

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

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
<ul style="list-style-type: none"> ・理念及び運営方針については玄関へ掲示しパンフレットやホームページに記載している。利用者家族に向けては重要事項説明書へ記載し契約時に説明を行っている。 ・理念及び運営方針については医療法人誠井会の目指す方向性や考え方を表しており、利用者中心であることや接遇、質の向上など職員の行動規範となっている。 ・各職員のネームプレート裏に理念と運営方針をラミネートしたものを携帯するようしており、いつでも確認が出来るようにしている。利用者に対してもいつでも目に付くように玄関への掲示を行い、周知を継続的に行えるようにしている。 ・毎年4月の定例会で事業計画書の説明を行い、その際に確認を行っている。また、新人のオリエンテーションにおいても説明を行い周知を図ることが出来ている。 ・現在の重要事項の説明を行う方法よりも分かりやすく理念や運営方針の説明を行うために、アプローチブックを再編し契約時に説明が出来るようにしている。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険における国の動きについては厚生労働省ホームページの社会保障審議会の介護給付費分科会資料を確認したり、介護保険最新情報を確認し動向を確認するようにし把握が出来ている。 ・地域の福祉計画については霧島市の策定しているすこやか支え合いプランを確認し内容を分析し、それを中長期計画に活かすようにしている。 ・毎月の事業所の実績については1ヶ月ごとに集約し、定例会で確認を行っている。潜在的な利用者に関する相談などについては生活相談員が定期的な居宅介護支援事業所訪問を行うなどしケアマネジャーとの交流をする機会を持ち、新たなニーズに発掘などに繋げている。 ・定例会において利用者の推移を確認し、年度毎でその推移をグラフ化し見える化を図っている。収支についても同様に一覧を作成し推移を把握できるようにしている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・年度毎の事業改革策定の作業部会において、課題を抽出し問題の改善に当たっている。設備については定期的に点検を行い、不具合が出た時にも随時対応を行い設備を整えている。職員の体制については基本的に欠員補充となっている。現在は人材難が一番の課題となっておりこの点を作業部会で重点的に議論をしている。 ・定例会にて理事長、副理事長を含めた全体に毎月の実績などを発表し、現状の共有を図っている。量的な部外に外でも各事業所の質的な課題も発表を行い共有出来ている。 ・定例会に参加することで経営や現状の課題の把握が出来ている。参加できていない職員は後日、定例会の議事録に目を通すこととなっている。中長期計画書や事業計画書においても職員へ周知を行い、特に作業部会においては現場職員にも参加を依頼し課題解決に向けた取り組みを行っている。 ・現在の課題である人材不足や働き方についての部分について議論を事業計画策定会議において行い積極的な議論が行えている。 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・法人介護部としてのビジョン、介護事業所ごとのミッションなどを策定し理念や基本方針の実現に向けた指針として明確になっている。 ・現在人財マネジメントや地域活動推進、サービス改革の3つについて検討を行って毎年次年度の事業計画を策定するにあたり、作業部会を立ち上げ、問題や課題の抽出に繋がられるよう取り組みを行っている。平成31年度は人財マネジメントとサービスの質の2つに絞って行っている。 ・実施状況の評価は重点的な取り組み目標として設定し、3か年で出来なかったことについて次期計画に継続的に目標設定して変化をつけて行くことが出来るような内容としている。 ・中長期計画は3か年を1期として見直しを行っている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画の流れに沿って単年度の事業計画を立案している。単に年間スケジュール的な計画に収まらず、課題となっている人材育成や働き方の部分など改善できないか幅広く検討を行っている。 ・質の部分と量の部分、どちらも評価を行えるように計画を立案し、作成するようにしている。 ・運営スケジュールを作成しているが、それぞ以外の部分の質及び量の部分の計画もあり、単なる行事計画書とはなっていない。 ・上半期及び年度末に評価を行えるように目標を設定している。委員会活動などの実施状況の評価もその際行えている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画を策定するにあたって各事業所の管理者と現場職員にも参加をもらい、率直な意見を集約し計画に反映し策定をしている。 ・数値目標においては毎月の定例会にて数値の変化を確認できている。委員会活動の実施状況については運営会議にて毎月実施内容を確認して議事録に残している。 ・上半期終了時点、年度末の反省において次年度の目標の立案を行っている。 ・毎年4月の定例会において事業計画を説明を行う機会を持ち、その際に理解を促すように努めている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画については、毎年玄関に設置し、誰でもいつでも確認が出来るようにしている。 ・ご利用者様ご家族様に対しては必要部分を集約したものを再編集して、作成して配布を行っている。 ・個別の行事や催し物についてはチラシや毎月発行のホットペーパーにて周知や案内を促している状況である。 		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の運営会議や利用者についてのカンファレンス、毎日のミーティングを行いサービスについての反省や課題の確認を行っており、日々のケアに対しての見直しが行えている。 ・毎月最終木曜日に事業所の運営会議、定例会の同日に管理職会議を行うことで管理面、現場での運営面においての状況を整理することが出来ている。 ・年2回上半期と下半期の評価を行う機会を持ち、運営面での取り組みの面での評価を行う機会を確保することが出来ている。 ・継続的に第三者評価の受審をし、客観的なサービスの取り組みに対する評価を受け、見直しを行えている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・上半期、下半期ともに目標に対する反省を行っており、その記録を行っている。目標を設定し取り組むべきことが明確になっている。 ・毎月デイサービス内での運営会議を開催しており、職員間での課題の共有機会を確保することが出来る。 ・上半期、下半期の反省に基づいてその後の取り組みを再作成し、計画的に実施することが出来ている。 ・第三者評価を受審することにより日頃のサービスに対する反省や、アンケートの結果により日頃思っていたらっしゃることなどを知る機会となっている。 		

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

		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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・責任の所在や担当については職務分掌や組織図に位置付けることで役割や運営の方針を明確にしてある。また、定例会等の場において発言をする機会があるなどしており、自身の役割や立場について周知することが出来ている。 ・平常時及び有事の際の担当者の役割についても職務分掌にある通り、上の者の職務を代行する体制が出来ており不在時も事業所の運営が問題なく行えるように明確に出来ている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・法令の順守のために県の集団指導や安全運転責任者の講習などへ積極的に参加している。関係機関との関係性は適正な状況となっており特に金銭の発生する取引については上申し決裁を受けることとなっている。 ・高齢者虐待防止法や個人情報保護法などの介護に密接に関係することはもとより、環境への配慮としてはごみの適正な分別など基本的なことを行っている。 ・コンプライアンスにおける研修の中で遵守すべき法令を周知する機会があり確認をすることが出来ている。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の管理職会議や定例会において現状についての把握や評価が行えている。 ・夕方のミーティングや申し送りを通じて課題に対しては積極的に介入を行っている。 ・委員会活動を行うことで介護サービスに関連する委員会活動を質の向上に繋げている。自身も活動に参加している。 ・毎月運営会議を開催しており職員からの意見を積極的に聴取する機会を設けている。 ・毎月の研修会を開催することや法人独自のキャリア段位制度であるケアスキルマイスターの研修を受けるための勤務を調整する等積極的な研修機会の調整を行っている 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・適切な人員配置にて支援を行うことはもとより、職員の急な休みに対応が出来るように配慮を行っている。 ・メリハリをつけた仕事を行うために出来るだけ定時で自宅に帰れるように業務の調整を行い、残業も必要最低限となっている。 ・休憩と仕事を分けるために休憩時には離れられるように休憩室や食事場所を準備してあり業務の改善に繋がっている。 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・運営方針にて求められる人材像を明確にしている。人員体制については事業計画書へ記載しており、年度ごとの採用計画も立案されている。 ・必要人員に対してしっかりと確保出来るように運営を進めている。育成については個別の育成ファイルを作成するなどして主な指導係である主任を中心に円滑なコミュニケーションが図れるように行っている。 ・ハローワークや求人サイトIndiedの活用、また鹿児島県商工労働水産部雇用労政課の運営するカゴjobへ登録をし企業説明会への参加を行ったり、人材の確保のための継続的な取り組みが出来るような体制を整えるように取組を行っている。 ・年数ごとのリフレッシュ休暇や有給取得簿の管理により有給休暇の取得を推進しており、人材の定着に繋がるように進めている。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・運営方針に必要とする人材像を明確にしている。人事基準については、就業規則にて定め職員へ周知を行っている。 ・上半期、下半期それぞれ一定の人事基準を用いて、管理者より評価を行っている。 ・年度ごとの事業計画の作成段階や中長期計画の作成にあたり現場の職員にも参加をもらい、働き方について作業部会での会議を行っている。 ・毎年キャリアアップシートを作成し、どのような研修へ参加をし自己研鑽に取り組んでいきたいかを確認している。 ・資格取得に対する助成金もあり、それにより職員のスキルアップに繋がられるように支援を行っている。 		

