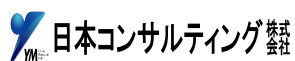


社会福祉法人 県央福祉会
アイネットさがみはら 御中

【平成29年度】 第三者評価結果報告書

かながわ福祉サービス評価認証機関 第28号



1	理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）
	<p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)支援・介護・療育・保育・医療等の質を確保し、利用者さん及び家族から評価される事業展開とします。</p> <p>2)たて糸と横糸のバランスの取れた組織と役割を明確にして専門性を高めるとともに時代に即応した事業を展開します。</p> <p>3)時代を正確に把握するために、市場調査やデータの収集・分析と管理に努め、時代に即応した事業展開を行います。</p>
2	期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）
	<p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <p>事業所職員の経験に応じ、サービス提供責任者としての担当業務、ヘルパーとしての役割、介護支援専門員へのスキルアップ、各種国家資格の取得推進など、専門職としての実務経験値を向上させる取り組みを今年度も継続します。</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>利用者さんが地域で生活して行く上で何が必要なのか、個々の利用者さんについて創造力をもって考え、実行に移す。</p>

調査対象

利用者総数は72名となりました。有効回答人数は42名となりました。

調査方法

利用者調査の方法は、聞き取り方式で実施致しました。聞き取り調査は事業所側に個室をご用意いただき、1対1で行い匿名性を確保しました。

利用者総数

72

共通評価項目による調査対象者数

72

共通評価項目による調査の有効回答者数

42

利用者総数に対する回答者割合(%)

58.3

利用者調査全体のコメント

総合的な評価は、「大変満足」14人(33.3%)、「満足」18人(42.9%)、「どちらともいえない」6人(14.3%)、「不満」0人、「大変不満」1人(2.4%)、「無回答」3人(7.1%)でした。

自由意見は、「相談にのってくれてとても良いです。安心して利用できます。」「家族から：子供の希望に沿って計画を立てて下さり、本人も喜んでます。」という意見がみられる一方「今まで通りお話をし、精神面もケアしてもらいたい。」「外出が定期的に決まっていることに関しては、きちんとやっていただいておりますが、連休や年末、急な外出等には対応が難しい事もある様に感じてます。」などの意見もみられました。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. サービスに安心感があるか	36	4	0	2
「はい」が85.7%、「どちらともいえない」が9.5%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が4.8%となりました。 自由意見は「息子の障害の特性を理解しようと、関わって頂いているので安心できてます。」などがありました。				
2. ヘルパーが替わる場合も、安定的なサービスが提供されているか	31	8	1	2
「はい」が73.8%、「どちらともいえない」が19.0%、「いいえ」が2.4%、「無回答・非該当」が4.8%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
3. 事業所の連絡・伝達は安定的に実施されているか	34	5	0	3
「はい」が81.0%、「どちらともいえない」が11.9%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.2%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
4. 事業所やヘルパーから、必要な情報提供や相談、助言を受けているか	30	4	2	6
「はい」が71.4%、「どちらともいえない」が9.5%、「いいえ」が4.8%、「無回答・非該当」が14.3%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
5. ヘルパーの接遇・態度は適切か	35	4	0	3
「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が9.5%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が7.2%となりました。 自由意見は特にありませんでした。				
6. 病気やけがをした際のヘルパーの対応は信頼できるか	28	7	0	7
「はい」が66.6%、「どちらともいえない」が16.7%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が16.7%となりました。 自由意見は「今まで体調が悪くなったことがない。」「今まで経験がないそうです。」などがありました。				

7. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	29	8	1	4
<p>「はい」が69.1%、「どちらともいえない」が19.0%、「いいえ」が2.4%、「無回答・非該当」が9.5%となりました。 自由意見は「本人が自分の気持ちを言葉で伝えることが難しいので、ヘルパーさんとの気持ちのずれ違いは常にあると思います。ヘルパーさんには常に立ち止まってひと呼吸おくこと。じっくり耳を傾ける事をお願いしたいです。」などがありました。</p>				
8. 利用者のプライバシーは守られているか	28	6	0	8
<p>「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が14.3%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が19.0%となりました。 自由意見は特にありませんでした。</p>				
9. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	32	4	0	6
<p>「はい」が76.3%、「どちらともいえない」が9.5%、「いいえ」が0%、「無回答・非該当」が14.2%となりました。 自由意見は特にありませんでした。</p>				
10. サービス内容や計画に関するヘルパーの説明はわかりやすいか	30	4	3	5
<p>「はい」が71.5%、「どちらともいえない」が9.5%、「いいえ」が7.1%、「無回答・非該当」が11.9%となりました。 自由意見は特にありませんでした。</p>				
11. 利用者の不満や要望は対応されているか	28	8	1	5
<p>「はい」が66.7%、「どちらともいえない」が19.0%、「いいえ」が2.4%、「無回答・非該当」が11.9%となりました。 自由意見は「外出ノートがあり、外出時の様子、家での様子等記入交換できているので安心してお願いしている。」などがありました。</p>				
12. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	18	10	4	10
<p>「はい」が42.9%、「どちらともいえない」が23.8%、「いいえ」が9.5%、「無回答・非該当」が23.8%となりました。 自由意見は「現在の通所施設には、第三者委員会が設置してあるので、そこで相談できると思う（これ迄、特に困ったという事は無かったの）。「本人にわかりやすく伝えていただいていると思いますが、内容の理解ができずにいるようです（母）。」などがありました。</p>				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 8/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している ○非該当
	●あり ○なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	○あり ●なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○非該当
	●あり ○なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) ○非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している ○非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている ○非該当
	●あり ○なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○非該当
	●あり ○なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○非該当

