

(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 ミニデイサービス舷揮くん家

評価実施期間 令和3年1月7日～令和4年1月22日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センター福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号

2 事業者情報

【令和3年8月28日現在】

事業所名称： (施設名) ミニデイサービス舷揮くん家	サービス種別： 地域密着型通所介護、 第一号通所介護
開設年月日：平成22年11月1日	管理者氏名 松島 浩子
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：〒893-0026 鹿児島県鹿屋市祓川町5204番地3	
連絡先電話番号：0994-41-5566	FAX番号：0994-41-5656
ホームページアドレス http://www.kanoya-choujuen.jp	E-mail genki@kanoya-choujuen.jp

理念・基本方針

法人理念：あなたの立場に立ち、あなたを感じ理解できるようなサービスを目指します。

事業所理念：～私たちはあなたらしさを大切にします～

・あなたらしい生活が送れるように生活リハビリ（活動）のお手伝いをします。

・あなたらしく心穏やかに通うことができる集いの場を提供します。

・あなたらしくいられるように尊厳のあるケア・接遇を行います。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 利用者のニーズに・ケアプランを基に個別性を高めた個別機能訓練の実施。
- ② リフト浴の使用・ノーリフト勉強会等を行い介護負担の軽減に繋げている。
- ③ 現在はコロナ禍で自粛しているが、地域密着型事業所として地域に貢献できるように取り組みを行っている。
- ④ 季節に応じた行事・壁画作りや誕生日会等を行い、コロナ禍ではあるが家族のような存在として寄り添っている。

【利用者の状況】

定員 15名	利用者数 35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。

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)	0	7	9	18	0

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	2	2	11	11
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	5	3	0		

【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	
介護職員	1	4	1		3.6	1	
看護職員		1		2	1	1	
機能訓練指導員		1		2	1	1	
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0人	非常勤	1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					3.8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					3.8年		
○常勤職員の平均年齢					40.1歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					40.1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	令和3年1月7日～令和4年1月22日
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成30年度）

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点☆</p> <p>☆法人としてコロナウイルス蔓延に際し、いち早く新型コロナウイルス発生時対応フローを作成、ホームページに掲載しマニュアルに沿った対応が行われ、感染予防が徹底されて、コロナウイルスの影響が最小限に抑えられています。</p> <p>また、リモートでの会議やズームを活用しての会議や交流など工夫されています。</p> <p>☆法人中心に統一したマニュアル作成が行われ、職員研修や会議等を実施し各職員の資質向上やサービスの標準的な提供がなされています。運営面に関しても事業所の状況を週ごとに法人本部に報告し、課題や対応策などを素早く実行できる体制となっています。有給休暇を取得しやすい環境、ワクチン接種補助、資格取得支援、残業ゼロ等の取組み、職員が働きやすい職場環境を整えています。</p> <p>介護サービスの質向上に関しては、全職員の有資格化を推進し、利用者ひとり一人の人権やプライバシー等に配慮したサービスの提供に取り組んでいます。</p> <p>感染症対策ではコロナ感染が社会問題化する初期に事業継続化計画（PBC）により本格的な予防策の実施を行い感染の発生を抑えることができています。</p> <p>☆理学療法士・機能訓練指導員が中心に多職種で利用者の持てる力を引出し自立に向けて支援が進められています。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>中長期計画や単年度の事業計画が法人本部を中心に作成され、計画に事業所独自の職員配置や設備に関する数値目標等具体化が期待されます。</p>

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

・評価の総評として「改善を求められる点」に中長期計画についてのご指摘を頂きました。3年毎の事業計画「社会福祉法人恵仁会3か年経営戦略（中期計画：令和3年～令和5年度）」とし、事業所における中長期計画を策定しておりますが、しっかりと年毎に分かりやすく、具体的に記入して参ります。

