

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : あっふる訪問介護事業所 加古川  
( 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3月18日

評価決定委員会開催日 2020年6月12日

2020年6月22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 加古川	種別：居宅介護・重度訪問介護・同行援護		
代表者氏名：松本 明美	定員（利用人数）：	(51)	名
所在地：〒675-0026 兵庫県加古川市尾上町旭3丁目50			
TEL：079-426-1199	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14年9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：	6	名
	非常勤職員：	23	名
専門職員	管理者兼サービス提供責任者	1	名
※（ ）はうち非常勤職員を明示	サービス提供責任者	4	名
	訪問介護員	23	(23) 名
施設・設備の概要	事務所		

③理念・基本方針

- 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のっとり事業運営を行います。事業の実施に当たっては、関係市町・地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
- ② 自らの努力でサービスの質の向上を目指し、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いたします。
- ③ 利用者からの苦情に適切に対応できるよう努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 利用者様お一人お一人の状況を把握し、ニーズに合わせた家事援助や身体介護等を行っています。

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 6月 30日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回（ 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **法人のコンセプトにもとづき「介護福祉サービスは人材が決め手」と掲げて、教育・研修に何よりも力を注ぎ、サービスの向上に取り組まれています。**

必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が、年度重点施策や単年度事業計画に明記されています。人事基準（キャリアパス要件など）や人事考課（評価など）処遇改善規定（報酬など）が明確化され、総合的な人事管理が行われています。また、職員の質の向上では、年1回（2月）に自己評価や職業能力評価が行われて、職員それぞれの課題や改善項目について研修につなげています。

さらに、法人内にサービス向上委員会が設置され、サービスの質の向上に向けた取り組みが組織的に行われています。

- **安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取り組みが行われています。**

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・衛生委員会及びサービス向上委員会が設置され、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

- **訪問介護事業所（障害福祉サービス）として、利用者や家族に法人・事業所の「理念・基本方針」や「事業計画」を、周知、説明する取り組みが望まれます。**

理念や基本方針は、法人や事業所の福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものであり、職員に限らず、利用者や家族などにも周知・理解を促すことが重要となります。また、事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、利用者や家族などにも周知・理解を促すための取り組みを行うことが必要です。今後は、「理念や基本方針」・「事業計画」をわかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族などへの周知・理解を促す取り組みが望まれます。

- **利用者の地域生活を維持していくため、利用者の意向把握と同意を含んだプロセスを明示し、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、詳細な記録と支援計画により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把握と同意を含んだプロセスを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

事業所の劣っている所が確認できて良かったです。

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「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。事業所内には117グループの事業理念・基本方針などが掲示されています。また、あっぷる加古川事業理念などが策定され、職員にも周知がされています。 ○ 今後は、法人（あっぷる）としての事業理念・基本方針がホームページ上に明確化され、職員や利用者・家族にも周知ができる分かりやすい工夫が望まれます。		

#### 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。	a
<コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向や「加古川市障がい者基本計画」など策定動向は、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、具体的な資料として「加古川市障がい者基本計画」などが確認できました。また、事業所が位置する地域での特徴や変化などを参考に、自社での利用者の動向について把握・分析されて、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に反映されているとともに、福祉サービスのコスト分析や利用者の推移・利用率などの分析も行われ、毎月「事業計画報告書」が作成されています。		
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。	a
<コメント> ○ 事業所の具体的な課題や問題点、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、人材確保の取組み等）は、月に1回の常勤ミーティングで進捗状況を確認して、3か月に1回の計画会議で報告されています。これらは管理者全体会議でも共有化がされ、毎月の常勤ミーティングで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> ○ 法人の経営計画書に基づいた、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内容が設定されています。また、中・長期計画は毎年更新・見直しがされています。		
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年度重点施策や単年度事業計画が策定されています。数値目標も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> ○ 事業計画策定の会議は、常勤ミーティングで毎年4～5月に行い課題を挙げています。単年度事業計画は管理者全体会議、常勤ミーティングの流れで職員へ周知されています。単年度事業計画は7月から始まり6月まで、毎月評価・見直しが行われ周知がうかがえました。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。 ○ 今後は加えて、時期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期待されます。		
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> ○ 事業計画などは、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わかりやすい資料を作成し、利用者や家族などに理解を深めていく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。	a
<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。毎月の常勤ミーティングにおいて、その課題、問題点の対応について報告がなされ、情報の共有と共に改善を行っていることがうかがえました。職員それぞれ年1回（2月）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。利用者アンケートも年1回行われ、サービスの質の向上に向けて取り組まれています。 ○ 今後は、第三者評価の受審は初めてですが、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期待されます。		

