

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 角 貴憲	利用人数：24名
所在地：米子市紺屋町 104-2	
TEL：0859-38-1765	ホームページ： https://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：13名 非常勤職員：0名
専門職員	介護福祉士 12名
	介護員 1名

③ 理念・方針

法人理念

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. 地域とのつながり、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、地域に貢献します。
4. 2025自部門・自部署ミッション：ご利用者様のニーズに沿ったきめ細やかなサービスを提供し、在宅生活を支援します。

運営方針

ご利用者お一人お一人の人格を尊重し、それぞれの方に適したサービスを提供し、ご利用者の住まわれる地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される事業所を目指します。

④ 施設の特徴的な取り組み

- ・シニアマンションこうやまち壱番館の事務所内設置された訪問介護事業所です。
マンション内の入居されている要支援・要介護の方が、可能な限り自立した日常生活を営めるように、人権を尊重しながら、利用者のニーズに合わせたサービスが365日体制で提供されています。

- ・職員体制もほぼ全員経験豊富な介護福祉士で構成されており、定期的なカンファレンスや勉強会を実施し、日々知識・技術の向上に努めておられます。
- ・年1回品質管理委員会等を中心とした内部監査等、サービス向上、サービスの質の向上に向けた取り組みが継続して行われています。
- ・利用者のニーズが多様化している為、その方一人一人に合わせた柔軟な訪問介護員のシフト調整等を行い、安全な環境で提供されています。
- ・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おられます。
- ・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掛け、遠方の家人には電話等で日々の状態報告が行なわれています。
面会用紙の記入・検温・消毒が行われ居室での面会が行われています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年2月17日（契約日）～ 令和7年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	8回（令和5年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- 有資格者9割以上を占め全員常勤職員として配置され、安心・安全なサービス提供が行なわれています。
- 利用者に合わせた訪問介護員のシフトや配置等の調整が行われ、本人の希望に応じたサービス日の変更が行われています。
- 同一建物内の利点を活かしたインカム・コールを使用しての迅速な応援要請や救急車要請を行ない利用者の体調変化等の緊急時対応が確立されています。
- 定期的な接遇研修を行い、丁寧な言葉遣いで利用者に寄り添った関わりで信頼関係を築いておられます。
- 働きやすく風通しの良い職場となるよう取組まれています。
タブレット導入による記録の効率化が図られています。
生産性向上委員会の設置を行ない、職員の業務負担軽減につながるよう取組まれています。

有給休暇習得の推奨も行われており、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場作りを目指しておられます。

○定期的に入権、身体拘束、虐待防止等の研修参加により権利侵害防止に努めておられます。

◇改善を求められる点

●現在、機能訓練は生活リハビリが中心になっているようですが、利用者が在宅生活を継続し、維持・向上を目指すために訪問リハビリと訪問介護員と一緒に機能訓練や予防ができる取組みに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

今回の評価結果にて高い評価をいただいた点は大変うれしく思います。

この結果を真摯に受け止め、評価いただいた点を更に向上させるとともに、改善を求められた点については、検討し改善に努めてまいります。

今後も利用者一人ひとりに寄り添い、質の高いサービスを提供できるよう、職員一同努力してまいります。

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
＜コメント＞ 医療法人養和会の理念・基本方針が明文化され、ホームページ・広報誌等で広く周知が図られています。 法人全体でグループウェアを活用し情報のやり取りが行われており、トップページに「理念・基本方針」が表示されており、いつでも確認できる環境です。 また、シニアマンションこうやまち壱号館の玄関ホールや事業所内にも掲示されています。 新人・中途採用者研修の際に、理事長より「理念・基本方針」について説明が行われています。 利用者、家族には重要事項説明書を用いて説明され周知が図られています。		

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
＜コメント＞ 法人に於いて国の動向、米子市の高齢者の推移・介護保険の情報等について、把握・分析され管理者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し合いの場が設けられています。 年2回の経営陣と部署長面談を実施され、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。 毎月の仁風荘会議にて、売り上げ等について月次報告・分析を事務部長より説明されています。		
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
＜コメント＞ 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づける為に、法人全体で経営に関する研修が行われています。 部署長会議、管理会議を月に1回行ない、運営状態などの報告・事業経営状況の把握が行われ		

