

第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 寺井潔ソーシャルワーカー事務所

②施設・事業所情報

| | |
|---------------------------------|----------------|
| 名称：医療法人社団 和泉会 デイケアセンターひだまりの樹 | 種別：通所リハビリテーション |
| 代表者氏名：理事長 佐原 博之 | 定員（利用人数）： 40名 |
| 所在地： 石川県七尾市石崎町夕部28番地7 | |
| TEL： 0767-62-0767 | ホームページ： |

【施設・事業所の概要】

| | | | | |
|-----------------|------------|--------|---------|-----|
| 開設年月日 | 平成14年3月31日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等） | 医療法人社団 和泉会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： 14 名 | 非常勤職員： | 3 名 | |
| 専門職員 | （専門職の名称） | 名 | 介護支援専門員 | 1 名 |
| | 理学療法士 | 2 名 | 看護師 | 2 名 |
| | 作業療法士 | 2 名 | 介護福祉士 | 9 名 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数） | （設備等） | | |

③理念・基本方針

法人理念：「人と人 心と心を 礎に」

私たちは、人と人とのつながり、心と心のつながりを大切にして、人として心から御利用いただいている方々やその御家族と接することを基本的な考え（礎：いしずえ）として業務に当たることを基本理念としています。

基本方針：「2つの徹底」

- ・丁寧語の徹底（方言・私語・大声は厳禁、表情・態度も丁寧に）
- ・挨拶の徹底（自分から笑顔でハッキリと、挨拶は相手の顔を見て）
- ・報連相談の徹底（素早く、簡潔、明瞭に、報告は結論から）

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者様が居宅において、その能力に応じ日常生活を営める様、必要なりハビリテーションを提供し、利用者の心身と機能の維持回復を図っています。また住み慣れたご自宅での生活を守るため、訪問指導に力を入れた取り組みを行っています。

利用者様の要介護状態の軽減、悪化防止、要介護状態になることの予防など、その目標を設定し計画的に行っています。

快適な在宅生活を送れる様に支援いたします。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和5年2月20日（契約日）～ 令和5年4月28日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 2回（令和元年度） |

⑥総評

◇特に評価の高い点

●事業計画の実施状況は、9月ごろと2月（総括）ごろにMRにおいて報告されている。SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、事業計画説明会や部署ミーティングで説明されている。また、MRでも報告され、職員への周知や理解を促すための取組みを行っている。

●福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS活動、事業計画策定会議により取組んでいる。福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、管理者自身がアクションプログラムの推進責任者として、感染対策及び業務改善に取り組んでいる。管理者は、部署ミーティングなどに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。

●利用者と家族別々に満足度調査を実施している。今年度は利用者は8項目、家族は5項目のアンケートを12月に配布して1月に回収しその結果を利用者に送付し、事業所内に結果を張り出している。利用者様満足度調査の結果は通所リハ事業所の部署ミーティングで分析し、次年度への改善点として繋げている。令和5年度にはその結果をホームページ上でも公開する予定でいる。また、アンケートでのご意見・ご要望にも回答するとともに事業計画にも反映させている。また、アンケート以外にもリハビリテーション会議において利用者・家族の要望・満足度の把握をしている。

●手順書やマニュアル等が項目別にしっかり整備されており、それらを活用した定期的な研修や施設独自のスキルチェックシートによる自己チェックに取り組む、きちんと研修計画を作成した上で、サービスの質を保てる体制を構築している。また、職員の階層別に研修計画を作成し、階層に応じたスキルアップを図り、全体的にサービスの質の向上につなげている。さらに、一年通して取り組むオンライン動画研修も新たに導入し、さらなるサービスの質の向上や人材育成に注力している。

◇改善を求められる点

●重要事項説明書には相談窓口、責任者が明記されている。また、その他の受付機関についての明記もあるが、第三者委員の設置が行われていない。第三者委員の設置が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

