

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：	やすらぎ居宅介護支援事業所	種別：	居宅介護支援	
代表者氏名：	小林睦生	1月管理件数：	104 名	
所在地：	赤穂市古浜町57番地			
TEL	0791-43-9700	ホームページ：	sakuradani-fukushikai.com	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成12年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 桜谷福祉会			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員：	0 名
専門職員	主任介護支援専門員)	2 名		
	(介護支援専門員)	2		
施設・設備の概要	(居室数)	—	(設備等)	—

③理念・基本方針

- 【理念】
- ①公益的事業の積極的取り組み
  - ②人権を擁護する
  - ③発達支援・自立支援に向けたサービスの確立
  - ④医療・教育・福祉の連携強化
  - ⑤地域社会との共生

- 【基本方針】
- ①利用者の人権を擁護する
  - ②在宅生活の自立を支援するサービスを確立し、地域社会の福祉資源として機能する
  - ③利用者個々の個別性の重視と高度の専門性に基づくサービスの提供

④施設・事業所の特徴的な取組

- ①利用者、家族との信頼関係をもとに利用者の在宅生活支援に努めている。
- ②介護者教室などに参加して地域の中での存在、活動を大切にしている。
- ③相談対応時は思いを受け止め、不安なく共に考えていく支援を心がけている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 9 月 1 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 6 日 (評価結果確定日)
評価受審日	平成29年1月24日
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 23 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の組織的な運営管理体制が確立し、規程類の整備・各種会議の連動的な開催・人事考課制度の導入と研修の充実による人材育成が、計画的・継続的に行われている。法人の3か年計画・単年度計画にもとづき各事業所が3か年計画・単年度計画を策定し、年4回の会議で進捗状況を確認しながら実現に向け取り組んでいる。
- ・ホームページ・機関紙の設置と地域全戸配布等を通して、施設の理念・予算決算報告・各事業所の取り組み等を地域に広く情報公開している。年度初めの職員会議での法人運営についての報告、人事考課制度の明確化等、職員にも透明性を図っている。
- ・毎朝のミーティング・週1回のミーティングを継続して開催し、全職員が参加して、情報共有・ケース検討・勉強会等を実施し、サービスの充実に取り組んでいる。介護支援専門員が行う最も重要な専門的作業であるケアマネジメントにおいては、朝のミーティング・週1回のミーティングで課題分析の情報共有・情報交換が密に実施されており、担当介護支援専門員の不在時も適切に対応できる仕組みが確立されている。
- ・法人の3か年計画の重点項目に「地域貢献への積極的展開」を掲げ、法人の地域貢献推進委員会の事務局となり、地域貢献に取り組んでいる。
- ・年間計画にもとづいた毎月の事業所内研修で、介護支援専門員としての資質向上を図ると共に、施設内のデイサービスの研修にも参加し、介護技術や認知症等についての知識を深め、アセスメント・計画策定・モニタリング等、サービスに質向上に反映している。

◇改善を求められる点

よく取り組まれていて大きな改善点はありませんが、さらなるステップアップのため、利用者の満足度アンケートの継続と、マニュアル類の見直し履歴の作成を期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の結果を受けて、評価点及び改善点について真摯に受け止めて、全職員で日々の支援や提供しているサービスなどを振り返り、より一層のケアマネジメントの質の向上及び介護支援専門員としての資質の向上を図りたい。

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
<p>〈コメント〉</p> <p>理念・基本方針は、ホームページ・パンフレット・事業計画書に明文化している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本理念は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。毎年、年度初めの職員会議で全職員に訓示があると共に、事業所内でも基本理念についての研修を年2回実施し、継続的に職員の周知と理解を図っている。重要事項説明書の運営方針を明示して契約時に説明し、利用者・家族に周知を図っている。また、年3回発行している機関誌にも明示し、継続的に周知に取り組んでいる。</p>		

