

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： スマイルサポートセンター別府 定期巡回型・随時対応型訪問介護事業所	種別： 訪問介護
代表者氏名： 大西 弘文	定員（利用者人数）： 26 名
所在地： 兵庫県加古川市別府町中島町26	
TEL 079-441-0102	ホームページ： https://hinode.or.jp/befu_smile
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成25年 5年 1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 博愛福祉会	
職員数	常勤職員： 6 名 非常勤職員： 12 名
専門職員	介護福祉士 9 名
施設・設備の概要	(居室数)
	(設備等)

③理念・基本方針

基本理念：高齢者及びその家族の尊厳ある「いのち」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた支援を行うと共に、地域社会に貢献することを目的とする。

1. ご利用者中心の視点を持ちます。
2. ゆとり・やすらぎ・なごやかさに満ちた心豊かな楽しい日々を過ごしていただきます。
3. 自然と調和し、明るく笑顔のある生活をしていただきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

法人の管理運営体制をもとに、事業所としても安定した運営を目指し、利用者一人ひとりのニーズに応じた定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの提供に努め、24時間365日安心して生活できるよう支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 5 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年 9月28日・9月29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

- ・法人の運営管理体制の下、毎月の部門会議・半期会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・定期的な全体会議・ケアカンファレンス・研修会を実施し、職員の資質向上とサービスの向上に取り組んでいる。個別具体的なサービス手順書を作成し、毎月のモニタリングで実施状況と利用者の状況・意向を把握し、利用者一人ひとりに応じた生活となるように自立支援に努めている。主治医・訪問看護師・理学療法士等、外部の専門職の指導・助言を得られる体制がある。また、職員間・訪問看護師・家族と、ICTを活用し常時情報共有できるシステムを導入している。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。
- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度の第三者評価での指摘事項に取り組み、定期的に事業所内点検と評価をして法人内部監査、第三者評価を積み重ねていき、いつ実地指導が行われても対応できるような体制作りに取り組んでまいります。

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> 法人の理念・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、法人の目指す方向を読み取ることができ、基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時に理念・基本方針を説明すると共に、事務所に掲示し、名札の裏にも記載し常に意識付けできるようにしている。契約時に利用者・家族に口頭で説明している。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など、利用者や家族への周知を図る工夫が望まれる。		

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> 管理者が、市が主催する「介護・医療連携推進会議」、法人の「住宅部門会議」「ブロック会議」等に参加し、社会福祉事業・地域の動向、地域の利用者像・ニーズの把握に努めている。事業所からの報告を法人本部がデータ化し、毎月の「住宅部門会議」でコスト分析や利用率の分析を行っている。		
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> 法人本部が作成する資料を基に、毎月の「住宅部門会議」で課題を明示して課題解決・改善に取り組み、次月の会議で進捗を報告する仕組みがある。「住宅部門会議」には、理事も出席し、共有している。内容に応じて、全体会議で職員の周知を図っている。		

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> 「住宅部門会議」で中・長期的なビジョンを話し合っているが、中長期計画として明文化するには至っていない。 中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。		

