

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : あっぷる訪問介護事業所

(居宅介護)

評価実施期間 2019年9月13日 ~ 2020年5月31日

実地(訪問)調査日 2020年2月13日

評価決定委員会開催日 2020年4月28日

2020年5月18日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：あつぷる訪問介護事業所	種別：居宅介護・重度訪問介護		
代表者氏名：土井 美保	定員（利用人数）：	（36）	名
所在地：〒670-0836 兵庫県姫路市神屋町六丁目7番地			
TEL：079-288-9899	ホームページ：http://www.apple-117.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成12年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：株式会社あつぷる			
職員数	常勤職員：	4	名
	非常勤職員：	22	名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を指す	管理者兼サービス提供責任者	1	名
	サービス提供責任者兼訪問介護員	2	名
	訪問介護員	22（22）	名
施設・設備の概要	事務所		

③理念・基本方針

- | |
|--|
| <p>① 障害者総合支援法及び関連する法律を遵守し、施行規則の運営基準に則り、事業運営をおこないません。事業の実施にあたっては、関係市町・地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提案に努めるものとします。</p> <p>② 自らの努力でサービスの質の向上を目標に、常にその評価を行うとともに、評価に基づく改善を図るよう努力します。</p> <p>③ 利用者からの苦情に適切に対応できるように努めます。</p> |
|--|

④施設・事業所の特徴的な取組

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・利用者様お一人おひとりの状況を把握し、家事援助や身体介護をおこなっています。 |
|---|

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 元年 9月 13日（契約日）～ 令和 2年 5月 30日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **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まれています。**
 管理者を主体に月1回就業状況が把握され、有給休暇取得の促進や年2回のストレスチェックを行い、心身の健康に留意しています。また、職員とは年2回、ヘルパーとは年1回面談を行い意向の把握に努めています。法人として「一般事業主行動計画」や「女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画」などを掲げた取り組みが行われ、福利厚生面でも職員の余暇活動や日常生活に対する支援として、多種多様の企画があり、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされ、個々の事情に配慮した職場づくりに取り組まれています。
- **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ます。**
 法人において、事故防止や感染症など、安心・安全のためのマニュアルを整備し、感染症・食中毒、交通事故に関して、安全・衛生委員会が設置され、定期的に再発防止策を検討し実施に取り組まれています。また、個人情報保護マネジメントシステム（PMS）事務局を設置し、個人情報の不適切な利用や漏洩に関する対策及び対応方法が検討されるなど、利用者の生活の安心・安全に配慮した取り組みが組織を挙げて行われています。

◇改善を求められる点

- **法人（あつぷる）や事業所の理念・基本方針を明確に整備して、事業計画への反映や利用者などへの周知ならびに社会や地域への公開が期待されます。**
 理念・基本方針などの明文化は、ホームページやパンフレット、事業計画などには明確に記載されていません。今後は、法人や事業所の使命や役割を反映した理念、これにもとづく福祉サービスの提供に関する基本方針が適切に明文化され、事業計画（中・長期計画、単年度事業計画）に反映されることが重要です。また、利用者・家族などには主な内容をわかりやすく説明した資料など工夫をして周知され、社会・地域に対しても運営の透明性を確保するため事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について、適切に情報公開（ホームページ、広報誌など）する取り組みが期待されます。
- **利用者の地域生活を維持していくための、事業所の役割を明確にしていくことが重要です。**
 現在、個別支援を中心に個々に応じたサービスが行われて、多様な支援が展開されていることがうかがえます。今後は、利用者の障害特性や状況に合わせた研修などを通して、さらに個々の障害特性についての理解を深めていくとともに、地域生活を継続していくための意向や配慮について、文章化していくことで、事業所の役割を明確にしていくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業所内で気づかないような事も客観的な立場での評価を行って頂き、今後は一層利用者様に安心してご利用頂ける事業所を目指して参ります。

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。

(別紙)

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。	b
<コメント> ○ 理念・基本方針は、法人（あっぷる）のホームページ上には明確な掲載はありませんが、事務所内には117グループの理念・基本方針などが掲示され、活動ヘルパー10力条などが職員にも周知されています。法人（あっぷる）のホームページ上には「コンセプト」が掲載されていますが、理念や基本方針として読み取ることはできませんでした。 ○ 今後は、法人（あっぷる）としての理念・基本方針を明確にされて、職員や利用者・家族に分かりやすい周知ができる工夫が望まれます。		

