

2023年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人 悠遊
訪問介護
訪問サービス いずみ

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
報告書表紙（公表同意書）	1
事業者の理念等（事業プロフィールⅡ）	2
利用者調査	3
サービス提供のプロセス項目	5
サービスの実施項目	10
利用者保護に関する項目.....	13
事業所が特に力を入れている取り組み.....	14
全体の評価講評	15

【添付資料】

- ◆ 職員自己評価・利用者【アンケート】調査 集計結果

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

〒 141-0031

所在地 東京都品川区西五反田1-26-2 五反田サンハイツ714号

評価機関名 特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

認証評価機関番号

機構 02 - 004

電話番号 03-3494-9033

代表者氏名 新津 ふみ子

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	北村とし子		H0502037	
	②	鷺津 隆一		H1201058	
	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	訪問サービスいずみ			指定番号	1373700168
事業所連絡先	〒	202-0011			
	所在地	東京都西東京市泉町3丁目15番28号			
	Tel	0424-24-7514			
事業所代表者氏名	管理者 清水 徹也				
契約日	2023年 9月 5日				
利用者調査票配付日(実施日)	2023年 10月 20日				
利用者調査結果報告日	2023年 11月 14日				
自己評価の調査票配付日	2023年 10月 20日				
自己評価結果報告日	2023年 11月 14日				
訪問調査日	2023年 11月 29日				
評価合議日	2024年 1月 19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)	・評価は、当事業に精通している評価者2名が一貫して担当した。 ・利用者アンケート調査票は、文字を大きくし、利用者が読みやすく、回答しやすいように改善した。利用者アンケート調査票の配布については、訪問介護員の訪問時に、利用者に対して手渡しをしてもらった。また、利用者アンケート調査票には評価機関宛の返信用封筒を同封し、利用者にはその封筒を使用してもらうことで直接回収を行った。 ・評価の全過程において、事業所および利用者の個人情報保護に配慮した。				

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。

2024年 3月 13日

事業者代表者氏名

社会福祉法人 悠遊
理事長 山田健介



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> <p>1)【尊厳・自立支援】 その人のライフスタイルを尊重し、一人ひとりの有する能力に応じて、安心して自分らしく、日々、生き生きと暮らせるように支援します</p> <p>2)【地域】 地域を支え、地域の身近な存在であり続けるために、市民、行政、関係団体等との連携を進めます</p> <p>3)【サービスの質の向上】 サービスの質の向上を積極的に進めていきます。そのために、職員の資質の向上はもとより、いつでも地域へ私たちのサービス情報を公開し、広くご意見を求め、改善につなげます</p>
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> <p>① いつも笑顔で、積極的に挨拶ができる方 ② 社会人としての自覚を持ち、決められたルールを守れる方 ③ 相手の立場を思いやり、適切な対応ができる方 ④ 現状に満足することなく、向上心を持ち続ける方 ⑤ 組織の一員として、チームワークを大切にできる方</p>
	<p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <p>① 福祉のプロとしての自覚を持っていること ② 手順に沿ってきちんと仕事をし、その上でその内容をさらに改善していく努力をすること ③ 決定を人に委ねるだけでなく、自らの意思をきちんと表現できること</p>

調査対象	◆アンケート調査期間の開始日である2023年9月時点の介護保険給付対象者全員(80名)を利用者アンケート調査の対象とした。 ◆調査対象者の属性は、男性26名・女性54名であった。 ◆平均要介護度は2である。		
調査方法	◆アンケート調査方式 アンケート調査票は、事業所を介して全調査対象者に配布した。回答結果は、郵送により、評価機関が直接回収することで、対象者の匿名性を担保した。		
利用者総数	80		
共通評価項目による調査対象者数	36		
共通評価項目による調査の有効回答者数	36		
利用者総数に対する回答者割合(%)	45.0		

