

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果  
(訪問介護)

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人ACOPA
所 在 地	我孫子市本町 3-7-10
評価実施期間	平成 28年 2月16日～平成 28年 2月 29日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	生活クラブ風の村定期巡回ステーション高根台 セイカツクラブカゼノムラテイキジュンカイステーションタカネダイ		
所 在 地	〒274-0065 千葉県船橋市高根台2-2-17 高根台つどいの家401		
交通手段	新京成線「高根公園」駅下車 徒歩約8分		
電 話	047-496-7263	F A X	047-496-7267
ホームページ	<a href="http://kazenomura.jp">http://kazenomura.jp</a>		
経 営 法 人	社会福祉法人 生活クラブ風の村		
開設年月日	2013/2/1 指定船橋市		
介護保険事業所番号	1292893011	指定年月日	2013/2/1
併設しているサービス	訪問介護サービス(生活クラブ風の村介護ステーション船橋) 小規模多機能型居宅介護 (生活クラブ風の村小規模多機能ハウス高根台) サービス付き高齢者住宅 (サポートハウス高根台)		

(2) サービス内容

対象地域	船橋市内
利用日	365日
利用時間	24時間
休 日	なし

(3) 職員(スタッフ)体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
		16名	18名	34名
職種別従業者数	訪問介護員	事務員	その他の従業者	
	33名	1		
訪問介護員が 有している資格	介護福祉士	訪問介護員1級	訪問介護員2級	
	13名	0名	20名	
	訪問介護員3級			
	0名			

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	・電話または面談による直接申し込み、 またはケアマネージャーよりの紹介	
申請窓口開設時間	平日9:00-18:00 それ以外の日時は相談の上対応	
申請時注意事項	要介護1 以上の方がサービス対象となります	
苦情対応	窓口設置	担当窓口設置あり
	第三者委員の設置	苦情解決第三者委員設置あり

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人ひとりの個性と尊厳を尊重し、基本を大切にした質の高い支援を目指しています。</li> <li>最後まで我が家で安心して暮らしたい、この願いを支援いたします。</li> <li>24時間365日体制で、切れ目のない支援を行います。</li> </ul>
特 徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>24時間365日体制で、切れ目のない支援を行います。定期訪問に加え、緊急通報装置を利用し、随時の訪問に対応いたします。いつでも事業所と連絡が取れ、緊急時には訪問いたします。</li> <li>定期巡回ステーションによる訪問・訪問看護ステーション・ケアマネージャー・医師などが連携を取ってサービスを提供します。</li> </ul>
利用（希望）者へのPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>最後まで在宅生活を支えるために、定期訪問＋随時訪問を組み合わせ、365日24時間の支援を行っています。緊急通報装置を置かせていただき、緊急コールに対応します。</li> <li>訪問看護と連携していますので、医療ニーズが高い方にも対応しております。</li> <li>また頻回訪問し、様子を確認することも出来ます。ケア時間が決められない方、時々様子を確認する必要がある方はご相談ください。</li> <li>1ヶ月の包括ケアとなっておりますので、料金も固定になっています。</li> <li>比較的新しいサービスなので、ケアマネージャーさんにも浸透しているとは言いがたい状況ですが、訪問介護では対応が難しくなっているケースなどありましたらご相談ください。</li> </ul>

