

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：	シスナブ御津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：	鷺尾 由紀	定員（利用者人数）：	127 名	
所在地：	たつの市御津町中島980-3			
TEL	079-324-0767	ホームページ：	https://www.yumekoubou.or.jp/	
【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 夢工房				
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	4 名		
施設・設備の概要				

③理念・基本方針

①その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し、生活支援に努める
 ②「生命」の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る
 ③家族や知人、縁故者等との繋がりを維持できるような支援を心がける

④施設・事業所の特徴的な取組

○全員が主任介護支援専門員の資格を取得し、365日24時間連絡がつく体制を整備し、住み慣れた地域・住み慣れた自宅での生活が継続できるよう支援を行っている。

○特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービス・ケアハウスを併設し、各事業所と連携し、利用者個々のニーズに応じた支援、緊急時の対応が行える体制を整備している。

○在宅介護支援センターと連携して地域の相談窓口となり、地域のニーズの把握に努め、関係機関と連携し地域のネットワーク化に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5 年 5 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 7 月 6 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (令和 1 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の中期経営計画、施設・事業所の事業計画を策定し、施設内に各種委員会・会議を設置して定期的に開催し、研修体制の整備、人事考課制度・目標管理制度等、運営管理体制を整備し、また、BCP（事業継続計画）を策定してBCP訓練も実施し、安定した事業運営に取り組んでいる。また、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着がよい。

○特定事業所職員会議を週1回開催し、利用者についての情報共有・事例検討を行うと共に、居宅介護・在宅介護職員会議を月1回開催し、運営状況の把握・困難事例の検討、地域課題の改善に向けた検討等を行っている。施設内の各種委員会・運営推進会議・高齢施設運営推進会議も定期的に開催し、専門職者が部門横断で意見・情報を交換して共有し検討できる体制を整備している。

○施設全体の規定・指針・マニュアルを共有するとともに、事業所の特性に応じた居宅介護支援事業所独自の各種マニュアルを作成している。「業務マニュアル」「意見・相談対応マニュアル」に沿って、PDCAサイクルにもとづいたケアマネジメントを実施し、システム内に実施・経過の記録を整備している。「ケアマネジメントの自己点検シート」を用いて、自身のケアマネジメントを振り返り気づきを得る機会も設けている。

○施設の全体会議（法定研修・外部研修報告）やBCP訓練に参加するとともに、居宅介護支援事業所研修を月1回実施し、介護支援専門員としての資質向上のための研修を行っている。外部研修、ケアマネ連絡会・ケアマネ部会、居宅介護・在宅介護職員会議にも参加し、専門性の向上に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。
さらなる向上に向けて、事業計画の主な内容を、利用者等にもわかりやすく伝える工夫を期待します。また、実施した利用者アンケートの集計結果の分析と改善に向けた取り組みを議事録等に残すことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今後、居宅介護支援事業所のさらなる向上を目指すために、各マニュアルの更新、年1回のご利用者・ご家族への満足度アンケートの実施します。また、集計結果の分析、改善を行う事で、フィードバックを行い、ケアマネジャーの資質、ケアマネジメントの質を向上に繋げていきます。

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・c
<コメント> 法人の基本理念・介護理念をホームページにわかりやすく掲載し、施設玄関に掲示し利用者・家族に周知を図っている。中期経営計画にも記載している。介護理念を事業計画に記載し、ファイルを施設玄関に設置している。法人の基本理念には法人が目指す方向性が明示され、介護理念は法人の基本理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。年度末の全体研修の中で介護理念について説明し、職員に周知を図っている。自己評価チェックシートで介護理念の周知状況を定期的に確認している。		

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> 西播磨ブロック施設長研修・主任ケアマネ更新研修への参加、国・県・市が発信する情報等から、福祉事業や介護保険の動向・市の福祉計画等について把握している。在宅介護支援センターの個別訪問事業や地域ケア会議等によるネットワークから、地域の実態やニーズの把握を行っている。月次報告で、コスト分析や利用率の分析を行っている。		
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> 運営推進会議（年8回）で月次と稼働率の報告を行い、高齢者施設運営推進会議（年4回）で収支実績をもとに経営状況の把握と取り組み状況の報告を行い、課題や問題点を明確にしている。運営推進会議には施設の幹部職員が参加している。高齢者施設運営推進会議には会計士・理事長・専務の理事参加もあり、法人事務局もオンラインで参加し、課題の共有と、改善に向けた取り組みを検討している。課題について、特定事業所職員会議で職員に周知を図っている。		