ています。

毎日部署毎に稼働率・入退院の報告等、グループウェアを活用し報告されています。

毎月フロア会議を開かれ、部署長会議や管理会議での内容報告や経営状態をスタッフへ報告され情報共有されています。

在宅でのサービス提供を実施されている事業所が集まる会議を行ない課題の分析や取組みが行えるよう検討中です。

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＞ 理念・基本方針に基づいた法人のグループビジョンが示され、「訪問介護こうやまち」としての役割・機能を明確にした具体的な目標を設定した計画が策定されています。 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。		
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＞ 法人の中・長期ビジョンに基づき、事業所としての前年度の事業運営の評価分析を反映した単年度事業計画が策定されています。 2030ビジョンの浸透、利用者への安心・安全なサービス提供の向上、職員の人材育成等の研修計画が策定されています。		
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月の部署長面談に於いて、各部署の目標や課題等の共有が図られ、次年度に向けての目標や課題を基に事業計画が作成されています。 スタッフとの個人談でも同様に部署での課題を確認することによって、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。 職員の個別研修計画や法人の必須研修等が作成され、利用者へのサービス提供の向上、職員の人材育成等の計画が策定されています。 事業計画は病院会議、仁風荘会議の会議体でも周知され、法人全体で理解を促すための取組みが行われています。 事業計画の内容については年初のフロア会議で説明され周知が図られています。		

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。	b
＜コメント＞ 事業計画は、法人のホームページ等への掲載で広く地域等へ理解を深める取組みが行われています。 利用者・家族等に対しては、サービス調整時や訪問時に事業計画等について周知が図られています。 利用者へのサービスの向上につながる研修計画の項目や安心・安全な対応への取組み等を中心に周知される工夫に期待します。		

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＞ I S O 9 0 0 1（国際認証規格品質マネジメントシステム）の仕組みを活用したP D C Aサイクルに基づき、年1回品質管理委員会等を中心とした内部監査等、サービス向上、サービスの質の向上に向けた取組みが継続しています。 法人全体で毎年度利用者満足度調査を実施しサービス向上を目指して取組まれています。 職員は年1回自己評価、事業所としては福祉サービス第三者評価の受審を行うことで、振り返りの機会が設けられています。		
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
＜コメント＞ 利用者満足度調査の結果は、法人内の品質管理委員会で分析され次年度の事業計画に反映されています。 部署長面談に於いて、「訪問介護こうやまち」の施設課題を明確にする等、改善に向け取組まれています。 職員面談の際の自己評価の振り返りを基に取組むべき課題に向き合っておられます。 また、第三者評価の結果を基に、事業所として改善に向けて取組まれています。 訪問介護は自室でのサービス提供ですので、利用者とのトラブルに対応すべく専門職を配置し安心・安全な質の良いサービス提供できるよう取組まれています。		

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
＜コメント＞ 管理者としての管理・責任体制が明文化され、不在時の緊急対応の権限委任も明確にしております。 管理者は月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・運営に関する方針、取組みを明確にされ、毎月のフロア会議に於いて仁風荘会議の内容を伝え周知が図られています。 事業継続計画（BCP）も作成されています。		
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
＜コメント＞ 法人全体で法令遵守に取組み、体制が整備されており、最新の情報も職員に周知されるよう図られています。 法人として法令遵守責任者が任命、登録されています。 法令改定があれば法人内ネットワークに載せられ、周知が図られています。 年次計画としてコンプライアンス研修が行われ、個人情報に関する「個人情報保護法について」の研修も行われています。 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が実施されています。 介護報酬改定時には、事務担当や外部講師を招いて改訂項目に関する勉強会が開催されます。		
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
＜コメント＞ 管理者は訪問の際に、利用者・家族等から意見・要望等を聞き取りサービス向上につなげておられます。また、何でも相談してもらえることも伝えられています。 朝のミーティングや引き継ぎの際には職員の様子を確認され、コミュニケーションが取れるよう図られています。 毎年職員満足度調査を年1回行い働きやすい風通しの良い職場作りを目指しておられます。 利用者満足度調査、意見箱等で利用者・家族等からの要望をサービスに反映させる取組みも継続されています。 サービスの質の向上を目指し年間教育計画を作成され、法人内研修を数多く企画され、職員の教育・研修の充実が図られています。		

