

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 社会福祉法人 恵仁会ミニデイサービス 舷揮くん家  
 評価実施期間 平成30年10月12日～平成31年2月12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	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

## 2 事業者情報

[平成 30 年 11 月 12 日現在]

事業所名称： ミニデイサービス 舷揮くん家	サービス種別：地域密着型通所介護、第一号通所事業
開設年月日：平成22年11月1日	管理者名：水谷 あゆみ
設置主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：池田 志保子
経営主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：池田 志保子
所在地：〒893-0026	鹿児島県鹿屋市祓川町5204番地3
連絡先電話番号：0994-41-5566	FAX番号：0994-41-5656
ホームページアドレス	Eメールアドレス
<a href="http://www.kanoya-choujuen.jp">http://www.kanoya-choujuen.jp</a>	<a href="mailto:http://genki@kanoya-choujuen.jp">http://genki@kanoya-choujuen.jp</a>

## 理念・基本方針

## 理念

「自宅で生活されている、要介護者・要支援者の方が自宅や住み慣れた地域で安心し、今現在の生活を今後も継続できるように、身体機能や能力の維持向上を基本に考え利用者のニーズに添える介護を目指します」

## 基本方針

「自宅で生活されている、要介護者・要支援者の方が自宅や住み慣れた地域で安心し、今現在の生活を今後も継続できるように、身体機能や能力の維持向上を基本に考え利用者のニーズに添える介護を目指します」の事業所理念を基にその人らしい在宅での生活が維持、向上することを目指す。利用者本人にとって出来ること、出来ないことの見極めを行い各関係機関が連携を行い、多方面から包括的に支え、利用者一人一人が必要とし、望まれているサービスを提供する。

## 【施設・事業所の特徴的な取り組み】

- ①利用者のニーズ、ケアマネのプランを基に、個性性を高めた個別機能訓練の実施を行っている。
- ②中重度利用者への対応ができる体制を整え、リフト浴の使用、ノーリフト勉強会等を行い介護負担の軽減へと繋げている。
- ③地域密着型事業所として、地域へ貢献することが出来るように、地域行事への参加、子供や高齢者との交流サロンなどの取り組みを行っている。
- ④季節に応じた行事や、誕生日会、お菓子作り等を家族のような存在で寄り添っている。

## [利用者の状況]

定員	10人	利用者数	26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)	1	3	7	15	

## 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)			1	12	4
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	7	1	1		

[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		
管理者		1			1	1
生活相談員		2		1	1	1
介護職員	1	2		1	2.3	1
看護職員		1				
機能訓練指導員		1			1	1
事務職員						
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 常勤 1	人 人	採用 退職	非常勤 非常勤	人 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					2.6 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					2.6 年	
○常勤職員の平均年齢					38.8 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					38.8 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30年10月12日(契約日)～平成31年2月12日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成28年度)

### 4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域に根差した事業所 認知症相談窓口として「オレンジの窓」の設置、月1回、オレンジカフェの開催と高齢者・キッズとの交流会の開催、地域ニーズに合わせた出前講座、講師派遣など地域貢献活動が活発に行われています。運営推進会議において地域ニーズの把握、法人広報誌やげんき便り等で情報発信が行われています。</li> <li>・サービスの質の向上と経営の安定化への取り組み 利用者満足度調査の実施、第三者評価受審と評価基準に沿った個別評価と全体評価の実施と改善に向けた取り組みが積極的に行われています。 利用者には選ばれる事業所として、年間稼働率目標を86%と掲げ毎月の稼働率の集計と評価、職員間で共有し対応策の検討が行われ、利用者の確保と安定した運営を図る目的で情報発信と、利用者の興味のある活動を取り入れるなど積極的な取り組みが行われています。</li> <li>・人材育成の取り組み 教育担当者の配置と新人育成プログラム、リーダーの質を高めるプログラムと研修の実施、専門職のスキル研修など計画的な研修が行われています。無資格者ゼロへ向けた取り組みが行われ、人事考課での個人目標の設定と職員の目指す将来像を共有してキャリアアップの支援が行われています。</li> <li>・利用者本位の取り組み デイサービスの日課に沿って行動を強いるのではなく、その利用者の意欲や自立を大事にしたかわりを心がけています。利用者とのコミュニケーションの時間をつくり話を聞いたり思いや希望を引き出しサービスに活かす取り組みをしています。機能訓練士による在宅での機能訓練を家族と連携し、介護者の負担軽減につながっています。</li> </ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人として中長期計画が策定され事業所としてもそれに沿った取り組みが行われていますが、事業所として設備面や体制面などの中長期的計画の策定が望まれます。</li> <li>・事業所パンフレットは、利用者には選択肢を提供できるように、デフロアの設備・活動場面や機能訓練の様子等デイサービスのイメージが感じられるような文字の大きさ・写真・絵等の工夫を期待します。</li> </ul>
--

