

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：	伽の里 介護相談センター	種別：	居宅介護支援	
代表者氏名：	西澤 昌彦	定員（利用者人数）：	117 名	
所在地：	加東市天神608番地			
TEL	0794-47-5503	ホームページ：	http://www.hinode-wf.com/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成15年6月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	3 名	非常勤職員：	0 名
専門職員	(専門職の名称)	3 名		
	主任介護支援専門員	2名		
	介護支援専門員	1名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

地域に根ざした福祉の発信基地となること
 地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷になること
 共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となること

④施設・事業所の特徴的な取組

介護支援専門員4名、内主任介護支援専門員2名、医療・福祉・介護に熟練した看護師・社会福祉士・介護福祉士が所属し、専門性の高いサービスが提供できる体制がある。利用者・家族が、住み慣れた地域で安心して自立した生活が送れるよう、ケアプラン確立と支援に取り組んでいる。また、地域とのつながりを重視し、地域に根差した支援に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 26 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 18 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月21日・10月24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

- ・法人内に各種会議・部会などを設置し、毎月の法人幹部会議では、法人共通の書式で作成した各事業所の事業計画をもとに、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。施設内で在宅会議・各種委員会を定期的に開催し、各事業所の職員に周知しサービスの向上につなげる仕組みがある。
- ・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。
- ・看護師・社会福祉士・介護福祉士資格、また、主任介護支援専門員資格を有する介護支援専門員を配置し、詳細な「課題分析表」をもとに、利用者一人ひとりが住み慣れた地域で安心して自立した生活が送れるようなプラン作成と支援に取り組んでいる。専門性の高い外部研修への積極的な参加、週1回の相談センター会議・パソコンのネットワークシステム等で職員の資質向上と連携に努め、サービスの質向上に取り組んでいる。
- ・地域包括支援センター・加東市居宅介護支援事業所・地域ケア会議・施設内のサービス事業所等と連携を密にし、地域に根差した支援を目指している。市から委託を受けているコーディネーター活動や 認知症カフェ等のサポートセンター事業にも協働して取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・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

今回第三者評価を受けたことで、居宅支援事業所として標準的な事項などが、どのスタッフでもできるようにマニュアル化しておくことの重要性を実感いたしました。今後は、ご指摘を受けたことを参考にし、体制の構築や資質の向上に努めてまいります。

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、施設の基本方針「伽の里憲章」をホームページ・パンフレットに記載している。法人の高齢者サービスの基本理念は、法人のパンフレットに掲載している。法人理念・「伽の里憲章」は、法人・施設の使命や目指す方向を明示し、法人の基本方針は、法人理念との整合性が確保され、具体的な内容となっている。理念を掲示し、理念を記載したカードを職員に配布し、朝礼で唱和する等、職員の共有に取り組んでいる。法人の入職時研修や事業所の会議で説明し、理解を深めている。施設のパンフレットに「伽の里憲章」を明示し、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。		

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> 加東市の第6期介護計画、安心サポートセンター事業、地域コーディネーター活動、加東市介護保険課との情報交換等により、社会福祉事業・加東市の動向・地域の利用者状況や福祉ニーズを把握している。1か月の事業所のコスト分析や利用率を施設に報告し、施設でデータ化して毎月の在宅会議で分析している。		
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・経営状況・職員体制等を、在宅会議で分析し、課題や問題点を明確にしている。内容に応じて、在宅会議・幹部会で検討したり、法人本部に報告する等、解決・改善に向けた取り組みを行っている。在宅会議には理事長、幹部会には理事長・監事が参加し、共有がなされている。		

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> 法人理念の実現に向けた目標を「方針」として明示し、5項目の「課題」解決に向け、施設全体の「長期計画」「中期計画」を策定している。数値目標も挙げ、具体的な内容となっている。29年度初めに策定し、半期・年度末で検証し、必要に応じて見直す仕組みがある。		

