

(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 平成28年5月12日～平成28年8月24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28年6月16日現在]

事業所名称：社会福祉法人恵仁会 (施設名) 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、介護予防通所介護
開設年月日：平成20年11月1日	管理者名：上園 健二
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
	Eメールアドレス
<a href="http://www.kanoya-choujuen.jp">http://www.kanoya-choujuen.jp</a>	<a href="mailto:ruri@kanoya-choujuen.jp">ruri@kanoya-choujuen.jp</a>

#### 理念・基本方針

##### 理念 (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支援致します。
- ・ご利用者の趣味や特技を大切に、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。

##### 運営方針 (介護理念)

- ・ご利用者の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。
- ・ご家族と事業所との協同で、ご利用者が安心して在宅生活を続けていけるよう、ご利用者を支えていきます。
- ・地域の方々との交流を深めながら、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り組み】

・法人内、グループ内連携の強化 ・リフト浴の導入により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 ・在宅での生活の継続の為、個別機能訓練(Ⅱ)を実施、自宅での日常生活動作等の訓練を行なっている ・地域交流スペースみらいを併設しており、同敷地内の他事業所(養護老人ホーム寿光園・ヘルパーステーション鹿屋長寿園・住宅型有料老人ホーム笠之原長寿園)と協同で地域との交流の充実を図っている

#### [利用者の状況]

定員	13人	利用者数	29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	2	9	13	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)	0	1	1	3	10
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	6	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
看護職員		2			1	1
機能訓練指導員		2			1	1
介護職員	1	3	2		3.7	1
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 0 常勤 0	人 人	採用 退職	非常勤 0 非常勤 0	人 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5.16 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					5.16 年	
○常勤職員の平均年齢					43.5 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					43.5 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28年5月12日(契約日)～平成28年8月24日 (評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

## 4 評価の総評

### ◇特に評価の高い点

- ・中重度者の受け入れが多く、在宅生活継続支援に向けて個別機能訓練を強化されています。
- ・家族会開催、満足度調査実施など満足度向上への取り組みが積極的に行なわれ、連絡帳で家族との情報の共有と連携が図られて利用者・家族・職員間に協調的關係が築かれています。
- ・個別ケアの充実を図り趣味活動の継続支援の中から生きがいがづくりの一環として全国紙の「月刊デイ」への手芸作品や介護川柳を出品したり、趣味活動グループ「あうちの会」結成など個々人の特性を活かした支援が実施されています。
- ・地域交流スペースを利用して住民主体の趣味活動教室や認知症カフェの開催、予防教室、認知症サポーター養成講座開催、デイ利用者との交流、法人主催の春祭り、親善グラウンドゴルフ大会開催など地域との積極的な取り組みがなされています。
- ・働きやすい職場づくりを推進し離職者ゼロを達成しています。

### ◇改善を求められる点

- ・法人全体の中長期計画が策定されており、「2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクト」には職員の育成・確保について詳細に取り組み内容が明記されている。中・長期事業計画には瑠璃ちゃん家の位置づけとして笠之原エリアの実施状況や29年度に向けての取り組みが記載され地域計画となっておりますが、事業所としての瑠璃ちゃん家の中・長期計画として課題や目標等具体的に記載されることが望まれます。

## 5 第三者評価結果（共通項目・通所）

## 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

初めての第三者評価で高い評価を頂き、嬉しく感じております。特に個別ケアへの取り組みは当事業所が力を注いでおり、利用者満足度の高さにもつながっていると感じる場所です。また、地域住民との交流につきましても、同敷地内の事業所と連携を図り地域貢献の一環として取り組みを進めております。職員体制においても大きな変動がなく推移していますが、今後も更に職員が働きやすい職場として話し合いを大切に進めて参りたいと思います。加えて、ご指導、ご指摘にありました人材確保や育成においても事業所独自の視点を盛り込んだ計画を立てて推進して参ります。これからも地域に必要とされる事業所を目指して取り組んで参ります。

# 福祉サービス第三者評価基準 【 共 通 版 】

(様式2)

