

(別添1)

## 事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別 訪問介護

事業所名（施設名） あいヘルパーステーション

第三者評価の判断基準

a・・・着眼点をすべて実施している状態

b・・・着眼点が一つでも実施していないものがある状態

実施していない状態

実施している状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 法人や事業所の理念が明文化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 1 理念が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 2 理念から、法人・事業所が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人・事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。</li> </ul>	法人代表者（理事長）、管理者の福祉事業への熱意、見識も高く、今後より良い事業所に発展できることが期待します。 「人々が安心して健やかに暮らせる地域づくりに貢献し、地域の福祉の増進に寄与する」という理念は、長文で周知等において苦慮している様子でしたので、認知症の方にも解かりやすい工夫や見直しをして、さらにより良いものになるように期待いたします。
			② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 3 基本方針が文書（事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等）に記載されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 4 基本方針は、法人・事業所の理念との整合性が確保されている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 5 基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。</li> </ul>	
		(2) 理念や基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 6 理念や基本方針を会議や研修において説明している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 7 理念や基本方針の周知を目的とした実践テーマを設定して会議等で討議の上で実行している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 8 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	利用者のアンケート調査に理念、基本方針についての設問もあり、今後も継続して周知への取り組みを期待します。
			② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 9 理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成する等、より理解しやすいような工夫を行っている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 10 認知症などの利用者に対しての周知の方法に工夫や配慮をしている。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 11 理念や基本方針を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 12 理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	利用者会や家族会を結成することは難しい状況の様だが、利用者・家族方々には個々に分かりやすい資料説明等工夫して取り組んでいました。利用者会や家族会の結成についてもこれから取り組むことを伺うことができ期待しています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
I	2 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 13 理念や基本方針あるいは質の高い福祉サービスの実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。 <input checked="" type="checkbox"/> 14 実施する福祉サービスの内容や、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにしている。 <input type="checkbox"/> 15 中・長期計画は、課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっている。 <input type="checkbox"/> 16 中・長期計画に基づく取組を行っている。 <input type="checkbox"/> 17 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 18 人件費の増減の予測を行っている。 <input type="checkbox"/> 19 地域の年齢別の高齢者の数の増減を把握し、利用者の増減を予測している。 <input checked="" type="checkbox"/> 20 増改築、建て替え等の特別の支出の必要性を把握している。	理事長及び管理者は課題や問題点は十分に把握しているが、計画としてまとめて職員に周知共有がされていないので、今後、文書化し職員の周知共有への取り組みを望みます。  地域との繋がりを強化して、対象利用者数やニーズの把握に努めることを望みます。	
		(1)	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。		b)	<input type="checkbox"/> 21 事業計画には、中・長期計画及び中・長期の収支計画の内容を反映した各年度における事業内容が具体的に示されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 22 事業計画は、実行可能かどうか、具体的な活動や数値目標等を設定することによって実施状況の評価を行えるかどうかについて配慮がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 23 事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 24 事業計画は、前年度の実施状況の把握や評価を踏まえて策定している。 <input checked="" type="checkbox"/> 25 事業計画を踏まえた予算書が策定されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 26 予算書と実績との対比・分析がなされており、対応を検討している。	事業計画の事業内容は利用者の方の拡充や職員の確保・育成等具体的に数値目標で示されているが、中長期計画としての位置づけが不明瞭なので、特に職員との共有周知を図るためにも中長期計画として明示する改善を望みます。
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定が組織的に行われている。			b)	<input checked="" type="checkbox"/> 27 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 <input checked="" type="checkbox"/> 28 評価の結果に基づいて各計画の再確認や見直しを行っている。 <input type="checkbox"/> 29 一連の過程が一部の職員だけで行われていない。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	2		② 事業計画が職員に周知されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 30 各計画を配付し、会議や研修において説明している。</li> <li>■ 31 各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。</li> <li>■ 32 各計画の進捗状況を確認し、継続的な取組を行っている。</li> </ul>	事業計画は全職員に配布して研修会等で説明しておりました。
			③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 33 利用者あるいは家族向けに各計画をわかりやすく説明した資料を作成する等によって、より理解しやすいような工夫を行っている。</li> <li>■ 34 各計画を利用者会や家族会等で資料をもとに説明している。</li> </ul>	利用者の方及び家族に対しては資料で個々に説明等工夫して取り組んでいました。利用者会や家族会を結成することは難しい状況の様だが、工夫して今後の取り組みを期待します。