## 福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること
<p>1. 法人の理念に沿ったコミュニティづくりの取り組み</p> <p>法人の理念「その人らしく地域で暮らすことができるようなコミュニティづくりに貢献する」に沿って、風の村高根台つどいの家では、施設内にある法人の複数の事業所が連携をとり、地域福祉を支えるさまざまな活動に取り組んでいる。つどいの家の開設以来開催している「まつぼっくりカフェ」、地域の住民が気軽に入出入りできる「サロン」、地域での顔見知りを増やす活動としての「まつぼっくりセミナー」等を定期的で開催している。つどいの家は地域の人が何でも相談できる窓口にもなっており、コミュニティづくりの拠点としての役割を担っている。</p>
<p>2. 在宅で最期まで生活できる「生活クラブ安心システム」の推進</p> <p>法人は全県下で子供から高齢者まで幸せに暮らすことができることができるシステムを最先端で推進していることは素晴らしい。特にその視点は子供、障害者、高齢者など弱者に対し常に温かい目を持ち実際に実施されていることである。例えば「生活クラブ安心システム」では買い物バスやサロンなどインフォーマルなサービスを利用者のサービスの全体ととらえ支援している。当事業所では利用者の状況に合わせ訪問介護から定期巡回・随時対応型サービスとして選ぶことができることは利用者にとって大きな安心につながるといえる。こうした実践が最期まで地域や在宅で生活を希望する利用者、家族への大きな応援であるといえる。</p>
<p>3. 24時間365日対応体制でのサービス提供</p> <p>当事業所では、経営的には厳しいと言われる24時間365日対応体制を、職員の働き方への意識改革、事業所統合による効率的な人員配置、ロスのない訪問ルートの見直しなどにより、いち早く実現し、法人が運営する訪問介護ステーション、訪問看護ステーション更に医師とも連携を図りながら、看取りまでのケアを在宅で行えるよう、きめ細かいサービスを提供している。</p>
<p>4. 職員の知識、介護技術向上への取り組み</p> <p>当事業所では、年間研修計画に沿った毎月の認知症、高齢者の疾病、感染症等の講義に加え、移乗、トイレ介助等の実技中心の研修も実施されている。毎月の研修は全職員が受講できるように、同じ内容で3回行われている。初めての訪問介護時等には経験豊富な職員が同行訪問してのOJTも実施されている。こうした取り組みによる、質の高いケアの提供はアンケートでの利用者の高い評価につながっている。</p>
<p>5. 介護職員にとって働きやすい健康職場づくり</p> <p>当事業所では、毎年キャリアアップエントリーシートを全職員に配布し、どのような働き方がしたいのかを確認し、できるだけ希望がかなうように配慮している。健康職場作りミーティングでは労働条件を検討し、有給休暇取得や労働時間の見直しを図っている。ステップアップを応援するよう資格取得のための支援、褒賞を行い職員の能力アップに努めている。訪問介護事業所と連携し訪問介護員が柔軟に働けるよう配慮されている。幹部職員は職員の業務が継続できるよう常に働きやすい職場を目指している。</p>
さらに取り組みが望まれるところ
<p>1 利用者毎の担当者会議の開催</p> <p>当事業所では、介護計画書、指示書の確認や担当者への前日、当日スケジュール確認、実施報告、申し送り等をスマケアシステムを利用してメールで実施している。職員全体がスマケアシステムを使いこなすことができるまでには時間を要することと推察するが、今後のスマホ効果に期待したい。また月1回の定例会は職員が参加しやすいよう3回に分けて実施されているため、一人の利用者に5～6名の職員がチームを組んで支援しているが、直接訪問介護員同士が顔を合わせることが少ないとのことである。多忙な中ではあるが必要時には短時間の担当者会議を開催し、直接コミュニケーションをとることができる機会を設けることでさらに介護の質が高まることを期待したい。</p>

## 2. 利用者アンケート結果を踏まえた更なる満足度向上への取り組み

利用者アンケートの結果では、全体として利用者の満足度が高い。特に職員の対応に関して非常に高い評価を得ているが、「事業所に言った事が伝わっていますか」の項目では、やや低い評価になっており、「正確に伝わらないことがある」とのコメントもある。他人に正確に伝えることは難しいことではあるが、更なる満足度向上を目指し、改善につなげる取り組みを期待したい。

### (評価を受けて、受審事業者の取り組み)

利用者アンケート結果で、職員の対応が高く評価された事はありがたく、職員の誇りとして更に努力をしていきたい。一方「事務所に言ったことが伝わっているか」の項目は評価が低く、利用者・居宅事業所など他事業所・当事業所・訪問介護員と連携を取り、さらに連絡を早く正確に伝える必要性を感じた。現在、利用者ごとに関係者に一斉メールを送れるように、アドレス登録をしている。ケア内容も、「先に手を洗います」等、声に出しわかりやすく利用者に説明することを徹底して行きたい。定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの知名度がまだ低いのも一因でしょうか、「サービスを利用する際の情報が入手しやすかったか」が低い評価になっている。最後まで在宅生活を支えるためには、なくてはならないサービスと使命感を持ち、よりよいサービスを提供し、アピールをしていきたい。日頃、担当者ごとに訪問介護員が直接集まって話す機会がなかなか持てなかったが、事業所の日々の振り返りをし、改めてその重要性を感じた。今回の客観的なご指摘をもとに、さらに職員、事業所のレベルアップを図っていきます。今回はご指摘を頂きありがとうございました。

