

## 評価結果表（訪問介護）

### I 福祉サービスの基本方針と組織

#### I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	<p>理念、基本方針が明文化され、ホームページや事業所ファイルに記載されています。利用者、家族には訪問介護契約時に事業所ファイルに入れて渡しています。</p> <p>職員には毎年4月の全体研修会で理念、基本方針について説明し周知されています。理念、基本方針について、事業計画書又は重要事項説明書に記載して利用者、家族に分かりやすく説明することが期待されます。</p>	

#### I-2 経営状況の把握

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	評価
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
評価コメント	<p>管理者会議でそれぞれの職種から情報を集めて把握し、地域の動向や福祉サービスのニーズの分析をおこなっています。2か月に1回、利用者延人数を出してコスト分析などおこなっています。</p> <p>市と福祉計画について協議し、有識者を交えてこの地域における福祉を今後どう展開いくかを検討する法人の「未来構想プロジェクト」として活動を1年前から始めて、新たな福祉サービス、定期巡回訪問介護や小規模多機能居宅介護施設の展開を来年度からおこないます。</p>	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		a
評価コメント	<p>理事会に経営状況を報告して共有しています。管理者会議の中で毎月、定期ミーティングをおこない利用者の稼働率などについて報告し職員に周知しています。経営課題については、業務負担の軽減や時間外労働の削減に取り組んでいます。</p> <p>利用者の看取りをどのように対応するか、を課題として、具体的に定期巡回訪問介護や小規模多機能型居宅介護事業の実施を計画するなど、法人としての経営課題を明確にして取り組んでいます。</p>	

### I-3 事業計画の策定

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	評価
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
評価コメント	市の介護保険事業計画に合わせて事業所の中・長期計画が策定され、職員には全体管理者会議での説明を通じて周知がおこなわれています。今年、「未来構想プロジェクト」での検討を反映した目標（ビジョン）を達成するために令和7年度、令和8年度の事業計画を変更しています。なお、法人の統括部長と管理者が見直しと評価をおこない、事業計画を変更しています。	

5	I-3-(1)-②	評価
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
評価コメント	単年度の事業計画は、「質の高いサービスの提供」「専門性向上の研修会の開催や参加」「訪問介護サービス利用者の増加」を計画し、中・長期計画の内容を反映した計画になっています。単年度計画は、単なる行動計画ではなく、前年度の利用者の実績をもとに実行可能な数値目標や具体的な成果や目標が設定された研修が示され実施状況の評価が可能なものとなっています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

6	I-3-(2)-①	評価
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
評価コメント	事業計画は、定期ミーティングで職員の意見を反映して、統括部長、管理者が策定しています。前年度の実績を評価し十分に反映して策定しています。職員には資料として渡し、職員全体会で説明をおこない回覧しています。中間期に目標の途中経過の評価をおこない、職員の意見を聴き、地域の動向や利用者の地域ニーズ等の変化に対応した見直しをおこなっています。	

7	I-3-(2)-②	評価
事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。		b
評価コメント	サービス付き高齢者向け住宅の訪問介護利用家族には、事業計画の説明や資料の配布はおこなっていません。利用者、家族から個別に聞いて来られる方には説明をおこなっています。令和7年度から懇談会を通じて事業計画の説明や資料を作成し配布を期待します。	

## I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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	評価
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
評価コメント	<p>定期ミーティングやケース会議でサービス内容の検討をおこなっています。感染対策と事故防止や身体拘束の各委員会でサービスの課題について検討し改善をおこなっています。</p> <p>福祉サービスの質の向上に組織的にPDCAサイクル（計画・実行・評価・見直し）が十分に活用されていません。今後、組織的な評価の方法として、第三者評価基準にもとづく自己評価を活用し福祉サービスの質の向上を期待します。</p>	

9	I-4-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	<p>定期ミーティングでケース会議をおこない職員で話し合い結果を回覧で共有をおこなっています。リスクマネジメント委員会ではリスク管理をおこない小さい問題が大きくなるためにヒヤリハット報告の検証をおこなっています。</p> <p>明確になった課題については、職員の参画のもと話し合いをおこない改善策や改善計画の策定がおこなわれています。職員からの課題について、記録のソフトを取り入れて、仕事の細分化を図ることなど生産性向上の取り組みを期待します。</p>	

