

## 第三者評価結果

※すべての評価細目(45項目)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。  
 ※評価項目毎に第三者評価機関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。	b
<コメント> 法人の理念・基本方針はホームページ等に掲載されており、広く周知されています。また事業所は法人の理念・基本方針に則り運営方針を定めており、これは単年度の事業計画書に明文化されています。事業所にて毎年開催される年度初めのヘルパー研修では法人の理念等をテーマとしており、受講は必須で、継続的に周知徹底が図られています。理念や基本方針の利用者や家族への周知は重要事項説明書が中心で、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫には至っていません。		

#### 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
<コメント> 管理者は、事業所をとりまく社会福祉の動向を把握するとともに、大和市内の関係会議の場や福田北地区を中心とした関係機関とのネットワークを用いて最新の地域福祉の動向や福祉ニーズに関する情報収集に努めています。また事業所の経営状況については、事業所当該月の収支、利用者の増減等の業績をグラフ化するなどしてまとめ、毎月開催される所内の職員会議にて分析結果を定例報告しています。		
【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。	b
<コメント> 管理者は本事業所における経営状況を把握・分析し、人材確保や人件費率に関する経営課題を明確にしています。また、こうした課題は月1回開催の職員会議で周知されています。事業所において欠員が生じた場合は、必要に応じて人材確保の取組も行っています。経営状況や改善すべき課題について、管理者間での共有や法人事務局との連携を行い、課題の改善に向けた効果的な取組みが期待されます。		

### 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所は法人の中・長期計画を踏まえて運営されています。本事業所では、高齢者・障害者に対するヘルパー派遣を一体的に運営し、多様で変化する利用者のニーズに柔軟に対応しています。高齢者福祉、障害者福祉の枠を超え、制度の間に陥りかねない利用者や家族のサポートに強味をもつ本事業所の取組みは、法人の中長期計画である総合的福祉サービスの推進の方針に合致しています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、法人の基本理念、方針を踏まえた単年度毎の事業計画を策定しています。その内容は毎月の研修計画、各種会議の開催予定のほか、福田北地区の認知症カフェ(福きたカフェ)や同地区のネットワークの拠点(ここサポ)における活動など社会・地域貢献に関する実行可能で具体的な計画が策定されています。また、居宅介護支援や訪問介護に関しては活動日数やサービス提供利用者の数値目標も設定し、実施状況の評価が可能な内容となっています。</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・見直しを組織的に行われ、職員が理解している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画書及び半期ごとの事業報告書は職員会議にて周知されています。管理者を中心に、当該年度の事業の進捗状況の評価の上、次年度の事業計画策定に反映させるとともに、必要に応じて新たな取組みについて計画を策定します。今後は事業計画書、事業報告書作成にあたり、積極的な職員からの意見集約や反映が期待されます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画を利用者に周知する取組みは行っていませんが、事業計画の一部は利用者に伝えられています。居宅介護支援、訪問介護等の契約時には、重要事項説明書において、運営方針、サービス内容や研修計画など関連する事項は利用者に伝えられています。今後は既存の広報誌などの活用の工夫により、事業計画を分かり易く伝え、利用者や家族等への周知が図られることが期待されます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの質の向上については、PDCAサイクルに基づき事業計画策定、事業実施、半期毎の評価・見直しのプロセスが組織的に行われています。また日々の訪問介護等に係るサービスの質の向上に向けては、サービス提供責任者が適時ヘルパーのサービス内容を把握・評価しているため、課題が生じても組織的に速やかな対応が図られています。また第三者評価は定期的に受審しています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では半期ごとに事業の進捗確認及び評価を行い報告書を作成しています。これは職員会議において周知され、課題の共有化が図られると共に次年度の事業計画策定に反映されます。更に利用者の観点からは、利用者及び家族の満足度調査が行われています。これは、サービス提供責任者が毎月利用者宅を訪問した際に、「訪問介護モニタリング表」を用いてサービスへの満足度を確認の上、ケアマネジャーに報告するもので、計画の評価・見直しの一助としています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は経営・管理に関する方針や取組みを事業計画書に示すと共に、管理者の職務分掌については組織体制図に明示しています。また管理者は事業所の顔として地域や社会への積極的な貢献活動を展開しており、組織の重点目標にも掲げられている活動として、職員に十分な周知が図られています。また有事における管理者の役割については法人のマニュアルに定められています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は年1回開催される県の集団指導講習会に出席するなどし、遵守すべき法令等を十分理解し、業務にあたっています。また、本事業所では法令遵守に係る研修を全職員の必須研修とし、年度当初に必ず受講させることとしています。