

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：	サンホームみかづき訪問介護事業所	種別：	訪問介護
代表者氏名：	山本 勝也	定員（利用者人数）：	26 名
所在地：	兵庫県佐用郡佐用町志文515番地		
TEL	0790(79)3145	ホームページ：	<a href="mailto:info@sunhome-cat.jp">info@sunhome-cat.jp</a>
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	平成26年8月1日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福社会		
職員数	常勤職員： 1 名	非常勤職員：	11 名
専門職員	介護福祉士 1 名	介護職員初任者研修	10 名
		看護師	1 名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	

③理念・基本方針

(経営理念) 高齢者及びその家族の尊厳ある「生命(いのち)」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うとともに、地域社会に貢献することを目的とする。  
 (基本方針) 利用者が住みやすく、職員が働きやすく、地域の人々が入って来やすい明るい施設作りを目指す。  
 1. 利用者中心の視点を持つ。  
 2. 家庭的な雰囲気を創出しよう。  
 3. 花と動物に囲まれた明るい笑顔の輪をつくろう。  
 (行動指針) 「ありがとうは感謝の心」「素直に学ぶ謙虚な心」「笑顔で一言思いやり」「いつも溢れる報恩の心」「報・連・相で調和の華を咲かせます」

④施設・事業所の特徴的な取組

「ご利用者の生命(いのち)と暮らしを守る」ことを常にケアの基本にし、利用者、家族のニーズから最適な訪問介護計画につながるように努めている。併設事業所との連携・バックアップや、スタッフ内での勉強会など資質向上のための取り組みを活発に行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 6 月 27 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 23 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年8月23日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・事業所の運営  
施設の運営管理体制が確立しており、施設長（管理者）のリーダーシップの下、行政と協働関係を築き、単年度の事業計画の策定と半期毎の見直し、毎月の営業会議等、中長期的なビジョンに基づいた運営が行われている。
- ・職員の資質向上と働きやすい環境への配慮  
充実した研修体制、人事考課制度の導入、各種マニュアルの整備、定期的な合同会議・ケアカンファレンスの実施により、職員の資質向上と情報共有・連携を図っている。福利厚生・ワークライフバランスに配慮し、働きやすい環境づくりに努め職員の定着もよい。
- ・個別具体的なサービス提供  
利用者個々の心身の状況・ADL・生活習慣等をフェイスシート・アセスメントシート・相談記録で把握し、居宅サービス計画書をもとに個別具体的な訪問介護計画書を作成している。サービス内容については、利用者個々に、詳細で個別具体的なサービス指示書を作成し、手順や留意点を明示している。月に1回モニタリングを実施し、計画の実施状況や評価を行い、また、利用者の意見・要望を把握して、利用者の現状とニーズに即したサービス提供を行っている。

### ◇改善を求められる点

よく取組まれており、大きく改善を求める点はありません。今後は、定められた評価基準に基づいた「自己評価」を定期的の実施し、その結果から課題を抽出し、計画的に課題解決・改善に取り組む仕組み作りに期待する。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設3年目となり、これまで個々に応じたサービス計画を実行するための仕組みづくりに力を入れました。今回の受審において、一定の評価を得ることができ、今後はサービス計画策定手順の定着と課題解決に向けた研修や勉強会、そして、実践事例の蓄積により事業所独自の特色と信頼への取り組みに力を入れていきたいと考えています。

## 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> 「経営理念」「行動指針」「基本方針」を明文化し、ホームページ等に記載している。「経営理念」は、事業所の使命・目指す方向等を明示し、「基本方針」は「経営理念」と整合性がとれ、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。「理念」「基本方針」は、入職時のオリエンテーション、毎年度初めの全体会議で説明し理解を深めている。重要事項説明書の「運営方針」の項目に、わかりやすく説明した形で明記し、契約時に説明し、利用者・家族の周知を図っている。		

