

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：	伽の里ホームヘルプサービス		種別：	訪問介護	
代表者氏名：	西澤 昌彦		定員（利用者人数）：	46	名
所在地：	加東市天神608番地				
TEL	0794-47-5502		ホームページ：	http://www.hinode-wf.com/	
【施設・事業所の概要】					
開設年月日：	平成15年5月1日				
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会				
職員数	常勤職員：	3	名	非常勤職員：	8 名
専門職員	(専門職の名称)		名		
	サービス提供責任者		2	名	
	介護福祉士・初任者研修修了者		9	名	
施設・設備の概要	(居室数)			(設備等)	

③理念・基本方針

- ①個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観を尊重し、生活基盤を整える。
- ②生活の自立性の拡大を図る（自立支援）
- ③生きることの喜び、意味を見だし、自己実現を図る。
- ④予防的な対処により、生活の質を維持する。
- ⑤状態の変化を発見し、他職種へ繋ぐ

④施設・事業所の特徴的な取組

住み慣れた我が家で、利用者のその人らしさを追求し、個人の状態に応じた介護により、自立支援を目指したサービスを提供している。
 訪問介護職として、マナー・知識・技術の向上を図り、助言と共に人としてあたたかさの伝わるサービス体制の構築に努めている。
 ヘルプ研修（個々の研修学びにより）を通して、スキルアップしてチームとしての向上に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 16 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月21日・22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

- ・法人内に各種会議・部会などを設置し、毎月の法人幹部会議では、法人共通の書式で作成した各事業所の事業計画をもとに、経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。施設内で在宅会議・各種委員会を定期的開催し、各事業所の職員に周知しサービスの向上につなげる仕組みがある。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価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。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・利用者一人ひとりの心身の状況・生活習慣・価値観の把握と尊重に努め、「訪問介護個別援助計画」の「介護内容」欄や「訪問介護手順書」に、個別具体的な手順と留意点を明示し、個別支援と自立支援に取り組んでいる。
- ・法人研修に加えて訪問介護員が要望する内容での事業所内研修の実施、ヘルプ会議・在宅会議の定期開催、ホームヘルプサービス日誌・個人日誌等での情報共有等、職員の資質向上と連携を図りサービスの質向上に取り組んでいる。

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・職員も参画して、使用している各種マニュアルを定期的に検証し、事業所の現状に即した内容に見直すこと、また、不足しているマニュアルを整備することが望まれる。マニュアルの見直しについては、見直し履歴など記録に残すことを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受けることで、御利用者個人のことをいかによく知るか、また訪問サービスでの重要性を改めて、考え、見直し指標になりました。
今後は、ご指摘された事項を活かし、事業所としてきちんと見直し整備します。

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> 法人理念、施設の基本方針「伽の里憲章」をホームページ・パンフレットに記載している。法人の高齢者サービスの基本理念は、法人のパンフレットに掲載している。法人理念・「伽の里憲章」は、法人・施設の使命や目指す方向を明示し、法人の基本方針は、法人理念との整合性が確保され、具体的な内容となっている。理念を掲示し、理念を記載したカードを職員に配布し、朝礼で唱和する等、職員の共有に取り組んでいる。法人の入職時研修や事業所の会議で説明し、理解を深めている。施設のパンフレットに「伽の里憲章」を明示し、契約時に利用者・家族に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> 加東市の第6期介護計画、安心サポートセンター事業、地域コーディネーター活動、加東市介護保険課との情報交換等により、社会福祉事業・加東市の動向・地域の利用者状況や福祉ニーズを把握している。1か月の事業所のコスト分析や利用率を施設に報告し、施設でデータ化して毎月の在宅会議で分析している。		
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・経営状況・職員体制等を、在宅会議で分析し、課題や問題点を明確にしている。内容に応じて、在宅会議・幹部会で検討したり、法人本部に報告する等、解決・改善に向けた取り組みを行っている。在宅会議には理事長、幹部会には理事長・監事が参加し、共有がなされている。		

