

(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 社会福祉法人恵仁会
ミニデイサービス 舷揮くん家
評価実施期間 平成28年5月12日～平成28年8月24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	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成28年6月15日現在]

事業所名称：社会福祉法人恵仁会 (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、介護予防通所介護
開設年月日：平成22年11月1日	管理者名：山下 武士
設置主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：池田 志保子
経営主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者職・氏名：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	Eメールアドレス
http://www.kanoya-choujuen.jp	http://genki@kanoya-choujuen.jp

理念・基本方針

理念

「自宅で生活されている、要介護者・要支援者の方が自宅や住み慣れた地域で安心し、今現在の生活を今後も継続できるように、身体機能や能力の維持向上を基本に考え利用者のニーズに添える介護を目指します」

運営方針

「自宅で生活されている、要介護者・要支援者の方が自宅や住み慣れた地域で安心し、今現在の生活を今後も継続できるように、身体機能や能力の維持向上を基本に考え利用者のニーズに添える介護を目指します」の事業所理念を基にその人らしい在宅での生活が維持、向上することを目指す。利用者本人にとって出来ること、出来ないことの見極めを行い各関係機関が連携を行い、多方面から包括的に支え、利用者一人一人が必要とし、望まれているサービスを提供する。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

- ①利用者のニーズ、ケアマネのプランを基に、個別性を高めた生活リハビリ(活動)の実施を行っている。
- ②中重度の利用者への対応ができる体制を整え、リフト浴の設置、ノーリフトの取り組み、勉強会を行い介護負担の軽減へと繋げている。
- ③地域密着型事業所として、地域へ貢献することが出来るように、介護予防教室、地域行事への参加、認知症カフェなどの取り組みを行っている。

[利用者の状況]

定員	10人	利用者数	23人
----	-----	------	-----

※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貼付してください。

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	2	9	10	1

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)			1	9	4
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	4	3	2		

[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
看護職員		1				
機能訓練指導員		1			1	1
介護職員		6			2	1
前年度の採用・退職状況	採用	常勤 2	人	採用	非常勤	人
	退職	常勤 1	人	退職	非常勤	人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					3.58 年	
○うち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					3.58 年	
○常勤職員の平均年齢					34.1 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					34.1 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	平成28年5月12日(契約日)～平成28年8月24日 (評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

- ・認知症相談窓口として「オレンジの窓」を設置し、認知症について地域からの相談を受け対応がなされています。
- ・民生委員・自治会長などと協力して「オレンジカフェ」(認知症カフェ)を毎月1回開催し、認知症や介護について語り合う場を設け交流を図り、参加者へのアンケート調査を行い、意見より課題抽出して地域活動への展開に活かされています。また、介護予防教室を開催し、地域住民へ介護予防に対する意識向上への取り組みも実施されています。これらの活動を通じて地域リーダーを養成し、地域住民自らが地域の介護・福祉活動を展開できるよう将来を見据えた地域貢献事業となっています。
- ・独居のデイ利用者として「一人暮らしでも安心声かけサービス」として利用以外の日に利用者の所在・安否確認を行うために午前中に電話し、応答がない場合は午後再度電話確認し、それでも応答がなければ夕方利用者宅を訪問し所在・安否確認し、利用者の安全に、在宅生活を継続できるよう支援に取り組んでいます。
- ・職員の働きやすい環境作りとして有休取得率86%、年間3日のリフレッシュ休暇制度の実施、腰痛防止対策としてノーリフトのための機器の導入や健康診断にストレス対策を実施するなど職場環境づくりが推進されています。

◇改善を求められる点

- ・法人全体の中長期計画が策定されており、「2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」には職員の育成・確保について詳細に取り組み内容が明記されている。中・長期事業計画には舷揮くん家の位置づけとして祓川エリアの実施状況や29年度に向けての取り組みが記載された地域計画となっているが、事業所としての舷揮くん家の中・長期計画として課題や目標等、具体的に記載されることが望まれます。
- ・管理者は安全管理委員として、定例会に出席すると共に、毎月のアクシデント及びヒヤリ・ハット報告書の集計を行い、危険予知訓練も実施されていますが、現状ではヒヤリ・ハットの件数がアクシデントの件数より少なく、今後状況分析と対策が望まれます。
- ・各種マニュアルが作成され、職員に共有化され、毎年10月に見直しが行われていますが、その記録・改訂日の記載が一部行われていないため、記録及び改訂日の記載を期待します。

