

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 「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」の理念を基に介護理念である「私たちはあなたらしさを大切にします」を策定し、これの周知を図る取り組みとしてホームページ、パンフレット、事業所玄関への掲示、職員ネームホルダーへの携帯を行っている。また、内容の説明については重要事項説明書、広報誌を用いて、ご家族へ説明を行っている。「あなたらしさを大切にします」の思いとして利用者様が自分らしく在宅での生活を継続することが出来るように、出来ないことのみならず視点を向けず、出来る、出来ないの両方に視点を向け良い部分は更に伸ばし、出来ない部分は少しずつでも改善へと向かうことが出来るように支援することを目的とし、理念に掲げている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		自己評価結果
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 法人運営会議にて、在宅部門の各事業所の動向、課題や経営分析を行っている。会議の中で各事業所が抱えている課題等の共有を行い、助言を行い今後の運営へと役立てている。また、各事業所の経営状況を早期に把握することで法人内での連携強化へと繋げることが出来ている。</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 前年度をベースに目標の計上を行っている。経営状況について在宅部門会議にて管理者に周知を行い、事業所職員へは担当事務職員より上期、下期に分けて経営状況の説明を行っている。また、データにて稼働率の管理を行い、毎月の事業所で行う会議にて利用者動向、稼働率の報告、周知を行っている。会議の中で事業所が抱えている課題をあげ、全管理者にて協議を行い、改善することが出来るように意見交換を行っている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		自己評価結果
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 法人全体として介護報酬改定が行われる3年毎の事業計画を作成し、高齢者率がピークを迎える2025年度を見据えた取り組みを行っている。それに向け、地域住民への国や自治体が目指す方向性や施策の理解や地域包括ケアシステム構築の為に福祉人材の育成を行っていく。また、事業所内としても無資格者ゼロ、職員のスキルアップと働きがいを支援していく。</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 前年度の課題を基に事業計画を作成し、上半期、下半期ごとに見直しを行い、進捗状況の確認を行っている。事業計画を、職員が理解しやすいように目標の数値化、具体的な取り組みを記載している。年度末には事業報告を作成し課題を抽出し次年度の課題として上げている。</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>上期、下期の終了月（9月、3月）に事業計画の進捗状況、事業収支を担当経理、職員とデイ会議にて検討し目標の設定をしている。事業計画策定前に評価を行い課題の抽出後、見直しを行っている。</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</p> <p>利用者様、ご家族へは家族会、行事を通じて事業所の取り組みを報告している。家族会不参加者へは事業計画の内容を理解しやすいように、要点をまとめ広報誌へ記載し周知を行っている。</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

		自己評価結果
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>内部評価を行いその後のサービスの質向上へと繋げている。計画、実行、評価、改善の手順で通所介護サービスの提供を行い、必要時期に通所介護計画書の見直しを行っている。法人内の4つのデイサービスにて4デイ会議を行っており、その中で各事業所が抱えている課題の抽出を行い共有、意見交換を行い改善へと繋げている。また、会議より利用者様の日頃の活動を披露する場として提案のあった4デイオリンピック、展示会の実施を4デイ合同で行うことが出来ている。</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>サービスの質向上に向けた取り組みとして毎年サービスの質満足度調査を行い指摘事項の改善を行っている。サービス利用者より意見の集約を行い、それに対して対策を講じるように取り組んでいる。</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

		自己評価結果
Ⅱ-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-1 (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>運営規程のなかで職員等の管理及び業務の管理を一元的に行うと明記している。役割等級基準に沿ってそれぞれの職員の役割を明確化している。職員へ事業計画の進捗状況の報告の場を設け、毎月のデイ会議にて実施の経過確認を職員と共にやっている。また、事業所の取り組み報告として在宅会議を活用している。</p>		