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
<p><コメント></p> <p>「社会福祉法人夢工房中期経営計画」（令和5年度～令和9年度）を策定している。「具体的な取り組み」として、法人の基本理念、介護理念を具体化する取り組みを明確にし、また、「法人運営の新たな取り組み」としてSDGsの取り組みと法人運営のDX推進を明示している。各取り組みは具体的な内容で、実践状況の評価が行える内容となっている。今後、「中期経営計画進行管理委員会」を設置し、進行管理を行うこととする。</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>「中期経営計画」の内容を反映した単年度の事業計画を策定している。事業計画は、施設の共通目標、部署ごとの重点目標、委員会・会議体、研修・防災計画、福利厚生、年間行事等、具体的で実行可能な内容で、実践状況の評価が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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画を年度末の全体会議で説明し、職員に周知を図っている。3ヶ月に1回の高齢者施設運営推進会議で、「事業計画取り組みシート」をもとに事業計画の実践状況を把握・評価し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、職員の意見を集約して「事業計画評価表」と「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。</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>事業計画ファイルを施設玄関に設置し、事業計画にもとづいた事業報告をホームページで公開し、家族等に周知を図っている。通常は、家族会で事業計画の主な内容を説明している。利用者等の参加を促す観点から、レクリエーション・年間行事の一覧表を掲載している。事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた文書を作成し、利用者・家族に配信で伝える予定である。</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>運営推進会議・特定事業所職員会議・各種委員会・職員の目標管理等を定期的実施し、組織的にPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に向けた取り組みを行っている。4年に1回第三者評価を受審している。情報の公表システム・監査事前チェックリストの評価基準に基づいて、毎年、自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、管理者・副施設長が幹部職員の意見を集約して行っている。</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>監査事前チェックリストの評価結果から把握した課題を、運営推進会議で共有し、年度内の全体研修に取り入れて、迅速に改善に取り組んでいる。把握した課題と改善に向けた取り組みを文書化し、運営推進会議の議事録など記録に残すことが望まれます。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>管理者は 事業計画の中で経営管理に関する方針を明示し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を年度末の全体研修時に説明し、参加できなかった職員にはDX発信・回覧等で周知を図るとともに 事業計画ファイルを施設玄関に設置している。「職員配置計画と役割分担」（以下業務分掌）で管理者の役割、責任を文書化し、事業計画ファイルに綴じて周知している。「施設運営規定」にも管理者の職務内容を定めている。「業務分掌」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長）」と定め、BCP・避難確保計画でも権限委任を明確にしている。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>管理者は法令遵守規定等法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。「法令遵守業務推進のための行動規範」に「利害関係者との適切な関係」保持を定め、「業務分掌」で監署との渉外連絡（経理・取引）に関する事項を管理者業務と明確にし、規範・業務分掌に基づいて利害関係者と適正な関係を保持している。行政監査を定期的受審し運営に反映している。老施協西播磨ブロック主催施設長研修や県主催の主任介護支援専門員更新研修等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。産業廃棄物処理法や市条例等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。全体研修で高齢者虐待防止法・個人情報保護法、居宅介護支援事業所研修で介護保険関係法令等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。</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。	a • b • c
<コメント> 運営推進会議でサービスの質の現状について評価・分析を行い、課題の抽出と改善策を検討している。毎年、情報の公表制度や県の監査事前チェックリストを用いて評価・分析を行い、チェックリストから把握した課題について運営推進会議で共有し改善に取り組んでいる。4年に1回、第三者評価を受審している。管理者は、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・特定事業所職員会議等各種会議や各種委員会、研修、目標管理など具体的な体制を構築し参画している。各種会議・個人面談を活用し職員の意見の把握に努め、把握した意見について運営推進会議等で共有し改善に向け検討している。研修テーマに「介護の質の向上」を掲げ、居宅介護支援事業所研修・全体研修を研修スケジュールをもとに実施し、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。		
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> 管理者は事業所の稼働率等を「月次報告書」としてまとめ、運営推進会議で経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータがフィードバックされ、3ヶ月に1回高齢者施設運営推進会議で職員配置、労務管理、財務状況等業務の効率化に向けて課題把握と解決に向け取り組んでいる。検討した改善策を運営推進会議で再検討し改善に反映している。夏季・リフレッシュ休暇取得促進、残業時間の軽減に努める等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、特定事業所職員会議・運営推進会議・高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。		

