

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神戸大沢訪問介護事業所	種別：訪問介護
代表者氏名：平原啓好	定員（利用者人数）：30名
所在地：神戸市西区大沢1丁目10-3	
TEL 078-967-7111	ホームページ： <a href="https://hinode.or.jp">https://hinode.or.jp</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成26年 9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：5名 非常勤職員：13名
専門職員	（専門職の名称）名
	サービス提供責任者 1名
	訪問介護員 17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』お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび  
 基本方針：1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々の出会いに感謝します。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

地域に根差したサービス付き高齢者向け住宅を目標に西区大沢に開設いたしました。  
 特徴としては、グループ法人である医療法人との連携を図り、医療・看護・介護の体制をしっかりと整えやすい環境づくりを意識している。高齢になっても自宅のような雰囲気、家族様も含め安心して生活していただけることが最大の目標ととらえている。

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 5 月 2 日（評価結果確定日）
評価実施日	平成30年1月28日・1月30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、エリア会議・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。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・法人研修受講後に事業所内で伝達研修を行い、同じ内容の研修の複数回の実施や資料確認印により、周知に取り組んでいる。介護福祉士の就業率が高く、専門性の高い支援が可能な体制がある。個別具体的な詳細なサービス手順書を作成し、毎月のモニタリングで実施状況と利用者の状況・意向を把握し、利用者一人ひとりに応じた生活となるように自立支援に努めている。医療福祉グループ内の事業所として連携がとりやすく、また、主治医・訪問看護師・理学療法士等、専門職の指導・助言を得られる体制がある。

### ◇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。
- ・現在使われているマニュアルについて、定期的に検証し、現状に即したマニュアルの見直しを行うことが望まれる。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設後、実地指導は入っていただいたが、それ以外の自己評価体制がなく、今回の第三者評価は良い刺激となった。書類の不備やその他修正の必要な体制なども確認でき、非常に有意義なものであった。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> 法人の基本理念・基本方針をホームページに明示している。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。理念・基本方針は職員アンケートをもとに作成し、事務所にも掲示し、周知と常に意識付けを図っている。パンフレットや広報誌への掲載等、利用者・家族に周知を図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> 管理者が法人内のエリア会議・日の出塾・地域ケア会議等に参加し、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> 月次報告書を作成し、良かった点・悪かった点・評価・未来予測として、課題や改善策を文書化している。2ヶ月に1回のエリア会議で、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。エリア会議・理事会・幹事会で、理事・監事に課題を共有している。経営状況や改善すべき課題については、内容に応じて、スタッフミーティングで職員に周知している。		