11	Ⅱ-1-1 (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>事業計画の中でコンプライアンスへの取り組みとして明記してあり、法人内勉強会、研修の参加にて介護保険、権利擁護等の知識の習得、理解を得ることが出来るよう取り組んでいる。年に1度の、内部監査にて事務局長、在宅支援課長にて必要書類の評価を実施し改善を行っている。報酬改定、加算変更など実施の際は、職員へ周知し間違いがないよう取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-1 (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>年2回（必要に応じて面談回数を増やしている）の職員面談にて職員の抱える悩みや今後の目標確認を行い今後の業務へと生かしている。年1回満足度調査を行い、アンケート結果の集計を行い、職員のサービス内容の振り返りと改善策の検討を行っている。また、毎月のデイ会議にて利用者のサービス提供内容やケアの方法、事業計画について職員間での協議または管理者より指示を行い、質の向上を常に図っている。</p>		
13	Ⅱ-1-1 (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</p> <p>毎月在宅会議にて経営状況の報告、事業所の課題分析を行っている。年2回の経理からの収支報告や毎月のデイ会議にて、現状報告、在宅部門会議等で出された必要情報の報告を行っている。また、「働きやすい職場になるためには」の題目にて職員間で協議する場を設け、意見を集約し改善へ向かうことが出来るように意見交換を行っている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価結果
Ⅱ-2-1 (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) -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>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を立案し、福祉人材の育成と獲得、職員の定着に取り組んでいる。8つの視点でプロジェクトを構成しており、福祉人材の確保、質の高いサービスを提供するための専門職を配置する為の人材の確保などの取り組みを行っている。新人、中途採用者の人材育成として研修プログラムを立案しており、プログラムに沿って担当職員からの指導を行い担当を固定することにより相談や業務についての話しが行いやすい環境を作っている。</p>		
15	Ⅱ-2-1 (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>人事考課にて、自己評価を基に職員の目標の達成度、スキルについて把握している。面談の中で将来像、意見や意向の確認を行い助言、提案を行い以降の目標としている。年2回正社員等の昇格推薦を行える場があり、推薦書を法人へ提出している。前年度は1名正社員への登用が決まることが出来ている。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>月ごとに有給休暇の取得を約3名ずつ交代で行っている。また、それとは別に年間の目標としてリフレッシュ休暇（3～4日）を事業計画に記載している。職員の就業状況や意向の確認を行い勤務時間の調整を行っている。出勤状況はタイムカード、出勤簿、有給処理簿で確認を行っている。職員の心身の状況を定期の健康診断、または面談にて確認することで健康の確保を行っている。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>人事考課シートを基に、目標に対する達成度、上期、下期に分けての振り返りを行い以降の個人、業務の目標設定、具体的に取り組む内容と手段、期間を明確にし段階的に取り組んでいる。随時、面談にて経過の確認を行っている。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画に年間研修計画を策定しており、計画に沿った研修を行っている。また、毎年度、事業計画見直しの際に職員のレベルに応じた内容の計画に変更を行っている。在宅部門の勉強会へ参加を促している。在宅勉強会では担当職員にて協議を行い、年間の計画の変更を行っている。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>年間の計画に沿って研修を行っている。また、必要に応じて外部への研修の参加を行っており、回覧での希望受付、または職種、経験年数に合わせて管理者より提案を行っている。研修内容については、復命書の提出にて報告を行い、デイ会議の中で他職員へ周知を図っている。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>各種養成校の実習受け入れを行っている。実習の目的、学びたい内容、1日の流れを職員へ伝え、実習内容を把握した上で担当職員の配置を行い、実習指導マニュアルに沿って指導を行っている。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		自己評価結果
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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>ホームページや恵仁会情報誌（ブリーズ）を各事業所の窓口にて情報開示を行っている。事業所の活動内容及び行事の報告を広報誌にて配布している。</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。	㊶・b・c