##### 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
<p>〈コメント〉</p> <p>社会福祉事業全体の動向・地域の各種福祉計画・地域のニーズ等については、1年に4回開催される施設長会議で情報共有・把握し分析している。利用者の推移や利用率などについては毎月の請求報告会で分析し、光熱費・ガソリン代などコストについては経営会議で分析している。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>経営課題については年4回開催される経営会議で課題・問題点を明確にし、課題・対応策を明記し、次回の経営会議で進捗を報告し課題解決に取り組む仕組みがある。経営会議には理事と評議員の出席があるとともに、年3回の理事会でも報告し共有している。経営会議には管理者が出席し、議事録の回覧、居会ミーティングで報告し、職員の周知を図っている。</p>		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3か年計画を策定し、法人の理念・基本方針の実現に向けたビジョンを明確にしている。法人全体の3か年計画に基づいて、事業所ごとに具体的で実施状況の評価が行える内容となっている。事業計画・3か年計画検証委員会を設置し、年4回開催し進捗を確認し必要に応じて見直しを行っている。3か年計画の3年目は、ほぼ毎月委員会を開催し、進捗状況の確認と、次期3か年計画策定に向けた取り組みを行っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の3か年計画に基づいて各事業所の3か年計画を策定し、実現のための単年度の事業計画を策定している。単年度計画は、実行可能な具体的な内容で策定され、実施状況の評価が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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年4回の施設長会議で事業計画の進捗状況を報告する前に、居介ミーティングで実施状況の把握・課題抽出・評価を行っている。年度末には事業報告書を作成し、次年度の事業評価に反映させている。施設全体の職員会議で、法人理事から説明を行い、職員全員に周知を図っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプラン説明時に、事業計画に挙げている「自立支援 及び介護予防に向けた居宅サービス計画の策定」について説明している。事業計画に関連して当年度で目指すところは、広報誌や機関紙でわかりやすく表すように努めている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>コンプライアンスチェック表を用いて、事業所が提供するサービスの内容について、自己評価を実施している。コンプライアンス委員会が主導し、年に4~5回実施し評価結果を検討する仕組みがある。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>評価した結果課題があれば、全員参加の居介ミーティングで文書化して共有し、職員参画で改善する仕組みがある。現在、課題は抽出されていない。</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>管理者は、事業所の経営・管理に関する方針と取り組みを事業計画に明確にしている。方針等について、広報誌にわかりやすく掲載し表明している。管理者の役割・責任については運営規定の中に明記されている。居宅としての職務分掌も作成を予定している。事業計画の中のやすらぎセンター自衛消防隊組織の中に、有事の際の責任体制が明記されている。</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>管理者は、介護保険法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法等、遵守すべき法令を理解している。事業所内研修(「運営基準」と「解釈通知」)・デイ研修(虐待防止法)や、ケアマネ協会の研修会・集団指導等に参加し法令に関して学ぶ機会を確保している。福祉新聞・ケアマネジメント雑誌・インターネット等でも、幅広い法令について把握し支援に活かしている。事業所内研修やデイ研修には職員も参加し、その他の情報は居介ミーティングで共有し周知を図っている。</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>職員のモニタリング訪問に管理者が同行訪問し、各職員が提供するサービスの質の現状について定期的・継続的に評価している。課題があれば、居介ミーティングで共有し改善に取り組む仕組みがある。居介ミーティングは毎週1回、全員参加で実施され、職員が意見を出し合い、管理者が把握している。事業所内研修に、「ケアマネ業務と円滑な業務のポイント」「ケアマネに求められるコミュニケーション」等を採用し、サービスの質向上に向けて研修の充実を図っている。</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>管理者は施設長会議・経営会議に参加し、事業所の経営に関する現状・課題・対応策を明確にし、対応状況を確認しながら具体的に改善に取り組んでいる。会議開催後は、内容報告書や居介ミーティングで報告し、職員と共有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>利用者数に応じた職員体制を基本とし、人材の確保と資格取得など育成が行われている。人員体制については運営規定に明記されている。法人としては9月に意向調査を行い、採用計画に基づいて人材確保に取り組んでいる。学校・養成校訪問・新聞広告・ハローワーク・学生・教職員向け説明会・フェアへの参加など、採用活動を行っている。</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>法人が期待する職員像・人事基準を、人事考課ハンドブック・ガイドラインに明示し、説明会を行うとともに、全職員に配布し周知を図っている。人事考課制度を導入し、人事基準にもとづいて職員個々の成果や貢献度を把握している。ハローワークや求人広告から、法人本部で処遇の水準について検討している。人事考課シートに職員の意見や要望を記入する欄があり、内容に応じて経営会議などで改善策を検討している。給与規定の中のキャリアパス表で、職員が自らの将来の姿を描くことができる総合的な仕組み作りが行われている。</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>労働安全衛生委員会を設置し、労務管理は法人本部が行っている。有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは、毎月管理者が集計して報告し法人本部が管理している。職員の心身の健康と安全確保のため、年に2回の健康診断・予防注射・ストレスチェック等を実施している。人事考課制度を導入し個別面談を年に数回実施すると共に、法人に相談窓口を設置する等、職員が相談しやすい組織内の工夫をしている。歓迎会・忘年会・職員旅行など、職員の希望の聴取の下に福利厚生の実施を図っている。希望休や半日有給の採り入れ、介護・育児休暇取得奨励など、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。改善策については、労働安全衛生委員会で検討し法人に報告する仕組みがある。福利厚生の実施・ワークライフバランスに配慮した取り組み・研修体制の実施など、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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>法人が期待する職員像を、人事考課ハンドブック・ガイドラインや人事考課シートに明示し、人事考課制度の導入により、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。人事考課の個別面談を、基本的には年に3回実施し、目標設定・進捗状況の確認・達成度の把握・評価を行い、次年度の目標設定へとつなげている。</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>法人が期待する職員像を、人事考課ハンドブック・ガイドラインや人事考課シートに明示している。キャリアパス表に、階層別・職種別に法人が職員に求める専門資格や専門技術を明示している。施設内研修として居介研修・デイ研修を年間計画に基づいて実施し参加している。研修後には個別に感想・意見を記載したシートを提出し、それを基に2月の居介ミーティングの中で研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行い、次年度の研修計画に反映している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員個々の専門資格や研修受講状況を、法人本部と事業所で把握している。新人研修指導マニュアルに沿って、マンツーマンで3か月間研修する仕組みがある。OJTについては、管理者が年1回職員のモニタリング訪問に同行訪問し、必要に応じて指導・助言している。法人内に、幹部候補者研修・主任研修・指導者養成研修等、階層別研修が設置され、外部研修でも、階層別・職種別・テーマ別の研修受講の機会を設けている。外部研修案内は、主に回覧により情報提供している。居介研修やデイ研修は全員参加できるように調整し、外部研修やケアマネ研修等は出勤扱いで交通費支給など、職員が研修に参加できるように配慮している。</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>&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。	Ⓐ・b・c
<コメント>  ホームページを活用し、法人の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、予算・決算情報を公開している。苦情・相談の体制についてホームページで公表し、内容や改善・対応状況については公表する仕組みがある。第三者評価受審結果をワムネットに公表している。法人の理念・基本方針、事業所が提供するサービス内容・活動等を掲載した法人の広報誌を年に3回発行し、地域に全戸配布して地域に向けて法人・事業所について情報公開を行っている。		
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
<コメント>  経理規程など各種規定を整備し、経理規程・給与規定・介護規程など、見直しに際しては、職員会議で全職員に周知を図っている。事務・経理に関する職務分掌を事業計画の業務分担表に明記し、職員会議で周知している。経営開発センターの会計顧問によるチェックを実施するとともに、必要に応じて相談し助言を得ている。監事監査・自主的な内部監査を実施している。公認会計士の助言を受け、制度改定に伴い新会計基準への移行準備委員会を設置し、移行を行った。		

