

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : ケアサービス神姫あおやま

(介護予防通所介護・通所介護サービス)

評価実施期間 2017年2月28日 ～ 2017年8月31日

実地(訪問)調査日 2017年5月10日

2017年8月28日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構



様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 三者評価機関名

特定非営利活動法人  
播磨地域福祉サービス第三者評価機構

② 施設・事業所情報

名称：ケアサービス神姫あおやま		種別： 介護予防通所介護・通所介護	
代表者氏名： 岡田達之	定員（利用人数）： 25		名
所在地：〒671-2222 姫路市青山1丁目35番5-101号			
TEL 079-260-7284		http://www.e-hope.co.jp/category/care/aoyamanosato.html	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日： 平成 24年 4月 1日			
経営法人・設置主体（法人名）： 株式会社 ホープ			
職員数	常勤職員：	4名	非常勤職員： 14名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤・兼務職員を明示	管理者	1名	生活相談員 1名
	介護職員	6名（4名）	管理栄養士 1名（1名）
	機能訓練指導員	3名（3名）	看護職員 2名（2名）
	事務員	1名（1名）	調理員 3名（3名）
施設・設備の概要	施設・設備名		居室数
	食堂・ホール		1
	機能訓練室		1
	静養室		1
	多目的ホール		1
	一般浴室		1
	特殊浴槽室		1
	女子トイレ		1
	男子トイレ		1
	車椅子トイレ		1
各種リハビリ機器・足浴場			

③ 理念・基本方針

理念：地域共栄 未来創成  
ビジョン：信頼を築き発展につなげる  
行動規範：①私たちは、協働ケアに努めチームワークを高めます  
②私たちは、技術と知識の向上に努めます  
③私たちは、地域と共に歩みます

④ 施設・事業所の特徴的な取組

広いスペースでゆったりと過ごして頂き、運動器具を使用して ADL の維持、向上を図っている。  
 疲れた時は、マッサージやウォーターベッドを提供している。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 2 月 28 日（契約日）～ 平成 29 年 7 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- **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、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ます。**

幹部職員は、介護事業者団体や行政の研修や会議を通じ、社会福祉事業全体の動向について把握し、定期的開催される代表者会議において、福祉サービスの分析やサービス利用者の推移を把握され、それに基づいて、中期経営計画（戦略シート）を策定し、健全な企業経営に向けた具体的な取組を明確にされています。また、組織における職務分掌と権限・責任を明確にするとともに、グループ会社による監査の実施を通じて、公正かつ透明性の高いチェック体制が確立しています。

- **利用者ひとり一人の心身状況や、意向に配慮した身体介護が行われています。**

食事の際には、車いすからテーブル椅子に移っていただき、仲の良い方同士での席次の配慮など、食事をおいしく食べられる環境に配慮されています。また、家庭での生活状況に考慮し、排便のコントロールの取組や、配慮ある言葉遣い等利用者尊重の接し方に全職員で努めており、福祉サービス実施計画書のなかに、具体的なサービスや支援の方法を明示することで、一人ひとりに配慮した介護サービスが行われています。

◇改善を求められる点

- **アカウンタビリティ（説明責任）の視点から利用者や家族への情報提供について、ビジュアル化を図るなど、よりわかりやすい工夫や配慮が望まれます。**

利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、その情報について利用者や家族が適切に把握し、理解していくことが重要です。今後は、事業計画をはじめサービスの内容や契約に関する書類などサービスに必要な情報を、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、どのように伝えていくかを具体的に検討していくことが求められます。

- **標準的な実施方法が適切に文章化され、組織全体で見直す仕組みが必要です。**

福祉サービスを提供するにあたって、職員全員が必ず行わなければならない基本となる部分を文章化し、利用者ひとり一人へのサービス内容や対応を共有化することが必要です。また、実施方法については、サービス内容の変化や新たな知識の導入など、現状を検証し、定期的な見直しを利用者、職員の提案にもとづいて行う組織的な仕組みを定めることが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果のグラフは分かりやすく、私たちが不足している部分が良く分かりました。利用者様の調査票も求めている意見も何を求めているかも分かりとても参考になりました。今後の参考にしていき、また、評価を行う場合にどの程度評価が変わったかを見ていきたいです。

