

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： スマイルサポートセンター太子訪問介護 事業所	種別： 訪問介護
代表者氏名： 土居 祐貴	定員（利用者人数）： 47 名
所在地： 兵庫県揖保郡太子町矢田部179-1	
TEL 079-287-8591	ホームページ： https://hinode.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： H26.3.1	
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： 13 名 非常勤職員： 7 名
専門職員	(介護福祉士) 7 名 1 名
	(初任者研修、ヘルパー2級) 5 名 5 名
	(実務者研修、ヘルパー1級) 1 名 1 名
施設・設備の 概要	(居室数) (設備等)

③理念・基本方針

理念：HINODE PRIDE 基本方針：お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 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

法人の管理運営体制をもとに、事業所としても安定した運営を目指し、利用者一人ひとりのケアプランに基づいた、きめ細やかなサービスで生活のサポートできるように取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 9 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年10月5日・10月20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、毎月の部門会議・半期会議等で、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。
- ・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。
- ・訪問介護計画書に具体的な支援内容・留意点を、手順書に詳細な手順と留意点を明示し、利用者一人ひとりに応じた生活になるように支援している。日常生活動作の中での自立支援、共に行う家事等により、自立支援に取り組んでいる。サービス実施記録と毎月のモニタリング実施で、サービス実施状況と達成度を把握し、訪問介護計画にもとづいたサービス実施を明確にしている。
- ・サービス実施記録の他、個人ファイルに訪問時の利用者の状況や支援状況を詳細に記録して職員間で共有しケアや支援に反映している。業務上の申し送り事項は申し送りファイルに記録して共有し、パソコンのシステムや個人ノートも活用し、必要な情報が的確に伝達できるように取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。
- ・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。
- ・事業所内で定期的な会議・研修会を実施する取り組みが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の際は大変お世話になりました。今回の評価を通して教えていただいた面、気づいた面等多くの知識を身に着ける事ができました。今回の経験を今後の運営に役立てていければと思います。ありがとうございました。

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。

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> 理念・基本方針を明文化し、ホームページに掲載している。理念は法人の使命や目指す方向を読み取ることができ、基本方針は理念との整合性が確保され、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時に理念・基本方針を説明すると共に、文書を配布し周知を図っている。事務所に掲示し、申し送りファイルにもファイリングし、常に意識付けできるようにしている。理念や基本方針を、利用者や家族にも周知する取り組みが望まれる。		

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> 太子町役場の高年福祉課からの情報提供、地域ケア会議での行政・他事業所・民生委員等との情報交換、法人のエリア会議等、様々な機会を活かして社会福祉事業や地域の動向について把握に努めている。地域の利用者状況やニーズについては、地域ケア会議やエリア会議で把握している。事業所からの報告を法人本部がデータ化し、毎月のエリア会議でコスト分析や利用率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> 毎月のエリア会議で課題を明示すると共に、年2回開催する法人の経営会議でも、各事業所が実績報告と課題抽出を行っている。エリア会議・経営会議には、理事も出席し、共有している。課題解決・改善に取り組み、次月のエリア会議で進捗を報告する仕組みがある。改善すべき課題については職員にも周知することが望まれる。		