カテゴリー1の講評

職員が法人理念について考える機会が増えるよう、会議の場を有効に活用しています

職員に対して、法人として掲げている「ソーシャルインクルージョン(共生社会)を目指します」という理念を明確にし、周知しています。法人理念を事務所の壁に掲示するほか、職員に対しては職員会議の場で確認しています。具体的に現在行っている業務が理念とどのように関係しているか、会議の場で触れることで、職員の意識が定着するように取り組んでいます。利用者や家族に対しては、法人パンフレットや利用開始時の契約書、重要事項説明書で理念に触れており、今後はさらに法人・事業所について知ってもらえるようにしたいと検討しています。

所長は目標管理制度を通じて自らの役割と責任を明確にし、職員へ周知しています

所長は自らの役割と責任を職員に伝え、事業所として目指すべき方向に進むよう取り組んでいます。法人では人事評価制度を導入しており、所長が立てた目標や役割、責任についても職員に共有しています。職員の話聞く、それに対して必要に応じて動く、という目標に対して、事業所のトップとして基本を忠実に取り組んでいます。月1回行われる法人会議の場でも、所長が立てた目標や役割について、法人内での確認があるため、必然的に所長がこれまでの行動について振り返りができています。

職員会議での決定事項を全ての職員が確認できるよう配慮し、改めて確認をしています

重要な案件は職員会議で話し合わせ、決定事項を確認しています。しかし、当事業所は居宅介護事業をしている性質上、職員(ヘルパー)は外出していることが多く、職員全員で揃うことはなかなか難しい状況です。そのため、事業所では会議の回数を増やし、できるだけ多くの職員の意見を聞けるよう取り組み、決定事項はメールを活用し周知しています。また、メールでの周知だけでなく、会議の場で改めて決定事項を確認することで、職員が共通の意識を持ち仕事に取り組めるようにしています。

2 経営における社会的責任		
サブカテゴリ1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	2/4
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	3/7
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇●)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(●●●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

職員が守るべき法・規範・倫理について、意識が高まるよう取り組んでいます

福祉サービスに従事する者として、法人では職員に必要な教育を実施しています。本年度は法人主催で人権研修を行い、職員が守るべき法や規範、倫理等の意識を高める場をつくっています。また昨年は事業所内で、職員のロールプレイング研修を行っています。あるケース下において、それぞれの職員が自分自身が取った行動がどうであったか、職員同士でフィードバックをもらうことで、これまで知らなかった自分の癖や新しい発見など得られるようにしています。それ以外にも「介護サービス介護者向け心得」を配り、意識が高まるよう取り組んでいます。

ホームページやお祭り等を通じて、地域社会に対して事業所をアピールしています

事業所の情報は法人のホームページの他、複数の介護系サイトに掲載されています。地域社会、外部に対して透明性の高い事業所になるよう情報公開を着実に実施していますが、事業所としては今後は更に情報発信に力を入れたいと考えています。また、相模原市の同地域における福祉祭りに毎年参加し、事業所をアピールしています。お祭りに参加している方に盲ろう体験として目隠しで車椅子に乗ってもらい、利用者の状況を体験してもらうことで一般の方にも福祉の特性を知って頂けるよう取り組んでいます。

地域の社会福祉協議会と連携を図り、福祉ニーズの把握や情報共有に取り組んでいます

事業所は相模原市の同地域にある社会福祉協議会と連携を図っており、地域の福祉ニーズを収集しています。地域の児童・障がい・高齢の分野での意見交換を行うほか、一人の利用者に複数の福祉事業者が関わるケースがあるため、情報共有をしています。地域の社会福祉協議会とは研修を年に2回開催しており、テーマを決めてゲストスピーカーを招集したり、体幹を強化し、腰痛を防止する運動なども行っています。このような地域の関わりは会合記録として保管され、職員にも周知しています。

