

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
I-1-(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
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>基本理念である「人と人 心と心を礎に」のもと、①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報連相の徹底という「3つの徹底」を基本方針に掲げている。理念・基本方針は、重要事項説明書、リーフレット、ホームページにも明示されている。また、理念や基本方針は、1月4日の理事長の年始の挨拶、1月13日の新人研修、全体会議、部署ミーティングにおいて話され、職員へ周知されている。</p> <p>また、理念や基本方針は、ホームページや重要事項説明書、満足度調査において、利用者や家族へ周知を行っている。満足度調査は、11月から12月に調査を行い、調査結果を事業所内に掲示するとともに、希望した方へは郵送している。</p> <p>そして、満足度調査やQMS活動において、周知状況を確認し、継続的な取組みを行っている。QMS活動とは、業務の質の担保のためPDCAを継続するシステムを構築する取組みである。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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>七尾市の事業者連絡会などに参加し、介護保険制度の動向やグループ全体の経営状況、利用状況も把握し、経営分析を行っている。また、職員SWOTに取組み、実質的な職場の課題を示し、「経営分析表」を作成している。それは、施設の強み、弱み、課題などを分析し、経営環境の適切な把握、分析に取組んでいる。</p>
3	② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a · b · c	<p>「経営分析表」の「経営課題」及び「重点課題の検討表」が作成され、経営環境の課題や問題点を明らかにしている。</p> <p>理事6人であり、週1回は集まり経営について話し合っている。また、施設長と部署長の8人で構成される運営会議が週1回実施されており、役員間での共有がなされている。</p> <p>年度初めに、介護事業の全職員を対象とする全体会議が実施され、そこで事業計画について説明される。そして、年2回のMRや1回の部署ミーティングでも事業計画について話され、一般職員全体へ周知される。</p> <p>ISOのQMS活動に取組み、10月に職員の意見聴取、11月に事業計画立案の会議や利用者満足度調査を行い、意見や要望を把握し、集計・分析を行っている。そして、8月と2月にマネジメントレビューにて評価を実施するなど、解決・改善に向けて具体的に取組んでいる。</p>

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>「中長期計画 和泉会 介護事業」として、2022年より2024年の3年間の中長期計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、1. 働き方改革、1-①「DXの導入による業務効率化」、1-②「訪問介護の請求業務の標準化」、2. サービスの質の向上、2-①「ビハーラの里での生活機能向上」、2-②「ケアマネジャーのスキル標準化」、2-③「リハビリテーションの充実」、3-①地域福祉活動の推進、3-②業務継続計画策定、3-③介護教室への講師派遣、4-①収益・コストが経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取られたものとなっている。</p> <p>また、「メモ類の50%減」、「生活機能向上連携加算算定者5名以上にする」、「担当利用者30名が維持できる」など、測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなっている。</p> <p>計画の見直しは、事業計画策定委員会で検討され、アクションプログラムで進捗状況を把握し、MRIにおいて見直しされている。</p>
5	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。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>単年度の計画は「中長期計画 和泉会 介護事業」に基づき、より具体的な内容が盛り込まれている。「2022年度事業計画」は、「0. 感染対策 ①スタンダードプレコーションの徹底」など、「1. 働き方改革 ①ケアパレットの業務導入を拡大し、ペーパーレス化を推進する」など、「2. サービスの質の向上 ※DXの推進による働きやすい職場づくり」など、「3. 地域福祉活動の推進 ※医療法人としての地域貢献活動」など、「4. 収益・コスト ※安定経営を目的とした計画的施設整備」など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。</p> <p>そして、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)が作成され、実施状況の評価が行われている。アクションプログラムには数値目標が示されている。</p>

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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>事業計画策定の流れは、10月に2法人の各施設長や法人本部が出席して実施される「人事評価委員会」において作成される。各施設長は人事評価委員会に参加する前に、アクションプログラムのやり残しなどの課題を示し、全職員がSWOT分析を実施する。そして、その分析結果をもって人事評価委員会に参加し、経営分析を行い、計画化され、QMS活動で取組まれ、アクションプログラムやMRで評価されている。</p> <p>事業計画に記載されている項目は、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)のように、アクションプログラムに基づき取り組まれており、職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の実施状況は、9月ごろと2月(総括)ごろにMRにおいて報告されている。</p> <p>SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。</p> <p>事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、事業計画説明会や部署ミーティングで説明されている。また、MRでも報告され、職員への周知や理解を促すための取組みを行っている。</p>
