

やすらぎ訪問介護事業所

様式第1号

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：	やすらぎ訪問介護事業所	種別：	訪問介護
代表者氏名：	管理者 榮 慎吾	定員（利用者人数）：	78 名
所在地：	兵庫県南あわじ市神代地頭方943-4		
TEL	0799-42-7012	ホームページ：	awaji-yasuragi.jp
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	2005年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 淡路島福祉会		
職員数	常勤職員： 4 名	非常勤職員：	17 名
専門職員	(専門職の名称)	名	
	管理者 1 名	訪問介護員	15 名
	サービス提供責任者 5 名	事務員	1 名
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	事務室・相談室 2 室
			会議室・トイレ 3 ヶ所

③理念・基本方針

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に
 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
 2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
 3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 特定事業所加算Ⅲを算定しており、要介護4以上で認知度Ⅲ以上の重度者を積極的に受入れを行っている。（喀痰吸引事業所登録済）
 2. 障害者の居宅介護や同行援護、移動支援などのサービスも積極的に行っている。
 3. 毎月、ヘルパーミーティングを行い、訪問介護員の知識・技術向上に努めている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 11 月 17 日 (契約日) ~ 平成 29 年 3 月 31 日 (評価結果確定日)
評価受審日	平成29年1月16日・1月27日
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成 27 年度)

やすらぎ訪問介護事業所

⑥総評

◇特に評価の高い点

事業所の運営

法人の運営管理体制が確立し、法人としての規程・マニュアル類が整備されている。各事業所から参加する各種会議・各種委員会に管理者が出席し、サービス提供責任者を中心に事業所で共有して事業所での運営に反映している。

職員の資質とサービスの向上に向けた取り組み

毎月の勉強会・人事考課制度の導入による目標管理・ヘルパーミーティング・サービス提供責任者会議等により、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。法人共通のマニュアルと共に事業所独自のマニュアルを作成し、勉強会で周知しながらサービスの標準化に努めている。また、利用者個々に、訪問介護計画書にもとづいた詳細なケア手順書を作成し、初回にはサービス提供責任者が同行して説明し、統一した方法で個別支援ができるように取り組んでいる。

利用者・家族の意向の尊重

訪問時のサービス実施状況は「サービス実施記録簿」に記録して家族に伝え、毎月のモニタリングにより利用者・家族の意向や要望を把握し、事業所内で共有してケアに反映したり、ケアマネジャーに伝達している。「サービス実施記録簿」や「モニタリング表」は、必要事項が効率的に記録できる書式が工夫されている。

事業所内の確実な情報伝達

ケアマネジャー・家族・ヘルパー等から電話等で受けた情報は、事業所の連絡ノートに記録し一元的に管理している。連絡ノートには伝達相手を必ず記録し、受けた情報が必要な相手に確実に伝達する仕組みがある。連絡ノートに記録した内容は、個人カルテにも転記し、個別に経過が把握できる仕組みがある。

◇改善を求められる点

中長期計画の策定

中長期計画を策定し、それをもとに事業計画の策定し、事業報告と次年度の事業計画の連動性が明確になる仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

前年度の受審で課題となった内容についてはかなりの部分で改善ができたため、残りの課題に対する取り組みに集中できる環境になった。また、評価の訪問調査を繰り返し行うことで、参加した職員の受け答えがスムーズになり、事業所としてだけでなく、職員個々のスキルアップにも繋げることができた。

