

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 156-0043

所在地 東京都世田谷区松原3-38-16-107

評価機関名 株式会社 にほんの福祉ネット

認証評価機関番号

機構 06 - 168

電話番号 03-3323-8368

代表者氏名 永峯 治寿

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		修了者番号
	①	佐藤ちよみ	H0305072
	②	奥村友保	H0305031
	③		
	④		
	⑤		
	⑥		
福祉サービス種別	訪問介護		
評価対象事業所名称	かんだ連雀ホームヘルプサービス	指定番号	1370101139
事業所連絡先	〒	101-0063	
	所在地	東京都千代田区神田淡路町2丁目8番1号	
	TEL	03-3252-8815	
事業所代表者氏名	武田潤一郎		
契約日	2016年 8月 24日		
利用者調査票配付日(実施日)	2016年 9月 9日		
利用者調査結果報告日	2016年 11月 24日		
自己評価の調査票配付日	2016年 9月 9日		
自己評価結果報告日	2016年 11月 23日		
訪問調査日	2016年 11月 25日		
評価合議日	2016年 12月 25日		
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	運営・現場の両分野の経験者を配置した。		

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- 機構が定める部分を公表することに同意します。
 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
 別添の理由書により、公表には同意しません。 クリア

2017年 3月 日

事業者代表者氏名 武田潤一郎

印

1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 利用者に深い共感を持つ 2) より支援を必要としている方を優先して支援する。個人及び家族のきずなを大切にする 3) 利用者が満足する質の高いサービスを提供する 4) 法人の最大の財産は人材であることから、職員の一定水準の生活を守る 5) 地域の方々に感謝する
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感性を磨き、利用者に共感でき、受容の精神を持って行える職員 ・協調性があり、チームワークを大切にできるコミュニケーション能力がある職員 ・より良いサービスを行うために常に自己研鑽に勤める向上心のある職員 <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門職としての誇り ・社会貢献の自覚 ・社会人としてのマナー

調査対象	調査時点の利用者全員を調査対象として実施した。		
調査方法	事業所職員から利用者に直接配布して頂き、回収は利用者から評価機関への郵送によった。		
利用者総数	19		
共通評価項目による調査対象者数	19		
共通評価項目による調査の有効回答者数	12		
利用者総数に対する回答者割合 (%)	63.2		

利用者調査全体のコメント

総合的には、「大変満足」が90%、「満足」が10%、合わせて100%という満足度が示された(昨年度は「大変満足」が75%、「満足」が25%、合わせて100%)。全11問中6問で回答者全員が「はい」と回答するなど、高い満足度を裏付ける結果が示された。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 安心して、サービスを受けているか	12	0	0	0
回答者全員が「はい」と回答した。				
2. ヘルパーが替わる場合も、安定的なサービスになっているか	9	3	0	0
回答者の75%が「はい」と回答した。				
3. 事業所やヘルパーは必要な情報提供・相談・助言をしているか	9	2	0	1
回答者の82%が「はい」と回答した。				

4. ヘルパーの接遇・態度は適切か	12	0	0	0
回答者全員が「はい」と回答した。				
5. 病気やけがをした際のヘルパーの対応は信頼できるか	11	0	0	1
回答者全員が「はい」と回答した。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	0	0	2
回答者全員が「はい」と回答した。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	11	0	0	1
回答者全員が「はい」と回答した。				
8. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	10	1	0	1
回答者の91%が「はい」と回答した。				
9. サービス内容や計画に関するヘルパーの説明はわかりやすいか	8	2	0	2
回答者の80%が「はい」と回答した。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	0	0	2
回答者全員が「はい」と回答した。				

