

(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 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 令和2年5月1日～令和3年1月28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2年6月1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 (施設名)	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	管理者氏名 小中原 陽子
設置主体：社会福祉法人恵仁会	代表者 職・氏名 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：〒893-0024 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 www.kanoya-choujuen.jp	E-mail 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～
- ・あなたらしさを見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】

ひとり一人の個性を尊重し、能力を生かしながら心身の機能維持・向上が行える様支援する。ご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることで安心して在宅生活が継続できるよう相談又は助言を行う。地域の方と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組】

- ① 在宅生活の継続とご利用者の自立支援を念頭に自宅での生活や活動場面に特化した機能訓練を立案・実施している。
- ② 個々の趣味や興味がある活動を伸ばすことで心身ともに充実感を感じられるようプログラムの提供を継続している。
- ③ 中重度受け入れとともに認知症の方も安心してサービスが受けられるよう設えを整え、認知症の理解を深められる人員体制を整えている。

【利用者の状況】

定員 50人	利用者数 131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)	1	6	40	73	11

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)	3	5	10	38	31
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	26	13	5		

【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	6	7	3		14.1	10	
看護職員		2		2	2	1	
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	1人	非常勤	0人
			退職	常勤	2人	非常勤	1人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						・ 9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						・ 9年	
○常勤職員の平均年齢						・ 42.6歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						・ 42.6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2年5月1日～令和3年1月28日
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成29年度）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

・中重度者の利用者の受け入れについて

中重度者の利用者が全体の3割強と多く、理学療法士、作業療法士、針きゅうマッサージ師、看護職等多様な職種の人材とリハビリ器具の導入により身体機能の維持向上が図られています。

・人材確保と働きやすい職場づくりについて

中長期計画・単年度事業計画で人財確保・人財育成、働き方改革を掲げ、無資格者ゼロの達成、職員のスキルアップと働きがい支援するなど計画的に実施されており、有給休暇取得率向上、ノー残業日の制定、法人保育園利用やノーリフト対策やメンタルケアなど働きやすい職場づくりが進められています。

・地域交流と地域支援について

事業計画で地域との連携を掲げ、地域行事へ利用者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ます。

法人事業の一環として、買い物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」の愛称で買い物支援を行っている。また、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、地域福祉の向上に努めています。また、そうごう学習、蛍の夕べ、地域ふれあい祭りの開催、認知症カフェ、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開催し地域交流を推進しています。

・コロナ対策として

いちはやくコロナ感染対応マニュアルを作成、徹底した感染予防に取り組み、コロナによる稼働率低下が最小限に抑えられています。

・認知症介護実践者研修修了者を5名配置し認知症の理解を深めたり困難事例を相談しあえる仲間がいることで精神的ストレスが軽減、心に余裕を持って支援が行えています。

・個別機能訓練は、家屋調査を行い、身体機能、起居動作、IADL、ADL、居住環境、精神(社会性、精神面)等から分析し、「個別機能訓練計画書」を作成しています。

◇改善を求められる点

介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施については、中長期計画でも資格修得に向けて予定され取組み中であり、その実現が期待されます。

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

当施設が掲げる理念や取り組みについて高い評価をいただいたことは日頃よりケアの向上に努めている事業所として大変嬉しく感じました。

介護職員等による喀痰吸引及び経管栄養管理については、体制を整えるために中長期計画に沿って努力していきたいと考えます。

今回の受審結果に加えコロナ禍でのご利用者の在宅生活を支える通所介護サービス事業所のあり方、地域との新しい繋がり方を見直し、働く私たち自身もICT・IOTを取り入れより働きやすい環境を目指して行くことで更なる改善・向上したいとも感じました。

