

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：訪問介護仁風荘こうやまち	種別：定期巡回・随時対応型訪問介護看護
代表者氏名：管理者 永海 理恵	定員（利用人数）： 23名
所在地：鳥取県米子市紺屋町104-2	
TEL：0859-38-1765	ホームページ： http://www.yowakai.com/
【施設の概要】	
開設年月日 平成24年6月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人養和会 理事長 廣江 智	
職員数	常勤職員： 10名 非常勤職員 1名
専門職員	（専門職の名称）
	介護福祉士 9名
	介護職員初任者 1名
施設・設備の概要	（居室数） （設備等）

3 理念・基本方針

理念

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供する。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切に、共に歩み続ける法人を目指す。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取り組み地域に貢献する。

運営方針

1. 本事業は、その利用者がその居宅において、自立した生活が送れるよう適切なケアマネジメントに基づき、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助、相談、助言等を行います。そのことにより、利用者の社会的孤独感の解消や心身機能の維持ならびに利用者と家族の身体的、精神的負担の軽減を図ります。
2. 利用者の意思、人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行います。
3. 本事業の運営にあたっては、米子市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、他の居宅介護サービス事業所、その他の福祉、保健、医療を提供する事業所等との連携に努めます。

4 施設の特徴的な取組

- ・ 要介護者等の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、サービス等行います。ご本人やそのご家族の意向を踏まえ、利用者が 24 時間 365 日安心した在宅生活を送れるように支援することを目指します。
- ・ 利用者の可能な限り自立した日常生活を営めるよう、人権を尊重し、利用者のニーズに合わせたサービスを提供していくため、定期的なカンファレンスや勉強会で知識を深める。
- ・ 利用者や家族が継続して地域とつながり生活を送って頂けるよう市町村や他事業所との連携を目指します。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 12 月 1 日（契約日） ～ 平成 29 年 3 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施され職員は理解され支援されます。
- ・ 毎年度、利用者満足度調査が実施され、各施設の玄関等に掲示され家族等訪問された時分かるようにされています。
- ・ 職員の希望や定期的な異動も実施されており、一部署だけでなく、様々な事業所での活躍の場が持てる様提供されています。
- ・ 法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されています。
- ・ 職員は勉強会の参加し、認知症ケアについて理解され支援をされます。
- ・ 接遇研修に参加され丁寧な言葉づかい、利用者の気持ちを確認する、気持ちに寄り添うなど柔軟なコミュニケーション力で接し信頼関係を築いておられます。
- ・ ケアプランに沿ってケアマネ・医療機関指示書により支援されます。
- ・ 訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には家族、医師、訪問介護事業所、ケアマネに連絡する体制があります。定期的にケアカンファレンスや研修を開催し管理者はカンファレンス等による相談、助言が得られる機会を確保しておられます。

◇改善を求められる点

- ・ 重度化しても在宅生活を継続してく上で非常に重要な役割となるサービスとなります。定期巡回・随時対応型の訪問介護の専門性と重要性、そして地域の方に重度化しても住み慣れた街や家で暮らし続ける事が出来る事を発信されると良いと思います。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

今回、初めての第三者評価を受審となりましたが、審査を受けるにあたり、法人の理念をはじめ、取り組み内容の振り返りを行う機会となり、職員のモチベーションの向上につながったと感じています。高い評価を頂いたことは継続し取り組み、改善点については真摯に受け止めていく。

在宅生活を継続してく上で、非常に重要な役割となるサービスとなることを職員間で共有し、訪問介護の専門性と重要性を考え、地域の方に重度化しても住み慣れた街や家で暮らし続ける事などを発信していきたいと思えます。

今後も第三者評価を定期的に受審し、継続して職員全員で介護サービスの向上を目指して行きたいと考えています。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三評価結果（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

