

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
I-1-(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」と基本方針を明文化し、広報誌・パンフレット・ホームページ等に記載している。職員には毎年度当初の全体会議で、施設長が理念・当該年度の基本方針を資料を用いて具体的に説明している。家族には理念を噛み砕いた解釈文(福祉の心とは・・・/個人の尊厳の保持とは・・・)を手渡し、理解を求めている。又、理念(尊厳の保持)に沿った自立支援介護の実践を通じ、職員・利用者・家族への周知を図っている。今後は利用者にも、理念・基本方針を分かりやすく説明する取り組みが期待される。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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。	a	施設長が県介護福祉士会会長を務めており、関係団体(老施協、経営協等)・行政からの情報を含めて社会福祉事業全体の動向把握を行っている。又、法人内に地域包括支援センター(2ヶ所)・居宅介護支援事業所を有しており、地域の情報(利用者数・利用者像、福祉ニーズ等)を継続的に把握・分析している。
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	毎月の法人管理者会議(理事長、各施設長・部長等が参加)の中で経営状況や具体的な課題について協議している。管理者会議での決定事項・提案等は各会議(代表者会議、ユニットミーティング)を通じて職員への周知が図られている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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。	a	「経営の安定性と利用率の確保」「無理、無駄のない経費削減」「施設等の計画的整備」「個別ケアの充実と科学的根拠に基づく自立支援介護の強化」「人材の確保、育成、定着／魅力ある職場作り」「社会貢献活動・積極的な地域との交流」の6項目を柱とする中・長期計画(3ヶ年)を策定している。
5	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。	a	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画(運営計画)を策定している。運営計画は園全体の数値目標(1日平均利用者数、職員配置数)や各部門の重点項目を明示した内容となっている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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。	a	運営計画の数値目標は前年度の評価・職員の意見を踏まえて設定している。又、組織の目指す方向性を踏まえ、各部門の具体的な取り組みを重点項目として明示している。運営計画は職員全体で作上げる流れとなっており、年度当初の全体会議で周知が図られている。又、運営計画の進捗状況を半期毎に、管理者会議・リーダー会議の中で振り返る機会を設けている。
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	中・長期計画や運営計画の要点を、資料を用いて家族に説明する機会(年2回)を設けている。今後、運営計画の内容を噛み砕き、利用者にも分かりやすく周知する取り組みが期待される。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
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	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。	a	施設内の様々な活動(自立支援介護、各委員会、研修、行事企画等)は、PDCAサイクル手法に基づいて行う体制となっている。年1回、県の介護サービス事業所自己チェックリストに基づいて、運営上の自己点検を行っている。又、3年毎に第三者評価を受審し、福祉サービスの質の向上を図っている。
9	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。	a	組織内の課題については職員間で共有し、トップダウン・ボトムアップの双方で必要な改善を重ねている。

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

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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	施設長は折に触れ、施設全体で進む方向性(自立支援介護・人材育成の推進等)を職員に示している。又、自らの考え方・施設の取り組みを福寿園便り(年1回)や広報誌LIFE(毎月)に表明している。施設長の役割・責任(有事を含む)は分掌事務に明示している。今後、施設長不在時の権限委任についても、文書化・明確化される事を期待する。
