

(様式第2号)

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瑠璃ちゃん家

評価実施期間 令和3年1月7日～令和4年2月19日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センター福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号

2 事業者情報

【令和3年9月1日現在】

事業所名称：社会福祉法人恵仁会 ミニデイサービス瑠璃ちゃん家	サービス種別：地域密着型通所介護、第一号通所介護
開設年月日：平成20年11月1日	管理者氏名 水谷あゆみ
設置主体：社会福祉法人恵仁会	代表者 職・氏名 理事長 池田志保子
経営主体：社会福祉法人恵仁会	代表者 職・氏名 理事長 池田志保子
所在地：〒893-0023 鹿児島県鹿屋市笠之原町45番52-1号	
連絡先電話番号：0994 (44) 1645	FAX番号：0994 (44) 1645
ホームページアドレス http://www.kanoya-choujuen.jp	E-mail ruri@kanoya-choujuen.jp

理念・基本方針

(基本方針)

- ・ご利用者やご家族の思い・ニーズに柔軟に対応し、継続的に自宅での生活が送れるように支援致します。
- ・ご利用者の趣味や特技を大切にし、それらを活かした役割・活動を通じて、楽しみや喜びを感じて頂けるような事業所を目指します。
- ・ご利用者の「心の拠り所」となるような事業所を目指します

(介護理念)

- ・ご利用者のこれまでの生活やその人らしさを考え、一日一日を大切に支援してまいります。
- ・ご家族と事業所との協同、ご利用者が安心して在宅生活を続けていけるよう、ご利用者を支えてまいります。
- ・地域の方々と交流を深めながら、人と人とのふれあいを大切にしていきます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・法人内、グループ内の連携の強化。・リフト浴を使用し中重度利用者への対応、職員の介護負担の軽減（腰痛防止）に努めている。在宅での生活が継続できるように集団体操、個別訓練の実施を行っている。・同敷地に児童発達事業所や保育所もあり小さな子供とのコミュニケーションができる。・同敷地の事業所と協同で地域の方との交流ができる。

【利用者の状況】

定員 18人	利用者数 39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添付してください。

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)		3	8	24	4

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	3	8	10
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	9	6	2		

【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		3			1.1	1	
介護職員	1	11	1	1	5	1.6	
看護職員		2		1	1.3	1	
機能訓練指導員		2			1.1	1	
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	人	非常勤	人
			退職	常勤	1	人	非常勤
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					8.5 年		
○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					8.5 年		
○常勤職員の平均年齢					50.2 歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					50.2 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	令和3年1月7日～令和4年2月19日
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成30年度）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

☆職員のご利用者への関わりが明るく爽やか丁寧であり、前向きな姿勢から、教育・訓練の充実、目指すべき職員像など目標の明確な意識付けがなされていることが見て取れます。

☆法人中心に統一したマニュアル作成が行われ、職員研修や会議等を実施し各職員の資質向上やサービスの標準的な提供がなされています。

☆運営面では事業所の状況を週ごとに法人本部に報告し、課題や対応策などの素早く実行できる体制となっています。

☆事業継続化計画（PBC）は、水害・地震・火災対策等が整備されていましたが、コロナ感染が社会問題化する初期にいち早く計画の策定がなされ、多くの事業所・法人等の範になりました。

☆職員が働きやすい職場環境についても有給休暇を取得しやすい環境、残業ゼロ等の取組み、ワクチン接種補助、資格取得支援制度などを整えています。

☆介護サービスの質向上に関しては、全職員の有資格化を推進し、利用者ひとり一人の人権やプライバシー等に配慮したサービスの提供に取り組んでいます。

☆理学療法士・機能訓練指導員が中心に多職種で利用者の持てる力を引出し自立に向けて支援が進められています。

◇改善を求められる点

法人本部の中長期計画が作成されますが、事業所の中長期計画として職員配置や設備等に関する数値目標等の具体化が期待されます。

5 利用者調査の結果(別紙)

6 事業者の自己評価結果(別紙)

7 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価において、職員の利用者に対する関わり方など評価をしていただき嬉しく思います。統一したマニュアル作成や定期的な見直し、研修・会議等を継続し、常に質の向上を意識してサービス提供を行っていきます。