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）にもと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>(b)</b> ・c
<コメント> ○ グループ企業の理念、会社全体のビジョン、介護事業所としての行動規範を定め、パンフレットやホームページに記載するとともに、事務所に掲示し毎日朝礼にて唱和を行うなど、積極的な周知が図られています。 ○ 今後は、施設における考え方をさらに周知するため、定期的に会議で取り上げるなど、職員をはじめ利用者や家族に向けてわかりやすく説明する機会の確保が望まれます。		

#### 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>(b)</b> ・c
<コメント> ○ 幹部職員は、介護事業者団体や行政の研修や会議を通じ、社会福祉事業全体の動向について把握し、定期的開催される代表者会議において、福祉サービスの分析やサービス利用者の推移を把握されています。 ○ 今後は、事業所が位置する地域における課題について、収集されたデータを分析し、明確にしていくことが期待されます。		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・ <b>(b)</b> ・c
<コメント> ○ 幹部職員による役員会及び代表者会議において、経営環境や組織体制の課題や問題点などを明確にし、課題の解決・改善に向けた取組が行われています。 ○ 今後は、経営状況や改善すべき課題等についての職員への周知を図られるとともに、経営課題の解決・改善に向けた具体的な取組を明確化していくことが望まれます。		

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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人における中・長期計画として中期経営計画（戦略シート）を策定し、健全な企業経営に向けた具体的な取組を明確にされています。また、数値目標（KPI）を設定し、計画の評価と見直しが継続的に行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、中・長期計画に介護サービスの質の向上など介護事業所の具体的な課題等を明確にすることにより、事業の目標とより明確に連動させることが望まれます。</li> </ul>		
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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人で策定された中期経営計画の内容にもとづいて、事業所の単年度事業計画を策定され、現状の課題にもとづいて数値化するなど、目標と具体策が項目ごとにまとめられています。</li> <li>○ 今後は、介護現場職員の具体的な指針となる事業計画の策定が期待されます。</li> </ul>		
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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画については、幹部職員において、四半期ごとに実施状況を把握し、評価・見直しが継続的に行われています。</li> <li>○ 今後は、事業計画の策定や見直しにおいて、より多くの職員の参画のもと組織的に策定することにより、事業計画が、事業所全体のものとなっていくことが重要です。</li> </ul>		
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・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 説明責任や透明性に確保の観点から、今後は、利用者や家族に対し、事業計画をわかりやすく説明した資料を作成するとともに、さらに理解しやすい説明をされることが必要です。</li> </ul>		

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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉サービスの質の向上に向けた取組として、利用者に対し、定期的に「接遇」、「食事」、「リハビリ」等のアンケートが行われ、その結果を通じたサービスの改善や質の向上に向けた取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、定期的にサービス評価を実施され、組織として評価結果にもとづいたサービス改善が着実に実行される体制を構築されることが望まれます。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業計画や満足度調査の結果にもとづいて、代表者会議にて、組織として取り組むべき課題を明確にされ、サービス改善が図られています。</li> <li>○ 今後は、評価結果から導き出された組織として取り組むべき課題について、改善計画を策定し、必要に応じて見直す仕組みを確立していくことが望まれます。</li> </ul>		

