

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 |
|---|--------------------------------------|-------|
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 母体理念の「あなたの立場に立ちあなたを感じ、あなたを理解できるようなサービスを目指します」というご利用者に焦点をあてた理念に基づき「あなたらしさが輝き続けるお手伝いをします」と事業所の理念を掲げている。恵仁会基本方針に加え「恵仁会職員10の心得」も合わせて事業所内へ掲示し新入職者とも意識の統一を図っている。職員の行動規範については研修内容に組み込み全ての職員が理念を考え、感じられる機会を設けている。</p> | | |

Ⅰ-2 経営状況の把握

| | | 自己評価 |
|--|--|-------|
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 法人運営会議と施設在宅会議を毎月開催し、人事・経営・修繕・課題・苦情などに関して課題と報告を行い他事業所との情報共有と法人の動向を確認している。ご利用者の分析に関しては新規相談や利用中止後の生活について把握に努め利用終了となったご利用者との定期的な関わりも持っている。利用者登録状況を1週間ごとに居宅介護支援事業所へ提示しスムーズな他事業所への移行又は新規受け入れが行える様工夫している。事業所の経営に関しては毎月予算管理を行い、その予算達成に向けて月に2回見込み収入を算出している。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 介護福祉士の割合や職種のバランス、専属の理学療法士の配置が継続して行っており安定した経営が行えているが介護職の平均勤続年数が約7.5年、看護は10.25年と長いことが特徴となり人件費のバランスやスタッフのスキルアップ・働く環境の変化に伴ってより能力が発揮できる異動をスタッフと検討する機会を設けている。</p> | | |

Ⅰ-3 事業計画の策定

| | | 自己評価 |
|---|--|-------|
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 社会福祉法人恵仁会として介護報酬改定が改定される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続行中である。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 前年度の事業内容を見直し課題や強みを抽出したうえで次年度の事業計画を考案している。単年度重点目標を達成するための具体化した内容と法人共通取組事項に対するの自部署としての取組内容等を計画し職員間で同じ目標のイメージが描けるよう周知を図っている。</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 毎月経理担当と事業収支について協議の機会があり、改善や検討が必要な場合は事業所会議などを活用し事業計画における方向性を修正できるように努めている。事業計画自体上・下期で行事・研修・予算利用者人数・地域交流などについて評価と見直しを行っている。</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。 | (a)・b・c |
| <p>評価概要 事務所前カウンターにて利用中全てのご利用者が閲覧できるよう準備している。私たちの理念についてはデイサービス便りを通じて周知していることもあり実際ご利用者から「ケアして下さる職員さんからデイサービスの理念を感じる事がある」など理念について語られることがある。事業計画については引き続き家族会等を活用し理解を得ている。</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 |
| 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 事業計画の中で利用者処遇・ケアの質の向上を目指す項目があり、今年度においては自部署内で「利用者処遇改善」「安全管理」「業務改善」の3つのプロジェクトを立ち上げそれぞれの目線で質の向上と改善を目指している。各プロジェクトにはリーダーが存在しプロジェクトごとに目標と具体的取り組み内容、実施期間を取り決め期間ごとに評価する仕組みがある。また事業所内会議の中で協議・報告が行われるため他職員も取り組み内容を理解しやすく評価に至ってはプロジェクトメンバー以外からの意見が沢山聞ける。</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 前回の第三者評価受審結果にてひやりはっと件数を上げる工夫についてのご指摘があり、その後discoveryシートの提案があり現在も取り組み続けている。大きな変化としてはご利用者や業務の中での気づきを誰でも気軽に他職員へ情報発信できるチームとなった。ご利用者・ご家族に対する満足度アンケートと介護支援専門員へのニーズ調査アンケートも継続して行っており、設備等も踏まえ頂いたご意見に対し迅速に対応している。</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 |