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
<コメント>  基本理念に「地域との共生」、3か年計画の重点項目に「地域貢献への積極的展開」等、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化している。活用できる社会資源の情報を収集し、相談室に設置したり、自宅訪問時に提供している。法人の地域貢献推進委員会を設置し、介護者教室やボランティア養成講座を開催する際には、事業所からも参加し協力している。ケアマネジメントの中で、利用者の状況に応じて配食サービス・介護タクシーなど、社会資源を利用するように奨励している。		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>社会資源を明示したサービス事業所一覧表や各種ガイド・パンフレット等を準備し、利用者・家族への情報提供に活用している。居介ミーティングで、社会資源についての情報交換や共有を行っている。民生委員協議会・赤穂市ケアマネ連絡協議会など、関係機関との定期的な連絡会に参加している。民生員協議会・在宅介護支援センター・地域包括支援センターと連携してネットワーク化に取り組み、共通の課題解決に向けて協働している。</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>事業所が、法人の地域貢献推進委員会の事務局となり、地域貢献に取り組んでいる。法人内施設の交流スペースを活用した行事に、事業所として参加・協力している。介護者教室・ボランティア養成講座等を公民館で開催している。法人施設が福祉避難所として指定を受けていると共に、年に1回地域合同の災害時避難訓練にも参加している。地域の敬老会や夏祭りへの参加や機材貸し出しを通して、地域の活性化にも貢献している。</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>地域貢献推進委員会事務局としての活動や民生委員協議会への参加、在宅介護支援センター・地域包括支援センターとの連携を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。法人の3か年計画に地域貢献推進活動を明示し、介護者教室・ボランティア養成講座の開催など、地域貢献に取り組んでいる。</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>  基本理念の中に人権擁護を明示している。処遇心得の中に、接遇・対応等利用者尊重の姿勢が明示され、毎朝唱和にて共有している。「ケアマネジャーの動き」やコミュニケーションマニュアルに、利用者尊重の姿勢が反映されている。居介研修やデイ研修で、プライバシーやコミュニケーションについて学ぶ機会を設けている。人事考課表の中で、利用者家族への対応の項目があり、定期的に評価する仕組みがある。		
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」「権利擁護マニュアル」が整備され、不適切な事案が発生した場合の対応方法等も明示されている。デイ研修で研修を実施し、職員の周知を図っている。利用者・家族には、契約時に重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ている。規程にもとづいたサービスの実施については、定期的にコンプライアンスチェック表で確認している。		
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>  理念・基本方針、提供するサービス内容や事業所の特性等を紹介した広報誌を、多くの人が入手できる市や公民館に設置すると共に、地域には全戸配布している。広報誌は言葉遣いや写真・絵の使用など、わかりやすく工夫されている。利用希望者については、自宅や施設相談室で丁寧な説明を行っている。法人で適宜ホームページの見直しや広報誌は年3回発行し内容を更新している。		
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・重要事項説明書を用いて、また、わかりやすい資料「ケアマネジャーの動き」も活用して説明し、文書で同意を得ている。契約書・重要事項説明書に署名代行者・立会人欄を設けて意思疎通が困難な利用者への配慮を行い、適切な説明・運用を図っている。		
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>  サービス移行時・終了時は、重要事項説明書の条項に沿って、利用者に不利益が生じない円滑な移行ができるよう支援している。契約終了後もいつでも相談できる旨を利用者・家族に伝え、名刺や広報誌で連絡先を伝えている。		