職員が参加しやすいように事業所内の勉強会は、日中の勤務中に実施されています。 法人より継続して訪問介護サービスの研鑽のための書籍の購入が行われています。		
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
〈コメント〉 仁風荘会議にて経営指針の一つとして業務の効率化、職員へのコスト意識を徹底されています。 日頃の業務の中で改善が必要だと思えば提案するよう、全職員に呼び掛け、フロア会議時・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が設けられています。 育児中の職員等、できる限り本人の希望や急な休みに対応できるよう人員配置が行われており、男性職員の育児休暇取得も推奨されています。 就業規則としても時短勤務規定を設け、育児休暇明けの職員に対して働きやすい職場環境になるよう図られています。 生産性向上委員会を設置され職員業務負担軽減に取り組まれています。 訪問時の記録はタブレットを使用され、パソコンと連動されています。		

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
〈コメント〉 法人本部より募集が行われており、ホームページへの掲載、就職説明会、ハローワークや専門学校、大学等への採用活動が行われています。 職員紹介制度による人材確保も継続して実施されています。 定期的に人事異動があり、様々な部署や事業所での活躍の場が提供されています。 事業所からの人材確保の希望については予算会議時に聞いて頂けます。 年2回の職員面談を通じて、職員の意見・要望の聞き取りが行われ対応されています。 職員の定着につながるよう研修制度、資格取得や福利厚生も充実しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
〈コメント〉 法人の「期待する職員像」も明確にされており、人事考課制度、給与規定、目標管理ノートに基づき適正に人事管理が行われています。 考課者研修も毎年実施され、考課者である各部署長による職員面談が年2回実施されており、個々の目標、課題、研修の希望等の聴き取りが行われています。		

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
＜コメント＞ 職員の働きやすい職場作りに向け、職員の意向を受け止めた勤務シフトが組まれています。 適正な時間外勤務の管理、有給休暇消化に取り組まれています。 各種休暇（年次休暇、産休、育休、育休明けの時短勤務・夜勤免除等）や勤務環境の整備に努めワークライフバランスのとれた業務運営が行われています。 出退勤時間が把握できるシステムを導入され、残業などのチェックが行われています。 また、職員へのストレスチェックが実施され、身体面だけでなく、養和病院とメンタル面の相談・連携体制が確保されており、精神科医・臨床心理士による心のケアも行われています。 法人としての福利厚生制度も充実しており、職員互助会、親睦会等や健康診断、インフルエンザ予防接種の実施や法人内のフィットネスクラブの利用補助も行われています。 法人の理学療法士による腰痛予防研修等の実施も継続して取り組まれています。		
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
＜コメント＞ 「期待する職員像」が明確にされており、職員一人ひとりの目標管理シートの作成や自己評価が行われています。 部署長面談で、職員一人ひとりの業務知識・技能スキルの把握や研修・資格取得に関する意向の聞き取り等が実施されています。 その面談内容を基に職員一人ひとりの育成に検討され研修等に反映されています。 また、事業所内に於いて、毎月職員が持ち回りで講師を務めるケアについての勉強会が解されています。		
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
＜コメント＞ 法人の人材育成基本方針に基づき、教育委員会において策定された研修計画に従い教育・研修が実施されています。 法人内の必須研修も行われており、研修内容の見直しも教育委員会で行われています。 現在 e ラーニングシステムも導入され、何度でも繰り返し見ることができる利点に加え、研修後のテストを実施し、理解度の向上に取り組まれています。 部署内でもテーマを決め、勉強会を実施しスキルアップに繋がられています。		
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
＜コメント＞ 経験年数、資格取得を踏まえた経年別研修履歴に基づいた教育・研修が実施されています。		

職員個別の研修履修簿も作成されています。 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。 特に、新任研修・中途採用者研修の職場ＯＪＴ研修等による研修から始まり、２年目～４年目研修、現任者研修、管理者研修等が計画に実施されています。 また、外部研修等への参加した職員は、伝達講習として講師役を務めホーム担当職員に対して研修内容等の勉強会が行われています。 介護支援専門員の更新時の費用は法人が負担され研修に行きやすい環境を整えておられます。 部署の勉強会の際には職員を主体に年間のテーマにそって講師を務められ、スキル向上が図られています。		
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。	評価対象外
＜コメント＞ 法人として実習生マニュアルが整備され、様々な実習生を積極的に受け入れられています。 マニュアルに基づき、指導者に対する研修の実施、事前準備や実習受入れ時の学校側の意向、プログラムの調整等を行い、実習が行われています。 訪問介護サービスの特性上、実習生の受入れは行われていません。		

