

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：	稲美苑介護相談センター	種別：	居宅介護支援
代表者氏名：	西田 恵子	定員（利用者人数）：	4 名
所在地：	兵庫県加古郡稲美町国安1256番地		
TEL	079-492-7601	ホームページ：	soudan@hinode-wf.com
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	2000/4/1		
経営法人・設置主体（法人名）：			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員：
専門職員	主任介護支援専門員	3 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

- ・稲美苑は、地域に根差した老人福祉の発信基地となろう。
- ・稲美苑は、地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷となろう。
- ・稲美苑は、入所者と共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となろう。

④施設・事業所の特徴的な取組

利用者の立場に立って自立した生活を支援するとともに、利用者、家族の思いを大切にすることを心掛けている。また、行政機関・医療・保険・福祉サービス関係者等と連携し、幅広い視点で支援を行い、利用者、家族、地域住民に信頼される事業所となるよう努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 30 年 3 月 2 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年 9月11日 ・ 9月21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

- ・施設内で責任者会議・各種委員会を定期的を開催し、施設・各事業所の経営状況・運営状況の把握と課題解決・改善に向けて取り組んでいる。また、法人共通の書式で施設・各事業所が事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価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。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・法人のホームページ・施設のパンフレットや広報誌等で、理念・基本方針、取り組み・サービス内容等の広報と情報提供に努めている。盆踊り・園庭での花見・認知症カフェ・介護教室等の開催を通して、家族支援や、地域に開かれた施設として地域交流・地域貢献に取り組んでいる。
- ・「相談援助技術の向上」を29年度の内部研修の目標とし、事業所内研修で「気づきの事例検討研修」を実施し、外部研修・連絡会・ネットワーク会議等にも積極的に参加し、資質向上に取り組んでいる。週に1回「センター内会議」を実施し、情報共有と担当利用者のケアプランや支援方法等について意見交換を行っている。「課題整理総括表」を活用し、利用者個々の意向と現状に即した自立に向けたケアプランの作成に取り組んでいる。

◇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。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価点については、今後も施設全体で運営上の課題解決・改善、職員の資質向上に向けて取り組むと共に、社会福祉法人として、地域貢献に努めて行きたいと思っております。
改善点については、現在年1回の計画・評価を中長期的な計画への見直しを図りたいと思っております。また、評価基準に基づいた評価結果を事業所内で話し合い、業務改善および介護支援専門員としてのケアマネジメントの質の向上に繋げていきたいと思っております。

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> 法人理念がホームページ・パンフレット・広報誌に、高齢者福祉サービスの基本理念がパンフレットに記載されている。理念は、法人の使命や目指す方向を明示している。基本方針は理念と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。玄関・会議室・各事業所に理念を掲示し、朝礼で唱和し、職員に周知を図っている。広報誌の表紙に理念を毎回明示し、継続的に利用者・家族への周知を図っている。夏祭り等行事の挨拶でも、施設長が理念に触れて話し理解を深めている。 契約時に、利用者・家族に理念・基本方針を説明し、周知を図る取り組みを期待する。		

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> 月1回開催する責任者会議に、施設長と管理者層が出席し、社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等について情報を共有し、課題の把握・分析を行っている。各事業者のコスト分析や利用率等を、報告を受けた施設長がデータ化し、責任者会議で分析を行っている。		
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> 責任者会議での現状分析から各事業所の課題抽出を行い、幹部会議で理事・監事とも共有が図られている。責任者会議で抽出した課題を、居宅会議で職員に周知し、コスト削減など、経営課題の改善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>施設長が中・長期的なビジョンを持ち、責任者会議で管理者層に明示しているが、中長期計画として明文化するには至っていない。 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。</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>中長期計画のビジョンはあるが計画としては策定するに至っていない。単年度の事業計画は数値でも明示し、実行可能な具体的な内容となっている。事業計画は数値目標と事業内容を採り入れた内容となっている。数値目標が入っているため評価を行える計画内容となっている。中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を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>事業計画策定に当たっては職員数も少ないので、常に意見を聴取し計画内容も説明している。事業計画について「修正予算対策月次追跡フォーマット」で毎月進捗状況を確認し評価している。評価結果に基づき、必要に応じて見直し修正を実施している。人事考課シートに、法人と事業所の事業方針を明記し、それに基づいた職員個々の目標設定と定期的な自己評価を行うことで、事業計画の理解を促すための取り組みを行っている。</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><コメント></p> <p>玄関に事業計画書ファイルを設置をしている。 事業計画の主な内容を、利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。</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>人事考課によるPDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。各種定例会議・委員会を定期的に行い、サービス内容を評価する体制を整備している。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。評価結果は責任者会議で検討している。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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> 評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。職員が参画し、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。また、経過を記録に残すことが望まれる。		