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。	b
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向や姫路市障害者福祉計画などの策定動向は、行政の説明会や管理者全体会議などで把握されていることがうかがえましたが、具体的な資料は確認できませんでした。 ○ 自社での利用者の動向について把握・分析されていますが、今後は、事業所が位置する地域での特徴や変化などの動向について、姫路市障害者福祉計画などを把握・分析をして、事業計画（中・長期計画や単年度事業計画）への課題や取り組みなどに反映させることが望まれます。		
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。	a
<コメント> ○ 事業所の具体的な課題や問題点は、月1回の職員ミーティングで挙げられ、6か月1回の管理者全体会議で検討されています。単年度事業計画に挙げた目標（新規利用者の獲得や具体的対策、職員の質の向上、人材確保の取り組み等）は、月1回の進捗状況の報告に基づき、6か月1回の見直しをされています。これらは管理者全体会議で共有化がされ、職員ミーティングにおいても周知がうかがえました。		

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
<コメント> ○ 経営計画書に基づいた、法人の中・長期計画が作成されています。短期（1～2年）中期（概ね3～5年）長期（概ね6～10年）の、数値目標を含めた具体的な目標が設定されており、中・長期計画は毎年更新・見直しが行われています。		
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
<コメント> ○ 法人としての中・長期計画を踏まえた単年度事業計画が策定されています。また、数値目標を挙げ、成果が評価しやすい具体的な内容で策定されています。		
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
<コメント> ○ 事業計画作成の会議は、常勤ミーティングで毎年5月に行い、課題を挙げており、管理者全体会議、常勤ミーティングの流れで職員に周知される仕組みができています。また、事業計画の評価・見直しは、7月、12月・6月に評価を行い、見直しを年1回行い、周知されていることがうかがえました。 ○ しかし、事業計画作成のスケジュールなど手順書は確認できませんでした。今後は、事業計画の策定期間や手順についても組織として定め、文書化していくことが望まれます。		
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
<コメント> ○ 事業計画（中・長期計画や単年度事業計画）については、利用者や家族には説明がされていません。今後は、事業計画の主な内容について、利用者や家族などに周知し、理解を促す取り組みが重要です。		