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・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>法人理念に沿った事業所理念があり、事業計画において、基本方針・介護理念・経営理念として掲げられている。職員へは職員研修会やネームプレートでの携帯、事業所内玄関等への掲示、利用者様の権利に関する宣言も合わせて周知が図られている。また、ホームページや法人カレンダー、広報誌での地域住民・関係機関への周知、利用者家族会での説明等で利用者・家族への周知を図っている。</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>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人運営会議や在宅部門会議、法人内デイサービス合同会議において、とりまく環境と経営状況の把握・分析と事業所が抱える課題等の意見交換が行われている。会議内容は事業所職員会議や朝礼で周知され運営に反映されている。毎月の利用状況確認表で稼働率等の数値目標など職員への意識付けが行われている。</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>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人全体で経営課題が明確にされ中長期計画において具体的な取り組みが行われている。事業所においてもリフト浴の導入、稼働率確保に向けて利用状況確認表での利用状況の把握、稼働率の確認など職員会議で協議し目標達成のために個別ケアの充実など具体的な取り組みが行われている。</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・ <b>b</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>法人として地域包括ケアシステムの構築、2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト、介護報酬改定に合わせた3年毎の中期事業計画が具体的に策定されている。事業所は法人のエリア計画に位置付けられている。</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>a</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人の中長期計画を踏まえた事業所事業計画が策定されている。事業所事業計画では基本方針・介護理念・経営理念の他、年間目標、具体的な取り組みと評価基準、年間行事計画などきめ細やかな計画が立てられ実施状況の評価が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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は前年度の評価・分析をし抽出された課題を基に検討し作成されている。法人全体で、毎月実施状況の把握が行われ、法人内のデイサービス事業所で行うデイ会議等周知されている。また、上半期・下半期毎に評価見直しが行われ、デイ会議で報告、周知され目標の共有と経費削減に努めている。法人で事業計画研修会が開催されており職員の理解と周知が図られている。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は年度末の家族会において説明、周知が図られている。不参加の方へは家族会資料として渡している。毎月の計画は連絡帳や訪問時口頭でお伝えしている。また、いつでも閲覧できるよう玄関に置かれている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>年1回、利用者・家族の満足度調査を実施、調査結果を基に改善策の検討が行われ、改善に向けた取り組みが行われている。改善結果は連絡帳で報告されている。また、法人系列デイサービス共通の自己評価（点数制）の実施、内部評価・内部監査等により法人全体でサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。今回の第三者評価受審における自己評価の作成は全職員に説明し職員の参画の下で実施し職員の意識向上・サービスの質の向上に繋がっている。</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</p> <p>評価結果については在宅部会・デイ会議等で検討され、改善に向けた取り組みが行われている。改善結果については連絡帳で利用者・家族へ報告している。</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

