

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：博愛福祉会 それいゆ定期巡回 名称：回・随時対応型訪問介護看護朝霧	種別：定期巡回・随時対応型訪問介護看護
代表者氏名： 理事長 大西弘文	定員（利用者人数）： 利用者数 19 名
所在地： 明石市東野町1910-6 ビアンコディモータ107	
TEL 078-915-1233	ホームページ： https://hinode.or.jp/hakuai/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成26年10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： 6 名 非常勤職員： 4 名
専門職員	介護福祉士 5 名 ヘルパー1級 1 名
	正看護師 3 名
	准看護師 1 名
施設・設備の概要	（設備等）訪問車両3台、パソコン、電話2回線、スマートホン4台、複合機、事務設備一式

③理念・基本方針

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日々の出会いに感謝します。
③お客様に最善を尽くします。
④信頼できる仲間を作ります。
⑤健康に働ける環境を追及します。

④施設・事業所の特徴的な取組

医療福祉グループ内の事業所であり、訪問看護ステーションと一体型の定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供している。24時間365日体制で、地域訪問に特化して運営している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 31 年 3 月 1 日 （契約日）～ 令和 元 年 6 月 3 日 （評価結果確定日）
受審回数	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

*訪問看護ステーションと一体型であるため、看護師・介護士の情報共有がスムーズにできる体制である。電子カルテを活用し、利用者個々の訪問計画・サービス手順書・訪問時の記録・連絡事項について、常に最新情報を共有できる仕組みがある。また、家族や介護支援専門員ともリアルタイムで情報共有できるシステムを導入している。

*事業所内に在宅褥瘡管理者が在籍し、病院と連携をとりケアにあたっている。在宅褥瘡管理者が中心になり、日本褥瘡学会のマニュアルや発信情報から、褥瘡ケアの最新の情報を収集し、看護師・介護士に伝え日常のケアに取り入れている。

*医療・福祉グループの強みを生かし、必要時には機能訓練士等多職種の助言や提案を受けられる体制がある。自宅での運動メニューや、自宅の環境面や福祉用具等についても、助言・情報提供できる体制がある。

◇改善を求められる点

*中長期計画を策定すること、単年度の事業計画に中長期計画の内容を反映することが望まれる。また、事業計画の主な内容を利用者・家族にも周知することが望まれる。

*更なる内容の充実に向けて現在整備中の利用者個々の手順書について、引き続き整備に取り組まれることを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

介護と看護が『一体』となりケアに当たることを強みとし、医療的ケアが必要な重度のご利用者様も安心してケアが受けられる体制を強化している。今後、事業所としての方針、事業計画をより具体的にし地域に明確化することで、利用者様やその家族・地域の方々へも事業所運営に理解を得ていただくことができ、より安心してサービス利用をして頂くことができると考える為、引き続き整備に取り組んでいく。

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> 法人の理念・基本方針をホームページに記載している。理念は法人・事業所の使命や目指す方向を明文化し、基本方針は理念との整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。法人の理念・基本方針は事業所に掲示し、法人研修で学ぶ機会を設け、事業所内で資料を閲覧し周知を図っている。名刺の裏に基本理念を掲載し、利用者・家族に周知を図っている。理念・基本方針を、パンフレット・通信などにわかりやすく掲載し、利用者や家族に周知を図る工夫が望まれる。		

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> 介護医療連携会議・兵庫県定期巡回随時対応連絡会・日の出塾等への参加、エリア責任者会議の報告、地域の居宅介護支援事業所からの情報収集等で、社会福祉事業の動向や、地域の動向・利用者ニーズ等について課題の把握に努めている。事業所のコスト分析・利用者の推移・利用率等を毎月実施し、月次報告書を作成している。		
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> 毎月、月次報告書に課題と、課題の解決・改善に向けて具体的な施策を明示して取り組み、次月の月次報告書で進捗を報告して売る。定期巡回会議の中で、職員間の周知を図っている。業績会議・理事会等で、役員にも共有している。		

