

福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式 2)

H22年改正版

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) 理念、基本方針が確立されている。		
	I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a・b・c
	I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 基本理念は重要事項説明書 パンフレットなどに記載されており誰でも閲覧できるようになっている。 理念に基づきデイサービスの特性を踏まえ 使命や方向性を具現化した基本方針を明文化している 		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		a・b・c
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 職員会議や研修など自分たちで現場の意見を上げ基本方針をつくることで周知徹底できるようにしている 契約時や重要事項説明時 本人 ご家族との面会 会話の中等で周知している 		

I-2 計画の策定

		自己評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a・b・c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 理念や基本方針 目標を明確にし、現状を分析した上で課題（福祉サービスや体制 設備 人員体制 職員育成等）を明らかにしている 課題解決に向けて、毎年度中長期計画を策定し 取り組み 評価 見直しを行っている 理念、基本方針、事業内容を具体的に示し、数値目標で設定できる部分は設定し、実地と評価を示している アセスメントを踏まえ 中長期目標を上げ、1年 3年 5年 10年計画のもと、各部署の取り組みについて評価している 中長期目標である「通いはどこからでも受け入れられる」体制を計画。国の指導指針の設備人員体制を踏まえた数値目標により安全な計画の下で行っている。 		
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a・b・c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者に周知されている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 年度終了、年度初め または必要時に、職員 利用者 家族の意見を収集し、計画に反映した実地、評価、見直し報告をしている 利用者 家族中心の介護を考え その都度 計画から評価までを文書にして提示・配布。職員会議・業務改善会議・研修運営推進会議・家族会等での資料を基に説明 日々の利用状況を職員が把握し、利用増減や利用者の心身状態、又は家族を含めた希望を受けている 月末には管理者により、実地の評価見直しを行い 主任会議 職員会議においても評価結果の見直し検討を行っている 		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		自己評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a・b・c
	I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 経営者・管理者は、介護保険法や県の全体指導の示す「管理者の責任」をもとに自らの役割と責任について文書にして職員会や研修等で説明している 管理者の自己評価として、自己診断シートを記入し自己研鑽に励んでいる 管理者の役割として、職員の指揮命令の実地 業務能力チェック表を使用し、本人評価・他者評価で判定し現状把握 チェック指導後、目標・実地計画の立案と実行 介護保険法、個人情報保護法 労働基準法 悪徳商法や成年後見人制度 虐待 接遇 防災 感染症などの研修を年間計画し職員へ周知している 		
	I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a・b・c
	I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 日々のサービス内容はケース記録 実行表 経過表などで振り返り自己チェックした管理者チェックも実地し評価 分析の機会を持っている 業務に関して 個人指導 全体指導 勉強会 研修会等で広く職員からの意見を聴取する機会を設け相互研鑽を実地するとともに職員の働きやすい環境とは何かなど意識的に取り組む体制がある 管理者により組織内の公務を細分化し活動内容を把握することで効率的な事業運営が図れるような体制をとっている 		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		自己評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。		○ a・b・c
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。		○ a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉事業の動向把握のためWAM-NETへ会員登録し、定期的にニュースレターを受けとり最新の福祉事業全般の情報収集し当該自治体のみでなく全国の福祉情報を入手している ・各方面から分析し情報収集を図る目的としてケアマネ協議会 グループホーム協議会など種々の関係会合に参加し見識を深め事業計画に反映させている ・地域自治体の会合への参加や運営推進会議に自治会長他近隣住民の参加を呼びかけ直接福祉ニーズに関する意見交換の場を設けている ・収集された情報は中期 長期 事業計画に反映しその計画にもとづいた経営に努めている。経営上生じたサービスやコスト面などに関する改善項目は業務改善会議等で検討し職員に周知徹底している ・事業所の財務管理 事業管理など公認会計士に定期的に助言 指導を仰ぎ経営改善に活用する体制をとっている。 		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		自己評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		○ a・b・c
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・必要な人員 資格等に対して具体的にその特性を生かした計画を立てている ・人事考課は職員の意欲向上 処遇改善等をふまへ自己評価 他者評価をしフィードバックしている 		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。		○ a・b・c
Ⅱ-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・職員の意向 意見は個人面談 意見聴取を随時実施し改善へとつなげている ・職員に対し 悩み相談窓口をもうけ福利厚生や精神 身体 社会性を含め 相談を受け改善できるような体制がある 		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		○ a・b・c
Ⅱ-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。		○ a・b・c
Ⅱ-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・教育 研修の必要性と意識 姿勢を明示している（教育研修計画の実地） ・年間 月間計画を立て実行している ・実地したものは見直し 評価を行っている 		
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・実習生の受け入れマニュアルに沿って計画的に実地し基本姿勢についても明文化している ・利用者の生活場面とともに過ごし人間的なかわりを体験することでより具体的な基礎知識を体得できるようなプログラムを用意している ・実習担当者による学校側との連携 指導者研修も随時実施し研鑽に努めている。 		

