

# 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

		自己評価
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><b>評価概要</b> あなたらしさが輝き続けるお手伝いをします。について具体的に3つの項目を設け分かりやすくしている。もし認知症になったとしても、その症状だけを注視するのではなく、その方のこれまでの人生を見つめ、それぞれの方法で輝けるよう私達は支援することを目的を理念に掲げています。内容に関しては個別援助計画を用いて、ご家族への説明を行っている。周知方法についてはホームページ、広報誌、毎朝の朝礼、また職員はネームホルダーに常に携帯するようにしている。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		自己評価
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><b>評価概要</b> 毎月、法人の経営に関することは、法人運営会議にて、在宅系の各事業所については、在宅連絡会議にて、課題や経営分析を行っている。会議の中では、事業所ごとの収支状況の分析、事業所で抱えている課題については他の事業所の意見等をふまえ、その後の運営に活用している。</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><b>評価概要</b> 事業経営をする中で介護職員の人材確保が懸念され離職の理由には、介護業務を行うことで起こる腰痛も要因と考えその対策として当法人では、ノーリフト（持ち上げない介護）等の取り組みを進め離職防止に努めている。また、事業所の経営としては利用者の稼働率を管理している。1週間ごとに利用者数・登録数・欠席数（理由も含む）を一覧に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ったり新規登録に向けての空き状況が誰でも伝えられるようにしている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		自己評価
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</p> <p>法人全体としては、介護報酬改定が改定される3年毎（中期的）の事業計画を作成し地域包括ケアシステム構築の当面の目標とされている2025年度を見据えた取り組みを行っている。今回第7期計画作成時期にあたりリーダー研修「長寿園塾」が開催された。</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</p> <p>前年度の課題をもとに事業計画を作成し、半期ごとの見直しを行い、進捗状況の確認を行い、必要に応じて見直しをしている。長期目標に沿った単年度重点目標を設定している。</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</p> <p>年2回（10月、3月）に事業計画の進捗状況と事業収支について事業所職員と経理担当職員で協議している。上期実績報告から下期の目標設定、下期の実績報告から次年度の目標設定を行い、事業計画報告会を事業所職員と経理担当者で行っている。目標の共有と経費削減に努めている。また上・下期で評価し必要に応じて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</p> <p>利用者様やご家族へは、行事や家族会・お便り等を通じて事業所の取り組みを伝達している。事業計画は、家族会でパワーポイントを使用して説明している。</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
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</p> <p>事業計画内にその他項目を設けサービスの質の向上を目指した計画を策定している。見直しの方法としては事業計画と同様の手段によって行っている。また内部独自の内部評価を行い、職員間で振り返り行い次年度の計画につながっている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要</p> <p>サービス利用者より意見を集め、それに対して改善策を講じるように取り組んでいる。満足度調査を実施し、集計結果をもとに職員間で見直しを行い、サービスの質の向上に努めている。又、利用者、家族にもその旨フィードバックしている。</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 運営規程の中で業務管理、職員管理と役割を掲示し、年度ごとの事業計画に沿って運営を行っている。職員へも事業計画を報告する場を設け、月に1度、デイ会議で事業計画に基づいた実施が行えているかの確認を職員へ行っている。役割等級基準に沿って、それぞれの役割の明確化を図っている。毎月の取り組み状況を法人職員へ伝える場として、在宅会議を活用している。</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 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事業所内で勉強会を実施し、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。