

## 福祉サービス第三者評価結果（共通評価項目）

### I. 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1. 理念・基本方針

	評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	法人設立の趣旨や使命、精神等を引き継いだ理念を掲げている。理念からは、法人の目指すべき使命や役割、考え方を読みとることができる。また、必要に応じて理念を見直している。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	④	b	c	理念に基づく5つの基本方針を明示している。文書等に基本方針を記載している。各事業所の経営面や運営面、サービスの質に関することなどについて具体的に示しており、職員の行動規範となるよう考慮し作成している。
I-1-(2) 理念や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。	a	④	c	月1回の幹部会議や随時開催の管理者会議において、理念や基本方針を周知している。また、施設内に理念を掲示するなどして、職員への周知に取り組んでいる。しかし、理念や基本方針を職員間で共有したり、より理解を深めたりすることを目的とした機会を十分に確保するまでには至っていない。
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	④	c	利用者や来訪者の目につきやすいよう、施設内の分かりやすい場所に理念を掲示している。また、広報誌等に記載し、地域の関係者や関係機関へ配付している。ホームページにも掲載するなどして周知に努めているが、地域から求められる社会的役割を十分に担保するための周知力を発揮するまでには至っていない。

#### I-2. 事業計画の策定

	評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	平成22年度から平成24年度の3か年における改善計画を作成しており、経営や運営、サービス等の視点を含めた計画となっている。中・長期的な視点に立って、課題や問題の解決に向けた具体的な内容を示している。計画に基づく達成状況の分析や評価も実施している。
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。	④	b	c	中期計画を踏まえた事業計画をサービス種別ごとに策定している。福祉サービスや組織・運営体制、職員体制、人材育成、職員研修計画等について分析し、抽出された課題や問題等を事業計画に含めている。事業計画に数値目標等を掲げて定期的な分析を行い、実践状況と達成状況等の評価を行っている。
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	④	c	法人の理念や方針に従って各施設の日常的な運営の円滑化を目的として開催する“幹部会議”が中心となって事業計画を策定している。平成24年度以降、各施設の事業計画の策定にあたっては、8つの各サービス部署の職員から意見の集約を行うなどして、全職員が計画策定に参画するための仕組みを整備している。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	④	c	指導的立場にある職員へ事業計画書を配付し、周知と共有化に取り組んでいる。しかし、全職員へ事業計画書を配付する仕組みはなく、十分な周知や共有化を図るまでには至っていない。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	④	c	利用者には、毎月の請求書を送付する際に“施設等での生活状況報告”を行うことで断片的な周知へと繋げている。また、年1回、家族等への報告会を開催し、事業計画について説明を行っている。しかし、事業計画を分かりやすくまとめたり、より理解しやすいような工夫を行ったりするまでには至っていない。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		評価結果		判断の理由
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。	①	b	c	管理者は、法人や施設の運営に係る関係法律・制度・施策や地域の福祉環境、法人が有する人材・施設設備・資金・情報等の資源を適切に把握している。また、法人や施設の担うべき役割と機能を明確にするとともに、安全で効率的な福祉サービスを提供することができるようリーダーシップを発揮している。
I-3-(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。	②	b	c	管理者は、法令遵守に関する研修会等に参加している。法人の経営理念や方針に従って、各施設の運営方針を決定・調整したり、円滑化を図ったりするため、管理者会議や幹部会議を設置するなどして、法令遵守に関する各種制度等の周知・徹底にも取り組んでいる。
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組に指導力を発揮している。	①	b	c	管理者は、職員一人ひとりの自己申告書や職員満足度を把握するための職員アンケート調査等の体制を整備している。福祉サービスの質の向上に関する課題や問題等を把握し、改善計画を明示している。また、月1回の幹部会議において、サービスの質の向上に向けた取り組みを行うべく積極的に検討と実践を重ねている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	②	b	c	管理者は、法人や施設の経営上の課題等を、人事や労務、財務面等から分析と評価を行い、主要な課題の解決に向けて主導的に関わっている。

