

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：訪問介護 |
| 代表者氏名：管理者 永海 理恵 | 定員（利用人数）：19名（19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23年5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：12名 非常勤職員 0名 |
| 専門職員 | 介護福祉士 12名 |

③ 理念・基本方針

◎理念

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

◎基本方針

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・福祉を提供します。
2. 地域とつながり、職員を大切にし、共に歩み続ける法人を目指します。
3. 人にも環境にも優しい活動に取り組み、地域に貢献いたします。

◎2021年法人ビジョン

私たちは「心と体のリハビリテーション」を提供し、医療・介護・福祉の連携により地域を支えます。

◎サービス提供の考え方

- ・利用者のニーズも多様化している為、その方一人ひとりに合わせた柔軟なサービスを提供していく。
- ・定期的なカンファレンスや勉強会を実施し、日々知識・技術の向上に努める。
- ・利用者や家族が継続して地域との繋がりを保ちながら、生活を送って頂けるよう他の事業所との連携を図っていく。
- ・家人面会時には、日頃の利用者様の様子を報告するように心がけ、遠方の家人には電話等で日々の状態報告を行なっている。
- ・コロナ渦で面会制限になる期間が多かった為、ビデオ電話などで面会を行ったりして家人に会えない時期不安にならないような対応を心掛けた。

④ 施設の特徴的な取組

シニアマンションこうやまち壺番館の1階に訪問介護事業所があります。

マンション内の入居されている様支援・要介護の方に訪問介護が365日実施されています。

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を行われています。

職員体制も全員経験豊富な介護福祉士で構成されており、定期的な勉強会で知識を深めながら訪問介護が提供されています。

⑤ 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和2年12月1日（契約日）～ 令和3年3月31日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 4回（令和1年度） |

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

○利用者の可能な限り自立した日常生活を営めるよう、法人としてISO9001認証で培ったノウハウを活かして、品質管理委員会等を中心とした内部監査によりサービスの品質維持が行なわれています。

また、外部による福祉サービス第三者評価者の受審、年2回の地域の知見者と関係機関で構成された介護・医療連携推進会議でサービスあり方、地域ニーズの提言等を頂きサービスの改善等に反映しておられます。

○職員の健康面での対策、ワーク・ライフバランスの実施、人材育成と定着等、職員の心と身体への健康対策等を経営の柱として取組まれています。

○定期的に接遇研修を行ない丁寧な言葉遣い、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が築かれています。

○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を実施され利用者の人権を尊重する取り組みが行われています。

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が行われています

◇改善を求められる点

●今後の利用者増加に対応すべく、経験豊富な訪問介護員を中心に、訪問介護員の育成に取り組まれることに期待します。

●現在、防災マニュアル、感染症マニュアル等が整備されており、訓練も実施されていますが、令和3年度報酬改訂で示された事業継続計画（BCP）の策定に取り掛かれることに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

第三者評価をうける事で、あらゆる角度から法人及び事業所の運営を進めて行く上での課題や問題点を職員全員で共有する事ができた。

ご利用者が安心して在宅生活を継続できるように、評価の高い点については更に質を高められるよう研鑽を重ね、改善点については真摯に受け止め、今後も更なる介護サービスの質の向上に向けてより位相の努力を重ねて行きます。

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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（訪問介護）

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> <p>法人全体で、グループウェアを活用し情報のやり取りを行う中で、トップページに「理念・基本方針」が表示され、いつでも確認できるようになっています。</p> <p>また、新人研修・中途採用研修で、理事長より「理念・基本方針」について説明が行なわれています。</p> <p>事業所の見やすい場所に「理念・基本方針」を掲示されています。</p> <p>利用者・家族等には、サービス利用開始時に重要事項説明書を用いて説明が行なわれます。</p> <p>ホームページや広報誌「きゃらぼく」にも掲載されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>年2回、経営陣と部署長面談を実施し、自部署の経営状態（収支、コスト管理、経営課題等）について把握できる機会が設けられています。</p> <p>また、月1回の仁風荘会議に於いても、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。</p> <p>管理職研修で定期的に自部署の経営状態収支、コスト管理、経営課題等について話合いの場が設けられています。</p> <p>介護・医療連携推進会議の折に、市職員担当者より今後の米子市の計画や他法人の取組み状況について確認しておられます。</p> | | |

