

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称：	それいゆケアプランセンター姫路	種別：	居宅介護支援	
代表者氏名：	大西 泰文	定員（利用者人数）：	72 名	
所在地：	姫路市飾磨区今在家1058-3 A-4			
TEL	079-233-5777	ホームページ：	<a href="https://hinode.or.jp/">https://hinode.or.jp/</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成27年2月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	医療法人社団 奉志会			
職員数	常勤職員：	2名	非常勤職員：	0名
専門職員	主任介護支援専門員	1 名		
	介護支援専門員	1		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

基本理念・・・お客様のよろこび 社員のよろこび 地域の喜び  
 1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々の出会いに感謝します。3. お客様に最善をつくします。  
 4. 信頼できる仲間をつくります。5. 健康に働ける環境を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. グループ内に医療法人と社会福祉法人があるため多職連携が図りやすく資質の高いケアプラン作成に取り組める。
2. 訪問看護ステーションが併設しており、重度者の受け入れ体制が整っている。
3. 地域包括支援センターが近隣にあり、指導・助言を仰ぎやすい環境になっている

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 4 日 (契約日) ~ 平成 30 年 5 月 14 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成30年 3月21日・3月30日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、定期的なエリア会議等で経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。また、法人内や併設訪問看護事業所の医師・看護師・理学療法士等、専門職の助言を得たり、連携が密にとれる体制がある。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、人事考課表・目標カードを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。また、個人の年間研修計画を策定し、目標に応じた外部研修・法人内研修・事例検討会議等に参加し、専門職として資質向上に努めている。
- ・ケアマネジメントに関する「業務マニュアル」を整備し、必要とする書類・記録の統一が図られ、整備とファイリングが適切に行われている。少人数体制で、常にアセスメントやケアプランについての協議を行い、事業所全体でケアマネジメントの向上に努め、情報共有も行われている。事業所内での毎日のミーティングと共に、併設の訪問看護事業所とのステーションミーティングや日々の情報交換により、運営面とサービス面で協働できる体制がある。また、地域包括支援センターとの連携や地域ケア会議への参加等により、地域での役割が果たせるように取り組んでいる。

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・現在整備している各種マニュアルを、時期を決めて定期的に、職員全員で検証し、居宅介護支援事業所としての特性に適合した内容に見直すことが望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設3年の事業所ですが、この度初めて第三者評価を受審し、事業運営の具体的な問題点を把握できた事や第三者評価のプロセス（自己評価・訪問調査）を通して今後の業務課題の発見に繋がりました。また専門的な評価を受ける事で今後の資の向上に繋がる助言を頂きました。

## ⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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。

## 第三者評価結果

※すべての評価細目について、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。	a・b・c
<コメント> 法人の理念・基本方針をホームページに明示している。理念は法人が目指す方向を明示し、基本方針は法人の理念と整合性が確保され、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。理念・基本方針を事務所内に掲示して職員間の周知を図り、内容を解説した法人配布の資料を回覧し理解を深めている。利用者・家族には、契約時にホームページでの掲載を紹介し説明している。		

#### 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。	a・b・c
<コメント> 姫路市のホームページから地域福祉計画を把握し、ケアマネ協会からの情報、地域包括支援センターブロック・ケアマネ連絡会・日の出塾・エリア会議・姫路会議等に参加し、社会福祉事業や地域福祉の動向や、地域の利用者状況・福祉ニーズ等について把握に努めている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、エリア会議で利用率やコストの分析を行っている。		
3	I-2-(1)-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・b・c
<コメント> 利用率やコストの分析をもとに、エリア会議で課題の抽出を行い、課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。エリア会議の内容は、ステーション会議で資料をもとに報告して職員に周知が図られ、広報活動の強化等、課題解決に向けて取り組んでいる。		