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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>法人理念の実現に向けた目標を「方針」として明示し、5項目の「課題」解決に向け、施設全体の「長期計画」「中期計画」を策定している。数値目標も挙げ、具体的な内容となっている。29年度初めに策定し、半期・年度末で検証し、必要に応じて見直す仕組みがある。</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「方針」の内容を反映し、事業所の単年度計画を策定している。施設共通の書式で、収支計画と事業計画を確定している。事業計画は、事業方針・事業計画（目標数値・事情計画）の書式で、具体的な実行可能な、評価を行える内容になっている。</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>収支計画・事業計画の実施状況は、毎月の在宅会議で報告し議事録に記録している。年度末に評価し、事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定に反映している。各事業所の事業計画を、パソコンの共有ホルダーに入れ、また、人事考課の評定シートに明示して職員の目標設定に反映する等、職員の周知と理解に取り組んでいる。職員参画のもと、事業計画の実施状況・達成度の確認、評価・見直し、計画策定を行う仕組みづくりが望まれる。</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>事業計画について利用者や家族に説明、周知するには至っていない。事業計画の主な内容を、利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。</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>人事考課の目標管理を活用し、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。事業所会議・在宅会議・各種委員会を定期的で開催し、サービス内容について評価を行っている。県提出のチェックリスト、情報の公表のチェックリストを活用し、評価基準にもとづいた自己評価を定期的実施している。</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>定められた評価項目に基づいた自己評価結果からの課題の文書化には至っていない。課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。</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> 法人の事業計画に沿って施設長・管理者等は、事業所の経営管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。施設長は年度初めの広報紙の挨拶欄で、事業計画の概要を掲載し、在宅会議で各管理者に説明している。職務権限規定及び各事業所の運営規定に施設長・管理者等の職務分掌を定めている。これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。職員に直接かかわる就業規則等は各事業所に設置している。役割責任について、事務分掌表に、主・副として定めている。有事の際の権限移譲については、消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として各事業所に設置している。入札時には、「経理規定」に沿って行い、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。施設長等は、市の集団指導・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、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む法令を把握し、それに則った取り組みを行っている。法人・事業所の年間研修計画に沿って研修を実施し、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設けている。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書をおこなっている。		
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、施設長等も関わりながら、情報公表、県へ提出するチェックシート等により定期的継続的に評価、分析、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。各種委員会・会議に施設長等も参加し、サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。各委員会・会議等で職員の意見等を把握し、サービスの質向上に反映させている。法人や、各事業所毎での研修計画に基づいて研修を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。		
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> 毎月、在宅会議で利用者数、稼働率等について分析検討した結果から、法人本部でコスト分析等を行ったデータを施設長等は把握している。施設長等はデータから課題を抽出し経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、残業を必要最小限にし、勤務時間の調整や有給の半日取得制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。衛生委員会を立ち上げ、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営改善に向けての取り組み方針を、会議で各職員へ伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に在宅会議や各種委員会を組織し、法人の特養連絡会にも参画している。		

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
<p><コメント></p> <p>法人事業計画で、柔軟な雇用形態の創造、資格取得支援強化等、人材確保・育成について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針で取り組んでいる。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、介護福祉士等資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。法人本部と連携し、養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、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>法人理念に利用者中心の視点を謳い、就業規則の服務規律に高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、専門性・能力・成果・貢献度を客観的に評価する人事考課制度を定めている。人事考課制度は、入職時や考課面談時に説明し、また、制度に関する規程を事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、成果や貢献度等を評価している。法人で他事業者の採用広告、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議等や、法人への自己申告書で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事考課基準で昇格のための資格要件等を定めており、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>事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任体制の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から勤怠ソフトにより集積されたデータ提供を受け、就業状況を把握している。給与明細にも有給取得状況等が記載され、職員も就業状況を把握している。腰痛検査、健康診断を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。ストレスチェックを実施し、嘱託医に相談できる体制がある。人事考課制度での個人面談の機会や申し出があれば随時施設長も相談に応じている。直接、法人本部に自己申告書で相談できる体制もある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりを行っている。</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
<p><コメント></p> <p>法人事業計画書に、人材育成についての方針を明示し、人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にして、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。それぞれの評価シートで、着眼点・チェックポイント等目標達成ための基準を明示している。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、人事考課基準表で目標水準を明確にしている。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、次期の目標設定に反映させている。</p>		