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>b</b> ・ c
＜コメント＞  管理者が年に1回、担当ケアマネジャーのモニタリング訪問に同行し、利用者満足の上昇の把握を行っている。課題等があれば、個別に指導したり、居介ミーティングで検討する仕組みがある。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
＜コメント＞  苦情解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置して苦情解決の体制を整備している。利用者には重要事項説明書を配布し、玄関に運営規程を掲示して明示している。玄関に意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情受付簿を作成し、受付・解決・申し出者に対するフィードバックを記録する様式があり、公表の仕組みもあるが、事業所としては現在事例がない。法人として苦情解決委員会を設置し、苦情相談内容をサービスの質向上に反映する仕組みがある。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
＜コメント＞  基本的には担当ケアマネジャーが相談窓口となっているが、毎週行われる居介ミーティングで情報共有を行い、誰でも相談を受け付けられる体制を整備し、その旨を利用者・家族に伝えている。事業所内に、プライバシーに配慮して相談しやすい相談室を設けている。		
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>b</b> ・ c
＜コメント＞  相談援助マニュアルが整備され、相談や意見は相談対応受付票に記録している。毎月のモニタリング訪問では、利用者・家族が相談しやすく意見が述べやすいように配慮している。意見箱も設置している。相談・意見は内容に応じて居介ミーティングで検討し、迅速な対応と共に、サービスの質向上に反映するように取り組んでいる。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
＜コメント＞  労働安全衛生委員会を設置し、事故発生時初動対応マニュアルが整備されている。デイ研修に参加して事故防止について学ぶ機会を設けている。法人として、ヒヤリハット報告書・事故報告書を提出し、研修委員会でデータ集積と分析を行い、改善策・再発防止策を検討し、安全確保策の評価・見直しを行う仕組みがある。		