福祉サービス第三者評価項目（訪問介護）の評価結果

大項目	中項目	小項目	項目	標準項目	
				■実施数	□未実施数
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	0
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	2	0
		2 計画の策定	4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	4	0
			5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	3	0
		3 管理者の責任とリーダーシップ	6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	5	0
		4 人材の確保・養成	7 施設的全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
				8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4
			9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	4	0
			10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	5	0
II	1 利用者本位の福祉サービス	11 事業所全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0	
			12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0
		13 利用者満足の上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0	
		14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	0	
	2 サービスの質の確保	15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	2	0	
		16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0	
	3 サービスの利用開始	17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0	
	4 個別支援計画の策定	18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	3	0	
			19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	5	0
		20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	4	0	
		5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	21 入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。	4
	22 移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。			4	0
	23 家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。			4	0
	24 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。			3	0
25 サービス提供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。	5			0	
26 安定的で継続的なサービスを提供している。	5			0	
6 安全管理	利用者の安全確保	27 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	4	0	
		28 事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	3	0	
計				107	0

## 項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 □ 確認できない。

評価項目		標準項目
1	理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。</li> <li>■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> <li>■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の理念、基本方針はパンフレットやホームページなどに記載されるとともに、職員が携帯する「行動基準小冊子」にも明文化されている。理念に基づいた法人の目指す方向、基本姿勢も事業計画に明文化されており、そこに人権擁護や自立支援の精神が具体的に盛り込まれている。</p>		
2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。</li> <li>■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。</li> <li>■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>理念、基本方針は事業所内に掲示され、全職員に理念等が明文化された「行動基準小冊子」が配布されている。理念等を職員間で共有化するため、入職時研修、2・3年次研修、エリア研修などが行われている。常に理念につながる支援ができるよう、定例会では「行動基準小冊子」の読み合わせや研修を行っている。</p>		
3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。</li> <li>■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>契約締結時に取り交わす重要事項説明書に理念や基本方針が書かれており、それをわかりやすく説明している。法人のホームページ、パンフレットへの記載、事業所内の掲示に加えて、理念・方針が掲載されている法人の広報誌「つうしん」を利用者、家族に配布して、周知に努めている。</p>		
4	事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事業計画は中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。</li> <li>■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。</li> <li>■ 現状の反省から重要課題が明確にされている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>理念の実現に向けて、3年毎の中期計画、年度毎の事業計画が作成されている。事業計画はエリア毎に作られる。計画の中では、法人を取り巻く社会情勢と世間の動向が分析され、前年度計画の振り返りなどにより重要課題を明確化されている。事業計画は年度初めの職員全体集会で全職員に説明がある。</p>		
5	施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。</li> <li>■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。</li> <li>■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>エリアマネージャーを中心にエリア内各事業所で意見を出し合い、エリアとしての事業計画をまとめている。事業計画の振り返りは半期毎に行われ、計画の達成状況の確認、評価がなされる。計画の達成状況などについては、毎月の定例会で報告され、1年の振り返り結果は全職員に配布される。</p>		
6	理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。</li> <li>■ 運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。</li> <li>■ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。</li> <li>■ 知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。</li> <li>■ 職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>管理者は、利用者の状況や課題を把握した上で、職員と一緒に改善に努めている。定例会では、報告のみでなく、質疑応答の時間を設け、意見を出しやすいよう配慮している。また健康職場作りミーティングも開催し、職員の意見を聞きながら、働きやすい職場雰囲気作りを努めている。年1回以上、個人面談を行い、状況をじっくり聞きながら、必要に応じて助言・指導を行っている。</p>		
7	施設的全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 倫理規程があり、職員に配布されている。</li> <li>■ 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。</li> <li>■ 倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>守るべき倫理は、「行動基準小冊子」に明文化され、全職員に配布されている。入職時研修で守るべき倫理については説明し、年1回以上職業倫理の研修を全職員対象のエリア研修で行っている。定例会でも事例検討が行われ理解を深めている。</p>		

