

第三者評価結果（共通項目）

福祉サービス第三者評価基準【共通版】

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>利用者の尊厳と基本的人権の尊重、地域での豊かな生活の支援など、職員の行動規範となる内容の理念が明文化され、毎年度の事業計画書の冒頭に掲載されるとともに、広報誌やパンフレットに記載され、玄関にも分かり易くパネルで掲示されている。</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。 | a・Ⓑ・c |
| <p>評価概要</p> <p>職員一人ひとりの意識の徹底を図るため、毎月の全体職員朝礼での唱和や、名札の裏に記載する等の取組みを行い、新入職員へは個別に教育がなされるなど、周知が図られている。</p> <p>利用者に対しては、広報誌の配布で理念の周知を図られているが、利用者会や家族会の設置など、より分かりやすく説明できる場の必要性は意識されているので、そのような機会を早期に持っていただきたい。</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>中長期計画には、利用者満足の上昇や地域利用者のニーズに応える基盤体制の確立・職員体制等の現状分析を行い、組織の理念・基本方針の実現に向けた課題や具体的目標（部門目標・個人目標）計画が明確にされている。</p> | | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 事業計画には、中長期計画の内容を反映し、今後のさらなる高齢化・社会状況変化等も踏まえた福祉サービスの質的向上・人材育成・自己啓発の推進など法人の組織強化に努め、地域福祉の増進に寄与することを基本とした事業計画が策定されている。 | |
| I-2-(2) 計画が適切に策定されている。 | |
| I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。 | ○a・b・c |
| I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。 | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>各計画の策定は、職員の参画・意見の集約・反映の仕組みが、人事考課制度機能のチャレンジシートを活用し行われている。また、各計画は、部門ごとの関係職員の参画により、半年ごとに意見集約や評価を行い、計画の進捗状況は、毎月の運営委員会で議題として話し合い、再び各部門の職員に周知し、改善に向け取り組むなど組織的に行われている。各計画は、職員・利用者等にも配布されて、周知されている。</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。 | ○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り組みを行っている。 | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>管理者は、自らの役割を事務分掌により示し、運営委員会や職員ミーティングの場に出席し表明している。また、利用者の利用状況や経営についても、地区別の利用状況を分析し重点地域を設定することや、より先駆的なサービスの重要性、それに必要な資格をもつ職員の養成に取り組むなど、リーダーシップが十分に発揮されている。なお、遵守する法令等についても、自ら研修に参加し、関係法令等の職員への周知が図られ、新人職員には特別に教育を行うなどの取り組みがなされている。</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。 | ○a・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。 | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>管理者は運営委員会において、毎月の稼働率を報告し、職員が経営に対する意識</p> | |

を高める努力をしている。また、業務の効率化については、全ての職員が、チャレンジシートにより業務の改善に関する事項や、サービスの現状等の気付きを報告し、それを運営委員会で検討するシステムをつくるなど、組織内に具体的な体制を構築し、管理者自らも積極的にその活動に参加している。