11. 外部の苦情窓口(行政や第三者委員等)にも相談できることを伝えられているか	7	2	0	3
回答者の78%が「はい」と回答した。				

I サービス提供のプロセス項目(サブカテゴリ1～3、5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせがあった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ1の講評		
<p>ホームページの開設や季刊誌の配布などにより情報提供をしている</p> <p>法人では、季刊誌(しんあい)を発行、また、ホームページを開設して、事業内容を周知している。また、事業所は、特別養護老人ホームや地域密着型通所介護、居宅介護支援事業所などで構成される複合施設の一部を占めており、複合施設としてのパンフレットなどもある。パンフレットは、施設1階の地域包括支援センター横のテーブルなどにも置かれ、誰もが必要な情報を入手することができる。</p> <p>サービスを利用する可能性のある人が必要な情報を得ることができるように支援している</p> <p>事業所の情報は、区の無料配布情報誌への掲載のほか、事業所の情報公表及び第三者評価なども活用して情報を公開している。また、併設の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に対して空き情報を提供するなど、サービスを利用する可能性のある人が必要な情報を得ることができるように支援している。</p> <p>サービス提供責任者が申し込みにおける調整を行っている</p> <p>利用申込の際は、サービス提供責任者が申し込みにおける調整を行っている。そして、サービス提供が可能な場合には、介護支援専門員から利用申し込みを受領し、利用者情報を共有した上で、必要に応じて介護支援専門員と同行訪問を行い、サービス可能な範囲などの情報提供を行っている。また、地域包括支援センターが同一施設内にあるため、緊急時などの情報伝達がスムーズに行え、迅速に対応することができる環境を活かした対応をとっている。</p>		
サブカテゴリ2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー2の講評

サービスの提供方法についての基本的なルールや料金を説明している
 サービスの開始に際しては、運営規定・契約書・重要事項説明書・個人情報同意書などを用いて、サービスの提供方法についての基本的なルールや、訪問介護におけるサービス行為ごとの区分について説明し、それに際しての料金の違いなどについても説明し同意を得ている。また、サービスに関する説明の際には、利用者家族等の意向を確認し、事業所が使用している介護ソフトに入力し、訪問介護計画書に反映させている。

利用者情報を事業所が使用している介護ソフトに入力して情報を管理している
 サービス提供責任者は、居宅サービス計画や介護支援専門員からの利用申込書などをもとに、事業所が使用している介護ソフトにあるフェイスシートや、アセスメントシートに必要な情報を入力している。また、事前訪問を行い、サービス提供責任者として、具体的な援助方法を導きだし、訪問介護計画書を作成している。利用に際しては、サービス提供責任者が、訪問介護員へ同行して、利用者の不安の軽減に努めている。これらの記録は経過記録に残されている。

転居先で利用するサービスへ移行できるように相談助言を行っている
 サービス開始時には、介護支援専門員が開催するサービス担当者会議へ参加して、他の事業所と情報交換を行っている。この際に、利用者の今までの生活状況を共有し、その方らしい在宅生活が継続できるように援助している。また、転居などで、サービスが終了する時には、転居先で利用するサービスへ移行できるように相談助言を行っている。

サブカテゴリー3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	10/10
	評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(〇〇〇)	
評価		標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当	

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する必要な情報を記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー3の講評

計画の作成は、サービス提供責任者マニュアルに沿って実施している
 事業所ではサービス提供責任者マニュアルがあり、サービス提供責任者は、そのマニュアルに沿って、利用者の援助に必要な個人の状況を把握し、事業所が統一した帳票に記載している。具体的には、サービス依頼書を参考に、申し込みにおける調整を行い、サービス提供が可能な場合には、訪問調査にうかがい、利用者が、その人らしい生活が再構築できるように、現在の状況を把握し、1日の生活状況を把握して、居宅サービス計画書に沿って訪問介護計画書を作成している。

サービス担当者会議に参加し、居宅サービス計画書に沿った計画を作成している
 サービス提供責任者は、事前訪問時や介護支援専門員が開催するサービス担当者会議を通して、利用者の意向や要望を把握し、他の事業所からの意見を踏まえ、訪問介護計画書を作成している。計画を作成した際には、利用者が理解しやすいように説明し、同意を得た上で交付している。また、計画は利用者状態の変化及び認定有効期間に応じて、居宅サービス計画書の更新がされた時に、再アセスメントを行い、訪問介護計画書を更新している。これらの手順は、サービス提供責任者マニュアルで定められている。

ファイルの綴じ方を統一して情報を把握しやすくしている
 事業所では、利用者情報を介護ソフト内にて管理している。一方で、それらの情報を紙媒体でも出して、個別の利用者ファイルに綴じて管理している。利用者ファイルの、一枚目には緊急連絡先を掲示し、それ以降はフェイスシート保険者証のコピー他、アセスメント票、居宅サービス計画、訪問介護計画、経過記録、契約書などの項目を付けて識別し、その綴じ方を統一しており、誰がみてもどこに何があるのかを把握しやすくしている。また定期的に部署会議や、担当者会議を行い、利用者の状態がどのように推移しているかを把握し記録に残している。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	7/7
---	--------------------	-----------------------	------------

