

福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

社会福祉法人 県央福祉会
アイネットきたざと

平成30年11月19日

株式会社フィールズ

かながわ福祉サービス第三者評価推進機構 認証第6号

福祉サービス第三者評価結果報告書

	〒	251-0024
	所在地	神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7
	評価機関名	株式会社フィールズ
	認証評価機関番号	認証第6号
	電話番号	0466-29-2-9430
	代表者氏名	関野 保

評価者氏名	評価者氏名		修了者番号等
	①	山口 圭子	神機構-316
	②	田部井 博	神機構-267
	③	佐藤 章	神機構-911
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	居宅介護		
評価事業所名称	アイネットきたざと		
評価事業所連絡先	〒	252-0225	
	所在地	神奈川県相模原市中央区緑ヶ丘1-46-26	
	TEL	042-786-1850	
評価事業所代表者	眞崎 貴幸		
契約日	2018	年 3 月 2 日	
利用者調査実施日	2018	年 6 月	
利用者調査報告日	2018	年 8 月 20 日	
自己評価の調査開始日	2018	年 6 月 10 日	
自己評価報告日	2018	年 8 月 6 日	
訪問調査日	2018	年 9 月 6 日	
評価合議日	2018	年 9 月 6 日	
コメント (評価の工夫点、第三者性確保のための措置など)	利用者調査におけるアンケートの回収方法は、回答者から直接評価機関に郵送してもらう方法により回答者が意見を言いやすくなった。第三者性を確保するため、評価機関内に第三者を含めた評価委員会を設けて相談できる体制を整えた。		

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1) 利用者さんのニーズに応えるサービスを提供します。</p> <p>2) ヘルパーの専門性を高める努力をします。</p> <p>3) 職員が働きやすい環境を目指します。</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 体調管理をしっかり行い、仕事に対する責任感をもてる役割。利用者様のニーズに寄り添える職員。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) 与えられた仕事は、責任を持って取り組んでほしい。また、ハウレンソウをしっかり行いチームワークをとれる職場であってほしい。</p>

調査対象

調査対象：利用者70名

調査方法

事業所経由で利用者にアンケート送付して、回収は評価機関で行った。一部は家族が回答に支援して答えた。

利用者総数

91

共通評価項目による調査対象者数

70

共通評価項目による調査の有効回答者数

32

利用者総数に対する回答者割合(%)

35.2

利用者調査全体のコメント

回答者の88%が事業所を総合的に見て満足と答えています。(「大変満足」28%、「満足」59%)

「本人が思っていることをうまく言葉にできませんが、本人に代わりまして家族としても安心してお任せでき、いつもありがたく感じています。末永くよろしくお願い致します。」「基本的には良くやっています。同じヘルパーさんなので(長い間)安心しているようです。」と言った感謝の意見がありました。

利用者に対しての職員の対応は、丁寧で気配りの感じられる内容の意見には評価できると感じられました。

一方で、「あなたが困ったときに、職員以外の人(役所や、第三者委員など)にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」でも、「はい」は34%に止まり、41%が「どちらとも言えない」となっています。

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. サービスに安心感があるか 概ね「はい」と答えています。	29	1	1	1
2. ヘルパーが替わる場合も、安定的なサービスが提供されているか 概ね「はい」と答えています。急な変化はパニックの素であります。できれば統一を。」と言った意見もありました。	24	5	2	1
3. 事業所の連絡・伝達は安定的に実施されているか 概ね「はい」と答えています。	23	3	4	2

4. 事業所やヘルパーから、必要な情報提供や相談、助言を受けているか	23	6	1	2
概ね「はい」と答えていますが、「パニック発作なので発作の事をもっと知ってほしい。「時間が無い」と言われて急かされてしまう。」と言った意見もありました。				
5. ヘルパーの接遇・態度は適切か	28	3	0	1
概ね「はい」と答えています。				
6. 病気やけがをした際のヘルパーの対応は信頼できるか	21	6	1	4
概ね「はい」と答えています。				
7. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	24	6	1	1
概ね「はい」と答えています。				
8. 利用者のプライバシーは守られているか	27	3	1	1
概ね「はい」と答えています。				
9. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	26	3	2	1
概ね「はい」と答えています。				
10. サービス内容や計画に関するヘルパーの説明はわかりやすいか	25	6	1	0
概ね「はい」と答えています。				

