

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：	居宅介護支援事業所	
代表者氏名：	木本 匡秀	定員（利用者人数）：	152 名	
所在地：	赤穂市古浜町57番地			
TEL	0791-43-9700	ホームページ：	<a href="mailto:eos00075@oak.ocn.ne.jp">eos00075@oak.ocn.ne.jp</a>	
【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 桜谷福社会			
職員数	常勤職員：	4 名	非常勤職員：	0 名
専門職員	（専門職の名称）			
	主任介護支援専門員	2 名	介護支援専門員	2 名

③理念・基本方針

<p>（基本理念）</p> <p>① 公益的事業の積極的取り組み</p> <p>② 人権を擁護する</p> <p>③ 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立</p> <p>④ 医療・教育・福祉の連携強化</p> <p>⑤ 地域社会との共生</p>	<p>（基本方針）</p> <p>① 利用者の人権を擁護する</p> <p>② 保健・医療・福祉との連携の強化</p> <p>③ 要援護高齢者の自立支援並びに生活の質の向上を図り、地域社会の福祉資源として機能する</p>
--	--

④施設・事業所の特徴的な取組

市内の高齢者福祉の拠点となる社会福祉法人内の居宅介護支援事業所である。センター内にデイサービス・在宅介護支援センターの併設があり、地域内に法人本部・特別養護老人ホーム、隣接する協力医療機関があり、協働して利用者サービスの充実に取り組みと共に、地域ニーズの把握・地域貢献活動への参画につなげている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 7 月 30 日（契約日）～ 令和 3 年 12 月 17 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3 回（平成 28 年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

\*経営5カ年計画をもとに事業計画を策定し、毎年、全職員に向け理念研修・事業計画説明会を実施し、4半期ごとに進捗状況を確認しながら、法人代表者のリーダーシップのもと、職員が参画して法人の理念・基本方針の実現に向け取り組んでいる。

\*法人全体の運営管理体制が確立され、法人内の各種会議・委員会を連動的に運営し、サービスの質向上につなげている。人事考課制度・目標管理・研修体制の整備・充実により職員の資質向上に取り組んでいる。

\*利用者が住み慣れた地域や在宅で自立した生活が継続できるよう、総合的なアセスメント・個別性のある居宅サービス計画書の作成・毎月のモニタリング等により、適切なケアマネジメントを実践し、PDCAサイクルにもとづいた記録の整備が行われている。地域包括支援センター・各サービス事業者・医療機関との連携を密にし利用者支援に取り組んでいる。

\*毎朝のミーティング・週1回の居介ミーティングを継続し、全職員が出席して情報共有・ケース検討を行っている。全職員でケース検討を行うことで、意見・情報交換を行いサービスの充実につなげると共に、担当の介護支援専門員が不在時でも適切な対応が可能となり、利用者・家族の安心と信頼につなげている。

### ◇改善を求められる点

\*サービスの質向上に向けた様々な取り組みがなされていますが、定められた評価基準による自己評価の結果にもとづく取り組みについても、改善・向上に向けた取り組みを計画的に実施することが望まれます。

\*居宅介護支援事業所としてのリスクマネジメントについて検討し、マニュアルの整備や研修の実施につなげることが望まれます。マニュアルについては定期的に検証し、事業所の現状に即した見直しを行うことが望まれます。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価を高く頂いた点につきましては、今後も継続できるように取り組み、ご指摘のあった改善点につきましては職員一丸となって向上に向けて計画的に取り組んでいきます。  
また、マニュアルについては定期的な検討が必要とご指摘を受けましたので、事業所として現状に即した見直しをしていきます。

