

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

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：管理者 中尾永子	定員（利用人数）：40 名
所在地：〒679-5136 兵庫県佐用郡佐用町志文 515	
TEL 0790-79-3145	ホームページ： http://www.sunhome-cat.jp/
【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祉会 サンホームみかづき	
職員数	常勤職員：6 名 非常勤職員：6 名
専門職員	介護福祉士(サ責含む) 6名 ヘルパー2 級 3 名
	介護福祉士 2 名
	介護職員初任者研修 1 名
施設・設備の概要	事務室、相談室、訪問車両、パソコン

③理念・基本方針

＜理念＞

高齢者及びその家族の尊厳ある『生命』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そう。

- ①利用者中心の視点を持とう。
- 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。

④施設・事業所の特徴的な取組

○医療・介護・保育事業を広く展開する社会福祉連携推進法人日の出医療福祉グループ社員法人であるの社会福祉法人博愛福祉会が運営する、高齢者総合福祉施設サンホームみかづき内にある事業所である。施設は平成6年開設以来、在宅サービスから施設入所まで、同一敷地内に多様な高齢者福祉事業を展開し、訪問介護事業所は平成26年にサービス付き高齢者向け住宅内に開設された。

○複合施設内の事業所である強みを活かし、施設内の併設事業所と連携をとりながら、利用者個々のニーズに応じた個別支援に取り組んでいる。施設が地域福祉の拠点としての役割を担い、「サンホーム通信」「在宅新聞」を町地域内の全戸に配布する等、広報活動を積極的に行い、地域の高齢者や家族が必要時にいつでも相談・利用できるように取り組んでいる。訪問介護事業所もサービス付き高齢者向け住宅内だけでなく、地域の居宅介護支援事業所とも連携をとり、広く地域の利用者の訪問にも取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 6 月 1 日（契約日）～ 令和 6 年 11 月 25 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3 回 （令和2年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の「中・長期計画」をもとに、事業所の具体的な「事業計画」「経営計画」を策定し、施設内・事業所内で実施状況を評価し、計画的、組織的に運営管理を行っている。施設内に部門横断の各種会議、人事考課制度、目標管理制度等を整備し、事業所内に会議・委員会・研修会を設置して定期的に開催し、また、法人内に内部監査制度を整備し、組織体制の整備・人材育成・サービスの質向上等に取り組んでいる。また、ICT 化の推進、業務改善、福利厚生の実等、働きやすい職場環境づくりに努めている。

○複合施設の強みを活かし、施設内の専門職者と連携を図り、利用者個々のニーズに応じた専門性の高い利用者支援が可能な体制を整備している。BCP（事業継続計画）の作成や消防訓練・防災訓練への参加等、災害時の対応体制も整備し、施設全体としての地域貢献活動に参加している。

○毎月施設内の全体会議、事業所内の合同会議を実施し、申し送り簿で利用者個々の日々の申し送り事項を記載して共覧し、ネットワークシステムを活用する等、職員間の情報共有の仕組みづくりを行い機能している。合同会議では、利用者や運営に関する情報共有・検討と共に、事故防止委員会、感染予防委員会、高齢者虐待委員会、年間研修計画に基づいた研修も毎月実施し、職員の資質向上につなげている。また、施設内の各種会議に事業所から役職者が参加し、そこでの情報や連携を、事業所の運営やサービスに反映している。

○訪問アプリの導入、記録システムとの連動により ITC 化に積極的に取り組んでいる。訪問アプリの中で訪問介護計画書・手順書の確認、計画に基づいた実施の記録ができ、記録・業務の効率化、迅速な情報伝達と共有につなげている。また、事業所と訪問介護員との連絡・報告・相談が迅速に行え、利用者の状況や利用者・家族の要望に迅速に対応できる体制を整備している。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はない。さらなる向上に向けた取り組みとして、

○各種マニュアルが作成されているので、定期的な検証を行い、現状に即した見直しや不足しているマニュアルの整備、マニュアルの周知を図り活用する仕組み作りが望まれる。

○PDCAサイクルに基づいた訪問介護計画の作成・見直しが行われているので、アセスメント・訪問介護手順書から利用者個々の個別性・具体性が把握・共有できる書式の工夫が望まれる。