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 35 管理者は、自らの役割と責任について、文書化するとともに、会議や研修において表明している。</li> <li>■ 36 管理者は、自らの役割と責任について、組織の広報誌等に掲載して表明している。</li> <li>■ 37 平常時のみならず、有事（災害、事故等）における管理者の役割と責任について、明確化されている。</li> </ul>	職務業務分掌表により文書化されました。
			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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 38 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会等に参加している。</li> <li>■ 39 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取組を行っている。</li> <li>■ 40 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。</li> </ul>	高齢者福祉、障がい者福祉等関係法令はまとめて、さらにリスト化する工夫を期待します。
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 41 管理者は、実施する福祉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。</li> <li>■ 42 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を取り入れるための具体的な取組を行っている。</li> <li>■ 43 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。</li> <li>■ 44 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</li> </ul>	パート職員が多く業務分掌等体制を明確に作るものの困難な状況もありますが、職員全体で効率的事業運営に取り組む姿勢を感じました。また、理事長・管理者は十分にサービスの質を高める意識をもち、活動していることが確認できました。今後はさらに創意工夫して、より具体的な体制が継続できることを期待します。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
I	3		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a)	<p>■ 45 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けて、人事、労務、財務等の面から分析を行っている。</p> <p>■ 46 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。</p> <p>■ 47 管理者は、上記について、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。</p> <p>■ 48 管理者は、経営や業務の効率化や改善のために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。</p>	訪問スタッフは比較的高齢の職員が多く今後の安定した職員体制を確保するために計画的採用を検討しているとの理事長の考えを伺いました。
II 組織の 運営管理	1 経営状況の 把握	(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b)	<p>■ 49 社会福祉事業全体又は当該分野の社会福祉事業の動向について、具体的に把握するための方法を持っている。</p> <p>■ 50 利用者数・利用者像等について、事業所が位置する地域での特徴・変化等を把握している。</p> <p>■ 51 福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等を収集している。</p> <p>□ 52 把握された情報やデータが、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p>	中長期計画具体的に明示する改善を望みます。
			② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b)	<p>■ 53 定期的にサービスのコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。</p> <p>□ 54 改善に向けた取組が、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されている。</p> <p>□ 55 経営状況や改善すべき課題について、職員に周知し、職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場を設定する等、事業所全体で取組を行っている。</p>	
			③ 外部監査が実施されている。※社会福祉法人のみ対象（他は評価外）	a)	<p>■ 56 事業規模に応じ、定期的に（2年あるいは5年に1回程度）、外部監査を受けるよう努めている。</p> <p>■ 57 外部監査の結果や、公認会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。</p>	税理士による外部監査を実施している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)		
II	2 人材の確保・養成	(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 58 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が確立している。</li> <li>■ 59 社会福祉士や介護福祉士等の有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について具体的なプランがある。</li> <li>■ 60 プランに基づいた人事管理が実施されている。</li> </ul>	理事長・管理者は計画的採用プランを持っています。		
			② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 61 人事考課の目的や効果を正しく理解している。</li> <li>■ 62 考課基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。</li> </ul>		キャリアパス制度導入も検討をしていることを伺いました。	
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 63 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている。</li> <li>■ 64 把握した職員の意向・意見や就業状況チェックの結果を、分析・検討する担当者や担当部署等を設置している。</li> <li>■ 65 分析した結果について、改善策を検討する仕組みがある。</li> <li>■ 66 改善策については、人材や人員体制に関する具体的なプランに反映し実行している。</li> <li>■ 67 定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。</li> <li>■ 68 希望があれば職員が相談できるように、カウンセラーや専門家を確保している。</li> </ul>	<p>法人役員の専門家による相談を随時実施しています。</p>		
					b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 69 職員の希望の聴取等をもとに、福利厚生センターへの加入等、総合的な福利厚生事業を実施している。</li> <li>■ 70 職員の悩み相談窓口を組織内に設置し、又は関係機関と連携して、解決に向けた体制が整備されている。</li> <li>■ 71 職員の心身の健康に留意し、定期的に健康診断を行っている。</li> </ul>	<p>共済への加入等を検討することを望みます。</p>	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	2	(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 72 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。</li> <li>■ 73 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や中・長期計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示している。</li> </ul>	基本方針には事業所が求める職員の基本姿勢が明示されています。
			② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 74 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されている。</li> <li>■ 75 個別の職員の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握している。</li> <li>■ 76 策定された教育・研修計画に基づき、実際に計画に従った教育・研修が実施されている。</li> <li>■ 77 教育・研修計画には、新任職員研修も含め段階的な教育・研修が設定されている。</li> </ul>	
	(4) 実習生の受入れが適切に行われている。	③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 78 研修を終了した職員は、報告レポートを作成している。</li> <li>■ 79 研修を終了した職員が、研修内容を発表する機会を設けている。</li> <li>■ 80 報告レポートや発表、当該職員の研修後の業務等によって、研修成果に関する評価・分析を行っている。</li> <li>■ 81 評価・分析された結果を次の研修計画に反映している。</li> <li>■ 82 評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しを行っている。</li> </ul>	評価・分析の結果や見直し等の資料の整備工夫がされたら、さらにより良い体制が確立すると思います。	
		① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 83 実習生の受入れに関する基本姿勢を明文化している。</li> <li>□ 84 実習生の受入れについて、受入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等の項目が記載されたマニュアルが整備されている。</li> <li>□ 85 受入れにあたっては、学校等との覚書を取り交わす等によって、実習における責任体制を明確にしている。</li> <li>□ 86 実習指導者に対する研修を実施している。</li> <li>□ 87 実習内容全般を計画的に学べるようなプログラムを用意している。</li> </ul>	実習生の受け入れについては、特に訪問時同行実習は利用者の方のプライバシー等もあり、難しいこともあるかと思いますが管理者・サブ管業務実習は可能であり、利用者の方の同意が得られれば訪問実習も可能と思います。今後の人材確保や育成という観点からも、受け入れ体制の確立を望みます。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
II	2	(4)	①		<input type="checkbox"/> 88	学校等と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	
					<input type="checkbox"/> 89	社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等の種別に配慮したプログラムを用意している。	
	3 安全管理	(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 90	管理者は利用者の安全確保の取組について、リーダーシップを発揮している。	リスクの種別や役割分担、事故発生対応マニュアル等も整備され、職員も良く周知していました。
					<input checked="" type="checkbox"/> 91	利用者の安全確保に関する担当者・担当部署を設置し、その担当者等を中心にして、定期的に安全確保に関する検討会を開催している。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 92	検討会には、現場の職員が参加している。	
					<input checked="" type="checkbox"/> 93	リスクの種類別に、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。	
<input checked="" type="checkbox"/> 94				事故発生対応マニュアル等を作成し職員に周知している。			
b)				<input checked="" type="checkbox"/> 95	立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類の必要な対策を講じている。	事業所の経済的な問題や保管場所等の問題はありますが、災害時の特に訪問が困難な状況を想定した利用者の方の家事援助、身体介護については最低限必要な食糧、水分の備蓄等の工夫を望みます。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 96	災害時の対応体制が決められている。					
<input checked="" type="checkbox"/> 97	利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されている。						
<input type="checkbox"/> 98	食料や備品類などの備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。						
a)	③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		<input checked="" type="checkbox"/> 99	利用者の安全を脅かす事例の収集を、その仕組みを整備した上で実施している。	特に単身生活の利用者の方に対しては、介護支援専門員と連携を密にして、ご近隣にも協力をお願いする等の対応をしています。		
			<input checked="" type="checkbox"/> 100	収集した事例について、職員の参画のもとで発生要因を分析し、未然防止策を検討している。			
			<input checked="" type="checkbox"/> 101	職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。			
			<input checked="" type="checkbox"/> 102	事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)	
II	4 地域との交流と連携	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。			※訪問介護は評価外	
			② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 103 介護や保育等について、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。</li> <li>■ 104 介護相談・育児相談窓口、障害者やその家族等に対する相談支援事業、子育て支援サークル等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。</li> <li>■ 105 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。</li> <li>■ 106 地域の求めに応じて、職員等を講師として派遣している。</li> <li>□ 107 災害時の事業所の役割、について、地域住民や自治体等とあらかじめ決めていく。</li> </ul>	近隣住民（自治会）と日常的な関係性を築き事業所機能を周知していただき役割分担ができることを望みます。	
			③ ボランティア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。			※訪問介護は評価外	
	(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 108 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、当該地域の関係機関・団体について、その機関・団体との連携の必要性を含めたリストや資料を作成している。</li> <li>■ 109 職員会議で説明する等職員間で情報の共有化が図られている。</li> </ul>	担当介護支援専門員と連携して社会資源の情報等を利用者・家族に説明しています。		