| 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 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職務を日々遂行している。</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 職員体制、人員基準、加算要件など介護保険に関わる法令は管理者のみに留まらず生活相談員を始めとする事業所スタッフ全てが正しく理解するものという考えのもと新規加算や改定についての勉強会を適宜行っている。また、それ以外も個人情報・身体拘束、道路交通法、イベント等の必要時食品衛生法等を見直している。</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| 12 | II-1-1 (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 サービスの質についての課題抽出や評価・分析・改善の材料として利用者満足度アンケートやケアマネニーズ調査、内、外部評価の機会を定期的に設けている。それに加え今年度から開始した事業所内の3つのプロジェクト（利用者処遇・安全管理・業務改善）は各プロジェクトの視点から課題・改善・評価を繰り返すことでサービスの質の向上につながる事と職員のスキルアップを期待している。このプロジェクトへは管理者やリーダーもいずれかに所属し、メンバーと共に分析や策を講じる他、他のプロジェクトとの関連性が持てるよう助言している。</p> | | |
| 13 | II-1-1 (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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 毎月の収入見込みと収支実績の管理から経営状況の把握を行い在宅会議にて報告を行っている。事業所の経営安定のため新規利用相談等の窓口（担当）を増やし迅速に対応している。事業所内の「業務改善プロジェクト」では経費の見直しを行ったり削減の呼びかけを行っている。事業所のミーティングは法人施設在宅会議後に行い、法人からの報告や協議内容も伝えるように努めている。</p> | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|--|-------|
| | | 自己評価 |
| 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) -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 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であり職員紹介制度の活用もなされている。事業所の特徴に見合った職員体制を維持するため獲得・資格取得サポート・育成を行っている。新人・中途採用職員へ対して法人の研修カリキュラムを活用しながらOJTとその他必要な勉強会をエリアで行っている。</p> | | |
| 15 | II-2-1 (1) -② 総合的な人事管理が行われている。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 個人の目標や今後のスキルアップなどについては年に2回の人事考課面談を通し法人全体を視野に入れた異動の検討を事業計画にも挙げている。職種ごとの職務分掌を掲げ個人スキルの明確な指標としている。働き方の変更を含め業務に関する意見は業務改善プロジェクト等で検討し対応を実施している。</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 (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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 デイサービスでは常勤・嘱託・契約・パートタイマーとそれぞれの勤務形態があり地域の行事や子育ての生活に合わせて就業出来ており定期的な健康診断やストレスチェックに加え女性職員へ対して乳がん検診の推進と法人補助の福利厚生がある。日々の相談や悩み事に関しては事業所内で面談を行ったり、直接話にくい場合も考え法人に相談窓口の設置や職場のコンプライアンスを適正化するための相談窓口も開設されている。</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 (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 個人面談の中で現在の役割や能力と今後目指すスキルを個別に話し合っている。その中で具体的な次期目標を設定し期間終了まで途中相談や助言を行うことがある。前年度より、これまでから次期管理者又はリーダーの育成を目標に事業計画が進んでいた中で昨年10月よりリーダー職が確立し、面談や日々の相談についてより細やかに行えるような環境になっている。</p> | | |
