研修が行われている。計画は毎年3月の「人事評価委員会」で定期的な見直しが行われている。</p>
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。	<p>a · b · c</p> <p>職員一人ひとりの知識や技術・資格の把握に関しては「資格認定者リスト」を作成し、年2回、4月と10月にリストを更新することにより把握を行っている。新人職員への研修については「新規採用者育成計画」に基づいて行われており、各新入職員の業務について達成すべき水準をリスト化した「スキルチェックシート」を用いてOJTが行われている。</p> <p>外部研修については、研修の案内が法人内のグループメールで随時配信されており、参加希望者に対してはシフトの調整・配慮が行われていることが確認できた。</p>

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 実習生の受け入れに関する基本姿勢や手順を含んだ「実習生受入マニュアル」を整備している。マニュアルに基づき、学生、ボランティア実習生、インターン生のほか、外国人技能実習生の受入も行っている。 前回の第三者評価での指摘事項となっていた、技能実習生の指導者への研修については、「技能実習指導員講習」を受講できるようシフトへの配慮を行うことで、指導者に対する研修の体制が確保されていることが確認できた。実習に際しては、「実習実施予定表」を用いて受け入れ元の学校とは密に連絡・調整を行っている。

### 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。	a · (b) · c	広報誌「いしずえ」には法人理念、事業概要、相談・苦情やそれらに対する改善・対応状況の記載、利用者満足度調査の結果が示されており、事業所ごとの特色や、施設で行われているケアの内容等が、法人内の他の事業所と比較して掲載されている。 財務状況は福祉医療機構の「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」を介して閲覧可能となっている。 法人および事業所のホームページは開設されていない。さらなる情報公開のため、ホームページの開設とウェブ上での情報開示が望まれる。
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 · (b) · c	事業所における事務や経理、取引等に関するルールは「品質マニュアル」としてマニュアル化され、品質マニュアルは事業所内の閲覧し易い箇所に置かれている。職務分掌については「職務権限規程」により明確にされている。 労務については社会保険労務士が必要に応じて相談や助言を得ながら事務処理を行い、経理については会計事務所に帳票のダブルチェックおよび会計処理の助言を得られる体制となっている。 内部監査は定期的(7月と1月)に品質マニュアルに沿って定期的に行われていることは確認できたが、外部監査については行われていることが確認できなかった。

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 · b · c	地域との関わり方についての基本的な考え方はデイサービスの基本方針や中長期計画・事業計画に明記されており地域福祉活動の推進を行なっていくとしている。地域の社会資源を収集した「社会資源一覧表」を作成し、掲示板や玄関フロアーには七尾市相談窓口一覧や支援センター等の関係機関の資料を備え情報の提供を行なっている。能登島全域での法人広報誌「いしずえ」の配布や「半浦秋祭り」「演遊会」への参加、のとしま幼稚園の訪問などで地域の人々との交流を図っている。地域のイベントである「能登島ふれあい祭り」では利用者が参加できるよう送迎などの支援も行っている。また、利用者から福祉シューズについての相談があり、福祉用具会社に来てもらって購入するなど個々のニーズに合わせ対応している。
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	ボランティアの受け入れについては法人の「ボランティア受け入れマニュアル」等に地域社会との関わりを大切に積極的に受け入れていくと示している。また、学校教育への協力についても人材の育成を目的として積極的に受け入れる事により連携を図りながら社会に貢献していくと示されている。ボランティアには詩吟や民謡・詩の朗読や歌謡ショーなど多種多様の登録がされている。マニュアルのボランティア手順書には受け入れの申し込みから事前確認、オリエンテーションを行う事となっており、オリエンテーションでは施設や基本理念の説明の他どんなスタッフが勤務しているか声かけの仕方や自立支援についても分かりやすく伝えている。また、七尾市の高校の実習生の受け入れも行なっている。
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	社会資源は法人でリスト化され「社会資源一覧表」として作成されている。公的機関・ライフライン・医療福祉・施設関連業者などの他に個々の利用者に対応できる銀行や和菓子店・スターなどもあげられ各事務所に設置し共有されている。月に1回行われるグループ全事業所での「在宅推進委員会」や「七尾市介護保険事業者連絡会」のほか定期的に「七尾市総合福祉施設協議会」「石川県老人福祉施設協議会」などの関係機関と情報交換を行い連携の強化を図っている。地域の共通の情報のやり取りについて関係機関と七尾市で決められた介護医療連携用紙を使いスムーズに行えるようになっている。



