

## 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。又、理念はホームページ・ショート便りで噛み砕いた解釈文を掲示し、利用者等への周知を図っている。今後、利用のしおりにも理念を明示する事を期待する。

#### 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	老施協・経営協からの情報や法人内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターからの情報、関係団体からの情報を集約し、事業・経営状況の把握を行っている。又、毎月の事業報告書で経営状況に関する前月との比較(利用率の推移・要因等の分析)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	理事長も参加する管理者会議で経営状況・課題を明らかにしている。その後、各会議で経営課題について検討し、必要な対策を講じている。

### 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、ケアハウス全体で単年度の事業計画(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・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	運営計画作成の手順を文書化している。年度初めの全体会議で、運営計画の内容を全職員に周知している。今後、運営計画の実践状況を定期的に評価・見直しす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	運営計画の資料を利用者・家族に配布するとともに各フロアに掲示し、理解を促している。今後、運営計画の内容・資料を噛み砕き(自立支援介護の取り組みを具体的に記す、専門用語を使わない等)、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	剣崎エリア全体の運営委員会の中で、福祉サービスの質の向上・改善についての協議を重ねている。又、年1回、県の介護サービス事業所自己チェックリスト(ショート用)に基づき、運営上の自己点検を行っている。
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	組織として取組むべき課題を介護ミーティング(ショート職員)・運営委員会の場で検討し、必要な改善策を実施している。

## 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	施設長の役割・責任(平時、有事)を分掌事務分担表に明示している。今後、施設長の考えや施設の方向性等を年度初めのショート便りに表明する取り組みが期待される。又、施設長不在時の権限委任についても明確化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	施設長は法人からの情報や様々な研修への参加を通じ、遵守すべき法令全般についての理解を深めている。法令遵守マニュアルを整え、職員に伝えるべき内容については全体会議の中で周知を図っている。
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	福祉サービスの向上・リスクマネジメントを目的とする委員会活動(事故防止、感染、身体拘束廃止・虐待防止、防災、保健安全衛生等)に施設長自らも参画している。又、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	施設長は各専門職種の業務内容を把握・分析し、業務の効率化や働きやすい職場づくり(残業ゼロ、休憩時間の確保、職員の意見・提案を吸い上げる「はた楽BOX」の設置等)に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。法人本部による求人活動の他、職員による紹介制度も設けている。
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組んでいる。	a 法人本部と共に、就業状況の把握・分析を行っている。職員が働きやすい職場環境(計画的有休付与制度、はた楽BOXの設置、ワークライフバランスへの配慮等)を整え、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。職員の心身の健康を守るよう、腰痛予防対策やメンタルヘルス対策(ストレスチェック、産業医によるフォロー等)を実施している。又、福利厚生制度や資格取得のバックアップ体制も整備されている。
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に取り組んでいる。具体的かつ客観的な考課基準(規律性、責任制、協調性、知識・技術、接遇態度等)を整え、職員のモチベーションの維持・向上に繋がる仕組みとなっている。
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 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。剣崎エリアの年間研修計画を策定し、全体会議の中で勉強会を実施している。年間研修計画の内容は運営委員会で評価・見直しを行い、次年度の計画に反映している。外部研修参加希望シートを用い、職員の希望に沿った外部研修に参加できる仕組みを整えている。
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 様々な外部研修に関する情報をスタッフルームに掲示し、職員の参加を募っている。職員の経験年数に応じ、階層別研修(初任者・中堅職員・指導的職員等)への参加機会を設けている。新任職員には業務手順書を用い、OJTを実施している。今後、新任職員の教育を充実出来るよう、プリセプター制度の有効活用、計画的なプログラムの作成、定期的な評価の実施等が期待される。
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 介護実習手順書に目的・受け入れに関する基本姿勢を明示している。要望に応じ、認知症実践者研修や高校生の職場体験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、事業計画、ショート便り、利用料金、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。地域行事(桜まつり、夏祭り、運動会・文化祭見学等)への参加や施設行事(感謝祭、餅つき、流しソーメン、海苔巻き作り等)への招待を通じ、ケアハウス全体で積極的に地域との交流を図っている。近隣への行事案内は職員がポスティングし、住民との距離感を縮めている。
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	「受入れ手順書」を整え、多様な個人・団体ボランティア(感謝祭時、慰問、洗濯物たたみ、傾聴、フットセラピー等)の受け入れを行っている。ボランティアの前には、注意事項等を説明している。今後、より理解を得られるよう、予め「ボランティアをする為の10の心構え」資料の配布を予定している。
Ⅱ-4-(2) no			
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	生活相談員が地域の社会資源に関する情報(関係機関、介護保険・高齢者福祉制度、保険外サービス等)を把握し、必要時は職員・地域住民にもお知らせしている。地区の福祉施設連絡協議会、老施協の会合、相談員部会、ケアハウス部会等に参加し、関係機関・団体との連携強化を図っている。
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、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等)を実施している。隣接のデイサービスを地域に開放し、住民と共に介護予防体操を行っている。地域の活性化(盆踊りに職員が仮装して参加等)やまちづくり活動(清掃・奉仕作業等)にも貢献している。
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	ティールーム剣崎は地域住民の声・福祉ニーズを吸い上げながら実施している。地区の福祉施設連絡協議会への参加を通じ、民生・児童委員、福祉協力員との連携を図っている。地域住民の気軽な介護相談にも快く応じ、必要時は居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに繋げている。