3年後の第三者評価受審では今年度の改善点や、第三者評価結果でb評価を頂いた内容について、職員全員で周知し改善していけるよう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 】 令和2年3月31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</p> <p>事業所理念と3項目の基本方針が、玄関に掲示されている。職員はネームホルダーで携帯、朝礼時の唱和・各種会議での確認と振り返りで周知され職員の行動規範となっている。理念、基本方針はパンフレットに記載、ホームページ上でも掲載されている。利用者・家族へは利用開始時の説明や事業所便り、年度末に開催される家族会において周知されている。</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</p> <p>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、法人として状況把握され、事業所では情報サイトや法人内メールでの確認がされている。毎月実施される法人運営会議や在宅会議・エリア会議にて把握・分析・内容の確認が行われている。鹿屋市第8期事業改革に沿って地域包括ケア推進に努めている。</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</p> <p>毎月実施される法人運営会議や在宅会議・エリア会議にて把握・分析・内容の確認が行われている。在宅会議では毎月、利用状況や稼働率の分析、課題抽出と改善策の検討、評価見直しが行われている。法人内デイ会議において情報を共有、改善策に向けた具体的な取り組みが話し合われ、経費削減対策や利用拡大対策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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>法人として2015年から2025年に向けた福祉人材育成・獲得プログラムが策定され具体的に8つのプロジェクトが継続して取り組まれている。また、社会福祉法人恵仁会3ヶ年経営戦略が策定され、「サービスの質の向上」、「人材獲得」、「入居率・稼働率の向上(経営力強化)」、「生産性向上(ICT, IOTの活用による業務効率化)」、「介護報酬改定対応」を重点施策として具体的な数値目標の設定と財政計画が策定され必要に応じて見直しが行われている。事業所としての中長期計画が策定されることが期待される。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>「社会福祉法人恵仁会3ヶ年経営計画(中期計画:令和3年度~令和5年度)」の内容を踏まえ、重点項目、共通取り組み事項、働き方改革、地域との連携及び貢献活動、年間行事計画など具体的な事業計画が策定され成果設定など具体的な内容となっている。</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 事業計画は前年度の事業計画の評価結果を元に事業所内会議で協議し策定されている。毎年4月の「事業計画報告会」で参加職員に事業計画の理解と周知が図られている。また、事業所の玄関や事務所に事業計画を置き、いつでも閲覧できるようになっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事業計画は広報誌への掲載、誰でも閲覧出来るよう事業所内に事業計画を掲示している。行事の予定等については連絡帳や便りへも内容を記載して周知を図っている。活動状況など送迎時口頭で伝えたり定期的に写真で家族へ知らせている。年度末の家族会において分かりやすい資料を作成、説明されている。</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 中長期計画、単年度計画に重点項目の1つとして掲げられ取り組みが行われている。利用者・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より改善を要する内容を明らかにし、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。定期的に第三者評価を受審している。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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 評価結果に基づいて分析、課題抽出が行われ、デイ会議や在宅会議において情報を共有・検討が行われ改善に取り組んでいる。改善策の実施状況の確認、評価についてはデイ会議で行われ必要に応じて見直しが行われている。法人本部に「ライフサポートチーム」が設置され専門性の視点よりアドバイスや計画提案がなされている。また、相談室が設置され、定期的に個別で話す機会が設けられサービスの改善やそれに対して対策を講じるようにスタッフ間で取り組まれている。</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 事業計画において経営・管理に関する方針と取り組みが明記され、役割と責任については運営規定、重要事項説明書等の書類、広報誌や便り等へ記載し表明されている。また、職務分掌表や役割等級基準において、管理者の役割や職務について明記しており、職員へもその内容を周知している。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に明記している。</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 事業所の人員・設備・運営基準、加算取得要件等法人全体や事業所の勉強会等で全職員が把握できるように努めている。年1回、法人による内部監査を実施され、適正な事業運営ができるよう努めている。その他、行政が実施する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、職員へは会議等で内容の周知をしている。また、毎月実施される身体拘束適正化委員会・安全管理委員会・感染対策委員会・職員会議の中で、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、理解に向けた取り組みを実施している。