

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : あっふる訪問介護事業所 明石

( 居宅介護 )

評価実施期間 2019年 9月 13日 ~ 2020年 5月 30日

実地(訪問)調査日 2019年 12月 20日

評価決定委員会開催日 2020年 2月 29日

2020年 5月 15日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター



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

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

|                              |   |
|------------------------------|---|
| 名称：あつぷる訪問介護事業所明石             | 種別：居宅介護   |
| 代表者氏名：溝口 智恵美                 | 定員（利用人数）： 11 名  |
| 所在地：〒673-0898 兵庫県明石市榎屋町 3-11 |   |
| TEL：078-917-1199             | ホームページ： <a href="http://www.apple-117.jp">http://www.apple-117.jp</a> |
| 【施設・事業所の概要】                  |   |
| 開設年月日：平成19年4月1日              |   |
| 経営法人・設置主体（法人名）：株式会社あつぷる      |   |
| 職員数                          | 常勤職員： 3 名 非常勤職員： 14 名   |
| 専門職員                         | 管理者兼サービス提供責任者 1名 事務員 (1) 名  |
| ※( )はうち非常勤職員を指す              | サービス提供責任者兼訪問介護員 2名 訪問介護員 (13) 名                                       |
| 施設・設備の概要                     |   |

③理念・基本方針

教育・研修に力を注ぎ、一人ひとりがご満足いただけるサービスを目指します。  
常に新鮮な気持ちで介護に取り組み、ご本人、ご家族の立場にたって一緒に悩み、  
解決できるようにがんばろうとの思いを持ち、高齢者の気持ちに寄り添った、柔軟なサービスを心掛けています。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・平成30年度「ひょうご子育て応援賞」の表彰を受ける。(平成30年10月)
- ・「わが社の健康宣言」登録事業所に認定される。(平成30年8月)
- ・「ワークライフバランス推進企業」として表彰される。(平成28年11月)
- ・「健康づくりチャレンジ企業」に認定される。(平成28年6月)
- ・「ひょうご仕事と生活の調和推進企業」に認定される。(平成28年3月)

⑤第三者評価の受審状況

|                   |   |
|-------------------|---|
| 評価実施期間            | 2019年9月13日（契約日）～<br>2020年5月30日（評価結果確定日） |
| 受審回数<br>（前回の受審時期） | 初回（平成 年度）                               |

⑥総評

|  |
|--|
| <p>◇特に評価の高い点</p> <p>○ 法人（あっぷる）のコンセプトにもとづく、教育・研修や委員会活動の取り組みが一体的に行われています。</p> <p>介護福祉サービスは人材が決め手と掲げて、法人と一体的に人材確保や育成に取り組まれています。職員の質の向上では、目標管理による職員個別の研修などが定期的実施されています。また、人事基準（採用・配置など）や人事考課（評価など）処遇改善規定（報酬など）が明確化されて、総合的な人事管理が行われています。さらに、委員会（サービス向上委員会・コンプライアンス委員会・安全衛生委員会など）が構築され、サービスの質の向上・法令遵守・リスクマネジメントなどに取り組まれています。</p> <p>○ 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、利用者の生活空間の確認や健康管理について活用されています。</p> <p>事業所で統一された記録様式が定められ、事業所独自のフェイスシートや職員が利用者の自宅へ訪問した際に「状況報告書」という様式に事前確認項目が設けられ、利用者の居住空間の確認や顔色、発汗、体温など観察するポイントが示され、記録方法の統一化が図られています。また、次年度に職員間の情報共有に向けてメッセージアプリケーションの活用を予定するなど、利用者が安心した在宅生活を送れるための取り組みが行われています。</p> |
| <p>◇改善を求められる点</p> <p>○ 法人（あっぷる）や事業所の理念・基本方針を明確に整備して、事業計画への反映し、職員、利用者をはじめ社会や地域への公開が期待されます。</p> <p>理念・基本方針などの明文化は、ホームページやパンフレット・事業計画などには明確に記載されていません。今後は、法人や事業所の使命や役割を反映した理念、これにもとづく福祉サービスの提供に関する基本方針が適切に明文化され、事業計画（中・長期計画、年度事業計画）に反映されることが重要です。また、利用者にはわかりやすく説明した資料など工夫するとともに社会・地域に対しても運営の透明性を確保するため情報公開する取り組みが期待されます。</p> <p>○ 個別支援計画について利用者の意向把握と同意を含んだプロセスを明確にしていくことが重要です。</p> <p>サービス提供責任者が中心となって、相談支援事業所からの情報やサービス等利用計画に基づいて、事業所独自のフェイスシートに記入され、個別支援計画が作成されていますが、事業所としての利用者の意向把握と同意を含んだプロセスが明確ではありません。今後は、相談支援事業所からの情報や事業所としてのアセスメント手法を確立し、利用者の意向把握と同意を含んだプロセスを明確にしていくことが重要です。</p>                         |