7	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>満足度調査の結果が出た時に、事業計画書を同封して利用者・家族に郵送している。</p> <p>現在は、事業計画書はホームページに掲載されていないが、来年度よりは掲載する予定となっている。</p> <p>利用者・家族への説明は、地域の介護教室、認知症カフェなどに出向いて、パンフレットやリーフレット、パワーポイント、七尾市が作成した在宅介護支援センターのDVDなどを使い、分かりやすく説明している。</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	コメント
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	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>満足度調査やMRIに基づき、重点課題が設定され、各種計画に反映され、QMS活動で課題解決に取り組み、進捗状況をアクションプログラムやMRで確認し、課題を整理し、課題として挙げられたものは事業計画に載せられるなど、PDCAサイクルに基づき取り組まれている。</p> <p>評価を行う体制は、MR、アクションプログラムの振り返り、内部監査、自己チェックリストなどに取組んでいる。</p> <p>また、年に1回以上自己評価に取組み、考察も行い、第三者評価も定期的に受審している。評価結果を分析・検討する場合は、人事システムや教育システムを評価する人事評価委員会である。</p>
9	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>「経営分析表」や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。</p> <p>課題は満足度調査結果も含めたMR資料で示し、検討される。また、アクションプログラムの振り返りでも検討し、課題の明確化に取組み、職員の参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。</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	コメント
Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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・c	「経営・管理に関する方針と取組み」については、品質マニュアルの「5. リーダーシップ」や「3.3 用語の定義」の中に明記している。 また、自らの役割と責任については、ホームページの管理者の挨拶文に掲載している。 職務分掌等についても「品質マニュアル」で文書化され、職員に周知されている。 有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任については、BCPで明確にされている。
11	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・c	利害関係者との適正な関係の保持については、品質マニュアルの「8.4 購買」で示され、法令遵守に取り組んでいる。 今年度の法令遵守に関する研修は、昨年度から取り入れたeランニング研修システムにより、「倫理規定及び法令遵守」を全職員が受講している。 「遵守すべき法令等」については、月1回の「安全対策委員会」で周知の取組を行っている。
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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。	Ⓐ・b・c	福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS活動、事業計画策定会議により取り組んでいる。 福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、管理者自身がアクションプログラムの推進責任者として、感染対策及び業務改善に取り組んでいる。 管理者は、部署ミーティングなどに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。 職員への研修は、コロナ禍でもあり、昨年度より導入したeランニングによる研修に取り組んでいる。研修は、職種や役職によりテーマが異なっている。この他、関係団体の研修にも参加している。
13	② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c	人事、労務、財務等を踏まえた分析は、「経営分析表」が作成されている。働きやすい職場環境への具体的な取組みとして、事業計画に「働き方改革」と明示し、DXの推進による業務の効率化を目指している。2022年度は、ケアパレット業務導入の拡大やeランニングの研修システムなどに取り組んでいる。 また、運営会議や在宅推進委員会、部署ミーティングなどが行われ、経営改善に向けた組織内の意識を形成している。 管理者は、アクションプログラム(収益・コスト)の推進責任者であり、経営の改善活動に積極的に参画している。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	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・c	<p>人員体制や人材の確保と育成に関する基本的な考え方は、「人事評価表」に示されている。</p> <p>人員体制についての具体的な計画や取組みは、法人として計画され、取組まれている。</p> <p>在宅推進委員会の資料によると、介護福祉士の有資格者10名を確保することを目標としている。</p> <p>効果的な福祉人材の確保として、「いしかわ魅力ある福祉職場認定制度」や「いしかわ男女共同参画推進宣言企業」などの認定を受け、短時間正社員制度、日勤のみの業務など育児しながら働く事が出来る職場になるよう取組んでいる。</p>