## 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者は会議やミーティングにおいて、自らの考えや思いを発信するとともに、職務分掌や事業計画に文書化することで、管理者の役割と責任について明確にされています。</li> <li>○ 今後は、施設長自らの考えや思いを文章化されるとともに、有事における役割と責任を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者は、行政等が開催する研修会に積極的に参加するとともに、内部コンプライアンス研修会を開催し、遵守すべき法令等についての周知が図られています。</li> <li>○ 今後は、介護保険に限らない幅広い分野の法令等について把握・整理を進めることにより、職員に対してさらに理解を深めていく取組が期待されます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、代表者会議や内部研修の機会を通じて指導力を発揮され、福祉サービスの質の向上が図られています。</li> <li>○ 今後は、実施するサービスの質の向上について、管理者自ら定期的、継続的に評価・分析を行うとともに、福祉サービスの質の向上をはかる具体的な体制を構築し、具体的な取組が行われることが重要です。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 管理者は、「職場環境改善委員会」及び業務改善提案制度を通じて、経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、指導力を発揮されています。</li> <li>○ 経営の改善や業務の実行性に向けて、人事・労務等を踏まえた組織内に同様の意識を形成するための仕組みの確立が望まれます。</li> </ul>		

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・ <b>c</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 必要な福祉人材の確保、育成については、職員配置計画を整備されていますが、基本的な考え方、方針にもとづく具体的な人事計画には至っていません。今後は、中・長期的な事業計画と連動した人事に関する具体的なプランを策定し、計画にもとづいた人材の確保や育成が望まれます。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 賃金規程に、キャリアパスフレーム（職位や職務に必要な基準・条件を明確化した表）を明示することや人事考課制度を導入することで、一定の基準にもとづいた評価が行われ、総合的な人事管理の仕組みを確立しつつあります。</p> <p>○ 今後は、人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）をさらに明確にしておくことにより、総合的な人事の仕組みが職員全体に定着していくことが望まれます。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 職員の就業状況や労務管理に関して、労働データのチェック及び職員の健康管理など、就業状況の把握に努められています。また、親睦会の補助、制服貸与、自社株（神姫バス）購入制度、介護職員採用紹介支援等、充実した福利厚生制度があり、働きやすい職場づくりに取り組まれています。</p> <p>○ 今後は、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減など、ワークライフバランス（仕事と生活の両立）に配慮した働きやすい職場づくりに向けて、より積極的な取組が期待されます。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 賃金規程に、キャリアパスフレーム（職位や職務に必要な基準・条件を明確化した表）を明示することで、人材育成に向けた目標が明確にされています。</p> <p>○ 今後は、個別面談等を通じて個々の目標管理の仕組みが職員全体に定着していくことが望まれます。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ キャリアパスに「期待する職員像」を明示し、内部の定期的な勉強会や外部研修へ職員を派遣することで、職員の質を高める具体的な教育・研修計画を策定されています。</p> <p>○ 今後は、研修内容やカリキュラムについて、定期的に見直す仕組みを確立されることが期待されます。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員個々の知識、技術水準の把握につとめ、新任職員へのOJT（業務を通じた実務研修）の実施や外部研修の参加を奨励し、職員一人ひとりに教育・研修の機会が適切に確保されています。</li> <li>○ 今後は、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を設けることで、職員の経験や職種に応じた職員研修が行われることが期待されます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現在は、実習生を受入れる体制は整備されていません。今後は、福祉の人材を育成すること、また専門職の研修・育成の視点から、それぞれの特性に応じた実習生を受入れていくことが期待されます。</li> </ul>		

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人ホームページを活用し、理念・ビジョン・基本方針をはじめ、事業に関する情報を詳細に公開され、運営の透明性を確保するための取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、さらに運営の透明性を確保する観点から、地域の福祉向上の取組をはじめ、苦情・相談の状況や第三者評価結果など情報公開を推進していくことが望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事務、経理、取引等に関する規程を職員全員に周知し、組織における職務分掌と権限・責任を明確にするとともに、内部統制監査（公認会計士・監査室）による監査が定期的に行われています。また、グループ会社による監査の実施を通じて、公正かつ透明性の高いチェック体制が確立しています。</li> <li>○ 今後は、監査結果等を通じた改善の取組を明確にされることが期待されます。</li> </ul>		