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、虐待が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に防止対策を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

<p>法人の姿勢を明示し、個人情報適切に管理している</p> <p>個人情報の保護に関する法人としての姿勢を、プライバシーポリシーとしてホームページ上にも掲載している。利用者一人ひとりについては、契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、提供する場合の同意書を得ている。パンフレットやホームページに利用者の写真を使用する場合は、利用者や家族に同意を得て使用している。また、援助手順書等の個人情報の記載された書類は、事務所から持ち出さないこととしている。</p> <p>区や法人の制度により日常の言動を振り返っている</p> <p>区にはオンブズパーソンの制度があり、年1回事業所を抜き打ちで訪問している。2人のオンブズパーソンが施設を見学し、職員にもインタビューするなど、検証の機会を確保している。また、職員は法人の制度により年1回自己評価を実施している。これは、30項目からなるチェックリストを検証していくもので、苦情、倫理、マナーなどの項目で日常の言動を振り返ることができる。</p> <p>虐待についてマニュアルの整備や研修の受講などにより体制を整備している</p> <p>事業所の職員の一人が区の虐待ワーキング委員を務めており、虐待防止の様々な企画に参加し、区と合同で研修を開催している。事業所では、虐待防止マニュアルを整備し、職員は区の研修や所内研修を受講している。身体的な虐待だけでなく、親にお金を渡さないなどの経済的な事例もあり、虐待を疑うケースでは区や地域包括支援センターと連携して対応を図っている。</p>

サブカテゴリ6

6	事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(〇〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリー6の講評

法人全体でマニュアルを定め、検討を重ねている

法人全体でマニュアルを策定しており、事故発生防止、緊急時対応、感染対策、服薬、褥瘡予防、身体拘束廃止などの各分野における対応手順について整備している。マニュアルの改変については委員会等に諮り、共通理解を得られるようにしている。事故や事故に至らない事例(ヒヤリハット)の発生状況や原因分析、対応策などをまとめた状況報告書は、事故防止検討委員会で毎月集計し、運営会議に報告して、事故の発生を未然に防ぐための検討を行っている。

チャレンジプランの制度により人材育成を図っている

「職員が力を発揮できてこそ、質のよいサービスができる」という理念のもと、職員一人ひとりが自分自身の事業計画にあたるチャレンジプランを作成し、育成を担当する職員が年3回の面談を通して達成状況を確認している。この制度により、研修受講を含めてキャリアアップの方向性を明確にし、人材育成とサービスの質の向上につなげている。

職員は「マイファイル」を持ち、研修等の育成記録を保管している

法人内で研修、事故防止検討、防災、感染予防など様々な委員会を設置し、事業所内でも業務会議やサービス担当者会議を開催して、一定の業務水準を確保するよう努めている。研修については、職員一人ひとりが「マイファイル」を持ち、受講した研修内容、レポート、育成担当者のコメントなどを記録して、個別の育成状況が分かる仕組みを整えている。

II サービスの実施項目(サブカテゴリー4)

		サブカテゴリー4	
サービスの実施項目		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
		17/17	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
		評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○非該当
●あり ○なし	4. 家族や関係機関、関係職員が連携をとって、支援を行っている		○非該当
評価項目1の講評			
<p>居宅サービス計画書に沿って訪問介護計画書を作成している</p> <p>サービス提供責任者は、介護支援専門員からのサービス依頼書を参考に、申し込みにおける調整を行っている。その上で、サービス提供が可能な場合には訪問調査を行い、利用者がその人らしい生活を再構築できるように、現在の状況や一日の生活状況を把握して、事業所で統一されたアセスメントシートに記入している。訪問介護計画作成時には、介護支援専門員が作成する居宅サービス計画書に沿って提供されたサービス内容を記載して、訪問介護員が提供する具体的なサービス内容を記している。</p> <p>利用者の特性に合わせて話し方の工夫をしている</p> <p>サービス提供責任者は、事前訪問やサービス担当者会議などで、利用者の情報を共有している。加齢などによりコミュニケーションに支障がある場合には、その旨をフェイスシートや具体的なサービス内容に記載し、訪問介護員がその方に合わせて、聞こえが良い方向から話しかけたり、筆談を行ったり、ゆっくり説明を行ったりするなど、特性に応じた支援ができるようにしている。また、定期的に部署会議を開催し、訪問介護員同士が情報交換をできる機会を設けている。</p> <p>利用者の状態の変化を把握し、その内容を介護支援専門員へ報告している</p> <p>サービス提供責任者は、訪問介護計画書を作成した際には、利用者等に説明し同意を得て交付している。担当の介護支援専門員にも訪問介護計画書を渡して、具体的なサービス内容について伝えている。また、毎月モニタリングを行って、利用者の状態の変化を把握し、その内容を介護支援専門員へ報告している。これらの支援内容は、経過記録や部署会議などを見ることで確認できる。</p>			
2 評価項目2 サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなっている			
		評点(〇〇〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 訪問介護員に対し、利用者や家族への接遇・マナーを徹底している		○非該当
●あり ○なし	2. 訪問した際、利用者の状態や環境に変化がないか確認をし、必要に応じて関係機関と連携をとるなどの対応をしている		○非該当
●あり ○なし	3. 利用者から援助内容に関して新たな要望や変更があった場合の対応方法を明確にしている		○非該当
●あり ○なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている		○非該当
●あり ○なし	5. 金銭の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○非該当
●あり ○なし	6. 鍵の扱いに関して、事業者として基本的な方針を明確にしている		○非該当