- 5 第三者評価結果（共通項目） 別紙
- 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

**第三者評価結果に対する事業者のコメント**

○地域密着型事業所として、地域へ開放したオレンジカフェや、キッズとの交流会を通じて地域ニーズの把握を今後も行い、情報発信を継続して参ります。

○サービスの質の向上についても、職員が舷揮くん家の人財として、一人一人が考え、力を発揮できる事業所となるよう、精進して参ります。また、小規模事業所の強みを十分に発揮できるように、ご家族、ご利用者が安心した在宅生活が継続でき、個別機能訓練の効果が見えるよう今後努めて参ります。

○改善点については、事業所における中長期計画を策定し、年度初めに広報誌として見える化して参ります。又、パンフレットについては、写真を多く活用し、利用イメージが図れるものを、2019年度中にリニューアルいたします。

## 福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

## 【 共通版 】 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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画に基本方針及び基本理念として、基本理念・介護理念・経営理念を掲げ記載、パンフレットには介護理念を記載している。理念は法人理念に沿った内容となっており、朝礼時の唱和、ネームホルダーへ携帯、各種会議等での振り返りで周知を図っている。利用者や家族等へは、利用開始時にパンフレットや重要事項説明書で行い、継続利用等へは年次毎の家族会等の時に事業計画書等で周知が図られている。</p>		

## Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者結果
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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人として社会福祉事業の動向、各種福祉計画の策定動向と内容については、経営会議、在宅会議において分析、課題等の共有が図られ、在宅会議ではコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析が行われ事業計画に反映されている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>毎月の在宅会議で稼働率や目標達成度の課題分析が行われ、デイ会議で情報の共有と経営課題解決への具体的な対応策について話し合われている。休みの原因分析を毎週情報発信し稼働率アップにつなげるなど具体的な取り組みが行われている。経営状況や改善すべき課題については定期的に開催される理事会や評議員会で報告、共有されている。定期的に開催される4デイ会議において情報交換が行われ事業所の運営に反映させている。</p>		

## Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者結果
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・Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>法人全体として2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクト、3年毎の経営戦略計画が策定されている。3ヶ年経営戦略の実施状況は数値目標や具体的な成果など設定されチェックできる内容となっており定期的に評価・見直しが行われている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画に沿った単年度計画が策定されており、年度目標として、稼働率年間目標、利用者への処遇・ケアの質の向上、地域に根差した事業所、職員処遇を掲げ、数値目標や具体的な取り組み、年間行事計画、研修計画が記載されている。数値目標や具体的な成果が設定され実施状況の評価を行える内容となっている。</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>事業計画はデイ会議において職員全員で前年度の事業計画の実施状況を基に進捗状況や事業収支などの評価、検討が行われ策定されている。数値目標については毎月のデイ会議において確認と対応策の検討、上半期、下半期毎に実施状況の把握と評価・見直しが行っている。</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>事業計画は家族会で配布、不参加者には送付して周知している。行事ごとに案内を出し参加を促し、2ヶ月毎に発行される「げんき便り」に写真を交えて実施状況の報告を行っている。</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>事業計画に利用者への処遇・ケアの質の向上を掲げ、興味関心シートにてアンケート実施や情報の共有、職種に応じた研修と情報の共有など具体的な取り組みを記載、上半期・下半期毎に評価、見直しが行われている。また、総括的事項・人権、自由・安全、快適・日常生活の4つの区分の評価基準を基に個別評価と全体評価を行っている。第三者評価も定期的に受審し改善に努めている。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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>家族会において10項目の満足度調査を実施、アンケート結果は集計されデイ会議において話し合い、指摘事項の改善策の検討が行われ結果は家族へ報告している。アンケート実施し、利用者一人ひとりの結果を分析し通所介護計画書に反映させ、全職員で共有を図っている。</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>事業計画にて経営・管理に関する方針と取り組みを明確にしている。職務分掌、運営規定に役割と責任について記載、表明している。有事における役割と責任、苦情対応時における役割と責任について、不在時の権限委任を含め明確化し、職員会議や日常的な業務開始、終了時等に指示・指導している。</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。	(a) · b · c
<p>評価概要</p> <p>法令遵守規定が策定され、外部研修や内部研修にて理解と周知を図っている。管理者は法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会への参加、法人としての内部監査の実施、事業所にアルコールチェッカーを配置しチェックを習慣づけるなど遵守するために具体的な取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人の利用者の権利に関する宣言、3ヶ年経営戦略（中期計画）に利用者処遇・ケアの向上を掲げられ事業計画に反映、具体的な取り組みを行い上半期・下半期毎にデイ会議において評価・見直しを行っている。事業所評価を個人と全体で行い、サービスの質の向上に向けて職員の意見を反映させている。</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</p> <p>年間計画に「稼働率年間目標86%、利用者への処遇・ケアの質の向上を図る、地域に根差した事業所になる」を掲げ評価・見直しが行われ経営の改善や業務の実効性の向上に向けた取り組みが行われている。毎月の在宅会議で経営状況の報告、事業所毎の課題分析等が話し合われ、毎月のデイ会議において情報を共有し、利用者の動向、稼働率など分析、対応策の検討など行っている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者結果
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</p> <p>法人中長期計画において福祉人材育成・獲得プロジェクトを掲げ人材育成、法人職員無資格者ゼロの達成、職員のスキルアップと働きがいの支援、キャリアアップの可視化、職員の健康づくりの支援など具体的に8つのプロジェクトを策定し達成に向けてに取り組んでいる。</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</p> <p>期待する職員像が明確にされており、人事評価基準、役割等級基準が定められ職員へ周知されている。自己評価シート、年2回の人事考課において取り組み状況の確認と職員の意向や意見を把握、適材適所の人員配置、人事異動を実現、ワークライフバランスにも配慮し働きやすい職場環境づくりが進められている。</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</p> <p>人事考課シート、面談で職務能力、希望職種等を聞き取り適材適所の人員配置、人事異動や勤務日数や勤務時間などワークバランスに配慮するなど働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、有給休暇取得状況の確認と取得率向上への取り組みの他、夏季休暇・得意休暇制度も導入されている。健康診断やストレスチェックの実施、腰痛対策、職員相談窓口設置など働きやすい職場作りに取り組んでいる。</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>業務目標・個人目標の設定と自己評価シートを活用し、年2回個人面談で取り組み状況の確認と評価、見直しが行われている。キャリア段位制度を導入、キャリアパスによりキャリアアップを可視化して目標を明確にし、職員の目指す将来像を共有、法人内キャリアアップの支援を行っている。