

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西延末訪問介護事業所	種別： 訪問介護
代表者氏名： 四宮宏樹	定員（利用者人数）： 名
所在地： 兵庫県姫路市西延末250番地	
TEL 079-260-7108	ホームページ：
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成26年12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： 6名
専門職員	介護福祉士 6名
	実務者研修終了 3名
	初任者研修 2名
施設・設備の概要	(居室数) 28床 (設備等)

③理念・基本方針

ご利用者中心の視点を持ちます。ゆとり・やすらぎ・なごやかさに満ちた心豊かな楽しい日々を過ごしていただきます。自然と調和し、明るく笑顔のある生活をしていただきます。

④施設・事業所の特徴的な取組

サービス付き高齢者向け住宅内に併設しており、職員が24時間対応できる体制が整っている。また人材育成に力を入れており、社内研修だけでなく外部研修も多く取り入れている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 29 年 7 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 24 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年11月19日・11月21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。
- ・利用者担当職員を配置し、利用者・家族の意向や要望の把握に努めている。訪問介護計画書をもとに、利用者個々の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で、サービスの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・個人ファイル・申し送りファイル・パソコンのシステム等を活用し、必要な情報が的確に伝達・共有できるように取り組んでいる。担当者会議録を事業所独自に作成し、計画の変更内容や支援の方針を周知できるように工夫している。

◇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。
- ・事業所内の会議議事録・研修記録等について、欠席者の周知も含め、書式の整備が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めてであった為多くの課題が見つかり、課題の修正を図っていきたいです。アンケートの結果も好意的ではあったものの、課題もあるのであわせて見直し事業所の向上に努めていきたいと思います。

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> 法人の理念・基本方針をホームページ・パンフレットに明示している。理念は法人が目指す方向を明示し、基本方針は法人の理念と整合性がとれ、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。入職時のオリエンテーション時に、理念・基本方針を記載したカードを配布して説明し、カードを携帯し常に意識付けを図っている。利用者・家族には、契約時にパンフレットをもとに説明している。事業所内への掲示、会議・研修で理念・基本方針に立ち戻る等、職員への浸透を図り理解を深める継続的な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> 管理者が、地域包括支援センター主催のサービス事業所連絡会・法人内のエリア会議・日の出塾に参加し、社会福祉事業・地域の動向、地域の利用者像・ニーズの把握に努めている。事業所が毎月報告するコスト分析や利用者の推移・利用率を法人本部がデータ化し、毎月のエリア会議で分析を行っている。		
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、現状分析に基づいて職員体制・財務等についての課題を明確にし、改善に向け取り組んでいる。取り組み状況や改善の進捗は次月のエリア会議で報告している。半期会議には理事長・理事が出席し、課題を共有している。エリア会議で明確にした課題については、内容に応じて、職員会議で共有し、共に改善に取り組むことが望まれる。議事録への記載が望まれる。		