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
＜コメント＞ 養和会ホームページ、広報誌、パンフレット等を活用し、法人、事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画予算・決算情報、相談窓口の連絡先等の公表が行われ、事業運営の透明性を確保する取組みが行われています。 福祉サービス第三者評価の結果については、ワムネットで公表されています。		
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
＜コメント＞ 過去にＩＳＯ規程に基づいた経営・運営体制の整備が行われており、内部監査管理規程等に基づき、事業所からは毎月の事業報告が実施され、年１回の社内監査が実施されています。 経営主体が医療法人であるため、公認会計士等の監査による寄付行為に沿った適正な運営が行われています。 財務管理、施設運営の適正かつ透明性が確保された事業運営が行われています。		

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
〈コメント〉 地域との関わりについては「理念・基本方針」「運営方針」に明記されており、住まわれる地域に開かれた、地域に愛される、地域に信頼される事業所を目指されています。 法人として、地域交流活動（仁風荘さくら祭り、長寿を祝う会、地域の公民館祭への参画等）を展開しておられます。 シニアマンション壱番館としては、防災訓練時を地域の方と一緒にこなされたり、「こうやまちカフェ」や「いきいき体操」への地域住民の方の参加者との交流等を深める取り組みが行われています。 希望があれば地域の公民館で行なわれているサークルや教室の紹介も行われています。 地域行事のお知らせがあれば、掲示板に掲載されています。		
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。	評価対象外
〈コメント〉 法人でボランティア受入れマニュアルが作成されており、それに基づき、ボランティア等の受入れが行われています。 法人としては学生ボランティアの受入れを中心に積極的に行っておられます。 訪問介護サービスの特性により、ボランティア等の受入れは行われておられません。		
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
〈コメント〉 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、ライフライン等）とネットワークを構築し、必要な社会資源との連絡も取れるよう「関係機関緊急連絡一覧」が整備されています。 仁風荘会議にて利用状況の把握等、居宅介護支援事業所との連携が図られています。		
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 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。	a
〈コメント〉 シニアマンション内でこうやまちカフェやいきいき体操、地域の方々にも参加して頂く防災訓練の際に地域のニーズの把握に努めておられます。		

近くで火災があった際に緊急に避難場所として受入れをされた事があり、災害時における高齢者の福祉避難所としてのニーズを自治会長から聞き取れました。		
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
＜コメント＞ 法人として地域貢献を目指し、地域交流活動（仁風荘さくら祭り、長寿を祝う会、地域の公民館祭への参画等）を展開しておられます。 平成29年4月にオープンされた法人によるオレンジカフェの開催も再開されています。 地域への法人施設の貸し出し（地域交流ホール・体育館等）が行われています。 シニアマンションこうやまち壱番館独自の取組みとして明道公民館祭りへの参加、こうやまちカフェやいきいき体操教室の開催が行われています。		

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
＜コメント＞ 「理念・基本方針」は事業所内に掲示もされ、利用者尊重のサービス、職業倫理について管理者から職員に説明・周知が図られています。 法人の必須研修として、毎年コンプライアンス研修、個人情報に関する研修、人権学習・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・法令遵守に関する研修が実施されています。 「身体拘束廃止検討委員会」「虐待防止委員会」が設置されており毎月会議を行ない、身体拘束、高齢者虐待だけでなく倫理的配慮における問題も検討する機会が設けられています。		
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＞ 法人の個人情報保護マニュアルに基づき、プライバシー保護にも取組まれています。 利用契約時に重要事項説明書を使用し個人情報の取扱いに関する説明を行い、利用者・家族等より同意を得ておられます。 記録物の扱い、職員間で利用者についての会話についても注意され、利用者名をイニシャルにするなど配慮されています。 排泄・入浴はマニュアルに従って行われており、特に排泄の場面ではそれぞれに応じた、声掛けや誘導を行いプライバシー保護に気を配られています。		

