

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：スマイルサポートセンター魚住居宅介護支援事業所	種別：居宅介護支援
代表者氏名：大西弘文	定員（利用者人数）：175名
所在地：兵庫県明石市大久保町西脇519	
TEL 078-941-7755	ホームページ：日の出医療福祉グループ
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成27年7月1日
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福社会
職員数	常勤職員：4名 非常勤職員：1名
専門職員	(専門職の名称) 介護支援専門員 5名
施設・設備の概要	(居室数)
	(設備等)

③理念・基本方針

お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 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. お客様に最善を尽くします。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

法人関連施設のあおぞらカフェ「SOLA」を通じて地域の高齢者との交流を実施している。訪問看護ステーションを併設しており、医療との連携に力を入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 11 日 (契約日) ~ 平成 30 年 6 月 6 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成30年3月9日・3月23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、エリア会議・半期会議等で、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。
- ・年間研修計画を作成し、法人内の居宅介護支援事業所と合同で月に1回合同勉強会を実施している。居宅介護支援に必要な専門性の高い研修内容で、上司・先輩・他事業所の職員から多様な助言・情報を得られる機会を設けている。併設事業所の看護師・理学療法士等、専門職の助言を得られる体制がある。法人全体で人事考課制度を導入し、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。
- ・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。毎朝のミーティング・パソコンのネットワーク・週1回の居宅ミーティング等で、利用者の情報を共有し、事業所全体でケアマネジメントの向上に努めている。困難事例も積極的に受け入れ、行政や地域包括支援センター等と協働して支援に取り組んでいる。
- ・事業所1階でカフェを開催し、地域交流・地域貢献・利用者や家族支援に取り組んでいる。併設事業所の看護師・理学療法士や地域包括支援センター等と連携して、利用者・家族・地域へもカフェへの参加を呼び活動している。カフェでは、生活に役立つ講話・健康体操・ギター演奏・手芸・バザー等を行い、介護相談にも対応している。

- ・理念・基本方針の理解と共有に努め、実践に向けて中長期的・年中計画を策定し、計画的に取り組むことが望まれる。中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。事業計画の主な内容は、職員と共有し、利用者・家族にも伝え、取り組むことが望まれる。
- ・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。
- ・整備しているマニュアル類を、時期を決めて職員参画のもとで検証し、事業所の特性と現状に即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

毎月のミーティングや勉強会を評価して頂きありがとうございます。今後も継続していきたいと思っています。書類整理については、今後、監査にも対応できる様、さらに統一を図っていきたくております。

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・基本方針は根幹となることから、職員への周知と実践に向けた継続的な取り組みが望まれる。また、利用者・家族に対しても、理念・基本方針をわかりやすく周知する取り組みが望まれる。		

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> 魚住・二見ケアマネ連絡会・地域ケア会議・日の出塾・エリア責任者会議等に参加し、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、エリア責任者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、エリア責任者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。エリア責任者会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。エリア責任者会議の内容は、居宅会議で職員に周知が図られ、課題解決に向けて取り組んでいる。エリア責任者会議の報告や検討について、居宅会議の議事録に残すことが望まれる。		

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> 中長期計画の作成には至っていない。中長期計画を策定し、実施状況の把握・必要に応じた計画の見直しを行い、理念・基本方針の実現に取り組むことが望まれる。		

