

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 千寿園介護支援センター

評価実施期間 平成26年11月1日～平成27年3月31日

## 1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

## 2 事業者情報

[平成26年12月1日現在]

事業所名称： (施設名)千寿園介護支援センター	サービス種別：訪問介護
開設年月日：平成12年4月1日	管理者名：伊藤 令子
設置主体：社会福祉法人 心和会	代表者職・氏名：理事長・伊藤 令子
経営主体：社会福祉法人 心和会	代表者職・氏名：理事長・伊藤 令子
所在地：〒891-0404	鹿児島県指宿市東方365
連絡先電話番号：0993-22-2480	FAX番号：0993-22-2005
ホームページアドレス	Eメールアドレス
<a href="http://senjuen.net/">http://senjuen.net/</a>	<a href="mailto:Senjuen@mocha.ocn.ne.jp">Senjuen@mocha.ocn.ne.jp</a>

## 基本理念・運営方針

## 基本理念

- ・介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう目標を設定し、計画的なサービスを行う。
- ・訪問介護の質の評価を行い、常に改善を図る。
- ・常に利用者の心身の状況、環境などの確な把握に努め、適切な相談援助を行う。

## 運営方針

- ・利用者は主人公であり、人生の先輩であることを大切にし、最優先で業務に当たります。
- ・利用者がその有する能力を最大限に活用することができるようなサービスの提供に努めます。
- ・利用者の望む生活に向けた目標指向型に基づく計画とサービス提供を行います。
- ・利用者に対して目標の達成度や満足度の評価を行い、計画の修正を行います。
- ・利用者の人格を尊重し、誠意を持った態度や言葉遣いを心掛けていきます。
- ・訪問介護員の健康管理と職場のチームワークを図っていきます。
- ・訪問介護員の介護技術と確認の向上に向け努力していきます。
- ・訪問介護員は約束やマナーを遵守します。

## [利用者の状況]

定員	なし 人	利用者数	61 人
----	------	------	------

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

## 利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	2	3	21	31	4

## 要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)		9	10	22	13
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	6	1	0		

## [職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1				
生活相談員						
看護職員						
介護職員	9					
機能訓練指導員						
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 2人	採用	常勤	人	
	退職	常勤 1人	退職	常勤	人	
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5 年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5 年	
○常勤職員の平均年齢					54 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					54 歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

### 3 評価の総評

#### ◇特に評価の高い点

☆利用者が求める自立した質の高い生活を実現するための理念が明文化されている。  
☆理念を実現するための介護職員の基本姿勢や、質の高い支援を目指した方向性や目標など基本方針として明文化されている。  
☆利用者に安心・安全なサービスを提供するために、業務マニュアルが整備され、全職員に配布されている。利用者の言動から不満や苦情を早期に受け付け、対処する仕組みがある。  
☆サービス提供責任者は職員と同行訪問し、現地指導を行うと共に、職員の記録した「同行訪問実施表」にコメントを記入し、更なるサービスの質向上を目指している。

#### ◇改善を求められる点

☆法人関連施設での訪問介護サービスが中心となっているので、地域ニーズも踏まえた計画となることが望まれる。  
☆相談支援や研修会・講演会など事業所が本来有している介護福祉に関する機能を地域へ還元することが求められる。  
☆各種業務マニュアルが作成され、標準的な実施方法についての確認及び見直しが行われており、研修計画に見直し時期を立案しているが、定期的な実践が不十分である。計画通りの実践が求められる。  
☆サービス提供責任者は個別にサービス実施計画書を作成し、職員に周知すると共に、3ヶ月に1回の見直しを行っているが、その手順書がないため、職員の異動による質の低下を予防するために手順書の作成を望まれる。  
☆利用者満足度は日常業務の中で随時意識して取り組まれており、利用者や家族の苦情や意見に対しても対応する仕組みがあるが、その結果を公表する仕組みの構築は今後の課題である。

### 4 第三者評価に対する事業者のコメント

具体的な説明を頂き、反省や、また、希望も湧いてきました。今後、事業所として利用者様とどのように関わっていくべきか、再確認を致しました。  
職員のレベルアップは、サービスを提供する側として、とても大切なことだと思います。個人の目的意識を高め、プランを立て、個々の研修を積み重ね、職員同士で、評価の見直しをしていくやり方など、学ぶべきことがありました。  
また、家族の方の意見や、地域のニーズなどの把握をして、一緒に考え、取り組んでいけるようなシステムを作り、また社会的役割を果たすことが出来る様、一層努力していかねばならないと思いました。