<p>評価概要</p> <p>公正な経営を行うにあたり、毎月外部の公認会計士による会計監査を行っている。また、顧問として弁護士や社会保険労務士との連携を図っている。その他、透明性を図るために、各職種業務内容の分掌表を作成し、職員へ周知している。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流，地域貢献

		自己評価結果
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>町内会に加入し交流の機会の確保を行うと共に地域行事、奉仕作業への参加を職員で行い、顔なじみの関係作りを行っている。地域行事へは地域の利用者様へ声掛けを行い希望者と一緒に参加している。</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</p> <p>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マニュアルに沿って実施することとしている。</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</p> <p>必要に応じて成年後見制度や生活保護制度の利用を行っている。地域の民生委員、町内会の方々とオレンジカフェや町内会行事にて情報の交換を行っている。</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 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>買い物が困難な山間地区に、施設所有のバスと職員を派遣し、ドライブサロンとして買い物支援を行っている。また、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る。グループ企画として、商店街を招致し、まちのいちを開催することで地域活性化を図っている。事業所にオレンジの窓の看板を掲げ地域で認知症に困っている方々の寄り合い、相談の場として活動を行っている。その中でオレンジカフェ（認知症カフェ）として毎月、第3水曜日に開催している。介護予防教室、オレンジカフェの広報を兼ねて、地域を足で周り声を聞く機会を設けている。</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>山間地区に対する買い物支援活動や行方不明者捜索の為にネットワーク等も構築されている。地域の方、利用者様家族を対象としたオレンジカフェを毎月第3水曜日に開催している。オレンジカフェ、介護予防教室などを通じてニーズの調査を行っている。</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

		自己評価結果
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</p> <p>法令遵守規定を定めその中に利用者様の権利に関する宣言を行っている。採用時研修等ではわかりやすく資料を作成し説明を行っている。権利擁護、身体拘束廃止等の勉強会を行っており理解に努めている。</p>		

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。	㉑・b・c
<p>評価概要 利用者様の個人情報の利用目的を契約時に説明し、同意・捺印を頂き、ホームページや広報誌等に個人情報を使用する際は、個人情報の制限を確認しながら行っている。職員へも個人情報に関わる同意を行った後に利用者様との関わりを持っている。利用者支援に関するプライバシー保護はプライバシー規定に基づいて実施している。安全管理、身体拘束廃止委員会を毎月開催し、拘束による弊害を理解し身体拘束廃止に向けた意識を常にもち、ケアに当たることが出来るように取り組んでいる。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 インターネット上にホームページ（Facebook、ブログ等）が公開されている。ホームページは随時更新され、行事の様子などの情報が掲載されている。また、事業所の情報を広報誌に掲載し情報の発信を行っている。利用希望者については、パンフレットを使用して1日の流れ、料金、活動内容の説明を行い実際に施設内の環境、設備の見学を管理者、生活相談員が担当し対応を行っている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 福祉サービスの利用開始にあたり「地域密着型通所・介護予防通所介護利用契約書、重要事項説明書」を用いて説明をしている。サービス内容及び利用料金について理解しにくい点はないか確認を行いつつ説明をし、同意を得た上で契約の締結を行い、署名・捺印を頂き、利用者家族と事業所の双方で一部ずつ保管している。また、利用開始後も不明な点や必要があれば再度説明を行っている。通所介護計画書作成にあたっては他職種と共同で作成し期間ごとに見直しを行い、都度説明をした上で、同意・署名・捺印・交付の手続きを行っている。意思決定が困難な場合は家族（扶養義務者）から同意を得ている。</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。	㉑・b・c