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><コメント></p> <p>法人の書式で、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いる。数値目標や具体的な成果を設定する等、実施状況の評価を行える内容になっている。単年度の事業計画は、中長期計画をもとに策定することが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業計画は、年度初めの居宅ミーティングで職員に周知している。月次報告で収支計画の進捗状況を把握し、エリア責任者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。事業計画策定についても職員参画で行い、議事録に経過を記録することが望まれる。</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></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><コメント></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。毎週、居宅会議を実施し、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・ケアプラン自己点検シートを使用し、年1回自己評価を行っている。居宅会議等、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><コメント></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
<p><コメント></p> <p>事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。 決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所内に設置し周知を図っている。</p> <p>年度初めの居宅会議時・広報誌等に、事業計画の要点を説明・掲載し、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図ることが望まれる。会議で説明した時は、記録に残すことが望まれる。管理者不在時の権限委任組織図等で明確にすることが望まれる。</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></p> <p>関係法令集、法人諸規定等を管理者自身も保管し理解に努めている。 集団指導への参加や、物品購入、修理時には、「稟議規定」に沿って対応しており、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。 ケアマネ連絡会での介護保険法改正研修等に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。また、日の出塾での、経営に関する研修や勉強会に参加している。労働基準法等、事業所が遵守すべき法令を理解している。有給休暇取得等では法令を遵守し、職員の希望に沿っている。年間研修計画を策定し、事業所内勉強会で、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学んでいる。</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></p> <p>ケアプラン自己点検シートの項目に沿って、自己点検を実施している。また、情報の公表制度・チェックリスト等でチェックを行っている。管理者は、全職員参加の居宅会議に参画、参加している。朝のミーティング等で職員の意見を把握し、居宅ミーティングで改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。事業所での年間研修計画を策定し、計画に沿って研修を実施している。研修資料の閲覧研修により、参加出来なかった職員へも研修内容の周知を図っている。ケアマネ協会主催等の、外部研修に参加する機会を設けている。</p> <p>ケアプラン自己点検結果から課題抽出、改善検討を居宅会議で行い、議事録に残すことが望まれる。</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></p> <p>毎月、収益に関する月次報告をエリア長に行っている。法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、居宅会議で分析・改善策の検討を行っている。残業時間の削減、働きやすい人間関係づくりに努めている。居宅ミーティング・朝のミーティング等で業務改善について話し合う仕組みがあり、管理者はそれぞれの活動に参画し改善に取り組んでいる。</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></p> <p>事業所としての人材確保・育成に関する基本的な考え方を運営規定で明確にし、内外研修等を通じて、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。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ている。資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を事業計画に明示して進めている。採用広告・養成校訪問・ハローワーク・ホームページ等を活用し、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><コメント></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。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等の人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、等級に依りて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・居宅ミーティング等で把握した意見をエリア長に提案し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級運用規定で昇格のための資格要件を定め、将来の姿を描く仕組みがある。</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><コメント></p> <p>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握している。健康診断を定期的実施している。体調不良時は、オンライン診療を利用出来る仕組みがある。インフルエンザ予防接種は、全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。法人としてストレスチェックを実施し、産業医の相談体制がある。年2回の定期面談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。時間単位有給制度を採り入れている。互助会制度も組織されている。医療・健康面の福利厚生等、ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、職員の離職率は低い。</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></p> <p>人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。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繋いでいる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所研修計画で、「研修内容」を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定に、組織が職員に求めるの専門職種を明示している。事業所研修計画に沿って、研修を実施し、担当職員が研修報告書を作成している。研修は基本的には全員参加として全員に研修資料の配布により周知している。外部研修は目標カード自己啓発欄に記載し、参加している。出張報告書を作成し、法人本部へ提出している。研修受講歴一覧表の作成を検討している。この1年間の研修報告書を参考に、オレンジの管理者と相談して計画・カリキュラムの見直しを行っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所では、専門資格の取得状況、経験年数等を履歴書、資格証等で、法人本部で、専門資格の取得状況等を把握し一括管理している。法人での入職時研修を実施し、事業所で管理者・主任ケアマネが「ケアマネの業務マニュアル」に沿ってOJTを実施している。主任ケアマネが同行研修を実施している。法人として階層別研修機会を設けている。法人から直接メール送信等で経験年数別研修案内があり、希望者が参加している。また、事業所にFAX等で届いた案内は、回覧し研修受講機会の公平性確保に努めている。内部研修は職員が参加しやすい時間帯に配慮して行っている。外部研修は事業所として必要な研修は出張扱いとして、時間外手当や受講費用の支給等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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>介護支援専門員の見学実習を受け入れている。「ケアマネージメントプロセス」に沿って研修を実施している。また、事業所で「見学実習予定表」を作成している。見学実習受け入れに関する県主催の研修に主任ケアマネが参加している。主任資格取得研修にコーチング要素がプログラミングされている。基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの整備が望まれる。</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。	a ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。第三者評価の受審、受審結果をWAMNETで公表を予定している。地域ケア会議で、基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。ホームページに、理念・基本方針等を掲載している。病院・在宅介護支援センター・地域包括支援センター訪問時に、事業所の活動を掲載したパンフレットを配布し情報提供を行っている。苦情、相談の体制内容や改善・対応の状況について公開する仕組みづくりが望まれる。</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
<コメント> 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。内部監査を実施する仕組みがある。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。法人が選任した会計監査人や、外部専門機関が事業・財務内容について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。		