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> 法人中期経営計画で、福祉人材の確保・育成・定着に向けた取り組みについての具体的な基本方針を明示している。専門職配置状況を事業計画書・運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「勤怠データ」「必要人員計算シート」により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用等、効果的な採用活動を実施している。		
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> 「介護理念」に期待する職員像を明確にし、職員に周知している。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にしている。入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度を導入し、「振り返り評価シート(階層別)」で自己評価に基づいて評定者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、採用広告・ハローワークのデータ等から法人本部が分析している。「目標設定シート」等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、本部で改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパス要件を整備し、職員一人ひとりが将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。		

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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>労務管理に関する責任体制を、業務分掌や就業規則で明確にしている。勤怠システムを導入し、管理者が就業状況を把握し、法人本部でデータ管理している。健康診断を年2回、ストレスチェックを年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。生活習慣病検診・女性がん検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、定期的に面談を行う機会を設け、また、副施設長が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境を整備している。法人の相談窓口（公益通報制度）も設置し、メールアドレスの掲示等で周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を採り入れ、インフルエンザワクチンの無償化・休憩時間確保の徹底等福利厚生に反映している。有給休暇の入職時付与、夏季休暇やリフレッシュ休暇、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、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。外部研修受講時のバックアップ体制・福利厚生の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組み等、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境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>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みが構築されている。「目標設定シート」に、階層に応じた職員・専門職としての目標を設定している。事業計画の施設全体の共通目標や事業所別の重点目標に基づいた個人目標を設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。基本的に、6月に目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定し、2月に「目標設定シート」「振り返りシート」で、目標の達成状況を管理者と相互に確認して「評価者欄」に評価を記録し、次年度の目標設定に反映している。</p> <p>令和5年度以降は、9月・2月に面談を行い、中間で進捗状況の確認を行う予定である。</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>「シスナブ御津研修スケジュール」を策定し、居宅介護支援事業所研修、全体研修（法定研修・外部研修報告等）について、研修内容とスケジュールを明示している。外部研修計画は、事業計画書に明示している。研修計画内容に組織が職員に必要とされる知識や専門性を明確にしている。居宅介護支援事業所研修について、「研修議事録」（ファイル・データ）に記録し管理している。全体研修は多くの職員が受講できるよう同じ内容で2回実施し、感想記録を提出している。外部研修については、「研修申請及び命令書」「研修報告書」をもとに「出張申請書・研修申請書」一覧を作成し受講履歴を把握・管理している。処遇改善計画書策定時に、感想記録・研修報告書・面談時の意見等をもとに、管理者が内容やカリキュラムの評価・分析を行い、次年度の研修計画見直しに反映させている。</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
<コメント> 資格証・履歴書等で資格・経験年数等を把握し、本部でも一括管理を行っている。職員の知識や技術水準は、人事考課面談や「ケアマネジメントの自己点検シート」等により確認している。新入職者には、居宅介護支援事業所のマニュアルをもとにOJTを行っている。居宅介護支援事業所研修・全体研修でテーマ別研修を行い、外部研修で階層別・職種別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修情報を掲示し、面談時の希望に応じて研修計画に採り入れたり、対象者に参加を呼び掛け参加を奨励している。全体研修は勤務時間外に同じ内容で2回実施し、外部研修はシフト調整・時間外扱い・受講料法人負担、オンライン研修は視聴用スペースの整備や受講時間調整等、職員が研修に参加できるよう配慮している。		

