

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（居宅系サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	訪問介護ステーション ナービス守口平代	
運営法人名称	株式会社 かねでんジョイライフ	
福祉サービスの種別	老人居宅介護等事業（訪問介護）	
代表者氏名	管理者 北西 裕子	
定員（利用人数）	41 名	
事業所所在地	〒 570-0078 大阪府守口市平代町8番3号2階	
電話番号	06 - 7506 - 9370	
FAX番号	06 - 7506 - 9371	
ホームページアドレス	https://www.kjl.co.jp/care-service/vnc_nv_moriguchihiradai/	
電子メールアドレス	kitanishi-h@kjl.co.jp	
事業開始年月日	平成21年4月1日	
職員・従業員数※	正規 5 名	非正規 7 名
専門職員※	介護福祉士 5名 初任者研修修了者 3名 ヘルパー2級修了者 3名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 事務室 1室 ヘルパー待機室 1室（施設2階） 机 3台 長机 1台 書庫 3台 ノートパソコン 3台 複合機 1台 電話 1台 応接セット 1組	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	— 回
前回の受審時期	— 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

《企業理念》

私たちは、良質な介護・看護をはじめ、シニア世代の方々の暮らしを支える分野で良質なサービスの提供に努め、「自分らしい生活」を実現できる「安心」「安全」「快適」な社会の創造に貢献します。

《企業姿勢》すべては、お客様の声から始まる。

私たちは、お客様お一人おひとりの自分らしい生活と幸せの追及をサポートしていきます。そのために、お一人おひとりのニーズをいかにつかみ、どう実現するかを真摯に考えていきます。お客様が「価値」を感じて下さるのは、「サービス」の中身であることを常に意識します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・「かんでんジョイライフ カンパニーポリシー」として法人の企業姿勢・企業理念・経営方針・行動指針をわかりやすく詳細な冊子にまとめ職員に示し、またホームページで広く公表して、法人が目指すケアサービスを明らかにしている。

・「かんでんジョイライフ カンパニーポリシー」によるケアサービスが絵に描いた餅とならないように法人は、正規職員はもとより非正規職員に対しても個々の技能のレベルに合わせた年間個別研修計画を立て、全職員の能力の更なる向上に努めている。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和元年7月25日～令和2年1月20日
評価決定年月日	令和2年1月20日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理委員） 1801A019（運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・訪問介護ステーション ナービス守口平代は、サービス付き高齢者向け住宅「ナービス守口平代」（平成21年5月オープン）の入居者を主たる利用対象者として平成21年4月に隣接地の3階建て建物2階に「訪問看護ステーション 守口」（同3階）と共に開設された。建物近くには国道、前面には府道の幹線道路があり、商店街・スーパー・病院・クリニック、マンション・戸建て住居などが混在し、地下鉄駅・私鉄駅からも近い、生活に至便な地域に位置する。

・提供するサービス内容は、（1）訪問介護計画の作成（2）身体介護（3）生活援助とし、介護保険内サービスと保険外の上乗せサービスも提供している。また障がい者の外出同行支援サービスも提供している。サービス対象地域は守口市と大阪市市内全域としている。

・定員は設けていないが、現在の利用者は41名（男性11名、女性30名）で、内40名が隣接の高齢者向け住宅の居住者、1名のみが外部利用者である。

・職員構成は、管理者（サービス提供責任者兼務）1名、サービス提供責任者1名、訪問介護職員9名、事務職員1名である。

◆特に評価の高い点

・介護サービスの質の向上を目指す体制作り

法人の基本姿勢・企業理念・経営方針・行動指針を明確にした「かんでんジョイライフカンパニーポリシー」を入職時研修に職員全員に配付して習得させている。また、毎年のスキルアップ試験でカンパニーポリシーの習熟テストを実施している。