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

【 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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (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 利用者に焦点を当てた法人理念に沿って事業所理念・基本方針を掲げホームページ、パンフレット、重要事項説明書に掲載、「恵仁会職員の10の心得」と合わせて事業所内に掲示している。理念は入所時や事業計画作成時に確認、ネームプレートで携帯して常に理念に沿った支援を心がけている。家族へは毎月発行のデイ便りや家族会において事業計画と合わせて説明し周知が図られている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (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 毎月、法人運営会議・施設在宅会議が開催され、福祉計画策定動向の把握や法令関係の改正への対応の検討などが行われている。また、高齢者の状況や福祉サービスのニーズなどの地域の状況や事業所の稼働率、コスト分析、職員の状況等が報告され現状の確認と課題の分析、対応策の検討等が行われデイ会議において周知されている。</p>		
3	I-2-1 (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 本年度は新型コロナウイルス感染流行に当たっていち早くプロジェクトチームにより新型コロナウイルス感染対応マニュアルが作成されマニュアルに沿って感染症予防が徹底されている。利用状況もコロナの影響が最小限に抑えられている。また、法人全体で人件費のバランス、職員のスキルアップや異動の検討など行われている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-1 (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) -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 法人全体で中長期計画が策定されている。経営戦略として利用者の確保・利用者処遇・ケアの質の向上・安定経営と地域連携・人材確保・人材育成を掲げそれぞれ具体的施策がチェック方式により毎年確認と見直しが行われている。</p>		
5	I-3-1 (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 中長期計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されている。計画は前年度の評価見直し結果を基に年間目標を掲げ目標達成に向けて具体的な内容となっている。各プロジェクトチームメンバーが中心となり具体的成果、数値目標達成に向けた取り組みが計画され実施状況の評価が行える内容となっている。</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</p> <p>事業計画は前年度の事業計画の評価見直しを基にデイサービス職員全員で検討し策定されている。法人全体の運営会議・在宅会議・デイ会議において実施状況が把握され、上半期・下半期毎に評価見直しが行われ周知と目標の共有が図られている。</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</p> <p>年度末の家族会において、次年度計画をパワーポイント等で具体的にわかりやすく説明し、質問の時間を設け周知を図っている。事業計画はいつでも閲覧できるよう事務所前カウンターに置かれている。月ごとの計画は毎月発行のデイ便りでお知らせしている。また、催し物なども文書でお知らせしている。</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

