

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：アルスタックケアサービス		種別：訪問介護	
代表者氏名：代表取締役 桂岐美枝		定員（利用者人数）：112名	
所在地：尼崎市東園田町 4 丁目96-5 松田マンション2 A			
TEL 06-4950-0420		ホームページ： http://arustak.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：		平成24年6月1日	
経営法人・設置主体（法人名）：		株式会社アルスタック	
職員数	常勤職員：19名	非常勤職員：24名	
専門職員	介護福祉士15名	介護福祉士8名	
	ヘルパー2級3名	基礎研修2名	
		2級・初任者12名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	

③理念・基本方針

法人理念：持てる力を尽くし皆様に喜ばれる医療、看護、介護を提供する
 事業所理念：安全で安心した生活が送れるように心がけ、常に真摯に対応する
 基本方針：利用者様を尊重します 利用者様が自立できるように支援します
 利用者様の自己決定の尊重をします 利用者様の安全の確認をします
 利用者様の変化の観察をします

④施設・事業所の特徴的な取組

母体の医療法人との連携により、利用者の安全で安心な生活をサポートしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 4 月 1 日 (契約日) ～ 平成 28 年 7 月 20 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回 (平成 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

* サービスの提供体制の整備

主な身体介護のサービスの標準的な実施方法について、具体的で詳細なマニュアルを整備している。利用者個々については訪問介護計画書と手順書を作成し、サービス提供責任者の同行により周知している。朝礼・ヘルパー会議等により、管理者層や職員間で、相談・助言などが得られる機会を定期的に設けている。

* サービスの適切な実施

利用者一人ひとりの心身の状況に応じたサービスの実施方法を、訪問介護計画書の「具体的サービス内容・実施方法」欄と、手順書に明示している。訪問開始から終了までのサービス実施の手順を時系列に、また、声かけ方法等個別の配慮も交えて個別具体的に記載している。

* 職員間の情報共有

サービスの実施状況や訪問時の変化などについては、「サービス実施記録」「日誌」に記録し、情報共有は「日誌」・「サービス実施記録(控え)ファイル」の閲覧、朝礼、ヘルパー会議で行い、閲覧については確認印により共有を確認する仕組みがある。ヘルパー会議に出席できなかった職員には議事録のコピーを配布し周知を図っている。

* 職員の資質向上に向けた取り組み

28年度から、インターネットビデオ研修活用による研修計画を個別に策定し、ヘルパー会議で受講し、研修報告書を提出する研修体制を整備している。欠席者は個別に受講できるシステムで、職員全員の資質向上に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

* 事業計画の策定

中・長期計画、単年度の事業計画を策定し、実施状況の把握、評価・見直し、次年度の事業計画の策定を、職員の参画の下で計画的に行う仕組み作りが望まれる。また、利用者・家族にもわかりやすい言葉で説明し、理解と周知を図る取り組みを期待する。

* サービスの質の向上に向けた組織的な取り組み

サービスの質向上に向けて定期的・継続的に自己評価を行い、抽出した課題について、職員参画の下改善に取り組む仕組み作りが望まれる。

* 地域との交流・地域貢献

法人と連携を取りながら、地域ニーズを把握し、有する機能を地域に還元し地域貢献に取り組むことが望まれる。

* 組織の運営管理体制の整備

透明性の高い適正な経営・運営のため、組織の運営管理体制を整備し、管理者のリーダーシップの下、職員も周知・参画し、取り組まることが望まれる。また、ホームページ等を活用し、家族・地域への情報公開を期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の受審によって、事業所の取組むべき課題が明らかになり、今までは利用者様へのサービス提供内容の向上を重点項目としてきたが、今後は事業計画や組織作りへの取り組みが必要との指導を受け、改善点へ取り組んでいきたい。

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> 法人理念を基に事業所理念・基本方針を明文化し、ホームページに掲載している。理念は事業所の目標を明示し、基本方針は職員の行動規範となる具体的な内容になっている。事務所に掲示し、会議で説明する等職員への周知に努めている。 理念・基本方針の利用者・家族等への周知を図る継続的な取り組みが望まれる。		