事業所の年間研修計画と共に職員個別の年間目標達成計画を立て、個々の技能を勘案した個別メニューで習熟すべき能力育成を図っている。

管理者は、毎年法人指定の「訪問介護事業自己点検表」を基に職員と共に提供したサービスの状況や内容について振り返り自己点検を実施し、翌年度の提供サービスに生かす体制がある。

介護マニュアルを作成しているが、利用者個別の手順書も作成し利用者一人ひとりに合わせた支援を行っている。

・リスクマネジメント体制

法人内の全訪問介護事業所内のこれまでの事故・クレーム事例を蓄積且つ分析して作成された「ナービス在宅支援危機管理マニュアル【事例集】」を活かした研修を実施して事故発生ゼロを目指している。

事業所内に転倒事故、感染症などが発生した時の対応マニュアルと共に職員の冷静沈着な対応を支援する仕組みとして「緊急時対応フローチャート」が整備され、その対応を学ぶ研修が年間研修計画に組み込まれている。

◆改善を求められる点

- 地域交流
介護度の高い利用者ほど訪問介護職員との会話が主で近隣住民と触れ合うことが少なく孤立しがちである。自治会にも加入できず、地域の情報に接する機会も限られているので掲示板以外に居室訪問時に地域内の行事案内などの情報を伝え、地域の人々と交流する場面が増えることが望まれる。
- 相談窓口
利用者、家族等が相談や意見を述べる窓口として重要事項説明書に事業所管理者名、市町村窓口、公的団体窓口は記載されているが、第三者委員が配置されていない。利用者、家族等が気軽に相談できる事業所外部の窓口として地区の民生委員等の有識者に第三者委員を依頼し、配置することが望まれる。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて受審しました。
第三者評価で問われている内容がよく理解できました。
(b) 評価がすぐに (a) にならなかったとしても、近づけられる努力は続けていきたいと感じています。

2019年4月～職員定着率は100%を維持しています。
共に働いてくれる仲間が安心して仕事を続けられるような仕組みづくりを今後も展開していきたいと思えます。

どの様に介護保険制度が改訂しても、崩してはならないルールは同じだと思うので常に問題意識を持ちつづけ挑戦したいと思えます。

◆第三者評価結果

- 別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「かんでんジョイライフ カンパニーポリシー」として法人の企業姿勢・企業理念・経営方針・行動指針を小冊子にまとめている。 ・全職員に入職時研修でこの小冊子を配付し、詳しく説明し周知を図っている。 ・毎年行われるスキルアップ試験においてもこのカンパニーポリシーについての設問があり、職員は再確認している。 ・法人のホームページにもこのカンパニーポリシーを掲載し、広く周知を図っている。 	
		評価結果
Ⅰ-3 事業計画の策定		
Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年、法人本部が次年度の運営基本方針を各事業所に示している。 ・当事業所でも前年度の定例会議やミーティングなどで話し合ってきた課題を基に法人の運営基本方針に沿って、地域に合った事業計画のたたき台を管理者が作成し、全職員に示し検討して、法人本部の承認を得るという過程を踏んで毎年事業所独自の事業計画を策定している。 ・事業所では、年度半ばの定例会議で職員と計画の進捗状況を振り返って、一部修正や次年度の課題抽出をしている。 	
		評価結果
Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、職員に重大な事故になる前のヒヤリハット段階で報告することを義務付け、提出された事例を毎週のミーティングやカンファレンスで職員と振り返り協議して改善策を講じている。 ・管理者は、毎年法人独自の「訪問介護事業自己点検表」で職員とも協議しながら当事業所を振り返り法人本部に提出している。 ・法人本部では、提出された自己点検表を社内の関係部署や他事業所で互いに「クロスマッチチェック」して問題点や課題を抽出している。 ・法人本部は、この自己点検表の社内での検討結果を基に内部監査を実施して、事業所の福祉サービスの質を評価し、更なる質の向上に向けて改善指導をしている。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、法人本部の内部監査により指摘された事業所の課題について職員と定例会議で改善策を協議検討をしている。 ・定例会議で議論、検討したことや改善策は議事録にまとめ回覧して周知を図っている。 ・直ぐにできる改善や接遇・介護手順などの課題は直ぐに取り組んでいる。 また、研修内容や職員定着など大きな課題は次年度の事業計画に取り込んで改善に努めている。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人では「職制職責権限規定」が制定されていて、管理者の役割や権限が明確にされている。 ・管理者、サービス提供責任者、主任クラス（2等級職員）は毎年交代で法人本部で実施しているCSR（Corporate Social Responsibility 企業の社会的責任）研修の受講が義務付けられ、事業所・管理職等の法令遵守、役割・責任などを学んでいる。 ・管理者等は、事業所のミーティングでその他の職員に法令遵守などの伝達講習を行って周知を図っている。 ・職員は、法人本部からの出張研修や外部研修で権利擁護や法令遵守について学び理解に努め実践につなげている。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、管理職以下職員全員が毎週定例のミーティング（月曜）、ケアカンファレンス（木曜）や研修（不定）に参加して、ケアの内容や課題について協議・検討を行い学んでいる。 ・管理者は、介護経験の浅い職員などに声をかけて面談をし、ケアの悩みや不安の相談を受けている。時には同行をして入浴などの身体ケアの手順などを指導し、不安を取り除くことに努めている。 ・管理者は、全職員にケアにおける自分の強みや弱みを明確にさせて自己の年間目標を自身で決めさせて個別研修計画を立て、個々の職員のケアの質の向上を目指している。 	

