

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：	サンホームあまがさき 訪問介護ステーション	種別：	訪問介護
代表者氏名：	藤井 茂夫	定員（利用者人数）：	63 名
所在地：	兵庫県尼崎市大庄北3丁目15番1号		
TEL	06-6412-6676	ホームページ：	https://hinode.or.jp/amagasaki/
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	2000年4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		
職員数	常勤職員： 1 名	非常勤職員：	11 名
専門職員	サービス提供責任者 （管理者兼務含む） 1 名	サービス提供責任者	2 名
		訪問介護員	9 名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）	相談室、事務室

③理念・基本方針

グループ理念：お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 グループ基本方針：1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々のお会いに感謝します。3. お客様に最善を尽くします。4. 信頼できる仲間をつくります。5. 健康に働ける環境を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 複合型施設の強みを活かし、利用者のニーズに応じたサービス提案ができる。
- 2) 研修制度を充実させ、ヘルパーの知識や技術の向上に努めている。
- 3) 笑顔を絶やさず、利用者が気持ちよく利用できる接遇に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 4 月 24 日 （契約日）～ 平成 30 年 12 月 31 日 （評価結果確定日）
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、法人のエリア会議・施設の経営会議・各部門会議等で、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。施設内での委員会・毎月のヘルパーミーティングでも、組織的な運営に努めている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップ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。また、経験別・職種別・テーマ別研修、資格取得を支援する講座等、法人として研修体制を整備している。施設内に研修委員会を設置し、法人研修とも連動して、施設内研修を計画的に実施し、職員育成に注力している。
- ・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個々に、詳細でわかりやすい「訪問介護手順書」「訪問/サービス内容明細」を作成し、作業手順・留意点・配置図等をくわしく記載し、統一した方法で個別支援ができるように取り組んでいる。利用者個別の連絡ノートを作成して事業所に設置し、職員が随時記入して情報交換を行い、現状に即した支援に活用できる仕組みがある。施設内研修とともに、毎月のヘルパーミーティング・マニュアルの配布・時期に応じた注意事項の配布等により、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画をもとに単年の事業計画を策定し、策定・実施状況の把握・評価・見直しを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。
- ・定められた評価基準にもとづいて年に1回以上自己評価を行い、課題抽出から改善に向けての計画的な取り組みを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様の幸せに寄与できるよう、サービスの質を高めるための取り組みをさらに進めます。

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> 日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針をホームページに明示している。博愛福祉会の理念・サンホームあまがさきの運営方針を、エントランスに掲示している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、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よう具体的な内容となっている。掲示・朝礼での唱和・研修の実施などにより、職員の周知を図っている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。利用者・家族には、パンフレットの理事長のあいさつの中で、法人理念をわかりやすく説明し周知を図っている。		

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。	a・b・c
<コメント> 副施設長・管理者層が情報収集し、各部門会議・施設の経営会議・エリア会議で共有し分析を行っている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、経営会議・エリア会議で利用率やコスト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> 利用率やコストの分析をもとに部門会議で課題の抽出を行い、経営会議で共有し課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。部門会議・経営会議の内容は、ヘルパーミーティングで職員に周知が図られ、課題解決に向けて取り組んでいる。		

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> 施設としての中長期的なビジョンを、平成30年度「サンホームあまがさき中長期計画」として策定し、6項目に具体的に明示している。 期間中での実施状況の評価を行える計画内容の設定を工夫し、30年度策定後、定期的な実施状況の把握・評価・必要に応じた見直しを行う仕組み作りが望まれる。		