5 第三者評価結果（共通項目・通所）

6 利用者調査結果（別紙）

7 事業者の自己評価結果（別紙）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

高い評価を受けることが出来た。地域貢献事業、声掛けサービス、職員処遇の改善等は、今後も引き続き継続していきたいと思う。改善を求められる点の今後の対応として、法人の中・長期計画に沿った課題、目標を見直しする際に、事業計画に反映して具体的な取り組みを行いたいと考える。また、ヒヤリハットの重要性の周知、マニュアル見直しに関する記録を適切に残し、事業所運営を行っていく。

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 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>法人の理念を基に事業所独自の理念「私たちはあなたらしさを大切にします」を職員と共に考え事業所の介護理念として掲げ、利用者の在宅生活の継続を尊重した支援が読み取れる。理念はホームページ・パンフレット・事業計画等に掲載し、事業所の玄関に掲示・職員ネームホルダーにも記載されておりいつでも確認できている。利用者・家族へは利用開始時に重要事項説明書にて説明を行い周知を図っている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>事業所ごとに毎月の稼働率の集計を行い運営会議にて分析・検討・課題の抽出と改善策に向けての評価を行っている。オレンジカフェを毎月1回開催しその都度在宅介護の大変さ等の質問も含めアンケートを実施している。頂いた回答を基に分析・検討することで事業運営へつなげている。オレンジカフェ・介護予防教室の開催の案内を近隣住民1軒1軒訪ね、潜在的利用者に関するデータの収集も兼ねて案内説明を行い地域情勢の把握に努めている。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>毎月の在宅部門会議にて利用者の推移・稼働率や目標達成度等を分析すると共に課題となる事柄に関しては法人内の全管理者で協議し解決策が話し合われている。職員会議で結果報告を行い職員への周知を図っている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要：</p> <p>法人全体の中長期計画が策定されており、2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクトには職員の育成・獲得について詳細に取り組み内容が明記されている。3ヶ年中期事業計画には舷揮くん家の位置づけとして祓川エリアの実施状況や29年度に向けての取り組みが記載されているが、舷揮くん家としての取り組みの内容や目標など、具体的な中長期計画への記載が望まれる。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要：</p> <p>法人の中長期計画に基づいて具体化された事業計画が策定されている。地域交流、人材育成・人材確保、研修計画・職場環境改善等について目標・取り組み内容等、詳細に記載されており、実施状況の評価ができ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： 事業計画の策定は、前年度の事業計画の実施状況を基に分析・評価・課題の抽出を職員と共に行い、「どのような職場にしたいか」等についても話し合い組織的に策定されている。職員参画のもとで策定された事業計画を半期ごとに全職員で進捗状況の評価と遂行をしている。</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： 3ヶ月ごとに発行される「げんきだより」に事業計画の内容や取り組み又評価した内容も わかりやすく記載され、利用者・家族へ配布している。事業計画は職員はもとより外部の人もいつでも閲覧できるように、ファイルにして玄関に開示してある。</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： 今回の第三者評価受審における自己評価の作成は全職員に説明し職員の参画の基で実施し職員の意識向上・サービスの質の向上に繋がっている。法人内のデイサービス事業所で開催する4デイ会議で入居者の活動についての披露する場の検討や、入居者の意見も踏まえ、合同で4デイオリンピック・作品の展示会の実施など行い入居者の意欲向上を図るなどサービスの質の向上に取り組んでいる。</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： 実施状況やサービスの質について職員による評価と利用者・家族による利用者満足度調査の結果を踏まえて、計画的に改善に取り組んでいる。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要： 管理者の役割・責任について運営規定・重要事項に明記されている。災害対応・苦情対応時の役割・責任についても明確にしている。又、経営状況の把握や職場改善等についてもリーダーシップを発揮している。</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： 法令遵守規定・業務管理体制整備方針が策定され、法令遵守規定の中には身体拘束・虐待防止等についてはもとより、道路交通法やセクシャルハラスメントに関する事が記載されており、業務管理体制整備方針の中には役割から具体的な方法・手順等が示されている。事業計画の中にも法令遵守への取り組み企画を明記し道路交通法における危険予測の周知とKYTトレーニングの実施や研修等において職員の法令遵守に対する周知や理解に向けた取り組みを行っている。</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： 第三者評価の受審・利用者満足度調査の実施・法人内役職員等による内部監査の実施・職員の資質向上のための個別面接指導などサービスの質向上に積極的に取り組んでいる。利用者満足度調査では、食事・入浴・活動・接遇等について利用者からの意見を基に職員とともに分析・課題の抽出を行いサービス内容の改善に取り組んでいる。</p>		