		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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>役割と責任については運営規定、職務分掌表、役割等級基準に明記され、職員に周知されている。法人在宅部会への出席と会議内容の職員への周知、事業計画進捗状況の把握、評価見直しなどデイ会議において報告と改善に向けた取り組みを行っている。緊急時対応マニュアル等、管理者不在時の権限委任等明記されている。</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</p> <p>介護保険についての理解、事業所の基準、加算要件、人員基準等について法人勉強会、事業所内勉強会を実施し、職員への理解を深められるような取り組みを行っている。法人内部監査を行っている。法令遵守規定があり、全職員に法令遵守の指導がなされている。毎月身体拘束廃止委員会・安全管理委員会・職員会議の中で、身体拘束廃止や高齢者虐待・介護保険法・個人情報保護等関係法令が実践できるよう取組んでいる。</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>年2回、内部評価・自己評価を行い、個人目標の設定と面談による振り返りと見直しが行われている。また、満足度調査結果を基にデイ会議において振り返り、改善策の検討、見直しを行っている。外部研修への積極的な参加と内部研修の充実を図り各マニュアルの整備が行われている。</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>毎月、法人の在宅部門会議において経営状況の報告、課題分析や改善策の検討が行われ、デイ会議において職員への周知が図られている。毎月の利用状況確認表で稼働率を数値化する事で職員への意識付けが図られている。勤務時間帯の工夫やリフト浴導入など誰もが働きやすく、永続きする職場づくりをすることで退職者ゼロとなるなど実効性のある取組みが行われている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人として中長期計画の中で「2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」を立案、職員の育成と定着、ボランティア・キャラバンメイト養成、将来の福祉従事者獲得に向けて小中学生への福祉教育支援など具体的な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。	Ⓐ 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・獲得プロジェクト」に「恵仁会が提供するサービスと求める人材像」を定め職員が将来を見据えたキャリアアップに取り組むためのキャリアパス、人事考課制度が確立されている。職員はそれぞれ自らの資質向上に向けた個人目標を設定し、上司は年2回個人面談を行い個々の成長の指導助言をしている。総合的な人事管理が行われている。</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組んでいる。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人として「職員のスキルアップと働きがいを支援する」が掲げられ、職員処遇適正水準の維持、有給休暇取得状況の確認と取得率向上への取り組み、時間外労働状況確認と削減、職員の健康づくりへの支援として、衛生管理者の配置と相談窓口の設置、健康診断やストレスチェックの実施、ノーリフト制導入や研修会など腰痛予防対策、ライフワークバランスを配慮した勤務形態の工夫など具体的な取り組みが行われている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>個人目標の設定と人事考課シートを活用した自己評価、年2回、個人面談による目標の振り返り、見直しが行われている。キャリアパス導入により個々に応じた計画的な育成への取り組みが行われている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画の中に「無資格者ゼロの達成・職員のスキルアップと働きがいを支援する」が掲げられ、在宅支援課事業実施計画、事業所事業計画に反映されている。在宅教育委員会による勉強会を毎月第4火曜日に開催し介護職員の資質向上が図られている。外部研修会等の情報提供と積極的な派遣をし、研修参加者は復命書による報告が義務付けられている。</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><b>評価概要</b> 法人の「2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクト」の中で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を支援するを目標に掲げ、介護職員初任者研修の開催、年間計画に添った月1回の法人内勉強会、外部研修会への積極的派遣、法人内キャリアパスによりキャリアアップを可視化し目標を明確にするなど、組織的な取り組みが行われ、一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。</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><b>評価概要</b> 実習生受入マニュアルがあり、職場体験や実務者研修等受け入れている。また、笠野原小学校との交流学習会を毎年開催、高齢者福祉、高齢者の現状、車いす体験等、交流を通して福祉教育支援に取り組まれている。また、法人として独自の奨学金制度を策定し教育・資格取得に向けての支援が行われている。