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域との関わり方について、行動規範に「地域とともに歩む」という基本的な考え方を文章化しています。</li> <li>○ 今後は、個別外出等において活用できる社会資源や地域の情報を利用者に提供し、地域の人々と利用者の交流の機会を設けられることが望まれます。</li> </ul>		

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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 児童センターの福祉体験に協力することで、福祉教育の推進に寄与していることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、ボランティア受入れに関する基本姿勢をはじめ、マニュアルの整備など、ボランティアを受入れる体制の強化が望まれます。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉施設として地域包括支援センターや民生委員と連携を図るとともに、徘徊高齢者捜索模擬訓練に参画しています。</li> <li>○ 今後は、職員間で必要な社会資源の情報の共有化を図り、さらに関係機関との連携を促進されることが望まれます。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域における認知症関連事業への協力を通じて、地域福祉の推進に貢献しています。</li> <li>○ 今後は、地域のニーズに応じて、施設のスペースを活用した住民が自由に参加できる多様な支援活動に取り組まれることが望まれます。</li> </ul>		
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・ <b>(c)</b>
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動の必要性は感じているものの、具体的な取組には至っていません。今後は、地域との連携により福祉ニーズを把握し、地域の福祉ニーズから生まれる事業、活動の中・長期計画に反映されることが期待されます。</li> </ul>		

### 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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基本方針や理念に利用者を尊重する姿勢が明示されており、接遇研修や勉強会等で基本的な人権や利用者尊重について共通の理解が深められていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、利用者を尊重した内・外部研修等について、研修記録の整備を行うとともに、職員が理解し実践するためのセルフチェックなどの具体的な取組を実施していくことが必要です。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者のプライバシー保護や虐待防止等において、規定、マニュアルが整備され、職員に周知されています。</li> <li>○ 今後は、プライバシー保護や虐待防止に関する定期的な研修や、不適切な事例が発生した場合の対応方法の明示が望まれます。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所パンフレットを公共施設や福祉事業所に設置され、サービス利用のための見学や体験を実施し、利用希望者への積極的な情報提供が行われています。</li> <li>○ 今後は、提供する情報について、定期的に更新する取組が期待されます。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの開始・変更にあたっては、丁寧に説明され、わかりやすい資料を作成し、利用者の自己決定を尊重する取組がうかがえます。</li> <li>○ 今後は、意思決定が困難な利用者や、利用者個々の状態に応じた契約や説明に当たり、留意点や手順、方法などを定める取組が期待されます。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所の変更や家庭への移行等にあたり、重要事項説明書等で説明され、サービス終了後も除籍とせず、相談員等を窓口、引き継ぎや問い合わせに対応しています。</li> <li>○ 今後は、退所後のフォローとして、スムーズな引き継ぎができるような手順書や引き継ぎ文書の様式作成など、明確な仕組み作りが期待されます。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者満足度アンケート調査を年1回行い、その結果内容にもとづいて、随時、改善を行うように努められています。</li> <li>○ 今後は、アンケートに加えて、懇談会や家族会など利用者の満足について直接うかがう機会を設けるとともに、調査結果を分析、検討する仕組みを構築することが望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情解決の仕組みについては重要事項説明書を用いて、利用開始時に利用者、家族に説明されています。苦情・相談があった場合については苦情処理表に記録されています。</li> <li>○ 今後は、苦情解決の体制を確立され、サービスの質の向上の観点から、利用者や家族から苦情を申し出しやすい工夫が望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談しやすいスペースを確保し、相談先や相談方法については重要事項説明書に記載されています。</li> <li>○ 利用者の相談や意見に関して、利用開始時の説明だけではなく、継続した積極的な取組が望まれます。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者からの相談や意見については、日々のケアや会話を通して収集し、ミーティングや連絡ノートによって共有され、対応されています。今後、意見箱の設置や定期的な利用者アンケート等を実施される予定があります。</li> <li>○ 相談・意見・要望の対応については、マニュアルや手順書等の明確な仕組みは確認できませんでした。今後は、利用者からの相談や意見の対応について整理され、仕組みを確立することが重要です。</li> </ul>		