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>法人共通の書式で、事業所の単年度の事業計画を策定している。「収支計画」「今期目標」「目標達成に向けた具体策」等から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。また、数値目標等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。</p> <p>施設の中・長期計画を踏まえた、事業所としての単年度の事業計画の策定が望まれる。</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>毎月の部門会議で、施設長・副施設長・管理者が、実施状況の把握を行っている。施設全体経営会議で、上半期・下半期の収支計画、事業計画の進捗を報告し、年度末に事業報告書を作成し、次年度の計画に向けた見直しを行っている。事業報告・事業計画について、ヘルパーミーティングで報告し周知を図っている。</p> <p>実施状況の把握・評価・見直しを職員参画で行う仕組み作りが望まれる。</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について、利用者・家族に周知するには至っていない。</p> <p>事業計画の主な内容について、理解しやすく説明する工夫を行い、利用者・家族に周知することが望まれる。</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>人事考課制度を活用し、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につながる取り組みを実施している。デイ会議・施設内の委員会・部門会議・経営会議を定期的に行い、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表の評価基準にもとづいて、年1回自己評価を行っている。今年度から、内部監査による取り組みを計画している。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。</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>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。</p> <p>評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、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
<コメント> 管理者は事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にし、ヘルパーミーティングで説明している。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらはパソコンの共有ホルダー及び事務所内に設置し周知を図っている。管理者不在時は実務的にはサービス提供責任者が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。		
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。	(a) ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、関係法令集・法人諸規定等を保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入時等には「稟議規定」に沿って対応し、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。施設長が県老協の研修・集団指導・法人の日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含み幅広く遵守すべき法令等を把握し取組を行っている。担当者が法人本部での研修に参加し介護保険法、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、内部研修時に伝達研修を実施している。		
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。	a ・ (b) ・ c
<コメント> サービスの質について、継続的に情報の公表制度・チェックリスト等でチェックしている。内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検を行う仕組みがある。管理者は、委員会活動、ヘルパーミーティング等を構築・参画・参加している。申し送り・会議・面接等で職員の意見を把握し、研修委員会で改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人の年間研修計画に加えて施設・事業所で必要な内容についての研修計画を策定し、職員の資質向上に努めている。チェックリスト等の分析結果に基づいて、課題等を抽出し、検討結果、具体的改善策等を記録として残すことが望まれる。		
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
<コメント> 法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、毎月の経営会議で報告・改善策の検討を行っている。部門会議で収支改善に向け検討し、決定事項をサービス提供責任者に周知している。人材確保に努め、適材適所の訪問担当を実施したり、管理者層の残業時間の削減を図る等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。部門会議、ヘルパーミーティング等で業務改善、経営改善について周知を図っており、管理者はそれぞれの活動に参画している。		

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。	○a・b・c
<コメント> 事業所として必要な人員体制を運営規定で明確にし、内外研修計画を策定し、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。運営規定で専門職を配置した職員体制を明確にし、人員体制の確保と共に、自己啓発奨励規定で資格取得を奨励している。ホームページ・就職フェア・職員紹介制度・採用広告等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○a・b・c
<コメント> 法人の基本方針に、期待する職員像を明確にしている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・会議等で把握した意見を経営会議で検討し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級基準表・等級運用規定等を整備し、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。	○a・b・c
<コメント> 職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握し、職員自身も把握している。健康診断・オンライン診療・インフルエンザ予防接種・ストレスチェック・産業医への相談等、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。年2回の定期面談時や自己申告カードでの相談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。また、法人に「相談室」を設置している。時間単位有給制度の採り入れ、残業の削減、嘱託制度の採り入れ、福祉用具の充実による腰痛予防、福利厚生クラブへの加入等、ワークライフバランスと福利厚生に努め働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と個別面談の機会を設け、個人目標を設定し、人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。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繋いでいる。		