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
<p><コメント></p> <p>単年度の収支計画と事業計画を、法人共通の書式で策定している。「施設運営上の課題」「今期目標」「課題解決および目標達成のための具体的施策」の項目にに沿って、数値目標も設定し、具体的で評価しやすい書式になっている。</p> <p>中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度計画を策定することが望まれる。</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><コメント></p> <p>毎月の「住宅部門会議」で、収支計画の進捗を把握し、課題分析・改善に取り組んでいる。年2回の「半期会議」で、中間評価を行っている。年度末に評価して、事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。</p> <p>事業計画の実施状況の把握・評価・見直しについては、管理者層のみで行うのではなく、職員も参画して取り組むことが望まれる。</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><コメント></p> <p>事業計画の主な内容を、家族に説明する機会を設けている。</p> <p>事業計画の主な内容をわかりやすく説明した資料を作成する等、利用者・家族に理解しやすく説明する工夫を行い周知する取り組みが望まれる。</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><コメント></p> <p>人事考課を活用し、PDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。全体会議・毎月のモニタリングで、管理者・サービス提供責任者がサービス内容の評価を行っている。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設定すること望まれる。</p>		
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)
<p><コメント></p> <p>評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。</p> <p>職員が参画し、評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。</p> <p>また、経過を記録に残すことが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は29年度事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。管理者が年度初めに、全体会議で事業計画を説明し、職員間での共有に努めている。「職務権限表」で、管理者の役割・責任を定め、「規程集」として事務所に設置し周知を図っている。有事における管理者不在時の、権限委任を文書等で明確にしておくことが望まれる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>管理者は、介護関係法令集・法人規程集を事務所に設置し遵守すべき法令等を理解し、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。市が主催する生活自立総合事業等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む遵守すべき法令を理解し適切に対応している。年間研修計画に沿って研修を実施し、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設けている。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業計画に課題としてサービスの質の向上を掲げ、研修参加等具体的施策を明確にしている。半期ごとに、研修参加実績・委員会発足状況等の評価を行い、エリア責任者会議で報告している。サービスの質に関する課題を把握し、たん吸引資格・介護福祉士資格取得等に取り組んでいる。管理者が主導して、レクレーション・感染・安全委員会等の構築に向け取り組んでおり、委員長を選任し委員会要綱を策定中である。事前に職員に議題を提示して全体会議で意見把握を行い、検討内容を会議録に記録として残している。決定事項は、決裁として記載している。法人の年間研修計画に基づいて、事業所から担当職員が研修に参加し、伝達研修を実施している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>毎月、事業所で稼働率・利用者数等を集計して月次報告書を作成し、それを基に法人本部でコスト分析等経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。業務遂行のための人員配置を運営規定で定め、基準以上の職員体制づくり、時間単位の有給取得促進等に取り組んでいる。管理者は、全体会議で業務改善について話し合い、検討内容を会議録に記録として残している。決定事項は、決裁として記載している。また管理者は、エリア責任者会議、住宅部門会議等に参加し、検討した経営・業務改善のための取り組みを全体会議で伝達し意識づけている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>29年度事業計画で、課題として安定した雇用を、目標として、離職者を出さないことを明示している。運営規定で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ている。基準以上の人員体制の確保と共に、介護福祉士等資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・新聞広告等を活用し、また、職員紹介制度を採用し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。	○a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念に、期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度を定めている。人事考課規定は、入職時に説明し、規程集として事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で階層ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。法人が採用広告・ハローワーク等からの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エリア責任者会議に提案し、法人として改善に取り組んでいる。キャリアパスフレームとしての、「等級基準表」で昇格のための資格要件等を定めており、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。	○a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「職務権限表」で、労務管理に関する業務分担を明確にしている。時間外勤務等就業状況については、勤怠ソフトで把握し、法人本部でデータを集積している。管理者は本部からデータ提供を受け、就業状況を把握している。健康診断を年1回実施している。インフルエンザ予防接種は、全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。ストレスチェックも実施している。管理者が相談窓口となり個人面談を行う機会を設け、自己申告カードによる相談の仕組みもある。育児・介護休暇、時間単位有給休暇制度、柔軟な勤務体制の採り入れ、医療費補助等の仕組みがあり、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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。	○a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて「目標カード」「目標シート」「人事考課表」を基に目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、等級基準表で目標水準を明確にしている。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、次期の目標設定に反映させている。</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。	a ・ b ・ c
----	---	------------------

<コメント>

事業計画に人材育成を掲げ、等級基準表で等級ごとに期待する職員像を明示している。研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、等級基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。研修計画に沿って法人研修を実施し、事業所で伝達研修を行い、職員個別に感想欄を設けた勉強会レポートを作成している。参加出来なかった職員には資料配布とレポート提出で周知している。外部研修は出張復命書を作成し、法人本部で、研修履歴一覧表を作成し受講状況を把握している。定期的に計画・研修内容・カリキュラム等の評価と見直しを行う仕組みづくりが望まれる。

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>

事業所では履歴書と受講証コピーで、経験年数・専門資格の取得状況等を把握し、法人としても把握・管理している。新任職員には、法人で導入研修・フォロー研修を実施している。また、管理者養成研修等、職員の経験や習熟度に配慮した個別的研修を実施している。年間研修計画に、たん吸引・医療ケア・管理者養成・安全管理等、職種別、テーマ別研修を採り入れ、研修機会を確保している。外部研修案内は、本部よりメール送信され、事業所で閲覧ファイルにより参加者を募っている。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。内部研修は昼食後に開催し、職員が研修の場に参加できるよう配慮している。