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
<p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針を明文化し、ホームページ・法人パンフレット・広報誌・事業計画に記載している。理念は法人の目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、具体的な職員の行動規範となる内容になっている。玄関や事務所に掲示し、毎月のヘルパーミーティング時に読み合わせを行い、職員に継続的に周知が図られている。理念・基本方針を記載した「サービスのご案内」を利用者・家族に配布し、また、広報誌にわかりやすく掲載して年に2回発刊する等、継続的に周知に取り組んでいる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>老人福祉事業協会やインターネットから情報を収集し、社会福祉事業全体の動向の把握に努めている。地域包括センター、市等から地域の動向等について情報収集を行っている。在宅サービス稼働率やニーズ等経営状況について、幹部運営委員会へ報告し、在宅福祉事業部連絡会にて実績報告会が行われている。</p> <p>各事業所が収集した情報を、幹部運営会議で共有し分析している。各事業所のコストや利用率は毎月法人に報告し、3ヶ月に1回経営開発センターと共に分析している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>幹部運営会議で経営環境・経営状況の把握・分析を行い、課題や問題点を抽出している。3か月に1回幹部運営会議で行われる会計士との報告会に副理事長も参加し、課題を共有している。</p> <p>サービス提供責任者会議で報告され、ヘルパーミーティングで周知を図り、新規利用獲得のための営業や電話対応時の「受付簿」作成等、解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>中長期的なビジョンにもとづいて運営しているが、中・長期計画の作成には至っていない。法人として中・長期計画を作成し、それをもとに事業所として中・長期計画を作成されることが望まれる。</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>単年度の事業計画は中・長期計画の内容を反映している。職種・部署別の方針を明示し、項目別に行実行可能で具体的な、また、実施状況の評価を行える内容になっている。中長期計画にもとづいた、単年度の事業報告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>事業計画は、サービス提供責任者が参画し、サービス提供責任者会議で策定している。実施状況を把握し、中間評価・年度末評価を実施し、年度末に事業報告書を策定し、次年度の事業計画に反映している。年度初めにサービス提供責任者会議やヘルパーミーティング、事業計画を周知している。</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>法人としての事業計画の主な内容である事業方針は、広報誌「まごころ」（5月発行）に記載し利用者・家族に配布している。事業所としての事業計画の主な内容を、わかりやすく説明し理解を得る取り組みを期待する。</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>法人内に各種委員会を設置し、月に1回委員会を開催している。各委員会で年間目標を設定し、計画的に質の向上に向けて取り組んでいる。「サービスの質向上委員会」を設置し、サービスの内容について組織的に評価を行う体制が整備されている。第三者評価の評価基準にもとづいて、自己評価を毎年実施している。評価結果を分析・検討する場を、サービス提供責任者会議として実行している。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の各委員会で分析・検討された内容は、議事録に文書化され、サービス提供責任者会議・ヘルパーミーティングで共有されている。各委員会にて評価し改善計画等の見直しを実施されている。事業所としては、前回の評価結果課題の中から、サービスのご案内の中に「理念」の掲載や「受付簿」の作成等改善されている。</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>28年度事業計画書に、管理者の事業方針が明記されている。法人の「決裁規程」「職務分掌」等で管理者の役割・責任を定め、これらは職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。緊急時連絡網や事務分掌表の中で不在時の権限委任等明確化されている。事業方針等広報誌「まごころ」の中に掲載されることが望まれる。</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>老人福祉事業協会の研修等に参加し、法令等理解している。マイナンバー制度や産業廃棄物・交通関係等幅広い分野の法令等についても取り組まれている。職員についても在宅福祉事業部連絡会やヘルパーミーティングで周知されている。法人の規定に従い、金額等合い見積もりをとったり、管理者のみならずサービス責任者が参加し複数で対応する等、利害関係者とは適正な関係を保持している。</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>法人で四半期毎の実績報告会にて、稼働率や収益等の評価・分析が行われている。アンケート結果・モニタリング・苦情受付簿から、課題を把握している。在宅福祉事業部連絡会やケア業務検討委員会に参加し、サービスの質向上に向け、課題解決・改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。サービス提供責任者会議・ヘルパーミーティングへの参加や議事録確認により、職員の意見を把握し、サービス提供責任者と連携して取り組んでいる。年間計画に基づいたヘルパーミーティングでの勉強会や、外部研修等、職員の教育・研修の充実が図られている。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>定期的に外部コンサルタントから、稼働率・人件費率等の分析結果の報告を受け、幹部運営会議で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。半日単位の有給休暇の取得・法人内保育所の設置・職員旅行の実施等、働きやすい環境整備に向けて取り組んでいる。管理者が幹部運営委員会に参加し、業務改善等決定事項を在宅福祉事業部連絡会やサービス提供責任者会議・ヘルパーミーティングで伝達している。</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><コメント></p> <p>法人の事業計画や運営規定等で、人材確保と育成に関する方針を明確にし、事業計画の中で人員体制が明記されている。サービス提供責任者会議・ヘルパーミーティングで毎月勉強会を開催し、外部研修への参加も促し、また、資格取得として喀痰吸引研修や同行援護の研修へも参加している。ハローワークや新聞折り込み・ホームページ掲載、島内の高校訪問、新任者研修の受け入れ等、採用活動が実施している。法人本部長が県の老人福祉事業会の人材確保推進委員会に所属し参加している。</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>基本方針に謳っている「人権を尊重し、自己研鑽や創意工夫に努める」職員を法人として期待する職員像としている。人事基準は、役割資格等級制度要綱や就業規則等で明確にされ、いつでも閲覧できるように事務所に設置している。