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・長期的なビジョンを持っているが、中長期計画として明文化するには至っていない。中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す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>単年度事業計画は、法人共通の書式で、収支計画と事業計画が策定されている。「施設運営上の課題」「今期目標」「課題解決および目標達成のための具体的施策」の項目に沿って、具体的で、評価しやすい書式になっている。</p> <p>中長期計画を策定し、中長期計画と連動した単年度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>毎月のエリア会議で、収支計画の進捗を把握し、課題分析・改善に取り組んでいる。年度末に評価して、事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。</p> <p>事業計画の実施状況の把握・評価・見直しについては、管理者層のみで行うのではなく、職員も参画して取り組むことが望まれる。</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を、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をわかりやすく説明した資料を作成する等、利用者・家族に理解しやすく説明する工夫を行い周知す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>人事考課によるPDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。各種定例会議・委員会を定期的に行い、サービス内容を評価する体制を整備している。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設定することが望まれる。</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。	a ・ b ・ (c)
<p><コメント></p> <p>評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。</p> <p>職員が参画し、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。また、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> 法人の理念に基づいて、事業所毎に29年度事業計画を策定し、課題・目標・施策を明確にしている。管理者が年度初めのミーティングで事業計画を説明し、職員間での共有に努めている。決裁規程の「職務権限表」で、管理者の役割責任を定め、「決裁権限」で稟議に関する管理者の役割を定めている。これらは「規程集」として事務所に設置している。有事における管理者不在時は、実務的には管理者からサービス提供責任者へ権限移譲される仕組みとなっているが規定類での明示はできていない。 有事における管理者不在時の権限委任を、文書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、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として事務所に設置している。集団指導への参加や、入札時には経理規定に沿って行う等、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。管理者は町が主催する日常支援総合事業等、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、環境への配慮を含む法令の理解にも努めている。法人の採用時研修、事業所内研修等、職員に対して遵守すべき法令の周知に取り組んでいる。		
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> 管理者は各種個人記録、申し送り書類、事故・ヒヤリハット報告書、苦情受付記録等から、サービスの質の現状についての把握を行い、改善については申し送り書類や回覧文書で周知している。事業所内資料閲覧研修の実施・法人の研修への参加奨励等を行っている。 定期的に会議を行う等、職員の意見の反映とサービスの質向上への体制作りに取り組むことが望まれる。		
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> 毎月、事業所から利用者数等を報告し、それを基に法人本部でコスト分析等経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。分析結果に基づき、事業所で改善に取り組んでいる。業務遂行のための人員配置を運営規定で定め、基準以上の職員体制づくり、15分単位の有給取得促進、個別の勤務時間調整等に取り組んでいる。管理者は、エリア会議で検討した経営・業務改善のための取り組みを、内容に応じて申し送り書類や回覧文書で周知し、実践に向け取り組んでいる。 定期的に会議を行う等、経営・業務改善への取り組みについて、職員も参加して話し合う仕組み作りが望まれる。		