11. 利用者の不満や要望は対応されているか	22	10	0	0
69%が「はい」と答えています。				
12. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	11	13	2	6
34%が「はい」と答えています。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を周知している 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている ○ 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任を職員に伝えている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 経営層は、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けて、自らの役割と責任に基づいて職員が取り組むべき方向性を提示し、リーダーシップを発揮している ○ 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 重要な案件の検討や決定の手順があらかじめ決まっている ○ 非該当
	● あり ○ なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している ○ 非該当
	● あり ○ なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている ○ 非該当
	カテゴリー1の講評	
	事業所の目的と介護部会目標を事務所に掲示して職員への周知を図っています。 法人の目的および基本方針と事業所の目的ならびに介護部会目標を事務所に掲示し、アイネットきたざと障害者居宅介護事業・行動援護事業・重度訪問介護事業・移動介護事業運営規程ならびにアイネットきたざと指定同行援護運営規程に明記してあります。職員には職員会議で、ヘルパーにはヘルパー連絡会議で所員への周知徹底を図っています。また、職員にはハンドブックを渡して周知徹底をしています。 所長は自ら現業に入り、職員と一体になって事業所をリードしています 所長は、アイネットきたざと現場職員業務分担表に基づき現業を担当し、シフト体制に組み込まれ職員と同様な業務をこなしています。介護方針が同性介助を基本としている関係から、男性利用者対応の重要な部分を担っています。従って本来の所長業務が手薄になっている様に見られます。所長会議の内容は職員会議で報告し、当日不在の職員には回覧で周知を図っています。所長は、平成30年度の事業計画書を作成し、事業所の取り組むべき目標と、職員が取り組むべき目標および今年度の重点課題を策定し、指導しながらこれの実践遂行にあたっています。 所長は重要な案件に関して実情を踏まえて意思決定し、関係者に知らせています 所長は、運営に関する職員などからの意見を日常の会話や職員会議、個人面談などから把握に努め、運営改善に努力し事業計画書の策定の参考にしています。月に1回の職員会議や支援会議および部会会議で職員との意見交換をしています。決定事項で緊急を要する事項についてはメールで全職員に配信することもあります。ヘルパーとは月に1回のヘルパー連絡会議など報告・決定事項を伝えることもあります。利用者などへの伝達方法は、職員会議で討議した後に担当のサービス提供責任者より伝えています。	

2			カテゴリー2
事業所を取り巻く環境の把握・活用及び計画の策定と実行			
			サブカテゴリー1(2-1)
事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	6/6
評価項目1 事業所を取り巻く環境について情報を把握・検討し、課題を抽出している		評点(000000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向について情報を収集し、ニーズを把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所運営に対する職員の意向を把握・検討している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 地域の福祉の現状について情報を収集し、ニーズを把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)について情報を収集し、課題やニーズを把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事業所の経営状況を把握・検討している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	6. 把握したニーズ等や検討内容を踏まえ、事業所として対応すべき課題を抽出している		<input type="radio"/> 非該当
			サブカテゴリー2(2-2)
実践的な計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
評価項目1 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画及び単年度計画を策定している		評点(000)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題をふまえ、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた中・長期計画を策定している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 中・長期計画をふまえた単年度計画を策定している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 策定している計画に合わせた予算編成を行っている		<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 着実な計画の実行に取り組んでいる		評点(00)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)の実現に向けた、計画の推進方法(体制、職員の役割や活動内容など)、目指す目標、達成度合いを測る指標を明示している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

事業所が置かれた環境を把握し、検討して活用するための計画を策定しています

利用者アンケートを実施し、内容の収集分析を行い利用者に報告すると同時に、個人別サービス計画表に記入することで利用者が望むサービス提供を指向し、さらなるサービスの向上を目論んでいます。今期は第三者評価機関による利用者アンケートを実施、利用者の希望や要望を把握して来期以降のサービス提供の参考にする予定にしています。職員の運営に関する意向は個人面談や職員会議から把握しています。県や市からの情報は直接入手できます。また、国からの情報は本部経由で把握し、運営の参考にしています。経営状況は決算書などから把握しています。

本部のマスタープランを受けて事業計画を作成し、着実な計画の遂行をしています

事業所では本部からのマスタープランの目的、基本方針をもとに当年度の事業計画を策定しています。「利用者さんが元気で明るく活動できるよう魅力あるサービスに取り組みます」「職員の働きやすい環境を整え、職員の定着に努めます」「職員の専門性や支援力・介護力を育て、職員を育成します」「健全な財務経営のために、どのような取り組みをするか検討し実践します」「事業所内研修を参加しやすい環境を作り、職員育成に努めます」「介護部会目標を達成するため利用者ニーズに広く応えられる人材育成を目指します」と定め着実に実行しています。

カテゴリー3

3 経営における社会的責任

サブカテゴリー1(3-1)

社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

2/2

評価項目1

社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知し、遵守されるよう取り組んでいる

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 全職員に対して、社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などを周知し、理解が深まるよう取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳を含む)などが遵守されるよう取り組み、定期的に確認している。	○ 非該当

サブカテゴリー2(3-2)

