

福祉サービス第三者評価結果シート兼アドバイスレポート

- 受審事業者名 ヘルパーステーション宝塚あいわ苑
- 評価実施期間 22年 12月 17日 から 23年 7月 13日
- 評価機関 株式会社 H.R.コーポレーション
- 評価調査者 K-0401004 ・ K-0401008 ・ K-0401010

総合コメント

特に良い点

法人の体制が確立されており、法人全体と各事業所が、理念に基づく中長期計画・事業計画を策定し、統一された方針の下で計画的に目標達成とサービスの質の向上に向けた取り組みがなされている。

職員の資質向上に関しては、「愛仁会グループ介護職員能力開発ガイドライン」に沿って、個々の職員について役職・経験年数を考慮したレベルアップや資格取得が図れるような研修体制が確立している。新人研修・法人内研修・事業所内研修を定期的計画的に実施するとともに、外部研修には法人内規定にそって研修参加支援があり、職員は学びの機会が確保されている。

法人内に業務改善推進、個人情報保護法対策、倫理・苦情解決（CS含む）、車両管理、感染防止、地域交流、債権管理などの各委員会を設置し、職員全員がいずれかに所属し定期的に開催される会議に出席することにより、職員参画の下サービスの質向上のための取り組みが行われている。

アセスメントからサービス実施計画の作成・サービス実施・実施状況の検討と評価・計画の直しまでのサイクルが確立されている。特にモニタリング表の質が高く、定期的なモニタリングの実施により、現状に即したサービス実施計画に基づいたサービス提供が行えている。サービス実施計画には、標準的な実施方法に基づいた個別性に応じた実施方法が記載され、個別ケアに取り組みされている。

ヘルパー全員が必ず出席できるようにヘルパー会議を月7回開催し、勉強会を行うとともに、各利用者に関しての報告からケース検討会を行っている。7回の勉強会は、各サービス提供責任者が担当し、同じテーマであっても様々な角度から学べるように工夫している。また、事業所独自の業務マニュアルをヘルパー全員が携帯しサービスの統一を図るなど、ヘルパーの資質向上とサービスの質の向上に取り組んでいる。

特に改善を要する点

サービスの質の向上を目的として各種委員会で課題や問題が話し合われた事は確認できるが、更に、検討された経緯や改善までの一連の流れがわかるような記録の方法を検討し、全職員が経緯や改善内容の詳細を十分に共有できるような取り組みの工夫を期待する。

法人全体、また、事業所独自に各種マニュアルが作成されており、必要に応じた随時の見直しが行われているが、すべてのマニュアルについて、時期を決めた定期的な検証がもれなく行われることにより、より現状に即したマニュアルが活用されることが望まれる。

必要となる関係諸機関・団体のリストとして、宝塚市介護保険事業者協会の作成しているリストを活用している他、事業所独自でも関係機関の連絡先一覧を作成しているが、事業所で作成している一覧も種別に分けての明示が望ましい。

I 事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供	Ⓐ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所のサービス提供に関する基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 ■ 基本方針を会報や印刷物などに掲載して、利用者やその家族等に配布している。 ■ 基本方針をホームページに掲載したり、求められれば提供するなど、誰でも知ることができるようにしている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ⓐ B C ■ ■ 	<p>法人理念は事業所内のだれもが分かりやすい位置に掲示すると共に、職員の名札の裏に明示され周知に努めている。毎朝の朝礼でも唱和されていたが、組織編成の都合上、全体朝礼が難しい状況となった為、次年度より月に1回実施予定の全体会や各委員会・会議にて、理念の共有と浸透を図る取り組みを計画している。また、年に1回行われている倫理法令遵守の研修で理念について周知と理解を促す機会を設けている。更に、事業所では法人理念をもとに目標を掲げ、質の高いサービスを提供する上での基本としている。パンフレットや、年に4回発行されている地域向けの広報誌「みらい」・ホームページに基本理念が明示され、また、地域の福祉部会に法人として施設長が参加する事で、地域住民等の理解や協力が得られるよう取り組んでいる。</p>
2 事業所が行っているサービスの情報を積極的に提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者やその家族等が適切にサービス選択するために必要な情報を提供している。 ■ 情報をホームページに掲載するなど、誰でもいつでも知ることができるようにしている。 ■ 提供している情報を定期的に見直し、内容の変更などに速やかに対応している。 ■ 質問に応じて説明を行う用意がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ⓐ B C ■ ■ ■ 	
	補足等:		