人事考課制度を導入し、人事考課制度要綱に基づいて能力や意欲・行動力を評価している。人事考課制度要綱は入職時オリエンテーションで説明、周知するとともに、職員がいつでも見ることができるよう設置している。人事考課制度で年2回自己評価を実施し上位者が面談・評価を行っている。ハローワーク、地域の事業所の職員募集チラシ等から、改善の必要性などを評価分析し、処遇については法人全体で改善策を検討している。役割資格等級制度やキャリアパス制度等で、総合的な仕組みづくり・人事管理が行われている。</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>人事・労務管理に関する業務は法人本部で一括して行っている。事務分掌表や決裁規程で責任体制が明確にされている。有給休暇個人別台帳や時間外勤務命令簿・給与一覧表で職員の就業状況が把握されている。健康診断・インフルエンザ予防接種・ストレスチェック等が実施され、高ストレス者には提携病院にて受診できるよう配慮されている。年2回の人事考課の際個別面談を実施したり、サービス提供責任者や管理者が随時相談に応じ、事業所内には応接室が2か所あり、プライバシーにも配慮されている。半日単位有給制度等、職員の希望をもとに総合的な福利厚生を実施している。育児・介護休暇、半日単位有給、職員の状況に応じた柔軟な勤務体制の採り入れ等を実施し、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。サービス提供責任者等、基準を上回る人員配置を行っている。健康・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>人事考課制度を導入し、考課シートで階層ごとに期待する職員像を、設定し、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回個別面談を実施し、面談を通じて職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を半期ごととし、評価項目・評価基準を明確にしている。半期ごとに考課シートに基づいて振り返りを行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行って、次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 · 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示している。事業計画書に、組織が必要とする専門職種、資格を明示している。年間研修計画を立て、毎月のヘルパーミーティングで勉強会を実施している。ミーティング後にはアンケートを実施しているが、研修の計画や内容等の評価と見直しには至っていない。</p> <p>勉強会の実施記録や資料を各ミーティング議事録に添付し、アンケートの中に勉強会の項目を入れ、職員の意見を把握する仕組み作りが望まれる。勉強会の計画・内容・カリキュラムの評価と見直しを年度末に実施し、次年度の年間計画に反映する取り組みを期待する。</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>資格取得状況は証明書写しのファイルで把握している。新入職研修マニュアルを作成し、新入職者研修が実施され、利用者への対応等はサービス提供責任者が同行訪問時に指導している。障がい者自立支援協議会や居宅介護事業所連絡会等の勉強会へ参加し、階層別・テーマ別の研修を受講している。外部研修に関する情報を提供し、同行援護研修やたん吸引研修等に参加できるように葬令している。事業所内学習会は時間外に開催し、外部研修は出張扱いにし、研修に参加しやすいように配慮している。</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> <p>実習生受け入れマニュアルを策定し、マニュアル内に受け入れに対する基本姿勢、目的を明文化している。マニュアルには、受け入れ窓口・オリエンテーション内容・手順などを定めている。介護職員初任者研修はカレンダー式でプログラムを作成し、サービス担当責任者が実施指導を行っている。管理者がサービス担当責任者へ研修を実施指導している。介護職員初任者研修について、実施主体である法人から継続的に情報提供を受け、連携をとりながら実施している。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>ホームページで、理念・基本方針・決算報告・サービス内容等を公開している。ホームページで第三者評価の受審について公表し、受審結果はWAMネットで公開している。苦情相談体制は重要事項説明書に明記し、玄関に抜粋を掲示している。広報誌に理念・基本方針・事業方針等を掲載し、市（行政）や社会福祉協議会・医療関係等へ配布している。苦情・相談について、内容や対応・改善を記録に残し、苦情相談者にフィードバックしているが、公開については現在検討中である。</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>経理規定・決裁規程等法人諸規定を規程集として、職員がいつでも見ることが出来るよう事務所に設置している。規程集で職務分掌、権限・責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタントと委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。財務諸表等について、監事が定期的にチェックを行い内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。事業、財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営会議でコスト削減、人件費等の改善に向け取り組んでいる。専門家により外部監査や四半期毎の実績報告会において報告され、経営改善へ向け検討され実施している。</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>基本理念の中に「地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に」という、法人の地域とのかかわりについての基本的な考え方を文書化している。淡路地域福祉サポートマップや各種パンフレットを活用して社会資源や地域の情報の収集に努め、必要に応じて情報提供している。同行援護や外出同行で、職員がプランにもとづいた外出支援を行う体制が整えられている。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れの基本姿勢が明文化され、ボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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
<コメント> 淡路地域福祉サポートマップが用意され、事務所にも設置されている。在宅福祉事業部連絡会で情報の共有が図られている。3か月に1回淡路障害者自立支援協議会で事例検討などを行い、解決へ向けた取り組みが行われている。地域包括センターを中心に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。	a • b • c
<コメント> 法人内施設を活用し、100歳体操等への参加呼びかけや、介護についての研修会等開催し、できる範囲内で地域への呼びかけや支援活動が行われている。事前に避難所等把握し利用者への案内が実施され、ハザードマップ等掲示されている。		
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
<コメント> 非該当		