15	② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c	<p>「期待する職員像」や人事基準は、「人事評価表」の「モデル行動」に示されている。また、「等級フレーム」を使用し、人事考課に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。</p> <p>人事評価は、人事評価表及び情意評価表で行う。情意評価表は、自己研修やボランティア、職場内での通常業務以外での役割、地域貢献などで評価する。</p> <p>また、評価は人事評価委員会で行われる。そして、3か月に1回人事評価面接が実施され、そこで職員へフィードバックされる。</p> <p>そして、「等級フレーム」や「教育訓練体系図」を用いて、キャリアパスの視覚化に努めている。</p>
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	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・c	<p>事業所の労務管理や有休の取得状況、時間外労働のデータ把握は、センター長が責任者である。品質マニュアル「3. 3部署長」で示されている。ただ、法人として衛生委員会が設置されており、法人全体の状況を把握し、各施設・事業所に改善を促す役割を担っている。衛生委員会は、「腰痛、欠勤、健康診断、メンタルヘルス、育休、短時間労働、労災、残業、健康で安心して働ける職場環境作り、有給休暇」に関して把握し、検討している。また健康診断で、再検査が出ているのに受診していない職員には受診するよう促している。</p> <p>職員の悩み相談窓口は、産業医、小児科医、産業カウンセラーである。また、外部相談機関は石川産業保健総合支援センターであることなどを、食堂に掲示してある。</p> <p>総合的な福利厚生として、メモリアル休暇、インフルエンザ予防接種、10年・20年・30年の永年勤続の祝い金などがある。</p> <p>ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みは、働き方改革として短時間正社員制度、ノー残業デーなどに取組んでいる。</p> <p>福祉人材や人員体制に関しては、中長期計画や事業計画に示し、「アクションプログラム(働き方改革)」において取組み状況を把握しながら、働きやすい職場づくりに取組んでいる。</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	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>人事評価表の「モデル行動」において、法人の期待する職員像を明確にしている。また、年4回の人事考課の面談があり、12月の4回目の面接が2次評価となる。</p> <p>自己評価として、居宅版の「自己チェックリスト」の作成に取り組む。人事考課の自己評価と共に、考課面談時に達成状況を確認している。また、「スキルチェックシート」にも取組み、職員育成に取り組んでいる。</p>
18	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 ・ c	<p>「期待する職員像」は、「人事評価表」に明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の中の「資格者一覧」で明示されている。</p> <p>職員の研修は、eランニングのジョブモデルの計画に基づき実施している。eランニングなので自宅で視聴できるが、職場内で視聴する時間を設けている。</p> <p>研修の評価と見直しは、月1回の人事評価委員会で行われている。</p>
19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>職員1人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格認定者リスト」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報の管理に努めている。</p> <p>新規採用者育成計画や「居宅版スキルチェックシート」、「居宅版自己チェックリスト」、人事考課面接の過程が、OJTとして機能している。スキルチェックシートは、各職員が自己評価し、リーダーの一次評価と合議評価の二次評価で構成されている。</p> <p>研修に関しては、年度別教育計画が作成される。行政や関係団体からの研修案内については、職員一人ひとりが個別研修計画を作成し、管理者が研修管理し、研修に参加できるよう配慮している。</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	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>実習生の受け入れに関する基本姿勢等の明文化は、「実習受け入れマニュアル」が作成されている。</p> <p>令和4年度は、実習の受け入れはない。ただ、受け入れる体制は整っている。</p>