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> 施設長は、事業計画に経営管理に関する方針・取り組みを明示している。施設長は年度初めの広報紙に事業計画の概要を掲載し、自らの役割と責任について表明している。職務権限規定、及び、運営規定の中に施設長の職務分掌を定め、これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。消防計画に、隊長不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。		
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> 施設長は、社会福祉施設長研修を受講し、遵守すべき法令や経営に関するコンプライアンス等を学ぶ機会を持ち理解を深めている。必要に応じて町の介護保険課などに相談を行い助言指導を受けている。管理者は、おむつ・ごみの廃棄処理方法など環境への配慮等も含む法令等を把握し、取組を行っている。入職時研修、倫理・法令順守に関する法人研修・事業所内伝達研修の実施・守秘義務に関する誓約書の提出等、遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための取組を行っている。		
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> 責任者会議・各種委員会に施設長・管理者層が出席し、サービスの質の現状や課題を把握している。施設長は現状や課題をデータ化して共有し、改善に向けて主導的に取り組んでいる。委員会・会議等で職員が意見を出し合って検討し、サービスの質向上に取り組んでいる。法人の研修計画に基づいて研修を実施し、職員への教育・研修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> 施設長は、経営・業務改善について、人事・労務・財務等を踏まえ、責任者会議で分析・検討を行っている。職員が理解しやすいように施設長が分析結果をデータ化して職員・各事業所に情報提供し、実行に向けた取り組みに反映している。法で定められた基準以上の人員配置と共に、今年4月より事業所内保育の整備を行い、職員が働きやすい環境整備を行っている。経営者会議・責任者会議の内容はデイ会議で職員に周知を行う仕組みがある。		

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>各事業所毎の運営規定で、職員区分・配置や職務内容を明確化し、それに基づいて人材確保を行っている。法人の研修計画に資格取得対策講座を設け、資格取得に向けて支援している。ホームページへの採用情報の掲載、派遣会社や職員紹介制度の活用、新聞折り込みやハローワークでの募集、就職フェアへの参加、養成校での説明会等、効果的な福祉人材確保活動を行っている。</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>法人として期待する職員像を、就業規則に高齢者福祉従事者が取り組む基本として明確にしている。就業規則で昇給・昇格の基準を明確化し、事業所の事務室に規定集のファイルを設置して周知している。人事考課制度での評価シートの評価要素欄で基準を明示し、基準に基づいて評価を実施している。職員処遇の水準については、ハローワーク等のデータから法人が分析・検討している。各事業所の会議で職員の処遇について意見・提案等を聴取し、改善に反映させる仕組みがある。また、年1回、自己申告カードで、法人本部に処遇を含め意向・意見を記入して伝え、改善策を検討する仕組みがある。キャリアパスフレームとして人事考課基準表が策定されている。</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>職務権限規程で、労務管理に関する権限を明確にしている。職員勤怠管理表・出勤簿・タイムカードからデータ化し、毎月時間外勤務等の就業状況を把握・確認して法人本部に報告している。定期的に健康診断を年1回実施している。ストレスチェックも年1回実施している。人事考課の面談時に相談を受け、入職時には各職員に組織図を基に相談担当者の説明を行っている。自己申告シートに相談を記入する欄を活用して、法人本部に相談できる体制がある。企業内保育所の設置、互助会の活用、奉仕会の医療機関受診等での医療費補助、半日有給・育児休業・介護休業・退職金制度等を取り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。基準以上の職員配置ができるよう計画的に人材確保に取り組んでいる。福利厚生の実施、ワークライフバランスへの配慮に取り組み、魅力ある働きやすい職場づくりに努めている。</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>人事考課制度を導入し評価シートを用いて、法人・事業所各々の事業目標に基づいた各職員の個人目標を、組織として期待する職員像に位置づけ、目標管理を行っている。目標設定のための個人面談を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしている。目標項目は最大4項目、目標水準は評価要素として、期限は半期ごとと適切に設定している。半期毎に目標設定、3か月毎に個人面談を実施し目標の進捗状況・達成状況等を確認する仕組みがある。</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>介護相談センター研修計画の「個人目標欄」に、職員の教育、研修に関して、個別に期待する職員像を明示している。事業計画に、「研修に参加し、ケアマネジメント実践において、質の高いサービスができるように努める」という職員に必要とされる専門性を明示している。研修計画に沿って、研修を実施している。</p> <p>研修報告書に評価欄を設け、受講した職員の項目別の評価が把握できる書式となっている。法人の研修担当課が、評価についてデータの集計・分析を行い、また、研修担当職員からの意見を集約し、年度末に研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行う予定である。</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>介護支援専門員の専門員証のコピーと履歴書で取得状況の把握・確認を行っている。職員個別に研修計画が策定され、計画に基づいて研修を実施している。管理者養成研修・各種資格取得対策講座など、階層別・職種別・テーマ別研修等の機会を設けている。外部研修の案内は対象となる職員へ案内文を手交し、外部研修への参加奨励をしている。資格取得時にはテキスト代等の費用を事業所で支援する仕組みがある。研修参加時には、旅費規程等で受講料・旅費等を支援している。</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>		