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
<コメント> ホームページで、法人の理念・介護理念・方針・目標、法人・事業所の事業報告、第三者委員を含めた苦情相談体制、各事業所の苦情内容別件数等を公表している。財務諸表をWAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果をWAMNETで公表している。法人の理念や基本方針等について、社会・地域に対して主としてホームページで情報発信している。事業所の活動について、パンフレットをスーパー・行政窓口等に設置し地域に広報している。		
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。	a • b • c
<コメント> 事務・経理・取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、業務分掌で権限・責任を明確にしている。規程は事務所に設置し、業務分掌は事業計画ファイルに綴じて閲覧可能にしている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等への相談や助言を受けられる体制がある。外部専門機関、会計監査人等による定期的な監査を実施し、指摘事項を講評記録で共有し経営改善を実施している。年1回、監事監査を実施している。		

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> 法人基本理念に、地域社会との共生を掲げ文書化している。事業計画書重点目標に、民生委員・自治会等関係機関との連携を明示している。自宅訪問時に、必要に応じて市・地域が開催するイベント・講演等の案内を持参し情報提供し、移動販売や配食等地域における社会資源についても情報提供している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、「たつの市暮らしの便利帳」・行政機関等「たつの市生活いろいろお助け帳」・介護保険事業所サービスマップ等を事務所に設置し、共有を図っている。介護支援専門員連絡会に参加しヤングケアラー等共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。また、サービス担当者会議に参加し、地域でネットワーク化を図りながら利用者のアフターケア等に取り組んでいる。施設として、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生委員との交流会・給食施設連絡会・栄養士連絡会等関係機関と連携している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として、通常は、「ふれあい会」（自治会と合同開催する食事会・介護相談等）や地域住民参加の夏祭り等を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている（コロナ禍のため休止中）。施設内各事業所が連携して年4回、地域の介護者を対象とした口腔ケア等介護塾（まちの保健室）を開催している。随時事業所で介護相談を受けるとともに、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し相談記録を作成している。施設として、福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。「福祉避難所」に関する地域住民共同の研修会を開催して地域における役割等について確認がなされている。通常は、法人として菜の花祭り等地域行事へ協賛を行い、夏祭りには出店して開催に協力している。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として、介護塾（まちの保健室）の開催、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生児童委員との交流会等への参加や、主として在宅介護支援センターが窓口となつての相談事業の実施等を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を事業計画等に明示し、実施することを期待します。</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> 利用者尊重について、法人理念・介護理念、倫理規定・運営規程・「居宅介護支援事業所意見・相談対応マニュアル」に明示している。全体研修・居宅介護支援事業所研修で、「接遇・プライバシー」「介護支援専門員の倫理」「権利擁護」等の利用者尊重や基本的人権への配慮についての研修を実施している。「身体拘束・虐待防止委員会」「危機管理委員会」で、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・評価等を行い、必要な対応を図っている。定期的に、利用者満足に関するアンケートを実施し、アンケートの分析結果等から利用者尊重や基本的人権への配慮について確認している。		
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> 利用者のプライバシー保護について、プライバシーポリシーに明示している。虐待防止に関する指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修・居宅介護支援事業所研修で職員の理解を図っている。プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを重要事項説明書に記載し、契約時に利用者や家族に説明し周知を図っている。プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みについて、利用者・家族等からの苦情の有無を確認し、各種研修等により周知を図り、マニュアル・指針にもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則・虐待防止指針に明示している。		
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> 利用希望者に対して、ホームページで必要な情報を広く提供している。また、パンフレットを施設玄関・役所・スーパー等多くの人が入手できる場所に設置している。ホームページ・パンフレットは、言葉遣い・写真等で、わかりやすく情報提供できるよう工夫している。利用希望者には、自宅・事業所・施設・病院等を訪問し、希望の場所で個別に丁寧な説明に努めている。ホームページ・パンフレットは随時見直し、ブログは定期的に更新している。		
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・個人情報使用同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。近隣事業所一覧・介護保険利帳等を資料とし、希望のサービス利用について具体的に説明する等、理解しやすいように工夫している。意思決定が困難な利用者には、代理人を選定し同席のもとで「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に沿って適正な説明、運用を図っている。契約内容の変更時には、文書で同意を得ている。		

