

様式第1号

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：	サンホームみかづき訪問介護事業所	種別：	訪問介護	
代表者氏名：	山本 勝也	定員（利用者人数）：	26 名	
所在地：	兵庫県佐用郡佐用町志文5 1 5 番地			
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			
職員数	常勤職員：	1 名	非常勤職員：	11 名
専門職員	介護福祉士	5 名	介護初任者研修	6 名
	看護師	1 名		
施設・設備の概要	事務室、相談室、訪問車輛、パソコン			

③理念・基本方針

（経営理念）高齢者及びその家族の尊厳ある「生命（いのち）」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。

（行動指針）「ありがとうは感謝の心」「素直に学ぶ謙虚な心」「笑顔で一言思いやり」「いつも溢れる報恩の心」「報・連・相で調和の華を咲かせます」

④施設・事業所の特徴的な取組

広く医療・介護・保育事業を展開する日の出医療福祉グループの社会福祉法人内にある高齢者総合福祉施設内の事業所である。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、地域福祉の拠点としての役割を担っている。訪問介護事業所は平成26年にサービス高齢者住宅内に開設され、施設内の併設事業所と連携をとりながら、入居者が安全に自立した生活を継続できるよう総合的に支援している。施設内だけでなく、広く地域の居宅介護支援事業所とも連携をとり、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 3 年 2 月 15 日 (契約日) ~ 令和 3 年 5 月 20 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 29 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人・施設の運営管理体制が確立し、施設間の内部監査制度を整備し、施設長（管理者）のリーダーシップのもと行政と協働関係を築く等、コンプライアンスにもとづいた運営を行っている。施設内に会議・委員会体制を整備し、事業所間・多職種間で情報共有と連携を密にし協力体制がある。「サンホーム通信」「在宅新聞」を地域の全戸に配布し、地域に向け情報発信を継続している。

*毎月「全体会議」「訪問・サ高住合同会議」を開催し、施設内・事業所内で情報共有を行っている。「定例ミーティング」（週1回）「居宅主催会議」（月1回）を開催し、部門横断での情報共有も行っている。「全体会議」内で年間計画にもとづいた施設内研修を実施し、「訪問・サ高住合同会議」でも毎月勉強会を行い、また、人事考課制度・目標管理制度も整備し、職員の資質向上に取り組んでいる。

*「面談記録」「フェイスシート」「アセスメントシート」「訪問介護計画書」「サービス指示書」をもとに、利用者個々の心身の状況・ニーズに応じた個別支援に取り組んでいる。「事務連絡表」「申し送り簿」パソコンのネットワークシステムにより、必要な情報が的確に届く仕組みを整備し、きめ細かいサービス提供に努めている。

*必要時には随時、施設内の併設事業所から看護師・機能訓練士の協力が得られる環境にある。利用者の健康管理、体調変化時の迅速な対応が行われ、移動や食事介助等の身体介護への助言、自立に向けた支援への助言を、利用者の安全な生活・機能の維持向上に反映できる体制がある。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。今後は、一部補足が必要なマニュアルや書式についての整備、また、定期的な満足度調査の実施を期待します。また、来年度から「事故防止委員会」「虐待防止委員会」を事業者に移行して実施することを計画されていますので、事業所の現状により即した運用を期待します。

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、日々の記録がいかに重要かが分かりました。今後は記録物を整理し日々の報告、連絡、相談を明確にしサ責記録へ記載していきます。合同会議では必要な知識を得られるように研修を実施し充実を図っていきます。手順書を作り直し、訪問介護員がケアを統一する事で質の高い訪問介護を提供出来るようにしていきます。