#### 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。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度の収支計画と事業計画を策定している。事業計画は、法人共通の書式で、課題・今期目標・具体的施策の項目別に具体的に策定され、数値目標や具体的な成果等を設定し、実施状況の評価を行っている内容となっている。</p> <p>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>&lt;コメント&gt;</p> <p>収支計画について毎月の月次報告で現状把握し、課題分析・改善に取り組み、年度途中の半期報告で、中間報告を行っている。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。</p> <p>収支計画と共に、具体的施策についても実施状況の把握・評価を行うことが望まれる。事業計画については、職員に周知し、職員参画のもとで実施状況の把握・評価・見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度を活用し、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。利用者に毎月行うモニタリング結果から、管理者がサービスの内容について評価を行っている。自己点検シートの評価基準にもとづいて、管理者が自己評価を行っている。</p> <p>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>&lt;コメント&gt;</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。</p> <p>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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務所内に設置し周知を図っている。</p> <p>年度初めのスタッフ会議時・広報誌等に、事業計画の要点を説明する等、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図ることが望まれる。会議で説明した時は、記録に残すことが望まれる。管理者不在時の権限委任について組織図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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>関係法令集、法人諸規定等を管理者自身も保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入、修理時には、「稟議規定」に沿って対応しており、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。介護保険法改正研修等に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。また、日の出塾での、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、環境への配慮なども含む事業所が遵守すべき法令を理解している。担当者が法人の研修に参加し、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、スタッフ会議時の事業所内研修で伝達研修を実施している。「研修資料」捺印欄で参加者を明確にし、欠席者にも資料閲覧捺印で周知を図っている。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回、内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検している。また、情報の公表制度・チェックリスト等でチェックしている。管理者は、日々の申し送り等で職員の意見を把握し、スタッフ会議で改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人研修への参加と伝達研修を実施している。また、食品衛生等の、外部研修に参加する機会を設けている。研修資料の閲覧研修により、参加出来なかった職員へも研修内容の周知を図っている。</p> <p>自己点検結果から課題抽出、改善検討をスタッフ会議で行い、議事録に残すことが望まれる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月、収益に関する月次報告をエリア長に行っている。法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、スタッフ会議で分析・改善策の検討を行っている。基準以上の人員配置に努め、資格、等級等に沿った適材適所の配属をエリア長に提案し、希望を採り入れたシフト調整、スライディングボードの購入等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。スタッフ会議・申し送り等で業務改善、経営改善について周知を図っており、管理者はそれぞれの活動に参画している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所としての人材確保・育成に関する基本的な考え方を運営規定で明確にし、内外部研修等を通じて、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。運営規定で指定基準（以上）の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、自己啓発奨励規定で資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を事業計画に明示して進めている。職員紹介制度・採用広告・養成校訪問・ハローワーク・ホームページ・人材派遣会社等を活用し、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日の出プライド基本方針を、法人として期待する職員像として明確にしている。人事考課制度を採用し、「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等の人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・スタッフ会議等で把握した意見をエリア長に提案し、法人本部で処遇改善等を実施している。等級運用規定で昇格のための資格要件を定め、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握し、職員自身も把握している。健康診断を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。法人として、ストレスチェックを実施し、産業医への相談も可能である。年2回の定期面談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。職員の希望により、福祉用具の充実を図り腰痛予防に取り組んでいる。時間単位有給制度・勤務時間調整等を行っている。健康・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、職員の離職率は低い。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、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、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。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年度の目標設定に繋いでいる。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人研修計画で、研修項目、求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定に、組織が職員に求めるの専門職種を明示している。法人の研修に参加し、スタッフ会議時に伝達研修を実施している。欠席者も含め「研修資料」への捺印により周知している。食品衛生等外部研修は出張報告書を作成し、法人本部へ提出している。研修受講歴一覧表の作成を検討している。30年度より、法人の研修担当者が、報告書を基に、研修計画・内容・カリキュラム等を見直す計画である。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所では、専門資格の取得状況、経験年数等を履歴書、資格証等で、法人本部で、専門資格の取得状況等を把握し一括管理している。法人で入職前、採用時、フォローアップ研修を実施している。研修後に事業所で同行研修を実施している。法人として「階層別法人共通研修計画」を作成して階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。法人からメール送信や、FAX等で研修案内があり、回覧や掲示で情報提供している。専門職種限定の研修については、職種・経験年数に応じて個別に職員に情報提供している。内部・伝達研修はスタッフ会議で行い、職員が参加しやすいように、同じ内容のものを昼間と夜間に分けて実施している。外部研修は事業所として必要な研修は出張扱いとして、それぞれ時間外手当や受講費用の支給等について旅費規程で定めている。</p> <p>事業所でのOJT研修について、マニュアルの整備やチェックシート等で段階ごとに習熟度を確認する仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。第三者評価の受審、受診結果をWAMNETで公表を予定している。苦情、事相談体制・手順等について、事務所にラミネートファイルを設置している。地域ケア会議で、基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。ホームページに、理念・基本方針等を掲載している。</p> <p>苦情・相談の内容にもとづく改善・対応の状況についての公表、理念・活動内容等を説明したパンフレット等の地域への配布が望まれる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 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。内部監査を実施し、改善指摘があれば、期限付きで改善に取り組み、実施報告書を監査部門に提出している。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っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。		