○定期的な満足度調査等により利用書・家族の満足度・意見・要望等の積極的な把握を工夫し、さらなるサービスの向上に活用する仕組みづくりを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受け、日々の運営が健全に行えていると再確認することが出来ました。その一方で、マニュアルの整備、更新等が出来ていないなどの課題も明らかになりました。出来ている事、出来ていない事、出来ていても不十分な事等、ご助言を頂いた所を職員に周知し共有しながら改善致します。今後もご利用者様にとって安心・安全なサービスが提供できるように努めていきたいと思ひます。

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。

(別紙)

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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 日の出医療福祉グループの理念・基本方針、サンホームみかづきの経営理念・基本方針・行動指針5訓をホームページ等に記載している。経営理念は施設の目指す方向を明示し、基本方針・行動指針5訓は経営理念と整合性があり、具体的で職員の行動規範となる内容である。入職時研修で理念に関して時間を多くとって説明し、毎年年度初めの全体会議で事業計画と共に説明し、各種会議でも理念に立ち戻って周知を図り、実践に向け取り組んでいる。パンフレットにグループ理念・基本方針を記載し、重要事項説明書の「運営方針」の項目で説明し、広報誌の中でも言及し利用者・家族へ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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 佐用町の訪問介護事業所連絡会の会議・研修への参加、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との情報交換等を通して、社会福祉事業の動向・介護保険事業計画・地域の状況やニーズについて把握に努めている。毎月の営業会議で「事業所別資金収支実績表」を基に収支・稼働率等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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 営業会議での収支・稼働率等の分析から経営や運営に関する課題を明確にし、改善策を検討している。検討内容を事業所内で共有し、経営改善・業務改善に向け取り組み、翌月の営業会議で経過や結果を報告している。統括エリア責任者会議や理事会で、課題について役員間での共有がなされている。全体会議で施設内の各事業所の実績報告を行い、経営状況や課題について職員にも周知している。		

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。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 法人グループの「中長期経営計画」を策定している。計画は、数値目標や具体的な成果を設定し実施状況の評価を行える内容となっている。毎年度末に「中長期経営計画プロジェクトチーム」で、計画の進捗状況について評価を行い、評価結果に基づき外国人雇用・研修制度の充実化等目標達成のための課題を明確にしている。見直し後の計画内容について課長会議で説明し周知を図っている。		
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。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 中・長期計画の主な内容を反映した単年度の「事業計画」を策定し、具体的な取り組み・収支予算を明示している。「事業計画」を基に、「経営計画」を策定し、「重点施策項目」に対する「実行計画」「指標」「目標値」「スケジュール」等を明確にし、実施状況の評価が行える内容となっている。		
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。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 半期ごとに、営業会議で事業計画の実施状況について、検証・評価を行い評価結果に基づいて「進捗報告書」を作成している。進捗報告書をもとに、事業計画の見直しを行い、「経営計画まとめ」を作成し、見直し後の課題を明確にしている。年度末に、収支と一体化させた「決算事業報告書」を作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。年度初めの全体会議で説明し、説明・周知について「全体会議録」に明確にしている。また、合同会議でパート職員にも周知・意識付けを図っている。		
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・Ⓑ・c
〈コメント〉 「行事予定表」等は作成していないが、「運営懇談会」（サ高住利用者対象）で事業計画の主な内容を利用者・家族等に説明している。事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成し、利用者等の参加を促す観点から周知、説明を行う工夫が望まれる。		

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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課制度、目標管理等、組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。毎年、情報の公表システム・法人の内部監査制度を活用し、「自己点検表」で評価基準に基づく自己評価を行っている。また、定期的に第三者評価を受審している。評価結果の分析・検討は、合同会議で実施している。		
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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 自己点検表」での評価結果を基に、「内部監査改善報告書」の「指摘・推薦事項」欄に課題を明確にし、各項目に沿って改善策を策定している。課題・改善策について、合同会議で共有し、課題の内容に応じて、各種委員会や合同会議で改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況をエリア長に報告している。第三者評価についても、同様の方法で課題の共有と改善への取り組みを行っている。		

