

# 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園  
評価実施期間 平成29年12月6日～平成30年2月21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 29年12月 11日現在]

事業所名称： 在宅老人デイサービスセンター 鹿屋長寿園	サービス種別：通所介護、介護予防通所介護
開設年月日：昭和63年1月18日	管理者名：小中原 陽子
設置主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：池田 志保子
経営主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：池田 志保子
所在地：〒893-0024 鹿児島県鹿屋市下祓川町1822番地	
連絡先電話番号：0994-44-7161	FAX番号：0994-44-7831
ホームページアドレス	Eメールアドレス
www.kanoya-choujuen.jp	choujuendey@po5.synapse.ne.jp

### 理念・基本方針

#### 理念

- ～あなたらしさが輝き続けるお手伝いをします～
- ・あなたらしさをみつけるお手伝いをします。
  - ・あなたが安心して笑顔で過ごせるよう支援します。
  - ・個別ニーズに柔軟な対応を行います。

#### 基本方針

1人ひとりの個性を尊重し、能力を生かしながら、心身の機能維持・向上が行えるよう支援する。ご家族の身体的、精神的負担を軽減を図ることで、安心して在宅生活の継続が行えるよう相談、助言を行う。地域の方との関わりを増やし、地域の一員としてお互いに支えあえる関係作りに努める。

### 【施設・事業所の特徴的な取り組み】

- ①利用者を取りまく環境の把握から、個性を高めた個別機能訓練の実施を行っている。
- ②活動を選択制にしたり、趣味活動を活かしたクラブ活動を取り入れ、個々の活動の充実を図っている。
- ③看護体制やグループ内連携、また特浴機やリフト浴の導入により中重度者への対応ができる体制を整え、介護負担の軽減につなげている。

### [利用者の状況]

定員	50人	利用者数	124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	9	37	69	8

#### 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	8	14	35	25
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	21	10	11		

[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		6			1	1
介護職員	5	7	3		14.1	10
看護職員	1	2		3	4.4	1
機能訓練指導員	2	2		3	5.4	2
事務職員		1			1	
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 5 人		採用	非常勤 4.5 人	
	退職	常勤 1 人		退職	非常勤 1 人	
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					3.8 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					3.8 年	
○常勤職員の平均年齢					37.1 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					37.1 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29年12月6日～平成30年2月21日
受審回数(前回の受審時期)	2 回(平成27年度)

### 4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>☆事業所が有する機能の地域還元が多岐にわたって行われている。 地域課題の中から</p> <p>①認知症対策として、行方不明者捜索のための職員ネットワークの構築、徘徊模擬訓練や認知症サポーター養成講座に職員を派遣している。</p> <p>②高齢者の買い物支援対策として、買い物が困難な山間地区へ施設所有のバスを派遣し、ドライブサロンとして買い物支援を行っている。</p> <p>③地域福祉の向上対策として、日曜日のデイ開放やデイが中心となり、地域ふれあい祭りの開催、認知症カフェの開催、サポーター養成講座、介護予防教室、運動機能向上教室などを行っている。</p> <p>☆基本理念「一人ひとりの個性を尊重し、能力を生かしながら、心身機能の維持・向上が行われるよう支援する」を実現するために、ホール内の「かがや樹」の木に利用者の目標を葉っぱの一枚に記載すると共に、目標が達成した時には花をつけて、喜びを共有化することで、利用者職員が更に意欲的に取り組む仕組みが作られている。</p> <p>☆利用者、家族の思いに寄り添い、今の思いに対応するために、得られた情報を職員全員で共有化する仕組み及び、毎月のデイ便りの発行や家族と合同の行事の開催、家族会の開催を通して、情報発信を行い、その相互作用でサービスの質を向上させる仕組みが整備されている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>☆法人全体の安全管理委員会が3ヶ月に1回、事業所内の安全管理委員会が毎月開催され、研修を行うと共に、事故発生の要因分析、改善策、再発防止策が検討され、職員間の周知も行われているが、ヒヤリ・ハットの件数が少ないため、ヒヤリ・ハットの件数を多くする工夫を期待したい。</p>
---

