

(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 令和4年5月16日～令和4年12月14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4年7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 黒岩 尚文
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 山陵会	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六丁目4番地	
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

【施設・事業所の特徴的な取組】

利用者の在宅での生活を継続していける支援を基本に、個人の意思を尊重し、家族の負担軽減に繋げる。趣向を把握「楽しみ」を提供し、利用者の得意とする技術を活かした活動を取り組んでいる。また、認知症の利用者も共に過ごせ活動できる場を築き、感染症の予防対策をしっかりと行う。

【利用者の状況】

定員 45	利用者数 89
-------	---------

※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	1	19	61	7

要介護区分

区分	事業対象	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	5	7	8	28	26
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	8	6	1		

【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	1	3			1	1	
介護職員	2	5	1	1	7.7	7	
看護職員	1	1			1	1	
機能訓練指導員	1	3			1	1	
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	4人	非常勤	1人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						・ 5.6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						・ 5.8年	
○常勤職員の平均年齢						・ 50.7歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						・ 51.8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4年5月16日～令和4年12月14日
受審回数(前回の受審時期)	2回(令和元年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

・法人の使命として「これまでも今後も変わらない。地域の為に何が出来るかを常に考え行動し続けること。目の前の高齢者一人一人に向き合い、地域の中でいつまでも、1日でも長く住み慣れた地域、自宅で過ごして頂けることを最重点目標としてスタッフ一丸となって歩み続けることである」が掲げられ、法人全体で地域ケアの推進に取り組まれています。

・レクリエーションプログラムは多彩なメニューが準備され、自己決定・自立支援の方針が周知徹底されています。

・職員教育について

事業計画にも掲げられ、新人研修、法人全体研修、ID0オンラインセミナーを活用しての職種別・階層別専門研修の受講など、研修の充実が図られています。

・働きやすい職場づくりについて

相談窓口の設置、ID0オンラインセミナーの相談窓口の活用など、精神面でのフォロー、有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児・介護休暇などが整備され、人員配置を厚くし、介護サポーターの活用と合わせて休暇取得が取りやすい環境となっています。

短時間勤務や法人内移動等でライフバランスに配慮した勤務体制が取られています。

健康診断の他、ストレスチェックや予防接種・研修費の補助、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努められており職員の入替わりが少ない職場となっています。

◇改善を求められる点

中長期計画・単年度計画の策定に当たっては、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画、数値目標や取り組みや成果など、評価可能であることが求められます。

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

当事業所は開設から30周年の節目を迎えようとしています。介護保険制度や内容変化、時代の変化に対応しながらご利用者様に通所介護サービスの提供を行うことが出来ています。

