

(別紙)

# 評価細目の第三者評価結果

※すべての評価細目（45項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

## 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・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>〈コメント〉理念・基本方針は法人のウェブサイトや広報誌への記載はもちろん、外部への周知としてFAX送信票に記載したり、職員一人ひとりへ浸透させるために人事考課の自己評価の際に自身で記載させるなど、様々な努力や工夫がされており、評価できる。</p>		

### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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>〈コメント〉経営は理事会が中心となって行っている。会議で用いられる事業の財務状況や経営の指標に関する資料が充実しており、経営状況を的確に行っている様子が窺える。また、評議員には民生委員のメンバーがおり、地域の情報についても生の意見を拾える体制がある点は、施設を取り巻く環境の把握において有利である。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	@・b・c
<p>〈コメント〉経営上の課題は理事会で把握され、各種施策をそれぞれの部門の会議に下ろし、具体的な取組がなされる仕組みがある。また、部門の会議に施設長が参加し、職員の理解度を見ながら適宜指導を行うなど、課題の設定から具体的な取組まで徹底した関わりで実効性を高めている。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉長期・中期ともに計画が策定され、地域が抱える課題やその対策・方針が明確に示されている。また、イラストや平易な言葉を用いた読みやすい資料が作られており、職員が理解しやすい工夫がなされている。一方で、目標設定について数値目標が設定されているものが少なく、やや曖昧になっている。達成度等を測っていくためにも、より具体的な数値目標を計画に盛り込むことを検討されたい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉中・長期計画をもとにした単年度の事業計画が作成され、具体的な計画が記載されているが、数値目標が設定されているものが少ない。中・長期計画と同様に数値目標を計画に盛り込むことを検討されたい。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉事業計画は施設長から直接職員全員に伝えられ、詳しい説明がなされている。また、実施状況については月次の会議で毎回確認が行われている他、年度末に事業報告がなされ、組織的な評価・見直しが実施されている。資料もイラストをまじえたわかりやすいものが作られており、職員の理解を促す努力・工夫が見られる。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉事業計画はホームページに記載され、一般にも公開している点は評価できるものの、情報公開の様々な内容が同一ページに大量に羅列されており、欲しい情報へたどり着きにくい。よりわかりやすい見せ方を検討されたい。</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

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉みえ福祉第三者評価を定期的に受審する他、内部監査や利用者アンケート、職員アンケート等を実施し、サービスの評価を受けた上で、質の向上に向けた施策に反映している。また、毎月開催している事業所の会議でもサービスについて振り返りを行う仕組みがあり、組織的な取組が行われている。</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。	a・b・c
<p>〈コメント〉第三者評価や内部監査、アンケート結果等の評価結果は各種会議で報告し、組織的に改善する場が設定され、課題等の内容に応じて事業計画に盛り込み取り組んでいる。特に苦情対応に力を入れており、苦情通報の際は理事長まで即時に情報が上がる仕組みがある他、監事をメンバーに据えた苦情解決第三者委員が設置され、改善が行われている。</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

		第三者評価結果
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促している。	a・b・c
<p>〈コメント〉管理者の職務を管理規程に定め、役割・責任が明文化されている。ただし、管理者にヒアリングを行ったところ、職員に向けた周知がされているとは言えない状況であることがわかった。今後は、管理者の役割を職員に周知する取組が望まれる。</p>		