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>  自衛消防隊組織図の中で、役割や責任体制が明示されている。法人の施設全体で年1回、地域との合同消防避難訓練が実施され、事業所としても訓練に参加している。センターとしては、デイサービスと合同で、2か月に1回避難訓練を実施している。職員の安否確認は非常招集連絡表で行い、利用者の安否確認は緊急連絡先一覧表と避難所一覧表で行うように決め職員に周知している。		

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
<p>＜コメント＞</p> <p>サービスの標準的な実施方法が、「居宅概要・マニュアル」と「業務からサービス利用になるまでのケアマネージャーの動き」に文書化されている。事業所内研修の年間計画に沿って、「ケアマネ業務と円滑な業務のポイント」等、標準的な実施方法を周知するための研修を実施している。週1回の居介ミーティングや、毎日のミーティングでの主任ケアマネからの1日の反省や指導の中でも、実施の確認と周知が行われている。また、職種別の人事考課表でも、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 ・ Ⓑ ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>毎月のモニタリングやサービス担当者会議等で利用者・家族の意向を把握し、居介ミーティング等で職員の意見・提案を把握し、必要に応じて標準的な実施方法を見直す仕組みがある。「居宅概要・マニュアル」と「業務からサービス利用になるまでのケアマネージャーの動き」の見直しを、年に1回実施している。</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>担当介護支援専門員が策定責任者となっている。基本情報シート・アセスメント情報シートをもとに、アセスメントが実施されている。入手情報をもとに、毎朝のミーティング・居介ミーティングでアセスメント等に関する協議を実施している。居宅サービス計画書に利用者・家族の意向・ニーズ・目標が記載されている。原案計画作成後、サービス担当者会議を実施し、専門的な見地から意見を求め利用者の状況を共有し総合的な援助の方針を確認している。毎月の利用事業所からの報告と定期的なモニタリングで、計画通りにサービス提供が実施されていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、朝のミーティングや居介ミーティングの中で取り上げ適切なサービス提供ができるよう努めている。</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>月1回各利用サービスの有効性の評価を行うためモニタリングを実施し、支援経過記録とは別にモニタリング記録用紙を作成して記録している。モニタリングの結果、新たな課題や問題が発生している場合、サービス事業所が行っているモニタリングを参考にしながら、計画の見直しを実施する仕組みがある。各事業所からの計画書と毎月のモニタリングをもとに、定期的には6か月に1回を基本とし、計画の見直しを行っている。安定していれば12か月になることもある。計画を緊急に変更する場合は、「業務からサービス利用になるまでのケアマネージャーの動き」の「状態変化があったとき」に沿って実施している。</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
＜コメント＞  相談受付表・基本情報シート・アセスメント情報シート・居宅サービス計画書・サービス担当者会議の要点・支援経過記録・モニタリング表等、専用のソフトを利用し情報を把握・共有している。その他、朝のミーティング・居介ミーティングにより情報を共有している。毎月のモニタリング訪問・利用サービス事業所からの報告書により、計画にもとづくサービス実施を確認し、モニタリング表に記録している。パソコンによるネットワークシステム・議事録等により、情報共有の仕組みが整備されている。		
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
＜コメント＞  法人で個人情報保護規程・文書管理規定を整備し、記録の保管・保存・廃棄、個人情報の不適正な利用や漏えいについて明記している。記録の管理責任者は、管理者としている。個人情報保護については、毎年の年度初めの職員会議で研修を行い周知している。また、入職時に守秘義務について学び、誓約書を提出している。利用者・家族には、契約時に個人情報利用に関する同意書について説明し、同意を得ている。		