第三者評価機関から当事業所の理念や取り組みについて高い評価を頂いたことは事業所として大変嬉しく思います。

今回の受審結果の特に評価の高い点については、より一層の充実を図り改善を求められる点については会議等で検討を行い改善する努力をしていきたいと考えます。

今後も山陵会の理念を念頭に職員一丸となり質の高い介護サービスの提供に努めてまいります。

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) 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 理念・基本方針はホームページ、パンフレット、お便り等に掲載され、事業所内に掲示されています。また、理念・基本方針は福祉施設の使命や目指す方向性、考え方を読み取ることができ、職員の行動規範となっています。職員へは入職時の周知と毎日の朝礼時に唱和、確認が行われています。利用者や家族へは家族会やお便り等を通して周知が図られています。</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 社会福祉事業全体の動向、地域の各種福祉計画の策定動向と内容などについては国、県、市、全国社会福祉協議会などからの情報をインターネットやネットワークを通して把握し、管理者会議やリーダー会議で分析されています。毎月の法人事業所連絡会において各事業所の利用状況や地域のニーズなど情報が共有され地域の課題の把握とコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析が行われています。</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 経営課題として利用者ケア・職員教育・人材確保が事業計画に掲げられ、デイ会議において職員へ周知されています。また、理事会・評議員会議において改善すべき課題について共有がなされています。毎月のリーダー会議・事業所連絡会において現状分析と経営課題の抽出、改善策が行われ遂行されています。</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現状と課題、最重点目標として事業所としての使命が掲げられ、具体的な行動計画も記載されています。また、中長期計画は年度事業計画評価に合わせて見直しが行われています。中長期計画に数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となることを期待します。</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 事業計画において「収益的活動」「支出的活動」「地域貢献活動」については具体的に示されています。事業計画は年度末に評価が行われ次年度事業計画に反映されています。「利用者ケア・職員教育・人材確保」についても数値目標や具体的な成果の設定など評価が行える内容、中長期計画が反映された内容が期待されます。</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>事業計画はケア会議において前年度事業計画の評価を基に策定されています。毎月のケア会議において実施状況の把握と評価・見直しが行われ、リーダー会議や事業所連絡会議で法人全体で情報を共有されています。年度末に最終評価が行われ次年度の事業計画に反映されています。事業計画は年度始めに職員への周知が図られています。</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>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されて周知されています。主な内容については年度始めのデイ便りに掲載、行事等についても毎月発行されるデイ便りや文書で周知され家族会においてパワーポイント等を利用して事業所の取り組みなどが報告されています。</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>事業計画にも利用者ケアが掲げられ、アンケート調査、自己評価を年2回実施、評価を基に課題抽出、改善に向けた取り組みが行われています。毎月のケア会議や法人事業所連絡会等において日ごろからサービスの質の向上に向けた取り組みが行われています。</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>事業計画において課題として掲げられています。毎月のケア会議において評価と必要時には改善策の検討が行われ、改善に向けた具体的な取り組みが行われています。デイ会議・ケア会議において実施状況の確認と評価、必要に応じて改善策の見直しが行われています。</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>運営規定や重要事項説明書等に自らの役割と責任、運営方針が明記され中長期計画・事業計画において具体的な取り組みが明確にされています。ホームページや広報誌上に掲載、表明されています。職務分掌等各種規定、各種マニュアルにおいても役割と責任、不在時の権限委任等を含めた内容が明記され各種会議において職員への周知が図られています。</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>倫理規定、就業規則、経理規定等が策定され、会議などで職員への周知が図られています。