さらなるサービスの質の向上を目指し、受審に取り組みました。

「人と人心と心を礎に」

法人理念の下、常に介護サービスの質の向上を目指し、地域共生社会づくりに貢献できるように活動してまいります。

結果を活用し、改善課題について、改善計画を策定し取り組んでいきたいと思っております。

今回、高評価いただいた部分については、より良いものとなりますよう、今後も、努力してまいります。

第三者委員の設置につきましては、適切な運営に向け、検討を行ってまいります。

⑧評価細目の第三者評価結果（別添）

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(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。 | a · b · c | <p>基本理念である「人と人 心と心を礎に」のもと、①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報連相の徹底という「3つの徹底」を基本方針に掲げている。理念・基本方針は、重要事項説明書、リーフレット、ホームページにも明示されている。また、理念や基本方針は、1月4日の理事長の年始の挨拶、1月13日の新人研修、全体会議、部署ミーティングにおいて話され、職員へ周知されている。</p> <p>また、理念や基本方針は、ホームページや重要事項説明書、満足度調査において、利用者や家族へ周知を行っている。満足度調査は、11月から12月に調査を行い、調査結果を事業所内に掲示するとともに、希望した方へは郵送している。</p> <p>そして、満足度調査やQMS活動において、周知状況を確認し、継続的な取組みを行っている。QMS活動とは、業務の質の担保のためPDCAを継続するシステムを構築する取組みである。</p> |

I-2 経営状況の把握

| | | 第三者評価結果 | コメント |
|------------------------------|-----------------------------------|-----------|--|
| I-2-1(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 · b · c | <p>七尾市の事業者連絡会などに参加し、介護保険制度の動向やグループ全体の経営状況、利用状況も把握し、経営分析を行っている。また、職員SWOTに取組み、実質的な職場の課題を示し、「経営分析表」を作成している。それは、施設の強み、弱み、課題などを分析し、経営環境の適切な把握、分析に取組んでいる。</p> |
| 3 | ② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。 | a · b · c | <p>「経営分析表」の「経営課題」及び「重点課題の検討表」が作成され、経営環境の課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>理事6人であり、週1回は集まり経営について話し合っている。また、施設長と部署長の8人で構成される運営会議が週1回実施されており、役員間での共有がなされている。</p> <p>年度初めに、介護事業の全職員を対象とする全体会議が実施され、そこで事業計画について説明される。そして、年2回のMRや月1回の部署ミーティングでも事業計画について話され、一般職員全体へ周知される。</p> <p>ISOのQMS活動に取組み、10月に職員の意見聴取、11月に事業計画立案の会議や利用者満足度調査を行い、意見や要望を把握し、集計・分析を行っている。そして、8月と2月にマネジメントレビューにて評価を実施するなど、解決・改善に向けて具体的に取組んでいる。</p> |

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。 | ① a · b · c | <p>「中長期計画 和泉会 介護事業」として、2022年より2024年の3年間の中長期計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、1. 働き方改革、1-①「DXの導入による業務効率化」、1-②「訪問介護の請求業務の標準化」、2. サービスの質の向上、2-①「ビハラの里での生活機能向上」、2-②「ケアマネジャーのスキル標準化」、2-③リハビリテーションの充実。3-①地域福祉活動の推進、3-②業務継続計画策定、3-③介護教室への講師派遣。4-①収益・コストが経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取られたものとなっている。</p> <p>また、「メモ類の50%減」、「生活機能向上連携加算算定者5名以上にする」、「担当利用者30名が維持できる」など、測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなっている。</p> <p>計画の見直しは、事業計画策定委員会で検討され、アクションプログラムで進捗状況を把握し、MRIにおいて見直しされている。</p> |
| 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。 | ① a · b · c | <p>単年度の計画は「中長期計画 和泉会 介護事業」に基づき、より具体的な内容が盛り込まれている。「2022年度事業計画」は、「0. 感染対策 ①スタンダードプレコーションの徹底」など、「1. 働き方改革 ①ケアパレットの業務導入を拡大し、ペーパーレス化を推進する」など、「2. サービスの質の向上 ※DXの推進による働きやすい職場づくり」など、「3. 地域福祉活動の推進 ※医療法人としての地域貢献活動など」、「4. 収益・コスト ※安定経営を目的とした計画的施設整備」など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。</p> <p>そして、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)が作成され、実施状況の評価が行われている。アクションプログラムには数値目標が示されている。</p> |