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>事業所運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、人事考課基準表で階層別に期待する職員像を明確にしている。研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、人事考課基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。法人での研修に参加した職員が、事業所で伝達研修を実施している。参加者は、感想欄・評価欄を設けた研修報告書を作成している。職員の研修参加状況を把握するため、研修参加名簿を作成し、複数回研修を実施している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。管理者層を対象にした「日の出塾」でも、研修を実施している。外部研修参加時は研修報告書・出張命令簿を作成している。研修履歴一覧表を作成し外部研修受講機会の公平性確保に努めている。個別の研修報告書の感想欄・評価欄等を活用して分析評価を行い、定期的に計画・研修内容・カリキュラム等の評価と見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>職員の一覧表に、専門資格の取得状況・経験年数を明示している。法人研修の受講状況は履修シートで把握している。職員の経験や習熟度に合わせて、新卒者・中途採用者に分け、入職時・2年目・3年目研修が行われている。法人研修は、介護研修、管理者養成研修、たん吸引・医療ケア研修、資格試験対策講座等、階層・職種・テーマ別研修の機会を確保している。法人の伝達研修は全員参加できるように複数回実施し、その他の研修についても、勤務調整・受講料の負担など研修に参加しやすいように配慮している。外部研修についても、情報提供を行い参加を奨励することが望まれる。</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>非該当</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
<コメント> ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の体制についてはホームページで公表し、内容や改善・対応の状況については、「社会福祉法人日の出福祉会苦情報告・対応一覧」として公表する仕組みがある。区長会や老施協の出前授業で施設等の説明を行い、地域に施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。印刷物としては、パンフレットを市役所に設置している。		
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するとともに、職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、入職時の説明と、これら規定集を事務所内に設置して周知している。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。助言等については、幹部会議で報告されている。監事監査で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。今年度より、法人内の他事業所職員による内部監査の仕組みが構築されている。内部監査での指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、コスト削減等に取り組んでいる。		

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> 日の出福祉会基本理念に地域との関わり方についての基本姿勢を明文化している。ホール・各フロアー・掲示板等に地域行事の情報を掲示し、利用・活用できるよう取り組んでいる。町の広報紙はデイサービスのホールに設置し情報提供している。事業所開催の盆踊り、園庭での花見には地域住民の来訪を受け、利用者との交流の機会を定期的に設けている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 伽の里として取り組んでいる。利用者支援のために必要な地域の社会資源のリストを、パソコンの共有ホルダーに入れ、職員の共有を図っている。また、加東市作成の「地域資源マップ」「介護保険の冊子」を事業所に設置し活用している。管理者が地域ケア会議に参加し、そこでの課題解決に向けた共同して取り組んでいる。また、加東市介護サービス事業者連絡会に施設から参加し、各事業所に資料配布や情報提供を行っている。		

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> 伽の里として取り組んでいる。サポートセンターで開催する健康カフェで地域住民と交流を図っている。健康カフェで相談支援や地域で暮らす高齢者支援に取り組んでいる。また、健康づくり教室、体操・運動セミナー等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。市が進めている各地域の体操指導リーダーの連携に協力している。災害時には周辺が地滑り地域であり福祉避難所として協定を結んでいないが、備蓄等で災害時における役割が確認されている。給食施設連絡協議会で、隣接小野市と協力して災害時の給食に関する施設の役割が確認されている。兵庫教育大学と相互協力して子どもの走り方教室に協力している。地域行事への職員参加、協賛等を行い地域の活性化やまちづくりに貢献している。		
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> 伽の里として取り組んでいる。健康カフェ・子供の走り方教室・体操リーダー連携会等を通じて地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。区長が民生委員を兼任しているケースが多く、区長会や、区の会議などに参加しニーズを把握に取り組んでいる。健康カフェ・サポートセンターの上に設置している地域の協議会等で多様な相談に応じている。移動手段がないため、買い物困難者や役所に行き様々な手続きができない人の出現等、具体的な福祉ニーズを把握している。サポートセンターとして健康カフェ利用時に車での買い物同行等の便宜を図っている。サポートセンターの事業として事業計画に位置付け、介護保険外の支援事業として活動を実施している。		