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参加し、各種会議において確認と周知を図っています。年間研修計画で倫理・法令遵守・身体拘束及び虐待禁止・プライバシー保護・介護保険に関する研修会等を計画・実施しています。朝夕のアルコールチェック実施など具体的に取組まれています。</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 年1回、アンケート調査・自己評価の実施、毎月のケア会議においてサービスの質についての評価、課題抽出、必要に応じて改善策の検討が行われ職員へ周知されています。朝礼、終礼、デイ会議等で職員の意見や提案が把握されケア会議において検討されています。法人内研修の他、ID0オンラインセミナーを活用して階層や職種別、専門研修など毎月受講、研修の充実が図られています。</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 管理者会議、リーダー会議において稼働率、経営状況等が把握され、課題抽出と改善に向けた具体的な取り組みが検討され、デイ会議において職員へ周知し、具体的な取り組みが行われています。管理者は年2回、人事考課・個人面談を行い職員の意向を確認して法人内定期異動も含め人員配置を基準以上に配置される等、働きやすい環境整備等具体的な取り組みを行っています。</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 事業計画において職員教育と人材確保が掲げられています。人員基準以上の職員配置で資格取得奨励と法人内研修、ID0オンラインセミナーを活用して職員教育の充実が図られています。法人内の定期異動を含め人材確保と育成に努められています。また、介護サポーターの活用、地域高齢者の雇用、学校廻りや実習生への声かけなど働きやすい環境づくりと合わせて、人材確保に向けての取り組みが行われています。</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 理念・基本方針、就業規則、各種ケアマニュアルの中で「期待する職員像」を読み取ることができます。入職時に人事基準、給与規程、各種手当など周知されています。年2回、人事評価制度による自己評価・上司評価が行われて、個人面談での意向や意見の把握と合わせて処遇改善の評価と改善策が検討されています。現在、キャリアアップ要件シートを作成しておりキャリアアップシステムは構築中となっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 毎月のリーダー会議、管理者会議において就業状況の把握が行われています。また、相談窓口が設置され、年2回の個人面談、必要時には随時面談が行われて相談し易い環境となっています。有給休暇の他、介護休暇、年末年始休暇等が整備され職員配置も基準以上に配置されている事から、取得しやすい環境となっています。年1回の健康診断、ストレスチェックが実施され看護師が相談窓口となっています。また、オンラインセミナー内にも相談窓口が開設されフェイスブックやSNS上で気軽に相談できる環境となっています。短時間勤務や法人内異動などワークライフバランスに配慮した取り組みも行なわれています。</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 人事評価シート、目標管理シートが作成され個人目標の設定、年2回の自己評価・上司評価において進捗状況の確認と評価、見直しが行われています。年度末に最終評価が行われ次年度につなげられています。</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 理念・基本方針、就業規則、職員の心得、各種ケアマニュアルを通して、目指すべき「期待する職員像」が示されています。年間研修計画で法人内研修、ID0オンラインセミナーの活用、その他外部研修参加等で個々のレベルに応じた研修の充実が図られています。必要に応じて計画の評価、見直しが行われています。</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 入職時に資格取得状況を把握し、新人研修、月1回の法人全体研修、ID0オンラインセミナーを活用して階層別・職種別・テーマ別研修の受講など目標管理シートに合わせて一人ひとりに合わせた研修が提供されています。研修に参加しやすい環境、オンラインの活用、費用の補助などで、人員配置基準以上の配置により研修に参加しやすいよう配慮されています。</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 実習生受け入れマニュアル・実習生指導マニュアルが作成され、オリエンテーションにおいてサービスの説明や注意事項など文書で説明されています。事前打ち合わせにより専門職種の特性に配慮したプログラムが準備されています。指導者研修についてはリーダー研修の充実が図られています。実習生の受け入れについて法人として積極的な受け入れが行われています。専門職の研修・育成に関する基本姿勢の明文化が望まれます。</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。	a Ⓑ c