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>

非該当

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
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。ホームページに、理念・基本方針等を掲載し、市職員・民生委員・地域包括支援センター職員等が参加する「介護医療連携推進会議」で、地域にビジョン等を説明している。</p> <p>苦情・相談の体制・内容や改善・対応の状況については、公表する仕組みづくりが望まれる。理念や基本方針、事業所で行っている活動等を広報誌等に掲載し、地域へ配布することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事務、経理、取引等に関する法人諸規定を整備し、職務権限表で職務分掌と役割・責任を明確にし、事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部コンサルタントと委託契約を結び、内容に応じ相談し助言を得ている。事業会計状況等について、監事が定期的に内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人で会計監査人を選任し、事業内容等については、外部コンサルタントに委託してチェックを行っている。外部監査の結果や公認会計士による指導や指摘事項にもとづいて、コスト削減、人件費の改善等に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>法人パンフレット、重要事項説明書に地域との関わり方について基本姿勢を文書化している。買い物同行時、配食サービスの利用、通院時の介護タクシー利用等、個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。</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><コメント></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><コメント></p> <p>病院・居宅介護支援事業所・行政機関・取引業者の名刺等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し事務所に設置している。介護医療連携推進会議、2市2町連絡会議に参加し、情報交換を行っている。会議で課題の抽出を行い、サロン開催等に向け取り組んでいる。ケアマネジャー主催のサービス担当者会議に参加し、連携を図りながら訪問系サービスとしての役割を果たすべくネットワーク化に取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>随時、介護相談を受け付け、相談内容に応じて助言・提案・紹介等を行っている。市が主催する「介護医療連携推進会議」に参加し、まちづくり等について話し合っている。</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><コメント></p> <p>介護相談の実施、「介護医療連携推進会議」への参加等を通じて、配食等地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。地域からの相談等について、パソコンに入力するとともに、「案件管理表」に記録として残している。</p> <p>把握したニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動を実施し、事業計画等で明示することが望まれる。</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。	○a・b・c
<コメント> 理念・基本方針に利用者尊重の姿勢を明示し、「介護福祉士の倫理綱領」を事業所の倫理規定とし、介護マニュアルにも反映し、実践に取り組んでいる。法人研修で、「高齢者虐待防止・身体拘束排除」「倫理・法令順守」の研修を実施している。管理者が利用者宅を訪問し、利用者尊重についての状況を把握し、必要な対応を図っている。		
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・b・c
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」を整備し、入職時研修や法人研修で研修を実施し、マニュアルにもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。重要事項説明書に「守秘義務に関する対策」「利用者の尊厳」「身体拘束の禁止」の条項を設け、利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護についての事業所の取り組みを周知している。不適切な事例が発生した場合の対応方法を、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> 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護のご案内」として、図や絵を使用してわかりやすく工夫したパンフレットを作成し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに配布している。自宅や病院などを訪問し、利用希望者に個別に丁寧な説明を行っている。利用希望者に対する情報については、事業所・法人で適宜見直しを実施している。		
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・b・c
<コメント> 利用開始時に、契約書・重要事項説明書に沿って、丁寧な説明を心がけ、文書で同意を得ている。利用料金を別紙にし、わかりやすく説明している。「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」についてわかりやすく説明するパンフレットを、資料として用いている。署名代行者の欄を設け、意思決定が困難な利用者への適正な説明・運用が図られている。		
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> 利用終了時には、要請があれば情報提供している。サービス終了後も、利用者・家族が相談できるように、管理者・サービス提供者を相談窓口として設置し、口頭で説明している。サービスの継続性に配慮し、利用終了後の相談担当者について説明した文書を作成し、手渡すことが望まれる。		