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。	a・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>「グループ理念」「法人理念」、サンホームみかづきの「経営理念」「行動指針」「基本方針」を明文化し、ホームページ・パンフレット・中長期計画などに明示している。事業所内に掲示し、毎日の朝礼で唱和してその日の取り組みを具体的に宣言し、周知を図り実践につなげている。新人研修で新入職者への周知と理解を図り、全体会議など各種会議で施設長が繰り返し説明し、浸透と継続的な意識付けに努めている。利用者・家族には、ホームページ・パンフレットへの掲載と共に、重要事項説明書の「運営方針」の項目にわかりやすく明記し、契約時に説明している。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>地域の第7期介護保険事業計画をもとに、地域の各種事業所連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会・西播磨ブロック老人福祉施設連盟への参加、施設内の運営推進会議や営業会議・法人の幹部会議への参加、地域包括支援センターとの連携等を通して、社会福祉事業全体や地域の社会福祉事業の動向の把握・分析に努めている。事業所のコスト分析や利用者の推移等について、毎月事業所内で分析した結果を営業会議で報告し、経営コンサルタントの助言を受けながら分析等を行っている。</p>		
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
<p>〈コメント〉</p> <p>毎月の営業会議で、分析結果から経営や運営に関する事業所の課題を明確にしている。経営コンサルタントや他事業所の客観的意見や助言を踏まえ、改善策を検討し改善に取り組んでいる。月次の分析・課題抽出・改善策・改善状況等は、営業会議の議事録に記録している。月次の経営状況や課題については、全体会議で報告し、職員に周知を図っている。法人内の幹部会議に管理者が出席し、課題や改善状況について役員間での共有がなされている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人理念・施設理念の実現に向け、中・長期計画を策定している。第7期介護保険事業計画をもとに、佐用町及びその周辺地域の状況から将来を予測し、今後の課題抽出・経営状況分析を行い、経営戦略を明示し「中長期事業計画」を策定している。「中長期事業計画」に、課題・将来像・達成のための方法・期限・責任者・スケジュールを明確にし、年度末に検証し、介護保険事業計画改定時に見直しを行っている。</p>		
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>施設の中長期計画の内容を反映し、単年度の事業計画を策定している。事業計画は、「項目」「重点施策項目」「実行計画」「指標」「目標値」「責任者」「担当者」「スケジュール」から成り、具体的で実行可能、また、実施状況の評価が行いやすい内容になっている。</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>各事業所の事業計画を年度初めの全体会議で説明するとともに、毎月の全体会議の次第裏面に各事業計画の要点を記載し、周知と理解を図っている。半期毎に、事業計画の項目に沿って「実施状況」「評価」「今後の取り組み」を検討し、進捗報告書を作成し営業会議で報告している。年度末に、管理者層の職員が「訪問・サ高住会議」等で把握した職員の意見を集約し、下半期の進捗報告書を作成し、次年度の事業計画策定につなげている。</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「重点施策項目」を、「行事実施予定表」にわかりやすく記載し、年度初めに利用者や家族に郵送し配布している。「行事実施予定表」には、研修・訓練・会議・委員会等、事業所の運営面での活動や取り組みを、月ごとにわかりやすく説明した資料になっている。また、行事を月ごとに明示し、利用者・家族に参加を促している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設内の各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課・目標管理等により、サービス内容の評価やPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。毎年、「情報の公表システム」「法人の内部監査」「事業所自己評価」を活用し、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。内部監査・事業所自己評価の分析・検討は、「訪問・サ高住合同会議」で行っている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>内部監査については、結果報告書の「指摘・推薦事項」欄に課題を、「改善指導」欄に改善策を明示している。課題・改善策について、「訪問・サ高住合同会議」で共有して改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況を報告している。事業所自己評価については、全職員の評価結果を集計し、「前回の改善計画に対する取り組み」「今回の自己評価の状況」「事業所評価・課題」を文書化し、「訪問・サ高住合同会議」で共有して改善に取り組んでいる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サンホームみかづき事業計画をもとに、訪問介護事業所の年度事業計画を策定し、経営・管理に関する方針・取り組みを明確にしている。1月発行の「サンホーム通信」に事業計画の要旨を掲載し表明している。管理者が年度初めの全体会議で事業計画を説明し、事業計画内容を「全体会議次第（裏面）」に毎回記載し職員に配布し周知している。「職務権限表」で事業所管理者の役割責任を定め、「規程集」として事務所内に設置し周知を図っている。「サンホームみかづき組織表」に管理者不在時の権限委任を表明している。</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・法人諸規定等をもとに、遵守すべき法令等を理解している。