

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英賀保訪問介護事業所	種別： 訪問介護	
代表者氏名： 三浦 千尋	定員（利用者人数）： 46 名	
所在地： 姫路市苜編南2丁目27番地		
TEL 079-230-0294	ホームページ： https://hinode.or.jp/agaho/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日： H25.9.1		
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 博愛福社会		
職員数	常勤職員： 15 名 （介護福祉士） 9 名	非常勤職員： 6 名
専門職員		
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

①介護について定期的に法人内で研修を積んだスタッフがあり、医療面でも法人内の在宅診療と訪問看護があり、常に連携をとれる。
 ②スタッフはサービス付き高齢者向け住宅の業務も兼ねているので、利用者様の日頃の状態を確認できやすい。また、適切な対応もとりやすい。
 ③サービスについてケアプランの定める範囲であればいつでも対応が可能。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 7 月 24 日（契約日）～ 平成 30 年 4 月 15 日（評価結果確定日）
評価実施日	平成29年11月8日・11月9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。
- ・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。
- ・医療依存度の高い事例も積極的に受け入れ、かかりつけ医・訪問看護師・理学療法士等と連携をとり、支援に取り組んでいる。
- ・サービス実施記録と共に、個人申し送りファイル・業務申し送りファイル・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。
- ・地域との連携・交流に取り組み、事業所運営や利用者へのサービスに反映することを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

訪問介護事業所は施設ではない為、様々な記録を残すということが難しいです。しかし、2人以上で話し合いをすればそれはミーティングに値するとのことで、今まで以上に議事録を残すようにしています。毎月のモニタリングも継続して行ない、そのモニタリングからケアカンファレンスを実施し、お客様により良いサービスを提供できるよう継続して努めていきます。

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。職員には入職時に説明すると共に、職員が毎日確認する申し送りファイルに綴じ、周知を図っている。 理念・基本方針について、利用者・家族にわかりやすい説明を工夫し、周知を図ることが望まれる。		

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。エリア会議には理事も出席し、課題を共有している。エリア会議の内容は、ミーティングで職員に周知を図っている。		

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><コメント></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える内容となっている。 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。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。年度初めの職員会議で、事業計画について職員の周知を図っている。 実施状況の把握・評価・計画の策定を職員参画で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><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、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、利用者・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。 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
<コメント> 29年度事業計画を策定し、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。管理者が年度初めのミーティング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「規程集」として事務所内に設置し周知を図っている。有事における管理者不在時の体制は「リスクマネジメント事故防止委員」に明確にしている。		
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
<コメント> 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。集団指導への参加や、取引は経理規定に沿って行う等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に努めている。管理者は集団指導、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、環境への配慮を含む法令の理解にも努めている。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。		
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
<コメント> 管理者は各種個人記録、事故・ヒヤリハット報告書、苦情受付記録等から、サービスの質の現状についての把握を行い、改善に取り組んでいる。管理者は職員会議・ミーティング・申し送り等に参画し、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ている。会議等で意見把握を行い、検討内容を会議録、申し送りノート等に記録として残している。また、職員用意見箱を設置（休憩室）し、職員の意見を収集・反映するための仕組みづくりに取り組んでいる。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。		
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
<コメント> 毎月、法人本部でコスト分析等経営効率をデータ化して事業所にフィードバックしている。分析結果に基づき、事業所で改善に取り組んでいる。理念や基本方針の実現に向けて、人員配置を運営規定で定め、基準以上の職員体制づくり、1時間・半日単位の有給制度、適材適所の配属、個別の勤務時間調整等に取り組んでいる。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等で説明している。 経営・業務改善への取り組みについて、職員も参加して取り組む仕組み作りが望まれる。		