年に1度は内部監査を事務局長、課長にて実施し、内部監査をもとに改善を行っている。報酬改定の都度、外部研修に参加し最新情報を得ている。新規加算等に関しては、再三確認を行い、判断に迷うような場合には上司へ報告し、確認を行う体制がある。</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 事業所理念を念頭に置いて、職員それぞれ実践可能な目標を面談を行う中で職員と一緒に考え、取り組みの方法、支援方法を検討している。利用者満足度調査、居宅介護支援事業所満足度調査を実施し、自分たちの振り返り、改善とし活用している。振り返り、改善に関しては月に1度の職員会議で、職員で話し合いを行い、業務の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 在宅部門会議にて経営状況報告、課題分析を行っている。月に1度の職員会議で、在宅部門会議の報告を行ったり、経理からの収支報告を年2回実施し、現状の把握、修繕箇所、必要備品の確認を行っている。職員にも分かりやすいよう毎月の登録者数、光熱費等を月一回の事業所会議にて報告することで、コスト削減への意識付けを行いながら経費削減への指示を出している。</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 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 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を立案し、福祉人材の育成と獲得、職員育成を行っている。人員については予算を立て、それに伴って人材確保に努めている。入職から1年は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。法人で中途者採用研修を実施し、法人の方針を知る機会も確保が来ている。</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 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、次期目標の設定を行っている。</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 職員の就業状況の確認を行い、勤務時間帯の工夫、調整を行っている。必要時は時間外労働を管理者の指示のもと行っている。出勤状況の確認はタイムカード、出勤簿、有給簿で行っている。健康診断、インフルエンザ予防を始め移乗ボード、リフト浴槽の使用による腰痛予防対策、メンタルヘルス研修等により職員の心身の健康状態の確保を行っている。</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 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。</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 事業計画に年間研修計画を設定し、計画に沿って研修参加している。年間計画は研修の目的と具体的な研修内容に対象職員を記入し、職員も周知できるようにしている。また職員面談の際に希望する研修があるか確認している。医療との連携やご利用者の緊急時のスムーズな対応がとれるように協力医療機関への外来研修や（看護師）通所リハビリの機能を知るために生活相談員・機能訓練指導員による施設研修も行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 年間計画に沿って研修参加を行っている。新人・中途採用者については、マニュアルに沿って教育を行い必要な研修は事業所内でも行う。職種に応じたテーマ別研修へ職員全員が参加ができるよう年間の計画を立てている。事業所内で報告会、必要時は勉強会を実施し、他職員へ情報伝達している。外部研修の案内は、回覧で情報提供を職員へ行い、希望する研修への参加により、学びを深めることでスキルアップを図っている。月に一度の事業所会議では介護スタッフが講師となる事もあり、研修の組み立て・資料作り・伝え方などのスキルアップも出来ている。</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 各種養成校の実習受け入れを行っている。実習の目的、1日の流れを職員へも伝え、実習内容を把握し、実習指導マニュアルに沿った実習指導を行っている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 ホームページや恵仁会情報誌（ブリーズ）各事業所の窓口にて情報開示を行っている。活動報告や行事内容などは、デイサービスのお便りを使用してご家族、地域の方へ配布している。</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 公正な経営をする為に、毎月外部の公認会計士による会計監査を行っている。また顧問として弁護士や社会保険労務士との連携を図っている。その他、透明性を図るために、各職種の業務内容を分掌表を作成し、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