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
<p><コメント></p> <p>法人及び内部研修計画で、研修項目・求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定・重要事項説明書に、組織が職員に求める専門資格等を明示している。年間研修計画に沿って研修を実施し、基本的に全員参加として研修記録を提出し、欠席者にも研修資料閲覧と報告書提出により周知している。研修記録の分析結果から研修内容の振り返りを行い、次年度の研修に反映させるように研修委員会で検討する仕組みがある。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>事業所で専門資格の取得状況、経験年数等を、履歴書、資格証等で把握し、法人本部でも一括管理している。法人で入職前、採用時、フォローアップ研修を実施する仕組みがある。配属後には同行訪問で技術水準を把握・確認している。法人として研修計画を作成し、階層別の研修機会を設けている。外部研修の案内があれば回覧したり、管理者を通じて研修受講の意向を確認・把握している。4等級までの職員にはスキルアップカードに記載された研修について受講支援を行う仕組みがある。研修に職員が参加しやすいように、勤務調整を行ったり、法人研修受講の際は施設の車で送迎している。また、事業所として必要な外部研修は出張扱いとしている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>近年事例がなく、マニュアルの整備には至っていない。 今後の受け入れに備えて、基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成が望まれる。</p>		

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>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。施設として、小規模多機能の運営推進会議やケアマネ連絡会で、地域に基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にしている。パンフレットに理念・活動内容等を記載し、関連施設玄関に設置し、また、診療所・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。 第三者評価の受審結果をWAMNETで公表を予定している。苦情、相談内容や改善・対応の状況については、日の出医療グループとしてホームページで公開する予定である。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。内部監査を実施する仕組みがある。事業会計状況等について、監事が定期的に監査を実施し、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が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。</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 利用者地域との交流を上げるための取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人基本方針に、「地域に開かれた施設を目指し、地域福祉の拠点としての役割を担う」を明示し文書化している。買い物や通院同行等をサービス提供している。介護タクシーの利用を推奨している。</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>		
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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>行政担当窓口・市内の病院・歯科医・各種サービス事業所等のリストを事務所に設置している。必要時に、申し送り・会議等で共有している。阪神ブロックで開催される事業所連絡会に参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。行方不明者SOSネットワーク化に取り組んでいる。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応等、地域での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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>施設として、地域にいきいき体操開催に向け、多目的ホールの活用を呼びかけている。施設開催の夏祭りや、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。施設として、市と福祉避難所として協定を結んでいる。AEDを設置しており、地域に使用を公開する予定である。施設として地域の秋祭りへの協賛を行い、職員も開催支援に協力している。専門性や特性を活かし、施設として、介護予防教室・認知症カフェ開催等を検討している。</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>施設として、施設長が小規模多機能の運営推進会議に参加しており、民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めている。エントランスホールに相談窓口の設置を明示しており、地域住民から相談を受けている。地域ケア会議への参加等を通じて独居者への対応等ニーズの把握に努めている。ケアハウスや小規模多機能事業所の利用者が見守りの対象者となっていることもあり、事業所から見守り隊（SOSネットワーク）に参加している。</p> <p>地域の福祉ニーズの把握に努め、把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、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