集団指導への参加し、また、「経理規定」に沿って対応し行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。管理者は、例年、佐用町介護サービス事業者連絡会・老人福祉施設連盟会議・日の出塾等での研修や勉強会に参加し法令遵守に取り組んでいる。今年度は、ズーム研修の機会が多く、積極的に参加している。労働者安全衛生法・産業廃棄物処理法等幅広い分野の法令を理解し、職場の安全・健康・衛生管理、環境への配慮に努めている。施設内研修計画をもとに、全体会議の中で「プライバシー・個人情報保護、倫理及び法令遵守」「高齢者虐待防止法」研修を実施し、また、法人の新人研修でも法令についての研修を実施し、職員が法令について学ぶ機会を確保している。「訪問・サ高住合同会議」でも、上記項目の勉強会を実施している。</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>毎年の内部監査・情報の公表制度、定期的な第三者評価受審により、管理者は定期的・継続的にサービスの質の現状の評価・分析を行い、改善に取り組んでいる。施設・事業所内に各種会議・委員会を設置し、管理者も積極的に参画している。管理者は毎月の全体会議・「訪問・サ高住合同会議」等に参加し、職員の意見を把握し反映させるよう取り組んでいる。年間研修計画に基づいて毎月施設内研修を実施し、また、毎月の「訪問・サ高住合同会議」での勉強会や、法人主催の研修もあり、職員の教育・研修の充実を図っている。</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>利用率等に関する月次報告を作成し、管理者は営業会議・課長会議で人事・労務・経営面における課題を分析し、改善策を検討している。主に課長会議で、業務改善や業務の実効性向上に向け検討している。職員の適材適所に向けた体制づくり、業務改善による残業時間の削減、職員の休憩場所・時間の確保等、具体的に働きやすい環境整備に取り組んでいる。また、地域の利用者の訪問拡大等、経営面の改善に向けに取り組んでいる。</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>中長期事業計画で人材確保・資質向上に関する考えを明確にし、施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」での勉強会・法人研修を通じて人材を育成する職員教育に取り組み、資格取得も奨励している。毎日、事業所ごとに「人員基準・運営基準・加算管理確認シート」で人員配置状況を確認するとともに、組織図を随時更新し人材確保の状況を把握している。3ヶ月毎に課長会議で適正人員の充足度を検討し、欠員時には補充対応している。法人として、初任者研修への参加、介護福祉士資格取得を計画的に進めている。オンラインでの就職セミナー参加・実習生のフォロー・職員紹介制度・養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワークやホームページの活用等、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「日の出プライド基本方針」、また、施設の「サンホームみかづきの樹」に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、入職時に説明し周知を図っている。人事考課制度を採り入れ、等級に応じた人事考課表と目標カードをもとに、目標管理と評価を行っている。職員処遇の水準について、採用広告・外部コンサルタント・ハローワーク等からの情報をもとに評価・分析を行っている。管理者が把握した職員の意見等をエリア責任者会議で報告し、また、法人本部でも「自己申告シート」での職員の意見も勘案し、改善の検討を行っている。「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、人事・労務管理に関する責任者を管理者と定めている。有給休暇の取得状況や時間外労働状況等、職員の就業状況は、勤務日報で把握するとともに、法人本部でデータ化されている。定期的に健康診断・ストレスチェックを実施し、必要に応じて法人医療機関の活用や産業医（嘱託医）への相談を推奨している。希望に応じて、健康保険組合の保健指導を活用できる仕組みもある。管理者は年2回の個別面談の他、随時相談窓口となり相談に応じている。法人にも「相談室」を設置し、また、外部の相談機関を利用できる仕組みがある。福利厚生クラブへの加入・時間単位有給制度の採り入れ・誕生日プレゼント・ペット同伴勤務等を職員の希望により採り入れ、また、希望に沿った休日取得・基準を上回る人員配置・残業の削減等、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取り組んでいる。職員の定着も良い。</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
<コメント> 人事考課制度を採り入れ、「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。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、目標項目に応じて期限を設定している。半期ごとに個別面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定につないでいる。		
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
<コメント> 施設内研修計画・「訪問・サ高住合同会議」勉強会の計画・法人研修計画の「研修内容」に期待する職員像（知識・専門性）を、運営規定に組織が必要とする専門職種を明示している。施設内研修は、年間研修計画に沿って全体会議の中で実施され、参加者は「施設内研修報告書」を提出している。欠席者にも研修資料を配布し、報告書を提出している。「訪問・サ高住合同会議」での勉強会も、年間計画に沿って実施している。法人研修は、新入職者研修・フォローアップ研修等、内容に応じて本部研修・リモート研修を併用して実施している。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」勉強会については管理者が、法人研修については法人の研修室が、報告書・参加者数等をもとに、計画・研修内容・カリキュラム等を見直している。		