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> 厚生労働省・尼崎市のホームページ・登録サイトの介護ニュース等で社会福祉事業や地域の動向等の把握に努めているが、分析には至っていない。毎月行う運営会議で利用率等について集計分析し、母体法人に報告している。人件費・経費等支出については母体法人でコスト分析し、結果の報告を受け経営環境の改善に向け検討している。 社会福祉事業や地域の動向を把握・分析し、事業所の運営に反映することが望ましい。		
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> 毎週開催される母体法人の合同経営会議で経営の現状分析を行い課題を抽出し、経営層間で共有が図られている。 経営課題について職員に周知し、解決・改善に向けた具体的な取り組みが望まれる。		

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> 中・長期計画の策定成には至っていない。 理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画を策定し、実施状況を評価し必要に応じて見直すことが望まれる。		
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
<コメント> 単年度の事業計画の策定には至っていない。 中・長期計画を基に、単年度の事業計画を策定することが望まれる。また、事業計画は、実行可能な具体的な内容であり、実施状況が評価できるような内容となることが望まれる。		
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
<コメント> 単年度の事業計画の策定には至っていない。 事業計画を職員参画の下で策定し、内容を職員が周知し、実施状況の把握、評価、見直しが、定められた時期と手順に基づいて行われることが望まれる。		
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
<コメント> 単年度の事業計画の策定には至っていない。 事業計画の主な内容については、理解しやすい工夫を行い、利用者や家族への周知を図ることが望まれる。		

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
<コメント> サービスの質向上を図るための、組織的な取り組みに至っていない。 サービスの質向上委員会の整備など、組織的にサービスの質向上に取り組み、評価する体制作りが望まれる。また、定められた評価基準に基づいて自己評価を行い、評価結果の分析・検討する仕組み作りが望まれる。		
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
<コメント> 定められた評価基準に基づいた自己評価の実施に至っていない。 評価結果の分析から課題抽出を行い、職員参画の下で、改善に取り組む仕組み作りが望まれる。		

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〉 経営や、人事・労務・財務等管理に関する方針・取り組みを明確にした書面等は確認出来なかった。職員向け組織内広報誌等は発行していない。職務分掌は確認出来なかったが、運営規定に「管理者は施設の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う」と定めている。会議等において周知していることを記録からは確認出来なかった。職務分掌・フローチャート等は確認出来なかった。 書面等で経営や管理に関する方針・取り組みを明確にすることが望まれる。組織内広報誌等への掲載と共に、理解を得るよう会議等で周知することが望まれる。職務分掌・フローチャート等で有事、」不在時等の権限委任を明確にしておくことが望まれる		
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〉 法人の諸規定を含め、法令関係の書籍を取り揃えている。集団指導への参加や、法令改正時には、解釈の相談等を市担当者に行い、助言を得ている。経営に関する研修には参加出来ていない。産業廃棄物処理法等にも理解を深めている。法令改正等は必要に応じて、会議時等に職員に必要なことを伝えている。 経営に関する研修等への参加が望まれる。法令改正時も含めて、遵守すべき法令を職員に周知したことを記録として残しておくことが望まれる。		
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〉 サービスの質の現状を把握するための定期的な自己評価や利用者・家族等への満足度アンケート等は実施していない。課題の抽出や具体的な改善策を明示し、職員の意見を反映しながら、サービスの質向上に取り組む体制づくりに至っていない。職員が受講しやすいようインターネット活用による個別研修を採り入れ、研修の充実を図っている。 実施するサービスの質について定期的に評価を行って、課題・改善目標等を明確にし、職員参画のもと管理者がリーダーシップを取りながらサービスの質の向上に向け取り組む仕組みづくりが望まれる。		
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〉 合同経営営会議で、収支等財務に関する大まかな分析を行い、各部署に月単位で報告され、事業所で個別の分析を行っている。昇格人事等については法人が行い、採用人事は事業所で行っている。職員が働きやすいよう、変形労働時間制・保育料の補助・短時間勤務制度等を採り入れ、就業規則に定めている。また、職員休憩室を設置している。就業規則に定めている制度について入職時に説明し、就業規則を各人に配布している。経営や業務改善のための体制構築には至っていない。 サービス提供責任者などが参加して、業務改善会議等経営や業務改善をより効率的に行うための組織体制を構築し、管理者もその活動に積極的に参画する仕組みづくりが望まれる。		