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。	b
<コメント> ○ 法人内にサービス向上委員会が設置され、2か月に1回開催されています。サービス向上委員会では、各事業所からの実施報告が集約されて、その対応策が検討され事業所に伝達されています。常勤ミーティングにおいても毎月、課題、問題点の対応について報告がなされ、情報を共有するとともに改善を行っていることがうかがえました。また、年1回（2月）に職員それぞれの自己評価が行われて、課題や改善項目については研修につなげています。 ○ 今後は、第三者評価の受審は今回が初めてですが、サービスの質の向上に向け定期的な自己評価の実施と第三者評価の受審が望まれます。		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年に1回、自己評価と上長の評価を行い、常勤ミーティングにおいて個別の課題の抽出と改善の取り組みが行われています。また、全職員での課題の共有もうかがえました。 ○ 今後は、評価結果を分析した課題について、改善策や改善計画を策定して、実施状況の評価や見直しが望まれます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者の業務内容については運営規定や重要事項説明書などに記載がありますが、責任や権限などが明確に文書化されていません。また、自らの役割や責任について組織内の広報誌などで表明はされていません。有事における管理者不在時の権限は、サービス提供責任者が担うようになっていますが、文書化されたものは確認できませんでした。今後は、管理者として事業所の経営・管理などの方針や取組を明確化し、役割と責任や不在時の権限委任など職務分掌の策定が望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は行政説明会（研修）や社内コンプライアンス委員会（研修）に参加し、法令に関する情報、環境への配慮などについて習得し現場に活かしていることがうかがえました。職員に対する遵守すべき法令などを把握して、必要な法令については月1回のヘルパー研修時に周知がされています。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人内にサービス向上委員会が設置され、管理者自らも委員会に参加し、定期的、継続的な評価分析が行われています。また、管理者はサービスの質の向上に係る自己評価を年1回行い、月1回の常勤ミーティングや、年1回の自己評価結果などから、サービスの質の現状を把握しています。管理者は定期的に研修会を開催し、サービスの質の向上に向け指導力を発揮されています。職員は月1回計画に沿った研修に参加しています。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は月1回、収支報告を作成し、契約更新時や年2回の職員との面談のもと、現状の把握や分析を行いながら職員の働きやすい環境整備などに取り組まれています。定期的な管理者会議に参加して、経営改善、業務の実効性を高めるための取り組みもうかがえました。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉人材の確保・育成計画などの考え方や方針が、年度重点施策や単年度事業計画に明記されています。必要な人材確保については法人で行っていますが、明確な人事プランが確認できませんでした。 ○ 今後は、専門職（有資格の職員）の配置など、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）の策定が望まれます。 		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」は確認できませんが、人事基準（キャリアパス制度など）や自己評価制度、処遇改善規定などに基づく人事管理が総合的に行われています。職務の評価は、年2回人事考課要素に基づいて行われ、キャリアパス要件により、職員は未来の姿が描けます。 ○ 今後は、理念や基本方針にもとづく「期待する職員像等（職員の基本姿勢、求める意識）」を基本方針や事業計画などに明示されることが望まれます。 		
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組んでいる。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労務管理に関しては、管理者を主体にサービス提供責任者、事務職員で行なわれています。月1回就業状況を把握され、職員とは年2回、ヘルパーとは年1回面談を通して、意向の把握に努めるとともに、有給休暇取得の促進やストレスチェック（年2回）、腰痛予防体操なども行われています。また、法人として、福利厚生として親睦会（和光会）は多種多様の企画があり、「一般事業主行動計画」や「女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画」などを掲げた取り組みを通じて、ワーク・ライフ・バランスにも配慮がされています。 ○ 今後は、改善策については、必要な人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）に反映することが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 目標管理の仕組みとして内部研修計画で個別の目標が設定され、具体的な研修項目やそのレベル、実施期間が明記されており、個々の希望もききながら作成されています。また、年1回面接を実施して目標達成度の確認が行われています。 ○ 今後は、職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われることが望まれます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 年間研修計画が策定され、月1回ヘルパー研修会が実施されています。研修は主にマニュアルを基に行われ、年間研修計画やマニュアル（カリキュラム）の見直しもコンプライアンス委員会で行われています。 ○ 今後は、理念や基本方針にもとづく「期待する職員像等（職員の基本姿勢、求める意識）」を基本方針や事業計画などに明示されることが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の資格取得状況は個人台帳などで把握され、職員の経験や習熟度によりOJT（職務を通じた研修）や個別研修が実施されています。また、新人研修カリキュラムがあり、職員の研修は身体介護や認知症など、個々に受講したい内容を選び（8種）、年間計画を立てて受講されています。外部研修の案内は掲示やチラシ配布で行い、希望を聞いて受講しやすいよう時間調整などの配慮も行われています。 ○ 今後は、現在実施されているOJT内容を手順書などにまとめられることが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生受け入れマニュアルを整備され、持ち物・服装などの留意点が書かれていますが、専門職種ごとのプログラムの整備はされていません。実習生の受け入れは、本部で行われ、事業所で指導を行っています。 ○ 今後は、実習生受け入れマニュアルに基本姿勢などを明文化するとともに、指導者の育成や学校との連携を踏まえたプログラムの整備が望まれます。 		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人（あっぷる）のホームページでは、提供する福祉サービス（訪問介護障害福祉サービスなど）の内容や活動情報（あっぷるの取り組み）、コンセプトなどが公開されていますが、運営の透明性を確保するまでには至っていません。また、地域に向けての広報活動も具体的には確認出来ませんでした。今後は、ホームページなどの改善を行い、法人や事業所の理念・基本方針、事業計画、事業報告・決算情報などの基本情報や第三者評価の受審、苦情・相談の体制及び改善・対応の状況について公開され、事業所の活動などを積極的に公開していくことが重要です。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 本部のルールに基づき、月々の報告や記録が残されて、職員にも周知がされています。また、年2回内部監査（コンプライアンス監査）を受け、監査結果は項目ごとにメールで配信されています。外部監査は、委託法人により行われて経営改善などに取り組まれていることがうかがえますが、資料などは本部にしかなく確認はできませんでした。 ○ 今後は、事業所においても必要な書類（監査の結果など）の整備が望まれます。 		