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り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者を中心に職員のマネジメントを行っている。有給休暇の取得状況や残業の申請状況などについては書面で確認し押印を行っている。 ・健康面安全管理ではインフルエンザの予防接種や健康診断、自費でのインフルエンザ予防薬投与、交通安全対策など法人として取り組んでいる。 ・作業部会においては福利厚生についても現場レベルの意見を聴きとるなどし、改善できることはないか検討を行っている。 ・ワークライフバランスを考え、自宅での過ごし方も充実出来るように、残業を出来る限り削減し、当然持ち帰り仕事などもないように配慮を行っている。 ・最近の傾向として無資格の方もいるため、そのような方々でも働きやすいように個別支援シートや業務マニュアルを再作成し業務をしながら学ぶことが出来るようしている。 ・時間、業務まで細分化し分けて求人をしたり、業務によって加算をするなどしバランスを取りやすいような体制を作っている 		
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。	a・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・運営方針により期待する職員像については明確にされている。職員一人一人の目標管理のためにキャリアアップシートを作成し、目標管理の取り組みも合わせて行っている。 ・職員個別に目標と反省を一体的に行うシートを作成し管理を行っている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・運営方針に必要な職員像が明示してある。また、求められる職員像についても法人独自のものを作成しており、その中で資格や賃金、能力などを一覧化している。 ・事業計画書の人員に明記してあり、どのような専門職が必要なのかを把握することが出来ていると考えられる。 ・年間の研修スケジュールを作成しており、それに基づいて研修を実施している。 ・研修内容については定期的に行わなければならない部分もあるため毎年度で大きくは変えていない。不定期で外部講師を依頼したりし法人での研修を行っている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・キャリアアップシートにて職員の資格の取得希望や状況などの把握を行えるようにしている。 ・新人職員については特に個別ファイルを作成し、個別的なOJTが行えるように配慮をしている。 ・法人独自のケーススキルマイスター制度を構築しレベルに合わせた研修を行っている。 ・外部研修について参加を推奨している。研修については研修委員より運営会議において案内を提示している。平成31年度は外部研修への参加が難しい職員に向け任意での内部研修を行うこととする。 ・研修の起案があれば基本的には研修に行くことが出来るように体制を整えており、希望する研修に参加できるように配慮を行っている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・基本姿勢を示すために、マニュアルに対して明文化している。 ・中学生の職場体験については医療福祉に対する興味関心を持ってもらえるように、毎年継続的に受け入れを行っている。 ・現在介護部長を中心として連携を図りながら看護学生の受け入れも進めている状況にある。 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・事業全般についての内容はホームページにより公開されている。事業計画書や中長期計画についても同様にホームページに掲載している。 ・苦情相談体制については施設内に掲示し対応が出来るようにしている ・地域に向けてはパンフレットを市役所へ設置し情報を提供し、毎月作成するホットペーパーを居宅介護支援事業所や包括支援センターへ配布するなどして広報の取り組みとしている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・事務分掌が事務所に掲示され、それに沿って運営をするなどの対応をしている。 ・経営面については毎月公認会計士による確認を受けており、事業所内においても毎月小口計算を事務長と行いその中で確認するなど二重チェックの体制がある。 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療福祉機関との連携を緊密に図っていくことを運営方針に明記している。 ・施設内の玄関や廊下へ資料を設置し地域の情報の提供を行っている。 ・ボランティアの参加を積極的に受け入れ、また自施設からも外部へ出ていき社会参加を含めた機能訓練として参加している。 ・配食サービスなど利用される方に対して民間のものを勧めたり出来るよう資料を準備している。 ・近隣の八百屋さんの訪問販売を受けたり買い物ツアーや外出活動など、またゴールド人財センターと銘打って地域でボランティア活動を利用者で行うなど(積み木寄贈・掃除)している。 ・法人として市民公開講座や地域感謝祭、令和元年5月よりスクエアステップ教室を開催している状況である。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアファイルを作成し、受け入れに対しての説明を行えるようにしている ・学校教育についての姿勢について明文化している ・マニュアルの整備がなされている ・初回にオリエンテーションを行っている ・中学生の職場体験などへの協力を行っている ・生涯学習ボランティアバンクを通して受け入れを行っている 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・霧島市地域包括支援センターや社会福祉協議会の作成した資料を基にリストを作成している。 ・情報共有の為、事務所へ施設サービス及び居宅サービスのファイルを作成しいつでも閲覧できるようにしている。 ・霧島市通所介護連絡協議会への参加を行っていることで連携を図ることが出来ている。 ・利用者の活動参加の場が少ないことなどが現状あるため、で団体としてグラウンドゴルフ大会を行ったり、認知症の啓発の為RUN伴+への参加運営を行っている。 ・現在は霧島市通所介護連絡協議会があるため地域のネットワーク作りにおいては協議会を通じて行っている 		

