

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 広畑  
( 居宅介護 )

評価実施期間 2019年9月13日 ~ 2020年4月30日

実地(訪問)調査日 2020年1月24日

評価決定委員会開催日 2020年3月27日

2020年5月13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広畑		種別：居宅介護・重度訪問介護	
代表者氏名：喜田 有紀		定員（利用人数）：	(18) 名
所在地：〒672-1124 兵庫県姫路市広畑区鶴町1丁目41-1			
TEL：079-237-5499		ホームページ：http://www.apple-117.jp	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：H19年 3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：	4 名	非常勤職員： 22 名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	管理者兼サービス提供責任者	1名	事務員 1名
	サービス提供責任者兼訪問介護員	2名	サービス提供責任者 1（1）名
	訪問介護員	22（22）名	
施設・設備の概要	事務所		

③理念・基本方針

- ① 障害者総合支援法及び関連する法律を遵守し、施行規則の運営基準に則り、事業運営をおこないません。事業の実施にあたっては、関係市町・地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提案に努めるものとします。
- ② 自らの努力でサービスの質の向上を目標に、常にその評価を行うとともに、評価に基づく改善を図るよう努力します。
- ③ 利用者からの苦情に適切に対応できるように努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・利用者様お一人おひとりの状況を把握し、家事援助や身体介護をおこなっています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 元年 9月 13日（契約日）～ 令和 2年 5月 30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

- **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まれています。**  
 管理者を主体に月1回就業状況が把握され、有給休暇取得の促進や年2回のストレスチェックを行い、心身の健康に留意しています。また、職員とは年2回、ヘルパーとは年1回面談を行い意向の把握に努めています。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、福利厚生面でも職員の余暇活動や日常生活に対する支援として、多種多様の企画があり、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされ、個々の事情に配慮した職場づくりに取り組まれています。
- **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ます。**  
 法人において、事故防止や感染症など、安心・安全のためのマニュアルを整備し、感染症・食中毒、交通事故に関して、安全・衛生委員会が設置され、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、個人情報保護マネジメントシステム（PMS）事務局を設置し、個人情報の不適切な利用や漏洩に関する対策及び対応方法が検討されるなど、利用者の生活の安心・安全に配慮した取り組みが組織を挙げて行われています。

◇改善を求められる点

- **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、事業計画への反映や利用者などへの周知ならびに社会や地域への公開が期待されます。**  
 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、事業計画に反映されることが重要です。また、利用者・家族などには主な内容をわかりやすく説明した資料など工夫をして周知され、適切に情報公開（ホームページ、広報誌など）する取り組みが期待されます。
- **支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを確立していくことが重要です。**  
 昨今、事業所運営については、法人を通して業務の改善が図られており、多様な仕組みづくりが展開されていることがうかがえます。今後は、整備された支援マニュアルや個別支援計画、ケース記録の関連性や活用方法を整理することによって、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAサイクルを確立していくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

客観的な立場から評価をおこなっていただき、サービスの質の向上のための気付きを与えてくださいました。

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
<コメント> ○ 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、活動ヘルパー10カ条など職員にも周知されています。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。 ○ 今後は、法人としての理念・基本方針を明確にされ、利用者や家族にもわかりやすく周知していくことが望まれます。		

#### 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
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向や姫路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。 ○ 今後は、姫路市障害者福祉計画などで具体的な福祉ニーズを把握・分析をして、事業計画（中・長期計画、単年度事業計画）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。		
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
<コメント> ○ 事業所の具体的な課題や問題点は月1回の職員ミーティングで挙げられ、6か月に1回の管理者全体会議で検討されています。単年度事業計画に挙げた目標は、月1回の進捗状況の報告に基づき、6か月に1回見直しをされています。管理者全体会議で共有化され、職員ミーティングでも周知がうかがえました。		