<p>評価概要 ホームページや広報誌を活用して理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されています。第三者評価の受審結果や相談苦情の体制や内容についても公表されています。苦情・相談内容に基づく改善・対応の状況については第三者委員や法人内で開示されているが公表までには至っていません。今後公表される事が期待されます。</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 経理規程を策定し、職務分掌と権限・責任が明確にされ、会議等を通して職員へ周知されています。年1回の職員による内部監査と法人監事監査の実施、3ヶ月毎に税理士によるチェックが行われ、管理者会議を通して結果や指摘事項、アドバイスに基づいて経営改善に向けた取り組みが行われています。</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 事業計画で地域貢献が掲げられています。掲示板や広報誌を活用して地域の社会資源や行事等の情報を提供されています。地域の方の無人野菜販売所の管理や移動販売の利用、買い物デーの計画など地域との交流が図られています。雑巾や積み木などの作品や飼育しているメダカを保育園や小学校へ寄贈するなど、定期的な交流が図られています。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 ボランティア受け入れマニュアル、ボランティア受け入れ票が策定されています。ボランティア保険への加入、活動計画書が作成され、オリエンテーションにおいて注意事項・必要事項の説明が行われています。毎年、体験学習として4名程度の子供たちを受け入れています。小中学校へ出向いて認知症サポーター養成講座を開催するなど、学校教育への協力が行われています。ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明文化や学校教育等への協力について基本姿勢の明文化が期待されます。</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 法人全体で地域の情報や社会資源を明示したリストや資料が管理され、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示しています。毎月行われる事業所連絡会議において情報が共有されています。自治会連絡会議や民生委員会等へ定期的に出席して情報交換が行われています。記録システムの共有と毎月開催される事業所連絡会議において情報が共有され、法人全体で地域ネットワーク化の取り組みが行われています。</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 地域の福祉ニーズや生活課題等の情報は地域包括支援センターや法人居宅支援センターから事業所連絡会議を通して情報として共有されています。また、法人で民生委員の会議や自治会連絡会への参加、出前講座などを通して連携し、地域の福祉ニーズ等が把握されています。</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 思いやりネットワーク事業に参加して法の狭間にある困窮者への支援を行っています。また、コロナの影響で中止されていますが、以前は認知症徘徊模擬訓練や認知症への理解を深めるための介護劇（寸劇）への参加が行われていました。災害時の施設開放や備蓄、炊き出しの準備が整っています。</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</p> <p>通所介護の運営方針を明示し、職員に実践の姿勢が示されています。毎日の終礼やカンファレンスで振り返る取り組みがなされています。年間研修計画やID0オンラインセミナーを計画し倫理や理念の勉強会に参加し、職員の共通理解を深めています。通所介護独自の基本方針を今後整理し策定を期待されます。</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。	a (b)・c
<p>評価概要</p> <p>サービスの質の向上と業務の標準化を目指し、介護マニュアルが作成されていますが、現在利用者、家族、職員からの意見を参考に見直し修正を検討中です。契約時に利用者の個人情報保護について説明し同意を得て、支援の場で利用者の羞恥心やプライバシーに配慮した支援に努めています。休憩スペース確保やトイレ、入浴室はカーテンを使用し他者からの視線に配慮した支援がなされています。</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)・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所の情報は多くの写真等を採用しホームページ、パンフレット、広報誌等で提供しています。広報誌、パンフレットは、多くの方が入手できる公共施設等に配置し、見学、体験希望者へは、相談員が一日のスケジュールや入浴・機能訓練・趣味活動等、個別に丁寧な説明を実施しています。</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</p> <p>利用前に利用者宅で介護支援専門員主体の会議を開催し、利用契約時は、重要事項説明を行い同意を得て契約を締結しています。利用者本人と契約を締結することが困難な場合は、本人の承諾の下で家族及び親族に適正な説明を行い同意を得ています。今後は成年後見制度などの利用を含めた研修を検討されています。