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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 管理者は、経営計画・事業計画で、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めに、全体会議や合同会議で説明し周知している。施設長は、年始にサンホーム通信に施設としての方針を掲載し表明している。「BCP」に災害時の管理者不在時における権限委任を明確にしている。		
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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 管理者は、法人諸規定・法令等を理解し、利害関係者と適正な関係を保持している。管理者は、安全衛生委員会・法人管理者研修・県、町集団指導等への参加を通じて、幅広い分野の遵守すべき法令の理解に努めている。法人の新入職者オリエンテーション・「介護保険事業所必要研修」等への参加等を通じて、職員に遵守すべき法令を周知している。入・退職時に職員の守秘義務について、誓約書を交わしている。		

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。	①・b・c
〈コメント〉 第三者評価・情報の公表制度・内部監査制度等を活用し定期的・継続的にサービスの質の現状について評価・分析を行っている。課題について、営業会議・合同会議で共有し、各委員会と連携しながら課題改善に向け取り組んでいる。管理者はノーリフティングケア委員会・合同会議等に参画し、職員の意見・提案等を集約して改善方法を検討し、指導力を発揮して改善に取り組んでいる。施設内研修・外部研修・法人研修・オンラインによる自己研鑽研修等を活用し、教育・研修の充実を図っている。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	①・b・c
〈コメント〉 管理者は毎月の営業会議で、収支・稼働率等「事業所別資金収支実績表」を基に、経営の改善や業務の実効性の向上に向け分析を行っている。課題があれば、合同会議で経営改善・業務改善に向け検討を行い解決に取り組んでいる。相談体制の構築や、適正な人員体制の整備・ICT化の推進・ノーリフティングケアによる業務の省力化等、働きやすい環境整備に取り組んでいる。		

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。	①・b・c
〈コメント〉 人材の育成に関する方針を「経営計画」の「重点施策項目」に、職員体制（専門職の配置）について、運営規定・重要事項説明書に明示している。適正な人員配置や、必要な専門職配置ができるよう、管理者は「各種加算管理表」を基に把握・確認している。経営計画の「人材育成」方針に基づいて人材育成に取り組み、法人管理者会議で必要な人材確保計画を検討し、ホームページ・ハローワーク・人材派遣会社・就職フェア・中途採用・職員紹介制度等を活用して、人材確保に努めている。また、連携推進法人として介護福祉士資格取得研修等、人材育成を図っている。		

15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
〈コメント〉 経営理念の「行動指針」に、法人として期待する職員像を明確にしている。「就業規則」・「等級運用規定」に人事基準を明確にしている。規則・規定は、新入職者オリエンテーション時に説明し、規程集として事務所内に設置している。人事考課制度を導入し、年2回、「人事考課表（階層別）」を基に、階層毎の人事考課ガイドラインにもとづき、上位者が面談による人事考課を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、地域情報を基に法人が分析し 個別面談・意向調査等で把握した職員の意見・意向に基づき課長会議で検討し、法人として改善策を実施している。「等級運用規定」に基準在級年数表・昇格要件等を定めて「給与規定」と連動させ、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。		
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
〈コメント〉 決裁規定の「職務権限表」で、人事・労務管理を管理者職務とし責任体制を定めている。タイムカードにより就業状況を把握し、法人と共有・管理している。有給受理については管理者が決裁し、公休残、有給取得状況を管理している。健康診断・腰痛検査を定期的に実施している。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。管理者は定期的に年2回個別面談の機会を設け、随時にも、相談対応する等、職員が相談しやすい環境を整備している。法人として「自己申告シート」による相談の他、「相談室」を設置している。職員意見や希望を採り入れ、グループ内医療機関でのオンライン診療体制・インフルエンザ予防接種費用負担・会員制クラブ加入等福利厚生を実施している。残業時間の削減・時間単位有給・家庭状況に応じた柔軟な勤務体制の採り入れ・短時間就労、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行い、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		
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。	㉠・b・c
〈コメント〉 「人事考課表」を活用し、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。職員は人事考課結果や職員自己評価結果に基づいて「人事考課表」の「期初目標設定」欄に、法人理念・各事業所の事業計画に沿って今年度目標を設定している。考課者は面談で、目標の水準や内容が適切であるかを確認して助言等を行い、「考課者コメント」欄に記録している。目標期限を1年とし、中間期に、進捗状況・達成度を中間面談を通じて相互確認を行い、中間評価を実施し職員に説明している。年度初めに最終面談を実施し、設定した目標の達成度に対する評価を「総合評価」欄に記入して伝え、次年度の目標設定に反映している。		