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
<p>評価概要： 毎月のデイ会議にて利用者の動向・稼働率等の報告を行い、職員とともに分析・検討を行っている。又、法人の運営会議や4ヶ月ごとの4デイ会議にて各事業所の動向や現状の課題分析・意見交換を行い事業運営に役立てる等、経営の改善や業務の実効性の向上に取り組んでいる。</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： 福祉人材の育成・確保については福祉人材育成・獲得プロジェクトの中に職員の質の向上・資格取得・キャリアパス・ボランティア養成活動等について詳細に記載され取り組むべき方向性が示され人材育成・確保に取り組んでおり、実施状況が評価できる内容となっている。福祉人材育成に関する講師派遣や専門学校生の奨学金制度等やボランティアの育成等について、人材確保に関する具体的プランを策定し、実施されている。</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： 年2回の個人面談にて取り込み状況の確認や職員の意向・意見の聞き取りを行いワークライフバランスにも配慮し、働きやすい職場環境作りに取り組んでいる。又、職員の意見を基に職場環境改善へもつなげている。</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： 働きやすい職場づくりをすすめ、有給休暇の取得率は76%となっている。リフレッシュ休暇制度も規定されており、連続休暇も取得できる職場環境である。健康診断の一環にストレス診断も導入されストレスチェック表にて実施され結果については本人へ送付している。職員の様々な悩みや相談は職員教育担当者・エリアマネージャーが窓口となり相談しやすい配慮を行っている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要： 職種一覧及び基本ステップ・役割等級基準を基にキャリアパスについて説明し職員一人一人のキャリアアップに繋げている。目指すべき職員像に向けて資格取得や目標など設定し、年2回の個人面談時に取り組み状況の確認を共に行い職員のスキルアップの支援を行っている。</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： 職員研修は年間計画に基づき実施されている。研修計画は職員の意見を聞きながらレベルに合わせて研修計画を立てている。階層別研修の取り組みについて事業計画の中に明記され実施されている。</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： 新人教育のOJTは管理者・教育担当職員が新人研修マニュアルを基に指導に当たっている。人材育成・確保プロジェクトの中で法人職員無資格者ゼロに取り組み、法人で実施している初任者研修参加者は全科目出勤扱いとし、受講料の本人負担は半額程度にするなど受講しやすい配慮を行っている。又、介護福祉士などの資格取得に向け受験対策の開催や資格取得者には報奨金を出すなど意欲向上に繋がっている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要： 実習受け入れは生活相談員が担当となり実習指導マニュアルを基に指導に当たっている。オリエンテーションには施設のパンフレットを基に事業所説明や実習内容の記載ある資料を基に1日の流れや注意事項など伝えている。</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： 決算報告・事業計画書などホームページや情報誌に掲載し又、いつでも閲覧できる様玄関に置いてある。相談・苦情内容に関しては3ヶ月ごとに発行する「げんきだより」に掲載し、利用者・家族へ配布している。第三者委員会を年4回開催しその時に相談・苦情の報告をおこない適正に情報公開が行われている。</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、公認会計士による会計指導を受け又、社会労務士との連携を図りながら経営・運営適性や公平性を担保している。社会労務士からは労務管理における相談を行い助言をもらっている。</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上げるための取組を行っている。	㉠・b・c
<p>評価概要：</p> <p>町内会へ加入し、町内会の行事の夏祭り・敬老会への参加や施設行事の8月祭りへも地域の方々に参加してもらい交流を図っている。オレンジカフェや介護予防教室へも地域の方々や利用者の参加もあり共に語り合う等交流に取り組んでいる。</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：</p> <p>社会福祉協議会へボランティア登録・受け入れをしている。ボランティア受け入れマニュアルが整備され、受け入れ時にはマニュアルに沿って説明・実施している。鹿屋市のポイント制度を利用した中の一つに介護予防を図るぴんぴん元気運動の実施時にボランティアの受け入れも行っている。昼食作りの有償ボランティアの利用もしている。認知症カフェにも自治会の方のボランティア参加や施設行事にも地域の方々のボランティア受け入れをおこなっている。</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