| 18 | II-2-3 (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 法人としてエリア毎の年間研修計画が立案されており研修内容は介護事業所に必要な基本的内容から職種別に強化したい内容、倫理や法令などと幅広い範囲での研修を実施している。事業所としては通所サービスをより理解しご利用者の生活を知るためにも訪問介護事業所への交換研修も実施している。</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 事業所の年間計画を元に、新人職員・中堅職員・計画作成・看護訓練など段階と職種別に一人一人研修の機会を確保している。新人職員へは職場内のOJTを実施するとともに、指導を行う際はどのような指導を行ったかの記録を残すようにしている。外部研修においては受講後、事業所内で伝達研修を行い他職員へも周知している。前年度においては海外の視察研修へも参加し、米国における認知症介護や制度について学ぶ機会もあり今では自部署の認知症加算算定と支援の考えにおいて役立っている。</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 介護職員実習者実習・教員・保育士、看護師を目指す実習生の受け入れを継続して行っており初日のオリエンテーションでは通所介護事業所の特徴・利用者像・職員体制・取り組み説明を行い実習に入りやすい雰囲気を作っている。管理者は実習要綱の内容と目的を充分理解し、実習生が目標とする内容の実習が滞りなく修了できるよう全スタッフと協力している。他には鹿屋市役所新入職員の職場体験も受け入れており鹿屋市における恵仁会の役割や提供しているサービスを実習体験していただき、介護福祉に関する理解を深めることに貢献している。</p> | | |

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

| | | |
|--|--|-------|
| | | 自己評価 |
| 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 毎月発行しているデイサービス便りは今年で発行開始から6年目に入り、利用中の様子・デイサービスの取組・活動案内・アンケート結果・ご利用者の声・リハビリ紹介・事業計画など掲載内容のバリエーションを変えながら継続している。また恵仁会情報誌が発行されており決算報告や法人内事業所紹介に加えご利用者とご家族との歴史をあたたかく紹介するコーナーでは私たち介護従事者に対してもご利用者の思い出を知り共有させていただいている。</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働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の改善を行い、自部署に所属するすべての職種に対し職務分掌を掲示し周知を図っている。</p> | | |

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

| | | |
|---|---|-------|
| | | 自己評価 |
| 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 これまでの地域におけるサロンへの参加と出前講座講師派遣を継続して行っていく中で、まだまだ地域の中に活躍できる地域高齢者との出会いもあり平成30年より年に一回「長寿園そうごう学習」と題し地域の高齢者と子ども・保護者の三世交代流を図る行事を実施している。このそうごう学習は地域高齢者から夏休みの宿題を教わったり一緒に昼食を調理、水鉄砲や巨大シャボン玉・竹ぼっくり等を工作した。地域高齢者は自らが手順を教えることにはいきいきとされ、子どもは高齢者とのかわり方を学ぶ機会となっている。</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 定期的なボランティアの受け入れに加え、小学生の児童や中学生の交流・福祉体験を学校の主旨を理解し受け入れている。ボランティアの受け入れの際には受け入れマニュアルをもとにオリエンテーションを行いボランティア受け入れにおける基本方針等を説明している。また高齢であってもその方自身が介護予防するために参加が出来るよう心得ている。</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 鹿屋市における地域資源をファイルにまとめその内容を理解するとともに関係機関と連携を図っている。地域民生委員やサロン関係との関わりが多く、他には必要に応じて青年後見人制度の利用している。</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 買い物に困難である地区へのドライブサロンは現在も継続している。事業所が有する設備・人材・知識などを活用するため地域高齢者へ向けた運動の機会確保の体操教室開催場所としても使用することがあり地域の福祉ニーズに答えている。</p> <p>福祉施設・事業所（法人）が実施する事業や運営委員会の開催、関係機関・団体との連携、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。</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において、これまで認知症・介護予防・介護保険基礎知識等を行いながら民生・児童委員と定期的な話が出来た関係が維持できている。民生委員からの相談や取り組まれている内容を知ることもあり事業所として助言やアドバイスを行っている。</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 |