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

|   |
|---|
| <p>自身では気づけていなかった改善点が明確になったことで、今以上に全体の質を上げ、ご利用者様にとってわかりやすく、利用しやすい事業所を目指していきます。</p> |
|---|

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

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理念・基本方針はグループ法人（117）や法人（あっぷる）のホームページ上には明確な掲載はありませんが、事務所内には117グループの理念・基本方針などが掲示されています。法人（あっぷる）のホームページ上には「コンセプト」が掲載されていますが、理念や基本方針として読み取ることはできませんでした。</li> <li>○ 今後は、法人としての理念・基本方針が明確化されて、職員や利用者、家族にも周知ができる分かりやすい工夫が望まれます。</li> </ul> |                                   |         |

#### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会福祉事業全体の動向や明石市障害者福祉計画などの策定動向は、行政の説明会（集団指導）や管理者全体会議などで把握されていることがうかがえましたが、具体的な資料などは確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、明石市障害者福祉計画などで具体的な福祉ニーズなどを把握・分析をして、中・長期計画や年度事業計画への課題や取り組みなどに反映させることが望まれます。</li> </ul> |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人として、事業所の具体的な課題や問題点は活動計画書などから明らかにされ、年度事業計画にも反映されています。管理者全体会議で共有化がされ、職員ミーティングでも周知が行われています。</li> </ul>   |   |         |

#### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 経営計画書に基づいた、法人の中・長期計画が作成されていることがうかがえますが、事業所においては、確認できませんでした。</li> <li>○ 今後は、法人としての中・長期計画を把握し、事業所としての年度事業計画や取り組みに反映できるようにしていくことが重要です。</li> </ul> |                                       |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人として年度重点施策や事業所としての年度事業計画が具体的な内容で策定されています。</li> <li>○ 今後は、法人の中・長期計画（3～5年）の中・長期計画の視点（目標）や内容が反映された年度事業計画の策定が望まれます。</li> </ul> |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年度事業計画は職員ミーティングで検討されて、定期的に評価が年2回行われ、見直しが年1回行われ、周知が図られています。</li> <li>○ 今後は、事業計画の時期や手順について文書化にしていくことが望まれます。</li> </ul>        |   |   |
| 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。                 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年度事業計画などは、利用者・家族には説明には至っていません。今後は、年度事業計画の主な内容について、利用者や家族などに周知し、理解を促す取り組みが重要です。</li> </ul>                                   |   |   |

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       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みとして、法人内にサービス向上委員会が設置され、2か月に1回開催されて改善に取り組まれています。第三者評価の受審は今回が初めとなっています。</li> <li>○ 今後は、さらにサービスの質の向上に向けた定期的な受審が望まれます。</li> </ul> |  |         |
| 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       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 評価結果を分析した課題が文書化されていませんが、職員の共有や改善の取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、評価結果を分析した課題について、改善策や改善計画を策定して、実施状況の評価や見直しが望まれます。</li> </ul>                          |  |         |