共通評価基準（45項目）

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・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の見やすい場所に「理念・基本方針」が掲示されています。 ・毎朝、事業所内で「理念・基本方針」を唱和されています。 ・新人研修（中途採用者研修）に於いて、理事長より「理念・基本方針」について説明を行う機会が設けられています。 ・ホームページや広報誌「きゃらぼく」で利用者、家族等にも示されています。 ・部署ごとの運営方針は、部門別実行計画に示されています。 		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
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 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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回、経営陣と部署長面談が実施され、自部署の経営状態（収支、コスト管理、経営課題など）について把握できる機会が設けられています。 ・月1回の仁風荘管理会議にて売上等について月次報告・分析が事務部長より説明されています。 ・介護・医療連携推進会議の折、米子市職員に参加頂き、その機会に今後の米子市福祉計画や他法人の取り組み状況について確認されています。 		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・経営陣以外の現場職員（管理者）にもマネジメントの重要性を意識付ける為に、今年度より新たにマネジメントの基礎として法人全体で経営に関する研修が行われました。 		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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 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
<コメント> ・法人の中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されています。 ・事業計画の「理想の姿」が中・長期計画の柱となっています。		
5	I-3-(1)-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。	a
<コメント> ・事業計画の「理想の姿」が中長期計画の柱となり、それを基礎として毎年の事業計画が作成されています。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 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
<コメント> ・毎年10月～11月の部署長面談にて各部署の目標や課題を経営陣と理解を深め、その目標や課題を基に次年度の事業計画等が作成されています。 ・各部署に於いても部門別実行計画が策定されています。 ・スタッフとの個人面談でも同様に部署での課題等を確認することにより、より現場の意見を踏まえた事業計画が立案されています。 ・事業計画は病院会議、仁風荘会議等の会議体でも周知がなされ、法人全体で理解を促すための取り組みを進めています。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<コメント> ・ホームページ等を利用し公表されています。また、介護・医療連携推進会議等に於いても委員の方々に配布し説明を行い周知が図られています。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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 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
<コメント> ・養和会として、ISO9001（国際認証規格 品質マネジメントシステム）を取得され、年に1回の内部監査、3年に1回の更新審査が実施されており、法人として、サービスの質の向上、サービスの質の担保に資する取り組みが継続して行われています。		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度、利用者満足度調査が実施され、その結果を法人内の品質管理委員会が分析、評価を行い、次年度の事業計画に反映させるシステムが導入されています。 ・部署長面談で改善案等を提案し、次年度の各事業所の取り組む課題を明確にしながら、次年度に改善するよう対応されています。 		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取り組みを明確にされています。 		
11	Ⅱ-1-(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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体として法令遵守責任者が定められ、任命・登録されており、法令遵守に対する態勢が整えられています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています。（今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施）。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施されています。 ・介護報酬改定時には事務担当者より改定項目に関する勉強会が実施されています。 		
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 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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度の職員満足度調査が実施されています。（今年度は平成29年3月に実施） ・毎年度の利用者満足度調査の実施、意見箱の設置など利用者、利用者家族が意見や要望を言いやすい体制を整え、サービスに反映させる取り組みが継続されています。 ・法人内研修も数多く企画され、職員の教育・研修の機会の充実が図られています。 		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・仁風荘会議にて、経営指針の1つとして「業務効率化」と「職員へのコスト意識」を徹底するようにされています。 ・ミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する時間を設けられています。 ・育児中の職員の対応として、出来る限り本人の希望や急な休みに対応出来るような人員配置が取られています。 ・就業規則にも時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。 		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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 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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材確保・定着については、法人本部で行われています。 ・ホームページ等を通じて各専門職種の採用を進められています。 ・各種専門学校等の実習を積極的に受け入れや学校訪問等行い、新規採用につなげる取り組みを継続して行われています。 ・職員の希望や定期的な異動も実施されており、一部署だけでなく、様々な事業所での活躍の場が持てる様提供されています。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人事考課制度、目標管理シートに基づき適正に人事管理が行われています。 		
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 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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年2回の健康診査、インフルエンザの予防接種の費用も法人負担となっています。 ・本人の意向に基づき、リフレッシュの為に連続休暇を事業所に於いて実施されています。 ・ストレスチェックも実施され、身体面だけでなく、メンタル面での養和病院との相談・連携体制も確保されています（精神科医、臨床心理士など）。 ・勤務形態の変更にも柔軟に対応しておられます。 ・福利厚生も充実されており、互助会も用意されています。また、法人が運営されているフィットネスクラブの利用も可能となっています。 ・法人の理学療法士等のリハビリ職による腰痛予防研修が毎年実施されています。 		