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> 基本理念に「利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。」を明示し、毎月のヘルパーミーティングで読み合わせを行い、基本理念の理解し実践に取り組んでいる。「介護の心構え」を策定し、利用者尊重を明示している。各種介護マニュアルに利用者尊重の基本姿勢を明記し、福祉サービスの標準的な実施方法に反映している。ヘルパーミーティングの勉強会で、プライバシー保護についての勉強会を実施している。利用者・家族に毎月のモニタリング（聞き取り）を行い、状況の把握を行っている。		
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> 個人情報保護規定・プライバシー保護マニュアルを整備し、同行訪問時やヘルパーミーティングの勉強会の中で理解が図られている。虐待防止等については現在作成中である。契約時に、重要事項説明書や個人情報使用同意書等にもとづいて、利用者・家族に取り組みを説明している。「個人情報保護規定」に情報の漏えいなど不適切な事案が発生した場合について明示している。「高齢者虐待防止マニュアル」の整備と、職員への周知が望まれる。		

やすらぎ訪問介護事業所

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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人のパンフレット・事業所別のパンフレット・広報誌に、理念・基本方針・サービス内容・事業所の特性等を明示し、事業所玄関・各事業所玄関等に設置している。パンフレット・広報誌は、写真・絵等を使用し、わかりやすく工夫されている。利用希望者には、自宅等に訪問し、個別に丁寧な説明を行っている。広報誌は年2回の発行し、パンフレットは適宜見直している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約時に、契約書・重要事項説明書・パンフレット等を用いて説明し、文書で同意を得ている。工夫された資料等用意され説明されている。「サービスのご案内」「ヘルパーの出来る事できないこと」「連絡をお願いします」等、理解しやすく工夫した資料への配慮も行っている。契約時や計画変更時には、契約書や個別援助計画書で説明し、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者については、家族や後見人等同席で、適正な説明と運営が図られている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>契約終了時には、契約書・重要事項説明書の「契約終了に伴う援助」に沿って、要請があれば情報提供を行う等、支援を行っている。「ご連絡をお願いします」や相談窓口を設け、いつでも相談できるように配慮されている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス提供責任者が毎月自宅を訪問し、利用者・家族に聞き取りでモニタリングを行い、特記事項があればその都度、定期的には3ヶ月に1回モニタリング表に記載されている。サービス担当者会議開催時には、サービス提供責任者が出席している。モニタリング結果で課題があれば、サービス提供責任者会議で検討し、改善に取り組んでいる。</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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情受付担当者・解決責任者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に契約時に説明し配布している。サービス提供責任者が毎月モニタリング訪問を行い、要望や苦情が申し出やすいように工夫している。「苦情受付票」に、苦情内容・対応方法・対応及び結果を、申立者に対するフィードバックも含めて記録し保管している。苦情内容については、毎月のヘルパーミーティングで共有し、また、法人でデータ収集し福祉事業部連絡会でも共有し、再発防止と改善に取り組んでいる。苦情内容・解決結果の公表については検討中である。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>相談窓口や連絡先の電話番号を明示した「ご連絡をお願いします」を配布し、相談しやすいように配慮している。事業所に、プライバシーに配慮した相談室を設けている。</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>日々の訪問時や毎月のモニタリング時に、意見の傾聴と把握に積極的に取り組んでいる。把握した意見は連絡帳やケース記録へ記載し、ヘルパーミーティングやサービス提供責任者会議で共有し、個別の対応や事業所のサービスに反映している。 相談意見受付と対応の手順・対応フローチャートを含めマニュアルの作成が望まれる。また、対応マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</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については、事務分掌表の中で責任者を明確にし、法人のサービスの質向上検討委員会・ケア業務検討委員会で体制が整備されている。緊急時対応マニュアルにフローチャートで対応・連絡手順が明文化されている。事例は、リクエスト・インシデントレポートを使用して収集し、ヘルパーミーティング・サービス提供責任者会議で検討し、「訪問職員週間表」の作成等、再発防止に取り組んでいる。ヘルパーミーティングで事故防止・ヒヤリハット・災害時の対応について勉強会を実施している。