#### 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> 施設長は、行政機関等各種関係機関や法人内での会議・会合に出席し、また、インターネットなどで情報収集する等、社会福祉事業全体の動向の把握・分析に努めている。地域の介護保険事業計画等各種福祉計画の把握・分析に努め、また、それらの情報をもとに地域での経営環境や課題の把握を行い、中長期計画の策定に反映している。毎月開催する営業会議で、稼働率の推移やコスト分析等を行っている。		
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> 毎月開催する営業会議で課題等を明確にし、経営会議で役員間での共有を行っている。合同会議に施設長・課長が出席し、経営環境や体制等を、職員がわかりやすく理解しやすい言葉で説明し周知している。施設長から説明した旨は議事録に残している。		

#### 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。	a・b・c
<コメント> 地域の第6期介護保険事業計画等をもとに、「佐用町周辺地域 今後10年の動向について」として中長期計画を策定している。中長期計画に、「わかったこと」として現状や課題を、「対策（営業方針）について」として具体的な対策を明文化している。27年8月に策定し、定期的には3年ごとに、必要に応じて随時見直す予定である。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所ごとに、単年度の事業計画を策定している。事業計画には、中長期計画の内容を反映した内容も含まれている。事業計画は、具体的で実行可能、また、実施状況の評価が行いやすい内容になっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、年度初めの合同会議での説明と資料の配布で、職員に周知している。進捗状況については年2回確認と評価を行い、サービス提供責任者が出席する経営会議で修正している。個人の目標設定シートに、事業計画の中から目標設定を行い、職員参画で取り組んでいる。年度末には1年間の評価を行い、事業報告書を作成し、次年度の事業計画の作成に反映している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の主な内容を、家族配布用の資料にして、郵送し周知を図っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画・人事考課シートに関するPDCAサイクルにもとづいた取り組みを通して、事業所のサービスの質向上に取り組む仕組みがある。QC活動として各種委員会を設置し、毎月の委員会活動の中で評価しサービスの質向上に取り組む体制がある。年に1回、情報の公表「自己評価」を評価基準として自己評価を行っている。</p> <p>「自己評価」の項目別に評価を行っているが、評価結果を分析・検討するには至っていない。</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 · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>合同会議で、職員間で課題を共有し、課題解決に向けて取り組む仕組みがある。定められた評価基準に基づいた「自己評価」の結果を用いて課題を抽出し、計画的に課題解決・改善に取り組む仕組み作りに期待する。</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
<コメント>  管理者は、事業計画の中に経営・管理に関する方針と取組みを明確にしている。また、「サンホーム通信」の記述の中で、役割や責任について言及している。自らの役割や責任を、「職務権限表」「決裁権限」に文書化し、これらを「規程集」として事務所内に設置し職員の周知を図っている。有事における管理者不在時は緊急連絡網に明確にしている。		
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
<コメント>  管理者は、介護関係法令集・法人諸規定等を事業所に備付し、また、自身でも保管し理解に努めている。集団指導への参加や、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。管理者は、集団指導等の研修に参加し法令・コンプライアンス等を学んでいる。赤穂市老人福祉施設連盟主催の「社福法」改正の研修にも参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮を含む法令も理解している。研修計画に沿って研修を実施し、プライバシー、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について職員が学ぶ機会を設けている。		
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>  年間の事業計画に沿って「部門計画一進捗報告」書を作成し、サービスの質について3ヶ月毎に進捗度・達成度等を営業会議で報告している。3ヶ月ごとの振り返りを通じて、課題を抽出し、報告書に「今後の取り組み内容（方向性）」を明示している。月に1回営業会議・QC活動を開催し、管理者も参加している。職員会議で、職員の意見を把握して進捗をまとめ、進捗報告を行っている。内部研修は、常勤職員全員参加の全体会議の後で実施し、全員参加できるよう勤務時間調整を行っている。研修に参加出来なかった職員には、資料配布により周知を図っている。		