<p>評価概要 アセスメントの提供を行い、福祉施設・事業所変更による利用終了後もあなたらしさを大切にすることが出来るように情報の提供を行っている。また、担当者会議への出席依頼時は参加を行い、口頭にて細かい情報も提供している。利用終了後も問い合わせ、相談について随時受付を行っており、事業所で行っている介護予防教室、オレンジカフェにお誘いしている。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上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</p> <p>利用者満足度の把握に含め、毎年年度末にアンケート調査、家族会の開催を行っている。アンケート結果、ケアマネとの情報共有によりサービス内容の変更、職員指導へと役立てており満足度の上向上へと努めている。利用者との日々の関わりの中で随時、管理者より相談面談の機会を設けている。</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</p> <p>苦情解決制度について、重要事項説明書に明記しており、これに基づき利用者様・家族へ説明を行っている。事業所内には意見箱に加え、アンケート調査も実施し事業所へ直接言いにくい意見も把握出来るようにしている。また、苦情解決の人員体制を確認しやすいように玄関前に掲げている。</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</p> <p>情報共有の為に連絡ノートを使用しており、「ご家族より」という欄を設けている。その中で口頭で伝えるべく内容を記入することで意見を言いやすいように配慮している。また、玄関入口に意見箱の設置、重要事項説明書の掲示を行っている。現場職員の介護職、生活相談員共に日々の関わりの中で利用者様より意見・要望を引き出しその内容を管理者へと報告を行うように努めている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>相談・意見に対応出来るように、フローチャート及びマニュアルの整備を行い定期的な見直しをしている。意見箱の設置、アンケート調査を行っており回答については家族会での報告及び文書の配布にて行っている。職員への周知方法としてデイ会議の中で報告を行い、対応策を検討することでサービスの質の上向上へと努めている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要</p> <p>毎月、安全管理委員会を中心に、リスク管理を行うための安全管理委員会を開催している。また、緊急を要する場合は緊急招致を行う体制をとっている。事故発生時は速やかに対策会議を行い再発防止に努めている。危険予知に対する訓練を行い、未然に防ぐ取り組みや、事故発生時の対応及び連絡体制について整備を行っている。</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</p> <p>感染症対策委員会を中心に、毎月委員会の開催を行っている。感染症に関する基礎知識、予防対策について勉強会を行っており季節、感染症情報に合わせて注意喚起に努めている。また、感染症発生時は緊急招致を行い拡大予防措置を図る体制を整えている。汚物処理などマニュアルに沿った方法で適切に実施できるか感染症流行前に管理者より確認を行っている。</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 毎年、上期下期に分けて2回の防災避難訓練を行っている。内容としては、昼間及び夜間想定の方を行 い、同建物の小規模多機能哲ちゃん家と合同で行っている。消防署立会時の訓練では、消火器を使用した 消火活動の訓練を行っている。地震・水害発生時のBCP事業継続計画を作成し、万が一に備えている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価結果
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 各サービスマニュアルに沿って基本的な援助実施方法を周知している。マニュアルは新人教育の教材とし て使用することとしているが、必要時はマニュアルに沿って新人以外の職員へも指導を行っている。通所 介護計画の作成を行い、計画の各項目に沿って実施記録を行っている。</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。	㉠・b・c
<p>評価概要 通所介護計画書作成時に全体像の把握を行っている。ケアマネジャーのマスタープラン、事業所アセス メント内容を基に各職種と評価、カンファレンスを行い通所介護計画書へと反映している。アセスメント による状態、意向の変化、サービスの変更が必要な場合はその都度対応を行っている。</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 デイサービス独自のアセスメントを作成し、利用者様状況、ニーズの把握に努めている。その状況から通 所介護計画に必要な策定項目として反映している。各職種にて協議を行うが、ご家族などの関わりの近い 人からの聴取もしている。</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 マニュアルに基づいて計画の見直しを行っている。通所介護計画書に期間を設け評価、見直しを行ってい る。短期目標期間に合わせてアセスメント、評価を照らし合わせて、カンファレンス後にケアマネ ジャーへ状況報告を行っている。マスタープランとの連動性の確認を行い通所介護計画書の作成を行い、 利用者様、ご家族へ計画作成後サービスを継続している。