

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

(様式2)

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 理念はパンフレットに記載している。法人の理念に準じた内容で、病院が医療、老健がケアを最良の状態を目指すもととなっている。職員利用者にはホール内に掲示し周知できるようになっている。</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 研修や制度改正の情報を把握し、地域の情報はSWOT分析により対策を立て事業計画に落とし込んでいる。特に今年は制度改定の年であり、新設した加算を積極的にとっている。毎月の通所リーダー会議、運営会議、法人運営会議で利用者率や収入を分析している。</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 毎月の運営会議にて組織や職員体制、設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等を分析し話し合っている。また役員も出席するため課題の共有ができています。課題の解決や周知はリーダー会議、職員会議にて行う。</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 バランススコアカードにて目標値を立て達成するための内容を書いた中長期計画を立てている。計画は介護保険改定時期に合わせて3年ごとに見直すこととしている。</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 バランススコアカードにて中長期計画を基にした年度ごとの事業計画を立てている。できるだけ数値化し、月ごとの運営委員会にて進捗状況を確認している。</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 事業計画は各部門の話し合い（職員会と毎日の終礼）からリーダークラスの話し合い（通所リーダー会議）、そして最終的に運営委員会で計画される。3月に計画し、毎月進捗状況の見直しがされる。職員へは職員会議にて周知されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 行事などの事業計画はホール内に掲示し利用者がわかるようにしている。主な内容はパンフレットなどに資料を入れている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス情報開示にて年に一回の自己評価を行っており、必要に応じて改善を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 行事等の後は反省会を開き次回に役立てるようになっている。また日々のミーティングの中で職員間で話し合うとともに申し送りノートにて職員間で周知するようになっている。</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） 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・c
評価概要 品質マニュアルに責任を明記している。また運営会議、職員会議等で全国的な傾向や動向などや管理者としての意志を発言し施設の方向付けを行っている。		
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・c
評価概要 法令遵守や経営に関する研修会に参加するとともに職員会や研修会を計画することで法令遵守の周知を行っている。新人のオリエンテーションにおいては必ず法令遵守の話をしている。		
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・c
評価概要 定期的に中央の研修の参加や先進的な施設を見学し、自施設で足りないところや取り組むべき課題を提案している。ポイント制の導入やダイバーショナルセラピーなどの導入を行った。また職員には積極的な研修の機会を与え教育を行っている。		
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・c
評価概要 運営会議にて人事労務財務など分析している。運営委員会にて事業計画の進捗状況を確認し、会を通じて管理者としての意見を述べ、職員に対する意識形成を行っている。		

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・b・c
<p>評価概要 利用者数により介護職員数を決めている。退職休職による欠員補充と必要な資格を求人票に記載するようにしている。介護職員は介護福祉士100%を目指しているが、現在は8割である。毎年新卒者の採用計画を立て人材の確保を行っている。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	○a・b・c
<p>評価概要 情意考課によって期待する職員像を明確にし、人事基準を明記している。人事考課制度により半期の目標設定を行いそれに向けて取り組む。また達成具合を賞与に反映留守様な仕組みを取っている。処遇改善は毎年計画し手当を出している。</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り組んでいる。	○a・b・c
<p>評価概要 労務管理は事務長及び事務が行う。週休の取得状況を毎月把握し、年間で有給の4割以上を取得するように目標づけている。健康新だを年に一回行い今年メンタルヘルスも行った。また職員相談窓口を鹿児島市に設置し、いつでもプライバシーを保ちながらいつでも相談できるようにしている。職員旅行やボーリング大会、部活動などの導入。託児所や時間有給を取り入れ働きやすい環境を作っている。職員は安全衛生委員会を定期的に行い職員の心身の安全に考慮している。</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・b・c
<p>評価概要 半年に一回人事考課制度を取り入れている。制度は情意考課と目標カードからなる。期待する職員像を明記した評価表を用い、上司の面接による指導教育を行う。また一人一人が上司と半年間の目標設定し、その目標達成って取り組み半年後に達成状態を上司と確認する制度になっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 教育・訓練一覧、情意考課表により期待する職員像や専門技術などの力量を明示している。個人力量評価・教育訓練記録、目標カードに研修を計画している。年に一回訓練教育一覧は見直される。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 個人力量評価・教育訓練記録によって知識専門資格を把握している。教育・訓練一覧によって必要な研修の計画を明示している。院内メールによって適時研修案内を送り上長や個人の判断でも研修の参加を推奨している。</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 実習生の受け入れマニュアルによって実習生を積極的に受け入れている。実習担当者は研修を受けた職員を配置している。実習養成校と年に一回の意見交換会、実習中の養成校からの定期訪問、必要による電話連絡などで連携を取っている。マニュアルを閲覧できること、実習前の終礼とうで職員への周知を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 理念や基本方針はホームページに掲載されている。理念基本方針が載っているパンフレットを月刊誌「あいことば」、ひだまり新聞等を配布している。</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 法人運営会議により収支報告が行われ、議事録は院内メールにて各職員が閲覧できるようになっている。公認会計士、会計指導員が定期的にチェックするようになっている。</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・c
<p>評価概要 マニュアルの中に地域との関わり方の考え方を文書化している。利用者の社会参加意欲を高めるためにポイント制を導入し積極的に地域に出て社会参加を促す取り組みを作っている。また、実際に職員が同行し地域へ社会参加の取り組みを行っている。</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。	○ a・b・c
<p>評価概要 ボランティア受け入れマニュアルに基本姿勢を明文化している。受け入れの際は一連の書類をもって説明と承諾を取るようにしている。また、簡単なオリエンテーションにより利用者へ接する際の注意を説明している。学校の体験学習など積極的に受け入れている。</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。	○ a・b・c
<p>評価概要 地域内の他の事業所については市が作成しているリストを活用しすぐに連絡できるようにしている。関係機関特に居宅事業所とは利用の状態や状況により常に連絡するようにしており信頼関係を保つようにしている。また制度に関することは保健所と連絡を取ったり、求人に関しては公共職業安定所に希望を出すよう連携を取っている。</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・b・c
<p>評価概要 町内会の総会に参加し老健の役割の説明や食に関する話など栄養士が行った。法人が行う研修会に講師として参加させ、他の事業所へも要請があった時には講師として出前講習を行っている。また、秋祭りや健康祭りを企画して敷地を地域住民へ提供する取り組みも行っている。災害時の役割については必要時に施設を地域に開放する準備ができています。</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・c
<p>評価概要 家族会や町内会長の訪問などによりニーズの把握をしている。時間外を利用して施設のマシンを提供した。</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） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ－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 基本方針の中には心のこもった対応という表現で利用者の尊重を示している。利用者の権利擁護について入職時のオリエンテーションにて周知するようにしている。		
29	Ⅲ－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 プライバシーについては各マニュアルの中に盛り込まれている。権利擁護については新人研修マニュアルの中に明示し周知を行っている。トイレ使用時には使用がわかるように使用中の札をするようにしている。また入浴中もカーテンを多く使用しプライバシーが保たれるように工夫している。		
Ⅲ－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－（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 ホームページを作り情報提供を行っている。パンフレットは病院、居宅支援事業所、包括支援センター等に配布し情報の提供を行っている。見学についてはパンフレットに明示してあり、月2～3件の見学もある。実際に利用されたケースも多くみられている。		
31	Ⅲ－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 サービス開始前に重要事項説明書によってサービス内容の説明をわかりやすく工夫した図と文書で利用者家族へ説明している。サービスの開始変更時は同意書やリハビリテーション実施計画書に同意のサインをもらうようにしている。		
32	Ⅲ－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 事業所等の変更があった場合はリハビリテーション実施計画書その事業所または家族に渡し、大きく内容が変わらないように自施設にてどのようなサービスが行われていたかを通知している。相談については相談員がいつでも相談に応じるようにしている。		

Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要 利用者満足度調査を年に一回12月ごろに取っている。アンケート結果は集計し個別の意見で可能なものは対応している。相談員を窓口担当者としているが、それ以外の職員も日常的な希望や要望などは終礼ミーティングで皆で話し合い解決するようにしている。解決内容は申し送りノートにて職員に周知できるようにしている。</p>		
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
<p>評価概要 重要事項説明書にて苦情解決の体制を明示してある。仕組みはフローチャートでわかりやすいように作っている。</p>		
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
<p>評価概要 相談窓口 意見箱を設置し相談や意見が言いやすいように配慮している。その内容は重要事項説明書に記載されており、家族に説明するとともに配布している。</p>		
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
<p>評価概要 相談や意見は連絡帳や意見箱を設置し収集している。相談しにくい内容などはケアマネに話してもらうなどケアマネとの協力体制も作っている。</p>		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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 リスクマネジャーを中心とした安全管理委員会を設置してあり、事故発生時はレポート提出により再発防止策を立てている。毎月ごとに収集したレポートの統計をだし分析するようにしている。安全管理研修は年に2回計画され全職員が参加するようにしている。</p>		
38	Ⅲ-1-1 (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 感染マニュアルを作成し、職員が周知できるようにスタッフルーム内に設置している。またマニュアルに責任と役割を明確にしてある。勉強会は年に2回計画し全職員が参加するようにしている。</p>		
39	Ⅲ-1-1 (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取組んでいる。	(a)・b・c
<p>評価概要 当事業所は土砂災害特別指定区域に指定されているが、災害が起きても最小限で食い止められるように耐荷構造の計算と防護壁を設置し万が一土砂災害が起きても土砂が流入しない工事を行った。また3階への避難訓練を行っている。水を含めた備蓄も行っている。</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
評価概要 マニュアルを作成し必要な時に職員が自由に閲覧できるようにしている。		
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
評価概要 運営委員会・職員会等により必要な時期に見直される。改定時には年月日を記録し、最新版管理を行っている。		
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
評価概要 マニュアルに基づいてリハビリテーション実施計画書（福祉サービス実施計画）を策定しており、適正に運営されている。		
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
評価概要 リハビリテーション実施計画書（福祉サービス実施計画）は3か月おきに見直され、見直す際はすべての職員が参加してカンファレンスを行った後に行っている。		
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
評価概要 組織が決めた様式によって記録され実施したものは記録されている。すべての職員が同じサービスを提供できるようにしている。		
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
評価概要 個人情報保護管理規定により個人情報の保護が適正に行われている。研修会を年に1度は実施している。家族利用者へは利用時に説明を行っている。		