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。   | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 管理者の業務内容については運営規定や重要事項説明書などに記載がありますが、責任や権限などが明確に文書化には至っていません。今後は、管理者として事業所の経営・管理などの方針や取組を職員に表明し、役割と責任や不在時の権限委任など明確にした職務分掌の作成が望まれます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 管理者は行政説明会（研修）や社内コンプライアンス委員会に参加して遵守すべき法令などを把握して、必要な法令についてはヘルパー研修などで周知がされています。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みとして、法人内にサービス向上委員会が設置され、定期的、継続的な評価分析が行われています。管理者は定期的に研修会を開催しサービスの質の向上に向け指導力を発揮されています。</p> <p>○ 今後は、管理者自らもサービスの質の向上に係る自己評価を、年1回以上行う仕組みづくりが期待されます。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 管理者は定期的に業務状況を把握して、収支状況の報告などを行っています。また、サービス提供責任者とミーティングで業務体制など具体的な取り組みを指導しています。本部での管理者会議に参加して、経営の改善や業務の実効性の向上にも取り組まれていることがうかがえます。</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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 福祉人材の確保・育成計画などの考え方や方針が、年度重点施策や年度事業計画に明記されています。必要な人材確保（採用など）は実施されていますが、明確な人事プランが確認できませんでした。</p> <p>○ 今後は、専門職（有資格の職員）の配置など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）の策定が望まれます。</p> |  |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 15  | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                                | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「期待する職員像等」は確認できませんが、人事基準(キャリアパス制度など)や人事考課制度、処遇改善規定などに基づく人事管理が総合的に行われています。</li> <li>○ 今後は、理念や基本方針にもとづく「期待する職員像等(職員の基本姿勢や求める意識など)を基本方針や年度事業計画などに明示されることが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 労務管理に関する責任体制は、管理者を主体にサービス提供責任者、事務職員で行なわれています。月1回就業状況が把握され、有給休暇取得の促進やストレスチェック、腰痛予防体操なども行われています。法人として「一般事業主行動計画」や「女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画」などを掲げた取り組みが行われ、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされています。また福利厚生面で親睦会(和交会)が設置され、定期的にスポーツ・ゲーム・旅行などが行われています。</li> <li>○ 今後は、職員の就業状況の改善策について、人事プランに反映していくこと期待されます。</li> </ul> |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 目標管理の仕組みとして内部研修計画で個別の目標が設定され、3か月毎に面接・評価を実施しています。また、年1回面接を実施して目標達成度の確認が行われています。</li> <li>○ 今後は、職員一人ひとりに対する目標管理のための仕組みを構築していくことが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年間研修計画が策定されて、職員個別に研修が実施されています。年間研修計画やマニュアル(カリキュラム)の見直しも年1回行われています。</li> <li>○ 今後は、職員に必要なとされる専門技術や専門資格を基本方針や年度事業計画などに明示されることが望まれます。</li> </ul>  |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員の資格取得状況は個人台帳などで把握されています。職員の経験や習熟度によりOJT(職務に応じた研修)や個別研修が実施されています。外部研修の情報を提供し、研修参加への配慮が行われています。</li> <li>○ 今後は、OJT(職務に応じた研修)に関する実施要領などの整備が期待されます。</li> </ul>   |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 昨年度は社会福祉士の実習生が2名あり、実習生受け入れマニュアルに基づいた実習の受け入れが行われていますが、専門職種ごとのプログラムの整備には至っていません。</li> <li>○ 今後は、指導者の育成や学校との連携も踏まえたプログラムの整備が期待されます。</li> </ul>  |   |   |



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。       | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人（あっぷる）のホームページでは、提供する福祉サービス（訪問介護障害福祉サービスなど）の内容や活動情報（あっぷるの取り組み）、コンセプトなどが公開されていますが、運営の透明性を確保するまでには至っていません。また、地域に向けての広報活動なども行われていません。</li> <li>○ 今後は、ホームページなどの改善を行い、法人や事業所の理念・基本方針、事業計画、事業報告・決算情報などの基本情報や第三者評価の受審、苦情・相談の体制及び改善・対応の状況についても公開されることが望まれます。また、広報誌などの作成や事業所の活動などをさらに積極的に説明することが重要です。</li> </ul> |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営の取り組みでは、社内ルールにより明確にされ、業務内容なども重要事項説明書に明記、職員にも周知がされています。必要に応じた相談や助言は本部にしています。内部監査は6か月1回管理状況が本部によりチェックされています。外部監査などは委託法人により行われて経営改善などに取り組まれています。</li> <li>○ 今後は、事業所においても必要な書類（監査の結果など）の整備が望まれます。</li> </ul>   |   |         |