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〉 法人内研修・施設内研修・外部研修等の研修体制を整備している。施設内研修は「令和6年度介護保険事業所必要研修計画」を策定し、職員に必要とされる専門性を研修項目に明示している。必要研修計画を基に、事業所別研修計画を策定している。合同会議の中で講義形式により実施し、実施日を研修計画に記録し、計画に基づいた実施を明確にしている。参加者は「施設内研修報告書」を、研修担当者が「施設内研修実施記録」を作成し、資料とともにファイルに保管管理している。欠席者には、資料配布・報告書提出により共有を図っている。外部研修については、随時研修案内があれば情報を提供し参加を奨励している。受講者は、研修内容・感想等を記載した「出張申請書兼報告書」を提出している。オンライン形式による自己研鑽研修は、システム内で受講者等を把握・管理している。法人研修は、法人研修室が計画立案し、計画に沿って実施している。施設内研修について、課長会議で計画を、研修内容・カリキュラムについては、管理者が検証を行い、検証結果に基づき次年度の計画・研修内容に反映させている。外部研修については、年度末に管理者が計画や研修内容を見直している。		
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〉 職員個別の「資格一覧表」を随時更新し、個々の専門資格の取得状況を、「履歴書」で経験年数等を把握・管理している。基本的に特養での実務経験後に配属され、新人の配属はないが、あれば個別的なOJTを行う仕組みがある。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。法人で資格取得に向けた研修を実施している。外部研修案内は回覧で情報提供し、希望者や経験年数等に応じた対象者に参加を奨励している。外部研修受講のためのシフト調整・費用負担、オンライン研修受講のための受講時間・環境の整備・機器の貸与等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。施設内研修は合同会議時に実施し、全員が研修に参加できるように配慮している。		
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研修・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
〈コメント〉 ホームページを活用し、理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容・決算情報・苦情、相談受付体制、苦情内容、対応状況・第三者評価受審結果等を公開している。ホームページの活用・自治会役員との情報交換等を通じて、法人の理念・ビジョン等を地域に発信・説明している。また、パンフレットを、居宅介護支援事業所等に設置している。サンホーム通信・在宅新聞を、地域の全戸に配布し、事業所で行っている活動等について情報提供している。事業計画・事業報告についても、ホームページの活用等で公開することが望まれる。また、ホームページを適宜更新することが望まれる。		
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〉 事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備している。「職務権限表」で、人事・労務管理を管理者職務とし責任体制を定めている。定期的にエリア内の他事業所担当者による「内部監査」を実施している。必要に応じて弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を受けている。監査法人による定期的な監査支援を実施し、指摘事項等があれば、法人事務部門で共有・検討し、経営改善を実施している。月1回、営業会議に経営コンサルタントが参加しており、指導・指摘に基づいて、経営改善を実施している。		

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〉 地域との関わり方についての基本的な考え方を「法人経営理念」に明示している。活用できる社会資源や地域の情報があれば、適宜、利用者に情報提供している。利用者のニーズに応じて、買い物や受診に地域の社会資源を利用している。		
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。	㉠・b・c
〈コメント〉 医療機関・居宅介護支援事業所・介護サービス事業所等を「医療と介護の連携シート」に、また、行政機関等をBCPの「関係機関一覧」に明示し、利用者の状況に対応できる社会資源情報資料を事務所に設置し共有している。施設として、ほっとかへんネット佐用・佐用町社会福祉法人連絡協議会・揖龍栄栗佐用給食施設協議会・民生児童委員協議会・ケアマネージャー連絡会等に参加し、（配食サービス等）共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	㉠・b・c
〈コメント〉 施設として、関係機関との連携、地域住民との交流活動などを通じて、配食サービス等地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	㉠・b・c
〈コメント〉 施設の取り組みとして、地域サポート型施設事業として、見守り・介護予防教室・オレンジカフェ等地域貢献に関わる事業・活動を実施し、「佐用エリア事業計画」に明示している。清掃活動等自治会活動に参加し、相談援助や介護予防教室の開催等に取り組んでいる。町と福祉避難所として協定を結び、BCPの「備蓄リスト」に沿って、飲料水・食料・備品等の備蓄を行う等、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。食料は管理栄養士が、備品は事務所が管理しているが、食料について再整備を図る予定である。		

