

## 福祉サービス第三者評価基準

## 【 共通版 】 H27年4月1日改定

## 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

		自己評価結果
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> 法人理念は、期首の職員会等で確認し、その周知のためネームホルダーにも添付してある。一昨年度、法人理念並びにユニットケアの目的等を反映した行動指針（特養永利の理念）を作成している。利用者や家族等への周知に関しては、掲示及びパンフレット掲載としている。		

## I-2 経営状況の把握

		自己評価結果
I-2-2 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-2 (1) -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 Ⓑ・c
<b>評価概要</b> 期末に、法人各事業所の代表者が集まり実績報告等行われている（法人運営会議） その際、各事業所における財務状況等も事務長から報告がなされている。利用者数や利用者像については、利用依頼・入所相談等において把握できる程度で、情報収集や分析など行っていない。一昨年度までは、法人各事業所のケアマネが定期的に集まり、情報交換の機会を得ていた。		
3	I-2-2 (1) -② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> 理事会・評議委員会をはじめ管理者レベルで行われる法人会議。事業所内では職員会をはじめリーダー会議やユニットケア推進会議等において課題等概ね明らかになっている。ただしすべての職員に周知共有がなされているかについては内容にもよる。		

## I-3 事業計画の策定

		自己評価結果
I-3-3 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-3 (1) -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 Ⓒ
<b>評価概要</b> 計画策定がなされていない。		
5	I-3-3 (1) -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 Ⓑ・c
<b>評価概要</b> 単年度の事業計画は作成しており、ハード・ソフト面双方からの計画になっている。ただ数値的な目標による客観的評価ができる内容にはなっていない。事業の評価は期末の法人運営会議で数値的実績を出して行っている。		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-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>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>単年度の事業計画は各部署にて取りまとめを行いリーダー会で意見集約している。その後、理事会・評議委員会を経て職員会議等で説明している。事業計画の策定にあたっては、明確な手順はないが期末に評価を行うとともに来季の事業計画を行っている。</p>		
7	I-3-(2)-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>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>家族等に対する事業計画の説明は毎年5月の日曜日に実施している。その際、レジメ等作成して配布している。尚、欠席家族には資料の郵送もすべてに行っている。</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

		自己評価結果
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	I-4-(1)-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>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>組織的にPDACサイクルに沿った取り組みは十分ではないが結果として、各種委員会・会議等により課題分析評価等行われている。また相談苦情の設置や運営推進会議（地域密着型）等により評価助言を受ける機会となっている。</p>		
9	I-4-(1)-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>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>全ての会議・委員会等に議事録並びに伝達を義務付けている。ただ計画的に改善策を実施しているかについては曖昧となっている部分もある。</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

		自己評価結果
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	II-1-(1)-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>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員会や運営推進会議（地域密着型）の場であったり、法人運営会議（期末）の場であったりする。職務分掌的なものはないが、施設の運営基準等に照らし役割責任を明らかにしている。</p>		
11	II-1-(1)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>研修会議等の機会或いは個別的な助言指導の機会を持ちコンプライアンスの浸透・周知に努めている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>会議研修等或いは現場からの報告や聴取により評価分析できている。体制については、運営基準上、義務付けられたもの以外の会議委員会等の設置がある。職員の意見を反映するに関しては、職員面談を年1回実施している。外部研修等の受講についても財務を圧迫しない範囲で出席を認めている。</p>		
13	II-1-(2)-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。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>人事・労務・財務等に関しては実状を踏まえ評価している。その中で職員が働きやすい環境づくりに努めている。</p>		