これからも利用者に満足した利用をして頂ける様に、職員一同邁進して参ります。また、改善を求められる点では、事業所の中長期計画として、数値目標を詳細化し、年度毎の事業計画に反映するように努めて参ります。

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

		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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人理念に沿った事業所の基本方針・介護理念があり、パンフレット・法人のホームページや広報誌・法人カレンダー・事業所の便り等へ掲載されている。職員へは毎年4月に開催される事業計画報告会において周知され、職員はネームプレートに常時携帯し、毎朝の朝礼において内容の周知や確認している。新人や中途採用者へは研修マニュアルの中に組み入れられ周知されている。また、ご利用者やご家族等へは、事業所内への掲示（事業計画書へも記載してあり、いつでも閲覧できるようにしてある）をするとともに家族会において周知している。具体的な取り組みなどは広報誌や事業所の便り等へ分かりやすく記載して内容の周知がされている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 国や鹿屋市など地域の自治体の人口動向や社会福祉事業の動向、地域の各種福祉計画の策定動向等を把握している。法人本部の指示や情報提供を受け関係機関との連携を密にしている。毎月実施される法人運営会議や在宅会議・エリア会議にて把握・分析・内容の確認が行われている。在宅会議では毎月、利用状況や稼働率の分析、課題抽出と改善策の検討、評価見直しが行われている。</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 法人としての経営課題が明確にし、中長期計画において具体的な取り組みが計画されている。毎月の在宅会議で現状の分析や事業所の課題等を明確にし、ミーティングで周知し改善に向けて取り組まれている。経営状況や改善すべき課題について理事会・評議委員会で報告され情報の共有がなされている。職員の確保が一番の課題として働きやすい職場環境作りや職員紹介制度の周知と活用、毎月就職面談会などの開催、安定した稼働率の維持の為に、管理表を作成し、振替利用の促進や利用中止から登録までの空き期間の短縮を図る取り組みなどが具体的にされている。</p>		