評価項目2の講評

接遇マニュアルを作成して、研修などで指導している

事業所には、訪問介護員が利用者や家族に対して、安心かつ快適なサービス提供をできるように接遇マニュアルを作成して、研修などで指導している。また、事業所では、利用者をチームで援助しており、訪問介護員同士が注意し合える環境にある。さらに、サービス提供責任者は、職員に同行訪問(OJT)を行い、接遇やマナーについても指導している。

利用者の健康状態の変化に応じた援助を行っている

訪問介護員は、訪問時に挨拶し体調を把握して、前回の訪問から今回の訪問までの利用者の健康状態の変化について確認している。この時に異常がある時には、サービス提供責任者に報告するなどして指示を仰いでいる。また、サービス提供責任者は、事前に利用者等に、新たな要望などがある時には事業所に伝えるように説明しており、訪問介護員がサービス提供中にそのような要望を受けた時は、緊急事態以外は自らの判断で行動せず、サービス提供責任者に報告する旨を説明している。

利用者等と面談を行い、緊急事態を想定して、連絡方法を確認している

サービス提供責任者は、事前訪問時に利用者等と面談を行い、緊急事態を想定して連絡方法を確認している。事業所の利用者ファイルの冒頭には、利用者の緊急連絡先を明記し、緊急事態に備えている。また、緊急時対応表を作成し、利用者を担当している介護支援専門員や主治医、家族の連絡先を明記して、迅速に連絡できるようにしている。そのほか、利用者によっては、援助手順書の中で具体的な例をあげて個別の対応方法を明記し、訪問介護員が困らないように指示を出している。

3 評価項目3

安定的で継続的なサービスを提供している

評点(〇〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 訪問介護員のコーディネートは利用者の特性やサービスの内容などを配慮して行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 訪問介護員が訪問できなくなった場合に代替要員を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 訪問介護員が変更になる場合、利用者に事前に連絡をいれている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 訪問介護員が替わるときには前任者が同行するなど、引継ぎをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 訪問介護員の変更後、利用者には負担がないか確認をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

利用者の状況及びサービス内容と、訪問介護員の希望を踏まえて検討している

サービス提供責任者は、利用者に訪問介護員をコーディネートする場合には、利用者の状況及びサービス内容と、訪問介護員の希望を踏まえて派遣する訪問介護員を決定している。また、利用者のサービスにあたっては、一人の利用者に複数で支援にあたるチーム制を組んでおり、その日にうかがう予定の訪問介護員が訪問できない場合でも、他の訪問介護員が代替えとしてサービスに入ることが可能となっており、その場合には、利用者に連絡して、誰が行くかを伝え了解を得ている。

チーム体制をとり誰もが援助に入れるようにしている

利用者に新しい訪問介護員をコーディネートする際には、サービス提供責任者か、チームを組んでいるメンバーが、同行してOJTを行い、利用者に負担をかけることがないようにしている。同行訪問は、1回とは限っておらず、利用者の状況を見ながら、新たな訪問介護員が適切に援助ができることを見極めてから一人の訪問としている。このような仕組みは、安定的なサービスの提供、職員の不安の軽減の両面に功を奏している。