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| 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> <p>月1回、部署長会議、管理会議が行われ自事業所の運営状況の報告を行われ収支、コスト管理等課題分析を実施されています。毎日部署ごとに、稼働率・入退院などの報告サイボウズにて行っている。</p> <p>毎日部署ごとに稼働率・入退院等についてグループウェアを活用し報告され共有されています。経営層の現場職員に対しても、マネジメントの重要性を意識付ける為に、前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なわれています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>事業所計画の「理想の姿」が、中・長期計画の柱とした法人の中・長期計画、中・長期の収支計画が策定されています。</p> <p>中・長期的なビジョンは財務状況、利用者の稼働率、福祉サービス内容、人材育成等について策定されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の中・長期ビジョンに基づき、単年度の「訪問介護仁風荘こうやまち」事業計画・活動計画・収支計画が策定されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>事業計画は病院会議、仁風荘会議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組みが進められています。</p> <p>フロア会議に於いて詳しい内容をスタッフに伝達されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>事業計画は、ホームページを活用し公表されています。</p> <p>また、家族会で家族等にも報告しておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会として、ISO9001（国際認証規格品質マネジメントシステム）を取得され、法人として培ってきたノウハウを活かされた取組みが行なわれています。</p> <p>年1回品質管理委員会等を中心とした内部監査等、サービスの質の向上と担保に資する取組みが継続して実施されています。</p> <p>また、年1回福祉サービス第三者評価を受審しておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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れています。</p> <p>部署長面談にて自部署の目標や課題の評価、振り返り、改善案等を提案し次年度の事業所の取組む課題を明確にされ、次年度に改善されています。</p> | | |

