

福祉サービス第三者評価基準

【 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

		自己評価結果
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 法人の理念に基づき、事業所としての理念3項目・基本方針3項目を定めている。理念等は事業所内への掲示、研修会（事業計画報告会）への参加、ネームへ常時携帯等で職員へ内容の周知を図っている。また、ご家族や地域住民、関係機関へも、ホームページや広報誌・カレンダー等への記載、家族会等での説明、関係機関へ広報誌を置かせて頂く等で内容の周知を行なっている。</p>		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		自己評価結果
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 社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向等については、社内メールでの配信、毎月実施される法人運営会議や在宅会議等にて把握・分析・内容の周知が行われている。その会議の中で、事業所の経営状況や抱えている課題等の分析を行っており、内容はその都度職員へ周知し、状況に応じた対応を行なっている。</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 課題①介護職員の人材確保・定着→腰痛防止の為にノーリフト（持ち上げない介護）等の取り組みを法人として進めている（リフト浴の導入） 課題②安定した稼働率の維持→管理表を作成し、利用予定や現在の利用状況等の把握に努め、在宅会議や事業所職員間で状況の分析や共有・把握、それに応じた対応を行なっている。</p>		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		自己評価結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人として、介護報酬改定に合わせ、3年毎の事業計画を作成している。また、団塊世代が75歳以上となる2025年を見据えた「地域包括ケアシステムの構築や福祉人材育成・獲得プロジェクト等」を策定し、取り組みを進めている。</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 中・長期や法人事業計画を踏まえ、事業所の事業計画の策定を行なっている。内容については、行事計画をはじめ、具体的な収入目標やチーム作りの方針、加算に関する目標、地域との連携計画等の内容となっている。また、半期毎に計画の進捗状況の確認等を行い、必要に応じ取り組み状況の見直しや次年度の計画への反映を行なっている。</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 内部評価（年度毎）や事業報告（半期毎）にて、事業所職員で意見を出し合い、事業計画の進捗状況・実施状況等の評価を行なっている。その評価に基づき、次半期・次年度の実施計画や事業計画への反映を行なっている。事業計画については、デイ会議での内容の説明や事業計画研修会への参加等で内容の把握に努めている。</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 年度末の家族会にて、次年度の事業計画について説明し周知を図っている。家族会へ不参加の方については、次年度の計画等記載した資料を配布している。また、誰でも閲覧出来るよう、事業所内にも事業計画を掲示している。</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 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基づき改善を要する内容を明らかにし、改善に向けての取り組みを行なっている。</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 満足度調査や内部評価（各各年1回）等を実施し、その評価結果に基づいて、課題を職員間で共有し、改善に向けた取り組みを計画的に行なっている。</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

		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 運営規定の中で、管理者の役割として、業務管理や職員管理を明示している。また、毎月の法人在宅会議へ出席し、内容を職員へ報告・周知を図っている。緊急時対応マニュアル等のマニュアルへ管理者不在時の権限委任等も明記してある。また、事業計画報告書（上期・年度）において、事業計画の達成状況等を明らかにし、デイ会議等で内容の報告、改善に向けた取り組みを実施している。</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 介護保険についての理解、人員・設備・運営基準、取得加算要件等については、事業所内で勉強会を実施。また、法人内の他通所介護事業所との情報の交換・共有を行い、密に連携を取り合っている。年に一度、実地指導同様の内容で、事務局長・課長による内部監査を実施している。その他、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内容を職員へ周知している。