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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の人事考課制度、目標管理シートに基づき適正に人事管理が行われています。 ・年2回、部署長による個人面談も実施しています。 		
18	II-2-(3)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内で各種研修が実施されています。 ・研修内容の見直しについては、介護保険制度の改訂やニュース等を参考にしつつ、変更、見直しが定期的に行われています。 		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人内で各種研修が実施されています。 ・職員の経験年数や資格取得状況も管理されており、各々に合った研修等（初任者研修、1年次、2年次、3年次、4年次、5年次研修等）も実施されています。 ・介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。 ・仁風荘の他部署職員が外部研修に参加した際には伝達講習という形式で講師役を務めてもらい、自部署職員への教育の機会とされています。 		
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 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人（仁風荘全体）として実習生の受け入れを積極的に行われています。 ・学校等と打ち合わせを行い、学校が作成している実習マニュアル等に沿って実習が行われています。指導者に対しても研修等は行われています。 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護の場合、サービスの性格上、実習生の受入れは困難とおまわれます。 		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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 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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISO9001を取得し、経営の透明性も確保されています。 ・ホームページや広報誌等を利用し情報公開されています。 ・運営推進会議も年に2回開催され、委員等に情報公開されています。 		

22	Ⅱ-3-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISO 規程に基づいた経営・運営体制が整備され、年1回内部監査、3年1回更新審査も実施されています。 ・経営主体が医療法人である為、公認会計士等の監査による寄付行為（定款）に沿った適正な運営がなされています。 		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		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。		
23	Ⅱ-4-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との関わり方については「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に沿って進められています。 ・仁風荘全体として、仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭りが企画開催されており、住吉公民館祭にも参加されています。 ・仁風荘こうやまちとしては、月1回シニアマンションに於いて、健康教室を開催し、利用者や地域住民との関係性の向上に努められています。 		
24	Ⅱ-4-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・仁風荘全体として学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。 ・仁風荘こうやまちとしては、訪問介護の性格上ボランティアの受入れは難しいと思われま 		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護・医療連携推進会議を年4回実施し、米子市、地域包括支援センター、地域住民、利用者家族、関係機関等のサービスの情報共有が図られています。 ・仁風荘会議にて利用状況や他部署との連携が図られています。 ・事業所を取り巻く、必要な社会資源についてはリストアップされておられます。 		
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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に則り、事業所のスペースや相談機能は、地域に広く開放されています。 ・仁風荘こうやまちとしては、訪問介護の性格上、地域への還元は難しいと思われま 		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・仁風荘仁風荘こやまち独自の取り組みとして「健康教室」を継続して実施され、利用者や地域住民に向けた活動が行われています。 		

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「理念・基本方針」の掲示、唱和が行われ、職員に周知が図られています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています(今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施)。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修も実施されています。 ・身体拘束廃止検討委員会では、身体拘束だけではなく倫理的問題についても検討する機会を設けられています。 		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISO規程(個人情報管理規程など)に於いても定められ、サービス提供が行われています。 ・掲示物と重要事項説明に記載し、利用者、家族等にも周知が図られています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています(今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施)。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修も実施されています。 ・不適切な事案が発生した場合には、管理者並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。 		

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 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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人（仁風荘）として広報誌等を配布する等行ない、情報を積極的に提供されています。 ・シニアマンションこうやまち1階に受付に事業所を構えられており、随時パンレットの提供や情報提供が行われます。 		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用契約時には利用者、利用者家族に対して接遇マニュアルに基づき丁寧な説明を心掛けておられます。 ・サービス契約時にアセスメントに時間をかけておられます。 		
32	Ⅲ-1-(2)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等が行われる場合には、担当ケアマネジャーに情報提供を行い、スムーズ且つ継続性が取れるように配慮されています。 ・本人の心身の状態に合わせた訪問介護計画の作成を心掛け、関連事業所とも連携を図られています。 ・相談に関しては、管理者及びサービス担当責任者が主に行われています。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回利用者満足度調査が実施されています。 ・意見箱、意見用紙も用意されています。 ・介護・医療連携推進会議等に於いても、情報交換の場が設けられています。 		
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 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決マニュアルに従い進められ、法人内の体制も確立されています。 ・苦情・相談については法人として品質管理委員会を設置し、自部署だけで解決するのではなく、法人全体で解決していく体制が取られています。 ・利用者満足度調査、意見箱、介護・医療連携推進会議等で意見を収集されています。 ・契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。 ・介護・医療連携推進会議にて、委員の方に事業所内での事故や苦情についても説明されています。 		

