

(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 フラワーホームデイサービスセンター

評価実施期間 平成31年4月24日～令和元年8月27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	鹿児島県鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

【令和元年6月15日現在】

事業所名称：フラワーホーム (施設名) デイサービスセンター	サービス種別：通所介護
開設年月日：平成5年2月8日	管理者氏名 瀬戸口 司
設置主体：社会福祉法人 山陵会	代表者 職・氏名 徳永 正義
経営主体：社会福祉法人 山稜会	代表者 職・氏名 徳永 正義
所在地：〒899-6404鹿児島県霧島市溝辺町麓947番地3	
連絡先電話番号：0995-58-4165	FAX番号：0995-58-2532
ホームページアドレス http://www.flowerh.jp/	E-mail day@flowerh.jp

理念・基本方針

私たちの思い～すべてにありがとうを～

- 利用者への思い…かけがえのない時を共に生き、人生を学び、共有し後世に伝えます
- 家族への思い…大切な方々との縁に感謝します
- 職員への思い…お互いの存在を認め助け合い、思いやりと感謝を持ち成長します
- 地域への思い…愛と感謝を地域に還元し、地域の健康に貢献します

デイサービスの基本方針

私たちから伝える ありがとう

周りから言われるありがとう

それを作る「私たち」でありたい

【施設・事業所の特徴的な取組】

利用者の『する、できる』を増やせるよう促す 利用者同士の交流が図れるよう環境設定やレクリエーションを行う 可能な限り自力で歩く、動く事を目標に機能訓練やレクリエーションを行う 多彩なメニューを用意し自己決定を行う事で意欲の向上に繋げる 認知症ケアに力を入れ、認知症の利用者が安心できる事業所作り、家族が悩みを打ち明けられ共に在宅介護を支えていける事業所作りを行う

【利用者の状況】

定員 45名	利用者数 110名
--------	-----------

※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。

【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			
生活相談員	1	4			1.25	1	
介護職員	4	4			8.3		
看護職員		2			1.25	1	
機能訓練指導員	1	2			1.35		
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0人	非常勤	0人
			退職	常勤	0人	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						・ 4.8 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						・ 4.8 年	
○常勤職員の平均年齢						・ 47 歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						・ 47 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31年4月24日～令和元年8月27日
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成27年度）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

働きやすい職場づくりについて

・相談窓口を設置しており、年2回の個人面談の他、必要時には随時面談を行っている。有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児休暇、介護休暇制度が整備され、職員配置を厚くしており、有給休暇が取得しやすい環境となっている。また、6時間勤務や送迎のみの雇用などライフバランスに配慮した勤務体制、ストレスチェックや予防接種費用負担の軽減、研修費用の補助、トレーニングマシンの無料使用、子育て支援の充実など働きやすい環境づくりに取り組んでいる。

職員育成について

・職員研修規定が策定され、事業計画に職員教育を掲げ、新人研修・職種別研修・月1回の在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、自由参加の高齢者福祉研究会が3ヶ月に1回開催されるなど、職員一人ひとりの技能や資質向上に向けた取り組みがなされている。

利用者の自立と自己決定の推進について

・利用者の「する、できる」を増やすことを年間目標に掲げ、利用者一人ひとりのアセスメントし、送迎、移動、入浴、食事、トイレ移動、レクリエーションの支援の全ての場面で自立支援の方針が周知徹底している。特に、食事は炊き立てのご飯をおひつに入れてテーブル毎に準備し、自分で御茶碗に盛ることを目標にしている。

・レクリエーションのプログラムは脳トレ、裁縫、工作など多彩なメニューを準備し、自己決定を行うことで意欲の向上を図ると共に、完成した雑巾、人形、積木などを地域の保育園、小学校に寄贈することで社会参加が実現している

◇改善を求められる点

中長期計画について

・中長期計画で収支については全体像の具体的な数値での目標設定がなされているが、施設整備等についても具体的な計画立案が望まれる。

・職員業務マニュアルは毎年見直しが行われているが、マニュアルを検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組みが文書化されていない。今後、マニュアルの改訂記録や検討会議の記録として保存されることを期待したい。また、業務マニュアルにプライバシー保護の具体的方法を記載されているが、更にプライバシー保護のマニュアルの作成を期待したい。