</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</p> <p>事業計画にサービスの質の向上が掲げられており年2回、評価基準に基づいた自己評価、事業所評価を実施、個人面談を通して振り返りとサービスの質の向上に向けて職員の意見を反映させている。内部監査や半期毎の事業計画報告会において評価と改善策の検討、改善に向けた具体的な取り組みが周知されている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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</p> <p>毎月の在宅会議において事業所の運営状況等の報告、課題の分析や改善に向けた取り組みの検討等が行われ、その内容は、デイ会議において内容の周知や意見交換が行われている。その他、経理担当者も含め、毎月の収支状況の管理も行っている。また、年2回の人事考課による面談での聴き取りにより、職員が働きやすい職場作りに取り組まれている。</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。	(a)・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育成・獲得プロジェクト」において、人材育成と獲得を目標に8つのプロジェクトが取組まれている。法人職員無資格者ゼロの達成に向けて介護職員初任者研修等の受講希望者への勤務調整、年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行われている。法人として月2回の面接会、職員紹介制度の導入など人材確保に向けた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。	(a)・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育成・獲得プロジェクト」において、「恵仁会が提供するサービスと求める人材像」が明記されている。法人内キャリアパス（職種名一覧及び基本ステップ・役割等級基準）、異動や昇格・昇進を明確に行うための人事考課制度の実施、自己評価・自己申告書等で職員の業務に関する意向確認や業務目標の共有、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の実施など総合的な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組んでいる。	(a)・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育成・獲得プロジェクト」においてプロジェクトの中に「職員のスキルアップと働きがいを支援する」を掲げ働きやすい職場環境づくりが組織的に取り組まれている。タイムカード式により本部でデータ管理され有給休暇取得状況や時間外労働など就業状況が把握され、有給休暇取得率の向上、時間外労働の削減につながっている。自己申告書や個人面談の実施により人員配置や人事異動、時間制導入などワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。</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</p> <p>面接カード、自己申告書を基に年2回の人事考課面接での個人目標の設定、配属部門目標の共有、自身の取り組みの振り返りを実施している。個人研修計画管理表、キャリアパス制度によりキャリアアップが可視化され個人目標を明確化し進捗状況の確認、目標達成の確認が行われている。</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 「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」においてプロジェクトの中に「法人職員無資格者ゼロの達成」が掲げられ、事業計画で法人全体研修、エリア勉強会、事業所内研修計画が策定され計画的に実施されている。新人・中途採用者向け研修や介護職員初任者研修等の受講希望者への勤務調整、年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 年間研修計画の他、eラーニングの導入、老人福祉協議会等の階層別・職種別研修等の外部研修会への派遣や研修会の紹介などラインを利用して行っている。新人・中途採用者向け研修や介護職員初任者研修等の受講希望者へ年1回以上初任者研修の実施など具体的な取り組みが行われている。資格取得やスキルアップ研修への参加など勤務時間内で調整し、受講費は法人負担となっている。</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 「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」で福祉教育に関する支援を明文化している。実習生受け入れマニュアルが整備されており事前に学校側との連携により専門職種の特性に配慮したプログラムが実施されている。実習指導マニュアルも整備されている。実習の目的や内容は職員へも周知され、実習前後のオリエンテーションの実施などマニュアルに沿った指導が行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 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、第三者評価結果、相談苦情窓口や体制などホームページや法人情報誌（ブリーズ）・施設内掲示にて情報公開を行なっている。また、便りを活用して、家族や地域へ配布し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 毎月外部の公認会計士による会計指導を実施し、理事会の議事録等の結果については事業所等で公開を行っている。法人内の他部署職員による内部監査を定期的に行い透明性の確保に努めている。顧問弁護士や社会保険労務士と連携、助言を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 地域との交流実施マニュアルが策定され事業計画において地域との連携及び貢献活動が掲げられている。