利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	○ 非該当

評価項目2

虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当

サブカテゴリー3(3-3)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況

1/5

評価項目1 透明性を高め、地域との関係づくりに向けて取り組んでいる		評点(○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 透明性を高めるために、事業所の活動内容を開示するなど開かれた組織となるよう取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. ボランティア、実習生及び見学・体験する小・中学生などの受け入れ体制を整備している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 地域の福祉ニーズにもとづき、地域貢献の取り組みをしている		評点(●●●)
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 地域の福祉ニーズにもとづき、事業所の機能や専門性をいかした地域貢献の取り組みをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 事業所が地域の一員としての役割を果たすため、地域関係機関のネットワーク(事業者連絡会、施設長会など)に参画している	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働できる体制を整えて、取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー3の講評		
<p>社会人・福祉サービス事業者として守るべき法・規範・倫理を遵守しています</p> <p>非正規社員を含む全職員にハンドブックを渡しています。コンプライアンス(法令順守)を明記し職員全員に周知徹底を図っています。また、コンプライアンス・セルフチェックする仕組みを構築しています。本部にコンプライアンス・ホットラインを設けてあり職員はいつでも相談できるように工夫しています。倫理行動綱領を定め、倫理行動マニュアル(利用者さんとの関係・法人施設との関係・地域社会との関わり・ご家族との関係)やオフィスマナー、就業時のマナーも明記してあります。職員は入職時研修などで学び実践に生かしています。</p> <p>利用者の権利擁護のために、組織的な取り組みを行っています</p> <p>重要事項説明書に相談・苦情窓口を明記してあります。また、第三者としての苦情解決委員を置いてあります。運営規程に苦情解決の方法と虐待の防止のための措置の関する事項を明記しています。利用者の意向に対してはサービス提供責任者が対応する仕組みになっています。同性介助を徹底しております。事故発生時のメディア対応を法人研修で実施しています。事業所で利用者アンケート実施しサービスに活かしています。公平性を持たるため第三者評価機関による利用者調査を行っています。その結果を受けて次期以降のサービスに反映しようとしています。</p> <p>評価機関による第三者評価を受審し、その結果を公表することで透明性を確保します</p> <p>今期は第三者評価機関による第三者評価を受審して、その結果を公表することで透明性を確保します。事業所には現在ボランティアや実習生の受け入れがありません。同様に地域のネットワークに加入して地域のニーズや要望の把握して福祉サービスのさらなる質の向上を目指すことが期待されます。</p>		

4			リスクマネジメント		0/5
サブカテゴリ1(4-1)					
リスクマネジメントに計画的に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		0/5
評価項目1 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる 評点(●●●●●)					
評価	標準項目				
○ あり ● なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている				○ 非該当
○ あり ● なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている				○ 非該当
○ あり ● なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している				○ 非該当
○ あり ● なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる				○ 非該当
○ あり ● なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる				○ 非該当
サブカテゴリ2(4-2)					
事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		4/4
評価項目1 事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしている 評点(○○○○)					
評価	標準項目				
● あり ○ なし	1. 情報の収集、利用、保管、廃棄について規程・ルールを定め、職員(実習生やボランティアを含む)が理解し遵守するための取り組みを行っている				○ 非該当
● あり ○ なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要ときに活用できるように整理・管理している				○ 非該当
● あり ○ なし	3. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定するほか、情報漏えい防止のための対策をとっている				○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事業所で扱っている個人情報については、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえ、利用目的の明示及び開示請求への対応を含む規程・体制を整備している				○ 非該当
カテゴリ4の講評					
<p>リスクマネジメントへの取り組みがありませんリスクマネジメントの構築が望まれます</p> <p>法人の安全運転委員会に職員が参加しています。事業所所有車は4台あります。多くの職員が通勤に車を使用しています。安全運転で本部から表彰されています。一方で昨年度は事故報告が1件、インシデント0件でしたがヒヤリハットが12件起きています。事業所としてリスクマネジメントを実施して「プラン・ドゥ・チェック・アクション」の管理サイクルの構築が求められます。計画を策定し、実行し、評価して見直し修正することでさらなる福祉サービスの質の向上が図れます。利用者及び家族も安心して施設に任せられるようになります。</p> <p>事業所の情報管理を適切に行い活用できるようにしています</p> <p>事業所の情報管理は、情報の収集、利用、保管、廃棄について文書管理規程に則り、また、情報セキュリティポリシーにより適切に管理されています。収集した情報は共有のフォルダーに保管してあり職員は職制などによって決められたアクセス権に従い何時でも必要な情報は引き出して利用することができます。情報の漏洩防止に万全の注意を払っています。事業所で扱っている個人情報については「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて利用目的の明示及び開示請求への対応を契約書などで明確にしています。重要な書類はカギの掛かる書棚に保管してあります。</p>					

カテゴリ5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 12/12
評価項目1 事業所が目指していることの実現に必要な人材構成にしている 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所が求める人材の確保ができるよう工夫している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が求める人材、事業所の状況を踏まえ、育成や将来の人材構成を見据えた異動や配置に取り組んでいる	○ 非該当
評価項目2 事業所の求める人材像に基づき人材育成計画を策定している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)が職員に分かりやすく周知されている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業所が求める職責または職務内容に応じた長期的な展望(キャリアパス)と連動した事業所の人材育成計画を策定している	○ 非該当
評価項目3 事業所の求める人材像を踏まえた職員の育成に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 勤務形態に関わらず、職員にさまざまな方法で研修等を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの意向や経験等に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員一人ひとりの育成の成果を確認し、個人別の育成(研修)計画へ反映している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 指導を担当する職員に対して、自らの役割を理解してより良い指導ができるよう組織的に支援を行っている	○ 非該当
評価項目4 職員の定着に向け、職員の意欲向上に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)		
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価と処遇(賃金、昇進・昇格等)・称賛などを連動させている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、職場環境・健康・ストレスなど)を把握し、安心して働き続けられる職場づくりに取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、意欲と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員間の良好な人間関係構築のための取り組みを行っている	○ 非該当
サブカテゴリ2(5-2)		
組織力の向上に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 3/3