利用者調査全体のコメント

◆当事業所は、食の安全などを提言して地域の福祉業界を牽引している生活クラブ生協が運営し、自立支援の方針のもとに活動している。
 ◆今回の利用者調査において、事業所に対する総合的な満足度の回答結果は「大変満足」12名(33.3%)、「満足」15名(41.7%)、「どちらともいえない」3名(8.3%)、「不満」2名(5.6%)、「大変不満」0名(0.0%)、「無回答」4名(11.1%)であった。
 ◆各質問項目別の回答結果を見ると、15問中8問で70.0%以上の肯定率であった。特に、問4「訪問介護員の接遇・態度」に関する設問では、回答者36名中32名(88.9%)が「はい」と肯定する回答をしていた。
 ◆各質問項目への自由コメントの数は少なかったが、総合的な意見・感想には9件のコメントが寄せられている。その内容を見ると「丁寧に話を聞いてくれるので訪問介護を心待ちにしている」「助かっている」等の意見のある一方で「サービス時間が足りない」「保険内サービスではやってもらえない」「自己負担でもよいかからサービス時間を増やしてほしい」など、介護保険サービスの限界を訴える声も聞かれた。

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	30	3	1	2
「はい」の回答率は83.3%で「いつも有難く思っている」「楽しくサービスを受けている」などのコメントがありました。「どちらともいえない」の回答率は8.3%で「当日の担当者によって違う」というコメントです。「いいえ」の回答率は2.8%で「時間が足りない」とコメントしています。「無回答・非該当」の回答率は5.6%で、コメントはありません。				
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	27	3	3	3
「はい」の回答率は75.0%で「担当者が変更になっても、特別に困ることはない」というコメントがあります。「どちらともいえない」「いいえ」「無回答・非該当」は、いずれも8.3%でした。「いいえ」のコメントは「当日の担当によって違う」です。「無回答・非該当」のコメントは「職員には休む暇がない」というものでした。				
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	28	3	1	4
「はい」の回答率は77.8%で、コメントはありません。「どちらともいえない」の回答率は8.3%で「どのくらいまで訪問介護員に依頼できるのか、よくわからない」「責任者やケアマネジャーに聞いてほしいと言われる」などとコメントしています。「いいえ」の回答率は2.8%です。「無回答・非該当」の回答率は11.1%で、そのコメントは「相談していない」です。				

4. ヘルパーの接遇・態度は適切か	32	2	1	1
「はい」の回答率は88.9%で、コメントはありません。「どちらともいえない」の回答率は5.6%で「職員から丁寧語はあまり聞けない」とのコメントがありました。「いいえ」「無回答・非該当」の回答率はともに2.8%で、コメントはありません。				
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	29	3	1	3
「はい」の回答率は80.6%で「時間は短いですが、相談できるので助かる」とコメントしています。「どちらともいえない」の回答率は8.3%で、コメントはありません。「いいえ」の回答率は2.8%で「あまり長い時間、かかわりたくないと思っているように感じる」という内容のコメントです。「無回答・非該当」の回答率は8.3%で、コメントはありません。				
6. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	27	4	0	5
「はい」の回答率は75.0%でした。コメントはありません。「どちらともいえない」の回答率は11.1%で「ルーチンワークが決まっていると思うが、対応は職員による」とコメントしています。「無回答・非該当」の回答率は13.9%で、コメントはありません。				
7. 利用者のプライバシーは守られているか	25	4	0	7
「はい」の回答率は69.4%で、コメントは「守ってくれていると思う」です。「どちらともいえない」の回答率は11.1%で「個人的なことは話さないようにしている」というコメントがありました。「無回答・非該当」の回答率は19.4%で、コメントはありません。				
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	24	1	2	9
「はい」の回答率は66.7%で、コメントはありません。「どちらともいえない」の回答率は2.8%、「いいえ」の回答率は5.6%で、いずれの回答者もコメントしていません。「無回答・非該当」の回答率は25.0%で「どの程度支援してもらえるのか、よくわからない。事前に支援内容を教えてもらいたい」とコメントしています。				
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	27	2	1	6
「はい」の回答率は75.0%で、コメントは「利用者側への説明の主体はケアマネジャーであると思っている」です。「どちらともいえない」の回答率は5.6%、「いいえ」の回答率は2.8%、「無回答・非該当」の回答率は16.7%で、コメントはそのいずれからも得られていません。				
10. 利用者の不満や要望は対応されているか	26	2	0	8
「はい」の回答率は72.2%で、コメントは「たびたび使った椅子を出したままにしていることがある。仕事が終了したら、最終確認してほしい」というコメントが1件ありました。「どちらともいえない」の回答率は5.6%で「無回答・非該当」の回答率は22.2%でした。「はい」の回答者以外からは、コメントはありませんでした。				
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	12	5	4	15
「はい」の回答率は33.3%で、コメントはありません。「どちらともいえない」の回答率は13.9%、「いいえ」の回答率は11.1%で、いずれもコメントはありません。「無回答・非該当」は41.7%で「困って相談するようなことはない」「現在、何かに困っているということはなく、感謝して過ごしている」などのコメントが2件ありました。				