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> 特定事業所加算取得に必要な人員の確保を方針として取り組んでいる。欠員が生じた場合は、直ちに募集を行い補充している。また、介護福祉士資格取得のための研修が受講できるよう勤務シフトに配慮を行い、資格取得時には手当の支給を行うことを説明している。資格研修実施機関や養成校等へ卒業生の採用について働きかけを行っている。		
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> 「期待する職員像」の策定と、明確化には至っていない。採用・昇給に関する基準を就業規則に明示し、各職員に配布している。人事考課制度等は採り入れていない。職員処遇の水準・改善の必要性等を分析・評価し、必要に応じて実施する仕組み作りに至っていない。介護職について「キャリアパスフレーム表」で役割・期待水準・教育テーマ・資格等を役職（階層）ごとに設定する仕組みがある。 「期待する職員像」の策定と明確化が望まれる。人事考課制度等、職員の職務に関する成果や貢献度等を評価する仕組み作りを期待する。職員処遇の水準・改善の必要性等を分析・評価し、必要に応じて実施する仕組み作りが望まれる。		
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
<コメント> 労務管理に関する責任体制について、職務分掌等で明確にしたものは確認出来なかった。タイムカードを基に月単位で「勤務割当表」を作成し、時間外勤務時間・有給残・休日残等を把握している。年１回健康診断、インフルエンザ予防接種を実施し、就業規則の「安全衛生」で職員に周知している。随時管理者が職員の相談に応じているが、組織的な仕組み作りに至っていない。職員からの要望を基に、上限を定めた医療費の還付、保育料の補助等を実施し喫煙場所の設置を行っている。育児・介護休暇の他、時間単位の有給取得、短時間労働制、変形労働時間制等を採用している。職員間の人間関係への配慮や福利厚生への取り組みを行い離職率の通減を目指している。 労務管理に関する責任体制を明文化することが望まれる。職員との個別面談や相談窓口・相談方法の工夫など、職員が相談しやすい仕組み作りが望まれる。労働環境の改善について具体的・計画的に取り組むことを期待する。		
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
<コメント> 「期待する職員像」の明確化、職員一人ひとりの目標管理の仕組み作りに至っていない。 「期待する職員像」を明確にし、人事考課制度等「個人目標の設定→育成計画と実施→評価→フィードバック→支援」の一連の流れの仕組みづくりと、その取り組みが望まれる。		

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
〈コメント〉 「期待する職員像」の明示に至っていない。職員が必要とする専門技術などについては「自己・他者評価表」に明示し、定期的に評価を行っている。28年度から、インターネットビデオ研修活用による研修計画を個別に策定し、ヘルパー会議で（欠席者は個別に）受講し、研修報告書に内容等を記載している。また、法人で講義方式による研修も実施している。 職員に、「期待する職員像」と必要とする専門資格・技術等を明示することが望まれる。研修について定期的に評価を行い、必要とする研修の継続・新たに必要とする研修の採り入れ等に結び付ける仕組みづくりが望まれる。研修内容には、身体拘束の防止・虐待廃止等の研修を採り入れることが望まれる。		
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〉 入職時に職員個別の専門資格を把握し、「自己・他社評価表」で技術水準などを把握している。新人職員・現認職員にも同行訪問時に指導を行い、同行記録を残している。外部研修案内をノートの回覧により情報提供し、希望者を募っている。ヘルパー会議でのインターネットビデオ研修を採り入れ、また、外部研修受講時には出勤扱いとし、旅費を支給し、職員が教育・研修を受けやすいように配慮している。 把握した職員個別の知識・技術水準に応じたOJTや職種別・階層別・テーマ別等の研修計画の策定と実施が望まれる。		
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。	a ・ b ・ (c)
〈コメント〉 実習生受け入れマニュアルの作成や実習生の受け入れには至っていない。 実習生受け入れマニュアルを作成し、受け入れの趣旨・目的等を明文化することが望まれる。受け入れに当たっては、実習生種別のプログラムの作成・実習指導者に対する研修・養成校と連携等を行う仕組み作りを期待する。		