## 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。	b	理念に「個人の尊厳を保持」を明示している。理念・各職種の倫理綱領を毎年度初めの全体会議で職員に周知している。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。又、不適切ケアに関する自己チェックシートを通じ、尊厳・人権に配慮した支援を行っているかを振り返る機会を設けている。今後、不適切ケアに関する自己チェックの定期的な実施、又、組織として結果を集約・分析する取り組みが期待される。
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	プライバシー保護マニュアル、身体拘束廃止・虐待防止マニュアルを整備し、現任者には毎年の勉強会を通じて周知を図っている。新任者にはオリエンテーションの際に、同内容を説明している。ショート部屋は個室、2人部屋でもカーテンを使用し、プライベートな空間を確保している。
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	利用希望者に対して必要な情報をパンフレット(ご利用のしおり)やホームページで提供している。パンフレット・ホームページは写真を用い、分かりやすい内容となっている。パンフレットやショート便りは関係機関(市役所、地域包括支援センター、公民館、医療機関等)にも配布している。希望時は施設見学にも対応している。
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	利用開始時のご利用のしおり・重要事項説明書を用い、サービス内容を分かりやすく(専門用語は出来るだけ使わない、耳が遠い方にはゆっくり大きな声で等)説明している。成年後見制度に関するパンフレットを玄関に設置し、必要時は活用できるように周知している。
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・退園手順書、サービス終了時の相談窓口(担当:生活相談員)、相談先を明示した用紙等を整備している。
Ⅲ-1-(3)			
33	① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者満足度調査(無記名)を毎年実施している。満足度調査の集計結果を運営委員会で検討・分析し、意見・要望等については各部門で対策を講じている。今後、利用者満足度の集計結果や意見・要望に対する回答を文書で全家族にフィードバックする取り組みが期待される。

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	苦情解決体制(受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等)を整えている。苦情解決の流れをフローチャート図化し、契約時に家族に配布、各フロアに掲示し周知を図っている。苦情が生じた場合は各部門・運営委員会で検討・分析し、ショート便りで内容・改善策を公表する仕組みとなっている。
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	重要事項説明書に相談窓口(担当:生活相談員)を明示し、施設内に相談室を設けている。今後、職員紹介の写真の下やショート便りに、利用者・家族が誰にでも相談出来る旨を明示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	施設内に意見箱を設置している。生活相談員が利用者のもとに出向き、意見・要望等を吸い上げられるように働きかけている。又、職員が送迎時に家族の気軽な相談に応じている。今後、利用者・家族の意見・相談を聞いた場合の対応マニュアル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。	a	事故防止マニュアルを整備している。ひやり・はつとした事例が生じた場合は報告書を記載し、各部門やケアハウス全体の事故防止委員会(毎月)で対策を講じている。委員会で定めた対応策については、次回の委員会時に有効性を検証している。リスクマネジメントの一環として、事故防止委員会で建物内の巡回(危険個所の有無の確認)を実施している。又、年2回、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。
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、ケアハウス全体で感染委員会(毎月)を実施している。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、予防策や発生時の対応を周知している。感染予防の一環として、流行時期には出勤時に検温を実施し、職員自身の体調管理を行っている。又、週2回、次亜塩素酸を薄めて施設内の消毒・清掃を行っている。
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。	a	防災マニュアルを整備し、防災委員会(毎月)で様々な対策を検討している。年1回、防災をテーマとした勉強会を行い、職員への周知を図っている。又、年2回、火災を想定した総合避難訓練を実施している。内1回は夜間想定で行い、消防職員・町内会の協力を得て実施している。町内会とは「災害時の覚書き」を交わし、相互協力体制を構築している。備蓄品・非常食をリスト化し、適切に保管している。

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	各介護(食事、入浴、排泄等)業務手順書に、標準的な実施方法を明示している。介護手順書には、利用者の尊厳・プライバシー・権利擁護に関する姿勢が明示されている。新任職員には介護手順書を用いて指導を行っている。今後、現任者も各介護手順書に沿い、サービスを提供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	介護手順書を見直す時期を文書化し、年1回、介護ミーティングの中で見直しを行っている。
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。	a	分掌業務分担表にケアプラン策定の責任者(主任)を定めている。居宅ケアマネジャー主催の担当者会議に出席し、各事業所との情報交換・連携を図っている。ケアプランは居宅介護計画に基づき、「本人の意向」「自宅と同様の生活(ベッド周囲の配置、動線等)」の視点を重視して作成している。緊急ショートの受け入れ(家族の急な都合、虐待・疑いケース等)も積極的に行っている。
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	ケアプラン手順書に、一連の流れ(アセスメント・作成・提供・モニタリング)を文書化している。ケアプランは居宅介護支援計画変更時、又、利用者の状態変化時に見直しを行っている。ケアプラン内容の変更部分は蛍光マーカーで線引きし、関係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。	b	ショートステイ利用申し入れ調書で、利用者個々の身体・生活状況等を把握している。組織内の情報は申し送り帳や2ヶ月毎の介護ミーティングを通じて、又、大切な事は都度職員に直接伝えて周知を図っている。パソコンのネットワークを活用し、事業所内の情報を共有する仕組みを整えている。今後、職員間で記録内容の差異がないように、記録に関するルールづくり・統一化が期待される。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	分掌業務分担表に記録管理の責任者(主任)を明示している。記録の保管・保存・廃棄に関するルールを文書管理規程に定めている。個人情報保護規程を整備し、毎年、全体会議で職員への周知を図っている。契約時に個人情報の利用目的を家族に説明し、書面で同意を得ている。