

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】 令和2年3月31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

		自己評価結果
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (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 恵仁会理念「あなたの立場にたちあなたを感じ、あなたを理解できるようなサービスを目指します」を基本に事業所内理念を令和3年4月1日より「あなたに応じた自立を支え、目的があるから通いたくなるデイサービスを目指します」と変更した。この変更にあたって、事前にデイ会議にて全職員に「どのようなデイサービスにしたいか」という自分たちが目指すデイサービスを具体的にイメージし言葉のアイディアを出し合って決めた。恵仁会職員10の心得については、新入職員のオリエンテーションで必ず読み上げ変わらず行動規範となっている。令和5年度から「安心して働ける恵仁会を創る職場作り10カ条」が加わった。令和5年4月より法人内プロジェクトとして「スマートジョブプロジェクト」が立ち上がり、多様な人材や女性等が働きやすい環境を整えるための活動をはじめ、そのプロジェクトに管理者が所属している。</p>		

I-2 経営状況の把握

		自己評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (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 定期的な施設在宅会議にて人事・経営・課題・取り組み・苦情など報告を行い、他事業所との情報共有が図れている。またこれまでは法人会議で話し合われた内容について在宅会議で共有するという形式であったが、令和4年度から法人会議へも出席するようになり、より法人の財務状況・各事業所の課題・人事などの協議・分析に加わることが出来ている。事業所としては年間の新規利用件数（相談含む）と利用中止数の分析を行っており、次年度予算に関しては経費は人件費をはじめとするものから修繕や研修費の計画をたて、収入に関しては介護報酬改定や新加算の情報の収集も踏まえて細かな予算作成を行っている。さらに毎月の予算管理において年間の動向を分析し役立てている。利用中止者についてはその後のサービス状況も把握している。コロナ過であっても迅速にオンラインでの会議に切り替え滞りなく実施出来ている。</p>		
3	I-2-1 (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 加算取得維持のため、人員配置をはじめ有資格者の確保・維持が出来ている。管理栄養士を配置することで、栄養面での助言や指導も可能になっている。在宅会議や法人会議で話し合われた事業所の課題や法人の方向性については毎月のデイ会議の中で職員へ周知しているため、職員は取り組むべき事柄について理解が出来ている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		自己評価結果
I-3-1 (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) -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 社会福祉法人恵仁会としての経営戦略を介護報酬改定がされる3年毎に中長期計画を作成し2025年までの取り組みを継続実行中である。令和3年度から5年度の3ヵ年経営戦略には「サービスの質の向上」「人材獲得」「入居率・稼働率の向上」「生産性向上」「介護保険報酬改定対応」「物価高騰対策」が挙げられている。</p>		
5	I-3-1 (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 前年度の事業内容を見直し次年度の重点項目を意識した事業計画を策定している。単年度における事業内容は具体的に示されているため適切な評価が行えている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 上期と下期で事業計画の報告を行い、下期又は次年度への持ち越される課題を明確にしている。事業計画の内容については策定途中で年間行事計画や勉強会の内容について職員の意見を聞きながら策定し、毎年4月のデイ会議や在宅勉強会の場で職員へ内容を伝える機会を設けている。年に一度、法人理事・統括・各課長と各事業所の管理者や部門長とで幹部研修を行っており、その中で事業計画や具体的な行動計画の共有・評価等を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業計画は誰でも閲覧できるよう事業所カウンターに準備している。集合での家族会を開催する時はパワーポイントを用いて事業計画を説明し、感染対策のため集合形式がとれない場合は年度初めには書面で事業計画を配布している。その事業計画は上期と下期に分け、年に2回評価・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