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><コメント></p> <p>施設の中・長期計画の「方針」の内容を反映し、事業所の単年度計画を策定している。施設共通の書式で、収支計画と事業計画を確定している。事業計画は、事業方針・事業計画（目標数値・事情計画）の書式で、具体的な実行可能な、評価を行える内容になっている。</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>収支計画・事業計画の実施状況は、毎月の在宅会議で報告し議事録に記録している。年度末に評価し、事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定に反映している。各事業所の事業計画を、パソコンの共有ホルダーに入れ、また、人事考課の評定シートに明示して職員の目標設定に反映する等、職員の周知と理解に取り組んでいる。</p> <p>職員参画のもと、事業計画の実施状況・達成度の確認、評価・見直し、計画策定を行う仕組みづくりが望まれる。</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>事業計画について利用者や家族に説明、周知するには至っていない。</p> <p>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>人事考課の目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。事業所会議・在宅会議・各種委員会を定期的で開催し、サービス内容について評価を行っている。県提出のチェックリスト、情報の公表のチェックリストを活用し、評価基準にもとづいた自己評価を定期的実施している。</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>定められた評価項目に基づいた自己評価結果からの課題の文書化には至っていない。</p> <p>課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。</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> 法人の事業計画に沿って施設長・管理者等は、事業所の経営管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。施設長は年度初めの広報紙の挨拶欄で、事業計画の概要を掲載し、在宅会議で各管理者に説明している。職務権限規定及び各事業所の運営規定に施設長・管理者等の職務分掌を定めている。これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。職員に直接かかわる就業規則等は各事業所に設置している。役割責任について、事務分掌表に、主・副として定めている。有事の際の権限移譲については、消防計画で隊長（管理者）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> 施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として各事業所に設置している。入札時には、「経理規定」に沿って行い、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。施設長等は、市の集団指導・日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む法令を把握し、それに則った取り組みを行っている。法人・事業所の年間研修計画に沿って研修を実施し、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設けている。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。		
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> サービスの質について、施設長等も関わりながら、情報公表、県へ提出するチェックシート等により定期的継続的に評価、分析、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。各種委員会・会議に施設長等も参加し、サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。各委員会・会議等で職員の意見等を把握し、サービスの質向上に反映させている。法人や、各事業所毎で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。また、外部研修への参加を奨励している。		
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> 毎月、在宅会議で利用者数、稼働率等について分析検討した結果から、法人本部でコスト分析等を行ったデータを施設長等は把握している。施設長等はデータから課題を抽出し経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、残業を必要最小限にし、勤務時間の調整や有給の半日取得制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。衛生委員会を立ち上げ、働きやすい職場環境整備に取り組み始めている。経営改善に向けての取り組み方針を、会議で各職員へ伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に在宅会議や各種委員会を組織し、法人の特養連絡会にも参画している。		

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
<コメント> 法人事業計画で、柔軟な雇用形態の創造、資格取得支援強化等、人材確保・育成について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針で取り組んでいる。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。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。法人本部と連携し、養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・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。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○a・b・c
<コメント> 法人理念に利用者中心の視点を謳い、就業規則の服務規律に高齢者福祉従業者に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、専門性・能力・成果・貢献度を客観的に評価する人事考課制度を定めている。人事考課制度は、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いる。人事考課制度の仕組みの中で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、成果や貢献度等を評価している。法人で他事業者の採用広告、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議等や、法人への自己申告書で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事考課基準で昇格のための資格要件等を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。		
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
<コメント> 事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任体制の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から勤怠ソフトにより集積されたデータ提供を受け、就業状況を把握している。給与明細にも有給取得状況等が記載され、職員も把握している。健康診断を定期的実施している。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。ストレスチェックを実施し、嘱託医に相談できる体制がある。人事考課制度での個人面談の機会や申し出があれば随時施設長も相談に応じている。直接、法人本部に自己申告書で相談できる体制もある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりを行っている。		
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
<コメント> 法人事業計画書に、人材育成についての方針を明示し、人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にして、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。それぞれの評価シートで、着眼点・チェックポイント等目標達成のための基準を明示している。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、人事考課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。		