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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、在宅支援に係わる地域関係の構築や交流への取り組みがされていません。利用者から地域活動に参加の要望があれば、自費サービス提供で対応はできますが、現在は事例がありません。今後は、事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会づくりが期待されます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、ボランティアなどの活用はされていません。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 社会資源のリストなどは、行政（姫路市）のホームページ上で公開されているリストや地域包括支援センター、保健センターなどの資料を活用し、社会資源ファイルを作成して事務所内のみなが見て手に取れる所に置いています。 ○ 今後は、関係機関との連携や他の機関・団体とのネットワーク化の取り組みが望まれます。 		
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、地域との交流や事業所の機能を活かした取り組みは行われていません。講師派遣などの要望があれば応じることはできます。今後は、事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会を開催するなどの取り組みが望まれます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護事業所（障害福祉サービス）の特性として、地域の福祉ニーズの把握や対応する事業・活動などは行われていません。今後は、利用者の在宅支援の観点から、地域の民生委員・児童委員などとの交流や情報共有が求められます。 		

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。	b
<コメント> ○ 法人（117グループ）の基本理念や社訓を事業所内に掲示され、職員に周知がなされています。倫理規定を策定され、全員参加のもと倫理及び法令遵守、接遇についての研修が6月に実施されています。また、基本的的人権などについて、定期的に「虐待の芽チェックリスト」による実施状況の評価を行っています。 ○ 今後は、法人（あつる）の理念や基本方針にも利用者尊重に関する内容を文書化し、職員の理解と実践するための取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ プライバシー保護、虐待防止などに関するマニュアルが整備されており、8月に全員研修が実施されています。また、介護現場におけるプライバシー保護の留意点についても、資料がファイルされ、閲覧できるようにされています。また、「虐待の芽チェックリスト」によるセルフチェックや相互注意を行いながら不適切な事案が発生しないように努められています。		
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。	b
<コメント> ○ カラーのパンフレットが作成され、契約時に丁寧な説明をして配布されています。しかし、その内容には理念や基本方針などが盛り込まれていません。また、そのパンフレットは多くの人の目に触れる場所へ置くなど、積極的な情報発信には至っていません。 ○ 今後は、利用者を想定したいろいろな工夫で情報提供の仕組みの構築に期待します。		
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
<コメント> ○ 利用者家族への説明については、利用者同席のもと、分かりやすい説明と書面での同意書など、ルールにのっとった運用が実施されていることがうかがえました。 ○ 今後は、あらゆる利用者や家族などが理解しやすいような資料作りに期待します。		
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。	c
<コメント> ○ 訪問介護事業所の特性から、利用終了後の相談窓口などは設置されていません。今後は、サービスの利用が終了した後の引継ぎ方法を明確にするとともに、組織として利用者や家族などが相談できるように担当者や窓口を設置していくことが望まれます。		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者アンケートを年1回実施により、利用者満足度を調査し、ホームページ上に公開しています。家族会などは組織されておらず、利用者参画のもとでの検討会議や分析による改善などには至っていません。 ○ 今後は、年1回以上利用者参画のもと利用者の意見や調査結果が分析・検討される仕組みづくりが望まれます。 		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情処理の窓口設置や担当責任者は設置されています。その対応、処理の方法についての資料配布はされていませんが、苦情解決の仕組みを掲示されており、利用者や家族などへの報告書は、適正に記録保管されています。 ○ 今後は、苦情内容や解決結果についても公表（ホームページなど）していくことが期待されます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情・相談窓口として重要事項説明書に明記して説明・配布されています。相談スペースも事業所に確保されており、利用できるようになってきました。 ○ 今後は、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を明確にしていくことが望まれます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 常に、利用者や家族からの相談・意見の把握には努めており、年1回の利用者アンケートも実施しています。また、現場で受けた相談などには迅速な対応がうかがえました。 ○ 相談・意見に対する法人としてのマニュアルが確認できませんでした。今後は、相談、意見に関する対応マニュアルの整備が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リスクマネジメント体制として、サービス向上委員会が設置され、主にヒヤリハットの集計・分析を行い、定期的に再発防止策を検討し実施に取り組まれています。また、事故発生時の対応マニュアルを整備し、職員に周知されるとともに、ヘルパー研修を通じて事故防止の意識づけの徹底にも取り組まれています。 		