また、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・個人情報保護等についての勉強会を実施し知識の習得・理解を深めている。</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 事業所内研修（職員会議・身体拘束廃止委員会・安全管理委員会）、法人内研修、外部研修等への参加を積極的に推進している。また、人事考課での管理者による職員の面談を年2回行っており、それぞれの職員の抱える課題や目標の確認を行い、以降の業務に活用している。年1回実施しているご利用者・ご家族の満足度調査においては、結果内容を分析し、改善策の検討を行なっている。</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 在宅会議において、事業所の経営状況等の報告、課題の分析や改善に向けた検討等を行なっている。その会議での内容は、職員へ伝達し内容の周知を図っている。また、年2回の人事考課による面談やリフト浴の導入等職員が働きやすい環境整備に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 平成27年4月1日に、「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」を立案し、福祉人財の育成と獲得、職員の定着に取り組んでいる。プロジェクトは8つの視点で構成されており、質の高いサービスを提供するための専門職の配置を意識した人員体制の確保、既存職員や新規採用職員への教育体制、職員数の充実を図るための新卒採用者、中途採用者の獲得に向けた年間活動を定め、人員体制の確立を計画的に行なっている。</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 前項目で記載したプロジェクトに、「恵仁会が提供するサービスと求める人財像」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法人内キャリアパス、異動や昇格・昇進を明確に行うための人事考課制度の確立、自己評価をもとに、職員の業務に関する意向確認や業務目標共有、職員自身の次期業務目標を設定するための人事考課面接等を行い、総合的に人事管理を実施している。</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)-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 前項目で記載したプロジェクトに、「職員のスキルアップと働きがいを支援する」という目標を設定しており、有給休暇を取得しやすい職場・時間外労働の少ない職場づくり、職員相談窓口の設置、職員の健康づくりの支援（健康診断やストレスチェックの実施、ストレスマネジメントに関する研修の開催・参加、腰痛予防に関する取り組み、ライフワークバランスを意識した勤務形態の検討・実施等）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 前述の通り、キャリアパスの導入・研修への参加を積極的に推進している。年2回、人事考課シートの自己評価・目標設定をもとに、前期目標に対する評価・振り返りを面接にて実施し、次期目標の設定や具体的な取り組み、実施期間を設定している。また、達成状況等の確認のための面接も随時行なっている。</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 事業計画の中に、年間の研修計画を策定し、計画に沿って研修への参加を行なっている。（事業所内研修、在宅部勉強会、外部研修等）外部研修参加職員は、復命書の提出・研修内容報告にて全職員へ内容の周知を行なっている。</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 前述の通り、年間の研修計画に沿って研修への参加を行なっている。新人・中途採用者においては、新人・中途採用者向けの研修マニュアルがあり、それに沿って研修を実施している。外部研修については、回覧等で職員へ情報提供を行い、希望する研修へ参加できるようにしている。定期的な面接で、事前に参加したい研修内容の聞き取りも行なっている。</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 教員免許取得に係る大学生介護等体験の実習受け入れを行なっている。実習指導マニュアルや手引きに沿った実習指導を実施している。</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 ホームページや法人情報誌（ブリーズ）・施設内掲示にて、事業や財務等に関する情報公開を行なっている。また、便り（瑠璃便り）を活用し、ご家族や地域へ配布・活動内容の周知を行なっている。</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 公正な事業運営のために、毎月外部の公認会計士による会計監査を実施している。また、法人顧問として弁護士や社会労務士とも連携を図っている。その他、透明性を図るために、各職種の業務内容についての分掌表を作成、職員へ周知している。</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 地域との関わりについては、事業計画の中に計画されている（地域との交流マニュアル有り）地域の情報については、随時事業所内へ掲示を行なっている。