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

前回の評価結果より今回の評価結果の方が a 評価がかなり多くなっていたことは、法人の経営理念に対する思いを職員一同が念頭に置き事業運営に取り組んでいることを知る良い機会となりました。

ご指摘いただきました施設整備等の具体的計画やマニュアルの見直しなども会議等で話し合いを行い改善する努力をしていきたいと考えています。

利用者調査結果で苦情受付の方法や第三者委員の周知などで説明不足が多かったので、今後は全事業所で説明を徹底してまいります。また、利用者の「自分がしたい」については、多彩なメニューを準備し利用者の自立と自己決定に繋がるようにしていきます。

今後も山陵会の理念「利用者への思い、家族への思い、職員への思い、地域への思い」を念頭に職員一同更なるレベルアップを図り、利用者の社会参加をしっかりと支援できるよう成長してまいります。

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 法人の理念、基本方針が明文化され、パンフレット・ホームページに記載されている。理念は法人の使命や考え方が読み取れ、基本方針と合わせて職員の行動規範となっている。事業所内に掲示され朝礼時の唱和、職員会議等で職員への周知と確認が行われている。また、法人広報誌やデイ便り、家族会を通して利用者・家族・地域へ周知を図っている。</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・c
<p>評価概要： 国や県の介護福祉制度の動向や老人施設協議会等のネットワークや霧島市における地域情勢や高齢者を取り巻く情勢など把握・分析を行い、法人事業所連絡会やリーダー会議において情報を共有するとともに利用状況の把握とコスト分析、改善策の検討などが行われている。</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： 中長期計画において問題点の抽出、これからのデイサービスについて具体的に明記し利用者ケア、人材確保と育成、家族支援など単年度計画に反映させている。毎月の事業所連絡会やリーダー会議において現状分析と経営課題の抽出、改善策の検討が行われ、デイ会議を通して職員への周知と改善に向けた具体的な取り組みを行っている。</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： 中長期計画において全体像でビジョンを明確にしている。数値目標を掲げ、加算については計画的に取り組みが記載されている。中長期計画は年度毎に必要な応じて見直しが行われている。数値目標については具体的な目標設定がなされているが、施設整備や人材確保について長期・中期の具体的な計画立案が望まれる。</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。	a Ⓑ・c
<p>評価概要： 事業計画に「総合的な目標」「利用者ケア・職員教育・人材確保」「収益的活動」「支出的活動」「地域貢献活動」を掲げ、具体的な年度計画が策定されている。基本報酬や加算など詳細な収支計画、経費予算内訳も合わせて策定されている。</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：事業計画は年度末に職員による評価を基にデイ会議で話し合いが行われ次年度の事業計画が策定されている。事業計画は4月の法人目標発表会において職員への周知が図られている。計画は四半期毎に評価が行われ必要に応じて見直しが行われているが、手順を定めておくことが望まれる。		
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：事業計画は事業所内に掲示するとともにホームページや広報誌に掲載、年度初めデイ便りで利用者・家族に周知を図っている。家族会においてパワーポイントを使用して事業所の取り組みなど報告を行っている。		

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：提供するサービスの質について、終礼時や毎月のケアサービス会議、アンケートや職員による評価を基に課題の抽出や改善に向けた取り組みなど話し合われている。また、毎月の在宅職員研修会が開催されサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。		
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：単年度計画において機能訓練の充実、プログラムの検討、重度化に対応した事業所改修など明確にされ、リハビリ機器の選定や積み木プロジェクト・手ぬぐいプロジェクト、雑巾・人形プロジェクト、身体障害者トイレの増設や浴室、個室の必要性の検討など環境的な質の向上も含め具体的な取り組みが行われている。実施状況については四半期毎に評価され必要に応じて見直しが行われている。		

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
評価概要：役割と責任については運営規定、重要事項説明書、職務専決規定等に明記しており、会議等で職員に周知されている。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おり、研修会等で理解と周知が図られている。		
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
評価概要：管理者は遵守すべき法令等について法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に積極的に参加している。年間計画で介護保険制度や個人情報保護、身体拘束・虐待、コンプライアンス研修の開催など遵守すべき法令の周知を図っている。		