毎月モニタリングを行い利用者の状況を把握している

サービス提供責任者やチームリーダーは、毎月利用者宅を訪問してモニタリングを行い、利用者の状況を把握している。この時に、訪問介護員の変更に伴い、利用者の生活の変化や利用者への負担が生じていないかを把握している、そして、介護支援専門員にも、訪問介護員変更に際しての現在の状況を報告している。

4 評価項目4 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の介護保険サービス、介護保険外サービスについての情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の生活情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目4の講評		
<p>利用者に必要な地域の情報を提供している</p> <p>事業所は、特別養護老人ホームや地域密着型通所介護、訪問介護事業所などで構成される複合施設の一角を占めており、地域包括支援センターがある施設一階は、地域情報の発信の場所となっており、介護保険情報はもちろん、地域で開催されるお祭りなどの情報もある。また、法人では、季刊誌(しんあい)を発行しており、訪問介護員は季刊誌を配布したり、利用者が必要としているパンフレットなどを持参して、利用者に必要な地域の情報を提供している。</p> <p>地域の出来事を利用者と共有し、利用者の意欲の向上に向けた支援を行っている</p> <p>利用者は、もともとこの地域で生活されている方が多く、地域の情報を訪問介護員よりも多く持っている場合もある。そんな時には、利用者が発する地域の生活情報に耳を傾け、利用者がお祭りやイベントに参加できるように支援したり、励ましたりしている。そして、それらの行事に参加した後は、利用者から報告を受けて、参加できたことを共に喜び、利用者の意欲の向上に向けた支援を行っている。</p>		

Ⅲ 利用者保護に関する項目

利用者保護に関する項目		標準項目実施状況	6/6
1	<p>評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)</p>	評点(〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている	○非該当	
●あり ○なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる	○非該当	
評価項目1の講評			
<p>サービスの利用開始時に苦情の相談先を説明している 契約書、重要事項説明書に苦情対応についての項目を設け、事務所や職員以外にも苦情の相談や訴えができることを説明している。また、ホームページ内でも苦情や意見の受付案内を掲載し、事業所内には意見箱を設置して、気軽に苦情や意見を言える環境を整えている。</p> <p>苦情解決システムを整備し、解決にあたっている 法人苦情対応規程に基づき、寄せられた苦情や意見に対応している。様々な視点から把握するためオンブズパーソンや第三者委員など「地域の目」を積極的に受け入れている。収集した要望や苦情は、月1回施設運営会議や年1回法人共通の自己サービス評価を通してサービス向上に役立てている。</p>			
2	<p>評価項目2 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる</p>	評点(〇〇〇〇)	
評価	標準項目		
●あり ○なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○非該当	
●あり ○なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○非該当	
●あり ○なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○非該当	
●あり ○なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○非該当	
評価項目2の講評			
<p>関係機関と連携し、情報は介護現場に反映できるようにしている 区や保健所、地域包括支援センターと連携が取れており、事故や感染症など注意喚起情報が提供された場合は、事務所で周知徹底し予防に努めている。法人の基本方針の一つである「常に防災を心がけ火を出さない」を念頭に、複合施設全体で防災訓練を実施し災害時に備えている。</p> <p>事故防止に関して、マニュアルや委員会を整備している 複合施設全体で事故防止検討委員会、防災委員会、安全衛生委員会がそれぞれ役割を推進し、災害・事故対応をマニュアル化し実践している。事故が発生した場合は法人本部や区に報告し、リスクマネジメント委員会や事故防止検討委員会で検証している。検証結果は研修等を通じて再発防止につなげる仕組みを整えている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-3-3	利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している
タイトル①	利用者情報の一元的な管理、活用・共有のための仕組みを確立している	
内容①	<p>利用者の情報は、介護ソフトによる管理を基本としつつ、必要に応じて紙媒体としても利用し、個別の利用者ファイルに綴じて管理している。利用者ファイルの一枚目には緊急連絡先を掲示し、それ以降はフェイスシート、保険者証のコピー、アセスメント票、居宅サービス計画、訪問介護計画、経過記録、契約書などの項目を付けて識別し、綴じ方を統一しており、誰がみてもどこに何があるのか把握しやすくしている。また、部署会議や担当者会議を定期的開催し、利用者の状態がどのように推移しているかを把握し記録に残している。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み②		
評価項目	6-4-3	安定的で継続的なサービスを提供している
タイトル②	緊急時を想定した緊急時対応表を作成している	
内容②	<p>サービス提供責任者は、事前訪問時に利用者等と面談を行い、緊急事態を想定して連絡方法を確認している。事業所の利用者ファイルの冒頭には利用者の緊急連絡先を明記し、緊急事態に備えている。また、事業所として緊急時対応表を作成しており、利用者を担当する介護支援専門員、主治医、家族などの連絡先を明記して、敏速に連絡ができるようにしている。加えて、利用者によっては、援助手順書の中で、具体的な例を挙げて個別の対応方法を明記して、訪問介護員が困らないように指示を出している。</p>	