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
<コメント> 中長期計画の策定には至っていない。 中長期的なビジョンをもとに中長期計画を策定し、進捗を確認し必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。		

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、収支計画と事業計画を策定している。事業計画は、「運営上の課題」「今期目標」「課題解決および目標達成のための具体的施策」の項目に分け、実行可能な実施状況の評価を行える具体的な内容になっている。 中長期計画をもとに事業計画を策定することが望まれる。</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>事業計画を業務日誌に綴じ、周知を図っている。毎年11月の一時補正で事業計画を評価し、必要な見直しを行っている。年度末には、管理者が管理者層の職員の意見を集約して、事業報告書の作成と、次年度の事業計画の策定を行っている。</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>事業計画の主な内容を、利用者・家族に周知するには至っていない。 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど工夫し、利用者・家族にも周知を図る取り組みが望まれる。</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たPDCAサイクルにもとづく職員の資質向上を通して、事業所の質向上への取り組みを実施している。法人に内部監査の制度があり、年1回実施している。内部監査で定められた評価基準にもとづいて自己評価を行い、評価結果は、管理者層で分析・検討を行っている。</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>内部監査受審時に、内部監査結果報告書による改善指導があり、結果報告書をもとに課題を抽出し、改善計画書に文書化している。改善計画をもとに改善に取り組み、内部監査改善報告書で改善に向けた取り組みを報告している。 課題については職員間でも共有し、職員参画の下で改善に取り組み、経過を会議録などに記録することが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 30年度、年間事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・具体的施策を明確にしている。策定した事業計画に目標達成に向けた具体策を明示し、定期巡回会議・事業所内役職者会議で説明し、業務日誌にファイリングして職員に周知している。運営規程・決裁規程の職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所内に設置し周知を図っている。管理者不在時の権限委任を、組織図で明確にしている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法令集、法人諸規定等を事務所に設置して、遵守すべき法令等を理解できるよう努めている。集団指導への参加や、取引は経理規定・稟議規定等に沿って行い、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。ホームページでも入札情報を公表している。管理者は、法令に関して日の出塾での研修等に参加し、労務関係など、幅広く法令の把握に努めている。新入職者には法人で研修を実施し、途中入職者に対しては事業所オリエンテーション時に、遵守すべき法令・マニュアル内容等を周知している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 内部監査制度で年1回自己評価を行い、サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。内部監査結果報告書をもとに課題を把握し、改善計画を策定して取り組んでいる。管理者は、管理者層での検討・定期巡回会議・申し送り等に参画し、把握した職員の意見をサービスの質の向上に反映できるように取り組んでいる。法人研修、喀たん吸引等の外部研修、日の出塾等に参加し、教育・研修機会の充実を図っている。法人研修は担当者が参加し、職員には資料閲覧印による周知を図っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 管理者は毎月稼働率・収支等を「月次報告書」としてまとめ、業績会議で報告し、利用率・コスト分析結果等に基づき、分析している。理念や基本方針の実現に向けて、人員配置を運営規定・重要事項説明書で定め、30年度人員体制を事業計画書に明示している。1時間・半日単位の有給制度、夜勤用簡易ベッドの購入等、働きやすい環境整備に取り組んでいる。管理者は、法人内の業績会議に参加し、また、事業所内では管理者層の検討・定期巡回会議に参加し、経営・業務改善の実効性向上に向け話し合っている。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>運営規定に、人材確保・育成に関する基本方針を明確にし、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。30年度事業計画で事業再開に向けた採用計画を明示し、介護福祉士、喀たん吸引資格等、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。ポスティング・採用広告・就職セミナー・ホームページ・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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針を、事業所として期待する職員像としている。就業規則で人事基準・人事考課制度を明確にし、等級運用規定で昇進昇格等の要件を定めている。入職時や考課面談時に説明し周知を図っている。人事考課制度の仕組みの中で階層ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、能力・成果・貢献度等を評価している。法人で外部の専門機関、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行う仕組みがある。個別面談・自己申告カード等で把握した意見等に基づき、法人として改善策を検討し実施している。等級基準表で階層ごとに求められる等級や、昇進昇格の要件を明確にしておき、将来の姿を描くことが出来る仕組みがある。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>決裁規定の職務権限表で、労務管理に関する責任体制を明確にしている。事業所でタイムカードにより集計した就業状況に関する情報が本部でデータ化され、職員の就業状況を把握している。給与明細にも有給取得状況等を記載し、職員自身就業状況を把握できる仕組みがある。健康診断・ストレスチェックを年1回実施している。オンライン診療制度を採り入れている。管理者が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。自己申告カードにより、直接本部の職員相談室へ相談出来る仕組みもある。また、外部の弁護士事務所へ相談できる仕組みもある。時間単位・半日単位有給休暇制度、柔軟な勤務体制、医療費補助、福利厚生クラブ加入等、総合的な福利厚生を実施し、ワークライフバランスに配慮している。事業計画にも採り入れて、計画的な人材育成や確保を推進し、定着の観点から、働き方改革を推進してしる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>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、上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、階層に応じて目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。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年度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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 等級基準表に期待する職員像を明確にしている。法人研修計画の中で、介護福祉士、喀たん吸引資格等の取得を推奨している。法人研修計画に沿って研修を実施し、担当職員が参加し、事業所で資料研修による伝達を行っている。法人研修室で、研修参加者のレポート内容等の分析・評価を行い、次年度の研修計画・内容に反映させる仕組みがある。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 個別に取得した資格状況・経験年数等は履歴書と受講証で把握し、別途、法人でも把握・管理している。新任職員には、法人で採用時研修、フォローアップ研修を実施している。配属後はオリエンテーションを実施して指導担当者が同行研修を実施し、2週間～1ヶ月程度教育を行っている。31年度には、eラーニングの採り入れを検討している。法人研修で、階層別・職種別研修の機会を確保している。個別に職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じ、喀たん吸引研修等に参加している。外部研修案内は、業務日誌に挟んで回覧し、内容に応じて、管理者が適任者に参加を推奨している。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給により参加を支援している。		
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・Ⓒ
<コメント> 現在までに、実習生の受け入れ実績がない。 実習生受け入れに備えて、マニュアルの整備が望まれる。		