8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 人事方針が明文化されている。</li> <li>■ 職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。</li> <li>■ 評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。</li> <li>■ 評価が公平に行われるように工夫している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>「人事制度運用マニュアル」の中に、人事方針が明文化されており、職務規程も整っている。情報共有システム(以下Kintoneと略す)で全職員が確認できる。人事考課は全職員が対象で、各自自己点検表で振り返りを行い、自己点検表を踏まえ、人事考課が行われている。評価は公平に行われるように、考課者研修を受けたものが面談を行い、1次考課、2次考課と複数の目で確認するなどの手順で行っている。</p>		
9	事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている</li> <li>■ 把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。</li> <li>■ 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>職員の勤怠情報は事務所の管理者が確認し、更にエリア、本部の事務担当が確認している。管理者は年1回以上面談を行っている。定例会では、質疑応答の時間を設け、相談しやすいよう、声かけを行っている。キャリアエントリーシートで働き方などの希望を自己申告してもらい確認している。全職員対象の共済会があり、職員の要望に沿った福利厚生に努めている。</p>		
10	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。</li> <li>■ 職種別、役割別に期待能力基準を明示している。</li> <li>■ 研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。</li> <li>■ 個別育成目標を明確にしている。</li> <li>■ OJTの仕組みを明確にしている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>人材育成については、法人の中期計画に明示されている。またキャリアアップのために資格取得支援金制度があり、入職時研修、2・3年次研修等の研修が継続的に行われている。職種別の自己点検表には、目指すべき職員像が明確に示されている。毎年年度の研修計画が立てられ、研修が実施されているが、必要に応じて見直しが行われている。自己点検表、研修計画表で目標を確認している。初回ケアなどには、経験豊富な職員が同行訪問してのOJTも実施されている。</p>		
11	事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 憲法、社会福祉法、介護保険法等など法の基本理念の研修をしている。</li> <li>■ 日常の支援では、個人の意思を尊重している。</li> <li>■ 職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。</li> <li>■ 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。</li> <li>■ 日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。</li> <li>■ 利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>権利擁護については、法令順守のための研修を継続的にを行い、日々の支援に当たっては、利用者の理解を得て行っている。虐待防止については、法人としても取り組んでいるが、高根台つどいの家内でも虐待防止委員会を立上げ、啓発や研修を繰り返し行っている。今のところ虐待被害にあっている利用者はいないが、気付いた場合の対応についても話し合っている。また利用者の羞恥心に配慮して、できるだけ同性介助等で対応している。</p>		
12	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。</li> <li>■ 個人情報の利用目的を明示している。</li> <li>■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。</li> <li>■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>事業所内に個人情報保護方針・個人情報の利用目的等を掲示している。契約時に利用者に「個人情報保護方針と利用目的について」を説明し、同意をもらっている。職員に対しては、定例会時に随時事例研修を行ったり、「行動基準小冊子」を配布して、周知徹底を図っている。職員に対しては、退職後も在職中知りえた個人情報の守秘を義務づけ、同意書をもらっている。</p>		
13	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。</li> <li>■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。</li> <li>■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。</li> <li>■ 利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>3か月毎に介護医療連携推進会議を開催し、家族、民生委員、自治会役員、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員、介護職員で介護医療連携推進会議を開催し介護内容を報告し、いろいろな意見をいただいている。一日に複数回利用者宅を訪問する中で訪問介護員やサービス提供責任者は利用者、家族からの意見や相談を受けている。</p>		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。</li> <li>■ 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。</li> <li>■ 相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。</li> <li>■ 苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>苦情が表出された場合はエリアマネジャーに相談し、速やかに対応することに努めている。相談窓口は契約時に説明し、事業所の電話番号を利用者の自宅に掲示させてもらっている。相談や苦情は大切な意見として問題点の改善に努め、利用者家族に丁寧に説明し理解いただけるようにしている。</p>		