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>事業所運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、人事考課基準表で階層別に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、人事考課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。法人での研修に参加した職員が、事業所で伝達研修を実施している。参加者は、感想欄・評価欄を設けた研修報告書を作成している。職員の研修参加状況を把握するため、研修参加名簿を作成し、複数回研修を実施している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。管理者層を対象にした「日の出塾」でも、研修を実施している。外部研修参加時は研修報告書・出張命令簿を作成している。研修履歴一覧表を作成し外部研修受講機会の公平性確保に努めている。個別の研修報告書の感想欄・評価欄等を活用して分析評価を行い、定期的に計画・研修内容・カリキュラム等の評価と見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>介護支援専門員証のコピー・履歴書・行政への提出書類等で取得状況、有効期間等を把握・確認している。法人での新入職者研修後は、ケアマネジメント業務リストに沿って1ヶ月・3ヶ月研修を実施している。全職員と対象者別に研修計画を策定し、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。ケアマネ協会主催の研修にも参加している。外部研修の案内ファイルを回覧し、外部研修への参加奨励をしている。研修費用・交通費は、研修に応じて法人が支給し、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</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> <p>非該当</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。	Ⓐ・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を予定している。苦情、相談の体制についてはホームページで公表し、内容や改善・対応の状況については、「社会福祉法人日の出福祉会苦情報告・対応一覧」として公表する仕組みがある。区長会や老施協の出前授業で施設等の説明を行い、地域に施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。印刷物としては、パンフレットを市役所に設置している。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>事務、経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、入職時の説明と、これら規定集を事務所内に設置して周知している。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、幹部会議で報告されている。監事監査で定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。今年度より、法人内の他事業所職員による内部監査の仕組みが構築されている。内部監査での指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、コスト削減等に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人案内に、日の出福祉会の理念として「地域に根ざした福祉の発信基地となる」と明文化している。インフォーマルサービスとして、健康診断受診時に近隣住民に同行依頼する等、支援している。サポートセンターで健康カフェを実施しており、利用者に情報提供して地域の人と交流できるよう支援している。介護支援専門員として、地域における社会資源を利用するための情報を提供している。</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> <p>非該当</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><コメント></p> <p>サービス種類ごとの事業所案内・買い物お助け手帳・資源マップ等、個々の利用者の状況に応じて情報提供できるよう事業所に設置している。相談センター会議で、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、生活支援コーディネーター連絡会等に参加し、研修参加等共通の課題解決に向けて取り組んでいる社会福祉協議会、街づくり協議会、区長、民生委員、加東市など関係機関と連携し協議体を設置するためにコーディネーターとして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><コメント></p> <p>サポートセンターで開催する健康カフェで地域住民と交流を図っている。健康カフェで相談支援や地域で暮らす高齢者支援に取り組んでいる。また、健康づくり教室、体操・運動セミナー等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。市が進めている各地域の体操指導リーダーの連携に協力している。災害時には周辺が地滑り地域であり福祉避難所として協定を結んでいないが、備蓄等で災害時における役割が確認されている。給食施設連絡協議会で、隣接小野市と協力して災害時の給食に関する施設の役割が確認されている。兵庫教育大学と相互協力して子どもの走り方教室に協力している。地域行事への職員参加、協賛等を行い地域の活性化やまちづくりに貢献している。</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><コメント></p> <p>市から委託を受けている関係機関のコーディネーター活動を通じて地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。区長が民生委員を兼任しているケースが多く、区長会や、区の会議などに参加しニーズを把握に取り組んでいる。健康カフェ・サポートセンターの上に設置している地域の協議会等で多様な相談に応じている。移動手段がないため、買い物困難者や役所に行き様々な手続きができない人の出現等具体的な福祉ニーズを把握している。サポートセンターとして健康カフェ利用時に車での買い物同行等の便宜を図っている。サポートセンターの事業として事業計画に位置付け、介護保険外の支援事業として活動を実施している。</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> 法人の理念や高齢者福祉サービスの基本方針に、また、伽の里憲章にも、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。「ケアマネジメント基本マニュアル」に、権利擁護等福祉サービス提供に関する基本姿勢を反映させている。倫理・法令研修で、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。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、相談センター会議で具体的対応を把握評価し必要な支援に取り組んでいる。虐待等の事例があれば、市・地域包括支援センター等と連携し必要な対応を図っている。		
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> 「個人情報保護規定」を整備し、研修等でプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を学んでいる。契約書・重要事項説明書等に守秘義務や個人情報保護等権利擁護への配慮を、プライバシー保護については、事業者の責務として契約書に明示し、契約時に取り組みを説明している。身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会などの活動を通して、規定等に基づいたサービスの実施状況を確認・検証し朝礼時に周知を図っている。虐待防止マニュアルを策定し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。		
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> 多くの人が入手できるように、施設パンフレット・事業所パンフレットを市役所・関係機関に設置している。パンフレットは言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかるように工夫している。利用希望者については、個別に丁寧な説明をしている。パンフレット・ホームページ等、情報提供の内容は適宜見直しを行っている。		