尚、平成31年度の研修テーマとしては、「サービス提供の基本姿勢について(倫理、法令の遵守)」となっています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、自ら福祉サービスの質の現状を把握し、評価、分析を行うとともに、月1回、職員会議を開催し、職員と課題認識を共有し改善に向けた意見交換を行っています。また、事業所開催のヘルパー研修会では職員の要望も取り入れながらテーマ設定を行い、概ね月1回の頻度で研修を実施しています。また、管理者は自身もヘルパー業務を行うことから、サービス提供責任者やヘルパーと共にサービスの質の向上に向けた具体的かつ効果的な話し合いを行っています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は経営の改善等に向けて、人事、労務、財務等の分析を行っています。また管理者は、利用希望者のニーズやヘルパーの雇用条件など様々な要因も念頭に、人事配置や職員の働きやすい環境整備について課題として認識しています。管理者自身もヘルパー業務に関与しながらの取組みですが、管理者により法人との連携も行い、課題改善や業務の実効性を高める効果的な取組みが期待されます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針に基づき、期待する職員像を「職員倫理行動マニュアル」「県央福祉会職員倫理行動綱領」に明らかにしています。また法人では常勤職員を対象とした人事基準が確立されており、職員に周知されています。対象となる常勤職員は高齢者担当にはいませんが、非常勤職員については、管理者が個別面接を実施し、意向確認を行っています。人材確保など処遇改善に向けた取組みは継続中です。</p>		
【15】	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針に基づき、期待する職員像を「職員倫理行動マニュアル」「県央福祉会職員倫理行動綱領」に明らかにしています。また法人では常勤職員を対象とした人事基準が確立されており、職員に周知されています。対象となる常勤職員は高齢者担当にはいませんが、非常勤職員については、管理者が個別面接を実施し、意向確認を行っています。人材確保など処遇改善に向けた取組みを継続して進めています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は事業所の管理・監督者として職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータなど定期的に職員の就業状況を確認しています。またワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境づくりへの意識は管理者以下各職員に浸透しており、有給休暇取得についてはチームワークと工夫の中で希望に応じた休暇の取得等が実現しています。管理者は職員と毎年10月に個別面談を行い、職務等についての意向確認をしています。一方、職員の悩み相談窓口は別途法人内に設置されており、各職員が相談し易い環境が整えられています。これらの改善する仕組みの構築が期待されます。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としては、常勤のみ目標管理制度におけるしくみの中で人材育成を行っています。しかし事業所の高齢担当部門には非常勤のみのため、法人の目標管理制度の該当者はおりません。事業所としては、人材育成の取組みの一環として非常勤職員に対して毎年、個別面接による意向確認を行っています。また新任のケアマネジャーに対しては目標設定を行う予定としています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念や基本方針に基づき、期待する職員像を「職員倫理行動マニュアル」「県央福祉会職員倫理行動綱領」に明らかにしています。また、研修については法人が策定する年間研修開催計画のほか、事業所の事業計画に基づく月1回のヘルパー研修の計画が策定されています。具体的には、身体介護演習、救急法、認知症の理解など、必要とされる専門技術の向上を目指す内容となっています。この内容は毎年評価と見直しを行い、次年度の事業計画書に反映されます。今後は、非常勤も含めた職員の教育・研修に関する基本方針などが策定が求められます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人では年間研修開催計画を策定しており、階層別や専門分野別研修などがあります。関連する研修は介護保険事業部会の開催する身体介護技術・対人援助技術・アセスメント力の向上に向けた研修等が挙げられます。また外部研修の参加の勧奨を行うなど、職員の育成に努めており、資格取得につながった職員もいます。更に事業所主催の研修としてヘルパー等を対象に月1回の研修を実施しています。また新規採用のヘルパーに対しては、サービス提供責任者等が初回から概ね3回、同行するなどのOJTにより効果的な人材育成を図っています。</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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>訪問介護事業所の為非該当。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は、ホームページ等に、理念、基本方針、年度の事業計画、予算、決算情報等の情報を公開しています。また、年に1度、財務等の情報が掲載される法人広報誌を利用者に配布しています。本事業所においては3年前にも第三者評価結果を受審し結果を公表しています。今後は事業計画の発信など更なる工夫が期待されます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のため、職務分掌、権限が明確にされています。例えば支出に係るルールでは、物品購入の金額による決裁区分などが定められ、その内容は職員にも周知されています。事業所における収支は事務方により毎月会議の場で職員に報告されています。事務、経理等について、内部、外部監査が実施され、定期的に確認されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方については、法人の職員倫理行動マニュアル、県央福祉会職員倫理行動綱領、中長期計画に示されています。また事業所においては、年度の事業計画書において社会貢献・地域貢献の取組み方針も明らかにしています。地域の情報は、リスト化された活用可能な社会資源のほか、ボランティアやインフォーマルサービスも含め、主にケアマネジャーにより利用者に情報提供されています。</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。	
