

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

（１）事業者概要

事業所名称：ひろやす荘居宅介護支援事業所 （施設名）	種別：居宅介護支援
代表者氏名：理事長 永田啓朗 （管理者） 管理者 金光節子	開設年月日： 平成11年9月1日
設置主体：社会福祉法人 慈光会 経営主体：社会福祉法人 慈光会	定員： - （利用人数）
所在地：〒861-2231 熊本県上益城郡益城町大字安永１０８０番地	
連絡先電話番号： 096 — 286 — 9330	F A X 番号： 096 — 286 — 6946
ホームページアドレス	http://www.jikou-kai.com/

（２）基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事
居宅介護支援	法人秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
-	面談室 訪問用車輛

2 施設・事業所の特徴的な取組

当事業所は、介護保険法の理念に基づき、利用者様がその有する能力に応じて、自立した生活が送れるよう、適切な指定介護支援に係るサービスを提供することを目的としております。困難事例の受入はもちろん、実績のない利用者様についても、継続的な相談支援に取り組み、住み慣れた自宅での生活を安心して続けられるように、関係者との連携にも努めています。又、利用者様の意向を尊重することをモットーに公正・中立なサービスの選定と提供を行っています。

3 評価結果総評

特に評価の高い点

* 理念が単純明快で分かりやすいこと

運営理念として、（１）人の心を和らげ、気持ちを温かくする笑顔「スマイル」による円滑なコミュニケーション（２）利用者の安全に気を配り、迅速な対応に努める「セーフティ＆スピーディー」（３）真心を込めた「サービス」の提供、この３か条の頭文字「ＳＳＳ」（スリーエス）は非常にシンプルであり、誰にでも分かりやすく、職員間でも周知されている。

* 「自己評価表」 16 項目の作成と評価の実施

サービスの質向上を目的とした「介護支援専門員・自己評価表」16 項が独自に作成され、5 段階評価法により年 2 回定期的に評価が行われ、評価結果については個人面談も行われている。法人全体で行われる人事考課と相まって、職員の就業状況の把握や、職員ひとり一人の質の向上に向けた研修目標の設定、モチベーションアップ等に役立っている。

* 管理者のリーダーシップ発揮について

管理者のリーダーシップにより、職員ひとり一人が非常に意見を言いやすい雰囲気づくりに努めており、職場の自主性、自発性が発揮され、他職種・多様な経験者で構成される職員間チームワークの良さが感じ取れる。その結果、業務の円滑化やきめ細やかな対応に繋がり、利用者の信頼を得ているものと思われる。

改善を求められる点

* 各サービス提供機関が作成した個別援助計画書の収集

居宅サービス計画書に位置づけた各居宅サービス提供事業者が作成した個別援助計画書は、モニタリングには欠かせない資料であるが、現在、サービス提供事業所によっては速やかな提出が行われていないように伺われた。各サービス提供機関が作成した個別援助計画書の収集を行ない、適切にサービスが実施されていることを確認することが望まれる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400 字以内）

(H28.3.31)

今回、第三者評価を受審させていただき、当事業所で行っている業務を見直す良い機会となりました。居宅介護支援事業所で行う業務は、ケアマネジャー個人が行うようにも見えますが、実際にはチームでの仕事であるということを、評価いただく中で改めて感じました。

今後、様々な場面で多くの利用者様・事業所の方々との関わりの中で、事業所内・サービス事業所・関連機関・医療・地域との連携に力強い事業所になれるように必要な情報・知識の習得に努め、重ねて行きたいと思います。調査者の方々には、職員の苦労や思いをご理解いただき温かい言葉もいただきました。本当に感謝申し上げます。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【共通版】

評価機関

名 称	特定非営利活動法人 ワークショップ「いふ」
所 在 地	熊本市中央区水前寺6-41-5
評価実施期間	2015年10月26日～2016年3月31日
評価調査者番号	08-011
	13-006
	13-007

