

# 福祉サービス第三者評価

## 【 共 通 版 】

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

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①やさしくあたたかい気持ちで利用者に寄り添う旨の理念を掲げ、パンフレットや広報用のCDに掲載している。本人の意向を踏まえて、その人らしい生活の継続を支援するという考え方が盛り込まれている。</p> <p>②理念に沿った方針を定め、重要事項説明書や広報用のCDに掲載している。利用者の人格を尊重し、利用者本位のサービスを提供することなど、職員の行動規範となる具体的な内容である。</p>		
Ⅰ－１－（２） 理念、基本方針が周知されている。		
	Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①理念や方針について毎月の研修会や職員会議で話題にしたり、業務能力チェック表の項目にも記載している。さらに、職員のネームの裏にも記載しており、日常的に意識できるようになっている。理解の度合いが低い場合には、個別に指導を行っている。</p> <p>②理念をパンフレットに記載していることに加えて、契約書及び重要事項説明書に方針を記載して契約時に説明している。また、家族会や運営推進会議で説明したり、面会や会話の中でも話題に出している。実際に理念を見て、当事業所の利用を決めたという利用者及びご家族も居られる。</p>		

#### Ⅰ－２ 計画の策定

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①理念や方針の実現に向けたビジョンを掲げ、サービス内容や職員体制、人材育成についても課題を明らかにしている。さらに、中長期の収支計画も策定している。事業計画評価見直しに関する会議を開催して計画の評価を実施し、必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>②中長期計画及び収支計画に基づいて、単年度の事業計画を策定している。計画の内容は可能な限り数値化しており、定量的な実施状況評価が可能である。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
	Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者に周知されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①職員の参画により事業計画が策定されている。事業計画見直し手順に基づき、毎月末に進捗確認を実施し評価・見直しを行っている。</p> <p>②職員は何時でも事業計画を確認することができ、各種会議や研修において計画の内容を職員に説明して、実施状況の確認を行っている。</p> <p>③家族会や運営推進会議で、事業計画についての説明を資料を基に行っている。</p>		

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①業務能力チェック表により、管理者の役割と責任が明確になっている。管理者評価、妥当性検証シートにより自己診断を行い、さらに上司アドバイスシートにより運営者の指導を受けている。</p> <p>②介護保険に関係する法令に加えて、成年後見制度や悪徳商法など、利用者に関係する諸法令について情報収集し、研修テーマに盛り込むなどして職員の理解を深める取り組みを行っている。法令遵守マニュアルも整備している。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①ケース記録や実行表等をチェックすることにより、サービスの質の現状を評価分析して、改善への取り組みを指導している。さらに、個人指導や勉強会等の場で職員の意見を聴取し、相互に研鑽する仕組みがある。</p> <p>②経営や業務の効率化のために業務内容を細分化して分析を行うとともに、職員が働きやすい環境づくりに努めている。</p>		

## 評価対象II 組織の運営管理

## II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①WAM-NETに会員登録しており、ニュースレターなどから社会福祉事業全体の動向を把握している。また、業界関係の会合や自治体の会合、及び運営推進会議メンバーとの意見交換により地域の情報把握にも努めている。</p> <p>②毎月、利用者の推移やコスト分析を行い、業務改善会議等で検討し職員に周知している。</p> <p>③公認会計士による外部監査を受けており、助言や指導に基づいて経営改善を行っている。巡回監査報告書に報告事項が記載されている。</p>		

## Ⅱ－２ 人材の確保・養成

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①介護福祉士やヘルパー、社会福祉主事など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画が策定され、それに基づいた人事管理が行われている。</p> <p>②職員評価の手順マニュアルを基準として、年1回の個人面接を行っている。自己評価及び他者評価を経て、指導研修を受ける仕組みが整備され実行されている。</p>		
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①事務担当者が、有給休暇の消化率や時間外労働の状況を定期的にチェックしている。職員の意向は、個人面談などの際に聴取し相談に応じている。また、状況によっては心療内科に付き添うなどの対応も行っている。</p> <p>②毎年、労働衛生センターによる健康診断を実施している。また、職員の悩み相談窓口を設けているほか、ファミリーレストランやインターネットカフェで、時間をかけてじっくりと話を聴くなどの取り組みを行っている。</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。		
	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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①適切な介護技術を持ってサービスを提供することが基本方針に明記されており、専門技術及び専門資格についても具体的に計画されている。</p> <p>②職員の年度研修計画に基づいて研修が行われている。必要とされる技術や知識などについては、上司アドバイスシートや新入職員評価表などにより把握されている。</p> <p>③研修受講後はレポートを提出するとともに、実技等の伝達講習を行っている。研修成果の評価分析により、介護技術研修のカリキュラムにトランスファー（移乗動作の介助）を加えるなどの見直しを行っている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①実習生受入についてマニュアルを作成しており、基本姿勢と諸手順を明記している。介護実践リーダー研修修了者を実習担当としており、学校側との連携も行っている。</p>		