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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	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>法務局のホームページにおいて、医療法人和泉会の予算・決算が公開されている。さはらグループのホームページに、事業所の理念や基本方針、福祉サービス第三者評価の評価結果などが適切に公開されている。また、「満足度調査」、「ご意見」、「苦情・相談」などについても掲載されている。</p> <p>第三者評価は継続的に受審しており、全国社会福祉協議会のホームページでも公表されている。</p> <p>地域に向けての取組みは、「わいわいカフェ」、「たきなつの会」、「ひまわり」などの地域のグループデイなどに出向いて、在宅介護支援センターのパンフや七尾市の「みんなの安心介護保険(パンフレット)」などを配布・説明している。また、パワーポイントを使ったり、実際に法人のホームページを映し出したりして、法人・事業所の役割と存在意義を明確にするよう努めている。</p>
22	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>事業所における事務や経理、取引等に関するルールは、「経理規程」に明示されている。職務分掌については、「職務権限規程」により明確にされている。</p> <p>施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。また、令和2年度に、監査法人に依頼し、公認会計士による外部監査を実施している。令和2年6月20日付けの「監査報告書」にて確認できる。</p>

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	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>地域との関わり方については、法人理念、基本方針、事業計画書などで基本的な考え方を文書化している。</p> <p>相談室内には、いろいろな案内を掲示している。ただ、地域に出向くことを大切にしており、地域のグループデイや認知症サポーター養成講座などに出向いて、各種パンフレットなどで案内している。</p> <p>個々の利用者のニーズに応じた社会資源として、「横出しサービス一覧」が作成されている。その内容は、「自費(介護保険以外)福祉用具レンタル」、「家事支援サービス」、「七尾市インフォーマルサービス 配食サービス一覧(200円の市の補助、さはらグループも委託を受け取組んでいる)」、「買物支援」、「移動販売」など、地域における社会資源の利用を推奨している。</p>
24	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>令和4年度のボランティアの受け入れはない。オリエンテーションの手順書を作成し、オリエンテーションをボランティアの研修と位置づけ、ボランティアを受け入れる体制は整えている。</p>
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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	<p>七尾市の「みんなの安心介護保険(パンフレット)」や「横出しサービス一覧」など社会資源を明示したリストや資料を作成し、部署ミーティングや在宅推進委員会で共有化している。</p> <p>また、ヘルパー協会の研修や「介護・医療連携推進協議会(紫欄の会)」など、定期的な連絡会を行っている。</p> <p>地域の関係団体との協働として、福祉の人材不足に対処するため市町へ対策を呼び掛けている。また、コロナ感染の状況を考慮して、有効な感染対策の情報を共有するなど、事業を止めないように取組んでいる。</p>

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	(a) ・ b ・ c	<p>コロナ前は、わいわいカフェやきたなつの会、ひまわりのグループデイにおいて介護教室を開催し、地域福祉委員や民生委員を対象に、認知症サポーター養成講座などを開催していた。このような活動は、出向くこともあるが、オンラインで取組むこともある。</p> <p>災害時の地域における役割については、現在居宅と連携して安否確認の体制を作ろうとしている。災害支援リストに掲載されている方はもちろんだが、支援区分の低い独居の方などの対応を検討している。このように、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。</p>
27	② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	(a) ・ b ・ c	<p>「介護教室」などを行ったり、グループデイなどの身近な相談窓口に出向いたりすることで、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>相談事業については、居宅支援事業と一体的に事業運営されており、訪問介護事業所への来所者は、在宅介護支援センターへ繋げることになっている。</p> <p>また、災害支援対策などにおいて民生委員との連携に取組み、「グループさはら」として配食サービスを受託、介護教室や民生委員と連携した安否確認の仕組みづくりなど、地域貢献に取り組んでいる。</p> <p>地域貢献への取組みは、中長期計画や事業計画に示されている。</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	コメント	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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>利用者を尊重した福祉サービスの実践のために、「人事評価表」の「モデル行動」や「スキルチェックシート」などに取組み、定期的に状況の把握・評価も行っている。</p> <p>また、「ヘルパーステーション さはら」として、職員が利用者に関わるときの倫理について示した、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」が作成しており、利用者を尊重した福祉サービスの提供に取り組んでいる。</p> <p>訪問介護事業では、個人の研修計画を作成しており、その中で必ず権利擁護の研修に参加している。</p>