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> 職員の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、法人本部でも一括データ管理している。法人研修で、新人研修・フォローアップ研修を実施している。事業所内では、サービス提供責任者がOJTを実施し、研修受講者はオリエンテーション記録を作成している。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」勉強会については、年間研修計画に沿って毎月テーマ別に行っている。職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修は、例年、法人研修として計画されている。外部研修については、FAXやメールで情報提供があり、内容に応じて連絡簿の回覧・メールで情報提供を行い参加を奨励している。施設内研修は全体会議の中で、事業所の勉強会は「訪問・サ高住合同会議」の中で行い、法人研修にはリモート研修も採り入れ、外部研修には受講費用や交通費を支給する等、職員が研修に参加しやすい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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設のホームページで、理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容・事業計画書等を公開している。また、町内に配布している「サンホーム通信」にもサービスの内容等を掲載している。法人のホームページで法人の決算情報等を公開している。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し玄関に設置している。第三者評価の受審結果はWAMNETで公表している。苦情、事相談内容や改善・対応の状況については、法人のホームページで公表する仕組みがある。パンフレットを地域包括支援センター・役場・居宅介護支援事業所等に配布し、また、管理者が運営推進会議・社福連絡協議会等で地域に向けて説明し、事業所の役割等を明確にしている。「サンホーム通信」「在宅新聞」に事業所の活動内容等を掲載し地域住民に配布している。</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>施設の事務・経理・取引等に関して、決裁規定・職務権限表で役割・責任を明確にし、これらを事業所内に設置して職員に周知している。必要に応じて、外部コンサルタント（会計事務所・社会保険労務士・顧問弁護士等専門機関）から助言・指導等を受け、内容に応じて、課長会議で共有している。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。例年は、事業所ごとに内部監査を受けている。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 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針に「地域交流」を、法人理念とサンホームみかづき経営理念に「地域社会への貢献」を明示している。町の広報誌を施設玄関に設置し、希望があれば町の広報誌や各種案内を提供している。防災無線を通じても情報を地域に提供している。例年、「サンホーム夏祭り」には防災無線や案内チラシで地域住民に参加を呼びかけ、利用者にも参加を勧め、地域の人々と利用者との交流の機会を設けている。利用者のニーズに応じて、買い物や通院に地域の社会資源を利用している。また、介護タクシーの利用も支援している。</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
<コメント> 町作成の事業所向けガイドブックや、居宅介護支援事業所等の社会資源リストを事務所に設置し、職員間で共有を図っている。施設として、佐用町介護サービス事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会等に参加している。事業者連絡会議で共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。サービス担当者会議・退院前カンファレンスに参加し、介護支援専門員等と連携しながら、利用者のアフターケア対応など地域でのネットワーク化に取り組んでいる。		
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 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
<コメント> 施設全体の取り組みとして、通常は、施設のスペースを活用し、納涼祭・オレンジカフェ・介護予防教室等を開催し、「在宅新聞」や防災無線を活用して地域に参加を呼び掛け、地域住民との交流に取り組んでいる。オレンジカフェ・介護予防教室等を通じて地域住民のための相談援助活動を行っている。相談内容は「相談受付簿」に記録として残し、地域包括支援センターに報告している。施設として、町と福祉避難所の協定を結んでいる。AEDを設置し、ステッカー貼付により地域に使用を公開している。給食施設連絡協議会に参画し、災害時の施設の役割を確認している。例年、花火大会への協賛や、マラソン大会等開催協力等、地域の活性化にも努めている。		
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
<コメント> 施設全体の取り組みとして、通常は、オレンジカフェ・介護予防教室開催時に地域の福祉ニーズの把握に努めている。管理者がグループホーム・小規模多機能事業所の運営推進会議に参加し、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。「サンホーム通信」「在宅新聞」等により、地域住民へ相談窓口の情報を提供し、地域住民から多様な相談を受けている。佐用町介護サービス事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会等への参加等を通じて、独居者への見守り・配食対応等ニーズの把握に努めている。施設の事業計画に明示し、地域見守り事業・配食サービスを実施している。		