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>事業計画で、安定した雇用と人材育成を明示し、離職者を出さない等、人材確保・育成について具体策を明示している。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、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。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>法人の理念に「利用者中心の視点」を掲げ、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、職員にも周知している。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。法人本部で地域の処遇水準について情報収集を行い、処遇水準の評価・分析を行っている。個別面談等で把握した意見等をエリア会議で提案し、安定した雇用に向け法人として改善に取り組んでいる。「等級基準表」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>「職務権限表」で、労務管理に関する業務分担を明確にしている。就業状況については、勤怠ソフトにより法人本部でデータを集積し、管理者は本部からデータ提供を受け就業状況を把握している。健康診断を年1回実施し、腰部MRIの実施・コルセットの全員配布を行っている。インフルエンザ予防接種は、法人負担で全員に接種を義務づけている。入職時の心理チェックや、法人でストレスチェックを実施し、嘱託医の相談窓口も設置している。日常的にも管理者が相談窓口となり、また、エリア長に直接相談できる仕組みもある。育児・介護休業休暇、15分単位有給休暇制度、柔軟な勤務体制、親睦会、医療費の補助等、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行い、働きやすい職場づくりへに努めている。</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>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、目標設定・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、個別の目標項目と期限を設定し、等級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>運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、等級基準表で期待する職員像を明確にしている。法人の研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、等級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。年間研修計画に基づいて資料閲覧研修を実施し、法人の研修には不定期に、「日の出塾」研修には管理者が参加している。実施した研修についての感想や評価から、研修内容・カリキュラム・計画の評価と見直しを行い、次年度の研修に反映する仕組み作りが望まれる。</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>事業所では履歴書と受講証で経験年数・専門資格等の取得状況等を把握し、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、フォロー研修を実施している。配属後は事業所でオリエンテーション資料を用いて説明を行っている。法人の年間研修計画に、職種別・テーマ別研修を採り入れ研修機会を確保している。外部研修案内は、本部より個別にメール送信され、事業所で参加者を募っている。外部研修受講時は、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。内部研修については資料での閲覧研修を実施している。</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>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
<p><コメント></p> <p>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WAMNETで公表を予定している。民生委員・地域包括支援センター職員等が参加する「地域ケア会議会議」で、事業所の活動内容等を説明している。パンフレットと共にチラシを、地域の居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・医療機関の地域医療連携室などに配布し広報に努めている。</p> <p>苦情相談の対応・内容・改善の公表について検討することが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備し、規定集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・経理等について助言を得ており、内容に応じてエリア会議で報告している。内部監査は年2回、理事・エリア長等から相互チェックを受け、改善に取り組む仕組みがある。また、事業会計状況等について、監事が定期的に内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。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い、外部監査の結果や公認会計士による指導や指摘にもとづいて、コスト削減、人件費の改善等に取り組んでいる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出福祉医療グループの基本理念に「地域社会に貢献する」ことを謳い、パンフレットに明文化している。訪問介護計画に位置づけ、買い物や通院の支援を行う場合は、地域資源を利用している。</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
<p><コメント></p> <p>病院・居宅介護支援事業所・行政機関・取引業者等利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、事務所に設置し職員に周知している。地域ケア会議の全体会議や部門会議に参加し、情報交換を行っている。会議で地域の課題等の検討を行い課題解決に向け、取り組んでいる。ケアマネジャー主催のサービス担当者会議に参加し、連携を図りながら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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 訪問中に被災した場合の連絡体制、避難場所への誘導方法を把握している。太子消防署が開催している、防災時の意見交換会へ参加している。地域ケア会議へ参加し、高齢者夫婦・独居の人達が安心して地域で暮らし続けられるよう話し合っている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 民生委員も参加する地域ケア会議で、高齢夫婦世帯が多い等情報が出されており事例検討を通じてサービスの利用が適切に行われるよう連携に努めている。地域からの相談も受け付けている。事業所の機能を地域に還元する取り組みが望まれる。把握したニーズにもとづいた地域貢献に関わる活動事業等を事業計画等に明示して、取り組むことを期待する。		

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 理念・基本方針に、「利用者の尊厳」「利用者中心」として利用者尊重を明示している。「ヘルパーこころえ」にも明示し周知を図っている。介護マニュアルに、プライバシーへの配慮を明記しサービス実施に反映している。入職時研修、認知症ケア研修、高齢者虐待防止・拘束廃止研修で、利用者の尊重や基本的人権についての研修を実施している。「人事考課表」に、「利用者の権利・尊厳を第一に考え行動している」の項目を設け、定期的に自己評価・上位者評価を行い、必要な対応を行う仕組みがある。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人共通の個人情報保護規定を整備し、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。プライバシー保護マニュアルも作成している。虐待防止マニュアル・身体拘束廃止マニュアルも整備している。法人の入職時研修や事業所内研修で、プライバシー保護や高齢者虐待についての研修を実施している。契約時に、利用者・家族に、契約書の守秘義務項目、個人情報使用同意書で事業所の取り組みを説明している。管理者・サービス提供責任者の同行訪問や利用者・家族からのモニタリングにより、実施状況を確認している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> パンフレット・リーフレットは言葉遣いや写真・図・絵の使用等わかりやすいように工夫し、法人内事業所に設置し、居宅介護支援事業所に配布して、多くの人が入手できるようにしている。利用希望者には、個別にていねいな説明を行っている。パンフレットは随時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。	Ⓐ ・ 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を用いて説明し、文書で同意を得ている。また、わかりやすく工夫したパンフレットやリーフレットも使い、理解しやすい説明ができるように努めている。意思決定が困難な利用者への配慮については、契約書・重要事項説明書の中に「署名代行者」を設けて適切な契約・運用ができるようにしている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 入院・入所等で利用が終了になる場合は、事業所の毎月のモニタリング報告書や要請された書式で、介護支援専門員にサービスの継続性に配慮した情報提供を行っている。利用終了後の相談窓口を管理者とし、口頭で説明している。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、記載した文書を提供することが望まれる。		