</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><b>評価概要</b> 理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報や契約書、重要事項説明書等をホームページ上で公表している。法人機関紙に掲載され利用者・家族・地域関係機関等へ配布している。また、前年度決算報告など何時でも書面で閲覧可能となっている。相談苦情等対応マニュアルあり第三者委員も公表されている。</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><b>評価概要</b> 毎月、外部の公認会計士による会計指導を受けている。年1回、内部監査を行っている。また、顧問の弁護士や社会保険労務士とも連携を図っている。経営課題等は毎月の運営推進会議や在宅部門会議において話し合い改善に向けた取り組みが行われている。職員へは職務分掌と権限・責任については各職種業務内容分掌表を作成し周知されている。</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><b>評価概要</b> 年度事業計画にも地域交流を掲げ、保育園や小学校、老人クラブ等との交流を中心に定期的に地域との交流が図られる様な行事の計画をたて実施している。地域行事へ積極的に参加するとともに、交流スペースを活用し、認知症カフェの開催や趣味活動への場の提供、ボランティア交流など具体的な取り組みが行われている。</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。	(a) b・c
<p><b>評価概要</b> 法人の中長期計画にボランティアの育成と活用を掲げ積極的な取り組みがされている。事業所においてもボランティア受け入れマニュアルがあり演芸ボランティアや笠野原小学校との交流学習、中学生の職場体験など積極的な受け入れが行われている。</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>定期的に 地域ケア会議や運営推進会議を開催している。笠野原エリア会議や法人内の3デイ会議などで情報の共有と連携が図られている。年度計画にも法人内外事業所との連携・地域交流を掲げ、具体的な取り組みが行われている。また、地域交流のサロンや認知症カフェの定例的開催を通して地域リーダーを養成し、住民主体の福祉活動の運営に向けて取り組みがすすめられている。</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>法人が実施している認知症サポーター養成講座へ職員派遣したり、広報誌による福祉・介護に関する啓発情報発信や災害時の地域貢献のための備蓄の準備や受け入れ態勢など行われている。事業所においても交流スペースを開放し、住民主体のねんど教室や認知症カフェ開催や、サロンでの講演会などを実施している。また、笠野原事業所春祭りやグランドゴルフ大会等の実施により地域住民との交流の機会を設けている。</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>法人全体の取り組みとして、地域サロンへの講師としての職員派遣、介護予防教室や認知症サポーター養成講座の開催、山間地区に対する買い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構築など行われている。当事業所も定期的な運営推進会議開催での情報交換、ニーズの把握に努め、地域交流スペースを提供して地域住民主体の認知症カフェの開設、本年度は地域の要望で徘徊模擬訓練を計画されている。</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</p> <p>組織の基本姿勢は、理念や基本方針の中に明示している。職員は、接遇・倫理・身体的拘束・虐待等組織内での研修を実施し、共通理解をしている。標準的な実施方法には、言葉遣いやケアの方法等利用者尊重や基本的人権に配慮したマニュアルを整備している。</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>プライバシー規定に基本方針・基本マニュアル・仕組み・対策を整備している。職員は、身体拘束・虐待・権利擁護・倫理・就業規則等の研修や朝礼でプライバシーに関する話題を提供し、振り返り場面から尊厳を守るケアのあり方に取り組んでいる。入浴・排泄等のケア時は、カーテン・身体の露出や言葉かけに留意し、プライバシー保護につとめている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページ・事業所パンフレットに理念・基本方針・活動内容・料金等を紹介している。「デイ瑠璃ちゃん便り」で利用者の活動・訓練様子・お知らせなど事業所の特性をカラーで紹介している。事業所パンフレットや「デイ瑠璃ちゃん便り」は、適宜見直しを行い適切な情報が伝わるようにしている。今回、要望により用紙を拡大し発行している、パンフレットなどは地域の関連施設に配布し、いつでも入手できるようにしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス開始時は、契約書・重要事項説明書の資料を用いて説明している。利用者・家族に内容の同意を得た上で同意書に記名捺印のうえ書面で残している。サービスの変更や制度改正時は、その都度書類を作成し説明を行い、同意を得ている。連絡帳・送迎時・家族会等の機会に分かりやすく説明を加えている。</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 他の施設・事業所や家庭への移行は、介護支援専門員に情報提供している。利用場所が変更してもサービスの継続性に配慮し、詳細な問い合わせにも対応している。