3			カテゴリ3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリ1(3-1)				
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			7/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) 評点(〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている		○非該当
●あり ○なし		2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる		○非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる 評点(〇〇●)				
評価		標準項目		
○あり ●なし		1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし		2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している		○非該当
●あり ○なし		3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる		○非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している 評点(〇〇〇)				
評価		標準項目		
●あり ○なし		1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし		2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる		○非該当
●あり ○なし		3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している		○非該当
カテゴリ3の講評 職員は利用者との関わりから意見や要望、苦情を聞き取り、情報共有や改善をします 利用者に対し、契約時の契約書や重要事項説明書を用いて意見・要望・苦情がある際の対応について説明し、法人・事業所として誠実に対応することを伝えています。職員は利用者とのコミュニケーションを通じて、どのような意見や要望があるか、把握に努めています。その際に重要性・緊急性に応じてメールを通じて職員間で情報を共有し対応するようにしています。日々の情報は利用者ごとのケースファイルに記録され、職員会議でも内容を確認し、対応策や改善点について話し合われています。				
利用者の状態を多面的に捉えることや職員の能力を向上し、支援力向上を図っています 利用者への支援・サービスが向上するように組織体制や職員教育に取り組んでいます。一人の職員がずっと同じ利用者を担当するのではなく、他の職員と交代して対応することで、多面的に利用者の状況を把握して、本当に必要な支援ができるようにしています。現時点では利用者本人からアンケートを取り意見を収集することはしていませんが、利用者の意見や要望を踏まえ個別支援計画を年に1回見直しています。また、事業所では職員の支援・サービスの質を向上させるため、ベッドの移動方法やスライドボードの実演など教育動画を作成し、学習しています。				
法人会議や地域ネットワークなどで福祉情報やニーズを収集し、課題を検討しています 地域社会の福祉に関する情報は、法人の会議や地域のネットワークより業界の情報や地域のニーズを収集し、今後の運営に活かしています。法人の所長会議及び法人の相模原エリア会議はそれぞれ月に1回開催され、障がい事業所の情報以外にも高齢施設や保育施設等の動向についても情報を得ています。地域の課題として利用者宅での老老介護が増えていることや認知症を患う利用者が増えてきていること、その方達を支える若い職員が少なくなっている現状があり、法人・事業所としても対応策の検討を今後の課題としています。				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	2. 年度単位の計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	○非該当
●あり ○なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	○非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にすることの取り組みを行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	○非該当
●あり ○なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる	○非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当

カテゴリ-4の講評

法人の理念やビジョンを実現するため、単年度計画及び中長期計画を策定しています
 理念・ビジョンの実現に向けて、法人では5ヶ年計画であるマスタープラン(中長期計画)を策定し、事業所では単年度の事業計画書を策定しています。この事業計画書には①年度の目的、②年度の方針、③年度の重点目標、④事業所としてユニークで独創的な取り組み、⑤重点課題、⑥実施運営、⑦事業内容、⑧活動日数、⑨研修、⑩会議、⑪年間予定等が記載され、職員に周知しています。事業所はこの計画が達成できるよう人員配置を検討し、職員はこの計画に従って活動量や成果目標を設定しています。

利用者の状態や事業所の数値など把握し、計画の実現に向けて取り組んでいます
 次年度の事業所の計画は前期の2月頃検討され、法人で3月に承認されます。この計画に従いサービス提供責任者やシフト担当者が年度初めに計画案を作成し、職員会議で担当を決め、内容を周知しています。利用者人数やサービス提供回数、利用者の状態(要介護度、障がい程度区分)、職員数、収支状況、研修参加数、事故報告、苦情報告、ヒヤリハット等について、数字で測れる部分については毎月数値管理をしており、前年同月と比較検討することで目標達成の意識が持てるようにしています。

職員が日々の安全確保の意識をもち、緊急時対応が出来るよう取り組んでいます
 利用者の安全確保や緊急時の対応について、マニュアルを作成し職員への教育を行っています。「介護サービス事業者の心得」に緊急時の対応が必要になった際の対応方法や緊急連絡先等が記載してあります。感染症や事故等について行政から情報があれば、職員(ヘルパー)は外出していることも多いため、事業所ではその内容を印刷し、職員へ配布・送付するようにしています。また、事故が起こった場合は事故報告書にて法人や然るべき機関に提出していますが、なぜそのような事が起こったか内容を細かく記載し、再発防止まで取り組めるようにしています。

カテゴリ5		
5 職員と組織の能力向上		
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(0000●)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○非該当
●あり ○なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	○非該当
○あり ●なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	○非該当
●あり ○なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	○非該当

サブカテゴリ-2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

6/7

評価項目1

職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

評点(○○●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(○○○○)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-5の講評