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> <p>法人の職務分掌により、管理者が責任者と示され、管理・責任体制等が明確化されています。</p> <p>管理者不在時はサービス担当責任者に権限委譲を行い介護サービスの適正運営が行われます。</p> <p>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、取組みを明確にしておられます。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の各部署で法令遵守責任者が定められており、事業計画において、法令遵守と職業倫理の徹底を掲げ、コンプライアンス（法令遵守）の徹底に向けた取組が行われています。</p> <p>法人本部の専任教育担当による事業所毎の出前研修実施や相談窓口が開設される等、地域に広がる各部署の職員が研修を受けやすいよう仕組みが構築されています。</p> <p>また、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等、職員への理解を徹底するためのコンプライアンス研修が実施されています。</p> <p>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ます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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組が継続されています。</p> <p>毎年度の職員満足度調査を2月に実施されています。</p> <p>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。</p> <p>法人より訪問介護サービスの書籍を購入頂いています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>仁風荘会議にて「業務効率化」と職員の「コスト意識、電気使用量」意識の徹底が行われています。</p> <p>フロア会議時・ミーティング時に、業務改善に関する事項を検討する時間が設けられています。</p> <p>育児中の職員には出来る限り本人の希望や急な休みに対応できるような人員配置が取られており、就業規則にも育児休暇明けの職員に対して時短勤務規定を設け、働き易い職場環境となるよう整備されています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人が窓口となり、ハローワーク募集、ホームページ掲載、各種大学、専門学校等への積極的な訪問や実習生等の受入れ等、新規採用に繋がるための活動が行われています。</p> <p>職員に対する個人面談を通じて、業務に対する意見や受けたい研修や資格取得等を聞き取り、研修制度の充実や職場環境の整備等、定着に向けた取組が行われています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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> <p>法人として、人事基準が明確にされており、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。</p> <p>評価する側の各部署長が組織的に統一化された評価指標に沿って職員の評価を実施するための考課者研修も実施され、必要時や定期的（上半期・下半期）に各部署長と職員面談を実施している。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>就業規則に基づいた勤務管理（時間外管理、時短勤務規定、年次休暇、リフレッシュ休暇、産休、育児休暇明けの職員が働きやすい環境整備）が行なわれています。</p> <p>法人のフィットネスクラブの利用補助や法人の理学療法士による腰痛予防研修等、健康に関する取組みが行われています。</p> <p>また、職員のストレスチェック、健康診断、インフルエンザ予防接種等が法人の費用負担で毎年実施されています。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。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>人事考課制度と連動させた体制が構築されており、職員一人ひとりの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。</p> <p>部署長による個人面談も年2回実施されており、質の向上への指導・アドバイス等も行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の人材育成基本方針に基づき、法人の教育委員会による研修計画が策定されており、必須の教育・研修が行われています。</p> <p>法人内の各種集合研修以外にも、「シニアマンションこうやまち」内でも月に1回程度研修会を実施されています。</p> <p>また、教育委員会において、研修終了後は、教育後の効果測定が実施される等、理解度のアップに向けたチェックが実施され、より効果的な研修に向けた工夫が行われています。</p> <p>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。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>職員の経験年数、資格取得状況を踏まえた中・長期的な育成計画（経年別研修履歴の作成）に基づいた研修が実施されています。</p> <p>職員一人ひとりの研修計画は、職能や経験年数を考慮した階層別研修、職種別研修や各部署で必要なテーマ別研修等が計画的に実施されています。</p> <p>また、職種技術向上のための介護福祉士資格、介護支援専門員等の資格取得に対する研修支援や「シニアマンションこうやまち」として、毎月、接遇や認知等テーマを決めて、職員同士が講師役を務め勉強会が実施されています。</p> <p>また、外部研修等への参加した職員は、伝達講習の講師役を務めホーム職員に対して勉強会が行われています。</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 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人として実習生受入れマニュアルを策定し、積極的に実習生の受け入れが行われています。</p> <p>実習生への指導等に関する研修の実施による事前準備や実習受入れの際には、学校側の意思を尊重する等の調整を図り、実効性のある実習体験ができる体制が整えてあります。</p> <p>実習当日は、実習生名簿等の確認による実習前のオリエンテーションが実施され、人権尊重に対する意識やプライバシー保護（個人情報保護）や禁止事項等の説明が行ってから実習が行なわれます。</p> <p>現状、訪問介護こうやまち単体での実習生の受け入れは、サービスの特性の事もあり行われていません。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念・基本方針、法人概要、決算報告書、施設案内、提供する福祉サービス内容等 がパンフレット、広報誌きやらぼくやホームページで掲載され情報公開が行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>医療法人養和会として、公認会計士等による外部監査及び各担当部署への定期的な社内監査による透明性の高い事業運営が実施されています。