<p><コメント></p> <p>グループ・法人・施設の理念・方針、事業所の運営規程、介護マニュアルに、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。年間の研修計画に基づいて、コンプライアンス・接遇・権利擁護などの研修が実施され人権への配慮の周知が行われている。人事考課表の項目に利用者の権利・尊厳の尊重、コンプライアンスに関する項目があり、定期的に評価等を行い、必要な対応を図る仕組みがある。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル・介護マニュアル等に、プライバシー保護について明記している。高齢者虐待防止・身体拘束廃止等、権利擁護についてのマニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等も明示している。年間研修計画をもとに、プライバシー保護・権利擁護についての研修を実施している。重要事項説明書に、「人権擁護・虐待防止」等の条項を設け、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。継続的な研修・人事考課制度の活用などにより、マニュアルにもとづいた実施に努めている。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の理念・基本方針やサービス内容は施設のパンフレットに、事業所のサービス内容や特性は事業所の案内に明示し、関連施設・居宅支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、希望者が入手しやすいようにしている。案内は、言葉遣いや絵の使用等でわかりやすく工夫している。利用希望者には、電話や、自宅での面談で、個別に丁寧な説明を心がけている。案内は、必要時に適宜見直しを行っている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書・利用料金表を用いて説明し、文書で同意を得ている。利用料金表は可算を含め、時間・サービス別に詳細に明示している。介護保険でできるサービスについても、利用者・家族が理解しやすい工夫を行っている。意思決定が困難な利用者については、代理人・立会人等を設定し適正な説明・運用を図っている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>サービス内容変更時は、契約書の条項に沿って介護支援専門員と連携して行っている。契約終了時には、利用者に必要な援助を行い、引継ぎ文書については、要請のあった文書を作成し情報提供している。サービス終了後も利用者・家族が相談できる担当者を管理者とし、口頭で説明している。サービス終了後の相談方法や担当者について記載した文書を渡すことが望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>年1回、利用者満足に関するアンケート調査を実施している。6ヶ月に1回程度、サービス提供責任者がモニタリング訪問を行い、満足度を把握しモニタリング表に記録している。その他の訪問で把握した内容は、ケース記録に記録している。アンケート調査の結果を分析・検討し、改善につなげる仕組み作りが望まれる。また、改善への取り組みも含め、利用者・家族にフィードバック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>解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。契約書・重要事項説明書に明記しており、契約時に説明している。事業所の玄関に「苦情受付窓口」「苦情解決責任者」を明記した書類を掲示している。意見箱と記入カードの設置、利用者アンケートの実施など、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情の内容・対応等については、「苦情相談報告書」に記録し、「内容・主訴・関連する事項」欄に家族へのフィードバックについても記載する書式がある。在宅部門の管理者が参加する在宅会議で、苦情事例を共有し、再発防止・サービス質向上に取り組む仕組みがある。苦情内容及び解決結果等を、申立者に配慮したうえで公表する仕組みを、法人として整備中である。</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>重要事項説明書に、「サービス提供に関する相談・苦情について」「担当訪問介護員の変更希望の相談窓口について」の条項を設け、契約時に説明している。利用者宅に配布している個別の週間予定表にも相談・連絡先を明示している。自宅での相談を受けることが多いが、施設内には、オープンスペース・個室の相談スペースが設置され、相談をしやすい環境に配慮している。</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>「相談・苦情・事故対応マニュアル」を整備し、「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の流れを明示している。担当訪問介護員やサービス提供責任者の訪問時等に、相談対応・意見の傾聴に努めている。意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組みを行っている。相談については、迅速な対応に努め、内容や経過を、「ケース記録」に記録している。ヘルパー会議や「利用者別の連絡ノート」等で周知し、サービスの向上に取り組んでいる。