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>  管理者が毎月の営業会議に参加し、稼働率・収益・人件費率等の分析を行っている。職員の適材適所に向けた体制づくり、時間単位の有給取得促進、個別の勤務時間調整等に取り組んでいる。経営会議の内容の内、業務改善など職員に伝達すべき事項については、合同会議で周知意識づけを行っている。経営・業務改善等について検討する営業会議・課長会議等が開催され、管理者も参加している。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>みかづきエリア事業計画で、「優秀な人材の確保・育成・定着」を掲げ、スタッフへのコーチングを明示している。指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にし、これに加算要件を加味した「人員体制表」を作成して課長会に提出している。介護職員初任者研修への参加、認知症介護実践者研修への参加、介護福祉士資格取得を奨励し、計画的に人材育成を進めている。学校訪問・就職フェアへの参加・ハローワークやホームページの活用等で採用活動を行い、また、「職員紹介制度」を採り入れ、効果的な人材確保に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サンホームみかづき経営理念の行動指針に、5項目の期待する職員像を掲げ、毎日朝礼時に唱和している。人事考課制度を採り入れ、「人事考課規程」の中で人事基準を明確にしている。人事考課規定は、オリエンテーション時に説明し、規程集として誰でもいつでも見れるよう事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、各職員が目標を設定し、半期ごとの自己評価・一次考課・二次考課・管理者のフィードバック面接を実施し、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。他事業者の採用広告・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価・分析を行っている。個別面談等で把握した意見等を参考に改善策を検討し、エリア責任者会議に提案し検討する仕組みがある。「キャリアパスフレーム表」で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。</p>		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職務権限表」で、人事・労務管理に関する業務分担を明確にし、分掌事項に応じて責任体制を定めている。時間外勤務については、タイムカードでチェックし、管理者が公休残・有給取得状況を管理し、法人本部へ報告している。健康診断・腰痛検査を、定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、法人が費用を負担して、全員に接種を義務づけている。法人としてストレスチェックを実施し、高ストレス者は嘱託医への相談を勧めている。管理者が相談窓口となり個人面談を行う機会を設け、職員が相談しやすい工夫を行っている。時間単位有給制度・健康食品の設置・研修旅行等を職員の希望により採り入れている。時間単位有給等柔軟な勤務体制を採り入れ、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。時間有給や休暇等取得時に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。健康・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、職員の定着率も良い。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、3等級までは「目標カード」4等級以上は「目標シート」で目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。施設長と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。取り組み内容等個別の目標項目に沿って期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の行動指針として明示している5項目の期待する職員像に沿って、組織が目指す期待する職員像を人事考課シートで明確にしている。「人員体制表」に、組織が職員に求める専門職種、資格を職員体制として明示している。研修計画に沿って研修を実施し、内部研修は研修復命書、外部研修は出張復命書を作成している。年度ごとに、研修履歴一覧表を作成し、外部研修受講機会の公平性確保に努めている。事務部門で、復命書の感想・成果を集計・分析・評価を行い、定期的に計画やカリキュラムの評価、見直しを行っている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格別リストを作成し、専門資格の取得状況を把握し、経験年数等は別表で把握している。新任職員には、オリエンテーションマニュアルに沿ってオリエンテーションを実施し、基準時間表を作成してOJTを実施し、チェックシートで習熟度を確認している。3等級以下の職員には「スキルアップ確認シート」で習熟度を自己評価し、到達度を上司が評価している。法人として「職種別研修計画」を作成して職種別の研修機会を設けている。一般的な外部研修については回覧で情報提供し、専門職種限定の研修については対象者に参加を促している。内部研修は正職全員参加の全体会議の機会に実施し、外部研修は出張扱いとし、時間外手当や受講費用の支給する等、研修に参加できるように配慮している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れの意義として「地域への貢献と次世代の福祉を担う人材の育成」を謳っている。受け入れ担当部署・責任者、受け入れ時の確認事項や利用者・家族の承諾等を明示している。受け入れの事例はない。</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。	a ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念・基本方針、決算情報を掲載し公表している。また、町内の全戸に配布している「サンホーム通信」にも決算情報を掲載している。「サンホーム通信」では介護予防教室、オレンジカフェ等、「在宅新聞」では安眠体操案内等、法人の取り組みを掲載し地域に配布している。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、一部を抜粋して玄関に掲示している。第三者評価の受審結果はWAMNETで公表予定である。</p> <p>個人情報に配慮しながら、苦情・相談体制や改善・対応の状況について公表する仕組み作りが望まれる。