

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 チームヘルパーやすらぎの里
評価実施期間 平成27年4月14日～平成28年1月26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	鹿児島県鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成27年8月1現在]

事業所名称： (施設名) チームヘルパーやすらぎの里	サービス種別：訪問介護
開設年月日：平成 5年 2月 1日	管理者名：米丸 和孝
設置主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
経営主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
所在地：〒899-5543 鹿児島県始良市下名2992番地	
連絡先電話番号：0995-67-0577	FAX番号：0995-67-0577
	Eメールアドレス
http://www.abs-cc.co.jp/yasuragi/	yasuragi@po4.synapse.ne.jp

理念・基本方針

理念

プラス志向で豊かな創意「生き生きした介護」を目指します。

基本方針

- 利用者様の望まれる「輝く自己実現」を大切にいたします。
- 「させていただく」という謙虚な心で自分を磨きます。
- 積極・敏速・的確な仕事で協調性ある職員となります。
- 礼儀正しく、健康で、笑顔の専門職となります。
- 住み慣れたご家庭で安心して生活できるよう支援いたします。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

訪問時、体調の変化等の確認をし、精神的安定が図れるような対話の時間も作るようにしています。

[利用者の状況]

定員	人	利用者数	48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)	3	3	15	25	2

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)		17	15	9	4

区分	要介護3	要介護4	要介護5
人数(人)	2	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		
生活相談員						
機能訓練指導員						
看護師						
介護職員	2		6		3.9	2.5
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 常勤	0人 0人	採用 退職	非常勤 非常勤	0人 0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					6.6 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					6.3 年	
○常勤職員の平均年齢					49.9 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					48.3 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 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年4月14日(契約日)～平成28年1月26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)

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期的な目標が経営状況・人材確保・人材育成・施設整備・利用者満足度やサービスの質の向上等各面から検討され、数値目標化された計画となって策定されている。 ・過疎で一軒一軒の距離が離れているため事業ベースに乗りにくいことから、他の事業所の参入が見込まれない地域でのサービス提供を積極的に行い、地域のセーフティネットとしての役割を果たしている。 ・自宅の環境整備不良による支援困難事例に対して、介護支援専門員と共働で環境整備を行い、ADLの改善に繋げた地道な活動がなされている。 ・携帯電話を使用して利用者・家族との連携が24時間体制で行われており、利用者・家族の安心・安全の拠りどころとなっている。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各種マニュアルが策定され、利用者のサービス提供の質の維持に活用されているが、定期的に見直しを行い、サービスの質向上に繋がられることを期待したい。

5 第三者評価結果（共通項目）

6 利用者調査結果（別紙）

7 事業者の自己評価結果（別紙）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント（別紙）

当事業所は高齢化・過疎化する山間部に一番近い事業所であります。利用者までの訪問距離もだんだんと遠くなることが予想されます。街中にある他事業所と比較すると効率は悪くなりますが、これからの時代に必要な事業所として地域でのセーフティネットとしての役割を遂行していきたいと思っております。

今回、第三者評価を受けまして、各種マニュアルやサービス提供の質の見直し等行いました。第三者評価にて客観的に評価していただき、指摘された改善事項（マニュアルの客観的見直し等）を実施してまいります。

事業所だけでは、独善に陥りやすく今後も第三者評価受審を続け、より良い事業所を目指し職員一同、利用者・家族の安心・安全の拠り所であり続けられるよう頑張っております。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

(様式2)

H27年4月1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・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)・b・c
<p>評価概要 ホームページや広報紙・パンフレットに記載し広く周知に努めている。職員には研修の場で理念や基本方針に基づく支援をするように徹底している。また日常的に確認できるように身分証明書の裏に記載し、事業所内にも掲示し常時確認しあっている。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要 行政情報から事業経営をとりまく環境を確認しているほかに、法人が取り組んでいる各種の高齢者福祉サービスの利用動向等から、経営環境や経営状況を把握し分析している。月次利用者数の変動や潜在的利用者の開拓などの的確に把握している。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	(a)・b・c
<p>評価概要 毎月の利用状況や利用者動向、財務状況等の分析に基づき、利用者の介護支援分布で要支援が多く、要介護者が少ない状況であることなど課題を明確にし、経営効果の向上に取り組んでいる。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要 中長期的な目標が経営状況・人材確保・人材育成・施設整備・利用者満足度やサービスの質の向上等各面から検討され、数値目標化された計画となって策定されている。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要 事業年度の計画は中長期計画を踏まえ、前年度の結果を分析し目標を数値化して策定している。</p>		