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

		自己評価結果
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	Ⅱ－２－（１）－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 <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><b>評価概要</b>                      人材確保は非常に難しい状況にある。質の高いサービスを提供するには、施設が求める人員を割り込まないことが前提となる。そのため介護職員処遇改善加算を最大限活かし待遇改善に努め求人にも反映している。育成については、所定のマニュアルに沿ってオリエンテーションの実施。その後は関係部署に配置後それぞれの担当責任者により教育指導。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><b>評価概要</b>                      「期待する職員像等」は特に謳っていないが、職員個々の能力や貢献度或いは人柄等考慮して人事管理する場合はある（人事考課に関連するマニュアルの整備もあるが機能していない） 職員面談の機会も施設長及び相談員でそれぞれ年1回設けて、職員の意向や意見を聴取している。</p>		
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ－２－（２）－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。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
<p><b>評価概要</b>                      就業状況などの労務管理については適正に行われている（社労士設置） 今年度は介護職員において産休・育児休暇の取得もある。職員との面談も施設長と相談員それぞれの立場で行っている。昨年末からはストレスチェックが義務化（当施設は対象外）されたが、その担当者の養成講習にも参加させている。プライベートの充実が職員の定着を高める一因でもあるので、有休の取得（取得できない場合は勤務交代等）を推進できる体制を整えている。</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	Ⅱ－２－（３）－① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><b>評価概要</b>                      職員との個人面談は、施設様が期首に常勤職員、期末に非常勤職員で行っている。相談員は同時期に重ならないよう設定している。ただ期待する職員像や職員一人ひとりの目標管理にまでは至っていない。また中間面接等もなく1年後が再面談となっている。</p>		
18	Ⅱ－２－（３）－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 <input checked="" type="radio"/> b · c
<p><b>評価概要</b>                      外部研修は老協や県社協等の研修会を中心に出会わせており、介護職員の疲の吸引やユニットリーダー研修等随時受講させている。看取りケアは未実施であるが将来に向けて受講の機会を作っている。こうした研修機会を通じて、個々の資質向上を図り復命することで他職員にも共有できることとしている（復命は紙様式と報告会の開催） 内部研修では法人単位・事業所単位で計画におおむね沿って実施している。</p>		
19	Ⅱ－２－（３）－③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	<input checked="" type="radio"/> a · b · c
<p><b>評価概要</b>                      個別研修計画・評価シート等の活用はないが、毎年度研修計画に沿って外部研修等積極的に受講させている。OJTについては、基本ユニットリーダーが中心となって助言指導を行っている。ただ指導マニュアル等はない。</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	Ⅱ－２－（４）－① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・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 <input checked="" type="radio"/> c
<p><b>評価概要</b>                      実習受け入れ機関としての登録がなく、これまで実習受け入れはない。地域貢献活動として介護技術等の介護教室を本年度より開催している（年2回）</p>		

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

		自己評価結果
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	Ⅱ－３－（１）－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・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページや広報誌等を通じて施設の取り組み等を公開している。運営推進会議（地域密着型）において活動報告し助言や評価内容等について書面で施設内に掲示。苦情相談についても施設内に掲示し公表している。施設のイベントに来所していただく際には、地域の方々に広報誌やパンフレット等配布している。</p>		
22	Ⅱ－３－（１）－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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>行政が行う実地指導や指導監査あるいは集団指導等において、適正な経営・運営が行えている。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流，地域貢献

		自己評価結果
Ⅱ－４－（１） 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ－４－（１）－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Ⓒ
<p>評価概要</p> <p>地域が行う行事等に参加することもあるが、頻度的には少ない。ボランティアについては、施設で行う行事等の慰問程度である。それ以外では地域貢献を目的とした「介護教室」のみである。</p>		
24	Ⅱ－４－（１）－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Ⓒ
<p>評価概要</p> <p>地区のボランティアセンター（社協）の登録は行っている。</p>		
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ－４－（２）－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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人以外の介護保険事業所や医療機関或いは行政・社会福祉協議会等必要な連携は取っている。</p>		
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ－４－（３）－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Ⓒ・c
<p>評価概要</p> <p>施設に行事等において地域の方々に来所していただくことがある。敬老祝賀会や介護教室等。災害時における地域との役割や協定等は結んでいない。</p>		
27	Ⅱ－４－（３）－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Ⓒ・c
<p>評価概要</p> <p>介護教室等の機会を利用して、今後、地域の福祉ニーズに応えていけるのではと考えている。民生委員に関しては運営推進会議（地域密着型）の委員であったり、相談苦情の第三者委員であったりする。多様な機関との連絡相談等行い、情報の共有及びニーズ把握につながっている。</p>		