## 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>b</b> ・c
<コメント>  基本理念をホームページ・パンフレット機関紙誌等に、事業計画には基本理念・基本方針を記載している。基本理念は法人の使命や目指す方向性を明示し、基本方針は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。基本理念を、事務所・相談室に掲示し、毎年、事業計画説明会と職員研修で説明し周知を図っている。職員が順次、理念説明者研修を受講し、理念についての理解を深められるよう取り組んでいる。施設長会議の中で、理念の周知状況を確認している。基本理念を機関紙の表紙に毎回掲載し、利用者・家族に配布している。利用者・家族の周知に向け、契約時に説明する、わかりやすく説明した資料を作成する等の工夫が望まれます。		

#### 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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>  社会福祉事業全体の動向や、地域の動向・経営環境・ニーズ等についての情報を、法人の幹部職員による経営会議の中で共有し、分析している。在宅介護支援センターと連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。利用者の推移・利用率、コスト分析等は、毎月の実績報告会で行っている。		
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。	<b>a</b> ・b・c
<コメント>  法人の幹部職員による経営会議の中で、経営環境や組織体制等についての課題を明確にし、解決・改善に向け具体的に取り組んでいる。取り組み状況は、「課題及び課題への対応状況」として、議事録に記載している。理事会や監事監査の中で、役員間での共有がなされている。職員には、居宅ミーティングで周知している。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経営5ヵ年計画」を策定し、基本理念の実現に向け、中・長期的なビジョン（重点目標）を明確にしている。法人の強み・課題をもとに、計画の推進方向として、事業所の取り組みを具体的に明示し、実施状況の評価を行える内容となっている。経営計画検討委員会で、進捗状況の検証を行い、必要に応じて見直す仕組みがある。</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>「経営5ヵ年計画」をもとに、単年度の「事業計画」を策定している。項目別に、実行可能な具体的な内容となっており、実施状況の評価を行える内容となっている。</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>事業計画を職員に配布し、4月の「事業計画説明会」で説明し、職員の周知と理解を図っている。4半期ごとに「事業計画進捗状況」（事業計画の内容・実施状況・今後の予定）を作成して進捗状況を把握し、必要に応じて見直しを行っている。進捗状況は施設長会議の中で検証している。居宅ミーティング等で職員の意見を集約して、管理者が事業報告書を作成し、次年度の事業計画の策定につなげている。</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・Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を利用者や家族に説明するに至っていない。 事業計画の主な内容について、利用者や家族にわかりやすく説明し理解を促すことが望まれます。</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>PDCAサイクルにもとづく法人内の会議や委員会の運営・人事考課の目標管理等により、サービスの質向上に向け取り組んでいる。居宅ミーティングを週に1回実施し、また、利用者満足調査を年1回実施し、サービス内容について評価を行っている。第三者評価を定期的に受審している。第三者評価を受審しない年も、第三者評価の評価基準に基づいて、年に1回自己評価を行っている。評価結果を分析検討する場として、サービス評価委員会を設置している。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>自己評価を実施し、取り組み状況・課題を文書化し、職員間での共有を図っているが、計画的な改善への取り組みには至っていない。 評価結果から明確になった課題について、職員参画のもと、計画的に改善に取り組まれることが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業計画を策定し、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めの居宅ミーティングで「事業計画説明会」を設け、事業計画書を配布して説明し周知を図っている。「業務分担表」に、職務内容毎に主・副担当者を定め、事業計画書とともに配布し周知を図っている。業務分担表で、「管理者事故ある時の代行」を主任介護支援専門員とし不在時の権限等を明確にしている。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、介護保険法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法などの関係法令、法人諸規定を理解している。決裁規定に則って、利害関係者と適正な関係を保持している。管理者は、法人の諸規定説明会、また、例年は、市の研修、県の集団指導、介護支援専門員協会研修等に参加し、法令に関して学ぶ機会を確保している。職員には、法人の新人研修で遵守すべき法令等を周知し、入職時に守秘義務の誓約書を交わしている。諸規定説明会は全職員対象に実施されている。管理者がコンプライアンス委員会に参加し、遵守するための取り組みを職員に伝達し共有している。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、第三者評価・法人の内部点検・情報の公表制度・県のチェックリスト等を活用し、サービスの現状について定期的・継続的に評価し、必要な改善に向けて取り組んでいる。管理者は、居宅ミーティングを週に1回、全員参加で開催し、職員の意見を反映する取り組みを行っている。管理者は、「職員研修年間計画」を作成し、法人内研修や外部研修の受講を奨励し、職員の教育・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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、法人の実績報告会・経営会議に参加し、経営改善や業務の実効性の向上に向けて分析し、改善に向け検討している。管理者は、施設長会議・労働安全委員会等に参加し、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいる。管理者が会議・委員会の内容を居宅ミーティングで報告し、管理者・職員で共有し改善に取り組む体制がある。		