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 地域サロンへの参加や地域行事への参加を生活相談員が行い、顔なじみの関係づくりに努めている。地域行事へは地域の利用者様も一緒に参加している。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。</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 小学生の交流体験、中学生の福祉体験受け入れを行っている。地域の方の生涯学習での発表の場として、場所の提供行い踊りや歌の披露や毎月生け花、福祉レクレーション等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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 地域の民生委員や地域包括支援センター、市役所福祉課の方と地域ケア会議を実施し、必要なサービスの検討、サービスの利用状況、今後の支援方針などについて情報交換を行うこともある。必要に応じて成年後見人制度の利用や生活保護制度の利用を行っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 買い物が困難な山間地区に、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。また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、地域福祉の向上に努めている。グループ企画として商店街を招致し、まちのいちを開催することで、地域の活性化を図っている。打馬地区のサロンや現在認知症カフェを開催し固定できるように運営している。介護予防教室やまちのいちの広報を兼ねて、地域まわりを行い地域の方の声を聞く機会を作っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 地域のサロン活動の中で運動教室の講師として職員派遣を行ったり、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の実施。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準備を行っている。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。</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。	(a) b・c
評価概要 法令遵守規定を定めその中に利用者様の権利に関する宣言を行っている。採用時研修等では分かりやすく資料を作成し説明もを行っている。		
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。	(a) b・c
評価概要 利用者様の個人情報の利用目的を契約時に説明し、同意・捺印を頂き、ホームページや施設内、広報誌等個人情報を利用する際は、個人情報の制限を確認しながら行っている。職員、実習生へもそれぞれ個人情報に関わる同意書を事前に説明、同意をもらい、利用者との関わりを行っている。入浴時や排泄時の肌の露出が多い場合のタオル使用やパーテーション、カーテンを使用して間仕切りをする等プライバシー規程に基づいて行っている。利用者様の情報交換を行う場合も、場所や声の大きさに配慮したり、ホワイトボードを利用して職員が情報収集できるように職員室で情報の管理を行っている。		
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。	(a) b・c
評価概要 インターネット上にホームページ（Facebook・ブログ等）が公開されている。ホームページは随時更新され、行事の様子などの情報が掲載されている。また、事業所の情報を広報誌に掲載し情報発信に取り組んでいる。事業所を紹介するパンフレットは、事業所の理念や概要、取り組み内容を掲載している。ホームページで、契約書や重要事項説明書、料金表等の掲載も行っている。利用希望者、見学者に対する情報提供は、パンフレットを使用して一日の流れ、料金、個別機能訓練についてを説明し、施設内設備の見学、活動、訓練見学を実際に見て頂きながら、管理者、生活相談員で対応行っている。サービス開始時、イメージしやすいように写真を使用して、利用説明に使用している。		
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。	(a) b・c
評価概要 福祉サービスの開始にあたっては「通所介護・第一号通所事業所契約書・重要事項説明書」を用いて説明をしている。サービス内容および利用料金についてそれぞれに説明し、同意を得たうえで契約の締結を行い、署名・捺印のうえ、利用者家族と事業所の双方で一部ずつ保管している。契約書、重要事項説明書は差し替えが行えないように製本テープを用い割り印を押している。また、利用開始後にも不明な点や必要があれば再度説明をしている。制度改正についても家族会での説明や案内文を作成し、適宜周知するように取り組んでいる。通所介護計画書作成に関しては他職種共同で作成し、期間ごとに見直しを行い、都度説明を行い、同意・署名・捺印・交付の手続きを行っている。意志決定が困難な場合は家族等（扶養義務者）から同意を得るようにしている。		
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
評価概要 利用中止が発生した場合、基本的にはケアマネージャーからの情報提供を行っている為、ケアマネージャーに対して毎月情報提供を行うなど、必要なことに関してはケアマネージャーへ連絡している。この情報をもとに他事業所へケアマネージャーを介しての情報提供を行っている。必要時には生活状況を担当者へ伝えることもある。利用終了後も家族からのサービスについての問い合わせに対しても、随時相談を受け付けを行い、認知症カフェへの声掛けを行っている。		