地域交流スペース利用者との交流や笠野原小学校との交流学習の実施、笠之原地区事業所春祭り・オレンジカフェ（毎月第4火）・サロン（毎月第3木）・地域の音楽ボランティアとの交流等で地域の方々と事業所・ご利用者との交流の機会を設けている。また、法人として、高隈地区のドライブサロンも実施している。</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 ボランティア等受入れマニュアル有り。ボランティア等受入れマニュアルに沿って、事前に一日のボランティアの流れや注意事項等の説明も行なっている。笠野原小学校との交流学習や鹿屋東中学校の職場体験、教員免許取得に係る大学生介護等体験実習、地域の音楽ボランティアの受入れ等を随時行なっている。</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
評価概要 サロンや認知症カフェ・運営推進会議の開催、各ご利用者の担当者会議・地域ケア会議への出席等で各種関係機関と情報の交換や連携を図っている。		
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
評価概要 事業所のスペースを活用し、地域交流スペースの開放・サロンやオレンジカフェ・笠之原事業所春祭り・グラウ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。また、サロン等の中で福祉施設や認知症に関する講演会等の実施を行なっている。災害時における地域貢献のための準備・役割について確認がなされている（地震・水害BCP参照）法人として、高隈地区のドライブサロンへ車両の提供・職員の派遣、鹿屋市徘徊模擬訓練へ職員の派遣等も行なっている。		
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
評価概要 前述の通り、地域住民との各種行事等での交流やサロン・認知症カフェ・運営推進会議等の開催により、地域の方々との情報の交換・ニーズの把握に努めている。また、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、今年度は笠之原地区においても徘徊模擬訓練を実施予定である。		

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
評価概要 法令遵守規定においてご利用者の支援行動方針を定めている。毎月の身体拘束廃止委員会において身体拘束廃止・高齢者虐待に関する研修会の実施、在宅部研修会においても権利擁護や倫理・接遇等の内容で研修が有り、参加・知識の習得に努めている。		
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
評価概要 個人情報管理規定やプライバシー規定、安全管理委員会・身体拘束廃止委員会活動要綱、身体拘束ゼロ対策マニュアル等を整備しており、介護を行う上で肌が露出する場面においては、プライバシーに配慮しカーテンやドアを閉める・タオルをかける・パーテーションを使用する等マニュアルに基づきサービスの実施をしている。身体拘束廃止委員会（毎月）の実施や在宅部研修会への参加等により、身体拘束廃止・権利擁護等についての理解を深めている。ご利用前の契約時に、「個人情報に関する同意書」にて、個人情報の保護方針・利用目的等について説明し同意を頂いている。ホームページや広報誌、施設内掲示にて個人情報を使用する際は、個人情報の制限等の確認を行なっている。		
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
評価概要 ホームページ上のFacebookやブログ等にて情報の公開を行っており、ホームページは随時更新され、行事や日常の様子等の情報の掲載を行なっている。また、事業所の情報は広報誌（瑠璃便り）に掲載し情報発信に努めている。事業所のパンフレットや広報誌は地域の関係機関等へ配布し置かせて頂いている。パンフレットには、事業所の理念や概要、取り組み内容等を掲載し、ホームページには、契約書や重要事項説明書、料金表等の掲載もしている。利用希望者や見学者に対する情報提供は、パンフレットや広報誌を使用して1日の流れや利用料金・個別機能訓練等について説明をし、施設内の見学・活動や訓練風景を実際に見て頂きながら、管理者や生活相談員が対応をしている。		

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 サービスの開始にあたり「利用契約書・重要事項説明書」を用い説明を行なっている。サービス内容及び利用料金等について説明し、内容の同意・署名・捺印の上、ご利用者と事業所の双方で一部ずつの保管をしている。また、利用開始後にも不明な点があればその都度対応し、対応する旨も事前に伝えている。制度改正時の料金変更等についても、資料作成・家族会にて説明し適宜周知を行なっている。通所介護計画書についても、目標期間毎に見直しを行い、その都度説明・同意・署名・交付の手続きを行なっている。意思決定が困難なご利用者については、家族等の扶養義務者や成年後見制度を利用している。</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 利用中止となった場合、個人情報に関する同意書の個人情報の利用目的に基づき、担当ケアマネージャーに対して利用状況等の情報提供を行なっている（利用の継続・中止に関わらず、担当ケアマネージャーへは毎月又は適宜書面や口頭で情報の提供を行なっている）必要時には他事業所へ担当者会議にて状況を伝達することもある。