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>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、不利益が生じないようにサービスの継続性に配慮した対応に努めている。入院・施設入所等サービス移行時は、利用者・家族等への施設の利用に資する情報提供や、移行先へは要請に応じてアセスメントシート等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説明し、相談窓口は重要事項説明書に記載し、担当の介護支援専門員は名刺を渡している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足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
<p><コメント></p> <p>利用者満足に関するアンケートを、定期的実施している。アンケート担当職員が集計・分析し、特定事業所職員会議で共有している。毎月のモニタリング訪問・サービス担当者会議でも利用者満足把握に努めている。 アンケート調査結果の分析から改善につなげる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>施設として、「苦情解決規定」を作成し、解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備し、ホームページに掲載している。重要事項説明書に、事業所・公的機関苦情受付窓口、対応等について記載して配布し、施設玄関には苦情解決の流れを設置している。意見箱の設置・利用者アンケートの実施・毎月のモニタリング訪問等、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。事業所としては事例がないが、苦情があれば、苦情対応記録に記録し、特定事業所職員会議・危機管理委員会でも共有し再発防止・サービス向上に努め、苦情件数・内容（分類）を事業報告書に記載してホームページで公表する仕組みがある。 重要事項説明書の「相談・苦情の受付について」を、施設内の他事業所と同様の構成にされてはどうか。</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>基本的には、担当の介護支援専門員が利用者等の相談に対応しているが、施設玄関に組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、複数の相談相手から選べる工夫をしている。自宅での相談対応が多いが、来所時は応接室など相談しやすいスペースを確保し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><コメント></p> <p>「居宅介護支援事業所意見相談対応マニュアル」を整備し、年1回居宅在介会議で見直し、更新日をマニュアルに記載している。毎月のモニタリング訪問や必要に応じて随時訪問・サービス担当者会議・電話等で、相談・意見の傾聴に努めている。意見箱の設置・利用者アンケートの実施・毎月のモニタリング訪問等、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。意見・相談について「支援経過記録」に記録するとともに、内容に応じてサービス担当者会議を開催し助言・意見等を参考に迅速な対応を行っている。困難事例等があれば「支援経過記録」に記録し、特定事業所職員会議で共有し、サービスの質の向上に取り組む仕組みがある。</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>施設として危機管理委員会を設置し、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事業所独自のリスクを勘案した「居宅介護支援事業所リスクマネジメントマニュアル」を整備している。事故防止、発生時対応について事故発生防止指針を整備している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、毎月「危機管理委員会」に報告している。危機管理委員会で事業所ごとに報告書を集計・分析してデータ化され、特定事業所職員会議等で共有を図っている。防止策の実施状況や実効性も、危機管理委員会で評価・見直しを行い、議事録の配信により共有している。全体研修で、安全確保・事故防止等に関する研修を実施している。</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>施設として感染対策委員会を設置し、感染症対策について管理体制を整備し、3ヶ月に1回開催している。感染症マニュアルを整備し、定期的には年に1回看護主任が中心に検証するとともに、必要時には随時見直しを行っている。BCPに感染症発生時の、居宅介護支援事業所としての対応手順を記載している。感染症マニュアルをもとに、感染症の予防策を講じ、発生した場合の対応を適切に行っている。居宅介護支援事業所研修・全体研修で研修を実施するとともに、令和4年度は感染症対応のBCP訓練を年7回実施し、必要に応じて事業所からも参加し、職員が主体的に迅速な対応ができるよう取り組んでいる。