		自己評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 自部署内「利用者処遇改善」「安全管理」「業務改善」の3つのプロジェクトは現在も活動を継続しておりそれぞれのプロジェクトが毎月ミーティングを経てデイ会議でプロジェクトの報告を行っている。プロジェクトの活動内容や方法などはプロジェクトリーダーを中心にメンバーで話し合い、課題抽出も行っている。アンケートについては利用者満足度アンケートと居宅介護支援事業所ニーズ調査を定期的に行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 アンケート結果をもとに、電球を明るく変更したり趣味活動（持って帰れる作品作り）などに力を入れ取り組むことができた。介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施については看護職員の体制に変更がなく取り組めなかったが、今年度常勤正看護師の入職があり研修参加の申し込みを行っていきたくと考えている。</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

		自己評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 管理者は職員等の管理及び業務の管理を一元的に行うことと運営規定で定められておりその業務を日々遂行している。職務分掌について事業所内に掲示している。</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 職員人員基準については、管理者以外の職員も確認・理解できている。新規加算については契約時に生活相談員から説明を行う事が多いため加算要件・人員・単価などについては特に勉強会を独自に行っている。また、分からない場合はすぐに確認出来る体制をとっており不明な点については行政への確認を行っている。在籍中の職員については年度初めに法令遵守に関する勉強会を行っている。令和5年8月鹿児島県運営指導受審し指摘事項なく適切な事業が行えている。</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)・b・c
<p>評価概要 事業所内3つのプロジェクトが円滑に活動が行えるよう全てのプロジェクトの活動を把握し必要に応じてアドバイスを行っている。結果、プロジェクト内での目標達成やプロジェクトリーダーとしての人材育成も行っており組織力が高まっている。また、自身も知識・技術を身に付けご利用者やご家族、地域住民、法人へ貢献できるよう認知症介護指導者研修を修了した。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
<p>評価概要 事業所の特徴や取り組み、雰囲気積極的にSNS等を通じて発信し利用者の獲得に努めている。またコロナ禍であっても利用相談や見学に対応しつつ、ご利用者にとっての通いサービスを中止することなく継続した。中には訪問に切り替える事や自宅の浴室を使つての入浴介助を実施し、居宅内介護の現状評価にも繋がっている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価結果
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)・b・c
<p>評価概要 社会福祉法人恵仁会2025年度に向けた福祉人材育成獲得プロジェクト計画を継続中。人材不足と言われる中で基準以上の人員配置が常に行っている。令和5年7月より採用者向け研修の資料が更新され感染症・身体拘束・BCP・高齢者虐待など必須項目が入職時のオリエンテーションで実施出来る内容となっており実施記録を残している。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要 令和3年4月より人事考課シートを変更し、個人目標の達成度に加え、より具体的に評価できる様に「情意考課」「能力効果」「業績評価」の3つを5段階に分類し自己評価された物を一次評価として管理者が面談を実施している。面談の中では自己評価と一次評価のすり合わせの中で「のびしろ」を中心に期待する職員像を伝える事が出来ている。また加点項目も設けており、研修参加から地域活動やボランティア等業務以外での一人一人の意欲や貢献度を評価出来るシートとなっている。評価基準の点数も明確に示しており、水準を上げるための目標が分かりやすい工夫をしている。</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組んでいる。	(a)・b・c