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(〇〇〇〇)
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なっている	<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>事業所の情報提供媒体は法人が運営管理するホームページ、パンフレットである</p> <p>事業所の情報は、法人が運営・管理するホームページ、法人作成の総合パンフレットによって提供している。ホームページ、パンフレットには法人の基本理念である尊厳・自立支援・地域とのかかわりを掲載し、事業所紹介の項目には利用対象者、サービス提供地域、サービス利用者の平均要介護度など事業所の概要を具体的にわかりやすい言葉で記載している。ただし、パンフレット等は、法人が運営する他の事業所との共同掲載であるため、文字数に制約があり、詳細さに欠ける。なお、自治体が発行する「介護保険事業者ガイドブック」にも情報を提供している。</p> <p>支援の関係機関として担当介護支援専門員に対して毎月の支援実施状況を伝えている</p> <p>管理者は、IT化が進む社会の現状から、SNS(インスタグラム)の活用を情報提供の一つの手段として考えているが、高齢者がさまざまな被害を受けている社会状況もあって躊躇している。サービス利用の窓口になる介護支援専門員には、毎月の支援の実施状況をモニタリング報告し、自治体に対しては自治体主催の「訪問介護分科会」に毎回参加することで、事業所の現状を関係機関に伝えている。運営法人は「品質にこだわった食材の配達」など地域に根差した活動を幅広く展開しているため地域で知名度は高く、その法人が運営する事業所への信頼も厚い。</p> <p>支援の利用希望にはできる限り応える方針である</p> <p>利用希望の問い合わせの多くは介護支援専門員からである。問い合わせに対応したサービス提供責任者は、利用希望者の状況や希望するサービス内容、日時を聞き取り、記録する。サービス提供の可否については、その場での判断・即答は避け、必ず2名以上のサービス提供責任者で対応を検討することとしている。対応する訪問介護員の確保が可能で、サービス提供地域内であれば、吸痰などの医療処置を必要としない限り、断らない方針である。また、当事業所のみでの対応が難しい場合には、他の事業所との共同支援を介護支援専門員に提案することもある。</p>		

サブカテゴリー2		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	7/7
2	サービスの開始・終了時の対応		
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(0000)	
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			
<p>サービス開始時には、利用料金についてわかりやすい説明に努めている</p> <p>サービス利用に際して、管理者等は利用者を事前訪問する。その目的は、その時点の利用者の健康状態、住まい方、家族介護力等を把握することにある。事前訪問では、重要事項説明書に基づき、介護保険制度による支援が可能な範囲などの利用に関するルール、特に利用料金について、加算や時にはキャンセル時に料金が発生する場合があることなどを説明している。当事業所では「初対面の対応のあり方が、その後の信頼関係の構築につながる」として、高齢者に配慮したわかりやすい言葉で丁寧な説明を行うように努め、理解と同意を得て契約に至っている。</p> <p>事前訪問等で収集した利用者に関する情報を初期支援に生かしている</p> <p>利用者を事前訪問する際には、介護支援専門員が同行しているため「サービス担当者会議」が同時に開催される場合が多い。サービス担当者会議では、他のサービスの関係者とも情報交換しつつ、利用者・家族のサービスへの要望など、意向を把握する機会になっている。把握した利用者の状況等は、基本情報として所定の様式に記録し、初回のアセスメント、訪問介護計画の立案、利用者の初期支援に生かしている。なお、これらの情報は対応したサービス提供責任者によってパソコン入力され、事業所内で情報共有できる体制がつけられている。</p> <p>サービス利用に伴う利用者の不安を軽減することに努めている</p> <p>他者から支援を受けることが初めての場合、多くの利用者はそうした支援に不慣れであり、不安を感じていることも想像に難くない。利用者・家族の意向を尊重しながら、それまでの生活が大きく変化しないように、徐々に他者から支援を受けることに馴染めるように配慮している。時にはサービス提供責任者が訪問し、支援への馴染み具合を確認している。一方、入院、転居、施設入所など、さまざまな理由でサービスは終了を余儀なくされる。サービスの終了事例に合わせて、担当介護支援専門員と連携し、サービスの継続性に配慮した支援を実践している。</p>			