</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>経理規定等法人諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見られるよう事務所に設置している。職務権限表で役割、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント（会計事務所）、社会保険労務士、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、営業会議で管理者等に報告されている。法人及び事業会計状況等について、監事が定期的にチェックを行い、内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。事業、財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託している。定期的に予算等財務等に関する報告・指導を受け、コスト削減、人件費の改善等に向け取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の運営理念・基本方針、また、みかづきエリア事業計画書にも、地域との関わり方についての考え方を文書化している。希望があれば、町の広報誌や各種案内を渡し情報提供している。買い物や通院には、地域の社会資源を利用している。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所で作成した関係機関・団体の連絡先リスト、町が作成した「佐用町マップ」・「佐用町暮らしのお助けかわらばん」を、事務所に設置、掲示し職員間で情報共有を図っている。管理者が、佐用町介護サービス事業者連絡会や佐用町社会福祉法人連絡協議会に参加している。サービス担当者会議への出席等で、必要な関係機関との連携を図っている。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設全体として、スペースを活用して、納涼祭、ちびっ子との交流会を開催し、地域住民との交流を図っている。オレンジカフェ（認知症カフェ）、介護予防教室を開催し、「在宅新聞」での案内、防災無線の活用等で地域へ参加を呼び掛けている。その中で、地域住民のための相談支援活動も行っている。町と福祉避難所の協定を結んでいる。花火大会等地域行事への協賛、配食サービスを行い、地域の活性化に貢献している。</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 · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設全体として、オレンジカフェ、介護予防教室開催時にアンケートを実施し、地域の福祉ニーズの把握に努めているオレンジカフェ、介護予防教室、生きがいデイサービス等で地域住民のための相談支援活動を行っている。佐用町介護サービス事業者連絡会や佐用町社会福祉法人連絡協議会等との関わりによりニーズの把握に努めている。地域見守り事業の実施により、地域住民に対する見守りや配食サービスを実施している地域見守り事業、配食サービスについて、法人・施設の各事業計画に明示している。定期的な会議を開催する等、民生委員等とも連携する機会を設け、地域の福祉的ニーズの把握に努めることが望まれる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 経営理念・基本理念に利用者尊重を明示し、周知を図っている。職員の理解と実践のため、「行動指針」や「職員こころえ」に利用者尊重の姿勢を明示している。介護マニュアルにプライバシー保護を明記し、サービスの実践方法に反映している。年間計画を策定し、「プライバシー・倫理・法令順守」「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」研修を定期的・継続的に実施している。研修・委員会・会議の機会に、尊厳・人権の保持について振り返る機会を設けている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「個人情報保護規定」「個人情報保護に関するマニュアル」を策定し、その中でプライバシーについても言及している。「身体拘束等行動制限についての取扱要領」を策定しているが、「高齢者虐待防止」についてもマニュアルの策定には至っていない。年間計画を策定し、「プライバシー・倫理・法令遵守」「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」研修を定期的・継続的に実施している。契約時に、契約書に沿って利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護に関する事業所の姿勢を説明している。研修・委員会・会議等で意識向上を図りながら、規程・マニュアルに基づいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事例が発生した場合の対応については、規程・マニュアルに明示している。「高齢者虐待防止」についてのマニュアルを策定し、職員の周知を図ることが望まれる。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> パンフレット等を、町役場や居宅介護支援事業所等関係機関に設置し、利用希望者に情報を提供している。パンフレットは、写真や絵を使用して、わかりやすい表現に配慮している。法人としての情報提供は、広報誌・在宅新聞・案内等を設置し、町内全戸に配布もしている。利用希望者には個別に丁寧な説明を行っている。広報誌・在宅新聞は定期的に発行し、最新の情報を提供している。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> サービス開始時には、サービス提供責任者が契約書・重要事項説明書・同意書に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明にあたっては、一般的に質問が多い項目については、具体的なわかりやすい説明を心がけている。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には立会人の同席を求め、契約書の同意欄に署名代行者・立会人の欄を設け適正な説明と運用を図っている。契約書・重要事項説明書以外にも、利用者が理解しやすいように、わかりやすく工夫した資料の作成が望まれる。		