評価結果

II-2 福祉人材の確保・育成

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

a

(コメント)

- ・管理者は、「職制職責権限規定」により職員の就業状況、有休取得、健康状態などを把握し、職員の家庭環境や希望休に配慮して、職員が納得する勤務シフトを作成している。
- ・昨年より職員がまとまった5連休を取ることもできるようになり職員のリフレッシュにつながっている。
- ・管理者は、職員とは半期ごとの定期的な面談のほか、随時に面談して職員のケアの悩みなど様々な相談を受けて解決を図っている。
- ・毎年、職員の健康診断やメンタルヘルスチェックを実施し、心と体の健康を図っている。

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)-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

(コメント)

- ・職員全員が、年度末に自身の福祉サービスの強みや弱みを把握して、次年度の自身の年間達成目標を決めて、法人の定めるシートに個別研修計画を立てている。
- ・事業所の年間研修計画には、全員が受講する本部出張研修、本社研修、事業所内研修、外部研修などのメニューが用意され、職員全員参加研修や各自に合った研修に参加している。
- ・個別研修計画には職員個々の参加すべき研修や介護実技の個別研修メニュー設定され、職員は研修報告を管理者に提出し、個別にファイリングして研修実績が管理されている。

評価結果

II-3 運営の透明性の確保

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。

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

(コメント)

- ・法人のホームページには「かんでんジョイライフ カンパニーポリシー」として法人の企業姿勢・企業理念・経営方針・行動指針が明示され、提供する福祉サービスの内容が詳細に表明されている。
- ・入所希望者や問い合わせた方にはパンフレットを提示しているが地域に配布するまでには至っていない。
- ・法人のホームページには福祉サービスについての事業計画、事業報告、予算、決算情報を公開することを期待する。