</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 中長期計画において期待する職員像が明示され、職種一覧及び基本ステップ、役割等級基準等で可視化、職員の目指す将来像を共有しキャリアアップを支援している。年間研修計画に沿って勉強会を開催、研修後、アンケート調査を行い、次年度の研修計画に反映させている。</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 個人面談、人事考課シートにより職務能力等の確認と職員の将来像を共有し、個人研修計画が策定され、計画に沿った研修の機会が確保されている。スキルアップ研修への参加を勤務時間内で調整やeラーニング活用など支援している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 実習受け入れマニュアル、実習指導マニュアルがあり事前打ち合わせ時に実習内容の確認と専門職種に配慮したプログラム、最終日オリエンテーションでの反省など実習目標に沿った実習を担当者が中心となり行っている。定期的に教育主任による実習指導者研修も行われている。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者結果
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 ホームページや年二回、発行される法人情報誌「ブリーズ」、広報誌において理念や基本方針、サービス内容や法人としての取り組み状況、決算報告など情報を公開している。定期的に第三者評価を受審し結果はワムネットで公表、相談・苦情解決結果については事業報告書や広報誌に記載し公表している。</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 経理規定があり担当者一覧、職務分掌にて権限・責任が明確にされ職員に周知されている。公認会計士による毎月の会計検査、年1回の内部経理監査、労務士による研修や序言など公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みが行われている。顧問弁護士にも適宜相談し、助言を受けている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者結果
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・c
<p>評価概要 事業計画に「地域に根差した事業所になる」を掲げ、町内会に加入し8月踊りなどの地域行事や清掃活動へ積極的に参加している。事業所行事への地域住民の参加や月1回、サロンとして施設を開放、キッズ交流会を開催するなど交流を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 中長期計画にボランティアの育成、福祉教育支援への取り組みを掲げ、ボランティア養成講座開催や近隣小中学校への出前講座や職場体験機会の提供を行っている。ボランティア申込用紙、ボランティア受け入れマニュアルありオリエンテーションの中で注意事項の説明を行っている。鹿屋市介護支援ボランティア事業に参加、ボランティアの受け入れを行っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>社会資源リストが作成され事務所に掲示、職員会議等で情報を共有している。運営推進会議開催や地域密着型事業所連絡協議会への参加など地域との連携と協働に取り組んでいる。必要に応じて成年後見制度や生活保護、給食サービス利用等へつなげている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>認知症相談窓口「オレンジの窓」、平日のオレンジカフェ、月1回、日曜日にキッズ交流カフェを開催している。法人として認知症サポーター養成講座の開催やキャラバンメイト養成研修への職員派遣、地域のニーズに合わせた出前講座（10テーマ）の実施。「夏休み総合学習」として高齢者と地域の小学生を対象とした、竹馬や水鉄砲づくり等を行っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人中長期計画で認知症サポーター養成講座、ボランティア養成講座の開催、キャラバンメイト養成研修への職員派遣、認知症高齢者見守りネットワークの設置、徘徊模擬訓練参加、地域サロンやコミュニティーカレッジ開催など地域に還元している。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者を尊重した福祉サービスについて、基本方針、運営方針に明示している。利用者支援行動方針では、QOLの向上を目指し利用者の権利に関する宣言を定め、職員一人ひとりがその実現に取り組んでいる。権利擁護に関する制度、身体拘束廃止、虐待行為等の研修参加、デイ会議の話し合いで共通理解し意識向上に努めている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>プライバシー保護、プライバシーの基本マニュアル、虐待防止等の権利擁護について、委員会開催や研修会を実施している。管理者は、虐待やプライバシーに関する社会問題を提起し職員で対応等を考える機会を提供している。虐待の芽チェックリストを用い現状把握や改善に向けた取組みをしている。介護マニュアルに基づいた研修を行い定期的に確認している。</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・Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>事業所の紹介は、ホームページ、パンフレットで情報提供している。多くの関連施設にパンフレットを配布し地域に発信している。利用を希望される場合は、随時見学、一日利用を受け付けている。利用者の活動場面や体験をして、利用時の判断参考になるように対応している。パンフレットは、高齢者が見て分かり易く利用への判断ができるような工夫が望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用契約は、重要事項説明書に沿って管理者が説明している。説明は、利用者・家族の反応を見ながらホワイトボード・カード・ジェスチャー等を交え工夫がなされている。利用者、家族の同意を得た上で契約の締結を行っている。利用者の自己決定が難しい場合は、家族の同意を得ている。現在のところ成年後見人の利用はない。サービスの変更などは居宅介護支援専門員も参加し、同意を得て介護計画に記載している。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>事業所の変更や家庭への移行は、居宅介護支援専門員に報告相談し通所介護計画書で引き継ぎをしている。居宅での担当者会議に参加し、情報の共有化を図り継続性につなげている。終了後は相談担当者の窓口を設置しているが書面で伝えていない。福祉サービスの継続性に配慮した引き継ぎや申し送り事項等文書で定めておくことが望まれる。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>満足度調査は年に2回実施し、会議で話し合いをしている。