今後も職員が利用者様のために、真心のこもったサービス提供が出来るよう心がけていきます。

### 5 評価結果（別添）

### 6 利用者調査の結果（別添）

### 7 事業者の自己評価結果（別添）

## 評価対象ごとのコメント

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

理念・基本方針については、利用者が求める自立した質の高い生活を実現するための理念が明文化されている。更に、理念を実現するための介護職員の基本姿勢や利用者への質の高い支援を目指した方向性や目標など基本方針として明文化されている。

中・長期計画には目指すべきビジョンが明示されており、利用者数・介護度別の利用者数・職員数が予想して策定されており、裏付けとなる長期収支計画も策定されているが、法人関連施設での訪問介護サービスが中心となっているので、地域ニーズも踏まえた計画となることが望まれる。

中・長期計画を反映した事業計画が策定され、実施可能な目標を数値化し、利用者満足度やサービスの質の向上にも取り組む内容となっている。

管理者は職員会議や各種研修会・各種訓練等の開催運営を指示し、それぞれの場で指導・教育をしている。管理者の役割、職責等は組織図・法人各種規程や法令遵守マニュアル等に規定されている。社会福祉法・介護保険法・消防法・虐待防止法・労働法等各種法令について法令遵守マニュアルを整備し、その推進に取り組んでいる。自ら老人福祉施設協会をはじめ各種研修会等に参加し、関係法令等の研さんを深めるとともに遵守について、事業所内でも会合で職員に周知し推進している。

管理者は、良質な福祉サービスを提供するために第三者評価を定期的実施している。評価尺度に準拠したサービスの提供について推進し、職員の資質向上のための研修を計画的に実施している。

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

経営状況の把握については、地域の福祉事業所や病院関連施設の動向を見るとともに、当法人関連の居宅介護・訪問介護・デイサービス・軽費老人ホームなど全体の機能を総合しながら把握している。また、月々の利用者動向の変動、地域のニーズの動向、職員の配置や異動などデータを元に経営状況を分析し、法人内の施設への訪問介護から、法人外の訪問介護の拡大へと課題取組のシフトを拡張する取り組みも行っている。

人材の確保・養成については、中長期計画に人員配置計画が策定され、関連医療機関と人材確保、資格者養成は協力して行われているが、資格要件も踏まえての計画となることが望まれる。

人事考課はなされているが、人事考課基準の明示や自己評価の達成度など人材の能力開発に連動するまでには至っていない。

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

利用者本位の福祉サービス提供の指針は、運営理念・基本方針に明記され、各種マニュアルに反映されている。新入職員に対して、業務の実践マニュアルを配布し、十分説明を行うと共に、サービス提供責任者が同行訪問し、実地指導を行っている。更に、「同行訪問実施表」に、留意点、活動内容、利用者の状況、サービス提供後の感想を記入し、その後、サービス提供責任者からのコメントを受けており、より適切なサービスの提供を目指している。

利用者満足度に関する調査担当者はサービス担当責任者に定めているが、自己評価は3年に1回の取り組みであり、現状を分析・検討する仕組みは今後の課題である。また、利用者・家族からの意見や苦情に対して解決は素早く対処しているが、その内容を公表する仕組みは今後の課題である。

サービスの質の確保に関しては、研修計画を立案し、各種マニュアルの作成及び見直しを行っているが、定期的に見直すまでには至っていないため、その仕組み作りが望まれる。記録要領に基づいて各様式毎に記録が行われているが、記録の管理全般の規程及び情報開示の規程に関しては、更に記録物の適切な取扱い方法を定めることが望まれる。

評価対象Ⅳ 内容評価項目(訪問介護)

支援の基本については利用者のADL、暮らしの意向、生活習慣、これまでの環境について面接を行うと共に、アセスメント表から確認している。また、利用者ができていることは見守り、自立支援に配慮した計画を作成し支援している。利用者の個別性を理解し、サービス提供前後に利用者の思いや希望を確認している。また、接遇の研修を行い、利用者の気持ちに寄り添ったサービスの提供に努めている。