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緊急時対応マニュアルを整備し、職員研修会で事故発生時の対応や安全確保について、周知が図られています。</li> <li>○ 今後は予防の観点から、「ヒヤリハット状況報告書」をもとに発生要因を分析し、再発防止策を検討し、サービスの改善につながることを望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染症予防と発生時対応マニュアルを整備し、職員研修が定期的に行われています。また、手洗い、うがいなど感染症予防対策を実施するとともに、マニュアル等の定期的な見直しや、管理体制を整備され、利用者の安全確保の取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、感染症対策についての管理体制を職員全員に周知を図るとともに、発生した場合の対応について、取組を明確にすることが期待されます。</li> </ul>		
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している。	a・b・(c)
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設全体として、年2回の火災避難訓練が行われていますが、今後は、災害時に関する担当部署や対応を明示し、利用者、職員の災害時の安否確認の方法が具体的に決められ、職員に周知する組織的な取組が必要です。</li> </ul>		

### 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉サービスについて各種マニュアルを整備し、利用者尊重やプライバシー保護に係る姿勢が明示されています。プライバシーの研修に加えて、利用者への接遇に対して充実した研修が実施されています。</li> <li>○ 今後は、標準的なサービスの実施方法にもとづいてサービスを提供していることを、組織として、確認する仕組みを整備することが必要です。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 各種マニュアルは、研修実施時に必要に応じて見直しが行われていますが、見直しをする仕組みは確立されていません。今後は、標準的な実施方法の見直しについて、仕組みを組織として定め、職員全体で取組むことが望まれます。</li> </ul>		

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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 生活相談員が福祉サービス実施計画（通所介護計画）を作成され、利用者一人ひとりのニーズとして「目標」が明示されています。</li> <li>○ 今後は、関係職員全体でアセスメント等に関する協議を実施することにより、利用者一人ひとりの意向に沿ったニーズを明示するとともに、利用者個々の福祉サービス実施計画を職員間で共有される取組が必要です。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 担当者会議において、利用者、家族、ケアマネジャー、他事業所等の意見を把握し、生活相談員によって福祉サービス実施計画の評価・見直しが行われています。</li> <li>○ 今後は、評価、見直しされた計画の内容や担当者会議の記録等を明示し、関係職員に周知する仕組みが望まれます。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者に関する情報は、毎月行われるデイ会議や申し送りノートで職員に伝達されています。また、組織における情報の分別等は明確に行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、福祉サービス実施計画にもとづいてサービスが実施されていることを、記録により確認できる仕組みが必要です。</li> </ul>		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ プライバシーの研修の中で、個人情報の保護について職員研修が行われています。取り扱いについては、契約時に利用者や家族に説明されています。</li> <li>○ 今後は、文書管理規定の体制を確立するとともに、個人情報保護規定等を理解し遵守するために、全職員に教育・研修する機会を継続的に行うことが重要です。</li> </ul>		

## 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>b</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>a</b> ・b・c

#### 特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるように声掛けなどを行い、外出行事への参加を促すなど、興味・希望を活動に反映できるように支援が行われています。</li> <li>○ 家庭での生活状況に考慮し、排便のコントロールの取組や、配慮ある言葉遣い等利用者尊重の接し方に全職員で努めています。</li> <li>○ 今後は、利用者の趣味・興味・希望を把握し、それに応える為の活動プログラム作成や利用者への接遇に関して、さらに継続した研修への取組が望まれます。</li> </ul>
--

### 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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・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。	<b>a</b> ・b・c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・ <b>b</b> ・c