11	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	施設長は行政・法人本部からの情報を得て、運営上の関係法令全般についての理解を深めている。各規程・法令遵守マニュアルの作成に携わり、職員に遵守すべき事項(コンプライアンス、虐待防止、個人情報保護等)を周知している。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。	a	法人理念(尊厳の保持)の実現に繋がるよう、科学的根拠に基づく自立支援介護の実践に指導力を発揮している。又、サービスの質の向上に繋がるよう、多様な専門委員会活動の体制を構築したり、職員の教育・研修の充実を図っている。
13	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。	a	施設長は毎月の試算表を確認し、人事・労務・財務についての分析・把握を行っている。又、経営の改善や業務の効率化(ICTの導入:ipadによる記録の効率化/見守りセンサーマットの導入等)にも積極的に取り組んでいる。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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	法人全体の要員計画に基づき、必要な福祉人材の確保に取り組んでいる。法人全体として多様な手段(新卒者、ハローワーク、就職フェア、SNSの活用等)を用い、採用活動を行っている。
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a	法人として「求める職員像(行動規範)」を明文化し、全体会議で職員への周知を図っている。人事考課制度を導入し、職員の専門性・職務遂行能力等を定期的に評価している。又、給与規程にキャリアパスの内容を明示している。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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組んでいる。	a 職員一人ひとりが働きやすい環境(計画的有休付与、育児休暇・短時間勤務制度等)を整え、「いしかわ魅力ある福祉職場制度」の認定を受けている。又、今年度から「魅力アップ委員会」を設けて職員の本音・不満・改善してほしい事等を吸い上げ、より働きやすい職場づくりに向けて検討・改善を重ねている。メンタルヘルスにも配慮し、自己チェックの機会(年1回)や相談担当者・産業医によるサポート体制を整えている。
II-2-(3)		
17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a 人材の確保・育成・定着に関する方針を、中・長期計画に明示している。人材育成に繋がるよう人事考課制度を導入し、目標管理に基づく面接を実施している。人事考課の結果は職員にフィードバックし、個々のモチベーションを高める仕組みとなっている。
18	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。	a 職員の教育・研修に関する方針を中・長期計画に明示している。年間研修計画に基づいて施設内での勉強会(法定、サービス強化、自立支援介護の勉強会等)を実施し、受講後はレポートを記載してもらっている。研修委員会が勉強会の評価・分析を行い、次年度の内容に活かしている。
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a 新人職員には新人育成プログラム・プリセプター制度を整え、効果的なOJTを行っている。現任者には一人ひとりの経験・能力を踏まえ、必要な外部研修(階層別、専門分野等)に積極的に参加させている。又、自己啓発に繋がるよう、様々な外部研修に関する情報を掲示板で周知し、職員の参加を募っている。
II-2-(4) 、		
20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a 介護実習受入れマニュアルに、実習の方針・目的・流れ等を明示している。より効果的な実習となるよう、実習指導者研修を修了した職員を7名配置している。養成校が用意したカリキュラムに沿って実習を行い、随時・定期的に振り返る機会を設けている。又、介護分野の専門実習(実務者、認知症実践者、認知症認定看護師等)の受け入れも行っている。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	施設の様々な情報(理念、運営方針、中・長期計画、運営計画、広報誌LIFE、ブログ他)をホームページ上で公開し、運営の透明性を確保している。
22	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。	a	施設内の取引に関するルールを経理規程に定めている。運営面に関し、必要時は外部専門家(社会保険労務士等)の助言を受けている。又、定期的に監事による内部監査を実施している。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	① 利用者と地域との交流を上げるための取組を行っている。	a	中・長期計画(6項目)の1つに「社会貢献活動・積極的な地域との交流」を明示している。地域との交流が広がるよう町内の回覧板を活用し、施設の三大大行事(夏祭り、敬老会、餅つき会)や交流カフェ(毎月)に近隣住民の参加を募っている。施設側からも町内や地域の行事(奉仕作業、駅伝大会等)に積極的に参加している。
24	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	ボランティア活動マニュアルに目的(地域福祉の向上、ノーマライゼーションの推進、サービスの透明性等)を明示し、多様なボランティア(傾聴、シーツ交換、クラブ活動、体操指導等)の受け入れを行っている。又、学校教育への協力の観点から、中学生のわく・ワーク体験、高校生の施設見学や花植え訪問の受け入れも行っている。