家族・利用者に対し、移行後の相談担当者を伝え明記した文書を渡し、継続性が損なわれないように配慮している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上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 年に1回定期的に満足度調査を実施している。結果は職員で検討会議を行い、上向上につながるサービスを目指している。職員も家族会に参加し、利用者・家族の意向や意見、満足度を把握している。28年度より運営推進会議が義務化となり、満足度調査結果やサービス上向上につながる会議を予定している。</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 利用者・家族には、サービス利用開始時に重要事項説明書で、説明し理解を図っている。意見箱やポスターの掲示、第三者委員の設置(2名)等苦情を申し出やすいように取り組んでいる。記録は受け付けから解決まで記録し保管している。結果は、利用者・家族の了解を得た上で公表している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者が相談・苦情を申し出やすい工夫をしている。相談室はフロアから見えずプライバシー保護につとめ安心して相談できる。職員は積極的なかわりの中で、コミュニケーションをとり利用者から意見や意向を引き出せるように取り組んでいる。</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・苦情対応マニュアルに目的・手順・記録方法・報告方法を定め整備している。相談や苦情内容は、記録している。苦情結果は期間ごとに第三者委員に報告し、個人情報に関するものを除き事業報告書と広報誌に公表している。把握した相談や意見内容で迅速な対応が必要な場合、法人の担当者、責任者、事業所の責任者と協議し解決を図る体制になっている。</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 リスクマネジメントに関する安全管理委員会を設置し体制を整備している。緊急時対応、介護事故防止、発生時の対応マニュアルを明確にしている。職員は安全管理の研修や法人の事例収集をし発生要因・再発防止に向けた勉強会に取り組んでいる。毎月の安全管理委員会で事故報告や件数について検討を行い、業務の見直しや改善策を図っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 感染対策委員会活動要項に目的・活動の構成と開催・活動内容・感染対策マニュアルが明確になっている。感染症の予防や発生時の対応は、マニュアルに沿い適切な対応ができる取り組みをしている。感染症予防の研修を受け理解を深めている。手指消毒・うがい・食事前の手の消毒・ペーパータオルの使用等予防策が適切に実施されている。</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やっている。	(a) b・c
<p>評価概要 消防計画は、通報連絡方法・消火活動の際の遵守事項・避難計画・避難通報の消火訓練計画が項目ごとに整備されている。消防署の協力で年1回と自主訓練2回を法人事業所と連携し訓練をしている。利用者の安否確認や安全に誘導できる取り組みをしている。備蓄リストを作成し訓練時に備蓄の整理をしている。地震・水害（BCP）は具体的内容で作成し職員に周知している。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 標準的な実施方法が文章化されている。日常的な介護項目の実施方法には、目的の中に利用者尊重・プライバシー保護に関わることが明示してある。手順は写真や絵を使い、新人にもわかりやすい工夫がある。新人や中途採用者は、現場研修を3ヶ月実施し周知徹底できるようにしている。管理者は、マニュアルに基づき実施できているかどうか確認し、指導している。</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) b・c
<p>評価概要 年に1回委員会で見直しをしている。変更は職員に報告し周知している。日常の介護で職員や利用者から意見や提案があった場合は、その都度、話し合いを行い結果は朝夕のミーティングや職員間の連絡帳で報告している。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 通所介護計画策定マニュアルに担当者・手順が記載されている。アセスメント手法に基づき利用者のニーズを明示し関係職員で協議している。記録はニーズの項目に沿って毎日記録し利用者の状態が良く把握できるようになっている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 マニュアルに基づき、毎月カンファレンスを行い、3ヶ月毎にモニタリングを実施している。緊急に変更する場合は、再アセスメントを行い、マニュアルに沿って実施している。見直しの結果や変更内容はミーティングや連絡帳で伝達している。</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 毎日記録する実行表は、通所介護計画のニーズが印字され項目ごとに実施内容を記録するようになっている。利用者の状況が良く分かる記録になっている。情報はミーティングで共有を図っている。</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 個人情報管理規定で責任者を定め、利用者の記録を管理している。パソコンや記録ソフトはパスワードで管理している。不適正な利用や漏えいに対しセキュリティーをしている。職員は法令遵守、個人情報取り扱いマニュアル、個人情報管理規定等で勉強し理解遵守している。利用者・家族には、サービス利用時に個人情報の取り扱いについて説明している。</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) 】