身体介護についてはバイタルサイン測定や身体状況の安全性を確認し、利用者の意思を尊重しつつ入浴介助を行っている。排泄介助は利用者の24時間の排泄状況を確認し、トイレでの排泄を目標に利用者の特性に応じた自立支援を行っている。アセスメントシートやケアカンファレンスを活用して利用者のADLを確認し、利用者に応じた移乗・移動動作を検討し、適切な補助具を活用している。褥瘡予防マニュアルを策定し、体位変換等を行い、予防及び早期発見に努めている。

サービス提供体制については職員会議及びカンファレンスで情報の共有を行い、職員全員にサービスの実施方法・手順等を周知している。訪問介護員が変更になった場合は利用者に連絡し了解を得ている。また、初回訪問時はサービス提供責任者と同行し、サービスの質の維持に努めている。その際、「同行訪問実施表」にサービス提供にあたっての留意点、活動内容、利用者の状況、サービス提供後の感想を記入し、サービス提供責任者からのコメントから、更に質の向上に努めている。毎月、利用者モニタリング報告書を介護支援専門員に提出し、介護支援専門員からの助言を受けることで、より適切なサービスの在り方を模索している。

# 福祉サービス第三者評価基準

## 【 高齢者福祉サービス 共通版 】

H25年3月29日改定

### 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、基本方針が確立されている。		
	I-1-(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。	Ⓐ・b・c
	I-1-(1)-② 法人や事業所の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ①訪問介護の特性を発揮し、利用者が求める自立した質の高い生活を実現するための理念が明文化されている。 ②理念を実現するための介護職員の基本姿勢や利用者へ質の高い支援を目指した方向性や目標など8項目にわたり基本方針として明文化されている。		
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
	I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ①理念や基本方針は、パンフレットや事業計画に掲載されるとともに、事業所内に掲示され、職員は日々の支援の前に確認している。 ②パンフレットに掲載され、利用開始前に説明を受け、内容は周知されている。		

#### I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a Ⓑ・c
	I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	Ⓐ・b・c
<b>評価概要</b> ①中・長期計画には目指すべきビジョンが明示されて、利用者数・介護度別の利用者数・職員数が予想して策定されて、裏付けとなる長期収支計画も策定されているが、法人関連施設へのサービスが中心となっているので、地域ニーズも踏まえた計画となることが望まれる。 ②中・長期計画を反映した事業計画が策定され、実施可能な目標を数値化し、利用者満足度やサービスの質の向上にも取り組む内容となっている。		
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	Ⓐ・b・c
	I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a Ⓑ・c
<b>評価概要</b> ①事業計画は職員参画の下で、月次・年次の事業実績等の評価を参考に策定され、職員の資格取得や定着への取り組みについては具体的な実績が出ており、これを踏まえ次年度計画へと反映していくことが期待される。 ②事業計画は職員に周知されるのみならず、実践指針として取り組まれている。 ③利用者・家族等へは、プリントものにして渡し説明しているが、利用者満足度や達成度の評価等事業計画に盛り込まれた項目について説明が望まれる。		



I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
I-3-(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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①管理者は職員会議や各種研修会・各種訓練等の開催運営を指示し、それぞれ場で指導・教育をしている。管理者の役割、職責等は組織図・法人各種規程や法令遵守マニュアル等に規定されている。</p> <p>②社会福祉法・介護保険法・消防法・虐待防止法・労働法等各種法令について法令遵守マニュアルを整備し、その推進に取り組んでいる。自ら老人福祉施設協会をはじめ各種研修会等に参加し、関係法令等の研さんを深めるとともに遵守について、事業所内でも会合で職員に周知し推進している。</p>		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a Ⓑ・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①管理者は、良質な福祉サービスを提供するために第三者評価を定期的実施している。評価尺度に準拠したサービスの提供について推進し、職員の資質向上のための研修を計画的に実施している。</p> <p>②利用者状況や職員配置状況を把握し、法人全体のサービス動向も総合的に判断推進できる人的配置をし、効率化と改善に取り組んでいる。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	Ⓐ・b・c
II-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	a Ⓑ・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>①地域の福祉事業所や病院関連施設の動向を見るとともに、当法人関連の居宅介護・訪問介護・デイサービス・軽費老人ホームなど全体の機能を総合しながら把握している。</p> <p>②月々の利用者動向の変動、地域のニーズの動向、職員の配置や異動などデータをもとに経営状況を分析し、法人内の施設への訪問介護から、法人外の訪問介護の拡大へと課題取組のシフトを拡張する取り組みも行っている。</p> <p>③公認会計士による外部監査が実施されているが、指導助言がサービス現場までフィードバックされることが望まれる。</p>		