</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>ヘルパーミーティングの中でリスクマネジメントについて検討すると共に、在宅会議で事故・ひやりハット事例について情報共有・対策検討を行う仕組みがある。「相談・苦情・事故対応マニュアル」に事故対応の手順を記載している。事故報告書・ヒヤリハット報告書にリスク事例の収集を行っている。年間研修計画をもとに、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。再発防止策は「原因及び具体的な対策」欄に記載、発生後1週間後状況についても記載されている。</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>感染対策委員会を施設全体と在宅部で設置し、感染症予防・発生時対策のための体制を整備している。「感染対策マニュアル」を整備し、年間研修計画をもとに年2回の研修を実施している。日常的・季節に応じた事業所独自の資料を作成し、職員に配布して予防策の周知を図っている。うがい・手洗いの励行、マスク・エプロンの着用、訪問調整など、感染症の予防策や発生時対応を適切に行っている。年度末の委員会でマニュアルの見直しを行い、委員会議事録に記録している。</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している。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設全体の「防災マニュアル」「防災計画」を整備し、災害時の対応体制を明示している。福祉避難所として登録しており、自家発電装置など災害時の必要な対策を講じている。利用者個々の緊急連絡先を把握し、安否確認は電話で行っている。職員の安否確認は、基本はラインで行うこととしている。備蓄は管理栄養士が管理し、「非常食在庫状況」の書類に、品名・商品番号・規格・単価・在庫数・消費期限等を明記している。消費期限が迫ると、利用者及び職員で摂取している。施設合同で、年2回、夜間想定・昼間想定で防災訓練を実施している。</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>「ホームヘルパーマニュアル」「介護サービスマニュアル」を整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。「介護サービスマニュアル」に、利用者尊重やプライバシー保護などについて明示している。法人の入職時オリエンテーションや、年間研修計画の中の介護技術研修で周知を図っている。サービス提供責任者の同行訪問の機会に、標準的な実施方法の確認を行う仕組みがある。</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>標準的な実施方法について、定期的に見直す仕組み作りには至っていない。随時に行った見直しについては、実施日をマニュアルに記載している。職員参画の下、定期的にマニュアルを検証し、現状に即したマニュアルに見直す仕組み作りが望まれる。見直しについては、会議録や見直し履歴などに記録することが望まれる。</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>訪問介護計画書の責任者を管理者・サービス提供責任者としている。「アセスメントシート」を活用してアセスメントを行っている。サービス担当者会議に参加し、アセスメントや計画策定のための協議を行っている。個別援助計画書にニーズや課題を明示している。訪問時に「サービス提供記録簿」、毎月「ご利用者状況報告書」を作成し、計画とサービス実施状況を確認し、介護支援専門員に報告する仕組みがある。支援困難ケースについては、担当者からの報告から「ケース記録」に利用者の状態や対応を記録し、介護支援専門員と連携を取り、適切なサービス提供が行えるようにしている。</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>「サービス実施計画書について」に、計画作成から見直しの手順を明示している。定期的には3～6ヶ月毎に、変更の必要性が出てきた場合は随時に見直す手順を記載している。計画を変更した場合は、「訪問介護手順書」の内容も変更し、担当職員に周知している。</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>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシート・サービス提供記録等、統一した様式によって把握し記録している。計画にもとづくサービス実施は、サービス提供記録簿により確認できる。マニュアルに「記録の書き方」の項目があり、入職時に配布し注意事項を周知している。サービス提供記録簿はチェック方式で差異が生じにくい書式となっており、サービス提供責任者が確認して必要時には適宜指導している。ヘルパー会議を月1回開催を開始し、新規・再開利用者の情報伝達やケース内容見直し・検討等を行っている。会議に出席できなかった職員は会議録を閲覧して確認している。利用者個々の「連絡ノート」「ケース記録」、事業所の「共有ファイル」の回覧により職員間の情報共有を行い、管理者・サービス提供責任者はパソコンのシステムでも情報共有を行っている。</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
<コメント> 法人の「個人情報保護規程」「就業規則」等に、個人データの適正管理・開示・廃棄、また、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を規定している。また、管理責任者を、施設長・管理者と規程している。年間研修計画をもとに、コンプライアンス研修を実施している。職員は、入職時研修や施設内研修で個人情報保護規程等を理解し、守秘義務に関する誓約書も交わし遵守している。利用者や家族には、個人情報の取扱いについて契約時に説明し、文書で同意を得ている。		