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、利用者の近隣の商店街以外にも地下鉄を利用して大型商業施設での買い物などのため同行支援を行っている。 ・地域包括支援センターと共に市の推奨する「カラコロ体操」を地域の方にも参加を呼び掛けて利用者と実施している。 ・管理者が、地域の方に参加を呼びかけて認知症サポーター養成講習を開いたこともある。 ・利用者の中には掲示板の地域での催し物の案内に気づかず、知らない方もいるので職員が利用者訪問時には神社の祭りや市の催しについて話題にしたりチラシなどを渡すなどの工夫が望まれる。 ・利用者は自治会に加入をしていないので地域の情報を得ることが難しい。事業所として市や地域の情報を得るため自治会に加入して利用者に情報発信することを期待する。 	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が利用する病院、クリニック、居宅介護支援事業所、デイサービス、デイケア、社労士事務所などの連絡先や住所を記載したファイルが事務所にあり、管理者・職員はいつでも確認できる。 ・管理者・サービス提供責任者は利用者の状況に応じて、利用する病院や、クリニック、居宅支援事業所、社労士事務所、介護保険広域連合事務所等に連絡して報告、相談などの連携を取っている。 ・管理者・サービス提供責任者は、利用者の介護認定更新時に担当ケアマネジャー、担当医師、時には後見人などとカンファレンスを行っている。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・新入職員の入職時研修は、「すべては、お客様の声から始まる」で始まる法人の基本方針『かんでんジョイライフ カンパニーポリシー』を習得することから始まる。 ・毎年のステップアップ研修でも繰り返しこの「かんでんジョイライフカンパニーポリシー」の理解度を試されるので職員は何度も読み返して「すべては、お客様の声から始まる」の法人の精神を再確認している。 ・毎年の研修においても権利擁護についての研修があり、そこでも利用者の人権について学んでいる。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年間研修計画に権利擁護研修は2回、虐待・拘束・「かんでんジョイフルカンパニーポリシー」の研修は各1回が組み入れられている。 ・職員は勉強会を開き、ナース在宅支援危機管理マニュアル《事例集》の中からその時々解決が求められているテーマに合った事例を選び、日常の福祉サービス提供時に活かしている。 ・職員はサービス提供時には「接遇ポケットマニュアル」を携行し、行動の戒めになっている。 	

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。

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人ホームページに訪問介護事業所の情報を解りやすく紹介している。 ・書面の情報提供は片面印刷のチラシで簡単な案内で基本情報の記載はあるが、訪問介護サービスの詳細な内容や費用面までは表示されていない。提供するサービスについてチラシの見直しが望まれる。 ・サービスを提供しているの施設の入居希望者に、訪問介護サービスの内容を詳しく説明しているが、市役所や介護保険広域連合事務所に積極的な情報提供を行うために当事業所のチラシを置くことが望まれる。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用開始時には、利用者や家族等に重要事項説明書でサービスの内容、注意事項、利用料金などについてくわしく説明し、書面に署名捺印による承認を得ている。 ・居宅介護計画書を分かりやすくするために週間予定表を作成し、サービス提供内容を利用者・家族等に一目でわかる工夫をしている。変更時にもサービス提供内容の変更について同様に行っている。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回開催されるサービスを提供している施設の運営懇談会に訪問介護事業所の管理者・サービス提供責任者ほか常勤職員1名が参加して利用者・家族等と意見交換し、要望などはサービス内容に反映するようにしている。 ・サービスを提供している施設に入居している利用者に対して実施されている満足度アンケート調査の内容のうち、当事業所に関係する内容については、事業所内で協議検討して回答書を施設内に掲示している。 	