Ⅱ-4-(2)			
25	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	地域の社会資源に関する情報を収集・リスト化し、職員間で共有している。地域の介護保険施設連絡会や介護老人福祉施設相談員連絡会に参加し、関係機関・団体との連携強化を図っている。
Ⅱ-4-(3)			
26	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	施設内のギャラリースペースに地域住民の作品(写真、絵画等)を展示している。図書館を住民に開放しており、子ども達が日常的に利用している。施設内の多目的ホールで毎月交流カフェ「一福」(様々なイベント・介護何でも相談等)を開催し、地域住民との繋がりを深めている。災害発生時には地域の福祉避難所としての役割を、又、今後は地区住民の一時避難場所も兼ねるように協議している。
27	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	地域の福祉ニーズを吸い上げられるよう、民生委員・社会福祉協議会の会合に参加できるように働きかけている。「介護110番」を玄関に掲示し、地域住民の気軽な介護相談に応じる体制を整えている。又、施設が有する自立支援介護・認知症ケアのノウハウを利用者家族・地域住民に還元できるよう、「認知症あんしん塾」を実施している。

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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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	「個人の尊厳の保持」を法人理念に明示し、自立支援介護の実践に取り組んでいる。今年度は理念についてアンケートを募り、より職員一人ひとりが意識を高めて日々の実践に繋げている。毎年、5月の全体会議で各職種(介護福祉士、看護職員、介護支援専門員)の倫理綱領を確認する機会を設けている。毎年度末に法人全体で人権擁護研修(外部講師)を実施し、職員への意識づけを図っている。
29	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	利用者の権利擁護に配慮し、プライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアルを整備している。毎年、「プライバシー保護」「虐待防止」をテーマとする勉強会を実施し、職員への周知徹底を図っている。プライバシーを守れるよう、居室は全室個室となっている。生活場面では羞恥心に配慮し、排泄・入浴時には同性介助の希望にも応じている。不適切な事案が発生した場合の対応手順は、虐待防止マニュアルの中に明示している。
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	① 利用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	法人理念や提供するサービス内容を記したパンフレット・ホームページ(ブログ)・広報誌等を整備し、利用希望者に対して必要な情報を提供している。施設全体で取り組んでいる自立支援介護についても、利用者・家族が分かりやすい資料を整えている。入所申し込み・電話相談時には、施設側から見学を勧めている。
31	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	入所時は「ご利用のしおり」を用い、サービス内容(理念、自立支援介護の取り組み、料金等)を詳しく説明している。契約書・重要事項説明書の内容については書面で同意を得ている。利用者の意思決定が困難な場合は必要に応じ、成年後見制度を活用している。
32	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	福祉サービスの継続性に配慮し、家庭復帰・施設変更時を想定した「移行マニュアル」を整備している。又、家庭復帰・施設変更後に家族に渡す書面(退園されたご家族様へ)に、相談窓口担当者・連絡先を明示している。
Ⅲ-1-(3)			
33	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	年1回、利用者への意向調査(ヒアリング形式)を行い、満足度の把握・分析を行っている。家族の満足度については家族会活動(総会、食事会等)時の気軽な意見交換、毎年のアンケート調査を通じて把握するようにしている。

Ⅲ-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	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b 苦情解決の仕組み(受付窓口・解決責任者・第三者委員の設置等)を整え、契約時に渡すチラシ(流れを記したフローチャート図)、施設内のポスター掲示、ホームページを通じて利用者・家族への周知を図っている。苦情を申し出やすいよう、玄関にご意見箱を設置している。苦情が生じた場合は受付書に記載し、適切な対応策を講じている。苦情内容・改善策は家族の同意を得て、玄関に掲示・公表している。職員には全体会議の場で、苦情内容・考察・改善策等を周知している。今後、苦情の内容・改善策をホームページ・広報誌等でも公表する取り組みが期待される。