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：ひろやす荘居宅介護支援事業所 (施設名)	種別：居宅介護支援
代表者氏名：理事長 永田啓朗 (管理者) 管理者 金光節子	開設年月日： 平成11年9月1日
設置主体：社会福祉法人 慈光会 経営主体：社会福祉法人 慈光会	定員：- (利用人数)
所在地：〒861-2231 熊本県上益城郡益城町大字安永1080番地	
連絡先電話番号： 096 — 286 — 9330	FAX番号： 096 — 286 — 6946
ホームページアドレス	http://www.jikou-kai.com/

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事
居宅介護支援	法人秋祭り
居室概要	居室以外の施設設備の概要
-	面談室 訪問用車輛

職員の配置

職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1	0	主任支援専門員	2	0
介護支援専門員	6	0	介護支援専門員	5	0
事務職員	3	0			
合 計	10	0	合 計	7	0

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

（理念）

「スマイル、セーフティー＆スピード、サービス」の3つを基本理念としている。

（基本方針）

- ・利用者が要支援・要介護状態になった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して事業を行う。
- ・利用者の心身の状況、その置かれている環境に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように行う。
- ・指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正・中立に行う。
- ・事業の運営に当たって、市町村並びに介護保険法に規定する地域包括支援センター、老人福祉法に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。
- ・法人理念SSS（スリーエス）に基づき倫理観を持って最良のサービス提供を行う。

3 施設・事業所の特徴的な取組

当事業所は、介護保険法の理念に基づき、利用者様がその有する能力に応じて、自立した生活が送れるよう、適切な指定介護支援に係るサービスを提供することを目的としております。困難事例の受入はもちろん、実績のない利用者様についても、継続的な相談支援に取り組み、住み慣れた自宅での生活を安心して続けられるように、関係者との連携にも努めています。又、利用者様の意向を尊重することをモットーに公正・中立なサービスの選定と提供を行っております。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年10月26日（契約日）～ 平成28年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（平成 年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

* 理念が単純明快で分かりやすいこと

運営理念として、(1)人の心を和らげ、気持ちを温かくする笑顔「スマイル」による円滑なコミュニケーション(2)利用者の安全に気を配り、迅速な対応に努める「セーフティ&スピーディー」(3)真心を込めた「サービス」の提供、この3か条の頭文字「SSS」(スリーエス)は非常にシンプルであり、誰にでも分かりやすく、職員間でも周知されている。

* 「自己評価表」16項目の作成と評価の実施

サービスの質向上を目的とした「介護支援専門員・自己評価表」16項が独自に作成され、5段階評価法により年2回定期的に評価が行われ、評価結果については個人面談も行われている。法人全体で行われる人事考課と相まって、職員の就業状況の把握や、職員ひとり一人の質の向上に向けた研修目標の設定、モチベーションアップ等に役立っている。

* 管理者のリーダーシップ発揮について

管理者のリーダーシップにより、職員ひとり一人が非常に意見を言いやすい雰囲気づくりに努めており、職場の自主性、自発性が発揮され、他職種・多様な経験者で構成される職員間チームワークの良さが感じ取れる。その結果、業務の円滑化やきめ細やかな対応に繋がり、利用者の信頼を得ているものと思われる。

改善を求められる点

* 各サービス提供機関が作成した個別援助計画書の収集

居宅サービス計画書に位置づけた各居宅サービス提供事業者が作成した個別援助計画書は、モニタリングには欠かせない資料であるが、現在、サービス提供事業所によっては速やかな提出が行われていないように伺われた。各サービス提供機関が作成した個別援助計画書の収集を行ない、適切にサービスが実施されていることを確認することが望まれる。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント(400字以内)

(H28.3.31)

今回、第三者評価を受審させていただき、当事業所で行っている業務を見直す良い機会となりました。居宅介護支援事業所で行う業務は、ケアマネジャー個人が行うようにも見えますが、実際にはチームでの仕事であるということを、評価いただく中で改めて感じました。