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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者訪問時のヒヤリングやモニタリング、職員も出席して年2回設定している家族会の機会に、利用者の満足が把握できるように取り組んでいる。利用者満足について把握した課題については、全体会議で話し合い対応・改善に取り組んでいる。利用者満足に関する調査を定期的実施することが望まれる。</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 ・ (b) ・ c
<p><コメント></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。苦情内容・対応・原因・対策について、「苦情受付報告書」に記録している。申立者へのフィードバックについては、対応欄に記録している。苦情内容は、職員会議で共有しサービスに質向上に反映している。苦情については、個人情報に配慮して公表している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した文書を利用者・家族に配布し説明することが望まれる。利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫が望まれる。利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫が望まれる。</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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約書に「相談・要望・苦情の窓口」を明示し、契約時に説明し配布している。事業所に相談室を設け、相談・意見を述べやすいスペースを確保している。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問時には、利用者とのコミュニケーションに努め、相談・意見を述べやすい関係づくりに努めている。管理者が訪問した際には、積極的に利用者の意見の把握に努めている。利用者から出された意見・相談については、管理者が窓口となって、迅速な対応に努めている。内容に応じて、タブレット・連絡ノートで共有したり、ケアカンファレンス・全体会議で検討しサービスに反映している。意見・相談の受付・対応・記録等に関するマニュアルの整備と、定期的な見直しが望まれる。</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><コメント></p> <p>「介護事故発生時及び緊急時対応マニュアル」を整備している。事故報告書・ヒヤリハット報告書で事例を収集し、事故報告書に発生状況・原因、対応、家族への説明を記録している。ケアカンファレンスで改善策を検討し、全体会議で共有して再発防止に努めている。ハイリスクな利用者については、重点的に検討している。法人研修で、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。事故発生時の対応について、責任や手順を明示したフローチャートやマニュアルを作成し、職員に周知することが望まれる。事故報告書に、事故防止策・再発防止策と事故防止策の実施状況・実効性についての評価・見直を記録する書式の工夫が望まれる。</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><コメント></p> <p>感染症マニュアルを整備し、法人研修で感染症研修を年に2回実施している。うがい・手洗いの励行、手指消毒・マスク着用等、感染症の予防策を講じている。吐物処理の研修も実施し、感染症が発生した場合は、管理者の指示のもと適切な対応を行っている。</p> <p>事業所内の感染症対策についての管理体制を、マニュアルに等に明示することが望まれる。また、マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</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><コメント></p> <p>「災害対策マニュアル」を整備し、データや書類のバックアップ等サービス提供の継続に必要な対策を講じている。安否確認のために、利用者の緊急連絡先ファイル、職員の緊急連絡網を整備している。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>入浴・排泄・嚥下・口腔ケア等についてマニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化し、その中に利用者尊重やプライバシー保護を明示している。介護技術研修やサービス提供責任者の同行訪問で指導し、周知を図っている。 職員個々の研修実施報告書・チェック表など、習熟度を確保する仕組み作りが望まれる。</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 ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>マニュアルの定期的な見直しには至っていない。 定期的にマニュアルを検証する機会を設け、職員も参画して検討し、現状に即したマニュアルの整備が望まれる。また、マニュアル履歴などで、マニュアルの見直しを管理する仕組みづくりを期待する。</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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス計画策定の責任者を計画作成責任者としている。アセスメントチェックシート・アセスメントシートを用いて、アセスメントを実施している。サービス担当者会議に参加し、アセスメント・計画策定について、関係者と合議している。訪問介護計画書に、各利用者の具体的なニーズを明示している。毎月モニタリングを実施し、計画通りにサービスが実施されているかを確認している。介護支援専門員等関係機関と協働して支援困難ケースにも対応し、経過は個人ファイル・個人ノート等に記録している。</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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月のモニタリングで訪問介護計画の評価を行い、変更する必要がある場合は、介護支援専門員に報告し、現状に即した訪問介護計画を作成している。定期的には、居宅サービス計画書の見直し時に見直しを行っている。訪問介護計画の内容を変更した場合は、手順書も連動して変更し、職員に周知している。変更になったニーズは訪問介護計画書に明確にしている。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>訪問介護計画にもとづくサービス実施、利用者の身体状況・生活状況を、タブレットに入力し記録している。記録を管理者が確認し、チェックや書き方に不備があれば、個別に指導している。申し送りノート・個人ファイル・タブレットの実施記録等で、必要な情報が的確に共有できるように取り組んでいる。全体会議（月1回）・ケアカンファレンス（週1回）を実施して情報共有を行い、パソコンのシステムや議事録やファイルの閲覧でも共有の仕組みが整備されている。</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><コメント></p> <p>特定個人情報保護規定により、記録の保管・保存・廃棄・開示・漏えいに対する対策と対応を明示している。記録管理の責任者を管理者としている。入職時研修や法人研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設け、守秘義務についても説明し誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、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

アセスメントシートで、ADL・IADL・医療的処置を把握している。利用者・家族の希望を訪問介護計画に反映し、希望に応じた生活となるように支援している。希望に応じた生活となるように支援している。訪問介護計画書や手順書に意向の確認や自立支援を明記し、日常生活動作の中で自立に配慮した支援に努めている。掃除等は、意向を確認し一緒にできるところは共に行っている。訪問時には、環境整備・衛生管理・火元等にチェックし、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。鍵を預かる場合にルールは重要事項説明書に記載している。買い物代行は、個々の手順は手順書に明示し、実施はタブレットに入力している。事例はないが、日常生活自立支援事業や成年後見制度等は、必要があれば介護支援専門員と協働して支援する仕組みがある。