|--|--|-------|
| 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 ご利用者の権利を擁護するための基本的な知識から法令遵守などの勉強会を行い知識の習得を行っている。法人全体においてはご利用者の権利に関する宣言を定めている。新人・中途採用研修でも資料を基に説明を行っている。</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 ご利用者から同意を得る個人情報の利用の目的（特定個人情報含む）について新規利用サービス担当者会議で説明を行い同意をいただいている。その中で情報提供に関する個別的な希望に変更の意向がある場合は速やかに意向に沿うよう留意している。今年度は脱衣場のレイアウトを利用者処遇プロジェクトチームが中心となりプライバシーへの配慮を考えた設えに変更している。日常の情報を扱う生活相談員はこれまでのホワイトボードから記載事項が見えない表紙付きのファイルへ変更し情報を記録している。</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 ホームページ等で実施している福祉サービスの内容や事業所の特徴を踏まえた紹介等を公開し随時更新されている。事業所紹介パンフレット・デイサービス便りにも事業所理念や取り組み内容を掲載しご利用者の目にいつでも留まるよう理念を施設内に掲示している。利用相談又は見学に対しては希望の見学予定日で個別対応している。初めて介護保険を申請された方や担当の介護支援専門員がまだ決まっていない方の相談も年に数件あり、ご本人又はご家族の意向を確認し相談記録を元に居宅介護支援事業所へ繋いでいる。</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利用契約書・重要事項説明書を元に説明同意を得ている。各同意書は製本した状態で割り印をいただき事業所とご本人用をそれぞれが一部ずつ保管している。制度改定等のサービスの変更時は家族会や書面・個別電話対応などで説明を行い全ての登録者に同意をいただき個別ファイルに保管している。制度改定の資料作成時は具体的な変更点を分かりやすい資料になるよう工夫し質問やご意見をいただく時間を設けている。通所介護計画書の同意についてはこれまでは計画書を元に担当者が説明・同意をいただいていたが、計画書をお渡しする際に口頭だけでなく計画期間や変更内容・近況を書き添えてお渡しするように取り組んでいる。</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 他サービスの移行が発生した場合は速やかに登録取り消し処理を行うと同時に関係事業所からの問い合わせへ適宜対応している。そのほとんどは介護支援専門員を介する事が多いが稀に他事業所の有料老人ホーム等へ移行された場でも該当ご利用者の生活の質が継続されるよう協力している。利用が終了したご利用者の中止理由を把握し、定期的に在宅での様子を確認し繋がりを保っている。</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 ご利用者満足度アンケートを年に2回実施しその結果を分析しサービス向上に向け必要な改善を行っている。日々のご利用者の声を聞く仕組みとしてご利用者との会話の中で得たご意見を都度「気付きメモ」に記入し利用者処遇改善プロジェクトが中心になり事業所会議などで議題として話し合う仕組みがある。ご利用者満足度アンケート、居宅介護支援事業所ニーズ調査アンケートの結果はデイサービス便りに掲載し公表している。</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 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。個別でのご意見や苦情の聞き取りが行える様年に2回匿名でのアンケートを実施しご意見の把握に努めている。事業所に設置しているご意見箱の用紙は記入事項を整理し迅速に対処できるよう工夫を行った。</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 日常のご利用者やご家族との関わりの中で相談やご意見をいただくことが一番望ましいが、直接言いにくいこともあるかと考え利用の終了時にその日の感想や思いを記入して頂けるようミニアンケートを実施したり積極的に職員が何気ない会話の中で処遇改善が必要な事柄について書留るようにしている。また連絡帳を電子化することで家族からの記入欄が大きくなり活用して頂いている。相談苦情窓口については重要事項説明書にて記載し、各担当者会議ごとにサービスに関する事以外にもご意見を聞けるように心得ている。</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 相談や苦情・ご意見に対して迅速に対応が出来る様マニュアルの整備を行い、受付日の記入を行っている。日々のサービス提供中でのご意見等は管理者以外に生活相談員も集約を行い当日の返答・解決に向けて必要時担当ケアマネージャーとも情報の共有を行っている。