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・Ⓑ・c
<p>評価概要 法人として2015年から2025年に向けた福祉人材育成・獲得プログラムが策定され具体的に8つのプロジェクトが継続して取り組まれている。また、社会福祉法人恵仁会3か年経営戦略が策定され、「サービスの質の向上」、「人材獲得」、「入居率・稼働率の向上（経営力強化）」、「生産性向上（IGT, IOTの活用による業務効率化）」、「介護報酬改定対応」を重点施策として具体的な数値目標の設定と財政計画が策定され必要に応じて見直しが行われている。事業所としての中長期計画の策定が待たれる。</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 単年度事業計画は、法人の「3か年経営計画（中期計画：令和3年度～令和5年度）」の内容を踏まえている。サービスの質の向上、人材の獲得、稼働率の向上、生産性向上等を重点取り組み項目に掲げ、実施状況の評価ができる計画が策定されている。更に、コロナ対策、業務の棚卸、働き方改革として有給休暇取得、適正な労務管理も項目化した事業計画が策定され数値目標や成果設定など具体的な内容となっている。</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 職員会議で、半期毎に進捗状況の確認・課題抽出を行い、現年度計画の評価が行われ必要に応じ見直しを行い、次年度へ反映されている。毎年4月の「事業計画報告会」への参加等で職員の理解と周知が図られている。事業所の玄関や事務所に事業計画を置き、いつでも閲覧できるようになっている。</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 事業計画は年度末の家族会において今年度の事業計画の実施状況や次年度の事業計画についてパワーポイント等を利用してわかりやすく説明し、内容の周知を図っている。家族会へ不参加の方についても、家族会で説明をした内容を記載した資料を配布し説明を行っている。また、ホームページや広報誌への掲載、誰でも閲覧出来るよう、事業所内に事業計画を掲示している。行事の予定等については便りへも内容を記載している。利用料金等の変更の際には、分かりやすい資料を作成し、配布・説明を行っている。</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)・b・c
<p>評価概要 先ず職員の資質向上では、全職員有資格化や「法人職員10の心得」の遵守を推進している。ご利用者・ご家族の満足度調査(年1回)や内部評価(年1回)、内部監査(年1回)、事業報告(上期・年度)を実施し、調査結果や評価結果により改善を要する内容を明らかにし、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行なっている。事業計画で具体的な取り組みが行われている。定期的に第三者評価を受審し更なる質の向上に努めている。</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 評価結果に基づいて分析、課題を抽出し、デイ会議や在宅会議において情報の共有、改善策の検討が行われている。改善策の実施状況の確認、評価についてはデイ会議で行われ必要に応じて見直しをし、法人本部に「ライフサポートチーム」が設置され専門性の視点よりアドバイスや計画提案がなされている。昨年度は笠之原エリア地域包括システムの実現にも関与できている。</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)・b・c
<p>評価概要 管理者の役割と責任については 運営規定、重要事項説明書等の書類、広報誌やお便り等へ記載し表明されている。また、職務分掌表や役割等級基準において、管理者の役割や職務について明記しており、職員へもその内容を周知している。有事の際の管理者の役割・管理者不在時の権限委任等についても緊急時対応マニュアル等へ明記している。</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 管理者の指揮のもと、法令改正や通達等の改正改定等に応じて、迅速な運営規程の改正やコロナ対策・各種災害等対策を含めBCP(事業継続計画)の見直しが行われている。事業所の人員・設備・運営基準、加算取得要件等の研修会で全職員に周知している。内部監査に基づき改善・適正な事業運営ができるよう努めている。行政による集団指導や虐待防止、権利擁護、労働基準、交通安全等の勉強会へ参加し、職員へは内容の周知を図っている。身体拘束適正化委員会・安全管理委員会・感染対策委員会・職員会議の中で毎月研修・指導し、法令遵守を推進している。</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</p> <p>サービスの質の向上ため、年2回、評価基準に基づいた自己評価、事業所評価を実施するとともに、職員への個人面談を通して振り返りとサービスの質の向上への職員の意識改革・目標達成に取り組んでいる。内部監査や半期毎の事業計画報告会において評価と改善策の検討、改善に向けた具体的な取り組みが推進されている。</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</p> <p>管理者は、毎月の在宅会議において事業所の運営状況等の報告を受け、人事、労務、財務等課題の分析や改善に向けた取り組みの検討等を行っている。自己評価や事業所評価、個人面談を通して経営改善や働きやすい職場環境づくりに務めている。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>「社会福祉法人恵仁会2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」において、人材育成と獲得を目標に8つのプロジェクトが取組まれている。法人職員無資格者ゼロの達成に向けて介護職員初任者研修等の受講希望者へ勤務調整、年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行われている。法人として月2回の面接会、職員紹介制度の導入など人材確保に向けた取り組みが行われている。</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</p> <p>法人として、長期的展望に基づく基本構想があり、その下で各事業所の人事管理がなされている。まず人材は人財との認識の下で、職員の獲得方法の多様性、人材育成のシステム化さらに、人は人によって育つとの理念の下で、多様な人材が多様な働き方ができる取り組みが進められている。人材像の明確化、キャリアパス制度、異動や昇格・昇進を明確に行うための人事考課制度の実施、自己評価・自己申告書等での意向確認や業務目標の共有、職員は次期の自己業務目標を設定し、上司と対話（面接）し、その目標達成を目指す過程で共に成長できる総合的な人事管理が実施されている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人では「ここで働いてよかったと思える10か条」を全職員が共有できるようになっている。「職員のスキルアップと働きがい支援」を目指す取り組みがなされている。