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、現況報告として事業報告、予算・決算、提供する福祉サービスの内容等を公開している。事業計画については、玄関に設置しており、来訪者がいつでも見ることができるよう公開している。苦情相談受付体制をホームページに公開し、内容・改善対応をホームページに公開する仕組みがある。事業所の情報を、ホームページに明示し、また、運営推進会議を活用して地域に向けて発信している。稲美園だよりを、法人外の施設、家族等に郵送で配布している。</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>入職時に事務・経理関係規定について必要事項を説明し、規定ファイルを各事業所に設置している。外部のコンサルタントと契約しており、必要に応じて税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受ける仕組みがある。監事監査を決算時毎に実施している。監査結果はホームページで公開している。法人内に会計監査人を設置している。指摘事項に基づいて経営改善を実施している。</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
<コメント> 基本理念に地域との関わり方についての基本姿勢を明文化している。利用者の状況に応じて、地域行事やイベントについて情報提供を行っている。地域の人々と利用者の交流の機会となる施設の行事の開催に協力・参加している。社会資源の利用を奨励するため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> 必要な情報を目的・事業所別にファイリングし、個々の利用者の状況に応じて情報提供できるよう資料を設置している。毎週の会議で、新しい社会資源の情報があれば確認し情報共有を図っている。ケアマネ連絡協議会に参加し、研修実施等協働して共通の課題解決に向けて取り組んでいる。		
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> 施設として、盆踊り、園庭での花見では、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。グループホーム主催で開催する認知症カフェへの場所の提供を行っている。家族介護教室を開催し地域へ参加を呼びかけている。町と福祉避難所として協定を結んでいる。自然災害時には各事業所が共同して地域への支援・対応を行う仕組みがある。地域の給食施設連絡会での食事の相互補給訓練に参加し、災害時の役割等について確認している。地域の清掃活動に参加している。法人として新入職員が、地域の祭りに出店して開催協力・参加し、協賛を行う等、地域の活性化や街づくりに貢献できるよう努めている。		
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
<コメント> 施設内の在宅介護支援センターと連携して開催している介護教室を通じてし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。施設長がグループホームの運営推進会議や町の高齢者福祉審議会に参加しており、民生委員より具体的なニーズの把握に努めている。在宅介護支援センターの相談窓口と連携して多様な相談に応じる機能を有している。地域包括支援センター、社会福祉協議会、在介センター等関係機関が協力し合う認知症相談窓口連絡会、地域ネットワーク会議、二市二町連絡会等への参加を通じて福祉ニーズの把握に努めている。徘徊SOSネットワークへの参加、自治会の依頼によるキャラバンメイト活動等、地域貢献に関わる事業・活動を実施しているが、事業計画等に反映させるには至っていない。 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示することが望まれる。		