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
<コメント> 日の出Prideに、地域の支えになるような存在になるという、「地域の喜び」を謳い、地域の支えになるような存在になるという具体的内容を文書化している。サービス事業所のパンフレットを持参して説明したり、地域包括支援センター等からえた地域資源や地域の情報を利用者に提供している。利用者に、1Fカフェ活動への参加を推奨し、地域の人々と利用者との交流の機会を設けている。介護タクシー・高年クラブ等の利用紹介や、在宅介護支援センターでの食事会の情報提供を行っている。		
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
<コメント> 		
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
<コメント> 行政担当窓口等も掲載している「保健施設一覧表」を職員に配布し、病院の電話帳等を事務所に設置している。ケアマネ連絡会・県ケアマネ協会・地域ケア会議に参加して関係機関と連携を図るほか、情報提供・収集を行っている。地域ケア会議で、独居高齢者問題等の解決に向け共同して取り組んでいる。県ケアマネ協会では課題について研修を実施しており、参加している。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応や、地域ケア会議で課題検討に向けネットワーク化に取り組んでいる。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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
<コメント> 事業所1階でカフェを開催し、地域住民と交流している。理学療法士、看護師、ケアマネ等と連携して、地域へカフェへの参加を呼びかけている。カフェでは、生活に役立つ講話・健康体操・ギター演奏・手芸バザー等を行っている。カフェを通じて、相談内容等を把握し対応している。清水フェスタ・魚住フェスタに参加し、販売支援への協力を行っている。カフェとして、まちづくり協議会に参加し、地域の活性化に協力している。		

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><コメント></p> <p>カフェを開催し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズを個人の日報に記録として残し、事業所で共有している。市が主催する、民生委員との意見交換会に参加している。地域ケア会議に参加しており、課題等があれば、民生委員と連絡・連携を図っている。カフェを通じて相談に応じている。時には、地域住民から直接電話等で相談を受けることもある。地域ケア会議への参加を通じて、ニーズの把握に努めている。</p> <p>関係機関・団体との連携に基づき福祉ニーズの把握に努め、ニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動の事業計画等での明示と実施が望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>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。事業所内研修で、倫理・個人情報保護・虐待防止等、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、居宅会議のケース検討や人事考課等で確認している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル、個人情報保護規定、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・就業規則・コンプライアンス規程等に明示している。法人の新人研修や、事業所内研修で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・権利擁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、居宅会議のケース検討や人事考課等で確認している。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページや事業所のパンフレット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。</p> <p>パンフレット等、資料が入手しやすい工夫が望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>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。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-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 · b · c
<p><コメント></p> <p>毎月モニタリング訪問を行い、利用者満足の把握にも伝えている。利用者満足に関する調査等を行い、分析・検討・改善の取り組みが望まれる。</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><コメント></p> <p>「介護支援業務に関する相談・苦情について」を重要事項説明書に明記して利用者・家族に配布している。苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備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。苦情受付簿など記録を整備し、申立者へのフィードバックも記録することが望まれる。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><コメント></p> <p>重要事項説明書の「介護支援業務に関する相談・苦情について」に事業所の窓口と公的な窓口を明示し、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><コメント></p> <p>「相談苦情対応マニュアル」を整備している。定期的・要望時・必要時に訪問し、相談・意見の傾聴に努め、支援経過記録に記録している。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
<コメント> 責任者を管理者押している。「安全管理の基礎知識」を事業所のマニュアルとしている。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。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 「災害緊急時の対応及び連絡体制」に、災害時の対応体制を明示し、事務所内に掲示し周知している。各職員が担当利用者についての緊急連絡先を把握し、安否確認を行うこととしている。職員については、管理者が安否確認することとしている。災害時にサービス提供を継続するために必要な対策を具体的に検討し、整備することが望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<コメント> 「ケアマネジメント基本マニュアル」「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。合同勉強会で、「ケアマネジメントプロセスの理解」「権利擁護」について職員に周知を図っている。居宅ミーティングで、実施状況を確認している。		
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 ・ c
<コメント> 「ケアマネジメント基本マニュアル」を、定期的に見直す予定である。マニュアルの見直しは、時期を決めて、職員参画のもとで行うことが望まれる。		
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。	a ・ 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ている。居宅サービス計画ガイドラインに沿って、システムのアセスメントシート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。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。行政・地域包括支援センター等関係機関と連携し、また、地域ケア会議にも参加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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></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、同じ手順で行っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシート・支援経過記録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、「モニタリング実践記録票」・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。パソコンのシステム・共有フォルダー、朝ミーティング、居宅ミーティング、合同勉強会等を活用し、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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規定・文書保存規程・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。法人研修で、倫理・法令について学ぶ機会を設けている。入職時に、職員に守秘義務について説明し誓約書を交わしている。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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

フェイスシートで、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。定期的に再アセスメントを行っている。「本人・家族の思い」欄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、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用につなげた事例がある。

フェイスシートで、利用者個々の「伝達・記憶・理解」「視力」「聴力」等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。意思表示が困難等特に配慮が必要な人には、ジェスチャー・筆談・聞こえやすい方から話す等、個別の方法を工夫している。合同勉強会で対人援助・プライバシー保護・接遇についての研修を実施している。