町内会に加入し、運営推進会議等で町内会長や民生委員との連携を図っている。地域行事（八月踊り、敬老会、グランドゴルフ、西祓川サロン等）への参加や講師、ボランティアとして活動参加や情報収集、情報提供、自宅訪問など交流を図っている。コロナの影響で中止を余儀なくされているが、リモート交流や手紙交流などで継続している。</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 法人としてボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されている。コロナの影響で現在は受け入れを見合わせているが、鹿屋市社会福祉協議会主催の鹿屋市介護予防ボランティアの受け入れを行う体制を整えている。ボランティア受け入れについてマニュアルが策定され、マニュアルに沿った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 関係機関や団体等社会資源のリストを作成し職員へも周知され、玄関にいつでも閲覧できるよう置かれている。祓川地区民生委員会への参加や町内会総会、運営推進会議において定期的に情報交換、ニーズの把握が行われている。また、認知症サポートワーカー見守り隊として地域に出向いている。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 祓川地区民生委員会への参加や運営推進会議において定期的に情報交換、ニーズの把握が行われている。また、エリア会議内での話し合い、2名の生活コーディネーターを通して地域の福祉ニーズや生活課題等の情報の共有がなされている。サロン、オレンジカフェ等で地域住民との交流が図られている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等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 運営推進会議やサロン、オレンジカフェ等の開催、法人機関紙や回覧板を利用して地域住民への情報発信、情報の交換・ニーズの把握に努めている。法人として、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等実施されている。コミュニティーカレッジでの研修、修了書の発行、体操教室での啓発、地域防災訓練への参加等行っている。</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 理念・運営方針、運営規定等に利用者を尊重したサービスの実施について明示され中長期計画・事業計画にも反映され職員へ周知されている。権利擁護の勉強会や倫理・接遇等の研修など計画的に実施されている。利用者へ提供するサービスの標準的実施マニュアルにも反映されている。利用者の尊重や基本的人権の配慮については毎月開催される虐待・身体拘束委員会やデイ会議等で状況の把握・評価が行われ必要な対応が図られている。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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 法人として「社会福祉法人恵仁会2025年に向けたプロジェクト」でプライバシーが保護される権利など4つの利用者の権利に関する宣言を定め、その実現を目指している。毎月、プライバシー保護や虐待及び身体拘束廃止に向けた委員会の開催、権利擁護についての勉強会が開催されている。プライバシー規定が策定され各種マニュアルを元にカーテンやパーテーションの活用等、プライバシーに配慮したサービスが提供されている。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要 事業所の情報は、パンフレットや3ヶ月毎に事業所独自の季刊誌（行事風景の情報誌）やホームページに法人概要を掲載している。情報誌等は関連施設や機関・地域交流時に配布されている。資料は、写真を多くしサービス状況や趣味活動場面・利用料金等の内容である。見学希望者には、管理者、相談員が説明や質問に対応している。</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。	a・ b ・c
<p>評価概要 サービスの開始・変更にあたっては必ず利用者・家族に資料を用いて説明している。利用者の自己決定にて同意を得ている。意思決定の困難な場合は、利用者を確認しながら家族の同意を得ている。現在成年後見制度を活用している利用者はいないが、今後活用に向けてマニュアル化の必要がある。</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・事業所の変更や家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性を配慮している。事業所は報告書を作成し、介護支援専門員に提出している。変更や移行前に担当者会議を開催する場合は、管理者・相談員が参加し情報交換している。又、先方からの問い合わせについて、口頭や文書作成し回答している。サービス終了時は、相談担当者が口頭で説明している。サービス変更・移行は関係機関で引き継ぎし情報を共有しているが、引き継ぎ手順書の充実が期待される。</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 令和3年度の事業計画は、サービスの質の向上を目指している。以前はアンケートを実施していたが、利用者から「かけない」「わからない」の意見があり、現在管理者が個別面談を行っている。職員は送迎時や訪問時などできるだけ話す機会を設けている。朝夕の申し送り・毎月の事業所会議で話し合い共有し検討している。組織として定めた仕組みを確立し周知する取り組みを進めることが期待される。</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 法人全体の苦情体制のマニュアルが整備され、委員会の責任者は法人総括本部長、事業所の受け担当者は管理者とし原則3ヶ月毎に開催している。玄関に苦情相談に関する掲示物を掲示している。第三者委員の設置や玄関に意見箱を設置している。利用者・家族には、サービス利用時に説明している。その後は、入浴・機能訓練、送迎時に口頭で伝えている。できるだけ職員からコミュニケーションを取り把握に努めている。苦情内容は、受付と解決を図った記録を保管し、利用者・家族にフィードバックしたうえでホームページに公表している。</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。	a・ b ・c