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
<コメント> 法人の理念や高齢者福祉サービスの基本方針に、また、伽の里憲章にも、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。支援内容別マニュアルに、プライバシー保護や意向の尊重等、福祉サービス提供に関する基本姿勢を反映させている。倫理・法令研修で、利用者尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を設けている。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設全体的なものは、在宅会議、リーダー会議等で、個別的なものはヘルプ会議で具体的対応を把握評価し、必要な支援に取り組んでいる。		
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
<コメント> 支援内容別マニュアルにプライバシー保護について記載している。研修等でプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を学んでいる。契約書・重要事項説明書等に守秘義務や個人情報保護等権利擁護への配慮を、プライバシー保護については事業者の責務として契約書に明示し、契約時に取り組みを説明している。身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会などの活動を通して、規定等に基づいたサービスの実施状況を確認・検証している。虐待防止マニュアルを策定し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。		
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。	○a・b・c
<コメント> 多くの人が入手できるように、施設パンフレット・事業所パンフレットを市役所に設置し、居宅介護支援事業所に配布している。パンフレットは言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかるように工夫している。利用希望があれば、自宅を訪問し、個別に丁寧な説明を行っている。パンフレット・ホームページ等、情報提供の内容は適宜見直しを行っている。		
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・b・c
<コメント> 契約時には、契約書・重要事項説明書・個人情報利用同意書等を用いて説明し、文書で同意を得ている。パンフレット・利用料金別表等、わかりやすく工夫した資料も用いて説明している。契約書に保証人の条項を設け、意思決定が困難な利用者にも、適正な契約と運用が図られている。		