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
<p><コメント></p> <p>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明確にした、具体的で評価を行える中長期計画を策定し、必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>法人指定の書式で、単年度の事業所としての収支計画と事業計画の策定を行っている。事業計画は年度の予算を含めて数値目標を設定している。毎月の法人の会議で収支についてはデータで報告され進捗状況を確認把握している。また、半期会議の中で各事業所の上半期の事業の実施状況や収支状況を報告し見直し・修正を行い、下半期で計画の実施・達成が行える仕組みがある。中長期計画に基づいた、単年度の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>収支計画の進捗を毎月のエリア会議で現状把握し、課題分析・改善に取り組んでいる。半期会議で中間評価を行い、後半の取り組みを検討している。年度末に事業全般・経常収支等あらかじめ定められた項目に沿って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。毎月の月次報告ファイルを設置し、正職員との共有を図っている。 事業計画を職員に周知し、実施状況の把握・評価・計画の見直しを職員参画で行う仕組みづくりが望まれる。また、経過を議事録などに記録することが望まれる。</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。 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より理解しやすい工夫を行い、利用者・家族に周知することが望まれる。</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、PDCAサイクルにもとづく職員の質向上によるサービスの質向上に取り組んでいる。各利用者に毎月行うモニタリング結果から、管理者・サービス提供責任者がサービスの内容について評価を行っている。介護サービス情報の公表・チェックリストの評価基準にもとづいて、定期的に自己評価を行っている。 正職会議等、評価結果を分析・検討する仕組みづくりが望まれる。</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>評価結果から計画的に改善に取り組む仕組みづくりには至っていない。 評価結果の分析から課題を明確にし、文書化して会議等で職員に周知し、計画的に改善に取り組むことが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。管理者が年度初め職員会議で事業計画を説明し、職員間での共有に努めている。運営規程・職務権限表等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所に設置し周知を図っている。 有事の際の管理者不在時は、実務的にはサービス提供責任者に権限移譲される仕組みとなっているが、規定等で明確にすることが望まれる。</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>管理者には、管理者ハンドブックが配布され、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している。管理者はEPAについての研修、集団指導、管理者養成研修等、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含む事業所が遵守すべき法令を理解している。身体拘束廃止・高齢者虐待防止・個人情報保護法等について研修等で周知している。また、入職時研修でも遵守すべき法令等を周知している。</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>介護サービス情報の公表・県のチェックリスト等でサービスの実施状況を確認している。管理者は職員会議・申し送り等に参画し、職員の意見を把握し、サービスの質の向上に取り組んでいる。職員用意見箱を設置し、職員の意見を収集・反映するための仕組みがある。法人の研修、事業所内研修等を計画的に実施し、教育・研修機会の充実を図っている。</p> <p>評価をもとに課題を把握して、改善に向けて取り組むことが望まれる。</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>毎月、法人本部でコスト分析等経営効率をデータ化し、分析結果に基づき、管理者は改善に向け取り組んでいる。人員配置を運営規定で定め、基準以上の職員体制づくり、法人医療機関受診時の医療費補助・1時間・半日単位の有給制度、適材適所の配属等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。職員会議で業務改善について話し合っている。また管理者は、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職員会議で説明・周知し、改善に取り組んでいる。</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>人材確保・育成について、事業計画の職員教育項目で、基本方針を明確にし、定期的な研修の実施等、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。エリア主体の採用広告・養成校訪問・ハローワーク・ホームページ度等を活用し、また、法人本部で就職サロンを開催し、現場見学等を通して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>就業規則の服務規律で、理念・基本方針にもとづき法人として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、人事考課制度を定めている。また、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、制度に関する規程を事務所に設置して周知している。人事考課制度の中で目標カード等で目標を設定し、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。職員会議・個別面談・自己申告カード等で把握した意見等を、法人として検討・改善に取り組んでいる。等級基準表で階層ごとに求められるスキル等を明確にし、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。	○a・b・c
<コメント> 「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。定期的に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・ストレスチェックを年1回実施している。腰部MRIを実施し、腰椎ベルトを全員に配布している。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。エリア長に直接相談出来る仕組みや、自己申告カードにより直接本部へ相談出来る仕組みもある。育児、介護休業休暇・1時間単位、半日単位有給休暇制度・柔軟な勤務体制の採り入れ・医療費補助・法人保育園の利用等総合的な福利厚生を実施している。就業状況やワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、計画的な人材育成や確保を推進している。		
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> 人事考課制度の仕組みの中で、「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。上位者は年2回の定期的な個別面談を通じて、スキルアップ確認シートで個別の目標レベルを判定して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。		
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> 教育・研修に関する基本方針を事業計画に明示し、スキルアップ確認シートで、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、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。事業所では毎月研修計画に基づいて研修を実施し、欠席者には資料閲覧で周知に努めている。外部研修の参加一覧表を作成している。今年度後半から、法人での研修に参加し伝達研修を実施する計画である。研修の実施記録の作成と共に、今後は研修の実施評価を行い、研修の内容の定期的な評価・見直しを行い次年度研修に反映する仕組みづくりが望まれる。		
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> 取得した資格状況・経験年数等は履歴書と受講証コピーで把握し、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。配属後は事業所で職員心得・身だしなみチェックリスト等を用いて説明を行い、サービス提供責任者が同行のもと、経験や習熟度に配慮した教育研修を実施している。法人の年間研修計画に、管理者養成・安全管理・痰の吸引等、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、本部より正職個別にメール送信され、事業所で参加希望者を募っている。外部研修受講時は、勤務時間調整を行い、旅費・受講費用等の支給について旅費規程で定めている。		