- 5 第三者評価結果
- 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

当施設が有する機能・取組みについて高い評価をいただいたことは、私たちの理念に対する思いを振り返り職員一同更なる向上心を持つ機会となりました。

ご指摘いただきましたヒヤリハットの件数については、2月初めから現在のヒヤリハット記入様式の検討や件数が挙げられる工夫としてDiscoveryシートを作成し実施しています。私たちの業種は介護保険事故やご利用者・ご家族からの相談苦情など様々なリスクの管理が必要だと考える中で、業務や利用者処遇の中からリスクを早期に「発見」できる事を目的にこのシートと共に今後のヒヤリハット件数に繋がるよう努力していきたいと考えています。

今後も長寿園及びデイサービスの理念を念頭に職員一同良質な介護サービスの提供に邁進してまいります。

# 福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

## 【 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

		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・c
<p>評価概要：事業計画において 基本理念・経営理念・介護理念を基本方針として掲げている。また、介護理念は具体的に3つの項目で表し職員の行動規範となっている。理念、基本方針はホームページやパンフレットに掲載している。家族会や毎月のデイサービス便り等で利用者、家族、地域の方々への周知を図っている。また、事業所内の目立つ場所に掲示するとともに職員はネームプレートに記載し常に携帯している。通所計画への反映、理念に沿ったケアの実践に向けて朝礼や職員会議等で確認と振り返りを行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：法人として毎月、運営会議、在宅連絡会議を開催、法令関係の改正への対応、県・市の福祉計画の策定動向などの把握等が行われ、地域の状況、事業所収支状況、利用者の推移、稼働率やコスト分析、職員数などの報告がされ状況確認と課題の分析が行われている。出された経営環境や課題の分析はデイサービス会議で全職員へ周知されている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：中長期計画、2025年に向けた福祉人財育成・獲得プロジェクトにおいて経営課題を明確にし、単年度計画で具体的に職員の腰痛対策への取り組みとノー残業日の設定、地域行事への参加や介護予防教室開催、地域訪問などを行い、地域のニーズを把握するよう努めている。利用者の稼働率を管理する管理票を作成し、見える化することでスタッフも意識して利用者が休む原因等の分析を行い稼働率アップに向けて毎月、皆勤賞として表彰する等取り組んでいる。</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・c
<p>評価概要：法人全体で5ヶ年計画、介護報酬改定に合わせ3年毎の事業計画を策定している。高齢化ピークを迎える2025年に向けて地域包括システムの構築、福祉人財育成・獲得プロジェクトなど計画的に取り組まれている。計画は具体的施策が掲げられチェック方式で毎年、確認と見直しが行われている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：事業計画は中長期計画を踏まえた年間目標を設定、認知症サポーターの周知や情報収集と必要な情報の発信などの地域への取り組み、利用者確保、利用者処遇・ケアの質の向上、収入目標、チーム連携、人財育成、腰痛対策など具体的できめ細やかな計画となっている。前年度の課題をもとに事業計画を作成、評価着眼点を基に半期ごとの見直しが行われ、進捗状況の確認、必要に応じて見直しを行っている。</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
評価概要：事業計画は前年度の課題を基にデイ会議で職員全員で検討され毎月の会議で実施状況の把握され、法人全体の運営会議、在宅会議において毎月実施状況の把握が行われ、上半期・下半期毎に評価見直しが行われている。内容はデイ会議で報告、周知され目標の共有と経費削減に努めている。		
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
評価概要：事業計画はいつでも閲覧できるよう事務所に保管、年度末の家族会においてパワーポイント等で具体的にわかりやすく報告され質問には個別に対応する等周知を図っている。また、毎月発行のデイ便りを利用して月毎の計画をお知らせしている。		

#### 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
評価概要：毎年、内部監査で、介護記録・指定基準の確認を実施している。サービスの質については自己評価（3～4人のグループ毎）と年2回（3月・9月）アンケート（満足度調査）を実施し評価結果、調査結果も基に改善に向けた取り組みが行われ、アンケート結果と改善に向けた取り組みはデイ便り等利用者、家族へ報告している。		
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
評価概要：評価結果、調査結果を基にデイ会議で話し合われ改善に向けた取り組みが行われている。課題として抽出された「家族との連絡体制の強化」については、家族との連絡帳を希望者だけの対応から全員に作成、内容も4種類から2種類の内容に変更されるなど具体的に改善されている。		