家族会、誕生日会、ディオリピックが年に1回行われている。職員も家族や利用者に参加し交流の場となっている。利用者へは、日常の会話や個別に聞き意向や要望などの把握に努めている。随時出された内容は、介護計画に記載し申し送りで報告しサービス向上に活かしている。利用者満足に関する調査から把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が期待されます。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>苦情対応マニュアルを完備している。利用者、家族への周知は、重要事項説明書の中で責任者、受付担当者、第三者委員氏名・連絡先、苦情解決の仕組みの流れを説明し周知を図っている。施設玄関にポスターの掲示や意見箱を設置している。苦情解決結果は、個人情報に関するものを除きホームページ等に対応内容等を掲載している。事業所は、送迎時や連絡帳等で早めに把握し対応や改善策に取り組んでいる。</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>苦情解決責任者、担当窓口、意見箱の設置、ポスターの掲示、第三者委員の氏名公表をしている。利用者・家族が相談や意見を誰に述べたら良いか分かりやすい表記(部署・氏名・顔写真)があると利用者側に立った選択肢ができる。家族とは有効な手段として、送迎時に時間を取り話を聞くようにしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者や家族から受けた相談や意見は、解決に至るまでマニュアルに沿って迅速に対応している。職員は毎日全利用者とは話ができる支援をして、利用者が気軽に相談や意見を述べやすいようにしている。身近な要望レベルの相談が多いので解決も迅速な対応を心がけている。意見箱の設置、アンケート調査、相談日の設定、連絡帳の活用等、積極的な取り組みをしている。職員の内外研修への参加を進めサービス向上につなげている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>安全管理委員会要綱に沿い責任者を設置し、法人会議は3ヶ月毎に事業所は毎月会議を開催している。要綱は委員会の役割を明確にしている。介護事故は、項目を列挙し対応策や留意点をマニュアル化し事故を未然に防止する取り組みをしている。ヒヤリハット、事故発生時はフローチャートに沿って連絡報告を迅速にしている。委員会は、集計・要因分析・再発防止策検討を行い職員に周知徹底している。職員は研修や勉強会に参加し、危険への気づき、意識向上につなげている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>感染対策マニュアルを作成し、委員会中心に毎月会議を開催している。マニュアルは基本事項、委員の役割、活動内容が適切に講じられている。感染症流行時や発症前は施設内や地域の情報を把握し職員、利用者及び家族に予防対応の説明実行を徹底し、管理体制を強化している。職員研修、委員のラウンドによる個別指導及び現場介入を通し職員教育に取り組んでいる。マニュアルは、行政指導及び外部評価の助言指導を参考に見直しを行っている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>災害対応体制に基づき消防署立ち合いで自治会長、団地の住民の協力を得て防災訓練を実施している。同建物の小規模多機能ホームと合同でBCP(水害)机上訓練をしている。食料・防災グッズを準備している。台風による災害発生時の体制を2日前から整備している。利用者及び家族の安否確認、職員の出勤基準を定めている。周辺の立地条件から土砂崩れの影響を把握されているが、計画には至っていないので計画策定が望まれる。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者結果
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>標準的な実施方法は、マニュアルを作成し、手順、ポイント、留意点等文章化している。利用者尊重やプライバシー保護、権利擁護の配慮に関わる姿勢も明示している。このマニュアルは新人教育に活用している。新人以外の職員にも管理者及び教育担当者が個別指導を行い、充分理解できる取り組みをしている。デイ会議やカンファレンスで確認する仕組みがある。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>標準的な実施方法は、見直しマニュアルを作成している。個別的な福祉サービス実施計画は、定期的に見直しの必要に応じて反映させている。継続的に福祉サービスの質向上を目指すには、見直しの時期や方法等組織的に行うための仕組みを定めることが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>介護計画作成マニュアルは、責任者を設置するとともに責任を明確にしている。サービス開始にあたり居宅介護支援専門員、利用者、家族、関係機関等から情報収集し適切なアセスメントを実施し個別計画を作成している。サービス直後は、職員間で状況把握に努めている。送迎時家族の情報も得るようにしている。毎月カンファレンスを開き利用者の意向に沿った実施であるか確認している。</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</p> <p>福祉サービス実施の見直しは、毎月のカンファレンス、3ヶ月毎のモニタリング、更新前の担当者会議を開催し、関係職員が参加し話し合いをしている。利用者の意向や状況を確認し、現状に即した介護計画を作成している。見直しによって変更した内容は、ミーティングや申し送りノートに記載し周知している。</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</p> <p>介護計画の書式は統一されている。数種の記録はリンクされ、通所サービス内容は実行表に反映し、計画に基づく記録で確認できる。職員の記録内容や書き方に差異が生じないように管理者や教育担当者が指導している。適切な記録や職員の情報の共有化はサービスの質向上につながっている。</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</p> <p>個人情報管理規定を策定し、管理責任者は個人情報に関し総括的な責任を有するとしている。個人情報の保管は、施錠、パスワード設定、アクセス権設定等漏えい等の防止に努めている。廃棄に関する規定も定めている。利用者及び家族には、重要事項説明、ホームページ掲載、事務所窓口に掲示し周知を図っている。職員は法令遵守を義務化し規定に違反する行為には罰則がある。個人データの開示に際しては、手順をふまえ開示等、請求書の提出を求める仕組みになっている。</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 (通所) 】