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

アセスメント情報シートの、ADL・IADL、健康・医療、認知・気分と行動、社会的支援・環境の項目をもとに、利用者の状況を把握している。毎月のモニタリング・各サービス事業所からの情報提供からも把握している。利用者・家族の意向を理解し、居宅サービス計画書に記載し、サービス事業所と共有して利用者一人ひとりに応じた生活となるように支援している。自立支援・自立への動機づけ・安全確保・衛生管理・事故予防などは、必要に応じて居宅サービス計画書に盛り込んでいる。必要に応じて、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげる仕組みがある。

アセスメント情報シートのコミュニケーション欄で、利用者個々のコミュニケーション能力を把握し、個々に応じた方法で意向の把握に努めている。補聴器・集約器の使用、筆談等、個別の方法を取り入れている。事業所内研修やデイ研修で、「相談および面接技術」「ユマニチュード」「接遇」についての研修を実施し、コミュニケーションの重要性や配慮について学ぶ機会を設けている。居介ミーティングでも、事例検討の中で共有している。

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

アセスメント情報シートの「認知」欄で、認知症状について把握している。デイサービス主催の「認知症について」の研修会に参加し受講している。モニタリング等訪問時に家族の思いや意向をくみ取り、計画に反映しより良いケアの方法を家族と共有している。

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

「事故発生時初動対応マニュアル」（やすらぎセンター全体）が整備され、緊急時の対応方法等を明示している。医療機関・緊急連絡先・災害時避難所を利用者全員の居宅サービス計画に明記し、利用者・家族・サービス事業所と情報共有している。

職員は自己申告にて事務所へ連絡し指示を仰いでいる。健康診断年2回、インフルエンザ予防接種等が実施されている。新型インフルエンザ対応マニュアルが整備され、職員や家族が発生した際の対応についても明記されている。感染症について研修会も実施されている。

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

定期的には毎月のモニタリング時に、家族に対し状況を報告し、要望・相談を受け、情報提供や情報交換を行っている。変化があったときには、随時、電話や訪問で報告し対応している。相談内容は支援経過記録に記録している。報告は、訪問・電話により、確実に出来るようにしている。デイサービスの研修に参加し、介護技術についての知識を再確認し、家族の介護力の把握や介護に関する助言に活かしている。

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

事業所内では居介ミーティング、サービス事業所間ではサービス担当者会議の開催により、利用者の状況等についての情報の共有、サービスの実施方法等の周知を行っている。毎日のカンファレンス・毎週の居介ミーティング・勉強会の開催により、主任ケアマネを中心に相談・助言を受けられる機会を確保している。必要に応じて、かかりつけ医療機関等外部の専門職から、指導・助言を受けている。