II-3 安全管理

		自己評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。		Ⓐ・b・c
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。		Ⓐ・b・c
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 安全対策委員会を設置し各担当者を中心にマニュアル整備を実地している。個々の利用者へのアセスメントから課題を選択し事故防止対策をとっている ヒヤリハット用紙を作成し日々の業務での気づきを明らかにすることでリスクマネジメントを実地 事故のリスクの種類別にマニュアルが作成され定期的に見直しをし、また事例があればその都度検討会を開催し職員への周知徹底を図っている 自治体における自警消防団との協力体制も整えまた地元消防署の指導のもと日中・夜間を想定した消防訓練を実地している 抜きうち消火器設置場所クイズなど職員会議等の場でもうけ日々安全管理を徹底している 利用者に関する日々の内容は管理者へ定時に報告する体制が整っており「緊急持ち出しファイル」などの作成により急変時の対応もスムーズに実地できる体制が整っている。 		

II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。		Ⓐ・b・c
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		Ⓐ・b・c
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 地域とのかかわり方についての基本理念が明文化されており利用できる社会資源や情報はわかりやすい場所に掲示している 介護相談窓口を常時設置し地域住民との相互交流を図り社会的貢献の場を設けている。 運営推進会議での研修会 自治会活動 地域新聞などを通し地域行事への利用者が気軽に参加できる雰囲気作りができています 地域行事である夏祭りやかし祭りは利用者参加と同時に職員によるボランティア援助が実地され地元住民とのコミュニケーションも図れている。 季節行事ごとのミカン狩りやお花見など外出支援の実地 ボランティア受け入れマニュアルが作成され系統だてた受け入れ体制を整備している。 		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		Ⓐ・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 利用者のニーズに応じた支援への取組として 地域内の病院や公的関係機関との連携だけでなく巡回図書館の活用 いきいきクラブの活用 地区内の老人会 自治会などとも連携し夏祭りや案山子祭りへの参加などを通して社会性のある毎日の提供に努めている。 法人全体でもグループホーム連絡協議会 ケアマネ協議会 地元の基幹病院での研修会へ定期的に参加し自らもメンバーになることでネットワークを広げ地域活性化に尽力している。 関係機関の連絡先はリスト化され職員に周知されている。また連携事例は職員会議等でも取り上げそこでも職員への周知徹底を図っている。 		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		Ⓐ・b・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 定期の運営推進会議に地区の代表 民生委員 市担当職員の参加をいただき地域の福祉ニーズへの情報交換 意見交換を実地し把握に努めている。 民生委員会学習会への参加 地区中学生の研修受け入れの実地 高齢化率30%の大山地区自治体の福祉事業部に参加し周辺高齢者宅訪問 自治体のごみ収集 お墓掃除など実地し福祉サポートを実践 各活動内容は事業計画により明文化されている 		