</p> <p>当ホームの施設経営・運営、財務管理等は、法人本部の内部統制の効いた事業経営が実施されています。</p> <p>また、社内規定や各種のマニュアル・手順書等が現行化され、社内グループウェアの活用による職員がいつでも閲覧が可能になっています。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>地域との関わり方については、法人理念である「ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求」基本方針である「地域に貢献できる事業所」の考え方に沿った事業運営が進められています。</p> <p>法人としては、仁風荘さくら祭り、長寿を祝う会、夏祭り、住吉公民館祭を仁風荘全体として企画・実施・参加しておられます。</p> <p>また、法人が平成29年4月より養和病院前にオレンジカフェをオープンし、定期的に活用しておられます。</p> <p>マンションとしては明道公民館祭り・こうやまちカフェを開催・いきいき体操の開催し地域の方も参加し交流を深める場所になればと思い開放してこられましたが、今年度は、コロナの影響でほとんど実施できませんでした。</p> <p>地域イベント等についても、掲示板等へ掲載しておられます。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人としては、基本姿勢を明文化し、マニュアルも整備され、ボランティアの受け入れが積極的に行われています。</p> <p>シニアマンションこうやまちとしては、「こうやまちカフェ」の抹茶サービスへのボランティアの方に来て頂いていましたが、本年度はコロナ対策為、中断しています。</p> <p>訪問介護こうやまちとしては、サービス特性の事もあり、積極的な受入れは行われていません。</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 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>訪問介護事業所として必要な関係機関（かかりつけ医、病院、市役所、地域包括支援センター、警察、消防署等）を記載した緊急連絡一覧を作成され関係機関等との連携が適切に行われます。</p> <p>職員は緊急連絡一覧より緊急時対応が適切に行われるよう関係機関等と連携されています。</p> <p>仁風荘会議にて利用状況や他部署との連携も図られています。</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 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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>こうやまちカフェやいきいき体操の開催時に、地域の方にご意見・要望等を収集しておられます。</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。 | b |
| <p><コメント></p> <p>法人としては、理念・基本方針に基づき、地域交流ホールや体育館等の地域への貸し出しや仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭り等の開催や公民館祭の支援を仁風荘全体として企画・実施・参加しておられます。</p> <p>住吉公民館際では、居宅介護支援事業所とともに介護相談ブースを設置し、地域に活動に参加しておられます。</p> <p>マンションとしては明道公民館祭り・こうやまちカフェを開催・いきいき体操の開催し地域の方も参加し交流を深める場所になればと思い開放しておられます。</p> <p>今年度は、コロナの影響で祭りなど実施できませんでした。</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 |
| <p><コメント></p> <p>人権の尊重を柱とした「理念・基本方針」の揭示、法人の必須研修としての「人権保護」「リスクマネジメント」「行動制限最少化」「身体拘束」「個人情報保護」等の法令遵守に関する研修が実施され、利用者を尊重したサービス提供が行なわれています。</p> <p>法人内に「身体拘束廃止検討委員会」が設けられ、身体拘束への現状と対策に加えて、倫理的な問題についても検証・検討が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護や虐待防止のマニュアルも策定されており、法人の職員研修でプライバシー保護・虐待防止等の権利擁護の研修が毎年実施されています。</p> <p>重要事項説明書の説明時や掲示物で利用者のプライバシー保護等について利用者・家族等に周知が図られています。</p> <p>不適切な事案が発生した場合には、管理者、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。</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> <p>法人ホームページへの情報掲載、新たに作成された事業所パンフレット、法人の広報誌等を利用しサービス選択に必要な情報提供が行われています。</p> <p>シニアマンションの施設概要、サービス内容を利用者・家族等にシニアマンションの契約時や見学時にパンフレット等を使用して丁寧な説明が行われています。</p> | | |
| 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> <p>サービス利用契約時には利用者・家族等に対して、重要事項説明書に基づき、丁寧に分かりやすく説明を心掛けておられます。</p> <p>重要事項説明書、ケアプラン（訪問介護計画）等、利用者・家族等の同意を得て手順に沿って適切に契約を結んでおられます。</p> <p>利用開始後の介護制度変更及び利用者のケアプランの必要な変更時には、利用者・家族等へ具体的に変更内容等の説明が行われ、同意を得たサービス提供が実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>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、スムーズ且つ継続性が取れるように配慮されています。</p> <p>担当ケアマネジャーに情報提供を行い、施設、サービス事業所等変更の説明を行われサービスの継続の対応が行なわれています。</p> <p>また、変更や移行後に於いても当ホームへの気軽に相談でき、相談窓口についても、当ホームだけでなく法人内の「介護老人保健施設」の相談員にも相談できる体制がある事について、利用者・家族等に説明しておられます。</p> | | |