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：運営規程の中で業務管理、職員管理と役割を揭示し、職務分掌、役割等級基準において役割と責任が明確にされている。また、マニュアルには不在時の権限委任等明確に明記している。デイ会議において事業計画に基づいた実施が行えているかの確認している。法人本部や事業所での運営委員会・在宅会議・デイ会議等において全職員へ周知し理解を図っている。</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：法人で業務管理体制整備方針、法令遵守規程を策定、これに沿った取り組みが組織的に行われている。事業所の運営管理・労務・利用者の人権擁護等全般にわたって、内部監査を実施して法令の遵守に努めている。内部監査報告を基に再点検もなされている。加算・基準についてや記録について勉強会やデイ会議などで再度、確認と見直しを行っている。また、報酬改定の都度、外部研修に参加し最新情報を得ている。</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：年２回、内部評価・自己評価を行い、個人目標の設定と見直しが行われている。また、在宅部全体で研修計画に沿った研修会、デイにおいても勉強会を開催し質の向上を図っている。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。</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。	○ a b・c
<p>評価概要：在宅部門会議において経営状況報告、課題分析が行われその結果を毎月、デイ会議にて報告し情報を共有、改善策の検討、見直しを行っている。稼働率や光熱費等をグラフ化することで意識付けと稼働率アップ、経費削減に向けた取り組みを行っている。また、人員配置や子育て支援、勤務時間の調整など指導力を発揮している。</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
評価概要：法人として、「2025年に向けた福祉人材育成獲得プロジェクト」を立案されており、福祉人材の育成と獲得が組織的に行われている。新人研修教育マニュアルがあり、担当職員が付き、入職から1ヶ月の目標設定と評価、6ヶ月以降は個人目標設定している。1年間担当職員を配置することで、相談しやすい環境を作り目標を共有することで、現在退職者も減っている。		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	○ a b・c
評価概要：法人として人材は「人」の「財」との位置づけをし、「社会福祉法人恵人会2025年に向けた福祉人材・獲得プロジェクト」に「恵人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、人事考課制度の確立を行い総合的な人事管理が行えている。人事考課では、自己評価を基にして職員の専門性や目標の達成度を把握している。面談を行い本人の意向、希望と評価をもとに改善策を考え、資格取得や移動の希望等次期目標の設定を行っている		
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
評価概要：法人全体で「職員のスキルアップと働きがいを支援する」という目標で有給休暇取得状況の把握と取得に向けての取り組み、時間外労働の状況分析、職員の健康面（腰痛対策、健康診断、職員の配置）、精神面（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等）のケア、法人保育園の利用や育児休暇制度の活用推進、ワークライフバランスを意識した勤務形態の検討など行われている。		
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
評価概要：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、スキルアップに向けての研修会、勉強会の開催など支援されている。毎年、個人目標を掲げ、人事考課シートを使用し、目標に対する達成度、振り返りを行い、次期目標の設定、具体的な取り組み内容、実施期間を段階ごとに設定し、時期に応じた状況確認のための面談を行っている。		
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
評価概要：事業計画において全職員が介護職員初任者研修以上を目標に新人・中途採用者向け研修マニュアルを作成、外部研修や法人内の年間の研修計画が策定されている。外部研修へも積極的に参加があり復命書の提出と研修報告で全職員への周知ができています。また、個人面談の中で「期待する職員像」を伝えて意欲を確認、必要な研修参加と出張復命書により本人が感じた事や事業所内で業務改善が図られているかの確認が行われている。		
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
評価概要：法人の「2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」の中で「法人職員無資格者ゼロの達成」事業計画の中で「全職員が介護職員初任者研修以上の資格を習得する」、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。		
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
評価概要：法人全体で実習生・体験等受け入れマニュアルが作成され、体験や各種養成校等の実習が積極的に受け入れられている。デイにおいても実習の目的、内容など職員へ周知し、実習指導マニュアルに沿った指導が行われている。また実習後のアンケートの実施、指導者に対する研修も積極的に行なわれ年間、40名程度の実習生受け入れを行っている。		