## II 組織の運営管理

### II-1 管理者の責任とリーダーシップ

II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。

10	II-1-(1)-①	評価
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
評価コメント	<p>管理者は自らの役割と責任について業務分掌に文書化されています。業務分掌は事務所に置かれていつでも見られるようにしてあります。</p> <p>権限委任については、BCP計画に災害時の役割は明文化されていますが、事故等における管理者の役割については明文化されていません。平常時、事故など管理者の役割と責任について明文化されることを期待します。</p>	

11	Ⅱ-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	管理者は、県、市が主催する研修会に参加しています。職員は、定期ミーティングで報告を聴き復命書を回覧し内容を確認しています。法人内部で法令遵守に関する研修を不定期におこなっています。来年度から法人内部研修計画に入れて取り組むことになっています。法人として法令遵守規程が整備され統括部長が担当しています。	

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	評価
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
評価コメント	事業計画は、管理者が案を作り職員にヒヤリングをして策定されています。その後、管理者会議で報告をおこない、次年度に向けた取り組みをおこなっています。福祉サービスの質の向上の委員会はありませんが、職員の質の向上のための研修会を年6回開催し管理者も参加しています。管理者は来年度から研修会の講師を行い、職員の教育・研修の充実を図り、福祉サービスの質の向上に向けた指導力を一層発揮されることを期待します。	

13	Ⅱ-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	管理者は、経営改善や業務の実効性を高める会議や委員会を統括部長と一緒にリードし、人事等は職員に随時面談をおこない、体調や病気を聞いて調整しています。また、予算案も稼働率などを確認して作成し、情報通信技術（ICT情報）のソフトを活用して業務の効果化を図っています。なお、理事会への参加、報告は統括部長がおこない、その結果は、職員全体研修会で管理者や職員などに報告されます。職員全体で効果的な事業運営の実施を期待します。	

## Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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	評価
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
評価コメント	新たな事業、「未来構想プロジェクト」の実施に備えて事前に余裕を持った人材確保をおこなっています。施設と在宅の利用者数を明確にし、介護ソフトを活用して必要な人材、人員を検討し採用しています。研修は経験年数に応じた取り組みを行い、「未来構想プロジェクト」で職員は事業所の将来が描けるようにするなど、人材確保・定着に向けた年間計画を策定しています。	

15	Ⅱ-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		a
評価コメント	<p>理念や基本方針にもとづき、期待する職員像などは管理職、介護職の標準職務基準表により示されています。採用、昇進、昇格等に関する基準が明確に定められて管理者、職員に周知されています。入職時に説明し事務所に置かれいつでも見られるようになっていきます。</p> <p>処遇改善加算の計画を作成し、職員の処遇水準については、最低賃金が変わるたびに職員の時間数と比べて確認をしています。全職員に夢を書いてもらい評価・分析して実現する「未来構想プロジェクト」が出来、法人の将来の計画が策定されています。</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	評価
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
評価コメント	<p>管理者は職員面談を行い就業状況や意向の確認を随時おこなっています。労務管理については、今年4月から施行された育児・介護休業法を職員に説明し、総務主任が対応しています。休暇取得、時間外労働の状況は個人ごとにデータで確認し、業務量の多い職員は他の職員に移行し業務量を調整しています。</p> <p>女性職員が多くハラスメントの受付窓口は別に設置しています。アニバーサリー休暇「記念日休暇」を設けて、令和7年4月より休日日数12日と「記念日休暇」1日を含めて年間13日が増加予定です。</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	Ⅱ-2-(3)-①	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		b
評価コメント	<p>職員一人ひとりの自己目標は事業計画にもとづいて、目標項目、目標水準、目標期間など明確に設定され、管理者はその自己目標を確認しながら途中面談を行ない助言や進捗状況を確認しています。</p> <p>年度末に振り返りを行い、目標が達成されたか評価し、次年度の目標設定の確認がおこなわれています。</p>	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
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
評価コメント	<p>年間研修計画にもとづき法人内・外の研修が実施されています。職員の経験年数により研修内容やカリキュラムが設定されています。</p> <p>基本方針に職員の目指す目標が掲げられ、研修が開催できなかった場合は、日程を調整して計画どおりに実施しています。来年度は見直しをおこない年間10回開催し、研修は義務づけられた法定研修と望ましい研修に分けて実施予定です。</p>	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		b
評価コメント	<p>研修を計画的に実施し研修の記録、復命書、資料など整備されています。外部研修は、回覧をして情報提供を行ない、職員の希望と管理者の希望を伝えて参加しています。研修は一人ひとりの目標があり、知識や技術に応じた研修計画を作成しています。</p> <p>2年目、中堅、リーダークラスに合わせた階層別研修は実施していますが、習熟度の把握については出来ていません。今後、標準職務基準表に合わせた、より深めた研修計画の策定を期待します。</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	評価
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。		非該当
評価コメント	<p>これまで訪問介護事業では実習生の受け入れがなく非該当になります。</p>	

## Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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	評価
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。		b
評価コメント	<p>ホームページに理念、基本方針、決算報告がありワムネットには、予算、決算情報、活動報告が公表されています。</p> <p>苦情については、理事会、運営推進会議、運営懇談会で報告しています。職員には意見や苦情があった場合、報告書に記載して回覧をしています。</p> <p>利用者や地域の自治会には事業計画の「未来構想プロジェクト」の説明をおこない、広報誌も回覧して情報を公開しています。</p>	

22	Ⅱ-3-(1)-②	評価
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
評価コメント	<p>事業所の事務、経理など業務分掌で権限と責任が明確にされて職員に周知されています。内部監査では、事務、経理について、法人監事の税理士から随時、勘定科目や非課税などについて助言をもらい、決算時にも確認しています。法人監事の社会保険労務士から就業規則を確認して見直しをおこなっています。今後、必要に応じて外部の専門家による監査支援を期待します。</p>	

## II-4 地域との交流、地域貢献

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	評価
利用者との交流を広げるための取組を行っている。		a
評価コメント	法人でオレンジカフェや健康教室、多目的室の開放、グランドゴルフの場所の提供を行い地域との交流の場を設けています。地域の道路の草刈りを行い地域貢献をおこなっています。事業所の玄関に広報誌や市のコミュニティーバスが事業所に乗り入れすることになり、時刻表を置いて情報提供しています。法人全体として地域貢献活動を積極的におこなっています。	

24	II-4-(1)-②	評価
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。		非該当
評価コメント	ボランティア活動として受け入れた実績はなく非該当になります。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	評価
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
評価コメント	訪問介護事業所として、居宅介護支援事業所や介護事業所、地域包括支援センターなど関係機関の一覧表を作成して連携をおこなっています。統括部長は市内の社会福祉法人の会議や全国の介護支援専門員学会、介護事業所連盟など関係機関、団体の連携会議に参加して、管理者会議や復命書で報告し情報共有をおこなっています。	

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	評価
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
評価コメント	日南市の介護保険計画にもとづき、主要な地域の連携会議に参加して、「地域で不足しているサービスがある」「要支援者の受け入れが出来ない」「学生の学習する場がない」「子どもから高齢者までの相談するところがない」など福祉ニーズを把握しています。自治会に加入して、地区の環境整備に利用者として参加しています。施設のグランドを保育園児や高齢者にグランドゴルフの場所など提供し、施設のスペースを活用してオレンジカフェ、健康教室を開催し地域住民と交流に取り組んでいます。	

27	Ⅱ-4-(3)-②	評価
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
評価コメント	地域の福祉ニーズを把握して、行政と話し合いをおこない、法人として新しく小規模多機能居宅介護事業所を立ち上げて事業計画を作成しています。法人として地域の防災拠点としてドクターヘリポートや避難所の開設を市の危機管理室と協議をおこない、「未来構想プロジェクト」として推進しています。災害が発生した場合、利用者、職員、地域住民の非常食も備えています。グラウンドの開放、オレンジカフェの開催、多目的スペースの活用など地域貢献活動に積極的に取り組んでいます。	