評価項目1 組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に 取り組んでいる		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 職員一人ひとりが学んだ研修内容を、レポートや発表等を通じて共有化している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに話し合い、サービスの質の向上や業務改善に活かす仕組みを設けている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 目標達成や課題解決に向けて、チームでの活動が効果的に進むよう取り組んでいる	○ 非該当
カテゴリ5の講評		
<p>事業所が目指しているサービスを実現する人材の確保・育成・定着に取り組んでいます</p> <p>常勤職員の採用および異動は法人本部で行っています。非常勤職員の採用はエリアマネジャーを通して行います。事業所からの要求はエリア会議の議題に上げています。常勤職員の育成計画・実施(新入社員・階層別・職種別など)を法人本部が担当しています。チャレンジシートを用いて評価もこの用紙で行っています。事業所ではヘルパー向けの研修を職員が講師で実施しています。外部研修の行動養護従事者養成講座に職員およびヘルパーが参加しています。職場環境の整備に努めています。</p> <p>組織力の向上に取り組んでいます</p> <p>ヘルパー連絡会議・職員会議・支援会議および部会会議をそれぞれ月に1回開催してお互いの情報を共有しています。職員会議・支援会議ならびにヘルパー連絡会議の議題を月別に設定してあります。ヘルパー連絡会議の議題は、4月救命救急、5月メンタルヘルスマネジメント、6月熱中症・脱水予防について、7月介護技術Ⅰ 8月口腔ケアの基本、9月リフレッシュ(ヨガ・体操)、10月障がいの理解、11月ノロウイルスに対する予防・消毒、12月危機管理(事例研究) 1月介護技術Ⅱ、2月精神疾患について、3月福祉職とは?になっています。</p>		

カテゴリー7

7 事業所の重要課題に対する組織的な活動

サブカテゴリー1(7-1)

事業所の重要課題に対して、目標設定・取り組み・結果の検証・次期の事業活動等への反映を行っている

評価項目1

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その1)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

課題目標

ヘルパーの人員確保と安定したサービスを目指すために、ヘルパー教育を実施します。

課題を抽出した理由・背景

ヘルパーの高齢化が進み、次世代を担うヘルパーが少なくなったため。

取り組み

求人募集広告を4月、11月、2月、3月の4回実施しました。

取り組みの結果

12名の応募があり、6名と契約したが、実際に定期的に活動している方は1名のみです。

考えられる理由

受注が不定期で安定した収入が得られないためと思われます。

目標の設定と
取り組み

- 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った
- 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった
- 具体的な目標が設定されていなかった

取り組みの検証

- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った
- 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む)
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

検証結果の反映

- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた
- 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない
- 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目1で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

ヘルパーの増員を図るべく4月、11月、2月および3月の計4回のヘルパーの募集広告を行っています。その結果応募者が12名あり、内契約までの方が6名おりましたが定着して戦力になっている方はたったの1名にとどまっています。事業所としても、ヘルパー連絡会議を毎月開催し、定着を目指した研修も、全員が一堂に会せない関係から同じ研修を3日に分けて実施するなど受講しやすい環境を整えてありますがそれでも応募した方の結果は散々なものとなっています。原因は人不足の背景から他の職種に移っていることならびに勤務時間帯及び収入が不安定のためと思われます。

評価項目2

事業所の理念・基本方針の実現を図る上での重要課題について、前年度具体的な目標を設定して取り組み、結果を検証して、今年度以降の改善につなげている(その2)

前年度の重要課題に対する組織的な活動(評価機関によるまとめ)

課題目標

利用者ニーズに応えるサービスを提供します。

課題を抽出した理由・背景

現在行っているサービスが、実際のニーズに合っているのか確認する必要があるため。

取り組み

利用者の希望に合ったサービスを行うため、利用者アンケートを実施しました。また、そのアンケート結果の集計を利用者に配布しました。

取り組みの結果

利用者87名にアンケートの結果、男性35名中14名回収でき約40%の回答率でした。女性は52名中31名から回収約60%の回答率を得られました。全体の回答率は51%となりました。アンケートを集計しまとめたものを利用者に配布することで結果報告しています。

今期は第三者評価機関による利用者調査を実施して利用者の希望要望を把握・収集・分析した結果を来期以降のサービスに反映させようとしています。

<p>目標の設定と 取り組み</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 具体的な目標を設定し、その達成に向けて取り組みを行った <input type="radio"/> 具体的な目標を設定したが、その達成に向けて取り組みが行われていなかった <input type="radio"/> 具体的な目標が設定されていなかった
<p>取り組みの検証</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行った <input type="radio"/> 目標達成に向けた取り組みについて、検証を行っていなかった(目標設定を行っていなかった場合も含む) <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である
<p>検証結果の反映</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させた <input type="radio"/> 次期の事業活動や事業計画へ、検証結果を反映させていない <input type="radio"/> 設立後間もないため、前年度の実績がなく、評価対象外である