フェイスシート、または、アセスメントシートで、暮らしの意向、生活歴、生活習慣等が把握できる書式の整備が望まれる。

アセスメントシートでコミュニケーション能力を把握し、利用者個々の状況に応じた方法で意向の把握に努めている。訪問時のコミュニケーションや月1回のモニタリングで利用者の意向の把握に努め、個人ファイルやカンファレンス等で共有し、また、介護支援専門員と連携し、ケアに生かしている。意思伝達が困難な利用者には、「イエス・ノー」等答えやすい聞き方を工夫したり筆談を行う等、個別のコミュニケーション方法を工夫している。接遇マニュアルを整備し、施設内研修で、コミュニケーションや接遇について学ぶ機会を設けている。

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・手順書に明示し、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・手順書に明記し、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、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等は、利用者個々の手順書に記載し実施している。入浴前にバイタルチェックを行い、サービス提供記録に記載している。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ている。

事業所としての入浴可否の判断基準はマニュアルに、利用者個々の可否判断基準は手順書に明記することが望まれる。

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・手順書に明示し、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・手順書に明記し、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尿・排便の項目には、性状や量を明示している。トイレの清潔保持については、排泄介助の一連の手順としてまた、

生活援助の掃除でも実施している。必要に応じて、家族に排泄介助や介護用品等についての情報提供を行い、介護支援専門員にも提案と情報を報告している。

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・手順書に明示し、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。手押し車・車いす・L字バー・タッチアップなど、使用している福祉用具に不具合などがあれば、家族・介護支援専門員に連絡し、個人ファイルに記録している。必要に応じて、家族に移動・移乗介助、介護用品についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

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。褥瘡の発見があれば、介護支援専門員に報告し、看護師と連携して、訪問介護計画書に基づいて、皮膚の観察・体位変換・軟膏の塗布などを実施している。看護師とは、タブレットで迅速な情報共有を行っている。法人研修で、褥瘡について学ぶ機会を設けている。必要に応じて、家族に褥瘡予防のマットレス等情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

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。	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

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支援している。口腔内に異常があれば、家族と介護支援専門員報告し、歯科受診等につなげている。必要に応じて、口腔ケアに関して家族に情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

終末期を迎えた場合の手順は、居宅サービス計画に基づいて訪問介護計画に明示し、家族に説明し同意を得ている。法人研修で、「看取り」について学ぶ機会を設けている。看取りに際しては、ケアカンファレンスや面談などで、職員の不安の軽減や精神的なケアに努めている。介護支援専門員・医療機関・看護師との連携体制のもとで支援に取り組んでいる。

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。	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

周辺症状を呈する利用者について、支援上の配慮や状態観察・経過等は、個人ファイルに記録して共有する仕組みがある。掃除・洗濯物たたみ等を共に行い、日常生活で役割が持てるように支援している。法人研修で「認知症」について学ぶ機会を設けている。介護支援専門員から要請があれば、社会資源について家族に情報提供する。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ている。定期的な再アセスメントを実施し、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行うことが望まれる。

訪問時に、危険物、異食・火傷の危険性等、安心・安全に生活できるよう環境の整備を行っている。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。	a ・ 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。日常生活動作、共に行う家事等の支援の中で自立支援に取り組み、機能の維持・向上に努めている。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

訪問時に健康チェックを行い、入浴前にはバイタルチェックを行い、体調変化や異変の兆候を早く察知できるようにしている。体調変化があった場合は、管理者から家族・介護支援専門員に報告し、医療機関につないでいる。

高齢者の健康管理や病気・薬、体調変化時の対応等について研修の機会作りが望まれる。

「感染症マニュアル」「食中毒マニュアル」を整備している。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は、法人が費用負担している。施設内研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。訪問時には、冷蔵庫の中をチェックして保存期間等を確認し、本人の同意を得て処分したり、必要があれば家族・介護支援専門員に報告している。

職員の健康状態等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みが望まれる。職員・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することが望まれる。

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

定期的には、訪問時のサービス実施記録で利用者の状況を報告し、変化があった時には電話で報告している。訪問介護計画書更新時に、家族にサービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談を受けている。タブレットの内容は携帯電話で共有でき、報告すべき事項が必ず家族に伝わるシステムになっている。家族の状況や介護負担について把握に努め、必要に応じて電話やモニタリング報告書で介護支援専門員に報告している。家族に対する介護に関しての情報提供は、介護支援専門員と連携しながら行っている。