		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</p> <p>年度計画においてプロジェクトチーム（処遇改善・安全管理・業務改善）が中心となり年間目標・実施計画・行動計画を策定、上半期・下半期毎に評価、見直しが行われている。また、職員による自己評価と年2回の利用者満足度調査を実施してサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。</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</p> <p>年2回の利用者満足度調査、年1回のケアマネへのニーズ調査、実習生・ボランティアへのアンケートを実施し集計、課題があればデイ会議において検討して改善計画や見直しが行われている。前回の第三者評価において「ヒヤリハット件数を上げる」工夫についての指摘に対してすぐに話し合いが持たれ、discoveryシートの提案でヒヤリハット件数の増加につながっており現在も取り組みが継続されている。</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</p> <p>組織図、職務分掌、役割等級基準等が作成され役割と責任が明確にされている。運営規程の中にも業務管理・職員管理と役割を掲示され法人機関紙やデイ便り等でも表明されている。デイ会議や各種会議への出席において表明し周知されている。有事における役割と責任について、不在時の権限委任等も含め組織図やマニュアルに明記し、職員に周知されている。</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</p> <p>法令遵守規程が策定されており研修会を通して職員への周知と遵守の徹底をはかっている。また、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会等に参加し積極的に法令遵守に取り組んでいる。また、交通安全管理者が配置され送迎前の運行前点呼、体調確認、睡眠状況の確認、アルコールチェックなど紙ベースで毎日チェックが行われている。</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</p> <p>プロジェクトチーム（処遇改善・安全管理・業務改善）が中心となり年間目標・実施計画・行動計画を策定、上半期・下半期毎に評価、見直しが行われており、管理者は各プロジェクトの取り組みと連携が図れるよう助言している。また、職員による自己評価と年2回の利用者満足度調査を実施してサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。職員のスキルアップに向けて内部、外部研修が計画的に行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎月の経営会議において稼働率や収支、職員の勤務状況など経営状況を把握・分析が行われ、業務改善プロジェクトにおいて人員配置や業務内容の見直しなど改善に向けた取り組みを積極的に行っている。個人面談を通して職員一人ひとりの能力や適性の把握を行い、職員が働きやすく実効性ある環境、体制作りに取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画において、人はたから（財）という発想から、人財確保・人材育成を経営戦略の一つに掲げ計画的な取り組みが行われている。専門職の配置について理学療法士・マッサージ士・看護師等を配置して無資格者ゼロを実現している。法人でホームページ上での募集や面談会の開催、ハローワークや高校へ出向いて先生との面談、実習生の積極的な受け入れや職員紹介制度の構築など積極的な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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念・職員の10の心得、無資格者ゼロ等で「期待する職員像等」が明確にされている。人事基準があり入職時に説明、ファイルは何時でも閲覧可能で職員などに周知されている。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、人事考課制度が確立されている。人事考課シートにより法人内異動、職種変更、働き方変更希望など意向を把握し、評価・分析を行い総合的な人事管理を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>人事考課シートで法人内異動、職種変更、働き方変更希望、どんな時に生きがいを感じるか等意向を把握している。事業計画に働き方改革を掲げ、有給休暇取得予定を職員毎に計画、年1回は連続して3日以上は休暇取得を目指している。適正な労務管理として業務の見直しやワークライフバランスに配慮した配置を検討して、ストレスマネジメントの一環としてストレッチの実施や法人に相談窓口を設置するなど働き易い職場づくりに取り組んでいる。</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</p> <p>毎年人事考課シートを使用し、業務目標・個人目標の設定、今後取得したい資格の確認などを行い、個人面談で目標に対する評価、見直しで時期目標設定、具体的な取り組み内容、実施期間など段階ごとに設定している。職員の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している。中長期計画でリーダーの人財育成を進められ、昨年10月よりリーダー職位が確立された事により、面談や日々の相談についてより細やかに行えるようになっていく。</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 中長期計画において人材育成を掲げ、単年度事業計画において具体的な取り組みが計画されている。法人全体で年間研修計画が作成され毎月実施、事業所内においても全職員対象、新人、2年目～、中堅、職員の段階、職種に応じて研修内容の検討が行われ、研修計画が作成され実施されている。