

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：	ケアプランセンターおれんじ	種別：	居宅介護支援	
代表者氏名：	理事長 大西弘文	定員（利用者人数）：	156 名	
所在地：	兵庫県神戸市西区伊川谷町有瀬934-1			
TEL	078-976-0015	ホームページ：	https://hinode.or.jp/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2010年9月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人博愛福祉会			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員：	0 名
専門職員	(介護支援専門員)	4 名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

HINODE Pride お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 基本方針：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. お酌様に最善を尽くします 4. 信頼できる仲間を作ります 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

特定事業所として活動しており、主任介護支援専門員の配置が有り、困難事例への迅速な対応に努めている。教育体制を充実し、週1回のミーティングで事例検討を行い、また、毎月の内部研修、外部研修も業務内にも参加し、資質向上に取り組んでいる。法人 内の事業所も種類が豊富で、利用者の状態に合わせて迅速に連携を図りサービス提供が行える体制がある。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 3 月 7 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年 12月 5日 ・12月 13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、毎月の部門会議・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。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・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。
- ・詳細なアセスメントから適切に課題分析がなされ、週1回の居宅ミーティングでケース検討を毎回行い、事業所全体でケアマネジメントの向上に努めている。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。パソコンのネットワーク・業務日誌・毎週開催の居宅ミーティング等で、利用者全体の情報を共有し、全員が対応可能な体制づくりを行っている。
- ・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。法人内の医師・看護師・理学療法士等、専門職の指導や助言を得られる体制がある。

◇改善を求められる点

- ・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。
- ・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。
- ・「ケアマネジメントマニュアル」等、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

事業計画の策定等、文書化が進んでいないものに関しては早急に整備していきたい。また、ケアマネジメント業務に関してはマニュアルの定期的な見直しを通じて職員全体がコンプライアンスを遵守して業務にあたることのできるよう仕組み作りを行なっていきたいと考える。

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、ホームページやパンフレットに明示している。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。法人の新人研修で職員の周知が図られている。利用者・家族には、契約時にパンフレットを用いて説明し周知を図っている。 職員・利用者・家族に対して、理念・基本方針の周知のための継続的な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> 伊川谷居宅連絡会議・地域ケア会議・医療介護連携会議・エリア責任者会議・センター長会議等に参加し、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、センター長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、センター長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。センター長会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。センター長会議の内容は、居宅ミーティング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。		