#### 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
<コメント> 平成30年から35年の中・長期計画を策定し、具体的な目標を設定し、実施状況の評価を行える内容になっている。 今後、実施状況の評価と見直しを行っていく予定である。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人共通の書式で、単年度の収支計画と事業計画を策定している。「課題」「目標」「課題解決・目標達成のための具体的な施策」の項目に沿って、実行可能で具体的な内容になっており、数値目標を設定する等、実施状況の評価を行える内容になっている。また、事業計画をもとに、項目別に具体的な四半期期ごとの「短・中・長期事業計画」を策定している。 30年度以降の事業計画は、中長期計画を反映して策定する予定である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画をステーション会議で説明し理解を促している。事業計画を具体化した「短・中・長期事業計画」と月次の収支・利用率の報告書を事務所に掲示し周知を図っている。月次報告作成時に収支計画の進捗状況を把握し、エリア会議で定期的に評価している。年度末に事業報告書を作成し、次年度の事業計画作成に反映している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容を、利用者や家族に周知するには至っていない。 わかりやすい方法を工夫し、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知する取り組みが望まれる。</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
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課を活用し、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につなげる取り組みを実施している。毎月、ステーション会議を実施し、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表・チェックシートを使用し、年1回自己評価を行っている。ステーション会議等、評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。 評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、経過を記録に残すことが望まれる。</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図っている。	a ・ (b) ・ c
<コメント>  ケアプランセンター姫路として、30年からの中長期計画、29年度は年間事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・具体的施策を明確にしている。単年度計画を4半期ごとと通年に分けて収支・人員体制等を具体化し、年度初めのステーション会議で説明し、事業所内に掲示して周知している。運営規程・決裁規程の職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事業所内に設置し周知を図っている。 規定・組織図等で管理者不在時の権限委任を明確にすることが望まれる。		
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
<コメント>  法令集・法人諸規定等を事務所に設置して、遵守すべき法令等を理解できるよう努めている。集団指導への参加や、取引は経理規定・稟議規定等に沿って行い、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。ホームページでも入札情報を公表している。地域包括ブロック会議主催の研修、日の出塾での研修等に参加している。個人情報シュレッター処理を行う等、遵守すべき法令を理解し、遵守に努めている。新入職者には法人で研修を実施し、オリエンテーション時に、遵守すべき法令等を周知している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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
<コメント>  介護サービス情報の公表・県のチェックリストを使用し、年1回自己評価を行っている。また、「必要書類一覧表」で書類の整備状況をチェックしている。センターミーティング・申し送り等に参画し、サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築している。個人面談、ステーション会議、申し送りノート等で、意見等を収集・反映するための仕組みがある。個人目標に沿って、個人別研修計画を作成している。計画に沿って研修を受講し、外部研修資料閲覧により、伝達研修を実施している。法人の新人・フォローアップ研修・日の出塾等に参加し、教育・研修機会の充実を図っている。 評価結果から課題抽出、改善検討を、ステーション会議の議事録等に残すことが望まれる。		
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
<コメント>  事業所独自のシートで毎月稼働率・収支等を分析し、エリア会議で報告し、改善に向け取り組んでいる。理念や基本方針の実現に向けて、人員配置を運営規定・重要事項説明書で定め、医療面での福利厚生・時間単位の有給制度、残業時間ゼロ等・働きやすい環境整備等に取り組んでいる。通勤可能範囲内での異動等を採用している。ステーション会議で業務改善について話し合っている。また、エリア会議で検討した経営・業務改善のための取り組みをステーション会議で周知し、改善への実効性を高めるための体制を構築している。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営規定に、人材確保・育成に関する基本方針を明確にしている。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にし、人員確保に努め、専門職等必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。パンフレット・採用広告・就職セミナー・ハローワーク・ホームページ・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日の出プライド基本方針を、法人として期待する職員像として明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度を、等級運用規定で昇進昇格等の要件を定めている。入職時に説明し、規程を事務所に設置して周知している。人事考課制度の仕組みの中で階層ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、能力・成果・貢献度等を評価している。法人で外部の専門機関、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行う仕組みがある。職員用意見箱・ミーティング・個別面談・自己申告カード等で把握した意見等に基づき、法人として検討・改善に取り組んでいる。等級運用規定で階層ごとに求められる等級や、昇進昇格の要件を明確にしておき、将来の姿を描くことが出来る仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務権限表で、労務管理に関する責任体制を明確にしている。事業所で集計した就業状況に関する情報が本部でデータ化され、職員の就業状況を把握している。職員自身も就業状況を把握できる仕組みがある。健康診断・ストレスチェックを年1回実施し、法人で、オンライン診療制度を採り入れている。管理者・エリア長等が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。自己申告カードにより直接本部へ相談出来る仕組みもある。育児・介護休業休暇、時間単位・半日単位有給休暇制度・医療費補助等総合的な福利厚生を実施し、ワークライフバランスに配慮している。事業計画にも採り入れて、計画的な人材育成や確保を推進し、定着の観点から、働き方改革を推進している。