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。	㉠・b・c
〈コメント〉 利用者尊重の姿勢を、「経営理念」「基本理念」「行動指針」「職員こころえ」「介護マニュアル」に明記し、職員の周知と実践に取り組んでいる。合同会議の中で「接遇」「高齢者虐待防止・人権擁護」「プライバシー保護」に関する研修を実施している。合同会議の中で毎月「高齢者虐待委員会」を開催し、利用者尊重や基本的人権への配慮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に配慮した福祉サービス提供が行われている。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 介護マニュアルの各項目にプライバシー保護について言及している。合同会議の中で「プライバシー保護」に関する研修を実施し、プライバシーに配慮した環境やケアへの配慮について周知を図っている。契約書にプライバシー保護と権利擁護に関する条項を設け、契約時に家族に説明し周知している。		
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〉 ホームページ・パンフレット・「在宅新聞」・「サンホーム通信」に、施設の理念・基本方針、サービス内容、事業所の特性等を紹介している。「在宅新聞」「サンホーム通信」は地区の全戸に配布し、パンフレットは関係機関に配布している。紹介資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっている。利用希望者には、自宅訪問や来所時に個別に丁寧に説明している。パンフレットは適宜見直しを行い、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新情報を提供している。ホームページは現在更新中である。		
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〉 契約時は、利用者の同席を基本とし利用者の自己決定を尊重している。契約時は、契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。料金表を用いて、利用料の概算を具体的に伝えている。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には家族等の同席を求め適正な説明と運用を図っている。契約内容を変更するときは、変更内容を明示した文書で同意を得ている。介護保険で出来る事・出来ない事等、共通理解が必要な内容については、別途資料で説明してはどうか。		
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。	Ⓐ・b・c
〈コメント〉 サービス終了時には、契約書の「契約終了に伴う援助」の項目に沿って必要な援助を行っている。介護支援専門員等から要請があれば、引継ぎの文書で情報提供することとしている。重要事項説明書に明記した相談窓口を利用終了後の相談窓口としても設置している。サービス終了時に口頭で伝え、サービス提供責任者が名刺を渡すようにしている。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の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
＜コメント＞ サービス提供責任者が随時聴き取りを行い、利用者個々の満足の把握に努めている。利用者満足に関する担当者をサービス提供責任者とし、把握した内容については合同会議の中で共有し、支援等に反映できるよう取り組んでいる。サービス提供責任者が随時聴き取りを行い、利用者個々の満足の把握に努めている。利用者満足に関する担当者をサービス提供責任者とし、把握した内容については合同会議の中で共有し、支援等に反映できるよう取り組んでいる。		
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＞ 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記して利用者・家族に配布し、事業所内に掲示している。事業所としての苦情の事例はないが、あれば「苦情受付簿」に記録し、利用者・家族にフィードバックし、「申し送り簿」や「合同会議」で共有し改善に取り組む仕組みがある。法人のホームページで、法人単位での苦情内容と解決結果を公表している。利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫を行うことが望まれる。		
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＞ 重要事項説明書の「苦情の受付について」に苦情・相談の窓口として記載し、利用者・家族に配布している。自宅・居室で相談対応し、また、事業所にも相談室があり相談しやすいスペースを確保している。利用者が相談・意見を述べやすいような、相談方法・相談相手の表示の工夫が望まれる。		
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＞ 訪問介護員との訪問中のコミュニケーションや、サービス提供責任者の訪問時や随時の聴き取り等で、利用者が相談・意見を話しやすい機会づくりに努めている。「苦情処理対応マニュアル」を相談・意見対応マニュアルとしている。受け付けた相談・意見はケース記録に記録し、内容に応じて介護支援専門員とも連携し、迅速な対応と報告に努めている。内容に応じて合同会議で共有し、サービスの向上につなげる仕組みがある。対応マニュアルは定期的に見直し、苦情対応と異なる相談・意見対応の手順や記録方法等については、マニュアルやフローチャートを追加することが望まれる。利用者の意見等を積極的に把握する取り組みや工夫が望まれる。		

