

(別添1)

事業評価の結果(共通項目)

福祉サービス種別 訪問介護

第三者評価の判断基準

事業所名(施設名) ヘルパーステーション「グリーン」

a・・・着眼点をすべて実施している状態

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

c・・・着眼点を一つも実施していない状態

実施していない状態

実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	講評 (評価細目ごと)		
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	法人や事業所の理念が明文化されている。	a)	1	理念が文書(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。	法人は「慈泉会のミッション・ビジョン」として今後を見据えた使命を明示している。その使命を見据えて、地域在宅医療支援センターとしてミッションを3項目掲げている。その文章からは、尊厳や自立を尊重した良質なサービスを提供し、安心して暮らせる地域創りを目指すなどの考えを読み取る事ができる。	
					2	理念から、法人・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。		
			法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a)	3	基本方針が文書(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。		法人が目指すビジョンは、在宅医療支援を強化していく明確な方針を示しており、方針の具体化として地域在宅医療支援センターのビジョンを明らかにしている。また、地域在宅医療支援センター20周年誌には、「次の10年に向けて私たちのミッションとビジョン」が示されており、ビジョンにはヘルパーステーション「グリーン」の位置づけも明確になっている。それを受けてプロファイル(事業所毎の目標や計画)が作成され、具体的なヘルパーステーション「グリーン」の目標が示されている。 地域在宅医療支援センターのビジョンには、サービスを効率よく提供出来る拠点整備や安心で信頼されるサービスの充実へ向けた取り組みの方針が示されている。
					4	基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。		
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	理念や基本方針が職員に周知されている。	a)		5	基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
						6	理念や基本方針を会議や研修において説明している。	
						7	理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。	
						8	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	
						法人のミッション・ビジョンは広報誌「あいあい」や年報に掲載されると共に、法人内の情報ネット共有サイトで何時でも確認できる。新年には理事長の講話の中で全ての職員に説明されている。また、地域在宅医療支援センターのミッション・ビジョンと共に事業所内に掲示している。 毎朝礼・夕礼時には全ての職員が一堂に会し唱和を行い、部署ごとや主任・リーダー会等において確認するなど継続的な周知に取り組んでいる。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	1	(2)	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<p>9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</p> <p>10 認知症などの利用者に対する周知の方法に工夫や配慮をしている。</p> <p>11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</p> <p>12 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</p>	<p>広報誌「あいあい」に理事長の顔写真入りで方針を掲載しており、訪問時に職員が説明しながら渡している。また、ホームページからも把握することができる。</p> <p>契約時等に渡すパンフレットには、理念を読み易く太字で明示してあり職員が説明し伝えている。</p> <p>年2回開催される利用者や家族、そして介護者の軽減を図る交流会には、理事長や地域在宅医療支援センター長が出席し、ミッション・ビジョンなど講話をされている。利用者には、出席のためのタクシー代や食事代など補助をしている。</p>
	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	中・長期計画が策定されている。	a)	<p>13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。</p> <p>14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。</p> <p>16 中・長期計画に基づく取組を行っている。</p> <p>17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>18 人件費の増減の予測を行っている。</p> <p>19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。</p> <p>20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。</p>	<p>地域在宅医療支援センターは示すビジョンに、中・長期にわたって取り組む具体的な内容となっており、そのビジョンの下にヘルパーステーション「グリーン」として、プロフィールを作成し地域の中核的なステーションとなる具体的な目標を示している。</p> <p>地域在宅医療支援センター松本は、本部機能を有し、「結」を管理サポートしており、高齢者になっても安心して暮らせる地域を創るため「安心・いきいきプラン松本」を活用し、「高齢者をとりまく状況と将来の見通し」を支援センター運営会議で分析している。また、ヘルパーステーション「グリーン」プロフィールを作成して、ビジョン・業務分掌・体制・スタッフ構成・専門資格の状況等明確にしている。</p>
<p>21 事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。</p> <p>22 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。</p> <p>23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。</p> <p>24 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。</p> <p>25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。</p> <p>26 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。</p>					<p>地域在宅医療支援センター全体の年間事業計画のほか、ヘルパーステーション「グリーン」としての単年度の事業・研修計画、ビジョンの実現に向けた姿勢を今年度の目標及び収支計画で示し、その実現に向けた取組みを具体的にあげている。</p> <p>項目・内容に応じて時期や期間等を示し、目標達成の進捗状況や評価が可能となる計画を策定している。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	2	(2) 事業計画が適切に策定されている。	事業計画の策定が組織的に行われている。	a)	27	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。	計画は、ミーティングや主任・リーダー会の意見等を反映し確定に至る手順に沿って策定され、法人内情報ネットサイトの「プロフィール」に示している。 職員一人ひとりが取り組む具体的な計画は、現状分析等により部署課題として明確化し、その課題に対して取り組みを職員で分担し、経営運営課題実施計画書として明らかにするなど、全職員が担当・参画する計画となっている。確認・見直しについては、部署課題スケジュール表を作成して行っている。	
					28	評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。		
					29	一連の過程が一部の職員だけで行われていない。		
			事業計画が職員に周知されている。	a)	30	各計画を配付し、会議や研修において説明している。		確定した計画は、グリーン会議等で周知して職員から承認印をもらっている。さらに、職員の個人面談や計画に対する数値を示すなど理解が深まるように工夫している。 ○法人内情報ネットサイトのプロフィールで日常的に共有が図られており、運営報告書を作成して、定期的に地域在宅医療支援センター長に報告を行っている。
					31	各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		
					32	各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。		
			事業計画が利用者等に周知されている。	a)	33	利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。		民生委員の会議、出張説明会や出前講座などのチラシ配布時に、利用者等の状況に配慮し解り易く説明している。
					34	各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。		
			3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)		35
36	管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。							
37	平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確化されている。							
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)	38			管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会等に参加している。	管理者は、法人内の経営コンサルタントの研修会や様々な委員会に出席している。その他、市や県の研修会に参加し、現行法や法改正等の理解に努めている。 全ての職員に対して、入職時には遵守すべき法令等の研修会に出席出来るよう配慮している。		
		39			管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。			
		40			管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)				
	3	(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a)	41	管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	地域在宅医療支援センターとして、サービスの質の向上を図ることを明確にしており、地域在宅医療支援センター学術大会への職員の参画や、利用者満足度調査の実施、第三者評価の受審など、分析や評価を行いサービスの向上に向け取り組んでいる。 定期的に個人面談を実施し、今年度の目標・目標達成のために心掛けていく事・仕事においてよかった点、悪かった点・困っている事、悩んでいる事・改善点など職員から聴きとり、出された課題について改善に向け取り組んでいる。 ○ミーティングやサービス責任者会議、グリーン会議、地域在宅医療支援センター運営会議等に参加し、質の向上に向け積極的に取り組んでいる。			
					42	管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。				
					43	管理者は、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取組を明示して指導力を発揮している。				
					44	管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。				
				(1) 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a)		45	管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。	法人や地域在宅医療支援センターの目指す姿を全職員に伝え、共有する仕組みを確立しており、職員一人ひとりが運営面にも関心を持ち役割を果たして行く体制ができている。毎年プロファイルを作成し、年度毎の目標設定を行い、必要な人員等を把握して数値化し、グリーン会議で職員に説明を行っている。 管理者は、サービス付き高齢者向け住宅「結」、定期巡回随時対応型訪問介護看護の状況地域在宅医療支援センター松本としての運営状況を把握し、24時間対応や人員配置、業務の効率化、リーダーとしての役割についてグリーン会議を開催し、働きやすい環境整備等に取り組んでいる。
								46	管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。	
								47	管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。	
								48	管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