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>契約書の「契約の終了」条項に沿って、必要な援助を行うように取り組んでいる。介護支援専門員等から要請があれば、文書等で情報提供を行っている。契約終了ごの相談窓口を、サービス提供責任者とし、いつでも相談できることを、利用者・家族に口頭で説明している。利用が終了した時に、利用者・家族にその後の相談窓口について説明を行い、その内容を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訪問した際に、また、訪問介護計画書更新の際に、個別に満足度の把握に努めている。把握した結果をヘルプ会議で共有し、改善に取り組んでいる。利用者満足に関する調査を定期的に行い、結果を分析し検討する仕組みづくりが望まれる。</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>苦情受付担当者・解決責任者・第三者委員等を設置している。受け付けた苦情は「苦情処理手順書」に沿って対応し、「苦情受付簿」に苦情内容・事情聴取・対応の項目で記録されており、対応欄に家族へのフィードバックの内容が記録されている。検討された苦情については、月1回開催のヘルプ会議及び月2回開催の伝達研修にて職員に周知している。事例はないが、法人の「苦情解決規程」に苦情の公開についての仕組みを明記している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を作成し、配布することが望まれる。アンケート等、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫が望まれる。</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>相談は自宅で受けることが多いが、事業所に来訪された場合は相談室で受けることができる。相談・意見を伝えるための窓口や方法を説明した文書をし、掲示や配布により、利用者・家族に周知することが望まれる。</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>「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、相談や意見に対応している。相談があれば「サービス実施記録」に記録として残している。また、日々の利用者への対応についてはパソコン上の個人の経過記録に残されている。随時、電話・メール・訪問時に話しやすい関係づくりに配慮し適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。出された意見はケアマネジャー等と連携し、個別サービスへ反映している。マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</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>リスクマネジメントの責任者を施設長とし、「身体拘束・事故防止委員会」を設置し、在宅部門から施設長補佐が出席している。委員会議事録は、パソコンの共有ホルダで周知する仕組みがある。事故発生時の対応方法は、「苦情・緊急時・事故発生時対応マニュアル」にフローチャートで明示している。法人研修で事故・ヒヤリハット、危険予測についての研修を実施している。事故報告書・ヒヤリハットカードで発生事例を収集し、収集した事例をもとに、原因分析し、改善策・再発防止策を検討・実施することが望まれる。また、事故防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>「感染症委員会」を設置し、在宅部門から施設長補佐が出席している。委員会議事録は、パソコンの共有ホルダで周知する仕組みがある。法人の「感染症対応マニュアル」を整備している。年間研修計画に、感染症についての研修を年2回盛り込み、学ぶ機会を設けている。うがい・手洗いの励行、手指消毒薬の携帯、マスク・エプロンの装着等、予防策を講じている。感染症を発症した利用者への訪問調整・対応を調整し、感染の媒体にならないように、手順に従い適切な対応に努めている。マニュアルについては定期的な見直しが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>立地条件から災害の影響を把握し、建物の耐震性などを確保し、サービス提供を継続するための対策を講じている。利用者は個別に緊急連絡先の把握が行われており、職員も連絡先一覧があり、利用者・職員ともに安否確認の連絡が取れる体制になっている。施設合同で、年2回、通報・避難・消火の総合訓練を実施している。訪問中災害発生した場合の対応の手順、福祉避難所の把握等、訪問介護事業所として必要な対応体制を明示したマニュアルの整備が望まれる。</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>サービス別にマニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化し、プライバシーへの配慮や保持が明示されている。サービス提供責任者が、同行訪問を行い、標準的な実施方法について個別に指導している。</p> <p>指導の実施内容や、訪問介護員の習熟度を把握し記録する仕組み作りが望まれる。</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>マニュアルの見直しは、必要時・随時に行っているが、定期的にマニュアルの見直しを行うには至っていない。</p> <p>職員参画のもとで、定期的にマニュアルの内容を検証・見直しを行い、見直しについての記録を残すことが望まれる。</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>訪問介護計画の作成責任者をサービス提供責任者と定めている。「面接調査表」を事業所のアセスメントシートとし、「面談調査表」と介護支援専門員からのフェイスシートを基に、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・計画策定に関する協議を実施している。居宅サービス計画書を基に「訪問介護個別援助計画書」を作成し、ニーズ欄に利用者個々のニーズを明示している。訪問時の「サービス実施記録」・3ヶ月毎の「訪問介護個別援助評価表」で、計画どおりのサービス実施を確認する仕組みがある。支援困難ケースを積極的に受け入れ、内容・経過については個別の経過記録に記録として残している。</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>3か月に1回モニタリングを行い、「訪問介護個別援助評価表」を作成し、計画変更の必要があれば介護支援専門員に報告している。緊急に変更が必要な場合も、介護支援専門員に報告している。定期的には居宅サービス計画書の見直し時期に応じて見直しを実施している。新たなニーズについては、ニーズ欄に明記している。見直しにより変更した計画書の内容は、「個別援助計画書」から「訪問介護手順書」も変更し、担当の訪問介護員に周知している。</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
<コメント> 「面接調査表」「サービス実施記録」により、利用者の身体状況や生活状況を記録し把握している。また、「サービス実施記録」で計画に基づいたサービス実施が確認できる。「サービス実施記録」はチェック様式が中心で差異が生じにくく、サービス提供責任者が記載漏れや記載内容を確認し必要に応じて指導・助言し差異が生じないようにしている。情報共有のため、メール及び電話、事業所のパソコン内の共有フォルダを活用している。また、ヘルプ会議、在宅会議をそれぞれ月1回開催し情報共有を図っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 個人情報保護規程・文書管理規程等に、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対応がに関する規定を定めている。記録管理の責任者を施設課長として、事務分掌に明示している。新人研修・法人研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時・退職時には守秘義務の誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し同意を得ている。		

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

「面接調査表」に利用者の心身の状況、生活環境等記録し把握している。「個別援助計画書」や「手順書」に、自立に向けた配慮・自立への動機づけ・家事の自立支援等を明示して支援している。安全確保・事故防止、衛生管理、防災については訪問時に確認し、必要に応じて家族やケアマネジャーに連絡し、安全な環境整備に努めている。鍵は預からない方針である。買い物代行などでの金銭の預かりについては、金銭管理マニュアルに沿って対応し、「サービス実施記録」に記録している。成年後見制度等については、現在事例はないが、必要性や相談があれば、介護支援専門員等に連絡する体制はとれている。

アセスメントシート（面接調査表）と個別援助計画に、利用者・家族の希望や意向を記載することが望まれる。

利用者個々のコミュニケーション能力・配慮を「面接調査票」で把握し、特別な配慮が必要な利用者には、筆談やジェスチャー等、個別の伝達方法を工夫している。担当の訪問介護員・サービス提供責任者は、訪問時に、利用者・家族とのコミュニケーションから思いや意向の把握に努め、必要時は介護支援専門員にも報告し、計画やケアに反映している。法人研修で「接遇・コンプライアンス」について学ぶ機会を設けている。