A-10 サービスの適切な実施

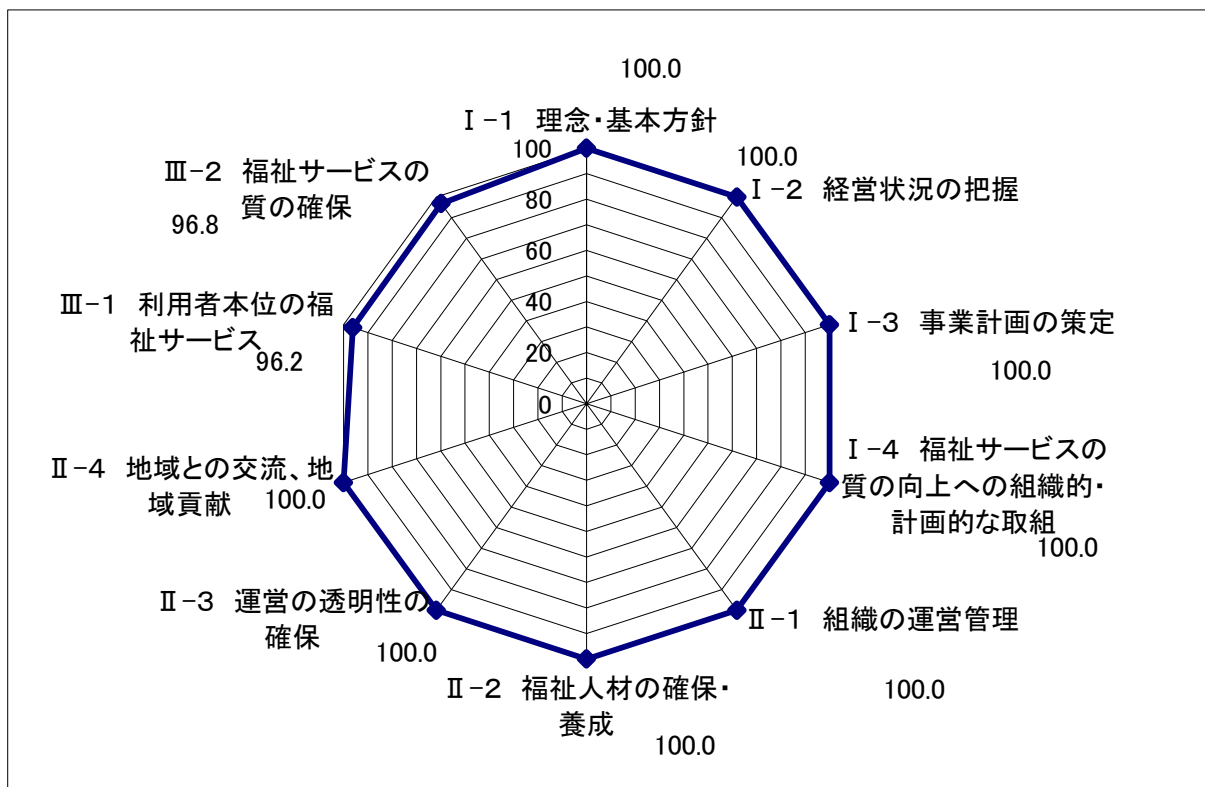
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

特記事項

アセスメントシートで課題抽出し、一人ひとりの利用者のニーズ把握から目標を設定し、個別具体的な居宅サービス計画書を策定している。難聴者へのコミュニケーション方法・食事摂取時の自助具の使用・入浴時や整容の自立支援・リハビリ方法・心理面に配慮した環境整備など、担当サービス事業所を設定して、計画に明示している。

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	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	15	100.0
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	9	100.0
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	33	100.0
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	20	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	53	51	96.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	30	96.8



## 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	4	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