<p>評価概要 職員の働く環境は個別に面談の中で意向を確認し、就業時間や日数など子育て世代でも働きやすい環境を整えている。感染症の対策もあり令和2年度より在宅ワークを取り入れ実施している。それによりオンライン研修等自宅から受講し、ワークフローシステムの活用によりその場で研修受講報告書が作成・提出出来ている。勤怠管理については勤怠管理システムを導入し、就業状況全般の確認がスムーズに行っている。今年恵仁会として、働きやすい職場環境づくりで厚生労働大臣奨励賞を受賞した。定期的な職員面談は年2回行い、働く時間や日数・通勤時間・職場環境・今後の目標などを確認しながら一人一人に適した働き方ができる様心がけている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 総合的な人事管理を行えるために、令和2年度「人事考課システム検証委員会」が法人内で立ち上がりそのメンバーとして人材育成に必要な過程や目標設定、面接時期、内容などを検討した。また、面談の中で期待する職員像を個別に話しそれを実現するためにはどのような所に力を入れるか職員自身が理想とする姿を聞きながら職務分掌と照らし合わせて面談を行う様に心がけている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 研修計画は法人の研修計画に則った計画と事業所毎の研修計画が策定されており、法人の研修計画は必須の研修からサービス種別の専門知識を向上させるものがあり事業所ごとの研修計画は職員個人個人のスキルアップに繋げる事を目的とした計画が立てられている。これらの計画は年度ごとに見直しを行い、見直した結果は次年度に反映されている。また職員個人の資格取得のため初任者研修・実務者研修等の実施機関と連携し、模擬試験の機会などのバックアップを行っている。</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 各職種、経験年数、保有資格に合わせた研修計画を立案し、個人の希望の研修に参加できるよう研修案内を公平に随時全体周知し参加を募っている。コロナ過であっても積極的にオンライン研修等を活用し一定の研修は受講出来た。またキャリアアップに繋がるリーダー研修やファーストステップ研修への参加も継続できている。無資格・新入職員に対しての指導者としてのフォローアップも管理者やリーダーが行っており、新入職員のOJTも安定して行えている。コロナ過であっても、開催側の中止以外は例年と変わらない研修参加が行えた。</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 教員、看護師の実習受け入れをコロナ過でも継続して行った。私たち自身もコロナ感染症の対応中ではあったが研修プログラムの見直しを行い完全に且つ実習生に満足いただける体制を整えて来れた。実習生へ実習後のアンケートをとっており、指導内容や職員の対応・施設の雰囲気などについて評価をいただき私たちにとっても次の実習受け入れに役立てられている。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		自己評価結果
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 デイサービス便りについては開始から丸8年となり、ひと月も飛ぶことなく発行している。2021年4月号からは内容をリニューアルし表紙にインパクトを付けた。新規ご利用者を中心に撮影し、ご利用者本人やご家族へ喜んで頂けている。法人の理念や事業所の理念・基本方針は法人の情報誌（ブリーズ）やHPにも掲載されている。またこれらは、ご利用者のみならず法人・居宅介護支援事業所などへも配布している。</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 公正な経営を継続するために毎月外部の会計士による会計監査が行われ、顧問弁護士や社会保険労務士との連携を図っている。また内部監査の実施により指摘事項があれば改善を行っている。所属する職員の全ての職種に対し職務分掌表を掲示し周知を図り、時に職種別に日々の業務と職務分掌を照らし合わせ振り返っている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		自己評価結果
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 地域交流・サロンなど地域自体運営が難しい時期であったため出向いて出前講座を行う機会は減少したが、民生児童委員からの視察見学の依頼を受け準備を行っている。社会資源については鹿屋市内の社会資源一覧をカウンターに設置し、ご利用者からの質問や相談に答えられるよう準備を行っている。年に2回の消火避難訓練について、今年度はまた以前の様に地域住民に参加していただき事業所の理解を深めたいと考えている。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ボランティア受け入れマニュアルをもとに、受け入れの体制が整っている。近隣の小学生の福祉体験・交流事業にも参加出来ている。特にこの数年はコロナ禍のため研修や実習の受け入れ先に困っているという声をよく聞き、感染防止に努めながら受け入れを続けた事に関して鹿児島県社会福祉協議会福祉人材研修センターより感謝のお言葉をいただいた。</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 コロナ禍において団体のボランティアの受け入れが難しくあったが、少人数での受け入れができるよう努めている。鹿屋市社会福祉協議会との介護予防ボランティアや高齢者元気度アップ地域包括ケア推進事業のボランティアも受け入れ可能である。ボランティアが必要な場合は、鹿屋市社会福祉協議会地域福祉課と連絡をとっている。</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 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・c