人事考課シートによる働き方意向調査、意向調査を基にした職員面接と働き方の提示と働きやすい職場環境づくりが組織的に取り組まれている。有給休暇取得状況や時間外労働など就業状況が把握され、有給休暇取得率の向上、時間外労働の削減に取り組んでいる。自己申告書や個人面談の実施により人員配置や人事異動、時間制導入などワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。ストレスチェック・インフルエンザ予防接種・定期健康診断・腰痛対策等の健康づくり対策が推進されている。</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)-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</p> <p>法人内に職員スキルアップ対策の研修会やそれぞれの資格・技能取得に対して勤務内受講や受講費支援制度も設定されている。またeラーニングの導入もされている。個人へは面接カード、自己申告書を基に年2回の人事考課面接での個人目標の設定、配属部門目標の共有、自身の取り組みの振り返りを実施している。個人研修計画管理表、キャリアパス制度によりキャリアアップが可視化され個人目標を明確化し進捗状況の確認、目標達成の確認が行われている。</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 法人の「期待する職員像」が明示され目指すべき目標が明確になっている。教育・研修システムも資格・技能に対応してそれぞれに準備されている。「社会福祉法人恵仁会2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクト」においてプロジェクトの中に「法人職員無資格者ゼロの達成」が掲げられ、事業計画で法人全体研修、エリア勉強会、事業所内研修計画が策定され計画的に実施されている。新人・中途採用者向け研修や介護職員初任者研修等の受講希望者への勤務調整、年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行なわれている。月例職員研修会も年間計画に基づき実施されている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 職員は人事考課シートで、それぞれの目指す目標を明確にし、その達成をめざし上司等の指導助言を受ける体制ができています。資格取得やスキルアップ研修への参加については、勤務対応や受講料を法人が支援（負担）する場合もある。年間研修計画の他、eラーニングの導入、老人福祉施設協議会等の階層別・職種別研修など外部研修会への派遣や研修会の紹介などラインを利用して行っている。新人・中途採用者向け研修や介護職員初任者研修等の受講希望者へ年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行なわれている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要 専門職の実習生等の受け入れについて、法人「社会福祉法人恵仁会2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクト」で福祉教育に関する支援を明文化している。実習生受け入れマニュアルが整備されており事前に学校側との連携による専門職種の特性に配慮したプログラムが実施できる体制は整っている。実習指導マニュアルも整備されている。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要 ホームページに理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、利用契約書、重要事項説明書、利用料金、居室やスタッフの写真等が開示されている。事業計画、事業報告、予算、決算情報、第三者評価結果、相談苦情窓口や体制など施設内掲示にて情報公開されている。また、お便りを活用して、ご家族や地域へ配布し活動内容の周知を行っている。広報誌「Breeze」には目で見える情報が多く掲載されている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 事務・経理・取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、それぞれ規定に基づき管理されている。法人内で他のセクションの職員による監査制度も実施されている。毎月外部の公認会計士による会計指導を実施し、理事会の議事録等については結果を事業所等で公開している。法人や事業所の運営について、顧問弁護士や社会保険労務士と連携助言を図っている。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要 事業計画に地域との連携及び貢献活動を企画し、笠之原小学校の生徒たちの登校時の安全確保のために交差点での立哨活動やオレンジカフェ笠之原歩（あゆみ）が実施されている。笠之原小学校との交流学習、寿光園合同運動会、笠之原小学校行事や笠之原地域行事参加等への取り組みが予定されているが、コロナの影響下にあるためリモート交流や手紙交流などで地域との交流を継続している。</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 法人としてボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されている。ボランティア受け入れについてマニュアルが整備され計画的にボランティア養成講座を開催している。コロナ対策に配慮し可能なものについては笠之原小学校との交流学习や高校生の体験ボランティアの受け入れなど学校教育への協力を行っている。</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 関係機関や団体等社会資源のリストを作成し職員へも周知され、玄関にいつでも閲覧できるように置かれている。笠之原地区民生委員会への参加や運営推進会議で定期的に情報交換、ニーズの把握が行われている。また、認知症サポートワーカー見守り隊として地域に出向いている。</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 笠之原地区民生委員会への参加や運営推進会議との定期的な情報交換等で、ニーズの把握が行われている。また、エリア会議内での話し合い、2名の生活コーディネーターを通して地域の福祉ニーズや生活課題等の情報の共有が行われている。また、地域交流スペースの解放、サークル活動やサロン、オレンジカフェ等で地域住民との交流が図られている。事業所の地域交流スペースでの交流は地域情報の収集の場であり、事業所情報の発信の場となっている。</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 毎週水曜日に児童の登校中の安全を見守る為の立哨活動を実施している。また、運営推進会議やサロン・オレンジカフェ等の開催により、地域住民への情報発信、情報の交換・ニーズの把握に努めている。法人として、山間地区における買物支援活動や行方不明者捜索のための職員ネットワークの構築等が実施されている。交流スペースの解放、隣接する寿光園が災害時の避難場所になっている。</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