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。	○ a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重する姿勢を、「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、職員の理解を図り実践につなげている。施設内研修の年間研修計画に採り入れて、「身体拘束」「虐待防止」「接遇」「プライバシー保護」研修を実施している。「訪問・サ高住合同会議」でも、「接遇」「身体拘束廃止」について勉強会を実施している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、「事業所自己評価」で年に1回評価し振り返る機会を設けている。</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>各種介護に関するマニュアルにプライバシー保護について、「高齢者虐待防止・身体拘束廃止マニュアル」に権利擁護について記載している。不適切な事案が発生した場合の対応方法が、マニュアルに明示されている。年間研修計画に採り入れて、「プライバシー・個人情報保護・倫理・コンプライアンス」「身体拘束廃止」「高齢者虐待防止」に関する研修を実施している。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。委員会・研修・会議等で意識向上を図りながら、規程・マニュアルに基づいたサービスの実施に取り組んでいる。</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>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、地域に広く情報提供している。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、基本的には自宅を訪問し丁寧な説明に努めている。ホームページ・パンフレットは適宜見直しを実施し、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新の情報を提供している。</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、利用者・家族に説明し、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書にそって説明し、文書で同意を得ている。「介護保険のサービスの対象になるもの」をイラスト入りでわかりやすく工夫したパンフレットも用いている。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には家族や介護支援専門員等の同席を求め、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。</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、要請があれば文書で情報提供を行う等、必要な援助を行っている。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説明を行うと共に、サービス提供責任者が名刺を渡すようにしている。また、「サンホームみかづき在宅新聞」にも相談窓口を記載し、地域全戸に配布している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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>サービス提供責任者が毎月モニタリング面談を行い、利用者個々の満足度を確認している。利用者満足に関する担当者をサービス提供責任者とし、把握した結果は「訪問・サ高住合同会議」で共有し支援に反映している。 定期的な利用者満足度調査等、利用者満足を把握する仕組み作りが望まれます。</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。	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、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に「苦情の受付について」（施設内・行政機関など）を明示し、利用者に配布すると共に、玄関に掲示している。玄関に大きな意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容については、「苦情受付簿」に受付から結果まで、利用者・家族へのフィードバックも含めて記録し、「申し送り簿」や「訪問・サ高住合同会議」などで迅速に共有し、改善に取り組む仕組みがある。（苦情の事例はない。）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。</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>重要事項説明書の「苦情の受付について」に相談も受け付ける旨を記載し、重要事項説明書の配布と玄関への掲示を行っている。相談室があり、相談しやすいスペースを確保している。 苦情に限らず、利用者が相談・意見を述べやすいような、表示の工夫が望まれます。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情対応マニュアル」を整備し、「意見対応マニュアル」としても活用している。マニュアルは年に1回見直しを行っている。訪問中のコミュニケーションやサービス提供責任者のモニタリング訪問時や随時の聴き取りで、相談対応・意見の傾聴に努めている。施設内に大きな意見箱を設置し、意見を積極的に把握できるように取り組んでいる。受け付けた相談・意見については、検討に時間を要することの説明も含め、その日の内に対応することとしている。訪問利用に関する個人的な意見・相談が多く、介護支援専門員と連携しながら個別に対応している。</p> <p>苦情対応と異なる内容については、相談・意見対応の手順や記録・報告の方法等についてのフローチャートを、マニュアルに追加することが望まれます。意見・相談については、内容に応じて、「サービス生活相談員記録」に記録することが望まれます。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として「事故防止委員会」を設置し、「事故防止マニュアル」を整備している。訪問中の事故事例・ヒヤリハット事例は発生していない。発生事例があれば、「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」に記録し、回覧で迅速に共有し、再発防止に努める仕組みがある。また、収集した1ヵ月間の事例を施設の「事故防止委員会」に報告し、委員会で集計・分析し再発防止策を共有する仕組みがある。事業所としては、「訪問・サ高住合同会議」やサービス担当者会議で事故防止策の実効性を検証することとしている。来年度から、事業所内に「事故防止委員会」を設置する予定である。施設内研修と「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で「事故防止に関する研修」を実施している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として「感染褥瘡予防委員会」を設置している。「感染症予防マニュアル」を整備し、マニュアルは年に1回見直している。施設内研修で年2回、「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で年2回、「感染予防に関する研修」を実施している。職員は、うがい・手洗い・手指消毒・検温・マスク着用・予防接種等を徹底し、また、訪問時の掃除・消毒・ごみの処理の方法を統一し感染予防策を講じている。発生時は、施設の「感染褥瘡予防委員会」の指示の下で対応する仕組みがある。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として、「防災計画」「災害管理規定」「防災マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を定めている。ハザードマップにより立地条件を把握し、必要な対策を講じている。安否確認のため、「利用者緊急連絡先一覧表」「職員緊急連絡網」を作成し、電話とマチコミメールを活用することとしている。施設として、栄養士が「災害備蓄品リスト」を作成して水・非常食等の備蓄品を管理し、佐用町と「防災協定」を結んでいる。防災計画に基づき、施設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。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>サービスの標準的な実施方法を、各種介護マニュアルに文書化し、利用者尊重やプライバシー保護への配慮も明示している。施設の入職時研修で、介護技術など標準的な実施方法を個別に指導し、研修レポートで習熟度を確認している。「訪問・サ高住合同会議」の中でも、「排泄」「口腔ケア」についての勉強会を実施している。サービス提供責任者が訪問に同行して個別に指導したり、標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みがある。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>毎年4月に、管理者・在宅部課長・サービス提供責任者でマニュアルの見直しを行い、マニュアル履歴に記録している。毎月の「訪問・サ高住合同会議」で把握した職員の意見を集約し、マニュアルの見直しに反映している。今年度は、職員の意見と支援内容の必要性から、在宅酸素についてのマニュアルを作成し追加している。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>訪問介護計画策定の責任者をサービス提供責任者としている。「相談記録」「フェイスシート」「アセスメント」をもとにアセスメントを実施し、サービス担当者会議で、アセスメント・計画策定についての協議を行っている。訪問介護計画に基づいたサービスが行われていることを、「サービス提供記録」と毎月のモニタリングで確認している。支援困難ケースについては、カンファレンスで支援方法を検討し、経過を「カンファレンスシート」に記録している。「事務連絡票」や「訪問・サ高住合同会議」で共有し、統一したサービス提供が行えるように取り組んでいる。訪問介護計画書に、ニーズを明示する書式の整備が望まれます。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p>〈コメント〉</p> <p>訪問介護計画を、定期的には6ヶ月毎に、必要時には随時見直している。訪問介護計画見直し時は、利用者・家族の意向の確認、モニタリング、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、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の内容を、「事務連絡票」「申し送り簿」「サービス指示書」により周知している。訪問介護計画を緊急に変更する場合は、サービス提供責任者が介護支援専門員に迅速に連絡し協議している。見直した訪問介護計画書についても、ニーズの明記が望まれます。</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、「面談記録」「フェイスシート」「アセスメントシート」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、「サービス提供記録」により確認することができる。「サービス提供記録」は、差異が生じにくい書式であると共に、サービス提供責任者が毎日確認し、不備等があれば職員にその都度個別に指導している。「事務連絡表」「申し送り簿」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。「訪問・サ高住合同会議」（月1回）「全体会議」（月1回）「定例ミーティング」（週1回）「居宅主催会議」（月1回）を開催し、部門横断での情報共有を行っている。議事録等の回覧、パソコンのネットワークシステムも情報共有に活用している。</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>「個人情報保護規定」「個人情報保護に関するマニュアル」「文書規程」に記録の保管・保存・廃棄・情報提供に関する規定を定め、「就業規則」に不適正な利用や漏えいに対する対応についても言及している。記録管理を含め、個人情報保護管理者は管理者と定めている。入職時に個人情報保護について研修を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。施設内研修で、「プライバシー・個人情報保護、およびコンプライアンスに関する研修」を実施している。契約時に、個人情報利用同意書を用いて、個人情報の取り扱いについて利用者・家族に説明し、同意を得ている。</p>		