## Ⅱ－２ 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
	Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a・ <b>b</b> ・c
	Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>①中長期計画に人員配置計画が策定され、関連医療機関と人材確保、資格者養成は協力して行われているが、資格要件も踏まえて計画となることが望まれる。</p> <p>②人事考課はなされているが、人事考課基準の明示や自己評価の達成度など人材の能力開発に連動するまでには至っていない。</p>		
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	<b>a</b> ・b・c
	Ⅱ－２－（２）－② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①シフト勤務体制になっており、年間105日の公休が設定されている。有給休暇の取得率は66.6%となっている。介護休暇制度や育児休暇制度も整えられている。</p> <p>②退職者共済制度に加入し、法人で職員互助会制度を設け、福利厚生にも取り組んでいる。職場での定期健康診断は関連の医療法人で受けられるようになっている。インフルエンザの予防注射は半額は法人負担で実施している。職場にカウンセラーや専門家の配置はしていないが、必要があれば心療内科に相談できるようになっている。家庭相談員の設置も検討中である。</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。		
	Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	<b>a</b> ・b・c
	Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a・ <b>b</b> ・c
	Ⅱ－２－（３）－③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>①事業計画の活動目標に内部研修外部研修が盛り込まれている。職員研修計画が策定され事業所と法人全体の研修が、運営処遇方針に基づき実施されている。</p> <p>②各職員は各種委員会に所属し、それぞれの委員会で計画作成・研究発表などの役割を果たしながら習得するようになっているが、職員個々の教育・研修計画が策定されることが望まれる。</p> <p>③研修後のレポートや研修報告・研修計画の年次的見直しはなされているが、研修成果の分析・評価に基づく計画見直しが望まれる。</p>		
Ⅱ－２－（４） 実習生の受入れが適切に行われている。		
	Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・ <b>c</b>
<p>評価概要</p> <p>①学校訪問をして職員採用や実習生受け入れについての働きかけはなされているが、方針の明文化・受け入れマニュアルの整備・実習プログラムの作成等の整備までには至っていない。福祉人材の育成についての取り組みが求められる。</p>		



Ⅱ－３ 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ－３－（１） 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
Ⅱ－３－（１）－① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ－３－（１）－② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ－３－（１）－③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①事故対策マニュアル・感染症予防及び蔓延防止マニュアル・食中毒予防および蔓延防止マニュアル等が整備され、緊急時対策に取り組み、管理者は利用者の安全確保に積極的に取り組んでいる。研修記録や実習記録を残すことが望まれる。</p> <p>②訪問介護の対象先は法人関連の入居施設等であり、施設側と緊密な連携の下、火災対策としては、緊急通報装置やスプリンクラー整備・電気設備やガスの保安点検等の状況を把握し、消防局の指導下での防災避難誘導訓練の実施に参加している。地震・津波・台風等対策も取り組みを進めている。</p> <p>③危険予知トレーニングの実施や、常日頃のインシデント報告書の収集分析を通して、リスクを把握し利用者の安全確保に努めている。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流と連携