<p>評価概要：</p> <p>行政や居宅介護支援事業所等、地域の関係機関の資料を事務所内に掲示しいつでも確認できる。利用者が利用する社会資源として給食サービスの連絡先も玄関に掲示している。オレンジカフェの運営について町内会長や地域の方々との運営推進会議を年2回開催するなど地域との協働に取り組んでいる。</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 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
<p>評価概要：</p> <p>認知症相談窓口として「オレンジの窓」の設置や集いの場としてのオレンジカフェの運営を地域住民とともに開催している。今後は場所の提供をして運営は地域住民主体で行えるようサポートしていく。又、地域住民の方を対象に介護予防教室の実施も舷揮くん家では年1回実施している。災害時の避難場所としての受け入れ態勢を整え又非常食の備蓄も行っている。デイを利用している独居の利用者と契約の上、「一人暮らしでも安心声かけサービス」として利用日以外、所在・安否確認の為、午前電話、連絡つかなければ再度午後電話を入れ、それでも連絡がとれなければ夕方利用者宅へ訪問し所在・安否確認をするサービスを行っている。</p>		
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
<p>評価概要：</p> <p>社会福祉法人恵仁会が実施する</p> <p>①買い物が困難な山間地区の住民へ施設バスを利用しての買い物支援</p> <p>②鹿屋商店街と協力しての「まちのいち」の開催</p> <p>③認知症サポート養成講座の開催</p> <p>④認知症高齢者見守りネットワークの設置</p> <p>⑤行政や地域住民の参加にて徘徊模擬訓練の実施</p> <p>等に職員を派遣し法人とともに協力し地域ニーズに応じた支援活動を行っている。</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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-1 (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：</p> <p>法人の法令遵守規定に利用者支援行動方針が定められ、「利用者様の権利に関する宣言」の4項目目に「利用者様は、尊厳ある一人の人間として尊重される権利を有しています。」と、明記され、法人全体及び職場毎に権利擁護に関する研修が行われている。また、各種支援マニュアルには個人の尊厳に関する記載が行われている。</p>		
29	Ⅲ-1-1 (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
<p>評価概要：</p> <p>独自のプライバシー規定及びプライバシー基本マニュアルを策定すると共に、各種支援マニュアルに反映し、重層的に教育が行われている。浴室、更衣室、トイレ等の肌の露出の認められる場所にはカーテン及び衝立等を使用すると共に、同性による介助を行っている。また、プライバシー保護や権利擁護に関わる不適切な事案に対しては、アクシデントと捉え、記録に残して共有化されている。</p>		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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
<p>評価概要：</p> <p>サービス内容を写真や絵入りで分かり易く紹介したパンフレット及びホームページを作成し、見直しが行われている。パンフレットは各居宅介護事業所及びエリア内の個人へ配布している。法人で開催している事例発表大会の広報を行い、事業の目指している方向性を地域と共有できるよう努めている。見学には随時対応し、一日体験希望者に対しては、自主事業として契約書を交わして希望に応じている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要：</p> <p>サービスの利用開始前に、パンフレット、重要事項説明書及び契約書を用いて、利用者及び家族に説明を行い、同意を得ている。利用者及び家族の理解が困難な場合には成年後見制度の活用を行っている。</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・㉠・c
<p>評価概要：</p> <p>利用者の病状悪化による入院及び施設入所又は介護度が自立と判定された場合等の変更や家庭への移行がなされている。その際、アセスメント用紙及びサービス計画書を事業所に提供すると共に、サービス担当者会議に出席し、情報を提供している。また、利用者及び家族に対して、終了後の相談窓口について説明を行っている。マニュアルの策定は行われていないが、継続性への取り組みは実施されている。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 管理者をリーダーに職員全員で満足度調査を年に1回行っている。調査方法はアンケート用紙と封筒を配布し、無記名の封筒を回収しており、回収率は86%であった。アンケート結果は職員会議で読み合わせを行い、項目ごとの解析表を作成すると共に、改善課題の解決方法を検討している。また、家族会の中でアンケート結果の報告を行うと共に、改善の報告を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 法人で定めた相談・苦情解決実施要項と共に、事業所独自の相談・苦情等対応マニュアルを策定し、苦情解決責任者、苦情・相談窓口担当者、第三者委員が定められており、苦情解決の体制が整備されている。事業所の玄関近くに苦情解決の仕組みを分かり易く説明した文書が掲示されている。また、相談・苦情の受付から解決までの様式が定められており、記録及び保管が適切に行われている。相談・苦情内容に対する検討及び解決結果は利用者、家族に報告すると共に、家族会での報告が行われている。