15	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。</li> <li>■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>当事業所だけではなく7か所の事業所エリア全体で課題を検討するエリア会議がありサービス課題、介護内容の検討が行われ会議録がある。定例会は訪問介護員が出席しやすいよう3回に分けて実施し、事例検討等で意見を出し合っている。3か月ごとの介護医療連携推進会議は地域住民や他職種の方たちから意見を出してもらい運営に活かしている。</p>		
16	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■業務の基本や手順が明確になっている。</li> <li>■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。</li> <li>■マニュアル見直しを定期的実施している。</li> <li>■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>法人全体の業務マニュアルはKintonに公表され誰でもいつでも見られるようなシステムとなっている。マニュアルの見直しは職員誰もが提言でき、当事業所では書式等の提案をしている。提案されたマニュアルは本部に集約され分野別会議で検討され見直されている。法人全体の業務の基本は行動基準小冊子が全員に配布され、介護内容は「10の基本ケア」、利用者毎の個別の介護内容は手順書によって介護の均一化を図られている。</p>		
17	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。</li> <li>■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。</li> <li>■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>定期巡回、随時対応型は介護保険の新しいサービスのため利用者、家族に十分周知されていないので特に利用に際しては詳しく説明している。訪問介護を利用していた利用者が当サービスを利用する時には同じような介護内容であっても訪問時間、料金体制が異なるため利用者の状況やニーズに合わせ分かりやすく説明することを心がけている。</p>		
18	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。</li> <li>■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。</li> <li>■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。</li> <li>■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者、家族の意向、希望、心身状況、生活状況が把握され、ICFの考え方をもとにポジティブに利用者を捉え、課題を明示している。定期巡回、随時対応型サービスでは利用者一人に5～6名の訪問介護員が関わることが多く、一日に複数回訪問しているため多角的にアセスメント、モニタリングをしている。各担当者はスマケアシステムを使用してメールで管理者、サービス提供責任者に連絡することが多いが、随時事務所に立ち寄った際、または月に1回の定例会でニーズや課題を報告し、業務内容が検討されている。</p>		
19	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。</li> <li>■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。</li> <li>■急変など緊急見直し時の手順を明示している。</li> <li>■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。</li> <li>■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>個別援助計画はシンプルな書式ではあるが必要な事項はすべて網羅されている。管理者、サービス提供責任者はサービス担当者会議に出席し他職種との連携を図っている。個別援助計画は居宅サービス計画の目標に沿って具体的な援助内容が記されている。担当ケアマネジャーと常に連携し、利用者の情報を提供している。緊急時の手順は明確なマニュアルとなっており、随時見直されている。</p>		
20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者一人ひとりに関する情報を記録する仕組みがある。</li> <li>■サービス提供責任者及び担当訪問介護員が情報共有している。</li> <li>■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。</li> <li>■サービス計画の実践に向け、具体的な内容の工夫が見られる。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>当事業所ではスマケアシステムを採用しており、介護計画書、指示書、業務記録、報告をスマホを使用して情報を共有している。機器に苦手な訪問介護員は書類で確認することもできる。利用者宅には連絡帳が置かれ、業務の報告や申し送りが記録されており、利用者家族からの連絡にも使われている。月に1回の定例会は訪問介護員の働く時間を考慮して3回に分けて開催されており、情報提供や事例検討が行われている。定期巡回サービスでは訪問介護員が事務所に立ち寄る機会が多く、必要な内容は口頭で報告、連絡、相談されている。</p>		
21	入浴、排泄、食事介助の質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入浴、清拭及び整容、排せつ、食事介助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。</li> <li>■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。</li> <li>■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>法人の標準マニュアル「10の基本ケア」に沿って入浴、排せつ、食事のケアのマニュアルが整備され、利用者、家族の意向や希望にあわせた個別援助計画が作成され指示書をもとにサービスの提供が実施されている。訪問介護員はサービス提供する中でサービス提供責任者に利用者の情報を報告し、必要な改善を図っている。</p>		