</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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度の仕組みの中で個別に期待する職員像を明確にし、上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、階層に応じて目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に反映させている。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別の研修計画に期待する職員像を明確にしている。自己啓発規定で資格取得を推奨し、事業計画で主任ケアマネ研修の早期受講を掲げている。個別の研修計画を策定し、計画に基づき受講している。受講計画・実績は、人事考課シート課業欄で半期ごとに確認している。受講時に研修報告書を作成し、受講料が必要な外部研修は出張報告書を作成している。研修報告書の感想欄等を基に、研修計画・内容の定期的な見直しを行うことが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別に取得した資格状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、法人でも把握・管理している。新任職員には、法人で採用時研修、フォローアップ研修を実施している。配属後は、「新人研修タイムスケジュール」に沿って、業務内容・心得等研修資料を配布して説明後、指導担当者が同行研修を実施し、職務が遂行できるまで教育を行っている。個別に職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修計画を策定し、計画に沿って研修に参加している。外部研修案内は、「市からのお知らせ」等のファイル回覧により案内している。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。</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
<p>&lt;コメント&gt;</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに法人の理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果は公表の予定である。苦情、事相談内容や改善・対応の状況について公表する仕組みづくりが望まれる。地域に向けて、周知を図る取り組みが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、法人本部からエリア会議で報告されている。事業会計状況等については、監事が定期的に監事監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。</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。	○a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日の出プライド基本姿勢に、地域の支えとなる「地域の喜び」を謳い、理念として文書化している。介護保険事業者ガイドブック・居宅介護支援事業所名簿等から情報を収集して必要な利用者に提供し、利用・活用できるよう取り組んでいる。社会福祉協議会配食サービス・ごみ出し等の安心サポーター・移送サービス等を紹介している。</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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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。	○a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護保険事業者ガイドブック・居宅介護支援事業所名簿等を、いつでも見ることが出来るように設置している。地域ケア会議に参加し、地域の困難事例の解決に向け協働して取り組んでいる。ケアマネ協会・ケアマネ連絡会等に参加し、共通の問題に対して情報提供を受け解決に向けて取り組んでいる。サービス担当者会議参加し利用者のアフターケア等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域に参加を呼び掛けている、法人開催の介護職員初任者研修での講師を受任している。公民館で開催している100歳体操への参加を奨励している。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-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 ・ ○b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域ケア会議等に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。サ高住の内覧会時等で、地域住民の相談に応じている。地域ケア会議等で把握した、課題の解決に努めている。民生委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めることが望まれる。把握した福祉ニーズに基づく活動の実施や事業計画等での明示が望まれる。</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。	○a・b・c
<コメント>  利用者尊重の基本姿勢を、法人の理念・基本方針、倫理規定・運営規定、業務マニュアルに明記し、サービス実施に反映している。事業所の入職時研修で、介護支援専門員心得・権利擁護・個人情報保護・認知症対応等、利用者尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を設けている。利用者尊重や基本的人権への配慮の実施については、ステーション会議や人事考課等で確認している。		
29	Ⅲ-1-(1)-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・b・c
<コメント>  プライバシー保護・個人情報保護・高齢者虐待防止・身体拘束廃止マニュアルを整備し、事務所に設置している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等をマニュアル等に明示している。事業所の入職時研修で、個人情報・権利擁護について学ぶ機会を設けている。契約書に条項を設け、利用者や家族にプライバシー保護に関する取組を周知している。規程・マニュアルにもとづいたサービスの実施に努め、ステーション会議や人事考課等で確認している。		
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	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。	○a・b・c
<コメント>  ホームページや市の事業所名簿で情報提供している。ホームページの内容はわかりやすく工夫し、必要に応じて適宜見直している。利用希望者については、自宅等に訪問し個別に丁寧な説明を行っている。		
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。	○a・b・c
<コメント>  契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。市が作成した冊子を資料とし、介護保険制度や介護支援専門員の役割等をわかりやすく説明するように努めている。契約書に代理人の署名欄を設け、意思決定が困難な利用者にも、適正な説明・運用が図られている。		
32	Ⅲ-1-(2)-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
<コメント>  契約終了時の情報提供等について、重要事項説明書や業務マニュアルに記載し、施設入所や入院等で契約を終了する際には、利用者・家族に不利益が生じないように対応している。契約終了後も管理者が窓口となり、相談に対応する旨を口頭で伝えている。契約終了後の相談窓口や連絡先を記載した文書を手渡すことが望まれる。		