<p>評価概要 コロナ過で運営が難しかったドライブサロンについては、早期に復活し利用者のコミュニティの拡充や外出の機会の機会を作れている。令和3年度法人次世代育成のためのメンバーが集まり、高齢者福祉のみならず鹿屋市における地域福祉を知るために社会福祉協議会と話し合いの機会を持ち障がい分野・子ども・困窮分野・福祉以外の関係課などあらゆるケースからどのような支援のコーディネートがあるか実例をもとに学習を深めた。また次世代メンバーがSDGsへの取り組みを行い各事業所から集まった段ボールや新聞紙をリサイクル業者へ出し、鹿屋市内の7つの保育所等に絵本を贈った。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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 地域サロンへの講師派遣の体制を整えている。利用相談や施設見学に対して施設を開放し対応している。</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

		自己評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者の権利擁護については、新人・中途採用研修の必須項目とし管理者より身体拘束適正化・高齢者虐待防止等について指針や理念をもとに研修を行っている。事業所の権利擁護の理解を深め実践できる職員を育成するため自らを権利擁護推進員として配置し職員研修やラウンドにて適宜見直し・指導を行っている。また、事業所での取り組みを権利擁護推進員養成講座受講生に向けて発表を行い事業所外の福祉サービス事業者に対しても利用者の尊厳について考える事が出来ている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 個人情報の取り扱いについては研修の機会を設け全職員参加し学習出来ている。ご利用者のプライバシー保護については、利用開始時にその意向を聞き取り反映させている。</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・c
<p>評価概要 法人のホームページをリニューアルし、行事やお知らせを随時更新している。コロナ禍になってからは特にFacebookやInstagram等のSNSを活用し施設行事や事業所の紹介・スタッフ紹介などを積極的に行っている。結果、遠方のご家族にも好評を頂いており事業所の事や利用中の様子を知って頂く機会にもなっている。また利用を検討されている方にとってもタイムリーな情報の提供が出来ている。介護保険申請前の利用相談に対しても相談窓口で丁寧な聞き取りと対応を心がけており、介護保険窓口や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所などと連携を図り迅速に本人・家族の意向に答えられるよう努めている。</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 福祉サービスの利用開始時は利用契約書・重要事項説明書を用いて説明し同意をいただいている。同意をいただいたものは事業所とご本人とで保管し、介護度の変更（支援⇔介護）があった場合は速やかに該当する契約書・重要事項説明書にて同意を取り直し保管している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 他サービス移行（入所・通りハ・居宅変更）に際して問い合わせがあった場合は必要な情報提供を迅速に提供しているため、ご利用者の直近の状況や必要な介護支援について情報の共有が行えている。またショートステイなど追加されるサービスに関しても同様の対応を行っている。家庭への移行についてはごく稀なケースではあるが、担当ケアマネジャーを通して近況を確認したり、直接再利用したいと希望があるときはその旨を担当ケアマネジャーへ返している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>サービス担当者会議で要望が出た場合は議事録にて周知するとともに、生活相談員を中心に対処・改善を図っている。利用者満足度アンケートの実施と評価、改善は利用者処遇プロジェクトが担当しいたいた意見はデイサービス便りにて周知している。その中でレクリエーションや趣味活動についての意見があり、手芸や制作活動を季節ごとに実施し展示後は自宅へ持ち帰れる工夫をしたところ大変満足して頂けた。家族会についてはコロナ禍により対面形式では行えていなかったが今年度は事業所で行う予定にしている。アンケートについては外部評価や居宅介護支援事業所のニーズ調査も継続して実施している。</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>ご利用者やご家族が事業所に対して相談苦情の申し立てを行い解決・公表までの制度を整えている。近年苦情の報告はなく、記録や公表の実績がないが苦情申立者への配慮や申し出しやすい工夫として担当者会議で事業所に対する要望がないか確認をしている。事業所入口に相談窓口のポスターを掲示しているが、令和4年度より施設内にも4枚追加して掲示するようにした。