#### 特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入浴・排泄・移乗移動マニュアルを整備し、アセスメントシートをベースに、利用者の心身の状況に合わせて、できるだけ自立した排泄や移乗・移動が行える工夫や配慮がうかがえます。特に家族の希望に沿った排便のコントロールや入浴を拒まれる場合の気分を変える取組など、様々な工夫がうかがえます。</li> <li>○ 利用者の心身の状況に応じて、椅子にクッションを用いて圧力を分散し、体位変換を行うなど褥瘡発生予防を行っていますが、今後は、褥瘡予防マニュアルを整備し、職員に周知徹底する取組が望まれます。</li> </ul>
--

### 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>b</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>b</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>b</b> ・c

特記事項

- 保温器を使用し、温かいものは温かく冷たいものは冷たく提供し、食卓テーブル上に季節の花が生けられ、仲の良い方同士で席次を配慮するなど、食事をおいしく食べられる環境に配慮されています。また、利用者の嚥下能力に応じた調理や車いすから椅子に移って食事をするなど、個々に応じた方法で食事を提供されています。
- 今後は、利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、歯科衛生士等の助言や指導を受ける等、利用者の口腔状態の保持・改善の取組が期待されます。

A-4 認知症ケア

	第三者評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ <b>(b)</b> ・c
A-4-② 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>(b)</b> ・c

特記事項

- 毎年、認知症実践者研修を通じて認知症の職員研修が行われ、利用者に対して、支持的、受容的な関わり、態度を重視した支援を行っていることがうかがえます。
- 今後は、利用者の日常生活能力や残存機能の評価を行うとともに、周辺症状を呈する利用者には、一定期間の観察記録をもとに、医療スタッフ等との症状の分析・検討などを行うなど、状態に配慮した具体的な認知症ケアが期待されます。

A-5 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-5-① 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>(b)</b> ・c

特記事項

- 日々の生活動作や体操を行う中で利用者の身体機能向上が図られ、平行棒や運動器具が数多く設置されています。また、一人ひとりの利用者が主体的に運動できるように、利用者の状況に応じて、声掛けやグループでの活動などの工夫が行われています。
- 今後は、一人ひとりに応じた機能訓練のプログラム作成や、状況に応じて専門職と連携することにより、認知症の症状の早期発見など、予防に関する取組の充実が期待されます。

A-6 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-6-① 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-6-② 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

- 感染症予防対策マニュアルを作成し、感染症・食中毒の発生や予防に関して職員研修をされています。また、手指消毒やマスクを準備するなど、発生予防に取り組むとともに、利用者ごとの緊急時の搬送先及び連絡票を整備し、利用者の体調変化時に迅速に対応するために、医療機関との連携が図られています。
- 利用者ごとの服薬管理や、服薬介助、確認を徹底する取組や、体調変化時の対応について、職員に周知徹底する取組が望まれます。

A-7 建物・設備

	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	(a)・b・c

特記事項

- 消防設備点検をはじめ建物・設備・備品等の定期点検を行い、故障や不具合、汚れなどがないように安全を維持する取組が行われています。また、いたるところにソファ、ベッドを配置され、利用者一人ひとりが思い思いに過ごせる雰囲気づくりに努められています。
- 今後は更に、利用者の快適性に配慮し、整理整頓等、環境整備に工夫する取組が期待されます。

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

- 日常的には、送迎時に家族からの要望や連絡を受けたり、利用者の状況を家族に報告をしたり、電話や連絡帳によって、家族との連携が図られています。
- 今後は、利用者の家族からの要望を取り入れるように定期的な相談の機会を設けるとともに、電話や面談の内容について、記録を残していくことが期待されます。

A-9 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-9-① 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