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。説明時には、施設のパンフレットや加東市が作成した冊子を資料として、ニーズに応じたサービスを選択肢を多く提示し、わかりやすい説明に努めている。契約書・重要事項説明書に署名代行者・保証人の署名欄を設け、意思決定が困難な利用者についても適正な説明と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>契約の終了時には、移行する事業所に出向いて、フェイスシートやサマリー等を提供し、情報交換・調整を行い、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。利用が終了した後も、利用者や家族が相談できるように管理者を窓口とし、終了時には口頭で伝えている。利用が終了した時に、利用者・家族にその後の相談窓口について説明を行い、その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><コメント></p> <p>管理者が定期的に全利用者を訪問して面談し、事業所への満足度の把握を行い、内容については相談センター会議で共有している。利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。満足度の把握を分析・検討し改善を行う仕組みづくりが望まれる。</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。「苦情受け付簿」を整備し、内容・対応・対策を記録して保管している。相談センター会議で共有し、サービスの質向上に反映している。苦情内容・解決結果等は事業報告書に記載し、申し出者に配慮したうえで公表する仕組みがある。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・資料の配布が望まれる。苦情記入カード・アンケート等、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫が望まれる。</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>契約時に、重要事項説明書の職員の職種・人数・職務内容の項目で、相談相手や方法について説明を行っている。施設内に相談室を設け、相談をしやすいスペースを確保している。相談や意見の受付や対応について、わかりやすく説明する工夫が望まれる。</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>外部研修などで対人援助技術の向上に努め、日々の業務の中で適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。意見箱と記入用紙を設置し、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・意見は、対応や経過を含め支援経過記録に記録している。相談センター会議で共有し、サービスの質向上に取り組んでいる。「ケアマネジメント基本マニュアル」に、相談・意見の受付・対応・記録についての記載が望まれる。また、マニュアルは定期的な検証と見直しが見られる。</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><コメント></p> <p>施設で身体拘束・事故防止委員会を設置し、事業所からも参加している。「相談支援センター事故対応マニュアル」に、事故発生時の連絡手順をフローチャート明記している。ヒヤリハット報告書・事故報告書を整備して事例を収集し、月に1回実施する身体拘束・事故防止委員会で共有し、未然防止・再発防止に取り組んでいる。議事録は事業所内で回覧し共有している。法人の集合研修で安全管理研修を実施している。委員会で前月の振り返りを行い、事故防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直す仕組みづくりが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>施設内に感染症委員会を設置し、在宅事業部からも参加し、議事録で内容を共有している。法人共通の「感染症対策マニュアル」を整備している。法人の集合研修で、感染症に関する研修を実施している。うがい・手洗いの励行、マスク着用など、感染症の発生予防策を講じている。発生した場合は、サービスの調整も含め、適切な対応を行っている。マニュアルの、定期的な検証と見直しが望まれる。見直しの際には、居宅介護支援事業所として必要な感染症対策・対応を検討し、事業所独自のマニュアルを追加することが望まれる。</p>		
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やっている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>立地条件などを把握し、法人の消防計画に災害時の対応体制を明記している。加東市の災害対策委員会が、地域の高年齢者個々について生活状況・避難所を記載した一覧表を作成し、居宅介護支援事業所に配布し、それをもとに事業所が担当している利用者についての対応方法を把握している。利用者については、加東市が配布する一覧表をもとに、職員については、緊急連絡網をもとに安否確認を行う仕組みがある。施設で実施する年2回の災害訓練に、事業所も参加している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法が「ケアマネジメント 基本マニュアル」に文書化されている。標準的な実施方法には、自己決定・個人情報保護など、利用者尊重・プライバシー保護の姿勢を記載している。「ケアマネジメント 基本マニュアル」の周知により、標準的な実施方法の周知を図っている。システム内での業務の進捗確認により、管理者が各介護支援専門員の実施状況を確認する仕組みがある。</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 · c
<p><コメント></p> <p>法人の内部監査を活用し、検証・見直しを実施している。今後は、年に1回、実施予定である。標準的な実施方法の見直しは、職員参画のもと、職員・利用者などの意見も反映して、定期的・継続的に実施することが望まれる。</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。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画書の策定の責任者は管理者と定めている。フェイスシートをもとに「課題分析表」を作成し、事業所内で協議してアセスメントを行っている。居宅サービス計画書に個別のニーズを明示している。サービス担当者会議を開催し、関係職員と協議して計画を作成している。毎月モニタリングを実施し、モニタリング記録表を作成し、計画通りにサービスが行われていることを確認している。支援困難も積極的に受け入れ、地域包括支援センター・行政・医療機関と連携を取りながら支援し、随時会議を開催し、経過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。	○a · b · c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画の見直しについて、「ケアマネジメント基本マニュアル」に記載している。計画を見直す際は事業所内でも検討し、サービス担当者会議で検討し、見直し後の居宅サービス計画書は各サービス事業所に配布し内容を共有している。事業所内では、ネットワークシステムで共有している。課題分析表で新たなニーズを抽出した場合は、計画に明示している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、フェイスシート・課題分析表によって把握し記録している。サービス事業所からの月次報告や毎月のモニタリングにより、居宅サービス計画書にもとづくサービス実施が確認できる。支援経過記録など記録類は管理者が確認し、必要に応じて個別に指導・助言を行い記録内容や書き方に差異が生じないようにしている。施設の朝礼の内容や事業所の申し送り事項を業務日誌に記録し、週1回相談センター会議を実施し、情報共有している。パソコンのネットワークシステムの利用、議事録・研修案内等の回覧により、情報共有の仕組みが整備されている。</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>法人の個人情報保護規程・文書管理規定等により、記録等書類の保管・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方法を規定している。記録の管理責任者は管理者と定めている。法人の新人研修・集合研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設けている。入職時・退職時には、守秘義務の誓約書を交わしている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用同意書を説明し、同意を得ている。</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。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