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
<コメント> <p>利用者担当職員を設置し、毎月のモニタリング訪問時に、満足を把握できるように傾聴に努めている。把握した内容は、管理者に報告し、個別に対応している。利用者満足に関する調査を定期的実施し、把握した結果を分析・検討し改善に取り組むことが望まれる。</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
<コメント> <p>苦情受付担当者・苦情解決責任者を管理者として、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。毎月モニタリング訪問を行い、苦情を申し出やすい工夫を行っている。「苦情受付及び報告書」を整備し、内容・対応・申し立て者へのフィードバックについて記録し、申し送りノートや個人記録で共有し、サービスに反映する仕組みがある。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を、利用者等に配布し説明することが望まれる。また、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づくりが望まれる。</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
<コメント> <p>重要事項説明書に、「ご利用者様相談・苦情窓口」として、事業所・市・町・国保連合会の窓口を明示し、契約時に配布している。事務所内に相談スペースを確保している。</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
<コメント> <p>「苦情・相談対応マニュアル」を整備し、対応についての留意点等を明記し、苦情・相談対応の流れがフローチャートで明確にされている。毎月モニタリング訪問を実施し、相談・意見を引き出せるように傾聴に努めている。介護保険サービスについての相談・意見はモニタリングシートに記載し、介護支援専門員と協働して対応している。事業所内で取り組む内容については、個人記録に記録して共有し支援に反映している。年1回程度、マニュアルの見直しを検証する機会を持つことが望ましい。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
<コメント> <p>リスクマネジメントの責任体制を文書化している。「事故防止マニュアル」を整備し、「緊急時対応」フローチャートに連絡体制を明示している。「ヒヤリハット報告書」「事故報告書」の提出により、リスク事例の収集を積極的に行っている。発生状況・対応を報告書に記録すると共に、個人ファイルにも記載して周知し、再発防止に取り組んでいる。リスクマネジメントについての資料回覧研修を実施している。事故の未然防止策・再発防止策と、その実施状況や実効性についての評価・見直しも、報告書に記録することが望まれる。</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>感染症対策を含め、リスクマネジメントの責任体制を文書化し、「感染症対策マニュアル」を整備し、管理体制を整備している。28年に研修を実施し、年間研修計画で29年の資料回覧研修を予定している。うがい・手洗い・手指消毒の励行、マスク着用等予防の策を講じ、発生時には、それらに加えて、使い捨て手袋・エプロンを着用する等、適切に対応している。マニュアルは定期的に検証し、見直すことが望まれる。</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 行っている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「防火管理マニュアル」で対応体制を決めている。ハザードマップで災害の影響を把握し、事務所建物の耐震性を確保している。利用者の緊急連絡先を把握し、職員は緊急連絡網で安否確認するように決められている。</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>各種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、排泄マニュアルなどにはプライバシー保護も明記している。27年に介護技術研修を実施し、年間研修計画で29年も予定している。管理者・サービス提供責任者が同行訪問した際にも指導を行っている。スキルアップ確認シートの介護技術の項目で、自己評価・上位者評価を行い実施状況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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>マニュアルの見直しには至っていない。 職員からの意見を反映し、定期的にマニュアルの見直しを行い、必要なマニュアルの追加等を行うことが望まれる。</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>訪問介護計画の策定責任者を管理者と定めている。介護支援専門員からの情報や居宅サービス計画書、サービス担当者会議をもとに、アセスメント・計画作成を行っている。訪問介護計画書に、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行い、計画通りのサービス実施状況を確認している。介護支援専門員・主治医・看護師等と連携して支援困難ケースにも対応し、経過を個人ファイルや個人ノートに記録している。 事業所独自のアセスメントシートの整備が望まれる。</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>定期的には、居宅サービス計画の見直し時期に訪問介護計画を見直すこととしている。緊急に変更が必要な場合は、介護支援専門員に報告し、居宅サービス計画書の見直しのもとに変更している。訪問介護計画の見直した内容は、担当者会議報告書と変更した手順書で職員に周知している。変更時に新たなニーズが生じた時は、計画書に明示している。</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、サービス実施記録・個人ファイル・モニタリングシートによって把握し記録している。訪問介護実施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実施記録により確認することができる。サービス実施記録を管理者・サービス提供責任者が確認し、不備などがあればその都度個別に指導し、記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。個人ファイル・申し送りファイル・個人ノート等の回覧・パソコンのシステムの利用等により、情報を共有する仕組みが整備されている。 情報共有を目的とした会議の定期的な開催が望まれる。</p>		