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 アンケートやケアマネとの情報共有により、サービス内容を変更し、満足の上昇に取り組んでいる。その中で 通所介護では女性利用者が多く、男性の居場所作りは出来ないかとの意見があり、検討を行い、具体的な対応として男性クラブを結成した。内容は月に1度男性メンバーで話し合い、活動の分析、クラブの活動内容や時間、場所を決めている。週に1回実施していたが、現在は希望者も増え週2回の開催となり、男性利用者の利用が増え満足度向上の仕組みが出来ている。</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 苦情解決制度については、重要事項説明書に明記しており、これに基づき利用者・家族へ説明している。施設内には意見箱に加え、アンケート調査も実施し施設に直接言いにくい意見も把握するよう工夫している。</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 玄関入口に意見箱を設置している。玄関を入ったところの通路に、重要事項説明書等の掲示をしている。現場の職員は、日常業務の中で利用者から意見・要望を引き出すように心がけ、生活相談員を中心に生活の不安を聞き取り、記録している。また連絡帳の活用を行うことで、利用者、ご家族が口頭では言いにくい事も、記入することで、意見しやすい様に配慮している。</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 相談・意見に対応できるように、フローチャート及びマニュアルの整備を行い定期的な見直しもしている。意見箱は事務所カウンターに設置し、回答は迅速に行い、意見箱の回答に関しては、玄関掲示板に掲示している。満足度調査に関しての見直し、改善する仕組みがあり、要望に対してもソファアが欲しいとの声に対応している。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 安全管理委員会を中心に、リスク管理を行うため月に1度は安全管理委員会を開催している。それ以外にも緊急を要する場合には、緊急招集する仕組みがある。危険予知訓練を行い事故を、未然に防ぐ取り組みや、事故発生時の対応、連絡体制に関して整備を行っている。事故が発生した場合には、対策、再発防止策の検討会を行っている。事故発生後に検討した再発防止策に関しては、その後の安全管理委員会の中で、現在の状況を確認しながら再発防止に努めている。</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。	(a) b・c
<p>評価概要 感染症対策委員会を設置し、毎月委員会を開催し、感染症に関する基礎知識、予防対策等について勉強を行って、注意喚起に努めている。また感染が流行する時期には、緊急招集し予防強化を図っている。ノロウイルス等感染処理については、全スタッフ、処理マニュアルが実行されているか、管理者が中心となって確認を行っている。</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している。	(a) b・c
<p>評価概要 毎年、年2回の防災避難訓練を行っている。内容としては、昼間想定訓練を行い、同じ敷地内の法人事務所の協力体制も得られる状態である。消防署立ち会いの訓練では、消火器を実際に使用して消火訓練を職員が実践している。地震、水害BCP事業継続計画作成し、万が一に備えている。自主訓練には地域住民の参加もある。</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。	○ a b・c
評価概要 サービスマニュアルに沿って個別援助計画を作成し、計画に沿って実施記録の記入を行っている。マニュアルは新人教育の教材として使用することによって周知を図っている。		
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
評価概要 マニュアルの見直しに関しては、安全管理、身体拘束廃止、感染の委員会やデイ会議にて確認を行っている。変更、見直しについては各委員が中心となり協議を行い、起案書にて決裁後職員会議で変更箇所を職員へ伝え、周知を図っている。		
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
評価概要 デイサービス独自のアセスメントを作成し、利用者の状況把握に努めている。その状況から必要な項目を抽出し、個別援助計画を作成している。アセスメントはデイサービス職員の4職種で協議を行うが、ご家族や、民生委員からも情報を聴取している。アセスメントから目標設定、実施計画を作成している。		
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
評価概要 マニュアルに基づいて見直しを行っている。通所介護計画書に期限を設け評価・見直しを行っている。短期期間切れに合わせて、評価を実施しアセスメントと照らし合わせ、カンファレンス後ケアマネジャーへの状況報告を行っている。マスタープランにも変更がないか確認を行った後、個別援助計画の作成を行い、利用者、ご家族への計画説明後サービスを継続している。利用者の状況変化や入院加療が必要な状態が続いた場合は再度評価を行うことも、マニュアルへ記載している。		