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

利用者の身体・生活の状況・意向・生活習慣等を把握し、「アセスメントシート」に記載している。把握した情報をもとに、居宅サービス計画書に沿って訪問介護計画書を作成し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。計画の目標に明記したり、サービス提供記録簿に「自立支援のための見守りの支援」の項目を設け、家事を一緒に行う等、自立への動機づけと自立支援に努めている。訪問時には、安全面・衛生面等環境整備も行っている。清掃・整理に関しては利用者・家族の指示・依頼のもとに行っている。鍵の預かりについては、預かり証・返却証を整備し、適正に取り扱っている。金銭管理マニュアルを整備し、買い物代行の場合は、「サービス提供記録簿」や金銭出納帳に記録している。必要に応じて、成年後見制度・日住生活自立支援事業の活用をケアマネジャーと協働して支援している。

日々の訪問時・定期的なモニタリングの機会に、利用者・家族の意向や要望を聴き取り、「サービス提供記録簿」や「訪問介護モニタリング表」に記録し、必要に応じてケアマネジャーとも協働し、ケアや計画に反映している。アセスメントシートの「身体の状態」欄でコミュニケーション能力を把握し、個々の留意事項は手順書に記載し職員間で共有し実践している。年間研修計画をもとに「接遇」の研修を実施し、ヘルパーミーティングでの意識付けや、人事考課の項目に入れて定期的に評価・振り返りを行う等、言葉遣いや接遇について意識向上に取り組んでいる。

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

アセスメントシートの「生活の状況・入浴」でのアセスメント、訪問介護計画書をもとに、利用者個々の心身の状況や意向を踏まえて入浴介助の方法を工夫し、手順書を作成している。羞恥心や自立に配慮した介助方法は、介護マニュアルをもとに周知を図っている。室温・湯温・備品等環境整備、誘導方法、水分補給、スキンケア等は、必要事項について、個別の手順書に記載している。入浴前にはバイタルチェックを行い、「バイタルチェックマニュアル」に記載した正常値を入浴の可否判断基準としている。マットや手すりの設置など、利用者・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。

アセスメントシートの「生活の状況・排泄」でのアセスメント、訪問介護計画書をもとに、利用者個々の心身の状況や意向を踏まえて排せつ介助の方法を工夫し、手順書を作成している。羞恥心や自立に配慮した介助方法は、介護マニュアルをもとに周知を図っている。排泄物の状況を確認し、サービス提供記録簿に記録している。衛生面、安全面、保温等環境整備は、各家庭の状況に応じて、家族の協力も得ながら行っている。ポータブルトイレの設置場所・排泄用品の使用など、利用者・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。

アセスメントシートの「生活の状況・移動」でのアセスメントをもとに、利用者個々の心身の状況や意向を踏まえて移動介助の方法を工夫し、主に手順書の留意点に記載している。自立・安全に配慮した介助方法は、介護マニュアルをもとに周知を図っている。歩行器・車いす・杖など、訪問中に状況確認を行うと共に、利用者・家族から相談があれば、介護支援専門員に報告している。

おむつ交換時等に観察し、介護支援専門員・訪問看護師と連携し、指示内容を手順書で周知して、体位や姿勢の変換・軟膏塗布などを行っている。必要に応じて褥瘡予防について利用者・家族に助言・情報提供し、介護支援専門員に報告している。褥瘡予防マニュアル等を整備し、また、研修を実施し、皮膚の状態確認、清潔の確保の方法等、褥瘡予防についての標準的な実施方法を周知することが望まれる。

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

アセスメントシートの「生活の状況・調理」でのアセスメントをもとに、利用者個々の嗜好・食事形態・疾患への配慮等を踏まえて調理の内容や方法を工夫し、主に手順書の留意点に記載している。献立・食材・食器などは、利用者の意向を確認して調理している。調理についての研修の実施が望まれる。

アセスメントシートの「生活の状況・調理・食事」でのアセスメントをもとに、利用者個々の嚥下能力・食事形態・疾患への配慮等を把握し、調理の方法や食事介助について個別の留意点を、主に手順書の留意点に記載している。必要に応じて、食事や水分の摂取量を「サービス提供記録簿」に記録している。食事中の事故への対応方法について研修を実施している。必要に応じて家族との連絡ノートを設置し、利用者の食事全体の配慮も行っている。必要に応じて食事・水分摂取に関して、利用者・家族に助言・情報提供し、介護支援専門員に報告している。

居宅サービス計画をもとに、利用者の状況に応じて口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。異常等が認められた場合は、家族・介護支援専門員に報告し歯科の受診を促している。必要に応じて、家庭での口腔ケアに関して利用者・家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告している。市の歯科医師会からの講師派遣を受け、内部研修実施を計画・予定している。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