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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月モニタリング訪問を行い、利用者満足の上昇にも伝えている。定期的に利用者満足に関する調査等を行い、分析・検討・改善の取組が望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の「介護支援事業に関する相談・苦情について」に、事業所の窓口・公的窓口を記載し、利用者・家族に配布している。「苦情受付書」に、苦情内容・対応・結果を記録し、申立者へのフィードバックは結果欄に記載する仕組みがある。苦情・相談内容は、ステーション会議で話し合いサービスに反映する仕組みがある。苦情解決の体制を、明確にすることが望まれる。アンケートを実施する等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行うことが望まれる。苦情内容や解決結果等の公表について検討することが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の「介護支援事業に関する相談・苦情について」に、事業所の窓口・公的窓口を記載し、利用者・家族に配布している。事業所内に相談スペースを設け、相談しやすい環境に配慮している。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談苦情対応マニュアル」を整備している。月に1回以上訪問し、話しやすい環境に配慮し、相談対応・意見の傾聴に努めている。相談意見の内容や対応の経過・結果は、支援経過記録に記録している。内容に応じて、居宅ミーティングやステーション会議で共有し、サービスに反映している。マニュアルについては定期的な見直しを行うことが望まれる。アンケートの実施等利用者の意見を積極的に把握し、サービスの質向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「リスク管理マニュアル」を整備し、責任者を管理はとしている。事故ヒヤリハット報告書で、リスクを収集し、居宅ミーティングやステーション会議で改善・再発防止を検討する仕組みはある。事業所の特性にもとづいたインシデント・アクシデントを検討し、記録する仕組みづくりが望まれる。また、研修の実施が望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<コメント>		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「防災及び非常災害時対応マニュアル」「防災の手引き」を整備し、連絡体制を決めている。ハザードマップにより、災害の影響を把握し、情報はバックアップ体制がある。利用者一覧表により、安否確認を行うこととしている。		