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) 生活支援の基本		
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。	(a) ・ b ・ c
A②	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

<p>A①</p> <p>「面談記録」「フェイスシート」「アセスメントシート」をもとに、利用者の心身の状況や暮らしの意向等の把握に努め、環境づくりや支援に反映できるよう取り組んでいる。「訪問介護計画」「サービス指示書」に自立に向けた支援を明示している。マニュアルは作成しているが、鍵は預からないこととしている。買い物代行の際は、金銭出納を「サービス提供記録」に記録している。必要な事例があれば、介護支援専門員を通して、日常生活自立支援事業や成年後見制度等の利用につなげる体制がある。必要に応じて、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、介護支援専門員に報告している。</p>
--

A②
訪問時のコミュニケーションの中で、また、サービス提供責任者のモニタリング訪問時に利用者の思いや意向の把握に努め、「訪問・サ高住合同会議」等で共有し支援に活かしている。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」での勉強会で「接遇」研修を行い、「事業所自己評価」の項目に入れて毎年振り返る機会を設け、「サンホームみかづき職員のこころえ」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。筆談を用いる等、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。「フェイスシート」の「意思疎通」「指示への反応」の項目を活用し、コミュニケーションの方法や支援について、定期的には年1回、必要時には随時見直し更新している。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ b ・ c

特記事項

A③
権利侵害防止について、契約書・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、施設内研修と「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で周知を図っている。日々のコミュニケーションや入浴時等に利用者の心身の状況に留意し、権利侵害が見逃されないように取り組んでいる。現在は、権利侵害の防止や発生した場合の再発防止策等を、「訪問・サ高住合同会議」で検討することとしている。
来年度からは、事業所内で「身体拘束・虐待防止委員会」を設置し、定期的に検討する計画である。

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。	a ・ b ・ c
A⑤	A-2-(1)-② 排せつの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
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。	a ・ b ・ c

特記事項

A④
「フェイスシート」「アセスメントシート」等により利用者の心身の状況や意向を踏まえ、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画書」「サービス指示書」を作成し入浴介助を行っている。「入浴マニュアル」「サービス指示書」をもとに、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。安全性・快適性・入浴拒否に対する対応方法・入浴の可否判断基準など個別の配慮については、「訪問介護計画書」「サービス指示書」の「留意事項」欄に記載して実施している。入浴前には健康チェックを行い、バイタルを「サービス提供記録」の記録欄に記載している。毎月モニタリングを行い、入浴支援方法等について検討と見直しを行っている。必要に応じて、家族に入浴介助についての情報提供・助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

A⑤
 「フェイスシート」「アセスメントシート」等により利用者の心身の状況や意向を踏まえ、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画書」「サービス指示書」を作成し排泄介助を行っている。「排泄マニュアル」「サービス指示書」をもとに、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を把握し、介護支援専門員と連携して、排泄パターンに応じた時間帯に排泄介助や掃除の訪問を行うことで、安全性・快適性・自立支援につなげている。個別の配慮については、「訪問介護計画書」「サービス指示書」の「留意事項」欄に記載して実施している。排泄物の観察については、「サービス実施記録」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検討と見直しを行っている。必要に応じて、家族に排泄介助についての情報提供・助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

A⑥
 「フェイスシート」「アセスメントシート」等により利用者の心身の状況や意向を踏まえ、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画書」「サービス指示書」を作成し移動支援を行っている。安全で自立に向けた声かけ・誘導方法、使用する福祉機器・福祉用具については、「訪問介護計画書」「サービス指示書」の「留意事項」欄に記載して実施している。毎月モニタリングを行い、移動支援方法・福祉用具等について検討と見直しを行っている。必要に応じて、家族に移動介助や福祉用具についての情報提供・助言を行い、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