その結果、利用者に対するより質の高いサービスの提供に繋がっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 連絡帳を活用し、家族の細やかな心配事を表現して頂くことが日常化している。また、送迎時を相談の機会と捉え、変化を見逃さず相談を引き出している。玄関入口に意見箱を設置すると共に、相談・苦情の仕組みを記載した文書を掲示している。重要事項説明書内に記載してある日常的に相談する窓口及び第三者の氏名・連絡先を説明している。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要： 利用者に対するサービス提供場面で、職員が感知した利用者のいつもと違う違和感に対しては、利用者が思いを表現しやすい職員が聞き取りを行い、原因を早期に発見できるよう努めている。その結果、意見や提案から具体的に、座席の変更など、早期の解決を行っている。意見箱を玄関入口に設置すると共に、アンケート調査を行い、その結果は家族会で報告を行っている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要： 法人の安全管理委員会・身体拘束廃止活動委員会活動要項が策定され、管理者が安全委員に選任され、3ヶ月に1回の会議に出席している。毎月のアクシデント及びヒヤリ・ハット報告書の集計を行い、事業所内で要因分析、改善策及び再発予防策を検討している。現状ではヒヤリ・ハットの件数がアクシデントの件数より少ないため、検討が行われている。安全管理マニュアルを策定し、緊急時対応手順がフローチャートで分かり易く整理すると共に、事務室に掲示している。職員に対しては法人全体での研修と共に、独自の研修を行っている。</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： 法人全体の感染症対策委員会活動要綱を策定し、感染症対策委員会を設置している。管理者が感染症対策委員に選任され、毎月の定例会に出席している。時期に応じて蔓延が予想される感染症の情報提供及び感染症に対する実施状況の点検・評価を管理者が職場に報告している。感染症対策マニュアルが策定されており、職員への周知・徹底を図ると共に、定期的な見直しが行われている。また、日常的に感染症の予防対策として、玄関に消毒液（ウエルバス）、マスクを設置し、手洗い場、ドアノブ、取っ手、手すりの塩素系消毒剤（キッチンハイター）による清掃を行っている。</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： 地震・水害BCPにより、立地条件から想定される災害に備えた平常時の対応、初動時の対応、地域貢献、事業中断別の具体的なマニュアルが策定されている。また、防災マニュアルを策定し、火災発生時の通報連絡方法、消火活動、避難及び避難誘導の遵守事項が記載されている。法人全体の防災訓練に年2回参加し、1回は消防署の立ち合いを求めて指導を受け、改善に繋げている。非常時の職員の役割が明確にされ、非常食の購入（非常食、飲料水）、懐中電灯、ローソク、ラジオ、乾電池の準備と点検が行われている。建物は新耐震基準で設置されており、転倒の危険性のある家具類は金具により転倒防止策が実施されている。</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： 事業所で提供される福祉サービスに関するサービスマニュアルが策定され、実施時における利用者尊重、プライバシー保護の姿勢が明記されている。管理者及び職員間での支援内容の観察により、マニュアルに沿わないサービスが提供された場合には、個別に及びデイ会議等で自由に意見交換を行う風土が認められる。</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： マニュアルの検証・見直しは職員全員で毎年10月に見直しを行っているが、その記録及び改訂日の記載が一部を除き実施されていない。</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： 通所介護計画書作成マニュアルを策定し、独自のアセスメント表により適切なアセスメントが実施されている。全職員によるカンファレンスを開催し、利用者のニーズの共有化を図ると共に、計画を作成している。その際、利用者の家族の意向も確認し、計画に反映している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 通所介護計画書見直しマニュアルに沿って、毎月カンファレンスを開催し、短期目標の期間を目途に実施計画書の見直しを行っている。目標の妥当性、支援内容の有効性について検討が行われ、変更となった場合にはデイ会議、朝礼及び記録を通して職員間での共有化が行われている。また、サービス提供の場面で利用者及び家族の最善の利益に貢献する方法を探求するPDCAサイクルが継続して展開されている。</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： 独自の記録様式が定められ、計画から実施、モニタリングまでの記録マニュアルが策定されている。特に個別訓練メニュー表は訓練動作が絵入りで分かり易く、支援方法が具体的に記載されると共に記録も簡易化されている。</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： 法人が定めた個人情報保護方針及び個人情報保護管理規定に沿って利用者の記録の保管、保存、開示、削除への対応が定められている。電子データの漏えい防止のため職員毎にパスワードが設定されている。職員に対しては毎年、個人情報保護と記録について研修を行っている。利用者、家族に対しては利用契約書及び重要事項説明書を用いて説明を行い、同意の署名と捺印を頂いている。</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) 】