## II. 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

		評価結果		判断の理由
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。				
	①	b	c	法人の事務部門において、社会福祉事業全体の動向や地域の特徴・変化等を把握している。把握した情報や数値をデータ化し、中期計画や事業計画等に反映するとともに、円滑な事業運営と効果的なサービス提供において有効に活用している。
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組を行っている。	②	b	c	毎月、各施設の利用状況等を確認し、法人の事務部門において集約している。ITを活用した経営管理システムを導入し、利用者数の推移や利用率、コスト分析等を行っている。また、改善すべき課題がある場合には、幹部会議において速やかに分析・評価を行い、改善に向けて取り組んでいる。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	③	b	c	経理に関する外部のコンサルティング機関や税理士事務所から定期的に監査を受ける体制を整備している。外部の専門家によるチェックを通じて把握した情報や課題等を、より良い組織運営のための取り組みへと繋げるべく事業計画に反映し実践している。

II-2 人材の確保・養成

	評価結果			判断の理由
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。	①	b	c	法人や施設における人員配置体制の考え方を事業計画に明示している。必要とする介護福祉士や介護支援専門員等の有資格者について5年間の増減計画を立てるなどして、具体的な人事管理に取り組んでいる。
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。	①	b	c	人事考課基準表に基づく人事考課を実施している。結果を本人へフィードバックしている。また、賞与や給与への反映も行うなどして、本人の働く意欲の向上や組織の活性化に活用している。さらに、継続的に評価者教育を実施している。
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。	①	b	c	法人の事務部門において、就業・労務管理を的確に行っている。職員が、法人や施設の運営面等へ意見や提案、不満、異動の意思等を出述することができるよう自己申告書の仕組みを構築している。また、つねに施設長室のドアを開放するなどして、職員が相談しやすいよう工夫している。
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。	①	b	c	事業所では、職員の健康診断やインフルエンザ等の予防接種の補助を行っている。また、衛生委員会において、労働災害への応対や健康に関する研修・情報・相談等を機能的に展開している。職員の悩みごとなどは、直属の上司や幹部職員が窓口となって対応している。
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	①	c	法人として、職員の教育・研修体制に関する基本姿勢を明示している。組織が職員に求める将来像や知識、技術、専門資格等を具体的に示している。
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組が行われている。	a	①	c	事業計画において、全職員を対象とした教育・研修計画を示しているが、法人や施設の基本方針にそった職員一人ひとりの計画を策定するまでには至っていない。なお、人事考課を通じて、職員一人ひとりの技術水準や知識、専門資格等の必要性を把握し、求められる能力に応じた研修会等への参加を促進するなどの取り組みを行っている。
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	①	c	研修を終了した職員は報告書を作成している。報告書は、全職員で回覧や閲覧をして内容の共有化を図っている。また、研修で会得した知識や技能を、日ごろの業務に取り入れている。しかし、定期的に教育・研修の内容や効果等を評価して分析を行ったり、見直ししたりする仕組みを構築するまでには至っていない。
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。	①	b	c	実習生の受け入れについて、組織としての基本的な考え方や方針を明確に定めている。実習担当者を配置したり、実習生対応マニュアルを作成したりして受け入れ体制を整備している。介護福祉士や社会福祉士等の資格取得に向けた実習生を受け入れている。

II-3 安全管理

		評価結果		判断の理由
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。				
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症、災害の発生時など）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。	④	b	c	施設内での介護事故を未然に防止し、安全で適切な質の高いサービスを提供することなどを目的とした事故検討安全・防火委員会を設置している。また、感染症の持ち込みや拡大を未然に防止したり、蔓延しそうな場合に最善の措置・対応を行ったりする感染症・褥創発生委員会を設置している。各委員会ごとに複数の担当者を配置して取り組んでおり、適切に機能している。安全管理について必要な各種規程やマニュアル、手順書等も整備しており、安全確保のための体制強化を図っている。年2回、地域住民の参加を得たうえで避難訓練を実施している。職員への防災意識・知識の普及・啓発に取り組むとともに、緊急時の連絡・対応体制も確立している。
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。	a	④	c	法人として消防計画を策定している。自家発電装置の設置や3日分の備蓄品リストを作成したり、自治会や警察、消防署、消防団等と密に連携を図ったりして災害に備えている。職員の緊急連絡網を整備するなどしているが、災害時における利用者や職員の安否確認の仕組みを明確に構築するまでには至っていない。
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。	④	b	c	ヒヤリハットに関する報告の仕組みを整備している。事故検討安全・防火委員会において、定期的な分析・評価・見直しを行っている。職員に対し、安全確保や事故防止、感染予防に関する研修も行っている。