### 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

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	評価
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
評価コメント	訪問介護事業の理念には「常に利用者の立場に立ち、個々のニーズに応じた適切で質の高いサービスを提供します」と記載され利用者を尊重した福祉サービスの姿勢が明記されています。毎年、虐待防止と身体拘束の指針の研修会や身体拘束・虐待防止委員会で話し合いがおこなわれています。倫理綱領や規程等の策定はありません。今後、倫理綱領や規程等を策定し利用者の尊重や基本的人権への配慮をテーマにした研修会や勉強会の取り組みを期待します。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	運営規程では、「その他運営についての留意事項」の中で、「利用者又は家族の秘密を保持する」「従業者でなくなった後においても秘密を保持する・・・」と記載があり利用者、家族には重要事項説明書で説明しています。プライバシー保護について、言葉かけやスピーチロックなど研修を実施しています。プライバシー保護規程やマニュアルはありません。今後、プライバシー保護や入浴、排泄時など生活場面におけるプライバシー保護規程やマニュアルの作成と職員へ周知の取り組みを期待します。	

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	評価
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。		C
評価コメント	市の窓口やハートフルセンターに広報誌などその時々発行したものを置いて情報提供をおこなっています。広報誌などは、写真や絵など使用して分かりやすい内容となっています。 訪問介護など個別の事業内容について説明をまとめたパンフレットが作成されていないので、今後、公共施設などへの配置や事業所見学、入居希望者へ紹介する分かりやすいパンフレットの作成を望みます。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	訪問介護事業所の契約書、重要事項説明書でわかりやすく説明し、同意を得て交付しています。 利用者からの訪問時間や曜日の変更については、介護計画書で説明し、利用者、家族を含む担当者会議でも説明をおこなっています。必要に応じ、契約書、重要事項説明書の見直しを行ない内容の変更をおこなっています。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
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
評価コメント	引き継ぎについては、情報提供として基本情報や計画書でおこなっています。書面を作成することはありません。福祉サービスが終了した時、介護支援専門員を通じて、その後の利用者、家族の対応は管理者が担当するとは明記していませんが利用者、家族が不利益にならないように、重要事項説明書を渡して不利益にならないように対応しています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
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
評価コメント	利用者満足を把握する取り組みとして、サービス付き高齢者向け住宅の利用者に年1回以上アンケートを実施し、訪問介護事業について意見等が書かれていた時、管理者、職員で話し合い対応しています。 訪問介護の時、利用者から聞いた意見等については経過記録に記載しています。サービス付き高齢者向け住宅で訪問介護利用者にはアンケートを実施していますが、在宅の利用者には実施していません。在宅の利用者にもアンケートを実施して福祉サービスの質の上昇の取り組みを期待します。	

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	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		b
評価コメント	「クレーム『苦情』基本対応マニュアル」を作成し、苦情解決の体制は整備されています。実際に苦情を申し出た利用者には、対応結果を報告していますが、苦情内容、対応策等の公開はおこなわれていません。また、第三者委員も設置されておりますが、苦情が頻繁にないため有効活用ができていません。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物の掲示や、資料を配布・説明して、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を期待します。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
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
評価コメント	重要事項説明書に相談・苦情の窓口を明記し、サービス開始時に利用者等に説明をしています。サービス提供時に直接相談や意見を聴取したり、利用者アンケートを実施しています。更なるサービスの向上のためにサービスを受ける側の立場も考慮し、利用者等に意見を述べやすい環境を組織として整備して周知することを期待します。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
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
評価コメント	利用者から聞き取った相談や意見については、管理者に報告し、内容によって訪問介護事業単体で検討したり、広く法人全体で検討したりして、組織的かつ迅速に対応されています。更に苦情解決等の仕組みを効果的にするために対応マニュアルの定期的な見直しの検討を期待します。	

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	評価
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
評価コメント	リスクマネジメント委員会を設置して毎月会議を実施しています。事故報告・ヒヤリハット報告の件数も多くない状況です。ヒヤリハットの事例収集や分析を行うことで事故につながらないよう、サービスの質の向上につながるよう取り組まれることを期待します。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
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
評価コメント	「感染症の予防及びまん延防止のための指針」「感染予防マニュアル」を作成し、定期的に感染委員会を開催しています。時期によって、利用者等に感染状況のお知らせをして予防に努めています。また、新型コロナウイルス感染症流行時には、外部専門職によるゾーニング等の研修を実施しています。	

39	Ⅲ-1-(5)-③	評価
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行っている。		b
評価コメント	同法人のサービス付き高齢者向け住宅で避難訓練をしたり、安否確認の連絡網を整備したりしています。BCP策定や備蓄品の整備は法人全体でされており、訪問介護事業所単体ではおこなっていません。訪問介護事業所として地域の利用者や職員の安全確保を図るため、事前に災害が予測される場合に想定される対策について、具体的に検討しておくことを期待します。	