<コメント>

文書保存規程により、記録の保管・保存・廃棄・開示・漏えいに対する対策と対応を明示している。記録管理の責任者を管理者としている。入職時研修や事業所の研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設け、守秘義務についても説明し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取り扱いについて説明し、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

<p>利用者・家族の意向を聞き取り、訪問介護計画に反映して利用者個々に応じた生活となるよう支援を行っている。「訪問介護計画書」「手順書」に、自立支援、自立への動機づけ、掃除・洗濯・買い物等を共に行うこと等を記載し、支援している。訪問時には、環境整備・衛生管理・火元等にチェックし、居住空間に危険がないかを確認し、安全確保に取り組んでいる。訪問介護では、鍵は預からないこととし、買い物代行は現金を預かり、領収書と返金で対応し、サービス実施記録に記録している。現在成年後見制度を利用されている事例があり、今後も必要性があれば介護支援専門員と協働して支援する体制がある。</p> <p>事業所独自のアセスメントシートを整備することが望まれる。</p> <p>訪問時のコミュニケーションや月1回のモニタリングで利用者の意向の把握に努め、「個人ファイル」や「モニタリング兼サービス提供報告書」に記録している。事業所内で共有し、また、介護支援専門員と連携し、ケアに反映している。意思伝達が困難な利用者には、大きな声で話しかけたり、「ボード」を使用したり、筆談で行う等個別のコミュニケーション方法を工夫している。施設内研修で、「介護職員の接遇（マナー）の心得とは」の資料研修を実施し、利用者への尊厳やプライバシーを損なわない言葉遣いについて学ぶ機会を持っている。</p>
--

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

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた入浴方法を 訪問介護計画書・手順書に明示し、安全な実施のための取り組みを行っている。入浴マニュアル・手順書に明記し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。入浴を拒否する人への誘導や介助方法、入浴前の浴室内の安全確認、脱衣室等の室温管理、入浴後の水分摂取やスキンケア等は、利用者個々の手順書に記載し実施している。入浴前にバイタルチェックを行い、サービス提供記録に記載している。必要に応じて、家族に入浴介助についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

事業所としての入浴可否の判断基準はマニュアルに、利用者個々の可否判断基準は手順書に明記することが望まれる。

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた排泄介助の方法を 訪問介護計画書・手順書に明示し、安全な実施、自立に向けた働きかけへの取り組みを行っている。排泄マニュアル・手順書に明記し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助を行っている。サービス提供記録の排尿・排便の項目には、性状や量を明示している。トイレの清潔保持については、排泄介助の一連の手順として、また、生活援助の掃除でも実施している。必要に応じて、家族に排泄介助や介護用品等についての情報提供を行い、介護支援専門員にも提案と情報を報告している。

居宅サービス計画書を基に、利用者の心身の状況に合わせた移動・移乗介助の方法を 訪問介護計画書・手順書に明示し、安全な実施、自立に向けた働きかけへの取り組みを行っている。手押し車・車いす・L字バー・タッチアップなど、使用している福祉用具に不具合などがあれば、家族・介護支援専門員に連絡し、個人ファイルに記録している。必要に応じて、家族に移動・移乗介助、介護用品についての情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