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"> <li>○ 年に1回、自己評価と職業能力評価シートで上長が評価を行い、毎月の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。</li> <li>○ 今後は、個別の評価結果を分析した課題について、事業所としての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。</li> </ul>		

## 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"> <li>○ 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。</li> <li>○ 今後は、管理者として事業所の経営・管理などの方針や取り組みを明確化し、役割と責任や不在時の権限委任など職務分掌などの策定が望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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回の常勤ミーティングやヘルパー研修時に周知がされています。年間研修計画では、個人情報保護に関する研修が位置付けられています。</li> </ul>		
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"> <li>○ 法人内にサービス向上委員会が設置され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。管理者は月1回の常勤ミーティングや、年1回の自己評価結果や職業能力評価シートなどから、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。職員やヘルパーは月1回年間研修計画に沿った研修に参加しています。また、管理者自らもサービスの質の向上に係る自己評価や職業能力評価シートを年1回行っています。</li> </ul>		

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"> <li>○ 管理者は月1回、損益対比表を作成し、現状の把握や分析を行いながら職員などの働きやすい環境整備や有給休暇50%取得促進などに取り組まれています。定期的な計画会議や管理者全体会議に参加して、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。また、ヘルパーの契約更新時や年2回の職員との面談も行われています。</li> </ul>		

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"> <li>○ 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、法人と連携して行っています。採用は事業所で「面接チェックシート」をもとに行われていますが、明確な人事プランが確認できませんでした。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」は、あつふる加古川事業理念で確認できました。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ています。総合的な人事管理に関する改善策などは管理者全体会議で検討されていることがうかがえ、キャリアパス要件により、職員は未来の姿が描けます。</li> <li>○ 今後は、「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も明示していくことが期待されます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、法人の、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。</li> <li>○ 今後は、働きやすい環境づくりでの改善策については、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）にも反映が望まれます。</li> </ul>		



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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 目標管理の仕組みとして「キャリアパス要件」が示され、「期待する職員像等」が確認できます。個別年間計画で目標が設定され個別研修が行われています。また、職員個々の希望を聞きながら、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、2か月毎に評価・面接が行われ、年度末に面接を実施して目標達成度の確認が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 理念・基本方針にもとづく「期待する職員像等」は、あつぷる加古川事業理念で確認できました。年間研修計画が策定されて、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ています。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年1回行われています。</p> <p>○ 今後は、職員に必要とされる専門技術や専門資格を、基本方針や年度重点施策・単年度事業計画などに明示していくことが望まれます。</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>○ 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。OJTは、現場に即した実施要領で行われ、受講者は項目ごとに終了すればチェックし、指導者が確認しています。また、新人研修カリキュラムを策定するとともに、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。外部研修の案内は職員に内覧、登録ヘルパーには掲示をして情報提供を行い、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。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>○ 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。実習生の受け入れについては、本部で学校との契約や連携が行われています。事業所での受け入れ実績は過去にはあります。</p> <p>○ 今後は、事業計画や実習生受け入れマニュアルなどに、専門職の教育・育成に関する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。</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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ あつぷるのホームページでは、提供する福祉サービスの内容や活動情報(あつぷるの取り組み)、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も公開され、広報誌の作成など事業所の活動を積極的に説明する取り組みが求められます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 事業所における事務、経理、取引などの手順は、本部のルールに沿って行われています。月々の報告や記録が残されています。業務内容なども重要事項説明書に明記され、職員にも周知がされています。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受け把握しています。必要に応じた相談や助言は本部に行い、相談内容は事務のフォルダー内に記録していることがうかがえます。その他委託法人による監査が行われ経営改善などに取り組まれていることがうかがえました。監査結果は項目ごとにメールで受けています。</p> <p>○ 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。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 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、同行援護を行っている事例がうかがえました。</p> <p>○ 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をつくることが期待されます。</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。	c
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 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。</p>		