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
評価概要 通所計画書から実行表、評価表、カンファレンス表とデータがリンクしており、サービス内容が実行表へも反映するため、計画書に基づいた記録が行えるようにしている。また今年度から1ヶ月評価と3ヶ月評価表の工夫を行い、評価に関する質が落ちないように職員の書類整備時間の軽減が図かれている。記録内容に誤差が生じない様に記録マニュアルを作成し、記録の書き方を統一している。		
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
評価概要 個人情報保護の為、PCは全てパスワードでロックをかけている。また、記録ソフトが導入されているパソコンにはセキュリティをかけ、登録された記録媒体（USB等）しか利用できない様になっている。利用者情報取扱いマニュアルに基づき、職員は情報を外部に漏らさない様になっている。ご本人、ご家族等からの閲覧、謄写等の求めに対しては個人情報保護管理規定に基づき、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。		



# 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		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。	Ⓐ・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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 マスタープラン、基本情報を基にサービス開始時の担当者会議に参加し、ADL、IADL、生活環境をアセスメントしている。アセスメントの中で本人ご家族の希望、ニーズをくみ取り、アセスメントの状況や思いを反映させた通所計画書を作成している。これまで行ってきた仕事や趣味、今後やってみみたい活動を担当者会議の時にメニュー表の中から選択し一日の過ごし方や活動に反映させ、今年度から興味関心シートの聴取よりご利用者個人目標を立てご利用者のリハビリへの意欲向上や日常生活を充実させるための取り組みをしている。デイサービスの休日を利用し一日遠足(足湯)や福祉機器展など行事広報に努め社会参加を促している。利用者の考えや希望を聞く方法としては、ジェスチャーや筆談、絵を使ったり、その方の行動やデイサービスでの1日の流れを把握することで、コミュニケーションをとっている。ごみが落ち着かれない方や人の中にいることで安心される方、それぞれに合わせた席の工夫も行っている。言葉遣いや接遇については在宅勉強会への参加を通して学び、デイサービスの会議の中や安全管理委員会で気になる言動はないか確認を行っている。毎月の事業所会議にて接遇の振り返りを行い職員が接遇の意識を持って対応が難しい事例などを検討し職員一人抱え込まないよう統一したケアが行えるようにしている。また初回利用時はご利用者の緊張が高く、馴染みの関係も築けていない状況であるため、孤立することなく、職員が常に意識し席に配置する、また小集団レクへ誘導を行い、活動を通してコミュニケーション図り緊張を和らげるようにしている。認知症の方へのコミュニケーションとしては言語化できない部分を援助しながら、思いをくみ取るように援助し、ノンバーバルサインの研修を行い知識を持って対応できる様になっている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		自己評価
	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要 ご利用者の権利擁護に関する宣言を定めている。身体拘束廃止、虐待防止についてマニュアルに準じ毎月1回事業所内で安全管理委員会を開催し管理者始め安全管理委員により権利侵害の事例が起こっていないか検討又は勉強会を行っている。職員へは恵仁会10の心得を基本に「虐待の芽チェックリスト」を基に気づきの機会を設けたり、プライバシーの侵害防止研修会、利用者へクーリングオフ制度についての説明も行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 トイレや浴室の表示は文字と絵を使用し分かりやすく示している。人数が多いのを好まれる方、少人数を好まれる方、畳部屋やソファでゆっくり過ごしたい方もいらっしゃるため、その方に合わせた席の工夫を行い、安心して過ごす環境作りに努めている。帰宅を希望するような場合は、共に歩く等行動を共にし安全配慮を図っている。異食行為がないよう、整理整頓も行っている。また和室の一部を回想スペースとして活用し、昔の品物に囲まれ落ち着いた雰囲気を感じれるよう工夫している。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者のADL状況に合わせて、大浴場、個浴、リフト浴、特浴機の使用を行っている。室内の移動時は転倒のリスクが高い為、手添えでの移動を行い、必要に応じてシャワーキャリーを使用している。入浴の可否、安全確認に関してはマニュアルを作成している。午前、午後の入浴を実施しており、利用者様の希望や体調に応じた対応を行っている。体調不良などで入浴できない場合は、足浴や清拭を実施している。自宅での入浴状態を確認し適切な入浴動作について反復練習を行っている。また介助方法が統一されるよう分かりやすく注意事項を掲示している。