A⑧
 「フェイスシート」「アセスメントシート」等により利用者の心身の状況や意向を踏まえ、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画書」「サービス指示書」を作成し食事介助を行っている。食事のペース・自立支援・経口摂取を継続するための取り組み等については、「訪問介護計画書」「サービス指示書」の「留意事項」欄に記載して実施している。「食事介助マニュアル」に「誤嚥・誤飲の予防と対応」を記載し、施設内研修と「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で、「事故予防」研修を実施している。毎月モニタリングを行い、食事介助等について検討と見直しを行っている。食事や水分の摂取量は、「サービス実施記録」に記録している。サービス付き高齢者住宅と連携し、利用者の食事全体の状況を把握・確認している。必要に応じて、家族に食事・水分摂取についての情報提供・助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

A⑨
 「フェイスシート」「アセスメントシート」等により利用者の心身の状況や意向を踏まえ、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画書」「サービス指示書」を作成し口腔ケア・口腔内のチェックを行っている。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で「口腔ケア」研修を実施している。口腔内に異常が認められた場合は家族や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、家族に口腔ケアについての情報提供・助言を行い、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。	a · b · c

特記事項

<p>A10 「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。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で「褥瘡予防」研修を実施し、職員に周知を図っている。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。必要に応じて、家族に褥瘡予防についての情報提供・助言を行い、介護支援専門員にも報告している。</p>		
--	--	--

		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

		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 · b · c

特記事項

<p>A12 「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で「介護予防」「自立支援」研修を実施し、利用者の自立した生活の維持や介護予防のための支援に取り組んでいる。日々の生活動作の中で、機能の低下予防に向けた意図的な支援を行っている。利用者の状況に応じて、施設内の看護師・理学療法士など専門職の助言・指導を受けている。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。オレンジカフェ等地域資源について情報提供を行っている。</p>		
--	--	--

		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。	a · b · c

特記事項

<p>A13 「面談記録」「フェイスシート」「アセスメントシート」等をもとに、利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴についてアセスメントを行っている。認知症状に対する支持的・受容的な関わり・態度については、「訪問介護計画書」「サービス指示書」の「留意事項」欄に記載し、統一した支援に努めている。行動・心理症状（BPSD）のある利用者については、経過をケース記録に記録し、介護支援専門員と連携し症状の改善に向けた支援に取り組んでいる。施設内研修・「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で、「認知症ケア」研修を実施している。必要に応じて、家族に認知症・認知症ケアについての情報提供・助言を行い、介護支援専門員にも報告している。</p>		
---	--	--

		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。	a • b • c

特記事項

<p>A14 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。利用者個々の「フェイスシート」に、居宅介護支援事業所・かかりつけ医・緊急時の搬送先を記載し、一覧表も作成している。訪問時は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、それぞれ「サービス提供記録」に記録し、体調変化や異変の兆候に早く気づけるよう取り組んでいる。体調の変化があった場合は、介護支援専門員に報告し、家族や医療機関につなげている。施設内研修で、「高齢者の特徴・症状・疾病、及び、緊急時の症状と事故対応について」研修を実施し、職員に周知を図っている。</p>		
---	--	--

		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

<p>A15 「ターミナルケア」マニュアルを整備し、終末期の対応に関する方針・手順を明示し、かかりつけ医と連携体制を築いている。事例があれば、サービス担当者会議に参加し、家族・かかりつけ医・介護支援専門員等関係者と連携し、「居宅サービス計画書」をもとに「訪問介護計画」を作成し、家族の意向に沿って支援する仕組みがある。施設内研修で、「ターミナルケアに関する研修」を年2回実施している。研修や会議の中で、職員に精神的なケアを行う仕組みもある。</p>		
---	--	--

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	a • b • c

特記事項

<p>A16 家族に対し、定期的には「サービス提供記録」で、変化があった時には電話でも、利用者の状況を報告している。利用者の状況など報告すべき事項は、電話で直接伝えるようにしている。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。家族に心身の状況の変化があった場合も、介護支援専門員に報告している。必要に応じて、家族に介護に関する助言や情報提供を行い、介護支援専門員に報告している。</p>		
--	--	--

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。	a · b · c

特記事項

A⑰

「訪問・サ高住合同会議」「サービス指示書」「事務連絡表」で、サービスの実施方法や手順を周知している。「訪問・サ高住合同会議」「事務連絡表」「サービス提供記録」「ケース記録」「指示（パソコン内）」を活用し、利用者の状況などについて情報共有している。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をしている。初めて訪問する訪問介護員にはサービス提供責任者が同行し指導している。「訪問・サ高住合同会議」「全体会議」「施設内研修」等相談する機会を確保している。必要に応じて、理学療法士・看護師・心療内科等から専門的な指導や助言を得られている。