評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	眼	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
II	4	(2)	② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a)	■ 110 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。		サービス担当者会議や地域包括支援センターの会議等には必ず出席して連携を密にしています。
					■ 111 介護支援専門員、地域包括支援センターと綿密に連携し、また、サービス担当者会議に出席している。		
					■ 112 かかりつけ医（必要な場合は歯科医を含む）と連携している。		
			■ 113 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を積極的に行っている。				
			■ 114 地域に適当な関係機関・団体がない場合には、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。				
			■ 115 日常生活自立支援事業、成年後見人との連携を常にとっている。				
			■ 116 必要な場合に、日常生活自立支援事業、成年後見人制度へのつなぎを行っている。				
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外		□ 117 関係機関・団体との連携に基づき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		(評価対象外)
					□ 118 民生委員・児童委員、住民の福祉組織（地区社会福祉協議会、自治会福祉部会、ボランティアグループ、NPO等）等と会合を開催したり、交流する等によって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
					□ 119 地域住民に対する相談事業を実施すること等を通じて、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。		
					□ 120 通常の福祉サービスを通じて、利用者が困っていること、ニーズを把握するよう努めている。		
			② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。※社会福祉法人等公益法人以外は評価外		□ 121 把握した福祉ニーズに基づいて実施した具体的な事業・活動がある。		(評価対象外)
					□ 122 把握した福祉ニーズに基づいた具体的な事業・活動を、中・長期計画や事業計画の中に明示している。		
III	1	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている	① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組みを行っている。	a)	■ 123 理念や基本方針に、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。		定期的に利用者の方の尊厳や人権、身体拘束等に関する外部研修、内部研修を実施しています。
					■ 124 利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が、個々のサービスの標準的な実施方法等に反映されている。		
					■ 125 利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。		
					■ 126 身体的拘束廃止や虐待防止について職員に周知徹底している。		