サブカテゴリ-3

3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況	10/10
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(000)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(00)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
<p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(00)</p>			
評価	標準項目		
●あり ○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	○非該当	
●あり ○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	○非該当	
サブカテゴリ-3の講評			
<p>担当介護支援専門員や初回訪問などから得た情報に基づき、支援課題を抽出している</p> <p>利用者支援に要する利用者の個別情報は、担当介護支援専門員から得る情報に加え、サービス提供責任者が初回訪問、サービス担当者会議への参加時、利用者・家族の聞き取り等で収集し、所定のアセスメントシートに記載する。アセスメントシートは、利用者の自立した生活に必要な項目で構成され、複数のサービス提供責任者で、利用者・家族の意向に沿うための課題を抽出する。見直しは、利用者の状態像の変化に応じている。なお、当事業所における支援体制の要であるサービス提供責任者は管理者を含め4人が共同で利用者を担当する仕組みである。</p> <p>居宅サービス計画を踏まえ、訪問介護計画は利用者等の要望を優先課題としている</p> <p>訪問介護計画は、事前訪問(初回訪問)を行ったサービス提供責任者が、アセスメントに基づいて、担当介護支援専門員が立案する居宅サービス計画を踏まえ、利用者・家族の要望を優先課題にして立案する。立案した介護計画の妥当性は、複数のサービス提供責任者で検討している。また、作成した訪問介護計画は、担当介護支援専門員に提供するとともに、利用者・家族に説明の上、承認を受ける。さらに、訪問介護計画の実践では、担当の訪問介護員は「ヘルパー作業書」(手順書)として留意点とともに手渡される。見直しはアセスメントに連動して実施する。</p> <p>利用者情報を共有する機会を縦横に設けている</p> <p>利用者に関する記録は、担当訪問介護員からの情報提供を含め、すべてパソコン入力により一元管理される。サービス提供後、利用者状況の推移、すなわちモニタリングは、担当訪問介護員からの情報、サービス提供責任者が同行訪問等で得た利用者状況を根拠とし、担当介護支援専門員へ毎月報告する。利用者に関する情報は、毎朝のミーティング、毎月のケース会議等で、サービス提供責任者と担当訪問介護員間で共有されている。さらに、日常的に利用者の状況についてサービス提供責任者間で話し合い、外部からの問い合わせへの即応を可能にしている。</p>			

サブカテゴリー5		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	5/5
5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重		
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(000)	
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(00)	
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
サブカテゴリー5の講評			
<p>利用者の個人情報適切に管理できるように「ペーパーレス化」を進めている 利用者の個人情報は、サービス開始時に、重要事項説明書と法人の個人情報保護規定に沿い利用目的や範囲を示した文書で説明し、取り扱いの同意を得ている。利用者に関する記録類はパソコンで管理し、職員ごとのパスワード設定で情報の保護と漏洩防止に努めている。情報の外部とのやり取りの相手として多いのは、毎月モニタリング報告を行う居宅介護支援事業所である。やり取りでは、個人が特定できないようにマスキング処理したファックス送信を主な手段としている。紙媒体は基本的にシュレッダー処理を行うが、個人情報保護の面から改善を考えている。</p> <p>利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援を日頃から実践している 当事業所では、提供する支援の特性から「利用者のプライバシーへの配慮は何よりも重要である」とし、支援に必要な空間のみへの出入りとする事、プライバシーに関する質問は極力しないこと等を訪問介護員に指導している。羞恥心を感じやすい入浴等の身体介護では、利用者が一人だけの環境であっても、不必要な露出を避けることを方針として支援している。また、当事業所内では、法人が定める「職員行動基準書」に則った支援の基本を訪問介護員に指導している。サービス提供責任者は訪問介護員の支援中に訪問するなどして支援の適切性を確認している。</p> <p>利用者の価値観や個人の意思は支援のなかで確認することとしている 利用者固有の価値観や生活習慣に配慮した支援の実践を方針にしている。そのため、利用者・家族からの聞き取りを重視し、アセスメントに反映させている。生活歴から「何を大切に思ってきたのか」「どのようなことを習慣としてきたのか」等を知り、その人なりの人生観に沿うように支援している。自立支援の観点から利用者の意思を尊重し、支援のつどの意思確認も基本にしている。利用者が「嫌なことは嫌」と支援を拒否できる環境づくりや、拒否を受け止めることも利用者の権利擁護では必要な支援であると認識し、管理者等は訪問介護員を指導している。</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