		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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人及び事業所の理念・基本方針は一貫して利用者を尊重し寄り添った介護支援の姿勢が貫かれている。法令遵守規定等に利用者を尊重したサービスの実施について明示されており、中長期計画・事業計画にも反映され職員への周知が図られている。権利擁護の勉強会や倫理・接遇等の研修など計画的に実施されている。利用者へ提供するサービスの標準の実施マニュアルにも反映されている。利用者の尊重や基本的人権の配慮については毎月開催される虐待・身体拘束適正化委員会やデイ会議等で状況の把握・評価、改善策の検討が行われ改善に向けた取り組みを実施している。</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 毎月、プライバシー保護や虐待及び身体拘束廃止に向けた委員会の開催、権利擁護についての勉強会を年1回計画、全員参加できるよう同テーマで2回開催している。プライバシー規定が策定され各種マニュアルを基にカーテンやパーテーションの活用などプライバシーに配慮したサービスが提供されている。「社会福祉法人恵仁会2025年に向けたプロジェクト」内でプライバシーが保護される4つの利用者の権利に関する宣言を定め周知しその実現を目指している。</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 事業所の情報は、パンフレット・ホームページ・法人の季刊誌・瑠璃だより等で提供している。提供内容は、事業所の理念・介護理念・概要・提供するサービスの内容・利用者の行事参加風景・お知らせ等、事業所の情報を伝えている。ホームページも定期的に更新し、最新情報を提供するなど広報活動に取り組んでいる。組織を紹介する資料は、法人関連施設・地域関係機関・地域行事の参加者に配布し、多くの人が入手できるように取り組んでいる。見学希望者には、施設内の案内やサービスなどを丁寧に説明している。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要 サービス利用時は、管理者が担当し説明している。「契約書」「重要事項説明書」等を用いて、送迎時間、サービス内容、利用時に持参するもの、欠席の連絡方法、利用料等詳細に説明している。質問にも適切に説明し理解に努めている。説明後は、利用者や家族から同意を得て書面で残している。意思決定が困難な場合は、社会資源の紹介や説明をしている。成年後見制度活用マニュアル作成と職員研修が期待される。</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・(b)・c
<p>評価概要 福祉施設・事業者の変更や家庭への移行は、介護支援専門員が主体となり、変更先や移行先と連携している。事業所は、毎月介護支援専門員に報告書を提出し連携を取っている。変更先や移行先に提出する書類は、先方の希望を聞き作成し、介護支援専門員に提出している。書類作成は、利用者や家族の同意を得ている。相談窓口や相談員は口頭で説明している。利用者の福祉サービスの継続性を確保するには、移行先との引き継ぎ文書等を定めておくことが期待される。</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・(b)・c
<p>評価概要 利用者満足度は、送迎時、3ヶ月毎の訪問調査時、レクリエーション活動時、機能訓練中の聞き取りや、連絡帳・年1回の家族会での意見交換、満足度調査実施等を設けて把握している。職員は出来るだけ一人ひとりの利用者から聞き取る姿勢を持って対応している。組織として仕組みの確立や職員の周知を図ることや、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画もふまえて、利用者満足度の上昇に努めることが期待される。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 相談・苦情対応マニュアルを作成し、それに基づき苦情解決責任者・各事業所の受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。事業所には、意見箱の設置やフリー職員が事業所内をラウンドし、意見や要望等把握する取り組みもしている。又、苦情解決の仕組みを説明した掲示物を掲示している。苦情解決は、迅速に対応する仕組みがあり、受付と解決を図った記録を保管している。申し出人の同意を得た上で事業報告書及び広報誌に公表している。職員研修も実施している。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要 入所当初に重要事項説明書により、利用者及び家族に説明している。施設内に意見箱設置、苦情解決の仕組みを説明した掲示物を掲示している。第三者委員の紹介やフリー職員がラウンドをしている。職員は、送迎時やサービス提供場面時に、利用者及び家族から相談や意見を聞く機会にしている。相談スペースは、事務所の奥に設定し表示している。職員は、積極的にコミュニケーションを取り信頼関係を構築している。相談・意見に関する分かりやすい文書作成で周知の工夫が期待される。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要 苦情解決の仕組みと一体的に構築運用している。