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：ホームページやブログ、法人情報誌で公表、事業所窓口でも情報開示を行っている。また、活動報告や行事案内など、毎月発行のデイサービス便りで周知、家族、地域へ配布している。相談苦情については、相談苦情解決実施要項、相談苦情に関するマニュアルに沿った対応が行われている。</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・取引等については、法人運営規定に基づき手順を踏んで実施されている。毎月、外部の公認会計士による会計監査を行っている。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。4半期毎の報告と職員へも各職種業務内容分掌表を作成し周知している。</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：事業計画で地域との連携を掲げ、地域行事へ利用者様と一緒に参加したり、法人行事への地域住民の参加など交流が図られている。また、地域サロンへの参加や地域のニーズ把握のため、職員が出向いたりして顔なじみの関係づくりに努めている。地域サロンの方がデイサービスに来られ、利用者との交流や舞台発表をされている。サロン参加の実績と民生委員や町内会長宅への訪問記録の充実と出前講座、感謝祭りや見学会の開催など積極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。	(a) b・c
<p>評価概要：ボランティア受け入れマニュアルがあり、市へ登録し積極的にボランティアを受け入れている。また、小学生の交流体験、中学生の福祉体験受け入れなども行っている。地域の方の生涯学習での発表の場として、場所の提供を行い、踊りや歌の披露や毎月、生け花、福祉レクリエーション、ハンドマッサーのボランティア受け入れを行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：地域ケア会議において現状、ニーズの把握、意見交換、地域に出向いてのニーズ把握など法人全体での積極的な関わりが持たれている。地域サロン一覧表の作成、社会福祉協議会や地域包括支援センターの生活支援コーディネーターとの連携を図っている。健康問題・経済問題・認知能力の低下による契約事項や財産管理の問題など保健・医療・福祉・法律関係者など個別の連携が取れるようになっている。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	(a) b・c
<p>評価概要：地域課題の中から①認知症対策として、行方不明者捜索のための職員ネットワークの構築、徘徊模擬訓練や認知症サポーター養成講座に職員を派遣している。②高齢者の買い物難民対策として、買物が困難な山間地区へ施設所有のバスを派遣し、ドライブサロンとして買い物支援を行っている。③地域福祉の向上対策として、日曜日のデイ開放やデイが中心となり、地域ふれあい祭りの開催、認知症カフェの開催、サポーター養成講座、介護予防教室、運動機能向上教室などを行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：地域サロンへ講師として職員派遣、介護予防教室として認知症サポーター養成講座や介護予防運動教室など開催している。また、地域の方や利用者ご家族を対象とした認知症カフェの開設など行っている。法人として、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も構築されている。出前講座も10のメニューを準備しチラシを配布するなど積極的な取り組みが行われている。</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。	○ a b・c
<p>評価概要：法人の法令遵守規定の中に、利用者支援行動方針を策定し、利用者様の権利に関する宣言として、①良質のサービスを受ける権利、②自己決定する権利、③プライバシーが保護される権利、④尊厳ある一人の人間として尊重される権利を掲げ、職員一人ひとりが実践することを目標にしている。また、業務管理体制整備方針を策定し、法令遵守の体制、管理者の役割、確認・対応、相談・紹介、懲罰、意識啓発・研修について定め、実践されている。研修は採用時及び毎月開催されている「在宅勉強会」で繰り返し研修し、利用者尊重、基本的人権への配慮についての評価を行い、意識の啓発に努めている。</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。	○ a b・c
<p>評価概要：プライバシー保護規定を策定し、基本マニュアルと仕組みについて定めている。具体的には身体拘束廃止委員会を毎月開催し、年2回の職員に対するアンケート調査及び教育を行うと共に、虐待関連のニュースを題材に研修を実施している。また、年1回権利擁護をテーマに勉強会を行うと共に、毎日の朝礼で虐待やプライバシーに関する話題を提供し、不適切な事案の予防に努めている。職員の不適切な言動に対しては、その都度ミーティングを行い、より良いサービスに繋がるよう共有化が行なわれている。</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。	○ a b・c