| 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。 | <p>事業計画策定の流れは、10月に2法人の各施設長や法人本部が出席して実施される「人事評価委員会」において作成される。各施設長は人事評価委員会に参加する前に、アクションプログラムのやり残しなどの課題を示し、全職員がSWOT分析を実施する。そして、その分析結果をもって人事評価委員会に参加し、経営分析を行い、計画化され、QMS活動で取り組まれ、アクションプログラムやMRで評価されている。</p> <p>事業計画に記載されている項目は、アクションプログラム（働き方改革）やアクションプログラム（サービスの質の向上）のように、アクションプログラムに基づき取り組まれており、職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の実施状況は、9月ごろと2月（総括）ごろにMRにおいて報告されている。</p> <p>SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。</p> <p>事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、事業計画説明会や部署ミーティングで説明されている。また、MRでも報告され、職員への周知や理解を促すための取組みを行っている。</p> |
| 7 | ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | <p>事業所の機関誌である「ほっと・ひだまり」の春号に、事業計画の主な内容を掲載している。また、事業計画表を本人・家族に郵送している。</p> <p>利用者・家族への説明は、3か月ごとに家族を含めた「リハビリテーション会議」が行われており、そこで事業計画の「サービスの質の向上」についても、分かりやすく説明している。</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

| | | 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 · b · c | <p>満足度調査やMRに基づき、重点課題が設定され、各種計画に反映され、QMS活動で課題解決に取り組み、進捗状況をアクションプログラムやMRで確認し、課題を整理し、課題として挙げられたものは事業計画に載せられるなど、PDCAサイクルに基づき取組まれている。</p> <p>評価を行う体制は、MR、アクションプログラムの振り返り、内部監査、自己チェックリストなどに取組んでいる。</p> <p>また、年に1回以上自己評価に取組み、考察も行い、第三者評価も定期的を受審している。評価結果を分析・検討する場合は、人事システムや教育システムを評価する人事評価委員会である。</p> |
| 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 · b · c | <p>「経営分析表」や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。</p> <p>課題は満足度調査結果も含めたMR資料で示し、検討される。また、アクションプログラムの振り返りでも検討し、課題の明確化に取組み、職員の参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。</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 | コメント |
|-------------------------------|--------------------------------------|-------------|--|
| Ⅱ-1-1(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。 | ○ a ・ b ・ c | <p>「経営・管理に関する方針と取組み」については、品質マニュアルの「5. リーダシップ」や「3. 3 用語の定義」の中に明記している。</p> <p>また、自らの役割と責任については、ホームページの管理者の挨拶文や「ほっと・ひだまり 冬号」に掲載している。職務分掌等についても「品質マニュアル」で文書化され、職員に周知されている。</p> <p>有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任については、BCPで明確にされている。</p> |
| 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 ・ b ・ c | <p>利害関係者との適正な関係の保持については、品質マニュアルの「8. 4 購買」で示され、法令遵守に取り組んでいる。</p> <p>今年度の法令遵守に関する研修は、昨年度から取り入れたeランニング研修システムにより、「倫理規定及び法令遵守」を全職員が受講している。</p> <p>「遵守すべき法令等」については、月1回の「安全対策委員会」で周知の取組を行っている。</p> |
| Ⅱ-1-1(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 ・ b ・ c | <p>福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS活動、事業計画策定会議により取り組んでいる。</p> <p>福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、管理者自身がアクションプログラムの推進責任者として、感染対策及び業務改善に取り組んでいる。</p> <p>管理者は、部署ミーティングなどに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。</p> <p>職員への研修は、コロナ禍でもあり、昨年度より導入したeランニングによる研修に取り組んでいる。研修は、職種や役職によりテーマが異なっている。この他、関係団体の研修にも参加している。</p> |
| 13 | ② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 | ○ a ・ b ・ c | <p>人事、労務、財務等を踏まえた分析は、「経営分析表」が作成されている。働きやすい職場環境への具体的な取組みとして、事業計画に「働き方改革」と明示し、DXの推進による業務の効率化を目指している。2022年度は、ケアパレット業務導入の拡大やeランニングの研修システムなどに取り組んでいる。</p> <p>また、運営会議や在宅推進委員会、部署ミーティングなどが行われ、経営改善に向けた組織内の意識を形成している。</p> <p>管理者は、アクションプログラム(収益・コスト)の推進責任者であり、経営の改善活動に積極的に参画している。</p> |