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で、安定した雇用とスキルの向上という基本方針を明確にし、定期的な研修の実施・管理者自身のコーチングスキルの向上等、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・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・職員紹介制度等を活用し、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><コメント></p> <p>法人の基本方針に、期待する職員像を明確にしている。就業規則に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、また、制度に関する規程を事務所に設置して周知している。人事考課制度の仕組みの中で階層ごとに目標を設定し、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、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行っている。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エリア会議に提案し、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キャリアパスフレームとして明確にし、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><コメント></p> <p>「職務権限表」で、労務管理に関する業務分担を明確にしている。本部からデータ提供を受け、就業状況を把握している。健康診断を年2回実施している。腰部MRIの実施、コルセットの全員配布等を行っている。法人でストレスチェックを実施している。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。また、エリア長に直接相談を行う仕組みもあり、電話番号を周知している。自己申告カードによる相談の仕組みもある。育児、介護休業休暇・1時間単位有給休暇制度・柔軟な勤務体制の採り入れ・医療費補助等総合的な福利厚生を実施している。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>人事考課制度の仕組みの中で、個別に「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。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標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。</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 • c
<p><コメント></p> <p>教育・研修に関する具体的施策を事業計画に明示し、スキルアップシート「課業」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、スキルアップシート・等級基準表等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、研修計画に基づいて月例研修を実施し、参加者は「研修の記録」を作成している。欠席者には資料閲覧で周知に努めている。日の出塾」での研修や外部研修に参加している。サービス提供責任者が、研修計画を策定する時に、「研修の記録」の感想欄等を参考に、「一年の振り返り」を行い、計画・研修内容等の評価と見直しを行っている。</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 • c
<p><コメント></p> <p>事業所では履歴書と受講証コピーで、経験年数、専門資格等の取得状況等を把握し、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。配属後は事業所でヘルパー心得等、オリエンテーション資料を用いて説明を行い、サービス提供責任者が同行して、マニュアルに沿って教育を行っている。年間研修計画に、管理者養成・安全管理等、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。</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><コメント></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 • 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、全ての方に求めがあれば閲覧することが出来る」旨を記載し、公開する仕組みがある。第三者評価の受審結果は公表を予定している。地域の秋祭り時に、駐車場を開放し、見学希望者に事業所の理念・活動内容等を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。</p> <p>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。理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した広報誌等を作成し、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、これら規定集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。内部監査でサービス内容についてチェックを受け、改善指摘があれば改善に取り組み、管理者は報告書を作成しエリア会議に提出している。また、事業会計状況等について、監事が定期的に内部監査を実施し、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で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。外部監査の結果や公認会計士による指摘事項にもとづいて、コスト削減等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> 法人基本理念に「地域社会への貢献」を謳い、パンフレット等に明文化している。地域の店舗へ買い物同行等を行い、介護タクシーの利用を推奨している。		
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。	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 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。 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成し、職員間で情報の共有を図ることが望まれる。		
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> 高齢者虐待防止に関する研修実施時には、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。訪問時の連絡体制や、ハザードマップを活用して利用者毎に避難場所の確認を行い、適切な誘導方法を把握している。避難場所として、事務所の開放や、AEDの設置を市のホームページに掲載している。地域の秋祭りへの協力・協賛を行っている。		

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) ・ c
<p><コメント></p> <p>地域住民が自由に参加できる高齢者虐待防止に関する研修実施時に、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 民生委員・関係機関・団体との連携や相談事業などを通じて、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・活動の実施と、事業計画等での明示が望まれる。</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
<p><コメント></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、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。利用者への毎月のモニタリングや管理者・サービス提供責任者の訪問時に、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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ヘルパー心得・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。利用者への毎月のモニタリングや管理者・サービス提供責任者の訪問時に、プライバシー保護の実施状況の把握に努めている。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。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のパンフレット・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、自宅や事業所等、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・パンフレット・リーフレットについては、必要時に適宜見直しを行っている。</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><コメント></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、別紙の単位負担早見表（1割・2割）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><コメント></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エリア長とし、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><コメント></p> <p>6ヶ月に1回、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。利用者満足の把握や分析は、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>苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。毎月のモニタリングでの聴取・意見箱の設置等、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。苦情内容や対応については全体会議で共有し、サービスに反映している。</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。</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>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、把握した内容は管理者・サービス提供責任者に報告している。毎月モニタリングを行う、意見箱を設置する等、利用者の意見把握に積極的に取り組んでいる。相談・意見の内容は、個別申し送りや会議で共有しサービスの向上に反映する仕組みがある。</p> <p>「相談対応マニュアル」「苦情対応マニュアル」を整備し、対応手順や記録について明示することが望まれる。また、定期的なマニュアルの見直しが望まれる。</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。「事故防止マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順を明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書を整備し、事例の収集を行っている。事業所内研修で、「事故発生予防及び事故発生時の対応」研修を実施している。</p> <p>事故の未然防止策・再発防止策と、その実施状況や実効性についての評価・見直しも、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><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、「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。月例研修で「感染症について」の研修を実施している。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。</p> <p>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>「防災の手引き」に、対応体制を決めている。ハザードマップで災害の影響を把握し、事務所建物の耐震性を確保している。利用者の緊急連絡先を把握し、職員は緊急連絡網で安否確認するように決められている。</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>入浴、排泄、摂食嚥下、移乗・移動等、介護マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、プライバシー保護・利用者尊重を明示している。標準的な実施方法については、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 ・ <input checked="" type="radio"/> c
<p><コメント></p> <p>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見直しを行い、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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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定めている。サービス担当者会議に参加し、介護支援専門員からの情報や居宅サービス計画書にもとづいて、アセスメント・計画作成を行っている。訪問介護計画書に、利用者個々のニーズを明示している。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。介護支援専門員・主治医・看護師等と連携して支援困難ケースにも対応し、経過を個別申し送りファイルに記録している。 事業所独自のアセスメントシートの整備が望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></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は訪問介護計画書に明確にしている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></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」「個別申し送りファイル」「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」を管理者・サービス提供責任者が確認し、不備などがあればその都度個別に指導し、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。申し送りファイル・個別申し送りファイル・全体会議・正職会議・ショートミーティング・サ責ミーティング・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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「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。月例研修会で「記録について」を実施する予定である。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。	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