状態変化等により通所介護計画書の変更が必要 な際は再度見直しを行うこともマニュアルに記載している。</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 通所介護計画書から、サービスの実行表、カンファレンス表、評価表とデータがリンクしており、通所で 行うサービス内容が実行表に反映する為、計画書に基づいた記録を実施することが出来るようにしてい る。記録方法についてはマニュアルを活用し職員へ指導を行っている。職員への情報伝達は毎日のミー ティング時及びメールにて共有を行っている。</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 個人情報保護のためPCは全てパスワードでロックをかけている。個人情報取り扱いマニュアルに基づき、 情報を外部に漏らすことのないよう取り組んでいる。ご本人、ご家族等から閲覧、謄写等の求めに関し ては個人情報保護管理規程に基づき、個人情報に関する開示請求書に記載を頂き対応することとしてい る。利用者記録等は管理者の責任の元で管理を行っている。個人情報の取り扱いについては契約時に説明 を行い、同意、捺印を頂き1部を控えとしてお渡ししている。書類管理方法として相談室に保管してお り、職員不在時は鍵をかけて管理を行っている。</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	自己評価結果
<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 利用者様の基本情報、マスタープランを基にサービス開始前の担当者会議に参加して、生活の環境、ADL、IADLをアセスメントしている。利用者様1人1人に合わせてサービスの提供を行うことができるように、趣味や生活、本人とご家族の目標、ニーズの調査を行い通所介護計画書に反映しサービスの提供を行っている。外出行事に関しては、サービス提供日外での外出、地域行事の参加や日曜日を活用したオリンピックを開催し一人一人が輝きを取り戻すことができるように支援している。</p>	
<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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 事業所理念の中にも「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」を掲げ職員に周知を図り常に念頭に置きケアに当たるようにしている。利用者様の考えや希望を聞くための方法として、言葉以外でもジェスチャーや筆談でコミュニケーションを行っている。小規模の事業所であり他者と親密に関わることが出来るので、10分ずつでも全員とゆっくりと会話を行い、全員とコミュニケーションが取れるように配慮している。言葉遣い、接遇は強化月間を定めデイサービスの目標として掲げている期間があり、デイ会議の中で振り返り確認をしている。言葉遣い、接遇に関しては在宅勉強会の参加を通して学んでいる。初回利用時の方への配慮として、自己紹介を全員で行い、打ち解けて頂いた後に職員が他の方々の間に入り交流ができるように支援している。</p>	
A-2 身体介護	自己評価結果
<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 利用者のADL状況に合わせて、出来る限り自宅に近い状況で、自宅で本人が入浴することが出来るように支援している。普通浴、リフト浴の2種類の浴槽を準備している。また、介助方法も2名で対応出来るように職員配置をしている。浴室の移動を安全に実施する為に、移動の際は手添えまたはシャワーキャリーを使用している。また、脱衣所、浴室の室温の変化がないように暖房機等を使用している。入浴の可否、安全管理に関してはマニュアルを作成している。午前、午後に分けて入浴を行っており利用者様の希望や体調に合わせて入浴時間等の対応を行っている。個浴にて、1人1人がゆっくりと気持ちよく入浴することが出来るように配慮を行っている。また、体調不良により入浴が実施出来ない場合は、足浴、清拭、更衣を行っている。入浴を拒否する利用者様の場合は時間帯の工夫や職員の変更、声掛けの工夫を行い入浴して頂けるように努めている。</p>	
<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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 排泄の方法や使用する物に関しては、アセスメントを行い、自宅でも継続することが出来る方法での排泄介助を行っている。排泄時は排泄内容、皮膚状況の確認を行い連絡ノートを使用しご家族へ情報提供している。また、必要時はケアマネジャー等の関係機関への情報提供を行っている。全ての利用者が気兼ねなくトイレに行くことが出来るように、周囲へ配慮し個別にトイレへの誘導を行っている。また、介助職員についても同性介助で出来る限り実施している。全トイレ温便座機能付きであり、季節に合わせて配慮を行っている。</p>	