Ⅱ－3 安全管理

		第三者評価結果
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）における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
<p>評価概要</p> <p>①安全対策委員会を作り、委員長や担当職員を中心に毎月検討会を開催している。感染・事故・災害など、リスクの種別に合わせたマニュアルを整備し、職員へ配布している。</p> <p>②防災訓練を定期的実施しており、市担当者や民生委員、地区消防分団員が参加し、協力体制の強化に努めている。役割分担を明確にして、緊急連絡網及び関係機関連絡先リストを作成している。備蓄についても整備されている。さらに、職員に対して消火器設置場所の確認をクイズ形式で行ったり研修を実施するなど、安全確保の取り組みを行っている。</p> <p>③個別アセスメント表をもとに、生活動作において予測されるリスクを洗い出し、回避方法を職員に周知している。「気づき報告書」を作成し、インシデントに対しての要因分析、改善策の検討及び実施を迅速に行っている。事例の収集・分析結果から傾向を把握し、次のステップへ向けてさらなる取り組みが期待される。</p>		

Ⅱ－4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ－4－（１） 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ－4－（１）－① 利用者と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
<p>評価概要</p> <p>①理念及び基本方針に地域との関わり方について明記しており、自治会行事などの地域情報や利用可能な社会資源を把握し掲示している。地域の清掃活動や鬼火炊きなどの行事にも参加している。</p> <p>②介護や認知症に関して運営推進会議の中で講義の時間を設けたり、地域の自治会に出向いて講習会を実施するなど、事業所が有する機能を還元している。また、地域の社会福祉協議会が発行している新聞に、事業所の活動内容を定期的に掲載している。</p> <p>③ボランティア受入の基本姿勢や具体的手順を明文化したマニュアルを作成しており、個別に登録票を整備している。接遇のポイントや個人情報に関して、事前にボランティアに対する研修を行っている。</p>		
Ⅱ－4－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
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
<p>評価概要</p> <p>①地域の社会資源を明確にしており、職員会議でも話題にしながら情報を共有している。公園や温泉を利用するほか、月2回の巡回文庫（図書館）を利用したり、地区内のいきいきクラブや案山子祭りなどにも積極的に参加している。</p> <p>②ケアマネ協議会や福祉事業者ネットワーク、グループホーム連絡協議会などに参画しており、地域の共通の課題解決に向けて連携して取り組んでいる。</p>		