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

		自己評価結果
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-1 (1) -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・c
<p>評価概要</p> <p>会議や委員会等を通じて利用者の尊厳を考える機会を作っている。また県が行う人権擁護推進員等の養成研修にも参加させている。</p>		
29	Ⅲ-1-1 (1) -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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>全ての居室が個室であるがプライバシーに関し慎重に対応している（入浴は基本マンツーマン・排泄ケアも周囲におむつ交換が分からないように配慮） また利用者の声を聞く機会を作るなどして、職員の不適切なケアにつながらないように努めている。</p>		
Ⅲ-1-1 (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	Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>施設のパンフレットや広報誌等は、法人或いはグループ関係にしか設置していない。利用希望者については、各居宅サービス提供事業所等にパンフレット・入所申込書等置いて頂いている。施設見学等に関しては、特に制限なく受け入れている。</p>		
31	Ⅲ-1-1 (2) -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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ショートステイに関しては、受け入れ実施可能かを判断しサービス担当者会議を経て利用開始となる。その際、サービスの提供内容や配慮することなど確認している。</p>		
32	Ⅲ-1-1 (2) -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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ユニット型の施設として、ごく普通の暮らしが施設においても継続して行えるようにサービス提供できるようにしている。利用終了時も当該居宅介護支援事業所等と情報を共有して連携を図っている。</p>		
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (3) -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・c
<p>評価概要</p> <p>施設入居者については、定期的な満足度調査を行っている。ショートステイについては担当者による面談（サービス担当者会議等）や居宅介護支援事業所等からの情報提供になる場合が多い。</p>		

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	Ⅲ－１－（４）－① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>施設内に相談苦情体制を知らせるポスターを掲示している。当然、契約の段階で周知いただいている。いただいた苦情等については、施設内で適切に処理し公表している。</p>		
35	Ⅲ－１－（４）－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・c
<p>評価概要</p> <p>施設内に相談窓口の設置や役職・氏名・写真を掲示することで意見を述べやすくする環境作りはできていると考えている。</p>		
36	Ⅲ－１－（４）－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・c
<p>評価概要</p> <p>相談苦情に関しては迅速かつ適切にを旨に対応している。相談に応じられない事案については、理由を添えて丁寧にお断りしている。</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	Ⅲ－１－（５）－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・c
<p>評価概要</p> <p>委員会を中心にリスクマネジメントを行い、事案をもとにした手順の確認や改善策・再発防止策等に努めている。また研修としても事故の分析・評価を行うことで利用者の安心安全につながるサービスの提供に努めている。</p>		
38	Ⅲ－１－（５）－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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>委員会を中心に3ヶ月に1回、委員会及び研修の機会を設けている。時節に発生しうる感染症等について予防策（留意点）・対応手順・処理方法など再確認の機会にしている。また職員会においては理事長（医師）の出席も得られるので必要な助言指導をいただいている。</p>		
39	Ⅲ－１－（５）－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・c
<p>評価概要</p> <p>年4回の災害時避難訓練（総合訓練）と毎月の119番通報訓練を行っている。職員緊急時連絡網の整備も適切に行っている。ただ大規模地震が発生した際の効果的な計画が未整備で、現在、BCP（事業継続計画）の作成中である。</p>		



Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

		自己評価結果
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	Ⅲ－２－（１）－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・c
<p>評価概要</p> <p>サービスの提供にあたり標準的なマニュアルの整備がなされている。また職員の介護技術研修等を開催することで標準的なレベルでサービス提供できるようにしている。</p>		
41	Ⅲ－２－（１）－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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>標準的な実施手順から個別展開している。変更について明確な検証見直しの時期はないが、各委員会の中で協議したり、介護計画作成時に新たな変更がある場合に反映できるようにしている。</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	Ⅲ－２－（２）－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・c
<p>評価概要</p> <p>アセスメントは包括的自立支援プログラムを活用している。ショートステイ利用者における情報収集は本人・家族のほか居宅介護支援事業所であったり、介護サービス提供事業所であったりする（サービス担当者会議の場合が多い）当然、施設職員への聞き取りも行われている。</p>		
43	Ⅲ－２－（２）－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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>サービス担当者会議を通じて評価・見直しを行っている。</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	Ⅲ－２－（３）－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・c
<p>評価概要</p> <p>ケア記録についてはパソコンで処理しネットワークで閲覧できるようになっている。また必要な情報については申し送りノートなど伝達するシステムが構築できている。</p>		
45	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>個人情報保護に対する基本方針や利用目的が整備され、利用契約時に利用者ご家族等に説明が行われ同意を得られている。職員については個人情報保護も含めた秘密漏えい禁止について指導を行っている。また今回のマイナンバーに合わせて、個人情報保護にも関連する研修会が幾度となく開催された。</p>		