<コメント> 訪問介護事業所の為非該当。		
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
<コメント> 地域の関係機関・団体を把握しており、情報をファイリングの上、随時更新しています。関係機関とも密な連携が図られており、包括支援センター主催の地域ケア会議では、介護保険制度の対象外にあるなど制度の間にある困難な課題に対して関係機関同士がオープンに話し合い、民生委員やボランティアを巻き込みながら新たなサービスを生み出す場として機能しています。そのほか1回/2～3か月に開催される市内事業所による訪問介護連絡会や市内ケアマネジャーによる連絡会などに定期的に参加し生活や地域課題の解決に向けた話し合いを行っています。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<コメント> 本事業所は、介護保険の地域支援事業に位置づく福田北地区の「ねとわーく福田北協議体」の活動を通じて、多様な機関との情報共有や連携が可能となっています。また地域の福祉ニーズの把握や、新たな社会資源の開発、地域ケアシステムの構築に向けた取組につながっています。最近の取組としては、活動拠点「ここさぼ」の立ち上げのほか、地域住民を対象に地域の福祉事業所を巡るスタンプラリーも開催しています。		
【27】	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<コメント> 同地区内の認知症カフェ「福きたカフェ」の活動を行うほか、福田北地区の「ネットワーク福田北協議体」の活動拠点である「ここさぼ」に関与し、地域住民との交流を図っています。「ここさぼ」は週3回、10時～15時開所し、日常の困りごとを気軽に相談できる場として支え合い推進員が常駐しています。14自治会、民生委員協議会、社会福祉協議会、地区内の施設などから構成され、事業所もその一員として地域住民をサポートしています。		

### 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
<コメント> 法人の理念、基本方針やこれに基づく「職員倫理行動マニュアル」や「県央福祉会職員倫理行動綱領」、事業所作成の「介護サービス従事者(訪問介護員)の心得」などにより、体罰の禁止、差別の撤廃など利用者を尊重した福祉サービス提供の基本姿勢が明示されています。また、年度初めのヘルパー研修では倫理綱領の研修を必須とし、周知徹底されています。		
【29】	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<コメント> 法人の理念、基本方針、これに基づく「職員倫理行動マニュアル」や「県央福祉会職員倫理行動綱領」、事業所作成の「介護サービス従事者(訪問介護員)の心得」などにより、利用者のプライバシー保護が明示されています。また、年度始めのヘルパー研修ではプライバシー保護の研修を必須とし、周知徹底されています。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者が福祉サービス選択をする際に必要な情報は、事業所内に常に整理・更新されています。ケアマネジャーが利用希望者にサービスに関する情報を提供する際には、必ず複数の事業所等を紹介し、利用希望者が選択しやすいように丁寧な説明を心掛けています。ケアマネジャーの業務については、重要事項説明書においても、提供されるサービスが特定の事業者に不当に偏ることのないように、公正中立に計画作成を行う旨、定められています。</p>		
【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業者は、居宅サービス計画(ケアプラン)の作成及び変更にあたっては、利用者及びその家族に対し説明し同意を得る旨、居宅介護支援契約書に定められています。また同契約書にて利用者が自らの判断による権利の行使と義務の履行も支障を生じる時は、代理人(または後見人等)に行わせることが出来る旨も定められています。本事業所では、本人の状態に応じて、利用者のほか、キーパーソンとなる方の立ち合いの下、分かり易い説明に努めています。</p>		
【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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約終了時には支援事業者はあらかじめ、必要に応じて主治の医師及び利用者が指定するほかの居宅介護支援事業者若しくは地域包括支援センターに対する利用者の基本情報や直近のプラン等の情報の提供を行なうほか、その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者等と連携し、利用者に対して必要な援助を行なっています。また施設へ入所された利用者の要望で、サービス提供が継続されるケースもあります。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