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、定期的な再アセスメントで評価を行っている。合同勉強会で「認知症について」の研修を実施し、外部研修で認知症でも医療・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。カフェなど、認知症高齢者の家族支援のための社会資源を紹介している。

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。	○a ・ b ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ ○b ・ c

特記事項

<p>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。</p> <p>「健康管理マニュアル」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。</p>
--

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

<p>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「特記事項」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。家族の必要に応じた介護に関する助言を行い、カフェでの家族介護教室の情報提供も行っている。</p>

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

<p>毎朝のミーティング・週に1回の居宅ミーティング・パソコンのシステム・事例検討会等で、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。週に1回の居宅ミーティング・月に1回の合同勉強会・事例検討会を開催し、上司や先輩から相談・助言を得られる機会を設けている。必要時に応じて、訪問看護事業所の看護師や理学療法士等から、また、地域ケア会議・外部研修で外部の専門職の指導や助言を得られる体制がある。</p>
--

A-10 サービスの適切な実施

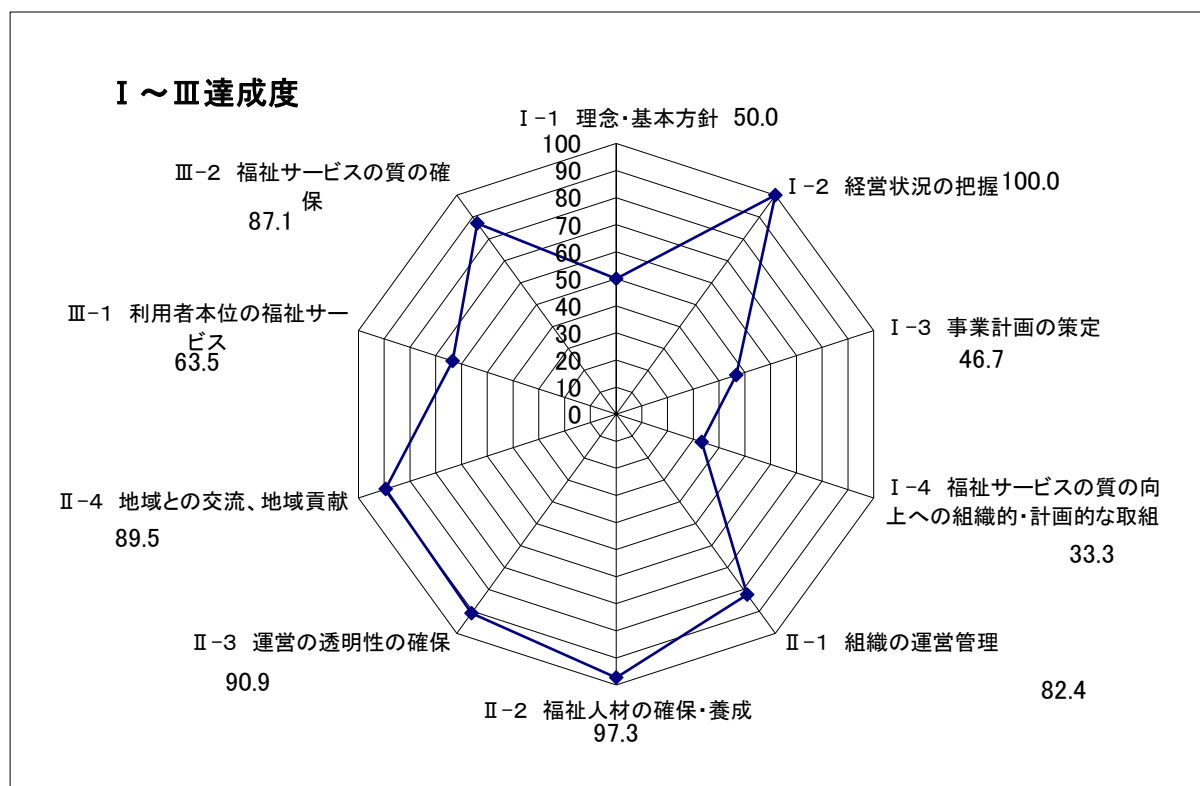
		第三者評価結果
A-10-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

サービスの各項目について、個別具体的な方法を居宅サービス計画書の「サービス内容」欄や、サービス担当者会議の議事録に明示し、利用者・家族、また、サービス提供事業所との共有に努めている。
 個別具体的な記述が不十分な項目については、今後の取り組みを期待する。

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	3	50.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	7	46.7
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	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	37	36	97.3
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	19	17	89.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	52	33	63.5
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	4	4	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	5	83.3

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