また、利用者の居室を訪問する場合に於いても、プライバシー保護等を意識したサービスの提供が行われています。 シニアマンションの入居者として広報誌に写真等が掲載される場合の許可も得ておられます。 不適切な事案が発生した場合には管理者、法令順守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡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
<コメント> 法人のホームページ、広報誌、パンフレット等でサービス選択に必要な情報を提供されています。 法人としての接遇マニュアルに基づいた丁寧な説明を心掛けておられます。 シニアマンションの見学時にパンフレット提供や各担当者がどのようなサービスができるかなど随時情報提供が行われています。		
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
<コメント> サービス開始時には、契約書、重要事項説明書等を用い利用者・家族等に対して接遇マニュアルに基づく丁寧な説明を行い、同意も得ておられます。 重要事項説明書の変更時にも、説明し同意を得ておられます。 訪問介護計画作成時、変更時にも同様に説明し同意を得ておられます。 初回訪問時には訪問介護員とサービス提供責任者が一緒に訪問されています。		
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
<コメント> 施設入所・事業所の変更の場合には情報提供書の提出やサービス担当者会議に参加して連携しておられます。 病院に入院の場合には、地域連携室に情報提供書を提出し安定した入院となるよう連携しておられます。 家庭への移行の場合には、家庭での介護の留意点を伝えおられます。 サービス終了後も、事業所に相談が可能であることを伝えおられます。 また、法人の「介護老人保健施設」の相談員にも相談出来る体制が確保されており、組織的に家族等への対応が行われています。		
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

＜コメント＞ 訪問サービス時、利用者に意見・要望等を伺うようにしておられます。 また、月１回サービス提供責任者による訪問時にも、意見・要望等を伺っておられます。 家族等には、面会時や電話連絡時に普段の利用者の様子を伝え、意見・要望を伺っておられます。 法人の利用者満足度調査が年１回実施され、結果は玄関ホールに掲示されています。 シニアマンションの意見箱等も活用され意見・要望を伺われています。		
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
＜コメント＞ 法人の苦情解決マニュアルに基づき、ホームでの苦情解決責任者・苦情解決担当者・第三者委員の苦情解決体制が確立されています。 利用契約時に利用者・家族等に対して、重要事項説明書を基に苦情に対する解決方法等の仕組みの説明が行われています。		
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
＜コメント＞ 管理者だけでなく、職員にも相談しやすい様に職員は利用者との信頼関係が構築できるよう日々努められています。 毎月のサービス提供責任者が訪問時に意見や相談を伺われたり、個別に相談されたい時は事務室の相談室や利用者の部屋での相談に応じおられ、何かあればいつでも相談して頂ける事を伝えておられます。 また、電話での相談も随時受けておられます。 自部署のみならず、介護老人保健施設の相談員にも相談できる体制となっています。		
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
＜コメント＞ 苦情解決マニュアルも整備されており、則した対応が行われています。 自部署に頂かれた相談等は自部署内で検討され、自部署内で解決できるものであれば、速やかに回答・改善が行われています。 意見は、すべて管理者まで報告され、対応に時間がかかる場合にはその旨伝えておられます。 職員は申し送りノートで確認されています。 自事業所だけでなく、法人内の介護老人施設の相談員にも相談できる体制も作られています。 軽微な事案であっても法人の品質管理委員会に報告され、すべての事案は法人の品質管理委員会が検討され、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
<コメント> 法人としてリスクマネジメント規程が整備されており、医療機関レベルの安全対策を実施されており、重大事故の発生はありません。 未然に防げるよう日々気をつけておられます。 事故発生時にはインカムやコールで応援要請や救急車要請ができる体制を整備されています。 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。 事故・クレーム報告の原因・分析・対策はスクマネジメント委員会で行われます。 すべての事案は法人品質管理委員会に報告され検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。		
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
<コメント> 感染症予防対策マニュアルが整備されており、医療機関レベルを介護部門にも適応した対応が行われています。 法人として医療機関レベルの感染予防対策が実施されています。 B C P（事業継続計画）に基づき体制の構築が図られています。 感染症が発生した場合は、マニュアルに沿い対応、モニタリングを行い、状況把握と共に2次感染予防が行われています。 ノロウイルス対応マニュアルがあり、発生時マニュアルに沿って対応されています。 毎年看護師による法人内の勉強会が実施されています。 部屋での面会が可能になっており、面会時には面会シートへの記入、検温、手消毒等をお願いされています。		
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
<コメント> 法人の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・避難訓練が年2回実施されています。 シニアマンション全体としての事業継続計画（B C P）が策定されており、災害時における利用者・職員の安心・安全確認、外出等の利用者の安否確認システムの活用により安否確認ができる仕組みや被害情報・被災支援対策など法人本部との連携、災害に備えての食料品等の備蓄や関係機関等の情報交換や通報等による防災対策が策定されています。 地域の方へも声を掛け、訓練に参加して頂かれています。		