利用終了後も、ケアマネージャーやご家族等からの問い合わせに対して随時窓口を設け、相談を受付けている。また、事業所側からも、終了後の状況確認等を担当ケアマネージャー等へ行なっている。</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・ご家族の満足度の把握も含め、毎年年度末に家族会を開催し、ご利用者・ご家族から意見・要望等を聴き取り、運営に反映させる機会としている。関係事業所の家族会へも参加し、意見等の聴き取り等を行なっている。また、毎年ご利用者・ご家族を対象に満足度調査を実施しており、調査結果に基づき、改善策の検討・取組みの実施を行なっている。今年度より設置が義務付けられた運営推進会議についても、満足度の上昇に寄与する検討の場としていきたい。</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 苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に明記しており、これに基づきご利用者・ご家族へ説明を行なっている。施設内には意見箱に加え、満足度調査（無記名でのアンケート調査）も実施し、直接言にくい意見についても把握するよう努めている。また、福祉サービスの質の上昇に関して、福祉サービスに関する相談苦情解決事業研修や在宅部研修会の苦情相談研修会へ参加し、職員へ内容の周知を行なっている。</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 重要事項説明書の中で、相談・苦情解決責任者、苦情・相談受け窓口担当者、行政機関、第三者委員（2名）を明示し、複数の相談窓口がある体制を整えている。ご利用者・ご家族へは契約時に文書で説明をしている。玄関入口に意見箱を設置、事業所内には重要事項説明書や相談苦情の受付に関するポスターを掲示している。また、職員は日常業務の中でご利用者から意見や要望等を引き出すよう心がけ、些細な内容でも管理者等へ報告するようにしている。相談室は、事務所の隣・他のご利用者のいるフロアと離れたところに設置しており、静かで相談をしやすいスペースを確保している。</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 相談・苦情に対してのマニュアル及びフローチャートの整備を行い、定期的な見直しも行なっている。意見箱については、玄関に設置し、定期的の中身の確認を行なっている。職員は、送迎時や日常の関わりの中で、ご利用者・ご家族からの意見や意向の把握に努めている。</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 緊急時対応マニュアルや安全管理委員会活動要綱等策定し、リスクマネジメント体制の構築を行なっている。事故発生時は、状況の把握・今後の対応方針等の協議・検討を行なっている（アクシデントレポート参照）また、協議・検討を行なった内容については、毎月実施している安全管理委員会で、現在の状況の確認や今後の対応等再度確認をしている。3箇月毎に法人で実施される安全管理委員会の全体会に出席し、他事業所の事故報告内容についても把握・参考にし、内容を職員へ伝達し危機管理意識を高め事故防止に努めている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 責任や役割を明確にした管理体制等記載してあるマニュアル（感染症対策マニュアル・感染症発症時の対策・施設内インフルエンザ感染防止対策マニュアル等）を整備している。毎月安全管理委員会の実施・在宅部研修会等に参加し感染症に関する知識の習得に努めている（インフルエンザ・ノロウイルス・嘔吐物の処理方法等）。また、大隅地域振興局より配信される大隅感染症情報の内容についても参考にし、職員へ感染症情報の周知に努めている。感染症流行期には、事業所内にポスターを掲示し注意喚起を行い、送迎時の体温測定・ご利用者及びご家族へ予防法等記載した便りの送付等も行なっている。各洗面所には手洗い方法のポスターを掲示している。温度・湿度チェック表を活用し、事業所内の適切な温度と湿度に努めている。台所やトイレ等ではタオルは使用せず、ペーパータオルを設置し使用している。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 災害時のマニュアル（消防計画・地震水害BCP）を整備している。27年度は3回避難訓練を実施し（消防立会1回・自主訓練2回）、法人事務局・笠之原エリア関係事業所等と連携をしながら訓練の実施をしている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 入浴や食事・排泄等の標準的な実施方法については、各種マニュアルを整備しており、その中にご利用者の尊重・プライバシーの保護等の姿勢が明示してある。新人・中途採用者に関する入職時研修において、各種マニュアルに基づいた研修の実施・内容の周知を行なっている。また、各種マニュアルについては、誰でも閲覧ができるようにしてあり（事務所内に保管）、管理者によりそれに沿ったケアが実施できているかの確認も随時行なっている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 マニュアルメンテナンスに関するマニュアル有り。