I 事業所の運営

2 サービスの質の向上		(A ⁺) A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの質の向上を目的とした検討体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的に開催している。 ■ 委員会などの検討内容や結果を記録している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	<p>法人内で業務改善推進、個人情報保護法対策、倫理・苦情解決(CS含む)、車両管理、感染防止、地域交流、債権管理の各委員会を毎月1回開催し、サービスの質向上のための検討事項について話し合われている。委員会での検討内容については、事業所内会議での報告や議事録を回覧する事で全職員に情報提供し共有を図っている。各種委員会で課題や問題が話し合われた事は確認できるが、更に、検討された経緯や改善までの一連の流れがわかるような記録の方法を検討し、全職員が経緯や改善内容の詳細を十分に共有できるような取り組みの工夫を期待する。</p> <p>取り組みへの職員の参加については、毎日のミーティングや定例会議で職員の提案・意見聴取がなされている。また、年に1回、書面にて職員から法人へ意見や要望を提出する機会があり、検討内容を事業計画作成に反映させている。スーパービジョンを含めた個別面談を行い、職員から直接意見や要望を聴取するよう取り組んでいる事が、「スーパービジョン」の記録で確認できる。</p> <p>利用者・家族の意見の取り入れについては、利用者アンケートを年1回実施している。アンケート結果について集計・分析を行い、法人内CS委員会で話し合い、サービスの改善に繋げている事が議事録・アンケート集計結果で確認できる。出された意見や要望の検討結果を書面で利用者・家族に回答している。</p> <p>サービスの質向上に向けた計画的な取り組みについては、3年間程度の中長期計画を策定している。中長期計画の実現の為に、毎年事業計画・方針管理を上・下半期毎に定めている。事業計画の評価については、重点課題について評価を点数化し職員間で総評を行い、次年度の計画策定に活かしている。</p> <p>サービスの質向上に向けた計画的な取り組みについては、3年間程度の中長期計画を策定している。中長期計画の実現の為に、毎年事業計画・方針管理を上・下半期毎に定めている。事業計画の評価については、重点課題について</p> <p>職員の資質向上に向けた体制としては、愛仁会・愛和会グループの中で個々の職員について役職・経験年数を考慮した資格取得やレベルアップが図れるよう研修計画を作成している。「愛仁会グループ介護職員能力開発ガイドライン」に沿って新人から経験年数5年目までの介護職員の能力開発を実践しており、職種に応じたレベルアップに計画的に取り組んでいる。研修の機会として、法人内研修、事業所内研修を月に1回実施し、研修受講後は報告書の作成があり、記録にて確認ができる。法人研修については、受講後アンケートを取り教育研修委員会で検討し、今後の研修内容改善に活かされている。外部研修は法人内規定にそって研修参加支援があり、研修受講後は報告書の提出が行われている。また、事業所内では伝達研修にて職員間の共有を図っている。新人職員については研修計画のもとで、法人内でのオリエンテーションや事業所内新人研修を行っている。</p>
2	サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 定期的に職員からの提案を募集している。 ■ 職員の意見を聴取するための場を設けている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ 	
3	サービスの質の向上への取組に利用者やその家族等の意見を取り入れている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 定期的に利用者やその家族等の意見を聞く機会を設けている。 ■ 出された意見を検討している。 ■ 出された意見の対応結果の説明・報告を利用者やその家族等に対して行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	
4	サービスの質の向上に向けた計画的な取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス内容や実施体制に関する事業所の中・長期的な課題や問題点を明らかにしている。 ■ 課題や問題点を克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定している。 ■ 中・長期計画の当該年度の内容を反映した1年ごとの事業計画を策定している。 ■ 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。 ■ 事業計画の評価を行うために、利用者やその家族等の意見を聞いている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ 	
		補足等:		