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 · b · c	隣接されたコミュニティーセンターが災害時の避難所となっている為、連携を図ると同時に毎年開催される「能登島ふれあいまつり」では福祉介護相談や福祉用具の展示コーナーを設け協力している。地域の方々には施設見学体験会や、能登島地区・石崎地区・和倉地区での介護出前講座を開催し、老人会会長や民生委員より頼まれる事もあり熱中症や会議保険制度等の話や住民の質問相談に応じている。また施設内の厨房を利用した七尾市から委託された配食サービスも行い安否確認を含めた訪問を行なっている。家族会で行われる講演会や介護教室には地域の住民が参加できるよう体験会や出前講座の際や集会所などの集まりやすい馴染みの場所で案内をしている。また、施設として和倉駅前の除草作業の美化ボランティアにも参加している。
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 · b · c	年2回の施設見学体験会や、年6回の介護出前講座を開催し、その際にアンケートを実施している。また、デイサービス内に併設された在宅介護支援センターや「能登島ふれあいまつり」に介護施設相談のコーナーを設け困りごとを聞くなど情報収集を行なっている。介護出前講座では民生委員対象のものも開かれ13名が参加されている他、七尾市介護保険事業者連絡会等の参加で地域包括支援センターや他事業所と連携を図り地域のニーズの把握に努めている。具体的な活動として七尾市からの委託事業の配食サービスでは、能登島の中部地区・東部地区を担当し1時間かけて訪問している他、法人グループ全体で「演遊会」の開催などに取り組まれている。

### 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	法人理念に「人と人 心と心を 礎に」とあり人や心の繋がりを大切にし人として心から接する事を基本理念としている。朝礼時には全員で唱和し、法人や悠々ホームの基本方針や職員倫理規定とともに事業所内に掲示され日々意識できるようになっている。倫理規定や各マニュアルには利用者の立場に立ち意向を重視していく事やホームの基本方針には身体拘束・虐待発生防止について示され、権利擁護や虐待防止の研修も実施されている。身体拘束委員会「行動評価表」「スキルチェックシート」で定期的に日頃のサービスを振り返り対応が話し合われている。

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	<p>プライバシー保護マニュアル」が整備されており、入浴や排泄・着衣の着脱等の配慮について示されている。虐待防止のマニュアルには県の「高齢者虐待防止マニュアル」を使用し、法人グループ内で実施されている身体拘束・虐待防止についての研修等を全体会議の機会に伝達し周知を図っている。守秘義務や個人情報、権利擁護には施設内の掲示や重要事項に示されており利用の際にサービス利用に関する留意事項として利用者や家族に説明を行なっている。2ヶ月に1度行うスキルチェックシートでサービス提供の確認を行っており、不適切な事柄が発生した場合に対応する「不適合サービスの管理業務フロー図」も品質マニュアルの中で確認した。施設内は過ごしやすい床暖房と空調の修繕が行われており、利用者のプライバシーに配慮し洋式トイレはカーテンから扉に変更した。男性トイレについては排泄時にカーテンの使用を行なっている。休憩時やオムツ交換でのベットの使用の際にはパーテーションやカーテンを仕切りとして使用し配慮していた。</p>
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	<p>施設を紹介するパンフレットや新聞には理念と基本方針が書かれ写真や文字の大きさを工夫し、一日の流れやレクリエーション活動を見やすく紹介している。その資料は利用希望者だけでなく地域住民も入手が出来る様にのどまコミュニティセンターをはじめ能登島地区・石崎地区・和倉地区の公共施設や地域包括支援センターなどに法人広報誌「いしずえ」や各施設のパンフレットや新聞を配置させてもらっている。またパンフレットの内容は、問合せ・見学・体験利用に対応できることが明記され、その都度見直しを図っている。掲載された写真と色合いを29年度に変更している。デイサービス相談受付簿の内容から家族や本人の利用等の相談に対して丁寧に応じていることがわかる。ホームページについては作られていないが厚生労働省の介護サービス情報公表システムから事業所の概要を見ることができ、基本方針や特色・サービス内容等について知ることが出来る。より詳しくタイムリーな情報の発信としてホームページの検討も期待したい。</p>
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	<p>サービス開始の際には、生活相談員が重要事項と一日の流れが載っているパンフレットや機関紙を用いて説明を行なっている。特に重要事項の料金表の部分などは拡大した別紙も用意し分かりやすく工夫されている。変更があった場合も同様に通所介護計画書等で丁寧な説明を行なっており納得の後、利用者や家族に署名をいただいている。</p>