研修計画は必要に応じて見直しが行われ研修内容は復命書・研修報告書で全職員へ周知されている。</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 これまでの取り組みで無資格者ゼロを継続、人事考課シートで今後取得したい資格について把握し資格取得に向けて内部研修の実施、外部研修受講など支援している。外部研修については受講後、復命書・研修報告書で他職員へも周知している。新人・中途採用者向け研修マニュアルがありマニュアルに沿って個別的なOJTが行われている。</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 実習生受け入れマニュアルが整備され、介護職員実務者実習、教員、保育士、看護学生など積極的に受け入れている。実習生毎に学校実習要綱に沿ったプログラムを計画、事前打ち合わせやオリエンテーション、終了後の話し合いなど継続的な支援を行っている。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実施されている。</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 法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算報告、第三者評価受審結果、相談苦情の体制などホームページや年3回発行される機関紙で公表している。また、活動報告や行事案内などは毎月発行のデイ便りで家族や地域へ情報提供している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。年1回内部監査と外部監査、毎月、会計士による会計監査が行われている。監査結果や指摘事項については法人運営会議から在宅部門会議、デイ会議で周知され経営改善に取り組んでいる。</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 中長期計画で地域に根差した事業所、単年度事業計画で地域との連携を掲げ、積極的に交流を広げるための取り組みを行っている。地域社会資源についてファイリングされ必要に応じて利用者に提供している。法人の地域コーディネーター(相談員)が中心となり連携を図っている。法人全体で長寿園そうごう学習(7月)蛍の夕べ(5月)地区サロン出前講座(月1回)など実施している。本年度の長寿園そうごう学習はコロナの関係で開催できなかったが、代替え案企画として「地域の人にお手紙を送ろう」を実施して地域の方々に喜ばれている。</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 ボランティア受け入れ基本方針が作成され、基本姿勢が明文化されている。ボランティア受け入れマニュアルも整備され受付簿もある。小学生や中学生などの受け入れもあり学校教育への協力も行われている。オリエンテーションにおいて注意事項の説明や声かけの仕方など、スムーズな交流ができるよう支援している。</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 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料が作成され、職員へ周知、共有化が図られている。事業計画に地域との連携が掲げられており在宅事業所会議において具体的な取り組みを行っている。地域民生委員や地域サロンの関わりが多く、サロンや老人クラブへの出前講座や体操教室開催、大隅地区事業所連絡協議会に参加し、地域のネットワークを図っている。法人内でのネットワークが構築されている。</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 事業所内で民生委員・児童委員協議会の研修会を実施して、相互に情報交換をし、地域の福祉ニーズを把握している。法人内ネットワーク、ケアマネへのニーズ調査、地域交流活動等により地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めている。</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 サロンでの出前講座、秋祭り、そうごう学習、蛍のタベ、買い物困難地域の高齢者等にドライブサロンなど年間事業計画で明示し継続的な支援活動が行われている。今年度はコロナ禍でできることを模索して行政もコミットした地域興し事業の「かのやカンパチロー」を介した活動を始めたとして、かのやカンパチと医療・介護を繋ごう・地域・医療・介護の垣根を超えた関係構築として大々的に新聞に掲載されるなど、公益性のある活動を展開している。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要 パンフレット、デイサービス便り、重要事項説明書に介護理念を明示している。提供するサービスに権利擁護、人権尊重、利用者の権利に関する宣言の内容に理念を読み取ることができる。計画的な研修や勉強会を設定し、やむを得ず参加できない場合は、資料に基づく内容を提出し全員の理解浸透を図っている。接遇マナーは、職員の言動や不快な態度を感じた時は、「イエローカード」を対象職員に提示し注意喚起を促している。少しずつ効果が見られている。</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 職員にプライバシー保護マニュアルを周知しマニュアルに基づいた支援をしている。入浴、排泄、休養のサービスは羞恥心を抱かせない支援をしている。新規利用者の場合は、利用者とその家族にサービス担当者会議時に個人情報保護について丁寧に説明し同意を得ている。事務所のホワイトボードは個人の情報が見えない工夫をしている。</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 事業所紹介の、パンフレットは毎年見直しをしている。デイサービス便りは毎月発行、ホームページは随時更新し最新の情報提供にしている。広報誌を発行している。資料は関係機関やイベント時に地域に配布している。カラー写真が多く写真で読むことができる。見学や希望者に説明し手渡している。</p>		