今後、様々な場面で多くの利用者様・事業所の方々との関わりの中で、事業所内・サービス事業所・関連機関・医療・地域との連携に力強い事業所になれるように必要な情報・知識の習得に努め、重ねて行きたいと思います。調査者の方々には、職員の苦労や思いをご理解いただき温かい言葉もいただきました。本当に感謝申し上げます。

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人 家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人 家族・保護者	109	
観察調査	利用者本人		

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【共通版】

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 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 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
<コメント> 法人の運営理念は(1)人の心を和らげ、気持ちを温かくする笑顔「スマイル」による円滑なコミュニケーション、(2)利用者の安全に気を配り、迅速な対応に努める「セーフティ&スピーディ」、(3)真心を込めた「サービス」の提供、の3か条である。この3か条の頭文字「SSS」(スリーエス)は非常にシンプルな表現で、誰にでも分かり易いものになっている。 この理念に基づく基本方針は(1)利用者の人格、自主性を尊重し、利用者ニーズに合わせた介護サービスの提供、安全・快適性の追求、利用者のプライバシー尊重、(2)利用者の事故、拘束、抑制の根絶と感染症対策の充実、苦情の早期解決と防止対策への積極的取り組み等7項目が掲げられており、具体的で分かり易い記述により明文化されている。 職員や利用者、家族等に対してはホームページや、パンフレット等の印刷物が施設内各所の掲示板に掲示されている。また、年4回発行の「ひろやす荘だより」へ毎回記載するなど様々な方法により周知が図られている。職員に対しては、正月の雑煮会、年度当初の職員全体会において理事長、施設長自ら、直接周知が図られている。		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 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
<コメント> 経営の安定性、将来性を展望する上での、福祉全体の動向や地域の福祉需要の動向、利用者数や利用者像の変化、実際の介護や福祉サービス利用率、或はそのニーズに関する情報やデータが毎月開催の事業運営対策委員会において取り上げられており、現状の把握と分析、対応策の検討が行われており、その結果は事業所の職員間で共有されている。 また、収集した県や町関係の情報は「いきいき介護セミナー」等において地域へ提供する取り組みが行われている。		
3	- 2 - (1) - 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 経営課題は、事業運営対策委員会において明確にされ、居宅に関する情報や指摘事項、例えば、町東部の山間過疎地域に位置する袴野、川内田地域の居宅介護支援をどうするかなど、様々な課題について他の事業所とも連携しながら、職員間で具体的に検討し、対策に取り組んでいる。また、認知症や医療依存度の高い利用者の増加に鑑み、看護の知識を持つ職員が確保されることで、より安心、安全でスピーディーな支援が可能となることから、課題の一つと捉えている。		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (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
中・長期計画の中に、旧ひろやす荘跡地の利用計画として、地域支援施設、居住施設、介護予防施設等の建設計画や老健施設「ケアポート益城」の経年劣化に備えた修繕積立金等、各種積立金実施計画、或は大規模震災・天災に備えた防災設備の整備・点検、訓練の徹底等の計画は明確にされている。		
5	- 3 - (1) - 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
<コメント> 単年度事業として、(1) ひろやす荘併設事業所間、及び関係機関（法人内外の施設、益城町、その他関連機関）との連携に努め、高齢者が居宅で安心して生活できる情報収集と、情報に基づく支援のできる行動力のある事業展開を目指す(2) 地域高齢者の負託に応えるべく、研修や勉強会など積極的に実施し、ケアマネジメントの強化に努めることなど6項目を掲げ、単年度の前期、後期の目標設定が行われ、年度途中で計画の評価、見直しができるように策定されている。		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 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
<コメント> 中・長期事業計画や単年度事業計画は、経営幹部や中堅職員で構成されている事業運営対策委員会で策定され、各事業所の計画実施状況の把握、評価、分析、見直しが行われている。 単年度計画は、上半期、下半期に分けられ、各期の実施状況や進捗状況については、終礼会議で絶えず話し合いがもたれ、定期の課長会議でも確認されている。前期の評価・見直しにおいて、職員の意見や利用者のニーズ動向等が集約され、後期に反映される仕組みになっている。		
7	- 3 - (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
<コメント> 利用者や家族に対する事業内容の周知方法としては、ホームページによる公開の外、契約時の重要事項説明書に基づく説明や、訪問時のパンフレットの持参・配布と説明、或は家族会での説明、施設内の掲示板を使って理解を促している。		