## 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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 日の出P r i d eに、地域の支えになるような存在になるという、「地域の喜び」を謳い、地域の支えになるような存在になるという具体的内容を文書化している。買い物・通院同行等サービス提供し、買い物店・介護タクシー等、地域資源を紹介している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 病院リスト・神戸ホームページ・事業所リスト・行政担当窓口資料等を事務所に設置している。申し送り・スタッフ会議等で共有している。地域ケア会議に参加して関係機関と連携を図るほか、情報提供・収集を行っている。地域ケア会議で、認知症徘徊や独居高齢者問題等の解決に向け共同して取り組んでいる。地区事業所連絡網を整備し、徘徊時の捜索体制のネットワーク化に取り組んでいる。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。		
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> 地域包括支援センターと連携して、地域へ参加を呼びかけ、サ高住での認知症カフェ開催に協力している。地区事業所連絡網を整備し、徘徊者発生時などの連絡方法を決めている。A E Dを地域に提供する用意があり、ステッカーを玄関に貼付している。地域包括支援センターと連携し、地域の秋祭りへの協力を行っている。		



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 ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>認知症カフェに開催協力し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域ケア会議に参加しており、課題等があれば、地域包括支援センターに相談し、民生委員と連絡・連携を図っている。認知症カフェの開催協力時には、地域住民の相談も受け付けている。地域ケア会議への参加、医療機関訪問等を通じて生活保護者への対応等ニーズの把握に努めている。</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示と実施を期待する。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、倫理綱領、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。法人研修・伝達研修で、利用者尊重や権利擁護について学ぶ機会を設けている。管理者による利用者への毎月のモニタリングや、人事考課の自己評価・個人面談等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。</p>		
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>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護マニュアル・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。不適切な事案が発生した場合の対応方法も、マニュアルに明示している。法人研修・伝達研修で、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。利用者への毎月のモニタリングや管理者の訪問時に、プライバシー保護の実施状況の把握に努めている。</p>		
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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者については、希望の場所で個別に丁寧な説明を行っている。ホームページについては、法人本部が適宜見直しを行っている。</p> <p>事業所の理念・基本方針・サービス内容・特性等をわかりやすく説明したパンフレット等を作成し、利用希望書に情報提供する取り組みが望まれる。</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 . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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、市が発行する冊子を用いて介護保険の仕組みを説明したり、別紙の単位負担早見表を用いてシュミレーションを行う等、わかりやすい説明に努めている。契約書・重要事項説明書に署名代行者欄を設け、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。</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 . b . c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス利用終了時には、要請された情報提供を行う等、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) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>6ヶ月に1回、管理者がモニタリングの際にサービスに関する満足を聴取し、「モニタリング兼サービス提供報告書」に記録している。不満足については、ミーティングやスタッフ会議で共有し検討している。利用者満足に関する調査を、定期的実施することが望まれる。把握した利用者満足を分析・検討し改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情窓口として、管理者と市町村の窓口を重要事項説明書に記載して配布している。管理者が毎月のモニタリング等で利用者を訪問し、苦情を申し出しやすい工夫を行っている。「苦情報告書」に、内容・今回の対応・原因・今後の対策を記録して保管している。申し出者へのフィードバックも、今回の対応欄に記載している。苦情内容をもとに、介護技術の勉強会を行う等、サービスに反映している。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。</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>&lt;コメント&gt;</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。重要事項説明書に、行政の相談・苦情窓口を記載している。事業所内に相談室を設け、相談しやすい環境を整備している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談・苦情・事故対応マニュアル」を整備している。職員はサービス提供時に、管理者はサービス提供時・モニタリング時に、利用者の相談や意見の把握に努め、介護記録に記録している。内容に応じて、ミーティングで共有し支援に反映している。  マニュアルは、定期的に検証し、必要に応じて内容の見直しを行うが望まれる。アンケートの実施など、利用者の意見の把握に積極的に取り組む仕組み作りが望まれる。また、相談・意見にもとづき、サービスの向上に取り組む仕組み作りが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「相談・苦情・事故対応マニュアル」を整備し、事故発生時の対応についてフローチャートに記載している。リスクマネジメントの責任者を管理者としている。事故報告書・ヒヤリハット報告書で事例を収集している。法人内研修で、「事故発生予防及び事故発生時の対応」研修を実施し、伝達研修で共有している。  ヒヤリハット事例と事件事例の基準を明確にし、要因分析・改善策・再発防止を検討し、その実施状況や実効性についての評価・見直しを行い、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「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。法人研修で「感染症について」の研修を実施し、伝達研修で共有している。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・予防着を着用する等、適切に対応している。  マニュアルは、定期的に検証し、必要に応じて内容の見直しを行うが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「火災発生時対応マニュアル」を整備し、フローチャートで対応を示している。事業所は耐震性を確保し、定期的に業者の点検を実施し、サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。職員の緊急連絡網を作成し、利用者については緊急連絡先を把握し、安否確認の方法を定めている。  地震等、自然災害発生時の対応についても、マニュアルに追記することが望まれる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種介護マニュアルに、サービスの標準的な実施方法が文書化され、プライバシー保護についても記載している。標準的な実施方法については、法人の勉強会や同行訪問での個別指導で、周知を図っている。実施状況については、スキルアップシートからの目標管理と、同行訪問で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 ・ Ⓒ
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的な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検証を行い、内容の見直しや、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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>訪問介護計画の策定責任者を管理者と定めている。アセスメントシート・フェイスシートを作成し、課題分析を行っている。サービス担当者会議に参加し、アセスメント・計画作成に関する協議を行っている。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。支援困難ケースについては、対応手順を個別の手順書に記載して職員間で共有し、経過を介護記録に記録している。訪問介護計画書に、利用者個々のニーズを明示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 ・ Ⓑ ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月のモニタリングで訪問介護計画の評価を行い、変更する必要がある場合は、介護支援専門員に報告し、現状に即した訪問介護計画を作成している。定期的には、居宅サービス計画書の見直し時に見直しを行っている。サービス担当者会議に参加し、事業所が作成した議事録に、変更内容をわかりやすく記載している。また、訪問介護計画の内容を変更した場合は、手順書も連動して変更し、職員に周知している。 変更になったニーズを訪問介護計画書に明確にすることが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</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」「介護記録」「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」について、記入例を作成したり、担当職員が確認し不備などがあればその都度個別に指導する等、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。連絡ノート・管理業務日誌・申し送り・スタッフミーティング・パソコンのネットワークシステムにより、職員が情報を共有する仕組みが整備されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報保護マニュアル」「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。法人の新人研修・事業所のオリエンテーションで、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。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c