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
評価概要 単年度計画に総合的な目標を掲げ、利用者ケア・職員教育・人材確保など具体的に明示している。各種委員会を通してサービスの質の向上に向けた具体的な取り組みが行われ、終礼時や毎月行われるケアサービス会議において現状の把握や課題、改善に向けた取り組みの検討が行われている。		
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
評価概要 経営の改善や業務の実効性の向上に向けて毎月のリーダー会議で稼働率、経営状況報告等が行われ、課題の抽出と改善に向けた対応策の検討を行っている。デイ会議においては意見交換と情報の共有と具体的な取り組みを行っている。年2回、人事考課による個人面談を行い、期間中の評価や次半期の目標、職員が抱えている課題、その他希望などの聴き取りや確認を行い働きやすい職場づくりに努めている。		

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
評価概要 中長期計画において、各加算取得に向けた有資格者の配置や資格取得に向けた支援等、計画的な取り組みが行われている。人材確保については法人採用活動として「介護手伝い隊」への登録、専門学校への求人、高齢者雇用、送迎専門の職員雇用など行っている。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
評価概要 理念や基本方針の他、ケアマニュアルの中で介護者としてのマナー、相手の理解、相談・助言の方法が明記され、期待する職員像が明確にされている。人事基準・給与規定・各種手当など職員へ周知され年2回の個人面談を通じて評価が行われている。法人全体で処遇改善加算Iを算定、職員処遇の改善に向けた取り組みが行われている。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 相談窓口を設置しており、年2回の個人面談の他、必要時には随時面談を行っている。有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児休暇、介護休暇制度が整備され、職員配置を厚くしており、有給休暇が取得しやすい環境となっている。また、6時間勤務や送迎のみの雇用などライフバランスに配慮した勤務体制、ストレスチェックや予防接種費用負担の軽減、研修費用の補助など働きやすい環境づくりに取り組んでいる。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 一人ひとりが目標管理シート・業務考課シートで個人目標を設定し、年2回個人面談により、進捗状況の確認と必要に応じて助言をして個々の成長を図っている。		
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 Ⓑ・c
評価概要 経営理念・基本方針に「期待する職員像」が明示されている職員研修規定が策定され、事業計画に職員教育を掲げ、新人研修・職種別研修・月1回、在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、自由参加の高齢者福祉研究会が3ヶ月に1回開催されている。		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 職員の資格取得状況が確認され、新人研修・職種別研修・月1回の内部研修会など一人ひとりのレベルに応じた研修が受けられるよう配慮されている。自由参加の3ヶ月に1回開催される高齢者福祉研究会や外部研修についても情報の提供を行い参加を奨励している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要：実習指導マニュアル・実習上の注意事項の書面が作成され看護・介護・初任者研修など積極的に受け入れがされている。実習目的に沿ったプログラムが準備され、事前打ち合わせにおいて実習内容の確認とオリエンテーション時にデイサービスの内容や実習上の注意事項などパンフレットを使用して説明している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： ホームページや法人広報誌上で事業所の理念や基本方針、提供するサービスの内容、事業計画、予算、決算情報など適切に公開されている。また、継続的に第三者評価を受審して評価結果と改善に向けた取り組みなど公表している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要： 経理規定が策定されルール、職務分掌、権限が明確にされ職員へ周知されている。税理士による事業・財務に関するチェックが3ヶ月毎に行われ必要に応じて助言を得て経営改善につなげている。また、年1回、内部監査も実施されている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要： 法人全体で地域との交流、地域貢献活動を年度計画に掲げ、保育園や小学校運動会での交流、ほげ祭りでの交流、地域住民による野菜販売のための無人販売所の管理などを行っている。地域行事への参加や法人行事への地域住民参加など地域との交流を広げるための取り組みも行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： ボランティア受け入れマニュアル、ボランティア活動受け入れ票が策定されオリエンテーションにおいて注意事項の説明などが行われている。また、小学生体験受け入れや認知症サポーター養成講座など地域の学校教育への協力も行っている。</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
評価概要：地域の施設、事業所一覧など社会資源リストが作成され職員へも周知されいつでも閲覧可能な状況となっている。地域包括支援センターとの連携、地域ケア会議への参加や法人事業所連絡会などでの情報の共有と連携が図られている。		
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：法人として元気塾や野菜の販売、認知症家族を対象としたハーブの集いを年4回開催、地域住民に向けて公民館等で認知症についての講話などを行っている。また、災害時における地域住民への施設開放や備蓄や炊き出しの準備など体制を整えている。		
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：ハーブの集いを年3～4回開催、アンケートを実施して地域住民のニーズの把握に努めている。また、経営者協議会の「思いやりネットワーク事業」へ参加し、法の狭間にある困窮者への支援をしている。民生委員会議や地域ケア会議参加等で具体的な福祉ニーズの把握に努めている。認知症徘徊模擬訓練への参加や認知症についての寸劇への参加、地域住民への認知症についての理解や対応など計画的に行われている。		