A-1 支援の基本		第三者評価結果
	A-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
<p>評価概要</p> <p>アセスメント手法に基づき、利用者意向を把握した通所計画になっている。利用者の趣味・希望に沿った川柳・裁縫・壁画作成等の活動参加を支援している。対人交流が困難な利用者に対し、専門職間の情報を密にしたかわり方を実施した結果、事業所の生活に慣れ、他の利用者と交流が見られるようになった。地域の夏祭り・法人のデイオリンピック・音楽ボランティア・移動販売車で買い物等、活動の多彩化・社会参加を図っている。</p>		
	A-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>ミニデイサービスは、定員が13名で利用者の動きや状況が良く分かり、職員は一人ひとりに応じた関わりをしている。食前の全員体操時に、床ばかり見て体操に参加していない利用者がいたが、職員は働きかけのタイミングを見計らい、食事の声掛け誘導を行ったところ、利用者は自発的に立ち上がり食事をおいしく食べていた。気持ちをくみ取ることや、声かけにもタイミングがあり個別の方法で対応している。職員は研修を行い言葉遣い・接し方等支援につなげている。</p>		
A-2 身体介護		第三者評価結果
	A-2-① 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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の状態や希望に応じた入浴形態・方法で実施している。利用者が、気兼ねなく気持ちよく入ってもらうために、同性介護をしている。入浴準備から終了までマニュアルに沿った方法で安全に入浴できている。自立の利用者にも見守りを行い安全管理に努めている。利用者状況により清拭や入浴順を配慮している。入浴後は、塩や砂糖の入った水分摂取(ORS)や皮膚処置をしている。連絡帳に自分で洗身できた部位を記録し家族に伝えるようにしている。</p>		
	A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>排泄アセスメントにより個別に支援している。定期的なトイレ誘導やベッド上の排せつ時は、プライバシーに配慮した排せつ介助をしている。排泄物や皮膚の変化を観察し、必要時看護師に報告し適切な対応をしている。トイレ環境も臭い・室温・保温・清潔を保持している。手すりの位置も左右・前に設置し在宅と同じ方法で使用できる工夫をしている。トイレでのズボンの上げ下げや排せつ後のふき取りなど個別機能訓練を取り入れ自立支援に努めている。</p>		
	A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の心身の状況・意向に合わせた福祉用具を使用し、自立に向けた取り組みをしている。歩行器・車いす・杖など日頃使用している用具を持ち込み、毎回点検し移乗・移動方法など安全にできるように取り組んでいる。突然立ち上がり歩行する利用者もあり、フロア全体の安全にも配慮している。送迎は、マニュアルに沿って利用者の心身の負担や安全性に配慮したサービスを提供している。</p>		
	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>褥瘡の予防は座位やベッド臥位の時、同一部位に圧迫がかからないように、除圧の工夫や体位変換を行っている。入浴や排せつ後に皮膚の観察を行い、褥瘡の早期発見につとめている。褥瘡の兆候が見られたときは、看護師に報告している。必要時受診のすすめを家族に伝えている。医師の指示により、軟膏塗布の処置を行い改善を図っている。職員は研修・マニュアルで観察方法・予防・発生時の対応が身に付くよう取り組んでいる。</p>		
A-3 食生活		第三者評価結果
	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の心身の状況や嚥下能力・満足度調査等により、食事を提供している。行事食・おせち・ソーメン流し・スイカわり等、食材に旬の物を使用したり、ウッドデッキでお茶会をしたり、利用者の楽しみになっている。食事の座席は介助が必要な方は決まっているが、他の利用者は、自分の好きな席に座り、会話を交えながら楽しく食事をしている。利用者が裁縫の活動で作成したランチョマットを全員使用し、雰囲気づくりを工夫している。</p>		