また定期的に相談苦情検討委員会に参加し法人全体で解決に向けての取り組みを共有している。</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 これまで毎月1回事業所にて安全管理委員会を開催しアクシデント内容の情報共有や再発防止策是正の必要性など話し合いを行っていることに加え、今年度から「安全管理プロジェクトチーム」を立ち上げメンバーを中心にKYT活動に力を入れている。KYT活動では危険予知の意見を集めるだけでなく、集まった意見から対策を行うまでを目標にしているためメンバーが自らリスクマネジメントの視点を持ち対策として変化をもたらすため全スタッフの刺激にも繋がっている。再発防止策の立案については多角的に考え原因を分析する能力が上ってきていると感じている。また、他事業所に対し積極的にその術を伝える勉強会も行っている。</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 抵抗力が低くなりつつあるご利用者が安心して必要な介護サービスの提供を受けられるように、感染予防の基礎対応とマニュアルの整備を行っている。季節ごとの感染症に対する原因と予防・注意点などは毎月の委員会で行い、業務の為参加できなかったスタッフへも回覧を利用し周知するように努めている。事業所内のみならず送迎車などの感染対応セットは定期的に点検を行い発生時の迅速な対応が行える。</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 年に2回の防災避難訓練の実施を行い、訓練時は全スタッフが消化班や避難誘導・通報などの役割も理解できるよう順番に担当できるよう工夫したシフトを組んでいる。また訓練を活用し全職員で避難経路・消火器の場所を再確認した。避難口周辺の整備を行いより安全に非難が出来る空間を維持している。BCP机上訓練はエリアで取り組み参加者はその必要性を感じている。事業所のBCPマニュアルは年に2回見直しと更新を行っている。今回新型コロナウイルス感染症発生に伴い、地震・水害のみならず感染症における事業継続計画について予防と対策を講じた。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | 自己評価 |
|--|---|-------|
| 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 介護支援専門員から提出される居宅介護支援計画書に基づきサービス開始担当者会議までに原案を提出し担当者会議で同意を得られた計画書のサービス内容の支援を提供している。実施方法についての確認は計画書の発行時内容の確認を管理者が行い発行の許可を行い、その後は定期的なカンファレンスの中で実施状況の確認を行う。実施が困難な場合は迅速に担当介護支援専門員と相談をし計画の見直し・変更を行っている。福祉サービス全般についてはこれまでのマニュアル綴りをサービスマニュアルとコンプライアンス関係に分けそれぞれの項目ごと立案日と見直し・改定日が分かる内容に変更している。</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 福祉サービスマニュアルの変更を要する際は変更日を記載し変更箇所を赤字で入力したものを変更理由とともに回覧し周知を図っている。</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 ご利用者の支援方法を知るために身体状況の他生活環境、ご本人・家族の意向、興味関心など多角的な情報を元に一人一人アセスメントを行っている。このアセスメントと居宅介護支援計画書のすり合わせを行い多職種協働で通所サービス計画書を作成している。責任は管理者においている。</p> <p>支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。</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 サービス実施計画の策定手順を活用しご本人やご家族の意向と関連事業所との情報共通を行い実施計画の評価と見直しを行っている。カンファレンス後変更された実施内容は次のサービス実行表へ転記されるためスタッフへの周知も図れている。評価は介護保険長期間切れ以外に個別機能訓練計画に合わせ3ヶ月毎と居宅介護支援計画書の短期期間切れに合わせ定期的にしている。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p>評価概要 事業所で提供する介護サービスに関わる記録・請求に関する記録は日々実施している。介護保険請求を行う際には計画書に基づき実施を確認した上で最終確認を管理者もやっている。記録の仕方についてはマニュアルを整備し統一に努めている。介護・第一号通所介護とも記録用紙は統一し必要な情報や評価を介護支援専門員へ適宜提出している。</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 ご利用者の個人情報漏洩防止の為法人の総合リスク管理室の元管理を行っている。全スタッフに対し入社時個人情報保護の同意書を提出し年に2回人事考課の際に振り返りの機会を設けている。個人情報保護管理規定ではご本人・ご家族からの閲覧・謄写申請については個人情報に関する開示請求に従い対応可能である。</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 |