31	Ⅲ-1-1-(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 サービス開始時は、家族同伴で来所している。「重要事項説明書」「契約書」等で説明している。遠方の家族は通信で対応している。機能訓練、活動、サービスを受けるうえでのルールなどは、サービス利用に沿って必要なことを追加説明している。通所介護計画書は利用開始後の状況を把握し、適宜見直しが行われている。</p>		
32	Ⅲ-1-1-(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 事業所変更や家庭への移行は、ケアマネジャーが主体となり、情報提供書も事業所から要請がない場合は、提供しない。毎月ケアマネジャーに、情報提供書を渡している。家庭への移行は、定期的に連絡し、相談できるように努めている</p>		
Ⅲ-1-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-1-(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 年に2回利用者満足度調査の実施結果は、まとめて公表している。回答者は86%が本人で記入している。満足度の高いサービスは、入浴、食事、交流の順になっているが、レクリエーションの希望も高い。利用者の声に耳を傾けた取り組みがなされている。利用者に関わり意見要望は、「気づきメモ」に記入し、事業所会議の話し合いの場で提案している。サービスの質向上に全職員が取り組んでいる。</p>		
Ⅲ-1-1-(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-1-1-(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 苦情に対する第三者委員の設置、行政機関など相談先を重要事項説明書に記載している。意見箱の記入用紙は、記入項目を整理し書きやすい工夫をしている。利用者には、日々の会話や交流の場で把握している。また、「気づきメモ」や終了後の「ミニアンケート」で苦情を把握し、会議で検討後、内容に応じ迅速に対応する体制がある。統一した記録用紙を使用し、利用者・家族にフィードバックし、個人情報等に配慮した上で公表している。</p>		
35	Ⅲ-1-1-(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 サービス担当者会議時、送迎時、「個別機能訓練計画書」の評価時、サービス提供中など何時でも何処でも相談できるように取り組みをしている。イベントや交流会でも家族からの質問や相談に対応している。また、個別相談にも随時対応しアドバイスしている。必要に応じ、分かり易い資料も準備して説明している。</p>		
36	Ⅲ-1-1-(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 苦情解決、相談のマニュアルが整備されている。苦情解決責任者は理事長であり、個別対応とは別に、3ヶ月に1回委員会を開催している。委員会は、①相談苦情内容の確認 ②事実確認 ③解決のための検討 ④改善事項のとりまとめ等を行っている。担当者の職務、利用者への周知、苦情解決の話し合い、記録報告等についてフローチャートを使い、分かりやすくしている。</p>		
Ⅲ-1-1-(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-1-1-(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 リスクマネジメントは、責任者を定めマニュアルに基づいた体制ができています。事故発生時は、事故報告書を作成し速やかに対応している。毎月安全管理委員会で再発防止に向けて、話し合い職員の事故防止に関する理解を深める機会をつくっている。年度末に事業所の年間アクシデントを4分類し、原因、背景要因、発生時間帯、発生曜日、発生職種、経験年数を分析し、次年度に向けた取り組みをしている。</p>		
38	Ⅲ-1-1-(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 感染症について、対応できるマニュアルが整備されている。感染症発生時は、発生状況、予防策、対応等、口頭説明や文書で通知し、職員及び利用者へ注意喚起を促している。所内や送迎車に感染症セットを準備し定期的に管理している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 防災に関して年に2回避難訓練を実施している。当日は全職員が何らかの役割を持ち、避難経路の確認、消火器の設置場所等、確認できる機会になっている。コロナ禍であり災害訓練は中止となり、机上訓練を行っている。BCPマニュアルは年に2回見直しを行っている。自主訓練は地元町内会との協力協定がなされている。</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 個々の介護場面毎に、標準的な実施方法は文書化しマニュアルとして綴っている。職員が、何時でも閲覧できる場所に保管している。標準的な実施方法に基づいて実施できているかどうか、カンファレンスで確認している。</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 標準的な実施方法について、日々の支援の中で利用者から意見や職員からの申し送り内容、毎月の個別的な介護計画のカンファレンス時の意見や要望等を集約し、標準的な実施方法の見直しをしている。変更の場合は、変更日や変更理由、変更箇所を赤字修正したうえで職員に回覧し周知を図っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 居宅介護支援計画とデイサービス独自のアセスメントシートから総合的にアセスメントし通所介護計画を作成している。利用者及び家族の意向希望を取り入れた計画について、説明し同意を得ている。通所介護と個別機能訓練は、実施記録、カンファレンス記録、評価表は連動している。全体の情報をパソコンで把握できる。通所介護計画は、責任者を設置し各担当者名を記載し責任所在が明確である。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス実施計画の策定手順に沿って、定期的に評価・見直しを行っている。毎月のカンファレンス、3ヶ月毎見直し、居宅介護支援計画に合わせた担当者会議等、組織的な仕組みを定めている。変更した内容は、各自パソコンで確認することを周知徹底している。利用者の状況変化時は、ケアマネジャーに報告し変更している。計画修正は、利用者及び家族に説明同意を得ている。</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 介護記録は、実施記録、個別記録を使用している。通所介護計画に基づいて項目ごとに記録している。記録により実施内容を確認できる仕組みになっている。記録要領のマニュアルを作成し職員指導に活用している。通所介護記録、個別機能訓練記録は、情報の分別があり、特徴ある記録様式である。パソコンによる情報共有ができる仕組みも整備されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人として「個人情報管理規程」を設置し、責任者、保存期間、管理方法などを定めている。職員は、就業規則で説明を受け同意を得ている。研修で法令遵守、守秘義務など繰り返し実施している。また、人事課で振返りをしている。利用者及び家族はサービス開始時に「重要事項説明書」「個人データの開示」の説明を受けている。個人情報管理責任者は理事長であり事業所は管理者である。利用者記録類は、施錠付きの事務所で保管している。</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) 】