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。	a · b · c

特記事項

A⑱

意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面について、個別具体的にサービスを実施するための方法を、「訪問介護計画書」や「サービス指示書」の「留意事項」欄に明示している。

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り組みを行っている。	a · b · c

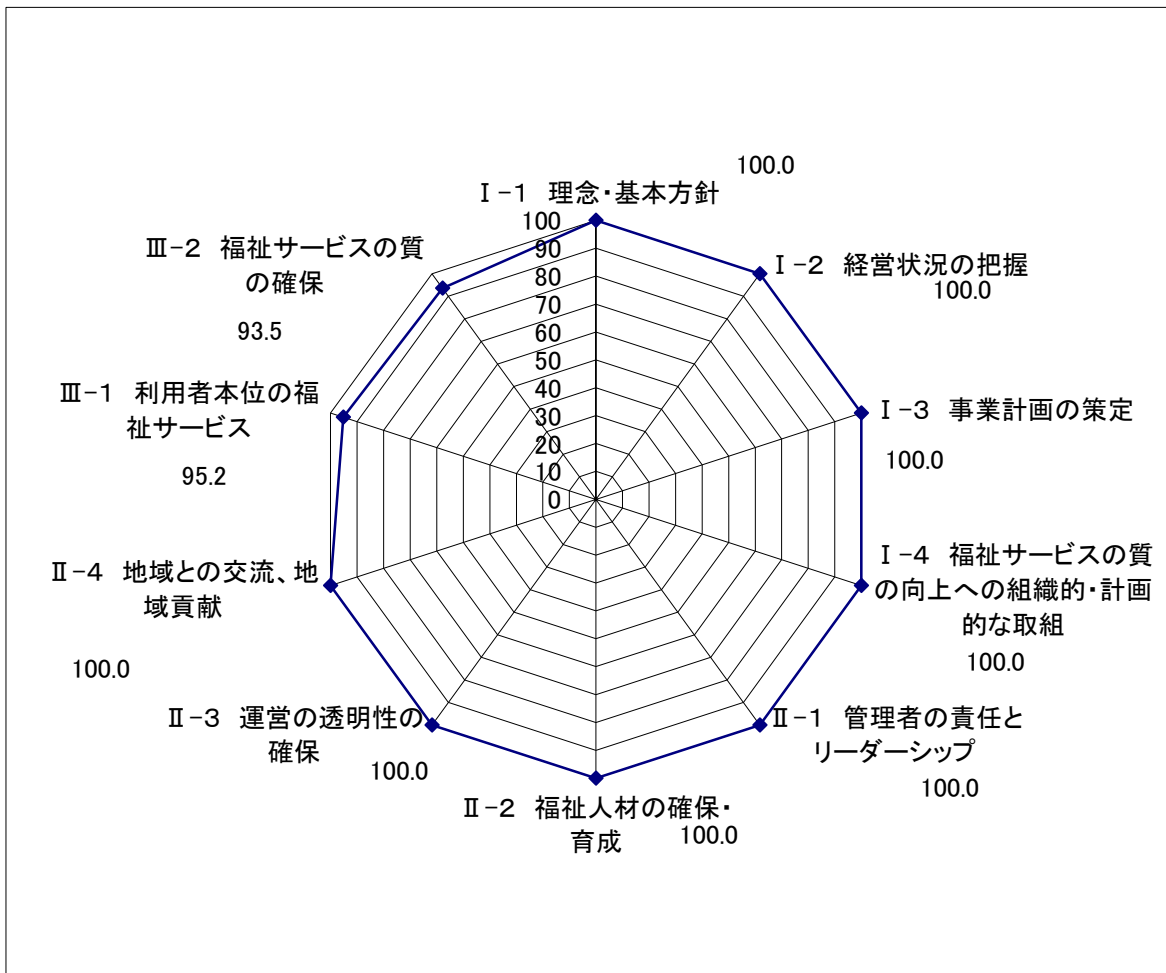
特記事項

A⑲

「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。マニュアルは、毎年年度初めに見直しを行っている。「訪問・サ高住合同会議」の勉強会で、「暴力の対策」研修を実施し、職員に周知を図っている。現在までに事例はないが、発生時にはマニュアルに沿った対応と記録を行うこととしている。

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	16	16	100.0
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	9	100.0
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	33	33	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	11	100.0
II-4 地域との交流、地域貢献	20	20	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	60	95.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5
合計	214	209	97.7



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	17	16	94.1
A-2 生活支援	64	64	100.0
A-3 家族等との連携	7	7	100.0
A-4 サービス提供体制	6	6	100.0
A-5 サービスの適切な実施	6	6	100.0
A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応	6	6	100.0
合計	106	105	99.1

総合計(I～Ⅲ+A)	320	314	98.1
------------	-----	-----	------