排泄の方法や使用するものに関しては、アセスメントを行い、自宅でも継続して行ける方法での排泄介助を行っている。トイレの手すりの位置やリハビリパンツからパンツへの布パンツへの移行等提案で、自立支援に向けた取り組みも行っている。排泄状況は連絡帳を使用し、ご家族や関係機関への連絡も行っている。トイレの清掃は毎日実施、換気、消臭剤の使用にて衛生管理に努めている。全トイレ洋式便座にて、保温機能が備わっている。排泄介助を行う際には皮膚状況の確認を行っている。歩行の状態に合わせて、福祉用具の活用を行い、その方に合った移動方法を行っている。歩行器を使用される方や車椅子の方が自走できる動線の確保を行い、室内環境の整備に努めている。移乗や移動に関しては個別に機能訓練指導員と共に介助方法を検討・実施している「福祉用具について」「ノーリフト研修」への参加を通して、個別的な介助方法を学び、個々に合った移乗方法を月に一度の事業所会議で議題にあげ検討している。送迎については、小型車やリフト車等自宅の環境や身体状況に応じて車両の工夫を行い、安全に配慮している。また、事業所内は極力本人の能力に応じて車椅子ではなく歩行援助を行うように努めている。そのために歩行補助具を数種類準備し、適応を図っている。特に転倒リスクが高い利用者に関しては介護・機能訓練指導員共同でリストアップしデイ会議において共有を図り皆で見守りの意識強化を図っている。</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。	Ⓐ 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。	Ⓐ 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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 食べれないものやアレルギーに関しては、サービス利用開始時にアセスメント用紙を用いて確認を行っている。疾患によって食事の内容の工夫をしたり、嚥下状態をみて食事形態を変更したり、目でも楽しみながら自分で食べる事ができるよう工夫を行っている。バイキング形式やお弁当箱を使用した食事を実施、通常の献立は管理栄養士が立て変化を持たせている。ご飯やお味噌汁は、昼食直前に入れることで、適温で食事を提供できるよう汁物は保温の食缶で、利用者が盛り付けを行っている。また、電子レンジを準備してあり、必要に応じて温めることもある。食をイベントの一つととらえ、季節に応じた環境調整も行っている。テレビを見たい方、お話を楽しみたい方等、希望に応じた席の配置を行っている。むせ込みや、誤嚥等が生じた場合にはケアマネへ報告し、在宅での生活での形態についても検討してもらうよう助言している。食事の観察のポイントはマニュアルにて示している。嚥下、咀嚼の状態に応じて、食事形態の工夫を行っている。箸が使用できない方へはスプーンやフォークの使用、返し皿を使う、湯呑みではなく取って付のコップを使用する、お膳の高さ調節、滑り止めシートを使用する等出来る限り自分で食べる事ができる様な工夫を行っている。食事摂取量の把握は全員行い、水分摂取量の確認が必要な方に関しては、摂取量の記入を行っている。連絡帳へは、食事摂取量やむせ込みの状態などを記入し、ご家族と情報交換行っている。誤嚥等への対応方法については、緊急時対応について安全管理委員会で議題にあげ検討し、トロミ剤等が必要な方には準備をお願いしている。また毎月1回給食委員会を開催し、食事の内容や形態についても協議をしている。食事前の口腔体操と食後の歯磨きは全利用者対象として行っている。嚥下機能の低下や麻痺のある方、肺炎予防が必要な方に関しては、ケアマネージャーの指示のもと口腔機能向上の為の口腔状態のアセスメント、計画に沿った訓練実施、評価を行っている。食事の状況や口腔内の状況把握を行う中で、ケアの必要性がみられたら、ご家族、ケアマネージャーへ継続的な支援の必要性を伝え、計画実施につなげている。</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
	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。	
<p>評価概要 サービス利用中は、ベッドと車椅子を交互に使用し時間を工夫することで、同じ部位への負担の軽減を図り、褥瘡予防に努めている。褥瘡ができやすい場所を職員間で共有することで、入浴時や排泄交換時に皮膚状態の確認ができ、早めの対応につなげている。ご家族へ連絡帳や送迎時の伝達にて、皮膚状態を伝え、病院受診につなげている。サービスの利用状況によっては、他のサービス事業所への連絡も行っている。皮膚状態を確認し、移乗マットを使用し皮膚に負担の少ない移乗を行っている。また、皮膚が発赤している状況や褥瘡形成している状況で受け入れた場合には現状を写真に抑え、経過観察し、必要な関係機関（訪問看護、介護支援専門員等）へ情報発信し関係機関との連携にも努めている。</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、取り組んでいる。	a Ⓑ c