35	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 各ユニットに担当職員の顔写真を掲示している。カンファレンスは本人の居室で行い、話しやすい雰囲気づくりに配慮している。利用者の希望に応じ、相談室・会議室等でも話や相談出来る環境を整えている。担当職員の顔写真の下に、利用者が誰にでも相談出来る旨の明示が期待される。
36	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 利用者・家族の声に組織的かつ迅速に対応出来るよう、「意見・提案等に関する対応マニュアル」を整備している。又、生活相談員が各フロアに出向き、利用者の声を吸い上げる機会(月1回・生活改善会議)を設けている。意見・提案・要望等については各会議で検討し、迅速な返答を心掛けている。今後、利用者の意見・提案を受けた場合の一連の流れについても、フローチャート図化が期待される。
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	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 安心・安全なサービスを提供出来るよう、リスクマネジメントの体制(リスクマネジャーの選任=介護部長、事故発生時対応マニュアルの整備、事故防止委員会の開催、ひやりはっと・事故報告書等)を構築している。ひやりはっと・事故報告については各ユニット・フロアで検討し、当日に対応・改善策を講じている。毎月、事故防止委員会でひやりはっと・事故報告の内容を集計・分析したり、再発防止策の有効性についての検証を行っている。又、年2回、全体会議の場で施設内のひやりはっと・事故の事例報告を行い、再発防止策の周知を図っている。万が一に備え、法人で損害賠償保険に加入している。
38	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 感染対策マニュアル(予防策、発生時の対応手順等)を整え、感染症対策委員会を開催(1回/月)している。県・保健所からの最新情報を踏まえ、マニュアルの内容を随時見直している。毎年、全体会議で感染予防に関する勉強会を年2回(6月:食中毒/10月:インフルエンザ、ノロウイルス)実施し、職員への周知徹底を図っている。感染症流行期(11月~3月)に職員自身がウイルス等を持ちこまないよう、勤務前に検温を行い体調を確認している。
39	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 非常時(火災、地震、風水害、雪害、断水等)マニュアルを整え、防災委員会を開催(1回/月)している。防災委員会が中心となり、年1回、災害時の対応(今年度はBCP=停電・断水想定)に関する勉強会を実施し、職員への対応周知を図っている。年2回、火災を想定した総合避難訓練を、又、年1回、地震・水害を想定した訓練を実施している。夜間の火災想定訓練(20時に実施)は、地域住民や消防職員の参加・協力を得て実施している。備蓄品は厨房と各ユニットに備え置き、定期的に内容点検を行っている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	各介護マニュアル(食事、入浴、排泄、口腔ケア他)に、標準的なサービスの実施方法・手順を定めている。羞恥心を伴う場面(排泄、入浴時)では、プライバシーに関して配慮すべき点を明示している。新入職員にはプリセプター制度を導入し、マニュアル内容の達成度を定期的に確認する機会を設けている。又、現任者には「遵守確認表」を用い、日々のケアをマニュアルに基づいて実施しているかを振り返る機会を設けている。
41	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	年1回、職員(介護部長、リーダー、各委員会担当者等)の参画を得て「介護マニュアルの検討会」を行い、マニュアル内容の点検・見直しを実施している。
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	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	ケアプラン作成マニュアルに計画策定の責任者(介護部長)・アセスメントの手順を定めている。書式(包括・口腔ケア・24hシート等)を整え、適切なアセスメントを実施している。ケアプランにサービス・自立支援介護の内容を具体的に明示し、日々の実践に繋げている。又、利用者一人ひとりの思い・願い(〇〇したい)を叶える「夢プラン」を立案し、ケアプランとも連動させながら、その実現に取り組んでいる。
43	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	ケアプラン作成マニュアルに、計画内容の見直しを行う時期・手順を定めている。ケアプランは基本、入所1ヶ月後、その後は6ヶ月毎・状態変更時に見直しを実施している。
Ⅲ-2-(3)			
44	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	日々の支援がケアプランに沿って行われているかを、ケアチェック表や毎月のモニタリングで確認・評価している。記録の書き方に関する勉強会を定期的に行い、ルール化(利用者が発した言葉は「 」書きで残す、5W1H方式で客観的に記入する等)を図っている。パソコンのネットワークシステム・タブレット端末を活用し、事業所内の様々な情報を共有する仕組みを整えている。
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理規程に記録の保管・保存・廃棄・開示に関するルールを定めている。個人情報保護規程を整備し、毎年、全体会議で職員への周知を図っている。契約時に個人情報の利用目的を家族に説明し、書面で同意を得ている。