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></p> <p>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。</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></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、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ている。年度末に、実施状況や目標の達成度を評価し、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。 居宅ミーティングで、年度途中に事業報告の進捗状況を把握し、また、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、居宅ミーティングを実施し、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・県のチェックリストの自己点検シートを使用し、年1回自己評価を行い、結果を居宅ミーティングで検討している。</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></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> 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。年度初めの居宅ミーティングで事業計画を説明し、ファイル化して職員間での共有に努めている。運営規程・職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所に設置し周知を図っている。管理者不在時における権限委任を、事故防止委員会規約で、主任ケアマネジャーと定めている。		
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> 契約書に善管注意義務を規定し、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している。集団指導への参加や、取引は経理規定に沿って行う等、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。介護保険法改正等については集団指導等に参加し、幅広い分野について日の出塾でも学ぶ機会がある。権利擁護・高齢者虐待防止・個人情報保護法等について研修を実施し、周知している。また、入職時研修でも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制度・県のチェックリスト等で年1回自己評価を行い、結果を居宅ミーティングで検討している。居宅ミーティングに参画し、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、居宅ミーティング、申し送りノート等で、質の向上に向けた意見等を収集・反映するための仕組みがある。法人の研修参加、事業所内研修等を計画的に実施し、教育・研修機会の充実を図っている。		
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> 月次報告を基に、法人本部で経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。利用率・コスト分析結果等に基づき、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で定め、基準以上の職員体制づくり、医療費補助・1時間・半日単位の有給制度、希望に沿ったシフト調整等に取り組んでいる。居宅ミーティングで業務改善について話し合い、センター長会議で検討した経営・業務改善のための取り組みをミーティングで説明・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><コメント></p> <p>事業計画で、スキルアップに向けて定期的な研修の実施等、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ている。基準以上の人員体制の確保と共に、資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。職員紹介制度・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、また、法人本部で就職サロンを開催し、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に、法人として期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度を定めている。また、等級運用規定で昇進昇格等の要件を定めている。入職時や考課面談時に説明し、また、制度に関する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。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。等級基準表で階層ごとに求められるスキルを明確にし、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><コメント></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。本部からデータ提供を受け、就業状況を把握している。健康診断・ストレスチェックを年1回実施している。高ストレス者は産業医への面談を勧めている。腰部MRIを実施し、腰椎ベルトを全員に配布している。管理者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・1時間単位、半日単位有給休暇制度・柔軟な勤務体制の採り入れ・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。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><コメント></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、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者は年2回の定期的な個別面談を通じて、スキルアップ確認シートで個別の目標レベルに沿って項目と期限を設定し、等級基準表で目標水準を明確にしている。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、次期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><コメント></p> <p>教育・研修に関する基本方針を事業計画の具体的施策に明示し、スキルアップ確認シート「課業」で、期待する職員像を明確にしている。研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、等級基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。事業所では年間研修計画に基づいて毎月研修を実施し、担当職員が「研修報告書」を作成している。欠席者には資料配布により周知している。ケアマネ協会主催の倫理研修、更新研修等に参加し、報告書を作成している。研修報告書の感想欄を参考にして、次年度の計画、内容等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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></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コピーで把握し、別途、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。配属後はマネジメントマニュアルに沿って研修を実施している。外部研修、事業所研修計画に、階層別、テーマ別研修等を採り入れ、研修機会を確保している。外部研修案内は、本部より個別にメール送信され、市や県、職能団体等で実施する研修は事業所内で回覧し参加を促している。外部研修受講時は、勤務時間調整を行い、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><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。「ケアマネジメントプロセス」に沿って研修を実施している。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。実習指導に当たる主任ケアマネの、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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・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。地域に向けた事業所の情報提供は、ホームページやパンフレットの配布で行っている。 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
<p><コメント></p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、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。内部監査を実施し、改善報告書をエリア会議に提出する仕組みがある。事業会計状況等について、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い、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><コメント></p> <p>日の出プライドに「地域の喜び」、法人基本理念に「地域社会への貢献」等を文書化している。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情報を、利用者個々に提供し、利用・活用できるよう取り組んでいる。自費での通院同行、生協の個配等の利用を情報提供している。</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><コメント></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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、ホームページ・地域福祉マップ・病院一覧表等を事務所に設置し居宅ミーティングでも共有している。地域ケア会議・伊川谷ケアマネ連絡会・介護医療連絡会等に参加し、共通の問題に対して、解決に向けて取り組んでいる。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等、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・Ⓒ
<p><コメント></p> <p>事業所の機能を地域に還元する取り組みには至っていない。事業所の専門性や特性を活かし、地域住民に対する研修会等の開催や相談支援活動、地域の活性化への貢献等、事業所が有する機能を地域に還元することが望まれる。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>民生委員もメンバーとなっている地域ケア会議に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。随時、事業所で多様な相談に応じている。関係機関等との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努め、地域貢献に関わる事業・活動を実施し事業計画等で明示することが望まれる。</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、ケアマネジメントマニュアルに明記し、サービス実施に反映している。介護支援専門員の倫理綱領を行動規範とし共有している。法人の倫理法令研修や事業所内研修で、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、居宅ミーティングのケース検討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・規程に明示している。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、居宅ミーティングのケース検討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> 利用希望者に対する情報提供は、法人のホームページ・法人のパンフレット・市が作成する冊子等で行っている。ホームページや資料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
<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>苦情受付担当者・解決責任者を管理者として、重要事項説明書に明記して利用者・家族に配布している。「苦情報告書」に内容・対応・原因・今後の対策を記録する仕組みがある。アンケートを実施するなど、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><コメント></p> <p>重要事項説明書に相談・苦情についての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> エリア内で「リスクマネジメント事故防止委員会」を設置している。「相談・事故・苦情対応マニュアル」に、事故・異常事態発生時の対応を明示している。 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。		
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> 「日本介護支援委員会・災害対応マニュアル」を整備している。ハザードマップで災害の影響を把握し、建物の耐震性を確認している。「利用者情報共有用紙」で緊急連絡先を把握し、職員の緊急連絡マニュアルを作成し、利用者・職員の安否確認の方法を定めている。		

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
<p><コメント></p> <p>「ケアマネジメントマニュアル」「プライバシー保護マニュアル」「プライバシーポリシー」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。</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。	a ・ b ・ Ⓒ
<p><コメント></p> <p>「ケアマネジメントマニュアル」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。</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
<p><コメント></p> <p>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、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。毎月モニタリングを実施し、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・医療機関など、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。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>定期的には6か月ごとに、必要時に随時、「ケアマネジメントマニュアル」にもとづいた手順で居宅サービス計画の見直しを実施している。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。</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></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」により確認することができる。「記録マニュアル」を職員に配布し、記録内容や書き方に差異が生じないように管理者が適宜指導している。パソコンのシステム・共有フォルダー、居宅ミーティング、合同勉強会、業務日誌等を活用し、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><コメント></p> <p>個人情報保護規定・文書保存規程に、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。	○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

アセスメントシートで、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。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「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。アセスメントシートで「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。アセスメントシートで「社会生活への対応力」を把握し、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ている。