29	② 利用者のプライバシー保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>利用者のプライバシー保護については、プライバシー保護マニュアルが作成され、スキルチェックシートなどで職員の理解を図っている。</p> <p>虐待防止など権利擁護については、虐待防止マニュアルが作成され、月1回虐待防止委員会が行われている。虐待防止委員会には、「ヘルパーステーション さはら」からも1名参加している。規程・マニュアルや委員会の内容、研修の内容などは、部署ミーティングで周知している。</p> <p>訪問事業所にも相談室があり、プライバシーを守る設備となっている。また、訪問したときにもプライバシーを守るように、マニュアルやガイドラインに沿ったサービスの提供に努めている。</p> <p>利用者・家族へのプライバシー保護と権利擁護に関する取組みは、重要事項説明書で周知している。</p> <p>不適切な事案が発生した場合の対応方法は、品質マニュアルや「苦情対応窓口の設置」において明示されている。</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	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。	<p>事業所の特性を紹介した資料としてリーフレットが作成され、相談室やクリニックの待合室に置いてある。また、ホームページでは、写真を使い分かりやすい内容となっている。</p> <p>利用希望者には、事業所へ来所された方へも、また訪問して説明する場合でも、視覚的に分かりやすいパンフレットなどを使って丁寧に説明している。</p> <p>利用者への情報提供として、重要事項説明書は必要な変更が行われ、ホームページは更新している。</p>
31	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。	<p>説明と同意及び利用者の自己決定の尊重については、重要事項説明書および居宅や訪問のケアプランに示される。また、「介護医療連携用紙」においても、本人の意向を聞き取り、明記するよう努めている。</p> <p>サービスの開始・変更時の説明は、ヘルパーステーションの「新規受入れ手順書」に基づき説明している。新人職員でも対応できるように作成されている。これに、写真などが使われているリーフレットやパンフレットも使って説明している。また、「スキルチェックシートの「説明」」に取組み、説明するためのスキルの向上に努めている。</p> <p>利用者や家族等の同意は、重要事項説明書や個別の援助計画書を作成し、文書として残している。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮についても、ヘルパーステーションの「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を活用している。</p>
32	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。	<p>重要事項説明書や「スキルチェックシートの業務フロー図」において、著しい変更や不利益がないよう配慮されている。</p> <p>他の福祉施設や事業所への移行の際は、「介護医療連携用紙」を引き継ぎ文書としても活用している。</p> <p>福祉サービスの利用が終了した方へは、利用終了後にも相談できるように、地域の相談窓口が紹介されている文書を渡している。</p>
Ⅲ－１－（３）利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	<p>利用者満足度調査は、年1回、6つの質問項目と自由記載の内容で実施され、「2022年度 ヘルパーステーションさほら 満足度調査アンケート結果報告」として毎年結果がまとめられ、報告されている。</p> <p>利用者への個別の相談面接や聴取は、利用者・家族も参加して行われるモニタリングにおいて、個別に行っている。また、利用者の満足を把握するために、地域に出向いて家族の声を聞くように努めている。</p> <p>調査結果は、事業計画策定委員会で集約・検討し、課題として挙げたものは、次年度のQMS活動として改善に取り組んでいく。</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	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>苦情解決について、重要事項説明書に明示され、仕組みを説明した文書も作成され掲示してあるが、第三者委員の設置が見られない。</p> <p>利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫は、満足度調査への取り組みである。</p> <p>日々の実践では、苦情というより意見・要望であり、口頭で報告している。但し、満足度調査の中での苦情・意見・要望については、調査結果として公表し、改善策は部署ミーティングで検討している。本人・家族への報告内容は、「ほのぼの」の中に保存されている。</p>
35	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>利用者が相談相手を選べることなどについては、重要事項説明書に示し、事業所内に掲示もしてある。また、相談室も確保している。</p>
36	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>「苦情相談対応マニュアル」が作成されている。また、「スキルチェックシート」に仕組み、適切な対応手順で対応できているかなどを確認している。</p> <p>対応マニュアルは、内部監査やMRにおいて検討され、必要な見直しが行われている。</p> <p>毎年、利用者満足度調査を実施し、利用者意見の積極的な把握に努めている。</p> <p>相談や意見への対応は、「苦情相談対応マニュアル」に基づいて対応している。実際の課題は、部署ミーティングで改善策を出し、在宅推進委員会に報告する。そこで解決策が出せない課題は、運営会議で改善策が検討され、QMS活動で課題解決に取り組んでいる。</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	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>事故発生時の対応と安全確保については、品質マニュアルの不適合サービスの管理業務フロー図や介護事故防止マニュアル等が整備されており、それを用いた研修やオンライン動画研修等にて職員に周知している。実際起こった事故に関しては、当日中にカンファレンスを行い対応を検討・後日の検証・月1回の医療介護安全対策委員会にて検討・有効性の確認と、4段階の対応を行なっている。損害賠償保険に加入しており、契約書に損害賠償について明記されている。</p>