## 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 事業計画の重点項目に、「人材養成の積極的展開」として福祉人材の育成に関する方針を明示している。利用者数に応じた職員体制を基本とし、専門職員配置を運営規定・重要事項説明書に明記している。毎月、必要な人員の充足度を常勤換算人数表により確認し、また、法人として職員に意向調査を行い、計画的に人材確保を行っている。就職説明会、養成校訪問、ハローワーク、ホームページ、新聞広告等、採用活動を行っている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 法人の基本理念・基本方針にもとづき、「期待する職員像」を人事考課のガイドラインの中に明確にしている。就業規則・人事考課ハンドブックで、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。新人研修で配布し説明するとともに、事業所に規定集ファイルを設置し周知している。改定時は、改定文書を配布し説明会を実施している。人事考課制度を導入し、「自己点検表」「自己成長シート」に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備している。ハローワークや求人広告等から、処遇の水準について把握している。処遇についての職員の意見・提案等を、人事考課の育成面談や、自己点検表の記載欄等で把握し、法人の施設長会議・経営会議で検討している。キャリアパスフレームが明示され、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。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 労働安全衛生委員会を設置し、勤怠管理システムにより職員の就業状況の把握を行い、労務管理は法人本部が行っている。事業所の人事・労務管理は管理者が行うことを業務分担表で定めている。職員の心身の健康と安全の確保のため、健康診断・ストレスチェック・予防接種等を実施している。労働安全衛生委員会が主導し、健康チェック表で毎日の体調確認を行ったり、腰痛体操を推奨している。管理者が定期的、随時にも個人面談の機会を設け、また、法人内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行っている。職員旅行・忘年会・歓迎会等を、職員の希望の聴取をもとに実施している。互助会の整備、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、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。福利厚生の実・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。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。年度初めの人事考課面談時に話し合い、目標項目・目標水準・目標期限を明確にし、「自己成長シート」に目標を設定している。4ヶ月・8ヶ月・12ヶ月目に進捗状況・達成度を考課者と相互に確認し、12ヵ月目の年度末にフィードバック面談を行い、次年度の目標設定につなげている。</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>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、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。主任介護支援専門員の受講資格がある職員には積極的に取得を促している。令和2年度は年間研修計画に沿って、各職員が講師役を務めテーマ別研修を毎月実施している。所内派遣研修として、在宅介護支援センターが開催している介護者教室に参加し、ケアプランの説明能力向上に努めている。令和3年度も内部職員研修計画に沿って研修を実施し、研修報告書「居宅研修を受けて」の提出と振り返りを行っている。外部研修に関しては、令和2年度は赤穂市介護支援専門員連絡協議会での研修参加等限定的参加であったが、令和3年度はコロナ禍の状況を注視しつつ、可能な限り参加に努めている。研修委員会で研修について反省・振り返りを行うとともに、研修報告書の感想欄等を基に年度末には年度反省を、年度初めには年間研修プログラムの研修内容等について検討している。年度途中でも、必要に応じて見直している。</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管理している。新入職者には、法人で新人研修を実施し、配属後は新任職員研修プログラムに沿ってチューター制による個別的なOJTを実施している。新入職者は3ヶ月毎に「自己チェックシート」に沿って振り返りを行い、指導職員は3ヶ月毎に「施設長会議」で評価・課題等を報告している。法人内では新人研修・チューター研修・幹部候補者対象マネジメント研修・理念説明者養成研修等の階層別・テーマ別研修を、事業所内ではテーマ別の内部研修を実施している。外部研修でも、主任介護支援専門員対象等の職種別研修やテーマ別研修の受講を奨励している。外部研修の案内があれば回覧し、希望・経験年数等を考慮して参加を促している。主任介護支援専門員の資格取得のための受講も推奨している。内部研修に参加できるよう、全職員出勤日に実施する等の配慮を行っている。外部研修については、リモート研修の活用、交通費・受講料の法人負担等、職員が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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習希望者の直接依頼により実習生を受け入れ、県の定められたプログラムに沿って実習を実施している。