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・Ⓑ・c
<コメント> ホームページに法人の理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開し、法人・事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。事業内容・特長等を記載した「それいゆ朝霧定期巡回ニュース」を、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。事業計画・事業報告、苦情・相談の体制や内容、改善・対応の状況を公開する仕組み作りが望まれる。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 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。事業会計状況等について、監事が定期的に監事監査を実施し、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。		

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> 日の出プライド基本方針に、地域の支えとなる「地域の喜び」を謳い、理念として文書化している。在宅医療を行う医療機関の紹介・地域のボランティア活用・通院時のタクシー利用等、必要な利用者に情報を提供し、利用・活用できるよう取り組んでいる。事業所として、郵便局や通院に同行している。必要に応じて、介護タクシーの利用を紹介したり、配食サービスを介護支援専門員に提案している。		
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> 救急病院等医療機関や行政機関一覧、居宅事業所リスト、取引業者名刺等により、当該地域の関係機関・団体について把握に努めている。兵庫県定期巡回事業所協議会（兵庫あんしんねっと24）等に参加し、他サービスとの委託契約での連携等、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。介護医療連携推進会議で、地域の自治会・薬剤師等との連携を検討している。サービス担当者会議に参加し利用者のアフターケア等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。関係機関や団体のリストを整理して事業所にわかりやすく設置する等、職員間で共有を図ることが望まれる。		
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> 非該当		
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> 電話等での、地域からの介護相談に対応し、地域ニーズの把握に努めている。民生委員が介護医療連携推進会議に参加しており、地域の独居高齢者への対応等、地域ニーズ把握に努めている。地域包括支援センター・居宅事業所・兵庫県定期巡回事業所協議会等と連携して把握した課題の解決に努めている。 地域住民に対する相談事業、把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動については、今後の取り組みとして検討している。		