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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	評価
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
評価コメント	標準的な実施方法については文書化されており、入職時に説明をしています。その後は、口頭での説明や訪問介護計画書に詳しく実施方法が記載されているため、標準的な実施方法の文書については、活用が少なくなっています。標準化は職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし一定の水準、内容を常に実現することを目指すものであり、組織として定期的に確認したり見直す機会を設けることを期待します。	

41	Ⅲ-2-(1)-②	評価
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
評価コメント	訪問介護計画書により利用者には提供されている実施方法を見直すことは随時おこなわれていますが、標準的な実施方法そのものを検証し見直す機会は持たれていません。基本的な部分の共通認識を職員が持ち、更なる利用者へのサービスを向上していくために職員や利用者等の意見も取り入れて組織的に見直していくことを期待します。	

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	評価
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
評価コメント	管理者が中心となって介護支援専門員からの情報提供や利用者等からの意向の聞き取り等をアセスメントして訪問介護計画書を作成しています。作成後に利用者等からの同意を得てサービスを開始しています。	

43	Ⅲ-2-(2)-②	評価
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
評価コメント	定期的の実施記録や課題整理総括表等よりモニタリングし、ケース会議を実施して組織的に見直しをしています。変更した計画書の職員への周知方法については、確認印をもらったり、月末ミーティングで再度説明したりしています。	

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	評価
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
評価コメント	サービス提供後にパソコンにて実施記録を作成して管理者に提出しています。記録様式は、チェックボックス形式にしたり、最低限必要な特記事項は自由に記載してもらっています。記載方法は、その都度管理者が助言したり、毎月のミーティングで話題にあげたりして記録の統一化を図っています。	

45	Ⅲ-2-(3)-②	評価
利用者に関する記録の管理体制が確立している。		b
評価コメント	個人情報保護規程を作成し、職員には入職時に説明し、年1回、年度初めに再度研修を実施しています。利用者等には、契約書や重要事項説明書にて説明し、同意を得ています。	

## A-1 生活支援の基本と権利擁護

### A-1-(1) 生活支援の基本

A②	A-1-(1)-①	評価
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
評価コメント	介護支援専門員が立案した居宅介護サービス計画書を受けて、自立支援を念頭に訪問介護計画書を作成しています。利用者の希望や意向に沿いながらサービスを提供し、声かけを工夫したり、環境を整備したりして、利用者自身でできるところは取り組んでもらっています。	

A④	A-1-(1)-②	評価
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
評価コメント	サービス提供時や担当者会議等で利用者の思いや希望の聞き取りを行い、支援の方法をミーティング等で検討し、利用者一人ひとりに適切な関わりとなるよう個別支援に取り組まれています。 目や耳に不自由がある利用者とのコミュニケーションについては、本人の希望を聞いて筆談等を取り入れるなどそれぞれの利用者にあった方法で対応しています。また、利用者の尊厳を尊重した取り組みとして、身体拘束委員会で言葉遣いや接遇の研修を実施しています。	

### A-1-(2) 権利擁護

A⑤	A-1-(2)-①	評価
利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。		b
評価コメント	身体拘束をするケースはありませんが、「身体拘束（防止）マニュアル」「身体拘束適正化のための指針」「虐待防止のための指針」を作成し、身体拘束・虐待防止委員会を設置しています。権利侵害が発生した場合には、法人全体で再発防止に取り組む仕組みができています。	

### A-3 生活支援

#### A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A⑦	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		a
評価コメント	訪問介護計画書に入浴方法や手順等を具体的に記載して、統一したサービスが提供できるようにしています。バイタルを測り、利用者の意向も確認し、安全面に配慮して入浴支援を実施しています。健康状態によっては、清拭や足浴、更衣のみの支援に変更することも検討して計画書に載せています。	

A⑧	A-3-(1)-②	評価
排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	訪問介護計画書に排泄方法や手順等を具体的に記載して、統一したサービスが提供できるようにしています。排泄の手順が一目でわかるようにトイレにラミネート加工して掲示することもあります。また、トイレの段差解消や手すりの設置など利用者それぞれの排泄環境に即した意見を介護支援専門員や家族等に助言もしています。	