35	Ⅲ-1-(4)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者だけではなく、スタッフへも相談できるような関係作りを心掛けておられます。 ・利用者満足度調査、意見箱等を始め、契約書、重要事項説明書等に於いても各種の相談や意見が述べられる体制がある事が記載され周知が図られています。 		
36	Ⅲ-1-(4)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度の利用者満足度調査の結果については、法人内の品質管理委員会が分析、評価を行いフィードバックされています。 ・自部署で頂いた相談、意見については、自部署内で検討され、自部署で解決できる事案の場合は速やかに回答、改善等が行われます。軽微な事案であっても法人内品質管理委員会に報告されます。基本的にすべての事案は法人の委員会にあげられ、法人としても検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。 		
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 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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としてリスクマネジメント体制が確立しており、リスクマネジメント規程も策定されています。 ・法人の必須研修としてリスクマネジメント研修も行われています。 ・法人として養和病院（医療機関レベル）と同等の安全対策が行われており、重大事故は発生していない。 		
38	Ⅲ-1-(5)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染予防対策マニュアルが策定されています ・法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されており、ノロ・インフルエンザ等は発生していない。 		
39	Ⅲ-1-(5)-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行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災マニュアルが策定されています。 ・シニアマンションとして年2回の防災訓練が実施されています。 ・災害時の備蓄については、法人本部で用意されています。 		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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 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。	a
<コメント> ・ ISO 規程に基づいたサービス提供を遵守されています。 ・ 内部監査により、サービス提供の質の維持が図られています。 ・ 契約書、重要事項説明書に於いても、利用者の尊重、プライバシー、権利擁護の姿勢が明示されています。		
41	Ⅲ-2-(1)-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
<コメント> ・ ISO 規程に基づき、年1回マニュアル類の見直しが行われています。 ・ 利用者満足度調査、意見用紙等にて利用者等からの意見もサービスに反映するようにされています。 ・ 部署内カンファレンスにて適宜、サービスの見直しを行っています。		
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 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。	a
<コメント> ・ サービス契約時にアセスメントに時間をかけ、訪問介護計画は策定されています。 ・ モニタリング、評価は毎月実施されています。 ・ 自部署職員のみで検討するのではなく、老健、病院職員との連携を密にし、多様な職種からの意見を参考にしつつ個別的なサービス提供ができるように努めてられています。		
43	Ⅲ-2-(2)-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。	a
<コメント> ・ 毎月のモニタリング・評価を本人の意向を踏まえながら継続的に行い、結果については担当ケアマネに送付されています。 ・ 事業所のプラン評価を基にケアマネとの相談を行った結果、ケアプランの変更がなされることもあります。		
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 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、職員間で共有化している。	a
<コメント> ・ 日々の引継ぎは申し送りノートを活用し、情報共有できる仕組みとなっています。 ・ 記録記載については入職時に記録マニュアルに沿った指導を行い、職員による差異が生じない様にされています。		

45	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
<コメント> ・ISO 規程に基づいた記録管理を遵守されています。 ・事業所内掲示物、重要事項説明書等にも情報開示について記載され、利用者等に説明されています。 ・職員は個人情報保護規定を理解し、遵守されています。		