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1		② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b)	■ 127 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等の整備や、施設・設備面での工夫等、組織として具体的に取り組んでいる。	規程、マニュアル等の整備を望みます。
			□ 128 利用者のプライバシー保護に関する基本的知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・意識、利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。		□ 129 規程・マニュアル等に基づいたサービスが実施されている。	
	(2) 利用者満足の上昇に努めている。	① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 130 利用者満足に関する調査を定期的に行っている。</li> <li>■ 131 利用者満足を把握する目的で、利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会を定期的に行っている。</li> <li>■ 132 利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。</li> <li>■ 133 利用者満足に関する調査の担当者・担当部署の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。</li> <li>■ 134 分析・検討の結果に基づいて具体的な改善を行っている。</li> </ul>	<p>事業所で年1回は利用者満足調査を実施しています。</p> <p>利用者会、家族会は結成されていませんが、利用者の方・家族個々には訪問スタッフやサービス提供責任者が日常的に把握に努めています。</p>	
	(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 135 利用者が、複数の相談方法や相談相手の中から自由に選べることを、わかりやすく説明した文書を作成している。</li> <li>■ 136 利用者や家族等に、その文書を配布したり、わかりやすい場所に掲示している。</li> <li>■ 137 相談や意見を述べやすいようなスペースの確保に配慮している。</li> </ul>	相談の窓口はサービス提供責任者になっているが、理事長や訪問スタッフも随時相談を受け迅速な対応体制が確保されている。	
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 138 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備している。</li> <li>■ 139 苦情解決の仕組みを説明した資料を利用者等に配布、説明しているとともに、わかりやすく説明した掲示物を掲示している。</li> <li>■ 140 利用者や家族に対して、苦情記入カードの配布や匿名アンケート実施など利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。</li> <li>■ 141 苦情を受け付けて解決を図った記録が適切に保管されている。</li> <li>■ 142 苦情への検討内容や対応策を、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。</li> <li>■ 143 苦情を申し出た利用者や家族等に配慮した上で、苦情内容及び解決結果等を公表している。</li> </ul>	苦情カードは整備されておきませんが定期的な利用者アンケート調査により対応しております。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	1		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 144 意見や提案を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について規定したマニュアルを整備している。</li> <li>■ 145 対応マニュアルに沿った取組がなされており、意見や提案のあった利用者には、検討に時間がかかる場合も状況を速やかに報告している。</li> <li>□ 146 対応マニュアルの定期的な見直しを行っている。</li> <li>■ 147 意見等を福祉サービスの改善に反映している。</li> </ul>	第三者評価の利用者アンケート調査結果や事業所による利用者アンケート調査結果もほとんどの利用者がほぼ満足という回答がありましたが、対応マニュアルの整備を望みます。
	2 サービスの 質の 確保	(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 148 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。</li> <li>■ 149 評価に関する担当者・担当部署が設置されている。</li> <li>■ 150 評価結果を分析・検討する場が、組織として定められ実行されている。</li> </ul>	今回初めての第三者評価の受審です。  今後の取り組みに期待します。
			② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 151 職員の参画により評価結果の分析を行っている。</li> <li>■ 152 分析した結果やそれに基づく課題が文書化されている。</li> <li>■ 153 職員間で課題の共有化が図られている。</li> <li>■ 154 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善実施計画を策定する仕組みがある。</li> <li>■ 155 改善策や改善実施計画の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて計画の見直しを行っている。</li> </ul>	今回の受審により、事業所からの要望もあり、評価結果等の報告会を予定しています。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	2	(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。	① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b)	<input type="checkbox"/> 156 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 <input checked="" type="checkbox"/> 157 標準的な実施方法には、利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。 <input checked="" type="checkbox"/> 158 標準的な実施方法を記した文書は、いつでも閲覧でき、職員が日常的に活用している。 <input checked="" type="checkbox"/> 159 標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	職員の聞き取り調査で、一部職員が利用者の方へのサービスに差異があるとの意見がありました。標準サービスの周知徹底を全スタッフで確認し、標準サービスや手順に基づいたサービスを提供することができることを望みます。
			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)	<input type="checkbox"/> 160 サービスの標準的な実施方法の見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 <input checked="" type="checkbox"/> 161 見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組みになっている。	サービスの標準的な実施方法の見直しについては、計画的に確実に実施されることを望みます。