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"> <li>○ 社会資源のリストなどは、行政（加古川市）のホームページ上で公開されているリストや地域の関係機関・ボランティア団体や必要な社会資源を把握し、ファイルを作成して職員も共有できるように事業所内に置いています。関係機関との連携では、加古川市訪問部会に入会して、情報共有や研修にも参加しています。</li> <li>○ 今後は、関係機関との協働した取り組みや他の機関・団体とのネットワーク化の取り組みが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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。</li> </ul>		

### 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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人としての事業理念・基本方針に利用者尊重の姿勢は明示されており、倫理規定が定められています。また、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実施されており、基本的人権などについて、定期的に「虐待の芽チェックリスト」によるセルフチェックを行っています。</li> <li>○ 今後は、サービスマニュアルなど標準的な実施方法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に繋げていくことが期待されます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、職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、全職員に周知されています。</li> <li>○ 今後は、利用者や家族に対するプライバシー保護や権利擁護に関する説明の機会を持つなど不適切な事案が発生した場合の対応方法の明確化が望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所を紹介するパンフレットを整備され、利用希望者に対して、サービスを選択するための情報を丁寧に説明されています。また、その情報は、適時見直しが行われています。</li> <li>○ 今後は、パンフレットを多くの人の目に触れる場所へ置くなど、積極的な情報発信が期待されます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ サービスの利用開始や変更にあたっては、サービス提供責任者が利用者同席のもと、パンフレットや重要事項説明書を用いて、丁寧な説明が行われています。</li> <li>○ 今後は、意思決定が困難な方に対する対応方法や説明手順を明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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"> <li>○ 年1回、利用者アンケートにより、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。その結果をもとに、具体的な改善が図られています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 苦情処理の窓口設置や担当責任者が設置され、重要事項説明書に苦情窓口について明記し、利用者や家族に対して説明が行われています。また、事務室に、苦情相談窓口受付フローチャートにわかりやすく掲示されています。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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います。</li> <li>○ 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掲示していくことが望まれます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 日々の支援の中で、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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、事故発生時、緊急時のマニュアルが整備されています。また、毎月のヘルパー会議にてヒヤリハットの事例を検討、周知徹底されていることがうかがえました。</li> <li>○ 今後は、安全確保策の実施状況について、定期的に評価していく仕組みが望まれます。</li> </ul>		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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、コンプライアンス委員会で年1回の見直しが行われています。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、感染症に備えています。</li> <li>○ 今後は、感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制を文書化していくことが期待されます。</li> </ul>		
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"> <li>○ 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、防災のマニュアルが整備されています。事業所においても利用者の基本情報に非常避難場所（校区）を記入し、災害時の職員体制（安否確認など）が定められています。</li> <li>○ 今後は、事業所として災害備蓄を進めるなど、地域の災害リスクに応じて、関係団体等と連携のもと、地域防災に関する取り組みを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		

### 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"> <li>○ 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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		
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"> <li>○ サービスマニュアルは、定期的にコンプライアンス委員会をはじめ、各委員会によって、検討され、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。</li> <li>○ 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。</li> </ul>		

