

# 福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

## 【 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) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-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
<p>評価概要</p> <p>利用者や家族、特に高齢者や認知症のある障害者への周知がどの程度であるかわかりづらい。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		自己評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域包括ケア会議、地域ケアマネ会議への参加等、医療と介護の連携の必要性が高まる中、情報の収集には特に力をいれている。</p>		
3	I-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
<p>評価概要</p> <p>月次の財務状況分析により、経営課題は明らかになっていますが、人件費の増加等、問題の解決改善については実行が思うように進んでいません。理事会及び主任会議等で経営課題については話し合いを行っています。</p>		

#### I-3 事業計画の策定

		自己評価結果
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	I-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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎期決算状況を見て、中長期計画は見直しています。今回は、経営課題である稼働率のアップ、また経営課題である看護職員・介護職員の見直し、建物・設備関連の老朽化による修繕費の計上等をふまえて策定しました。</p>		
5	I-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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎月、会計事務所の監査により、単年度計画と実績との比較を行っております。また、その結果をふまえて目標に向けての改善を行っています。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画の策定にあたっては、事業所主任、副主任、看護師等が参画し、利用者等の意見を集約し計画に反映させた。多職種にはミーティング時に説明し理解を得る。今後適切な見直しを行っていく。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>利用者会、家族会等の組織ができていない。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>今後は第三者評価を定期的に受ける予定です。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人内での評価基準を設け、指針に基づいて仕組みを制度化している。年度ごとに改善すべき課題を一つ設け取り組んでいる。</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

		自己評価結果
Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-1 (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・c
評価概要 法人の理事長、理事として、管理者として、組織内の理解は得られていると思う。		
11	Ⅱ-1-1 (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・c
評価概要 遵守すべき法令に関してマニュアルを作成し、職員の周知徹底に取り組んでいる。		
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-1 (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・c
評価概要 管理者を中心に、一般スタッフも含めて福祉サービスの院外・院内研修には積極的に参加し、それらを踏まえて部署内でのミーティングなどで話し合いながら、具体的なサービスの改善について考え実施している。また、実施後は必ず次回ミーティング等で評価を行い、さらなる改善に取り組んでいる。		
13	Ⅱ-1-1 (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・c
評価概要 介護報酬改定に沿った人員配置、施設整備、資格取得(Dr、PT、OT、ST)		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価結果
Ⅱ-2-1 (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) -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。	Ⓐ・b・c
評価概要 通所リハ介護福祉士50%以上、専門職の配置 法人全体、原則、常勤職員、障害者雇用		
15	Ⅱ-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓑ・c
評価概要 年2回の人事評価を行い、職員の意向や評価について検討している。		
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-1 (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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
評価概要 安全衛生委員会(各部署安全衛生委員がいる)あり		
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-1 (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・Ⓑ・c
評価概要 年2回、人事考課表を利用しているが、全員の面接を行っていない。		
18	Ⅱ-2-1 (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。	Ⓐ・b・c
評価概要 毎年度に具体的に目標を決め、研修を計画し、実行している。法人内での理念、倫理綱領を明示し、職員像の理想を明らかにしている。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人として特に力を入れている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人全体で、リーダー研修を1年を通して計画し、実施している。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 ホームページにより福祉施設の理念を公開しているが、予算、決算等財務に関しては公表していない</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 毎月会計事務所の税理士により財務管理、年1回以上、事業の経営管理等の指導助言あり</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 法人内で地域との交流についての指針を設けており、防災訓練などは地域住民とともにやっている。またボランティア受け入れ時に関するマニュアルを作成し、支援を行う体制を整えている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 中学・高校生の職場体験の受入を毎年、積極的に行っている。また、ボランティアマニュアルに沿って整備を行っている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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 地域包括支援センター等との連携を密にしている。</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 災害時の避難場所（短期入所施設）は地域住民にも広報を行っている。</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・b・Ⓒ
<p>評価概要 法人の他の事業所で行っている。</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。	(a)・b・c
評価概要 毎月のミーティングを通して、取り組んでいる。		
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。	(a)・b・c
評価概要 厚生労働省からのプライバシーの保護、利用者の権利擁護に関する手引きを参考にし、当施設でのマニュアルを作成、スタッフへの周知徹底を図っている。また、重要事項説明書による説明の際に、利用者及び家族に対して、個人情報保護の取り扱いに関する説明を行い同意を得ている。		
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。	a (b)・c
評価概要 ホームページは適宜見直している。また、院内新聞を作成・掲載し、利用者にも配布を行うことで広報を行っている。		
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。	(a)・b・c
評価概要 担当者会議を通して利用の確認 重要事項説明時にわかりやすく説明するようにしている。		
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。	(a)・b・c
評価概要 主治医への連絡、サマリーの作成、地域包括支援センターへの連絡		
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。	a (b)・c
評価概要 意見投書箱を設置し、常時利用者や家族からの意見を取り入れることができるようにしている。また、意見があった際は、各部署ミーティングや委員会などで検討を行い、改善に努めている。		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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。	a・b (c)
評価概要 苦情処理に関するマニュアルを作成し、利用者や家族に対しても重要事項説明書にて説明を行っている。苦情が出た際は、マニュアルに沿って誠実な対応を行い、さらに各部署での話し合い、法人全体での委員会でも検討、フィードバックを行うことで、共有できるよう取り組んでいる。		
35	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
評価概要 利用者や家族へは説明書を用いて担当のスタッフにより選択の権利に関する説明を行っている。また相談があった際は利用者、家族との話し合いの場を別室に設け、十分に意見を出せるような配慮を行っている。		
36	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
評価概要 相談についてのマニュアルを作成し、相談員を設け、迅速に、専門的に対応できるよう体制を整えている。また、院外研修にも参加し、相談や意見の対応に関する知識を深め、それらを施設内での対応に生かしている。		