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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①運営推進会議に、区長や老人会長、民生委員及び市の担当者が参加しており、具体的な福祉ニーズを把握する機会となっている。また、電話帳に“介護相談所”と掲載しており、地域住民が相談しやすい環境を整えている。実際に住民から寄せられた相談内容は、記録に残されている。</p> <p>②民生委員会の学習会に出席したり、地元の中学生の実習を受け入れたりしている。また、婦人会にも出席して悩みを聴き、相談を受けている。地区の福祉事業部に参画して、高齢者宅の訪問を行っているほか、自治体のゴミ収集や墓掃除にも参加している。</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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	Ⅲ-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)-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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①理念には「寄り添う」姿勢が掲げられており、方針にも「人格の尊重」や「ニーズへの対応」が明示され、サービス提供における基本的姿勢となっている。接遇委員会や身体拘束委員会を中心に、身体拘束や虐待防止マニュアルを整備し研修を実施している。</p> <p>②プライバシー保護マニュアル及び記録物管理規定を整備している。入浴や排泄時の羞恥心に対する配慮がなされており、検討事例がある場合は職員会議で検討して質の向上に努めている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①毎月、利用者に対して、食事や排泄、入浴、レクリエーションや機能訓練、職員の対応など、サービス項目に沿った「満足チェック表」を使ってヒヤリング調査を実施している。また「茶飲み会」と称して、利用者の要望や相談内容について職員と一緒に検討する機会を作り、改善策を講じている。家族会も定期的に開催している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-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-(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-(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
<p><b>評価概要</b></p> <p>①重要事項説明書に苦情・相談窓口の記載があり、契約時に説明している。玄関には意見箱を設置し、苦情・相談窓口について複数の連絡先を掲示している。また、事業所内には相談スペースも確保している。</p> <p>②苦情対策委員会を組織し、事業所担当窓口・責任者、及び第三者委員を設置している。ご家族が行事に参加された際や家族会の席で積極的に声かけを行うなど、意見聴取の機会を積極的に活用している。出された要望や苦情に関しては、検討内容や経過を書面に残し、説明後に利用者及びご家族のサインまたは捺印をもらっている。</p> <p>③苦情・相談対応マニュアル、相談記録、苦情処理報告書を整備し、マニュアルに沿った対応がなされている。出された意見に対し、時間を置かず迅速に対応するように努めている。苦情や相談に対する対応や改善策については、個人情報に配慮しながら家族会などで報告している。これらの意見や苦情がサービスの質向上に結びつくように、接遇研修などの改善策を実施している。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(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 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)-② 評価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> <p>①定期的に自己評価を実施し、第三者評価を受審している。主任以上の管理職が中心になって評価結果を分析し、サービス内容検討会議で内容についての検討を行っている。</p> <p>②業務改善会議、ケア会議、職員会議等を活用して、職員全員で改善課題について話し合っている。明確になった課題については職員全員で改善策の実行に取り組み、実施状況や結果については運営推進会議や家族会で報告している。</p>		
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ-2-(2)-① 提供する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-(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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①サービスの種類毎に標準的な実施方法を定め、個別のマニュアルに反映させた上で職員に周知、指導を行っている。標準的な実施方法には、プライバシー保護や利用者尊重の姿勢が盛り込まれている</p> <p>②マニュアルの変更や追加・削除が必要と思われる場合は、「マニュアル作成用紙」を活用して見直しを行っている。サービスの種類によっては、一部見直しの時期が定められていないものがある。内容の変更の有無に係わらず、全てのマニュアルについて、定期的な見直しを行う仕組みを検討していただきたい。</p>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①サービス実施計画に基づいたサービスの実施を、チェック方式で記録に残している。さらに、ニーズ別に状態観察を行い経過を記録に残すことで、計画実施の状況が把握しやすい工夫をしている。</p> <p>②「記録物管理についての規定」に、記録物の保管・保存・廃棄に関する事項が定められている。職員は、入職時に秘密保持に関する誓約書を交わし、コンプライアンスについての研修も行っている。</p> <p>③毎月行われる職員会議やケアカンファレンス、定期的なケースカンファレンスなどの中で、利用者の情報が正確に伝わる仕組みがある。「申し送りノート」の内容を確認した職員は、1件毎に確認印を押すようになっており、事項によってはその後の結果まで記入する様式となっている。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①ホームページやCDを作成しているほか、パンフレットを市役所や公民館、老人福祉センター、病院、地域包括支援センターなどに置かせてもらい、サービス内容の紹介を行っている。また、希望に応じて見学や体験利用も可能である。</p> <p>②サービス開始前に説明する重要事項説明書には、サービス内容や介護度別の料金表を詳しく記載し、説明終了後に同意を得ている。説明の際はわかりやすい表現を心がけつつ、利用者及びご家族の理解の度合いや質問の有無を確認しながら進めている。状況によっては、自宅等に出向いての説明も行っている。</p>		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①「サービス終了後の引継ぎ・申し送り等の対応マニュアル」を整備してサービス移行の際の手順を明確にしておき、情報提供書により他の事業所に情報提供するなど、サービスの継続性に配慮した支援を行っている。また、サービス終了後の相談窓口を設けており、「サービス終了後のご相談」という文書に担当者や連絡方法を明記して利用者に渡している。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①事業所独自の「バックグラウンドアセスメント」及び「フェースシート」を作成し、個別性の把握に努めている。定期的及び状態変化時には全職員で話し合い、医療機関のアドバイスを受けながらアセスメントを見直し、ニーズを具体的に明示している。</p>		
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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①計画策定総括責任者を設置し、個別のニーズに合わせたサービス実施計画を策定している。経過記録の記入様式を工夫し、サービスの項目別にチェック方式で実施確認できるようになっている。</p> <p>②ケアプラン作成手順書に見直しの手順を定めており、3か月毎にサービス実施計画の見直しを行い、全職員で検討会を開催している。状態変化等、必要な場合は随時見直しを行っている。</p>		