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
<ul style="list-style-type: none"> ・きりしま元気倶楽部、井料農園、地域感謝祭、スクエアステップ教室など地域に対しての活動も積極的に行っている。 ・市民公開講座を企画し、地域の市民向けとして定期的な講座の実施が継続して行われている ・地域感謝祭において介護相談のブースを設けたり日頃からクリニック経由で介護相談を受けている。また、きりしま元気倶楽部などでグループ活動を推進している。 ・災害時の防災マニュアルが策定されており地域での役割や考え方について記載されている。 ・地域共生社会の実現に向けて、地域感謝祭において障害者事業所や一般事業所に協力を得て、取り組みを行っている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・地域感謝祭や市民公開講座、きりしま元気倶楽部などの実施により地域の方々と交流をすることでニーズの把握の機会となっている。 ・民生委員や児童委員との定期的な会議の参加はないが、法人としては運営推進会議に参加するなどし福祉ニーズの把握に努めている。 ・井料クリニックを通じて相談を受けることや地域包括支援センターとの連携、また急な来所に対しても相談を受けている。 ・霧島市通所介護連絡協議会に参加し包括支援センターと連携を図り地域のリハビリテーションや社会参加、認知症啓発などニーズを共有することが出来ている。 ・年間の運営スケジュールへ記載をし地域活動に参加するように努めている 		

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

		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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・理念、運営方針を基本としてほっとしていただける、くつろげるサービスを提供出来るように心がけることを入職時に説明し、ネームに携帯をしてもらい、玄関へも掲示することによって日頃から確認を促し、また毎年の新年度定例会にて触れている。 ・倫理綱領についてはマニュアルに規定をしており職員入職時に説明を行っており定期的に研修も行っている。 ・運営方針に基づき、接遇や利用者中心の支援を行うことなどを念頭に支援を行っている。 ・プライバシーの保護や利用者の尊厳に対する研修は倫理などを含めて実施している。 ・上記の通り毎年接遇の研修や倫理についての研修を行えている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルが整備されており職員に対しても定期的な研修を行っている。高齢者虐待防止について2ヶ月に1回の研修を行っている ・腹膜透析の処置を行う際など個室またはパーティションで仕切れるように対応を行ったり浴室での処置が隠せるようにロールカーテンを設置している。また相談でのプライバシーを守るよう個室を用意している。 ・契約時に利用者家族に対しプライバシーや個人情報の保護について周知を行っている。 ・サービス提供において不適切なことが発生した場合などにインシデント及びアクシデントレポートを作成し事故と同じように対応を行っている 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・霧島市役所へパンフレットへ設置し多くの人の目に触れることができるように目に触れるようにしている。 ・パンフレットには施設のサービスが分りやすく記載を行いそれを以て説明を行っている ・相談時、契約時にパンフレットを使用して説明を行っている。 ・見学については随時対応を行っており、一日体験については希望により対応を行っている。 ・以前はパンフレットだけであったがアプローチブックを再編したり井料クリニックの電子掲示板やホームページ・SNSを使用して施設の紹介を掲示するなどしている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に対して契約書や重要事項説明書を使用して説明をし本人家族の要望を尊重しての対応を行っている。 ・事業所のサービスについてはパンフレットやアプローチブック、また料金表を基に説明を行っている。 ・重要事項説明書、重要事項変更同意書、料金表など必要書類での説明を行い同意を得、書面で残している。 ・認知症などにより自己決定が出来ない方に対しては主介護者などへ説明を行い、書面での同意を得ている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容の変更によって不利益が生じるようなことがないように本人家族に変更内容の説明を行いながら支援を行っている。 ・生活相談員マニュアルに引き継ぎ書があるが、ケアマネジャーが実際には引き継ぎ書を作成することなどが多いため前例はまだない状況。 ・全般について生活相談員が窓口となって対応を行っている。 		