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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について ケアマネジャーから提供された「居宅介護計画書」を元に、利用者、家族の希望を聞きデイサービスのアセスメントシートを作成し「通所介護計画書」を立案し利用者・家族の同意を得ている。個別機能訓練は、利用者自ら選択し訓練に取り組んでいる。趣味活動は、手芸、書道、生け花や男性独自のクラブがあり意向に沿った活動を提供している。地域イベントは、自由参加で楽しんでいる。集団リハビリ、体操等利用者ができることを少しでも維持向上するよう自立支援に取り組んでいる。活動時の様子は、個人記録に記載し全職員が共有している。</p> <p>A-1-(1)-②について 利用者同士でコミュニケーションが図れるように座席は自由になっており、利用者間の良好な関係ができて、デイサービスに参加するのが楽しみの一つになっている。ことばでのコミュニケーションが困難な方には、コミュニケーションボード、筆談、ボディランゲージを活用し個別対応で把握している。接遇マナーで気になる言動には、「イエローカード」を提示し注意喚起している。毎日サービス終了後は、「ミニアンケート」に記入してもらい支援に活かすようにしている。</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。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要</p> <p>法人として「利用者様の権利に関する宣言」を定め、その実現に取り組んでいる。身体拘束廃止、虐待防止のマニュアルを作成し定期的に見直しをしている。毎月の事例検討会や法人全体の安全管理委員会で情報共有を図っている。研修会に参加できない場合は、研修資料を読み学んだことを記録で提出し、全職員の理解浸透を図っている。接遇マナー「イエローカード」の取り組みは、効果が出ている。事業所内に「恵に会職員10の心構え」を掲示し、利用者への権利擁護の視点での支援することを浸透させている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>フロアは清潔で整頓されており、室温・湿度や換気も管理されている。コロナ感染予防に配慮がなされており、消毒手洗日も励行できている。利用者の要望で全トイレをウォッシュレット付き暖房便座に取り換えている。トイレ標識も利用者目線に低くし、立体的な表示物を職員が考案・手作りして、見やすく分かりやすい。満足度調査は、環境、設備等86%と高い評価になっている。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について 利用者の身体状況や意向をふまえた入浴形態を支援している。健康確認、転倒、熱傷等、安全確認を徹底している。脱衣場の密や混雑防止のため、入る人と出る人が交わらない方法を取り入れスムーズに行動が取れるようにしている。入浴を忌避する気持ちには、無理強いせず本人本位で対応している。午前の予定を本人希望で午後に変更するときもある。同性介護、プライバシー保護、本人尊重の姿勢を大切に支援をしている。入浴順は、本人希望や感染症に配慮している。イベント湯の日は、柑橘類、入浴剤の工夫で変化をつけ楽しみながら入浴している。湯上りは、水分補給や軟膏処置をしている。</p> <p>A-3-(1)-②について 排泄支援は、利用者の自宅での方法で対応している。自立している人、自立度が曖昧な人、尿便意なしの人、オムツ・パット・パンツの人等、個別性があり、一人ひとりに合わせて支援している。常に自立支援を目標にして、トイレ誘導している。トイレでは、手すりや便座の位置を確認し、トイレの外で様子を窺いながら支援している。トイレは、衛生面、臭気、保温、プライバシーに配慮している。失禁時は、トイレで交換している。職員は常に全体を見渡し、利用者個々の排泄への状態を目配り気配りしている。夜間はオムツ利用者についても、デイサービス中はトイレ排泄を試み、便座に座ることでの自然排泄ができるよう取り組みをしている。</p> <p>A-3-(1)-③について 自宅での移動手段や個別機能訓練のアセスメントから利用者の在宅生活を維持向上する移動支援をしている。シルバーカーの台数を増やし歩行の自立支援に取り組んでいる。速度負荷を使い機能訓練指導員と共に安全な移動方法を選択している。福祉機器や用具購入時は、家族、福祉用具業者も同席し、業者と連携しフィッティング評価ができる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 食べる喜びを味わってもらうために、嗜好調査により希望や傾向性を把握している。食事の量や味付け等、把握し献立に活かしている。行事食を毎月行い月々の特色を出すために折々の旬の食材を利用している。年に2回は趣向を凝らしバイキング形式にしている。テーブルクロスを工夫し、いつもと違う雰囲気の中で楽しい食事支援をしている。日常の座席は、お互い気の合う利用者同士でしゃべりながら食べている。月の献立表は希望家族に配布している。