#### 特記事項

契約時の面談で心身状況、ADL、生活歴や意向を把握してフェイスシートに記録している。利用者・家族の意向を把握して希望欄に記載し、訪問介護計画に反映し、意向に応じた生活となるように支援している。訪問介護手順書に個々の残存機能を生かしたサービス内容や注意点を明示、利用者の同意を確認してサービスを行い、シーツ交換、掃除機やモップ掛け等のできる家事には参加してもらいながら、自立への動機づけを図っている。安全の確保や衛生、危険防止の環境整備はサービス職員が入退室時に確認している。訪問介護事務所では鍵を預からない方針である。買い物代行時はサービス実施記録に記録し、さらに個々の出納帳にも記録を残している。現在、事例はないが成年後見制度等の利用に繋ぐ体制ができている。

契約時、利用者・家族との面談でコミュニケーションについての状況を把握し、フェイスシートに記録している。筆談・文字一覧ボード・ジェスチャー等、個別の方法を取り入れて希望や思いを読み取り、モニタリングを行いながら個々のサービス手順書に反映させ支援している。法人研修で接遇についての研修を実施し、伝達研修で周知を図っている。日常的には、気になる言葉かけや対応については、管理者が個別に注意を促し指導している。

## 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

### 特記事項

フェイスシートで心身状況や意向を把握し、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。介護サービス手順書に個々の体温・血圧測定での可否判断基準や、水分摂取、スキンケア、拒否時の対応等を明示して職員周知している。マニュアルをもとに、浴室や浴槽湯の温度を確保して安全な入浴介助を実施している。入浴マニュアル・研修・同行指導で尊厳や羞恥心への配慮を周知している。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。