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

		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
評価概要：法人の経営理念に利用者・家族・職員・地域への感謝の思いを、運営方針には真心と愛と和を基盤にした創造を掲げ、毎年4月に法人の倫理を学ぶ研修会を行うと共に、毎日の朝礼で唱和している。始良伊佐地区老人福祉協議会主催の介護職員研修会で学んだ「良い介護のあり方、すすめ方について」を在宅部門研修会で共有化すると共に、日頃の言葉使いについて振り返りが行われている。また、園長による定期的な講話により利用者尊重や基本的人権に関する研修が行われている。		
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 Ⓑ c
評価概要：プライバシー保護マニュアルは策定されていないが、業務マニュアルに利用者のプライバシー保護及び尊厳を守るための具体的な方法が記載されている。身体拘束ゼロ対応マニュアルを策定し、研修を行うと共に、法人の身体拘束適正化検討委員会から定期的に研修資料が配布され、共有化されている。特に肌の露出を伴う浴室とトイレにはカーテンを使用してプライバシーの保護が守られている。		
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：ホームページや法人広報誌「フラワーホーム便り」及びフラワーホームデイサービス新聞を発行して、理念や基本方針及びサービス内容が分かりやすく記載されている。また、写真入りの文字の大きい独自のパンフレットを作成し、広報誌と共に市役所や支所、公民館、交番、郵便局、シルバー人材センター、医療機関等、多くの人が入手できる場所に常備している。見学、一日利用、半日利用の希望に対して、随時対応が行われている。		