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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策として安全衛生委員会が設置され、感染症予防対応マニュアルを整備し、職員に周知するとともに、年1回の見直しが行われています。また、5月に、全職員参加の感染症・食中毒の予防及び蔓延防止についての研修が実施されています。ヘルパー活動においては感染予防のためマスク・手袋・消毒液を常時携帯し、感染症に備えて、発生時は家族・相談員に連絡の上、通院を促しています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ グループ法人（117）内に防犯・防災推進委員会が設置されており、同一の建物、介護ステーションとして、防災のマニュアルが整備されています。事業所においても災害時の職員体制（安否確認など）が定められ、一斉メール訓練を年2回実施されています。利用者には電話で確認することになってはいますが、安否確認訓練までには至っていません。 ○ 今後は、地域の災害リスクを把握して、同一の建物、介護ステーションとして、職員や利用者の安全確保（避難確保計画）に関する取り組みを明確にしていくことが望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人としてサービスに関するマニュアルが整備され、マニュアルに基づいて年間を通じた研修が実施されています。また、マニュアルは研修を通じて改善点があった場合は、その都度見直しが行われています。 ○ 今後は、プライバシーの保護や利用者を尊重する姿勢を介護マニュアルにも反映していくことが期待されます。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスマニュアルは、年に2、3回開催されるコンプライアンス委員会によって、見直しが行われています。見直しにあたっては、サービス提供責任者やヘルパーも参加し、利用者の声を反映しています。 ○ 今後は、委員会を中心とした事業所に応じたマニュアルの見直しを通じて、個別の介護計画に反映していくための仕組みづくりが期待されます。 		

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支援計画を適切に策定している。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談支援事業所からの情報をもとに、サービス提供責任者が中心となって、アセスメントが行われ、個別支援計画を作成しています。また、月1回のモニタリングや担当者会議によって、サービスの実施状況を確認しています。 ○ 今後は、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を明確にし、事業所全体で個別支援計画の策定にかかる仕組みを構築していくことが望まれます。 		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個別支援計画は、サービス等利用計画の見直し時期に合わせて見直しを行い、ヘルパーへの周知が行われています。 ○ 今後は、個別支援計画の見直しについて利用者の意向把握と同意を含んだプロセスを明確にしていくとともに、個別支援をマニュアルへ反映していくことでサービスの改善に繋げていくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所で統一された記録様式が定められ、事業所独自のフェイスシートや職員が支援を行った後に記入する「状況報告書」への記録方法の統一化が図られています。また、メッセージアプリケーションの活用を通して、職員の情報共有に取り組まれています。 		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報保護マニュアルの中に、記録に関する保管や保存、廃棄や情報の共有に関する内容が明記され、個人情報保護に関する研修が年に1回職員に向けて実施されています。また、本社において、個人情報保護マネジメントシステム（PMS）事務局を設置し、個人情報の不適切な利用や漏洩に関する対策や対応方法が定められています。 ○ 今後は、個人情報の取扱いについて、継続的に利用者や家族に説明していくことが望まれます。 		

評価対象A 内容評価基準

A-1 利用者の尊重と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 自己決定の尊重		
A①	A-1-(1)-① 利用者の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。	b
A-1-(2) 権利侵害の防止等		
A②	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

- 利用者の趣味や嗜好、衣服などに対する支援は、個別支援計画に基づいて、訪問時に利用者の意向を尊重し、選択してもらえるような取り組みが行われています。
- 虐待に関するマニュアルが整備され、それに基づいて定期的な研修が行われています。また、「虐待の芽チェックリスト」を通して振り返りを行うなど、職員に対する利用者の権利侵害の防止に向けた取り組みが行われています。
- 今後は、利用者の権利侵害を防止するための具体的な事例や内容を収集し、職員のみならず利用者や家族に対して周知する取り組みが望まれます。

A-2 生活支援

		第三者評価結果
A-2-(1) 支援の基本		
A③	A-2-(1)-① 利用者の自律・自立生活のための支援を行っている。	a
A④	A-2-(1)-② 利用者の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。	b
A⑤	A-2-(1)-③ 利用者の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。	b
A⑥	A-2-(1)-④ 個別支援計画にもとづく日中活動と利用支援等を行っている。	非該当
A⑦	A-2-(1)-⑤ 利用者の障害の状況に応じた適切な支援を行っている。	b
A-2-(2) 日常的な生活支援		
A⑧	A-2-(2)-① 個別支援計画にもとづく日常的な生活支援を行っている。	a
A-2-(3) 生活環境		
A⑨	A-2-(3)-① 利用者の快適性と安心・安全に配慮した生活環境が確保されている。	a
A-2-(4) 機能訓練・生活訓練		
A⑩	A-2-(4)-① 利用者の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。	c
A-2-(5) 健康管理・医療的な支援		
A⑪	A-2-(5)-① 利用者の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。	b