1年に1回定期的に各種委員会（安全管理・身体拘束廃止委員会）、デイ会議等で見直しの検討・協議を行い、内容変更後は職員会議等で内容の周知を図っている。その他、必要時にも見直しの検討を行なっている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 通所介護計画書作成マニュアル有り。アセスメント書式に基づき、各ご利用者毎にアセスメントを実施している。それにより情報収集・ニーズの把握に努め、計画作成・サービスの実施・目標期間毎の評価・計画の見直しの検討を行なっている。目標期間毎の評価（評価表参照）や計画の見直しの検討（複数の職種の職員による合議・通所介護計画カンファレンスの要点参照）・その後のアセスメントは、ご利用者毎に担当の職員が実施・書類の作成を行なっている。目標期間毎に行われる通所介護カンファレンスにおいて、通所介護計画に対するサービスの実施状況の確認を複数の職種の職員により実施している（通所介護計画カンファレンスの要点参照）また、支援困難ケースや状態に変化があった場合には、再アセスメントを実施し、計画の見直し・検討を随時実施している。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 各ご利用者毎の目標期間に応じ、評価（評価表参照）や計画の見直しの検討（通所介護カンファレンスの要点参照）・アセスメントを実施しており、ご利用者・ご家族・担当ケアマネージャーへ状況の報告を行なっている。計画の見直しが必要な場合は、マニュアルに基づき見直しを行なっている。見直しを行なったサービス内容については、ご利用者・ご家族に説明し同意を得た上でサービスの実施を行なっている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 通所介護計画書や実行表、評価表、カンファレンス表等各データがリンクしており、通所介護計画のサービス内容が実行表へも反映するため、通所介護計画に沿った記録の記入できるようにしている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 個人情報管理規定有り、その中で個人情報管理責任者・個人情報管理者を定めている。個人情報の取り扱いについては、契約時の「個人情報に関する同意書」に基づきご利用者・ご家族へ説明し、同意を得ている。また、パソコンや記録ソフトへはパスワードでロックをかけている。パソコンデータのバックアップの為、外付けHDDを使用し、毎月又は状況に応じ更新・保存するようにしている。個人情報取扱いマニュアルに基づき、職員は情報を外部へ漏らさないようにしている（個人情報保護に関する誓約書参照）。ご本人・ご家族等による記録等の閲覧・謄写の求めに対しては、個人情報管理規定に基づき、個人情報に関する開示請求書により対応可能な状況である。</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	自己評価結果
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に工夫している。	①・b・c
<p>評価概要 サービス開始時の担当者会議に参加し、各関係者や、アセスメント・家屋評価書式に基づきADL・IADL・生活環境等ご利用者毎の情報収集・ニーズの把握に努めている。その中で得られた情報やニーズを通所介護計画書の内容へ反映させている。定期的に状況の評価・サービス内容の見直しの検討・現状の状況の確認・ニーズの把握等を行い、各ご利用者に応じた生活やサービス内容となっているかの検討等実施している。また、担当者会議の際や普段の関わりの中で、趣味・興味のあること・希望等の聴き取りを行い、それを活動の中に反映させるよう努めている。法人内の通所介護事業所(4事業所)合同で恵仁会デイオリンピックの開催・恵仁会作品展展示会への出展・地域の音楽ボランティアや交流スペースみらい利用者との交流・笠之原エリア春祭りへの参加等で地域との関わりや社会参加の機会を設けている。</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。	①・b・c
<p>評価概要 会話だけではなく、表情や身振り手振り・筆談等様々な方法でコミュニケーションを行うようにしている。また、認知症の方へのコミュニケーションに関しても、ケアマニュアルに基づき、言語だけではなく情報・非言語的コミュニケーションを大切にしたり関わりに努めている。人と一定の距離を保ちたい方や人の中で過ごしたい方等その方の方に合わせた座席の検討・工夫等も行なっている。接遇や虐待防止・権利擁護、認知症に関する研修等への参加により、ご利用者との接し方・言葉使い等を職員へ周知・理解を深める機会としている。個別に話したい等の希望がある場合は、相談室を利用している。</p>	
A-2 身体介護	自己評価結果
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。	①・b・c
<p>評価概要 入浴マニュアルや各ご利用者毎のアセスメント・通所介護計画書に基づき、個浴リフトの使用やその方に応じた介助方法等を行なっている。脱衣室入口への暖簾やプライバシー保護の為のタオルの使用・同性職員での対応等で尊厳や羞恥心に配慮している。マニュアルに基づき、浴室・脱衣室の室温管理・湯温調節を行なっている。浴後には、ORSを準備・各ご利用者毎の皮膚状況に関してのアセスメント・計画書に基づいたスキンケアを行なっている。浴前には必ず健康状態の確認を行い、普段の状態と比べ異常があった場合等は、看護師へ報告し、再測や入浴を見合わせる・清拭等へ変更する等の対応を行なっている。入浴状況について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</p>	