38	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>感染対策委員会にて感染症対策を立案し、各部署での実施を指導・監督し、実施状況を評価している。年1回感染予防や安全対策の研修を開催しており、また独自に感染症に関するテストを職員各自に実施し、合格するまで行うなど、感度の高い取り組みを行なっている。事業継続計画を作成し、かつ、感染症ごとのマニュアルも整備され、閲覧しやすい環境に設置している。年2回のマネジメントレビュー前にマニュアルの見直しを行なっている。</p>
39	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している。	(a) ・ b ・ c	<p>災害別に連絡体制や避難経路等がまとめられており、事業継続計画も作成され、当地特有の災害として原子力防災マニュアルも整備されている。安否確認には、オンラインを使用した簡易確認ができる体制を整備している。防災訓練に関しては、コロナの感染状況を鑑みながら、町会長等地域の参加やデイケアと合同のみなど、安全にできる範囲での連携にて実施している。訪問事業所であり、かつ、同グループの入居施設が近くにあるため、備蓄は用具中心に揃えてあり、食料については米や味噌など最低限の備蓄にとどめている。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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	業務フロー図にサービスの規定が細かくあり、各部門が連携してサービス提供することが明記されている。重要事項説明書内にも、利用者の尊重やプライバシー保護、権利擁護に関わる姿勢が明示されている。標準的な実施方法としては、スキルチェックシートやオンライン動画研修等を通じて、一定の内容や水準を保ち、職員の質の向上につなげ、より個別の対応ができるよう研修等に取り組んでいる。
41	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 ・ c	品質マニュアルにPDCAサイクルの継続実施について明記があり、マニュアルや業務フロー図、スキルチェックシート、オンライン動画研修等を活用して評価を受け、サービス技術や質について振り返りや見直しを行う仕組みがある。年2回内部監査を実施し、利用者満足度調査の結果も含め、その後のマネジメントレビューにて報告を行なっている。
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	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。	Ⓐ ・ b ・ c	業務フロー図に福祉サービスの実施方法の規定があり、福祉サービスの実施計画策定責任者は、各部署の管理者と定めている。訪問介護のアセスメントを行い、生活全般の解決すべき課題(ニーズ)や目標について、具体的な表現で書かれており、個別性を意識した内容であることが、訪問介護計画書にて確認できた。
43	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。	Ⓐ ・ b ・ c	計画見直しについては、品質マニュアル内で、参加者や時期について定められ、実施している。利用者や家族の意向把握と同意は、担当者会議にて確認し、訪問介護計画書を作成し、実施している。また、変更したサービス計画書は、利用者と家族に内容説明を行い、交付している。モニタリングは毎月作成し、適切なサービスとなっているかを評価・見直ししている。

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	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)	記録する職員ごとに内容等の差異が生じないように、「記録の書き方」を使っての年1回の研修や部署ミーティングにて先輩職員と新人職員とで入力や表現等のスキル伝達研修、スキルチェックシートを活用した個別学習に取り組んでいる。パソコンシステムを利用し、コミュニケーションメール等での情報共有や回覧を行い、かつ、部署ミーティングや担当者会議等でも情報共有を行なっている。
45	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)	記録の管理体制は業務フロー図や品質マニュアル等で規定されており、手順書に具体的な取り扱いが記載されている。品質マニュアルに文章管理の規定があり、責任者である事務長は、各部門の個人情報取扱い責任者を指名している。記録の管理については、年1回研修を行い、個別での取り組みとして、年間通じて取り組むオンライン動画研修でも、記録に関する学習を行なっている。職員倫理規定の基本方針でも、利用者のプライバシー保護に最大限の注意を払うことが記載されており、かつ、個人情報保護マニュアルが作成され、定期的に見直しが行われ、定期的な研修も行われている。個人情報の取扱いや開示等については、契約時に利用者や家族に説明し、同意を得ている。

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「a評価」	よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b評価」	aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組の余地がある状態
「c評価」	b以上の取組みとなることを期待する状態