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＞		

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。重要事項説明書に、事業計画及び財務計画についての公開を明示している。第三者評価の受審結果は公表の予定である。苦情・相談の体制・内容や改善・対応の状況については、公表する仕組みづくりが望まれる。広報誌等で、存在意義・役割、活動内容等を明確にし地域に向けて配布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>職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、これらを事務所内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。助言等については、エリア会議で報告されている。内部監査を実施し、改善指摘があれば期限を決めて改善に取り組み、改善報告書をエリア会議に提出する仕組みがある。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い、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。	a ・ b ・ c
<p>＜コメント＞</p> <p>法人基本理念に「地域社会への貢献」を謳い、パンフレット等に文書化している。地域資源を利用し、買い物・通院同行等をサービス提供している。</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
＜コメント＞		

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>利用者の状況に対応できる社会資源として、市作成の「くらしの福祉」・居宅介護支援事業所名簿、社会福祉協議会、老人福祉施設マップ等を事務所に設置している。地域包括支援センター主催による地域の事業所連絡会に参加して連携を図るほか、情報提供・収集を行っている。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応等、地域での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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>姫路エリアでの高齢者虐待防止に関する研修時には、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる機会を設け、相談等に応じている。災害発生時には、避難場所としてサ高住と共に避難場所として事務所の開放や、AEDを提供する用意がある。地域の秋祭りへの協力・協賛を行っている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>エリアで高齢者虐待防止研修を実施し、参加住民より地域ニーズの把握に努めている。民生委員が定期的に来訪しており、課題等があれば、地域内の居宅事業所に相談し、民生委員と連絡・連携を図っている。事業者連絡会で地域の事業所や団体と連絡連携を図り、ニーズ把握に努めている。サービス担当者会議では他事業所とも相談、連携しながらニーズの把握に努めている。地域住民が直接来訪し、相談を受けることもある。</p> <p>関係機関・団体との連携に基づき福祉ニーズの把握に努め、ニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動の事業計画等での明と実施が望まれる。</p>		