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> 利用者尊重の姿勢を、法人の理念・基本方針、法人の倫理規定に明示し、また、「介護福祉士の倫理要綱」を事業所の倫理規定として周知を図り、介護マニュアルにも反映している。法人研修の「倫理・法令順守」「高齢者虐待防止・身体拘束廃止」の研修を受講し、資料研修で周知を図っている。利用者尊重・基本的人権への配慮についての実践状況については、毎月のモニタリングや年2回の目標管理・人事考課面談を通して管理者が確認・把握するようにしている。		
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> 「プライバシー保護マニュアル」「身体拘束マニュアル」「虐待対策マニュアル」を整備し、法人研修の「倫理・法令順守」「高齢者虐待防止・身体拘束廃止」の研修を受講し、資料研修で周知を図っている。マニュアルや規程類に、不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。訪問中、環境面などプライバシー保護に配慮している。重要事項説明書に「守秘義務に関する対策」「利用者の尊厳」「身体拘束の禁止」の条項を設け、利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護についての事業所の取り組みを周知している。プライバシー保護・権利擁護の実践状況を、同行訪問、毎月のモニタリングや年2回の目標管理・人事考課面談を通して確認するようにしている。		
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> 写真・図・絵を使用してわかりやすく説明したパンフレットを作成し、利用料金表についてもパターン別に早見表形式でわかりやすく工夫されている。パンフレットを居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、入手しやすく配慮している。利用希望者には、自宅や病院などを訪問し、個別に丁寧な説明を行っている。ホームページ・パンフレット等の情報については、事業所・法人で適宜見直しを実施している。		
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> 利用開始の際には、契約書・重要事項説明書と共に、パンフレット・利用料金表・「ご利用のお知らせ」などわかりやすく工夫した資料も用いて、理解しやすい説明に努め、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者については、署名代行者の欄を設け適正な説明、運用を図っている。		