実習依頼者と事前に打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。</p> <p>事業所としての「実習生受け入れマニュアル」を整備し、基本姿勢、オリエンテーション手順、注意事項等を明記し、実習指導を行う職員にマニュアルに沿った研修を実施することが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページで法人の基本理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開し、法人機関紙に予算決算情報を掲載して地域に全戸配布し公開している。苦情相談体制については、センターの玄関に掲示して公開している。現在は苦情等はないが、あれば、ホームページで公開できるよう整備を進めている。第三者評価結果はWAMNETで公表している。法人機関紙を、地域に全戸配布して事業所で行っている活動等の情報提供を行っている。デイサービス・居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター共同のセンターの広報紙を毎月発行し、民生委員・市役所・居宅介護支援事業所等にも配布している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>就業規則・経理規定等の関連規定に、事務・経理・取引等に関するルールが明確にされ、新人研修で職員に周知している。業務分担表で、財務・経理管理に関する主担当を管理者とし、業務分担表を職員に配布し説明している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて、会計士・弁護士・社会保険労務士等に相談し助言を受けている。年1回、自主内部点検チェックリストに沿って内部監査を実施している。指摘事項があれば、法人本部へ改善状況を報告している。監事監査を年2回実施している。年に1回、会計士が施設に来訪し、収支等の会計監査を実施している。法人として会計監査人を配置して監査を受け、指摘事項に関して法人として経営改善を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人基本理念に「地域との共生」を掲げ、桜谷福祉会第4期経営5か年計画書の重点項目に「地域貢献への積極的展開」を明記し、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、パンフレット等を相談室に設置したり、自宅訪問時に提供している。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・介護タクシー等、社会資源を利用するように情報提供している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会資源を明示した「福祉マップ」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。介護支援専門員連絡協議会・主任介護支援専門員連絡協議会等関係機関・団体との定期的な連絡会に参加し、独居の認知症高齢者支援等共通の課題等に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。サービス担当者会議に参加し、サービス提供事業所と連携しながら地域でネットワーク化を図り、利用者のアフターケア等に取り組んでいる。地域包括ケア推進会議に参加し、多職種間の協働に向け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
<コメント> 法人が施設のスペースを活用して行う行事等に、事業所からも参加し協力している。在宅介護支援センターが主催する介護者教室、公民館でのボランティア養成講座に、事業所からも参加し開催に協力している。センター内では、主に在宅介護支援センターが相談窓口となって対応しているが、内容に応じて、事業所で介護相談を受け対応している。また、例年は、認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加している。法人施設が災害時の福祉避難所として市と協定を結び、地域合同の災害時避難訓練には事業所としても参加し、災害時の地域における役割について確認している。備蓄については、水・食料は管理栄養士が、備品は介護課長が管理している。例年は、法人として地域の夏祭り等の行事への協賛・参加・模擬店機材の貸し出し等、地域の活性化に貢献し、事業所も参加している。		
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> 在宅介護支援センターを事務局とする法人の地域貢献推進委員会活動に参画し、在宅介護支援センター活動（介護者教室・ボランティア養成講座等）を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。民生委員協議会への参加、事業所で介護相談対応、（主任）介護支援専門員会議・地域包括ケア推進会議・市民病院開催の会議等への参加等を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズをもとに、地域密着型ボランティア養成講座・模擬店などの機材貸し出し、認知症予防講座、介護技術講習、介護者教室、転倒予防教室等の施設・センターの事業・活動に参加している。それらの事業・活動は、「地域の福祉ニーズに応じた公益的事業を推進する」として、事業計画に明示している。		