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"> <li>○ 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、障害福祉サービス実施計画書を作成して利用者のニーズを明記しています。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、相談支援専門員に報告しています。</li> <li>○ 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、事業所全体で障害福祉サービス実施計画書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。</li> </ul>		
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"> <li>○ 支援計画は、毎月のモニタリングをもとに、年1回、定期的に見直しを行い、ヘルパーへの周知が行われています。</li> <li>○ 今後は、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。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> <li>○ 今後は、職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導を明確にしていくことが期待されます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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。</li> </ul>		

## 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

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の状態や会話の内容などについて、ヘルパー介護支援記録の特記事項に記入し、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。</li> <li>○ 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。</li> <li>○ 今後は、利用者個々の合理的配慮について文書化され、身体拘束のみならず、権利侵害が発生した場合の対応について明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>
--

### 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

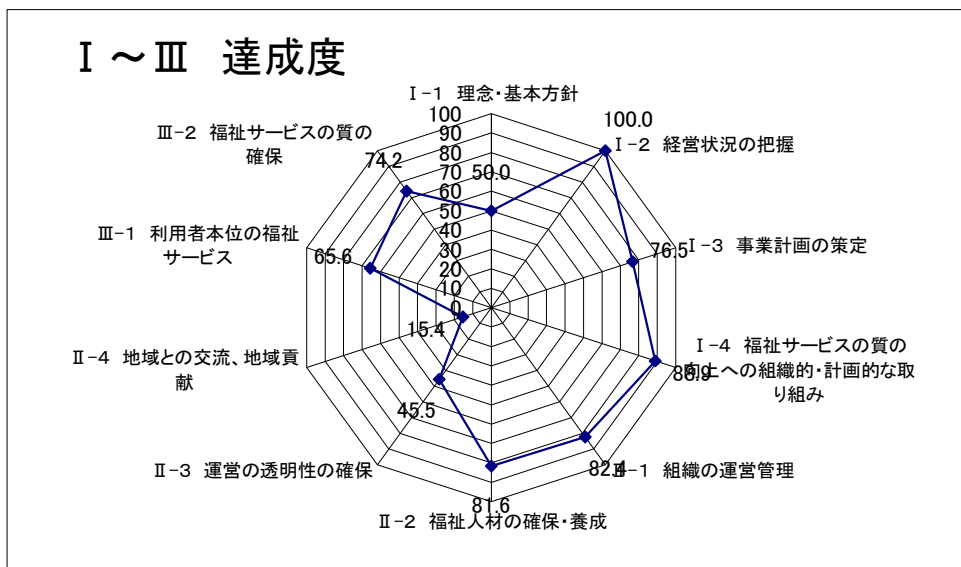
- 相談支援事業所からのサービス等利用計画や利用者に関する情報をもとに、利用者の生活習慣や望む生活に向けて、利用者が自ら決めたり、自ら行動できるような個別支援が行われています。
- 発語が難しい利用者には、ジェスチャーを使用し職員と意思疎通が出来るように工夫されています。
- 食事については、利用者からリクエストがあったメニューを出来るだけ提供できるように本人と共に考え調理されている工夫がうかがえます。
- 訪問時には環境面に関するチェックが行われ、訪問介護員からの情報をもとに、利用者の居住空間の改善への提案が行われています。
- 利用者の健康管理を適切に実施するために視察マニュアルを用いて、研修会を年一回以上開催されています。
- 買い物や百歳体操、茶話会等、本人の希望を聞き、意思を尊重された社会参加の機会につながるサービスが提供されています。
- 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	8	100.0
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	8	88.9
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	31	81.6
II-3 運営の透明性の確保	11	5	45.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	4	15.4
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	40	65.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2
	224	149	66.5



## 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	6	4	66.7
1-(2) 権利侵害の防止等	6	4	66.7
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-(4) 機能訓練・生活訓練	5	0	0.0
2-(5) 健康管理・医療的な支援	5	3	60.0
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	0	4.0
2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援	6	3	50.0
	65	39	60.3
	289	188	65.1

## A 達成度