A⑫	A-2-(5)-② 医療的な支援が適切な手順と安全管理体制のもとに提供されている。	非該当
A-2-(6) 社会参加、学習支援		
A⑬	A-2-(6)-① 利用者の希望と意向を尊重した社会参加や学習のための支援を行っている。	b
A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援		
A⑭	A-2-(7)-① 利用者の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。	b
A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援		
A⑮	A-2-(8)-① 利用者の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。	b

特記事項

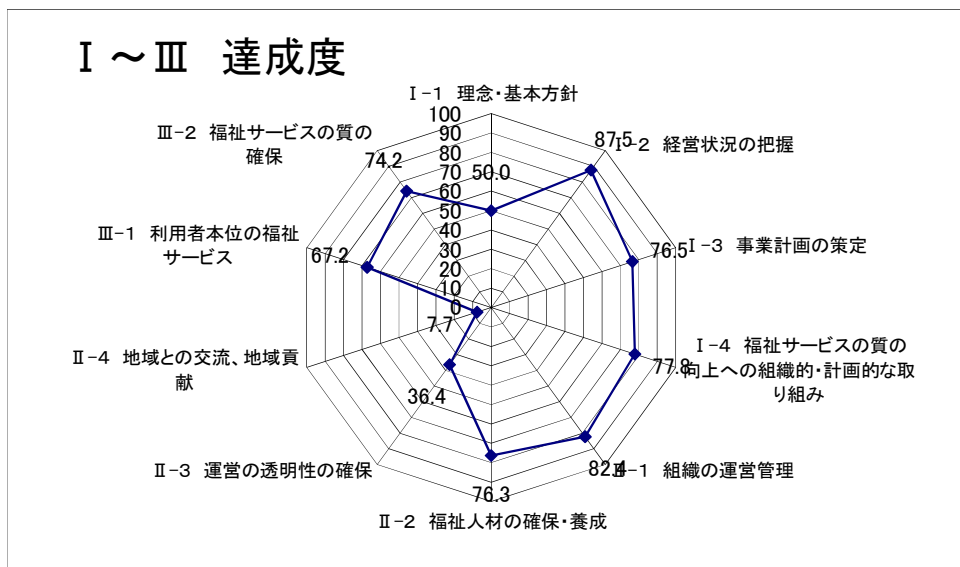
- 相談支援事業所からのサービス等利用計画や利用者に関する情報をもとに、利用者の生活習慣や望む生活に向けて、利用者が自ら決めたり、自ら行動できるような個別支援が行われています。
- チャットや目線、表情から利用者の意向を読み取るなど、利用者の状況・状態に応じたサービスに対する聞き取りがおこなわれています。
- 食事については、利用者と一緒にメニューを決め、その時の体調により、臨機応変に対応し、利用者の意向に沿う工夫がうかがえます。
- 日常生活の支援については、利用者の生活スタイルに基づいて、時間を調整したり、サービス日を変更するなど、利用者に応じたサービスの工夫が行われています。
- 訪問時には環境面に関するチェックが行われ、訪問介護員からの情報をもとに、利用者の居住空間の改善への提案を行っています。
- 毎回の訪問時に「状況報告書」の事前確認項目に基づいて、健康状態を観察が行われ、体調の変化や医療機関との連携を踏まえた支援体制が設けられています。
- 今後は、地域生活を継続していくための訓練や配慮について、文章化していくことで、利用者の生活支援を明確にしていくことが望まれます。
- 今後は、利用者の障害特性や状況に合わせた研修などを通して、さらに個々の障害特性についての理解を深めていくことが期待されます。

(別紙2)

各評価項目に係る評価結果グラフ

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	3	50.0
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み	9	7	77.8
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	38	29	76.3
II-3 運営の透明性の確保	11	4	36.4
II-4 地域との交流、地域貢献	26	2	7.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	41	67.2
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2
	224	143	63.8



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1-(1) 自己決定の尊重	5	4	80.0
1-(2) 権利侵害の防止等	6	3	50.0
2-(1) 支援の基本	19	14	73.7
2-(2) 日常的な生活支援	5	5	100.0
2-(3) 生活環境	4	4	100.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	2	40.0
2-(6) 社会参加、学習支援	4	2	50.0
2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援	5	1	20.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
	63	40	63.5
	287	183	63.8

A 達成度