<p>5 職員の資質向上に向けた体制を整備している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員一人ひとりに必要な知識や技術などを明らかにしている。 ■ 職員一人ひとりに必要な資質・技術の修得に向けた研修計画を策定している。 ■ 職員の資質向上を一元的に推進するための担当者を設置している。 ■ 職員の人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。 	<p>■ (A) B C</p>	<p>スーパービジョン体制については、毎週実施しているケアマネジャー定例会でのケース検討会や、半年に1回の個別面談などを通じて、職員は日常の業務を振り返り、個々に応じて適切な助言や指導を受けている。ターミナルケアについて在宅診療に携わる医師からのアドバイスを受けたり、成年後見制度の活用について専門機関に相談する等、外部からの支援を受ける体制を整えている。法人内で業務改善推進、個人情報保護法対策、倫理・苦情解決(CS含む)、車両管理、感染防止、地域交流、債権管理の各委員会を毎月1回開催し、サービスの質向上のための検討事項について話し合われている。委員会での検討内容については、事業所内会議での報告や議事録を回覧する事で全職員に情報提供し共有を図っている。各種委員会で課題や問題が話し合われた事は確認できるが、更に、検討された経緯や改善までの一連の流れがわかるような記録の方法を検討し、全職員が経緯や改善内容の詳細を十分に共有できるような取り組みの工夫を期待する。</p> <p>取り組みへの職員の参加については、毎日のミーティングや定例会議で職員の提案・意見聴取がなされている。また、年に1回、書面にて職員から法人へ意見や要望を提出する機会があり、検討内容を事業計画作成に反映させている。スーパービジョンを含めた個別面談を行い、職員から直接意見や要望を聴取するよう取り組んでいる事が、「スーパービジョン」の記録で確認できる。</p> <p>利用者・家族の意見の取り入れについては、利用者アンケートを年1回実施している。アンケート結果について集計・分析を行い、法人内CS委員会で話し合い、サービスの改善に繋げている事が議事録・アンケート集計結果で確認できる。出された意見や要望の検討結果を書面で利用者・家族に回答している。</p>
<p>補足等：</p>			
<p>6 職員の研修機会を確保している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所内研修を定期的に行っている。 ■ 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。 ■ 外部研修会の参加者による事業所内の伝達講習又は参加レポートの提出を行っている。 ■ 職員の個別研修活動を支援している。 ■ 新規採用職員のための系統的な研修プログラムを用意している。 	<p>■ (A) B C</p>	
<p>補足等：</p>			
<p>7 職員に対するスーパービジョン(指導・助言)体制を整備している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。 ■ 常に職員が事業所内で指導・助言を受けることができる体制を整備している。 ■ 必要に応じて、外部の専門機関に支援を受けることができる体制を整備している。 	<p>■ (A) B C</p>	
<p>補足等：</p>			