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 利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。                    | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、在宅支援に係わる地域関係の構築や交流への取り組みには至っていません。</li> <li>○ 今後は、事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会づくりが期待されます。</li> </ul>                                       |   |         |
| 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。          | c       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、ボランティアなどの活用は行なわれていません。</li> </ul>  |   |         |
| 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会資源のリストなどは、行政（明石市）のホームページ上で公開されているリストを活用し、職員間でも情報共有されています。関係機関との連携では、明石市介護サービス連絡会に所属して、定期的に会議や研修に参加されています。</li> <li>○ 今後は、共通の問題や他の機関・団体とのネットワーク化の取り組みが望まれます。</li> </ul> |   |         |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 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。      | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、地域との交流や事業所の機能を活かした取り組みは行われていません。</li> <li>○ 今後は、事業所の特性を生かした、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催するなど、地域に向けた専門性を発揮していくことが望まれます。</li> </ul> |   |   |
| 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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、地域の福祉ニーズへの把握や対応する事業・活動などは行われていません。</li> <li>○ 今後は、利用者の在宅支援の観点から、地域の民生委員・児童委員との交流や情報共有が求められます。</li> </ul>                    |   |   |

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       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ 法人の基本理念と社訓を事業所内に掲示され、全職員に対して理念や基本方針が周知されています。また、業務マニュアルが整備され、利用者を尊重したサービス提供に向けて、2か月に1回「虐待の芽チェックリスト」から人権の尊重に関する項目に基づいて自己評価を行い、振り返りや共通理解を図る取り組みが行われています。</p>  |   |         |
| 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。         | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ 利用者のプライバシー保護に関する、権利擁護マニュアルが整備され、年に2回プライバシー保護・接遇に関する研修が全職員に向けて実施されています。</p> <p>○ 今後は、利用者や家族に対するプライバシー保護や権利擁護に関する説明の機会を持つなど不適切な事案が発生した場合の対応方法の明確化が期待されます。</p> |   |         |
| 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       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ 事業所を紹介するパンフレットは、写真やイラストが使用され、利用者や家族がサービスを選択するための情報が分かりやすく掲載されています。</p> <p>○ 今後は、公共施設等多くの人が入手できる場所に設置するなど、利用者の福祉サービスの選択にあたっての情報を発信していくことが期待されます。</p>         |   |         |
| 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。              | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ サービスの利用開始や変更にあたっては、サービス提供責任者が利用者同席のもと、パンフレットや契約書を用いて、丁寧な説明が行われています。</p> <p>○ 今後は、意思決定が困難な方に対する対応方法や手順を明確にすることが望まれます。</p>                                    |   |         |
| 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。 | c       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ 事業所の変更についての事例はなく、サービスの変更にあたっての継続性に配慮された手順や引継ぎ文章も明確ではありません。今後は、サービスの変更時や利用が終了した場合の相談窓口や引継ぎ手順を明確にすることが望まれます。</p>  |   |         |
| 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。                 | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>○ 実施する福祉サービスに対する利用者の満足度調査が年に1回実施され、集計が行われています。</p> <p>○ 今後は、得られたアンケート結果をもとに、利用者のサービスに対する満足度を分析し、さらに、サービスの質の向上に向けた取り組みが期待されます。</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。                 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 契約時に重要事項説明書を用いて、苦情や相談窓口について利用者や家族に対して説明が行われ、年に1回サービスに対する満足度調査とあわせたアンケート調査が行われています。また、苦情に対する解決方法の仕組みとして、「苦情・NG報告書」が整備されていますが具体的な苦情についてはあがっていません。</li> <li>○ 今後は、苦情を受け付けた際に、利用者や家族に配慮したうえで公表する仕組みを構築していくことが期待されます。</li> </ul> |  |   |
| 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。         | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が意見や相談を述べやすい環境として、利用者の自宅で話や必要に応じて事業所の相談室を活用して話を聞くことができます。</li> <li>○ 今後は、気軽に意見や相談できることを利用者や家族に伝えていく取り組みが期待されます。</li> </ul>   |  |   |
| 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。            | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談・苦情対応マニュアルが整備され、アンケートの実施を通して、利用者からの相談や意見を事業所として積極的に聞き取る取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、相談・苦情対応マニュアルを組織として定期的に見直すことや意見をもとに、さらにサービスの質の向上に向けた具体的な取り組みが行われることが期待されます。</li> </ul>   |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事故発生時の対応マニュアルが整備され職員にも周知がされています。サービス向上委員会が設置され、ヒヤリハットの集計や分析を行い、定期的に再発防止策を検討し実施に取り組まれています。また、ヘルパー研修を実施して事故防止の意識づけの徹底にも取り組まれています。</li> </ul>  |  |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染症予防対応マニュアルが整備され職員にも周知がされています。安全・衛生委員会が設置され、予防策や対応策などが検討され訪問時に家族の支援にも取り組まれています。ヘルパーには消毒液、マスク等は感染予防のため常時携帯しています。また、対応マニュアルは年1回見直しが行われています。</li> </ul>   |  |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 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<br>行っている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ グループ法人内に防犯・防災推進委員会が設置されています。事業所においても災害時の職員体制（安否確認など）が定められ、一斉メール訓練を年2回実施されています。しかし、利用者の安否確認までには至っていません。また、隣接のデイサービスと合同で、消防署立ち会いで消防訓練が定期的に行われています。</li> <li>○ 今後は、地域の災害リスクを把握して、職員や利用者の安全確保（避難確保計画）に関する取り組みが望まれます。</li> </ul> |  |   |