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> 利用者を尊重したサービス実施について、法人の理念・基本方針、ヘルパー心得、介護マニュアルに明示し、職員の理解を図り実践に取り組んでいる。入職時のオリエンテーションや事業所内研修で、利用者尊重や権利擁護について学ぶ機会を設けている。管理者・サービス提供責任者の同行訪問時や利用者への毎月のモニタリングの機会に、利用者尊重への配慮について実施状況の把握に努め、必要な対応を行っている。		
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」「ヘルパー心得」各種介護マニュアルに、プライバシー保護について明記している。「身体拘束排除マニュアル」「高齢者虐待防止マニュアル」を整備している。入職時オリエンテーションや事業所内研修で、学ぶ機会を設けている。契約書・個人情報の使用同意書の説明を通して、契約時に利用者・家族にプライバシー保護について周知している。管理者・サービス提供責任者の同行訪問時や利用者への毎月のモニタリングの機会に、プライバシー保護の実施状況の把握に努めている。不適切な事案が発生した場合の対応方法は、高齢者虐待防止マニュアルや就業規則等に明示している。		
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> エリア事業所のパンフレット・リーフレットを、居宅介護支援事業所・病院の地域連携室・法人内の施設や事業所に配布し、多くの人が入手できるようにしている。パンフレット・リーフレットは、言葉や写真・絵の使用等で、わかりやすく工夫している。利用希望者については、資料を用いて個別に丁寧な説明を行っている。情報提供の資料については、法人本部と連携し、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・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。説明にあたっては、特に利用料金についてはシュミレーションを通して具体的にわかりやすく説明している。契約書には署名代行者の欄を設け、意思決定が困難な利用者に適正な説明、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>サービス利用終了時には、要請があれば情報提供を行う等、サービスの継続性に配慮した支援を行っている。利用終了後の相談窓口を管理者とし、利用者・家族に口頭で説明している。利用終了時の援助について、契約書等に明記することが望まれる。利用終了後の相談窓口について説明した文書を作成し、手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>毎月担当職員がモニタリングを行い、6ヶ月に1回、「モニタリング兼サービス提供報告書」にサービスに関する満足度を記録している。利用者満足度の把握や分析は、全体会議で実施することとしている。利用者満足度に関する調査を、定期的に行うことが望まれる。把握した利用者満足度を分析・検討し改善に取り組む経過を、会議録などに記録することが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>毎月のモニタリングでの聴取等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。「苦情及び対応報告書」に、内容・対応・経過を、申し出者へのフィードバックは対応欄に記録する書式がある。苦情内容や対応については個人ファイル・申し送りファイルで共有し、改善に取り組む仕組みがある。</p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置と苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した文書を、利用者・家族に配布することが望まれる。苦情内容・解決結果等を、申し出者等に配慮したうえで、公表を検討する仕組みづくりが望まれる。職員会議で共有する等、苦情をサービス向上に反映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
<p><コメント></p> <p>契約書別紙に「相談・要望・苦情等の窓口」を明示し、契約時に説明し、配布している。事業所内に、生活相談スペースを設けている。</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
<p><コメント></p> <p>「苦情相談マニュアル」を整備し、相談の報告手順がわかりやすくフローチャートで示されている。訪問時・モニタリング時に、利用者の相談や意見の把握に努め、把握した内容は管理者・サービス提供責任者に報告し、個人ファイル・申し送りファイルで共有し、迅速な対応に努めている。毎月モニタリング訪問を行い、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。マニュアルは、定期的に見直すことが望まれる。職員会議で検討する等、利用者の意見をサービスの質向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</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体制を文書化している。「事故・災害予防対応マニュアル」を整備している。ヒヤリハットメモ・事故報告書にて、事例を収集し、申し送りファイルで共有し再発防止に努めている。事業所内研修で、リスクマネジメントについて学ぶ機会を設けている。事故防止策・再発防止策の実施状況や実効性について、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>感染症対策を含め、リスクマネジメントの責任体制を文書化している。「感染対策マニュアル」を整備し、事業所内研修で、年3回感染症対策について学ぶ機会を設けている。うがい・手洗いのマニュアルを事務所洗面所に掲示し、消毒液の噴霧器を事務所に設置している。感染症流行期には、マスク・手袋・予防着を着用し、吐物処理キットも用意している。マニュアルの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>「災害対策マニュアル」を整備している。ハザードマップで、立地条件を把握し、建物の耐震性・設備の安全性を整備している。利用者の緊急連絡先把握し、職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決めている。緊急連絡網の訓練は、定期的に行っている。</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>排泄介助・入浴介助・食事介助・移動移乗介助等、各種介護マニュアルに、標準的な実施方法を文書化している。マニュアルの内容には、プライバシー保護・羞恥心への配慮も明記している。入職時オリエンテーションや介護技術の事業所内研修会で、職員の周知を図っている。新人研修の実施記録やチェック表等、習熟度を確保する仕組みづくりが望まれる。</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>各種介護マニュアルの見直しには至っていない。 職員が参画して、マニュアルの定期的な見直しを行い、記録に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>訪問介護計画の策定責任者を管理者としている。サービス担当者会議に参加し、アセスメント・計画策定について協議し、事業所としてのサービス担当者会議録を作成し、事業所内で共有している。訪問介護計画書に利用者個々のニーズを明記している。毎月のモニタリングで、計画どお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。支援困難事例についても、介護支援専門員と連携し、訪問介護計画や手順書に支援内容や留意点を明記して支援に取り組んでいる。事業所としてのアセスメントシートを作成し、アセスメント手法を確立することが望まれる。</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>毎月モニタリングを行い、訪問介護計画の変更の必要性を検討し、必要時には介護支援専門員に連絡して変更し、定期的には居宅サービス計画書見直し時に変更している。見直しによって変更された内容は、担当者会議録・個人ファイル・手順書にて、職員に周知している。計画の見直しに当たって把握した新たなニーズについては、計画書に明記している。</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>訪問介護計画にもとづくサービス実施が、「サービス実施記録」により確認することができる。事業所内研修で、4月に記録の研修会を実施し、管理者が記録を確認して随時指導を行い、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取り組んでいる。個人ファイル・申し送りファイル・正職ノートにより、必要な情報が的確に届くように居ている。パソコンのシステム・ファイルの回覧でも情報共有を図っている。</p> <p>アセスメントシートを整備し、利用者の身体状況や生活状況等を、統一した様式によって把握し記録することが望まれる。また、定期的な再アセスメントにより、現状を把握・記録することが望まれる。月初の職員会議・随時の正職会議の議事録の整備と、欠席者に周知する仕組み作りが望まれる。</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>個人情報管理規程に、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応に関する規定を定めている。記録を含め、個人情報の責任者を管理者とし、文書化している。新人オリエンテーションで個人情報保護について学ぶ機会があり、守秘義務の誓約書も交わしている。契約時に、個人情報使用同意書について、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 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・要望をもとに訪問介護計画を作成し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。訪問介護計画に、日常生活動作の中で自立に向けた働きかけや、共に行う掃除・洗濯を明示し自立支援に取り組んでいる。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。鍵は預からない方針である。買い物代行での金銭管理は、サービス実施記録に記録記録している。成年後見制度等の利用については、介護支援専門員と相談・協力して利用に向けて取り組んでいる事例がある。</p> <p>事業所独自のアセスメントシートを整備し、利用者の心身の状況・ADL・意向・環境・習慣等を記載することが望まれる。</p> <p>訪問時・モニタリング時に傾聴に努め、利用者・家族の意向の把握に努めている。把握した内容は、個人ファイルで共有したり、モニタリング報告書に記載して介護支援専門員に報告し、訪問介護計画や支援に反映させている。利用者ごとに担当職員を設け、意向や要望が把握しやすいように努めている。「接遇マナーについて」の研修を実施している。</p> <p>特別な配慮が必要な利用者については、アセスメントシート・手順書で共有し支援に反映することが望まれる。</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にもとづいて、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。詳細な手順書・同行訪問での指導・福祉用具の提案等、入浴介助を安全に実施するために取り組んでいる。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にもとづいて、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。詳細な手順書・同行訪問での指導・福祉用具の設置等、トイレ内での転倒・転落を防止し、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にもとづいて、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。車いす、歩行器、杖、ベッド側のポール・スライディングボードなど、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、個別申し送り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。