<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。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 歩行の状況に合わせて、福祉用具の活用を行い、その方に合った移動方法を行っている。その中で、歩行補助具、福祉用具の提案をさせて頂き安心して移動が出来るように配慮しており必要時はケアマネ、ご家族へ情報の提供をしている。また、福祉用具業者の出入りもあり助言を頂いている。室内バリアフリーであり歩行器での移動、車椅子自力駆動が行える環境の整備に努めている。移動、移乗時は利用者様に合わせて見守り、付き添い、全介助を行っており、支援中の利用者のみでなく周囲にいらっしゃる他利用者様へも配慮を行っている。また、特に転倒のリスクが高いと思われる利用者は、デイ会議にて全職員へ周知している。移動、移乗の自立に向けた取り組みとして身体の機能を向上するための訓練プログラムを用意している。全ての職員が実施出来るように、書面にわかりやすく記載している。</p>	
<p>A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	(a)・b・c
<p>評価概要 オムツ交換時の皮膚確認、食事状況での栄養確認、ベッド、車椅子、木椅子、ソファを利用者様に合わせて交互に使用して同じ部位に負荷がかからないように除圧を行い褥瘡予防に努めている。同一肢位を避けるためにプログラムを組み座位保持が悪い方には適宜ベッド臥位を促している。褥瘡が発生しやすい場所を職員に周知することで、入浴、排泄時に皮膚状態の確認が出来、早期の対応が実施出来ている。小さな傷でも環境により悪化していく可能性があるため、連絡ノートまたは口頭、電話連絡にて皮膚状況を伝えて、病院受診に繋げている。また、ご家族、ケアマネジャー等の関係機関へも皮膚の状況、患部の写真撮影を行い情報の提供をし連携して継続的支援を行っている。</p>	

A-3 食生活	自己評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㊦・b・c
<p>評価概要 食前の口腔体操を行い、美味しく安全に食事を召し上がることが出来るようにしている。自宅で使用している器に近づけるように、ご飯、味噌汁は普通お椀、飲み物は湯呑を活用している。また、おかずは自分で洗いやすいようにワンプレートで器にしている。食べられない物やアレルギーに関しては、サービス利用開始前の担当者会議にて本人、ご家族へ確認を行い通所介護計画書へ記載している。食事、嚥下状況の確認を行い、必要時は食事形態の変更検討を行い、ケアマネージャー等の関係機関へ情報の提供を行っている。食事は職員が考えたメニューを手作りでデイサービスの調理場で調理し、出来たてを提供することが出来ている。また、利用者様の食べたいものの聞き取り、季節の食材の利用をして調理活動として利用者様、職員と一緒にデイルームで食事を1～2品作っている。季節、イベント食としてバーベキュー、そうめん流し、バイキング、おせち料理等を提供している。食事前には口腔体操を行っている。環境の配慮として仲の良い方と一緒に良い方、テレビが近いと良い方とその方に合わせて配慮を行っている。</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。	㊦・b・c
<p>評価概要 食事のポイント、注意点はマニュアルに記載している。満足度調査にて食事についての項目を設けており、意見、要望等を受け改善を行っている。利用者様の食事の様子、嚥下状況や食事・水分量の確認を行い、食事形態の変更を行っている。出来る限り自力での食事を行って頂くために、お箸が使えない方はスプーン、フォークの使用、器を掴めない方は滑り止めの使用、湯呑以外でも取っ手のついているコップの使用とその人に合わせた工夫を行っている。また、水分にトロミ剤が必要な方には適切な量を、ご家族、ケアマネージャーに確認し使用している。連絡ノートに食事、水分量や必要時は食事状況の記載をし、ご家族へ情報の提供を行っている。デイ会議の中で給食について意見交換、情報の共有を行っている。</p>	
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㊦・b・c
<p>評価概要 食事前の口腔体操、食後の口腔ケアを実施している。口腔ケア道具は事業所にて管理し、ケア終了後は次亜塩素酸にてコップ、ガーグル類の消毒を行い衛生管理に努めている。利用者の能力に合わせて不十分な部分の口腔ケア、口腔内の確認を行い清潔を保つことが出来るように支援している。また、必要時は連絡ノートまたは口頭、電話連絡にてご家族へ情報の提供を行い歯科受診の依頼をしている。同グループに歯科があることから助言やアドバイスを受けている。口腔ケア・嚥下に関する外部研修への参加を行い、研修資料を用いてデイ会議の中で他職員へ周知を図っている。</p>	
A-4 認知症ケア	自己評価結果
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㊦・b・c
<p>評価概要 認知症に対してのアセスメントを行い出来ることを把握し、役割を持って頂けるように支援している。帰宅を希望される際は、安全の配慮をいしつつ、落ち着きを取り戻すまで付き添い、傾聴を行っている。日々の個別活動の中で、脳活性化活動として計算や書き取りの問題集の実施、手指を使用した創作活動、役割的活動を取り入れ認知症予防に努めた活動を実施している。認知症実践者研修等の認知症に対する研修への参加を行い、デイ会議の中で資料を用い他職員へ周知をし知識の向上を図っている。また、事業所に鹿屋市公認認知症サポートワーカー研修修了者を配置しており、オレンジの窓として地域の方々に対する、悩み、相談等の窓口として活動を行っている。その中で、オレンジカフェ（認知症カフェ）としての活動を地域の方々と毎月、第三水曜日に実施している。身体拘束廃止委員会の設置をしており、身体拘束は行っていないが身体拘束に対する勉強会、日頃の自分たちの言動を見つめ直す場を設けている。心理行動症状に対しては、アセスメントを行い、生理的な充足が図れているかを、行動の背景、水分量、排泄状況等の確認を行いご家族と情報の共有をいしつつ支援している。</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。	㊦・b・c