<p>評価概要 相談窓口は管理者・相談員が責任者となっている。第三者委員の設置・行政機関への連絡先も開示しており自由に選択できる体制がある。1対1で相談できる相談室を確保し、安心して相談できるよう整備している。利用者や家族からの相談事は、送迎や訪問時にあり、緊急性がある場合は、その日のうちに検討解決している。緊急性を要しない相談事項は申し送りノートに記録し共有を図り、毎月の会議で検討解決している。</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 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。利用者がアンケートの記入に対し「わからない」「かけない」という意見があり、管理者は1対1の面談を取り入れている。職員もマニュアルに沿った対応をしている。知り得た意見や相談は、申し送りノートに記録し迅速に対応している。コロナ禍で家族会の中止や意見箱に投函がないことから、アンケートの回数や内容の工夫、意見箱の周知徹底の取り組みなど今後に期待される。</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 法人全体の安全管理委員会を3ヶ月毎に開催し、事業所は毎月実施している。インシデント・アクシデント事例は、リスクマネージャーを通して評価分析を積極的に実施している。記録は発生状況や発生後の状況等詳細に記録している。介護事故等のレベルを明記し、公表基準を示している。転倒転落など発生防止に向けて継続的に取り組んでいる。</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 感染症対策のマニュアルに沿って感染対策予防に取り組んでいる。インフルエンザ・疥癬・食中毒・ノロウイルス・コロナ等職員の教育を重要視し、周知徹底を図っている。今年はコロナ感染対策も多くあり、毎月の感染対策委員会は積極的な活動を展開されている。</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行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 年に2回防災避難訓練を実施している。1回は消防署職員立ち合いによる消火防災訓練を実施している。水害や地震の災害の影響があり、水害に対しては事業所の立ち退きも検討課題になっている。利用者はスムーズに避難先に避難できている。安否確認の方法も職員に周知されている。備蓄は食料・介護用品・消毒液・マスク・手袋等6ヶ月程度確保している。訓練時は地域住民に報告し協力を得ている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 標準的な実施方法は、目的・留意事項・手順を明文化している。体位交換・移乗・個浴リフトは写真で明示し分かりやすい工夫がある。留意事項で利用者尊重・プライバシー保護の視点を取り入れている。新人教育や中途採用者は、1ヶ月教育担当が指導し毎日記録提出をしている。技術や知識を質問し習得を確認している。個別実施方法を見学し、標準的な方法に基づいて実施しているか確認している。</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・Ⓒ・c
<p>評価概要 福祉サービスの標準的な実施方法について、必要とする内容の見直しが実施されている。職員の意見や提案や利用者及び家族からの意見も反映している。通所介護計画は定期的に見直しがあり、計画に反映している。標準的な実施方法について、定期的に現状を検証し、組織的に行う取り組みになっている。改定記録や検討会議の記録も書面で保管することが望まれる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス開始前に生活相談員は居宅支援事業所から提供された情報を元に、利用者及び家族の意向等を聴き取りアセスメントシートに記録している。自宅での過ごし方や生活習慣、個別機能訓練の家屋訪問調査等アセスメント会議を開催し、生活相談員が個別介護記録を作成している。利用者の個性を重視した多方面からの情報を支援に反映している。カンファレンスやモニタリングで計画に沿った実施を確認している。</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・Ⓒ・c
<p>評価概要 福祉サービス実施計画に沿って、個別介護記録から毎日の記録に連動した介護内容を記載している。利用者状況や支援内容の変更など確認し、カンファレンス・モニタリングを定期的に実施している。福祉サービス実施計画の見直しでは目標そのものの現状に対する妥当性や標準的な実施方法に反映すべき事項等、質の向上に関わる課題等取り組みがなされ、策定された計画は関係職員に周知されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者に関わる情報や日々の利用者の変化等は、日々の記録や申し送りノートに記録し周知している。職員は休暇後の出勤時は必ず「申し送りノート」を確認している。簡潔に明瞭に記録しているため、職員は重宝している。3ヶ月毎にモニタリングを実施している。利用者の身体機能の推移は「個別機能訓練計画書」で評価し確認している。毎月居宅介護支援専門員に文書で報告している。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>個人情報管理規定マニュアルを整備している。責任者は施設長・理事長としている。個人データの管理、保存、廃棄、個人情報の適正な取得に関する規定を定めている。利用者及び家族には、サービス開始時に説明し同意を得ている。個別介護記録は事務所の鍵のかかる棚に保管している。管理者は法令遵守の研修に参加し、職員には伝達講習を実施している。</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) 】