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

「面接調査表」（アセスメントシート）で入浴の自立度を把握し、居宅サービス計画書をもとに訪問介護個別援助計画に入浴を位置付け、「介護内容」欄に入浴方法を記載している。また、「訪問介護手順書」の「内容」「留意・注意事項」に詳細な介助方法や留意点を明示し、尊厳や羞恥心への配慮も明記している。「訪問介護手順書」には、誘導、脱衣室・浴室準備、湯温、水分補給・スキンケア、個別の入浴の可否基準（血圧）等も、記載している。入浴前には、バイタルチェックを行い「サービス実施記録」に記録して。詳細な「訪問介護手順書」で利用者個々の状態に応じた介助方法で介助し、また、必要に応じて、家族にも家庭での安全な入浴のための助言を行い、マット・手すり等福祉用具については介護支援専門員を通して情報提供してもらおう等、入浴が安全に実施できるように取り組んでいる。

「面接調査表」（アセスメントシート）で排泄の自立度や排泄用品を把握し、居宅サービス計画書をもとに訪問介護個別援助計画に排泄介助を位置付け、「介護内容」欄に介助方法等を記載している。また、「訪問介護手順書」の「内容」「留意・注意事項」に詳細な介助方法や留意点を明示し、尊厳や羞恥心への配慮も明記している。「排泄マニュアル」に、「気兼ねしないように手際よく」「励ましの言葉かけ」等が記載され支援につなげている。「訪問介護手順書」には、自立に向けた働きかけも記載している。尿や便の状態は、「サービス実施記録」に記録している。トイレの清潔保持は、排泄介助の一連の流れで行っている。トイレの保温については、暖房や衣類等、家庭状況に応じて配慮している。詳細な「訪問介護手順書」で利用者個々の状態に応じた介助方法で介助し、また、必要に応じて、バーや設置式手すり等福祉用具については介護支援専門員を通して情報提供してもらう等、排泄介助が安全に実施できるように取り組んでいる。必要に応じて、家族にも、排泄用品やその使用方法・当て方等について助言を行っている。

「面接調査表」（アセスメントシート）で歩行の自立度やを把握し、「訪問介護手順書」の「留意欄」等に、「歩行の見守り」「転倒に注意しながら歩行を介助」等を記載し、安全な移動を支援している。「椅子からベッドへの移乗」等についても安全な介助のための留意点を明記している。歩行器や杖等、利用者が利用している福祉用具について訪問時に確認し、不具合等があれば介護支援専門員に報告し整備してもらうようにしている。必要があれば、家族に移動時の事故防止などについて助言している。

「褥瘡予防マニュアル」を整備し、状態確認・清潔保持・褥瘡発生日防・対策が明示されている。居宅サービス計画書をもとに、皮膚トラブルの観察・体位変換・姿勢保持等を、訪問介護個別援助計画・手順書に明記して支援を行っている。法人の年間研修計画で、「褥瘡予防」について学ぶ機会を設けている。必要に応じて、褥瘡予防について利用者・家族に助言・情報提供を行っている。

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

訪問時に確認し、利用者の希望・意向に応じた献立・食材・調理法で調理を行い、食器・盛り付けを工夫している。調理実習・「バランスの良い食生活」等、調理や食事に関する研修を実施している。

面接調査表（アセスメントシート）の「嚥下障害」「食事」の項目で状況を把握し、訪問介護個別援助計画・手順書をもとに、利用者の状況に合わせた食事形状や調理方法を工夫して提供している。姿勢の確保・自立支援を重視した食事介助等を訪問介護個別援助計画・手順書に明示して支援し、食事・水分の摂取量と共に、「サービス実施計画」に記録している。サービス提供責任者が、気道異物の除去など食事中の事故について外部研修を受講して資料を作成し、事業所内で周知している。調理マニュアルに、糖尿病食・高血圧食等健康状態に合わせた調理上の注意事項を明示し、訪問介護個別援助計画・手順書に記載し支援に反映している。台所の清潔保持に留意し、「環境整備」欄に記録している。家族と連携し、訪問時以外の食事状況の把握にも努めている。食事についても、必要に応じて利用者・家族に助言・情報提供を行っている。