厨房が直営であり、衛生管理体制が確立している。</p> <p>A-3-(2)-②について 病氣、アレルギー、食事形態など個別な食事を提供している。当日の体調不良、口内炎等、突発的なことも対応し食事変更している。栄養改善にも希望があれば取り入れている。食事時の飲み込み、せき込み、食事姿勢など気になる場合は、言語聴覚士につなげている。すべり止めシート、かえし皿、フォーク、スプーン等、自助具を使用し、自分で食べることを大切に支援している。食事量、水分量は記録し必要時家族に伝えている。食事介助を必要とする利用者にはそばにいて自立を促す時もある。</p> <p>A-3-(2)-③について 口腔機能維持改善に向けて、食前の口腔体操を実施し咀嚼力・嚥下機能の向上・唾液の分泌を促している。食後の歯磨き、義歯の洗浄・舌ケアを実施し口腔内衛生に取り組んでいる。提携医療機関の歯科医、歯科衛生士による健診や歯科保健指導を取り入れている。また、介護職への口腔ケアに関する技術指導を受け、利用者支援力の向上を図っている。義歯の不具合や歯の治療の必要な利用者は、かかりつけ医を受診している。サービス中に歯科受診が必要な場合は、家族に伝え受診を依頼している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所は、職員に対する褥瘡発生メカニズム教育を徹底し、支援の具体的な方法を修得させ褥瘡発生防止に力を入れている。観察力、同一体位の長時間廃止、好発部位の観察等、褥瘡の早期発見に取り組み、看護職・介護職が連携し、皮膚の清潔と創傷処置に当たっている。利用者支援に関わる居宅介護支援事業所・訪問看護事業所・医療機関等の関連施設や家族との連携を図り、褥瘡を発生させない取り組みと健康な皮膚に改善する取り組みも行っている。家族へのアドバイスもしている。</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
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、取り組んでいる。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>現在は、喀痰吸引・経管栄養は、看護職員が配置時間帯には実施しているが、介護職員は担当していない。中期計画に介護職の喀痰吸引研修予定(6人/年)が組まれて体制の確立を目指している。</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</p> <p>機能訓練が必要な利用者に対しては、自分で選択し訓練を受けている。自宅を訪問し、居住環境を分析し、利用者の心身の状況や在宅での日常生活行動などを含めた個別機能訓練計画書を作成している。3ヶ月毎の評価を行い在宅で家族を交えた話し合いをしている。満足度も高く、会話をしながら体を動かすので楽しみに参加している。個別機能訓練計画書を作成しない利用者は、通所介護計画書に機能訓練、レクリエーション、趣味活動などを取り入れている。機能訓練は、機能訓練士が中心になり個々の能力を生活場面で引き出せるよう実施している。集団リハビリの体操や脳活性化も図っている。自主訓練の場も設定し自由に動いている。学習教室も定着し人気教室となっている。強制でなく自ら進んで体を動かすことの楽しさを身に付けている利用者が多い。</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</p> <p>認知症加算算定にあたり、通常のアセスメントの他、地域包括システムにおける認知症アセスメントシート(DASC-21)を活用して認知機能と生活機能の総合的な評価を定期的に行い、必要事項を介護支援専門員へ情報提供している。認知症加算に伴う調査(脳トレーニングプログラム・生活支援の留意事項)を行い、利用中の生活支援の留意事項を家族へ説明、個々の状態に合わせた通所介護計画を作成、支援にあたっている。認知症介護実践研修終了職員を5名配置し研修などを通して職員の認知症の理解と支援の質の向上が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>緊急時対応マニュアル・手順書、緊急連絡先一覧が整備され、緊急時にはマニュアルに沿った対応が行われている。また、メディカルケアステーションシステム利用で主治医・訪問看護・ケアマネジャー・通所サービス事業所などと情報の共有が図られ連携体制が整っている。</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
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</p> <p>送迎時に家族より体温や状態などの状況確認、利用開始や終了時、利用中の健康状態の把握を行い、連絡帳で家族と情報を共有している。必要時には家族や主治医へ電話で連絡している。通所介護計画に沿って、服薬管理や体調変化時の対応について共有ができています。メディカルケアステーションシステム利用で主治医・訪問看護・ケアマネジャー・通所サービス事業所などと情報の共有が図られている。</p>		