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。 | ○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り組みを行っている。 | ○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>施設を取り巻く市町村からは「一人暮らし高齢者」の情報を、法人内の在宅介護支援センターでは、地域の情報を収集し把握している。また、自事業所の利用者状況については、地区別利用状況をグラフ化して分析するなどの経営分析を行い、その結果を職員に周知するとともに、事業計画の当面する課題の具体的な目標、さらに中長期目標に反映している。外部の監査については、公認会計士の指導に基づく、経理・経営改善を実施している。</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。 | ○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>人事管理については、組織を適切に機能させるために、必要な有資格職員や、サービスの質を確保するための人員体制が整備されている。また、人事考課については、一次考課・二次考課の二段階制で行われており、考課基準は職員と決めている。今後は、これまでの公正な人事考課を活かし、個人の能力向上とともに、職員間の均衡を保ちチーム力の向上につながるよう職員へのフィードバック等の具体的な方策によって、客観性・透明性の確保が図られることが望まれる。</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 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>職員の就業状況や休暇の取得状況及び職員の意向を定期的に把握し、分析検討が行われ改善できるように取り組んでいる。産業医による健康管理や衛生管理者を配置して、職員が相談しやすい環境や仕組みをつくり、福利厚生の充実のため職員互助会の組織もつくっている。</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。 | | ○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り組みが行われている。 | | ○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>職員の質の向上に向け、職員の教育や研修に関する組織の基本姿勢については、中長期計画にも明示している。具体的な取り組みは、正規職員・非常勤職員が共に、切磋琢磨しながら、同じ目的意識や基本姿勢で、研修に参加できるよう体制を整えている。また、研修計画の評価・見直しにより、外部講師を招き、自施設で研修を行うことで、全職員の研修成果を考慮する計画等も考えるなど、職員の質の向上にも取り組んでいる。</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 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。 | | a・○b・c |
| II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。 | | a・○b・c |
| <p>評価概要</p> <p>実習生の受け入れについて、連絡窓口や事前説明等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。組織として積極的に受け入れを行いたいとのことだが、最近では、介護福祉専門学校等の学生の減少等もあり、実習希望者がなく、実習生の受け入れ実績はない。今後は、実習生受け入れのため、学校等への働きかけや連携を図り、実習生受入れの責任体制や実習生育成のためのプログラムを整備するなど、積極的な取り組みが期待される。</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）の対応など、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 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</p> <p>事故・非常災害等の安全防止や、感染症、食中毒予防マニュアル等があり、緊急事態発生時の体制も整っている。職員に対しての安全確保や事故防止に関する研修も行われている。ヒヤリハットの報告には、検討会の実施や今後の対策が記載されている。</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。 | (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</p> <p>施設機能の地域への還元として、在宅介護支援センターと連携した介護予防教室や転倒予防教室を行っている。</p> <p>利用者への地域の情報提供としては、地域行事の案内やさまざまなサービス等のパンフレット、資料を施設内に掲示し、必要に応じて説明している。また、利用者の地域との交流では、地域の各種行事への参加はもとより、施設の職員が地域の行事「西方夏祭り」の実行委員として参加するなど、積極的に地域との交流連携が行われている。</p> <p>ボランティアは積極的に受け入れられていて、マニュアルも整備されている。ボランティアの多くは、社会福祉協議会の登録者や学校等の団体で、必要な研修は終わっているため、施設としては研修を行っていないとのことであるが、社会福祉協議会や関係団体等との連携をとり、施設利用者との良好な関係を保ち、有意義なボランティア活動となるような研修への取り組みが望まれる。</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>施設内に地域の関係機関・団体等の必要な資料が保管され、いつでも連携できるように整えられている。また、法人内の在宅介護支援センターとの共同開催による民生委員、在宅福祉アドバイザーとの会議や薩摩川内市介護保険サービス提供事業所連絡会に出席し、関係機関との連携を図っている。</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。 | a・Ⓐ・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>評価概要</p> <p>事業計画の「総合的な介護サービスを行い、地域の福祉センターとしての役割と、機能を果たす」の目標のもと、地域支援事業の在宅介護支援センター、指定居宅支援事業、訪問介護サービス等の事業に積極的に取組まれている。地域の福祉ニーズの把握については、同一施設に在宅介護支援センターがあり、地域住民の相談や福祉ニーズの把握を行い、情報の交換や連携を密に行なわれているが、事業所独自に関係団体や民生委員との会議を行い、具体的な福祉ニーズを把握するなどの積極的な取組みを期待したい。</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。 | a・Ⓐ・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・Ⓐ・c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者を尊重したサービス提供については、基本理念に明示され取り組んでいる。プライバシー保護については、マニュアルの整備や見直しも定期的に行われ、併設施設と研修も実施している。今後は、認知症対応型通所介護の開設もされることから、認知症の利用者の基本的理解や、利用者を尊重する基本姿勢等、職員のサービス提供についての共通理解や、資質向上のための研修参加、マニュアルの整備を図</p> | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|
| ることが期待される。 | | |
| Ⅲ－１－（２） 利用者満足の上昇に努めている。 | | |
| Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。 | | a (b) c |
| Ⅲ－１－（２）－② 利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。 | | a (b) c |
| <p>評価概要</p> <p>利用者満足を把握するために、行事計画実施後にアンケート調査を実施し利用者満足の上昇に努めている。</p> <p>食事については、利用者の嗜好を確認し、個別に食事量や疾患による留意点を把握した上で、食事提供されている。今後も利用者満足の上昇が図れるよう、定期的な調査を行い、利用者参画のもと、検討会議を行い改善課題を発見し、評価・見直しを行うなど、さらなる取り組みに期待したい。</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</p> <p>利用者が相談や意見を述べられるよう、分かりやすく説明した文書・掲示物が整備されており、複数の相談方法や相談相手の選択ができる環境が整い、利用者への周知もできている。</p> <p>また、苦情解決体制整備の機能の充実を図るため、苦情解決フローチャートや様式を整備すると共に、マニュアルの整備・見直しを行い、迅速に対応できるように、体制を確保している。</p> | | |