</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>事業所内外に掲示しているポスターには第三者委員まで記載し、直接申し立てしづらい場合は公共機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し利用契約時に説明を行っている。お知らせ等の配布物にも必ず問い合わせ先と担当者名を記載している。</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>相談や苦情・ご意見に対しては迅速に対応するようマニュアルにて手段を講じている。ご利用者に関してケアマネジャーから相談やご意見をいただくこともあり、当日もしくは翌日に返信・対応を行うよう心がけている。</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>毎月の安全管理委員会と安全管理プロジェクトの活動を継続している。安全管理委員会は主にアクシデント報告やヒヤリハットに関する事後評価や是正の有無の管理をしているが安全管理プロジェクトは事故に至る前の予防・予測活動を主に実施している。リスクマネージャーは管理者が担い、事後の要因・分析・再発防止などすべてにおいて内容の把握をしている。</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>感染症に関しては特にこの3年間新型コロナウイルス感染症の対応が増大したが、情報を精査し常に感染拡大防止・利用者の安全・職員の確保に努めた。サービス内容が変更する時はご利用者やケアマネジャーへ迅速に情報を提供し相談窓口を設ける事で一切の苦情なくサービスを継続することが出来た。また利用を自粛される方へはつながりが途切れないよう自宅での学習ファイルや服薬の状況が分かるツールを作成しそのやりとりを行った。入浴を希望される方へは通所から訪問へ切り替え自宅での入浴介助を行った。感染予防委員会は毎月開催し参加・議事録を持って職員へ周知している。また鹿屋市委託事業高齢者住宅の管理者へも議事録を共有し互いの感染防止に努めている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>防災避難訓練を年に2回実施し役割を変えながら職員全体で災害時の対応が行えるよう努めている。災害時の体制等は災害BCPIにて記しており、誰もが閲覧できるように設置している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価結果
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>サービス利用開始前の担当者会議にて居宅介護支援計画書に基づいた通所介護計画書を作成し説明・同意を頂いている。サービス内容については重要事項説明書に記載しており、標準的な実施方法は通所介護計画書・実行表に記載し定期的なカンファレンスを活用しご利用者の個人目標や支援方法を共有している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>支援内容や状態変化が生じた場合はアセスメントシートを更新し、担当者以外の職員や看護・訓練など多職種が最新の情報を得られるよう努めている。カンファレンスなどを経て集約されたご本人の要望や介護支援の留意点などはカンファレンスの要点としてまとめられ周知している。</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>居宅介護支援計画書とケース紹介等の情報からアセスメントを起し、そのアセスメントに関連付けた通所介護計画書を作成・実施・見直しのサイクルを継続している。通所介護計画書には長期・短期の目標が記載されておりケアマネジャーとも共有している。また通所介護計画書の責任の所在を明確にしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>3月に一度の個別機能訓練計画評価に合わせて通所介護計画書の評価・見直しを行いながら科学的介護推進加算の報告も兼ねて行っている。計画に変更があった場合は実行表又はミーティング帳を活用し職員へ周知している。計画を変更した場合は本人又は家族へ変更した計画書を持って説明・同意を頂いている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>個別の支援計画は通所介護計画書に記載されており、その内容が実行表へ転記される仕組みとなっているので常に最新の実施計画に基づいてサービスが実施・記録されている。基本的なバイタル結果・食事量などはシステムを活用し記録出来ている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>個人情報管理規定を設置し、責任者・保存期間・管理方法などを定め管理している。記録の管理等は総合リスク管理室の研修を受け情報漏洩やセキュリティ強化のための訓練を繰り返し行っている。法令遵守の勉強会で個人情報について学習・振り返りの機会を設けている。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】 令和2年3月31日改定

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		自己評価結果