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> ホームページに理念・サービス内容等を公開しているが、事業計画・予算・決算等の公開には至っていない。事業所の取り組み・苦情、相談体制等を地域に公表するには至っていない。事業所の取り組み・苦情、相談の体制や改善・対応の状況についても公表する仕組みづくりが望まれる。地域へ事業所の存在意義、役割等の理解を深めるため、パンフレットや広報誌などを地域に配布する等、理念・活動等の地域への説明・明示が望まれる。		
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> 母体法人で、事務・経理・取引等に関する規定・職務分掌等が作成されているが、職員には周知していない。法人として外部の会計事務所・弁護士等と契約しており、必要に応じて助言等を得る仕組みがある。法人として内部監査組織による監査を実施すると共に、外部監査によるチェックを実施している。外部監査機関の助言により新規事業への取り組みを中止した事例がある。事業所における事務・経理・取引についてのルールと、職務分掌と権限・責任について、職員に周知することが望まれる。		

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> 地域とのかかわりについて、基本的な考え方の明文化には至っていない。また、法人として地域活動に関わっているが、事業所では地域との関りの取り組みには至っていない。地域の社会資源を活用し、買い物、通院介助等利用者の希望に応じて支援している。地域との関わり方について、基本的な考え方を明文化することが望まれる。地域の社会資源等についての情報提供や活用の奨励、地域行事・活動への参加支援の体制づくり、事業所・利用者への地域理解を得るための取り組み等、利用者と地域との交流を広げる取り組みを期待する。		
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
<コメント> 非該当		
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
<コメント> 社会資源のリスト化、地域の関係機関とのネットワーク作りには至っていない。社会資源について、目的別にリスト化し、職員で共有することが望まれる。地域の関係機関等と連携し、共通課題の協議や課題解決のためのネットワーク化に取り組むことが望まれる。		

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
＜コメント＞ 母体の医療法人として、地域の祭り時にブースを設けて、通院患者・地域住民等に血圧測定等の健康相談を実施したことがある。 母体法人と連携しながら、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みを期待する。		
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
＜コメント＞ 地域の福祉ニーズの把握と、ニーズに基づく公益的な事業・活動に取り組むには至っていない。 母体法人と連携しながら、相談事業等を通じて、地域の具体的ニーズの把握に取り組み、また、多様な相談にも応じる機能づくりが望まれる。把握したニーズを事業計画等に明示し、関係機関との連携により、地域貢献に関わる多様な事業に取り組むことが望まれる。		