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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用終了時には、要請に応じて、サマリーや情報提供書で、継続的にサービスを受けることができるように情報提供を行っている。サービス終了後も、管理者を相談窓口として設置し、利用者・家族の相談に対応することを口頭で説明している。 サービスの利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>毎月のモニタリング訪問時に、個別に面談し、満足度の把握にも努めている。 アンケート結果やモニタリング結果等から把握した利用者満足について、分析・検討し、改善につなげる仕組み作りが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情受付担当者・解決責任者を管理者とし、法人として第三者委員を設置している。重要事項説明書に、事業所の相談苦情窓口と区市町村の窓口を明示して配布している。「苦情受付報告書」の書式はあるが、現在は、主に電子カルテの特記欄に記録し、申立者へのフィードバックも含めて記録して、職員間で迅速に共有できるようにしている。苦情相談については、内容に応じて、管理者層で検討したり、同行訪問で指導する等、改善とサービス質向上に向けて取り組んでいる。 アンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫が望まれる。苦情内容・解決結果等は、申立者に配慮した上で公表する仕組みづくりが望まれる。苦情・相談をもとに改善が図られた取り組みについて、記録しておくことが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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」の条項で「苦情や相談」を受け付けることを記載して配布しているが、わかりやすい文書の作成には至っていない。事業所内は相談室を設け、相談しやすいスペースを確保している。 相談したり、意見を述べる場合の方法や相手をわかりやすく説明した記載が望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情（クレーム）・相談・事故対応マニュアル」に、相談・意見の対応手順について明示している。各訪問時に利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し傾聴に努めている。また、毎月モニタリング訪問を行い、相談・意見を積極的に把握するように取り組んでいる。把握した相談・意見については、電子カルテの特記欄に記録し、職員間で共有している。内容に応じて、管理者層が迅速な対応に努めている。</p> <p>マニュアルについて定期的な検証を行い、見直し履歴に記録することが望まれる。利用者・家族の意見・相談に、管理者・計画作成責任者が対応してサービスの向上に反映した経過・結果がわかる記録等の工夫が望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>業務分掌で事故対応についての責任者を管理者とし、「事故・緊急時マニュアル」に事故予防、事故発生時の対応・注意点等を明示している。事故の発生事例はないが、あれば、法人所定の事故・ヒヤリハット報告書を使用し、ミーティングなどで情報共有を図り、防止策を検討し実施をする仕組みがある。</p> <p>事業所のサービス内容に応じた安全確保・事故防止に関する研修を定期的に行うことが望まれる。ヒヤリハット事例の収集に努め、自己の未然防止に取り組まれることが望まれる。また、事故防止策については、実効性を定期的に評価・見直しを行う仕組み作りが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>感染症対策の管理体制について、主を管理者、副を看護師としている。「感染症マニュアル」を整備している。法人研修で、「感染症について」の研修が年2回実施され、資料研修で周知を図っている。手指消毒薬・マスク・手袋・予防着などを携帯し、感染症予防・対応を適切に行っている。感染症発生時には、看護師が中心に訪問調整を行い対応する仕組みがある。</p> <p>マニュアルについて定期的な検証を行い、見直し履歴に記録することが望まれる。</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やっている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>防災対策マニュアルを整備し、法人で非常電源を確保し、データや書類のバックアップ等、サービス提供の継続に必要な対策を講じている。非常時には、近隣の同法人の施設での運営を行う仕組みもある。安否確認のために、利用者の緊急連絡先はスマケアに入力し、職員については緊急連絡網を整備している。</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、その中に利用者尊重やプライバシー保護についての記載もある。一定の経験と技術水準のある職員が配置されているため、標準的な実施方法についての習得は基本できているが、同行訪問時に確認し必要があれば指導している。実施状況については、同行訪問時や毎月のモニタリング訪問で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。	a ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>介護マニュアルは、年度末に定期巡回会議で見直すこととしている。マニュアルについて定期的な検証を行い、見直し履歴に記録することが望まれる。マニュアルの見直しにあたっては、職員の意見・提案を反映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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>看護師2名を計画作成責任者として設置している。アセスメントシートで課題抽出を行っている。サービス担当者会議、また、事業所内では看護師・介護士、時には機能訓練士の意見・助言も取り入れて、アセスメント・計画確定についての協議を行っている。訪問計画の「問題点」欄に、利用者個々のニーズを明示している。毎月モニタリングを実施し、計画通りにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースに関する経過は、電子カルテの「特記」欄に入力している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画書の見直し時期に、概ね6ヶ月毎に訪問計画の見直しを行っている。毎月のモニタリングで見直しの必要性について確認し、見直しが必要であれば、介護支援専門員に報告し随時見直しを行っている。見直しによって変更した内容は、電子カルテにより、関係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>利用者の身体状況については、アセスメントシートにより把握している。計画にもとづくサービス実施を、記録システムの記録により確認できる。電子カルテシステムにより、必要な情報が的確に届く仕組みがある。朝のミーティング・定期巡回会議により、看護師・介護士で情報共有の仕組みがある。会議に参加できなかった職員は、議事録の回覧により周知を図っている。利用者の生活状況を把握するためにも、事業所としてフェイスシートの整備が望まれる。記録内容や書き方に差異が生じないように、職員への指導等の工夫が望まれる。</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」「特別個人情報保護規定」「文書保存規程」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策と対応方法に関する規定を定めている。記録の管理責任者を管理者と定めている。職員には、法人の入職時研修で記録も含めて個人情報保護についての研修を実施し、守秘義務についての説明も行い誓約書を交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報の使用について説明し同意を文書で得ている。</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-(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ADL・IADL・住環境等をアセスメントシートで把握し、計画作成時に「本人及び家族の希望」を把握し、それらに応じた支援に取り組んでいる。自立した生活が営めるように、必要時には機能訓練士の助言を受けながら、自宅の環境に配慮したり、自立に向けた動機付けを行っている。鍵を預かる場合のルールは重要事項説明書に記載し、買物代行は訪問計画書・手順書に明示し実施している。権利擁護に関する制度利用について、必要性を感じたり家族等から相談を受けた場合は、介護支援専門員に報告し利用につなげる仕組みがある。安心・安全な環境づくりについて、必要時には助言・情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員にも報告している。