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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護支援専門員から依頼があれば、指定の書式で情報提供を行っている。利用終了後の相談窓口をサービス提供責任者とし、いつでも相談できることを口頭で説明している。 サービス終了後も、利用者・家族が相談できるように、相談窓口を記した文書を、終了時に手渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス提供責任者が毎月モニタリング面談を行い、利用者の満足度を確認している。利用者満足に関する担当者をサービス提供責任者とし、把握した結果はカンファレンスで共有し支援に反映している。アンケート調査等、利用者満足に関する調査を定期的に行うことを期待する。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に明示し、利用者に配布すると共に、玄関に掲示している。玄関に大きな意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。「苦情受付簿」を整備し、受付内容・対応・フィードバックを記録する書式があるが、苦情受付の事例がない。また、苦情については全体会議で共有し、改善に取り組み仕組みがある。 苦情を申し出た利用者・家族に配慮した上で、苦情内容や解決結果等を公表する仕組みを検討することが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に、苦情・相談を受け付ける旨を記載し配布している。各利用者の居住スペースで、相談や意見を述べやすい環境に配慮している。 苦情に限らず、利用者が相談・意見を伝える際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成することが望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情対応マニュアル」を「意見対応マニュアル」としても活用している。マニュアルは年に1回見直している。玄関横に大きな意見箱を設置し、意見を把握できるように取り組んでいる。把握した意見・相談については、業務日誌に記録し、介護支援専門員に連絡しサービスに反映している。</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>施設全体で事故防止委員会を設置し、リスクマネジメントに関する責任者は施設長としている。「事故防止マニュアル」を職員間で周知している。施設共通の「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」を整備し、事例があれば、合同会議で検討し再発防止に取り組む仕組みがある。毎月の事故防止委員会で、1カ月の事故・ヒヤリハット事例を報告し再発防止に努め、年に1回、1年分の事故・ヒヤリハット事例をデータ化・分析し、全体会議後の研修で共有している。施設内研修で「事故発生防止研修」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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設全体で「感染褥瘡予防委員会」を設置し、感染症対策についての責任者を施設長と定めている。「感染予防マニュアル」を作成し、年に2回「感染症研修」を実施している。うがい・手洗い・予防接種の確認・手洗いチェッカー等、感染症予防に取り組んでいる。インフルエンザの発症者に訪問する場合は、エプロン・マスク装着等、感染予防策を講じている。マニュアルは、年に1回定期的に見直している。</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 行っている。	○a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地震・風水害対策マニュアルを含む、「防災マニュアル」を策定している。。ハザードマップにより立地条件を把握し、耐震性を確認している。緊急連絡網による安否確認の方法を周知している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの標準的な実施方法を介護マニュアルに文書化し、プライバシー保護や羞恥心への配慮も明示している。サービス提供責任者や指導職員が訪問に同行し個別に指導し、標準的な実施方法に基づいて実施されているかは、サービス提供責任者が訪問中に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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護マニュアルは、年度初めに年に1回、管理者・サービス提供責任者・課長が、訪問介護計画の内容等を必要に応じて反映されて、見直しを行い記録に残している。マニュアルの見直しに当たっては、合同会議などで職員の意見・提案を反映することが望まれる。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス提供責任者を訪問介護計画書の作成責任者としている。フェイスシート・アセスメントシート・相談記録を基にアセスメントを実施している。サービス担当者会議で、介護支援専門員等関係職員と検討し課題抽出を行っている。利用者・家族の希望を確認し、介護支援専門員の居宅サービス計画書を基に訪問介護計画書を策定している。訪問介護計画書に基づいたサービス提供を、サービス提供記録と毎月のモニタリングで確認する仕組みがあり実施している。支援困難ケースについては、カンファレンスで支援方法を検討し、合同会議で経過を確認しながら、統一してサービス提供が行えるように取り組んでいる。訪問介護計画書に、ニーズを明示することが望まれる。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的には6か月に1回の見直しを実施している。見直し前に利用者・家族の希望を確認し、モニタリングと再アセスメントをもとに、合同会議での職員の意見を反映している。見直しによって訪問介護計画を変更した場合は、サービス指示書の内容も変更し、職員に周知している。訪問介護計画書を緊急に変更する場合は、サービス提供責任者が介護支援専門員に連絡して変更する仕組みを整備している。見直した訪問介護計画書についても、ニーズの明記が望まれる。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、フェイスシート・アセスメントシート・相談記録で把握し記録している。訪問介護計画にもとづくサービスが実施されていることを、サービス提供記録により確認することができる。サービス提供記録は、書き方に差異が生じないような様式が工夫されていると共に、サービス提供責任者が確認して、必要に応じて個別に指導している。申し送り簿・合同会議・カンファレンスにより、職員間の情報共有を図っている。申し送り簿は、回覧印により周知を確認している。</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>「個人情報保護規定」「個人情報保護マニュアル」「文書規程」に記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定め、不適正な利用や漏えいに対する対応も明示している。記録の管理責任者は管理者と定めている。「プライバシー・倫理・法令順守に関する研修」を実施している。入職時に個人情報保護について周知すると共に、守秘義務についての誓約書も交わしている。利用者・家族には、契約時に、個人情報利用について説明し同意書で同意を得ている。</p>		