II 利用者の尊重・保護

<p>1 利用者やその家族等の意向の尊重</p>	<p>評価結果</p>	<p>評価の根拠及びアドバイス</p>
<p>1 サービス内容の決定において利用者やその家族等の意向を尊重している。</p>	<p>(A+) A- B+ B- C</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ サービス内容を決定する過程に、利用者やその家族等の意向を反映するための取組がある。 ■ サービス内容を複数から選択できる場合には、決定するための情報を提供している。 ■ 選択や決定の際に行うサービス内容の説明は、わかりやすいように図表などを用いている。 ■ 利用者が意向や同意を表明できない場合には、第三者が関与を行う制度を活用できるように利用者を支援している。 ■ 利用者やその家族等への説明と同意に関するマニュアルを定めている。 	<p>■ (A) B C</p>
<p>補足等：</p>		<p>ケアマネージャーからの情報提供を基に、事前面談でアセスメントを行い、サービス内容に関して利用者・家族の要望を聞き取りサービス計画に反映している。サービス内容を選択する際には、契約書・重要事項説明書以外にリーフレットや資料を用いて、情報提供している。リーフレットや資料は、写真や絵、Q & A形式、図などを用いて、理解しやすいように工夫している。利用者が意向や同意を表明できない場合は家族が代行し、第三者が必要な事例は今までなかったが、民生委員、地域包括支援センター、司法書士等を紹介する仕組みはある。依頼を受けてから、サービス開始までの流れを記載したマニュアルがあり、その中に利用者・家族への説明と同意に関する手順が明記されている。</p> <p>苦情対応について相談受け付け窓口の担当者を明記し利用者・家族に説明している。苦情の再発防止とサービス改善に繋げるために、毎月1回苦情解決委員会にて検討されている。苦情の経過や改善に向けた取り組み・家族への対応については苦情受付書に記録されている。クレームについても「利用者安全管理報告」の中で集計・分析できるよう整備されているが、現在はクレームに至るケースは無い。</p>
<p>2 利用者やその家族等からの不満や不服を解決するための取組を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。 ■ 苦情を調停するための委員会(例、苦情解決委員会)などに第三者が参加している。 ■ 苦情に関するデータを蓄積し、サービス改善に活用している。 	
<p>補足等：</p>		
<p>3 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 行事などへの参加は、利用者の選択に任せている。 <input type="checkbox"/> 利用者の興味もてる行事などを開催するために、事前又は事後のアンケートなどを実施している。 	<p><input type="checkbox"/> A B C</p>
<p>補足等：</p>		

II 利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保		(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 人権やプライバシーの確保に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 人権やプライバシーを確保するための基本的な考え方を明らかにしている。 ■ 人権やプライバシー確保に関するマニュアルを定めている。 ■ 利用者やその家族等が人権やプライバシーについて、第三者に相談できるよう配慮している。 		(A) B C	<p>プライバシーポリシーを玄関に掲示し、パンフレット・ホームページに個人情報保護方針について掲載している。また、プライバシー保護マニュアルを定め、年に1回は法人内での研修を実施し職員間で再確認している。重要事項説明書に苦情相談窓口が明示され利用者・家族に説明し、外部第三者委員会設置についても掲示し相談できる体制を整えている。</p> <p>個人情報の保護について、法人内での管理責任者は施設長と定め、保護管理規定策定のもと体制を整えている。利用者・家族に対しては、契約時に個人情報の取り扱いや使用目的について説明し同意書を得ている。職員の守秘義務は在職中は当然のこととして、退職後も守ることが明示された書面で誓約している。</p>
2 個人情報の保護を徹底している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の管理責任者を設置するなどの管理体制を整備している。 ■ 事業所外へ個人情報を提供する場合は、必ず利用者やその家族等へ事前に書面などで同意を得ている。 ■ 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。 ■ 利用者やその家族等に関する情報の取扱規程を定めている。 		(A) B C	
3 身体拘束の弊害の正しい認識と廃止のための取組を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 身体拘束が起こりやすい状況や場面を想定した職員研修や話し合いを行っている。 <input type="checkbox"/> 身体拘束を行わないサービス方法や環境・設備の工夫を検討している。 <input type="checkbox"/> 身体拘束の弊害と廃止の方針を利用者やその家族等に説明している。 		A B C	
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