利用者や家族からの相談や意見は、職員の範囲で解決できることは、迅速に対応している。食事メニューやレクリエーションの提案等は、毎月の会議で検討し改善に取り組んでいる。意見箱の周知徹底の取り組みやアンケート内容・回数等の工夫を検討し、意見・相談・提案を出しやすい雰囲気づくりが期待される。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 安全管理委員会を設置し、各自事業所は毎月、法人の全体会を3ヶ月毎に委員会を開催している。各委員会で把握したリスクを検討し、速やかな対応を取っている。毎月の会議でアクシデントやヒヤリハットの報告を行い、介護事故の未然防止や再発防止に周知している。事業所では、トイレ・椅子からの立ち上がり等での転倒防止のため、利用者から目を離さない事や未然に防ぐ機敏な行動が取れるよう取り組んでいる。</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 感染症対策マニュアルの中に感染対策委員会の活動要綱があり、設置目的・委員会活動内容・基本的予防対策を整備している。感染対策は、使用する物品の点検を実施している。職員研修・利用者及び家族への情報提供、流行時はポスターを掲示している。コロナ感染対策は、送迎車の消毒や利用者の使用物品など詳細な消毒を徹底している。コロナ発生時の対応も適切に講じられている。</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 非常災害時の対応項目で、火災・風水害・地震などの災害対策を実施している。職員の指示により、利用者は全員隣の部屋に避難できる訓練を実施している。慌てることもなく安全に避難出来ている。利用者の出席名簿で安否確認し消防員に伝えている。家族にも連絡し引き継ぎできる様にしている。食料や備品類の備蓄は、法人で保管し、災害時は職員の協力もあり、連携ができています。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 福祉サービスの標準的な実施方法(目的・場面・手順・留意点)を文章化し、何時でも職員は閲覧できるように事務所に保管している。留意点には、利用者尊重、プライバシー保護に関わる姿勢が明示され、リスク管理にも配慮している。新人、中途採用者に対し、各マニュアルに沿った実施を指導し、確認や質問を受け周知を図っている。管理者は標準的な実施方法に基づいて実施できているか随時確認している。</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。	a・Ⓒ・c
<p>評価概要 標準的な実施方法の見直しは、組織的に年に1回委員会や職員会議等で実施している。変更後は、職員に報告し周知している。職員や利用者の意見や提案からの見直し等、検討会議記録がいつでも確認できるようファイリングし、定期的に現状を検証し、見直し仕組みづくりを今後に期待される。</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 個別的な実施計画策定の責任者を設置し、統一したアセスメントシートを用いて適切な個別的な通所介護計画を策定している。計画は利用者及び家族の意向やニーズを適切に反映させ、計画に基づき利用時は記録を行っている。</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 通所介護計画の見直しマニュアルに手順が示されている。毎月のカンファレンス、3ヶ月毎のモニタリングにより実施状況の評価と計画の見直しを行っている。利用者・家族・介護支援専門員からの意見要望を聞き、計画に取り入れている。計画の変更は、申し送りノートや申し送りで職員に周知している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 通所介護計画①②、評価表、個別機能訓練計画、モニタリング、カンファレンスの要点記録は、統一した様式により記録している。サービス実施状況や情報追加など記録している。職員間の情報は、申し送りや申し送りノートの閲覧で共有化を図っている。今後、介護システム「寿」を使用する予定であり、パソコン利用で情報が入手しやすくなる。利用者参加の会議の検討が期待される。</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・Ⓒ・c
<p>評価概要 法人の個人管理規定により、責任者・担当者を配置し適正管理、保管、廃棄情報漏えいへの対応、保有個人データの開示・訂正・停止の請求等、基本事項を文章化している。電子データはパスワードの設定、事務所内の記録類は施錠管理している。個人情報の取り扱いについて、契約時に利用者・家族に説明し同意を得ている。職員は、法人に誓約書を提出し遵守している。利用者・家族への個人情報開示についての説明と情報提供が期待される。</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		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。	(a)・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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について 利用開始前に利用者及び家族の意向確認をしている。