2/5

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(○●●)

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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(○●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-6の講評

支援は適切に実施されているが、支援観の統一など、主要な支援の文書化が求められる

当事業所では、介護のマニュアルとしては、食事・排泄・入浴などの3大介護をはじめ、感染症対策、非常災害時対応等についても文書化し、一つのファイルにまとめている。このファイルは、登録型訪問介護員の休憩室に置かれ、いつでも支援方法について確認できるようになっている。しかし、これらのマニュアルは、長期間にわたって見直しがされていない。また、利用者ニーズの多様性に追いついていない側面もあり、マニュアルが活用されることは少ない。そのなかで、訪問介護員が支援の拠りどころとしているのは、サービス提供責任者からの指導である。

作成されているマニュアル類を見直すことは、訪問介護員等の支援力の強化につながる

当事業者の訪問介護員は、長年の業務経験者である。さらに、サービス提供責任者が支援方法について直接指導していることもあり、利用者支援は適切に実践されている。しかし、業務水準の確保・向上には、現状に沿ったマニュアル類の整備の取り組みは欠かせない。現状の振り返りにもつながるマニュアル類の見直しは、訪問介護員等の支援力の強化になり得るものである。今後は、マニュアルの見直しの時期・基準を明確化するとともに、訪問介護員が提供している支援の実態がマニュアルに沿っているかなどについても検証する必要がある。

II サービスの実施項目(サブカテゴリ-4)

サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目	サブカテゴリ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(0000)
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/>非該当
評価項目1の講評	
<p>サービス実施記録が事業所に即日届くしくみをつくることを期待する</p> <p>訪問介護員は、介護計画に沿った支援を実践するためにサービス提供責任者が中心になって作成した「ヘルパー作業指示書」に従って利用者にサービスを提供する。サービスの提供後、訪問介護員は利用者の状況を電話で事業所に報告するとともに「サービス実施記録」を作成する。サービス提供責任者は、この記録により、訪問介護サービスが計画に沿っていたかどうか確認している。現状では、サービス実施記録は基本的に10日ごとに事業所に届くしくみであるが、その間は訪問介護員が保管しているため、個人情報保護の観点からも課題が生ずる可能性がある。</p> <p>支援の対象者に配慮したコミュニケーションを実践している</p> <p>利用者支援の基本でもあるコミュニケーションの方法については、支援対象者が高齢であることに配慮し、担当介護支援専門員や家族から得た情報を「ヘルパー作業指示書」に留意事項として記載し、話の伝え方、聞き取り方を確認するようにしている。具体的には「ゆっくり話す」「わかりやすい言葉で」「繰り返す」「声の大きさ」などについて、利用者の状況に応じて配慮している。管理者は、法人が定める「職員行動基準」に沿って「心がやさしくないと、人にもやさしくなれない」と、サービス提供責任者や訪問介護員に配慮すべき点を伝えている。</p> <p>関係機関と連携して「利用者らしさ」を大切にして支援を実践している</p> <p>当事業所では、利用者支援の理念として「その人らしい生活」を掲げている。利用者がその人らしく生活するための支援を行うには、まずは利用者の人となりを知ることが重要になると考えていることから、サービスを提供するなかで、何気ない話題から生活歴などを聞き取るようにしている。さらに、その利用者の日頃からの居住まいや生活様式などからも、その人らしさを知ることができる。新たに知り得たことや要望等は、事業所内で共有している。当事業所では「利用者らしさ」を生かした支援について、家族や担当介護支援専門員等と協議することもある。</p>	