<p>評価概要 トイレと浴室は見やすい表示を行い使用しやすいうに工夫している。他者と多く関わりたい方、自分のペースでのんびりと過ごしたい方など利用者様にもそれぞれ希望があるので合わせて席の配慮を行い、安心して過ごして頂けるように環境の配慮を行っている。危険物を取り扱うことや、口に誤って異物を運ぶことがないようにテーブル等の環境整備を行っている。調理活動をデイルームにて行う際は職員が火気、調理道具を管理し危険のないように付き添いを行っている。</p>	

A-5 機能訓練, 介護予防	自己評価結果
<p>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。</p> <p>評価概要 アセスメントから通所介護計画書を作成する際に、必要なプログラムを計画に策定している。計画作成時は、評価、見直しを行った後に作成している。また、訓練加算の取得は行っていないが、自宅の様子、ニーズの調査を行い、利用者様ごとに身体機能向上を目的とした訓練プログラムを作成し、職員が統一して実施することが出来るように書面にわかりやすく記載し、確認しつつ実施することが出来るように努めている。サービス中の心身の確認を行い、必要時は連絡ノートへの記載、口頭、電話にてご家族及びケアマネージャーへ情報の提供を行っている。</p>	(a)・b・c
A-6 健康管理, 衛生管理	自己評価結果
<p>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。</p> <p>評価概要 緊急時対応マニュアルに沿って対応を行うように職員へ周知しており、送迎時もマニュアルに沿って対応が出来るように車両に保管している。迎え時にご家族、施設職員より情報の収集を行っている。連絡ノートの確認と情報収集した内容を生活相談員へ伝え、出勤している他職員へ情報の伝達を行うようにしている。デイサービス到着時にバイタル測定、声掛けでの健康チェックを行ない、体温、血圧等の変動時や気分不快時は時間で再計測や状態に合わせた対応を行っている。早期に対応が必要と思われる事例では、ご家族、ケアマネージャーへの情報提供を行い、受診の依頼を行っている。服薬管理は、職員2名で準備、服薬前の確認を行い2重チェックした後、服用して頂き確実に服用するまで見守りを行っている。利用者個別ファイルに緊急時対応の情報として、既往歴、かかりつけ医師、ケアマネージャー、キーパーソンの連絡先を明記し早急に対応できるようにしている。欠席、または利用がない時も迅速に対応が出来るように希望者へ声掛けサービスの実施を行っている。午前、午後の電話、または電話に出られない際は夕方に訪問を行い安否確認をしている。その中で、体調に関する声掛けを行い必要時はケアマネージャー、ご家族へ情報の提供をしている。</p>	(a)・b・c
<p>A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p> <p>評価概要 感染対応マニュアルを作成し、感染に対する予防、対応に努めている。安全管理委員会にて感染症流行時期前に合わせて、インフルエンザ、ノロウイルス等のテーマを決め、発生した場合も適切な対応を行うことが出来るように事前に勉強会を行っている。職員の体調管理は、始業前に体調確認、検温を行い把握している。1日2回室温、湿度の確認を行い空調、加湿器等を使用し調整を行っている。また、室内の空気の入替えを1日3回行っている。玄関には来訪者の手指消毒の案内をし、利用者様へはサービス開始、食事、お菓子の時間には手指消毒を実施し、就業後はフロア、手すり、椅子、トイレなど消毒を行い感染予防策に努めている。インフルエンザ流行前にはご家族・利用者様へ予防接種の促しを行い、摂取を行ったかの確認をしている。</p>	(a)・b・c
A-7 建物・設備	自己評価結果
<p>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。</p> <p>評価概要 月1回室内の設備点検を行い、清掃、修繕を行っている。ベッド、ソファと利用者様がゆっくりと休むことが出来る場所を確保している。快適に過ごすことが出来る為に、湿度、室温の管理を1日2回行い、空調にて調整を行っている。ダイルーム内の席は関わりの深い方と交流が行えるようにしているが、要望や必要に応じて席の調整を行いその他の方々とも関わる事が出来るように配慮している。季節に合わせた創作品を室内に展示することにより季節を感じ落ち着いて過ごして頂けるように努めている。</p>	(a)・b・c
A-8 家族との連携	自己評価結果
<p>A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p> <p>評価概要 送迎時や連絡ノートを活用して、ご家族との情報交換を行っている。連絡ノートでは確認不足にて伝わりが不十分であることも考えられるため必要時は電話、口頭にて情報の提供を行っている。利用者様の状況はもちろんであるが、ご家族にも異変を感じた際はケアマネージャーへ情報の提供を行い相談をしている。介護方法、認知症について悩まれている際は、オレンジカフェへのお誘いや家族会を活用して相談や助言が出来るように努めている。その中で介護職、ケアマネージャー等による介護方法、制度の相談も重要であるが、精神的な悩みの相談やみんな同じように悩んでいるのだと感じることで思っていることを吐き出して頂くことで気分転換して頂けるように交流を行っている。</p>	(a)・b・c