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〉 事業所内に「事故防止委員会」を設置し、月1回の合同会議で開催している。「事故防止・ヒヤリハットに関すること」の責任者をサービス提供責任者として、職務分掌に定めている。合同会議の中で「事故発生又は再発防止に関する研修」を年2回実施している。「ヒヤリハットカード」「事故報告書」により事例を収集し、「申し送り簿」で迅速に共有している。毎月事例を集計して一覧表を作成し、合同会議で共有し再発防止に取り組んでいる。事故防止策の実効性については「事故防止委員会」で検証し、合同会議で報告している。「事故発生防止のための指針」をもとに、事故防止・発生時の対応についての具体的なマニュアル等を作成し職員に周知することが望まれる。		
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〉 事業所内に「感染予防委員会」を設置し、月1回の合同会議の中で開催している。「感染に関すること」の責任者をサービス提供責任者として、職務分掌に定めている。「感染症予防及び蔓延防止マニュアル」を作成している。合同会議の中で、「感染症・食中毒の予防及び蔓延防止に関する研修」を年2回実施している。安全衛生委員会の指示のもと、感染症予防策、発生時の対応を事業所間で連携をとりながら行っている。感染症の予防と発生時の対応に関するマニュアルを定期的に見直し、現状に即したマニュアルを職員に周知することが望まれる。		
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行っている。	a ・b・c
〈コメント〉 立地条件等も把握し、「防災計画」「BCP（事業継続計画）自然災害編」を整備し、災害時の対応体制を定めている。「利用者緊急連絡先一覧表」「職員緊急連絡網」を作成し、電話により安否確認を行うこととしている。施設全体としての備蓄を整備し、事務所・管理栄養士等責任者を決め管理している。施設全体の防災訓練計画に基づき、様々な設定で毎月訓練を実施し、訪問介護事業所の職員も参加している。佐用町と「防災協定」を結び、消防訓練の際は年に概ね年に3回消防署の立ち合いがあり連携している。		

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〉 入浴・排泄・口腔ケア・食事・生活援助・整容等、サービスの標準的な実施方法について、マニュアルに文書化している。マニュアルには、利用者尊重やプライバシー保護についても言及している。オリエンテーション同行の際に、標準的な実施方法について指導している。同行訪問時・利用者への聴き取り・訪問記録等から、サービスの実施状況について確認している。		
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〉 年に1回マニュアルの検証・見直しを行うことと定めている。職員の意見を集約して、1年に1回、定期的なマニュアルの検証を行い、マニュアル履歴に記録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〉 サービス提供責任者を「訪問介護計画」策定の責任者としている。「フェイスシート」「アセスメント」をもとにアセスメントを行い、サービス担当者会議（開催・照会）で、アセスメント・計画策定についての協議を行っている。訪問介護計画書に利用者個々のニーズを明示している。訪問介護計画に基づいたサービスの実施状況を、毎月の「利用者状況報告書」の「モニタリング記録」で確認する仕組みがある。支援困難ケースへの対応について、事業所内の合同会議で検討し、必要に応じて担当の介護支援専門員や町とも連携して検討し、経過をケース記録に記録している。		
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〉 訪問介護計画を、定期的には短期目標の期間（最長6ヶ月毎）に応じて、必要時には随時見直している。毎月「利用者状況報告書」でモニタリングを行い、計画見直し時は「アセスメントシート」で再アセスメントを実施している。「フェイスシート」は、定期的には1年に1回（年度初め）、必要時には随時、更新している。見直しによって変更した訪問介護計画・手順書は、訪問アプリで周知している。訪問介護計画を緊急に変更する場合は、担当介護支援専門員に連絡し同様の手順で対応している。		