2 評価項目2		評点(000000)
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		
<p>利用者・家族の信頼を得るためには、適切な接遇・マナーが重要であると認識している</p> <p>訪問介護員として適切な接遇・マナーは、利用者・家族の信頼を得る鍵となるとして重視している。自宅を訪問して支援する当サービスの特性もあり、時に苦情につながることもある。事業所では福祉に携わる者として法人が定める「職員行動基準書」に沿った行動を期待し、事業所内研修に取り組んでいる。サービス提供責任者は、毎月のモニタリング訪問時、利用者・家族に「気になることはないか」を直接尋ねることもある。訪問介護員は、利用者を長期間担当して関係性が深まるなかで、時に相手との距離感を見失うこともあり、適時の交代を心がけている。</p> <p>支援ニーズの多様化・複雑化を意識し、環境の変化にも対応できるように工夫している</p> <p>事業所として、支援内容に対する新たな要望や変更があった場合の対応方法を介護保険法に則って明確にし、現場の訪問介護員から事業所のサービス提供責任者へ、サービス提供責任者から介護支援専門員へ連絡し、協議するしくみを実践している。利用者の支援ニーズが多様化し、複雑化してきているなかで、金銭や鍵などの取り扱いも変化している。金銭については、当日に必要な金額を預かり、日ごとに清算して家族等に報告する。鍵は基本的に預からず、利用者側の責任のもと、キーボックス等に保管しておいてもらい、対応することになっている。</p> <p>利用者の体調変化時には、迅速に介護支援専門員や緊急連絡先に連絡している</p> <p>利用者の体調変化時の対応については、新型コロナウイルスの感染拡大期を経て以降も、速やかに対応できる体制を整えている。訪問介護員の訪問時には、まず初めに利用者の当日の体温と体調を確認することをルールにしている。その場で体調の変化が確認された場合、迅速に事業所にいるサービス提供責任者に報告し、事業所から介護支援専門員とサービス開始時に確認した緊急連絡先の家族等に連絡し、対応を図ることを原則としている。近年は独居で身寄りのいない利用者も多いため、成年後見制度や区社協の地域福祉権利擁護事業などの利用も提案している。</p>		