### 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
<コメント> 利用者尊重の姿勢が、基本理念・介護支援専門員倫理規定・「相談援助マニュアル」に明示され、理解と実践に取り組んでいる。事業所内研修で基本理念研修を年に2回実施し、利用者尊重や基本的人権について学ぶ機会を設けている。「居介ミーティング」（週1回）でのケース検討を通して、利用者尊重の状況の把握や対応を検討している。		
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> 「相談援助マニュアル」にプライバシー保護に関する留意事項が記載されている。「身体拘束に対する指針」「権利擁護マニュアル」を作成している。プライバシー保護については重要事項説明書に、虐待防止への取り組みについては事業計画に明示し、利用者・家族に周知を図っている。 プライバシー保護・虐待防止に関する研修の実施が望まれます。 「虐待防止マニュアル」に発生した場合の対応方法について明示することが望まれます。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念・提供するサービスの内容等を紹介した機関紙を年に1回発行し、地域の全戸に配布し、公共施設にも設置している。センター新聞を毎月発行し、民生委員の協力を得て、地域に配布している。機関紙・センター新聞は、言葉遣い・写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっており、最新情報を提供している。利用希望者については、自宅等を訪問し、個別に丁寧な説明を行っている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約時には利用者の同席を基本とし、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。資料「ケアマネジャーの動き」を作成し、わかりやすい説明に努めている。契約内容の変更にあたり、「新旧比較書」で説明し文書で同意を得ている。署名代行者・立会人欄を設け、意思決定が困難な利用者への配慮を行い適正な説明・運用を図っている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容の変更にあたり、利用者・家族の意向に沿って、サービス担当者会議等で検討している。施設入所等により利用が終了する場合は、基本情報・居宅サービス計画書を引継ぎ文書としている。利用サービス終了後も、利用時と同じ窓口で相談対応する旨を口頭で説明している。相談窓口は、重要事項説明書に記載し渡している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足に関する利用者アンケートを、年に1回実施している。アンケートに関する担当者を設置し、集計し結果報告書を作成している。改善策については「居介ミーティング」で検討する仕組みがある。モニタリング訪問・サービス担当者会議でも利用者満足の把握に努め、年に1回は管理者がモニタリング訪問に同行している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>受付担当者・解決責任者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に明記して配布し、センターの玄関に掲示している運営規定にも記載している。意見箱の設置・アンケートの実施など、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。事業所についての苦情は発生していない。苦情があれば「苦情受付票」に記録し、ホームページで公表する仕組みがある。苦情解決委員会を設置し、苦情内容をサービスの質向上につなげる仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に相談・苦情受付として複数の窓口を提示し、利用者・家族に配布している。事業所職員を紹介した機関紙や、相談窓口を掲載したセンター新聞も配布している。事業所内に相談室を設け、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談援助マニュアルを整備し、相談については相談受付票や支援経過記録に記録している。毎月のモニタリング訪問・意見箱の設置・アンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。迅速な対応・説明に努め、内容に応じて居介ミーティングで共有しサービスの質の向上に反映している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全衛生委員会を設置している。