事業者が特に力を入れている取り組み③		
評価項目		
タイトル③		
内容③		

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	チーム制による支援、丁寧なOJTが、安全・安心な支援につながっている
	内容	利用者の状況及びサービス内容と訪問介護員の希望を踏まえて、派遣する訪問介護員を決定している。サービスの提供に際しては、一人の利用者に対して複数で支援にあたるチーム制を組んでおり、その日に訪問する予定の訪問介護員が行けない場合も、他の訪問介護員が代替要員としてサービスに入ることが可能である。また、新任の訪問介護員に対しては、丁寧なOJTを行い、利用者には負担をかけることがないようにしている。このような仕組みが、支援を受ける利用者にとってはもちろん、支援にあたる職員にとっても、不安の軽減につながっている。
2	タイトル	利用者が地域の中で在宅生活を維持・向上できるように支援している
	内容	事業所は、特養、通所介護、居宅介護支援、地域包括支援センターなどからなる複合施設の一角を占めており、地域包括支援センターがある一階は、地域情報の発信の場所となっている。介護保険情報はもちろん、地域で開催されるお祭りなどの情報もある。また、訪問介護の利用者は、もともとこの地域で生活してきた方が多く、地域の情報を訪問介護員よりも多く持っており、様々なことを教えてくれる。そこで、利用者が参加したお祭りやイベントの情報をうかがい、参加できたことを共に喜び、利用者の意欲の向上に向けた支援を行っている。
3	タイトル	共通認識に基づく運営を行う仕組みを確立している
	内容	訪問介護および定期巡回・随時対応型訪問介護看護の2部門による合同会議を開催し、共通認識に基づく運営を図っている。登録利用者や利用者状況の確認といった支援状況の理解に加え、事業計画や報告体制の確認など、事業所として目指すべき重点目標などを認識した上で、一人ひとりの取り組みが、個人プレーではなく、組織的なものとなるよう図っている。こうした取り組みが、チームアプローチを下支えしている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	コミュニケーション能力や観察力の向上を通して手順書の更新につなげていく
	内容	訪問介護計画書のほかに、訪問介護員が提供する援助の具体的な介護技術を記した手順書がある。チームメンバーは、その手順書に沿って援助を行っている。チームリーダー等は、定期的にモニタリングを実施し、援助の手順について振り返りを行い、必要に応じて手順書を見直している。手順書の変更については、訪問介護員も一翼を担っている。従って、利用者によって手順書の更新漏れが生じないよう、サービス提供責任者は、引き続き、訪問介護員のコミュニケーション能力や観察力の向上に力を入れていくことを課題としている。
2	タイトル	利用者ファイルの蓄積された情報を整理し、訪問介護員等が一層情報を得やすくしていく
	内容	利用者の情報は、介護ソフトによる管理を基本としつつ、必要に応じて紙媒体としても利用し、個別の利用者ファイルに綴じて管理している。利用者ファイルの一枚目には緊急連絡先を掲示し、緊急事態に備えている。また、何が入っているのか分かるように項目立てを行い識別している。ただ、長期にわたる支援により帳票が増え、情報処理に時間がかかる面も出てきた。今後は、サービス提供責任者は、利用者ファイルを整理して、訪問介護員が必要な情報をすぐに得られるように工夫していくことを課題としている。
3	タイトル	学びに対する高い意欲に応えていく
	内容	今年度は、年間7回の内部研修を計画し、必要な知識や技能の習得、専門性の向上を図ってきた。組織としては、定期的な研修の実施により底上げを図っていく必要性を認識している。職員の側にも、様々なテーマに関する学びに対する高い意欲がうかがえる。一人ひとりの意欲に応え、また、組織として全体の質の向上を図っていくためにも、学びの機会を意識的に設定していくことを課題としている。