		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。		
Ⅱ－４－（１）－① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。		a・b・c
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。		a・b・Ⓒ
Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア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>評価概要</p> <p>①評価対象外</p> <p>②当事業所は、法人の広い敷地に地域住民の花見やクラブ活動などに活用できるようにしている。相談支援や研修会・講演会など事業所が本来有している介護福祉に関する機能を地域へ還元することが求められる。</p> <p>③評価対象外</p>		
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ－４－（２）－① 必要な社会資源を明確にしている。		Ⓐ・b・c
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。		Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①民生委員・福祉事務所・市担当課・警察・消防署・医療機関・介護福祉事業所等のリストを掲示し、職員で共有して利用者の支援に役立てている。</p> <p>②福祉事務所・介護福祉担当課・生活保護担当課・地域包括支援センター・民生委員・介護保険関連事業所等と担当者会やケア支援会議など連携がもたれている。</p>		
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。		a・Ⓒ・c
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		a・b・Ⓒ
<p>評価概要</p> <p>①地域との交流の中で、地域ニーズの把握に努め、「給食サービスの提供」という具体的な福祉ニーズを把握できている。</p> <p>②具体的福祉ニーズに取り組み事業化や活動の推進が期待される。</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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した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>(b)</b> ・c
	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要：①運営理念・基本方針に利用者を尊重する姿勢を明記し、各種マニュアルに反映されている。また、マニュアルを見直す機会を設け、利用者の基本的人権を尊重する姿勢を確認しているが、身体拘束廃止や虐待防止の研修は平成26年度は計画のみで終わっている。</p> <p>②利用者のプライバシー保護に関するマニュアルを作成すると共に、各種業務マニュアルに反映されている。特に入浴に関して、利用者の希望を取り入れ、共同温泉の入浴以外に、個室での入浴介助も行っている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要：①利用者満足度調査の担当責任者をサービス提供責任者に定めているが、規定の様式に沿った利用者満足度に関する調査は定期的には行われていないが、サービス提供の機会毎に、利用者の意見を傾聴すると共に、早期の問題解決に努めている。また、サービス提供責任者は毎月のカンファレンスや日常の職員の言動から利用者毎に満足度の確認を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	<b>(a)</b> ・b・c
	Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a・ <b>(b)</b> ・c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要：①契約時に重要事項説明書を配布し、苦情相談窓口についてサービス提供責任者及び管理者名が記載されていることを説明している。個別訪問時に要望や意向を確認し、利用者が意見を述べる機会を設けている。事務所内には相談室が設けられ、個別の相談に応じられる場所及び意見箱が設置されています。</p> <p>②利用者・家族の苦情記入用紙「ご意見」が用意され、苦情を受け付けて解決しているが、その内容を公表する仕組み作りは今後の課題である。</p>		

Ⅲ－２ サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
	Ⅲ－２－（１）－① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・ <b>b</b> ・c
	Ⅲ－２－（１）－② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a・b・ <b>c</b>
<p>評価概要：①前回の第三者評価受審時の自己評価を最後に自己評価は実施されていないため、毎年定期的な自己評価の実施が望まれる。評価の担当者としてサービス提供責任者を選定し、各部署からの評価を実施している。今後は、委員会等を設置し、評価の実施及び評価結果を分析・検討する場を組織として定め、取り組まれることが望まれる。</p> <p>②前回の第三者評価で明確になった課題に対して、マニュアルの充実は図られているが、評価結果を分析した内容や課題について職員の参画の下で改善策を策定する仕組み、その後の実施状況の評価及び計画の見直しなどを行う仕組み作りが求められる。</p>		
Ⅲ－２－（２） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ－２－（２）－① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	<b>a</b> ・b・c
	Ⅲ－２－（２）－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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要①各サービス毎にマニュアルを作成し、標準的な実施方法、利用者尊重、プライバシー保護の姿勢が記載されている。新入職員に対しては、業務に関する具体的な実践マニュアルを配布し、十分に説明すると共に、サービス提供責任者が同行し実地指導を行っている。</p> <p>②利用者及び職員からの意見や問題提起があればカファレンスを設け、インシデント報告書などを参考にして標準的な実施方法について確認・見直しを行い、変更日時・変更内容を記録に残している。しかし、定期的に見直すまでには至っていないため、定期的に見直すことが期待される。</p>		
Ⅲ－２－（３） サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	<b>a</b> ・b・c
	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・ <b>b</b> ・c
	Ⅲ－２－（３）－③ 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。	<b>a</b> ・b・c
<p>評価概要：①記録要領に基づいて、規定の様式に実施したサービス内容を記録している。また、マニュアルにも記録の方法について明記している。サービス提供責任者が同行訪問し、記録指導を行い、記録内容の質向上に努めている。</p> <p>②記録管理者をサービス提供責任者と定め、運営規定に記録の保管期間を記し、情報開示に関しては「情報開示申請書」を作成しているが、記録の管理全般の規程及び情報開示の規程に関しては、更に記録物の適切な取扱い方法を定めることが望まれる。個人情報管理に関してはマニュアルを定め、職員に対する研修を行っている。</p> <p>③職員全員に周知が必要な情報については、申し送りノートを開覧後、押印し、確認漏れがないように努めている。月1回の職員会議では情報の共有を図り、会議録にまとめ共有漏れがないようにしている。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
	Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a (b) c
	Ⅲ-3-(1)-② 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。	(a) b c
<p>評価概要：①法人ホームページによる事業所のサービス案内と共に、施設受付に理念・基本方針を記載したパンフレットを配置している。公共施設など多数の人が入手しやすい場所にパンフレットを配置することが望まれる。</p> <p>②サービス開始前に、重要事項説明書をもとにサービス内容や利用料金等を利用者及び家族に説明している。訪問介護標準契約書についても利用者及び家族に説明し契約している。</p>		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
	Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a (b) c
<p>評価概要：事業所の変更や家庭への移行等の対応は、介護支援専門員を通して訪問介護状況報告書を提供することで間接的に行っている。利用者や家族が契約終了後も相談できる様に、配布する重要事項説明書に相談窓口の連絡先や担当者を明記している。継続性の質向上のために、手順書の作成、引き継ぎ文書の作成及び文書の提供が期待される。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
	Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a) b c
<p>評価概要：事業所で定めた統一した様式を用いて利用者の心身の状況や生活状況を把握している。関係職員によるサービス担当者会議に参加し、得られた情報をもとに個別ニーズの抽出を行っている。アセスメントの見直しは3ヶ月毎に行っている。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
	Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a (b) c
	Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a) b c
<p>評価概要：①サービス実施計画策定の責任者としてサービス提供責任者に定めている。利用者・家族の意向を踏まえ、職員からの情報を集約しサービス実施計画を策定している。サービス実施計画作成の手順書の策定が望まれる。</p> <p>②サービス実施計画は3ヶ月毎を目標に定期的な見直しを行っている。また、利用者の状態に変化が認められれば、その都度見直しを行っている。変更されたサービス実施計画は、全職員の確認印によって周知を確認している。</p>		