※ 最低基準を満たしていることを前提

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A②	① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	Ⓐ・b・c	通常の訪問介護計画だけでなく、リハビリテーション専門職とサービス提供責任者が協働してアセスメントを行い、利用者が自立した生活を送るための生活機能訓練を行う個別援助計画も作成している。居室等の配慮の例として、手すりの使い方の説明や、スリッパ着脱の際のL字型手すりの提案等を行っている。生活援助のマニュアルには、業務を行う際の注意点として、利用者と一緒に確認すること、利用者ができる事はしてもらうこと、利用者と一緒にすること等が明記されている。「鍵管理マニュアル」「金銭管理マニュアル」はあるが、現在鍵を預かっている利用者はいないし、買い物は専用のカードを使用して、利用者と一緒にレシートを確認してもらっている。ケアマネジャーへは月に一回必ず、モニタリングの報告を行うほか、気になることがあればその都度報告を行っている。
A④	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	利用者の状態によって、筆談や電子メモ等を使用してコミュニケーションをとることもある。コミュニケーションの基本は利用者の近くで顔を見ながらゆっくりと話すことだと管理者は考えている。法人の基本方針には①丁寧語の徹底「方言、私語、大声は厳禁。表情・態度も丁寧に」②あいさつの徹底「自分から笑顔ではっきりと。挨拶は相手の顔を見て。」と明記されている。「訪問介護をするにあたっての心構え」にはプライバシーの保護と守秘義務を守ること、個別性を尊重し自立の拡大を図ることが記されている。また、その中の接遇の項にはコミュニケーションの基本として、言語的テクニック、準言語的テクニック、非言語的テクニックを身につけることが重要であることが示されている。ヘルパー部門のチェックリストを年に一度は実施して接遇について確認している。チェックリスト(マニュアル)は人事評価委員会で毎年内容を検討して見直しをしている。
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・b・c	ヘルパーひとり一人の年間計画がありその中には、虐待防止、身体拘束廃止、プライバシー保護等の研修が必ず含まれている。この他年に3回「虐待の芽チェックシート」を実施して個人の振り返りとともに、集計したものを事業所内で検討して権利擁護に取り組んでいる。身体拘束廃止マニュアルには「身体拘束の廃止を決意し、実行します。」と記載され、例外的に、緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を行う場合の手順等について定められている。排泄や入浴介助時のマニュアルには、介助時の利用者の羞恥心への配慮なども定められている。養護者による虐待については、事業所内に虐待を発見した場合のフロー図の掲示があり、予防的な支援、早期発見のための取り組みについて周知している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A⑦	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	入浴の可否は血圧が160未満、体温37℃以下が目安となり、個別に医師からの指示があればそれに沿って実施している。手順書には、入浴時体温を測り、体調を聴いてから入浴すること等が記されている。安全・快適に入浴するために、移動時の安全確認、浴室・脱衣室の室温、見守りに関する配慮事項も含まれている。マニュアルには、「プライバシーに配慮し露出部分にはバスタオルやタオルをかける」と記されている。入浴を拒否する方には、無理強いせず、話題を変えたり、可能であれば次の訪問の時に入浴日を変更したりして対応している。家族へは、サービス実施記録により、毎回入浴の状況について報告し、ケアマネジャーへは毎月、訪問介護モニタリング報告書を提出するほか、何か特変事項があれば、その都度報告している。支援方法の見直しは、毎回のサービス提供記録をサービス提供責任者がチェックを行い実施している。
A⑧	② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	手順書には、利用者ひとり一人の心身の状況に合わせた排泄に関する介護方法が示されている。排泄介助マニュアルには「利用者に適した排泄方法を選んで適切に介助することが、気持ちよく日常生活を送る手助けとなります。また、自分でできる部分を増やすよう、適切な福祉用具や手すりの設置などを工夫することで、精神的な負担を軽減し、心身に張りを持たせることができます。」と記載されている。羞恥心への配慮として「できる限り不必要な露出を避ける」「戸やカーテンを閉めてプライバシーに配慮する」こと等が示されている。排泄の自立のため運動や水分摂取、排泄チェック等を行いトイレでの排泄を目指している。毎回排泄の状況はサービス記録の申し送りやメモを残す等で共有している。ケアマネジャーへは毎月、訪問介護モニタリング報告書を提出するほか、何か特変事項があれば、その都度報告している。
A⑨	③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c	トイレでの排泄にはトイレへの移動が必須となるため、手すりや杖等を使った室内移動の支援について検討している。例えば、杖移動の人の場合には生活機能向上連携加算によるリハビリテーション専門職との共同によるアセスメントを行い専門職による指導を受けて室内での安全な移動について支援を受けている。利用者の心身の状況に合わせて、杖、車いす、特殊寝台、特殊寝台付属品等多種の福祉用具を活用している。ケアマネジャーへは毎月、訪問介護モニタリング報告書を提出するほか、何か特変事項があれば、その都度報告している。支援方法の見直しは、毎回のサービス提供記録をサービス提供責任者がチェックを行い実施している。
A-3-(2) 食生活			
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・b・c	非該当