フェイスシート・課題分析表で、利用者の心身の状況・ADL・日常生活・生活習慣等を把握している。課題分析表をもとに意向を理解し居宅サービス計画書に反映して、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。居宅サービス計画策定時に、利用者が今後どうありたいかを引き出し、自立に配慮した支援、自立への動機づけを計画に採り入れている。環境の安全・衛生が確保できるようにも計画策定している。必要に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげている。

利用者宅や利用しているサービス事業所を訪問し、利用者の考えや希望を聴き取り、サービス事業所と連携しケアに生かしている。外部研修に参加する等、コミュニケーションの重要性を認識し、利用者への言葉づかいや接し方が適切になされるよう取り組んでいる。利用者への言葉づかいに対する配慮や節度ある接し方がなされている。支援に反映している。コミュニケーションについて特に配慮が必要な人には、筆談・アイコンタクト・文字盤等、個別の方法を工夫している。

利用者への言葉づかいや接遇に関する研修を、継続的に実施することが望まれる。

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。	○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

主治医の意見書・認定調査調査書・フェイスシート・課題分析表をもとに、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行っている。外部研修・フォーラム・法人研修で、認知症の医療・ケア等について知識・情報を得られるように努めている。必要と要望に応じて、社会資源を家族に紹介している。家族からの悩みや相談を受け、サービス提供事業所と連携し、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

利用者個々のフェイスシートに在宅主治医を記載して把握している。「相談支援センター事故対応マニュアル」に、連絡手順のフローチャート・医療機関緊急時連絡先一覧を明記し、利用者の体調変化時に迅速に対応できるように連携体制を整備している。

インフルエンザ流行期には、出勤時に体温測定を行い体調の変化を把握できる仕組みがある。法人の「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が文書化されている。インフルエンザの予防接種は、法人が費用負担している。感染症・食中毒に関する研修は、年2回、法人の集合研修で実施している。

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

月に1回モニタリング訪問を行い、利用者の状況報告・サービスの説明・要望や相談の聴取を行い、支援経過記録に記録している。家族の心身の状況や介護負担にも留意し、必要に応じた家族支援を行っている。変化があった時には、その都度迅速に家族に連絡している。電話・メール・郵送等、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。家族に介護に関する助言を行ったり、加東市の認知症専門医訪問に同行したり、サービス事業所に助言を依頼する等、家族の必要に応じた情報提供や助言・指導を行っている。