評価項目2で確認した組織的な活動や評語の選択に関する講評

事業所が実施したアンケート結果を集計し利用者に報告し、個人向けサービスの提供の参考にしています。更に今年度は第三者機関による、より公平中立的な立場での利用者調査を行い、その結果を収集・分析・検討して次のサービスの提供に反映させることによりさらなる福祉サービスの質の向上を目指します。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
	サブカテゴリ1	
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
	評価項目1 利用者希望者等に対してサービスの情報を提供している <p style="text-align: right;">評点(0000)</p>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している
	○ 非該当	
	● あり ○ なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている
	○ 非該当	
	● あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している
	○ 非該当	
	● あり ○ なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している
	○ 非該当	
	サブカテゴリ1の講評	
	<p>パンフレットは職員の意見を取り入れて作成し、分かりやすくなっています</p> <p>事業所の情報提供は主にパンフレットで行っています。パンフレットは職員の意見を取り入れ、色やデザインを決めました。サービス内容、サービス時間、サービス料金、サービス提供地域、業務日、時間などの表記を大きくし、内容はシンプルで見やすくなっています。ホームページにも事業所概要を掲載しています。相談支援事業者や利用者・家族などから問い合わせがあれば情報を提供していますが、事業所自らの積極的な情報提供までは行えていません。</p> <p>スケジュール表に担当者の写真を載せるなど工夫しています</p> <p>言語でコミュニケーションがとりにくい利用者には、スケジュール表に担当の職員やヘルパーの顔写真を載せるなど分かりやすくなるように工夫しています。毎年市からの自己点検シートやアンケートに回答し、事業所の状況を報告しています。電話などでヘルパー依頼の問い合わせがあった場合は、同性介助を基本としているので、同性のサービス管理責任者が対応しています。支給決定を受けているかなどを確認し、同性介助が出来るヘルパーがいる場合は依頼を受けるようにしています。</p>	
	サブカテゴリ2	
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
	評価項目1 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 <p style="text-align: right;">評点(000)</p>	
	評価	標準項目
	● あり ○ なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者等の状況に応じて説明している
	○ 非該当	
	● あり ○ なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者等の同意を得るようにしている
	○ 非該当	
	● あり ○ なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者等の意向を確認し、記録化している
	○ 非該当	

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている			評点(0000)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている		<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評			
<p>サービス開始時にはサービス提供責任者が家庭訪問し、重要事項の説明を行っています</p> <p>サービス開始時にはサービス提供責任者が利用者宅を訪問し、利用者や家族に重要事項の説明をし利用契約を交わしています。重要事項説明書で、サービス提供日・時間サービス内容、サービス利用料・利用者負担金、有料サービス、キャンセル料などの説明をし同意を得ています。また、サービス利用契約書の説明をし署名・捺印をもらい取り交わしをしています。初回面談時に聞き取った利用者の意向や状態などを「相談受付票」に記録し、サービス提供に活かしています。</p> <p>初回サービスはサービス提供責任者が行き、状況を確認しています</p> <p>サービス開始後1～2回はサービス提供責任者が訪問しサービス提供をしています。利用者の状況やサービス内容を確認し、利用者にあった担当のヘルパーを決めています。担当ヘルパーが初回訪問時には必ずサービス提供責任者が同行し、サービス内容などの適切な指導を行い、利用者の意向も伝えています。利用者毎に2人以上のヘルパーが担当できるように同行しています。サービス開始1ヵ月後には、サービス提供責任者が訪問し、利用者の意向を聞き取り不安解消に努めています。</p>			
サブカテゴリー3			
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している			評点(000)
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身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記録し、把握している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している		<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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		<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別のサービス利用計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者等の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画を利用者等にわかりやすく説明し、同意を得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

評価項目4 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		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリ3の講評

アセスメントシートの内容を基に居宅介護サービス等支援計画を作成しています
 サービス開始時に利用者の希望内容や現状、利用者の状況、支援の状況などをアセスメントシートに記載しています。アセスメントの内容や計画相談支援事業所の作成したサービス等利用計画を基に、サービス提供責任者が居宅サービス等支援計画を作成しています。利用者のニーズに対する支援目標、サービス内容などを具体的に記載した計画書を利用者、家族に同意を得ています。居宅サービス等支援計画のサービス内容に基づいて、サービス提供責任者やヘルパーがサービスを提供しています。

利用者の状況はパソコン上の経過記録に入力しています
 利用者の状況は介護ソフトの経過記録にサービス提供責任者がパソコン入力をしています。入力したサービス記録をプリントアウトして個人ファイルに入れ、いつでも見られるようになっています。利用者宅にも個人ファイルを置き、居宅サービス等計画書、スケジュール表、緊急連絡カードなどが入れてあります。緊急連絡カードには、緊急連絡先、避難場所、かかりつけの病院、服薬の状況、アレルギーなどが記入してあり、緊急時にいつでも活用できるようになっています。またヘルパーの活動内容などは障害福祉サービス記録書に記載しています。

職員会議や連絡ノートで情報を共有しています
 月1回職員会議を開催し、利用者の報告や変化のあったこと、所長会議の内容、事務管理の報告などがあり、職員間で情報を共有しています。また、利用者のことなどで伝えたいことは男性サービス提供責任者と女性サービス提供責任者の連絡ノートに記載し、必ず読むようにして内容を共有しています。ヘルパーは予めメールアドレス登録をしておき、利用者に変化があった場合は職員間やヘルパーと緊急メールをして連絡を取り合っています。