<p>評価概要：理念、事業所の特徴、サービス内容、利用料金、一日のスケジュール、メール及びホームページアドレスが分かり易く記載されているパンフレットを作成し、公共施設等、多くの人が入手できる場所に配置し、利用者がサービスを選択するための資料となっている。また、ホームページを開設して情報を発信すると共に、見学希望者に対しては随時受け入れて、施設内を案内して説明を行っている。ホームページは随時更新され、より分かり易い内容を目指して工夫されている。</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：大きな文字で読みやすい10ページに及ぶ重要事項説明書を作成し、サービス開始前に利用者及び家族に理解できるように具体的な事例を活用して説明を行い、契約を交わしている。意思決定が困難な利用者に対しては介護支援専門員、後見人と連携を取ると共に、遠方の家族には郵送や手紙を活用して契約を行っている。制度が変更となり、利用料金の変更がある場合やサービス内容が変更となる場合にはその都度契約を更新している。</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。	○ a b・c
<p>評価概要：福祉施設・事業所の変更にあたっては利用者及び家族の意向を確認し、福祉サービスの継続性を配慮している。具体的には利用者の現況を毎月、介護支援専門員へ情報提供を行っており、必要であればアセスメントシートを提供している。福祉サービスが終了した後の相談窓口を設置し、適切な対応が行われている。特に困難事例については行政や他の福祉施設と連携し、地域ケア会議での協議を行っている。</p>		
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ－１－（３）－① 利用者満足の向上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：法人によって提供するサービスと求める人財像として「利用者のニーズに適したサービスを適格に提供し、QOLの向上を目指し、利用者様の満足を得られるよう継続的改善を行う」を掲げ、毎年3月と9月に利用者満足度調査を行っている。分析・検討委員会では領域毎に集計し、サービスの改善に繋げている。特に、男性クラブの結成により男性利用者のニーズへの対応が改善されたことで男性利用者数が増加するなど成果が認められた。また、日常的な会話の中から利用者のニーズを聞き取る風土が認められ、日々のサービスの改善に繋がっている。家族からは家族会や連絡帳の活用及び送迎時の会話から満足度をモニタリングする仕組みが整備されている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：法人により利用者の相談・苦情解決実施要綱が策定され、苦情解決の体制及び公表までの仕組みについて定めると共に、その概要が分かり易く玄関入口に掲示されている。相談・苦情委員会は3ヶ月に1回定期的に開催され、第三者委員への報告も適時行われている。解決した内容については個人情報配慮の上で、事業報告書及び広報誌に掲載して公表している。サービス提供場面で利用者の苦情の有無をモニタリングするためにフリーの職員を配置し、ラウンドを行い、苦情の早期発見に努めている。</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：重要事項説明書に相談・苦情の担当窓口担当者、苦情解決責任者、第三者委員の氏名と連絡先を記載すると共に、事業所内に掲示されている。また、玄関入口にご意見箱を設置し、毎日点検を行っている。職員は送迎時やサービス提供場面で利用者・家族の相談・意見を聴く機会と捉え、日常的に言葉かけを積極的に行っている。また、連絡帳を家族からの相談や意見を知る手段と捉え、積極的に活用している。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：マニュアル以外に、法人による相談・苦情等の処理に関するフローチャートを作成し、苦情受け付けから報告・記録・委員会開催の仕組みが分かり易く記載され、共有化されている。サービス提供場面や連絡帳を活用した相談や意見が積極的に提案されており、改善課題を受け止め、可能な限り迅速に対応する体制が整備されている。利用者は相談・意見を表明することを権利と受け止めており、職員との信頼関係構築の基盤となっている。また、直ちに解決が困難な事案については委員会を開催し、組織的な検討が行われている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要：法人による安全管理委員会活動要綱を策定し、事業所毎に毎月委員会を開催し、3か月毎に法人全体の委員会を開催している。委員会ではヒヤリ・ハット及びアクシデントのデータ集計、要因分析、改善策、再発防止策を検討し、職員全体に周知している。また、ヒヤリハット・アクシデント発生時報告フローチャートを作成し、発生・発見から報告のルート、レポート作成、委員会開催までを分かり易く記載すると共に、周知されている。