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉内部監査により施設運営のコンプライアンスを保つ努力がなされている他、採用時に労務関連の留意事項を説明するなど労務関連の指導が行われている。一方で、労務管理は事務員が行っており、管理者が主体的に取り組んでいるとは言い難い面もあり、より一層主体的に関わる努力を期待したい。</p>		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉管理者は毎月の会議や職員アンケート、利用者アンケート等で情報を吸い上げ、サービスの質の向上に取り組んでいる。また、職員研修は年間計画を立てて実行する他、随時法人事務局から発信される研修の情報を見て、職員に必要な研修を選んで受講させるなど、指導力を発揮する姿が見られる。</p>		
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。	a・b・c
<p>〈コメント〉「経営は理事会の仕事であり、現場はサービスに集中して欲しい」という法人の方針があり、管理者は現場のサービス業務について集中している一方で、経営面については関わりがやや少ない。今後は、管理者も経営について理解を深めるとともに、関わりを増やしていくことに期待したい。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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>〈コメント〉事業計画に人材確保・定着に関する計画が盛り込まれ、具体的な数値目標も掲げている。採用に関しては有料媒体をほとんど使用していないにも関わらず、応募がある。ICTに関する先進的な取組をホームページ等で発信していることが求職者への良いPRになっており、人材確保に寄与している。法人の魅力を高め、積極的な発信が採用確保に繋がっている点は特に評価が高い。</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>〈コメント〉人事考課に関するガイドラインが整備され、制度が運用されている。考課については1次・2次・3次の評価者が設定され、考課のコメントからは非常に細かく丁寧な考課がされている様子が確認できた。制度の設定だけではなく、運用についても多大な努力がなされ、活用されている点は素晴らしい。</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>〈コメント〉年1回職員アンケートを実施し、職員の就業状況や意向を把握する仕組みがある。また、メンター制度が導入されており、メンターになるための専門研修を受講した職員によって直接の仕事以外の相談もしやすい体制が取られている。働きやすい職場づくりに意欲的に取り組んでいる様子が窺えた。</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>〈コメント〉年2回人事考課を実施し、面談も併せて行っている。面談シートを確認したところ、職員一人ひとりが目標を設定し、取り組んだ結果の振り返りを実施している様子が見て取れた。職員一人ひとりの育成に力を入れて取り組んでいる。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉事業計画に研修計画が盛り込まれている。その中に基本方針が示され、目的と具体的な研修内容についても記載されている。研修内容は非常に充実しており、役割に応じて必要な研修が割り当てられ、組織的かつ計画的な実施が確認できる。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉人事考課の中で職員一人ひとりの目標が定められており、研修計画にも研修の目標が明示されている。外部研修については、法人本部より情報が施設にもたらされ、管理者が職員の目標に応じて受講を促す仕組みがある。研修の機会は十分に確保されている。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉実習生受入れマニュアルが整備され、積極的に実習生（介護福祉士・管理栄養士）の受入れを行っている。研修内容については先方と打ち合わせ、必要なプログラムや経験する機会を提供しており、効果的な実習となるよう努めている。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉法人のホームページには様々な取組の情報が記載され、事業計画や苦情についての情報公開が積極的に行われている。その他、法人の広報誌を活用した発信や第三者評価の結果・改善計画の公表等も行っており、情報公開に力を入れている点は評価できる。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉5年に1度第三者評価を受審、税理士事務所による会計監査が毎月行われている。また、内部監査を実施している他、監事による監査も別途実施している。監事は苦情解決第三者委員でもあり、透明性を高める役割を果たしており、実効的な仕組みが機能している点は特に評価できる。</p>		

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉月に1～2組程度のボランティアを受け入れている。レクリエーションのボランティアとして、歌、フラダンス、尺八等の他、小・中学生の体験学習を受入れ、昨年は鈴鹿市政80周年記念イベントに参加するなど、地域住民や子どもと交流する機会を設けている。利用者が地域に出向き交流するための積極的な機会づくりに今後期待したい。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉ボランティア受入れマニュアルで受入れの基本方針が定められている。前項の記載のように、月1～2組程度のボランティアを受入れ、レクリエーションでは、歌、フラダンス、尺八等で利用者を楽しませている。小・中学生の体験学習も受入れており、福祉教育の一役を担っている。</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。	①・②・③
<p>〈コメント〉施設運営に必要な社会資源が網羅された「もしものときの電話帳」というリストが作成され、施設に備え付けられている。また、施設長が窓口となり、外部団体に積極的に参加することで連携を強化している。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	①・②・③
<p>〈コメント〉利用者アンケートの実施、評議員に民生委員を加える、地域サロンへの参加で地域住民から直接情報収集する、法人内の介護支援専門員からの情報を得るなど多くのチャンネルを駆使し、積極的に地域の福祉ニーズの把握に繋げている点は評価できる。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	①・②・③
<p>〈コメント〉法人が力を入れているフレイル予防事業は、地域の実情を把握した法人が鈴鹿市に提案し、市の取組として実現した取組である。具体的には予防体操の場としてデイサービスの場を提供している他、講師の派遣など、法人の持つ資源を地域に還元している。福祉ニーズにもとづいて、行政と協力しながら地域に向けて公益的な事業を展開している点は素晴らしい。</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。		
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉年2回の人権擁護・高齢者虐待防止研修、身体拘束適正化研修に職員全員が参加し、利用者を尊重したサービスの提供に努めている。また、OJTチェックリストで普段のサービスについて確認・評価する仕組みを設け、組織的な取組が行われている。共生型サービス開始にあたり、事前に障害に関する勉強会を行ったり、認知症の理解を深める勉強会を実施するなど、利用者を理解しようとする積極的な学びの姿勢が窺える。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	①・②・③
<p>〈コメント〉OJTチェックリストからは利用者のプライバシー保護への配慮が確認できる。また、朝礼や夕方のカンファレンス、職員会議等で利用者のプライバシー保護についての話し合いや確認の他、利用者や家族には、入浴時の同性介助等について説明、同意を得た上で実施している。一方、利用者のバイタルチェック記録の管理については改善の余地がある。</p>		