</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>施設共通の「防災マニュアル」・「居宅介護支援事業所災害時マニュアル」に災害時対応体制を定めている。ハザードマップで水害に対する対策を講じている。立地条件等から災害の影響を把握してBCPを整備し、事業継続のために必要な対策を講じている。利用者の安否確認は基本的に利用者緊急連絡先一欄で電話により、職員については、緊急連絡網・職員の住所地の防災マップを作成し、一斉メールで安否確認を行うことを定めている。施設として、「備蓄食品一覧表」により備蓄を整備し管理栄養士が管理している。防災委員会が企画して実施する火災時総合訓練に年1回昼間想定時に、また、土砂・水害対応のBCP訓練に参加している。</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>サービスの標準的な実施方法を、「居宅介護支援所業務マニュアル」に文書化している。また、業務マニュアルとしている「居宅介護支援所意見相談マニュアル」に利用者の尊重・プライバシー保護に関する姿勢を明示している。入職時にマニュアルに沿って研修を行うとともに、居宅介護支援事業所研修で標準的な実施方法について職員に周知し、実施状況は研修や、「ケアマネジメント自己点検シート」による自己評価（年1回）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><コメント></p> <p>「居宅介護支援事業所業務マニュアル」は、年1回、特定事業所職員会議で職員の意見を集約し見直している。法や制度改定時等、必要に応じて見直しを行っている。更新日をマニュアルに記載している。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>業務分掌で居宅サービス計画の作成を介護支援専門員の業務内容とし、担当介護支援専門員を策定責任者としている。アセスメントシート・フェイスシートによりアセスメントを実施している。利用者・家族・サービス提供事業者等が参加してサービス担当者会議を開催し、アセスメント・計画策定に関する協議を行い、居宅サービス計画書に個別具体的にニーズを明示している。毎月のサービス提供事業者からの報告とモニタリングで、計画に沿ったサービス実施を確認しモニタリングシートを作成している。支援困難ケースは少ないが、あれば対応を特定事業所職員会議で検討し、経過を支援経過記録に記録し、議事録で共有し支援に取り組んでいる。</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>計画の見直しについて「居宅介護支援事業所業務マニュアル」に定め、マニュアルに沿って実施している。大きな変化がなければ、定期的には、短期目標の期間で検証し、長期目標の期間で見直しを行っている。見直し時は、毎月のモニタリングで評価を、アセスメントシートで再アセスメントを行い、主治医等関係者の意見を電話や照会表で把握し、家族・サービス提供事業者が参加してサービス担当者会議を開催して検討している。サービス提供事業者に、居宅サービス計画書・サービス担当者会議録を送信し、変更した計画の内容を周知している。緊急等随時に変更する場合も、基本的には同じ手順でサービス担当者会議で検討し、計画の変更を行っている。</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
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシート・支援経過記録等統一した様式によって把握し記録している。サービス提供事業所からの実績報告・利用者状況報告書から、計画にもとづくサービスが実施されていることを確認している。施設共通の「記録マニュアル」が整備され、「ケアマネジメント自己点検シート」により確認する機会もある。支援経過記録内容を上位者が確認し、必要に応じて個別助言し、職員間で記録内容や書き方に差異が生じないように工夫をしている。特定事業所職員会議・居宅在介会議・高齢者施設運営推進会議・運営推進会議を定期的開催し、部門横断での情報共有に取り組んでいる。組織内情報は、議事録のシステム利用による個別発信、ヒヤリハットの回覧、メモでの伝達等で情報共有している。行政・各サービス提供事業所等からの情報文書を「申し送り事項」ファイルに綴じ回覧により共有している。回覧資料には確認印で共有を確認している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 個人情報管理規程・文書管理規程に、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。入職時に個人情報保護規定について説明を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。全体研修・居宅介護支援事業所研修で個人情報保護について研修を実施している。利用者・家族には、契約時に、個人情報使用について説明し文書で同意を得ている。		