## A 内容評価基準

### A-1 支援の基本

	第三者評価結果
A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	(a) ・ b ・ c
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

利用者の心身の状況・ADL・生活習慣等をフェイスシート・アセスメントシート・相談記録で把握している。利用者の希望を確認し、訪問介護計画に反映して希望に応じた生活となるよう支援を行っている。居宅サービス計画書を基に、掃除や洗濯を一緒に行う等、自立に配慮した支援を訪問介護計画書やサービス指示書に明記して支援している。訪問時には、居住空間に危険がないかを確認し、安全確保に取り組んでいる。必要な事例があれば、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげる体制がある。

月に1回モニタリングを実施し、利用者の希望を聴きとり、合同会議で共有したり、介護支援専門員と連携をとりながら、支援に生かしている。フェイスシートで、「意思疎通」や「指示への反応」を把握し、困難な利用者には、筆談を行う等個別のコミュニケーション方法を工夫している。施設内研修や合同会議での勉強会で、利用者の尊厳やプライバシーを損なわない言葉遣いについて学ぶ機会を持っている。

### A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた入浴方法を 訪問介護計画書・サービス指示書に明示し、安全な実施のための取り組みを行っている。入浴マニュアル・サービス指示書に明記し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。入浴を拒否する人への誘導や介助方法は、訪問介護計画書やサービス指示書の留意欄に記載して実施している。入浴前の浴室内の安全確認・脱衣室等の室温管理・入浴後の水分摂取やスキンケアは、サービス指示書に明記して実施している。入浴前の健康チェックをサービス指示書に位置付け、バイタルをサービス提供記録の記録欄に記載している。必要に応じて、家族に入浴介助についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた排泄介助の方法を 訪問介護計画書・サービス指示書に明示し、安全な実施、自立に向けた働きかけへの取り組みを行っている。排泄マニュアル・サービス指示書に明記し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。サービス提供記録の排泄欄の排尿・排便の項目に性状や量を明示している。トイレの清潔保持については、生活援助の掃除で実施している。室温調節や保温便座で、トイレの保温に配慮している。必要に応じて、家族に排泄介助についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた移動・移乗介助の方法を 訪問介護計画書・サービス指示書に明示し、安全な実施、自立に向けた働きかけへの取り組みを行っている。押し車・歩行器・車いすなど、使用している福祉用具に不具合などがあれば、介護支援専門員に連絡し、業務日誌に記録している。必要に応じて、家族に移動・移乗介助についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

褥瘡マニュアルを整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を明記している。褥瘡予防としての事例はないが、居宅サービス計画書に基づいて、体位変換や軟膏の塗布などを実施している。施設内研修の「褥瘡予防に関する研修」に参加している。必要に応じて、家族に褥瘡予防についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a ・ b ・ c
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