| 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> <p>法人の品質管理委員会による利用者満足度調査（年1回）が実施され、集計、分析が行なわれ課題等の対策等は、各事業所で適切に実施しておられます。</p> <p>また、各事業所にご意見用紙も用意されています。</p> <p>訪問サービス時や連絡ノートを使用して、利用者、家族との情報交換及び意見・要望を伺われるようにされています。</p> <p>シニアマンションこうやまち壺番館の食堂等による嗜好調査の実施や給食会議（毎月）での実施等、利用者の嗜好や健康状況（介護食、健康食、アレルギー食等）等に配慮した食事提供が行われています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決マニュアルに基づき、苦情相談窓口、責任者、第三者委員が設置されています。</p> <p>利用開始時に、重要事項説明書等を使用し、苦情解決の体制について詳しく説明されています。</p> <p>法人内に品質管理委員会が設置され、苦情解決については事業所だけでなく法人全体で取り組む体制が構築されています。</p> <p>品質管理委員会に於いて、毎月法人内全ての事業所に於ける苦情とその解決策について取りまとめられ公表されています。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者が相談しやすい個室での相談対応等、利用者・家族等が、気軽に相談できる体制が整えられており、日常的にどの職員でも気軽に相談できる事について伝えられています。</p> <p>日々に相談できるような関係作りを心掛けておられます。</p> <p>利用者満足度調査、フリーダイヤル、ホームページでの受付、事業者毎の意見箱設置等、利用者が多様な方法で意見が述べやすい体制が構築されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者からの相談、意見は、申し送りノート等で報告され、事業所内で検討や解決できる案件は速やかに回答、改善等が行われます。</p> <p>自事業所での対応や回答に苦慮する場合は、法人の「品質管理委員会」へ報告し、意見・要望に対する検証・検討による改善・解決に向けた回答等を利用者・家族等へフィードバックする体制が整備されています。</p> <p>利用者からの苦情・意見等についての改善対策等、法人内の会議等で職員へ周知され、品質管理委員会より、ホームページで苦情解決対応の公表が行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の「リスクマネジメント規定」に基づき、リスクマネジメント委員会によるリスクマネジメント研修が年1回実施されています。</p> <p>日常業務における事故・クレーム報告書やヒヤリ・ハットについても報告され、事案に対する対応と未然に防ぐ為の対策が検討されます。</p> <p>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、重大事故の発生はありません。</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 |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルが整備され、医療法人として、院内感染症対策委員会の設置による感染症の予防、感染症発生時の対策が組織的に取組まれています。</p> <p>また、外部からの感染防衛対策として、職員へのインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤判断による業務開始及び利用者が感染した場合の対応等に配慮された取組みが行われています。</p> <p>インフルエンザ・ノロウイルス等が発生しやすい時になると、感染症教育訓練（マニュアル配布等）の実施及びインフルエンザ・ノロウイルス罹患者を把握する為、チェックシステムによる感染対策の取組みが行われています。</p> <p>コロナウイルスの感染症対策として、もしも事業所から感染者が見つかった場合に備えゾーニングの対策をされました。レベル別による対応策についても訓練も行われています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>防災マニュアルに基づき、災害発生時の非常事態を想定した防災・災害・避難訓練等（年2回）の実施が行われています。</p> <p>災害時における職員の安全確認、利用者の安否確認ができる仕組みを構築すると共に、被害情報、被災支援対策や災害対策の備え（災害対策用の防災備蓄品等）等、法人本部との連携が実施されています。</p> <p>現状に於いて、防災マニュアル、感染症マニュアル等が整備されており、訓練も実施されていますが、令和3年度報酬改訂で示された事業継続計画（BCP）の策定に取り掛かれることに期待します。</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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人としての事業の品質目標として、クリニカルパスの充実に向け、当部署においても介護マニュアル、支援マニュアル等に沿った標準的なサービス提供を行うために、職員間で利用者全体の介護計画が共有や介護主任の指示・アドバイス等による利用者への援助・介助等が行なわれています。</p> <p>また、利用者担当職員以外の職員も全員で、利用者の心身の状況を十分観察しながら適切な作業手順等で安全を最優先とした介護サービスの提供が行われています。</p> <p>内部評価委員会の内部監査の実施によるサービス提供の質の向上並びに維持の取組みが組織的に実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>各種業務マニュアルについては、法人本部による定期的な見直しが行なわれています。</p> <p>毎月のスタッフ会議でケア検討会が実施され、ケアプランの評価・見直しが定期的に行われ、見直し内容については全職員が周知するよう心掛けておられます。</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 |
| <p><コメント></p> <p>契約時にアセスメントに時間をかけ、身体状況、在宅時の生活暦、病歴等把握され訪問介護計画を作成されています。</p> <p>支援困難なケースの取り組みとしては、当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サービス提供ができるよう努められています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>毎月のモニタリングを本人の意見も踏まえつつ継続的に行ない、担当ケアマネジャーに報告されています。</p> <p>報告の結果必要があれば、訪問介護計画の変更も行われます。</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、職員間で共有化している。 | a |
| <p><コメント></p> <p>介護ソフトのネットワーク化により、訪問介護計画や記録類については、パソコン、タブレット端末を利用して業務の効率化と共有が図られています。</p> <p>記録掲載については入職時に記録マニュアルに沿った研修や職場OJTによる取り組みが行われ、定期的に新人・現任者を対象とした勉強会が記録委員会により実施されています。</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 |
| <p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護規定に基づき、組織的に法令遵守の研修が推進されており、職員採用時には個人情報保護に関する誓約書を提出されています。</p> <p>利用者・家族等には、重要事項説明書を使用し、個人情報保護規程等について、説明が行なわれ同意を得ておられます。</p> <p>また、利用者の個人ファイルは、分かりやすく整理・整頓（保存期間5年間）が行われ、紙ベースの利用者記録等の保管は、施錠付き書庫で保存されています。</p> | | |