1 サービス実施計画の作成		(A ⁺) A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 利用者一人ひとりの目標を明らかにしたサービス実施計画を作成している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者一人ひとりの課題(ニーズ)に基づいた目標を明らかにしている。 ■ 利用者一人ひとりの目標を達成するためのサービス実施計画を作成している。 ■ 利用者一人ひとりのサービス実施計画の作成を統括する作成責任者を定めている。 ■ サービス実施計画の作成を関係職員の参画のもとに行っている。 		(A) B C	ケアマネジャーからの情報提供を受け、事前訪問・アセスメントを行い、利用者一人ひとりの課題を明確にし目標設定している。各利用者についてサービス提供責任者を定め、ケアプランに基づいて目標達成のためのサービス実施計画を作成している。初回の計画作成については、アセスメントで聴取した利用者・家族の意向に基づいて、ケアマネジャーとサービス提供責任者が中心となり、必要に応じて主治医や関係サービス提供事業者からの情報提供や助言を受けて行っている。
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスの標準的な実施方法を定めている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個々のサービスについて、その標準的なマニュアルを定めている。 ■ マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 		A (B) C	愛仁会グループで法人全体のヘルパーのマニュアルが作成されており、さらに宝塚愛和苑ヘルパーステーション用のマニュアルも作成し、各サービスの標準化を図っている。マニュアルは事業所に設置すると共に、冊子にしてヘルパー全員に配布し、携帯しいつでも確認できるようにしている。マニュアルの標準化を基に、利用者一人ひとりに合わせたサービスの実施方法が採られていることが訪問介護計画から確認できる。マニュアルの見直しについては、ヘルパー会議の中で随時の見直しを実施する他、業務改善委員会の中での見直しを行っている。現状に即したマニュアルとなるように、定期的な見直しの実施が望ましい。 利用者の状況などの情報共有については、業務終了時各担当ヘルパーから報告を受け、事業所の申し送り用紙に記載し、職員間に情報が伝わるようにしている。また、利用者宅に申し送りノートを設置し、利用者の状態・状況の変化や連絡内容について、情報共有できるようにしている。ケース会議については、月7回ヘルパー会議を開催し、ヘルパーは必ず1回、できる限り頻回に出席するように奨励している。会議は各サービス提供責任者が担当し、勉強会を行うとともに、各利用者に関しての報告からケース検討会を行っている。
補足等:				
2 利用者の状況などに関する情報を職員が共有している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の状況などの情報が関係職員に確実に伝わる取組がある。 ■ サービス実施過程において、関係職員による事業所内のケース会議などを定期的に行っている。 		(A) B C	
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

3 サービスの評価・変更	A⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスの実施に関する評価を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者一人ひとりのサービス実施状況を把握し、記録・保管している。 ■ 利用者一人ひとりのサービスの実施状況の総合的な管理責任者を定めている。 ■ サービス実施時や実施後の利用者やその家族等の状況の変化などに関する情報をサービス実施計画の作成責任者へ確実に伝達している。 ■ 設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ ■ 	<p>支援経過の記録は、以前手書きであったが、現在はデータ化し、記録・保管されている。各利用者には各サービス提供責任者を定め、事業所の管理者が総合的な管理責任者を努めている。利用者一人ひとりへのサービス実施状況は、各担当ヘルパーから報告を受け申し送り用紙記載し、職員間で共有すると共に、サービス実施計画の責任者にも伝達している。また、要支援の利用者には1ヶ月に1回、要介護の利用者には3ヶ月に1回、モニタリング表を用いて目標に対する実施・達成状況を評価している。</p> <p>モニタリング表は、実施状況・達成度・評価・変更の必要性・満足度など、詳細にモニタリングできる書式で作成されており、利用者の状態の変化、達成状況の評価や利用者・家族の希望など、総合的に判断して見直しができるような仕組みがある。また、利用者の状態に変化がある場合や利用者・家族から変更希望がある場合には、随時モニタリングを行いサービス計画の見直しを行っていることが記録から確認できる。サービス内容の変更をしたい場合の手順は、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に周知している。見直しを行った場合は、利用者・家族に計画書を変更後の計画の説明を行い、計画書に署名捺印をもらい同意を得ている。</p>
2 サービス実施計画の見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス実施計画の目標に対する達成状況の評価を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 ■ サービス実施状況に対する利用者やその家族等からの変更希望を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 ■ 利用者やその家族等がサービス内容を変更したい場合の手順を明らかにしている。 ■ 変更後のサービス実施計画の内容・理由を利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A B C ■ ■ ■ 	
補足等：			