</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>緊急時対応マニュアルの中に、感染症発生対応についての体制を明示している。法人共通の感染症マニュアルと共に、事業所独自のインフルエンザ発生マニュアルも作成している。ヘルパーミーティングの勉強会で、インフルエンザ感染予防のマニュアルを資料として職員へ周知するとともに配布している。マニュアルには流行期の予防策と発生した場合の対応が具体的に明示され、それに従って実施している。法人のマニュアルは、看護業務検討委員会で定期的に見直しを行っている。事業所のマニュアルは27年度に作成したため、28年度に見直す予定である。</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やっている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>「災害からお客を守るために」として、普段から実践する対策・災害発生時の対応を明文化したマニュアルを作成し、勉強会で職員に周知し、確実に対応できるように取り組んでいる。災害時・緊急時の対応についてヘルパーミーティングで勉強会を開催、勉強会の中で地域全体の避難所一覧を用いて利用者宅の近隣の避難場所を把握している。利用者に避難所一覧を配布している。災害時には、把握した利用者個別の避難場所に安否確認を行う仕組みづくりを行っている。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>法人共通の各種介護マニュアルに標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重・プライバシー保護の姿勢が明示されている。事業所の新任職員研修マニュアルの中に、訪問介護としてのサービスの特色を反映した各マニュアルを作成し、入職時研修の中でプライバシー配慮や羞恥心への配慮も含めて周知を図っている。入職時研修の同行訪問時に、また、新規利用開始や担当者変更の初回訪問時には、必ずサービス提供責任者が同行訪問し、標準的な実施方法にもとづいて実施されているか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 · c
<p><コメント></p> <p>法人共通の各種介護マニュアルは、「ケア業務検討委員会」で定期的に見直しを行っている。事業所独自のマニュアルは、27年度作成のため、28年度中に見直しを実施する予定である。</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>訪問介護計画書の作成責任者はサービス提供責任者とし、文書全体の管理責任者は施設長であることが事務分掌表に明示されている。「ADL等評価表」でアセスメントを実施している。ケアマネジャーの作成した居宅サービス計画書を基に初回の訪問時にはケアマネジャーと協議する機会を持ち、サービス担当者会議録やケース記録で協議を行った記録を残している。個別訪問介護計画書の援助目標欄にニーズを明記している。毎回の訪問は、サービス提供記録に残し、サービス提供責任者が訪問時にモニタリング表に従ってモニタリングを行い記録として残している。対応が困難な事例について、行政等にも相談しながら対応した経緯をケース記録に詳細に記録としている。</p> <p>訪問介護計画書に、利用者のニーズを具体的に明示する書式の工夫が望まれる。</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>訪問介護計画書の見直しについては、定期的には介護保険の見直し時期に合わせて、また、随時には利用者の体調の変化やニーズ変更により行う仕組みとなっている。計画の見直しで計画の変更が生じた場合には、訪問指示書（手順書）を更新し職員に配布することで周知している。契約書の介護計画書の決定・変更の項目に計画の見直しについて明示している。</p> <p>訪問介護計画の見直しに当たっては、新たなニーズやニーズの変更を明確にすることが望まれる。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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>ADL等評価表・訪問指示書に利用者個別の身体状況等を明示し、職員に周知を図っている。サービス提供記録簿に、訪問介護計画書にもとづいてサービス提供を実施していることを記録している。サービス提供記録簿は、チェックで記入漏れや記録に差異が生じないように工夫し、記述欄についてはサービス提供責任者が確認し、必要に応じて記入法を指導している。連絡帳に、利用者・ヘルパーからの連絡内容や、連絡や調整を行った旨も記録し、確実に情報共有が行えるように工夫・整備している。連絡ノートに記載した内容は、個別のケース記録にも残している。ヘルパーミーティング・サービス提供責任者会議で情報共有を図っている。連絡帳で連絡したこと、連絡先を明示しており、情報共有を確実に行う仕組みが構築されている。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>文書取扱規定・個人情報保護規定に利用者の記録の保管・廃棄・情報提供に関する規定を定めている。個人情報の不正利用や情報漏えいについては、個人情報保護規定に記載されている。事務分掌表で文書管理に関することの管理責任者を管理者と定めている。個人情報・プライバシー保護についてヘルパーミーティングの勉強会を実施している。職員は、個人情報保護規定について入職時に新人研修で学び、誓約書を交わすとともに、毎年の施設内研修の中で定期的・継続的に学ぶ機会を持っている。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文書で同意を得ている。</p>		