<p>評価概要 現在看護職員の配置が多くあり、看護職員による喀痰吸引・経管栄養の管理を行っている。介護職員で基本研修を修了した者の配置はあるが、指導者としての配置は事業所として整っておらず今後看護師の受講を目指している。現在の利用者像から喀痰吸引対象者や経管栄養利用者を受け入れる体制は整備されており、早出勤務を行い看護で対応できる事業所となっている。</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 家屋訪問の状況から、個別機能訓練計画書を作成し、自宅に必要な生活動作訓練を実施している。訓練の実施状況から3ヶ月に1回の評価、訪問を行い、自宅での状況把握、訓練内容の見直しを行っている。訓練開始時には、利用者様へも訓練の必要性、目標設定を伝えることで主体的に訓練参加が行えている。個別機能訓練Ⅰでは身体機能への働きかけを目的とし、意欲的に活動参加が出来るよう複数の項目を準備し今年度から活動の中に健康や認知症予防に関する「いきいき教室」や自宅でもできる運動や動作訓練に関する「はつらつ教室」を始め、ご利用者の生活の質が向上するように努めている。個別機能訓練Ⅱではご利用者のご自宅でのニーズを訪問と居宅介護計画書より把握しご利用者の目標に向けご本人にとって自立した生活が継続できる様に反復した動作の訓練を行っている。活動の中に脳活性化として、計算や回想法を取り入れており、うまく受け答えが出来ない、動作に変化が見られた場合には、介護支援専門員、ご家族へ状況報告している。利用者状況に変化が見られたり、訓練実施の内容については、専門職からの助言をもらっている。自宅では車椅子の方も、見守り環境の中歩行の機会を設け歩行器を準備している。作業療法士の配置があるため、転倒事例を筋力と認知症の要因から追究し、HDS-r、MMSEの評価指標等をを用いて介護支援専門員へ情報提供できている。福祉用具や歩行補助具に関してもデイサービス利用時の状況を把握し、適切な用具が貸与・購入できるよう専門的な助言を行っている。</p>		

A-3-(6) 認知症ケア	自己評価
<p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p> <p>評価概要 アセスメントを実施し、必要に応じて長谷川式評価スケールを使用して評価を定期的に行っている。個別機能訓練Ⅰの訓練の中で、脳活性化プログラムとして計算や構成問題、役割的活動を取り入れ認知症予防を実施し、自宅でも取り組めるよう工夫している。認知症実践者研修や認知症リーダー研修への参加を通して職員の認知症に対するスキルアップを図り、事業所内研修としてBS法を用いた勉強会を実施し、ご利用者の周辺症状への対応を共有している。家族会ではご家族と職員で話ができる機会を作りながら正しい認知症の知識と情報交換や共有を行うこともある。また気軽に相談できるよう認知症カフェを施設行事に合わせて開催している。ご家族の相談窓口として必要時は自宅へ向く等の相談援助が行える体制も整えている。異食・徘徊・介護抵抗などのBPSDがある方へは施設内環境を整えたり安心して活動や訓練が行えるよう見守りが強化できるテーブルの使用、過去の職歴や生活環境から興味のあるものを模索しその情報はご家族にも協力をもらい得ている。事業所が自宅ではないと認識できるがサービスを利用している事の認識が困難な方へは納得されるまで歩行に付き添い、付き添いの職員は事業所携帯を持参し緊急時に事業所と連絡がとれるよう備えている。自宅から外出し帰る自宅が分からなくなる可能性がある方へは地域民生委員や町内会長をはじめとする近隣住民、包括支援センターの協力をもらい習慣となっているルートとご本人の特徴を捉えた搜索体勢を整えている。</p>	<p>(a)・b・c</p>
A-3-(7) 急変時の対応	自己評価
<p>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。</p> <p>評価概要 協力医療機関が整っておりサービス利用中の発熱や転倒などのアクシデントが発生した場合受診ができる体制になっている。日々の記録の中では基本的なバイタル測定から体重、食事量・水分補給などの把握を行っており、測定時に体調を確認する仕組みがある。服薬は集薬の順序に基づき看護師が行っている。ご家族やご利用者が内服の準備を行いやすいように薬袋を活用している。送迎時等に得た健康上の申し送り事項はホワイトボードを活用し生活相談員・看護職員・機能訓練士・介護職員などの関連職種へ情報を伝達し一日を通して観察し利用後の情報をご家族・介護支援専門員・訪問看護などへ伝達している。考えられる体調の変化や異常の早期発見が出来るよう必要な勉強会を事業所内で行っている。またサービス利用中の事故として多い高齢者の骨折は時間が経過してから痛みが出現する場合があります。転倒後のスムーズな判断と対応、医療と連携するために時間経過とともに痛みや歩行を評価できる仕組みがある。発熱・骨折・血圧低下などの緊急受診が必要な場合迅速な受診対応が行えるよう看護師が協力医療機関病院の外来で研修を行い外来窓口の仕組みを知る事で円滑な受診のパイプ役となっている。</p>	<p>(a)・b・c</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	自己評価
<p>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。</p> <p>評価概要 送迎時や全利用者へ連絡帳を活用して、ご家族との情報交換を行っている。話をする中で、ご家族の状況にも変化がみられる場合には、ケアマネージャーへの連絡、相談を行っている。連絡帳に記入していても伝わらないことも考えられる為、必要に応じて電話連絡を行い、確実に報告ができるようにしている。家族会では認知症についての勉強会を通して現在の介護の状況を聞き状況把握をしたり、事業計画についての説明・質疑、デイサービスのご利用状況なども伝える事ができる時間としている。</p>	<p>(a)・b・c</p>