IV サービスの適切な実施

1 利用者やその家族等への支援	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 意思疎通について、サービスの方法を明示している。 ■ 食事について、サービスの方法を明示している。 ■ 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。 ■ 排泄について、サービスの方法を明示している。 ■ 身だしなみや清潔保持について、サービスの方法を明示している。 □ 機能訓練について、サービスの方法を明示している。 ■ 心理面に着目したサービスの方法を明示している。 	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p> <p>■</p>	
<p>補足等：</p>		
<p>2 利用者の好みにあわせた理・美容への支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 理・美容に利用者の好みや意向が反映できるよう配慮している。 □ 理・美容室の利用など、希望に応じた支援を行っている。 	<p>□ A B C</p> <p>□</p>	
<p>補足等：</p>		
<p>3 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 余暇活動や生きがいづくりに対する意向を把握する取組がある。 □ 意向に沿った活動に向けて利用者が行動するための提案を行っている。 □ 利用者が自発的なグループ活動などを行いたいときには支援している。 	<p>□ A B C</p> <p>□</p> <p>□</p>	
<p>補足等：</p>		
<p>4 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 面会時間・場所はできる限り利用者や相手の意向を尊重している。 □ 面会時間はプライバシーを確保し、落ち着いて会話できるように配慮している。 □ 外出や外泊の機会を持てるように支援している。 	<p>□ A B C</p> <p>□</p> <p>□</p>	
<p>補足等：</p>		
<p>5 利用者やその家族等からの相談に積極的に対応している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 相談内容に応じて、相談方法や相談相手を選択することができる。 ■ 相談に関する標準的な対応方法を定めている。 ■ 介護相談や経済的な問題など、事業所が行っているサービス以外の相談内容にも取り次ぎも含めて対応している。 	<p>■ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p>	
<p>補足等：</p>		
<p>6 利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。</p> <ul style="list-style-type: none"> □ 利用者の日常的な状況を定期的かつ積極的に情報提供している。 ■ 事故発生時には、速やかに連絡している。 ■ サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。 	<p>□ (A) B C</p> <p>■</p> <p>■</p>	
<p>補足等：</p>		

提供するすべてのサービス内容の基本的なマニュアルを作成し、職員に配布し周知を図っている。基本的な対応方法に加えて、アセスメントで抽出された課題や問題に対応するための、利用者一人一人に応じた個別・具体的な実施方法を、各訪問介護計画書に詳細な手順として明示している。例えば、意思疎通については難聴の利用者への文字ポートやジェスチャーでの対応、食事については嚥下障害のある利用者への調理方法や介助方法、入浴については使用する福祉用具や介助手順、身だしなみについては各利用者の希望に応じての身だしなみ方法、心理面では会話や表情への注意事項などが詳細に記載されている。

マニュアルを作成し、相談の対応手順を明記している。利用者の希望や相談内容に応じて、相談場所や相談相手を選択できる仕組みがある。事業所が行なっているサービス以外の相談内容は、法人とも相談しながら適切な対応窓口へ取り次ぐようにしている。

緊急時マニュアルに利用者急変時・救急車の呼び方などの手順を明示し、迅速に対応できるようにしている。また、利用者別に病院・他のサービス・緊急連絡先が明示された書類を作成しており、個人ファイルを事業所と利用者宅に設置し、事故発生時など速やかに緊急時対応できるように取り組んでいる。事故報告書は表面の報告書式と共に、裏面には状況の流れが計時的に詳細に記載されている。開示に応じることが重要事項説明書に明示されているが、現在まで開示の請求の事例はない。