A-1 支援の基本	第三者評価結果
A-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
<p>評価概要:事業所の理念である「利用者が自宅や住み慣れた地域で安心し、今現在の生活を今後も継続できるよう、身体機能や能力の維持向上を基本に考え利用者のニーズに添える介護を目指します」を実現するために、独自のアセスメント表に基づき、利用者一人ひとりの心身の状況、生活習慣、暮らしの意向、趣味や関心を聞き取り、ニーズに応じた支援となるよう計画作成が行われている。料理が不可能となっていた利用者の思いを引き出し、リハビリの結果、料理が可能となる等、自立支援に繋がっている。また、季節毎に6月灯、七夕、そうめん流し、夏祭り、敬老会、運動会、デイオリンピック、そば打ち、クリスマス、忘年会、正月、節分、ひな祭りなどを行い、生き生きとした生活ができるよう支援している。</p>	
A-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:事業所理念である「私たちはあなたらしさを大切にします」が実現するように接遇研修を年2回行っている。また、毎月開催している在宅教育委員会勉強会では、具体的な言葉使いについて研修が行われている。デイ会議の中では職員同志でより良い言葉使いについて意見の交換が実施されている。職員は利用者の今の思いを共感できるよう利用者の言葉、表情を観察しており、特に難聴などコミュニケーションに障害が認められる利用者に対しては、筆談やコミュニケーションボードや絵などを活用して意志の疎通に努めている。</p>	
A-2 身体介護	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等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:利用者の身体状況に応じてリフト浴、一般浴を設置し、シャワーチェア、シャワーキャリーが準備されている。また、利用者の自宅での入浴時間及び入浴方法に配慮し、利用者一人に対して職員一人又は二人の体制で、希望に応じた支援を行っている。特に肌の露出が多いため、同性介護を行い、尊厳や羞恥心に配慮している。入浴に対して拒否傾向にある利用者に対しては、午前、午後に分けて声掛けを行い、また、誘導する職員を交代する等の工夫により、入浴が可能となっている。また、入浴中に発見した皮膚のトラブル等は早期に介護支援専門員及び家族に情報を提供している。</p>	
A-2-② 排せつ介助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:アセスメントによって得られた利用者の排泄に関する心身の状態、意向を確認し、計画に沿って排泄の支援を行っている。利用者の尊厳とプライバシーの保護に配慮し、パット交換時は籠の中にパットを入れる等の工夫が行われている。起立困難であった利用者がリハビリテーションの成果で起立が可能となったことで、便秘の改善及び排泄の自立に繋がった事例が認められた。また、排泄介助時に発見した皮膚の剥離等を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。トイレ内は、清潔で、手すりが設置され、衛生面・安全性に配慮している。</p>	
A-2-③ 移乗、移動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:サービス利用開始前のサービス担当者会議時から送迎方法を検討し、スロープの設置等について介護支援専門員及び福祉用具担当者と連携を取っている。また、雨天時の送迎体制についてカンファレンスを行い体制の強化を行っている。アセスメントから得られた利用者の移動能力に応じた車椅子、歩行器、シルバーカー、杖を準備すると共に、持ち込みの希望にも応じている。事業所内はバリアフリー構造となっており、利用者同士の接触防止のために見守りを継続して行い、安全に配慮している。</p>	
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要:機能訓練マニュアルの中に同一部位に対するポジショニングで褥瘡の好発部位と注意事項を記載すると共に、研修を行い、褥瘡予防の重要性について共有化されている。アセスメントの結果、褥瘡発生及び発生の可能性が認められる利用者については除圧、衣類のしわの防止、栄養管理、清潔保持、軟膏塗布など計画に基づき支援が行われている。また、入浴、排泄の介助時は皮膚の観察の機会と捉え、皮膚の異常が認められれば、早期に介護支援専門員、家族へ情報を提供し、問題の解決に繋げている。</p>	
A-3 食生活	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・(b)・c
<p>評価概要:利用開始前に摂食・嚥下及び食習慣に関するアセスメントを行い、利用者の状態に適した食事の提供が行われている。食事のメニューは利用者の希望を聞きながら職員が献立を作成し、事業所内の台所を使用して、シルバー人材センターの職員に委託している。食材は近隣で採れた新鮮な野菜を活用したり、行事食及び当日の希望でぜんざいやカレーを追加したりと変化を持たせている。テーブルに座る位置は、利用者同士の楽しい雰囲気保たれるよう配慮し、季節の花を飾って話題を提供している。</p>	
A-3-② 食事の提供、食事介助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:嚥下能力に問題がある利用者に対しては、トロミ剤の使用や食形態を刻み食、ミキサー食にして、経口摂取が可能となるよう支援が行われている。また、食事の姿勢に配慮し、安定して、嚥下が容易になるよう枕や小枕を使用している。誤嚥などの食事中の事故対策は、緊急時マニュアルを策定し、研修すると共に、誤嚥の恐れ認められる利用者の見守りは注意して行っている。水分摂取は1時間毎に準備を行い、脱水症の予防に努めているが、水分の制限が必要な利用者には摂取量に配慮している。管理栄養士との連携は不定期であるが献立について助言を得ている。</p>	