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(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 · b · c | <p>人員体制や人材の確保と育成に関する基本的な考え方は、「人事評価表」に示されている。</p> <p>人員体制についての具体的な計画や取組みは、法人として計画され、取組まれている。現在の当該事業所では、OT2名、PT2名、Ns2名と専門職は充実しており、現状維持が目標である。また、在宅推進委員会の資料には介護福祉士の有資格者10名と具体的に示しているということである。</p> <p>効果的な福祉人材の確保として、「いしかわ魅力ある福祉職場認定制度」や「いしかわ男女共同参画推進宣言企業」などの認定を受け、短時間正社員制度、日勤のみの業務など育児しながら働く事が出来る職場になるよう取組んでいる。</p> |
| 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | a · b · c | <p>「期待する職員像」や人事基準は、「人事評価表」の「モデル行動」に示されている。また、「等級フレーム」を使用し、人事考課に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。</p> <p>人事評価は、人事評価表及び情意評価表で行う。情意評価表は、自己研修やボランティア、職場内での通常業務以外での役割、地域貢献などで評価する。</p> <p>また、評価は人事評価委員会でされる。そして、3か月に1回人事評価面接が実施され、そこで職員へフィードバックされる。</p> <p>また、「等級フレーム」や「教育訓練体系図」を用いて、キャリアパスの視覚化に努めている。</p> |
| II-2-1(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 · b · c | <p>事業所の労務管理や有休の取得状況、時間外労働のデータ把握は、センター長が責任者である。品質マニュアル「3.3部署長」で示されている。ただ、法人として衛生委員会が設置されており、法人全体の状況を把握し、各施設・事業所に改善を促す役割を担っている。衛生委員会は、「腰痛、欠勤、健康診断、メンタルヘルス、育休、短時間労働、労災、残業、健康で安心して働ける職場環境作り、有給休暇」に関して把握し、検討している。また健康診断で、再検査が出ているのに受診していない職員には受診するよう促している。</p> <p>職員の悩み相談窓口は、産業医、小児科医、産業カウンセラーである。また、外部相談機関は石川産業保健総合支援センターであることなどを、食堂に掲示してある。</p> <p>総合的な福利厚生として、メモリアル休暇、インフルエンザ予防接種、10年・20年・30年の永年勤続の祝い金などがある。</p> <p>ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みは、働き方改革として短時間正社員制度、ノー残業デーなどに取組んでいる。</p> <p>福祉人材や人員体制に関しては、中長期計画や事業計画に示し、「アクションプログラム(働き方改革)」において進捗状況を把握しながら、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</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 | 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 | 人事評価表の「モデル行動」において、法人の期待する職員像を明確にしている。また、年4回の人事考課の面談があり、12月の4回目の面接が2次評価となる。 自己評価の1つとしてチャレンジカードがあり、「チャレンジ項目、目標水準の明確化、達成方法の明確化、成果、評価」について本人が記入し、面談で決定し、目標達成に取り組んでいる。 |
| 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 · b · c | 「期待する職員像」は、「人事評価表」に明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の中の「資格者一覧」で明示されている。 職員の研修は、eランニングのジョブメドレーの計画に基づき実施している。eランニングなので自宅で視聴できるが、職場内で視聴する時間を設けている。 研修の評価と見直しは、月1回の人事評価委員会でされている。 |
| 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 · b · c | 職員1人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格認定者リスト」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報の管理に努めている。 新規採用者育成計画や「スキルチェックシート」、「自己チェックリスト」、人事考課面接の過程などの取組みが、OJTとして機能している。スキルチェックシートは、各職員が自己評価し、リーダーの一次評価と合議評価の二次評価で構成されている。 研修に関しては、年度別教育計画が作成される。行政や関係団体からの研修案内については、職員は「研修受講申請書」を提出すると、運営会議で検討し可否が伝えられる。 |
| 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 | 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 · b · c | 実習生の受け入れに関する基本姿勢等の明文化は、「実習受け入れマニュアル」が作成されている。 令和4年度は、介護福祉士のみの実習受け入れであり、「介護実習予定表」が作成されている。他の専門職であるPTやOTの場合は、別のプログラムで実習が取組まれる。また、PT、OTの実習受け入れのため、実習担当者には実習指導者研修を受講させている。 実習期間中の学校側との連携は、看護学校からの実習はほとんど教員が学生と一緒に滞在している。その他の学校では定期的に訪問しており、その際に必要な情報交換を行っている。 但し、今年度受け入れをした、介護実習を担当した実習指導者に対する研修の実施が確認できない。実習を受け入れる際は、担当実習指導者と打ち合わせ等を行っているということであるが、記録が確認できない。そのため、今後実習指導者に対する研修の実施及び記録の整備を期待する。 |