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

「ケアマネジメント基本マニュアル」・週に1回実施する「相談センター会議」で、サービスの実施方法・手順等を職員に周知している。ほのぼのシステム・連絡ノート・会議で、利用者の状況等の情報を共有している。会議の中で事例検討を行う等、管理者や先輩等による相談・助言が得られる機会を設けている。また、外部研修や地域ケア会議に参加し、外部の専門職の指導や助言を得られるようにしている。

A-10 サービスの適切な実施

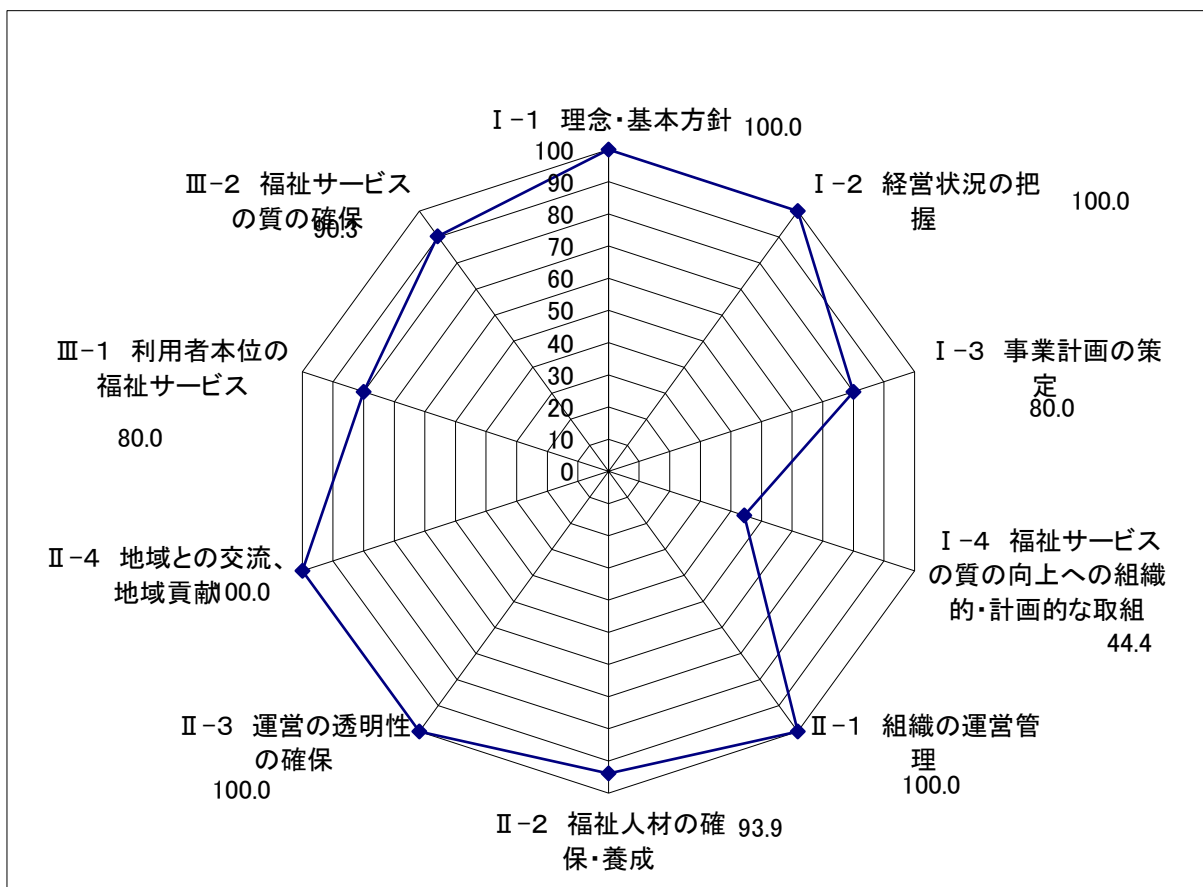
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

特記事項

フェイスシート・課題分析表・医師の指示書等をもとに、居宅サービス計画書を策定し、「サービス内容」欄に個別・具体的なサービスの実施方法を明示している。さらに詳細な留意事項については、サービス担当者会議で共有し、議事録に記載している。

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	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	12	80.0
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	31	93.9
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	21	21	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	60	48	80.0
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	13	92.9
5 認知症ケア	4	4	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 非該当項目