	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。	(a)・b・c
	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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について 通所介護の支援では地域で生活する主人公であることを認識し、必要な生活支援を把握するための様式を準備しているため関係者、本人の状況を把握する仕組みがある。事業所内ではADLだけではなく、家庭での役割を意識したプログラム、特にIADL（洗濯物をたたむ、仕分ける、運ぶ）（台を拭く、洗う、乾す）の一連動作を事業所内にて、自宅での役割として継続したプログラムを提案し提供している。離臥床等の要介助によりベッド上で過ごす時間が長い方はデイサービスに来て人との交流が参加である。またその方が表現するコミュニケーションはその方の活動である。といった認識の元、要介護度の経度から重度者に応じた活動を提供できている。 当事業所では管理栄養士を常勤で配置し、独居生活の方の栄養相談や調理支援にも携わり、自宅での生活継続できるよう必要に応じて支援を実施している。</p> <p>A-1-(1)-②について 朝、到着されたら、着座しその後、必ずスタッフは挨拶プラス一言を徹底して行い、その情報を朝礼で共有している。また午前中の活動は机上でのプログラムを多く選択されているため、塗り絵や計算問題を一緒にしながら、コミュニケーションや会話をしながら、利用者の思いや希望の聞き取りを兼ねて行い、それをプロジェクトに提出する仕組みがある。またコミュニケーション障害の程度に応じた福祉用具や、手製のコミュニケーションボードを活用して自宅で活用できるよう提案も行っている。処遇改善プロジェクトにおいて、利用者の声をメモして、サービス向上に生かしている。 個別機能訓練ではマンツーマンになる機会が多くあるため心身のことだけではなく、傾聴して利用者が話したいことを話せる時間としている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		自己評価結果
	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	(a)・-・c
<p>評価概要</p> <p>マニュアル研修は年1回以上実施し、見直し研修に活用している。家族等への情報については毎月の広報誌を活用し周知を図っている。自宅での生活様子を訪問または送迎時の情報、機能訓練の一環で行われる自宅の生活状況を把握し、情報共有を行っている。また支払いが滞る利用者が発生した場合は経済的な虐待を疑い、関係機関と情報を共有し対応した実績もある。行動制限については恵仁会10の心得に則って実例はない。疑義事案等が発生しないよう虐待の芽チェックを実施してフィードバックを実施している。侵害が発生した場合に備え、対策委員会内にて協議実施する仕組みがある。</p>		

A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		自己評価結果
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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>専門業者による清掃を年1回は実施、新型コロナウイルスに伴い接触箇所については使用の都度消毒を兼ねた湿式清掃を行っているため、共有スペースにおいても安心して使用できるよう常にスタッフが努めている。また午睡できるように和室・静養室もあり、長時間の座位で疲労した場合についても臥位ができるようになっている。室温・湿度についてもチェック表によって管理されている。照明についてもLED化を行い適切な照光となっている。筋力増強のマシンを備え、訓練意欲がわくようなスペースとなっている。満足度調査により環境の意向を確認できている</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		自己評価結果
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。		(a)・b・c
A-3-(1)-② 排せつの支援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-(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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について</p> <p>自宅での入浴状況を全員把握している。浴室がなく、自宅に入浴を行う事ができないとしても、身体能力を把握したうえで洗身動作、浴室へ入る動作の能力を維持できるよう適切な介助や助言を行いながら入浴支援を実施。一般浴槽・リフト浴・特浴・ユニットバスの種類から適切な環境を提案できる環境が備わっている。入浴可否の判断目安を設け時間経過の様子観察、必要時の医療への情報発信を行い、安全に入浴支援ができるようになっている。体調がすぐれない場合は入浴ではなく全身清拭・部分清拭・更衣交換などの支援に変更しご家族ケアマネとも情報共有を図っている。