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

A① 利用者の心身の状況をアセスメントシート、暮らしの意向等をフェイスシートで把握し、利用者個々に応じた居宅サービス計画書を作成し支援している。計画に「個別機能訓練」を取り入れ、利用者の自立への配慮・動機づけを行っている。また、住宅改修・福祉用具の導入等を計画に取り入れ自宅での生活継続を支援している。これまでの生活の経過や住居の状況を支援経過記録・モニタリングシートに記録し、安心・安全で落ち着いた生活を送るための環境づくりを支援している。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。
--

A②

利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、定期的なモニタリング訪問時や、必要に応じて随時訪問や電話でコミュニケーションを図り、居宅サービス計画書に反映し支援に活かしている。全体研修の実施や、利用者アンケートにより実施状況を確認し、利用者の尊厳に配慮した接遇の徹底に取り組んでいる。アセスメントシートでコミュニケーション能力や個別の配慮を把握し、定期的にあセスメントシートで再アセスメントを行い、ニーズに応じて居宅サービス計画に位置づけている。コミュニケーションが困難な利用者については、声の大きさや話しかける方向に配慮する等、利用者個々の状況に応じた個別の配慮を行っている。

		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

全体研修・居宅介護支援事業所研修で、身体拘束・権利擁護等に関する研修を実施している。モニタリング訪問時やサービス提供事業所からの報告等により、権利侵害の防止と早期発見に努めている。施設として身体拘束適正化指針・虐待防止指針が整備され、発見時は、「居宅介護事業所高齢者虐待防止マニュアル」の規定に沿って市に連絡することとしている。権利侵害の事例があれば、身体拘束適正化・虐待防止委員会、特定事業所職員会議、居宅在介会議で、再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みがある。

		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

利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について、アセスメントシート・フェイスシートに記録し、アセスメントシートで再アセスメントを行っている。認知症がある利用者には、面談時等には利用者に配慮して、支持的・受容的なコミュニケーション・対応に努めている。BPSDがある利用者があれば、経過を支援経過記録に記録し、サービス担当者会議で配慮事項等を共有する仕組みがある。居宅介護支援事業所研修や全体研修（外部研修の伝達研修）で、認知症の医療・ケア等について知識・情報を共有している。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、相談対応や助言について支援経過記録に記録し、ケアの方法を家族と共有できるよう取り組んでいる。また、サービス提供事業所からの報告等からサービス利用時の様子を家族に伝え、ケアの方法を家族と共有している。市の「高齢者福祉サービスのしおり」等を活用し、家族に社会資源について情報提供を行っている。

		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

利用者の体調変化時の対応手順、医師・医療機関との連携体制について、居宅介護支援事業所の「緊急時対応マニュアル」・「異常発見時対応マニュアル（119番通報・医療機関受診基準等フローチャート）」を整備している。高齢者の健康管理・病態・医薬品等について、外部研修「口腔ケア」の内容をもとに居宅介護支援事業所研修で「嚥下障害や誤嚥」について伝達研修を実施し共有している。モニタリング訪問・サービス提供事業所からの報告・家族からの連絡等により、利用者の体調変化の早期発見に努め、異変があった場合には、「異常発見時対応マニュアル」に沿って対応している。

		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

利用者が終末期を迎えた場合の対応・配慮事項等について「居宅介護支援事業所ターミナルケアマニュアル」を整備している。モニタリング訪問時やサービス担当者会議時に、終末期を迎えた場合の意向の確認を行い、主治医・訪問看護事業所等と連携を図り家族等の意向に沿って対応している。

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		
A16	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

利用者状況について、定期的には毎月のモニタリング訪問時に、変化があった時は電話や訪問等でキーパーソンに迅速に報告している。モニタリング訪問・サービス担当者会議・必要に応じて電話等で、サービスの説明・要望の把握・相談対応し、相談の内容は支援経過記録・サービス担当者会議録に記録している。家族への情報提供や助言は、モニタリング訪問・担当者会議・電話等で、市の「高齢者福祉サービスのしおり」等を活用して情報提供を行い、必要時には関係機関・サービス提供事業所等につないでいる。モニタリング訪問時やサービス提供事業者からの報告から、家族の状況・介護力の把握に努め、必要に応じてサービス調整等、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。

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		
A⑰	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「特定事業所職員会議」「居宅在介会議」、サービス提供事業所間ではサービス担当者会議を開催している。特定事業所職員会議・居宅在介会議、居宅介護支援事業所研修・全体研修等により、指導者や先輩等による相談、助言等が得られる機会を設けている。外部研修や介護支援専門員連絡会・部会等への参加、地域包括支援センターとの連携等を通じて、外部の専門職の指導や助言を得られる機会も設けている。