令和2年3月31日改定

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
1	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
2	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>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について 利用者の心身の状況と意向や今日までの過ごし方等把握し趣味・特技・関心事、希望の活動を聞き、個別に応じた生活になるように支援している。機能訓練加算の場合、機能訓練指導員が家屋訪問し生活状況を把握し、理学(作業)療法士が計画を作成している。個別訓練は、自立を目指し取り組む姿勢が熱心である。活動は、数字合わせ・計算問題、手指を使った遊び・壁画作成・ぬり絵等自由に参加し楽しんでいる。活動に参加しない人は、部屋のベッドで過ごしている時もある。在宅の生活を維持していくために、食事の配膳・下膳・タオルたたみ・芝桜周辺の草取り等できるだけ個々の役割が持てるように声掛けしている。</p> <p>A-1-(1)-②について 事業所到着順に座席は自由にしている。利用者同士が良好な関係ができると、自然に職員ともコミュニケーションが図れる。職員は、送迎・入浴・食事・レクリエーション活動を通し、意図的に会話をしている。利用者の中には、かまって欲しい方もおり、職員は意識して話を聞くように努めている。ジェスチャー・筆談・耳元でゆっくり話すようにしている。コロナ禍であり、利用者、職員共にマスクで表情を読み取ることが難しい為、発した言葉全体に耳を傾けている。情報として職員の共有が必要な場合は、申し送りノートに記録している。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
3	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	(a)・-・c
<p>評価概要</p> <p>身体拘束廃止、虐待防止対策等利用者の権利擁護に対する取り組みを実施している。朝夕の申し送り、カンファレンス等で事例検討を行い身体拘束について確認している。虐待兆候の早期発見は、「虐待の芽チェックリスト」を活用している。現在、虐待、身体拘束の事例はなく自由な生活を過ごしている。権利擁護の勉強会やデイサービスで起こりやすい事例検討会を実施している。</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
4	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>評価概要</p> <p>デフロアは明るく採光も入り清潔を維持している。コロナ禍への感染対策も徹底している。休息用のベッドは個室に配置しプライバシー保護に努めている。利用者は、朝から安心して休息する方もいる。利用者の作成した壁画で季節感を感じて貰うように取り組んでいる。今回、七五三の晴れ着、草履、バックを職員が持参し展示してある。女の子がいなかった利用者は、びっくりしたり珍しいと嬉しく話し楽しんでいる。テレビや音楽の装置もあり、環境づくりに工夫がなされている。</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
5	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
6	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
7	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>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について 機能訓練加算は家屋を訪問し、浴槽出入りや移動・洗身の自立度等細かくアセスメントしている。計画に沿った入浴支援を実施している。入浴前の健康チェック・身体の痛み等確認後支援している。脱衣室の状況に合わせ、原則1名つつ利用にしている。バスタオルを用いたプライバシー保護、転倒防止(浴槽に滑りマット・手すりを多めに設置・シャワーチェア)に注意している。車いす利用の方は、個浴リフト使用による入浴で、自宅での入浴ができない分喜ばれている。入浴拒否の場合、声掛けのタイミング、順番の変更等試みている。感染症等の場合は、午前の最後に入浴し、その後消毒を行い午後準備をしている。入浴後、全員水分摂取している。情報は、機能訓練指導員、看護師、家族、介護支援専門員に報告している。必要な場合は、入浴形態や方法等変更になる時もある。</p> <p>A-3-(1)-②について 利用者の排泄状況にあわせて排泄支援をしている。トイレ排泄を目標にしている。排泄パターンを把握し本人に確認しトイレ誘導をしている。便座に座る時や立ち上がる時は、転倒しないように見守り羞恥心に配慮している。また便座や手すりは消毒している。職員はドアの外で待ち、利用者は鈴で知らせている。排泄物の観察や自立度の確認を行い、必要時報告している。</p> <p>A-3-(1)-③について 機能訓練加算の利用者は、アセスメントから支援計画を作成している。歩行訓練は福祉機器や福祉用具を利用して移動している。利用者の状況を報告し車いす変更を提案することもある。再度理学療法士の指導を受け車いすを変更するときもある。移動を職員に依頼する場合は、職員が付き添い利用者話しながら見守り移動している。フロアは歩行の方もいるので衝突やUターン等事故防止に努めている。</p>		