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>b</b> ・ c	入院や退所などにより他事業所への移行や変更の際には、生活相談員が介護支援専門員と連携をとり七尾市の介護医療連携用紙を使用して他機関の引き継ぎや情報交換を行えるようになっている。サービスの利用終了後の相談窓口を記した利用休止の書類をコピーし、渡す際に説明を行なっている。業務フロー図には変更時の流れは示されているが今後の継続性に配慮し引き継ぎやサービス終了時の手順についての整備が期待される。
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	利用者満足度調査を毎年10月に実施しその結果をデイサービス玄関フロアに掲示している。満足度調査のアンケートのほか、興味関心調査や嗜好調査・担当者会議や新規相談時など様々な機会を通して意見や要望を収集する努力をしており、以前は箱で作った意見箱を使用していたが、より多くの意見を頂きたとの思いから可愛いデザインの意見箱を購入するといった試みも行っている。調査結果と分析・対応については3月の家族会で報告を行い、今年度はセンター長をはじめ職員4名と家族会19名が参加している。茶話会も行い家族会からも利用者満足につながる情報を得られるよう努力している。利用者満足度調査はマネージメントレビューで報告され分析・検討された結果、レクリエーションのマンネリ化との意見に機能訓練とレクリエーションの充実を目標に掲げ改善を行っている。
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	苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員といった苦情解決の体制が整備され、体制が記載された石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターが事業所内に掲示されている。苦情受付体制は重要事項説明書にも記されており、契約時に説明している。 利用者アンケートである「利用者様満足度調査」を実施するにあたって、事業所が独自に行わずに外注することで、意見や苦情を述べやすくなる仕組みを作っている。 苦情は「苦情受付書」により受付され、安全対策委員会で一次検討が行われ、「検討・検証報告書」により二次検討を行い、管理責任者が最終確認を行い解決となる。解決結果は利用者や家族への説明の上、結果を事業所内に掲示し、家族会で報告し、広報誌で公表している。

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	<p>事業所の苦情相談窓口の他、行政、国民健康保険団体連合会、石川県福祉サービス運営適正化委員会等、複数の方法や相手を自由に選択できることが重要事項説明書に示されている。</p> <p>石川県福祉サービス運営適正化委員会のポスターに苦情受付者、解決責任者、第三者委員を明記し掲示されている。</p> <p>また、年1回「第三者委員報告会」を開催し、「利用者様満足度調査」の結果報告や苦情の報告が行われているほか、広報誌「いしずえ」には、利用者からの意見・要望とその回答や解決事例が掲載されており、気軽に相談や意見を述べられる環境を整えている。</p>
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	<p>相談や意見、苦情を受けた際の記録方法や報告手順、対策については「苦情相談対応マニュアル」を整備し、マニュアルは定期的に見直しを行っている。施設に意見箱を設置している他、「利用者様満足度調査」や家族会からも意見の傾聴に努めている。</p> <p>利用日の変更や座席の変更等、細かいことでもいつでも気軽に相談ができることを適宜利用者に伝えており、すぐにできることはその場で対応し、対応に時間が掛かる際はその旨を懇切丁寧に利用者に説明している。</p>
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。	a · b · c	<p>リスクマネジメントに関する委員会として「安全対策委員会」を設置、統括リスクマネージャーは施設長、リスクマネージャーは主任・部長となっている。事故発生時の対応手順は品質マニュアル内の「不適合サービスの管理業務フロー」内でフローチャート化されて定められている。</p> <p>ヒヤリ・ハット事例は事故は「ヒヤリ・ハット報告書」「事故・苦情報告書」に記録され、報告書をもとに安全対策委員会で再発防止策を検討し、現場で検証を行う。この一連の流れは品質マニュアルの「是正処置の管理業務フロー」から確認できた。</p>
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 · b · c	<p>月1回の頻度で、各施設の担当者による「感染対策委員会」が開催されている。また、「感染対策マニュアル」を策定し、「感染症発生時の対応フロー」としてフローチャート化され、年2回の感染対策研修で職員への周知がなされている。</p> <p>感染症の発生時期になると感染対策委員会が中心となり、医師監修のもと感染対策リーフレットを作成し、職員に配布している。</p>