| | 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 ご利用者の心身の状況の把握についてはこれまで同様マスタープランとアセスメントシート①②③ (①:フェイスシート、②:ケアチェック、③:家屋訪問記録)を活用し新規利用時でも本人像がより具体的にスタッフ間で周知できご本人の思いを踏まえた支援方法が統一できるよう努めている。またそれに加え興味関心シート・選択的活動調査から見えてきたご本人の意向から通所介護計画書の「目標」に設定し自立支援への動機づけを心掛けている。具体的にはご自分のテーブルを拭いたり、箸やスプーンの準備、趣味の手芸や書道など自宅で行っているもしくは準備・片付けの支援があれば継続できる活動をそのままサービス利用中の活動の中で取り入れるようにしている。これまでは、午後からの活動・レクリエーションを考慮して午前中に入浴を実施できるようサービスを提供していたがご本人の希望や体調に合わせて午後からの入浴も設けた業務を組み立てている。</p> <p>A-1-(1)-②について ご利用者が社会生活を営む上でのスタッフや他利用者との意思疎通についてはこちらから伝えたいだけでなく相手が意思・感情・考えを伝えられるように聞き取る余裕をもった時間や仲介・支援方法の見直しを行い、身体状況によってコミュニケーションボードや筆談・ボディランゲージを活用している。ご利用者への言葉使いは自分では気が付きにくいものとして、全職員が接遇に関するイエローカードを携帯し職種・役職関係なく注意喚起を行える仕組みが定着し、倫理面から考える接遇を法人勉強会で予定している。令和2年度からは事業所内で「利用者処遇改善プロジェクト」のチームを立ち上げ日々のご利用者の声をメモし事業所内会議で振り返りを行う仕組みが出来ている。</p> | | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | 自己評価 |
| | 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>法人でご利用者の権利擁護に関する宣言を定め身体拘束活動廃止・虐待廃止についてマニュアルに準じ毎月一回の事業所内安全管理委員会で身体拘束廃止又は虐待の早期発見に向けて事例検討を行っている。マニュアルについては定期的な見直しを行い変更が必要な場合は起案しスタッフへ周知するまでの仕組みがあり、3ヶ月に一度は法人全体でこれらに関する安全管理委員会を開催し自部署以外の情報の交換を行っている。事業所内へは「恵仁会10の心得」を掲示している。人権・プライバシーに関しては実際の介助場面に当てはめて振り返りが行えるように法人内勉強会で予定している。</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 |
| | 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>認知症による見当識障がいや加齢に伴う視力・聴力低下など様々な方のご利用がある中で、一番に個別で対応を心掛けると共にトイレの標識を目線に入るよう低く立体の物へ変更した。ご利用者満足度アンケートの中に設備に関する質問を設け、これまで全トイレをウォシュレット付き暖房便座へ取替・フロア清掃・脱衣場の椅子の変更等を行ってきた。午睡等の休息を希望される方へはベット又は和室での休息も行え快適に午睡していただけるように環境が整っている。</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 |
| | 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 自宅の浴室を確認し、自宅での入浴が難しい理由を把握してからデイサービスにおいて特浴・リフト浴・普通浴・個浴の中から心身状態を考慮して浴槽の選択を行い感染症や皮膚疾患のみならず羞恥心や異性介助への抵抗も考え個浴での対応も希望を聞きながら柔軟に行うことをご利用者の尊厳に努めている。入浴の可否については看護師以外の職種でも目視で確認できる判断基準を掲示し個別に主治医からの指示がある方については個別バイタル記録表へ指示内容を記載し安全な入浴を心掛けている。また体調不良等により入浴が難しいときは全身清拭・部分清拭・更衣などの支援を行い、入浴時に行う予定の軟膏塗布・処置や皮膚状態の観察も実施できるように取り組んでいる。入浴を拒否される場合はご本人の意向を確認した上で入りたくない要因を一つずつ解決したり時間やスタッフを変更しお誘いする方法をとっている。浴室での移動は足元が濡れていたり裸足の他に皮膚が出ていることや羞恥心から注意力が低下する場合もあると考え、手引き・手添え歩行介助又はシャワーキャリーを使用している。</p> | | |