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。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に苦情解決のための事業所の体制と手順、苦情申し立て窓口として事業所の管理者名、市町村窓口連絡先、公的団体窓口連絡先を記載し、利用者・家族等へ利用契約時に説明している。 ・事業所では、苦情の申し出や訪問介護職員の報告があれば、管理者が直ちに当該職員に事実関係の事情聴取をし、利用者に確認して解決を図る。法人本部と担当ケアマネージャーにも経緯を報告する手順となっている。 ・苦情内容と協議内容、解決策は記録をし、回答書を施設に掲示して公表している。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では利用契約時に重要事項説明書で職員体制と職務内容を説明し相談窓口を紹介している。 ・利用者の住居施設の2階には相談室があり、利用者・家族等の相談を受けている。 ・利用者の住居施設の玄関に意見箱を設置し、また毎年11～12月に利用者の満足度アンケート調査を実施して利用者の声を聴く仕組みがある。 ・表出された利用者・家族等の相談や意見や苦情については、毎週のミーティングやカンファレンスで話し合い、回答を利用者に伝えている。本人に了承を得たときは回答書を施設に掲示して公表している。 ・第三者委員の設置を望む。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所には、「訪問介護クレーム解決マニュアル」「在宅支援危機管理マニュアル【事例集】」が整備され、管理者・職員は利用者・家族等から相談や意見の事案が発生した時に活用している。 ・重要事項説明書に掲載の手順通りに、訪問介護職員から報告を受けた管理者は、職員から状況把握をし、利用者に事実確認して毎週のミーティングやカンファレンスで情報共有して話し合っている。 ・苦情内容や解決策等は記録し、法人本部や担当ケアマネージャーに経緯を文書で報告している。 	
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護職員は、日々の業務中に生じる些細なミスでもヒヤリハット報告書として提出し、全職員で回覧し毎週のミーティングやカンファレンスで問題点を話し合っ今後の業務に生かしている。 ・事業所には、緊急時対応のフローチャートが整備されていて職員はそれをもとに行動している。 ・管理者は、日常業務管理表で金銭管理、個人情報、虐待、セクシャルハラスメント、介護サービス面などをチェックして管理している。 ・法人内の全事業所のこれまでの事故事例をまとめた「在宅支援危機管理マニュアル【事例集】」が整備され、毎年2回リスク管理の研修や日々の業務で活用している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護職員は、訪問時には携帯手指消毒液、マスク、グローブを必ず携行し、毎回サービスが終了、退出時に手洗いをして次の利用者を訪問している。 ・事業所では感染対応マニュアルと緊急時対応フローチャートを整備し、問題発生時にはそれに沿って行動している。 ・年2回感染症研修を開き、職員に注意喚起を行っている。職員は保健所での外部研修にも参加し、事業所内で伝達研修を行っている。 ・インフルエンザの予防接種は法人負担で職員全員に実施している。 	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の訪問介護サービス提供記録は利用者の居室に複写シートの形式で保管され、利用者や家族等はいつでも確認ができる。 ・過去の訪問介護サービス提供記録は事務所または法人本部の書庫に5年分が保管されている。家族等の要望があればいつでも確認ができる。 	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人内の訪問介護事業所共通の訪問介護マニュアルが整備され、それを基本に居宅サービス計画書に沿った日々の介護サービス手順書をそれぞれの利用者に合わせて作成し、各職員が手順書を携行して常に同じサービスが提供できるようにしている。 ・サービス提供責任者は、訪問介護サービス提供記録で確認し、サービスに漏れのある職員には個別に指導して計画通りのサービスが提供できることを目指している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供責任者は毎週木曜日のカンファレンスで担当職員のモニタリングや利用者の提供サービス記録を検証して内容や実施方法の見直しについて職員と話し合っている。 ・介護認定の更新月や介護計画の見直しを行うときは、個別カンファレンスを実施し居宅サービス計画書を改めて作成している。 	

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。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画はサービス提供責任者が作成するが、利用者一人ひとりの意向を把握するため関係職員で集まりアセスメントやモニタリングを行っている。 ・福祉サービス実施計画通りにサービスが提供されたかどうかは、サービス提供終了後に支援した内容を記録し、利用者から承認のため押印するという仕組みを取っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画は短期目標が終了する時期や、利用者の体調に変化があったときに利用者の意向を確認して見直しを行い、サービスが開始されるまでに同意を得るようにしている。 ・利用者の体調の変化や緊急に福祉サービス実施計画の変更が必要になったときの仕組みが整備されている。 ・福祉サービス実施計画が変更になった場合には、回覧して関係職員に周知している。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none">・記録の書き方に差異が生じないよう、年1回記録の書き方についての研修を実施している。・毎月管理者が記録の確認を行い、記録が不十分な場合には書き直しや個別指導を行っている。・必要な情報は申し送りノートを活用したり、回覧して共有している。	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none">・職員は個人情報保護に関する研修を受講し、取り扱いは慎重に行われている。・記録の管理責任者が決められている。・会社としてセキュリティーには細心の注意を払い徹底した管理が行われているが、文書管理規定の作成を希望する。	