人事考課制度を導入し、人材像を明確にするほか、採用・配置も適正に行っています

法人では今年度新しい人事評価制度を導入し、法人の求める人材像、評価項目を明確にしています。人事考課シートには法人が大事にしている評価ポイントが反映されており、それを基に職員は自分でも目標を立て、所長との面談に臨んでいます。また、事業性質上、職員の確保は最重要課題ですが、現在では運営に必要な資格や経験がある職員の採用、配置はできています。法人は常勤の正職員の採用を行います。事業所としては非常勤、登録ヘルパーの採用をするために媒体や募集時期など効率よく採用できるよう工夫しています。

職員の能力向上のため、法人の研修に参加する機会や資格取得の援助をしています

職員の支援力、技術力等の能力が高まるよう個人目標を立てることで、事業所では職員育成を計画的に行っています。これまでは目標管理シートで職員が今期取り組みたい目標テーマを記載することができましたが、今年度からチャレンジシートへの変更に伴い書式を変更したことで、より具体的に分かりやすく記載できるようにしています。職員個人別の育成計画については計画的とまではなっていますが、必要に応じて職員を法人の研修に参加することや、資格を取得するための費用を負担しているなど、職員の能力開発ができる環境を整えています。

職員の満足度やストレス度を把握し、事業所が働きやすい環境になるよう配慮しています

職員の満足度を高め、負荷を軽減するために就業環境の整備に取り組んでいます。事業所ではストレスチェックを年に2回実施し、法人全体で管理しています。その結果によっては、法人内にカウンセラーが配置されているため、必要に応じて面談することができます。また、事業所では職員の残業を管理し、休暇も取得し易くすることで、働きやすい職場環境をつくっています。居宅介護という事業の特性上、職員(ヘルパー)は一人で扱う業務が多いため、日々の会話の中で良かったことをフィードバックすることでやる気を感じてもらえるよう取り組んでいます。

7			カテゴリ7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		○非該当		
●あり ○なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		○非該当		
●あり ○なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		○非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)		
評価	標準項目				
●あり ○なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		○非該当		
●あり ○なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		○非該当		
●あり ○なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		○非該当		
●あり ○なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		○非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>法人の情報セキュリティポリシー—新に伴い、情報管理に対するルール規程ができました</p> <p>法人では今年度「情報セキュリティポリシー」と「情報システム管理規程」を設け、法人及び事業所で取り扱う電子情報の保護・共有のルールを一新しました。それに伴い、パソコンの使用ルールや情報管理について、職員一人ひとりの意識改革を促しています。法人や事業所の運営に関する重要情報は役職による閲覧制限を設けており、一般職員が自由に情報を共有できる共有フォルダも設けています。情報セキュリティのルールが職員個々に浸透するにはまだまだ時間が掛かることも予想できるため、継続的な情報セキュリティ教育の実施が望まれます。</p> <p>法人の個人情報保護規程に則り、利用者や職員に対して規程の運用をしています</p> <p>法人の「個人情報保護規程」に則り、事業所も同じ規程で運用しています。個人情報保護規程には個人情報の利用目的や個人情報の管理、開示請求等、記載されています。利用者が事業所と契約する際の「利用契約書」にも守秘義務として、個人情報の取扱いに関するルールを記載しています。また、登録ヘルパー含む全職員に対しても個人情報保護に関する同意書を提出してもらっています。法人の「個人情報保護規程」は平成18年11月に改正があって以来約10年経過しているため、最新の条例も踏まえた規程になるよう改定が望まれます。</p>					

カテゴリ8

8 カテゴリ1～7に関する活動成果

サブカテゴリ1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、事業所運営が計画的に実行されています

所長と主任の役割分担ができ効率的に事業所運営ができたことや、共通認識が醸成されたことで、前年度に比べ利用者数や職員の定着など計画的に進んでいます。

サブカテゴリ2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、職員の能力が高まり、組織の能力が向上しました

今年度「難病患者等ホームヘルパー養成研修」に職員2名が参加することができました。その結果、来年度事業所の業務が安定的に活動できるようになり、組織の能力が向上しました。

サブカテゴリ3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、情報の保護・共有に関する意識が向上しました

今年度、法人で「情報セキュリティポリシー」に関する規程を一新されました。パソコン使用に関する情報セキュリティが明文化されたことで、事業所のルールが厳格になり、職員の意識も向上しました。

サブカテゴリ4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、収支バランスが健全になり、赤字が解消されました

今年度、事業所の収支バランスを見直した結果、赤字が解消され、健全な事業所運営ができています。収入面で加算を取得したことと、職員のシフトを見直し残業を減らしたことが収支バランスの健全化に繋がりました。