内容評価基準（17項目）

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1-(1) 支援の基本		
A①	A-1-(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。	a
<コメント> ・ケアプランに沿って支援されます。アセスメントから病状把握、身体状況、意向、希望の把握をされケアマネ・医療・訪問介護と連携し病気の回復や身体の維持向上の支援をされます。		
A②	A-1-(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。	a
<コメント> ・接遇研修に参加しています。丁寧な言葉づかい、利用者の気持ちを確認する、気持ちに寄り添うなど柔軟なコミュニケーション力で接し信頼関係を築き介護・看護の支援が行われています。		

A-2 身体介護

2-(1) 身体介助		
A③	A-2-(1)-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。	a
<コメント> ・接遇研修にも参加されています。 ・担当者会議でサービス内容を話し合わせ、入浴前はバイタル測定や身体状況の確認をし安全に入浴支援をされます。		

A④	A-2-(1)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・利用者の身体状況や排尿、排便の様子を確認されトイレ・ベッド上で排泄支援が行われます。 		
A⑤	A-2-(1)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・移乗、移動マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・身体状況を確認され杖歩行、老人車、車椅子使用の時、安全を確認し見守り・介助等の支援が行われています。 		
A⑥	A-2-(1)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡予防マニュアルに沿って支援されます。 ・ケアマネ、医療機関より情報提供・指示書により必要な処置が行われます。 		

A-3 食生活

A-3-(1)		
A⑦	A-3-(1)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・利用者の病気の既往歴や意向、好みを把握され治療食が必要な時は説明され栄養に配慮され支援されます。 		
A⑧	A-3-(1)-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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・健康状態・栄養状態を把握され利用者の心身の状況に合わせて支援されています。 ・利用者のペースで食べられる事を尊重し配慮しておられます。 ・ケアマネ、ヘルパーステーションやシニアマンションの厨房と連携しておられます。 		
A⑨	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケアマニュアルに沿って支援されます。 ・自分で出来る方は一人で行ってもらいます。義歯の洗浄、口腔内ケアの指導をされ清潔を保たれ風邪・肺炎等にならないよう予防に努められます。 		

A-4 終末期の対応

A-4-(1)		
A⑩	A-4-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・終末期の対応マニュアルがあり手順に沿って支援されます。 ・入居時に利用者、家族に終末期を迎えられた場合の施設・事業所での対応・ケアについて十分な説明をされ対応方法・連絡方法を確認されています。 		

A-5 認知症ケア

A-5-(1)		
A⑪	A-5-(1)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の研修会に参加し事業所内でも勉強会等行われ、症状を理解され支援されています。家族や訪問介護員、ケアマネと連携されています。 		
A⑫	A-5-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアや身体拘束廃止の研修等に参加され学ばれています。 ・認知症の進行や症状をみきわめ医療機関・ケアマネ・訪問介護と連携し安心・安全に生活できるよう支援されます。 		

A-6 機能訓練、介護予防

A-6-(1)		
A⑬	A-6-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修会や勉強会等で学び利用者の心身の状況を把握されています。 ・機能低下の早期発見に努めケアマネを通じて医療機関等にもつないでおられます。ケアプランに沿って訪問支援を行い身体機能の低下がなだらかになるようケアマネや関係機関と連携され心身の維持向上や予防に努められます。 		

A-7 健康管理、衛生管理

A-7-(1)		
A⑭	A-7-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時に健康チェックを行い、異変があった場合には家族、医師、訪問介護事業所、ケアマネに連絡する体制があります。 ・薬の管理や声かけ、様子から体調変化がないか見守りをされます。 		
A⑮	A-7-(1)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症や食中毒の発生予防のマニュアルがあり研修や勉強会を行われ、理解され職員は周知されています。感染症の時季にはうがい・手洗い等で予防をされています。 		

A-8 家族との連携

A-8-(1)		
A⑯	A-8-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問時、要望等を話されたときは必要時ケアマネ、訪問介護に報告し連携されます。 		

A-9 サービス提供体制

A-9-(1)		
A⑰	A-9-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに沿って支援されます。 ・定期的にケアカンファレンスや研修を開催し管理者はカンファレンス等による相談、助言が得られる機会を確保しておられます。 ・サービス担当者会議等で家族、ケアマネ、訪問介護、訪問看護、デイサービスと連携しサービス内容を周知されています。 ・急変時の緊急連絡表があり対応をされます。 		