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) ・ b) ・ c) | ホームページや機関誌には、事業所の理念、基本方針、事業計画について公開されている。事業所の活動内容や提供する福祉サービスについてもそれらから確認することができる。第三者評価の受審結果についてもホームページ上での公開が行われているし、利用者満足度の調査結果についてもホームページでのアップを予定している。 年4回発行している「ほっとひだまり」は利用者への配布以外に、公民館、クリニック、地域包括等にも配布、配置され地域の人が手に取ることができるようになっている。予算・決算の情報については事業所内で見ることが出来る。 |
| 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) ・ b) ・ c) | 経理規程や職務権限規程、組織図等により事業所における事務、経理、取引等についてのルールを定めて職員への周知を行っている。施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。労務関係は社労士事務所と契約し、法律的なことに関しては弁護士事務所と顧問契約を結んで相談・助言を受けている。 |

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広げるための取組を行っている。 a) ・ b) ・ c) | 2022年度事業計画の重点事業計画に「地域福祉活動の推進」医療法人としての地域貢献活動として、①BCPの推進と②地域貢献活動の継続実施を挙げている。認知症サポーター養成講座や、認知症カフェや介護予防教室への講師派遣等地域との交流活動を盛んに行っている。今年度は地域の防災訓練に参加を計画していたがコロナのため断念したが、今後は訓練だけでなく、以前のように地域の祭りにも参加する方向で考えている。この他、生活行為向上リハビリテーションの一環としてスーパーで買い物をしたり、バスに乗る練習等、施設外での生活訓練に取り組んでいる。 |
| 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) ・ b) ・ c) | ボランティア受入マニュアルがありそれに基づいた対応を行うことになっている。実習生の受入れについては重要事項説明書にはインターンシップ、介護福祉士養成課程、介護実習等を積極的に受け入れて、教育実習の場を提供することが明記されている。令和4年度は田鶴浜高校の看護師養成のため、4名の基礎看護実習受入れを行った。 |
| II-4-2) 関係機関との連携が確保されている。 | | |
| 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) ・ b) ・ c) | 社会資源の情報は一覧にして玄関に掲示してある。今年度の七尾市介護保険事業者連絡会通所部会では「家族連携強化に向けた取り組み・リハビリテーション会議の実際について」として報告・発表を行い関係機関との連携を図っている。系列の法人とは和倉、石崎、能登島地区の高齢者の生活を守るために毎月在宅推進委員会を持ち密に連携を図っている。事業所内では毎週部署ミーティングを開催して地域の問題についての共有化を行っている。 |