H29.5.1改訂

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
1	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
2	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①アセスメントに基づいた個別介護計画を策定している。見学、体験を通し習字・音楽・お菓子・料理づくり等、自己決定し自分に応じた過ごし方ができるように支援している。その日の体調や気分に合わせて参加したくない日はゆっくり過ごしている。隣の小規模多機能施設利用者やボランティアの方と触れ合う機会を作っている。地域行事の八月踊り・キッズ交流・げんきカフェ等に家族も参加している。在宅生活の継続で洗濯たたみ・配膳の役割も積極的にしている。利用者は、個々によく話し笑いを交え楽しく活動に参加している。</p> <p>A-1-(1)-②利用者の思い・要望・不安など話しかけコミュニケーションをとり確認しながら支援している。自分やホワイトボードに文字を書いたり、カードを使って指さし等から把握に努めている。家族の意見も参考にし、少しでも話したいことを話せるように工夫している。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
3	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要</p> <p>権利侵害防止のために、身体拘束・虐待マニュアルを作成している。発生時の迅速な対応の取り組みを明示している。安全管理委員会を毎月開催し、職員で利用者及び家族の気になる状況や言動を話し合い権利侵害を発生させないように予防的支援に取り組んでいる。管理者は、職員の言動にも目配り気配りしながら注意喚起している。身体拘束・虐待の権利擁護に関する勉強会を行い、職員全員が理解を深めるように取り組んでいる。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
4	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>環境整備のマニュアルがあり、事業内の清掃手順・留意点が記載され室温調整・換気・臭気の除去・清掃など毎日管理している。窓から採光が入り明るく窓の外で日差しの強い日は利用者には刺激にならないように調整している。トイレ・風呂場は表示があり迷わない配慮がある。デイフロアで自由に過ごしている。家族訪問時の懇談スペースやプライバシーに配慮したくつろぎの場を限られた環境の中ではあるが工夫が望まれる。</p>		