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
<p>評価概要：サービス開始前に、重要事項説明書・付属文書、パンフレットを用いて説明を行い、同意を得て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家族や親族等と連携して、利用者の利益となるよう配慮している。サービス内容が変更になる場合にはA4用紙に大きな文字で記載すると共に、自宅のカレンダーに内容の変更を転記している。</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：他の事業所に移行する場合には、サービス担当者会議に出席して利用者の現況とサービス内容が継続されるよう、口頭で説明すると共に、留意事項を記載した文書を渡している。利用者及び家族に対しては、その後の担当者名と連絡方法を記載した文書を渡している。</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：年に2回、午後のレクリエーションの時間帯にお茶会を計画し、各テーブルに職員が1人ずつ参加してお茶やコーヒーを飲みながら利用者満足を把握している。自由な雰囲気の中から提案された内容は、生活相談員と理学療法士が集約し、改善課題を明確化して、スタッフ会議で改善計画を検討すると共に、サービスの改善に繋げている。予算を伴う設備等に関する要望に対しては法人理事会で検討され実現が図られている。法人主催の家族会は年に1・2回開催され、家族の満足を把握する機会となっている。</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：法人全体の苦情解決体制が整備され、フォローチャート様式で整理すると共に、事業所内に掲示されている。利用者、家族からの苦情に対しては、苦情記録票に、その経過、結果、再発防止策が記載されている。また、再発防止策については全職員で共有化し、福祉サービスの質の向上に繋げている。</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：サービス提供時の利用者・家族の観察を行い、意見や相談に対応する体制を整えている。また、個別の相談に対しては、事務所の奥に設置してある相談室で、プライバシーに配慮した対応を実施する場が確保されている。サービス開始前に契約書及び重要事項説明書に苦情受付窓口、行政機関その他の苦情受付機関及び第三者委員の氏名と連絡方法を掲載し配布し、説明を行っている。</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・苦情はサービス向上の機会と捉える風土が定着し、利用者・家族からの相談・意見に対しては、当日のミーティングで検討され、改善が図られている。予算を伴う案件に対しては法人全体で早期の解決が検討及び実施されている。苦情・相談マニュアル及び苦情・相談解決マニュアルが策定され、見直しが行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：法人全体でリスクマネジメントに関する責任者、委員会などの体制が整備されている。事故発生時の対応についてはマニュアルに記載すると共にフローチャート様式で分かり易く整理されている。ヒヤリ・ハット及び事故報告は当日のミーティングで発生要因から再発防止策まで検討すると共に、記録を全職員に回覧・捺印し共有化されている。委員会のヒヤリ・ハット及び事故報告は発生場所、時間帯、事故の種類別に統計処理され、福祉サービスの質の向上に繋げている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：法人全体の感染症及び食中毒の予防及びまん延防止に関するマニュアルが整備されている。在宅職員研修会で感染症予防の基本である手洗い、環境整備について学習を行うと共に、日常業務として周知徹底されている。季節的な感染症発生が予測される時期には、利用者の乗車前に検温を実施し、感染症の早期発見及びまん延防止に努めている。職員に対しては予防接種及び治療薬に対して経済的に支援して感染症の予防に努めている。感染症マニュアルは見直しを行い、日本医師会や厚生労働省からの手引書などから新規情報を追加している。</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やっている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：法人全体の防災マニュアルを策定し、避難先は近くの小学校と定めて避難方法、避難ルートの確認が行われている。また、災害発生時の安否確認については利用者一覧表を作成し、職員間で共有化されている。特に火災に対しては法人内に自衛消防組織を設置し、年2回の防火訓練に共同で取り組んでいる。平成30年より法人全体で地震・水害BCPを策定し、食料や備品等の備蓄が継続して実施されており、利用者の安全確保に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：事業所で提供される福祉サービスに関する標準的な実施方法は独自のマニュアル及び法人共通の職員業務マニュアルに文書化されており、事務所の書庫内に保管されている。マニュアルは、新入職員の教育で使用され、担当職員が利用者尊重やプライバシーの保護について指導を行っている。マニュアルにそぐわないと考えられる支援が行われた場合には、職員の尊厳に配慮しながら指導を行い周知徹底されている。</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：独自のマニュアル及び法人共通の職員業務マニュアルは年に1回の見直しが行われているが、マニュアルを検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組みが文書化されていないため、今後はマニュアルの改訂記録や検討会議の記録として保存されることを期待したい。</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：施設独自のアセスメント様式を用いて、利用者一人ひとりのニーズと具体的なサービス内容が記載された福祉サービス計画が策定されている。計画の策定は生活指導員が行い、サービス担当者会議を開催し、アセスメントから計画作成及び見直しの時期について検討が行われている。</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見直しの時期は短期目標の時期に定めているが、利用者の変化が認められる場合には柔軟な見直しが行われている。利用日における夕方のミーティングでサービス提供に対する利用者の反応を評価及び見直しが行われ、その結果は、連絡ノートに記載し、当日参加していない職員との共有化が行われている。緊急に変更が必要な場合には、介護支援専門員及び主治医に情報を提供し、緊急に見直しを行う仕組みが整備されている。</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：計画された福祉サービスの実施内容は、一人ひとりのサービス提供記録簿に記載されている。新入職員に対する記録については、指導者が毎日の記録を点検し、記録の質の向上に努めている。サービス提供時の利用者の変化や注意事項についてはホワイトボードに記載し、職員間で共有化されている。また、月に1回開催されているケアサービス会議において再アセスメントから計画の実施状況、評価、見直しが計画的に行われている。</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：利用者の記録の管理については、責任者を定めると共に、個人情報保護マニュアルを策定し、記録の保管、保存、廃棄、開示及び機器・装置類のセキュリティー対策について定められている。文書類は鍵の掛かるファイルケースに保管されており、パソコン等の電子データはパスワード設定により管理されている。職員は入職時及び毎年の個人情報の保護とコンプライアンスについて研修を受け法令遵守が周知徹底されている。</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) 】