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
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>法人理念・事業所基本方針に利用者を尊重したサービスの提供を行うことを明示している。利用者を尊重したサービス提供に関する職員の行動指針を、就業規則に明示している。法人の倫理研修で利用者の尊重・基本的人権について学ぶ機会を設けている。プライバシー保護などを含め、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」の詳細化が望まれる。利用者尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行う仕組みづくりが望まれる。</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>法人で個人情報保護規定が整備され、新人研修でプライバシー保護・権利擁護について研修を実施している。守秘義務について契約書に明記し、契約時に説明し利用者・家族に周知している。規定にもとづいたサービス実施については、管理者が確認している。不適切な事案が発生した場合の対応方法は、規定や就業規則に明示している。不適切な事案が発生した場合の対応方法も含め、虐待防止・権利擁護についてのマニュアルの整備が望まれる。</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>基本理念を掲載した広報誌・事業所のサービス内容を記載した施設のパンフレット等、写真・図・わかりやすい説明に配慮して、利用希望者に情報提供する資料を作成し、施設の玄関に設置している。利用希望者には、町が発行しているパンフレット等を用いて、個別に丁寧な説明を行っている。広報委員会委員会に参加し、情報提供について適宜見直しを行っている。</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>サービス開始時には、契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明にあたっては、町が発行しているパンフレットも用いて、介護保険の仕組みについても、わかりやすい説明を心がけている。契約書に署名代行者欄を設け、意思決定が困難な利用者に適正な説明と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>契約書の「介護保険施設への紹介」の条項に沿って、入院・入所を希望する場合、文書による情報提供など便宜を提供し、不利益が生じないように対応している。契約が終了した後も、管理者を相談担当者として設置し、その旨を口頭で説明している。契約終了後の相談方法や担当者について説明を行い、内容を記載した文書を渡すことが望まれる。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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
<コメント> 事業所についての満足把握する仕組み作りには至っていない。介護支援専門員の業務であるプランの立案についての満足把握は、月1回以上のモニタリング訪問の中で、可能な限り利用者も参加して行っている。把握した結果から、再アセスメントの実施、サービス担当者会議の開催、センター会議での検討等を行い、改善を行っている。 事業所に対する利用者満足把握するアンケート調査や、担当介護支援専門員以外の職員の面談・聴取を定期的に行い、結果にもとづいて改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。		
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。		
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
<コメント> 苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。掲示・苦情解決規程の設置・重要事項説明書への記載・玄関に意見箱の設置等、苦情が申し出やすい工夫を行っている。「苦情受付表」に、内容・対応・対応結果を、申立者へのフィードバックは対応結果に記録する書式がある。苦情は事業報告書・広報誌に公開する旨が、苦情解決規程に規定されている。 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物の掲示と、資料の配布が望まれる。また、センター内会議で検討する等、苦情相談内容に基づきサービスの質向上に反映する仕組みづくりが望まれる。		
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
<コメント> 町作成のパンフレットや事業所のパンフレットを設置し、事業所の相談業務について周知を図っている。ロビーのコーナーや相談室など、相談しやすいスペースを確保している。		
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
<コメント> 月に1回以上モニタリングを行って傾聴に努め、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。把握した相談・意見についての対応や経過は、支援経過記録に記録している。 相談受付についてのマニュアルの作成と、定期的な見直しの検証が望まれる。利用者・家族からの意見を、事業所のサービスの質向上に関わる取り組みに反映することが望まれる。		
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> 施設内の安全衛生委員会に参加し、研修に参加している。 事業所独自のマニュアルを作成し、事業所特有の事故・ヒヤリハット事例を収集し、要因分析・改善に取り組む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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 施設の「消防計画」に、災害時の対応体制を明示している。町発行のハザードマップで災害の影響を把握し、消防計画には、火災だけでなく自然災害についての対応も明示している。建物の耐震性については検証し、備蓄等災害に備えた対策を行っている。利用者の緊急連絡先一覧表を作成して毎月更新し、職員の緊急連絡網を整備し、安否確認を行う方法を定めている。施設合同で年の3回実施される災害訓練に参加している。		