</p> <p>入浴拒否の方については拒否ではなく、タイミングの問題である事が多く、適切なタイミングを見計らいながら次の声かけに生かすよう全職員で共有している。</p> <p>羞恥心やプライバシーの配慮として、タオルを持ち込み配慮が必要な場合にはそのように支援を行い、注意が散漫になり、裸足での転倒防止のためにシャワーキャリを活用する等工夫している。</p> <p>A-3-(1)-②について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食前後排泄声かけ。移動誘導、おむつ交換にて排泄支援を行っている。トイレ誘導での声掛けには十分配慮し、環境面において足載せ台や手すり、福祉用具の活用にて自分で行える排泄支援の工夫を行っている。 ・自宅ではおむつであっても、便座への誘導と時間を計測しトイレでの排泄が支援できるよう努めている。排泄は姿勢の課題が大きく座位での自然排泄の実績は多くある。 ・羞恥心への配慮としては、職員だけが把握できるよう、コミュニケーションボードを活用してトイレに行きたいという事を知る機会にしている。特に初回ご利用者については迎え入れる前にスタッフへもその点の再認識を朝礼でも促している。 ・排泄空間への立ち入りを最小限に行うために、ストップウォッチを活用し時間経過で安全を確認している。 ・排泄物の観察を記録し、異常時には関係者との情報共有を行っている。 <p>A-3-(1)-③について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・車いす駆動（上・下肢駆動）・歩行器・杖・靴等の福祉用具フィッティングを行い、能力に応じた安全移動方法で通所内では行い、できる能力に関しては職員付き添いの元実施し、自宅状況に応じた形態で働きかけている。 ・マスタープランにより移動具の福祉用具貸与が組まれている場合は機能訓練指導員と福祉用具担当者連携を図りより良い福祉用具の提案を行っている。 ・見守り、遠位監視、近位監視、付き添い、手引き移動、介助移動というレベル分けでの支援で通所内の移動支援を行っている。毎月1回ミーティングにて能力変化に応じた支援の見直しを行い、どのレベルなのかを協議して決めている。 ・絨毯からフローリング化に伴い移動しやすい環境となった。ほぼバリアフリーとなっている。経年劣化による床の剥がれが生じた場合には施設管理が中心になり即修理を行い常に安全面への配慮を行っている。 ・利用者が声を出す機会は少なく、移動前動作が確認されたら上記レベルに応じた支援で対応できるようホール内に職員を配置している。 ・車いす対応の車両が3台準備され利用者の負担軽減となっている。安全運転管理責任者による車輛運行チェックや安全配慮を行っている。能力によっては助手席を希望し、リフレッシュを求める利用者には助手席乗車も許可している。 ・一連のマネージメントについては動画での情報提供も実施している 		

A-3-(2) 食生活		自己評価結果
	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
	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
	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について 今年度より食事提供元が変更となり、管理栄養士を中心に担当者との連携を図っている。毎日の献立は連絡帳へも記載しており、希望される方へは1ヶ月の献立予定表を配布している。</p> <p>A-3-(2)-②について 個人の嗜好やアレルギー等の把握を行いアセスメントシートへ記載している。食事形態は常食・一口大・小刻み・ソフト食・お粥の中から適した携帯を選択して頂き提供している。また、体調不良や口腔内トラブル等による変更にも対応可能。美味しく安全に食事を継続して頂けるよう毎回食事前に口腔体操を実施。動画を活用し、音楽(耳)と画面(目)で取り組めるよう準備している。食事内容・量・形態・補助食品等の変更や提案も管理栄養士、看護食が中心となり積極的に行っている。補助具(返し皿やスプーン等)も安全且つ自立支援の観点からも自宅での摂取動作とも合わせて検討・使用している。また、食事の摂取量も毎回確認し個人記録・連絡帳へ記載している。食事量に大きな減少などが続く場合もご家族や介護支援専門員へ報告行っている。</p> <p>A-3-(2)-③について 口腔ケアマニュアルに準じ昼食後は必ず全員が口腔ケアを実施して頂くために支援、必要な場合は介助を行っている。義歯がない方や胃瘻造設の方へはうがいやガーゼ・スポンジを使用した舌も含む口腔ケアに努めている。デイサービスにおいて基本的にはかかりつけの歯科医院への受診が多い。緊急突発的な受診や一般的な高齢者の口腔ケアに関する指導は協力医療期間病院に歯科も含まれているため相談・支援体制は整っている。口腔内のトラブルや異変に気付いた時はご家族・介護支援専門員へ報告行い口腔内の清潔保持に取り組んでいる。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		自己評価結果