- 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
- 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	- 4 - (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
<コメント> サービスの質の向上を目的にした居宅介護支援事業所の「介護支援専門員自己評価表」16項目が作成され、5段階評価法で、年2回(9月、3月)行われ、評価後個人面談を実施し、これに基づいてPDCAサイクルを継続実施する取り組みが組織的に行われている。 また、事業運営対策委員会や在宅会議で出された他部署の意見も取り入れ、終礼会議において、みんなで助言なども行い、その中で「接遇研修」の発案が行われるなど、多くの職員の理解と参画の状況が見られる。		
9	- 4 - (1) - 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
<コメント> 年2回行われる自己評価と、これに基づく個人面談を通して評価結果の分析が行われ、更に3か月毎に見直しが行われている。この過程で明確になった課題については、事業運営検討委員会に報告され、改善策の討議が行われており、その内容は詳細に記録されている。 また、課題は事業所の終礼会議において、職員間の共有化が図られ、職員参画の下で改善の実施に取り組んでいる。		

評価対象 組織の運営管理

- 1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
- 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	- 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図っている。	a・b・c
<コメント> 運営・管理をリードする立場として、理念や基本方針を踏まえた質の高いサービス実現に向けた、自分の果たすべき役割と責任については法人の組織体制図や職務分担表に文書で明記されており、直接的には終礼会議ほか研修会等各種会合の機会に表明し、周知を図って信頼関係の構築に取り組んでいる。		
11	- 1 - (1) - 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
<コメント> 管理者は事業所にとって基本的な関係法令と、最新の法令把握のため外部研修会や勉強会に積極的に参加しており、管理者が遵守すべき法令、職員が遵守すべき法令等幅広い分野の資料、情報の収集、把握に取り組んでいる。更に、今後の動向や予想される状況についても職員との共有が図られている。		
- 1 - (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	- 1 - (2) - 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
<コメント> 管理者は、事業所内の福祉サービスの質の向上に向けた職員の意見吸収・反映に対する取り組みや、教育・研修の充実、改善を図るための指導力を発揮している。特に、課題がある事例等について、根柢強く、職員とのコミュニケーションを図り、他の事業所との関係を深めて解決に当たるなど、指導力を発揮している。		
13	- 1 - (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
<コメント> 理念、基本方針に沿った質の高い福祉サービスの実現を目指して、月々の目標に対する実績集計を行い、事業運営対策委員会や、在宅会議において報告し、分析・検討を重ねながら実効性向上への意識形成や共有化に向けた指導力の発揮に取り組んでいる。		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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
<コメント> 利用者数に応じた専門職の確保と配置は計画通り行われている。人材の育成については各自の資格取得意欲を尊重し、勤務体制も考慮されている。具体的には、主任介護支援専門員の資格基準に達したのものについては、積極的な取得支援が行われており、平成 26 年度に 1 名、平成 27 年度に 1 名を予定している。このほか、社会福祉士資格取得を目指している職員も見られる。		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<コメント> 事業所内で年 2 回行われる「自己評価表」の作成・記入、個人面談、並びに「人事考課表」に基づく年 2 回の人事考課、考課面談が組織的に行われている。 法人本部は、各部門に亘る人事管理規定を策定し、その適切な運用と職員への周知に取り組んでいる。		

- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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
<コメント> 有給休暇の取得状況、時間外労働のデータは定期的に確認されている。管理者と職員との個別面談も自己評価に関して年 2 回、人事考課に関して年 2 回、定期的実施される仕組みが確立しており、就業上の希望・要望・相談、聴取に基づく総合的な職場環境の改善や福利厚生面の充実に積極的に取り組んでいる。		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 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
<コメント> 年度当初に「自己評価表」記入、個人面談が行われ、そこで組織の目標や方針を説明し、話し合いで職員 1 人ひとりの目標設定について、経験や就業年数に応じた目標項目、目標水準、目標期限が明確にされている。更に、中間面談において進捗状況の確認や、見直しなど達成度のチェックも行われている。また、個別の研修計画も作成され、研修参加のモチベーションを高める取り組みが行われている。		
18	- 2 - (3) - 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
<コメント> 管理者が研修企画委員会に出席し、職員の具体的な知識、技術水準や専門資格取得に関する内部研修の企画、実施に携わっており、策定された教育・研修計画は年度ごとの関連性、継続性に配慮されている。研修は計画に基づき実施されるので積極的な参加が行われている。		
19	- 2 - (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
<コメント> 「自己評価表」や「人事考課表」に基づいた個別面談を通して、各職員の経験や習熟度に配慮した研修機会の確保に取り組む体制があり、研修成果の評価・分析が記載された「職員別研修調書」が作成されている。		
- 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	- 2 - (4) - 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・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
<コメント> 法人としての実習生受け入れは、積極的に行われている。「実習生受け入れマニュアル」に沿って、YMCA や中央リハビリ専門学校、尚絅大学などから 20 数名を受け入れ、専門職の教育・育成に取り組んでいる。		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
- 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	- 3 - (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
<コメント> 理念や基本方針、福祉サービスの内容については、ホームページでの公開や事業所の活動内容を説明したパンフレットや印刷物などを配布し、適切に公開して運営の透明性を確保する取り組みが行われている。事業計画に伴う予算、決算など財務に関する情報公開の取り組みも図られている。		
22	- 3 - (1) - 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
<コメント> 毎月 1 回開催の事業運営対策委員会において、事業所の運営状況、実績の評価・分析、対策について話し合われ、その結果は職員に周知、共有化され、透明性の確保に努めている。 また、事業所の事務、経理、財務処理に関しては、定期的に公認会計士による外部監査が行われ、指導・指摘事項は事業運営対策委員会において検討され、職員への周知や、改善に取り組むなど透明性、信頼性の確保に努めている。		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (1) - 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 利用者と地域との交流については、法人の基本方針の中に「地域・関係機関との連携・交流事業計画」を掲げ、積極的に展開する姿勢が示されている。事業運営推進委員会が年2回開催され、益城町、民生委員協議会、婦人会及び老人クラブ等と相互交流や地域への情報提供が行われている。居宅介護支援事業所としては、介護保険サービスだけでなく、地域の公民館12か所で開催される「地域サロン」へ、介護支援専門員や生活相談員が定期的に出向き、健康チェック、健康体操、健康相談、介護保険相談等を実施し、在宅生活の不安解消などの支援を行っている。施設内では「いきいき介護セミナー」を開催し、介護保険制度の現状や感染症予防など様々なテーマで企画し、利用者や地域住民、職員との交流の機会を作っている。開催に際しては地域や利用者・家族への声かけと、パンフレットや掲示板により参加を促している。		
24	- 4 - (1) - ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にした体制を確立している。	a・b・c
<コメント> ボランティア受入れに関しては法人の基本方針に「地域ボランティア、学生実習生等を積極的に受け入れ、介護、福祉分野の教育、人材育成を積極的に図り、これらの方々を通じて福祉の向上、地域づくりを推進する」と明示している。 組織としてボランティアマニュアルの整備、年間受入れ計画を策定し、ボランティア担当者を窓口として、受入れ体制は整えられている。地域交流多目的ホールでは絵手紙教室、健康ダンス、バンド演奏、日舞、傾聴ボランティアなど幅広い内容で利用者との交流が行われ、利用者の楽しみと笑顔が広がる豊かな空間となっている。「ボランティアの集い」交流会を年に1回開催し、地域ボランティアの来訪を歓迎する取り組みも見られる。		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 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
<コメント> 地域を包括した医療・介護資源マップを作成し地域の実情把握をしている。地域の社会資源として、行政機関、学校、警察、消防署、地域内の団体等を体系的に把握して連絡先を明示したリストが作成されている。関係機関とは定期的に、運営推進会議を開催し連携体制を整えている。		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<コメント> 「ひろやす荘居宅介護事業所」は「特別養護老人ホームひろやす荘」併設の事業所であり、当法人は7つの事業所を持ちそれぞれの事業所と連携を取りながら高齢者が安心して在宅生活が送れるように専門職による介護相談等の支援を行っている。 昨年度から「生活困窮レスキュー事業」への取り組みも進められている。施設の会議室や地域交流ホールの貸出、施設内のカフェテラスや遊歩道など地域住民や保育園児が自由に利用できるようにするなど多様な取り組みで施設が有する機能を地域に還元している。 災害時は福祉避難場所として指定されており、エントランスホールや通路は広いスペースが確保されており、活用が期待される。 県の「おでかけ安心トイレ普及事業」に登録し、施設内に多目的トイレが設置され、高齢者、障がい者、乳幼児連れの人など安心して利用できるように「やさしいまちづくり推進計画」の協力施設として貢献している。		