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。	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 事業所のサービスの標準的な実施方法を、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に明文化している。職員にマニュアルを配布し、周知を図っている。管理者が実施状況を確認し、必要時には指導・助言を行っている。 プライバシー保護などを含め、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」の詳細化が望まれる。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 制度改正などがあれば、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」を変更している。センター内会議等で話し合い、マニュアルの見直しについて、定期的に検証を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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 居宅サービス計画書策定の責任者を管理者と定めている。事業所独自の「フェイスシート（アセスメントシート）」を用いて、センター内会議で協議しアセスメントを実施している。サービス担当者会議を開催し、利用者・家族・サービス事業所等関係者の合議のうえ、ニーズを明示した居宅サービス計画書を作成している。手順については、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に明文化している。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。在宅介護支援センター・地域包括支援センター等と協働して、支援困難ケースにも積極的に対応し、経過は「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><コメント></p> <p>居宅サービス計画書の見直しについて、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に明記している。事業所内ではセンター内会議で、サービス事業所にはサービス担当者会議と計画書の配布で周知している。見直しに当たっては、新たな課題を明確にしている。</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は、「支援経過記録」に記録している。居宅サービス計画書にもとづくサービス実施は、各サービス事業所からの報告書とモニタリングシートにより確認できる。記録の書き方については、「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に明記している。「介護相談センター日誌」・朝礼・センター内会議・パソコンの共有ホルダー等により、情報提供に取り組んでいる。</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>法人の個人情報保護規程に、記録の保管・保存・廃棄・開示に関する規定を定め、不適正な利用や漏えいに対する対応が明記されている。記録管理の責任者を、管理者としている。入職時の研修や法人の「倫理法令研修」で個人情報保護について説明し、守秘義務についての誓約書を交わしている。契約時に、個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。</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

利用者の心身の状況・ADL・生活習慣・生活歴・主訴および要望等をフェイスシート（アセスメントシート）で把握している。課題整理総括表で課題抽出して居宅サービス計画書に反映し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。居宅サービス計画書のサービス内容に自立に配慮した支援を明示したり、担当者欄を本人とし自立の動機づけを行う等、自立支援に取り組んでいる。調理、移動、掃除、整理・物品管理等について、課題整理総括表で課題抽出して居宅サービス計画書に反映している。必要に応じて、社会福祉協議会と連携し、日常生活自立支援事業の利用につなげている。

相談援助技術の向上を29年度の内部研修の目標とし、利用者の意向や要望を引き出して把握できるように取り組んでいる。事業所内研修で気づきの事例検討研修を実施し、法人研修の伝達研修で接遇についての研修を予定している。自宅訪問や利用しているサービス事業所への訪問等、様々な機会に聞き取りを行っている。特に配慮が必要な利用者には、文字盤や意思伝達装置など、個別の方法を用いてコミュニケーションがとれるように取り組んでいる。

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 排泄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。	○a ・ 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

アセスメントシートで利用者の日常生活能力・残存機能、また、認知能力・周辺症状を把握し、課題整理総括表で課題抽出し、必要に応じて居宅サービス計画書に反映している。支援や状況については、支援経過記録に記録している。地域包括支援センター主催の外部研修で、認知症についての研修を受講している。社会福祉協議会主催の家族会・地域包括支援センター主催の認知症カフェ・施設主催の家族介護教室等、認知症高齢者の家族支援のための社会資源を家族に紹介している。モニタリング訪問やサービス担当者会議などで、家族の悩みや相談を受けとめ、より良いケアの方法を家族と共有するようにしている。

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

アセスメントシートで、かかりつけ医療機関・医師・既往歴等を把握し、利用者の体調変化時には迅速に連携できる体制を整備している。

施設内に、「感染症マニュアル」、感染委員会を整備している。衛生委員会で、職員が感染症にかかった場合の対応について文書化し周知している。インフルエンザの時期には、職員が出勤時に検温し、職員の体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりを行っている。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。職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法も文書化することが望まれる。