	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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉ホームページの充実を図り、鈴鹿市の「フレイル予防プログラム デイリーアクション事業」を行うサロンや地区市民センター等にもパンフレットを設置するなど、広く情報を提供している。「フレイル予防プログラム デイリーアクション事業」では、サロンに通う地域住民の意識向上を図り、ほぼ毎週、フレイル予防に取り組めるようなプログラムを実施しており、サロンに通う住民からの相談も増え、利用に繋がるケースも増えている。</p>	
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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉サービス開始時には、重要事項説明書や利用契約書を基に丁寧な説明を心がけている。また、1日の予定や持ち物リスト等わかりやすく見える化するなど工夫も見られる。トレーニング機器等は、理学療法士や介護職員からの説明のほか、各機器に使用マニュアルを設置するなど、わかりやすくするための配慮が感じられる。</p>	
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所等の変更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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉デイサービス利用終了後は施設入所の事例が多く、その際は入所先の施設の担当者がデイサービスで過ごす利用者の様子を見に来たり、食事や排泄、入浴や日中の過ごし方、薬等に関する情報等を文書にして渡している。また、サービス付き高齢者向け住宅からデイサービスの利用に至ったケースでは、先方に出向き連携を図るなど、継続性に配慮した対応に努めている。</p>	
	Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	
33	Ⅲ-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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉毎年、利用者及び家族の満足度調査結果を集計・分析、公開し、改善に努めている。コロナ禍で家族懇談会は中断しているが、今後再開を検討している。アンケート結果からは安全に関する事項について「わからない」回答が多く、家族の見学の実施や安全確保の取組について周知を図る等により、利用者や家族の安心に繋がることに期待したい。</p>	
	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	Ⅲ-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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉苦情解決体制が整備され、重要事項説明書への明示、玄関の掲示等により周知が図られている。苦情件数はホームページで確認できる。苦情の際は、当日中に管理者及び生活相談員が対応、苦情内容や経緯、解決結果は法人の全部署で回覧、共有する仕組みとなっている。送迎時の職員の対応に関する苦情の際は、接遇マナー研修を実施するなどして改善を図った。</p>	
35	Ⅲ-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。	①・②・③
	<p>〈コメント〉施設全体を見渡せる場所に職員（生活相談員、看護職員、事務員）を配置し、いつでも話を聞けるような環境を整えている。送迎車両内で話してもらうことも多い。個別に配慮が必要な相談等は相談室で対応している。介護支援専門員を通しての相談も多いとのことだが、デイサービスでの相談が増えるようさらなる工夫に期待したい。</p>	