終末期を迎えた利用者について、個別の支援方法について訪問介護計画書を作成し、家族等に説明し同意を得ている。「終末期ケア」マニュアルをもとに、「訪問介護手順書」を作成し、手順を明確にして職員で共有している。施設内研修で、終末期のケアに関する研修を実施している。ヘルパーミーティング等で情報・意見交換し、職員の精神的なケアにも配慮している。介護支援専門員を中心に、医療機関・訪問看護事業所と連携している。

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・Ⓑ・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。	Ⓐ・b・c

特記事項

周辺症状を呈する利用者には、「訪問介護手順書」で対応方法・留意点を共有し、利用者個別の「連絡ノート」や「ケース記録」に観察や対応を記録し、ヘルパーミーティング等で支援方法を検討し、支持的・受容的な支援に努めている。「自立支援のための見守りの援助」の中で、掃除・洗濯など役割が持てるように工夫している。年間研修計画をもとに、「認知症」についての研修を年2回実施し、ユマニチュード等についても学んだ。家族からの相談対応・助言・情報提供を行い、家族支援に努め、必要に応じて介護支援専門員にも報告している。利用者の日常生活能力・残存機能について、サービス開始時に把握した後、介護計画見直し時等、定期的に再アセスメントを行い評価する仕組み作りが望まれる。

認知症状により必要な場合は、危険物の保管場所に留意し、安全に生活できるよう環境の整備を行っている。必要な場合は、安全な環境整備に関して家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員等に報告している。

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。	Ⓐ・b・c

特記事項

訪問中の会話や観察から認知症状の早期発見に努め、電話や「1カ月のご様子」で介護支援専門員に報告している。介護予防活動のメニューや地域資源についての情報提供は、介護支援専門員と連携して行っている。機能訓練が必要な利用者には、適切なサービスについて助言や情報提供を行い、介護支援専門員等に報告している。

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

「サービス提供記録簿」にチェック欄を設け、利用者の体調変化や異変に早く気づけるように留意している。利用者個々の緊急連絡先・主治医を把握し、担当職員も周知している。また、「相談・苦情・事故対応マニュアル」に急変時の連絡手順を明示し、連携体制の整備ができています。施設内で、高齢者の医療的分野に関する内部研修を実施している。異変があった場合には、家族・介護支援専門員・訪問看護士・主治医に連絡している。体調変化時の対応についての研修の実施が望まれる。

感染対策委員会を設置し、感染症や食中毒に対する予防・発生時対応について、マニュアルを整備している。流行期には、出勤前に検温して出勤簿に記録し、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法は、感染対策委員会作成のインフルエンザ対策マニュアルに文書化されている。職員のインフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担している。年間研修計画をもとに、感染症・食中毒についての研修を実施している。調理は適切な衛生管理のもとに行い、食品の賞味期限切れのチェックなどを「訪問介護手順書」に記載し利用者自身による衛生管理にも留意している。

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

サービス提供記録簿の設置・モニタリング訪問により、定期的に家族に利用者の状況を報告し、必要時には電話で迅速に報告している。家族との連絡ノートを設置している場合もある。モニタリング訪問時に、サービスの説明や、要望・相談を受け、内容は「ケース記録」に記録している。訪問時・モニタリング訪問時等に、家族の心身の状況や介護負担に気を配り、必要に応じて、介助方法や介護用品などについて助言や情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。訪問時や電話やメールを使って、また、介護支援専門員とも連携して、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。

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

ヘルパーミーティングや利用者個々に作成された詳細な「訪問介護手順書」等により、サービスの実施方法・手順等の周知を図っている。訪問介護員が変更になる場合、必要に応じ利用者に事前に連絡し、初めて訪問する場合はサービス提供責任者が同行している。利用者個別の「連絡ノート」を作成し、利用者の状況等を情報共有している。月1回のヘルパーミーティング、月1回以上の施設内研修の開催により、指導者や先輩から相談や助言を受ける機会を設けている。必要に応じて、施設内の介護支援専門員・看護師・理学療法士等専門職の指導や助言を得られる体制がある。