職員の研修は事故発生時のアクシデントカンファレンス、アクシデント予防の研修会、KYTの研修会を随時行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：法人による感染対策マニュアルが策定され、感染対策指針に毎月の委員会活動について記載されている。新入職員に対する研修は看護師が実施し、継続的研修は年2回勉強会を行うと共に、感染時に使用する物品の点検を実施している。利用者及び家族への予防ワクチン接種、うがい・手洗いの励行・マスクの着用等の情報提供を行い、インフルエンザの発症は職員を含め現在の所、認めていない。事業所内における感染症対策の遵守状況を委員会によるラウンドで確認し、必要な指導を行っている。マニュアルは毎年定期的に見直しを行っている。</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：立地条件から土砂災害特別指定区域に指定され、法人により防護壁が設置されている。また、災害発生時の連絡先、避難先、避難方法が明記された防災マニュアルを策定し、地震、台風、水害、火災時の体制を整備すると共に、食糧や備品等のリストを作成し、備蓄が行われている。火災に備えて消火設備及び通信設備が設置され、職員による自衛消防隊が組織されている。年2回の防災避難訓練を実施し、2回目は消防署、警察、町内会等と連携している。</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：提供されるサービスマニュアルが策定され、実施時の留意事項として、利用者の尊重、プライバシーの保護について具体的に記載されている。また、新入職員に対しては教育を目的とした新人・中途採用者研修マニュアルを策定し、中堅職員を中心に見守る体制を整備すると共に、3ヶ月間実務日誌を記入し標準的なサービスを提供する仕組みを整備している。また、標準的なサービスにそぐわないサービスが提供された場合は、管理者が個別に指導を行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：委員会活動の中で毎年定期的にマニュアルの見直しを行うと共に、ヒヤリ・ハットやアクシデント発生時及び職員・利用者からの意見を受けて、随時見直しが行われている。マニュアル改訂の経過を職員間で共有すると共に、改訂日を記載し、最新版を保管している。</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：通所介護計画作成マニュアルを整備し、サービス計画策定の責任者、作成から評価までのプロセスを定めている。フェイスシート、独自のアセスメントシート及び家屋評価シートから利用者のニーズを明示し、支援の方針を定めている。個別援助計画は生活指導員、介護職、看護職員、機能訓練指導員の4職種がサービス検討会議で協議して作成している。サービス開始後にアセスメント内容に変化が認められる場合には、アセスメントを見直し、計画内容を修正している。</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。	(a) b・c
<p>評価概要：福祉サービス実施計画の評価・見直しはマニュアルに基づき、3ヶ月毎及び状態変化時に行われている。評価・見直しに際しては、利用者・家族の意向、福祉サービスの実施状況、目標や支援の有効性についてカンファレンスを行っている。サービス実施計画に変更が必要となった場合には新たに計画を作成し、利用者・家族の同意を得ている。変更となった新たな実施計画については職員会議、ミーティング帳、申し送り、朝礼等で共有化されている。</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：福祉サービス実施計画に基づき実施されたサービス内容は実行表に記載され、同時に評価表、カンファレンス表に連動するよう工夫されている。利用者の状態変化等により、提供するサービスに修正が必要な場合には、手持ちのホワイトボードに記載し共有化が図られ、利用者の状況に応じたサービスの提供が行われている。また、記録の質向上のために記録マニュアルを作成すると共に、新入職員への記録指導が行われている。また、記録時間の効率化と質の向上を図るために、評価表の見直しを行っている。</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：法人の個人情報管理規程により、個人情報の適正管理、保存・廃棄、教育、情報漏えい事案への対応、開示・訂正・停止の請求、罰則について定めている。また、事業所の個人情報取り扱いマニュアルを策定し、記録の管理者を定め、個人情報保護が周知・実行されている。電子データはパスワードの設定、アクセス権の制限をかけ、事務所内の記録物は施錠管理され、漏えい防止に努めている。全職員に対して毎年、個人情報保護及び記録の管理について研修を行い、周知徹底が図られている。利用者及び家族に対しては、重要事項説明書を用いて説明を行い、動画・写真利用及び特定個人情報の取り扱いについても同意を得ている。</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) 】