事故発生時の対応手順を「事故発生時初動対応マニュアル」に明示し、職員に配布している。 居宅介護支援事業所としてのリスク事例の位置づけを行い、分析・再発防止を検討する仕組みづくりと、研修の実施が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>センター内に感染症対策委員会を設置している。検温・マスク・消毒等、予防策を講じている。発生時は、看護師の指導により適切な対応を行っている。 感染予防・発生時対応マニュアルの作成と定期的な見直しが望まれます。また、マニュアルに、居宅介護支援事業所としての発生時対応を明示することが望まれます。感染症に関する研修の実施が望まれます。</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している。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「センター自衛消防隊組織」に、災害時の対応体制と役割を明示している。「非常招集連絡表」により、職員の安否確認を行うこととしている。センターの避難訓練に参加している。利用者の安否確認の方法の検討が望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスに標準的な実施方法を、「契約からサービス利用になるまでのケアマネジャーの動き」「相談援助マニュアル」「居宅書類ファイル」にまとめている。「相談援助マニュアル」の中で、利用者尊重・プライバシー保護に関する留意事項を記載している。経験に応じたOJT研修の中で指導し、習得状況を確認している。実施状況については、「居介ミーティング」で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>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的なマニュアルの見直しには至っていない。「居介ミーティング」等で、職員や利用者・家族の意見・提案を集約し、定期的に見直しを行う仕組みづくりが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>居宅サービス計画書の策定責任者を、担当作成者と管理者としている。「基本情報シート」「アセスメント情報」によってアセスメントを行い、サービス担当者会議を開催して、利用者・家族と共に、各種サービス事業者が参加して、アセスメント・計画作成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。毎月のサービス事業者からの報告とモニタリング訪問により、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。困難支援ケースにも、地域包括支援センター等外部機関とも連携しながら対応し、経過を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>&lt;コメント&gt;</p> <p>モニタリング・再アセスメント・サービス担当者会議を実施し、居宅サービス計画書の見直しが適正に行われている。見直した計画内容は、サービス担当者会議の議事録や計画書の配布により関係サービス事業所に周知を図っている。見直しに際し、新たなニーズは計画書に明示している。緊急に変更する場合も、同じ方法で実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況を、「基本情報シート」「アセスメント情報」によって把握し記録している。サービス事業所からの報告・「モニタリングシート」(毎月)・「モニタリング記録表」(居宅サービス計画書更新時)により、計画に基づくサービスの実施を確認している。支援経過記録は管理者が確認し、必要時には個別に指導・助言を行っている。業務日誌・個別の申し送りノート・「居介ミーティング」・夕方のデイサービスとの合同ミーティング・各種委員会等により、情報共有を行っている。パソコンのネットワークシステム、資料や委員会議事録等の回覧でも情報共有を行っている。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護規程」「文書規程」に、記録の保管・保存・破棄・適正管理について明記している。記録の管理責任者を管理者としている。入職時研修で個人情報保護について研修し、守秘義務について説明し、職員は誓約書を提出している。毎年の、事業計画説明会でも言及している。契約時に、利用者・家族に個人情報の利用に関して説明を行い、文書で同意を得ている。</p>		