褥瘡マニュアルを整備し、予防と発見に努めている。褥瘡の兆候等の発見があれば、介護支援専門員に報告し、訪問看護師・法人内の看護師と連携して対応している。訪問介護計画書にもとづいて、看護師の指示の下に、体位変換や軟膏の塗布、車椅子に円座、ベッド上でのクッションの使用等を実施している。必要に応じて、家族に褥瘡予防のマットレス等情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

研修や個別の指導等により、褥瘡について学ぶ機会を設けることが望まれる。

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

「口腔ケアマニュアル」を整備している。居宅サービス計画書にもとづいて、訪問介護計画書に口腔ケアを位置づけて支援している。口腔内に異常があれば、家族と介護支援専門員報告し、歯科受診等につなげている。必要に応じて、口腔ケアに関して家族に情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

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

終末期を迎えた場合の手順は、居宅サービス計画に基づいて訪問介護計画に明示し、家族に説明し同意を得ている。平成27年度に、全職員に施設内研修で「ターミナルケアについて」の研修を実施している。看取りに際しては、ケアカンファレンスや面談等で、職員の不安の軽減や精神的なケアに努めている。介護支援専門員・医療機関・看護師との連携体制のもとで支援に取り組んでいる。今後も、継続的な研修の実施が望まれる。

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ついて、支援上の配慮や状態観察・経過等は、個人ファイルに記録して共有する仕組みがある。掃除・洗濯・買い物等を共に行うことを具体的に手順書に記載し、日常生活で役割が持てるように支援している。事業所内研修で、「認知症について」学ぶ機会を設けている。介護支援専門員から要請があれば、社会資源について家族に情報提供する。必要に応じて、家族に認知症ケアについての情報提供や相談支援を行い、介護支援専門員にも報告している。定期的な再アセスメントを実施し、利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行うことが望まれる。家族・介護支援専門員への情報提供を、個人ファイル等に記録に残すことが望まれる。訪問時に、危険物、異食・火傷の危険性等、安心・安全に生活できるよう環境の整備を行っている。危険等があれば、家族に連絡し、介護支援専門員にも報告し安全に生活できる環境となるように支援している。

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。日常生活動作、共に行う家事等の支援の中で自立支援に取り組み、機能の維持・向上に努めている。介護予防活動や地域での教室への参加についての情報提供などは、介護支援専門員から要請があれば連携して支援する仕組みがある。機能訓練の必要性を察知した場合は、介護支援専門員に報告している。

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

訪問時に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、体調変化や異変の兆候を早く察知できるようにしている。体調変化があった場合は、管理者から家族・介護支援専門員に報告し、医療機関につないでいる。事業所内研修で、「緊急時の顔観察点・対応について」の研修を実施している。

高齢者の健康管理や病気・薬等について研修の実施が望まれる。

「感染症マニュアル」「食中毒マニュアル」を整備している。職員は毎日体温を測り、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。職員に対して、インフルエンザ等必要な予防接種については、法人が費用負担している。事業所内研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を3回設けている。訪問時には、冷蔵庫の中をチェックして保存期間等を確認し、本人の同意を得て処分したり、必要があれば家族・介護支援専門員に報告している。

職員・職員の家族が感染症にかかった場合の対応について文書化することが望まれる。

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

定期的には、訪問時のサービス実施記録で利用者の状況を報告し、変化があった時には電話で報告している。訪問介護計画書更新時に、家族にサービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談を受けている。電話・メール等、家族の連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるように工夫している。家族の状況や介護負担について把握に努め、必要に応じて電話やモニタリング報告書で介護支援専門員に報告している。家族に対する介護に関しての情報提供は、介護支援専門員と連携しながら行っている。

家族との相談については、内容・対応等を相談記録等に記録する仕組み作りが望まれる。

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

詳細な手順書により、サービスの実施方法・手順について職員に周知を図っている。初回の訪問時は、サービス提供責任者が同行している。個人ファイル・申し送りファイル・個人ノートで利用者の状況を共有している。主治医・訪問看護師・機能訓練士等、必要に応じて外部の専門職の指導・助言が受けられる体制がある。
定期的なケアカンファレンスや研修を開催し、事業所内で相談・助言が得られる機会作りが望まれる。