</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</p> <p>サービスの継続性に配慮した情報提供を文書で行っています。サービス内容の変更は必ず本人、家族の同意を得て行い、サービス終了後は、相談窓口や担当者名を明記した文書を渡しています。サービス移行時は、関係各所で引き継ぎし情報共有していますが、引き継ぎや申し送りの手順の文書の策定が期待されます。</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</p> <p>送迎時や訪問時に話す機会や3ヶ月に1回自宅訪問で個別に「生活機能チェックシート」を活用し、利用者の意向や満足度を聴取しています。各種活動やリハビリプログラムが利用者個々に合った内容であるか「興味関心チェックシート」で把握しています。年に1回アンケートを実施し満足度や意向分析をしています。職員は、ケアサービス会議で利用者満足度を把握し改善課題発見や対応策を行っています。</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 法人苦情解決システム、マニュアルが整備されており、第三者委員、公的機関を紹介しています。苦情解決の流れを利用者及び家族に説明するとともに、事業所内に苦情解決のポスターを掲示しています。受けつけた苦情は解決改善までの経過と結果について記録し、第三者委員に報告し必要な場合は助言を受けています。苦情解決の仕組みは、契約時に利用者・家族に説明していますが、定期的に説明し周知を図ることを期待します。</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 利用者の意見や相談は随時対応し解決に向けて取り組んでいます。個別相談ができるスペースを確保し、話しやすい雰囲気づくりに配慮がなされ、送迎や訪問時は家族からの相談や質問に対応がなされています。相談内容によっては、介護専門員に報告し連携が図られています。</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 利用者からは、日々の会話、交流で意見等積極的に取り組み、直ぐに解決できる場合は、朝礼、終礼で話し合い早期対応されています。年1回実施されているアンケート調査結果の公表など利用者・家族との交流に期待します。</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 事故防止及び再発防止マニュアルを策定しています。リスクマネージャを配置しヒヤリハット、事故報告を積極的に収集し分析と改善策、再発防止の検討をしています。記録は、職員に回覧し捺印で確認共有化を図っています。年に1回ヒヤリハット報告・事故報告の分類を行い要因分析や再発防止策の検討を進めています。</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 感染症対策マニュアルを作成し、感染予防、発生時、ケア時の対策等の安全確保に積極的に取り組み、コロナウイルス感染は、徹底した対応がなされています。送迎車両の環境整備、事業所到着時、利用者及び家族、職員の健康管理等細かな対策を定め、また、感染者発生時は氏名を公表せずプライバシー対応し、事業所での取り組みを説明すると共に家庭での対応を依頼し、予防に取り組んでいます。</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 防災マニュアルに沿って災害発生時の対応が定められています。建物、設備類は、衛生委員が毎月点検し対策を講じ、併設する特別養護老人ホームと共同で年に2回避難訓練に取り組んでいます。利用者の安否確認は朝礼時利用人数を報告し、それ以降変更の場合は職員に周知しています。備蓄リストを作成し数多くの種類を準備し、事業所は地域の二次避難所に指定され、食事など提供しています。</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</p> <p>組織で統一した様式に沿って標準的な実施方法を文章化し、利用者にサービスを提供しています。マニュアル集は、事務所の戸棚に保管し職員は何時でも確認できる状況にあり、入職時は担当者が個別指導し担当者と共に、標準的ケアを行い共有できる取り組みがなされています。</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</p> <p>利用者・家族・職員からの意見を参考に常に朝礼、終礼、ケアサービス会議で見直しの検討がなされています。個別的に実践すべき内容は介護計画に取り込み職員に周知しています。標準的な実施方法の検討会議録や改定記録など、今後さらなる検討を期待します。</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</p> <p>組織で統一した様式で適切なアセスメントを実施し、多職種が合議し通所介護計画書、個別機能訓練計画書を連携し作成しています。アセスメントの段階で利用者及び家族の意向や活動選択はニーズを明示しています。日々の朝礼、終礼、ケアサービス会議で実施内容を確認し、計画の反映がなされています。</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</p> <p>実施計画はケアサービス会議、モニタリング、担当者会議で評価見直しをしています。計画や内容に変更がある場合は、関係職員、利用者及び家族、介護支援専門員に連絡し連携しています。