サブカテゴリ5		
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 利用者等のプライバシー保護を徹底している 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ5の講評		
契約時に個人情報使用同意書を取り交わしています 契約時にサービス提供責任者から、個人情報の使用目的、提供する情報の範囲、提供先、提供条件などの説明を行い、利用者・家族の同意を得ています。法人の事業所照会の資料に利用者の写真が掲載されることがあるので、その都度利用者・家族の同意を得ています。重要事項説明書にも守秘義務について明示してあります。		
事業所として同性介助の方針で利用者の支援を行っています 利用者の支援は同性介助を徹底しています。サービス提供責任者もヘルパーも同性介助を行っています。排泄介助や入浴介助など同性介助をし、プライバシーに配慮しています。新規利用の申し込みがあっても同性介助が出来ない場合は断ることもあります。男性の登録ヘルパーが少ない為、男性の利用者には所長も含めてサービス提供責任者がサービスの担当をすることが多くなっています。特に朝早くや夜遅くの支援はサービス提供責任者が担当しています。排泄介助の際は施錠したり、入浴介助では前を覆うなど羞恥心への配慮も行っていきます。		
利用者の意思を確認しながら介助を行っています 利用者の状況が一人ひとり異なるので、価値観を大切に介助を行っています。介助を行う前には必ず本人の意思確認を行っています。例えば食事介助を行う前に「食事の準備をしますね」と伝え、本人の意思を確認しています。「トイレにしてくれ」と言われたら、そちらを優先しています。利用者からは他に欲しいことがある場合は、「勝手にしている」「いや」などと言ってもらえるので、何をしたいかを確認しながら、利用者の意思を尊重した介助に努めています。		
サブカテゴリ6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 5/5
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている 評点(〇〇〇)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	○ 非該当
サブカテゴリ6の講評		
<p>「登録型訪問介護員マニュアル」や各種手順書が整備されています</p> <p>排泄介助や食事介助、清拭、入浴介助などのサービス手順書が整備され、利用開始から挨拶、作業内容、終了までの手順が分かりやすく記載されています。「登録型訪問介護マニュアル」には、ヘルパーの業務上の留意事項、給料、活動の流れ、サービス内容、記録の書き方、ヘルパーの心得、事故対応、緊急対応、非常時対応などが記載され、ヘルパー連絡会議などでもヘルパーに内容確認を行っています。内容の見直しはヘルパーや利用者の意見を取り入れて行っています。その他感染症マニュアル、事業所の緊急時マニュアルなどが整備されています。</p>		

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	17/17
1 評価項目1 サービス利用計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している 評点(0000)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. サービス利用計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>スケジュール表の字を大きくし、担当者の顔写真を載せるなど工夫しています</p> <p>言語でのコミュニケーションが難しい利用者には、文字や絵、写真などを用いて分かりやすいように工夫しています。スケジュール表は文字を大きくし担当ヘルパーの顔写真を載せ、利用者宅に貼ってあります。サービス提供責任者は家族から利用者の特性やコミュニケーションのとり方などを聞いて、担当のヘルパーに伝えています。居宅介護サービス等計画書のニーズや目標、サービス内容については、サービス提供責任者からヘルパー連絡会議などで担当ヘルパーに説明しています。</p> <p>利用者の状態に合わせ、ヘルパーの支援を行っています</p> <p>ヘルパーの業務は365日、7時～24時まで提供しています。利用者の状態により、車いすの利用者等は起床後ベッドから車椅子に移乗しトイレ介助を行ったり、就寝前の入浴介助やトイレ介助など夜遅くのサービス提供も行っています。担当者会議で、相談支援事業所や他のサービス事業所と利用者のサービスについて連携を取り合っています。また福祉事務所に出向き、通院等の時間やサービスについての確認などを行っています。また家族やグループホームの世話人の意向も確かめながら支援を行っています。</p>			
2 評価項目2 サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている 評点(000000)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. ホームヘルパーに対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者等から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている		○ 非該当
● あり ○ なし	5. 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○ 非該当
● あり ○ なし	6. 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○ 非該当

評価項目2の講評

「登録型訪問介護員マニュアル」でヘルパーの心得を指導しています

登録ヘルパーには毎月研修を実施しています。その中でサービス提供責任者が「登録型訪問介護員マニュアル」の中の「ヘルパーの心得」に沿って、挨拶、言葉遣い、服装、守秘義務、時間厳守などマナーについて説明・指導を行っています。毎月月初に登録ヘルパーは1か月分のサービス記録書を届けに事業所に来所しますので、担当のサービス提供責任者がヘルパーからの相談を受け、サービス内容に関する指導を行うなどヘルパーが安心してサービスが出来るように支援しています。

利用者の状態が急変した場合は事業所に連絡し、指示を仰いでいます

ヘルパーの訪問時に利用者の状態が急変した場合やいつもと様子が異なっている場合は、必ず事業所に連絡しサービス責任者の指示を仰いでいます。緊急時に備え、「緊急連絡カード」を利用者宅のファイルに入れてあり、緊急連絡先、かかりつけ病院、主治医、服用薬などがいつでも確認できるようになっています。またカードには、事業所の電話番号や救急車を呼ぶ場合の警察署や消防署、災害伝言ダイヤルなどの番号が記載されていて、情報提供の利用者の同意書もあり、緊急時対応の体制が整っています。