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。	Ⓐ・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：①アセスメントから得られた利用者の趣味、興味、希望及び心身の状況から利用者一人ひとりに応じた活動計画が立案され、実施・評価を繰り返している。レクリエーションのプログラムは脳トレーニング、裁縫、工作など、多数のメニューを用意し、自己決定を行うことで意欲の向上に繋げている。特に、「デイのお仕事」として、テーブル拭き、タオルたたみ、昼食準備、コップ回収などの利用者の希望に合わせて、無理のない範囲で役割感と達成感を持つことができるよう支援している。また、利用者が自分の計画を記入できる「自分ノート」作成を検討中である。</p> <p>②法人の理念に利用者の思いを尊重することを掲げ、モラル・接遇の研修を行うと共に、職員業務マニュアルを策定し、職場でのマナーについて共有化されている。外部研修では「より良い介護のあり方、すすめ方」に参加し、「その人らしさ、あなたらしさ」の利用者の尊厳について学び、伝達講習が行われている。また、バリエーション療法に関する研修を継続して、職員のコミュニケーション技術の向上に繋げている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：身体拘束排除マニュアルを策定し、緊急やむを得ない場合の具体的な手続きと実施の方法を定めているが、毎月のケア会議の中で権利侵害防止、早期発見に関する話し合いが行われている。また、地域包括支援センターに講師を依頼し、「みんなで防ごう高齢者虐待」、利用者虐待の実例について研修を行い、意識を向上させている。職員間での利用者に対する言動について毎日のミーティングで権利侵害を発生させない組織作りの周知徹底をすすめている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：環境整備マニュアル及びケアマニュアルに掃除・身辺整理の項目を設けて、清潔・室温・換気に配慮した環境整備が行われている。フロア内は種類の異なるテーブルと椅子を準備し、利用者の状態に応じた快適で、寛いで過ごせる環境と共に、畳の部屋、各種ソファ、リクライニング座椅子、4床のベットが準備され休息のための環境づくりが行われている。特に、適温については個人差があるため、利用者の観察を行い、エアコンや扇風機を活用して、一人ひとりの心地よい環境作りに配慮している。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		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。	Ⓐ・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：①利用者一人ひとりのアセスメントを行い、自立支援を目指した、リフト浴、一般浴、シャワーキャリー、シャワーチェア、手摺を活用して安全な入浴支援を行っている。午前と午後に入浴時間を計画し、利用者が心身共にリラックスした入浴を楽しむことができるよう工夫している。入浴マニュアルを作成し、安心・安全な入浴支援の方法を共有すると共に、入浴の可否は看護師がバイタルサインや健康観察を行い判断している。入浴に対して消極的な利用者に対しては、利用者の気持ちに寄り添いながら、タイミングや会話を行い実施している。入浴後のスキンケア及び水分摂取は利用者毎に計画的に実施されている。</p> <p>②アセスメントから得られた利用者の排泄ニーズに応じた支援計画が作成され、評価、見直しを繰り返し、自立支援に繋げている。また、利用者の状態変化を見逃さず、二人体制での支援への変更や、利用者のプライバシー保護のために同性による支援を行っている。排泄マニュアルに基づく利用者の尊厳に配慮した支援と共に、カーテンを設置してプライバシーを保護している。トイレは手摺、車椅子用トイレ、男性・女性毎の洋式トイレ、ウォッシュレットが設置され、安全で快適に使用できるよう配慮されている。</p> <p>③利用者一人ひとりの移動能力をアセスメントし、利用者に応じた移動支援が計画、実行、評価、見直しが繰り返されている。翌日の利用者に必要な車椅子、歩行器、シルバーカーを玄関先に準備すると共に、利用者の自宅からの持ち込み希望に対応している。職員が移動支援技術を向上できるよう、実技を交えた介護技術講習を行うと共に、移乗・移動マニュアルを作成し、共有化されている。また、送迎マニュアル、車椅子の保守・点検マニュアルを作成し、安心・安全な移動に配慮している。</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。	