### 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<br>化され福祉サービスが提供されている。 | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 業務マニュアルが整備され、マニュアルに基づいて年間を通した研修が実施されています。また、着任して間もない職員にはサービス提供責任者が同行し、個別の指導や確認が行われ、利用者に対する標準的な実施方法の周知が図られています。</li> <li>○ 今後は、プライバシーの保護や利用者を尊重する姿勢を介護マニュアルにも反映していくことが望まれます。</li> </ul> |   |         |
| 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<br>る。               | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 業務マニュアルは、各種委員会によって随時見直しが行われています。事業所として標準的な実施方法を定期的に見直す仕組みまでは至っていません。</li> <li>○ 今後は、委員会を中心とした事業所に応じたマニュアルの見直しを定期的に行っていくための仕組みづくりが期待されます。</li> </ul>                                    |   |         |
| 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支援計画を適切に策定して<br>いる。                | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談支援事業所からのサービス等利用計画や情報をもとに事業所独自のフェイスシートに記入し、アセスメントがおこなわれサービス提供責任者が個別支援計画を作成されています。</li> <li>○ 今後は、事業所全体で個別支援計画の策定にかかる仕組みを構築していくことが重要です。</li> </ul>                                     |   |         |
| 43  | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。                        | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個別支援計画は、サービス等利用計画の見直し時期に合わせて見直しを行い、ヘルパーへの周知が行われています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画の見直しについて利用者の意向把握と同意を含んだプロセスを明確にしていくとともに、個別支援をマニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋げていくことが望まれます。</li> </ul>                |   |         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所で統一された記録様式が定められ、事業所独自のフェイスシートや職員が支援を行った後に記入する「状況報告書」への記録方法の統一化が図られています。また、次年度に向けてメッセージアプリケーションの活用をとおり、さらに職員の情報共有に向けて取り組まれる予定となっています。</li> <li>○ 今後は、次年度から運用する予定のメッセージアプリケーションの活用を通してさらに、情報の共有が図られることが期待されます。</li> </ul> |   |   |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人情報保護規定の中に、記録に関する保管や保存、廃棄や情報の共有に関する規定が定められ、個人情報保護に関する研修が年に1回職員に向けて実施されています。</li> <li>○ 今後は、個人情報の不適切な利用や漏洩に関する対策や対応方法を明確にしていくことが期待されます。</li> </ul>   |   |   |