金銭を預かった場合は、使用用途の明細を記録し、領収書をもっています。

ガイドヘルパーなどが金銭を預かった場合は、余暇支援等記録簿に行先、活動内容、連絡事項の他に預り金の額、使用明細、返金の額を記載し、返金時に領収書を渡しています。鍵を預かることは殆どなく、訪問時にポストに入れておいてもらい、ナンバーキーで開けている利用者はいます。利用者の状況により方法は異なりますが、サービス提供責任者と家族との取り決めをヘルパーに伝えています。

3 評価項目3

安定的で継続的なサービスを提供している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. ホームヘルパーのコーディネートは利用者の特性やサービスの内容などを配慮して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. ホームヘルパーが訪問できなくなった場合、代替要員を確保している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. ホームヘルパーが変更になる場合、利用者等に事前に連絡をいれている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. ホームヘルパーが替わるときには前任者が同行するなど、引継ぎをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. ホームヘルパーの変更後、利用者等に負担がないか確認をしている	○ 非該当

評価項目3の講評

利用者の担当ヘルパーを決める時はサービス提供責任者で話し合っ決めていきます

約100名の利用者に対してサービス提供責任者は6名います。利用者の担当は同性のサービス責任者と同性のヘルパーにしています。新しい利用者の担当を決めるときは、利用者の状態やサービス内容などを考慮してサービス提供責任者が話し合っ決めていきます。利用者によってはサービス提供責任者が担当することもあります。特に早朝や夜遅くのサービスなどヘルパーが担当できない時間帯にはサービス提供責任者が担当しています。

利用者には複数のヘルパーが関わっているため変更もスムーズに行えます

利用者の担当ヘルパー以外に2人以上複数のヘルパーが同行して利用者の様子やサービスについて理解しているので、担当ヘルパーが訪問できなくなっても代替ヘルパーが対応できます。前もってヘルパーが訪問できないことが分かっている場合は、ヘルパー同士で調整しサービス提供責任者に報告することもあります。突然ヘルパーが訪問できなくなった場合はサービス提供責任者が交替しています。ヘルパー連絡会議でもヘルパー同士で利用者の情報を交換を行い共有しています。

ヘルパー交替時は前任と後任のヘルパーで引継ぎを行っています

ヘルパーが交替する際は前任のヘルパーに後任のヘルパーが同行訪問し、引継ぎを行っています。また後任のヘルパーの初回訪問時はサービス提供責任者が同行し、サービス内容などの指導をし利用者が安心できるように努めています。毎月実施するヘルパー連絡会議には殆どの登録ヘルパーが参加し、お茶を飲みながらヘルパー同士のコミュニケーションを図っています。また毎月食事介助や排泄介助などの技術指導や救命救急、口腔ケアの基本、障がいの理解などの研修を行い、ヘルパーのスキルアップに取り組んでいます。

4 評価項目4 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 地域の情報を収集し、利用者一人ひとりの状況に応じて提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて、利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設け、多様な体験ができるよう支援している	○ 非該当
評価項目4の講評		
<p>ヘルパー連絡会議で地域の情報交換を行い、利用者に情報提供しています</p> <p>ヘルパー連絡会議で、ヘルパー間で地域の情報交換を行っています。障がい者でも安心して入れるプールの場所や障がい者用のトイレの場所、障がい者マラソン、地域の祭りなどの情報収集を行い、利用者に伝えています。また他のサービス事業所や相談支援事業所とも情報交換し、利用者に必要な情報を収集しています。</p> <p>ガイドヘルパーと一緒に利用者が地域に出掛けています</p> <p>移動支援や同行援護などでガイドヘルパーと外出が可能なことを利用者に伝えています。ヘルパー連絡会議などで訪問介護ヘルパーとガイドヘルパーが利用者の外出先などの情報交換を行っています。移動支援で利用者がガイドヘルパーと一緒に公民館やヨガの講座、太鼓の講座に通ったり、同行援護では受診同行支援などで地域に出掛けています。</p>		

