

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

(様式2)

H23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
評価概要 理念・基本方針ともに、施設内の見やすい場所に掲示している。		
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。	(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
評価概要 理念・基本方針ともに施設内の利用者へも目に付きやすい場所に掲示している。 また、職員の名札の裏にも理念を記載して常に意識して業務に取り組んでいる。		

I-2 事業計画の策定

		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
評価概要 理念及び運営方針を基に年に1回見直しをし、計画を策定している。		
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 事業計画が利用者等に周知されている。	a・(b)・c
評価概要 ①現場の職員の意見を生活相談員がまとめ、幹部職員へ情報提供しそれを検討した上で計画を策定している。 ②年に1回職員会議にて事業計画を報告。また、事業計画の回覧を全職員へ行い、いつでも見れるところに掲示している。 ③お花見会など大きな行事で事業計画内容について少しふれ利用者へ伝えたり、理事会等で理事になっている利用者へ説明を行ったりしている。		

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組を行っている。	(a)・b・c
評価概要 ①介護保険法の示す「管理者の責任」をもとに、職員会議で役割と責任を表明している。 ②介護保険施設等の集団指導への参加。内容を報告書に記載し、資料回覧による周知を行っている。		
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。	(a)・b・c
	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。	(a)・b・c
評価概要 スタッフの経験年数や必要な技術を把握した上で、それに合った研修の参加を指示したり、毎月の職員会議で現状・改善点などをスタッフより汲み上げ、質の向上に意識的に取り組んでいる。		

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組を行っている。	○a・b・c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①②併設する軽費老人ホーム・有料老人ホーム・病院・居宅介護サービス事業所からは、常に申し送りや全体職員会議で情報を提供し合い、利用者のニーズ、データを把握している。福祉サービスのニーズ、社会福祉事業の動向については、新しい情報等あれば、すぐに職員会議で情報伝達や回覧資料により把握している。また、利用者の利用状況などを一覧表にし、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。</p> <p>③公認会計士の指導に基づく経理・経営改善を実施。</p>		

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
<p>評価概要</p> <p>①必要な人材や人員体制は、運営規程に示されている。</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。	○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
<p>評価概要</p> <p>①有給休暇簿、勤務表、時間外労働届などにより就業状況を把握している。また、現場スタッフからの状況報告受け、改善すべきことがあれば対応している。</p> <p>②併設の病院による健康診断・インフルエンザ予防接種の実施。</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。	○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組が行われている。	○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
<p>評価概要</p> <p>①運営方針・努力目標に明示している。職員の技術レベル等に合わせて研修を振り分け利用者サービスの向上を目指して取り組んでいる。</p> <p>②研修報告書、職員会議での報告を行っている。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生の受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。	a・b・○c
<p>評価概要</p> <p>平成24年2月に人材育成支援事業 介護人材サポートより実習生の受け入れを予定しており、それに向けて実習生受入れ体制を整備中。</p>		

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組が行われている。		
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。		○a・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。		○a・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。		○a・b・c
<p>評価概要 ①感染症・事故発生マニュアルを年に1回、職員会議で配布し、見直しを行っている。感染症対策については、流行時期前などに改めて看護師が他スタッフへ指導を行い感染症予防に取り組んでいる。また、併設病院の感染症勉強会にも出席するなどして情報収集に努めている。</p> <p>②防災訓練（地震・火災）を併設の老人ホームと合同で年に3回、消防署や消防設備会社の立ち会いのもと実施。訓練後は、職員アンケートによる意見や参加した利用者の意見を職員会議で検討し次の訓練につなげている。</p> <p>③ひやり・はっと報告書を記入する際、職員間で話し合った結果を今後の対応策として記入し、安全確保・再発防止の情報を共有したうえで、対応策実行している。</p>		