## A 内容評価基準

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a · b · c
A②	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

<p>A① 利用者の心身の状況を「アセスメント情報」に、暮らしの意向・生活歴・住居の状況等を「基本情報シート」に記録し、安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境で、利用者個々に応じた、自立した生活が送れるように居宅サービス計画書を作成している。必要に応じて、地域包括支援センターと連携し、日常生活自立支援事業や成年後見制度の利用につなげている。</p> <p>A② コミュニケーション能力を「アセスメント情報」に記録し、居宅サービス計画書更新時に定期的に見直している。コミュニケーションが困難な利用者については、補聴器・筆談等、利用者個々の状況に応じた個別の配慮を行っている。「相談援助マニュアル」「利用者アンケート」を活用し、利用者の尊厳に配慮した接遇の徹底に取り組んでいる。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a · b · c

#### 特記事項

<p>モニタリング訪問・サービス事業所からの報告等により、権利侵害の早期発見・防止に努めている。権利侵害の防止等についての具体的な検討は、週1回の居介ミーティングで行い、発生した場合の再発防止策については、居介ミーティングや地域包括支援センターとの会議で検討している。</p> <p>権利侵害防止に向けた事業所の取り組みを契約書等に記載し、利用者に周知することが望まれます。所管行政への虐待の届出・報告についての手順を含め、権威侵害が発生した場合の対応をマニュアルに明記することが望まれます。</p>	
--	--

		第三者評価結果
A-2-(6) 認知症ケア		
A⑬	A-2-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a • b • c

特記事項

<p>「基本情報シート」に生活歴について、「アセスメント情報」に日常生活能力・認知症状・行動心理症状等について記録し、アセスメントを行っている。認知症状がある利用者についての観察や支援の経過を、支援経過記録に記録している。令和2年度事業所内研修で認知症についての研修を実施している。モニタリング訪問、サービス担当者会議、随時の電話等で、家族の相談に対応し、より良いケアの方法を家族と共有できるよう取り組んでいる。認知症カフェ・専門医等、社会資源について情報提供を行っている。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-2-(7) 急変時の対応		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a • b • c

特記事項

<p>基本情報シートに主治医・病歴を記載し連携を図っている。モニタリング訪問、サービス事業所からの報告、家族からの連絡等により、利用者の体調変化や兆候の早期発見に努め、医師、訪問看護事業所など関係機関に連絡する体制がある。経過は、支援経過記録に記録している。居宅合同研修で、薬や医療に関する研修に参加している。</p>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-2-(8) 終末期の対応		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a • b • c

特記事項

<p>終末期対応について家族の意向を確認し、方針・手順をサービス担当者会議で検討し、居宅サービス計画書に明示している。主治医・訪問看護事業所等と連携体制を図っている。外部研修でグリーフケアの研修を受講している。終末期対応終了後に、居介ミーティングで振り返りを行っている。</p>		
---	--	--

### A-3 家族等との連携

		第三者評価結果
A-3-(1) 家族との連携		
<b>A⑯</b>	A-3-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている	a · b · c

#### 特記事項

家族に対し、定期的には毎月のモニタリング訪問時やサービス担当者会議開催時に、利用者の状況の報告・サービスの説明・要望の把握・相談対応を行い、支援経過記録・モニタリング記録・サービス担当者会議録に記録している。変化があった時は、電話で迅速に報告している。訪問や電話の際には家族の心身の状況や介護状況にも気を配り、家族が必要とする情報提供や支援を行い、内容は支援経過記録に記録している。法人として、家族介護教室を開催し、事業所も参加している。

### A-4 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
<b>A⑰</b>	A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a · b · c

#### 特記事項

サービスの実施方法や手順等の周知、利用者の状況等の情報共有のため、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を開催している。「居介ミーティング」を週1回、年間計画に基づいた研修を毎月実施し、相談・助言等が得られる機会を設けている。必要に応じて、地域包括支援センターや訪問看護事業所等、外部の専門職の指導や助言を得ている。