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＞ 基本方針に、利用者尊重を明示し、事務所に掲示し、会議で説明する等職員への周知に努めている。職員倫理規定が策定され、入職時に説明し配布している。介護マニュアルを作成し、利用者尊重の基本姿勢を盛り込み、実践に取り組んでいる。平成28年度研修計画の中で、尊厳保持等を盛り込み「eラーニング」が実施されている。 「拘束廃止・虐待防止委員会」「接遇委員会」等を設置する等、利用者の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・評価等を行う仕組み作りが望まれる。		
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＞ プライバシーポリシーマニュアルが整備され、入職時説明とeラーニングが実施されている。虐待防止マニュアルが整備され、ヘルパー会議での研修やeラーニングが実施されている。利用者の意向を尊重し、環境整備に努めている。職員倫理規定に「基本的人権の擁護」「利用者としての権利擁護」「個人情報の保護」を、ハンドブックの服務規定に「秘密保持」を明記し、入職時に説明すると共に、配布することで周知と適切なサービスの実施に努めている。不適切な事案の発生事例はないが、発生時の対応方法について、マニュアル等へ明示するには至っていない。 eラーニング研修に加え、マニュアル・規程を取り入れた研修を実施し、職員の周知を図る取り組みが望まれる。プライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを契約書・重要説明書などに明示し、契約時に利用者・家族に説明し周知することが望まれる。また、不適切な事案が発生した場合の対応方法については、マニュアルなどに明示することが望まれる。		
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。	a ・ (b) ・ c
＜コメント＞ 利用希望者には、電話・訪問等で個別に丁寧に説明している。ホームページの内容は、適宜見直している。 サービス選択に必要な情報を、わかりやすく伝えるように配慮したパンフレットや案内等を作成し、多くの人が入手できる場所に設置する等、積極的に情報提供する取り組みが望まれる。		
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＞ サービス開始時には、契約書・重要事項説明書等を用いて説明し、また、サービス計画変更時にも、自己決定の上で同意を得ている。認知症等で意思決定が困難な利用者には、キーパーソンを確認の上、代理人・後見人等に説明し同意を得ている。 契約時には、契約書・重要事項説明書の他にも、工夫した資料などを用いて、利用者・家族にサービス内容をわかりやすく説明することが望まれる。意思決定が困難な利用者への配慮も含め、契約が組織が定めた様式に基づいて同じ手順・内容で行われるように、契約についての手順書（マニュアル）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 ・ (b) ・ c
〈コメント〉 事業所の変更にあたっては、必要に応じてケアマネジャーに情報提供を行い利用者に不利益が生じないようにしている。利用終了後の相談窓口は管理者と定めている。 サービス移行に当たり、利用者が次のサービスを標準的に円滑に利用できるよう、手順・引継ぎ文書の書面化が望まれる。また、終了後の相談方法や担当者については文書で家族に伝えることが望ましい。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ (b) ・ c
〈コメント〉 利用者の満足度を把握する調査を定期的に行うには至っていない。3ヶ月毎にサービス提供責任者が訪問し、モニタリング記録表に利用者・家族の満足度を記録している。利用者満足について、担当者や検討会議の設置、また分析等に基づく改善を行うには至っていない。 利用者の満足度を把握する調査を定期的に行うことが望まれる。また、把握した満足度を分析・検討し、改善に向けた取り組みを行う仕組み作りが望まれる。		
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
〈コメント〉 管理者を苦情解決責任者とし、サービス提供責任者を苦情受付担当者として設置している。苦情対応手順を作成し、フローチャートで仕組みを明示している。苦情・相談対応記録に、苦情内容・対応相談者へのフィードバック等を記録し、保管している。公表は行っていない。 苦情対応者については、重要事項説明書に明示して配布しているが、苦情対応の仕組みについての掲示や配布が望まれる。相談・苦情対応のフローチャートを作成しているが、相談と苦情では対応の流れが異なるので、フローチャートを相談と苦情に区別することが望まれる。また、苦情・相談事例を集積分析し、サービスの向上に反映する仕組み作りが望まれる。		
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
〈コメント〉 相談・苦情窓口を複数設置し、重要事項説明書に相談内容に応じて選べるように一覧にして配布している。「相談室」を、プライバシーに配慮し相談しやすいスペースとして確保している。		
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
〈コメント〉 「相談・事故対応マニュアル」が整備され、相談・苦情（クレーム）・事故（損壊や紛失）についても個別にマニュアルが整備されている。担当ヘルパーが日々利用者の相談・意見の聴取に努め、「報告・指示書」でサービス提供責任者に伝達し、サービス提供責任者か管理者が詳細を把握し適切に対応する仕組みがある。「報告・指示書」に指示欄・報告欄・回答欄を設け、利用者へ意見・相談等に適切に対応する仕組みがある。 作成されたマニュアルについては、定期的な見直しを行うことが望まれる。意見箱の設置・アンケートの実施など、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを期待する。また、意見・相談事例を集積分析し、サービスの向上に反映する仕組み作りが望まれる。		

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
<コメント> 法人として「安全委員会」を設置し、各事業所から出席している。急変時・転倒時・感染時等個別の対応マニュアルを作成している。マニュアルには明記していないが、実務的には管理者をリスクマネジメントに関する責任者としている。マニュアル周知のための取組みには至っていない。事故ヒヤリハット報告書を作成し、発生の都度ミーティングで話し合い申し送りノートで共有している。収集した事例の分析・再発防止策の検討・安全確保策の評価見直し等、一連の流れに関する仕組みづくりには至っていない。28年度年間研修計画に「リスク管理」「摂食障害」「感染症」を採り入れており、研修を予定している。 起こりうるリスクを検証し、事業所の特性に応じた項目を充足したマニュアルを整備し、リスクマネジメントに取り組むことが望まれる。また、「安全管理委員会」の中で、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行うことが望まれる。		
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
<コメント> 「感染症対応マニュアル」を作成し、母体法人での研修会や事業所内のeラーニング研修で周知を図っている。うがい・手洗いの励行・グローブ着用の徹底等、感染症予防に努めている。 感染症対策について、責任と役割等管理体制を明確にすることが望まれる。また、感染症の予防・対応マニュアルを定期的に見直すことが望まれる。		
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
<コメント> 災害時の対応体制について、マニュアルなどの作成、職員の周知には至っていない。 事業所の特性に応じた、災害時対応体制を整備し、安否確認方法を含め、具体的な対応手順や役割分担などを明記したマニュアル作成と、全職員の周知が望まれる。		