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・Ⓑ・c
<ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議の参加により利用者の満足度を図る機会としている。 ・毎日の連絡ノートや送迎時に本人家族に声掛けなどをし、利用者のサービス状況の内容に対する不満がないかの確認を行っている。 ・福祉サービス第三者評価を受審することにより利用者の満足度を向上出来るように、継続的に評価を受け続けている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・資料の配布はないが連絡帳に苦情解決について示している。 ・玄関に苦情ボックスを用意し苦情を申し出やすいように配慮を行っている。 ・苦情記録簿を用意し苦情の記録を行っている。 ・苦情の解決において最終的に対応策を本人家族へ伝え、職員への回覧を行うなどし記録を残している。 ・苦情を得た内容を業務に活かし質の向上に取り組んでいる。 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の相談や意見の相手が自由に選べるように、重要事項説明書で説明を行ったり、また玄関へも掲示を行って複数の相談が受けられるようにしている。 ・事業所に苦情相談の対応窓口を設置し個別の連絡帳に貼り相談をしやすいようにしている。 ・個室の相談室を設置してプライバシーに配慮をし相談をしやすい環境を整えている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・苦情相談マニュアルが作成されている。 ・マニュアルの見直しがされていなかったため今回見直しを行っている。 ・相談などについては利用者の言葉に耳を傾け、夕方のミーティングや運営会議により対応を検討している。 ・意見箱を設置して利用者の意見を積極的に把握できるようにしている。 ・利用者家族からの要望や意見に対して即答せず、持ち帰り生活相談員や管理者より検討を行ってから返答を行っている。 ・利用者の要望などに対応することで質の向上に向けて取り組むことが出来ている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員を決めており、その者を中心に取組みを行っている。リスクマネジメントの最終的な責任者は管理者となっている。 ・事故等の発生時についてはマニュアルを作成し事業所内に掲示することでスムーズな対応が出来るようにしている。 ・インシデント、アクシデントの情報を共有し集積している。 ・対応策や改善策について当日の夕方のミーティングにて検討し実施している。 ・年間計画において事故発生時の対応について研修を行っている。 ・マニュアルの見直しが行えていなかったため、平成30年度に見直しを行っている。 ・福祉用具のメンテナンスは定期的に行っている。必要に応じて業者に修理を依頼する等対応を行っている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・管理者を中心とした感染症に対する管理体制があり、感染症の予防や発生時の対応を行っている。 ・マニュアルや手順書を作成し対応が出来るように取組みを行っている。 ・保健衛生委員を看護師が行っている。年間計画において研修や勉強会を行っている。 ・感染症予防についてのマニュアルが作成されており対応を行っている ・インフルエンザについて特に対応を慎重に図っており、送迎時に検温をするなどしている。対応方法を規定し本人家族にも書面にて周知している。 ・マニュアルの見直しが行われていなかったが平成30年度に見直しを行っている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・非常災害時の対応についてはマニュアルにより体制が定められている。想定される災害の対応や指揮系統についても確立されている。 ・自事業所の立地条件などをマニュアルにて作成しており、法人として備蓄品などを含めて対策を講じている。 ・防災マニュアルに緊急時の職員、利用者の連絡先を作成している。 ・年2回消防訓練を行っており、うち1回は消防局立ち合いの下避難訓練を実施している。 ・車両ごとに携帯電話を準備し緊急時の連絡が取れるように対応をしている。 ・ハザードマップを事業所内へ掲示し、緊急時の対応が出来るようにしている。 ・備蓄品については法人として準備を行えている。 		

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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・全体的なケアの実施方法についてはマニュアルにて文書化されている。また、個別の支援については通所介護計画書において個別のケアの実施方法が記載されている。 ・通所介護計画書には利用者の尊重やプライバシー保護につきそこまでの記載はないがケアマニュアルにて確認が出来るようにしている。 ・新人職員に対して個別の業務シートを作成しケアの実施の標準化を目指し周知徹底を行っている。 ・3ヶ月間は指導者と書面でのやりとりを毎日行い、日々の業務の実施状況を把握できるように努めている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアの実施マニュアルを見直ししている。また日々のケアについてもカンファレンスを行い生活相談員及び介護職員・機能訓練指導員により行っている。 ・通所介護計画書においても見直しを概ね3ヶ月に1度行っている。 ・通所介護計画書については基本的にはケアマネジャーのケアプランを基に作成している。 ・上記の通り定期的にケアカンファレンスを行うなどしケアの質の向上を図れるように意見の収集を行っている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントについては、現在生活相談員が一任されて行っている。 ・アセスメント手法については事業所独自のシートを作成しアセスメントを行っている。 ・支援内容については担当者会議の場において協議をし、その内容を持ち帰ってから事業所でも夕方のミーティングなどで支援に対する協議を行っている。 ・通所介護計画書については生活相談員、介護職員、機能訓練指導員、看護職員などの専門職種で確認し、最終的に利用者家族の同意を得ている。 ・定期的にモニタリングを実施し確認を行っている。 ・支援についてはケアマネジャーと相談をしながら支援を行えている。 		
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。	Ⓐ・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画書の大きな見直しは更新時期となっている。担当者会議に参加し本人家族の意向を確認する場としている。 ・担当者会議があったことを申し送りノートまたは夕方のミーティングで報告して支援内容について周知している。 ・ケアマネジャーからの連絡を受け、ケアプランの変更についてはケアプランの再作成を行い同意を得ている。 ・モニタリングや日々の記録により、サービスの実施状況やケアの課題を記載することが出来ている。 		

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。	㉠・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントシートを事業所独自に作成して、それを用いて記入をしている。 ・日々の健康状態や生活状況についての記録を作成しており、パソコン上や利用者の個別ノートにて確認が出来るようにしている。 ・管理者より上層部に対する相談や報告を行うような流れがあり情報の共有がなされている。 ・全体の定例会や管理者会議などの実施、運営会議が行われていることで横の繋がりも持つことがしっかりと出来ている。 ・クラウド型のソフトの活用やネットワーク上での記録管理などアクセスがしやすい仕組みを整備している。 		
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。	㉠・b・c
<ul style="list-style-type: none"> ・文書管理の規定があり、保存や廃棄の規定を定めている。 ・個人情報についての研修を定期的に行いその内容を伝達することが出来ている。 ・個人情報の取り扱いについては、重要事項説明書にて説明をしている。 		

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		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</p> <p>A-1-(1)-①について アセスメントにて把握しケアプランにて記載し支援している。1ヶ月毎のイベントカレンダーを作成し利用者の参加を促す動機づけとしている。様々な趣味活動や外出活動、行事など本人の希望するものや季節を感じる事が出来る取り組みとなっている。それぞれの介護度や体力、自宅での生活リズムや想いなどを勘案し無理強いはせずに活動へ参加して頂き、疲労などある方に休んで頂けるように臥床スペースなどを用意している。自宅同様に役割を持ってるようにゴールド人財プログラムと銘打って取り組みを行っている。利用者の生活状況については、定期的なカンファレンスやタ方のミーティングにおいて検討を行っている。</p> <p>A-1-(1)-②について 難聴のあられる方も必要に応じてホワイトボードなどを使い筆談の対応などを行っている。聞こえにくい方へは非言語的コミュニケーションも活用して対応をしている。日頃は利用時間や送迎時、またノートの活用や自宅での担当者会議の場などで本人家族の意向を把握して、支援に活かすことが出来るようにしている。定期的に接遇の研修を行うと共に、運営方針にも記載されており接遇については強く意識しており、徹底している。全体に対してのアナウンスのため施設内にマイクを使用し全体に聞こえるようにスピーカーも配置している。</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。	Ⓐ・ー・c
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待防止及び身体拘束廃止に対して隔月で研修を行い、利用者の権利擁護に対する意識と知識を高め、そのような事例があった場合に早期発見できるように視点を学んでいる。 ・3原則や実際に身体拘束が行われる場面での手続きなどについては研修を行い実際にそのような場面が発生するときに備えている。 ・マニュアルを通して虐待を発見した場合の手順などを明確化している。 ・プライバシー保護、個人情報保護の勉強会を定期的開催し、権利侵害の防止のための取り組みとしている。 		
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