A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	①・b・c
<p>評価概要 排泄マニュアルや各ご利用者毎の排泄状況のアセスメント・通所介護計画書に基づき、その方に応じた排泄の支援・介助方法を行なっている。個別機能訓練Ⅱにおいて、排泄動作の訓練を実施している。各ご利用者毎に排泄状況の確認(尿便回数、量、形状等の確認)を行い、連絡帳等活用しご家族や各関係機関への情報提供を随時行なっている。マニュアルに基づき、扉は必ず閉める・パーテーションの使用・タオルの使用・自尊心を傷つける言葉使いや態度は避ける・さりげない案内の声かけ等ご利用者の尊厳や羞恥心に配慮した排泄の支援に努めている。毎日及び必要に応じたトイレの清掃・換気・消臭剤の使用により清潔保持に努め、各洋式便座へは保温機能が備わっており、冬場はヒーター等使用しトイレ内の保温に努めている。アセスメント・通所介護計画書に基づき、座位保持困難等で転倒・転落の危険性がある場合は、尊厳や羞恥心に配慮しつつ必要に応じ排泄時の付き添いを行なっている。ご利用者からの要望が有り、トイレ内に手すりの設置を行ないトイレ環境の整備を行なった。排泄動作の状況等について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</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。	①・b・c
<p>評価概要 ご利用者毎の移乗・移動状況のアセスメント・通所介護計画書に基づき、その方に応じた移乗・移動の支援・介助方法を行なっている。また、状態の変化等あった場合は、その都度介助方法等の検討を行い対応をしている。個別機能訓練Ⅱにおいて、移乗・移動動作の自立に向けた訓練を実施している。ご利用者の心身の状況に対応できるよう車椅子や歩行器、杖等の福祉機器・用具を準備しており、使用前等点検を常時行なっている。歩行器・車椅子利用者が移動しやすい動線の確保・環境の整備も常時行なっている。送迎については、車椅子仕様車での送迎・希望時間での送迎等心身の状況や希望に応じた送迎を行なっている。移乗・移動動作の状況等について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</p>	
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	①・b・c
<p>評価概要 褥瘡の予防について、入浴マニュアルや体位交換マニュアル等の各種マニュアルを整備している。アセスメント・通所介護計画書に基づき、座位時の除圧が必要なご利用者に関しては、クッション等使用している。また、入職時研修において、各種マニュアルを用いて褥瘡予防に関する知識の習得や理解を深めている。入浴時・排泄時に皮膚状況の確認を行い、発赤や褥瘡形成している等の場合は、ご家族・各関係機関へ情報提供する等即座の対応に努めている。</p>	

A-3 食生活	自己評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・b・c
<p>評価概要 サービス開始前に、嫌いな食物・アレルギー・食事形態等の確認を行っており（アセスメント参照）、毎年実施している満足度調査で食事内容に関する調査も実施し、内容を反映させている。また、糖尿病等の疾患や嚥下状態の変化により食事内容・形態の検討についても随時行なっている。お節料理や恵方巻き・そうめん流し・敬老の日お祝い会食等季節に応じた食事の提供を行い、献立に変化をもたせるようにしている。ご利用者の希望や要望に則した座席等の配慮や検討についても随時行なっている。</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。	a・b・c
<p>評価概要 アセスメント・通所介護計画に基づき、食事・水分形態の工夫や出来る限り自己摂取できるような支援（スプーン・フォーク・滑り止めマットの使用、軽い食器の使用等）を行なっている。座位時の傾きがある方に関しては、クッション等使用する等食事を安全に摂取出来るように姿勢への配慮も行なっている。食事時の事故については、対応マニュアルが整備しており（誤飲緊急時対応マニュアル）、また、在宅部研修会で緊急時対応についての知識の習得・理解を深めている（吸引器の整備も行なっている）。全てのご利用者に対し食事・水分摂取量の確認を行っており、連絡帳等活用し必要に応じご家族や関係機関へ摂取量に関するの情報提供を行なっている。食事前には、口腔体操・嚥下体操を実施しており、随時、口腔機能向上を目的としたゲーム（ストロー飛ばし等）も活動の中に取り入れている。</p>	
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c
<p>評価概要 アセスメントにて、ご利用者毎の口腔内の状況・口腔清掃の自立の程度についての把握に努めている。その情報に基づき、ご利用者毎の口腔ケア計画を作成している。食事前の口腔・嚥下体操、食事後の歯磨き・口腔ケアは全てのご利用者を対象に実施している。デイ会議において口腔内についての勉強会の実施・笠原地域医療福祉セミナーへ参加し口腔内衛生についての理解を深め、内容を職員へ周知している。</p>	