組織の運営管理	1	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a)	49	社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。	法人は、地域の人口構造や利用者像の変化にいち早く着目し、2010年から2040年のデータ化や介護者の背景からのニーズ予測、ヘルパーステーション「グリーン」の利用者数など、地域のデータ収集等は組織として積極的に行われている。 管理者は、市の訪問介護連絡協議会、介護福祉学会、その他さまざまな会議に出席し事業の動向等の情報を得ており、全職員に介護保険情報の閲覧を促している。			
					50	利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。				
					51	福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。				
					52	把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)				
	1	(1)	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a)	53	定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	毎月のグリーン会議において、訪問件数や時間等サービスの状況を分析し、原因と改善策の意見を出し合い、収益と予算の動向など運営状況の推移を検証した運営報告書を作成し、上司にあげている。職員は、院内ホームページで確認できており、課題等はプロファイルに反映している。			
					54	改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。				
					55	経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。				
					56	事業規模に応じ、定期的に(2年あるいは5年に1回程度)、外部監査を受けるよう努めている。		慈泉会のミッションには、「透明性の高い経営を行い、経営体として社会的信頼を高める」と明記されており、毎年度末に公認会計士が当事業も含め、法人全体の外部監査を実施している。		
									57	外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。
			外部監査が実施されている。社会福祉法人のみ対象(他は評価外)	a)	58	必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。			法人が定める人事考課制度規程に明示されており、採用希望調査書を用いて一人ひとりの職員の働き方を把握し、地域ニーズの把握や24時間のサービス提供時間等について実績を踏まえ必要な人材や人員体制を明確にして、計画的に人事管理を行っている。	
										59
			60	プランに基づいた人事管理が実施されている。						
					人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)				61
			62	考課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。						
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	a)	63			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。	有給休暇簿や超過勤務報告書を毎月チェックし就業状況について話し合っている。職員面談指導に関する規程を基に定期的に面談を実施し、気になる職員には管理者から声を掛け、気軽に相談できる職場環境に配慮している。把握した結果の対応記録もあり、その結果を踏まえ改善策を検討している。 法人として全職員が法人内情報ネットサイトを活用し、ストレスチェックを必ず行い、結果をフィードバックし、必要な職員は、産業医カウンセラーに相談する事ができる。				
			64	把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。						
							65			分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。
			66	改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。						
							67	定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。		
			68	希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	2	(2)	職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a)	<p>69 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</p> <p>70 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。</p> <p>71 職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。</p>	法人内情報ネットサイトから、飲食店やスポーツジムなど、様々な福利厚生情報を入手する事が出来、個人として利用したい物を選択して活用するなど、職員の余暇活動や日常生活の支援を図っている。 法人内には、労働衛生相談窓口、ハラスメント相談窓口が設置されており、機能している。また、健康診断は義務付けられ、全員が年1~2回受診している。
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a)	<p>72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。</p> <p>73 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</p>	慈泉会ミッションに”継続的な医療・介護の質の向上と人財育成に真摯に取り組み...” また、ビジョンには”時代の進歩・発展に対して、積極的で適正な対応ができる有為な人財を育成する。”と明示している。これを受け、地域在宅医療支援センターミッションは、”医療・介護・福祉の専門家として質の向上と人財育成に取り組み...”と明示されている。 具体的な専門技術や専門資格については、ヘルパーステーション「グリーン」の職能要件書に記載され、法人として目的意識が明確になっており、整合性が確保されている。
			個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a)	<p>74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。</p> <p>75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。</p> <p>76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</p> <p>77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。</p>	職員ごとに目標を設定し、基本研修及び目標に合わせた研修計画を策定し実施している。また、全職員は、インターネット配信(教育システム)を受講している。 個別の職員状況については、職能要件書で把握されており、人事考課の等級ごとに必要な資質が明確になっている。また、介護職員初任者研修は、介護職員初任者研修規程の実習プログラムに沿って、“訪問介護とは・同行訪問・実習記録の作成と振り返り”など学んだ状況に対して、指導者のコメントが記載されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	2	(3)	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a)	<p>78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</p> <p>79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。</p> <p>80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。</p> <p>81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</p> <p>82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</p>	研修終了後は、復命書及び報告書を作成し、伝達講習としてグリーン会議において全職員に共有を図っている。研修後は、内容の評価・分析を行い、見直しや今後の研修計画に活かされている。
		(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a)	<p>83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</p> <p>84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</p> <p>85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</p> <p>86 実習指導者に対する研修を実施している。</p> <p>87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</p> <p>88 学校等と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。</p> <p>89 社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。</p>	○慈泉会の受託実習生に関する規程に基本姿勢等が明記されている。規程に基づき実習オリエンテーションを行い、実習生の心得等を学んだ上でグリーンの実習プログラムに従って実施している。「誓約書」の提出、訪問介護員としての心得「実習生へのお願い」を確認して、実習指導者について朝礼、同行訪問等の実習を行っている。実習指導者は、会議の時に介護研修を受けている。 ○同行訪問後、実習指導者は「実習生評価票」で評価、コメントし学校に送付している。現在は「介護職員初任者研修」のみの受け入れであるが必要があれば他職種の実習生の受け入れも可能である。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)	
3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a)	90	管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。	○法人として医療安全規程が整備されており、ヘルパーステーション「グリーン」の取り組みもそれに準じている。統括科長が地域在宅医療支援センターの医療安全の責任者になっている。 ○利用者のリスクについては医療安全報告書に記載され、回覧し各自確認している。また、事故が起きた場合はグリーン会議で報告し職員全員で検討している。 ○「緊急時対応マニュアル急変時・訪問時」「緊急時対応マニュアル車両事故」を整備し訪問時には「ルート表」と共に携帯し有事に備えている。感染症については地域在宅医療支援センターで作成した「インフルエンザの対応手順」がある。	
				91	利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。		
				92	検討会には、現場の職員が参加している。		
				93	リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。		
				94	事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。		
			a)	95	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。		○レスキューマット、避難はしご、消火器、発電機、AED等の設置、松本消防署に依頼しての防災訓練を定期的に行い、3日程度の食料の備蓄をしている。 ○地域在宅医療支援センターで作成された「災害対策マニュアル」に基づき災害時の行動計画が管理者、スタッフ別にフローチャートで分かり易く示され利用者、職員の安全確保が速やかに行えるようになっている。一斉メッセージサービスによる職員の安否確認は、日頃から訓練し災害時の対応に備えている。
			96	災害時の対応体制が決められている。			
			97	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。			
			98	食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。			
			a)	99	利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。		○医療安全報告書により利用者のリスクを収集し、職員に回覧している。各自が確認して事例を共有し、グリーン会議の検討課題に挙げ検討し分析し再発の未然防止に努めている。 ○医療安全研修、警察署職員による交通安全研修は定期的に行われ、安全確保、事故防止に努めている。
			100	収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。			
			101	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。			
	102	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・見直しを行っている。					
		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。					