### 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実施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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「業務マニュアル」「プライバシー保護マニュアル」を整備し、サービスに関する標準的な実施方法、プライバシー保護に関する姿勢を明示している。新人研修で、「介護保険制度とケアマネジャー業務」について職員に周知を図っている。相互チェックにより、標準的な実施方法にもとづく実施を確認する仕組みがある。		
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。	a ・ b ・ Ⓒ
<コメント> 制度改正等に伴い、「業務マニュアル」等を、見直す予定である。マニュアルは時期を決めて、職員参画のもとで検証し見直すことが望まれる。		
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	Ⅲ-2-(2)-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
<コメント> 居宅サービス計画策定の責任者を、担当介護支援専門員とし、統括責任者を管理者としている。システムのフェイスシート「全体のまとめ」を用いて課題分析を行い、サービス担当者会議でアセスメント・計画策定について協議している。事業所内でも、居宅ミーティング・ステーション会議で検討する場合もある。居宅サービス計画書に、利用者個々の具体的なニーズを明示している。毎月モニタリング・利用しているサービス事業所からの報告書から、計画どおりにサービスが行われていることを確認している。地域包括支援センター等関係機関と連携して支援困難ケースに対応し、経過等は支援経過記録に記録している。		

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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月のモニタリングで評価し、定期的には短期目標期間に合わせ、サービス提供事業所に照会している。必要に応じて、サービス担当者会議を開催して居宅サービス計画書の見直しを行っている。見直しによって変更した計画の内容は、事業所内では居宅ミーティングやパソコンのシステムで周知している。各サービス事業者には、サービス担当者会議や居宅サービス計画書の配布で周知している。見直しにあたり把握した新たなニーズは、計画書に明示している。緊急に変更する場合も、業務マニュアルの手順に基づいて行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、フェイスシート・基本情報・支援経過記録等で把握し記録している。計画にもとづくサービスが実施されていることを、「モニタリング評価票」・支援経過記録・各サービス事業者からの報告書により確認することができる。個人ファイルは、使用する書類の様式・順番・記載方法等を統一している。支援経過の書き方は、入職時に指導している。申し送りノート・居宅ミーティング・ステーション会議・パソコンのシステム等を活用し、事業所内で情報共有が確実に行われるように取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護マニュアル・重要事項説明書・就業規則等に、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対応に関する規定を定めている。記録管理の責任者を管理者としている。入職時の法人研修と事業所のオリエンテーションで、個人情報保護について学ぶ機会を設けている。また、職員に守秘義務について説明し誓約書を交わしている。利用契約時に、個人情報使用について利用者・家族に説明し同意書を得ている。</p>		

## A 内容評価基準

### A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	○a・ b ・ c
A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	○a・ b ・ c

#### 特記事項

フェイスシート・基本情報で、利用者の心身の状況・ADL・意向・環境・生活習慣等の把握をしている。フェイスシート・基本情報で 把握した意向を居宅サービス計画に反映し、利用者個々に応じた生活となるよう支援を行っている。居宅サービス計画書の「ニーズ」「目標」「サービス内容」に、自立支援・自立への動機づけ を明示している。フェイスシートで「住居等の状況」を把握し、安全確保・事故防止・衛生管理・防災等に配慮した内容を居宅サービス計画に反映している。必要に応じて関係機関と連携し、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用を支援している。

フェイスシートで、利用者個々のコミュニケーション能力を把握している。モニタリング訪問・随時の訪問・サービス担当者会議等で、利用者の思いや希望を聞きとり、その内容を居宅サービス計画等に反映している。話しやすいように、サービス利用中に訪問する等の配慮も行っている。話すことや意思表示が困難等特に配慮が必要な人には、ホワイトボード・文字盤・質問方法の工夫・聞こえやすい方から話す等、個別の方法を工夫している。入職時研修で接遇・認知症ケア・権利擁護についての研修を実施し、言葉づかいや対応について学んでいる。人事考課の際に、接遇・コミュニケーションについて定期的に振り返る機会も設けている。

### A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ b ・ c

#### 特記事項

### A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ b ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a ・ b ・ c

#### 特記事項

#### A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a ・ b ・ c

##### 特記事項

#### A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a ・ b ・ c

##### 特記事項

フェイスシートで、利用者の日常生活能力、残存機能を把握している。外部研修、エリア長による伝達研修等で認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を学ぶ機会を持っている。家族の相談を受け、より良いケアの方法を家族と共有し、経過については支援経過記録に記録している。

#### A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a ・ b ・ c

##### 特記事項

#### A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	Ⓐ ・ b ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

##### 特記事項

フェイスシートで「疾患」「在宅の主治医」を把握し、体調変化の医師・医療機関との連携体制を確立している。手順については、緊急マニュアルに記載している。

「感染症対策マニュアル」に、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を文書化している。職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担している。職員の健康状態についてチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組み作りが望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

定期的には、月に1回のモニタリング訪問時、また、計画見直し時のサービス担当者会議で、家族に対して、利用者の状況の報告、サービスの説明、相談・要望への対応を行っている。必要時には、随時の訪問や電話等で対応している。契約時や訪問時に家族の介護力や介護負担等を把握し、フェイスシートの「家族の介護の状況・問題点」や支援経過記録に記録し、必要に応じて、居宅サービス計画に反映している。電話・メール・手紙・訪問等、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。認知症対応等、家族の必要に応じた介護に関する助言を行っている。サービス事業所・関係機関等、社会資源についても、パンフレット等も用いて情報提供を行っている。