サブカテゴリ5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

前年度に比べ、利用者意向の把握の面での向上は見られません

事業所とヘルパーとの関わりで利用者に関する情報や地域の情報を確認することはありますが、その情報は事業所の記録に残すこと、一部のメンバーに共有する程度の状況です。そのため、前年度と比べて、利用者意向の把握の面では特段向上は見られませんでした。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1~3、6-5~6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 2/4
評価項目1 利用者希望者等に対してサービスの情報を提供している		
評点(○○●●)		
評価	標準項目	
○あり ●なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	○非該当
○あり ●なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	○非該当
●あり ○なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○非該当
●あり ○なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	○非該当
サブカテゴリ1の講評		
パンフレットは作成されておらず、口コミ等で情報が広がっています 事業所の情報はケアマネジャーと関係機関のホームページ、法人内の事業所で利用者等への口コミから利用希望者へ提供されており、事業所独自でパンフレット等を作成はしていません。また、現在の職員体制ではこれ以上、利用登録者数を増やすことが難しいため、あまり積極的な情報発信は行っていません。運営上は問題ないようですが、外部へ向けてどのような事業を実施しているかを知らせる手段が少ないことから、何かしらの対応は望まれるところです。		
所定の書式を用いて新規利用希望者に対応しています 利用希望の問い合わせは月に数件あります。所定の新規サービス利用希望受付票に、連絡先や障がい区分、利用希望時間帯、サービス内容などを確認し記入していきます。対応は同性のサービス提供責任者が行うことになっており、男性の場合はヘルパーの人数が少ないことから常勤職員が出向き、女性の場合は登録ヘルパーへつないで対応してもらおうようにしています。ヒアリングした内容は複数の職員で確認することで複眼的に行い、実際の利用へ向けて検討を進めることになっています。		

サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている 評点(000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者等の状況に応じて説明している	○非該当
●あり ○なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者等の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している	○非該当
評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている 評点(0000)		
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	○非該当
●あり ○なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	○非該当
●あり ○なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	○非該当
サブカテゴリー2の講評		
重要事項説明書を用いて基本的ルール等を説明しています サービスを利用することとなった場合、担当の職員と本人・家族が同席して重要事項説明書で基本的ルール等を説明しています。負担金が発生する場合には単位数の料金表を確認し、銀行口座から引き落としされることをこの際に伝えています。利用者・家族からの意向は新規受付票などに記録し、振り返ることができるようにしています。介護保険の場合は居宅介護サービス計画書、障がい者総合支援法の場合はケア手順書がそれにあたります。利用後にトラブルにならないよう、しっかりと説明し同意を得ています。		
利用開始直後は特に配慮して、利用者が安心できるように努めています 利用開始直後は利用者が不安を抱えていることが多いため、初回は職員とヘルパーの2名で訪問し顔合わせとサービス内容の確認をしています。生活のリズムを乱さないように、手順や気を付けることを確認し、疑問点も聞くことで不安の解消に努めています。コミュニケーションをとるのが難しい利用者もいるため、必要に応じて家族や関係者に状況を聞きながら支援に入っていきます。利用終了のケースとしては、デイサービスへの移行や入院、自立など様々です。		

サブカテゴリ3

3 個別状況に応じた計画策定・記録

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

11/11

評価項目1

定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別のサービス利用計画を作成している

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4

利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

所定のアセスメントシートを使い、自宅でヒアリングしています

利用者の情報はアセスメントシートに記入するようになっていました。連絡先や家族の情報から、意思伝達能力、食事に関すること、排泄の状況などが含まれています。計画の見直しは年1回行っており、サービス提供責任者が自宅を訪問して本人と家族、相談支援専門員が同席のもとで話をします。自宅で行うため、利用者は安心して話せる状況です。登録者数が多いため全員が確実にこの見直しをできるようにチェック体制を整えていくことと、相談支援事業所との連携に課題がある利用者もいるため改善していきたいと、所長は考えています。

関係者と連携して計画を見直す時期や方法が定められています

計画の実施状況は、精神障害の利用者の場合は相談支援専門員と連携して毎月モニタリングし、介護保険利用の場合はサービス提供票を毎月作成しています。健康状態の変化や利用者の希望により計画を緊急に見直す場合、相談支援専門員又は職員が対応するようになっており、例えば計画時間外の対応を求められるケースがあります。いずれの場合も担当者がそれぞれの役割を明確に認識しており、決められた手順に則って対応することが徹底されています。

全員が集まることはないため、記録はメールで共有しています

日々の活動記録は、ヘルパーがメールで事業所に報告することになっています。記録内容が薄いという課題が以前にあったことから研修をしたことで、現在は改善が図られました。スケジュールに関しては、事業所とヘルパーの間で確認漏れがないように前日に確認メールをしています。また、職員間の申し送り事項に関しても基本はメールで確認するようになっていました。全体では2か月に1回の職員会議、月2回のヘルパー会議で情報を共有するほか、感染症やAEDの使い方をテーマにした研修や事例発表をしています。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の
標準項目実施状況

7/7

評価項目1
利用者等のプライバシー保護を徹底している

評点(000)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	○非該当
●あり ○なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	○非該当
●あり ○なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○非該当

評価項目2
サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

評点(0000)