【33】	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その上向上に向けた取組を行っています。訪問介護のモニタリングを月に一度行っておりその際に利用者及び家族の要望を確認し利用者満足の把握をしており、サービス担当者会議開催時や個別計画作成時に、その意向・要望を反映し、サービス内容の見直しなどを定期的に行なっています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として「苦情解決に関する規則」(2001年4月1日施行)に基づいた苦情解決委員を置いており、重要事項説明書に相談窓口・苦情対応窓口の連絡先などが記載されています。その規則中、苦情解決への手順として利用者への周知、申出人の範囲、苦情の受付、苦情受付の報告・確認、苦情解決に向けての話し合いと規定しています。苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われていますが、利用者からは取組みが評価されていません。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの苦情は4段階のステップがあり、苦情の受付、クレーム対応、苦情解決制度、オンブズマン制度とあり、早い段階での解決が利用者の不安・不満を増大させないこととなる旨が職員ハンドブックに記載されています。苦情としては車いすの利用者がヘルパーの気づかない間に擦り傷を負い、家族からの苦情があり、車椅子の背中の部分にクッションを入れて対応した例もあります。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応しています。利用者及び家族の意見・苦情などは直接電話で受けることが多く、苦情解決マニュアルに基づき対応しています。事業所の特質として、課題は出来る限り先送りせず早めに対応する気質があり即効力で、解決してゆく雰囲気作りができています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討を行っています。さらに訪問介護事業特有の課題、地域的な課題を検討して独自の事業継続計画の策定が期待されます。大規模災害、パンデミック等で派遣するヘルパーが足りなくなった場合、もしくは派遣できなくなった場合、河岸段丘の多い地域的なリスク等実際に稼働しているヘルパーの意見も取り入れた事業継続計画の策定が望まれます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症について、感染症対策マニュアルもあり、定期的な研修を行ないインフルエンザ、O-157等の感染症に係わる手洗いやうがいによる予防法、嘔吐物・排泄物の消毒回収、消毒方法等について理解を深めています。家庭、利用者宅を訪問するヘルパー自体が媒介となる可能性もあるため、訪問ヘルパーにはインフルエンザ予防接種の義務付けとそのための資金助成をしています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所として年に一度の割合でヘルパー研修で「災害時などについて」考える機会を設けています。災害時の対応策としてメールでの緊急連絡網を整備しています。地域の消防や自治会などの関連組織との連携を行い、災害用備蓄在庫等も整備しています。しかし訪問介護事業所としてその備蓄の取り扱いについては不明であったり、利用者の安否確認や独居利用者との連絡方法等、災害時におけるサービスの在り方について明確になっていない部分もありますので、法人・事業所双方での意見を生かした利用者本位のBCP(事業継続計画)の策定が望まれます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者へのサービスは全て個別の支援計画に基づいて行なわれており、更にサービス提供においては利用者毎のマニュアルを整備しています。初回時やヘルパーが変更になる際は、必ず職員が同行し、利用者及び家族への紹介だけでなく、サービスの提供の方法等細部まで実地指導し標準化を図っています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別計画書の更新や変化があった場合には随時見直しを行なっています。見直しのプロセスはマニュアル化されており、それに則り、利用者家族の意向・要望を確認し、ヘルパーの意見やモニタリング結果を考慮し、ケアマネジャーに報告しています。</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
<コメント> 事業所にはサービス提供責任者がおり、定められた手順により利用者のモニタリングしています。マニュアル化された手法により、ケースによっては利用者の利用している他事業者との連携する等、関係する専門職・ヘルパーの意見などを取り入れアセスメントを実施し、ケアマネジャーに報告しています。		
【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
<コメント> 事業所にはサービス提供責任者がおり、利用者へのサービスが適切であるか、また適切に行なわれているかを月に一度以上の割合で、訪問ヘルパーとは別に利用者訪問しモニタリングしています。その際に利用者及び家族のニーズを聞き出し、関係する専門職・ヘルパーの意見などを取り入れてアセスメントを行ない、ケアマネジャーに報告しています。		
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
<コメント> ヘルパーが訪問しサービスを行なうとA5版大の訪問介護実施記録の記載をしています。サービス実施日、時間、実施したサービスの身体介護・生活援助・金銭の取り扱い・調理メニュー等他特記事項の欄があり内容を記載しています。複写になっており、担当ヘルパー、利用者、サービス提供責任者の押印欄があり、チェックする体制を構築しています。ヘルパー研修で「記録の書き方」についても定期的に触れています。サービス提供責任者のもとで記録はPC上で閲覧可能で、閲覧の際はパスワードを設定しています。		
【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
<コメント> 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われています。訪問介護実施記録は都度サービス提供責任者の押印の元、個別の利用者のファイルに綴じられ管理されています。その他の利用者に関する記録は、個人情報保護規定に則り保管されています。 利用者の個人情報についてのサービス提供事業者や医療機関・行政機関等とのやりとりについて、理事長名での「個人情報の提供について」という書式で説明され「個人情報提供に関する同意書」を取り交わし理解を得ています。		