施設内研修の中で、誤嚥・窒息など食事時の事故について学ぶ機会を持った。サービス提供記録の「食事」の欄に、食事・水分の摂取量を記録し、「身体状況」の欄に食欲についてチェックし、把握できる仕組みがある。必要に応じて、家族に食事についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

介護支援専門員の居宅サービス計画書にもとづいて、訪問介護計画書に口腔ケアを位置づけて、見守り・歯磨き・うがい等を支援している。口腔内に異常があれば、家族に連絡するとともに、介護支援専門員報告し業務日誌に記録している。施設内研修で「口腔ケアに関する研修」を実施した。必要に応じて、家族に口腔ケアについての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。

#### A-4 終末期の対応

	第三者評価結果
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	Ⓐ ・ b ・ c

##### 特記事項

「看取りマニュアル」を整備し、看取りに関する指針・ターミナル期における介護の重点項目として手順や対応を明文化している。事例があれば、サービス担当者会議に参加し、家族・医師・看護師・介護支援専門員・関係者と連携し、居宅サービス計画書をもとに訪問介護計画を作成し、支援する仕組みがある。施設内研修で、「ターミナルケア研修」を実施している。

#### A-5 認知症ケア

	第三者評価結果
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

##### 特記事項

フェイスシートの「認知症高齢者の日常生活自立度」「問題行動」「意思疎通」「指示への反応」欄で評価している。周辺症状を呈する利用者のケアへの配慮は、訪問介護計画書やサービス指示書留意事項欄に記載し支援している。訪問介護計画に、掃除・洗濯への自立支援を位置づけている。施設内研修で「認知症に関する研修」を実施している。認知症ケア専門士である職員が、事業所内の勉強会で認知症に関する勉強会を実施している。必要に応じて、家族に認知症ケアについての情報提供や相談支援を行い、介護支援専門員にも報告し、業務日誌に記録している。社会資源の紹介は、介護支援専門員を経由して支援している。

危険物や、異食・火傷の危険等があれば、家族に連絡し、介護支援専門員にも報告し、安全に生活できる環境となるように支援している。

#### A-6 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
A-6-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

##### 特記事項

訪問中の言動から認知症状を発見した場合は、介護支援専門員に報告し、家族や医療機関につないでいる。介護予防活動や地域での教室への参加についての情報提供などは、介護支援専門員から要請があれば連携して支援する仕組みがある。機能訓練の必要性を察知した場合は、介護支援専門員に報告し、家族やサービスにつなげている。

A-7 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	○a ・ b ・ c
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a ・ ○b ・ c

特記事項

訪問時は健康チェックを行い、サービス提供記録の「身体状況」欄に記録し、入浴前にはバイタルチェックを行い、サービス提供記録の「記録」欄に記録している。体調の変化があった場合は、介護支援専門員に報告し報告し、家族や医療機関につなげている。体調変化時の連絡体制についてはフローチャートに明示している。「医療系マニュアル」を整備し、症状別・疾患別に観察事項・確認事項・緊急度など明示している。マニュアルを事務所に設置し、回覧により周知を図っている。

「感染症マニュアル」「食中毒マニュアル」を整備している。衛生委員会を中心に、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応について文書化し周知している。職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種について、費用負担している。施設内研修で「感染症研修（食中毒）（インフルエンザ・ノロウイルス）」を実施している。

職員の健康状態について、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みづくりが望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携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「サービス提供記録」で、変化があった時には電話でも、利用者の状況を報告している。訪問時やサービス担当者会議で、家族にサービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談を受ける機会を設けている。内容については、業務日誌や個人記録に記録し、介護支援専門員にも報告している。家族に心身の状況の変化があった場合も報告している。家族の緊急連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるように工夫している。必要に応じて、家族に介護に関する助言や情報提供を行い、介護支援専門員に報告している。

A-9 サービスの適切な実施

	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	○a ・ b ・ c

特記事項

ケアカンファレンス・サービス指示書で、サービスの実施方法や手順を周知している。初めて訪問する訪問介護員にはサービス提供責任者が同行・指導し、業務日誌に記録している。サービス提供記録・申し送り簿で情報共有している。合同会議、カンファレンスでも、情報共有を行うと共に、職員が相談・助言を得られる機会となっている。施設内の看護師や心療内科の医師など、必要に応じて専門職の指導や助言を得られる体制が整備されている。