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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 利用者の身体状況や生活状況等を、訪問アプリの「訪問介護記録」に記録している。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、「訪問介護記録」により確認することができる。「訪問介護記録」は、チェック形式部分は差異が生じにくい書式であり、記載部分は訪問アプリで随時確認でき、不備等があれば職員にその都度個別に指導している。「申し送り簿」の回覧、訪問アプリ・記録システムにより、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。「合同会議」（月1回）・「全体会議」（月1回）・「定例ミーティング」（週1回）を開催し、部門横断での情報共有を行っている。		
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。	㉠・b・c
＜コメント＞ 「個人情報保護規定」「特定個人情報保護規程」「文書保存規程」に、個人情報や記録についての管理体制を規定している。職員には入職時研修で個人情報保護について研修を実施し、誓約書を交わしている。年間研修計画の中で、「プライバシー保護の取り組み・倫理及び法令遵守に関する研修」を実施している。利用者・家族には、契約時に、個人情報の使用についての説明を行い、文書で同意を得ている。「動画・写真利用に関する説明及び同意書」も説明し、文書で同意を得ている。		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基		
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	㉠・b・c
A②	A-1-(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。	㉠・b・c

特記事項

A① 利用前の面談記録やフェイスシート、初回アセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。日々自立した生活が営めるように、訪問介護計画書やサービス手順書に自立に向けた支援内容を明記している。鍵は預からないこととしているが、家族の了承を得てキーボックス等を設置し対応している。買物代行等金品を預かる場合は、訪問介護記録（ケアパレット）に記録し、家族にも、ご家族様への連絡事項で報告している。日常生活自立支援事業や成年後見制度等必要な事例があれば、市や介護支援専門員を通して利用につなげている。毎月のモニタリングを通して、安心・安全な環境づくりについて利用者や家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。
--

A②

利用者訪問時や毎月のモニタリング時等、思いや意向の把握に努め、意志を尊重し、傾聴している。合同会議等で共有し、接遇研修や毎月接遇マナーウィークを設け、「職員のこころえ」の中にも詳細に記載する等、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいの徹底に努めている。コミュニケーションの方法や支援については、定期的に年1回見直し更新している。筆談・声かけの工夫等、意思表示が困難な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。

	第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護	
A③ A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㉠・b・c

特記事項

権利擁護についてマニュアルが整備され、「職員のこころえ」の中にも記載し理解が図られている。権利侵害の防止について、契約書や重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。身体拘束・虐待防止マニュアルに早期発見・対応・報告等について記載し、権利擁護とプライバシー保護について、合同会議の中で研修している。虐待の防止のための指針をもとに、年1回全体会議の中でも説明している。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、法人の管理システムの中で、コンプライアンス・ガバナンス構築フローチャートで明確にしている。合同会議で権利侵害の防止や発生した場合の再発防止策等を検討することとしている。

A-2 生活支援

	第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の状況に応じた支援	
A④ A-2-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
A⑤ A-2-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
A⑥ A-2-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c

特記事項

A④
フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、安全・快適に入浴するための取組を行っている。入浴マニュアルをもとに、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した声かけや同性介助等配慮して介助を行っている。入浴前にはバイタルチェックを行い、入浴を拒否する利用者については、時間内に声かけのタイミングを見計らい、清拭等へ変更したりと利用者の状況に合わせた対応をしている。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、入浴支援方法等について、合同会議の中で検討し見直ししている。家族に入浴介助についての情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

A⑤

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、自然な排せつを促すための声かけや水分補給の促し等の取組や配慮を行い、排泄介助を行っている。排泄マニュアルが整備され、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。利用者個々の排泄パターンや排泄用品等を把握し、声かけ等トイレ誘導を行っている。排泄後の観察や清掃を行い、健康状態の確認を行っている。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、排泄支援方法等について、合同会議の中で検討し見直ししている。家族に入浴介助についての情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

A⑥

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、自立へ向けた声かけや誘導により移動支援を行っている。利用者の心身の状況に適した歩行器や杖等福祉用具が利用されている。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、移動支援方法等について、合同会議の中で検討し見直ししている。家族に家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

		第三者評価結果
A-2-(2) 食生活		
A⑦	A-2-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・ b ・c
A⑧	A-2-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a ・b・c
A⑨	A-2-(2)-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

A⑦

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、利用者の意向を確認し、食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。調理器具・台所、ゴミ処理等衛生に留意し対応している。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、食事提供方法等について、合同会議の中で検討し見直ししている。調理に関する研修の実施が望まれる。

A⑧

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、利用者の食事のペースと心身の負担に配慮した支援を行っている。食事介助マニュアルの中に、誤嚥・誤飲の予防と対応が明記され、自分で出来る配膳下膳、声かけ等経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、食事提供等について、合同会議の中で検討し見直ししている。食事や水分摂取について、情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