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	4 地域との 交流と 連携	(1) 地域との関係 が適切に確保 されている。	利用者地域 とのかわり を大切に している。			訪問介護は評価外		
			事業所が有する 機能を地域 に還元して いる。	a)	103	介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。	○法人として地域に向けて、12年間「市民の為の医療、介護、福祉講座」を毎月第2、第4火曜日に継続して開催している。また、相澤ふれあい祭りの際には、介護相談窓口を設けて介護相談を実施、定期巡回ではチラシを作成し出張説明会や出前講座を行うなど、地域の要望に応える支援を行っている。依頼があれば、講座や講演を行っており、短大や地域包括支援センターなどで講演を行ってきた。 ○相澤病院の広報誌「あいあい」やホームページに「ミッション」「ビジョン」として理念や方針等が掲載され近隣、病院利用者、開業医等に配布されている。 ○災害時には慈泉会の「災害時対応規程」によって地域への対応が定められている。	
					104	介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。		
					105	地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。		
					106	地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。		
			107	災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めていく。				
			(2) 関係機関との 連携が確保 されている。	ボランティア 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。			訪問介護は評価外	
		a)		108	個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。	○松本市「高齢者福祉のしおり」により社会資源の一覧、関係機関の役割等確認する事が出来る。利用者宅にも備えてあり、全職員にも配布している。		
				109	職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	4	(2)	関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	<p>110 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。</p> <p>111 介護支援専門員、地域包括支援センターと綿密に連携し、また、サービス担当者会議に出席している。</p> <p>112 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。</p> <p>113 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。</p> <p>114 地域に適当な関係機関・団体がいない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</p> <p>115 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。</p> <p>116 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。</p>	<p>○利用者の緊急時には直接、主治医と連絡を取ることもあるが基本的には介護支援専門員を通して連携している。</p> <p>○管理者は、事業者連絡会の訪問介護部門に出席し提案をしたり、勉強会に参加し、他事業所と連携し必要事項を共有している。</p> <p>○担当者会議では他事業所の他職種と意見交換をし、介護支援専門員には毎月、モニタリング報告書を提出し介護支援専門員を通して地域包括支援センターと連携している。</p> <p>○日常生活自立支援事業、成年後見人は介護支援専門員を介して制度に繋げている。</p>
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	地域の福祉ニーズを把握している。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	<p>117 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>118 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>119 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>120 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。</p>	<p>○医療連携推進会議で町会長、民生委員と意見交換をしている。民生委員会にも出席して福祉ニーズの把握に努めている。担当者会議では介護支援専門員から利用者の福祉ニーズを把握し他職種からも情報を得ている。</p> <p>○訪問時には、利用者の話を聞き、訪問時アセスメントを行いニーズの把握に努めている。</p>
			地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。社会福祉法人等公益法人以外は評価外	a)	<p>121 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。</p> <p>122 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。</p>	<p>○把握した福祉ニーズは、法人のミッションやビジョンにそって、地域在宅医療支援センターの計画に具体的に挙げられ、「定期巡回随時対応型訪問介護看護」の開始、サービス付き高齢者向け住宅への訪問介護部門の創設など、事業の拡大を行っている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a)	123	理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。	○利用者の尊重について慈泉会の職業倫理規程に明示され、入職時に、言葉遣い、コミュニケーションの取り方、一人ひとりの価値観や生活習慣を尊重したサービスの有り方等研修を受けている。利用者を尊重した基本姿勢が、業務マニュアル、各サービスの手順書に、具体的に反映されている。 ○医療安全研修では身体拘束廃止、虐待防止の研修を定期的に行っている。また、グリーン会議においても、利用者の尊厳について研修を行っている。	
					124	利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
					125	利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
					126	身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。		
					127	利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。		
		(2) 利用者満足の向上に努めている。	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	128	利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	○慈泉会に「患者の権利と義務に関する規程」があり、権利として「患者は、自身に関する個人の情報やプライバシーが守られる権利がある。」としている。 ○医療安全セミナーで毎年研修し、業務マニュアルにも訪問介護の心得として行動目標に挙げられている。	
					129	規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。		
					130	利用者満足に関する調査を定期的に行っている。		○平成25年、27年（結部門）、に利用者満足度調査を実施している。担当者を設置し分析、検討し課題と改善点を抽出し改善策を立てている。29年にも実施する予定がある。結部門では年に1回の利用者、家族の行事に公表し意見をいただいている。 ○管理者、サービス提供責任者は随時、利用者宅を訪問し利用者のサービスに対する満足について聴取している。
					131	利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。		
					132	利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。		
133	利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。							
			134	分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。				