居宅サービス計画書をもとに、訪問介護個別援助計画に位置付けて口腔ケアを行っている。口腔内チェックにより異常が認められた場合は、家族・介護支援専門員に報告し、歯科の受診等につないでいる。ほぼ毎年開催される「口腔ケア」の外部研修に、訪問介護員が複数名参加し学ぶ機会を設けている。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っている。

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。	○a・b・c

特記事項

「ターミナルケア・精神的ケア対応マニュアル」を整備している。終末期を迎えた利用者については、居宅サービス計画書にもとづいて、訪問介護個別援助計画にターミナル期のケアを位置づけ、家族に説明し同意を得て支援に取り組んでいる。29年度の法人研修の年間研修計画で、ターミナルケアについて学ぶ機会を設けている。事業所内で情報共有を行い、サービス提供責任者がサポートしながら、終末期のケアに携わる訪問介護員の不安の軽減に努めている。利用者宅に連絡ノートを設置し、主治医・訪問看護師との連携を密に支援に取り組んでいる。

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・b・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。	○a・b・c

特記事項

「面接調査表」（アセスメントシート）で、利用者の日常生活能力・残存機能を把握している。周辺症状を呈する利用者の観察・対応等について個人日誌に記録して共有し支援に反映している。洗濯物たたみ・配膳等、日常生活の中で共に家事等、役割が持てるように支援している。毎年の年間研修計画に位置付けて、認知症ケアについて学ぶ機会を設けている。家族の状況や希望に応じて、家族支援の会・地域サポート事業等の社会資源について、介護支援専門員と連携しながら情報を提供している。

訪問時に危険物や生活環境を確認し、「サービス実施記録」の「環境整備」欄にチェックし、必要事項を「記録」欄に記録している。介護支援専門員・家族に報告し、安心・安全に生活できる環境の整備に取り組んでいる。

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。	○a・b・c

特記事項

訪問時に認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員に報告し、医療機関等につないでいる。利用者の心身の状況に応じ、日常生活動作での自立支援や共に行う家事を訪問介護個別援助計画に位置付け、機能の維持向上に取り組んでいる。必要に応じて、健康カフェ等地域で開催されている健康教室等について情報提供している。機能訓練が必要な利用者に対しては、介護支援専門員に報告し、適切なサービス利用につなげている。

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

訪問時に体調観察し、顔色・発汗・バイタルを「サービス実施記録」に記録し、体調変化・異変の兆候の早期発見に努めている。28年度に、「高齢者の健康管理」「知っておきたい薬・軟膏の知識」「緊急時対応」の研修を実施している。訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には、家族・介護支援専門員に報告し、医師・訪問看護事業所等医療機関につないでいる。利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順を、介護支援専門員への報告を明示したフローチャートを作成することが望まれる。

感染症や食中毒に対する予防対策、対応方法についてのマニュアルを整備している。インフルエンザ流行期には、出勤時に体温測定を行い体調の変化を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が、感染症対応マニュアルに文書化されている。法人研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。調理は適切な衛生管理のもとに行い、冷蔵庫内の食材等利用者自身による衛生管理にも助言を行い、「サービス実施記録」に記録している。

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

訪問時に「サービス実施記録」により、家族に利用者の状況を報告している。変化があった時等至急の報告については、主に電話で行っている。「訪問介護個別援助計画」の見直し時に、家族にサービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。家族の心身の状況や介護負担の把握に努め、必要に応じて介護支援専門員に報告し、「個人日誌」等に記録している。電話・メール・ホワイトボード・ポスティングなど、報告すべき事項が必ず家族に伝えられるように工夫している。必要に応じて、家族に介護に関する助言を行い、介護支援専門員を通して情報提供を行ったり、関係機関につないだりしている。定期的および必要時に家族との相談を行い、また、その内容を記録することが望まれる。