評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○非該当
●あり ○なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○非該当
●あり ○なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	○非該当

サブカテゴリー5の講評

支援の心構えなどをまとめた「心得」をヘルパーに配付し、意識を高めています

利用者の情報を活動の中で外部へ提供する必要が生じた場合にスムーズに対応できるよう、契約時に本人・家族から同意書に同意を得ています。排泄などの支援ではプライバシーに配慮し、外出時にするプライベートな話題の会話にもヘルパーは気を付けるようにしています。これらの職員の心構えをまとめた心得を全員に配付し、状況に応じて確認できるようにしています。日常の支援は利用者ヘルパーの1対1で行われることが多いため、日頃からヘルパーの意識を高めることが大切だと考え、これらの取り組みを行っています。

利用者の権利擁護に向けてヘルパー会議等で基準を明確にしています

支援にあたって、ヘルパーからの一方的な行動とならないよう、本人と家族からはいつでも意見を言ってもらえるように日頃から伝えていきます。また、何気ない会話の中から本人の気持ちが現れることもあり、その変化に気づくことができるように所長はヘルパーを指導しています。支援方法でグレーゾーンと思われる事例やその基準については、ヘルパー会議でテーマとして取り上げて事業所としての基準を明確にしています。もしも虐待被害が確認された場合には、相模原市の窓口へ連絡する体制となっています。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

10/11

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(00●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

契約時に利用者一人ひとりの手順書を作成しています

利用者の支援手順等については、契約時に担当職員とヘルパーが本人・家族から意向を確認した上で作成しています。体調変化などにより支援内容を見直す場合は、双方で相談・確認するようにしています。支援は原則として同じヘルパーが担当しますが、都合により他のヘルパーが担当することになった場合は、この手順書に沿って行うことで相違がないようにしています。また、ヘルパーの心構えなどを記載した心得を年度初めのヘルパー会議で読み合わせ、浸透するように努めています。マニュアルは訪問介護、入浴、食事介助などがあります。

職員会議や活動に関する会話を通じて情報共有と知識の向上を図っています

事業の性質上、全職員が集まって情報共有などを日々行うことは難しく、また実際の活動に手順書のとおり活動できているかどうかを確認する術はありません。そのため、日頃から職員が学べ、共有する場が必要と所長は考え、職員会議を月2回開いて全員に情報が行き渡るようにし、また職員室内での活動に関する会話を大切にしています。何か不明点があった場合には、ヘルパーはサービス提供責任者と連絡を取り合い、必要に応じて所長へ報告するようになっています。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4																
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	17/17															
1	<p>評価項目1</p> <p>サービス利用計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p>																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価</th> <th>標準項目</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. サービス利用計画に基づいて支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>	評価	標準項目		●あり ○なし	1. サービス利用計画に基づいて支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当	●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当	●あり ○なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている	○非該当		
評価	標準項目																	
●あり ○なし	1. サービス利用計画に基づいて支援を行っている	○非該当																
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している	○非該当																
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている	○非該当																
●あり ○なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている	○非該当																
評価項目1の講評																		
<p>担当者が計画内容を十分に理解した上で活動にあたっています</p> <p>支援は原則、同じヘルパーが1人の利用者を担当しています。計画作成段階からサービス提供責任者と共に関わっているため、計画内容を十分に理解した上で日々の活動にあたっているといえます。相談支援専門員またはケアマネジャーとも連携し、定期的に活動状況を報告しています。計画の見直しは年1回、検討する時期がありますが、アセスメントの表現がやや大まかになっているため細かい点では十分な確認ができていないようです。書式の見直しを今後検討していきたいということです、改善に期待します。</p> <p>利用者とのコミュニケーションを工夫し、自立へ向けて支援しています</p> <p>利用者の中には言葉の理解が難しい人や、言葉をうまく発せられない人がいます。そのため、コミュニケーションは工夫をしています。筆談をしたり、実物を見せたり、あるいはマカトンサインを使ったりと利用者に応じてその方法を選んでいきます。利用者が伝えてくれた言葉を大切に、事業所内でもその情報を共有して職員間で検討し合い、意向に沿えるように努めています。そして家族や関係者からも意見を聞きながら、自立へ向けて支援しています。</p>																		