フェイスシートで心身状況や意向を把握し、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。手順書や同行訪問時に、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した介助について周知を図っている。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・福祉用具の提案等、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、介護記録に記録している。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。

法人研修を受講後伝達研修を実施し、研修資料をマニュアルにして、職員に周知している。必要時は予防的に訪問介護サービス計画書・手順書に明示し、スライディングシートを使用する等、傷や皮下組織に配慮した体位移動や、入浴後の軟膏塗布支援を行い記録に残している。必要時は利用者や家族、介護支援専門員に報告・助言し、褥瘡防止マット導入の事例もある。

## 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 ・ Ⓑ ・ c

### 特記事項

フェイスシートで口腔ケアについての自立度を把握し、必要に応じて、居宅サービス計画書にもとづいて、 訪問介護計画書・手順書に明示し、起床時や就寝前の口腔ケアを行い、実施記録に残している。必要時は利用者・家族、また、介護支援専門員に状況報告・情報提供を行い、歯科の受診を促している。  
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。	a ・ (b) ・ c

特記事項

「看取り介護」についての法人研修を受講後伝達研修を実施し、研修資料をマニュアルにして、職員に周知している。研修の中で、職員の不安軽減や精神的なケアにも配慮している。主治医・訪問看護師・介護支援専門員との連携体制のもとで支援に取り組んでいる。終末期を迎えた場合の事業所の対応・ケアについては、看取りの介護計画に明示して十分な説明を行い同意を得ることが望まれる。

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 ・ (b) ・ 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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

契約時に、アセスメントシート・フェイスシートで日常生活能力や残存機能を把握している。周辺症状を呈する利用者について、ケース記録に観察記録を記しながら、訪問介護手順書に症状に合わせた個々の対応を記載して支援に取り組んでいる。掃除等を共に行うことを手順書に記載し、日常生活で役割が持てるように支援している。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。社会資源の情報等はホーム内に掲示して提供している。法人研修で認知症についての研修を実施し、伝達研修で周知を図っている。定期的に再アセスメントを行い、評価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

訪問時の観察で早期発見に努め、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。デイケアや訪問リハビリで実施されているリハビリメニューを日ごろも継続できるよう、訪問時に声をかけ支援している。また、要望に応じて地域の健康関連イベントを紹介している。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。

### 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>b</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>b</b> ・ c

#### 特記事項

訪問時の観察記録を、サービス実施記録の事前チェック欄に記し、異変時は記録欄に記録している。バイタルチェックを行った場合も記録している。利用者個々の家族・かかりつけ医・介護支援専門員の緊急連絡先一覧を作成し、「異常事態・事故発生時の対応マニュアル」に沿って対応できる体制が確立されている。高齢者に多い糖尿病やパーキンソン症等の関連資料を用いた勉強会を実施している。

体調変化時の対応についての研修を実施することが望まれる。

「感染症・食中毒マニュアル」を整備している。法人研修で感染症・食中毒についての研修を実施し、伝達研修で周知を図っている。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。訪問介護手順書に基づき、冷蔵庫内の食材の整理や賞味期限の確認を同意のもとで実施している。

職員の体調の変化を日常的に把握できる仕組み作りが望まれる。マニュアル等に、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を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>b</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、電話やメールを併用し、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。

家族から受けた相談内容については記録に残すことが望まれる。

### 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

#### 特記事項

毎日の申し送りミーティング・月1回のスタッフミーティング・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。サービス実施記録やケース記録、申し送りミーティングで利用者の状況を共有している。月1回のスタッフミーティングや伝達研修を実施し、事業所内で相談・助言が得られる機会がある。また訪問看護師・理学療法士・法人内医療機関との連携があり、専門的助言や指導が得られている。