27	- 4 - (3) - 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・b・c
<コメント> 事業所は地域の福祉ニーズにもとづき、益城町ボランティア祭に参加し「介護予防」のブースを設置して介護支援専門員が介護相談に応じている。また、介護予防普及啓発事業として月1回、「地域サロン」へ生活相談員や介護支援専門員が出向いて、地域の生活課題・福祉課題の相談や解決に向けての支援活動を行っている。		

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	- 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。	a・b・c
<コメント> 利用者に対する基本姿勢は「老人福祉施設倫理綱領」を基に、事業所の運営方針にも明示されており、虐待及び身体拘束廃止対応マニュアルや個々の福祉サービスの実施方法に反映されている。管理者と介護支援専門員は身体拘束虐待防止委員会、虐待防止研修会に参加し共通理解を深めている。新聞やニュースで取り上げられた事例は、勉強会でも取り上げられ、各サービス事業所間でも情報の共有化が図られている。		
29	- 1 - (1) - 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・b・c
<コメント> 利用者のプライバシー保護・権利擁護については、法人の「基本方針」及び「重要事項説明書」において、サービス提供における事業者の義務として明示している。「虐待防止や身体拘束廃止対応マニュアル」をはじめ、福祉サービスの様々な場面に応じたマニュアルが整備されており、マニュアルに基づいた対応と利用者の権利擁護に配慮したサービスの提供が行われている。人権やプライバシー保護に関する外部研修会への参加、施設内勉強会の実施等、基本的な知識や守秘義務についての姿勢や共通認識を高める取り組みが行われている。 居宅訪問の際には言葉づかいや態度など接し方に配慮し、利用者が不安に陥らないように心がけている。電話の対応時にも内容によっては、場所を移動するなど利用者のプライバシーの保護に努めている。		
- 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 - (2) - 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
<コメント> 施設見学は随時受け付けられ、利用希望者には丁寧に説明が行われている。また、事業所のホームページに、福祉サービスに関する説明や、事業内容を分かりやすく記載し発信している。事業内容を説明したチラシや施設案内パンフレットも作成し、正面玄関等に常備すると共に、居宅介護事業所にも配備して、利用希望者に必要な情報を提供している。パンフレット・チラシは色分けした太字や絵、写真等も挿入して、わかりやすく、見やすさに工夫している。		
31	- 1 - (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
<コメント> サービス開始にあたっては、パンフレットや重要事項説明書兼契約書を用いて丁寧に説明することを心がけている。サービス料金や内容、利用者負担金等について詳しく説明し、同意を得ている。家族・利用者の意向や要望をケアプランに反映することとしている。		