A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
5	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
6	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
7	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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①入浴は10時と14時に設定され、入浴順は利用者の希望に沿っている。入浴マニュアルの手順・留意点を参考に転倒や湯温に配慮し、安全に楽しく入浴できる支援をしている。入浴形態は、浴槽・シャワーチェア浴・リフト浴になっている。必要に応じ足浴・清拭・更衣のみの時もある。入浴拒否の場合は、担当者交替や声掛け誘導のタイミング・時間帯の工夫をしている。介護者は1対1又は1対2で介助見守りして観察やコミュニケーションに努めている。感染症の利用者は最後に入浴し、必要時は家族や介護支援専門員に報告している。</p> <p>A-3-(1)-②排泄は在宅の継続であり、利用者一人ひとりに応じた個別介護計画に基づいて実施している。声掛け誘導でトイレ排泄の自立を目指している。トイレ内は衛生面・臭気に配慮し、温便座機能付きのトイレを使用している。トイレ内の転倒を防ぎ安心して排泄できる支援をしている。職員は迅速に対応するために、必要時に声をかけドアの外で待機見守りしている。</p> <p>A-3-(1)-③移動は、歩行もふらつきや不安定な利用者もいるので、利用者の希望や状態に応じて歩行・杖・車いすを使用している。車いす利用者の自立と安全確保に配慮した取り組みがなされているが、他の利用者等との接触防止対策にもこまめな取り組みを期待します。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
8	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
9	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。	Ⓐ・b・c
10	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①食事の献立は、外部業者から届けられている。年に1回嗜好調査があり、食べたいものをリクエストしている。アレルギー・偏食は代替え食で提供している。年間行事食であるおせち料理・バイキング・ソーメン流し・クリスマス料理・そば打ち・誕生日ケーキ等、利用者と共に作り食事を楽しむ機会を提供している。食事の準備や後片付けも職員と一緒にしている。食前は、口腔・嚥下体操を行い口腔機能更新と肺炎予防に努めている。座席は自由であり、見守りや一部介助の利用者は職員がつき一緒に食事している。滑り止めシート・スプーン・箸等を使い、ゆっくり自分のペースで食べている。副菜食器は、ワンプレートで全体が良く見えバランスよく食べられる。自分で食器を洗う時洗いやすいメリットがある。利用者アンケートで食事はおいしく楽しく食べているという回答がほぼ全員である。</p> <p>A-3-(2)-②在宅での食事形態や意向を把握し個別的な支援をしている。食事は全体的に軟らかく食べやすくしている。管理栄養士による栄養スクリーニングを行い栄養ケア計画を立て実施している。栄養状態の改善があり、成果が出ている。ゆっくり自分で食べたい気持ちを大事にし、急いで食べたり立ち上がらないように配慮している。食事時の誤飲は迅速に対応できるシステムをつくっている。食前体操・カラオケ・声出しなど実施し、経口摂取が継続できる支援をしている。食事水分量、自立度は家族に説明報告し在宅でも継続をお願いしている。適宜介護支援専門員に相談報告している。</p> <p>A-3-(2)-③食後は一人ひとりの口腔状態や本人の力量に応じた口腔ケアをしている。法人歯科医による義歯・残歯のブラシの選び方やブラッシング方法を学びケアに活かしている。必要な場合は、デイ利用日に歯科受診を受け治療している。家族に歯みがきなどの情報を提供し、在宅で継続実施できるようにお願いしている。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
11	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>褥瘡発生予防対策に座位時間の短縮を心がけベッド休憩を進めたり、栄養計画を立て栄養評価している。排泄の失禁は、声をかけたり尿臭を確認し早目対応で清潔を心がけ、必要時はシャワー浴等を実施している。入浴・排泄パット交換時・家族情報等から褥瘡の前兆を見逃さず予防に努めている。発見時は看護師に報告し対応している。治療が必要な場合は、医療機関受診を家族に依頼している。介護専門員にも報告している。現在、褥瘡治療している利用者はいないが、予防の周知徹底した取り組みをしている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
12	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体制を確立し、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>喀痰吸引・経管栄養法のマニュアルは準備している。現在、対象の利用者はいないので介護職員による喀痰吸引及び経管栄養は実施していない。今後に向けて、検討が必要であり「非該当」にしました。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
13	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の身体機能や意向を把握し、デイ利用日と在宅の両方で家族と連携した機能訓練に取り組んでいる。機能訓練士が自宅訪問し家屋調査を行い、在宅でできる訓練を計画している。困っていることや訓練が進まないことなど何でも相談できるように電話やデイ利用日に確認している。3ヶ月に1回訪問し評価している。機能訓練を必要としない利用者は、身体を動かす輪投げ・タオルやセラバンド体操・机上ボーリングをしている。脳活性化運動もパズル・計算・音楽・指運動・回想法等、多種提供している。強制でなく利用者がやってみたい、してみたいと思う気持ちを引出し関わっている。適宜作業療法士・看護師からアドバイスをうけサービスに活かしている。利用者の言動など気になることは、家族・介護支援専門員に相談報告している。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
14	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の尊厳を大事にした認知症ケアを実践している。日常生活の能力や認知機能状態を把握判断し、利用者自らの力を発揮できる個別的関わりを心がけている。認知症による行動、心理症状の異食行動・徘徊・不穏症状・介護抵抗が見られる場合は、話し相手になったりゆっくり落ち着く場を見つけたりさりげなく見守り支援をしている。認知症知識やケアは勉強会に参加している。法人は市公認の認知症相談窓口「オレンジの窓」デイサービスに設置している。全職員は認知症サポート研修に参加しいつでも相談に対応できる。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
15	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、取組を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者宅に迎えに行った時、家族より健康状態を確認している。利用開始時、入浴前はバイタルサインの測定を行い、健康状態を記録している。体調変化の場合は、管理者に報告し様子観察している。緊急を要する場合の、意識レベル低下・痙攣・血圧・呼吸の悪化等、法人の医療機関へ搬送している。医療連携体制が確立し安心した医療が受けられる。入院の場合は家族に連絡し来院してもらっている。急変に備え利用者の個人ファイルを整備している。送迎時も活用できるようにしている。服薬は2人体制で確認し誤薬に気をつけている。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応		第三者評価結果
16	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者のデイ利用日の生活状況は、連絡帳で家族とやり取りをしている。送迎時は直接家族に報告したり意見交換する機会としている。数回の電話で報告できない時は、様子伺いに訪問している。デイ活動でデイオリンピックや誕生会に参加してもらい他の家族とも交流している。見学も自由にできる。在宅で機能訓練を実施している場合は、3ヶ月毎の訪問もあり直接聞くことができる。在宅での介護の方法は、家族も一緒にやってみることが自信につながっている。地域でげんきカフェやキッズ交流会を開催しているので利用者及び家族も自由参加で楽しむ場づくりもしている。</p>		