A-10 サービスの適切な実施

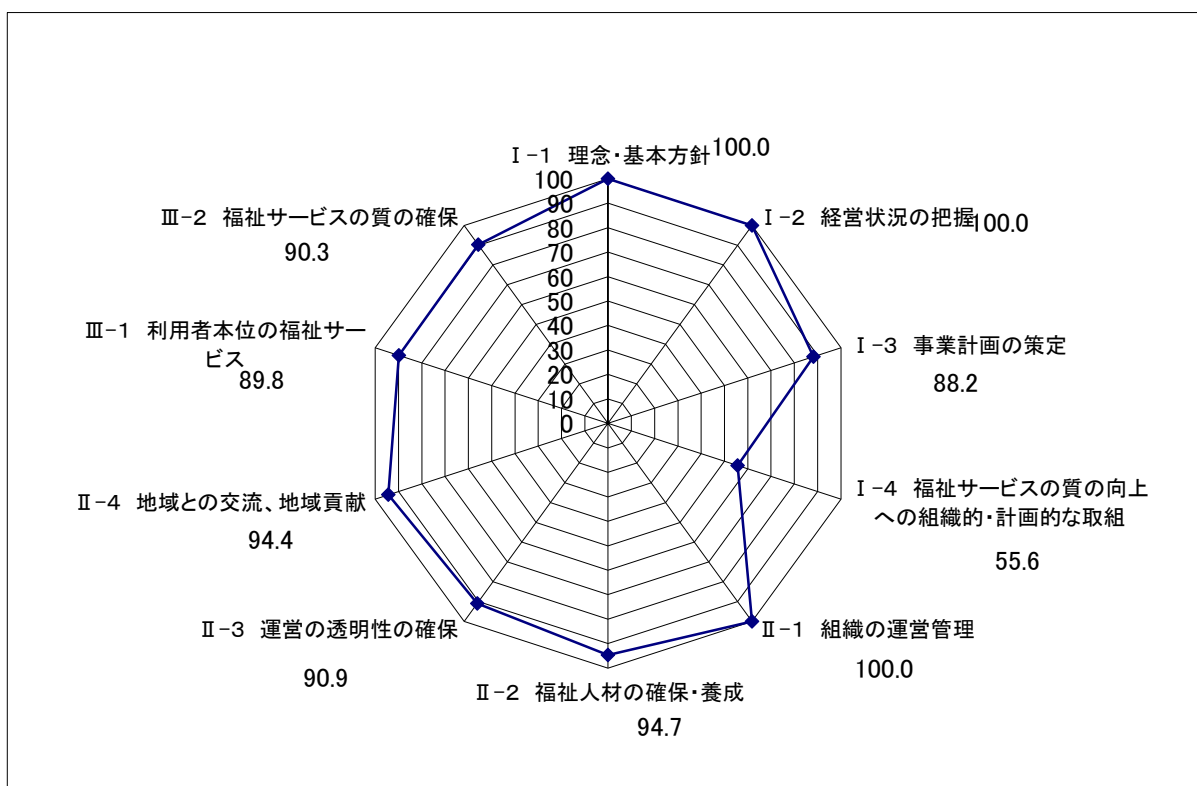
		第三者評価結果
A-10-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○ a ・ b ・ c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面等各サービスについて、居宅サービス計画書を基に訪問介護計画書とサービス指示書を作成し、個別の配慮などは留意事項欄に記載し、個別具体的な実施方法を明示している。

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	17	15	88.2
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	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	36	94.7
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	18	17	94.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	59	53	89.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3



## A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	16	16	100.0
2 身体介護	29	29	100.0
3 食生活	8	8	100.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	13	100.0
6 機能訓練、介護予防	4	4	100.0
7 健康管理、衛生管理	10	9	90.0
8 家族との連携	7	7	100.0
9 サービス提供体制	5	5	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