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＞ 利用者への支援に関する各種マニュアル及び介護マニュアルに沿ったそれぞれの手順でサービス提供が行われています。 介護計画には利用者毎の注意点・配慮の記載もされており、職員間で利用者全体の介護計画を共有されサービス提供が行われています。 内部評価委員会の内部監査が行われ、各部署のサービス提供の質の向上に向けた取組みが法人全体で実施されています。 どのスタッフでも統一した手順や内容で行なえるよう、サービス開始前や変更時にはスタッフへ説明を行ない、情報共有されています。		
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＞ 法人の品質管理委員会や教育委員会により、毎年介護マニュアルの点検が行われ必要時には見直しが行われています。 部署内カンファレンスや日々のミーティング等で支援手順等の見直しが行われおり、ケアマネージャーに相談されています。 ケアの変更があればスタッフ間で情報共有が行われています。		
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＞ 定められたフェイスシートを活用し、必要項目の聞き取りや利用者の心身の状況等を確認し課題分析が行われています。 法人内の他事業所と連携を取り、多様な職種からの意見を参考にし、訪問介護計画を作成され、個別的なサービス提供ができるよう努めておられます。 支援困難なケースの取組みとしては自事業所の職員のみで検討するのではなく、介護老人施設、病院職員、訪問リハビリと連携を密にし、多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努められています。 モニタリング・評価は毎月行われています。 福祉用具の選定にも専門職の意見も聞かれています。 訪問介護計画書は利用者・家族に説明され同意を得ておられます。		
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	a

	いる。	
＜コメント＞ 月１回のモニタリングと評価を行い、本人の意向も踏まえながら、継続的に行ない、担当ケアマネに報告されています。ケアマネとの相談の結果、必要時ケアプランの変更が行われています。 ケアマネジャーの計画見直しの際、訪問介護支援計画書も見直されています。 訪問時には状態を確認され、サービス提供を検討されています。		
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、職員間で共有化されている。	a
＜コメント＞ 介護ソフトによって情報共有できる仕組みになっており、訪問時には、その場でタブレットを持って行かれ、その場でサービス内容の記録を入力され、システムにつなげておられます。 記録記載に関しては入職時に記録マニュアルに沿った指導が行われています。 定期的に新人・現任者を対象とした勉強会を記録委員会が実施しておられます。		
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＞ 個人情報管理規程に基づき、利用者の個人記録は、保存・保管・廃棄、情報開示が行なわれています。 利用契約時に、重要事項説明書を使用して「個人情報の取扱いについて」利用者・家族等へ説明が行われ同意を得ておられます。 職員新規採用時に個人情報保護に関する誓約書の提出が行われ、毎年、法人として全職員に個人情報保護に関する必修研修が実施されています。 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、同意を得ておられます。		

第三者評価結果（訪問介護）

内容評価基準（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		
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。	b
＜コメント＞ 利用者・家族等の意見・要望を取入れた訪問介護計画に基づき、利用者一人ひとり応じた柔軟な生活支援のサービス提供が行われています。		