やすらぎ訪問介護事業所

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

利用者の状況・意向・生活習慣等を把握し、「利用者基本情報」「ADLなど評価表」に明示している。把握した情報をもとに、居宅サービス計画書に沿って訪問介護計画書を作成し、利用者個々に応じた生活になるように支援している。サービス提供記録簿に「自立を促す介助」の項目を設け、家事を一緒に行う、過介護にならない身体介護等、自立への動機づけと自立支援に努めている。「サービス提供記録簿」に動線確保を記録し安全確保に、また、火元・電気確認欄を設け火災予防に取り組んでいる。清掃・整理に関しては利用者・家族の指示・依頼のもとに行っている。「モニタリング表」で定期的に衛生管理チェックを行っている。基本的には鍵は預からない方針であるが、例外的に預かる場合は、ケアマネジャー・家族・事業所でルールを決め適正に扱っている。買い物代行の場合は、「サービス提供記録簿」と金銭出納帳に記録として残している。必要に応じて、成年後見制度・日住生活自立支援事業の活用をケアマネジャーと協働して支援している。

日々の訪問時・定期的なモニタリングの機会に、利用者・家族の意向や要望を聴き取り、「サービス提供記録簿」や「モニタリング表」に記録している。各記録からサービス提供責任者が把握し、必要に応じてケアマネジャーとも協働し、ケアに反映している。コミュニケーションの重要性を認識し、個々の留意事項は手順書の留意点に明示し担当ヘルパーで共有し実践している。意思表示の困難な利用者とは、レッツチャット（意思伝達装置）や目の合図などでコミュニケーションの方法を計画に挙げて支援している。「モニタリング表」に、「マナーは良いか」の項目を設け、言葉遣いや接遇について確認している。ヘルパーミーティングの勉強会でコミュニケーションについての研修を継続的に実施している。

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

「ADL等評価表」でアセスメントを行い、利用者・家族の意向を確認し、利用者個々の「ケア手順書」を作成し、羞恥心に配慮した入浴介助に取り組んでいる。居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成し、室温管理・安全確認・可否判断基準・誘導方法・介助方法を明示し、利用者の心身の状況や自宅の入浴環境に応じた介助を行っている。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

「ADL等評価表」でアセスメントを行い、利用者・家族の意向を確認し、利用者個々の「ケア手順書」を作成し、羞恥心に配慮した排泄介助に取り組んでいる。居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成し、安全確保と自立支援に努め、「サービス提供記録簿」の「自立を促す介助」欄に記録している。便・尿の状態や掃除の実施については、「サービス提供記録簿」に記録している。「モニタリング表」で、定期的に衛生管理チェックを行っている。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

「ADL等評価表」でアセスメントを行い、利用者・家族の意向を確認し、居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成している。安全確保と自立支援に努め、「サービス提供記録簿」の「自立を促す介助」欄に記録している。使用している福祉用具については「ADL等評価表」に明記し、必要に応じて「ケア手順書」に記載し、訪問中に不具合などの気づきがあれば、サービス提供責任者を通してケアマネジャーに報告している。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

事例があれば、ケアマネジャーの計画にもとづいて、主治医・訪問看護師の指導・助言を受け、体位や姿勢の変換・保湿剤の塗布・移動や移動時の配慮等を行い、褥瘡予防に取り組んでいる。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。褥瘡の予防について標準的な実施方法を明示したマニュアルを作成し、研修や個別指導で周知を図ることが望まれる。

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

やすらぎ訪問介護事業所

特記事項

利用者・家族の意向に沿った献立と食材で調理し、指定の食器に盛り付けて提供している。可能な範囲で、旬の食材や利用者の嗜好を取り入れている。「高齢者病人食調理マニュアル」を事業所で作成し、ヘルパーミーティングの勉強会で研修している。

「ADL等評価表」で、摂食・飲水の自立度・食事形態を把握し、居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成している。「ケア手順書」に、食事形態・食事介助・食事時の姿勢・栄養状態や健康状態に配慮した食事提供等、個別の留意点を明記し、食事・水分の摂取量は「サービス提供記録簿」に記録している誤嚥や食事提供時の事故防止等については、ヘルパーミーティングの勉強会で研修を実施している。台所の清潔保持に努め、「モニタリング表」で定期的を確認している。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