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	1	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<p>135 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。</p> <p>136 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</p> <p>137 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。</p>	<p>○重要事項説明書で相談・苦情の窓口を説明している。他に契約時や訪問時に随時、担当介護支援専門員、訪問している介護員にも相談出来ることを伝えられている。</p> <p>○相談は個別で出来るように地域在宅医療支援センターの3階、高齢者住宅では1階に相談室を備えている。</p>
			苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<p>138 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。</p> <p>139 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</p> <p>140 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</p> <p>141 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。</p> <p>142 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</p> <p>143 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</p>	<p>○慈泉会の医療安全部に第三者委員を設置している。地域在宅医療支援センターの苦情・相談対応マニュアルにより、苦情受付窓口が設置され、苦情受付担当者、苦情解決責任者が明記されている。</p> <p>○苦情問い合わせ報告書に記入し、対応については時系列に記入し必ず利用者、家族にフィードバックしている。職員には苦情報告書を回覧し必要に応じては公表する事もある。</p>
			利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a)	<p>144 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。</p> <p>145 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</p> <p>146 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</p> <p>147 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</p>	<p>○慈泉会は様々な相談に対応する為に「患者相談室」を設置している。「患者対応相談規程」により福祉サービスについての患者相談支援担当者は、医療連携センター医療福祉相談室課長となっている。回答についての方法も決められ、可能な限り速やかに回答する事を明記している。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
2	サービスの質の確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a)	148	定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。	○第三者評価の受審担当部署は慈泉会に設置され、昨年度、訪問看護、訪問リハビリテーションが受審し今年度は訪問介護が受審した。組織として計画的に行われている。	
					149	評価に関する担当者・担当部署が設置されている。		
					150	評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。		
			評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	151	職員の参画により評価結果の分析を行っている。		○今回の受審結果を職員で検討し、課題を見出し次年度の事業計画に反映する予定である。自己評価を実施するなかで、OJTの内容の検討・見直しを実際に取り組んでいる。
					152	分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。		
			153	職員間で課題の共有化が図られている。				
			154	評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがある。				
			155	改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。				
		(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a)	156	標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。	○職能要件書により自己評価し、習熟度を確認し、上司の評価を受ける仕組みがある。職能要件書は、訪問介護の基本的な心得から具体的な業務マニュアルまで記載され、訪問介護の質が保たれ差異が生じない仕組みに整備されている。 ○職能要件書には利用者尊重やプライバシー保護についての記載もあり定期的に振り返りを行い、職員は日常的に自分の習熟度を確認し活用している。	
					157	標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。		
158	標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。							
159	標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。							
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)		160	サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。	○見直しはミーティングや担当者会議等で行っている。利用者満足度調査に基づき改善できる内容は、関連部署と連携して見直し・改善を行っている。また、モニタリング報告書や担当者会議で提案し見直ししている。			
	161	見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。						