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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画や前年度実績を分析して、職員で検討協議し、管理者の決裁を受けて決定している。職員は、計画の実現をめざして取り組んでいる。</p>		
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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>事業計画の周知については、月々の請求時に送付して周知を図ることになっているが、計画の全体像が理解できるような取り組みがなされると相乗効果が生まれるものとなる。</p>		

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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>研修会を定期的実施し、職員のスキルアップや資質向上への取組みがなされているが、サービスの質を評価する仕組みや、評価結果に基づく改善への取り組みを組織的・計画的に推進するため今回の第三者評価基準による自己評価が行われている。</p>		
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 (b) c
<p>評価概要</p> <p>第三者評価基準に基づく自己評価結果を分析し、取り組むべき課題が見えてきて、利用者増への取り組みやヘルパー募集など一部は取り組みをしているが、全体としては改善計画を立てる段階である。</p>		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

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) b c
<p>評価概要</p> <p>役割と責任体制については業務分担表や緊急連絡表、決裁規程等で明確にしておき、職員会議や各種研修会の場で指導・教育を行い管理責任を表明している。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法令遵守マニュアルを整備し、介護関連法令・人権擁護・虐待防止・労働関係法令等を遵守し質の高い福祉サービスの推進に取り組んでいる。経営者協会・老人施設協会等の各種研修会等に参加し、法令の理解を深める取り組みをしている。また、必要に応じ事務長等を研修会に派遣し、職員に周知する取り組みもしている。</p>		
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・Ⓑ・c
<p>評価概要 サービスの質の評価・分析を行うシステム作りに、今回の第三者評価基準に基づく自己評価から実施に取り組んだ段階である。職員の資質向上のための研修については年間計画の中にも組み込まれており、計画に基づき実施するよう推進している。ガイドヘルプ・喀痰吸引・経管栄養などの技能資格取得についても推進中である。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 経営のコストバランスを分析し、利用者状況や職員の配置状況、法人全体のサービスの動向を総合的に判断推進できる人的配置を行い、他の事業所との連携により経営状況の改善に取り組んでいる。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 福祉人材養成校の実習受け入れや、地域の人材発掘に力を注いでいるが、応募者難である。人材確保計画は確立し取り組みが実施されている。有給休暇の取得向上や人材の適材適所化を図っている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 期待する職員像が明示されている。職員に公表はされていないが人事基準により、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度を評価されている。</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 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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 所属介護職員に、勤務や研修等に関する意向調査をして、処遇改善加算・交通費・家族介護のための休暇制度など、出された意見を基に働きやすい職場づくりに向けて取り組みがなされている。</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。		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>個々人の資格状況をもとにして、研修に派遣し資格取得ができるように取り組みをしている。各事業所職員に共通する研修内容については、法人が全事業所を対象に一体的に実施する研修を受講するようになっている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人としての人材育成計画について、基本方針や計画が策定され実施されており、事業所としての基本方針も文書化されている。研修計画は毎月テーマを決めた年間計画が策定され実施し、外部研修はその都度状況により指名か応募で参加できるようにされている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎年度初めに法人の全事業所職員を対象にした全体研修が3回に分かれて実施され、職員一人ひとりが必ず研修に参加できるようになっている。また、新規採用職員には習熟期間にOJTもなされている。</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 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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>実習生受入れについての事業所として基本姿勢の文書化はされていないが、実習プログラムの作成・整備を行い積極的に取り組みをしている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページや公表用掲示文書等により情報の公開を行い、透明性の確保に努めている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>会計基準に基づき会計処理がなされ、税理士による指導助言も受けている。</p>		