II-4 地域との交流と連携

		評価結果		判断の理由
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。	④	b	c	利用者が地域活動へ意欲的に参加することができるよう、組織としての支援体制を構築し取り組んでいる。また、施設内で、利用者と地域の小・中学生が交流する機会を確保している。毎月、映画上映会を行ったり、各施設の喫茶コーナーや図書室の開放を行ったりして、利用者と地域住民が交流することができるよう独自の取り組みを行っている。広報誌等で活動状況を紹介している。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	④	b	c	各施設での介護教室や出前介護教室を実施している。在宅部門において、障がいのある方や家族への介護相談、相談支援事業等を展開している。年4回発行の広報誌や施設パンフレットを作成し、広く地域へ配布している。また、三好市と災害時における要援護者福祉避難所の災害協定を締結し、要援護者支援の拠点となっている。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	④	b	c	ボランティアの受け入れ体制を明確にし、担当責任者を設置している。ボランティアの受け入れや対応に関するマニュアルも整備している。また、受け入れ時には、オリエンテーションや研修を実施している。
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。	④	b	c	三好市内の他法人と協働し、施設の所在する地域の社会資源を福祉マップとして分かりやすく整理している。作成した福祉マップを地域へ配布するなどしている。定期的に社会資源の見直しを行っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	④	b	c	みよし地域福祉事業所連絡協議会や民生委員との情報交換会、婦人会、自治会等で課題の分析や検討を行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。				
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	④	b	c	民生委員との会合の機会を確保し、地域の福祉ニーズを積極的に把握するよう取り組んでいる。施設に意見箱を設置したり、在宅部門に相談窓口を設けたりして、地域住民の具体的な要望や情報の把握に努めている。
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。	④	b	c	把握した福祉ニーズや地域性に基づき、生きがいデイサービスや生活支援ハウス、障害者デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイ、障害者ショートステイ等の事業を展開している。また、隣接の小学校舎跡地（休校）を有効活用するため、全職員にアンケート調査を実施し、集計・分析した結果を、中期計画や次年度の事業計画へ具体的に反映するよう取り組んでいる。