アセスメントシートで、利用者個々の「コミュニケーションの状況・方法」を把握している。定期的なモニタリング訪問や随時の訪問、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。意思表示が困難等特に配慮が必要な人には、筆談や口・手の動きで把握する等、個別の方法を工夫している。相談援助・バイスティックの7原則等、合同勉強会で対人援助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

<p>アセスメントシートで、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を定期的に行っている。介護支援専門員協会の外部研修で認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を学び、合同勉強会で伝達研修を実施している。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。するようにしている。</p>

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

「事故発生・異常発生時対応マニュアル」に対応手順を明示し、利用者個々の緊急連絡先・主治医等を把握し、連携体制を整備している。

「感染症対策マニュアル」を整備している。職員の日々の体調を把握し業務日誌に記録している。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マニュアルに文書化している。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。

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に、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。アセスメントシートで「家族の介護の状況・問題点」を、訪問時に家族の介護負担等を把握し、必要に応じて、居宅サービス計画に反映している。訪問・電話・FAX・メール等、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。家族に必要な応じた介護に関する助言を行っている。

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

パソコンのシステム・共有ファイル、居宅ミーティングの「ケース報告」等で、利用者の状況等の情報を共有している。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、外部の専門職の指導や助言を得られる体制がある。

A-10 サービスの適切な実施

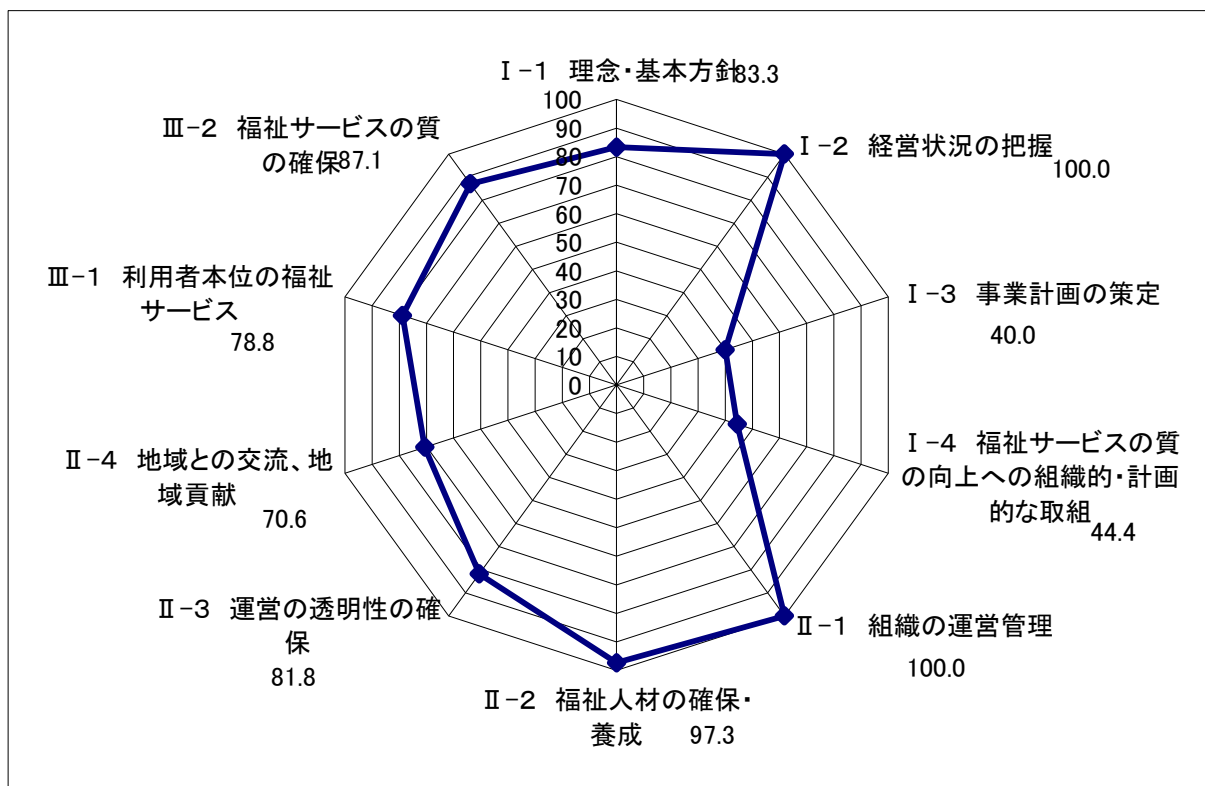
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a・b・c

特記事項

居宅サービス計画ガイドラインに沿って定期的にあセスメントを実施し、居宅サービス計画書の「サービス内容」欄に個別具体的な実施方法を明示している。

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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	6	40.0
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	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
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	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	17	12	70.6
III-1 利用者本位の福祉サービス	52	41	78.8
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	5	5	100.0
8 家族との連携	6	6	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