「褥瘡防止対策マニュアル」を配備し、予防と発見に努めている。皮膚の状態に異変があれば、介護支援専門員と訪問看護師に報告している。利用者個々の状況に応じて、訪問看護師の指示のもとに、皮膚の状態観察・移動時の配慮・軟膏塗布等を行っている。必要に応じて、家族に褥瘡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。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

居宅サービス計画書にもとづいて、利用者の心身の状況に合わせた食事介助の方法を訪問介護計画書・手順書に明示している。食事形態・利用者のペースに合わせた自立支援・姿勢の保持等、利用者の個々の状況に応じた安全な実施、自立に向けた働きかけへの取り組みを行っている。食事・水分摂取量は、「訪問介護サービス実施記録」に記録している。必要に応じて、食事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。
年度内に「誤嚥・食事介助」の研修実施予定している。

居宅サービス計画書をもとに、訪問介護計画書に口腔ケアを位置づけ、見守り・歯磨き等を支援している。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。介護技術研修で口腔ケアの研修を実施している。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。

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。終末期対応について、研修を実施している。介護支援専門員・主治医・訪問看護師と連携して、支援に取り組み、経過を個人ファイルに記録し情報共有している。管理者・サービス提供責任者が随時面談・相談を行ってサポートし、職員の不安の軽減や精神的なケアに努めている。

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 ・ Ⓑ ・ 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・洗濯等、共に行う家事を訪問介護計画書や手順書に記載し、日常生活で役割が持てるように支援している。認知症ケアについての研修を実施している。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。
利用者の日常生活能力、残存機能について、アセスメントシートによる把握と、定期的な再アセスメントの評価を行うことが望まれる。介護支援専門員と連携し、認知症高齢者の家族支援のための他社会資源を家族に紹介することが望まれる。

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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

訪問中の言動から認知症状を察知した場合は、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。介護支援専門員・理学療法士と連携し、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。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。
介護支援専門員と連携し情報提供する等、社会資源の活用を支援することを期待する。

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

訪問時にバイタルチェックを行い、「訪問介護記録サービス実施記録」の「身体状況」欄に記録し、体調の変化は「特記欄」に記録している。体調の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。管理者・サービス提供責任者・主治医・訪問看護へ連絡体制を書面に明示している。
健康管理や病気、薬・体調変化時の対応についての研修が望まれる。

「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、毎日出勤時に検温して、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。インフルエンザの検査キットもある。職員・職員の家族は、法人の費用負担でインフルエンザの予防接種を受けている。「感染症予防（手洗い・食中毒）」の研修を実施し、インフルエンザ・ノロウイルスの研修も予定している。冷蔵庫の食料品等は、利用者と共に賞味期限等を確認し了解を得て廃棄し、「訪問介護サービス実施記録」の「特記欄」に記録している。
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ている。変化があった時には、主に電話で家族と担当介護支援専門員に報告している。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。家族の緊急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。家族の心身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助言や情報提供は、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、内容に応じて、内容・対応等を「相談受付記録」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