Ⅲ-2 サービスの質の確保

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------------------------------|--|---------|
| Ⅲ－２－（１） 質の上昇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 評価の結果に基づき組織として取り組む | | (a) b c |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <p>べき課題を明確にしている。</p> <p>Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。</p> | <p>a (b) c</p> |
| <p>評価概要</p> <p>事業計画の当面の課題として「利用者満足の上昇に取組む」との目標を掲げられ、既存の評価様式を使っての自己評価をされ、評価結果の分析は担当部署において適切に行い、課題も明確にされているが、課題に対する改善計画を立てての実施は十分とはいえない。施設独自の評価項目を職員参画のもとで作成したいとの意気込みを示されていることから、それに基づいて評価がなされ、改善策や改善計画が組織的に行われ、サービスの質の向上に向けた取組みがなされることを期待したい。</p> | |
| <p>Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。</p> | |
| <p>Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。</p> | <p>a (b) c</p> |
| <p>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。</p> | <p>a (b) c</p> |
| <p>評価概要</p> <p>個々のサービスについて、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が文章化され、職員への周知も図られているが、サービスの実施方法については、サービス実施時の留意点や業務手順等の文章化に改善の余地がある。サービスの標準的な実施方法についての見直しの仕組みについては、職員からの提案や意見が細やかに記録され、見直されているが、見直されたサービス実施方法がサービス実施計画に反映されていない面がみられることから、サービス実施計画に基づいたサービスが提供されることが望まれる。</p> | |
| <p>Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。</p> | |
| <p>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。</p> | <p>a (b) c</p> |
| <p>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。</p> | <p>(a) b c</p> |
| <p>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。</p> | <p>(a) b c</p> |
| <p>評価概要</p> <p>利用者に関するサービスの実施記録については、文書規程により管理体制、保管等について定められ、個人情報の保護と情報開示についても管理体制が整備されている。利用者に関する情報は、連絡ノート、担当者会議録など適切に記録されているが、サービス計画に基づいた実施記録のさらなる充実が望まれる。</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。 | | ○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</p> <p>インターネットのホームページ公開や、利用希望者の施設見学も随時受け付けている。パンフレットには、理念やサービス内容がわかりやすく記載され、パンフレットを公共施設等にも置くなどして、情報を提供している。サービス開始にあたり、利用者・家族にわかりやすく説明するため、重要事項説明書等の文字フォントサイズを大きくし、ルビをふるなどの配慮もされており、同意も得ている。</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</p> <p>サービスの内容や事業所の変更等は、居宅介護支援事業所への情報提供を行っている。利用者・家族への、サービスの継続性を配慮する対応策として、事業所に、地域の保健・医療、福祉サービスのパンフレット台帳を備え、閲覧や相談を受ける体制を整えている。</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。 | | ○a・b・c |
| Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | | ○a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>サービス開始前に、相談員が居宅介護支援事業者や、利用者・家族から身体状況・生活状況（生活歴を含む）等のアセスメントを行いその結果に基づき、実施計画に利用者の課題が明示されている。</p> <p>アセスメントは、定期的な見直しにより、新たに生じた課題も把握されており、目標達成に向けたサービス内容が検討され、サービス計画が策定されている。</p> | | |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <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。</p> | |
| <p>Ⅲ－４－（２）－① サービス実施計画を適切に策定している。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p>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。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p>評価概要</p> <p>サービスの実施において、利用者への気付きや担当者会議により得た情報の要点は記録され、職員間での情報共有や共通認識は図られているが、今後はサービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みを有効に機能させる取り組みが望まれる。</p> <p>また、これらの記録内容を活かし利用者主体の目標をたて、具体的なサービスの実施計画や実施状況の評価見直しを行いサービス内容のさらなる充実が図られることに期待したい。</p> | |