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

		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。		
Ⅲ-1-1 (1) -① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-1 (1) -② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 理念にある「その人らしい生活の継続」「安心と尊厳のある生活」を基に個別的な介護計画を作成し定期的にモニタリングや事例検討会を実地し質の向上と共通理解に努めている。 接遇委員会 身体拘束委員会 虐待防止マニュアル プライバシー保護マニュアルなど作成し定期的に研修を開催し問題提起があればその都度ケア会議や職員会議で検討する仕組みをとっている。 		
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 定期的な利用者様満足度調査の実地 利用開始時に本人の情報収集を具体的に実地しケアに反映 通常の茶話会のほか季節行事参加時など意見交換の場をもうけて満足度について聴取する機会にしている。 家族会の開催 利用者ごとに担当職員を配置し要望やご意見を受け必要であればその都度ケア会議を開催 会議内容は職員会議 業務改善会議などで全職員へ周知徹底する仕組みがある。 		
Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-1 (3) -② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-1-1 (3) -③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。		Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> 利用者一人に担当職員を配置し日常的な介護の中で信頼関係を築き意見しやすい環境作りを実地 意見箱など書面による相談受付の実地 施設玄関や目につきやすい場所へ苦情相談窓口のチャートの掲示 苦情窓口責任者を配置し複数の相談相手を用意 苦情対策委員会の設置を明文化している。検討会も随時開催し職員への周知徹底とマニュアル化を実地 記録物は常時公表の準備があることを利用者 ご家族に書面等でも説明し密室性の排除に努めている 		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		自己評価結果
Ⅲ-2-1 (1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-1 (1) -① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-1 (1) -② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。		Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己評価を定期的の実地 また 第三者評価を受審し自己評価と外部評価両方を実地しサービスに反映できるようにしている 業務改善会議やケア会議は適宜開催し出てきた課題については職員会議などでも職員に周知し質の向上を図っている。 評価結果は運営推進会議や家族会でも情報を共有している。 		
Ⅲ-2-1 (2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-1 (2) -① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		Ⓐ・b・c
Ⅲ-2-1 (2) -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
<ul style="list-style-type: none"> アセスメント後 出された課題をもとに個別ケアプランを作成しサービスに反映させている 定期的なケアプランの評価の実地 サービス提供に係る全ての職員への情報の共有 評価の見直し 検討 意見交換は職員会議や業務改善会議などでも随時実地 サービス全般に関するあらゆる内容の研修を定期的に実地し研鑽に励んでいる 利用者の情報から個別ファイルを作成しより個性の高いサービスを提供 		

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	○ a・b・c
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。	○ a・b・c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・個別サービス記録を目的ごとに作成し、記録内容に個人差を生じないようにチェック形式にするなどの工夫をしている ・個人記録は管理者により保管 保存等に関するマニュアルが規定されており適切な取扱いを実地している ・記録物の情報が求めに応じて開示している。個人情報取り扱いには規定を定めた上で 定期的な職員への研修を実地し研鑽に努め 職員会議 ケア会議などで情報を共有している 		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		自己評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	○ a・b・c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・事業所はインターネットで紹介されており容易に理念や実地サービス等の確認が可能 紹介CDあり ・パンフレットは来訪者がすぐに手に取れる場所に配置し写真などで外観もわかりやすく記載 ・見学 体験入所など受け入れ体制を整備 ・契約時の重要事項説明書は料金や提供内容が具体的に記載されており、締結時には担当職員により説明を受け不明な点などの質問を受け付けるような仕組みをとっている ・全ての契約事項には説明と同意のもと署名もしくは捺印をもらう手順がある 		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。		○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・相談窓口担当者によりサービス移行後も必要な文書の作成 他事業所への連絡 情報提供など継続した支援の実地 		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		自己評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始前から情報収集を実地し事業所作成のバックグラウンドアセスメント フェースシート等の活用により 身体状況 生活状況の個性がより把握しやすい仕組みになっている。また課題選択も事業所外の医師や他事業所サービス担当者とも連携を取りながら具体的なニーズの把握への取組がある ・アセスメントは定期的の実地し状態変化があればその都度ケア会議等を開催し見直し 検討の機会にしている。 		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	○ a・b・c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	○ a・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントに基づいたサービス内容を利用者ごとに実地計画を文書化している。サービス内容は定期的に評価され利用者の状態変化や要望等があれば随時検討 見直しを実地 ・変更サービス内容はファイルされいつでも閲覧可能な場所に保管している。その他ケア会議 業務改善会議 職員会議などで 周知徹底する仕組みがある。 ・サービス実地計画策定には統括責任者を設置し系統立てた策定的方式をとっている 		