アセスメントシートの「認知」欄で意思伝達能力を把握し、機能的な留意点があれば「その他」欄に記入している。訪問中に把握した利用者の思いや意向や、コミュニケーションについての留意点などは、電子カルテに記録して共有を図っている。難聴の利用者には筆談を用いる等、個別のコミュニケーション方法を工夫している。法人研修で「接遇」についての研修があり、事業所内では資料研修や、会議での注意喚起により、接し方や言葉遣いについて意識付けを行っている。

		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

重要事項説明書の利用者の尊厳・身体拘束の廃止の項目で説明、周知を図っている。身体拘束廃止マニュアル・高齢者虐待防止マニュアルを整備し、早期発見のポイントや報告手順など、必要な事項の周知を図っている。法人研修に「身体拘束廃止」「虐待防止」研修があり、事業所内では資料研修により周知を図っている。
権利侵害防止について具体的に検討する機会作り、再発防止について検討する仕組みの明確化が望まれる。

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

入浴支援の事例は少ない。アセスメントシートで入浴についての自立度を把握し、訪問計画書・電子カルテ内の手順書に入浴形態や介助方法を記載し入浴支援を行っている。羞恥心への配慮は介護マニュアルに明示し周知を図っている。個別の入浴の可否の基準があれば手順書に明示している。入浴前にはバイタルチェックを行い、異常があれば看護師に報告し、必要に応じて保清方法を変更して対応している。安全な入浴のための環境整備について、必要があれば利用者・家族に助言・情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員にも報告している。

アセスメントシートで排泄についての自立度を把握し、訪問計画書・電子カルテ内の手順書に介助方法や使用する排泄用品を記載し排泄支援を行っている。心身の状況に変化があれば計画の見直しを行い、安全に介助できるように取り組んでいる。羞恥心への配慮は介護マニュアルに明示し周知を図っている。トイレ・ポータブルトイレ等、快適に使用できるように清潔な環境整備を行っている。排泄について、福祉用具や排泄用品等について、必要があれば利用者・家族に助言・情報提供を行い、内容に応じて介護支援専門員にも報告している。尿や便の状態は、電子カルテに記録している。

アセスメントシートで移動についての自立度を把握し、訪問計画書・電子カルテ内の手順書に介助方法や使用する福祉用具を記載し移動支援を行っている。心身の状況に変化があれば計画の見直しを行い、安全に介助できるように取り組んでいる。必要に応じて、機能訓練士の助言を受けながら、看護師・介護士が連携して、安全な移動・移動の自立に向けた支援、福祉用具の検討を行っている。移動について、自宅の環境・福祉用具等について、必要があれば利用者・家族に助言・情報提供を行い、内容に応じて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

医師の指示で看護師が食事介助を行い、その後介護士に介助を移行する場合には、看護師が作成した詳細な手順書で対応する仕組みがある。看護師・介護士が連携し、食事のペースや自立支援に配慮した介助を行い、また、口腔体操や食事形態の検討など、経口摂取が継続できるように取り組んでいる。誤嚥、窒息など食事中の事故の対応方法については、日頃から看護師から介護士に指導している。毎月のモニタリングで、利用者の心身の状況に合わせた食事提供・介助方法等について検討・見直しを行っている。モニタリング時、日常の食事状況を確認したり、必要に応じて助言・情報提供し、内容に応じて介護支援専門員にも報告している。食事・水分摂取量は、電子カルテに記録している。

訪問時、看護師・介護士が、利用者の状況に応じた口腔ケア・口腔内のチェックを行っている。口腔機能の保持・改善への取り組みや、家庭での口腔ケアについての助言は主に看護師が行っている。また、口腔内の異常についての報告も主に看護師が行っている。それらは、必要に応じて、看護師から介護支援専門員に報告している。口腔ケアについての研修が望まれる。