IV サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		A ⁺ A ⁻ B ⁺ B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	<input type="checkbox"/> 生活空間の整備には、利用者の意向を反映している。		<input type="checkbox"/> A B C	
	<input type="checkbox"/> 生活空間のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/>	
補足等:				
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	<input type="checkbox"/> 定期的に利用者の嗜好や喫食状況を把握するなど、献立に配慮している。		<input type="checkbox"/> A B C	
	<input type="checkbox"/> 食事を楽しむことができるような雰囲気への工夫をしている。		<input type="checkbox"/>	
補足等:				
3 郵便や電話などの通信機会を確保している。	<input type="checkbox"/> 郵便や電話などを利用したい時に、いつでも利用できる工夫をしている。		<input type="checkbox"/> A B C	
	<input type="checkbox"/> 郵便や電話などの利用時のプライバシーに配慮している。		<input type="checkbox"/>	
補足等:				
4 利用者の生活の範囲を施設外へ広げるための取組を行っている。	<input type="checkbox"/> 地域の公共機関や店舗の利用、行事への参加などの機会を確保している。		<input type="checkbox"/> A B C	
	<input type="checkbox"/> 生活マップの作成など、施設周辺の地域情報を利用者が得られるようにしている。		<input type="checkbox"/>	
補足等:				
<input type="checkbox"/> 取組への協力が得られるよう、地域へ働きかけている。			<input type="checkbox"/>	
補足等:				

IV サービスの適切な実施

3 安心と安全の確保	A ⁺ A ⁻ (B ⁺) B ⁻ C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
<p>1 事故防止や安全管理を徹底するための取組を行っている。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的に開催している。 ■ 発生した事故や事故につながりそうな事例の把握を行い、記録・分析している。 ■ 事故防止を利用者一人ひとりに着目して行うため、心身の状況の聞き取りや必要となる器具・設備に配慮している。 ■ 床面、通路、階段などを整理し、安全で自由に移動できる空間を確保している。 ■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ 	<p>リスクマネジメント委員会を法人で設置し、月に1回開催している。法人の会議では、各部署からヒヤリハット報告がなされ、データ化し報告されている。事故報告に関しても、事故レベル別に報告がなされている。ヒヤリハット報告は、各部署でも分析がなされ予防に活かすように取り組んでいる。ヘルパーステーションでも、ヒヤリハット・事故報告書の提出がなされ、ヘルパー会議で内容の報告がなされ、報告内容を検討し分析結果を出している。事故報告は少ないが、ヒヤリハット報告の数は多く、職員・ヘルパーの事故予防や安全の確保についての認識の高さがわかる。報告書には、業務・設備トラブル報告書・事故報告書・ヒヤリハット報告書があり、安全管理マニュアルに事故レベル分類に応じた報告方法を明示し、報告書種別・報告方法を明確化している。各利用者のアセスメントにより訪問介護計画書のニーズに心身の状況を記載し、利用者の状況に応じた器具や設備を記載し支援を行っている。サービスの提供過程で、心身の状況の変化から器具や設備の必要性が生じた場合にも、サービス実施記録書に記載しケアマネジャーに報告し、プランに反映させてもらえるように配慮している。利用者が自宅で移動する際に、安全で自由に動けるように空間整備を行なっている。服薬確認についてチェックシートを作成し職員・ヘルパー間で情報の共有を行い利用者の安全を確保している。</p>
<p>2 事故や災害の発生時に適切に対応できる体制を整備している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事故・災害に対するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 職員にマニュアルを周知している。 ■ 事故発生などの緊急時の対処方法や連絡先を定めている。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ □ 	<p>法人全体での消防計画・災害マニュアルが作成され、緊急連絡網を各職員に配布している。緊急時マニュアルをヘルパーステーション独自でも作成し、訪問介護で起こりえるさまざまな事故・緊急時に対しての手順や対応方法を明示している。マニュアルは、法人全体で実施される全体学習会と、ヘルパー会議での事故予防の研修の中で説明され、理解と浸透を図っている。事故・緊急時の実際の対応方法について、会議の中でも年1回定期的に訓練を実施している。各利用者宅に設置するファイルに緊急連絡先が記載されているが、事故や緊急時の個別の対処方法も明示されることが望ましい。マニュアルは、現在行なわれている随時の見直しに加えて、定期的な検証が望まれる。</p>
<p>3 衛生管理などを徹底している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 職員に衛生管理や感染症対策に関する研修を行っている。 ■ 衛生管理に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 感染症対策に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 ■ 職員にマニュアルを周知している。 ■ マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 ■ チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A (B) C ■ ■ ■ □ ■ 	<p>法人全体の学習会で実施される研修に参加する他、ヘルパー会議の中で行われる学習会でも実施し、理解と知識を深めるように取り組んでいる。法人で作成された感染症・食中毒マニュアルに加えて、在宅で考えられる食中毒・感染症の内容を含めて事業所の実態に応じたマニュアルを作成している。マニュアルを各ヘルパーが携帯し繰り返し認識することと、研修での学習を通じて、ヘルパーへの周知を図っている。マニュアルには、予防と発生時の対応も明示されている。白癬菌に対してのマニュアルの追加など、マニュアルの見直しは必要に応じて実施している。随時の見直しに加えて、定期的な検証が望まれる。各ヘルパーには、消毒液の配布を行っており、消毒液など必要物品のチェックを週1回実施しチェックしている。</p>
<p>4 利用者の健康保持に配慮している。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 ■ 体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医や嘱託医等に伝えている。 ■ 必要な検査・検診を受けられるよう援助している。 <p>補足等:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 	<p>サービス実施記録書の備考欄に体調や健康状態の変化、顔色や表情を記載し、事前退室チェック欄を設け、利用者の身体状況の変化を記録している。異常があれば、ヘルパーから事業所に、事業所からケアマネジャーに、ケアマネジャーから主治医に連絡する体制がある。モニタリング記録で記載しきれない利用者の状況については、実調記録で記載している。実調記録の中で利用者の受診状況や検査を受けた状況など記載されている。通院時依頼・報告書で時間受診日や受診時の結果報告内容、身体状況など記載し、ケアマネジャーに報告し、適切に検査や検診が継続して受けられるように配慮している。</p>