A-4 認知症ケア	自己評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
<p>評価概要 定期的に日常生活動作や残存機能の評価・アセスメントをご実施している（評価表・アセスメント参照）それに基づいた通所介護計画を作成し、その方の症状に合わせたケアの検討・実施や生活上の配慮を行なっている。日常生活の中で役割的活動（家事：茶碗洗い、洗濯物干し、裁縫、ゴミ箱作り等）を取り入れ認知症予防に努めた活動を実施している。認知症に関する勉強会の実施・在宅部研修会での認知症に関する研修・その他認知症に関する外部の研修等へ参加し、認知症に関する知識の習得や理解に努めている。また、認知症カフェを毎月地域の方々と協同で実施している。定期的及び必要に応じ、認知症の症状等に関してご家族や各関係機関へ情報の提供を行なっている。</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。	a・b・c
<p>評価概要 その方に合わせた座席・場所の工夫を行い、安心して過ごせるよう環境整備に努めている。事業所の外へ出ようとされる際は行動を制限することなく、また、共に外へ出る等行動を共にし安全の確保にも配慮している。危険物は（次亜塩素酸ナトリウム消毒液等）はご利用者の目につかない・手の届かない所に保管している。異食行為事故防止の為の整理整頓・提供物品の配慮等行なっている。トイレや浴室の表示は文字や絵を使用し分かりやすく示している。</p>	
A-5 機能訓練、介護予防	自己評価結果
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。	a・b・c
<p>評価概要 自宅での生活状況・家屋の状況・ニーズ等に基づいた個別機能訓練Ⅱを実施し、自宅での生活動作の訓練を行なっている。必要に応じ、法人内の専門職（理学療法士・作業療法士等）へ訓練内容等の相談をし、助言や指導を受けている。3箇月毎に評価・自宅訪問による生活状況・家屋状況等の確認を行い、訓練内容の検討・見直しを行なっている。訓練開始時には、ご利用者へ訓練の必要性や目標設定を説明することで主体的に訓練への取り組みが行えている。その他、集団体操・集団でのゲーム等を日常の活動へ取り入れ、体を動かすプログラムの提供を行なっている。</p>	
A-6 健康管理、衛生管理	自己評価結果
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。	a・b・c
<p>評価概要 ご利用者の体調変化時には、緊急時対応マニュアルに沿って対応を行なっている。事業所へ到着後及びその他必要に応じて健康状態の確認を行い、軽微な変化でも看護師を中心に職員間で情報を共有し、連絡帳等の活用によりご家族・各関係機関へも情報の提供を行なっている。また、高齢者に多い病気等デイ会議・安全管理委員会・在宅部研修会等を通じて知識の習得や理解を深めている。服薬に関しては、①薬箱から薬を取る時に確認②他の職員と確認③ご本人と確認の三重チェック後の配薬を徹底している。利用者毎の個別ファイルには、緊急時の情報として、かかりつけ医・緊急時の連絡先（ご家族・担当CM）・疾患名等明記し、早急に対応ができる仕組み作りを行なっている。</p>	

	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要 感染症対策マニュアル・感染症発症時の対策・施設内インフルエンザ感染防止対策マニュアル・衛生管理マニュアル等整備しており、感染症や食中毒に対する予防策が明記してある。在宅部研修会や安全管理委員会において感染症に関する勉強会を実施・知識の習得や理解を深めている。室内の温度・湿度の確認を1日に2度（10時・14時）実施しており、その他にも室内の手すりや椅子・床等の消毒により感染予防対策を実施している。インフルエンザ流行期には、送迎時の体温測定を実施しており、ご利用者・ご家族へ注意喚起を促すお便りの配布も行なっている。</p>		
A-7 建物・設備		自己評価結果
	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 事業所職員や施設管理職員で建物及び設備の点検等を行い、不備等があった際は修繕・改善を行なっている。また、パトロール隊により定期的に敷地内のパトロールを行い、施設内・外の安全面・衛生面に関する確認を行なっている。フロアへは、椅子だけではなく、ソファ・ウオーターベッドを配置し、その方の思いに沿った環境で過ごして頂けるよう工夫をしている。必要に応じ、室内の模様替えを実施し、ご利用者の方々が快適に過ごせるように環境の整備を行なっている。室内の壁には、作品展示コーナーを設け、ご利用者の方々が作成された作品を展示している。</p>		
A-8 家族との連携		自己評価結果
	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 送迎時や連絡長の活用・電話連絡等にて、ご家族との情報交換を随時行なっている。満足度調査や担当者会議・自宅へ伺い家屋状況等確認の際に、ご家族へ生活に対する要望や意見の聴き取りを実施している。併せて、その中でご家族の心身の状況や自宅での生活状況等の把握に努め、随時ご家族へ介助方法等に関する情報提供・必要に応じ担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</p>		