A-10 サービスの適切な実施

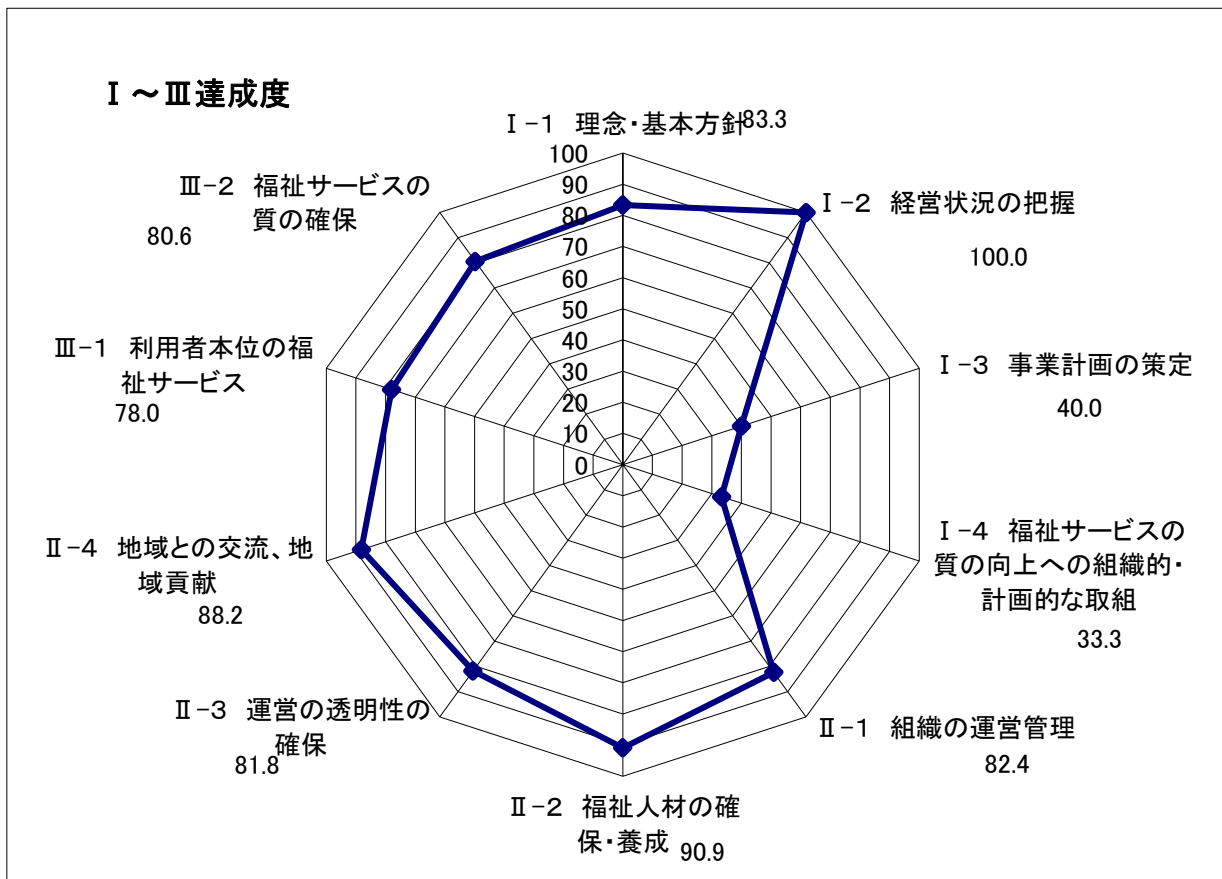
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

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、意志疎通・入浴・清拭・排泄・整容などについて、個別具体的なサービス実施方法を、フェイスシートや詳細な手順書に明示している。

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	8	100.0
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	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	33	30	90.9
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	17	15	88.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	59	46	78.0
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	18	100.0
2 身体介護	29	29	100.0
3 食生活	4	3	75.0
4 終末期の対応	5	4	80.0
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	8	72.7
8 家族との連携	8	7	87.5
9 サービス提供体制	6	6	100.0
10 サービスの適切な実施	5	5	100.0

A 達成度