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

月に1回以上、定期的および変化があった時に利用者宅を訪問し、家族に対して、利用者の状況やサービスの説明を行い、要望・相談を受ける機会を設けている。状況に応じて、電話やメールでも家族に連絡している。相談内容や対応等については、支援経過記録に記録している。家族構成や介護力については、アセスメントシートで把握し、課題整理総括表で課題抽出し、必要に応じて居宅サービス計画書に反映している。家族の緊急連絡先を複数把握し、電話・メール・郵送など、報告すべき事項が必ず家族に伝わるように工夫している。家族に介護に関する助言を行い、施設で家庭介護教室を開催している。また、家族が必要とする広い範囲の情報を提供している。

A-9 サービスの適切な実施

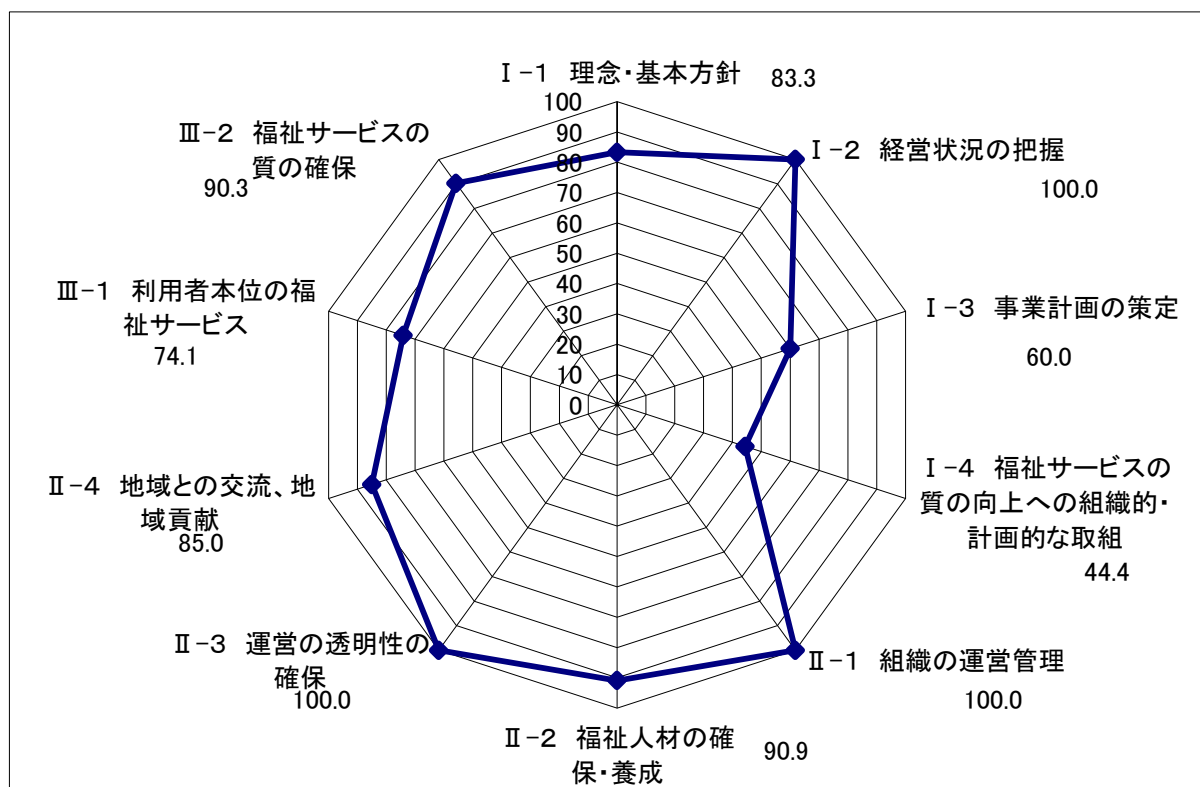
	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	○a・b・c

特記事項

センター内会議・サービス担当者会議等で、サービスの実施方法や手順を周知している。介護相談センター日誌で、利用者の状況などの情報を共有している。週に1回のセンター内会議・月に1回の事業所内研修会で、情報共有を行うと共に、職員が相談・助言を得られる機会となっている。地域包括支援センターや社会福祉協議会など、必要に応じて外部の専門職の指導や助言を得ている。

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	9	60.0
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	33	30	90.9
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	20	17	85.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	54	40	74.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3



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	5	5	100.0
7 健康管理、衛生管理	5	4	80.0
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 非該当項目