A⑨

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。合同会議の中で、口腔ケア研修を実施し、毎年歯科衛生士による研修も実施している。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録している。毎月モニタリングを行い、口腔ケア等について、合同会議の中で検討し見直ししている。口腔ケアについて、利用者・家族への情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

		第三者評価結果
A-2-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑩	A-2-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㉠・b・c

特記事項

褥瘡マニュアルが整備され、褥瘡の予防について標準的な実施方法を明記している。合同会議の中で、褥瘡予防研修を実施している。毎月褥瘡委員会、異業職会議が開催され、看護師・介護支援専門員・福祉用具事業者など関係者と連携し、褥瘡予防に取り組んでいる。褥瘡発生の事例はないが、施設の看護師会議から新しい情報を得ている。利用者・家族に情報提供・助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

		第三者評価結果
A-2-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑪	A-2-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c

特記事項

非該当

		第三者評価結果
A-2-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑫	A-2-(5)-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 ㉡・c

特記事項

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。実施内容については、訪問介護記録（ケアパレット）に記録し、訪問時に認知症状等普段と言動の相違があれば、家族や介護支援専門員に報告している。日常生活動作の中での機能訓練について、具体的な手順書の作成が望まれる。

	第三者評価結果
A-2-(6) 認知症ケア	
A13	A-2-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。

①・b・c

特記事項

年2回訪問介護計画書見直し時に、フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）の見直しを行い、適切にアセスメントを行っている。利用者の心身の状況や意向を踏まえ、サービス手順書を作成し、利用者個別に声かけの仕方や傾聴について配慮し、支持的、受容的な援助に取り組んでいる。合同会議の中で、認知症ケアに関する研修を実施している。一定期間の観察と記録を訪問介護記録（ケアパレット）に記録し、訪問時認知症状等普段と言動や周辺症状等の相違があれば、家族や介護支援専門員に報告している。

	第三者評価結果
A-2-(7) 急変時の対応	
A14	A-2-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。

①・b・c

特記事項

緊急対応マニュアルの中に体調変化時の連絡体制について、フローチャートを整備している。訪問時の健康状態等を訪問介護記録（ケアパレット）に記録し、体調変化等があれば、家族や介護支援専門員へ報告している。全体会議の中で、緊急時の対応について研修し、AED研修についても看護師等より指導助言を受け研修している。

	第三者評価結果
A-2-(8) 終末期の対応	
A15	A-2-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。

a・b・c

特記事項

非該当

A-3 家族等との連携

	第三者評価結果
A-3-(1) 家族との連携	
A16	A-3-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。

①・b・c

特記事項

訪問介護記録（ケアパレット）の「ご家族様への連絡事項欄」や電話等にて状況を報告している。状況に変化があった場合には、迅速に電話で報告している。サービス内容変更時や訪問介護計画書の更新時には、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、サービス提供責任者が記録し、介護支援専門員にも報告している。

A-4 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-4-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A⑰	A-4-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	㉠・b・c

特記事項

フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、サービスの実施方法や手順を周知している。合同会議の中で、看護師や理学療法士、サービス提供責任者等より、指導や助言を得られる機会を確保している。初めて訪問する介護職員や介護職員の変更時には、サービス提供責任者が同行し指導している。ノーリフティングケア（利用者の体を介護者の力だけで持ち上げないで行うケア方法）にも取り組んでいる。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑱	A-5-① 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。	㉠・b・c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面について、フェイスシートやアセスメントシート（1号シート）をもとに、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、訪問介護計画書やサービス手順書を作成し、サービスの実施方法や手順を明示している。

A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応

		第三者評価結果
A⑲	A-6-① 訪問介護員が受ける暴力について事業所として取組を行っている。	㉠・b・c

特記事項

暴力の対策（暴力に関する基本的知識）マニュアルを整備し、訪問介護員が利用者等から受ける暴力についての事業所の姿勢や対応について明示している。合同会議の中で、ハラスメントに関する研修を実施し、職員に周知を図っている。マニュアルは毎年見直ししている。暴力等事例はないが、マニュアルに沿って、市や介護支援専門員等報告することとしている。