評価対象 A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

|                  |                                       | 第三者評価結果 |
|------------------|---------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 自己決定の尊重  |                                       |         |
| A①               | A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b       |
| A-1-(2) 権利侵害の防止等 |                                       |         |
| A②               | A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | b       |

特記事項

- 利用者の趣味や嗜好、衣服などに対する支援は、個別支援計画に基づいて、訪問時に利用者の意向を尊重し、選択してもらえるような取り組みが行われています。
- 緊急やむを得ない場合における、身体拘束に対するマニュアルが整備され、定期的な研修が行われています。また、「虐待の芽チェックリスト」を用いて、2か月に1回職員の自己評価を通して振り返りを行うなど、職員に対する利用者の権利侵害の防止に向けた取り組みが行われています。
- 今後は、利用者の権利侵害を防止するための具体的な事例や内容を収集し、職員のみならず利用者や家族に対して周知する取り組みが重要です。

A-2 生活支援

|                     |  | 第三者評価結果 |
|---------------------|--|---------|
| A-2-(1) 支援の基本       |  |         |
| A③                  | A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。                 | b       |
| A④                  | A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | b       |
| A⑤                  | A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。           | b       |
| A⑥                  | A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。             | 非該当     |
| A⑦                  | A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。                | b       |
| A-2-(2) 日常的な生活支援    |  |         |
| A⑧                  | A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。               | a       |
| A-2-(3) 生活環境        |  |         |
| A⑨                  | A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。          | b       |
| A-2-(4) 機能訓練・生活訓練   |  |         |
| A⑩                  | A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。            | b       |
| A-2-(5) 健康管理・医療的な支援 |  |         |
| A⑪                  | A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。       | b       |

|                          |  |     |
|--------------------------|--|-----|
| A⑫                       | A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。          | 非該当 |
| A-2-(6) 社会参加、学習支援        |  |     |
| A⑬                       | A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。       | b   |
| A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 |  |     |
| A⑭                       | A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | b   |
| A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  |  |     |
| A⑮                       | A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。               | b   |

特記事項

- 相談支援事業所からのサービス等利用計画や利用者に関する情報をもとに、利用者の生活習慣や望む生活に向けて、利用者が自ら決めたり、自ら行動できるような個別支援が行われています。
- 月に1回サービス提供責任者が自宅を訪問した際に、サービスに対する聞き取りがおこなわれています。
- 個別支援計画に基づいた、調理や入浴、排泄、移動といった利用者に応じたサービスが行われ、支援に基づいた「状況報告書」や支援経過に対する実施記録が整備されています。
- 「状況報告書」には事前に確認する項目が設けられており、訪問時には環境面に関するチェックが行われています。また、訪問介護員からの情報をもとに、利用者の居住空間の修繕を行った事例がうかがえました。
- 毎回の訪問時に「状況報告書」の事前確認項目に基づいて、顔色や発汗、体温など観察するポイントが示され、体調の変化や医療機関との連携を踏まえた支援体制が設けられています。
- 今後は、利用者の障害状況に合わせた、職員研修などを通して、さらに質の高い健康管理についての支援が行われることが期待されます。