A-9 サービスの適切な実施

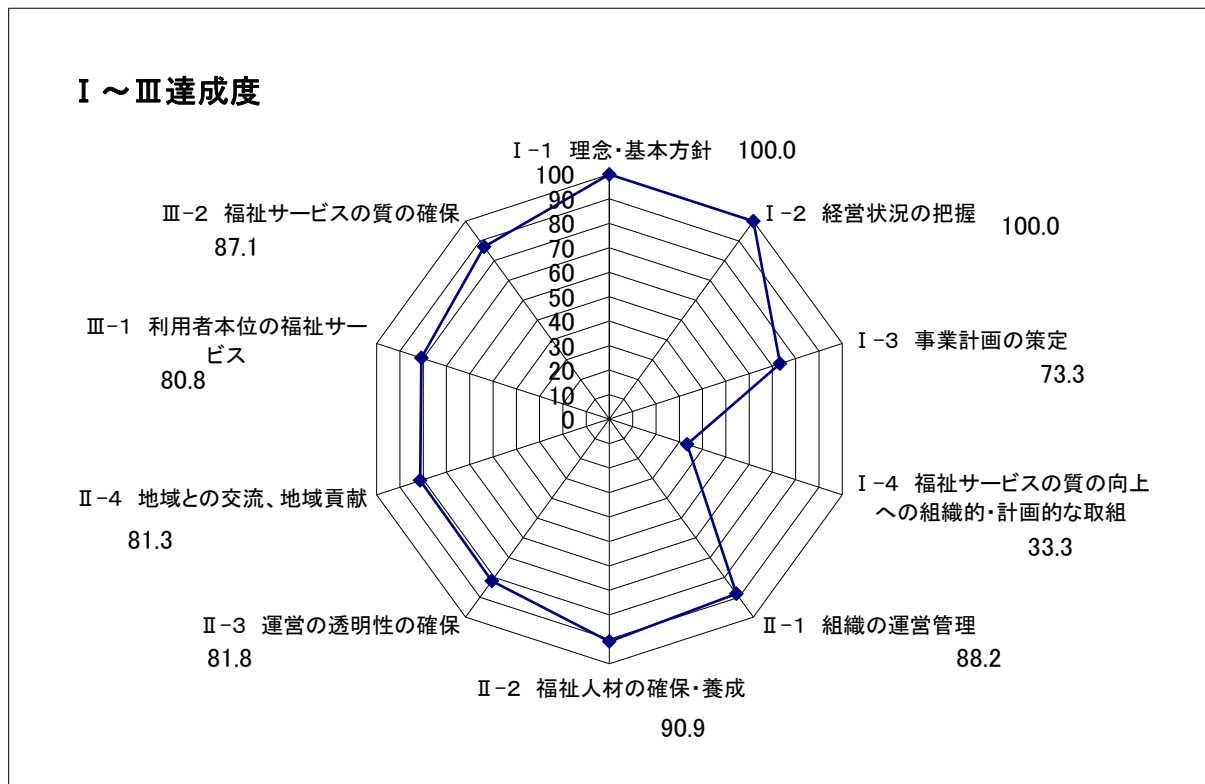
	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

居宅ミーティング・パソコンのシステム等で、利用者の状況やサービスの実施方法等についての情報を共有し周知している。ステーション会議・エリア会議・姫路会議等の開催が定期的であり、上司・先輩・専門職者から相談・助言を得られる体制がある。また、地域ケア会議で外部の専門職の指導や助言を得られる機会がある。

## I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	11	73.3
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	33	30	90.9
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	16	13	81.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	52	42	80.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1





## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	14	14	100.0
5 認知症ケア	3	3	100.0
7 健康管理、衛生管理	4	3	75.0
8 家族との連携	7	7	100.0
9 サービス提供体制	4	4	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

2 身体介護、3 食生活、4 終末期の対応、6 機能訓練、介護予防 を非該当項目