A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	①・b・c
<p>評価概要：アセスメントで確認した利用者の口腔内の状態及び口腔ケアの自立度に応じた計画に沿った支援が行われている。食事前には口腔体操が実施されているが、難聴の利用者に配慮して手作りの絵を用いて行っている。また、指・上肢の運動を追加して、お箸と食器が握り易くなるよう支援が行われている。食後はビニール袋内に事業所で保管しているコップ及び歯ブラシ又はスポンジブラシを用いて、利用者に応じた口腔ケアを行っている。口腔ケアマニュアルを策定し、職員間の研修を行うと共に、家族会の中でも研修内容を報告し、共有化している。支援の中で発見した義歯の不適合や口腔内の異常は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-4 認知症ケア	第三者評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①・b・c
<p>評価概要：アセスメントから得られた利用者の得意な能力を生かした活動を計画している。利用者の手で貼り付けを行った大きな獅子舞は、法人の作品展で最高賞になり、玄関入口に掲示されている。室内を歩き回られる女性に対しては、割烹着を身に付けて、職員と一緒に茶碗を洗って頂くことで落ち着いて過ごすことができています。個別に観察を行い、いつもと異なる落ち着きのなさが認められる利用者には、水分、排泄、空腹等の生理的欲求を確認した上で、ドライブ、散歩など個別の対応を行うことで改善している。認知症高齢者のケアマニュアルを策定し、生活機能の視点から利用者を理解し、支援を行うことの重要性を研修で学ぶと共に、職員が認知症サポーターの講師となって地域住民及び職員に対して認知症サポーター養成を行っている。</p>	
A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	①・b・c
<p>評価概要：利用者が安心して生活できるよう職員は笑顔で穏やかな対応を心掛けている。また、利用者が使用するクレヨンには食物で作られており、食べられる物に買い替えたり、漂白剤、消毒薬、洗剤などは棚の中に収納し、安全な環境に配慮している。共有スペースには居心地の良いソファ、椅子が配置され、壁には季節毎に利用者によって作られた作品が展示されている。地域住民の認知症に関する理解を高め、相談を受けるオレンジカフェを開催したり、買い物に不自由されている利用者に対してはドライブサロンを週に1回行い、バスで買い物の支援を行うなど住みやすい地域環境作りに貢献している。</p>	
A-5 機能訓練、介護予防	第三者評価結果
A-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。	①・b・c
<p>評価概要：利用者のアセスメントから得られた情報から一人ひとりの機能訓練計画を作成し、実施、評価、見直しが行われている。外転筋強化のバンドを職員が手作りで作成し、自宅でも継続できるようプレゼントすると共に、自宅で気軽に実施できる指導を行っている。機能の低下が認められた利用者について介護支援専門員へ情報を提供し、薬の変更が原因と判明し、改善した事例が認められた。</p>	
A-6 健康管理、衛生管理	第三者評価結果