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
<コメント> サービスの標準的な実施方法を文書化したマニュアルを作成し、利用者尊重・プライバシー保護に関わる姿勢が明示されている。標準的な実施方法で実施できているかは、「自己評価・他者評価表」で、確認する仕組みがある。 標準的な実施方法について研修を実施する等、職員に周知する取り組みが望まれる。		
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
<コメント> 定められた時期や方法での定期的なマニュアルの見直しには至っていない。 定められた時期や方法で、職員・利用者からの意見も参考にして、定期的にマニュアルの見直しを行うことが望まれる。また、見直しの内容は、必要に応じて訪問介護計画に反映することが望まれる。		

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
<コメント> 訪問介護計画書の作成責任者をサービス提供責任者と定めている。事業所で定めた「アセスメント票」「アセスメントチェックシート」を用いてアセスメントを実施している。訪問時のサービス実施記録と3ヶ月毎のモニタリング記録により、訪問介護計画通りにサービスを実施していることを確認する仕組みが構築され、機能している。サービス担当者会議出席から、訪問介護計画書作成、家族への同意確認までの手順を、ファイルで確認した。 アセスメントから訪問介護計画書作成の一連の手順をマニュアル化し、事業所で統一した手順で行われることが望まれる。利用者個々のニーズについては、訪問介護計画書に明示することが望まれる。支援困難ケースへの対応については、経過が明確になるように、個人別の経過記録に記録することが望まれる。		
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
<コメント> 訪問介護計画書を見直し・変更した場合は、朝礼・「日誌」への記入・ヘルパー会議で伝達・共有している。また、現行の訪問介護計画書に基づいた手順書を訪問たびに確認できるファイルを設置している。 訪問介護計画の見直しについても、定期的な見直し・緊急に変更する見直しを含め、一連の手順をマニュアル化し、事業所で統一した手順で行われることが望まれる。見直しに当っては、課題などの明確化が望まれる。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況は、アセスメント表・アセスメントチェックシートで把握し、訪問時の変化などについては、「日誌」に記録している。訪問介護計画に基づくサービス実施が行われていることは、サービス実施記録により確認できる。サービス実施記録は、チェック形式と状況・連絡事項の記録という書き方の差異が生じにくい書式を工夫し、記入方法も指導している。 情報伝達・共有は、「日誌」・サービス実施記録(控え)ファイルの閲覧、朝礼、ヘルパー会議で行われ、閲覧については確認印により共有を確認する仕組みが。ヘルパー会議に出席できなかった職員には議事録のコピーを配布している。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> 個人情報保護規定の策定には至っていない。記録管理責任者を管理者として設置している。事業所内研修で「プライバシー保護と個人情報の取扱い」の中で、記録の管理についても研修したことをヒヤリングで確認した。入職時に個人情報保護規定について説明し、ハンドブック・就業規定・職員倫理規定にも明示して配布し、誓約書も交わし職員の理解と遵守に努めている。契約書・個人情報利用同意書を用いて、個人情報の取り扱いに利用者・家族に説明している。 記録の保管・保存・廃棄、情報の提供不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法、記録管理の責任者等を明示した個人情報保護規定の整備が望まれる。		

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

利用者の基本情報・心身の状況等は、セスメント票・アセスメントチェックシートで把握するようにしている。アセスメント票の利用者・家族の意向欄に把握できたの意向を明示し、訪問介護計画に反映させ、利用者一人ひとりに応じた生活になるように支援している。訪問介護計画書の「ご本人ができる事」の欄に利用者ができることを明示し、自立支援につなげるようにしている。家事援助時の声かけや確認についても、各利用者の手順書に明記している。環境面・衛生面の安全確認については、訪問時のルーティンとして行っているとヒヤリングで確認したが、サービス実施記録等に記録に残すことが望まれる。買い物代行の際は、現金を預かり、出納についてはサービス実施記録に記録している。鍵は預からない方針である。

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た事例はない。金銭を預かるルールなども含め、事業所の特性に適した家事援助についてのマニュアルを作成し、職員間で共有することが望まれる。