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
<コメント> ○ 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ます。短期（1～2年）・中期（概ね3～5年）・長期（概ね6～10年）の数値目標を含めた具体的な目標を設定しています。また、事業計画は6か月に1回、見直しをされています。		
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
<コメント> ○ 法人としての中・長期計画を踏まえた単年度事業計画が立てられています。数値目標も挙げ、成果が評価しやすい具体的な内容となっています。		
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
<コメント> ○ 事業計画作成会議は、職員ミーティングで毎年5月に行い課題を挙げています。単年度事業計画は7月から始まり、12月・6月に評価を行い、見直しが年1回行われ周知されています。ただ、事業計画作成のスケジュールなど手順書は確認できませんでした。 ○ 今後は、時期や手順についても文書化されることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 今後は、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求められます。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人において2か月に1回サービス向上委員会が設置され、サービスの分析・検討・改善に取り組まれています。また、職員による自己評価が年に1回、行われています。</li> <li>○ 第三者評価の受審は今回が初めてですが、今後は、サービスの質の向上に向けた評価の取り組みが望まれます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 現在、個人の自己評価結果を集約し、課題を挙げる準備をされています。職員の共有や改善の取り組みについてはうかがえました。</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いくことが求められます。</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。	b
<コメント> ○ 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し、会議や研修などを通して職員に周知しています。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広報誌などで表明するとともに、役割と職務文書を通じて管理者の責任を明確にしていくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 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、遵守すべき法令などを把握した上で、必要な法令については月1回のヘルパー研修時に周知されています。		
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
<コメント> ○ 管理者はサービス向上委員会や自己評価などからサービスの現状を把握し、職員は月1回、計画に沿った研修に参加しています。 ○ 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。		
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
<コメント> ○ 管理者は月1回、損益対比表を作成し、人事等の把握・分析を行っています。職員の働きやすい環境を整えるため、有給休暇取得40%以上を目指して取り組んでいます。また、本部での管理者全体会議に参加して、経営の改善や業務の実効性の向上にも取り組まれています。		



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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人（あつぷる）において、福祉人材の確保・育成計画などの考え方や方針を明記され、必要な人材確保をしています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。職務の評価は、年に2回実施されています。</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）」を基本方針や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組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</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。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。</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>&lt;コメント&gt;</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・目標達成度の確認もしています。</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）」を、基本方針や事業計画などに明示されることが望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年間研修計画に基づいて、職員個別に研修が実施され、見直しも年1回行われています。また、月に1回マニュアルを基にした研修会が行われています。</li> <li>○ 今後は、職員に必要とされる専門技術や専門資格を、基本方針や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
<コメント> ○ 職員の研修は身体介護や認知症など、個々に受講したい内容を選び（8種）、年間計画を立てて受講されています。外部研修の案内は掲示やチラシ配布で行い、受講しやすいよう時間調整などの配慮がされています。		
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
<コメント> ○ 実習生受け入れマニュアルを整備がされ、持ち物・服装などの留意点が書かれています。 ○ 今後は、法人施設と連携するなどヘルパー事業所としての整備が望まれます。		

### 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
<コメント> ○ 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。 ○ 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や広報誌などの作成や事業所の活動などを積極的に説明する取り組みにも期待します。		
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
<コメント> ○ 本部での年2回内部監査（コンプライアンス監査）を受け、監査結果は項目ごとにメールで受けています。ただ、資料は本部にしかなく確認はできませんでした。 ○ 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。		

### 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。	c
<コメント> ○ 訪問介護事業所の特性として、在宅支援に係わる地域関係の構築や交流への取り組みがうかがえませんでした。 ○ 今後は、事業所や利用者への理解を得るための、機会づくりに期待します。		