本人・家族や連携機関から心身の情報等を確認され、本人がどのような支援を必要としているか把握され、自立した生活が継続できるように環境の調節等の支援ができるよう心掛けておられます。 利用者、家族に助言や情報提供をされ、自立に繋がられるよう多職種間との情報の共有・連携を図られています。 リハビリの希望がある場合には訪問リハビリを取り入れ、自立を支援されることも検討されると良いと思います。		
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
＜コメント＞ 利用者に対するコミュニケーションの基本姿勢として、年2回の接遇に関する勉強会に参加され、利用者の尊厳の重要性やその方に適した技法を学び、安心へ繋げるよう工夫されています。 認知症の方への言葉掛けに気を付けられ、言語障がいのある方とは筆談で会話をされています。必要以上に親しすぎる言葉遣いにならないよう接遇マナーには気を付けておられます。		
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
＜コメント＞ 利用者の尊重と権利擁護は福祉施設・事業所の使命・役割の基本であり虐待等の権利侵害を防止することは必須とされる事項として、法人のコンプライアンス委員会体制が整備され、利用者の権利侵害の防止に取り組まれています。 高齢者虐待、身体拘束について事例を交えながら、法人全体・仁風荘で身体拘束廃止委員会並びに虐待防止委員会に於いて勉強会を行い、人権を損なわないよう知識を深められています。 部署内での勉強会も実施されており、自部署でも委員会を発足され、毎月会議が行われています。 利用者との信頼関係が築けるよう心掛けておられます。		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(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＞ 入浴支援マニュアルが整備されており、安全に入浴ができる方法を検討され、介護計画に沿った支援が行われています。 入浴サービス提供時の注意点を含め、ケアについて関連事業所と連携を取り実施されています。 適切な入浴動作の評価や方法を共有し、統一したケアを提供するよう必要時動作方法等の確認を行い、自立支援を配慮した支援提供ができるよう取組みられています。 利用者の希望があれば同性対応し、安心・快適な入浴が提供できるように心掛けておられます。		

都合で入浴出来ない場合など、本人の希望があれば日時の変更も行なっておられます。 入浴前にバイタル測定や体調の確認を行ない、体調不良時や希望時は清拭や部分浴が行われています。		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄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＞ 排泄マニュアルが整備され、個々の身体状態を把握され介護計画に沿って、プライバシーに配慮した排泄介助が行われており、事業所内の勉強会でケアの振り返りが行われています。 羞恥心や尊厳に配慮して上で、利用者にとって清潔な環境で快適な排泄ケアができるよう支援されています。 希望があれば同性介助にも対応されています。 排泄動作の評価、検討され個々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。		
A⑨	A-3-(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
＜コメント＞ 移乗・移動マニュアルが整備されており、介護計画に沿った支援が行われています。 日々の状態に柔軟に対応し、できることは自分で行って頂けるよう支援されています。 その方の状態に合った福祉用具の設置と使用の提案を関係事業所にされており、設置後に使用状況や経過を報告されています。 福祉用具の専門家やリハビリスタッフと相談をされ、援助方法を統一し、利用者に説明されています。 必要時ケアカンファレンスを実施され、利用者にとって安楽な動作方法を検討され、職員間で統一した支援が行なえるよう取組まれています。		
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
＜コメント＞ 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等は実施してられません。 入所時にアレルギーや禁忌の食物、朝パン食であるか等、確認されています。 嗜好調査も行われています。 必要時に関係事業所に嚥下状態の評価を言語聴覚士（S T）に依頼され、利用者に合わせた食事形態を提供できるようされています。 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。 地域からの要望があれば調理等の勉強会の開催を検討されています。		
A⑪	A-3-(2)-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＞ 食事介助マニュアルが整備されており、アセスメントを基に利用者一人ひとりに対応した食事形態の食事が提供されています。 厨房にリクエストすれば、個々に対応じた食事形態、アレルギー除去食、病食等が提供されています。 毎月シニアマンションで給食委員会を開き、意見を聞かれ反映されています。 本人の嚥下や咀嚼状態に合わせ食事形態や用具の選定が行われており、必要時には家族に対しての助言もされています。 安楽な状態で食事をして頂くための姿勢や、足台等を使用した環境調整が行われています。 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され、本人の状態にあった食事形態、介助方法になるよう努めておられます。		
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
＜コメント＞ ケアプランに沿って必要に応じた口腔ケアの支援が行われています。 ブラッシング等、利用者自身で出来る事は行って頂き、出来ない方は準備や後片付け、ブラッシング後の磨き残しがないか職員が確認を行い、義歯等の洗浄を手伝われる方もおられます。 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われています。 口腔内の状態は定期的にケアマネに報告されています。 事業所内でも不定期ですが、勉強会を実施されています。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
＜コメント＞ 褥瘡マニュアルに沿って実施されており、法人の褥瘡委員会と連携されています。 排泄時、入浴時に皮膚状態を観察され皮膚の清潔を保つよう努めておられます。 皮膚状態に異常が見受けられた時は関係事業所に連絡が行われます。 理学療法士（PT）や看護職、福祉用具事業所と連携され褥瘡防止マットの対応、体位変換、ポジショニングや福祉用具の検討や評価を行い、褥瘡発生予防、スキントラブルの予防・改善に繋がるよう取組まれています。 現在は寝たきり状態の利用者はおられません。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	A-3-(4)-① 介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	評価対象外
＜コメント＞ 訪問介護こうやまちでは、介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施、登録申請を行っておられません。		