高齢福祉分野【居宅系サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 職員はできるだけ利用者ができることは声掛けをしながら一緒に行なうよう支援している。 退室時には火元の確認や、安全の確保ができていないかを必ず確認している。 買い物代行を行う際には、必ず預かった金額と買い物した残金が間違っていないかを利用者と一緒にレシートで確認している。 職員が利用者の鍵を預かることは行わず、管理人がルールに従い適正に取り扱っている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> できるだけ会話の中から利用者の意向を聞き取るようにしているが、自分の意向が伝えられない利用者には表情や仕草から、また耳の聞こえにくい利用者には筆談を行いその人に応じたコミュニケーションの方法を取っている。 接遇に関する研修が定期的に行われており、利用者へは節度ある言葉遣い、自尊心を傷つけるような態度は認められない。 癌を発症し痛みのある利用者にはペインスケールを利用して痛みの度合いを理解するように努めている。 	

		評価結果
A-2 身体介護		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者一人ひとりに応じた手順書を作成し、安全に入浴ができるよう支援している。 入浴介助を行う際には、利用者の羞恥心に配慮した介助方法で行っている。 体が拘縮し浴槽に浸かるのが難しくなっている利用者も、安易に機械浴やシャワー浴にするのではなく、どうすれば安全に入浴ができるのかを職員皆で検討し、利用者全員が浴槽に浸かって入浴できている。 入浴前に血圧測定や熱がないか等健康チェックを行っている。入浴の可否の判断は事前に医師より指示を受け作成している、利用者個別の判断基準で決定している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 排泄の自立に向けた取り組みとして、オムツの利用者も1日1回は必ずトイレかまたはポータブルトイレに座り排泄が出来るように誘導している。 車椅子でトイレ誘導を行なった利用者が、安全に排泄が出来るよう、どの位置に車椅子を置くかを職員皆で共有している。 利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、排泄中はトイレの外で待機しているが、適宜声掛けを行い安全に配慮している。 排泄物に通常とは違う変化の見られた時には、介護支援専門員や利用者、家族、関係機関で情報共有を行なっている。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・安全に移動や移乗動作ができるように福祉用具の提案や、手すりの利用を勧めている。 ・使用している福祉用具が安全に利用できているか破損やメンテナンスの必要がないか等確認を行い、必要な時には報告している。 ・利用者の心身状況に変化が生じ、福祉用具の必要性や変更が必要になった場合には、利用者に助言し、介護支援専門員に情報提供を行っている。 	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時重症の褥瘡のある利用者がいたが、訪問看護と連携を図りながら完治させた実績があり、現在褥瘡のある利用者はいない。 ・危険予知トレーニングを行い、褥瘡にならないためのシーツの敷き方やクッションの当て方を検討している。 	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・仲の良い利用者同士で食べることもあるが、一人ひとりが自分の部屋で食事している。 ・利用者の体調に合わせて食事の形態は随時変更することができる。 ・職員で腎臓疾患のある利用者の食事が調理できるよう、腎臓食の調理実習を計画している。 ・目でみて食欲をそそるようペースト食からソフト食に変更した。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の健康状態に合わせて、柔軟にメニューや食事形態の変更を行っている。 ・嚥下しやすいように食事は座位で行うよう支援しているが、利用者の体調に合わせて体への負担軽減のためベッド上での食事を提案することもある。 ・誤嚥や食事中の事故について対応方法や連絡体制等をマニュアルにして情報の共有を図っている。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科受診が必要な利用者には受診を勧め、必要な情報提供を行っている。 ・職員に対して口腔ケアに関する研修が実施されていない。 ・口腔ケアの介助の必要な利用者に対しては食後や就寝前の介助を行っているが、自分でケアのできる利用者には口腔ケアは行っていない。 	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・看取りについて手順が明らかになっており、半年で5件の看取り事例がある。 ・月1回医療ミーティングが開催されており、利用者の状況を報告し、医師、訪問看護事業所、介護支援専門員との連携体制を図っている。 ・終末期の対応について適宜話し合いの場を持ち、職員皆が同じ思いであることを確認している。 	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に研修を行い、認知症の利用者の関り方について理解を深めている。 利用者が日常生活の中で掃除や洗濯物干し、片づけ、火の始末等職員は声掛けをしながら一緒にできることを行っている。 例えば弄便（ろうべん）利用者がいた場合等、なぜかを考え、排泄のリズムをつかむことに注力し気持ちよく過ごせるようなケアを行っている。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の取り組みとして事故を未然に防ぐよう、些細なことでもヒヤリハットに記入し、予見できる事故について検証を行っている。 洗剤など誤飲のリスクのある危険物は、担当の介護支援専門員や家族と相談し、居室で保管したり利用者の見えない場所に置く等、安心安全に生活できるよう環境整備が行われている。 	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 事業所内にあるサロン（談話室）で月2回職員と一緒にカラコロ体操をしたり、スクラッチアートや紙粘土クラブ活動への参加促しを行い、介護予防活動を行っている。 地域で開催される健康教室やサロン活動の情報を利用者に提供している。 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練を行うため、必要に応じて訪問マッサージの提案を行っている。 	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の体調変化に迅速に対応するために、フィジカルアセスメント（全身状態を査定するための手法）の研修を行っている。 常に職員は緊急時の対応方法や連絡方法が記載された手順書を携帯している。 緊急時には職員が勝手に自己判断せず、報告することが徹底されている。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> インフルエンザ発生予防のため、事業所の費用負担で職員は全員予防注射を受けている。また体調不良時にはシフト調整を行っている。 手洗い、うがいの徹底と、月に1回職員は便の検査を行い体調管理を行っている。 感染症のマニュアルが整備され、職員は利用者だけではなく終業後職員の家族にも感染症が発生しないよう、ユニフォームや靴下は自宅に持ち帰らず事業所で洗濯している。 	