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(00000)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
●あり ○なし	5. 訪問介護員の変更後、利用者に負担がないか確認をしている	○非該当
評価項目3の講評		
<p>訪問介護員のコーディネートは、利用者の状況に配慮して実施している 当事業所では、管理者が訪問介護員との面談を年1回行い、介護員としての資格、経験年数、身体介護および生活介護技術、シフトへの参加状況等を管理者が把握する。得られた情報は介護員別に業務ソフトに保管し、サービス提供責任者間で共有する。利用者とのコーディネートに当たり、利用者の特性、支援内容などを考慮して、管理者を含めたサービス提供責任者が、適任の介護員を話し合いのもとに選任する。また、訪問介護員の個別状況についても、サービス提供責任者が同行訪問した際や同僚の介護員から情報収集し、常に更新するようにしている。</p> <p>訪問介護員が訪問できない場合は、サービス提供責任者が代行するしくみにしている 担当の訪問介護員が訪問できなくなった場合に備え、複数回の訪問がある利用者については、あらかじめ担当する訪問介護員を複数名としている。さらに、サービス提供責任者がいつでも代行できる体制がつくられている。当事業所の特徴として、管理者を含めた4名のサービス提供責任者は担当する利用者を持たずに、全員で利用者支援を担っている。このしくみによって、サービス提供責任者は本来の責務を果たすことができる上に、いつでも訪問の代行者がいるという安心感は、利用者のみならず、訪問介護員の負担感の軽減にもつながっている。</p> <p>訪問介護員を変更する際には、利用者に配慮して対応している 担当訪問介護員の退職など、さまざまな理由により、担当者は余儀なく変更されることがある。しかし、どのような場合においても、現任の訪問介護員は利用者・家族が納得のいくように説明し、理解を得ることを対応の基本にしている。また、担当の訪問介護員が変更することについての利用者の不安に配慮し、新任の介護員が初回訪問する際は、現任の介護員が同行して顔つなぎをしながら、利用者の特性を新任者へ伝えている。さらに、サービス提供責任者は、利用者訪問の際に新任介護員への要望や意見を聞き取り、その後の支援に生かすように努めている。</p>		
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(00)
評価	標準項目	
●あり ○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	○非該当
●あり ○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	○非該当
評価項目4の講評		
<p>地域の介護保険サービスや制度外サービスの情報では、介護支援専門員等と協力している 地域の他の介護保険サービスや保険外サービスの情報については、利用者の要請に応じて、介護支援専門員に情報提供を依頼している。管理者等は、自治体が主催する訪問介護分科会などのさまざまな会議に参加し、自治体が発信する地域の福祉制度についての情報を得て、必要に応じて利用者に情報を提供している。例えば、物価高騰対策の一環として、自治体独自の買い物ポイントの付与の取り組みについて利用者・家族に伝え、了解を得た上で買い物支援の際に活用した実践例もある。</p> <p>事業所の特徴を生かし、日々の暮らしに即した地域の生活情報を利用者に提供している 事業所運営に関わる職員は、利用者与生活地域を共通にしている。そのため、地域の情報を得やすく、また活用しやすい環境にあると言える。しかし、利用者の生活状況によって、また価値観の違い等によっても必要な地域の生活情報は一律ではない。そのことを踏まえた利用者への情報提供のあり方を事業所でも考慮している。運営法人の生活クラブには、食の安全性をキーワードに長年地域で活動してきた実績があり、地域の信頼も厚い。当事業所では毎月の利用料請求の際、生活クラブのイベント、食品、生活に関する情報などを併せて提供し、好評を得ている。</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	8/9
1 評価項目1 利用者の意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応する体制を整えている			
		評点(〇〇)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 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	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向(意見・要望・苦情)に対し、組織的に速やかに対応する仕組みがある	<input type="radio"/> 非該当	
2 評価項目2 虐待に対し組織的な防止対策と対応をしている			
		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	2. 虐待を受けている疑いのある利用者の情報を得たときや、虐待の事実を把握した際には、組織として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	
3 評価項目3 事業所としてリスクマネジメントに取り組んでいる			
		評点(〇〇〇〇●)	
評価	標準項目		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していることの実現を阻害する恐れのあるリスク(事故、感染症、侵入、災害、経営環境の変化など)を洗い出し、どのリスクに対策を講じるかについて優先順位をつけている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 優先順位の高さに応じて、リスクに対し必要な対策をとっている	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 災害や深刻な事故等に遭遇した場合に備え、事業継続計画(BCP)を策定している	<input type="radio"/> 非該当	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	4. リスクに対する必要な対策や事業継続計画について、職員、利用者、関係機関などに周知し、理解して対応できるように取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 事故、感染症、侵入、災害などが発生したときは、要因及び対応を分析し、再発防止と対策の見直しに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当	
利用者保護の講評(※利用者保護の内容から3つ(必須)記載してください)			
<p>苦情・意見の相談窓口を明確にし、サービス利用契約時に説明している</p> <p>利用者・家族からの意見・苦情はサービスの改善につながるものとして、その積極的な把握に努めている。サービス開始時には、重要事項説明書に苦情等の申し入れ先として、当事業所の担当窓口・対応者のほか、自治体の所轄課、国民健康保険団体連合会について、それぞれ連絡先を明記して説明している。苦情等を把握した際には、まずは「サービス提供責任者」が詳細を明らかにし、事業所内で対応を話し合う。なお、解決が難しいと判断した場合には、法人内に設置している苦情解決の第三者委員会で検討することになっている。</p> <p>サービス提供責任者は、利用者をモニタリング訪問し、利用者状況の変化に配慮している</p> <p>サービス提供の性質上、多くの場合、利用者と訪問介護員は、密室化された環境のなかに置かれることになる。サービス提供責任者は、モニタリング訪問の際、利用者の言動に注視するとともに、利用者に「困っていることはないか」など問いかけることにしている。また、訪問介護員に対しては、事業所内研修などの場で、不適切な言動について話し合う機会を持つようにしている。長期間にわたって利用者を担当することで慣れが生じると、適切な距離を保てなくなる危険性があるため、サービス提供責任者は同行訪問を適宜行うようにしている。</p> <p>訪問介護員がウイルス等の媒介者にならないようにするため、感染予防を徹底している</p> <p>訪問介護サービスの提供において最もリスクが高いのは、感染症の発生であるという。訪問介護員が1日のなかで複数の利用者宅を訪問し、支援を行うことが特徴である当サービスの特性上、訪問介護員が病原性ウイルス等の媒介者になる危険性がある。そのため、訪問介護員は、常に消毒用のアルコール、利用者の吐瀉物を避けるための使い捨て予防着・手袋、履き替え用の靴下などを持参している。コロナ禍への対応など感染症発生時のBCPはすでに作成しているが、災害発生時のBCPも法人を中心に作成途上であり、近日中に完成する目途が立っている。</p>			