	A-3-② 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。	㉠・b・c
<p>評価概要 食事形態は、ミキサー食・刻み食・一口大の副菜等利用者が食べやすい食事を提供している。自助具・滑り止めマット・軽食器を使って、できるだけ自分のペースで摂取できるように支援している。食事中は姿勢保持や水分にとろみをつけ誤嚥防止に配慮している。誤嚥時の対応は、誤嚥緊急時マニュアルに沿って緊急処置ができるように周知している。食事前は、手足の体操や嚥下・口腔体操を実施し口腔機能・呼吸機能の維持向上につとめている。</p>		
	A-3-③ 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 アセスメントで歯・口腔内の状況や自立度を把握し、個別計画を作成している。全員で口腔体操や嚥下体操を実施し、口腔機能維持や嚥下性肺炎予防につとめている。食後は、歯みがき・義歯洗い・うがいを励行し、気持ちよく過ごせるようにしている。職員に対し、口腔ケアや口腔内衛生に関する研修を実施している。</p>		
A-4 認知症ケア		第三者評価結果
	A-4-① 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 利用者の日常生活能力や認知機能を評価し、個別的ななかかわりをしている。利用者はその時により変化することも多いので、行動の観察や見守りを十分に行い、落ち着いた生活を支援している。興味や希望を聞き取り、活性化できる活動に参加し、自らの力を発揮できるように支援している。毎月地域の方と認知症カフェを開催し、最新の情報を発信している。職員は、認知症の理解やケアに関し、研修に参加し個別性のある対応ができるように取り組んでいる。</p>		
	A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	㉠・b・c
<p>評価概要 フロアは安心して生活できるように、ソファ・回転イス・小テーブル・ベッド等を設置し自分の居場所で心地よく生活できるように工夫している。危険物は、利用者の目や手に触れない場所に保管し安全に管理している。ちぎり絵や貼り絵の手工芸時は、お花紙を口に入れないように見守りを行っている。また、利用者を傷つけず、安心して活動に参加できるように支援している。浴室の表示は、利用者作成の貼り絵で一目で誰にでも分かる工夫をしている。</p>		
A-5 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
	A-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 27年4月から個人機能訓練を取り入れ、実施している。3ヶ月に1回在宅を訪問し利用者状況を把握評価している。訪問時は家族の意向も確認し家族と連携した訓練に取り組んでいる。デイ利用時も毎回トイレ場面で、下肢の屈伸運動などを取り入れ、ズボンの上げ下げが自立につながっている。必要時法人の専門職の指導を受け、一人ひとりに応じた機能訓練・介護予防の見直しをしている。</p>		
A-6 健康管理、衛生管理		第三者評価結果
	A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	㉠・b・c
<p>評価概要 健康管理マニュアルに沿って、送迎時・入浴前・退所時は健康状態の確認をしている。利用中に軽微な変化をも発見した時は、看護師に報告し適切な対応をしている。緊急事態の場合は、緊急時対応マニュアルの対応手順に沿った行動をとり、家族・医療機関との連携体制を確立している。高齢者に多い病気や服薬に関する研修を行い、理解を深めている。送迎の時、薬の飲み忘れのある利用者は、朝は確認し夕はテーブルの上に準備し、正確に服用する支援をしている。</p>		
	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	㉠・b・c
<p>評価概要 感染症マニュアルが整備され、予防対策や対応方法が確立している。職員の健康状態の基準を定め、インフルエンザの予防接種負担支援や勤務を配慮している。毎日空調管理、手すり・椅子・床等、清掃と消毒を行い、予防対策を実施している。利用者も手洗いやうがいを励行し、習慣化できるように支援している。インフルエンザ流行時は家族・訪問者に手洗い・マスク着用を呼びかけている。家族にはお便りを配布し注意喚起している。職員は研修に参加し周知徹底している。</p>		

A-7 建物・設備	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は、定期的に建物・設備・備品等の点検を行い、故障・不備の場合は早めに修繕・改善し、安全な過ごし方ができる支援をしている。また、施設内外のパトロールを実施し、常に安全管理につとめている。フロアは日光が入り騒音や臭いもなく安心できる。「月刊デイ」で入賞した壁画の大きなこいのぼりが、迫力満点で利用者も元気をもらい、快適な時間を過ごしている。</p>	
A-8 家族との連携	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>家族に対し、送迎時・担当者会議・3ヶ月に1回の在宅訪問・連絡帳のやり取り等、あらゆる機会を通して適切に連携を取っている。緊急事態の場合は、早急に家族に連絡し、適切な対応をしている。行事や担当者会議の参加時に直接家族と交流し意向や要望・相談を受けている。家族が遠方に住んでいる場合は、電話やお便り送付で情報提供や情報の交換をしている。</p>	