| II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------|--|
| 26 | 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。 | Ⓐ ・ b ・ c | 法人本部の2階に、地域に開かれたスペースである「さらファミリーホール」が設けられ、認知症サポーター養成講座を開催して理事長以下職員が講師を務めている。認知症カフェや介護予防教室への講師派遣、民生委員・児童委員定例会への参加、法人独自の介護教室の開催活動等を通じて地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人内の各事業所、系列法人の各事業所と毎月在宅推進会議を持ち、地域の高齢者の福祉ニーズの把握に努めている。 |
| 27 | 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。 | Ⓐ ・ b ・ c | 中長期計画に「地域の要望に対し、滞りなく介護教室への講師派遣ができる」ことを挙げている。七尾市や中能登町や、直接に地域住民からの要望を受けて、認知症サポーター養成講座や介護予防教室、認知症カフェ等に職員を講師として派遣している。今年度は通所リハの送迎の機能を生かして、単身高齢者のワクチン接種会場への送迎支援を行っている。 |

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。 | Ⓐ ・ b ・ c | ホームページには利用者の権利として「人権を尊重した適切で良質な介護を受ける」「わかりやすい言葉で十分な説明を受ける」「十分な説明と情報に基づき介護内容を選択する」等の権利が明記されている。これらを実践するために、スキルチェックシートの実施や手順書の確認を定期的に行っている。勉強会・研修では理事長自ら講師を務め法人としての取り組みを示している。 |
| 29 | 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。 | Ⓐ ・ b ・ c | 同じくホームページには「個人情報やプライバシーが守られる」「自分の記録の開示や情報を得る」権利が記されている。介護サービスの提供時におけるプライバシー保護マニュアル、虐待防止マニュアルも整備され、研修を定期的に行なうことで職員への周知を行っている。設備上の配慮として、ひとりで入浴したい方のために、大きい風呂とは別に個室を用意したり、ひとりになりたい人はロビーで休んでもらったり、精神的に不安定になった方のために個室を用意している。利用相談のための独立した相談室を設け、利用者・家族のプライバシーに配慮した環境を用意している。 |

| 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 · b · c | ホームページや、事業所のパンフレット、広報誌に基本理念と基本方針、サービスの内容を載せている。パンフレット、広報誌はクリニック、石崎公民館、和倉公民館に設置して利用希望者が手に取れるようになっている。利用希望の本人、家族との面談は事業所の相談室でプライバシーに配慮して個別の対応を行っている。 |
| 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 · b · c | 本人、家族の希望を聞き、七尾市の介護保険の資料や事業所のパンフレットや機関誌等を使って説明している。利用に関する料金や内容についても説明し、サービス開始時には重要事項説明書と契約書に、サインと捺印をしてもらっている。リハビリテーションマネジメント加算の算定があり、医師が理学療法士等にリハビリ上の指示を行い、その理学療法士等が利用者・家族に説明し同意を得てリハビリテーションを行い、3か月に一度会議を開催して計画を見直している。会議には本人・家族も同席し医師が説明している。意思決定が困難な利用者のためのマニュアル(適切な意思決定支援の指針)があり、部署会議で意思決定支援について考える研修を行っている。また権利擁護や成年後見制度についても研修が行われている。 |
| 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 · b · c | 利用者が別の事業所の利用を希望した場合には、「デイケアリハビリテーション経過報告書」を作成して家族に渡し、次の施設へも送付してサービスが途切れないように配慮している。またその経過報告書にはデイケアの担当者の名前が記載されて、いつでも相談できる窓口となっている。サービス終了時には本人が参加して、終了のカンファレンスを行い、次の施設の説明をしている。 |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。 | | | |
| 33 | 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 | 利用者と家族別々に満足度調査を実施している。今年度は利用者は8項目、家族は5項目のアンケートを12月に配布して1月に回収しその結果を利用者に送付し、事業所内に結果を張り出している。利用者様満足度調査の結果は通所リハ事業所の部署ミーティングで分析し、次年度への改善点として繋げている。令和5年度にはその結果をホームページ上でも公開する予定である。また、アンケートでのご意見・ご要望にも回答するとともに事業計画にも反映させている。また、アンケート以外にもリハビリテーション会議において利用者・家族の要望・満足度の把握をしている。 |