H29.5.1改訂

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
	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><b>評価概要</b></p> <p>利用開始前のアセスメントに加えて、興味・関心シートを用いて利用者のニーズを掘り下げ、活動計画に取り入れている。利用者の思いをホール内の壁に大きく書いて、[かがや樹]の木と名付けて掲示している。介護度が重度の利用者に対してはリクライニング車椅子等を活用して一人ひとりの希望に合わせて、散歩、ボール遊び、ハンドマッサージ、爪の手入れ等を行っている。また、利用者の旅行に行きたい、足湯に浸かりたいという希望に対して、休日に一日遠足で足湯体験を実現している。毎日のサービス提供場面で利用者のニーズの変化をモニタリングして、柔軟に対応している。</p> <p>法人の介護理念に「あなたの立場に立ちあなたを感じ、あなたを理解できるサービスを目指します。」を掲げ、更にノンバーバルサインの研修を行い、より利用者の思いに寄り添う努力が認められる。表現能力に障害が認められる利用者に対しては、表情や身振りから変化を見逃さず、絵や筆談等を活用して思いにたどり着く努力をしている。職員の接遇研修は、法人及び毎月の事業所会議で事例検討を含む研修を行っている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	○a・-・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>法人の「利用者様の権利に関する宣言」として、「利用者様は、尊厳ある一人の人間として尊重される権利を有しています。」を掲げ、法人の職員一人ひとりが実践する目標として研修を継続している。身体拘束廃止委員会を中心に身体拘束廃止に関する研修会を行うと共に、虐待の芽チェックリストを活用してお互いの実践を振り返る機会を設けている。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
	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><b>評価概要</b></p> <p>施設的环境は清潔で、温度・湿度の調節が行われ、明るい雰囲気は保たれている。利用者が思い思いに寛げるように、畳の部屋、ソファ、籐の椅子、テーブル、椅子等が整備されている。介護度が重度の利用者が多いため、ベットが多数準備されている。また、回想の場所を設け、火鉢やアンカ等昔の道具が掲示されている。また、利用者のカラオケに対する要望に対してカラオケセットが設置されている。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
	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><b>評価概要</b></p> <p>利用開始前から、利用者のADLを評価し、入浴形態、方法を検討し、安心して安楽な入浴支援を行っている。浴槽は、大浴場、個浴、リフト浴、特殊浴を備えて、利用者の心身の状態に応じて選択すると共に、シャワーチェア、シャワーキャリーを整備している。入浴マニュアルを作成し、入浴前のバイタルサインを行い、入浴可否の判断を行っている。入浴ができない場合には清拭や足浴、陰部洗浄等に変更して清潔保持に努めている。入浴を嫌がる利用者に対しては午前及び午後に職員が交替で誘導して無理なく入浴が実行されている。自宅で安全に入浴ができるよう、入浴動作の指導を行い、家族及び介護支援専門員へ情報を提供している。</p> <p>アセスメントから得られた情報で利用者の心身の状態に応じた排泄の支援が行われている。排泄マニュアルを作成し、個人の尊厳、羞恥心に配慮している。トイレは全て保温・洗浄機能のついた洋式であり、毎日の清掃、換気、消臭剤により清潔に整備されている。当日の排泄状態は連絡帳を通して家族と共有化され、便秘等の排泄問題を解決している。排泄時の下着類の上げ下ろしが困難な利用者にはリハビリ効果により排泄が自立したり、適切なオムツの導入により皮膚症状の改善が認められている。</p> <p>利用開始前から利用者の移動能力・家屋状況をアセスメントすると共に、送迎マニュアルを作成し、小型車やリフト車を備えて、安心・安全な送迎体制を整備している。特に転倒リスクの高い利用者に対しては、デイ会議で共有化し、見守り体制を強化している。また、歩行器、車椅子、リクライニング車椅子、杖等を備え、利用者の心身の状態に応じた安全な移動ができるよう支援している。ノーリフト研修及びスライディングボードやシート類を活用し、利用者及び職員の安全性・安楽性に配慮している。家族に対しては、より安全な環境作りのために助言を行い、介護支援専門員と連携して改善に繋げている。</p>		