内容評価基準（定期巡回・随時訪問介護看護 17 項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| A-1-（1） 生活支援の基本 | | |
| A② | A-1-（1）-① 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>本人・家族や連携機関から心身の情報等を確認しながら、在宅での生活継続に必要な支援の訪問介護計画が作成されています。</p> <p>ADL動作のコツや環境の調整を図り、自立に向けた支援が出来るように心掛けておられます。</p> <p>利用者・家族に助言・情報提供し、自立へ繋げていけるよう多職種間との情報の共有・連携が図られています。</p> | | |
| A④ | 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者の尊厳の重要性やその人に適した技法を学び、安心へ繋げるように工夫されています。</p> <p>利用者の自尊心に配慮した丁寧な言葉使いや態度、筆談等も利用して対応されています。</p> <p>法人本部の接遇委員会等の研修計画によるコミュニケーションや接遇の勉強会を定期的に行なわれています。（年2回）。</p> | | |
| A-1-（2） 権利侵害 | | |
| A⑤ | A-1-（2）-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>法人が掲げる理念・基本方針の一つである、利用者の「安心・安全・安らぎ」医療・介護・福祉を提供するに沿った介護サービスが行われています。</p> <p>法人全体・仁風荘でも身体拘束委員会の勉強会が行なわれており、高齢者虐待、身体拘束について事例等を交えながら、身体拘束問題対策だけでなく、倫理的問題（権利侵害・虐待等）についても検討され、職員の共通理解が図られています。</p> <p>部署内に於いても、勉強会が行われています。</p> | | |