| <p>A-3-(1)-②について アセスメントシートやADL評価より自宅での排泄場所に合わせて排泄支援を行っている。誘導の方法は尿・便意がない方へは定期誘導とオムツ交換を行い、尿・便意あり又は曖昧な方へは定期に加え適宜日中の様子を観察しながら声掛けを行っている。また送迎前や活動・食事前などはその後の活動に不安なく集中していただけるように排泄を済ませておくように時間を設けている。介助方法については個々の機能と手すりや便座の位置を考えたトイレの選択を行いプライバシーに配慮して個室での対応となるため事故防止の観点からもタイマーを設置し見守り不足での事故は防げている。また排泄の自立に向けて可能な限り夜間オムツ対応の方でも日中トイレでの排泄を支援し座位による自然な排便やパット内排泄後の不快感軽減を目指している。主治医や訪問看護から指示がある場合は排泄介助の中で尿の色・混濁・尿量などを観察し迅速に報告を行う流れがある。多職種で行う定期的なカンファレンスの中で排泄支援方法に検討や変更が必要な場合は見直しを行い通所介護計画書の変更の為マスタープランの変更を介護支援専門員へ提案することもある。</p> | | |
| <p>A-3-(1)-③について 移動支援に関してはADL評価・自宅環境・生活環境とご本人の目標のすり合わせを行い在宅生活が維持できる移動方法を決定している。シルバーカーの台数を増やし自立して（一人で）移動できる機会を作っているが、歩行器などの選定は握力・体幹バランス・立ち上がり・速度負荷等を機能訓練指導員を中心に安全に自立した移動が出来るよう慎重に選びご自宅でも継続して使用できるよう福祉用具への助言を介護支援専門員等へ行っている。また福祉用具業者と連携してフィッティング評価が出来る環境である。</p> | | |
| A-3-(2) 食生活 | | 自己評価 |
| | 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・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。 | ○ a・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。 | ○ a・b・c |
| <p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 月に一度季節感を取り入れた行事食や年に2回バイキング形式の食事提供を続け楽しみを持っていただけるようテーブルクロスを使用し工夫を行っている。年に2回のご利用者満足度アンケートに食事に関する内容を記述し嗜好調査や日ごろの屋食の量・味付けなどに関してもご意見を聞き結果を献立を管理する管理栄養士へ報告している。1ヶ月の献立表は希望されるご家庭へ配布し、連絡帳へ日々の献立を記入する工夫を始めた。</p> | | |
| <p>A-3-(2)-②について アセスメントシートより個人の嗜好・アレルギー等の把握を行い、普通食から糖尿病食・透析食などの治療食があり常食から一口大・細刻み・ソフト食の提供などから適した形態を選べる。また消化不良や口腔内トラブル等による当日の変更も可能。おいしく安全に食事を継続していただくために毎回食事前口腔体操を実施し難聴などの個別支援が必要な方へは横に付き添うようにしている他に車いすや机の高さ・椅子への移り座り・滑り止などの工夫を計り認知症・視力低下のある方は食材と食器が区別しやすい器を使用している。看護師が全利用者の食形態の管理をデータで行っており、食事内容・量・形態・補助食品の変更や提案について積極的に行い、治療食については関係医療機関や在宅での食環境を考え安全に食事を摂っていただけるよう心がけている。</p> | | |
| <p>A-3-(2)-③について 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が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機関病院に歯科も含まれているため相談・支援体制が整っている。口腔ケアマニュアルに準じ屋食後は必ず一人一人口腔ケアを実施していただく又は介助にて行い、義歯なし・胃瘻造設の方へはガーゼを使用した舌も含む口腔内ケアに努めている。口腔機能を保持・改善するためにむせこみがある・飲み込みが弱いと感じられる方は言語聴覚士による評価から食事姿勢・食形態・スピード・トロミ・一口の量など細かな指示を受け支援方法に反映している。</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | 自己評価 |
| 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 褥瘡予防への取り組みは新入職の時から良肢位に対するポジショニングで褥瘡に関して触れ、症状・ケア方法の知識を持って入浴や排泄・体位変換などの支援を行えるようにしている。また除圧・長時間の同姿勢を避けるため車いすから椅子やベッドへの移乗を心掛け皮膚状態の観察や姿勢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分かりやすい情報の共有を行っているため当日のうちにかかりつけ医からの指示で訪問看護や関係事業所の対応が出来る。訪問看護・介護、通所介護等多くの介護サービスを併用されている方で主治医を中心としたケアシステムに登録しサービス利用時の様子や他サービスからの情報・主治医との連絡がスムーズに行えているケースがある。</p> | | |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | 自己評価 |
| 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。 | | a・Ⓑ・c |