22	移動の介助及び外出支援に関する質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 移乗・移動介助及び通院・外出介助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■ マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。</li> <li>■ 計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。</li> <li>■ 当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>法人内研修や毎月の定例会時に移乗、移動の研修を行ない、標準マニュアルを整備している。利用者毎には生活に合わせ個別の手順をマニュアルにして個別援助計画に入れている。訪問介護員はスマホや書面により利用者情報を確認し、実施している。実施状況は報告され、特記事項は口頭でサービス提供責任者に伝えられている。</p>		
23	家事等の生活の援助の質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 生活援助についての記載があるマニュアル等整備している。</li> <li>■ マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。</li> <li>■ 計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。</li> <li>■ 当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>個別援助計画は利用者家族の意向をもとに個別の手順書を作成し、実施されている。定期的なモニタリングを実施し、定例会での事例検討等を通じて担当者の意見をまとめ、利用者、家族の同意を得て見直されている。</p>		
24	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。</li> <li>■ 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。</li> <li>■ 「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>法人は認知症及び認知症ケアについて特に力を入れて研修している。10の基本ケアの中で「認知症ケアは座って会話することからスタート」とICFの理念に基づく介護の基本姿勢を明示している。訪問介護員はロールプレイを通して利用者の気持ちを共有し、理解しようとしている。個別援助計画は認知症の利用者の立場に立った内容となっている。</p>		
25	サービス提供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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問介護職員に対して、利用者や家族への接遇・マナーの向上を図る取り組みを実施している。</li> <li>■ 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認し、変化のある場合の対応体制を整え、必要に応じて関係機関と連絡をとるなどの対応をしている。</li> <li>■ 利用者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。</li> <li>■ 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。</li> <li>■ 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明示している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>訪問介護員の接遇・マナーは行動基準の基本行動心得に明示され、入職時研修や定例会議で繰り返し確認している。訪問時の状況は利用者宅の連絡帳、特に特記事項や利用者の新たな要望についてはサービス提供責任者への連絡などで報告されている。買い物以外の金銭の取り扱いは基本的には行わず、鍵は利用者宅のキーボックスに置いている。</p>		
26	安定的で継続的なサービスを提供している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問介護員のコーディネーターは利用者の特性やサービス内容など配慮している。</li> <li>■ 訪問介護職員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している。</li> <li>■ 訪問介護職員が変更になる場合は、決められたルールに従って利用者に事前に連絡している。</li> <li>■ 訪問介護職員が替わるときには、前任者が同行するなど引き継ぎをしている。</li> <li>■ 訪問介護職員の変更後、利用者には負担がないか確認している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>定期巡回、随時対応型のため複数の訪問介護員が巡回し、動きやすいようにシフトを決めている。チームのメンバーが変わる場合、事前に説明している。新人介護員が訪問する時には必ずサービス提供責任者または前任者が同行し、引継ぎをしている。サービス提供責任者は常に利用者には負担がないかを確認している。</p>		
27	感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。</li> <li>■ 感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。</li> <li>■ 感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。</li> <li>■ 訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>昨年、関連施設つどいの家でのノロウイルスが発生した事例があり、特に感染症の研修に力を入れている。事業所は訪問介護員毎に消毒セット、ディスボグローブ、マスクを用意し、訪問介護員は訪問時持参し、さらに手洗い、うがいなど清潔保持に努めている。マニュアルは随時更新している。</p>		
28	事故や非常災害発生時など利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応手順等に関するマニュアル等整備している。</li> <li>■ 事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討をしている。</li> <li>■ 事故の発生又はその再発の防止、非常災害時の対応に関する研修を実施している。</li> </ul>
<p>(評価コメント)</p> <p>事故報告はレベル0～5までを定義し、ヒヤリハットはレベル1として利用者の小さな異状を見逃さないことで事故防止を心がけている。非常災害に備え、本部では防災委員会を設置している。法人全体で非常災害を想定し、一斉に避難訓練を実施し各訪問介護員の動きの結果と課題を本部に報告している。</p>		