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・b・c
<p>評価概要</p> <p>訪問給食の利用や地域包括支援センターや民生委員との連携支援、近隣の住民との連携支援など利用者が地域の人とのかかわりの拡大への取り組みをしている。地域の自治会が主催するいきいきサロンへの参加も働きかけている。</p>		
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・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域のボランティアの居宅訪問の働きかけを行っている。事業所としては、地域包括支援センター主催の徘徊模擬訓練や、小学校の人権教育等などに、職員を派遣している。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 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・b・c
<p>評価概要</p> <p>社会福祉協議会・診療所・病院・地域包括支援センター・民生委員等社会資源を明確にして連絡を取り、協力関係を築き支援を行っている。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>行政主催の認知症高齢者の徘徊模擬訓練に職員を派遣し、認知症になっても住みやすい社会づくりに事業所機能を社会還元している。地域住民のために法人が主催する介護支援や高齢者健康生活に関する講演会兼新年交流会にも参加している。ミニデイ、生き生きサロン等で介護研修を担当している。</p>		
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・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域の「婦人の家」や、地域主催の会合で、おむつの当て方、片麻痺の人への着替えの仕方など介護実習を行ったり、高齢者のいきいきサロンでも介護実習を行っている。</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。		
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 b · c
<p>評価概要</p> <p>本部で年に1回開催されている理念、基本方針に関する研修を受講すると共に、毎月の職員会議、毎週月曜日の朝礼、各種委員会の時に理念を唱和している。高齢者虐待防止マニュアル及び接遇マニュアルが策定され、身体介護マニュアル等の各種マニュアルに利用者尊重、人権擁護に関する留意事項が記載されている。また、初回訪問時は管理者が同行し、利用者を尊重した訪問介護の実際のモデルを提供している。</p>		
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 b · c
<p>評価概要</p> <p>プライバシー保護マニュアル、訪問マナーマニュアル、接遇マニュアルが策定され、利用者尊重、人権擁護の基本姿勢が明記されると共に、身体介護マニュアル等の各種マニュアルに反映されている。また、管理者との同行訪問時、利用者への留意事項を説明すると共に、職員の記録、職員会議で実践内容を確認している。不適切と判断される事例が生じた場合は、担当職員に対して個別に指導を行っている。</p>		
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 利用者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 b · c
<p>評価概要</p> <p>理念、基本方針、サービス内容を記載した法人共通のパンフレット及び広報を居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、民生委員に配布している。開設当初は、手作りの分かり易いパンフレットを作成していたが、現在は、利用者の需要に対して体制が対応不十分であるため、積極的に活用を行っていない。</p>		
31	Ⅲ-1- (2) -② 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。	a b · c
<p>評価概要</p> <p>管理者が重要事項説明書、利用契約書を用いて、利用者・家族に説明を行い、同意を得て書面に残している。意思決定が困難な利用者に対しては介護支援専門員と同行し、同意を得ている。また、理解が得られない利用者に対しては、管理者が訪問して説明を行っている。</p>		
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 b · c
<p>評価概要</p> <p>サービス内容の変更は、利用者のニーズに対応した内容となっている。施設入所により利用が終了となった場合には利用者情報及びサービス内容を要約した情報提供書を渡している。また、サービス終了後の相談は管理者が対応している。</p>		
Ⅲ-1- (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1- (3) -① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a b · c
<p>評価概要</p> <p>利用者満足度調査はサービス提供責任者2名が担当して行っている。また、訪問の度に利用者・家族の意向を確認すると共に、遠距離の家族とは電話を活用して利用に関する意向を確認している。職員会議で集約した内容を協議しているが、その結果や分析・検討した内容は記録として残されていない。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>相談・苦情・マニュアルを策定し、体制を整備して実施方法を確立している。利用者・家族に対しては重要事項説明書に苦情の受付について24時間連絡体制を確保していることを説明している。苦情・相談の多くは、直接職員に対して寄せられており、主任ヘルパーに報告して解決が図られている。その経過は相談受付票、相談記録票に記載され、相談者との合意事項、今後の計画・方針を明確にしている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者・家族に対して、相談・苦情窓口、連絡方法を記載した重要事項説明書を配布すると共に、事業所の玄関入口に貼付している。実際の相談・苦情の多くは電話で寄せられており、2名のサービス提供責任者が対応している。また、メールを希望される場合にはメールで対応している。</p>		
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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>相談・苦情に対応するためのマニュアルを整備し、意見や提案に対しては、迅速な対応が実施されている。その結果、利用者のサービスの質向上に繋がっているが、マニュアルの定期的な見直しには繋がっていない。</p>		
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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>本部の安全対策委員会が開催する研修会に参加し、緊急時対応マニュアル及び事故発生時対応マニュアルを整備している。ミーティングでヒヤリ・ハットの事例の有無を確認し、職員会議で発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討しているが、マニュアルの見直しまでには至っていない。</p>		
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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>本部の褥瘡・感染症対策委員会が開催する研修会に参加し、感染症・安全対策マニュアルを整備している。毎週の朝礼時に始良・伊佐地域感染症情報を共有し、職員に周知している。事業所独自の研修会を開催しているが記録が完備していない。また、マニュアルの見直しが定期的な実施されていない。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>母体施設が始良市の福祉避難所に位置づけられ、毎年、夜間避難訓練に参加している。災害時の連絡網を作成し、台風や大雨時は、利用者及び職員に連絡を取り、安否確認を行い、必要があれば介護支援専門員と連絡を取り、緊急の短期入所に繋いでいる。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>提供する福祉サービスは身体介護マニュアル、移乗及び移動介護・外出支援マニュアル、生活援助マニュアル、認知症ケアマニュアルとして策定されている。マニュアルには利用者尊重及びプライバシー保護の姿勢を明記すると共に、書庫に保管され、いつでも職員が手にとって活用できるよう配慮している。マニュアルに沿わないサービス内容が提供された場合、毎日のミーティングや職員会議で問題を共有し、改善できるよう支援している。</p>		