2 評価項目2		サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている		評点(〇〇〇〇〇〇)	
評価		標準項目			
●あり ○なし		1. ホームヘルパーに対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している		○非該当	
●あり ○なし		2. 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている		○非該当	
●あり ○なし		3. 利用者等から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている		○非該当	
●あり ○なし		4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている		○非該当	
●あり ○なし		5. 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○非該当	
●あり ○なし		6. 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○非該当	
評価項目2の講評					
<p>ヘルパーの接遇・マナーは会議や研修を通じて徹底しています</p> <p>ヘルパーの接遇・マナーに関しては、年度初めのヘルパー会議にて心得を読み合わせているほか、会議で必要に応じて確認をしています。法人研修の他、内部・外部の研修で専門知識やヘルパーに求められること、人権に関することも学んでおり、法人として力を入れて取り組んでいるところになります。訪問した際に利用者の状態に変化があった場合には、速やかに事業所に報告してもらうと共に、相談支援事業所にも報告して連携を図るようになっていきます。複数で関わることで、客観的に活動を見直すことにもつながっています。</p> <p>対応方法をマニュアル等で明確にし、活動しています</p> <p>活動中に利用者から要望があった場合、ヘルパーはサービス提供責任者に連絡して対応を検討することになっています。必要に応じて相談支援事業所にも連絡し、協力しながらその後の対応について決定します。利用者の体調変化による対応は職員会議で話し合いの上、その方法を定める体制となっています。その他、金銭と鍵の扱いに関することも含め、これらの事項は訪問介護マニュアルに示しており、その内容に沿った対応がとられています。</p>					

3 評価項目3 安定的で継続的なサービスを提供している		評点(〇〇〇〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. ホームヘルパーのコーディネートは利用者の特性やサービスの内容などを配慮して行っている	○非該当
●あり ○なし	2. ホームヘルパーが訪問できなくなった場合、代替要員を確保している	○非該当
●あり ○なし	3. ホームヘルパーが変更になる場合、利用者等に事前に連絡をいれている	○非該当
●あり ○なし	4. ホームヘルパーが替わる時には前任者が同行するなど、引継ぎをしている	○非該当
●あり ○なし	5. ホームヘルパーの変更後、利用者等に負担がないか確認をしている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>利用開始後は段階を経て単独での支援となります</p> <p>ヘルパーの配置は同性を原則として、適性や相性を考慮して行っています。1回目の訪問では職員が同行し手順等を確認します。2回目も2人で行きますが、支援はヘルパーが1人で行い、職員はきちんとできているかどうかを確認します。ここで問題がなければ3回目からはヘルパーが単独で訪問する流れとなっています。念のため、3回目の訪問後にはサービス提供責任者が家族へ連絡し、支援がしっかりと行われていたか、問題点はなかったかを確認しています。</p> <p>ヘルパーが複数体制で対応できるようにしています</p> <p>ヘルパーの都合上、代替のヘルパーが対応せざるを得ない状況となることが想定されます。そのような時に備え、利用者が一定期間サービスを利用して慣れてきた後に、別のヘルパーも支援に入ることがあることを予め利用者には伝えていきます。また、やむを得ずヘルパーが変更になる場合には、電話で本人・家族へ連絡して事情を説明した上で訪問しています。現在、男性の利用者数に対して、男性のヘルパーが少ないため職員が対応しています。男性のヘルパーを増やせるとなるとおよいと考えられます。</p>		