機能訓練加算サービスの場合は家屋訪問でトイレ・風呂・生活状況等を把握している。レクリエーションの項目(手芸・俳句・短歌・絵画・壁画)から本人が選択する等、利用者の思いや希望を取り入れたアセスメントを行い、通所計画を作成している。利用当初は不安や緊張があるが、職員が活動の提案を示すことで本人の選択につながる支援をしている。利用中は個々の役割が持てるように、タオルたたみ・台拭き・ゴミ袋作り・洗濯物干し・野菜切りなど声掛けしている。活動に興味がわがずにソファで休息している利用者には、強制はせずゆっくりできることを大事にしている。</p> <p>A-1-(1)-②について 職員は送迎時もコミュニケーションの場とし利用者及び家族に寄り添う努力をしている。申し送りノートや毎日の記録に記載し職員が閲覧することで共有を図り、カンファレンスで取り上げることもある。利用者の思いや希望を把握し支援に活かしている。耳・目・認知機能・言語機能等が衰え、思い通りにいかない利用者へは、個々の機能に応じてジェスチャーや筆記での対応をしている。今後ノンバーバルコミュニケーションの研修等も期待される。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
3	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	(a)・-・c
<p>評価概要 事業所の介護理念として、「これまでの生活やその方らしさを考え、一日一日を大切に支援していきます。」と明記し、職員は利用者を尊厳ある一人の人として、尊重される権利を有していることを遵守した支援をしている。身体拘束廃止の検討会や研修会を行い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。虐待の芽チェックリストを活用し、虐待防止の徹底に取り組んでいる。</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)・b・c
<p>評価概要 事業所は関連施設の一部にあり、敷地も広く自然に囲まれている。デイホール(共有空間)は、テーブル・椅子・ベッド・ソファ・ウォーターベッドを配置している。利用者の作品を壁画し季節感を出している。コロナ感染対策に配慮しつつ、室温・湿度、清潔、換気、消毒等、感染防止対策がなされている。トイレや風呂は利用者が不安にならないように、絵で表示したり分かりやすく示している。危険物は、利用者の目や手に届かない場所に保管している。ゆとりあるスペースであり、居心地よく過ごせる環境になっている。</p>		
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。	(a)・b・c
6	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
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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について アセスメントにより、自宅浴室環境、入浴形態、方法を検討し安心安全な入浴支援をしている。シャワーチェア、シャワーキャリー、個浴・リフト浴など、福祉機器や用具を使用して安全性を確保している。同性介護を基本にしている。車いすの場合は、2人介助でしている。他は1対1の見守りや介護で支援している。入浴剤やしょうぶ湯、柑橘類の湯等、提供し気分よく楽しんでもらっている。体の露出を極力避けバスタオルの使用や相手が見えないように後ろ向き姿勢で着脱している。入浴前は、血圧・体温・酸素飽和度をチェックし、異常時は看護師に報告判断の指示をもらっている。風呂に入りたくない方もあるが、タイミング等を調整し入浴している。入浴状況は必要に応じ、家族・機能訓練指導員・介護支援専門員と連携している。</p> <p>A-3-(1)-②について 自宅の排泄環境や全体的なアセスメントにより、個人に適した支援で排泄の自立に取り組んでいる。個々の気持ちに寄り添った声掛けによる誘導をしている。便座への着座や急な立ち上がりでの転倒防止に注意し、排泄が終わるまで外で待つようにしている。終了後は、便座やつかまり棒の消毒をしている。排泄物の観察を行い、健康状態を把握している。個々人にあった支援方法の課題等は、機能訓練指導員はじめ職員で協議している。送迎の時は、家族に排泄情報を伝えている。必要時は介護支援専門員に報告している。</p> <p>A-3-(1)-③について 利用者の移動能力、家屋状況をアセスメントし移動支援をしている。利用者の心身の状態に適した移動用具を選択している。職員は日常の移動状況を把握し、必要な場合は機能訓練指導員に提案し報告している。職員は機器の点検を使用前後に行い、安全確認をしている。転倒に注意しデイホールでは見守りを強化している。移動を依頼されるときもあるが、利用者の状態を観察し声をかけながら一緒に歩き、出来るだけ自立を促す取り組みをしている。機能訓練のサービスの場合は毎月カンファレンスしている。3ヶ月に1回は家屋訪問し実際の状況を把握している。家族情報や質問相談に応じている。送迎は安心安全な送迎体制を整備している。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 利用者一人ひとりの食習慣や嫌いなもの・アレルギー食品・食事形態を把握し提供している。福祉食でカロリーが計算されている。