32	- 1 - (2) - 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
<コメント> サービス内容の変更は適宜受け付けられており、長期入院などで一旦サービスの利用が終了した場合でも、いつでも再開できるよう待機し、必要に応じて次の事業所に情報を提供している。また、利用者・家族の要望に応じて新たな申請から更新・区分変更申請まで、必要な援助に取り組んでいる。更に、退院にあたっては、病院のリハビリが自宅の生活動作に継続できるよう病院や家庭調査に同行したり、介護度の見直しが必要な場合には医師に確認の上、円滑に区分変更がなされるように支援し、福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
- 1 - (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・b・c
<コメント> 利用者満足に向けては、定期的にモニタリング訪問を実施しており、電話連絡等を通して利用者・家族の意向、希望等を把握し、サービス担当者会議において情報を検討し、業務改善や接遇の向上、サービスの質の向上に取り組むなど、組織的な仕組みが整備されている。現状では、当事業における苦情はゼロであり、利用者満足度は高い。しかし、モニタリング調査や電話連絡だけでは本当の利用者のニーズ把握は難しいと考え、現在は毎年1回のアンケート調査を行なっているが、今後はさらに、内容を充実して利用者満足度調査を実施し、福祉サービスの向上に対応することとしている。		
- 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 - (4) - 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<コメント> 苦情解決の仕組みについては、利用契約時に重要事項説明書兼契約書を交付し、利用者に周知を図っており、苦情受付担当者や、責任者（事業所管理者）並びに、第三者委員会を設置し、苦情受付から、解決までの手続きを明確にした苦情処理体制が確立している。毎月リスクマネジメント委員会では各事業の事例の振り返りや情報共有化を行い、年2回の第三者委員会に報告されている。苦情や改善内容については利用者・家族にフィードバックされることになっている。		
35	- 1 - (4) - 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・b・c
<コメント> 毎月の訪問モニタリングの際は、利用者とのコミュニケーションを深めて、利用者・家族の意見や相談等が述べやすい雰囲気作りに心がけている。利用者自宅には担当介護支援専門員の顔写真、名前、連絡電話番号を大きく掲載したリーフレットを作り、家族の誰にでも目につきやすい所に貼付するなど、気軽に連絡や相談が出来る様に配慮している。 ひろやす荘施設内には「ご意見箱」が設置しており、相談室や談話室も整備されており、いつでも相談や意見が言い易い環境を整え、利用者・家族に周知している。		
36	- 1 - (4) - 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・b・c
<コメント> 「苦情・意見・対応マニュアル」が整備され、利用者からの意見や相談に対しては受け付け担当者から責任者へ報告され、迅速な対応に取り組んでいる。対応案件は毎月のリスクマネジメント委員会において、事故報告、内容の共有化を図り、各部署からのアドバイスや解決結果の評価など組織横断的な視点で検討が進められている。「苦情処理対策委員会」において施設長は、『苦情の声は神の声』とありがたい気持ちで対応頂きたい。職員や施設が成長するための貴重な意見と受け止め今後の業務に活かして下さい」と述べ、施設としての姿勢を表明している。苦情等への適切な対応と福祉サービスに対する利用者の満足度を高める取り組みが伺われる。		