## 福祉サービス第三者評価基準

## 【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目（訪問） 】

A-1 支援の基本		第三者評価結果
A-1-①	利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	Ⓐ・b・c
A-1-②	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
<p>評価概要：</p> <p>①利用者のADL、暮らしの意向、生活習慣、これまでの環境について面接を行うと共に、アセスメント表から確認している。利用者ができていることは見守り、自立支援に配慮した計画を作成し支援している。</p> <p>②利用者の個性を理解し、サービス提供前後に利用者の思いや希望を確認している。接遇の研修を行い、利用者の気持ちに寄り添ったサービスの提供に努めている。</p>		
A-2 身体介護		第三者評価結果
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①バイタルサイン測定や身体状況の安全性を確認し、利用者の意思を尊重しつつ入浴介助を行っている。湯加減や湯量、仲の良い人との同時入浴など心地よい入浴環境を整え、利用者のできない部分の支援を行っている。入浴介助の際明らかになった皮膚障害などがあれば直ちに介護支援専門員及び看護師に報告し問題解決に繋げている。入浴に消極的な利用者に対しては清拭で快の感情を引き出してから入浴に変更したり、利用者に応じた支援を行っている。</p> <p>②排泄介助は利用者の24時間の排泄状況を確認し、トイレでの排泄を目標に利用者の特性に応じた自立支援を行っている。特に排便の有無はチェック表を活用し、職員全員が周知する仕組みがある。</p> <p>③アセスメントシートやケアカンファレンスを活用して利用者のADLを確認し、利用者に応じた移乗・移動動作を検討し、適切な補助具を活用している。</p> <p>④褥瘡予防マニュアルを策定し、体位変換等を行い、予防及び早期発見に努めている。特に排泄回数が多い利用者には皮膚の観察と支援に努めている。また、皮膚の異常が認められれば、介護支援専門員、看護師に報告し問題解決に繋げている。</p>		
A-3 食生活		第三者評価結果
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用者の食事に関する希望や好みを尊重しながら献立や食器等の配慮をしている。また、季節を感じることでできるような旬の食材を取り入れたり、行事に合わせた工夫を行っている。</p> <p>②利用者の摂食・嚥下能力を観察し、食事の形状や調理方法を工夫している。利用者が可能な限り口から自分の力で摂取し、食べる楽しみが持てるよう工夫している。また、誤嚥等の事故を予防するために、日頃からマニュアルに基づいた学習を行っている。</p> <p>③口腔ケアマニュアルを策定し、利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。口腔内チェックにより口内炎や虫歯、義歯の不具合等を認めた場合は看護師・介護支援専門員に報告し、早期の歯科治療に繋げている。</p>		
A-4 終末期の対応		第三者評価結果
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要：</p> <p>①看取りの場として病院を前提としており、体調不良時は看護師を通して病院と連携を取り、入院するシステムとなっている。病状の安定している時期は利用者・家族の意向を尊重した介護支援専門員の計画及び介護マニュアルに基づき細やかな介護サービスを提供している。今後は高齢者の増加に伴い、病院での看取りのみでは不十分となることが予想されることから、終末期におけるケアについての研修及びマニュアルの策定が期待される。</p>		