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	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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>事故防止に関するマニュアルを作成し、それに則って行動するようスタッフにも周知を行うとともに、インシデントやアクシデントがあった際は、各部署での話し合い、さらに安全委員会において月1回、定期的に話し合いを行い、法人全体での情報共有、改善に努めている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>厚生労働省の手引きを参考に、院内での感染症予防に関するマニュアルを作成し、それに則って標準予防策を実施している。また、県からの感染情報を施設緊急情報として流したり、定期的に院内での勉強会、伝達講習会も行っている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>災害時対策マニュアルを作成し、防災訓練を年に2回、消防署と連携を行いながら実施している。また、消防担当者を決め、避難場所や経路、備蓄品など定期的に管理、見直しなどを行っている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>サービスの標準的な実施に関するマニュアルを作成しており、それに則りケアの提供を行っている。また、当施設内での倫理綱領、権利擁護に関する姿勢の明示、研修や勉強会によるマニュアルの周知徹底を行っており、実施できているか管理者による定期的な評価が行われている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>介護報酬改正や院外研修への参加で得られた新たな情報をもとに、ミーティングで方法の検証・見直しを行っている。また、その都度個別的なサービスの実施計画の内容に反映させている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>責任者を決め、福祉サービス実施計画には利用者一人一人の具体的なニーズが取り入れられるよう具体的な話し合いを担当スタッフ間で実施している。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>3か月に1回は各利用者ごとに計画の見直し、会議を行っている。また、緊急にサービスを変更する際は必ずケアマネージャーなど関係職との話し合いも設け、実施を行っている。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>統一した様式で記録を行い、サービスの提供や記録に個人差が出ないようにスタッフに指導を行っている。また、ケアマネージャー、リハビリテーションスタッフなどの関係職での合同会議を行っており、関係職間での情報共有ができるよう整備している。</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。	○ a · b · c
<p>評価概要</p> <p>個人情報保護法に則り、管理者によるデータ管理を行っている。特に個人情報に関するデータに関しては、厳重に管理を行っており、外部端末を利用できないようにしている。マニュアルに則り、定期的に勉強会を行い、スタッフへの周知を行っている。また、保護に基づく利用者、家族への説明も必ず行ない、同意を得ている。</p>		