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 入浴支援を利用者の心身に状況に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>入浴介助マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。入浴時の安心、安全な介助（転倒防止、身体状況の変化）の注意点の確認を行い入浴方法の共有をされ統一した入浴の提供ができるよう支援されています。</p> <p>必要時動作方法等を確認され自立支援を配慮された入浴支援ができるよう取組まれています。</p> <p>利用者の体調不良等で入浴できない時は、本人に希望があれば日時の変更を行なわい入浴が実施されています。</p> <p>利用者の希望があれば同性対応にも対応されます。</p> | | |
| A⑧ | A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状態に合わせて行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>排泄マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。</p> <p>事業所内で勉強会を実施され再度ケアの振り返りを行われています。</p> <p>利用者の心身状況をアセスメントで把握しされており利用者個々の尊厳や羞恥心に配慮され清潔な環境で快適な排泄ケアが出来るように支援されています。</p> <p>排泄動作の評価・検討を行い一人ひとりにあった方法で支援され自立動作に繋がる支援を心掛けておられます。</p> <p>スキントラブルの発生リスクも高い為、清潔保持・観察も行われています。</p> <p>スキントラブルの発生時や排尿・排便の性状チェック時に異常があれば、早期対応ができるよう関係事業所と連携に努めておられます。</p> | | |
| A⑨ | A-3-(1)-③ 移動支援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> <p>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。</p> <p>日々動作の状態に柔軟に対応され出来る事は自分で行なって頂けるよう支援されています。</p> <p>利用者の状態にあわせ福祉用具の設置・使用等が出来るよう関係事業所に情報提供を行なわれます。</p> <p>設置・使用後も使用状況や経過について報告を行い適切な福祉用具使用に繋がるようにされています。</p> <p>必要時カンファレンスを行い、移乗、移動が安全で楽に行なえる動作方法を検討され職員間で統一した支援が出来るよう共有が図られています。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑩ | A-3-(2)-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> <p>マンション内の食堂でのサービス提供が殆どを占めている為、訪問介護員による調理などは実施してられません。</p> <p>入居時にアレルギーや禁忌の食べ物、朝パン食（選択メニュー）等の確認が行なわれています。必要時に関係事業所に嚥下状態の評価を依頼し、本人に合わせた食形態を提供できるようにしておられます。</p> <p>衛生管理や感染症対策に関する勉強会も定期的に行なわれています。</p> <p>地域の要望があれば、調理等の勉強会の開催を検討しておられます。</p> | | |
| A⑪ | A-3-(2)-② 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。 | a |
| <p><コメント></p> <p>利用者の嚥下能力や咀嚼状況に合せた食事形態や用具の選定が行われ、必要時家人に対して助言が行なっておられます。</p> <p>安楽な状態で食事をして頂くための、姿勢や足台等の使用し環境調整が行なわれています。</p> <p>必要時、カンファレンスを開いたり、関係事業所に飲み込み・介助方法の評価を依頼する等、利用者本人の状態に合った食事提供・介助方法に努めておられます。</p> | | |
| A⑫ | A-3-(2)-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> <p>口腔ケアマニュアルに沿って支援されます。</p> <p>ブラッシング等一人で出来る方は行なって頂き、磨き残しがないか確認や義歯の洗浄等を手伝われます。</p> <p>口腔内の傷・出血の有無・義歯の不具合などの観察も行われ異常があれば歯科受診・往診を促がされたり、家族への助言を行なわれています。</p> <p>口腔内の状態については、定期的にケアマネに報告を行い、事業所内でも不定期に勉強会を実施されています。</p> | | |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑬ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケア | a |
| <p><コメント></p> <p>褥瘡発生予防マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。</p> <p>排泄時、入浴時に皮膚状態を観察皮膚の清潔を保つよう努めておられます。</p> <p>皮膚状態に気付きがあれば関係事業所に連絡が行われます。</p> <p>必要に応じて関係事業所と連携して体位変換、ポジショニングや福祉用具の検討や評価が行なわれています。</p> <p>褥瘡発生予防、スキントラブル予防・改善に繋がるよう取組まれています。</p> | | |