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>〈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、ボランティアなどの活用はされていません。</li> <li>○ 今後は、法人施設との連携により、ボランティアの活用を検討されることが望めます。</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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 社会資源のリストなどは、行政（姫路市）のホームページ上で公開されているリストや地域包括支援センター、保健センターなどの資料を活用し、社会資源ファイルを作成して事務所に設置しています。</li> <li>○ 今後は、関係機関との共通の問題解決や他の機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいくことが望めます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 訪問介護事業所の特性として、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。講師派遣などの要望があれば応じる事はできます。グループ法人（117）の会館で行われる年1回のイベントには地域住民も多数参加されるので、介護相談のブースを設けて参加しています。</li> <li>○ 今後は、法人グループと連携して、地域に貢献することが望めます。</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>○ 今後は、利用者の在宅支援の観点から、地域の民生委員・児童委員などとの交流や情報共有が必要です。</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。	b
<コメント> ○ 法人の事業理念と基本方針に利用者を尊重する姿勢を明示され、倫理規定を整備し、全職員に対して周知が図られています。また、定期的に「虐待の芽チェックリスト」によって人権の尊重に関する振り返りや共通理解を図る取り組みが行われています。 ○ 今後は、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。		
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
<コメント> ○ プライバシー保護、虐待防止等に関するマニュアルが整備され、年に1回身体拘束・プライバシーの研修が全職員に向けて実施されています。 ○ 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とともに、不適切な事案が発生した場合の対応方法の明確化が望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業所を紹介するパンフレットを整備され、電話等の問い合わせをはじめ、利用希望者に対して、サービスを選択するための情報を丁寧に説明されています。 ○ 今後は、組織や事業の内容を説明する資料について公共施設等多くの人が入手できる場所に設置するなど、福祉サービスの選択に必要な情報をさらに発信していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 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、パンフレットや重要事項説明書を用いて、丁寧な説明が行われています。 ○ 今後は、意思決定が困難な方に対する対応方法や説明手順を明確にすることが望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業所の変更にあたっては、同行して引き継ぐなど、継続性に配慮された取り組みがうかがえました。 ○ 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。		
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者アンケートが年に1回実施され、利用者の満足度が把握されています。また、その結果は、サービス向上委員会において集計が行われ、各事業所に周知しています。</li> <li>○ 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反映していくことが望まれます。</li> </ul>		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要事項説明書に苦情窓口について明記し、利用者や家族に対して説明が行われています。また、事務室に、苦情相談窓口受付フローチャートとしてわかりやすく掲示されています。</li> <li>○ 現在は、具体的な苦情についてはあがっていません。今後は、苦情を受け付けた際に、利用者や家族にフィードバックしたうえで公表する仕組みを構築していくことが望まれます。</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>〈コメント〉</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、苦情相談窓口受付フローチャートを明示し、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望まれます。</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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者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り、サービスの改善を図る取り組みが行われています。</li> <li>○ 今後は、相談対応マニュアルを組織として整備し、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望まれます。</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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事故発生時の対応マニュアルを整備し職員に周知がされ、年1回見直しが行われています。感染症・食中毒・交通事故に関しては、安全・衛生委員会において再発防止策や分析が行われています。</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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 感染症予防対応マニュアルを整備し職員に周知がされて、年1回見直しが行われています。また、安全・衛生委員会の設置において、予防策や対応策などが検討され、具体的な取り組みがヘルパーに周知されています。</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やっている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ グループ法人（117）内に防犯・防災推進委員会が設置され、介護ステーションとして、防災のマニュアルが整備されています。事業所においても災害時の安否確認などの職員体制が定められ、一斉メール訓練を年2回実施されています。</li> <li>○ 今後は、地域の災害リスクを把握して、同一の建物、介護ステーションとして、避難確保計画の策定など、職員や利用者の安全確保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>○ 法人として支援に関するマニュアルが整備され、マニュアルに基づいて年間を通じた研修が実施されています。また、マニュアルは研修を通じて改善点があった場合は、その都度見直しが行われています。</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、委員会を中心として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望まれます。</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いる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 相談支援事業所からの情報をもとに事業所独自のフェイスシートに記入し、アセスメントが行われ、サービス提供責任者が中心となって、個別支援計画を作成しています。また、月1回のモニタリングによって、サービスの実施状況を確認しています。</li> <li>○ 今後は、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を明確にし、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望まれます。</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>&lt;コメント&gt;</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>&lt;コメント&gt;</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、メッセージアプリケーションの活用を通して、職員の情報共有に取り組まれています。</li> <li>○ 今後は、個別支援計画に基づいた記録を充実していくことで、サービスの実施状況を個別支援計画や支援マニュアルに反映していくことが望まれます。</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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人情報保護マニュアルの中に、記録に関する保管や保存、廃棄に関する内容が明記され、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。また、本社において、個人情報保護マネジメントシステム（PMS）事務局を設置し、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が定められています。</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、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望まれます。