<ul style="list-style-type: none"> ・毎日の清掃で環境の美化に努めている。また空調もあり季節に応じて活用している。使用前には清掃してから使用するようになっている。インフルエンザなど乾燥する時期には加湿器を使用して感染症の蔓延防止に努めている。室内は日当たりも良く照明もあるため明るい雰囲気となっている。 ・理念にある通りほっとして過ごしていただくことが出来るように、利用者の座席などに配慮をしたりすることで落ち着いた環境作りに努めている。 ・昼食後や体調及び気分不良時にゆっくりと休んでいただけるように、静養室や臥床するスペースを確保している。 		

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。	○a・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。	○a・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。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴マニュアルに沿って準備から後片付けまで毎日確実に行うことが出来ている。 利用者の状態に合わせて介助方法を検討し、対応できるようにシャワー椅子やシャワー車椅子などを用意し、入浴が難しい方には清拭などで対応を行っている。 浴室、脱衣室共に清掃により環境を整えリラックスして過ごせるようにしており、安全のため福祉用具や入浴環境を整えている。 利用者の希望によっては同性介助を行うなど尊厳に配慮する取り組みを始めている。入浴の拒否があられる方には職員や時間を替えて声掛けをするなどし対応を行っている。 利用者の身体状況に応じた入浴方法を夕方のミーティングで検討するなどしている。 朝のバイタルチェックの基準を明確にし入浴の可否や清拭の対応に変更を行うなどし記録もしている。 特別な処置が必要な方やバイタルチェックで再検査の方などは入浴順序の変更を行い、無理強いをしていない。 比較的自立度の高い方へも見守りなどの支援を行っている浴槽の種類を2種類用意し滑り止めマットや手すり、シャワーチェアなどの福祉用具も準備している。 看護師の支援もあり入浴時の皮膚の状況観察や、入浴後の軟膏塗布を行ったりしている。 <p>A-3-(1)-②について</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態に合せた排泄支援を行っている。車いすの方用のトイレを設置し配慮を行っている。入浴前や食後など排泄の声掛けや介助を行い自然な排泄を促している。トイレについては毎日の清掃や日中も適宜清掃を行い快適性を維持している。排泄介助の必要な方でも不必要にトイレ内での見守りを行わず、ドア外で介助をしたりお手洗いの声掛けも他者に聞こえないように配慮をしている。新人職員に対して技術指導を行っているが、介助量の大きい方に対してはリスクも勘案し複数人での介助を行っている。本人の排泄リズムを重視し過剰にトイレの誘導をしないなど配慮を行っている。尿や便の性状で異常がある際には看護師を通じ確認が必要があればDrへ上申する等対応をしている。排泄チェック表はあるが介助方法については利用者の身体状況に合わせて介助を行っており、必要に応じて介助方法を変更している。自宅での状況については失礼のない範囲で確認し、必要に応じてリハパンやパットの提案や購入支援などもケアマネジャーを通じて行っている。 <p>A-3-(1)-③について</p> <p>移動形態については過介助にならないように自宅の方法に近い方法で移動を促している。福祉用具の提案や個別機能訓練などにより自立した移動の取得を目指している。歩行器、車椅子、杖など用意があり本人の状態に合せたものを使用できるようにし自宅にある方は持って来ていただくようにしている。移動の介助については最低限行っているが、本人の状態に合せた過介助にならないように自立した移動を促している。安全な移動が出来る方でもその日の体調やケガなどにより身体機能が低下している場合があるため送迎時に朝の申し送りを行うようにしている。物の置き場や明るさ、手すりなど必要な環境を整えて転倒やケガを防いでいる。送迎も本人の状態に合せたリフト車を用意し、乗降が難しい方が多い為、大型車に踏み台を準備もしている。自宅での動作や移動について3ヶ月に1回アセスメントを行いその際助言を行ったりケアマネに相談をしている。</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。	○a・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。	○a・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・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について</p> <p>献立についても季節感や彩など味も目にも美味しく食べて頂けるように配慮をしている。昼食時間については昼食時間らしくテレビをつけたりと雰囲気を作り、また水分摂取のため職員がお茶注ぎに回ったりと配慮をしている。衛生管理として業務委託している富士産業と連携をし適切な対応を行っている。法人が脳神経外科を運営しているということもあり、健康面に配慮し減塩食でダシを効かせた食事の提供を行っている。</p> <p>A-3-(2)-②について</p> <p>口腔嚥下機能に合せた食事の提供を行っている。おおよそ2時間以内の食事の摂取時間となっているが、無理強いはずることなく配慮している。基本的には自力摂取を促しているが疲労などで難しい状況である時などは介助を行っている嚥下や咀嚼の機能が低下した際には家族やケアマネに相談することや摂取量が落ちていときには代替的な食品を提供することなど口腔での摂取を促している。