- 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 - (5) - 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・b・c
<コメント> リスクマネジメントについては、法人内の各事業所におけるリスクの把握、事故ヒヤリハットの分析、発生頻度や対策状況を評価し、利用者の安全・安心を確保するために「リスクマネジメント委員会」を設置し、委員会を毎月開催している。委員会は「虐待及び身体拘束廃止委員会」「事故防止委員会」「苦情処理対策委員会」「感染症対策委員会」の4委員会からなり、全職員が当事者意識をもって速やかに誠実に対処する姿勢を高める体制が構築されている。		
38	- 1 - (5) - 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・b・c
<コメント> 感染症に対しては、日常での予防対策、発生時の対応プロセスを示したマニュアルを策定し、発生時の報告体制を明確にしている。感染症・食中毒予防防止研修会に7人の介護支援専門員全員が参加し、吐物処理等の実技研修も受けている。利用者居宅訪問時に感染症予防啓発チラシを配布し、マスクの準備、手指消毒剤使用の手洗い、うがいの徹底を促している。毎月、感染症予防委員会を開催し、協力病院や市町村からの感染症等の発生情報等を得て、感染症の予防対策に取り組んでいる。		
39	- 1 - (5) - 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・b・c
<コメント> 火災・地震等の災害発生時に備え、「地域の避難場所」の確認、「災害対応マニュアル」を整備している。施設においては、昼・夜間を想定した避難訓練を年3回実施し、内1回は、地域、消防署との連携・協力で合同訓練や防災教育を実施している。 居宅介護支援事業の利用者は、台風等の予測できる状況の場合は家族・利用者に注意を呼びかけ、独居者には訪問して災害前後の対応や連絡方法を確認し、別居家族への連絡等、事前対策に取り組んでいる。また、地域との連携を図り、環境の変化に対応した利用者の安全確保と支援が組織的に行われている。		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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・b・c
<コメント> ひろやす荘居宅運営規定が整備され、提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法が明文化されている。ケアマネジメントの業務プロセスは、利用者との面接・相談からアセスメント、居宅サービス計画の作成、調整、サービス担当者会議、モニタリング、サービス評価と仕組みが確立している。提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法は重要事項説明書にも明記されている。		
41	- 2 - (1) - 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
<コメント> 標準的な実施方法の見直しについては、介護保険法の改正及び見直しの必要が生じた場合に、その都度の見直しを行うこととしている。介護保険法の改正ごとに改訂日を記録し「ひろやす荘居宅介護支援事業所運営規程」の現行化が図られている。サービス実施方法の検証、見直しの仕組みは定めているが、管理者及び職員自己評価によると、必要に応じて見直しが行われており、定期的な検証や見直しまでには至っていない。利用者が必要とする福祉サービス内容の変化に対応するため、定期的に現状を検証・見直しする仕組みが望まれる。		

- 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	- 2 - (2) - 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 ・ b ・ c
<コメント> サービス利用開始にあたり、利用者や家族の意向・要望を傾聴し、アセスメントを実施している。サービス担当者会議で検討し、個々の居宅サービス計画が策定されている。把握した課題・ニーズごとにサービス提供が具体的に分かりやすく表現され、利用者の尊厳の保持を大切に自立支援につながるサービスの実施計画が策定されている。		
43	- 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。	a ・ b ・ c
<コメント> 毎月のモニタリング訪問時に利用者の状況や要望を確認し、ケアプランの短期目標ごとに評価を行い、見直すこととしている。ケアプランを見直した際は利用者や家族の同意を得たうえで、各サービス提供事業所にケアプラン変更の連絡を行い、共通認識が得られるよう調整が図られている。		
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 - (3) - 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
<コメント> 居宅サービス計画は、国が示した課題分析標準項目と居宅サービス計画書標準様式、事業所独自のモニタリング・アセスメント表等の統一した様式を用いて、生活状況の把握やサービス状況の記録を行っており、パソコン内でも閲覧できる仕組みとなっている。 法人全体の朝礼と諸会議の情報は、会議録や申し送り、業務日誌等を通じて共有化が図られ、事業所の終礼会議と居宅サービス計画書の見直し検討会の記録は、いずれも利用者個人のファイルに綴じて全員で共有している。 管理者は、各介護支援専門員からの相談や質問に応じており、必要があればフローチャート式のアセスメント法により、サービスに差異のないように工夫をしている。経験の少ない介護支援専門員に対しては、記録についての具体的な指導が行われている。		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者に関する記録は、法人内の個人情報保護管理規定に基づいて、文書管理規定を定め、不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法が規定されている。居宅サービス開始時に、利用者や家族に重要事項説明書と共に個人情報に関する説明を行い書面の交付を行っている。その内容は電子データや情報開示請求についても記述されている。保存と廃棄については、管理規定に基づいて適正な対応が行われている事が確認できた。		

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ～ ）	44	1	0