食に対し意見要望を聴き取り、嗜好調査を行い献立に工夫をしている。当日のメニューを朝発表し昼食をイメージし、楽しみとなるように取り組んでいる。自宅で進まない食事が、事業所では完食が多い。食器を軽いものに変えたり小鉢に移したり、盛り付けの工夫(見た目)、適温に温めることやお味噌汁は具材を多くする取り組みもしている。希望座席やリラクセスできるオルゴールの曲などを流している。衛生管理マニュアルを整備し、組織内の体制を確立している。</p> <p>A-3-(2)-②について 利用者の摂食・嚥下能力・心身の状態・自立度等をアセスメントしている。食事の提供にあたり、飲み込みやすく噛み砕きやすい食事形態を準備している。出来るだけ自分で食べたいものを選び自分で食べることを目標とし、食べ物をすくいやすいスプーン、食器が動かない滑り止めマット、軽い食器の使用など個別的な対応をしている。口腔・嚥下体操や座位姿勢の保持にも努めている。職員は全体を見守り適宜、声掛けや皿の位置を変えたりしている。食事時間(15分位)が長いと疲れも出るため、職員の介助に切り替えている。食事時の事故発生時はマニュアルで対応方法が確立され、緊急時は職員が対応できるようにしている。看護師が毎日勤務しているため、看護師に報告し対応する時がある。食事量や水分量は連絡帳で家族に報告している。口腔・栄養スクリーニングを行い低栄養の予防に努めている。</p> <p>A-3-(2)-③について 食事前は、口腔体操・嚥下体操を実施している。活動の中で口腔機能維持を目的としたゲームも取り入れている。口腔ケア計画を策定し、実施・評価・見直しを行っている。口腔ケアマニュアルに基づき食後の口腔ケアを全員実施している。麻痺や嚥下障害のある利用者は、職員が義歯手入れもしている。口腔ケアに問題が発生した時は、家族、介護支援専門員と連携し解決に繋げている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>利用前に褥瘡発生の可能性や褥瘡の状況を把握し褥瘡計画を立てている。入浴や排泄場面を通し皮膚観察を行っている。車いすやベッド臥床の場合は、除圧・クッション利用・同一部位への圧分散・皮膚の清潔・栄養改善を行い予防に努めている。褥瘡発見時は、看護師に報告し部位の確認をしている。家族の承諾を得て部位の写真を添付した情報提供し介護支援専門員に報告している。家族に対して、連絡帳や送迎の対面で伝えている。褥瘡対策の指針を整備し標準的な実施方法を、介護職員も理解を深め利用者及び家族に適切な指導が期待される。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>喀痰吸引・経管栄養の実施は、看護師が対応する体制になっており、現時点での対象者はいない。喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者への準備はなされている。</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>利用者一人ひとりの心身の状態や本人の意向を把握した機能訓練、介護予防の個別介護計画を作成している。機能訓練指導員による家屋調査で、在宅療養を継続するために必要な生活動作訓練をしている。3ヶ月毎に訪問し評価見直しをしている。必要時法人の専門家に相談しアドバイスを受けている。利用者の特技・趣味・関心のある活動を把握し、それに合った活動を紹介している。</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>利用者の心身の状況や家族の意向などを確認し、認知症の状態に配慮し日常生活や活動等の必要とされる支援を実施している。デイサービスを受けることでストレスや不安感につながらないように、気持ちに対し十分な配慮をしている。強制や無理強いせず、出来るだけ活動できる働きかけをしている。ソファ・ベッドを配置し、安心安全で落ち着ける居場所を準備している。利用者同士の関わりにも配慮している。事故防止のため危険物は、目や手に触れない場所で管理している。日々の記録は、行動・心理症状(BPSD)の欄があり、情報を共有している。毎月のカンファレンスで分析し支援内容を検討している。送迎の時、家庭での様子や家族の悩み等を聞き、家族の負担軽減となるようにしている。職員自ら認知症介護実践者研修の受講に取り組んでいる。</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>お迎え時に体調確認し、事業所に到着後は健康測定している。体調変化や異変の兆候が見られた時は、看護師と連携し対応している。緊急性の高い場合は、緊急時対応マニュアルに沿って早急に主治医・家族・介護支援専門員に連絡報告し適切な対応をしている。高齢者に多い病氣・誤薬防止・緊急時の対応について職員会議や安全管理委員会、勉強会で周知している。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		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>家族に対し、送迎・連絡帳・担当者会議・家屋調査・満足度調査・家族会・敬老会などの行事を通して、情報交換し連携を取りながら支援している。利用者の緊急性や必要に応じ、即連絡している。不在等の時は、介護支援専門員と連携し必ず伝わる方法を取っている。家屋調査や家族会で個別に状況や意見を聞く機会もあり、希望に沿えるように取り組んでいる。</p>		