事業所内研修の年間計画の中に位置づけ、「高齢者の尊厳保持とプライバシー保持」等の中で、言葉遣いや接遇への配慮を学び共有している。会話の中で聞き取った内容は、サービス実施記録の「訪問時の状況」欄に記入し、サービス提供責任者が把握してケアに生かす仕組みがある。意思疎通が困難な利用者への対応方法については、ヘルパーミーティングで意見交換し共有している。コミュニケーションマニュアルを作成し、コミュニケーションについての標準的な方法等を共有することが望まれる。

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

利用者個々の心身の状況を踏まえた入浴介助の方法は、訪問介護計画書の「具体的サービス内容・実施方法」欄や手順書に明記している。入浴介助マニュアルを作成し、羞恥心への配慮、入浴拒否する人への対応、浴室内・脱衣所の安全面への配慮等について明示されている。入浴の可否判断基準は「訪問中の緊急時対応方法」に明示し、入浴前にはバイタルチェックを行いサービス実施記録に記録している。トイレ内には手すりを設置し、設備面でも安全面に配慮している。家庭での入浴を安全で適切なものとするため、利用者・家族に助言・情報提供した事例はない。

利用者個々の心身の状況を踏まえた排泄介助の方法は、訪問介護計画書の「具体的サービス内容・実施方法」欄や手順書に明記している。また、訪問介護計画書の「ご本人ができる事」欄を活用し、自立に向けた支援に努めている。便・尿の観察状況については、サービス実施記録の排泄介助欄に記録している。排泄介助マニュアルを作成し、羞恥心への配慮、声かけ、衛生・消臭・保温・安全面への配慮等について明示されている。トイレ内には手すりを設置し、設備面でも安全面に配慮している。家庭での排せつを安全で適切なものとするため、利用者・家族に助言・情報提供した事例はない。

手順書の中に、利用者個々の心身の状況を踏まえた移乗・異動介助方法を明示し、自立支援・安全な実施に取り組んでいる。福祉用具の使用開始時には、ケアマネジャー・福祉用具専門相談員にサービス提供責任者も立ち会って、福祉用具の適合性を確認している。家庭での介護を安全、適切に行うため、利用者・家族に移乗、移動に関しての助言や福祉用具の利用についての情報提供を行った事例はない。

褥瘡予防について必要な利用者については訪問介護計画に位置付け、定期的に体位変換を行い、サービス実施記録に記録している。主治医・訪問看護からの指示に基づいて、軟膏塗布を手順書に明示して実施し、サービス実施記録に記録している。傷や皮下組織のずれに配慮した移動を含めてた褥瘡の発生予防についてマニュアルを作成し、マニュアルに基づいた研修を行う等周知する取り組みが望まれる。家庭での褥瘡予防を適切に行うため、家族に助言や情報提供を行った事例はない。

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。	a ・ 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。	a ・ b ・ c

特記事項

調理の事例はない。

利用者の状況に応じて、とろみをつける等、工夫して提供している。訪問介護計画書に「ご本人ができる事」欄や手順書に自分でできる事を明示し、自分のペースで食べられるように支援している。嚥下しやすい座位や姿勢についても手順書に明示している。マニュアルの中に、誤嚥時の介助を明示している。食事・水分摂取状況については、サービス実施記録の食事介助欄に記録すると共に、食事全体についてもチェック表で把握し配慮している。栄養状態に合わせて高カロリーゼリー食を提供した事例を確認した。

家庭での食事・水分摂取について家族に助言・情報提供した事例はない。

食事介助を行う事例を中心に、口腔ケアについても手順書の中に盛り込み、口腔ケア・口腔内のチェックを行っている。28年度のeラーニング研修の摂食嚥下障害研修の中で、口腔ケアについて学ぶ予定である。

歯科受診を促した事例・口腔ケアについて、家族に助言・情報提供を行った事例はない。

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。	a ・ b ・ c

特記事項

終末期を迎えた場合の対応・ケアについては、居宅サービス計画書に基づいた訪問介護計画書に明示し、家族に説明の上で同意を得ている。母体法人である医療機関・訪問看護を中心に、各関係機関との連絡連携体制を整備している。