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている
タイトル①	毎月ヘルパー連絡会で研修を実施し、登録ヘルパーのスキルアップに取り組んでいます	
内容①	毎月ヘルパー連絡会議を開催し、登録ヘルパーを対象に研修を行っています。救命救急、介護技術、障がいの理解、感染症予防などの研修を実施し、ヘルパーのスキルアップを図るとともに、ヘルパー同士のコミュニケーションをとる場にもなっています。お茶を飲みながら、ヘルパー同士やサービス提供責任者と情報交換を行っています。また「登録型訪問介護員マニュアル」で、サービス提供責任者がヘルパーのマナーや接遇などヘルパーの心得について指導しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-1	サービス利用計画に基づいて自立(自律)生活が営めるよう支援している
タイトル②	365日、朝早くから夜遅くまで利用者の状態に合わせてサービスを提供しています	
内容②	ヘルパーの業務は365日、7時～24時まで提供しています。利用者の状態により、車いすの利用者には早朝訪問し、起床後ベッドから車椅子に移乗しトイレ介助を行っています。また就寝前の入浴介助やトイレ介助など夜遅くのサービス提供も行っています。ヘルパーの介助は同性介助を基本とし、サービス提供責任者もヘルパーも同性にしています。ヘルパーが訪問出来ない時間にはサービス提供責任者が対応し、利用者の状態に合わせた時間帯に必要なサービスを提供しています。	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目	6-4-3	安定的で継続的なサービスを提供している
タイトル③	利用者毎に複数のヘルパーが関わっているので、代替可能な体制になっています	
内容③	担当ヘルパーが支援を行っている時に他のヘルパーも同行し、利用者の様子やサービス内容について理解しています。利用者毎に複数のヘルパーが同行しているので、ヘルパーが訪問出来なくなった場合でも代替ヘルパーで対応できる体制になっています。前もってヘルパーが訪問できないことが分かっている場合は、ヘルパー同士で調整することもあります。突然ヘルパーが訪問出来なくなった場合はサービス提供責任者が交替しています。毎月のヘルパー連絡会議でも利用者の情報交換を行い、担当以外の利用者の情報も把握しています。	

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	事業所が目指している理念・ビジョン・基本方針を周知しています
	内容	法人本部の目的と基本方針をマスタープランから受け、障がい者居宅介護・重度訪問会議・同行援護・行動援護事業、障がい者移動介護事業(市町村地域生活支援事業)アイネットきたざと事業所の事業計画書を策定しています。この事業計画書の策定にあたっては職員からの意見を入れ、また、利用者の意向や要望は利用者アンケートなどから把握し検討したものを反映しています。職員には事務所の掲示や職員会議やメール配信で知らせています。掲示物は法人の目的・基本方針・使命・職員の行動指針ならびにアイネットきたざと目標と介護部会目標です。
2	タイトル	事業計画を策定し、着実な実行に取り組んでいます
	内容	単年度の事業計画を策定しており、職制表担当者を決めてこれの実践実行にあっています。部会などで中期の計画を話し合うこともあります。予算を決め執行状況を月次・半期の決算から見直し変更することもあります。職員は決められた担当に従って計画の達成に励んでいます。所長が現業作業のソフト体制に組み込まれているために、本来の所長業務が手薄になっている傾向が見えます。通期の決算および事業報告書から課題を洗い出し、エリア会議、理事会を経て次期の事業計画書に反映させることになっています。
3	タイトル	組織力の向上に向け、組織としての学びとチームワークの促進に取り組んでいます
	内容	組織力の向上と、定着の促進に向けて職員研修に力を注いでいます。前年度は本部研修に31回参加し、事業所内およびヘルパー向け研修は、主に職員が講師になっています。自己研鑽の外部研修(行動養護従事者養成研修)には8回ヘルパーと職員が参加しています。それぞれの受講内容は職員会議やヘルパー連絡会議で報告するなどして全員の共有を図っています。ヘルパー会議3日制(勤務の関係から全員が一堂に会せないために同じことを3回に分けて実施しています)では29年4月から30年3月まで11回実施して延べ170名が参加しています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	リスクマネジメントのシステムの構築と確実な実行が望まれます
	内容	車の安全運転で本部から表彰されています。一方で昨年度は事故報告が1件、インシデント0件ヒヤリハットが12件起きています。事業所としてリスクマネジメントを実施して「プラン・ドゥ・チェック・アクション」の管理サイクルの構築が求められます。計画を策定し、実行し、評価して見直し修正することでさらなる福祉サービスの質の向上が図れます。利用者及び家族も安心して施設に任せられることができるようになります。居住者がいないためなのか防災避難訓練は実施していません。所長は、法人の合同訓練に参加しています。
2	タイトル	地域社会に役立つ取り組み地域貢献制度への取り組みが期待されます
	内容	事業所の性格上困難なのかもしれませんが、ボランティアや実習生の受け入れについてどのようにすれば受け入れが可能か工夫し検討の上で受け入れ体制の構築が望まれます。受け入れ基準マニュアルを作り、受け入れ担当者を任命することが肝要です。事業所が地域の一員として保有している機能や福祉の専門性を活かしながら、関係機関と連携し連絡を取り合っ地域の一員としての役割を担うことが期待されます。地域社会に役立つ取り組み地域貢献体制の構築が望まれます。
3	タイトル	所長がサービス提供責任者として毎日利用者の介護を担っていますので、介護業務を軽減し管理業務により注力されることが望まれます
	内容	所長はサービス提供責任者として、殆ど毎日3～4回利用者宅を訪問し介護業務を行っています。同性介助を事業所の基本としていますので、男性の登録ヘルパーが少ない為、男性の利用者宅の訪問が多くなっています。現在は毎日ほぼ半分の時間を利用者サービスに費やしていますので、管理業務が手薄になりかねません。今後は男性の登録ヘルパーを育成するなど、所長としての管理業務により一層注力されることが望まれます。



株式会社フィールズ

〒251-0024 藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3F

TEL : 0466-29-9430 FAX : 0466-29-2323