A-5 サービスの適切な実施

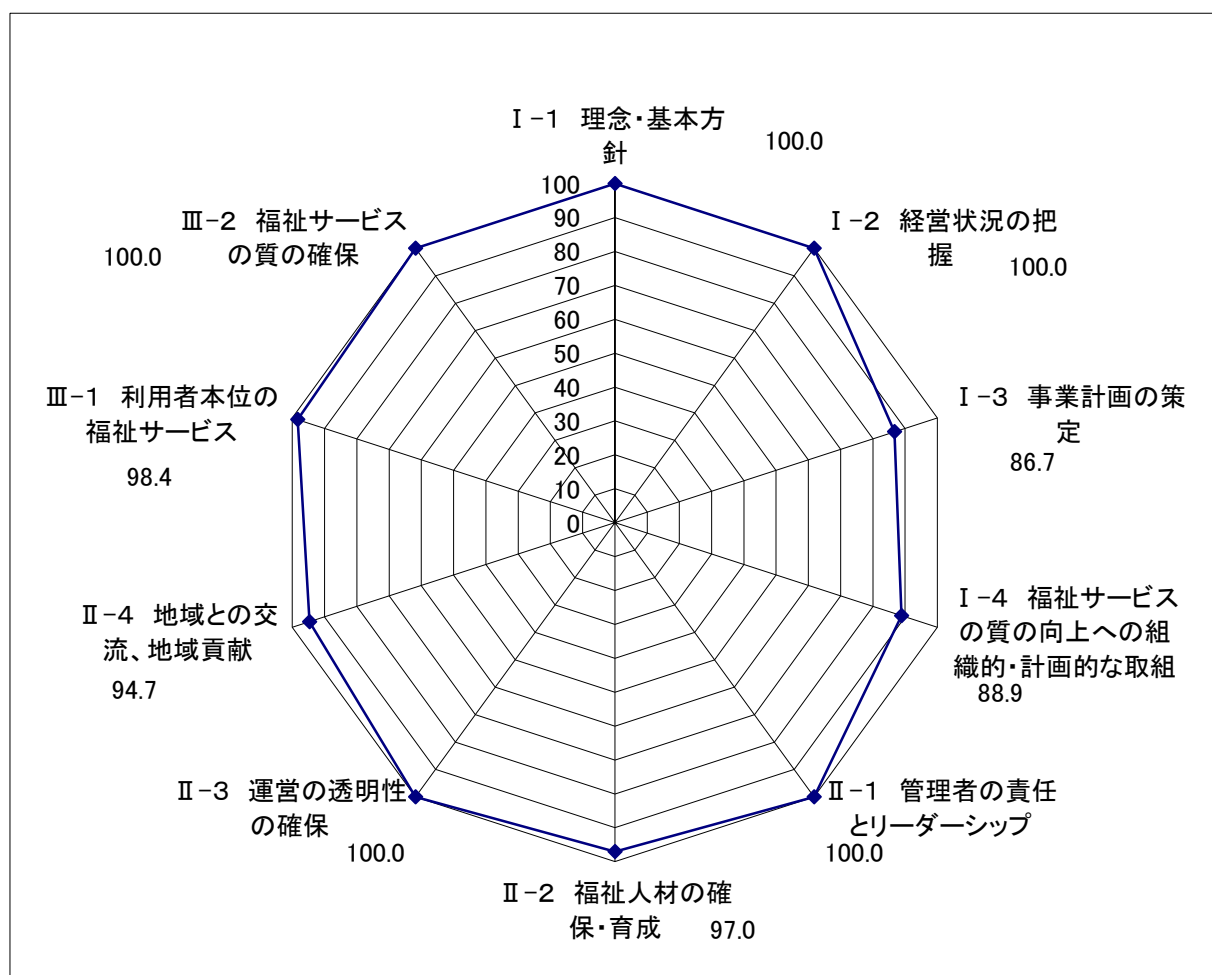
		第三者評価結果
A⑱	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a・b・c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・清潔保持・機能訓練・心理面に着目したサービスについて、利用者個々のニーズにもとづいた個別具体的なサービス内容を、居宅介護支援計画書のサービス内容に明示している。

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	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	8	88.9
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	33	32	97.0
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	19	18	94.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	60	98.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合 計	210	204	97.1



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	16	16	100.0
A-2 生活支援	13	13	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	46	46	100.0

総合計(I～Ⅲ+A)	256	250	97.7
------------	-----	-----	------