| | | |
|---|---|-------|
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | |
| A⑭ | A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための を確立して、取組みを行っている。 | 評価対象外 |
| <p><コメント></p> <p>職員は、喀痰吸引・経管栄養の資格を持たれている介護福祉士ですが、当事業所では、喀痰吸引と経管栄養の実施登録申請は行われていません。</p> | | |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A⑮ | A-3-(5)-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> <p>日常生活の中で、生活リハビリを意識して支援が行なわれています。</p> <p>マンション内の活動として、月1回いきいき体操を実施され介護予防活動とされ取組まれています。</p> <p>マンション全体として「養和っは体操」（週2回木・金14時30分～）、スタンプラリー毎日開催され館内のウォーキングを促しておられます。</p> <p>現在コロナ対策の為、体操等は中断しています。</p> <p>訪問介護利用の方等は食後に廊下を歩かれたり、ゴミ捨てに行かれる等行なう等し、機能低下しないよう支援されています。</p> | | |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑯ | A-3-(6)-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> <p>認知症ケアの基本や新しい知識を習得できるよう定期的に勉強会が開催されています。（法人で専門知識がある方に年1回依頼）。</p> <p>必要時に事前に家族・介護支援専門員と話し合いを設け、危険回避の対応について説明し、承認を得ながら環境整備が行なわれています。</p> <p>できる能力を生かせるよう心掛け安心して生活できるように支援しておられます。</p> | | |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A⑰ | A-3-(7)-① 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、取組みを行っている | a |
| <p><コメント></p> <p>訪問時には、いつもと違う変化や体調不良時等の症状がないか身体観察が行なわれています。</p> <p>高齢者がかかりやすい疾患について、緊急時の対応などの勉強会が定期的に実施されています。</p> <p>状態変化がある場合、緊急時対応マニュアルに基づき対応されます。</p> <p>職員間で情報共有を行い、関係事業所へ報告して連携が迅速に対応されます。</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| A-3-(8) 終末期の対応 | | |
| A⑱ | A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。 | b |
| <p><コメント></p> <p>近年医療依存度の高い方、高齢の方が増えている為、年に1~2名程、終末期対応マニュアルに基づき、手順に沿ってターミナルケアの看取りが行なわれています。</p> <p>サービス開始前に関係事業所と話し合う機会を持ち、対応方法の確認が行なわれています。</p> <p>医師・訪問看護・家族と密に状態の変化等を報告し合い、すぐに対応できるような体制をとられています。</p> <p>家族には訪問時に急変し、最悪な状態になっている事もある事を説明し、承認された場合は必ず記録を残しておられます。</p> <p>終末期ケアに関しても研修会の参加や勉強会の実施も検討されています。</p> | | |

A-4 家族との連携

| | | |
|---|-----------------------------------|---|
| A-4-(1) 家族との連携 | | |
| A⑲ | A-4-(1)-① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>面会時等に家族へ身体状態を伝え、遠方の方は必要時に電話連絡が行なわれています。</p> <p>家族・本人に対しては定期的に介護サービスに対しての要望を確認し、その内容については、関係事業所で情報共有されており、その都度記録に残されています。</p> <p>不安を訴える家族に対しては、介護の助言を行い、負担軽減できるような声掛けが行なわれています。</p> | | |

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 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取り組みを行っている。 | a |
| <p><コメント></p> <p>必要時にケアカンファレンスを開催し、検討事項・対応方法等を職員間で話し合い情報共有が行なわれています。</p> <p>その内容については、関係事業所にも報告されています。</p> <p>初回サービス提供時は必ず、サービス提供責任者が同行訪問を実施し、確認・助言が行なわれています。</p> <p>利用者の担当は、複数の担当者が交代で実施されており、ケア前に申し送りノートの活用・新規利用者の情報確認を職員各自で行う事を定め、職員間で徹底しておられます。</p> <p>訪問介護員の急な休みや体調不良の時は緊急連絡表があり訪問介護員の変更対応をされます。</p> | | |