A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○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>利用者一人ひとりの食習慣を把握し、アレルギーや食べられない食品を聞き取ると共に、定期的な嗜好調査及び毎日の利用者からの要望を反映した献立作成に努めている。地産地消の新鮮な食材を使用した行事食、バイキング、お弁当箱の活用を定期的に行い、楽しい食事環境作りにも努めている。胃瘻造設の利用者に対しては、食べられる食事内容及び形態を工夫して経口摂取できるよう支援している。また、楽しい雰囲気ですべての食事ができるように、利用者同士の話が弾む座席の配置に配慮している。</p> <p>利用開始前から利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントし、利用者の心身の状態に配慮した食事の提供及び食事介助を行っている。食事介助マニュアルを作成し、利用者の心身の状態に応じた食事介助の方法について周知し、実行している。食事摂取時間の長い利用者が気兼ねなく食事ができるよう座席の配慮や自然な見守り体制を確保している。利用者の体調が変化した場合、食べられる食事内容や形態に柔軟に変更している。水分や塩分、カロリー等に制限のある利用者に対しては管理栄養士と連携して適切に対応している。食事中の事故に備えて、誤嚥リスクの高い利用者をリストアップして、見守りの強化を行うと共に、日頃から食事中の事故発生時の対応方法について研修を繰り返し返している。誤嚥等が新たに発生した利用者については、家族、介護支援専門員と連携し、トロミ剤を活用し、経口摂取が安全に行えるよう支援している。</p> <p>利用開始前から利用者の口腔ケアのアセスメントを行い、口腔ケア計画に基づいて支援している。また、口腔ケアマニュアルを作成し、利用者の状態に応じた口腔ケアについて研修を行っている。イラスト入りの口腔体操手順書を作成し食事前に毎回、口腔体操を行っている。食後は口腔ケアの見守り及び義歯の洗浄等の介助を行い、利用者の口腔内を観察すると共に、使用した歯ブラシ等は次亜塩素酸による消毒を行っている。口腔ケアを継続することで、口渇の自覚症状が改善している利用者が認められている。口腔ケアに問題が発生した場合には家族、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
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用開始前に、褥瘡発生の有無及び褥瘡発生の可能性をアセスメントし、褥瘡の改善及び褥瘡予防について計画的に支援を行っている。職員に対しては毎年研修を行い、褥瘡の発生要因、褥瘡の予防方法について周知を図っている。入浴場面や排泄場面では皮膚の観察を行い、褥瘡の早期発見に努めている。褥瘡を発見した場合には利用者及び家族の了解を得て写真撮影を行い、介護支援専門員、主治医等関係機関と連携をとり早期の治癒に繋げている。家族に対しては連絡帳及び対面での説明を行い、褥瘡予防の方法を共有化している。</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
	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 ○b c
<p>評価概要</p> <p>喀痰吸引及び経管栄養の必要な利用者に対しては看護職員が対応しており、看護職員を多く配置している。「介護職員等による喀痰の吸引等の実施の実習」を受講した介護職員が配置されているが、現在は活用の機会は認めない。今後、指導看護師を養成することで、介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施する体制の確立を検討中である。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
	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>利用者一人ひとりの心身の状態及び希望に応じて機能訓練、介護予防の活動目標を設定し、「かがや樹」の壁画の葉っぱの形に記入し、目標が達成した場合には葉っぱに花をつけることで、達成感を共有している。また、家屋調査によって在宅療養を継続するために必要な生活動作訓練を行い、3ヶ月毎に評価・見直しを行っている。利用者の興味・関心シートを活用し、趣味活動で利用者の希望に合わせて三味線等を準備している。平成29年度より看護職員を中心に「いきいき教室」を開設し、健康増進や認知症予防に関する教育を行うと共に、理学療法士を中心に「はつらつ教室」では、自宅で実践できる運動プログラムを開始し、QOLの向上に努めている。脳活性化プログラムには計算や回想法を行い、認知症の早期発見に努めると共に、介護支援専門員と連携し、早期治療に繋げている。具体的な活動計画は毎月の活動予定表を作成し、利用者に配布している。</p>		



A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者の個性性に配慮して、畳の部屋、広いホール、回想スペース、ソファ、ベット等を配置し、落ち着ける居場所が準備されている。帰宅希望が認められる利用者に対しては、職員が行動を共にして思いに寄り添っている。トイレや浴室は文字と絵を使用して分かり易く表示されている。事故防止のために危険物の収納を行い、整理整頓、清掃を行い、清潔で安全な環境が整備されている。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>緊急時対応マニュアルを作成し、医学勉強会を行うと共に、利用者の疾患、治療、介護について共有化されている。送迎時に体調変化に気づいた職員はメモと共に生活相談員へ報告し、連絡ボードに貼り付け、朝礼で共有化されている。到着時にはバイタルサインの測定と、健康状態の観察を行い、健康状態に問題がある時には家族、主治医へ報告し、利用者の状態に応じた適切な対応を行い、安全の確保に努めている。看護職員を中心に行っている「生き生き教室」で留意すべき症状や兆候について説明し、健康問題を共有化する仕組みが作られている。緊急時に活用できるよう利用者毎に病名、主治医、家族、介護支援専門員の連絡先を記載したフェイスシートを整備している。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応		第三者評価結果
	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用開始前から家族の意向を確認し、送迎時にモニタリングすると共に、連絡帳を活用して家族との連携を図っている。夏祭り、敬老会、運動会、デイオリンピック、クリスマス会には家族の参加を呼び掛けると共に、毎年、家族会を開催し、介護相談、介護研修を行っている。家族の過剰介護が考えられる場合には、介護支援専門員へ情報を提供し、必要な社会資源の活用に繋げている。</p>		