訪問介護事業所としての終末期ケアについてのマニュアルの作成と、マニュアルに基づいた研修の実施が望まれる。

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。	a ・ (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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

「アセスメント・チェックシート」により、日常生活能力・残存機能・認知症状についてアセスメントを実施している。認知症状に対して支持的・受容的なかわりを行い、訪問記録に記録している。訪問時に洗濯物をたたむ等利用者の能力を活かして役割が持てるように声かけや支援していることをヒヤリングで確認した。

周辺症状を呈する利用者について、観察と症状に合わせたケアについて経過を記録に残すことが望まれる。認知症についての研修の中に、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を盛り込むことが望まれる。家族に家族支援のための社会資源を紹介したり、ケアについて助言・情報提供を行った事例はない。

訪問介護計画書に基づいて掃除・環境整備を行うと共に、訪問時には環境面・衛生面などの安全性を確認し、課題や問題があればケアマネジャーに報告していることをヒヤリングで確認した。環境面・衛生面の安全確認もサービス実施記録に残すことが望まれる。
安心・安全で落ち着いた生活が送ることができる環境整備に関して、利用者・家族に助言や情報提供を行った事例はない。

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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

認知症状の早期発見については、ケアマネジャーに主にFAXで報告している。認知症状についての気づき等は、ケアマネジャーに報告し、ケアマネジャーの判断で医療機関につないでいる。
自宅での介護予防活動や地域での健康教室等について情報提供等を行った事例はない。

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

サービス実施記録に、「バイタルチェック」「心身の状況」を記入する欄を設け、体調の変化を把握している。体調変化時は、緊急性があれば主治医に連絡し、緊急を要しない場合にはケアマネジャーを通して各関係機関に連絡する体制となっている。「訪問中の緊急時対応方法」に対応方法・緊急コール基準・急変時の対応を明記し、職員に配布し周知している。年間研修計画に盛り込んだ、「現認研修」の中で高齢者の健康管理や病気についての研修を行っている。体調の変化については、主に電話・FAXで主治医・ケアマネジャーに適宜報告している。

感染症・食中毒に対するマニュアルを作成している。職員は法人の費用負担で予防接種を受けている。院内研修と事業所研修で、年間計画に盛り込んで「感染症」について研修を実施している。必要な利用者には、冷蔵庫内の食品の保管管理について支援している。インフルエンザ等の職員の体調の変化を把握する仕組みづくりと、職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法の文書化が望まれる。

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

利用者の近況についてのメッセージを、定期的に請求書送付時に同封して家族に報告している。変化があった場合は、随時報告している。電話だけでなくメールも活用して家族に確実に報告できるようにしている。家族の来訪時・訪問介護計画書更新時に、サービスの説明をしたり要望を聞く機会を設けている。家族の介護状況の把握や、介護に関する助言・情報提供を行った事例はない。

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

各利用者のサービス実施方法について手順書を作成し、職員に配布すると共に、ヘルパー会議で周知を図っている。初めて訪問する場合は、サービス提供責任者が同行し、サービス実施記録に記録すると共に、同行記録にも詳細を記録している。訪問介護員が変更になる場合は、基本的にはサービス提供責任者が同行することとし、同行記録に記録している。利用者の状況等の情報は、業務日誌・サービス実施記録の確認や朝礼・ヘルパー会議により職員間で共有する仕組みがある。定期的に行われるヘルパー会議の中で、サービス提供責任者や職員間で相談や助言を受ける機会がある。必要に応じて、主治医・訪問看護師・理学療法士等、外部の専門職から指導・助言を受けている。

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

サービスの個別具体的な実施方法を、訪問介護計画書の「具体的サービス内容・実施方法」欄と、手順書に明示している。

①意思疎通について、一つ一つ説明し意向を確認しながら意思疎通を図る等、個別の留意点が記載されている。

②食事について、嚥下状態に課題がある利用者について、耳下マッサージやゼリー食の提供と摂取介助の方法が明示されている。

③入浴方法について、準備から入浴後のケアまで、個別の手順が詳細に記載されている。

④オムツ交換時のパット交換、清拭の個別の実施方法が明示されている。

⑤モーニングケア内での更衣・整容のサービス実施方法が明示されている。

⑦心理面の安定のため、サービス提供時に手順の詳細な説明と細かい声かけが必要など、個別の留意点が記載されている。