| <p>評価概要 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期からの対応は中止ししっかり人員体制が整う時間からの利用受け入れを行っているため十分な看護体制もあり介護職員の喀痰吸引は行っていない。今後は更に高齢者夫婦世帯や老々介護のニーズに利用時間等柔軟な対応できるよう指導看護職員の体制がある事を目指している。</p> | | |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | 自己評価 |
| 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 ご利用者が居宅での生活を継続できるよう家屋評価を行いご本人の目標と現機能・マスタープランのすり合わせと、更に平成30年からは生活機能向上連携加算を算定し外部セラピストの助言を受け生活相談員他看護・介護職員などと協働し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や訓練状況を評価表を用いて介護支援専門員へ情報提供している。介護保険有効期限更新前は介護支援専門員から訓練内容の相談もありご利用者の目標達成に向けての訓練内容を検討・提案している。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するために家事動作・生活動作をはじめとする身体・心身機能に働きかける活動の提供を心掛け自主訓練が自由に行える環境がある。介護予防における認知症の早期発見については利用中の様子だけでなく送迎時や利用時の服装・保清面・ご家族からの相談などを元に可能な支援を行いながら介護支援専門員へ助言している。健康に関する学習教室は看護師、運動や体力に関する学習教室は機能訓練士が中心となりプログラムを立案し毎日交互に実施。開始から3年以上経った現在でも介護予防の関心や意欲を高められることでご利用者から人気のある教室となり今後更にフレイル予防に力を入れたいと考えている。</p> | | |
| A-3-(6) 認知症ケア | | 自己評価 |
| 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 平成30年4月より認知症加算を算定しこれまで以上に認知症についての理解を深めている。認知症介護実践者研修等の修了職員が5名在籍していること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機能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。認知症のご利用者への関わり支援では中隔症状の個性性を重視し現れたBPSDに対しその背景を辿ることで対応方法を変えている。職員も認知症の理解を深めたり困難事例を相談しあえる仲間がいるため、精神的ストレスも少なく心に余裕を持って支援できている。これまで「デイサービスが続くと思っていた」「2カ所のサービスを使っていたが父が長寿園が良いと言うのでサービスを一本化したい」「認知症のある新規の利用希望だがこれまでの他利用者の変化を見ていたら長寿園にお願いしたい」との声をいただき、在宅における認知症介護の支援や利用者獲得にも繋がっている。また、認知症加算について独自に傾向や課題を分析し認知症介護の支援に役立っている。</p> | | |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | 自己評価 |
| 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 施設内にAEDの設置を行い緊急時に備えてかかりつけ医をご利用者ごとに記録整備している。またサービス提供中の急な体調変化や受診をスムーズに行えるように協力医療機関病院以外のかかりつけ医のご利用者を対象に処方内容や現病・既往の一覧を提出している。利用時の体調確認・バイタルは個人記録と個人連絡帳へ記載しご家族へ伝えと共にモニタリングを通して介護支援専門員へ情報提供している。低血糖や低血圧、湯あたり等予兆の有無に関わらずその可能性が高い方は入浴提供時間や臥床ベッドの準備整備・見守りニーズの高い方の座席等工夫している。これまでの呼吸停止等の緊急搬送の対応を行ってきたが緊急時の対応等で予測訓練を行っているため迅速な対応が出来る。異変時はご家族・介護支援専門員等に加えご利用の訪問看護ステーションの担当看護師へ直接報告を行い主治医の指示を仰いでいる。</p> | | |
| A-4 家族等との連携 | | 自己評価 |
| A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応 | | 自己評価 |
| 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 主にはデイサービスの連絡帳を通じてご家庭とデイサービスでの体調の確認・変化の報告等を行っている。終末期のご利用者の利用受け入れも行っており状態の観察とご家族の変化を感じられた場合は介護支援専門員へ情報を提供する仕組みがある。また、癌などの診断では本人告知・未告知の情報を職員間で共有し本人又はご家族の意向に沿えるよう心がけている。関係機関との連携においてはヘルパーセッションや定期巡回の訪問サービスとも介護支援専門員を軸とした密な情報交換を行い終末期のケアを最期まで提供できたケースもある。</p> | | |