利用者・家族の意向を把握して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。訪問介護計画書や手順書に、自立支援・自立への動機づけを明記し、日常生活動作の中で自立に配慮した支援に努めている。掃除・調理等は、意向を確認し一緒にできるところは共に行っている。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。訪問介護では、鍵は預からないこととしている。買い物代行は現金を預かり、領収書と返金で対応し、出納帳とサービス実施記録に記録している。成年後見制度は、利用を支援している事例がある。今後も、必要があれば介護支援専門員と協働して支援する仕組みがある。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。

訪問時の会話や月1回のモニタリングで利用者の意向の把握に努め、個別申し送りファイル等で共有し、また、介護支援専門員には、モニタリング報告書で報告し、計画に生かしている。意思伝達が困難な利用者には、聞こえやすい方向から話しかける等、個別のコミュニケーション方法を工夫したり、家族連絡ノートで家族と連携をとる等、意向の把握に努めている。事業所オリエンテーションで資料に沿って、利用者への言葉づかいや接遇に関する研修を実施し、月例研修での接遇研修も予定している。

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。	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。トイレの保温や安全の確保のため、家族の協力が必要な場合は、「家族連絡ノート」で家族と連携を図っている。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、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。

「褥瘡対策マニュアル」を配備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を明記している。褥瘡の兆候等の発見があれば、担当介護支援専門員に報告し、訪問看護師に連絡している。訪問看護師の指示のもとに、体位変換や軟膏の塗布等を実施している。訪問看護師の指示や経過等については、個別申し送りファイルに記録し共有と周知に努めている。必要に応じて、褥瘡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。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、訪問介護計画書・手順書を作成し、利用者の意向に応じた、献立・調理・盛り付け等を行っている。月例研修で、「調理実習」を予定している。

居宅サービス計画書をもとに、訪問介護計画書・手順書に、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食事提供・介助方法を明示している。食事中の事故防止について、「事故防止マニュアル」を整備し、月例研修で「事故発生予防及び事故発生時の対応」を実施している。家族との「連絡ノート」で、サービス提供時以外も含め、利用者の食事全体の把握に努めている。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。

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・うがい等を支援している。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。月例研修で「口腔ケアについて」の研修を実施した。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。	a ・ 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。看取り介護に際しては、管理者・サービス提供責任者が随時面談・相談を行い、また、支援終了後に振り返りを行う等、職員の不安の軽減や精神的なケアに努めている。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。
終末期のケアに関する研修の実施が望まれる。

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

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、「個人申し送りファイル」に記録して共有する仕組みがある。掃除・洗濯・買い物等を共に行うことを具体的に手順書に記載し、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。認知症についての研修を実施している。
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。地域で開催される活動や教室への参加については、介護支援専門員から要請があれば情報提供する等、連携して支援する仕組みがある。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 ・ 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、「訪問介護記録サービス実施記録」の「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。健康管理・体調変化時の対応について、研修を実施している。