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)
	2	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a)	<p>162 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。</p> <p>163 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。</p>	<p>○サービス実施記録表、サービス提供表、診療録（カルテ）など利用者毎にファイルされ整備されている。カルテはSOAP方式で統一して入力され介護状況が明確になっている。</p> <p>○「記録と報告の方法」のマニュアルを整備し記録する意義や方法等が明記され、内容や書き方に差異が生じないように工夫がされている。</p>
			利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	<p>164 記録管理の責任者が設置されている。</p> <p>165 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。</p> <p>166 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。</p> <p>167 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。</p> <p>168 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。</p> <p>169 個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるよう丁寧に説明している。</p>	<p>○記録の管理に関する研修は、慈泉会全体で行われている。個人情報保護規程に基づいて重要事項説明書に利用者、家族に関する個人情報の記録の適切な管理をすることが記載されている。また、重要事項説明書には、サービス提供の記録についてはサービス提供日、内容を提供終了時に利用者の確認を受けること、控えを利用者に交付すること、サービス提供日から5年間保存することの義務付け等が明示され、利用者・家族に説明がされている。</p> <p>○職員は、個人情報保護法について理解し、入職時に誓約書を提出している。利用者は記録の閲覧、複写物の交付を請求することが出来るとしている。</p>
			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。	a)	<p>170 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。</p> <p>171 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。</p> <p>172 記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。</p>	<p>○慈泉会組織全体の情報は院内ホームページで確認、共有する事が出来る。</p> <p>○利用者の情報は利用者ファイル、電子カルテで共有できるが、急な状態の変化は日々詳細に記載される掲示版（パソコン内連絡ページ）で共有し確認して訪問に備えている。</p>