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 (b) c
<p>評価概要 提供しているサービスに対して、利用者・家族・職員からの提案をもとに、より良い内容に改善する仕組みはあるが、マニュアルの検証や見直しまでには至っていない。</p>		
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) b c
<p>評価概要 事業所独自のアセスメントシート3種類を用いて、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を把握し、記録が行われている。利用者・家族・介護支援専門員・他の専門職と共にサービス担当者会議に出席し、アセスメントに関する協議を行っている。その結果、明確となった利用者の課題解決のための目標や目標達成のための具体的対応策を策定している。その経過の中で、困難事例に対して課題解決が行われている。</p>		
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 (b) c
<p>評価概要 サービス実施計画書の見直しは利用者の短期目標の達成時期を目安に定期的に行われている。見直しの必要な場合は、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族・専門職が参加し意見交換が行われている。変更されたサービス内容に関しては利用者・家族から同意を得た上で、職員に対してはミーティングを行い周知している。緊急にサービス内容に変更が生じた場合は携帯電話を使用して連絡を行っている。</p>		
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、職員間で共有化されている。	a (b) c
<p>評価概要 利用者の心身の状況や提供されたサービスの記録は独自のチェック方式を用いて、記入し易く工夫が行われている。毎日のミーティング開催により利用者に関する情報を共有化している。緊急に伝えるべき情報が発生した場合には携帯電話を使用している。また、データベースと報告書はパソコン内に管理し共有化している。</p>		
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) b c
<p>評価概要 記録の管理責任者として2名のサービス担当責任者を定め、記録の保管・保存を行っている。利用者のプライバシー保護に関する規定に、個人情報の取り扱い、管理の方法、第三者への提供、情報の開示・訂正・廃棄について記載されている。職員に対しては、本部の施設内研修及び職員会議で研修を行い、規定と法令遵守を動機付けている。利用者・家族に対しては重要事項説明書の個人情報の利用目的を説明し、個人情報の使用に係る同意を得ている。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 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。	(a)・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。	(a)・b・c
評価概要 ①アセスメントの結果及び訪問時の状態を観察し、利用者の意向を確認しながら生活の支援を行っている。その結果、生活環境が改善し、できなかった調理への意欲が復活した利用者の事例を認めた。利用者・家族の希望に応じて金銭管理を行っている。その際、出納帳に記入した内容を家族は確認した上で、捺印を行っている。 ②訪問し対面した時の挨拶、笑顔、言葉遣いに配慮し、利用者が安心して思いを表現できるよう心がけている。毎年本部が開催している接遇に関する専門の外部講師の研修を職員全員が受講する仕組みがあり、記録が保管されている。また、「従業者訪問介護員の接遇マニュアル」が策定されている。	
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。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・b・c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a (b)・c
評価概要 ①利用者の当日の健康状態及び意向を確認し、入浴介助、清拭を行っている。利用者及び家族と協同して、浴室の安全確認・準備を行っているが、手摺及び滑り止めマット等の必要性があれば、介護支援専門員に情報を提供している。入浴後の水分補給、スキンケアは利用者の希望や季節に応じて行っている。 ②利用者の排泄に関する気兼ねを少なくするよう準備や声かけを行っている。排泄介助時に皮膚の異常を発見した場合は、家族及び介護支援専門員へ情報を提供している。 ③訪問時の体調に応じて移動・移乗時の見守り、手で支える等を行っている。手摺及び段差解消等の必要が考えられる場合は、家族、介護支援専門員に情報を提供している。 ④訪問介護計画に沿って、必要な褥瘡予防の体位変換、軟膏塗布、マッサージ等を行っている。座位時間の長い利用者で皮膚の異常が認められる利用者について介護支援専門員に情報を提供している。身体介護マニュアルの中に褥瘡予防の項目があるがマニュアルとしての策定が望まれる。	
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。	(a)・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。	a (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。	a (b)・c
評価概要 ①利用者の希望される献立を一緒に考え、調理している。料理本通りの献立を希望される場合は、可能な範囲で実施している。開設当初は調理の実習を行っていたが、現在はミーティングの時に調理方法に関する情報交換を行っている。 ②アセスメントで利用者の摂食・嚥下能力を確認し、調理方法に反映している。福祉給食の利用者について観察を行っている。誤嚥等の事故についてミーティング時に確認しているが、周知・徹底までには至っていない。 ③利用者の口腔ケアの方法はサービス提供会議で確認し周知している。口腔内異常が認められれば、本人・家族が解決できるよう情報を提供している。口腔ケアの研修は本部で開催されている歯科医による講話に参加している。	
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 (b)・c
評価概要 身体介護の最終章に「終末期の介護」が策定されている。終末期を迎えた場合の対応方法・連絡方法は、サービス担当者会議で確認している。医療機関や訪問看護事業所との連絡はサービス提供責任者2名が担当しており、利用者・家族の意向に応える体制は確立している。終末期のケアに関する研修は十分とは言えない。	