### 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

		評価結果		判断の理由
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組を行っている。	④	b	c	利用者を尊重したサービスのあり方や基本姿勢などを運営方針に明示している。新任職員を対象に、利用者の尊重や基本的な人権への配慮等に関する研修を実施している。身体拘束等廃止委員会が中心となって、月1回以上、身体拘束や虐待防止に関する事例をもとに研修会を重ねている。全職員へ身体拘束の弊害等を周知徹底する仕組みを構築している。
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。	④	b	c	利用者のプライバシー保護に関する各種規程やマニュアルを整備している。法人や各施設において設置している各種委員会や検討会において、様々な視点からプライバシー保護に関する話し合いを行っている。利用者への対応や言動について、職員が相互に注意しあうことのできる関係を築いており、様々な工夫や必要な改善を行いつつマニュアルに基づいた支援を行っている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。				
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	④	c	利用者や家族を対象として、法人や施設の提供する一部のサービスについてアンケート方式の満足度調査を実施している。また、利用者や家族と個別に面談を行って意見を出してもらっており、把握した意見や意向等はそのつど対応している。利用者満足度の向上を図るため、すべての利用者や家族の意向を把握し、サービス面への反映の実現に向けた調査の実施や家族会の再開等について検討を行っている。
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。	④	b	c	利用開始時の段階で、利用者や家族に書面を介し説明を行っている。筆談等を用いるなど、利用者の言語的・身体的特徴に応じた方法で対応している。送迎時、家族の困りごとなどを聞き、在宅部門と連携を図って解決に向け取り組んでいる。利用者や家族が意見を述べやすいよう環境整備にも取り組んでいる。
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。	a	④	c	組織として苦情解決の体制を整備し、利用者や家族へ説明したり、各施設内に掲示したりして周知徹底を図っている。些細なことも記録して検討を行い、施設としての対応方針や結果をフィードバックしている。また、第三者委員を設置し、円滑な苦情解決に向けた体制整備を行っている。しかし、受付から解決、公表までの手順や方法等を十分に整備するまでには至っていない。
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。	④	b	c	対応マニュアルを整備したり、苦情解決責任者を設置したりして、利用者からの意見や提案等の迅速な対応に努めている。出された意見等について検討を行い、福祉サービスや生活の質の改善に反映している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		評価結果		判断の理由
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組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。	④	b	c	第三者評価を受審するにあたり、8つの部署ごとに自己評価に取り組み、現状の分析等を行っている。今後、定期的に自己評価を行う方針を示すなど、サービスの質の向上に向け取り組んでいる。
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。	a	⑤	c	自己評価結果の内容に基づき、各部署で話し合いを重ねて取り組むべき課題を明確にし、具体的な改善策等を立てて課題解決に取り組んでいる。しかし、各部署で把握した課題等を組織全体で共有したり、改善実施計画を立てて取り組んだりする体制を構築するまでには至っていない。
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。	a	⑤	c	利用者一人ひとりの心身状態に応じたサービスについて、標準的な支援方法や内容等をマニュアル化し、職員がいつでも確認することのできる場所に設置している。しかし、マニュアルに基づくサービス提供の実際について確認を行うまでには至っていない。
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	⑤	c	利用者一人ひとりの心身状態の変化に応じ、職員間で話し合いを行って適切な支援に繋げている。しかし、マニュアルなどを見直すまでには至っていない。
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。	④	b	c	新規採用職員等を対象に、記録の方法等について説明や指導を行う機会を確保している。記録の様式を統一したり、記録内容や書き方などを確認する仕組みを確保したりしている。利用者一人ひとりの記録を適切に整備・保管している。
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	⑤	c	記録管理責任者を設置したり、記録の保管等に関する規程を整備したりしている。情報端末での情報管理に関する規程や情報開示の規程、個人情報保護の取り扱いなどについて十分に検討を重ねるまでには至っていない。
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。	④	b	c	職員は、日勤者や夜勤者からの引継ぎ簿や回覧を必ず確認し、情報の共有化を図っている。また、サービス提供記録等はコンピューターでも共有している。各フロアごとの記録担当者を決めて、利用者の心身状況等を記録している。緊急を要することや重要なことについては、ボードに記入するなどの工夫を行っている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	評価結果			判断の理由
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。	④	b	c	年4回、広報誌を作成し、多数の地域住民や関係者等へ配布したり、公共機関にパンフレットとあわせて配置している。ホームページを活用し、様々な情報提供を行っており、施設見学・体験等の利用にも繋げている。
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。	④	b	c	サービスの開始にあたって必要な事項を明記した重要事項説明書や契約書をもとに、分かりやすく説明を行ったうえで本人や家族の同意を得ている。また、終末期の支援に関することについても説明や話しあいを行っており、本人の希望を踏まえた支援に繋げている。
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。	a	④	c	同一法人の運営する各施設と密に連携を図ったうえで、医療機関等への円滑な移行等を支援している。家族と関係者間で話しあったり、各施設の職員間で連絡・調整を行ったりして、継続性のある支援に努めている。しかし、手順書や引き継ぎ書、移行後の相談方法の明記等による、継続性に配慮した書類整備への取り組みは十分とはいえない。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	評価結果			判断の理由
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	④	c	担当者が中心となって、利用者の状況や家族の意向を把握している。同一法人の運営する各施設や関係者等からも情報を得ている。関係者間で話しあって、共通の様式でアセスメントを行っているが、組織として、より質の高い計画作成を行うための手順や方法、見直しの時期等を具体的に明記するまでには至っていない。
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。	④	b	c	サービス実施計画の策定に係る責任者を配置している。本人や家族の意見・意向等を把握したうえで、看護師や機能訓練士、栄養士、担当者等で話しあいを行い、本人本位の計画書の作成に取り組んでいる。
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。	④	b	c	日ごろから、担当者が中心となって、利用者の心身状況の把握等を行っている。多職種の職員によるサービス担当者会議を開催し、おおむね3か月～6か月ごとに計画書を見直している。退院後や心身状況の変化に応じ、そのつど計画書を見直している。