ケアマネジャーの指示があれば、口腔ケアを訪問介護計画に位置付けて実施し、「サービス提供記録簿」に記録している。口腔内に異常を察知した場合は、家族・ケアマネジャーに報告している。新人研修の介護技術の研修で、口腔ケアについて学ぶ機会を持っている。利用者・家族から相談・助言を求められた場合は担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

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

終末期対応の事例があれば、居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成し、方針を統一し支援している。終末期ケアに関する研修を、昨年度ヘルパーミーティングの勉強会で実施し、今年度も年間計画に入れて実施予定がある。職員の精神的ケアについては、管理者・サービス提供責任者が配慮して行っている。ケアマネジャーの指示の下、家族・医療機関・訪問看護事業所等、関係機関と連携を図っている。

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 ・ 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

「ADL等評価表」で、日常生活能力や認知症状についてアセスメントを行い、居宅サービス計画書・訪問介護計画書にもとづいて、利用者個別に詳細な「ケア手順書」を作成し、指示的・受容的な関わりを重視した支援に取り組んでいる。周辺証書を呈する利用者については、個別のケース記録に記録している。日常生活の中で役割が果たせるように自立支援に努め、「サービス提供記録簿」の「自立を促す介助」欄に記録している。認知症マニュアルを作成し、ヘルパーミーティングの勉強会で、マニュアルの周知と認知症ケアについて研修を実施している。利用者・家族から相談・助言を求められた場合、また、社会資源を紹介する場合は、担当ヘルパー独自の判断ではなく、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

やすらぎ訪問介護事業所

利用者に関わる環境整備はサービス提供記録簿の動線確保、整理整頓の欄で確認することができる。訪問時に危険物の片づけや火元・電気の確認を行い確認欄にチェックを行い記録として残している。訪問時に利用者の生活環境に問題があると感じた場合は、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し支援する仕組みがある。

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

訪問介護時やモニタリング訪問時に、認知症状に気づきがあった場合、また、機能訓練の必要性を感じた場合には、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し、適切な医療や介護サービスにつなげるよう支援している。

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

高齢者の疾患・健康管理、緊急時対応について、ヘルパーミーティングの勉強会で学ぶ機会を設け、体調変化の早期発見に努めている。体調に変化があった場合は、緊急時対応マニュアルのフローチャートに沿って対応する仕組みがある。健康状態や身体状況に異変があった場合は、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し家族や医療機関に連絡している。
法人共通の「感染症・食中毒マニュアル」と、事業所独自の「0157・食中毒予防マニュアル」を整備している。ヘルパーミーティングの勉強会で、マニュアル周知の研修を実施している。予防接種については、法人が一部費用負担を行っている。「モニタリング表」に台所の衛生管理を明示し、定期的に点検している。必要な利用者には冷蔵庫内の食品の保管管理について支援している。
インフルエンザ等の職員の体調の変化を把握する仕組みづくりと、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

やすらぎ訪問介護事業所

特記事項

訪問時には、「サービス提供記録簿」に提供したサービス・利用者の状況等を記載し、家族に報告し捺印を押してもらい仕組みがある。定期的にモニタリング訪問を行い、サービスの説明を行ったり、要望や相談を受けている。モニタリングの記録は「モニタリング表」に、要望や相談内容はケース記録に記録し個別に対応している。家族の心身の状況に変化があれば、ケアマネジャーに報告している。また、家族に対する助言・介護指導・情報提供等が必要な場合は、サービス提供責任者からケアマネジャーに報告し、協働して適切な支援に取り組んでいる。

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

利用者個々のサービス実施方法について「ケア手順書」を作成し、担当ヘルパーに配布・説明し周知を図っている。初めて訪問する場合や訪問介護員が変更になる場合は、サービス提供責任者が同行して支援内容・手順等を詳細に説明している。サービス実施記録に同行を記録している。利用者の状況等は、訪問したヘルパーの「サービス実施記録」や報告を記録した「ケース記録」でサービス提供責任者が把握し、電話・メール・連絡帳・ヘルパーミーティング等で共有している。ヘルパーミーティング・サービスの提供責任者会議を定期的に行い、管理者層や先輩等による相談・助言を受ける機会がある。必要に応じて、法人内のケアマネジャー・看護師等専門職から助言・指導を得られる仕組みがある。