		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

事業所内では看護師・介護士が連携して褥瘡対策に取り組み、褥瘡発生後の治癒に向けたケアは看護師が行っている。また、在宅褥瘡管理者が在籍し、病院と連携をとりケアにあたっている。在宅褥瘡管理者が中心になり、日本褥瘡学会のマニュアルや発信情報から、褥瘡ケアの最新の情報を収集し、看護師・介護士に伝え日常のケアに取り入れている。家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・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。介護マニュアルに、褥瘡発生予防・ケアについてのマニュアルを整備し、職員に周知を図ることが望まれる。

		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

特記事項

非該当

		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

訪問時に拘縮予防・歩行練習など、利用者の生活維持や介護予防を支援している。介護士・看護師が連携すると共に、状況に応じて機能訓練士から専門的な助言・指導を受けている。また、自宅での運動メニューを助言・情報提供する場合もある。状況の変化については、常に介護支援専門員に連絡し、医療機関につなぐ仕組みがある。

		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

利用者個々の日常生活能力や機能、生活歴について、フェイスシート・アセスメントシートに記録し、看護師が毎月再アセスメントを行っている。行動・心理症状がある利用者についての症状や対応を共有し、支持的・受容的な援助に努め、観察と経過を電子カルテに記録している。法人研修で「認知症ケア」の研修があり、資料研修で周知を図っている。訪問時・月1回のモニタリング訪問・サービス担当者会議等で家族に様子を伝え、相談を受け、助言や情報提供を行い、より良いケアを家族と共有できるように努めている。内容や経過を電子カルテに記録し、必要に応じて介護支援専門員にも報告している。

		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

「相談苦情・事故対応マニュアル」に、利用者の体調変化時の対応手順についてフローチャートで明示し、看護師が医師・医療機関と連携体制を確立している。利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくため、バイタルチェック・状態観察を行い、電子カルテに記録している。異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡している。体調変化時の対応については、利用者毎の留意事項を看護師が指導している。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修、または外部研修の伝達研修を実施することが望まれる。

		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

終末期を迎えた場合の対応について方針と手順は、訪問計画書と電子カルテの手順書に記載している。看護師が医師・医療機関と連携を取り、家族の意向確認や対応・ケアについての説明を行っている。法人研修で「ターミナルケア」の研修があり、資料研修で周知を図っている。カンファレンスや勉強会などで、終末期ケアに携わる職員に対して、精神的なケアを実施することが望まれる。

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

電子カルテの開示を行い、定期的及び変化があった時に、利用者の状況を家族に報告している。電子カルテでの報告ができない場合は電話で連絡し、必要事項が必ず家族に伝わるよう連絡方法を工夫している。月1回のモニタリング訪問、サービス担当者会議等で、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設けている。内容は電子カルテに記録している。家族が必要とする情報提供や、介護に関する助言は随時行い、必要に応じて介護支援専門員にも報告し、経過は電子カルテに記録している。

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

サービスの実施方法・手順等の周知と、利用者の状況等の情報共有は、主に、電子カルテで行っている。毎朝の朝礼や定期巡回会議、また、電子カルテ内で連携を図り、相談・助言も行っている。担当制ではないが、初めての職員が訪問する場合は、事前に連絡し、可能な限り訪問に同行している。必要に応じ、介護支援専門員や医療機関から指導や助言を得られるようにしている。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑩	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

意思疎通・食事・清拭・排泄・整容・心理面についての個別・具体的なサービスの方法を、電子カルテ内の手順書に明示し、必要時には随時変更し、職員間で共有できる仕組みがある。