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
<コメント> 日常生活の中でマンション内の廊下を歩かれたり、できる家事を自分でして頂く等、生活リハビリを意識した支援するように心掛けておられます。 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。 理学療法士、訪問リハビリ職員による個々に応じた機能訓練、運動を指導してもらわれることにも期待します。		
A－３－（６）		
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
<コメント> 法人の必須研修として、認知症ケアの研修が実施されています。 事業所内でも。認知症のケアの基本や新しい知識が習得できるよう定期的にeラーニングを使用し、繰り返し学んでおられます。 必要時には家族やケアマネと話し合いの場を設け、危険回避の対応について説明し、承認を得ながら環境を整えておられます。 できる能力を活かせるよう心掛け、安心して在宅生活が継続できるよう支援されています。 個々のタイプに応じて対応ができるよう支援されています。		
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書確立し、取組を行っている。	a
<コメント> 緊急時対応マニュアル、対応フローチャートに基づき適切な対応が行われています。 緊急時には、事業所事務所が同一施設内あるので、インカムやコールで連絡を取り迅速な対応が行われています。 訪問時、いつもと違う様子や体調不良の症状がないか身体観察が行われています。 高齢者が罹りやすい疾患や緊急時の対応等の勉強会が定期的に行われています。 体調変化がある場合は職員間で情報共有を行い、関係事業所へ報告され連携が図られています。 服薬管理ができない方が多いため、事業所で預り服薬時に誤薬や飲み忘れがないよう食事の際に利用者に手渡しされています。		
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、取組を行っている。	a
<コメント> 終末期対応マニュアルがあり、手順に沿って事業所として対応できる事を行い、看取り対応が		

行われます。

近年、医療依存度の高い方や高齢の方が増えているため、年に数名の看取りが行われています。
サービス開始時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われています。

本人・家族等の希望があれば、主治医・訪問看護などと連携を行い対応ができるよう体制を整えられていますが、医療行為が増加してきた場合には対応できない場合もあります。

家族には急変され訪問時には、最悪の状態となられている可能性があることを説明され、承認頂いた場合は必ず記録を残されています。

終末期ケアの研修に参加や事業所での勉強会を実施されています。

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族との連携		
A⑱	A-4-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
＜コメント＞ 家族面会時に利用者の身体状況を伝え、遠方の家族へは必要時に電話報告されています。 本人、家族には定期的に介護サービスの要望を確認され内容は関係事業所で情報を共有され、その都度記録に残されています。 不安を訴えられる家族には介護の助言や訴えを傾聴し、負担軽減ができるような支援が出来るよう心掛けておられます。 訪問介護計画書を作成され、利用者や家族に説明し、同意を得ておられます。 また、計画変更時にも同様に説明され同意を得ておられます。 できるだけ家族との連携を密に取るよう心掛けておられます。		

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、取組みを行っている。	a
＜コメント＞ 定期的及び必要時にケアカンファレンスを開催され検討事項、対応方法等を職員間で話し合わせ情報共有が行われており、その内容については関係事業所にも報告されています。 初回サービス提供時には、必ずサービス提供責任者が訪問介護員に同行訪問し、サービス内容の確認・助言が行われています。 訪問介護員の急な変更時でも、複数の担当者がローテーションで訪問されていますので安定的なサービス提供が行えるようになっています。 申し送りノートを活用し、全職員が新規利用者の情報を確認出来るようにしておられます。 特記事項等があれば確認され、情報共有が行われています。		