事業者が特に力を入れている取り組み①		
評価項目	6-4-2	サービス提供の時間が利用者や家族にとって安心・快適なものとなるようにしている
タイトル①	利用者・家族の信頼に応えられる支援を提供している	
内容①	サービス内容、訪問介護員の経験値、利用者の特性や心身の状況に加え、相性にも着目して支援のコーディネートを行うように心がけている。初回訪問の際には必ずサービス提供責任者が同行し、訪問介護計画に沿った支援方法であるかを確認している。また、訪問介護員は、法人の「職員行動基準書」の内容に則り、社会人としての接遇・マナーを徹底することにより、利用者およびその家族からの信頼を得ている。そして、介護保険制度の制約のなかではあるが、利用者一人ひとりに寄り添った支援を行うように努めている。	

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	訪問介護員の離職率が低く、利用者に対する安定したサービスの提供につながっている	
内容②	当事業所では、全訪問介護員に対して、管理者を含めたサービス提供責任者4名が対応している。サービス提供責任者は、訪問介護員ごとの担当制ではなく、共同でその支援を支えている。そのため、訪問介護員は、どのサービス提供責任者に対しても、介護技術指導や支援方法についての相談などができる環境にある。訪問介護員は、子どもや自分の体調不良時などに急な欠勤をしなければならないときにも、サービス提供責任者に対応してもらえという安心感がある。このように、ワーク・ライフ・バランスに配慮した事業所の方針が離職率を低くしている。	

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	サービス提供責任者は事業所に常駐し、訪問介護員の疑問に答えている
	内容	当事業所は、管理者を含めて4名のサービス提供責任者が利用者を共同で担当し、同じレベルから利用者の状況を把握している。サービス提供責任者のうち、必ず1名は事業所に常駐して、サービス提供を行っている訪問介護員からの支援に関する相談や、居宅介護支援事業所などの関係機関からの問い合わせに即応している。そのようなしくみがあることで、訪問介護員は安心して支援が実践できている。このしくみをさらに有効にするため、サービス提供責任者は、毎朝のミーティング、毎月のケア会議、日常的なやり取りなどの情報共有の場を縦横に持っている。
2	タイトル	事業継続には利用者等との信頼関係の構築が重要であるとして、日々研鑽を続けている
	内容	当事業所の運営法人は、生活クラブ生協として、食の安全をキーワードに、長きにわたり地域に根づいた活動を続けてきた経緯がある。また、インクルーシブ社会の実現を目指して福祉事業を展開し、当事業所もその一つとして運営してきている。そうした事業所の成り立ちにより、地域からの信頼は厚く、それに答えるために管理者をはじめ職員は奮闘を続けている。さらにこの信頼関係を継続するには、訪問介護員等による利用者への接遇が重要と認識し、法人の「職員行動基準書」を手本とする接遇の研修への参加を通じて、訪問介護員等の意識を高めている。
3	タイトル	
	内容	
No. さらなる改善が望まれる点		
1	タイトル	新規利用希望の要請に応えるため、訪問介護員の増員に取り組むことを期待する
	内容	前年度の訪問介護員の離職はなかったが、その高齢化は進み、現状では70～80代も珍しくない。就業者を年齢により差別すべきではないが、支援内容によっては、体力的に無理が生ずることもあり得る。登録訪問介護員の確保の難しさは業界全体の課題であり、当事業所も例外ではない。新規サービスの提供を求める声は大きいですが、その声に応え切れていない現状がある。事業所の強みである管理者を含めた4名のサービス提供責任者によるサポート体制や、働きやすい職場であることをアピールポイントとして、訪問介護員の増員に取り組むよう期待する。
2	タイトル	サービス終了後の報告が、適時・適切に行えるようしくみづくりを行うことを期待する
	内容	当事業所の訪問介護員は全員登録制で、サービス提供に関しては直行・直帰である。介護員はサービス終了後、事業所へその日の利用者状況を電話で報告し、報告を受けたサービス提供責任者はパソコンに入力している。訪問介護員が作成するサービス提供記録は、基本的には10日後に事業所に届く。それによって、サービスが計画通り実施されたか確認している。モニタリングの根拠ともなるこの記録について、管理者は利便性からICT化を望んでいる。利用者に関する記録を介護員が10日間も保持することは、個人情報保護の観点からも課題であると感じる。
3	タイトル	
	内容	