	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 162 サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 <input checked="" type="checkbox"/> 163 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導などの工夫をしている。	サービス実施計画、介護計画に基づく実施内容の記録は、適切に行われおり、同一様式によりスタッフが記録しやすいものになっています。	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b)	<input checked="" type="checkbox"/> 164 記録管理の責任者が設置されている。 <input type="checkbox"/> 165 利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程等を定めている。 <input type="checkbox"/> 166 利用者や家族等から情報の開示を求められた場合に関する規程を定めている。 <input checked="" type="checkbox"/> 167 記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 <input checked="" type="checkbox"/> 168 職員は、個人情報保護法を理解し、遵守している。 <input checked="" type="checkbox"/> 169 個人情報の取扱いについて、利用者や家族等に理解されるよういねいに説明している。	規程等の整備を望みます。  記録の管理は、管理者、サービス提供責任者が行っており、職員に対しても職員研修等で周知の徹底を図っています。	
	(3) サービス実施の記録が適切に行われている。	③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a)	<input checked="" type="checkbox"/> 170 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や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。 <input checked="" type="checkbox"/> 171 情報共有を目的として、ケアカンファレンスの定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 <input checked="" type="checkbox"/> 172 記録については、パソコンを利用している場合には、ネットワークシステムの利用により、パソコンを利用していない場合には、台帳の整備により、事業所内で情報を共有する仕組みを作っている。	記録はパソコン、台帳両方で整理しています。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価着	点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	3 サービスの開始・継続	(1) サービス提供の開始が適切に行われている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	b)	■ 173 インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成し公開している。	ホームページは整備されていました。  事業所の案内は、地域包括支援センター等に配布しています。  認知症の利用者の方々に理解しやすいように、写真、図、絵等使用した資料の工夫を望みます。
					■ 174 理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料を、行政、関係機関に配布し、置いている。	
					□ 175 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。	
		■ 176 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。				
		② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a)	■ 177 サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意して、利用者説明している。	認知症の利用者の方や判断能力に問題のあるケースは、介護支援専門員と家族の立ち合いで行っています。	
		■ 178 重要事項説明書等の資料や契約書の内容、及び説明の仕方は利用者にもわかりやすいように工夫している。				
		■ 179 サービス開始時には、サービスの内容や料金等について、利用者や家族等の同意を得た上でその内容を書面で残している。		■ 180 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合において、利用者に代わってその家族、代理人、成年後見人等との契約を行うか、立会人を立てている。		
	(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a)	■ 181 他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。	管理者（サービス管理責任者）が窓口として設置されています。	
		■ 182 サービス終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。				
		■ 183 サービス終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。				
	4 サービス実施計画の策定	(1) 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a)	■ 184 利用者の心身の状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。	利用者の方のケア会議には担当訪問スタッフやサービス提供責任者が必ず出席しています。
			■ 185 アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている。			
			■ 186 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメントに関する協議を実施している。			
			■ 187 利用者一人ひとり、家族の具体的なニーズ、意向が明示されている。			

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着眼点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ	4	(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> 188 サービス実施計画策定の責任者を設置している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 189 サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。</li> <li><input type="checkbox"/> 190 サービス実施計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みが構築されるとともに、機能している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 191 標準的な実施方法では対応できない一人ひとりの個別の介助方法・手順はサービス実施計画又は別文書で作成している。</li> </ul>	<p>個々の訪問スタッフがサービス実施計画どおりに実施していることを確認するために計画的にサビ管が同行する等の仕組みを構築することを望みます。</p>
			② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b)	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 192 サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 193 見直しによって変更したサービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> 194 サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。</li> </ul>	<p>サービス実施計画の評価・見直しについては、定期的計画的に実施できる仕組みを明文化して取り組むことを望みます。</p>