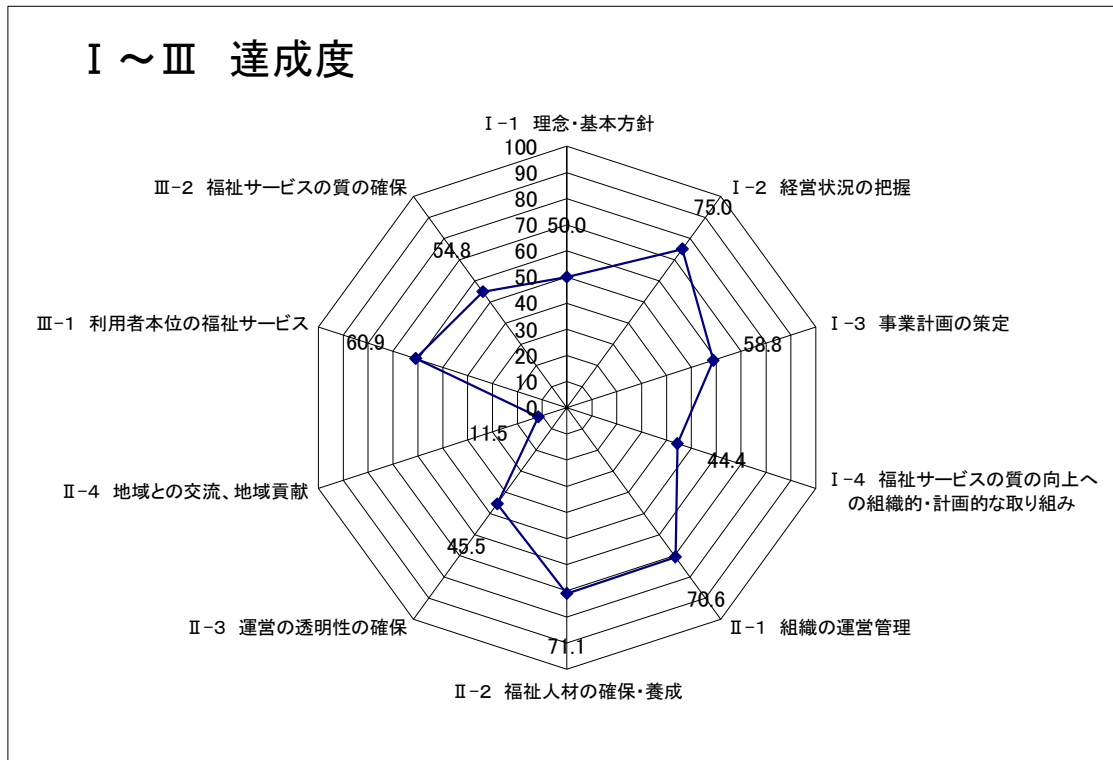


(別紙2)

### 各評価項目に係る評価結果グラフ

#### 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    | 3   | 50.0   |
| I-2 経営状況の把握                   | 8    | 6   | 75.0   |
| I-3 事業計画の策定                   | 17   | 10  | 58.8   |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み | 9    | 4   | 44.4   |
| II-1 組織の運営管理                  | 17   | 12  | 70.6   |
| II-2 福祉人材の確保・養成               | 38   | 27  | 71.1   |
| II-3 運営の透明性の確保                | 11   | 5   | 45.5   |
| II-4 地域との交流、地域貢献              | 26   | 3   | 11.5   |
| III-1 利用者本位の福祉サービス            | 64   | 39  | 60.9   |
| III-2 福祉サービスの質の確保             | 31   | 17  | 54.8   |
|                               | 227  | 126 | 55.5   |



## A 達成度

|                        | 判断基準 |     | 達成率(%) |
|------------------------|------|-----|--------|
|                        | 基準数  | 達成数 |        |
| 1-(1) 自己決定の尊重          | 5    | 2   | 40.0   |
| 1-(2) 権利侵害の防止等         | 6    | 1   | 16.7   |
| 2-(1) 支援の基本            | 19   | 5   | 26.3   |
| 2-(2) 日常的な生活支援         | 5    | 5   | 100.0  |
| 2-(3) 生活環境             | 4    | 3   | 75.0   |
| 2-(4) 機能訓練・生活訓練        | 5    | 1   | 20.0   |
| 2-(5) 健康管理・医療的な支援      | 5    | 2   | 40.0   |
| 2-(6) 社会参加、学習支援        | 4    | 1   | 25.0   |
| 2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 5    | 1   | 20.0   |
| 2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援  | 6    | 1   | 16.7   |
|                        | 64   | 22  | 34.4   |
|                        | 291  | 148 | 50.9   |

## A 達成度