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)			
3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a)	173	インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	○法人のホームページがあり、その中の「地域在宅医療支援センター」のページに相談窓口やヘルパーステーション「グリーン」の写真と説明が掲載されている。 ○「地域在宅医療支援センター20周年誌」に詳しくヘルパーステーション「グリーン」の説明やミッション・ビジョンが掲載されており、関係機関や開業医等に配布している。また、ヘルパーステーション「グリーン」の案内プリントは、絵や写真、“定期巡回・随時対応型訪問介護看護”の説明では費用やサービス提供事例も載せており、わかりやすい内容になっている。			
				174	理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。				
				175	組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。				
				176	見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 訪問介護では、個人のお宅に見学や体験で訪問することは出来ないため、 非該当とする。				
		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。	a)	177	サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者に説明している。		○重要事項説明書は、大きな字を使い、重要事項説明書がどういう意味を持つかが記載されている。サービス内容の具体的な説明、基本的な利用者負担額、加算についてなどわかりやすいように工夫がされている。 ○説明年月日や説明を受けた署名を最後に記載するようになっており、代筆の場合や代理人（成年後見人等）の覧もあり、サイン・捺印をいただいている。利用者本人ができない場合は、利用者の親族や司法書士などの成年後見人に依頼して契約している。		
					178			重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。	
					179			サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。	
					180			利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。	
		(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	181			他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	○移行にあたっての手順書があり、それに基づいて介護支援専門員と協議しながら個人情報に配慮して文書を作成している。 ○契約時に、相談窓口を説明しており、重要事項説明書に記載がある。
					182			サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。	
183	サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。								