	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>褥瘡予防の取り組みとして除圧・長時間の同姿勢を避けるため車椅子から椅子やベッドへの移乗を心掛けている。オムツ交換時や入浴時に皮膚観察を行い、生活相談員・看護師含め確認し状態の観察や施設等での気付きは介護支援専門員・ご家族・他関係事業所と写真などを用いてPC内のフォルダや、連絡ツールを使用し分かりやすく、お互いに時間や業務の負担軽減になる方法でのスムーズで確かな情報の共有を図っている。また、新入職へは褥瘡予防の研修・良肢位に対するポジショニングで褥瘡に触れ、症状やケア方法の知識を持って支援を行えるようにしている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		自己評価結果
	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>前回から変わらず、酸素吸入・胃瘻・ストマ造設等医療ニーズの高いご利用者の受け入れが可能な加配を行っているが、時間帯によってはスムーズな対応が行えないことも考え早朝からの対応は行わず、人員体制が整う時間からの受け入れを行っているため十分な看護体制があるため介護職員の喀痰吸引は行っていない。</p>		

A-3-(5) 機能訓練, 介護予防		自己評価結果
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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>生活動作の中で身体を動かす習慣や出来ている能力を維持し、居宅での生活を継続できるよう家屋評価を行い本人の目標と現機能・マスタープランの内容と合わせて通所介護計画を立案・実施している。家屋評価と訓練計画は3カ月ごとに評価を行い変更の検討、更新を行っている。また、外部セラピストの助言を受け生活相談員他看護、訓練、介護職などで定期的カンファレンスもを行っている。自宅を想定した動作や生活に必要な動作の訓練を行う事で利用者本人の意欲へも繋がり、利用者同士で声を掛け合い訓練へ向かわれる様子もよく見られている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		自己評価結果
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用開始時のアセスメントから定期的アセスメント情報の更新を行い現状の生活能力や機能の適切なアセスメントを記録へ残している。認知症加算を算定しており、認知症介護実践者研修等の修了職員が5名在籍している事を活かし認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲa以上の方へ「認知症加算に伴う調査」を用いて利用中の生活支援の留意事項をご家族へ説明し、「DASC-21」では認知機能と生活希望を総合的に評価することを定期的に行い必要事項を介護支援専門員へ情報提供している。認知症についての勉強会や考える機会も定期的実施しており、日々の中での対応の悩みなどについてはカンファレンスを行うなどし職員の精神的負担やストレスを緩和できるよう努めている。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		自己評価結果
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。		(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用時は毎回健康確認・記録を実施。前回までの体調やバイタル測定との変化が分かりやすいように1枚の用紙で数字の変化に気付きやすいよう行っている。送迎時にも体調確認・検温を実施し利用して頂いている。毎月感染対策委員会より流行している疾患や高齢者の健康管理に関する内容を委員会や回覧にて実施している。施設内にAEDの設置を行い緊急時に備えている。緊急時や異変時にはご家族、介護支援専門員、訪問看護ステーション等へ連絡行い主治医の指示を仰いでいる。また利用者の個人ファイルを活用する事で服薬情報やかかりつけ医、既往歴等確認できるようファイル、記録整備している。感染症予防対策としても、状況に応じて検温の回数を増やしたり利用者本人だけでなく同居するご家族などの体調確認も実施していた。</p>		
A-4-(1) 家族等との連携		自己評価結果
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。		(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>デイサービスが毎日発行している連絡帳(日中の様子や、体調、特記内容、お知らせ等)をメインにご家族へ報告を行っている。ご家族からも連絡帳へ自宅での様子や希望等がある場合は記入して頂けており、相互的な情報共有の活用ツールとして使用している。他に緊急時や直接伝えるべき内容や対応が必要な場合は電話や送迎時にお伝えするよう生活相談員、看護職員を中心に判断し介護職含め実施している。送迎時や自宅での様子で気になる点があった場合やご家族の様子の変化も気にかけて管理者、生活相談員を通し情報共有、関係機関への相談・情報の提供を検討、実施している。また、疾患や診断内容を本人へは未告知の場合もあり、情報を職員間で共有・周知行い本人又はご家族の意向に沿えるよう取り組んでいる。本人、ご家族からの相談に応じて必要部署へ繋ぐ役割りとしても努めている。</p>		