A-10 サービスの適切な実施

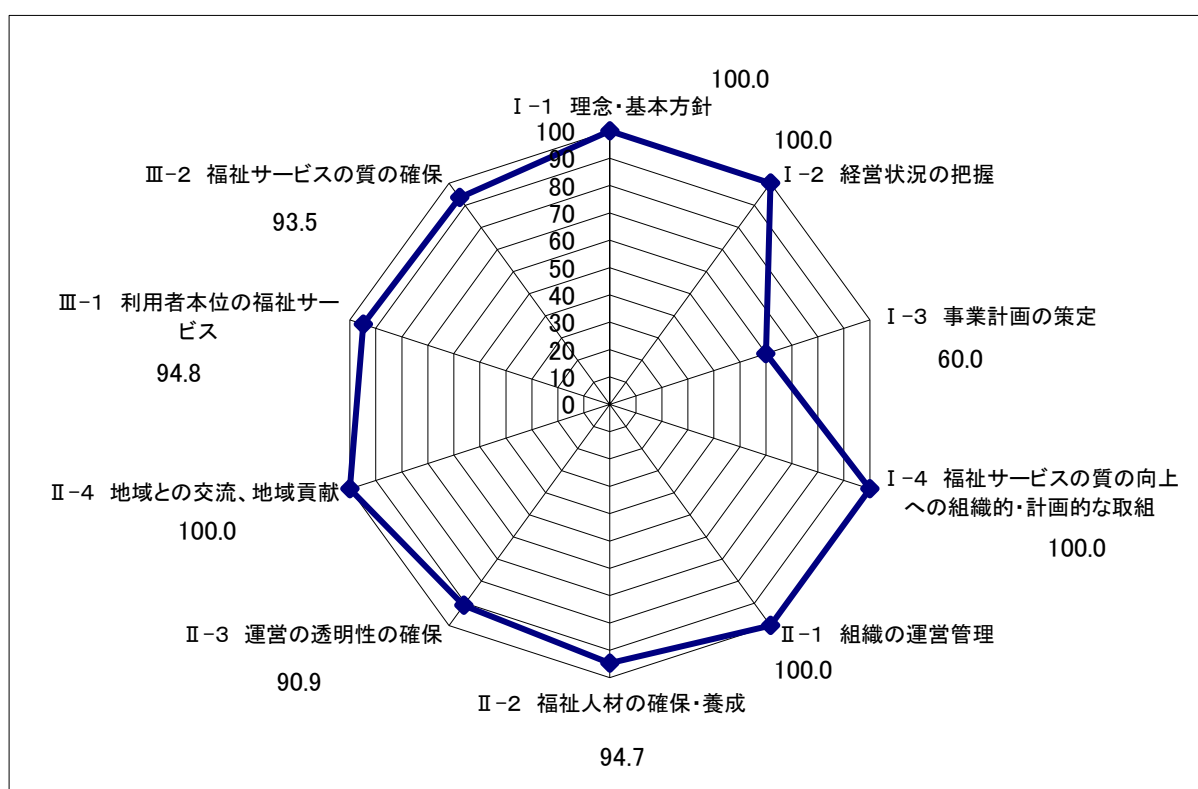
	第三者評価結果
A-10-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a ・ b ・ c

特記事項

居宅介護計画書にもとづいた訪問介護計画書の留意事項や詳細な「ケア手順書」に、個別・具体的な実施方法を明示している。
 意思疎通については、アイコンタクト・瞬き・チャット等で意思疎通を図ることを、訪問介護計画書の留意事項に明示している。
 食事介助・調理については、食事形態や姿勢など個別・具体的な留意事項を、訪問介護計画書の留意事項欄に記載している。
 入浴については、更衣から一連の介助についての個別・具体的な留意事項を「ケア手順書」に明示している。
 排泄介助について、必要な物品や準備の方法を含めて「ケア手順書」に詳細な手順を明示している。
 口腔ケアについては、詳細な支援方法が必要であればケア手順書に明示している。
 心理面については、利用者の意向を確認後にサービス実施する等、「ケア手順書」に記載している。

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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	15	9	60.0
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	9	100.0
II-1 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	36	94.7
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	16	16	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	58	55	94.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	29	93.5



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	27	93.1
3 食生活	19	19	100.0
4 終末期の対応	5	5	100.0
5 認知症ケア	13	13	100.0
6 機能訓練、介護予防	2	2	100.0
7 健康管理、衛生管理	12	10	83.3
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

A 達成度