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

月1回開催するヘルプ会議・「訪問介護手順書」により、サービスの実施方法・手順等を職員に周知している。訪問介護員が変更になる場合は、必要に応じて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、「サービス実施記録」に記録している。利用者の状況等について、訪問介護員からサービス提供責任者が報告を受け、主にメールで発信し情報共有している。月に1回ヘルプ会議や研修を開催し、また、法人内のサービス提供責任者会議に参加し、指導や助言を得られる体制が整備されている。必要に応じて、介護支援専門員・訪問看護師等の外部の専門職の指導や助言を受けられるようにしている。ける体制が整備されている。

A-10 サービスの適切な実施

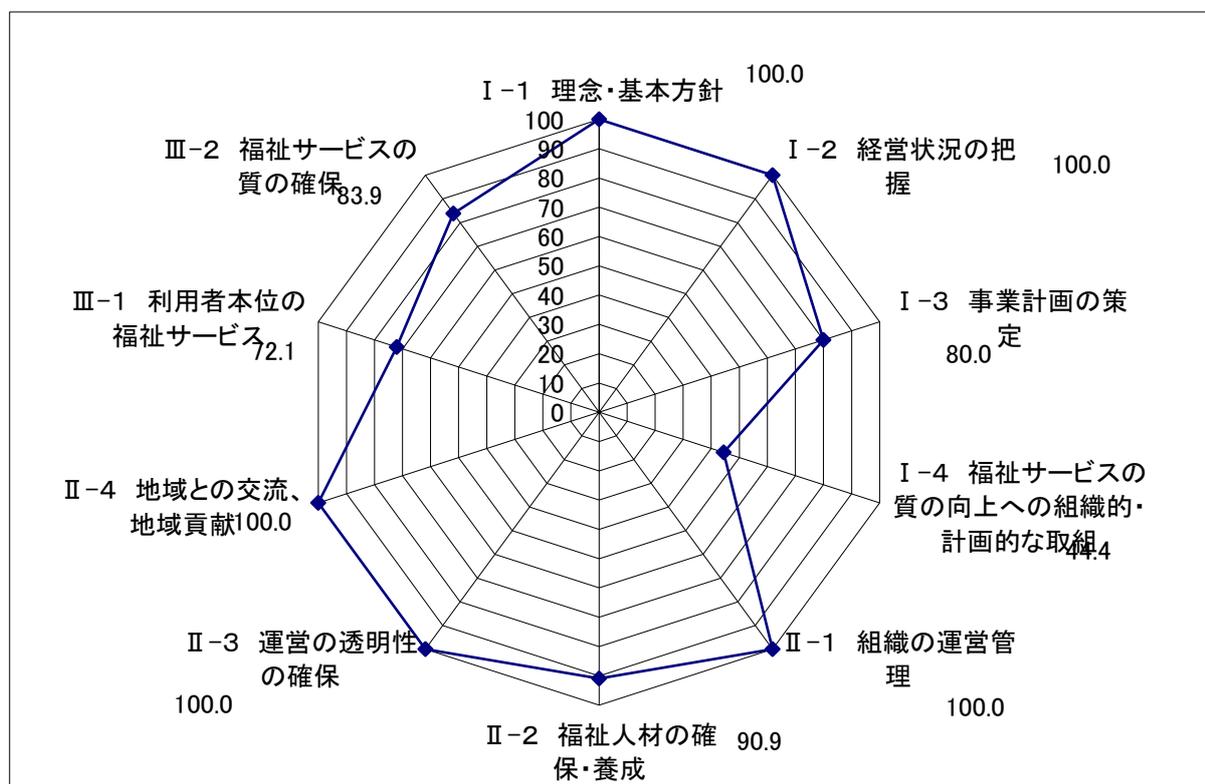
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画をもとに、「訪問介護個別援助計画」を策定し、「介護内容」欄に介護内容を詳細に記載している。意思疎通・入浴・排泄・口腔ケア・心理面など、各サービスの個別・具体的に実施するための方法を、訪問介護手順書の、「内容」「留意・注意事項」欄に明示している。

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	12	80.0
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	4	44.4
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	33	30	90.9
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	19	19	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	44	72.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	17	94.4
2 身体介護	29	29	100.0
3 食生活	19	19	100.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	13	100.0
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	7	87.5
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