		評価結果
A-8 家族との連携		
A-8-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族に対して利用者の状況は電話や訪問時に直接伝えているが、伝えた内容は記録していない。 ・家族が訪問される時間に合わせて訪問介護職員が訪問し、モニタリングを行い要望を聞く機会を設けている。 ・家族から要望があった場合に、介護に関する助言や研修の実施、地域の家族会の情報提供ができるよう準備することを期待する。 	

		評価結果
A-9 サービス提供体制		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護マニュアルだけではなく、利用者一人ひとりの手順書を作成し職員皆で共有している。 ・利用者の状況などの情報を共有するために議事録を作成し確認する仕組みが確立している。 ・訪問介護員が変更になる場合利用者に伝えられていなかったため、必要に応じて事前に伝えるようにしようと検討しており、早期実施を望む。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	訪問介護ステーションナービス守口平代
調査対象者数	41 人
調査方法	アンケート調査による。(アンケート用紙は、施設に依頼し利用者又は保護者に受取人払いの封筒を添えて郵送又は手渡しを依頼した。回収は直接調査機関に郵送の形を取った。

利用者への聞き取り等の結果 (概要)

訪問介護ステーションナービス守口平代を利用されている利用者41名を対象にアンケート調査を行った。34名から回答があった。回収率は83%でした。

満足度90パーセント以上は

- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で安心して生活できるようになりましたか。

満足度80パーセント以上は

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉を含めいつも適切で心地よいですか。
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。
- ・入浴は落ち着いて、ゆったりと入浴することができますか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか。

自由意見として

- ・感謝しています。今まで通りで、安心している。満足しています。などの声が大半である。
- ・老人は案外規則正しく生活しているので、訪問時間、終了時間は守って欲しい。
- ・担当者によってサービスの質が異なる場合がある。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等