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。

| | | | |
|-----------|---|--------------------|---|
| <p>34</p> | <p>① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。</p> | <p>a . (b) . c</p> | <p>重要事項説明書には相談窓口、責任者が明記されている。また、その他の受付機関についての明記もあるが、第三者委員の設置が行われていない。苦情があった場合には、相談苦情事故対応マニュアルに基づいて、部署ミーティングを行ない、苦情報告書を作成して、是正処置の実施、および結果について検討・検証報告書を作成し、利用者や家族に是正処置の実施、および結果をすみやかに報告する仕組みが確立されている。今年度「計画書の内容に不満がある」という苦情を受け、上記の流れで受付・対応・解決している。インシデントは医療・介護安全対策委員会等に報告し、分析・検討が行なわれている。また、毎年実施している利用者満足度調査でも利用者・家族のご意見・ご要望を聴取して改善につなげている。意見箱の設置はあるが今年度は特に意見は寄せられていない。</p> |
| <p>35</p> | <p>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。</p> | <p>(a) . b . c</p> | <p>重要事項説明書に「サービス内容に関する相談・苦情」に相談窓口を記載し、いつでも職員が、本人・家族の相談に応じることを説明している。施設内にも「相談・苦情窓口について」に法人の窓口(電話、責任者名)と行政機関その他の苦情受付機関を掲示して周知している。日常的には送迎時に家族と直接話し合ったり、モニタリング、リハビリテーション会議時に意見を聴取している。事業所には専用の相談室を設置している。</p> |
| <p>36</p> | <p>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。</p> | <p>(a) . b . c</p> | <p>デイケアの送迎時やサービス利用中に直接に話をよく聞き、相談や意見に対して迅速な対応を心がけている。利用者・家族の日々の声は申し送りでも共有して、管理者が適切に対応を行っている。苦情になった場合には、事故・苦情報告書、検討・検証報告書等の記録をすることを定めた相談苦情事故対応マニュアルに基づいて丁寧に説明し家族に納得してもらっている。事業所内研修や、スキルチェックを行うことにより職員の相談や意見に対応する能力を高めている。マニュアルの見直しは内部監査に合わせて、年2回行っている。</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 | 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。 | <p>a . b . c</p> <p>事業所内で事故が発生した場合には、事故報告書を作成して、事業所内で原因の分析・再発防止対策を検討して法人の医療安全対策委員会へ報告する。リスクマネジメントは不適合サービスの管理として法人全体での医療安全対策委員会が担当している。事故報告書と検討・検証報告書という構成で、先ず事故報告書で事故の概要、発生時の対応、原因分析、再発防止策を検討し、検討・検証報告書では是正処置の実施、有効性の確認を行い、再度事業所に送付して、重層的に事故防止に取り組んでいる。また、委員会では他施設での事故についても事例検討している。損害賠償保険に加入し、賠償資力を確保している。</p> |
| 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。 | <p>a . b . c</p> <p>昨年8月以降何度もコロナ感染の発生事例がある。発生時はすぐに全館消毒し、利用者・職員に抗原検査を実施し臨時休業の対策をとっている。感染対策は以前よりも厳重に実施している。検温、マスク、ゴーグル、消毒等の感染対策は当然で、感染グッズ等の備蓄や感染が発生した時に備えて、利用者が検査に行く送迎スケジュールの整備もしている。医療法人であるので感染対策や研修等は徹底しており、研修は外部研修、内部研修、eラーニング等を実施している。BCPも策定されており、それに沿った対応を始めているところである。</p> |
| 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。 | <p>a . b . c</p> <p>BCPと防災マニュアルが整備されている。原子力発電所が近いので原子力防災マニュアルも整備されている。防災マニュアルには、災害のリスク別に有事の際の連絡体制や避難経路等が示されている。また海が近い立地のため、事業所にハザードマップ(津波)で避難場所の確認を行ない、掲示されている。法人全体での定期的な訓練や地域住民も参加した訓練を行っているが、今年度はコロナの発生のため取りやめとなった。対応マニュアルは防災会議で年に一度見直しを行っている。</p> |