### A-5 サービスの適切な実施

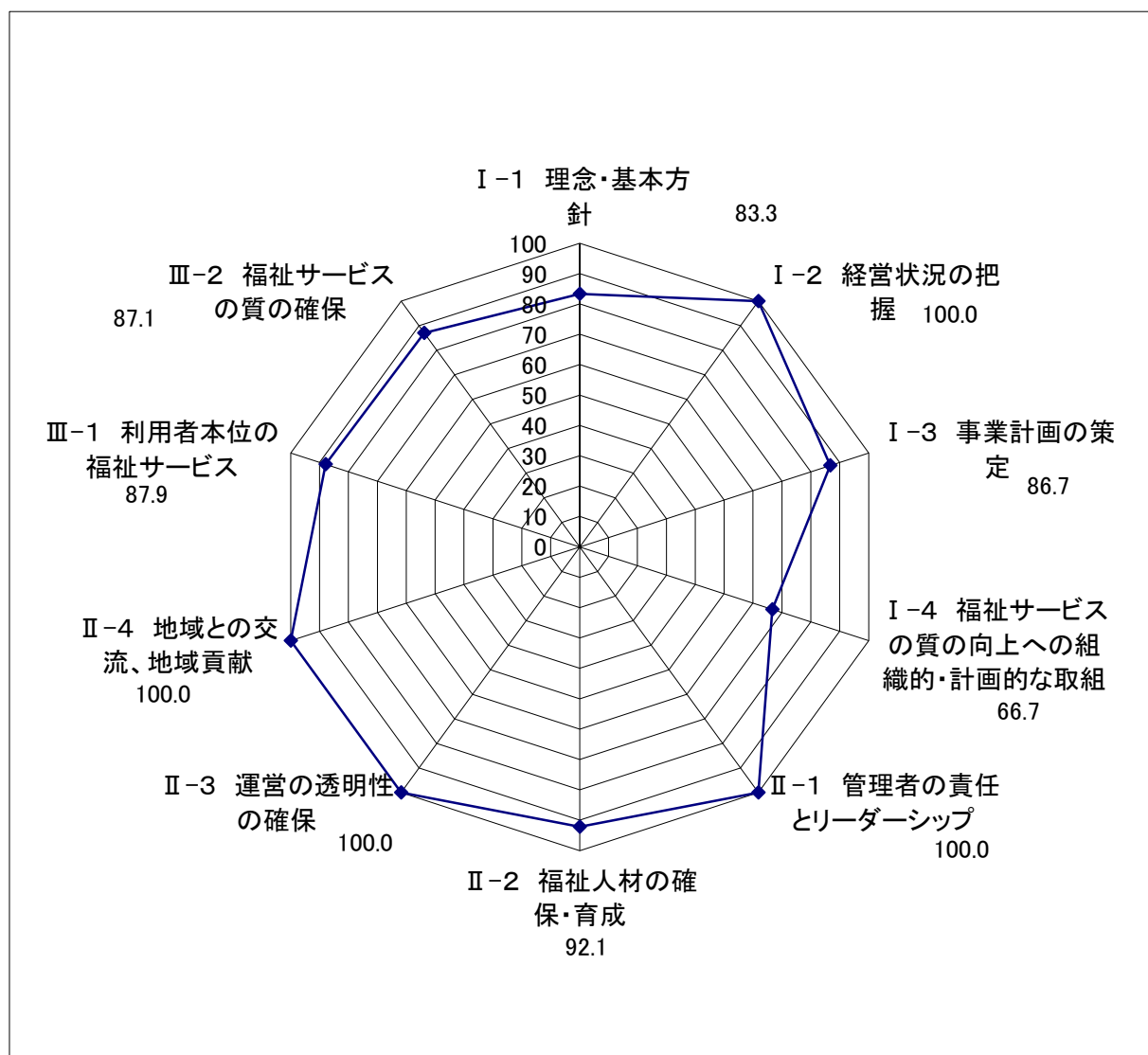
		第三者評価結果
<b>A⑱</b>	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a · b · c

#### 特記事項

「基本情報シート」「アセスメント情報」から利用者個々のニーズを把握し、意思疎通・食事・入浴・整容・機能訓練・心理的援助について、個別・具体的なサービスの実施方法を、居宅サービス計画書の「サービス内容」欄に明示している。

# 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	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	13	86.7
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	6	66.7
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	35	92.1
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	19	19	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	58	51	87.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1
合計	212	192	90.6





## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	15	13	86.7
A-2 生活支援	17	17	100.0
A-3 家族等との連携	7	7	100.0
A-4 サービス提供体制	4	4	100.0
A-5 サービスの適切な実施	6	6	100.0
合計	49	47	95.9

総合計(I～Ⅲ+A)	261	239	91.6
------------	-----	-----	------