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。		○a・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。		a・○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。		a・○b・c
<p>評価概要 ①母体となる軽費老人ホームは開設45年でこれまでも社会福祉に貢献してきた。お花見会と敬老会の年2回地区の老人会などを招待して交流を図っている。夏祭りは、地域にちらしを配ったり、ポスターで参加を呼びかけている。また、地域の大正琴クラブやコーラスクラブ、幼稚園の慰問など定期的に地域の方にきていただいたり、地区の公民館の清掃活動に参加させていただくことでかかわりを築いている。</p> <p>②年2回のお花見会や敬老会の際、理念や基本方針、活動などを説明したパンフレットを地域の方に配布している。平成23年9月23日に「認知症サポーター」の研修会を開催。</p> <p>③慰問や小学生ボランティア活動など申し出があれば積極的にボランティア受け入れている。申出のあったボランティアの方とは事前に電話や面接などで打ち合わせを行っている。</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。		○a・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。		a・○b・c
<p>評価概要 ①指宿市内の介護関係事業所や医療機関、市役所、警察、消防署、ボランティア団体などの社会資源を明示し連絡先を記載した資料をスタッフ室の掲示板に貼っている。</p> <p>②毎月、ケアマネージャーへ情報提供書にて利用者の1ヶ月の状況の報告を行っている。また、利用者の体調不良時など、家族、担当ケアマネージャーに連絡を行い対応している。希望する御家族には、連絡帳にてコミュニケーションを取っている。</p>		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		a・○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。		a・○b・c
<p>評価概要 ①②併設している軽費老人ホーム・有料老人ホーム・居宅介護支援事業所と協力してニーズを把握したり、理事会などで地域から取り上げられた意見やニーズを把握し、長・中期計画に取り入れ策定し活動している。</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

		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。		
	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。	a・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。	a・b・c
<p>評価概要①理念には、「その方らしく生きることを応援させていただく」という姿勢をかけ、また、方針として「心のもった利用者中心のサービスに努めること」を明示している。その基本姿勢を軸として身体拘束や虐待防止のマニュアルを作成し、職員会議で見直しを行ったり、勉強会を行うことで意識向上に取り組んでいる。</p> <p>②プライバシー保護の規程に基づいて、入浴、排泄などのサービスに活かして取り組んでいる。入浴～自身の身体的特徴を知られたくない、大浴場に入りたくない并希望される利用者には、個別浴を利用していただくことで対応している。</p>		
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・b・c
<p>評価概要</p> <p>①ケア担当者会議の際、サービスや食事に関する利用者の満足度をアセスメントとして伺っている。</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。	a・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。	a・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。	a・b・c
<p>評価概要①相談・苦情申出窓口の設置についての文書を施設内のわかりやすい所に掲示している。利用者、家族へも重要事項の説明書により苦情相談窓口について説明を行っている。</p> <p>②苦情解決責任者及び担当者・第三者委員会を設置し複数の相談相手を用意している。苦情内容を苦情相談記録簿に記録し、経過記録も行うことで、利用者への対応がより丁寧になる様、意識している。</p> <p>③マニュアルにしたがって対応し、職員会議、申し送りにてスタッフ間で話合った解決策を決定し、意見対応している。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		自己評価結果
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。	a・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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①②カンファレンスやヒヤリハット、日常業務改善会議等により質の向上に向けた取り組みを行っているが定められた評価基準による自己評価は実行できていない。</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。	a・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・b・c
<p>評価概要①②入浴・排泄・食事マニュアルなど策定している。</p> <p>ケアカンファレンスやヒヤリハット等を活かしながら年に1回、見直しを行っている。</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。	○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
<p>評価概要①サービス提供記録簿に記録を行っている。より良い記録の方法を職員会議で参考資料配布し勉強会を行ったり普段の記録時に指摘しあって記録に取り組んでいる。</p> <p>②運営規程により明示している。</p> <p>③申し送りノートに記録し、回覧している。また、必ず朝の申し送りで読み上げ、情報の共有のための努力している。また、ケアカンファレンスを開催し、利用者の状況・問題点などより良い対応方法をスタッフ間で統一してサービスに当たるようにしている。その内容を経過も含め記録簿に記録し、いつでも閲覧出来る様にしている。</p>		

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
<p>評価概要①慰問や行事などの際、地域の方や併設の施設の利用者へお知らせ配布し、見学を兼ねて参加をしていただいている。</p> <p>②サービス開始時に、重要事項説明書、利用契約書をわかりやすい表現を心がけながら説明し、同意を得ている。また、一度、資料を持ち帰って熟読し、わからないことがあれば質問をしていただく方法を勧めている。</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。	a・○b・c
<p>評価概要①生活相談員が窓口になり情報提供や引き継ぎの申し送りなど行っており、サービス終了後も不明な点や相談があれば丁寧に対応している。</p>		

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
<p>評価概要①利用者1人利用者に関する情報収集には、ケアマネージャーや医療機関からの情報提供書や担当者会議での記録を用いている。汲み上げた情報でフェイスシートを作成し、個別性の把握に努めている。</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。	○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
<p>評価概要①フェイスシート、担当者会議録をもとに、個別のニーズを把握した上で、看護師や介護スタッフと話し合い、サービス実施計画を策定している。</p> <p>②1ヶ月ごとにサービス実施計画をもとに利用者ひとり、ひとりの状況を検討し記録している。また、その記録をケアマネージャーへも提出し意見を求めている。</p>		