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。 | <p>a . b . c</p> <p>業務フロー図にサービスの規定が細かくあり、各部門が連携してサービス提供することが明記されている。重要事項説明書内にも、利用者の尊重やサービス実施時の留意点、プライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢が明示されている。標準的な実施方法としては、スキルチェックシートやオンライン動画研修等を通じて、一定の内容や水準を保ち、職員の質の向上につなげ、より個別の対応ができるよう研修等に取り組んでいる。</p> |
| 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。 | <p>a . b . c</p> <p>品質マニュアルにPDCAサイクルの継続実施について明記があり、マニュアルや業務フロー図、スキルチェックシート、オンライン動画研修等を活用して評価を受け、サービス技術や質について振り返りや見直しを行う仕組みがある。年2回内部監査を実施し、利用者満足度調査の結果も含め、その後のマネジメントレビューにて報告を行なっている。</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 | 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。 | Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ | 業務フロー図に福祉サービスの実施方法の記載があり、福祉サービスの実施計画策定責任者は、各部署の管理者と定めている。生活に対する意向は、思いの反映がしやすいよう、利用者や家族の発した言葉をできる限りそのまま使用し、目標についても個別の思いに沿った細やかな表現がなされていることが通所リハビリ計画書にて確認できた。 |
| 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。 | Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ | 計画見直しについては、品質マニュアル内で、参加者や時期について定められ、実施している。利用者や家族の意向把握については、デイケア会議や担当者会議にて把握している。リハビリ計画書を作成し、変更があった際は、変更した計画書を利用者や家族へ説明し、交付している。 |
| 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 | 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。 | Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ | リハビリ計画書に付随したアセスメント表を使用し、利用者や家族へ面接し、ICFの視点をうい見直しを行なっている。記録内容に職員ごとに差異が生じないように、「記録の書き方」を使っての年1回の研修や部署ミーティングにて先輩職員と新人職員とで入力や表現等のスキル伝達研修、スキルチェックシートを活用した個別学習に取り組んでいる。また、記録の際のポイントなどをまとめた紙を、職員トイレに貼付し、いつでも目に入ることで、記録の意識が高まるよう取り組んでいる。パソコンシステムを利用し、コミュニケーションメール等での情報共有や回覧を行い、かつ、部署ミーティングや担当者会議等でも情報共有を行なっている。 |
| 45 | ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | Ⓐ ・ ｂ ・ ｃ | 記録の管理体制は業務フロー図や品質マニュアル等で規定されており、手順書に具体的な取り扱いが記載されている。品質マニュアルに文章管理の規定があり、責任者である事務長は、各部門の個人情報取扱い責任者を指名している。記録の管理については、年1回研修を行い、個別での取り組みとして、年間通じて取り組むオンライン動画研修でも、記録に関する学習を行なっている。職員倫理規定の基本方針でも、利用者のプライバシー保護に最大限の注意を払うことが記載されており、かつ、個人情報保護マニュアルが作成され、定期的に見直しが行なわれ、定期的な研修も行われている。個人情報の取扱いや開示等については、契約時に利用者や家族に説明し、同意を得ている。 |