36	Ⅲ-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。	①・②・③
<p>〈コメント〉利用者からの相談や意見があれば、相談対応マニュアルはないものの、受付者が記録を作成、生活相談員が対応、全部署で回覧、施設内では統一ノート、朝礼、夕方カンファレンスで共有する仕組みとなっている。コロナ禍で使用していたアクリル板の撤去や席の配置を近づける要望に対して、5類に移行後一斉に改善したところ、話しやすくなったと好評である。</p>		
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	Ⅲ-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。	①・②・③
<p>〈コメント〉リスクマネジメント研修を全員参加のもと実施している。ヒヤリハット・事故報告書は作成しているものの、ヒヤリハットはケガ報告書となっており、本来のヒヤリハットとしての活用がなされていない。「もしかしたら〜かも」の気づきを増やすことで、より職員の安全確保への意識が高まると思われ、改善に期待したい。また、再発防止策や改善策の評価・見直しを確実に行うこと、マニュアルの周知徹底により、組織的かつ継続的な改善と施設の安全に繋がりたい。</p>		
38	Ⅲ-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。	①・②・③
<p>〈コメント〉看護職員主導による感染症対策研修を、職員が全員参加できるよう数回に分けて実施している。5類移行後も定期換気と消毒は徹底に努めている。換気状態を把握するため換気状態の見える化サービスも送迎車に導入するなど、意識が高い。感染症対応マニュアルも定期的に見直し、休業等イレギュラーな対応等も随時対応策を検討できる体制となっている。</p>		
39	Ⅲ-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行っている。	①・②・③
<p>〈コメント〉法人全体が福祉避難所に指定され、避難所運営訓練（HUG訓練）の実施や三重県災害派遣福祉チーム（三重県DWA T）へ参画している。大規模災害に備え、災害マニュアルやBCP（事業継続計画）を作成している。また、災害への心構えとして、消防訓練や防災教育、停電時でも使えるインカム、備蓄（法人全体）等を整備している。今後は、BCP（事業継続計画）の研修の実施や、台風、地震、火災などの対策や緊急時における利用者の安全確保の体制整備について、利用者や家族への周知・理解を図りたい。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な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。	①・②・③
<p>〈コメント〉標準的な実施方法として採用時に各種マニュアルや規程等を詳細に盛り込んだしおりを配布・説明し、いつでも見ることができるよう保管している。日頃のサービスは、年2回、OJTチェックリストで職員が確認しあったり見直す機会を設けている。ICTやマシンの使い方等も抵抗感が無くなってきており、浸透してきている様子が窺える。さらなる取組として、しおりに含まれる内容が膨大でやや難解に感じるため、定期的な読み合わせ等により周知と理解の徹底を図ることに期待したい。</p>		
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。	①・②・③
<p>〈コメント〉OJTチェックリストやしおりは、毎年見直しを行っている。現場の職員からの意見を吸い上げ、見直しができる仕組みが構築されている。見直しや加筆した部分は見やすくしており、職員にもわかりやすい。前項同様、見直す仕組みはあるものの、結果として量が膨大になりわかりにくくなっている点は改善に期待したい。</p>		

	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福祉サービス実施計画を適切に策定している。	①・b・c
	<p>〈コメント〉介護支援専門員からの計画書に基づき、生活相談員を中心とした他職種によるアセスメントの実施と、利用者や家族のニーズに応じた通所介護・個別機能訓練・口腔機能向上等の計画書を策定している。計画に基づいた介護方法や注意点等は日課表で共有し、計画に沿った支援に努めている。</p>	
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。	①・b・c
	<p>〈コメント〉利用者全員の計画の評価・見直しを定期的に行っている。生活相談員や看護職員、理学療法士、担当職員による評価・見直しが行われ、変更した計画の内容は、記録ソフトや統一ノート、日課表で共有する仕組みとなっている。</p>	
	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
	<p>〈コメント〉日頃の情報共有の体制として、インカムの使用、朝礼・夕方のカンファレンス、職員会議、看護ミーティングなどが行われている。また、申し送りとケア記録として統一ノートを活用し、確認後はサインで署名している。施設の情報の流れでは、まずは管理者に報告、その後内容に応じて介護支援専門員や施設長に連絡する仕組みである。一方、情報共有の仕組みは多々あるものの一部の職員に伝わっていない様子が窺えた。また、共有フォルダの整理についても改善が望まれる。</p>	
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
	<p>〈コメント〉個人情報保護規程が定められ、しおり、重要事項説明書、契約書等により、職員や利用者、家族に周知している。個人情報保護の重要性に関して、採用時のみならず、朝礼や夕礼のカンファレンス、統一ノート等で説明し理解を促しているが、バイタルチェック記録の管理については改善が望まれることから、より一層の対策強化に期待したい。</p>	