V 地域等との連携

1 地域社会との連携		(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所の役割を果たすために必要な地域の関係諸機関・団体と連携している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 ■ それぞれの目的に応じた連携を図るための定期的・具体的な取組を行っている。 ■ 事業所の機能にない分野について、常に連携・協力を得られる専門機関を確保している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ 		宝塚市介護保険事業者協会の作成している関係諸機関・団体のリストを活用している他、関係機関の連絡先一覧をも事業所でも作成している。事業所で作成している一覧も種別に分けての明示が望ましい。2カ月に1回開催されている宝塚市の介護保険事業者訪問部会出席し、事例を含めた情報交換・意見交換に参加している。また、介護保険事業者訪問部会で行われている広報部会にも出席し積極的に連携・協力を得るよう取り組んでいる。広報部会では様々なイベントやフェアを開催し、そこにも参加している。事業所の機能にない分野については、総施設長が医師でいつでも相談できる体制があると共に、法人内に訪問リハビリ部門があるためADLやトランスファーに関しての助言や指導を受けることもできる。
	補足等：			
2 ボランティアの受入に配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> □ ボランティアを受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 □ ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 □ 受け入れたボランティアに対して必要な事前説明をしている。 	<ul style="list-style-type: none"> □ A B C □ □ 		
	補足等：			

V 地域等との連携

2 人材の育成		(A+) A- B+ B- C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 実習生を受け入れる体制を整備している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 ■ 実習生を継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 ■ 受け入れた実習生に対してオリエンテーションを実施している。 ■ 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために工夫している。 ■ 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (A) B C ■ ■ ■ ■ 		法人全体で実習生受け入れ体制を整備し、マニュアルを作成し、その中で実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。法人の受け入れ担当者を定め、総合的なオリエンテーションを実施している。また、訪問介護の特性を学ぶ目的での実習は、ヘルパーステーションの実習マニュアルに沿って指導が行われている。受け入れ先の利用者には事前に電話で意向を確認し、また、利用者家族に対しても実習生受け入れについて説明を行い了承を得ている。
	補足等：			