A-10 サービスの適切な実施

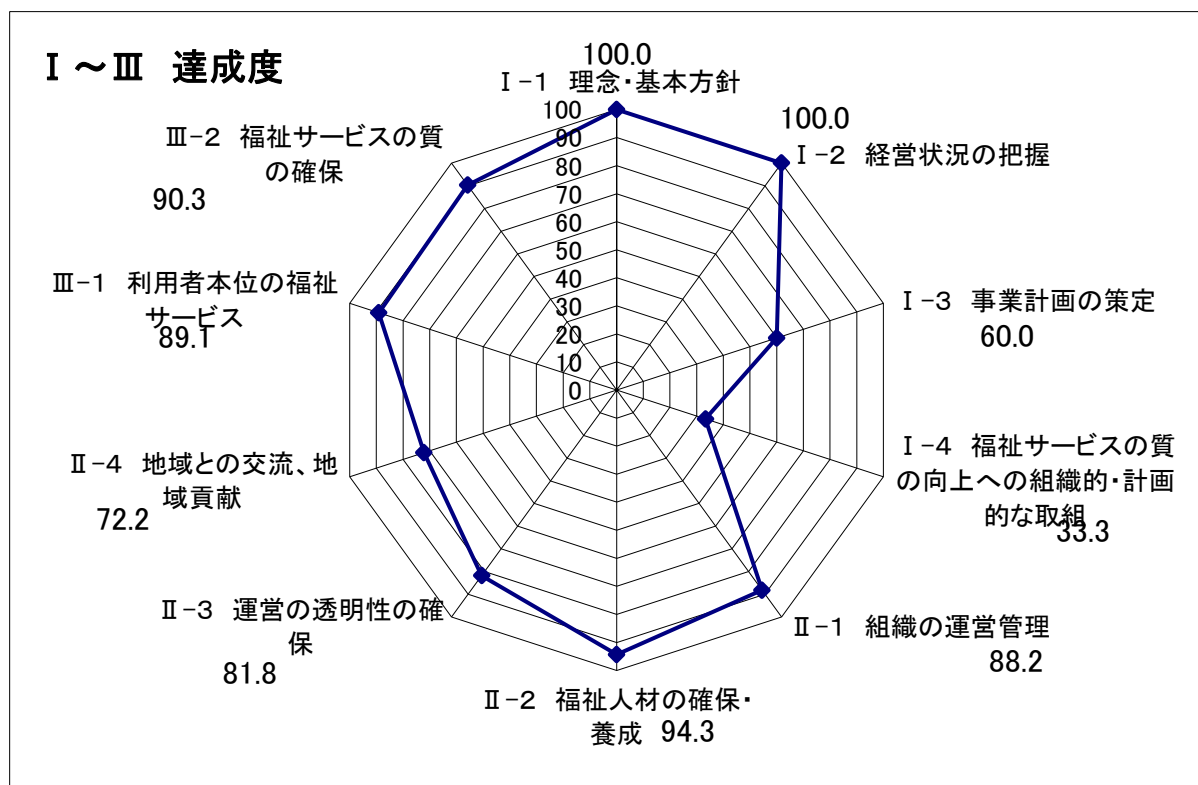
		第三者評価結果
A-10-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a・ b ・ c

特記事項

訪問介護計画書をもとに、「訪問介護手順書」や「訪問/サービス内容明細」を作成し、「作業手順」「留意点」「注意事項」欄等を活用し、意志疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面に着目したサービスについて、利用者個々に応じた個別具体的なサービスの実施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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	9	60.0
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	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・養成	35	33	94.3
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	18	13	72.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	57	89.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	18	100.0
2 身体介護	29	27	93.1
3 食生活	19	17	89.5
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	12	11	91.7
8 家族との連携	8	8	100.0
9 サービス提供体制	6	6	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