「感染症マニュアル」を配備し、その中に食中毒対策についての記載もある。28年度に「感染症及び食中毒の発生予防」の月例研修を実施している。職員は、毎日出勤時に検温し、チェック表に記録し、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。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。利用者宅の衛生管理は、「訪問介護記録サービス実施記録」の環境整備欄をチェックし、異常等があれば記録欄に記入している。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 ・ 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。相談内容については、個別申し送りファイルに記録している。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。

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

ケアカンファレンス・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・個別申し送りファイル・サービス実施記録で利用者の状況を共有している。全体会議・正職者会議・ショートミーティング・月例研修を実施し、事業所内で相談・助言が得られる機会がある。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。

A-10 サービスの適切な実施

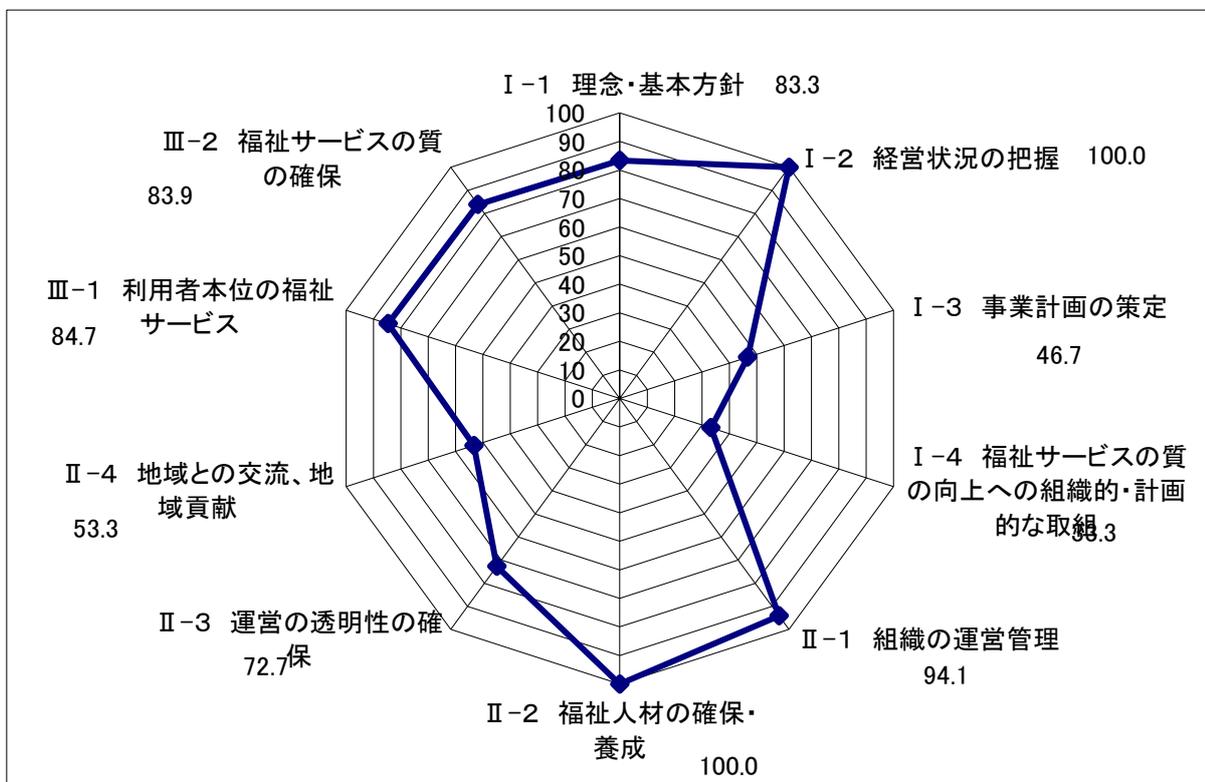
		第三者評価結果
A-10-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

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、食事介助・調理・入浴・排泄・口腔ケア・更衣などについて、個別具体的なサービス実施方法を、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	7	46.7
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	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	33	33	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	8	72.7
II-4 地域との交流、地域貢献	15	8	53.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	59	50	84.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	18	17	94.4
2 身体介護	29	26	89.7
3 食生活	19	18	94.7
4 終末期の対応	5	4	80.0
5 認知症ケア	13	11	84.6
6 機能訓練、介護予防	4	4	100.0
7 健康管理、衛生管理	12	11	91.7
8 家族との連携	8	8	100.0
9 サービス提供体制	6	6	100.0
10 サービスの適切な実施	6	6	100.0