### 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

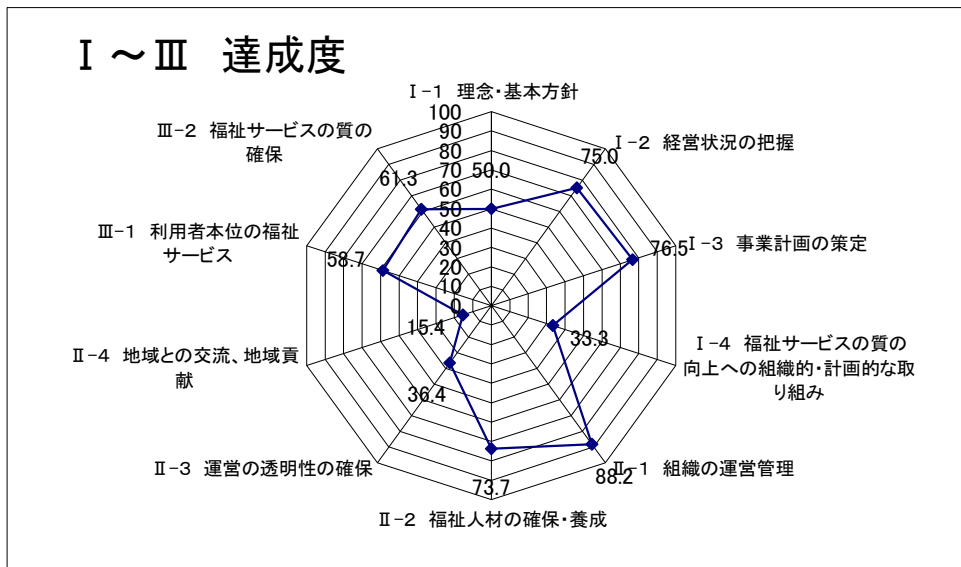
- 相談支援事業所からのサービス等利用計画や利用者に関する情報をもとに、利用者の生活習慣や望む生活に向けて、利用者が自ら決めたり、自ら行動できるような個別支援が行われています。
- 月に1回サービス提供責任者が自宅を訪問した際に、サービスに対する聞き取りがおこなわれています。
- 食事については、利用者の状況に合わせ、トロミをつけたり、小さく切ったり、味見（味の確認）をしていただくなど、支援の工夫がうかがえます。
- 日常生活の支援については、利用者の生活スタイルに基づいて、時間を調整したり、リフトの活用など、利用者に応じたサービスの工夫が行われています。
- 訪問時には環境面に関するチェックが行われ、訪問介護員からの情報をもとに、利用者の居住空間の改善への提案を行っています。
- 毎回の訪問時に「状況報告書」の事前確認項目に基づいて、健康状態を観察が行われ、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、定期訪問や相談を通じて得た利用者の生活状況や配慮について、記録していくことで、利用者の生活支援を明確にしていくことが望まれます。
- 今後は、利用者の障害特性や状況に合わせた研修などを通して、さらに個々の障害特性についての理解を深めていく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	13	76.5
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	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	38	28	73.7
II-3 運営の透明性の確保	11	4	36.4
II-4 地域との交流、地域貢献	26	4	15.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	37	58.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	19	61.3
	226	132	58.4



## 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	6	3	50.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	2	33.3
2-(1) 支援の基本	19	8	42.1
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	3	60.0
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	2	33.3
	65	29	44.6
	291	161	55.3

## A 達成度