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	講評 (評価細目ごと)		
	4 サ ー ビ ス 実 施 計 画 の 策 定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	184	利用者の心身の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把握し記録している。	○他組織や家族・本人からの情報をもとに、独自のアセスメント用紙を作成。生活歴や身体状況・健康状態・日常生活・社会参加等、具体的に記録している。本人や家族等の希望の記載もある。 ○定期的な見直しと合わせて変化のあった時には、カンファレンスや担当者会議を開いて見直しを行っている。	
					185	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。		
					186	部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。		
					187	利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。		
		(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	サービス実施計画を適切に策定している。	a)	188	サービス実施計画策定の責任者を設置している。		○重要事項説明書の職員体制の項でサービス提供責任者の職務内容が記載されており、サービス実施計画策定責任者として明記されている。 ○実施計画は、介護支援専門員と連携をとりながら、本人・家族等の同意を得て作成している。具体的な実施方法は、訪問介護計画で、サービス内容と手順・留意事項・観察ポイント等詳しく記載した手順書が作成されている。また、利用者宅の見取り図も作成され、家具の配置や物品等もわかるようになっている。 ○訪問時の実施記録で、実施内容を確認し、定期的にモニタリング報告書を介護支援専門員に送付している。
					189	サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。		
					190	サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。		
					191	標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。		
	定期的サービス実施計画の評価・見直しを行っている。		a)	192	サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。	○長期目標は1年、短期目標は3か月毎にカンファレンスを開いて見直しをしている。重要事項説明書のサービス提供責任者の業務内容やサービスの提供にあたっての項で、サービス実施計画の見直し・変更について明記されている。		
				193	見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。			
				194	サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。			