家族との相談については、内容・対応等を相談記録等に記録する仕組み作りが望まれる。

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・詳細な手順書により、サービスの実施方法・手順について職員に周知を図っている。初回の訪問時は、サービス提供責任者が同行している。申し送りノート・個人ファイル・タブレットで利用者の状況を共有している。月に1回の全体会議・伝達研修、週1回のケアカンファレンスを実施し、事業所内で相談・助言が得られる機会がある。主治医・訪問看護師・機能訓練士等、必要に応じて外部の専門職の指導・助言が受けられる体制がある。

A-10 サービスの適切な実施

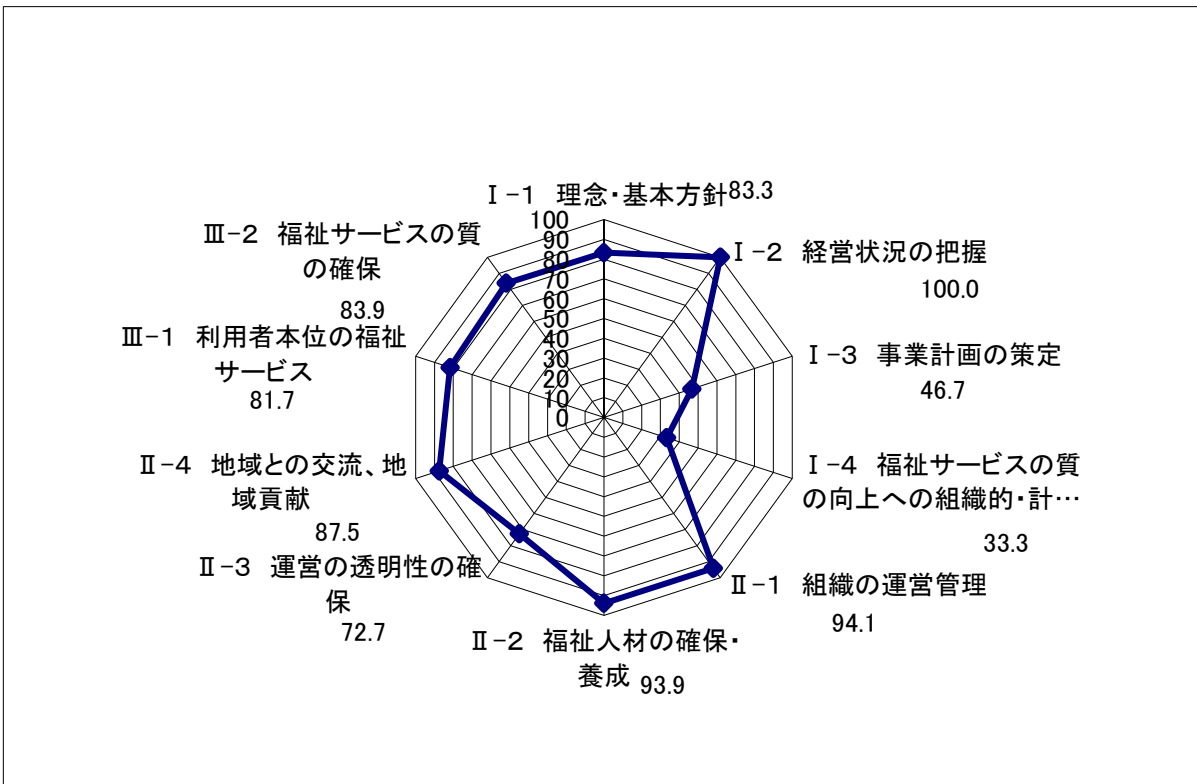
		第三者評価結果
A-10-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画書に基づいて訪問介護計画書を作成し、意思疎通・入浴・排泄・整容・心理面等について、詳細な介護手順書に個別具体的なサービス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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	7	46.7
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	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	33	31	93.9
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	16	14	87.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	60	49	81.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	17	94.4
2 身体介護	29	28	96.6
3 食生活	4	3	75.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	12	92.3
6 機能訓練、介護予防	4	4	100.0
7 健康管理、衛生管理	11	7	63.6
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービス提供体制	6	6	100.0
10 サービスの適切な実施	5	5	100.0