4 評価項目4 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
●あり ○なし	1. 地域の情報を収集し、利用者一人ひとりの状況に応じて提供している	○非該当
●あり ○なし	2. 必要に応じて、利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設け、多様な体験ができるよう支援している	○非該当
評価項目4の講評		
<p>インターネットやヘルパーからの情報を利用者へ提供しています</p> <p>利用者が地域での活動の幅を広げられるよう、事業所内外から情報を収集し提供しています。インターネット検索はもちろんのこと、地元に住んでいるヘルパーからの情報なども事業所内で共有しています。例えば、近隣で店舗が新しくできたり変わった情報や、お祭りの日程などがあります。その他にも、併設している通所事業所の職員や利用者からの情報を得やすい環境となっています。一方では、建物内にAEDを設置していることを近隣に周知し、いざという時には利用できるようにしているなど、情報を双方向で発信するようにしています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	1-1-2	経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている
タイトル①	職員が安心して相談できる職場環境になるよう、所長は風通しの良さを重視しています	
内容①	居宅介護や訪問介護、移動介護等の事業を行う特性上、職員(ヘルパー)は利用者宅に行くため、外出することが多くあります。そのため、職員が全員揃ってミーティングを行うことは少なく、職員同士で相談する機会も限りがあるため、所長は職員が相談事や困った事を抱え込まないように常に気に掛け、職員とのコミュニケーションを大切にすることで職員が働きやすい風通しの良い環境をつくっています。また、所長としての役割と責任を職員に対して明確に周知することで、職員が安心して働けるよう取り組んでいます。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	5-1-1	事業所にとって必要な人材構成にしている
タイトル②	職員に必要な研修受講や資格取得させることで、戦略的な事業所運営を図っています	
内容②	今年度事業所では赤字を解消し、財政的にも組織運営的にも健全化を図ることができています。居宅介護事業を行ううえで、必要な資格・経験を有した職員を揃え、効率的なシフトを組む事ができ、必要な加算が取得できるよう取り組みました。また、「難病患者等ホームヘルパー養成研修」を職員2名が受講することができたため、来年度居宅介護事業の運営に必要な職員の要件を満たすことができました。法人としても必要な研修を用意している為、職員が成長する環境は整いつつあり、事業所としても戦略的な人材育成ができています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している
タイトル③	研修を行い記録内容が充実しています	
内容③	利用者の日々の活動記録に関し、所長が以前の記録を確認したところ内容が充実していないと感じたため所内で書き方をテーマにした研修を行いました。その結果、職員とヘルパーの意識に変化が見られ、利用者の様子が伝わってくる内容へと変わってきています。また、翌日の予定をメールでヘルパーで確認するようしており、活動の抜け漏れがないようにも努めています。全員が一堂に会する機会は日頃ないため、メールを活用して記録を管理するよう体制を整えています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	住み慣れた地域で利用者が生活できるよう、様々な情報提供や地域行事への参加などの活動が確認できました
	内容	利用者が住み慣れた地域で社会生活を送ることを目的とし、その実現に向けた地域に根付いた様々な活動が今回の調査で確認できました。支援にあたるヘルパーも地域に住んでいる人が多く、地元の人ならではの情報が利用者へ提供されています。事業所としては、相談支援事業所や社会福祉協議会などの関係機関と連携を図り、多くの情報を収集しています。地域のお祭りに参加したり、AEDを設置して地域の人たちの万が一に備えるなど、能動受動の活動が行われています。これらの活動により、地域への密着度が深まってきています。
2	タイトル	日頃から職員間で連携を図る意識を持つことで、緊急時などに皆で協力し合うことができます
	内容	日中の活動は職員一人ひとりが単独で利用者の自宅を訪問して行っています。そのため、1日顔を合わせないこともあるようですが、何かトラブル等が発生した場合には協力し合う意識を高く持っています。利用者の体調が急変した場合には、職員間で連絡を取り合い対応しています。そのような時に備え、日頃から支援には複数で関わることで担当者が替わっても利用者が安心してサービスを利用できる体制となっています。また、事務室にいるときには何気ない会話でも交わすよう所長が心がけることで、職員間の関係作りが図れています。
3	タイトル	職員が働きやすい環境の構築や職場のネットワークやコンプライアンスの強化に取り組んでいます
	内容	法人全体で職員が働きやすいように今年度は大きく取り組んでいます。組織として人事評価制度を見直し、人事考課制度が機能するように取り組むほか、法人のネットワークインフラが強化され、それに伴いコンプライアンスを含む情報セキュリティポリシーも見直されています。また、職員のストレスチェックを年に2回継続して実施し、法人全体で管理しています。法人内にカウンセラーを配置しているため、必要に応じて面談も行えます。事業所は法人の制度をうまく活用して、職員が働きやすく、安心感を持てる職場環境づくりを心掛けています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	地域社会に対して事業所の存在や取り組みを知ってもらう機会を増やすため、積極的な情報発信が期待されます
	内容	地域社会に対して事業所の存在や事業内容を知ってもらう機会が少ないため、所長は現状を改善したいと考えています。現状として、法人のホームページや地域の社協、及び地域のお祭りで事業所の事を知ってもらう機会はありますが、事業所独自のホームページやパンフレットはありません。事業所をPR、情報発信することは今後の利用者の確保や職員の採用、地域社会の認知にもつながるため、事業所もしくは法人内同エリアの事業所が共同で協力するなど対策を検討することが期待されます。
2	タイトル	ヘルパーを含めた職員間の情報共有がさらに図られることが期待されます
	内容	事業の性質上、職員とヘルパーは個々に利用者を訪問して活動しているため、一堂に会して情報を共有する場が限られてしまっています。日々の活動記録はメールを活用して共有するようにしており、また月2回の職員会議、月1回のヘルパー会議で全体で共有したい情報を話し合ったり、気になるテーマを取り上げて研修を行っています。ただし、参加するメンバーがやや偏ってしまっており、全員に満遍なく伝わっているわけではありません。一人でも多くのメンバーが参加し、より組織的な活動へとつながる情報共有が図れることが期待されます。
3	タイトル	地域の福祉ニーズに応えるため、現在の組織の人材配置や想定されるリスクも踏まえた取り組みに期待されます
	内容	法人では理念・ビジョンを実現するために中長期計画(5ヶ年)を設け、事業所では単年度計画を設けて計画の着実な実行に取り組んでいます。地域の福祉ニーズとしては、今後も居宅介護に対する期待は増えていくと考えられ、事業所としても計画的に取り組むたいとしています。地域ニーズに対応するためには、人材の育成・配置が十分に揃う必要があるため、事業所では自分たちの力量を見極め、リスクを考慮し、確実に支援・サービスができるバランスを踏まえて対応することで、より責任を持った対応が期待されます。