A-6 訪問介護員が受ける暴力等への対応

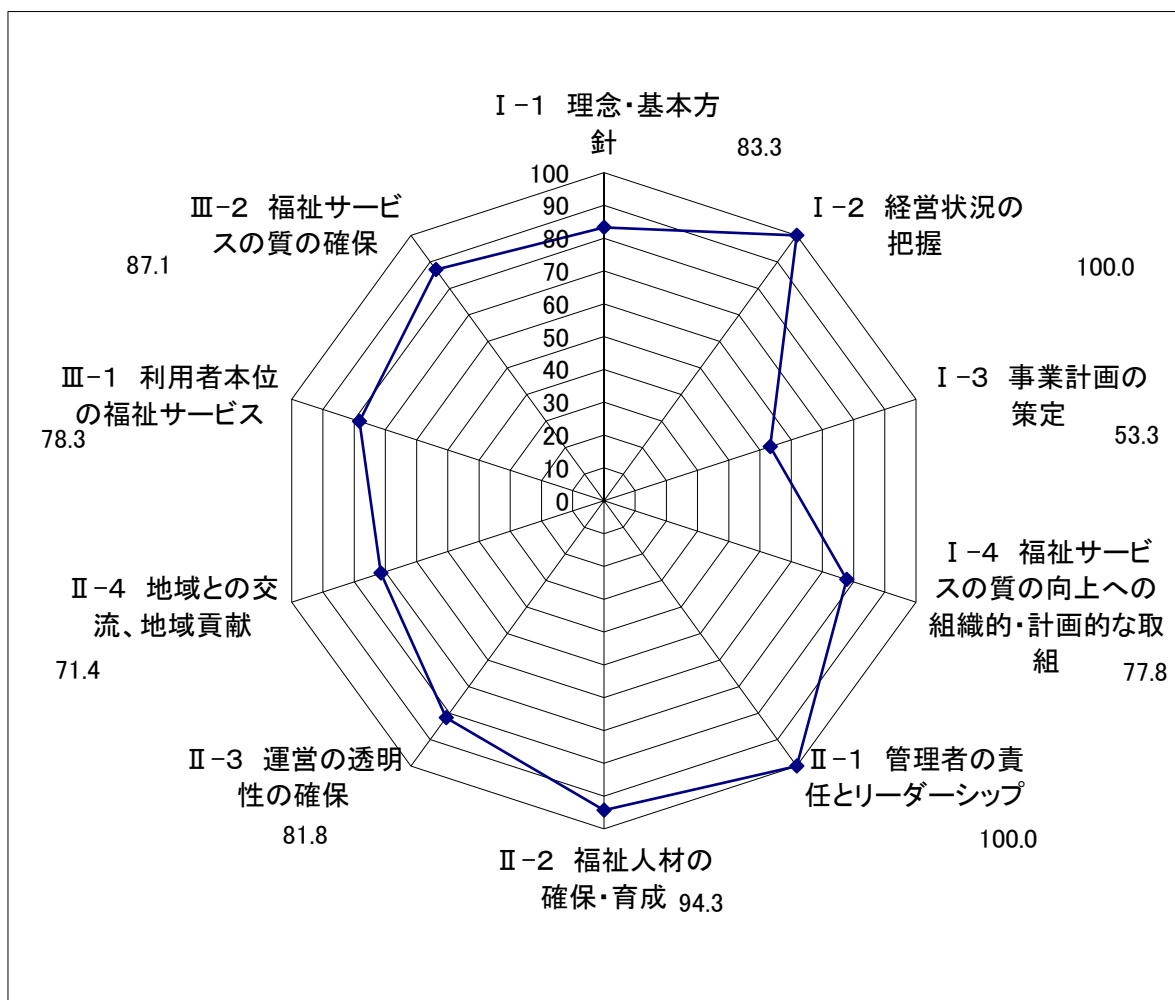
		第三者評価結果
A⑨	A-6-① 訪問介護員が受ける暴力について事業所として取り組みを行っている。	a • b • c

特記事項

「訪問看護師・訪問介護員が受ける暴力等対策マニュアル」を整備し、事業所としての姿勢や対応について明示している。利用者やその家族からの暴力・暴言の事例があれば、管理者に報告し、迅速に対応している。電子カルテに記録を残し、内容に応じて関係機関にも報告している。マニュアルの内容について職員に周知すると共に、定期的に検証し見直すことが望まれる。

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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	8	53.3
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	7	77.8
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	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	14	10	71.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	60	47	78.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	27	87.1
合計	206	171	83.0



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	15	88.2
A-2 生活支援	65	60	92.3
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	4	66.7
合計	107	98	91.6

総合計(I～Ⅲ+A)	313	269	85.9
------------	-----	-----	------