組織的な仕組みや手順などの明示について取り組みが期待されます。</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>統一した様式方法で計画に沿った実践内容結果をパソコンネットワークシステムを利用し、記録しています。利用者及び家族に関わる日々の情報は連絡ノートに記載し、共有を図っています。利用者の状況変化時は掲示板を使い確実に伝えるように取り組んでいます。</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</p> <p>契約時に責任者は個人情報保護と情報開示について利用者及び家族に説明し同意を得ています。また、事務所に個人情報保護規定を掲示しています。情報の流出防止のため個人記録は施錠のある事務所に保管し、パソコンの電子データは持ち出し禁止やパスワードにより情報漏洩防止を図っています。職員は研修を受け法令遵守に徹底しています。</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
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</p> <p>A-1-(1)-①について 利用者の意向・要望・生活習慣等を把握し、個々に応じた過ごし方を提供しています。季節の作品作りの時は、職員も一緒に参加し個々の役割が持てるよう声掛け支援しています。制作活動の一環として雑巾や積み木などを幼稚園や小学校に寄贈し、積み木は無料でメンテナンスをしています。今年はメダカを育て地域住民に配布するプロジェクトに取り組んでいます。利用者達でメダカ飼育用「綱張のおうち」づくりに取り組み、利用者・来訪者がメダカたちを眺め楽しい一時を過ごせるよう支援しています。</p> <p>A-1-(1)-②について 送迎・入浴などあらゆる生活場面を通して、利用者の思い・困っている事・不安・要望を聞けるように工夫しています。言葉を発しにくい場合は、表情・身振り等から把握し、送迎時に家族に確認するなど本人の意向を把握し支援に活かしています。職員業務マニュアルの中で、介護者としてのマナー・接遇・態度を明記し、朝礼や終礼で自己を振り返りお互いが理解できるようにしています。利用者及び家族とできるだけ多くコミュニケーションを取るよう努めています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要</p> <p>身体拘束排除マニュアルに基づき身体拘束廃止委員会を設置し、緊急やむを得ない場合は、手順書に基づき実施しています。利用者の気持ちを傷つけるような言動がないように職員研修を行い意識付けしています。気になったことや課題がある場合は、朝礼・終礼・ケアサービス会議で話し合っています。虐待の事例はありません。兆候など把握した場合は、介護支援専門員に報告するようにして対処しています。契約時に利用者及び家族に利用者の権利擁護のための具体的な取組を周知していますが、今後は定期的な説明や事例の提示をする等の工夫を期待します。</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</p> <p>環境整備マニュアルを策定しており、コロナ禍のもとで環境調整設備に配慮しています。フロアは清潔で明るく窓から風・日光が入り騒音もなく静かであり、長方形のテーブルを7台設置して、席は自由に利用者同士談話できる環境となっています。心身の状況が保てるように畳の休憩場所を提供し、他にベッド4床・ソファ・椅子があり、利用者一人ひとりが好みの場所で過ごせる工夫があります。</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</p> <p>A-3-(1)-①について 入浴は午前と午後に分かれ自立性の高い利用者は午後に設定し、入浴前は健康チェックを実施し利用者の尊厳や羞恥心に配慮した入浴介助をしています。心身の状況に適したリフト浴・シャワーキャリー・シャワーチェア等福祉用具を使用し安全を確保しています。入浴を拒否する場合は、理由を把握し無理強いせず誘導し対応しています。入浴は転倒や転落予防・体調変化を常に観察し、利用者1人対3人で対応する場合があります。</p> <p>A-3-(1)-②について 利用者一人ひとりの心身の状況や意向をふまえ、できるだけ自立した排泄ができる様に支援しています。車いすトイレは広く、カーテンで仕切られプライバシーに配慮し、男女別のトイレはウォッシュレット設置で衛生面・安全面に配慮しています。尊厳の保持や排泄の素早い対応を心がけています。尿意があいまいな利用者には気兼ねしないように声掛けしています。トイレでの転倒防止、座位の保持や確認を徹底しています。</p> <p>A-3-(1)-③について 利用者の心身の状況に応じた移乗・移動を安全に支援し、フロアは環境整備に注意し、常に職員は目の届く位置で見守りしています。福祉用具類の車いす・歩行器・シルバーカー等は事業所で整備点検しています。自宅からの持ち込みにも対応し、福祉機器や用具は、業務メンテナンスで点検し安全を確認しています。車いすには小さな鈴をつけ利用者の動きを見逃さないように取り組んでいます。送迎は利用者及び家族の意向を確認し安全な送迎に努めています。</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。	a Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 食事席は自由で利用者同士楽しく談話したりテレビを見て食事を心待ちにし、車いすの方はテーブル席の椅子に移乗し、できるだけ嚥下しやすい姿勢で食べられるよう準備されています。デイサービスのフロアに接して調理施設があり、利用者にはガラス越しに見え、献立や良いにおいが漂い食欲をそそる演出がなされています。洋食・和食や季節の花見弁当など、利用者の楽しいイベントになっています。衛生管理の体制も確立しています。</p> <p>A-3-(2)-②について 利用者の嚥下状態に合わせ、食べやすく嚥下しやすい食事になるよう工夫しています。アレルギー食や偏食に対し代替え食を提供しています。できるだけ自分で選び食べ切れるように、自助具・滑り止めマット・食器の色など工夫されています。食事時の事故発生についてマニュアルを作成し、対応方法が確立しています。管理栄養士は栄養低下の利用者には補助食品や献立の工夫をしています。食事量及び水分量の摂取状況を確認し、家族と連携した支援がなされています。</p> <p>A-3-(2)-③について 利用者の心身の状況や口腔機能の状態に応じた口腔ケアを食後は必ず実施しています。現在コロナ禍で歯科衛生士による訪問支援は一時的に中止となっていますが、義歯の不具合や口腔内の変化は、家族・介護支援専門員に報告し、必要時は歯科医師に繋げています。口腔機能を保持・改善するための取り組みや自宅でも継続できる取り組みを期待します。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
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</p> <p>疾病別に褥瘡についての原因・症状・対応のマニュアルを策定し、褥瘡発生予防のために入浴や排泄時、身体状況を把握しています。日常生活で自立度の低い利用者に対し栄養管理を管理栄養士と相談し、補助食品を提供し改善に努めています。ベッドや車いす生活の場合は、長時間同一体位を取らないように体位変換や福祉用具を使用しています。看護師の指導の下、ケアの方法等研修していますが、対象事例がないこともあり、具体的なマニュアル不足があります。最新情報を収集し職員の理解を深めることを期待します。</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 看護師により研修や実技講習を実施し、喀痰吸引・経管栄養を実施できる体制づくりをしています。吸引器はフロア内に設置し、何時でも使用できるようにしています。今後は実施体制の見直しを定期的に確認していくことを期待します。</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 個別機能訓練計画書を作成し、7台のトレーニングマシンを提供し、利用者の心身状況と希望を取り入れたプログラムで実施しています。看護師や理学療法士・作業療法士が勤務しているので、利用者は安心して訓練に取り組んでいます。3ヶ月に1回自宅訪問し、家族の意向・不安・相談に対応し評価につなげています。利用者の変化は医師・家族に報告し、職員は朝礼・終礼・ケアサービス会議で話し合い検討しています。集団訓練や一人ひとりに合わせた訓練を工夫して取り組みがなされています。自立を促しながら意欲低下やADL低下の改善に努め、必要時には医療機関と連携しています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 生活機能シートを活用して生活歴や趣味、関心ごとの把握がなされ、ケア会議において情報が共有されています。また、年間研修計画で認知症の研修会の開催やセミナー受講、デイ会議において事例検討会が実施されています。馴染みの環境づくりとして座席の固定や個別メニューやグループメニューなどその方の状態に合わせた支援が行われています。利用時の状況は健康チェック表や送迎時に口頭で家族へ伝えています。担当介護支援専門員へは毎月の状況報告と必要時には電話で報告、法人内については記録システム上で共有されています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要 緊急時対応マニュアルを策定し、個別に家族や主治医などの連絡票が作成されています。年1回は健康管理や疾病についての勉強会を開催しています。体調変化時の対応については看護師が中心となり研修会や個別指導で周知徹底が図られています。利用者の状況に応じて服薬管理については通所計画にも記載され健康チェック表を活用して服薬の確認やバイタルチェックが行われています。体調の異変があった時には緊急連絡網で連絡体制が周知されています。</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
	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。	(a)・b・c
<p>評価概要 家族へは送迎時や健康チェック表を通してバイタルや利用時の様子を報告されています。また、年1回、アンケート調査を実施、行事に合わせた家族会を利用して意見や要望を聞く機会を設け、担当者会議出席や必要に応じて訪問して相談や要望を聞くようにしています。必要な情報は文書にして職員間で共有しています。介護支援専門員へは毎月の状況報告が行われ、法人内の情報は事業所連絡会議や記録システム上で共有されています。家族に対して必要に応じて出前講座の開催や個別に訪問して指導が行われています。</p>		