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。	a · b · c	<p>年4回、管理責任者と各施設の防災管理者により「防災管理会議」が開催され、その中で防災マニュアルの作成・見直し、防災訓練の計画が行われている。会議の中でハザードマップをもとに風水雪害や原子力災害のリスクと取るべき対応を検討し、マニュアルに反映させている。現在、自治体と協議して、災害時の連携方法を再確認している。</p> <p>非常時の安否確認方法として、利用者の一覧表、職員の夜間緊急連絡網を作成している。また、備蓄品リストを作成し、リストに基づき備蓄が行われていることが確認できた。倉庫には備蓄食品の使い方が写真で説明されており、備蓄食品を使用した非常時の献立表も用意され、非常時に慌てることなく職員が非常食を提供できる体制が整えられている。</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	<p>提供するサービスの標準的な実施方法については「スキルチェックシート」チェックリスト形式で文章化されている。チェック項目の中には、利用者の尊重、プライバシーへの配慮等も含めたサービス全般についてリスト化されている。</p> <p>職員は、スキルチェックシートに基づいて年1回自己評価を行い(新人職員は3ヶ月に1回)、リーダーの一次評価を経た後に合議評価を行い、スキルチェックシートに基づき業務が実施されるかを確認する仕組みが確立されている。</p>
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	<p>標準的な実施方法をフローチャート化した「業務フロー図」、および各種マニュアルの検証および見直しは内部監査の前後で必要性を判断して見直しが行われることが「品質マニュアル」により確認できた。各帳票はリビジョンにより版が管理されており、平成30年に品質マニュアルのリビジョンが改訂されていたことが履歴により確認できた。</p> <p>検証・見直しについてはサービス計画や職員意見、利用者意見が反映されて行われている。「利用者様満足度調査」(利用者アンケート)に関して、以前は職員が直接聞き取っていたが、直接には言いづらいことがあるとの職員意見で、外部による委託に実施方法を変更した結果、回答数は減ったが意見は増えた。</p>

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。	<p>a · b · c</p> <p>デイサービスの利用前に、法人で統一された「介護・医療連携用紙」のほか、「居宅訪問チェックシート」「リハビリテーション評価表」「バーゼルインデックス」を用いてアセスメントを行っている。基本は生活相談員がアセスメントを行うが、利用者の状況に応じて多職種が連携してアセスメントを行っている。</p> <p>月に1度のモニタリングの際に、計画どおりにサービスが行われているか把握し、その際に新たなニーズがないか把握を行っている。</p>
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。	<p>a · b · c</p> <p>福祉サービス実施計画である通所介護計画書、および機能訓練実施計画書は利用前(原案)、利用開始時、利用開始から1ヶ月後、それ以降は3ヶ月に1回および利用者の状態変化の際に計画が見直されており、見直しの際に事務部・看護部・介護部でカンファレンスを行っていることが「業務フロー図」により確認できた。</p> <p>プラン作成にあたっては利用者および家族のニーズを細かく把握し、送迎の際の車椅子利用、家族の都合に合わせて送迎時間を変更する等利用者の個別ニーズに添えるよう配慮している。</p>
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。	<p>a · b · c</p> <p>入居者に関する情報やケース記録はシステムを使い管理されている。記録の中で申し送りが必要なものについては、申し送りデータに全員チェックを入れなければ申し送りが完了しないため、伝達漏れがない仕組みが作られている。</p> <p>記録する職員間で記録内容に差異が生じないよう、「施設職員のための介護記録の書き方」をテキストに研修を行っている。</p> <p>情報共有については、法人内での情報は社内LANを用いて行われ、外部の医療機関や介護施設に利用者情報を共有する際は「介護・医療連携用紙」の様式を定め、外部との連携を行っている。</p>

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

利用者の記録の保管や保存、廃棄、情報提供に関する規定を定めた「個人情報保護マニュアル」を整備し、個人情報の不適正利用や漏洩に関する対策は「個人情報に関する基本方針」で定められている。また、「記録一覧表」を作成し、その中で記録の種類毎に関する管理責任者が明記されている。

年1回今年度は7月に、法人全体で「個人情報保護・プライバシー研修」を行い職員へ周知している。「SNS等への投稿も不適切事例」等、新しい事例も交えて研修を行っている。

個人情報の取り扱いに関しては、契約時に丁寧に「個人情報に関する基本方針」について不明瞭な点なくなるまで説明を行い、利用者・家族に同意をもらっている。