Ⓐ・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：①利用者一人ひとりの食習慣、嗜好、希望を尊重し、心身の状態を確認しながら、利用者に応じた食事を提供する仕組みが整備されている。テーブル毎におひつを準備し、毎回炊き立てのご飯を自分の茶碗に盛り付けると共に、滑り止めマット、スプーン、食器などの工夫により食行動の自立支援を促している。旬の食材を使用すると共に、季節毎の行事食を提供するなど、利用者が食事時間を楽しむことができるよう配慮している。</p> <p>②利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントし、一人ひとりの利用者が食べやすい食事を提供すると共に、食事介助が行われている。栄養改善が必要と判断される利用者に対しては、管理栄養士と連携して、食事に追加して補助食品を提供すると共に、家族への教育を行っている。歯痛や発熱などの体調に変化が認められた場合には、食べやすい内容に変更して食事の提供が行われている。食事時の誤嚥や窒息などの事故に備えて、「骨折及び誤嚥緊急時対応マニュアル」を作成し、職員に周知・徹底すると共に、吸引器が設置されている。</p> <p>③利用者一人ひとりの口腔機能及び口腔ケアの自立度をアセスメントし、口腔ケア計画を作成し、実施、評価、見直しが行われている。口腔ケアに問題があれば、法人の歯科衛生士に情報を提供し、ケア方法を見直している。口腔ケアマニュアルを作成し、研修を行い共有化されている。昼食前の口腔体操を行い、食事終了後の歯磨き、義歯洗浄などが継続して行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：疾患別対応マニュアルに褥瘡の項を設け、その原因、症状、対応について整理すると共に、職員研修を行い、褥瘡予防の方法を周知している。特に入浴・排泄介助の時に褥瘡の早期発見の機会と捉え、皮膚の観察を細やかにしている。皮膚の発赤や表皮剥離など問題を発見した場合には、直ちに介護支援専門員及び家族に情報を提供し、早期の解決に繋げている。</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。	非該当
<p>評価概要：</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：年間目標に、利用者の「する、できる」を増やすことを掲げ、送迎時から移動、入浴、食事、トイレ動作などの場面で、一人ひとりの利用者の状態に応じた機能訓練計画を作成している。利用者の希望や趣味を尊重して、裁縫、工作など複数のメニューから選択することで主体的に取り組めるよう工夫している。個別機能訓練を継続することで、車椅子移動から杖歩行に改善した利用者が認められた。</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：年間目標に、認知症ケアの実践として、認知症の利用者が快いと感じる支援を行うことを掲げ、利用者の生活歴、趣味、関心などをアセスメントし、利用者の状態に合わせた選択メニューを準備している。利用者の笑顔、笑い声を引き出せるプログラムを選択し、継続的に活動する中で完成した雑巾や人形、積木などは地域の保育園や小学校に寄贈し、社会参加が実現している。職員を外部講習や認知症介護実践者研修会に派遣すると共に、毎月の職員研修会ではより良い認知症ケアを行うために事例検討を行っている。家族に対しては年4回の広報誌の配布と家族会を開催し、相談や指導が行われている。</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：体調変化時の対応のために、健康チェックマニュアル及び緊急時対応マニュアルを策定すると共に、ケアサービス会議で研修を行い、職員に周知徹底している。また、利用者自身が自分の体温、脈拍、血圧の測定ができるように教育し、記録を行い、健康に関する意識を高めている。測定値に問題があれば、看護職員が観察、再測定し記録すると共に、家族及び介護支援専門員に情報を提供している。サービス担当者会議において内服薬の情報を得ており、内服が必要な利用者はビニール袋に入れて持参し、看護職員が服薬管理及び服薬確認を行っている。</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：年間事業計画に家族支援を掲げ、日常的な家族とのコミュニケーションにより身体的・精神的サポートを行っている。具体的には、送迎時、サービス担当者会議、連絡帳の記録及び家族会などを通じて、家族の介護に関する思いや健康状態を聞き取り、助言や悩みの共有化に努めている。また、過重介護と判断される場合には、介護支援専門員及び主治医に情報提供し、短期入所、訪問介護など必要な社会資源の活用につなげている。年4回の広報誌を発行し、家族が悩みを打ち明けられ共に在宅介護を支えていける事業所作りを行うことを宣言している。</p>		