A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	①・b・c
<p>評価概要：緊急時対応マニュアルを策定し、健康状態の観察と対応について入職時及び現任研修が行われている。当日の利用者の体調変化や異常を早期に発見するために、送迎時の家族との情報交換、利用者の観察を行い、到着後は直ちにバイタルサインを測定している。異常なデータが認められれば、繰り返し測定し、改善しない場合には介護支援専門員及び家族へ情報を提供し、早期の解決に繋げている。いつもより歩行が前傾姿勢になる利用者が午後から発熱し、受診を勧め、肺炎が発見された事例が認められた。高齢者の疾患及び薬の作用、副作用について研修が行われており、服薬管理は二人体制で確認し与薬が行われている。また、当日の利用を休止された利用者宅へ電話確認を行うと共に、電話連絡が取れない場合は、訪問して健康状態の確認を行っている。</p>	
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	①・b・c
<p>評価概要：施設内感染対策指針、感染対策委員会活動要綱を策定し、入職時及び現任研修を行い、予防策と発生時の対応策の周知を徹底している。毎月開催される感染対策委員会では時期に応じて蔓延が予想される感染症、食中毒の情報を提供すると共に、感染対策における適切な指導、助言を行い、職員に周知している。また、衛生管理マニュアルを作成し、施設の管理、食器類の管理、飲料水の管理、浴槽の管理、台所の衛生管理が定められ、実践されている。職員の健康管理は健康診断を行い、インフルエンザの流行前に無料で予防接種を行っている。また、職員及び職員の家族が感染症に罹患した場合のマニュアルが作成され、実践されている。日常的に食事の前、トイレの後、液体石鹸による手洗いとペーパータオルによるふき取りが行われている。玄関には手指消毒器、マスクが準備され、使用を勧めている。</p>	
A-7 建物・設備	第三者評価結果
A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a・②・c
<p>評価概要：建物は新耐震基準で設置され、毎年、主要構造部、設備の耐震性の確認、什器・備品の転倒・転落防止措置の確認を行い、改善課題・時期を明記している。また、事業所内の設備、備品については毎月点検が行われ、安全に過ごせるよう配慮されている。椅子やソファ、ベットは利用者の状態及び希望に応じて利用して頂き、快適な寛ぎの環境を整えている。また、壁には利用者によって作成されて季節ごとの作品が掲示され、利用者間の話題となっている。</p>	
A-8 家族との連携	第三者評価結果
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	①・b・c
<p>評価概要：送迎時の家族の言動を観察すると共に、連絡帳を活用し、家族に変化を見逃さないよう連携している。利用者の問題や変化は家族と共有し、協同して解決するしくみが認められる。家族の加重介護が疑われる場合には、オレンジカフェを活用して、相談すると共に、介護支援専門員へ情報を提供し、早期の問題解決に繋げている。家族会を開催し、家族の要望を聞くと共に、運営推進会議の役員に家族から2名選出し、運営全般に家族の意向を反映している。また、家族会では認知症になっても暮らしやすい地域作りでグループワークを行い、学び合いの機会となっている。</p>	