A-10 サービスの適切な実施

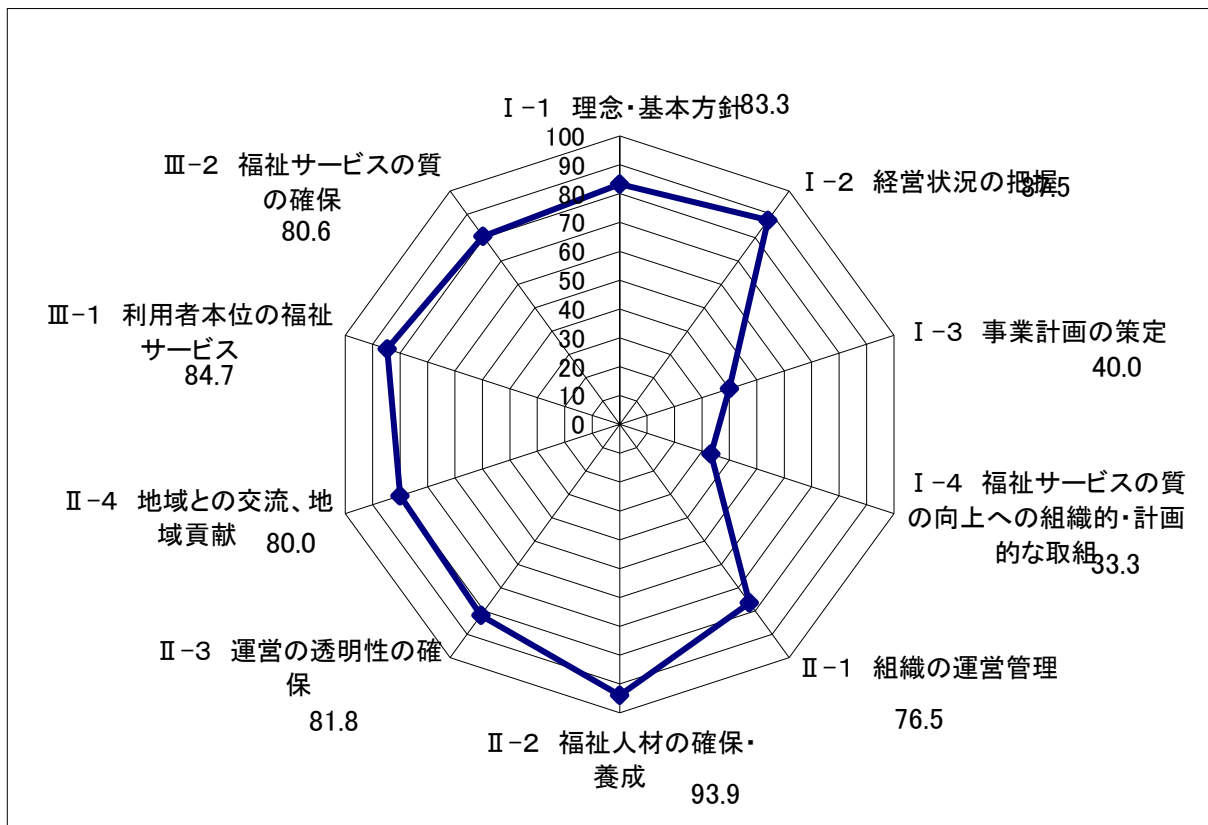
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	(a) ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画書に基づいて訪問介護計画書を作成し、意思疎通・入浴・排泄・整容・心理面等について、詳細な介護手順書に個別具体的なサービス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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	15	6	40.0
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	13	76.5
II-2 福祉人材の確保・養成	33	31	93.9
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	15	12	80.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	59	50	84.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6



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	27	93.1
3 食生活	4	3	75.0
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	11	9	81.8
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービス提供体制	6	5	83.3
10 サービスの適切な実施	5	5	100.0