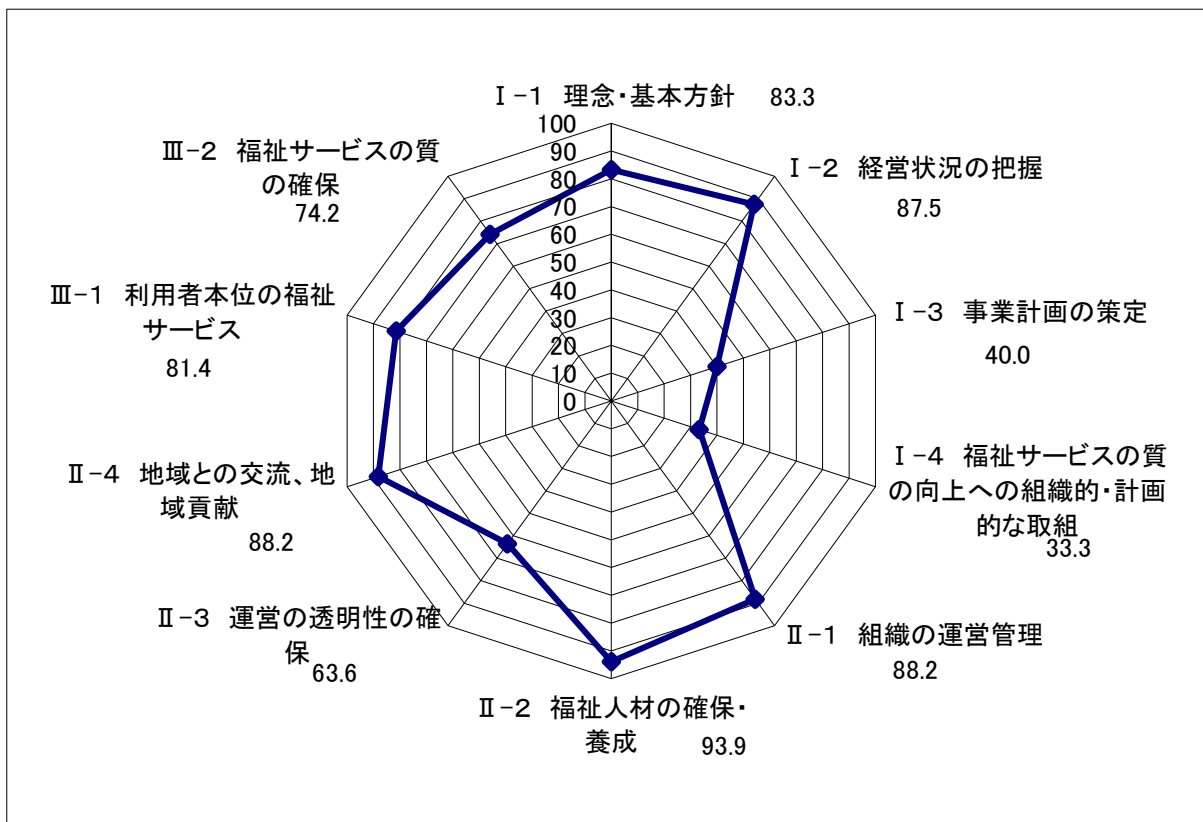
	第三者評価結果
A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	a ・ (b) ・ c

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。申し送りノート・個人ファイル・サービス実施記録で利用者の状況を共有している。主治医・訪問看護師・訪問リハビリテーションの機能訓練士等、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。
 定期的に会議を実施し、議事録を作成すると共に、議事録の回覧等により欠席者にも周知する仕組み作りが望まれる。

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	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	15	88.2
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	7	63.6
II-4 地域との交流、地域貢献	17	15	88.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	59	48	81.4
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	16	88.9
2 身体介護	29	23	79.3
3 食生活	10	9	90.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	11	84.6
6 機能訓練、介護予防	4	3	75.0
7 健康管理、衛生管理	11	8	72.7
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	6	4	66.7

A 達成度