誤嚥や窒息に繋がりがやすい食材は注意し、食事の見守りも行っている。食事の介助方法などについてはミーティングやカンファレンスにて検討を行っている。必要な方へは水分の摂取量の把握を行っている。自宅での食事の摂取状況などについて必要に応じて情報の共有を行うことが出来ている。</p> <p>A-3-(2)-③について</p> <p>口腔体操の実施や食後の口腔ケアの促しなどを行っている。口腔嚥下体操の実施や食後の口腔ケアにより口腔機能の維持に努めている。自立している方は自身での口腔ケアを促し、介助が必要な方については介護職員が行っている。口腔ケアに対する知識を拡充できるように霧島市通所介護連絡協議会を通じて歯科医師を招き、研修会を行った。</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
<p>・褥瘡ケアに対する指針が今まで作成されていなかったため平成30年度に指針の作成を行い今後も取り組んでいくこととなっている。</p> <p>・入浴時に皮膚の状態を確認するなど褥瘡の早期発見に向けて取り組んでいる。</p> <p>・褥瘡がある方については法人の皮膚科の先生と連携を図りながら処置を行っていた。皮膚科Drの助言を受けながら入浴時に看護師により処置などのケアに取り入れている。</p> <p>・褥瘡への対応が必要な家族に対してはケアマネを通じて助言を行っている。</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、取組を行っている。		a・b・Ⓒ
現在介護職員が喀痰吸引や経管栄養を行うような体制はない		
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>・介護予防体操やマシントレーニング、物理療法、セラピストによる機能訓練の実施により生活意欲の向上やADL、IADLの維持向上に繋がるように支援を行っている。</p> <p>・理学療法士が2名常駐しており、介護職員や本人、ご家族に対して助言や指導を受けられる状況にある。</p> <p>・自身で出来る動作については過介助を行わず生活リハビリとして自立性の維持を高められるように支援を行っている。</p> <p>・個別機能訓練加算を算定しており計画を立案し評価もやっている。</p> <p>・認知機能の低下がえられる時などにはケアマネジャーへの報告などを行っている。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		自己評価
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>初回のアセスメントでケアマネジャーからの情報などにより本人の生活歴を把握している。本人家族の要望を全て聞き入れることは出来ないが、受容しながら話を聞き支援する立場を取っている。BPSDの有無に関わらず記録がある。認知症ケアについては毎年研修を行っており最新の知識の共有を図っている。理念の通りほっとして頂ける場所の提供を心がけている。利用時に不安になられないように座席についても同じぐらいの症状の方などで同席となるように支援している。個人で活動するのが好きな方、グループでの活動が必要な方など状態に合せて提供をしている。認知症の症状に合わせたケア方法を関係者で共有し支援内容や方向性を検討している。デイでの様子をタ方の送迎時や担当者会議時にお伝えし、自宅での対応の助言としたりしている。送迎時や担当者会議で家族の想いを聞き取るように心がけている。霧島市の家族介護者相談会の資料を配布するなどして家族の認知症介護のストレスケアに努めている。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		自己評価
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>・利用者の体調変化については毎朝のバイタルチェックを行っているが、それ以外についても気づき次第看護師へ連絡し法人の医師や家族への連絡を行うなど体制が構築出来ている。毎朝健康確認を行い記録をとっているバイタルチェックを行っており必要に応じて再度検温や血圧測定を行っている。内服薬や疾患についてケアスキルマイスター制度の研修で行っている。医療研修を看護師により行っており周知することが出来ている。必要な方へは内服薬を預かり看護師により服薬管理を行っている。朝の送迎時に家族がいらっしゃる方へは情報の聞き取りを行っている。朝のバイタルチェックの実施と時期ごとでタ方の検温を行っている。異変があった時には法人医師へ連絡をし家族や必要に応じてケアマネジャーへ連絡を行っている。</p>		
A-4 家族等との連携		自己評価
A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応		自己評価
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・Ⓐ・c
<p>ご家族に対しては連絡帳を作成したり、電話やメールでの連絡を行っている。担当者会議の場を通じて現状の説明や要望の聞き取りを行っている。担当者会議以外では送迎時や連絡帳などに相談を受けている。送迎の申し送りや日々の申し送りへ記録をしている。家族への情報提供としては福祉用具が多いがその際担当ケアマネジャーにも連絡を行っている。家族に対しての助言は送迎時や必要に応じて機能訓練指導員が同行し助言を行っている。日々の状態については随時または月1回の定期でケアマネジャーを訪問し情報の伝達を行っている。上記同様家族にも助言を行う機会を持っている。</p>		