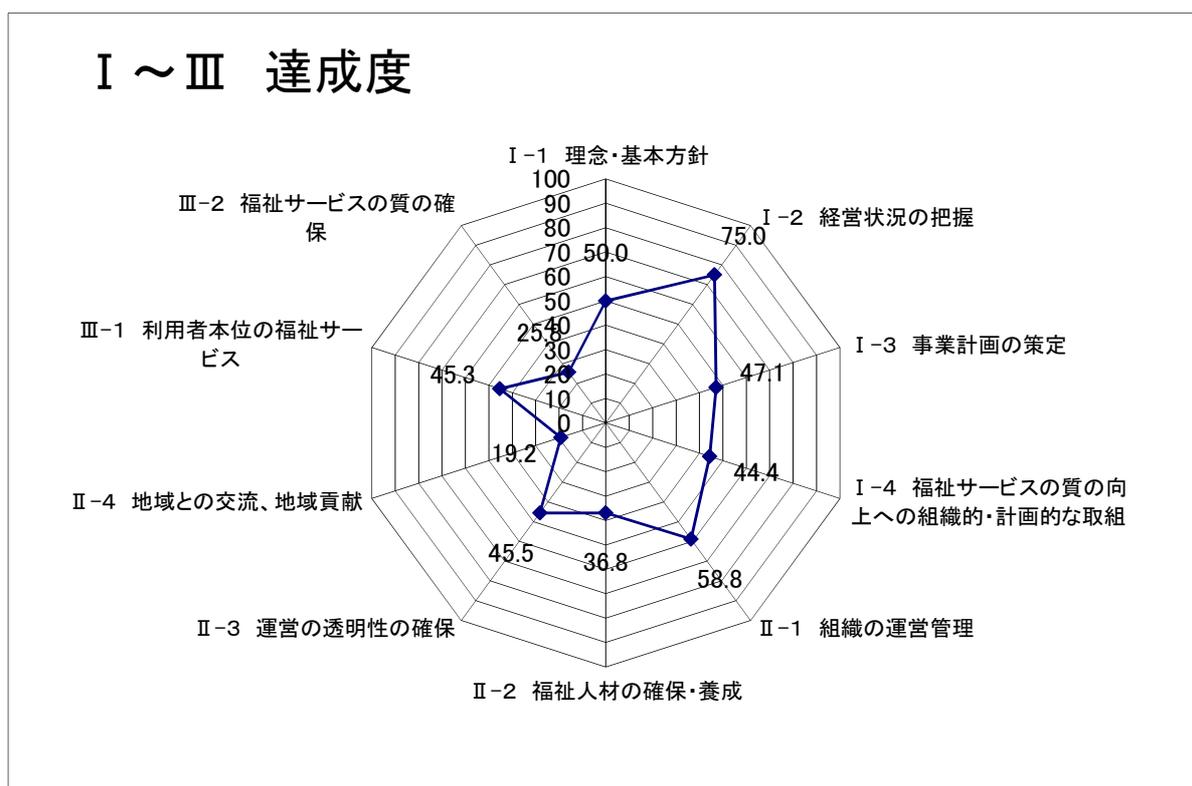
特記事項

- ケアプランのアセスメントをベースに、福祉サービス実施計画書の中に、具体的なサービスや支援の方法を明示し、一人ひとりに配慮したサービスを実施されています。
- 今後は、残存能力を活用し、生活自立支援を目標として、利用者とともに取り組まれることが期待されます。

## 各評価項目に係る評価結果グラフ

### 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	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	8	47.1
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	10	58.8
II-2 福祉人材の確保・養成	38	14	36.8
II-3 運営の透明性の確保	11	5	45.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	5	19.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	29	45.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	8	25.8
I～III合計	227	92	40.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	16	94.1
2 身体介護	42	39	92.9
3 食生活	22	16	72.7
4 認知症ケア	17	8	47.1
5 機能訓練、介護予防	6	2	33.3
6 健康管理、衛生管理	16	10	62.5
7 建物、設備	6	6	100.0
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービスの適切な実施	7	7	100.0
A合計	141	111	78.7
総合計	368	203	55.2