A⑨	A-3-(1)-③	評価
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
評価コメント	訪問介護計画書に移動方法や手順等を具体的に記載して、統一したサービスが提供できるようにしています。 利用者それぞれの移動の状況に応じて福祉用具の提案をしたり、掃除の際に移動の導線を考え環境整備したりして安心安全に移動できるように配慮しています。	

#### A-3-(2) 食生活

A⑩	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		b
評価コメント	事業所の方針で食事の調理は提供していませんが、台所の掃除をしたり、冷蔵庫の中を確認したりして、衛生面や安全面に配慮しています。その際に懸念される状態が見受けられたら、介護支援専門員や家族等に情報提供しています。	

A⑪	A-3-(2)-②	評価
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。		b
評価コメント	訪問介護計画書に食事方法や手順等を具体的に記載して、統一したサービスが提供できるようにしています。 状態変化時には食事形態の検討を行い、安全に摂取できるように取り組んでいます。食事時の事故発生については、研修を実施して緊急時も迅速に対応できるように取り組んでいます。	

A⑫	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		b
評価コメント	訪問介護計画書に口腔ケアの方法や手順等を具体的に記載して、統一したサービスが提供できるようにしています。 計画書に記載されていない利用者に対しては、状況確認が難しい部分がありますが、アセスメント時に聞き取りを行い、介護支援専門員や家族等に情報提供しています。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A⑬	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		b
評価コメント	主治医や訪問看護、法人内の看護師の指示や意見、処置方法の助言を受けながら対応しています。福祉用具の活用や利用者の体位変換の工夫などを行いながら褥瘡予防や褥瘡状況の観察などを行っています。 褥瘡の状況については、担当の介護支援専門員にも適宜伝えており、関係事業所等と連携、協力して支援に取り組んでいます。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A⑭	A-3-(4)-①	評価
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、取り組んでいる。		非該当
評価コメント	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養は実施していません。	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

A⑮	A-3-(5)-①	評価
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
評価コメント	訪問介護計画書に記載してある項目（掃除や洗濯など）は利用者ができることは、なるべく利用者本人にしてもらって、身体能力の維持や介護予防を図っています。 認知症の疑いが顕著になった利用者については、介護支援専門員や家族等に報告し、早期発見に努めています。	

A-3-(6) 認知症ケア

A⑩	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		b
評価コメント	認知症についての研修を行い、正確な知識や支援方法等の理解を深めています。認知症の症状や行動状態等に変化があれば、介護支援専門員や家族等と情報共有するとともに、状態に合わせたサービスや介護方法の提案をしています。	

A-3-(7) 急変時の対応

A⑪	A-3-(7)-①	評価
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
評価コメント	緊急時の対応については、「緊急時対応マニュアル」が整備されているほか、外部研修に参加し、職員の復命により全員に対応方法を情報提供しています。サービス提供時に利用者本人の健康状態について留意事項があれば、家族等や介護支援専門員に連絡をとり、必要な対応を取っています。	

A-3-(8) 終末期の対応

A⑫	A-3-(8)-①	評価
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
評価コメント	終末期の対応としては、利用者・家族・医療関係者等と協議しながら、訪問介護のサービスや方針を利用者の意向を尊重しながら対応をしています。終末期に関する研修は実施していませんが、ケア終了後に振り返りを行い、職員の精神的な負担への配慮をしています。	

#### A-4 家族等との連携

##### A-4-(1) 家族等との連携

A⑱	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		a
評価コメント	訪問介護計画書作成時や日々の状態変化や必要な連絡事項がある際に家族等と連絡をとっています。また、モニタリング報告書に利用者・家族等にサービスの満足度を聞いており、毎月、介護支援専門員に報告する取り組みをしています。	

#### A-5 サービス提供体制

##### A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

A⑳	A-5-(1)-①	評価
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。		a
評価コメント	法人内のサービス付き高齢者向け住宅の利用者と地域の居宅在住の利用者と2パターンの利用者にサービスを提供しています。また、同法人内に居宅介護・通所介護・訪問入浴事業のサービスを提供しており、重複する利用者も多い状況です。 関係事業所の管理者が他の事業所の定期ミーティングに参加するなど相互に連携して情報共有し、利用者が安心してサービスが継続利用しやすいように取り組まれています。	