A-5 認知症ケア		第三者評価結果
	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	(a) b・c
	A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	(a) b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用者の現在のADL、IADL、残存機能をアセスメント表に基づき点検すると共に、利用者の状態の変化に応じたサービスが提供されている。特に記憶障害は早期に出現するためサービス曜日や内容を分かり易く記入した用紙を居室内に貼ると共に、その都度説明を行っている。認知症マニュアルが整備され年1回のマニュアルの見直しを行うと共に、外部の介護職基礎研修に出席し、伝達講習を実施している。平成26年度は神奈川県で開催された2日間の研修に出席している。</p> <p>②冷蔵庫内の期限切れ食品の点検、ベットサイドの隙間にペットボトルやタオルを差し込み転落の予防など事故防止に努めている。また、ベット足元にセンサーを設置し、昼夜を問わず直ちに訪問している。喫煙室が設置され、喫煙時の見守りを行い、火による事故防止に努めている。事故防止のマニュアルが整備され、インシデントやヒヤリハットの報告書は職員間で共有し、事故防止に活用している。</p>		
A-6 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
	A-6-① 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。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用者の現在の心身の状況を毎月のモニタリング報告や職員会議の際に職員間で共有している。介護サービス計画書に基づき、利用者に応じた自立支援を目標にサービスを提供している。また、通所サービスを活用している利用者は看護師や介護支援専門員及び事業所と連携している。認知症の症状が認められる利用者について早期に介護支援専門員を通して主治医と連携し、早期の治療に繋げている。また、支援の中で利用者が自分で出来る動作を促すことで、持てる機能を最大限に使ってもらうように努めている。</p>		
A-7 健康管理、衛生管理		第三者評価結果
	A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a (b)・c
	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①毎日、看護師と介護職員がバイタルサインを測定し、体調の観察を行っている。高齢者の罹患しやすい病気や症状別介護マニュアルが策定され病気の予防に努めている。また異常があれば、フローチャート様式に作成された対応手順書を活用し、迅速に対応する仕組みが整っている。異常時の連絡先は一覧表に整備され、迅速な対応が可能となっている。</p> <p>②感染症及び食中毒のマニュアルが策定され、内部研修が定期的実施されている。職員の健康状態をチェックし、事業所内に手洗いマニュアルを掲示し、予防の重要性を意識付けている。</p>		
A-8 家族との連携		第三者評価結果
	A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。家族との相談は随時受け付け、希望があれば面談を行っている。</p>		
A-9 サービス提供体制		第三者評価結果
	A-9-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①職員会議及びカンファレンスで情報の共有を行い、職員全員にサービスの実施方法・手順等を周知している。訪問介護員が変更になった場合は利用者に連絡し了解を得ている。また、初回訪問時はサービス提供責任者と同行し、サービスの質の維持に努めている。その際、「同行訪問実施表」にサービス提供にあたっての留意点、活動内容、利用者の状況、サービス提供後の感想を記入し、サービス提供責任者からのコメントから、更に質の向上に努めている。毎月、利用者モニタリング報告書を介護支援専門員に提出し、介護支援専門員からの助言を受けることで、より適切なサービスの在り方を模索している。</p>		