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職員全員が本部で計画される認知症研修会に毎年2・3回参加しており、認知症ケアマニュアルが策定されている。利用者のADL、IADL、残存能力の評価は日々観察し、変化の有無を確認している。周辺症状の認められる利用者に対しては、利用者の今の思いに寄り添い、共に居ることや、気分転換を図ることを心がけている。家族の過重介護が予測される場合は介護支援専門員へ情報を提供している。</p> <p>②プロパンガスの使用で火の始末に不安がある利用者に対して、介護支援専門員、家族へ情報を提供し、電気コンロに交換した事例が認められた。漂白剤や洗剤など口に入れる危険性の高い利用者に対しては、手の届かない場所に収納している。視力障害のある認知症高齢者に対しては、使用する物品を同一場所に保管するよう留意している。</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>移乗及び移動介護・外出支援マニュアルを策定し、利用者の有する能力に応じた自立支援を運営の方針に定めている。長時間座位保持の利用者に自宅でできる運動の方法を説明している。また、地域で開催されている「サロン」への参加を勧めている。閉じこもりや運動が必要と考えられる利用者については介護支援専門員に情報を提供している。</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訪問時は健康状態の観察を行い、異常が疑われた場合は、家族及び介護支援専門員へ情報を提供している。また、緊急時の連絡網を作成し、主治医・医療機関及び介護支援専門員への連絡体制ができています。ミーティングで利用者の健康状態について情報を交換している。高齢者の健康管理や病気、薬の副作用についての研修は十分とは言えない。</p> <p>②「感染症・安全対策等マニュアル」が策定され、日頃から手洗い・うがいが励行されている。職員が感染症に罹患した場合は勤務が禁止されているが、文書化まではされていない。</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>家族との相談はサービス担当者会議、毎月の報告書お届け時、及び連絡帳を活用して行っている。家族の健康状態は、訪問時に観察し、過重介護が疑われる場合には話を伺い、必要があれば活用できるサービス等の説明を行い、介護支援専門員へ情報を提供している。また、負担の少ない介護方法について説明を行っている。</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>サービスの実施方法や手順について、月1回開催されるミーティングで確認している。職員に必要があればサービス提供責任者が個別指導及び同行訪問を行っている。利用者の情報はミーティング及び電話やメールを活用して共有している。訪問介護員が変更となった場合の利用者への連絡は訪問と同時に行われているが、事前に行うことが望まれる。</p>		