A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
8	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
9	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
10	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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 食事は業者の配食を利用している。冷凍のため、職員が適温に準備し皿に盛り付け提供している。又食事形態やアレルギー食材・食べられないもの・嫌いな物等個別の支援もしている。味噌汁は、具をたくさん入れて利用者と一緒に調理している。以前はプレートを使用していたが、食器に変更している。誕生日会はケーキ・おせち料理・敬老会・クリスマス会でオードブルを提供している。食事は利用者の楽しみの一つになっている。トラブルにならない程度の座席にしたりテレビ・音楽で環境を工夫している。利用者からお菓子づくりの希望があり、おやつをみんなで作り食べている。マニュアルに沿って衛生管理が適切に行われている。</p> <p>A-3-(2)-②について 食事前は口腔体操・嚥下体操・声出しゲームを行い、経口での食事摂取がスムーズにいく取り組みをしている。自立摂取を促している。様子を見ながら介助に切り替えたり皿の移動をしたり食べやすい姿勢保持を支援している。食事時の事故発生時の対応について、職員はマニュアルを使って勉強している。水分・食事摂取量は記録し、家族に伝えている。口腔・栄養スクリーニング加算の場合は、栄養評価し低栄養防止に努めている。嚥下能力や自立能力に課題がある時は、カンファレンスや朝夕の申し送りでも検討し対応している。</p> <p>A-3-(2)-③について 食事が終了したあと利用者は順番に口腔ケアを行っている。介助が必要な利用者は、歯みがきの仕上げや義歯のケアを実施している。口腔内の痛みや義歯不具合の場合、管理者に報告し家族や介護支援専門員に伝えている。その後、口腔栄養スクリーニングで話し合い計画の修正をしている。専門家の指導は受けていないので、今後口腔機能の保持・改善に取り組むことや自宅でも役立つような指導を期待します。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
11	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 入浴や排泄場で皮膚の観察を実施している。褥瘡の兆候を発見した場合は、看護師に報告し観察をしている。結果は介護支援専門員に報告し、必要時は医師の受診を勧めている。褥瘡予防対策は、同一部位に負担がかからないように、椅子・ベット・ソファ・車いすなど交互に使用している。食事量や残食・体重測定を把握し、栄養管理もしている。現在褥瘡の対象者はいないが看護師が配置されている。</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
12	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・Ⓑ・c
<p>評価概要 喀痰吸引・経管栄養のマニュアルを整備している。現在対象者はいないが、看護師の配置があり必要時対応できる体制になっている。送迎時など介護職員がケアを依頼される場合を想定し、知識や手技の研修会が必要になる。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
13	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 個別機能訓練計画に基づいて、利用者は自分の行うメニューに取り組んでいる。個別機能訓練加算の場合は、家屋調査によって在宅療養を継続するために必要な活動訓練を行っている。3ヶ月毎に自宅訪問し評価見直しをしている。タオルや棒・チューブ体操、計算問題・壁面作成・ぬり絵等興味や関心のある活動に参加している。機能訓練指導員から助言や指導を受け積極的な活動を展開している。活動場面を通し、認知症の症状の早期発見に努め、職員の情報共有化を図っている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
14	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 利用者の心身の状況やADL・IADL、利用者及び家族の希望を聞き個別計画を作成している。集団体操・季節行事・活動の参加(計算問題・指先を使った作業)を促したり人とのふれあいが図られるよう誘導支援している。また、不安にならないよう環境づくりに配慮している。送迎時は、本日の感想を聞いたり利用者の話を傾聴している。家族には活動参加状況を伝えたり家族の悩みや相談を受けている。職員はオレンジリングを携帯している。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
15	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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 送迎時に体調確認をし、事業所到着後血圧・体温・脈拍測定を行い記録している。異常値や体調不良時は看護師に報告判断を得ている。利用者の病気・治療の勉強会や高齢者に多い病気・薬剤情報提供書の研修も実施している。職員は入浴・食事・リハビリ現場で利用者の観察を行い異変の兆候に早く気づくようにしている。異変があった場合は家族や協力医療機関(事業所の母体医療機関)介護支援専門員等に連絡する体制が確立している。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
16	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 送迎・連絡帳の活用・家屋訪問・担当者会議(オンライン会議)・計画の変更など機会あるごとに連携を取り支援している。家族への報告事項は、介護支援専門員の協力を得て、必ず伝わる対策を取っている。コロナ禍であり、行事や家族会も自粛している。直接家族とお会いし話す機会は、唯一送迎時の対話を中心でありこの機会を大切にしている。</p>		