A⑪	② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c	非該当
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c	非該当

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	褥瘡の発生事例について、ヘルパーは観察し、体位交換を実施しケアマネジャー、訪看に報告し連携し取り組んでいる。「褥瘡予防マニュアル」、「スキルチェックシート」があり、また「訪問介護部内部研修」が実施されており、標準的な実施方法が確立され、職員への周知徹底が図られている。令和4年11月24日に全職員参加で研修を実施している。「褥瘡対策委員会」に職員1名が参加し、委員会の内容を他の職員へ伝達している。治癒に向けたケアの取り組みや介護支援専門員への報告・連絡は、「訪問介護モニタリング報告書」で確認できる。家族への情報提供として、サービス実施記録の写しを渡している。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
A⑭	① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a ・ b ・ c	該当なし
A-3-(5) 機能訓練・介護予防			
A⑮	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。	Ⓐ ・ b ・ c	介護予防活動などへの取り組みは、ヘルパーが利用者と一緒に洗濯物をたたんでもらったり、タンスに収納してもらうなど、日常生活動作を行いながら取り組んでいる。機能訓練は生活機能向上加算としてリハビリテーション専門職とサービス提供責任者が同行してアセスメントを行い、訪問介護計画書を作成して、両者が連携して実施している。これらの取り組みにより利用者の生活機能向上を支援している。利用者へは認知症カフェや介護予防教室のお知らせをしている。介護支援専門員への連絡・報告などは、ケース実施記録やモニタリング報告書、ケース一覧などで確認できる。
A-3-(6) 認知症ケア			
A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	訪問介護計画のアセスメントは「介護・医療連携用紙」や介護支援専門員からの情報、サービス提供責任者の訪問等で実施している。支持的・受容的な関わり・態度に関しては、「訪問介護をするにあたっての心構え」というマニュアルがあり、スキルチェックを行うことにより周知徹底を図っている。現在幻視症状のある利用者がいて、医療職と連携して観察をしている。認知症についての研修は、6月13日と9月14日に実施しているのを確認した。家族との情報共有は、サービス実施記録の写しを提供している。家族からの相談などへの対応は、ケース一覧にその内容が記録されていた。介護支援専門員への連絡・報告などは、ケース実施記録やモニタリング報告書、サービス担当者会議、ケース一覧などで確認できる。
A-3-(7) 急変時の対応			
A⑰	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	医療機関との連携体制は、「緊急時対応手順書」で体制が示されている。事業所の運営主体が医療法人であり、医療機関との連携体制は確立されている。健康状態の記録は、サービス実施記録の中にチェック項目が設けられ、必ずチェックしている。また、「訪問介護手順書」に沿ったサービス提供やスキルチェックシートの「観察・報告ができる」というチェック項目など、利用者の体調変化に早く気付くための工夫がされ、職員へ周知徹底が図られている。研修は4月18日に実施しているのを確認した。利用者に異変があった場合は介護支援専門員に連絡するとともに、緊急連絡先一覧に沿って連絡をすることになっている。

A-3-(8) 終末期の対応			
A⑱	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	今年度(4月)看取りの事例があり、訪問介護事業所と訪問看護、介護支援専門員、訪問診療の医師が協働して看取りを行った。終末期の方針と手順は、「訪問介護 緊急対応手順書」やチェックシートで明らかになっている。終末期ケアの研修は、令和5年2月27日に受講していることを確認した。この他、部署ミーティングでカンファレンス時に終末期ケア、精神的ケアの勉強を行っている。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A⑲	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	利用者の状況報告は、サービス実施報告書の提供が基本となる。この他にメモを残したり、必要があれば架電による報告も行う。また、3か月ごとのモニタリング、半年ごとのサービス担当者会議は、利用者本人の状態を伝える機会でもあり、家族の思いを聞き取る機会でもある。サービス担当者会議には、本人・家族に同席してもらっている。家族への情報提供や介護支援専門員への報告・連絡は、サービス実施記録、ケース一覧などの記録により確認できる。サービス実施記録の備考欄を使い助言や家族の心身の状況等を記載して、家族への支援連携を図っている。

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果	コメント
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
A⑳	① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	援助計画や手順書はサービス提供責任者が部署ミーティング時に職員全体へ周知している。利用者情報の共有はサービス提供記録の閲覧や業務用のSNSの使用により行っている。常勤職員のみで人数も少ないため、常に連絡は密に取りあっている。定型的な週1回部署内ミーティング、月1回月礼会の他に、必要時にはカンファレンスをその都度開催して情報の共有を行っている。介護支援専門員との連携はもとより、生活機能向上加算の算定によるリハビリテーション専門職との連携の他、訪問看護、医師、福祉用具事業者などとも連携して、外部の専門職の助言を得られるようになっている。