

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

		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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人理念に沿って、事業所としての基本方針3項目と、それを達成するために実際取り組む具体的な内容としての介護理念3項目を定めている。法人理念や事業所の基本方針等は、ホームページや法人広報誌・法人カレンダー・事業所の便り等へ記載されている。職員へは、研修会（事業計画報告会）への参加（不参加職員へは管理者より内容の伝達）、職員ネームへ入れ常時携帯、毎朝の朝礼において内容の周知や確認を行っている。また、ご利用者やご家族等へは、事業所内への掲示（事業計画書へも記載しており、何時でも閲覧できるようにしてある）、家族会等での説明（不参加者へは送付）、基本方針や介護理念に沿って実際どのような取り組みを行っているのか事業所の便りへ分かりやすく記載する等して内容の周知を行なっている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画の策定動向等については、情報サイトや社内メールでの確認、毎月実施される法人運営会議や在宅会議等にて把握・分析・内容の確認を行っている。その会議の中で、事業所の経営状況や抱えている課題等の分析・意見交換を行なっており、内容はその都度職員へ周知し、その後の運営に活用している。また、経理担当者を含め、収支状況の確認・分析も実施している。</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 毎月の在宅会議や半年毎の事業計画報告で、現状の分析や事業所の課題等を明確にし、ミーティングの際にその内容を職員へ周知し、意見交換等を行っている。現在、職員の確保が事業所の課題としてあり、働きやすい職場環境作りや職員紹介制度の周知・活用、兼務での職員の確保、シルバー人材センターの活用などの取り組みを進めている。その他、安定した稼働率の維持の為に、管理表を作成し、利用予定や現在の利用状況等の把握に努め、在宅会議や職員間で状況の分析や共有・把握し、振替利用の促進や健康状態の安定を図る取り組み、利用中止から登録までの空き期間の短縮を図る取り組み（居宅介護支援事業所との情報交換や連携）を実施している。</p>		

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
<p>評価概要 法人として、介護報酬改定に合わせ、3年毎の事業計画「社会福祉法人恵仁会3か年経営戦略（中期計画：平成30年度～32年度）」「社会福祉法人恵仁会3か年経営計画（中期計画：平成30年度～32年度）」を策定し、具体的な取り組みを実施している。（法人のリーダー研修である「長寿園塾」にて、経営戦略や経営計画、具体的な行動計画を策定：管理者参加）</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 社会福祉法人恵仁会3か年経営戦略（中期計画：平成30年度～32年度）」「社会福祉法人恵仁会3か年経営計画（中期計画：平成30年度～32年度）」の内容を踏まえ、事業所の事業計画の策定を行っている。内容については、年間目標や地域との連携目標、行事、防災訓練・感染症対策、地域交流、職員研修等を計画している。また、半期毎に計画の進捗状況の確認を行い、必要に応じ取り組み状況の見直しや次年度の計画への反映を行っている。</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 半期毎に、ミーティングにおいて職員間で意見を出し合い、事業計画の進捗状況や実施状況の評価を行っている。その評価に基づき、次半期・次年度の実施計画や事業計画への反映を行っている。事業計画については、職員会議での内容の説明やエリア勉強会（事業計画説明会）への参加等で内容の把握に努めている。また、事業所の玄関や事務所に事業計画を置き、いつでも閲覧できるようにしている。</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 年度末に家族会を開催し、今年度の事業計画の実施状況や次年度の事業計画について説明し、内容の周知を図っている。家族会へ不参加の方についても、家族会で説明をした内容を記載した資料を配布し説明を行っている。また、誰でも閲覧出来るよう、事業所内に事業計画を掲示している。行事の予定等については便りへも内容を記載している。利用料金の変更や1日定員の変更の際には、分かりやすい資料を作成し、配布・説明を行っている。</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
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 ご利用者・ご家族の満足度調査（年1回）や内部評価（年1回）、内部監査（年1回）、事業報告（上期・年度）を実施し、調査結果や評価結果により改善を要する内容を明らかにし、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。平成28年8月に第三者評価を受審している。</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 満足度調査（年1回）や内部評価（年1回）、内部監査（年1回）、事業計画報告（半期毎）を実施し、その評価結果に基づいて、課題を職員間で共有し、改善に向けた取り組みを計画的に実施している。また、満足度調査でのご意見に対しては、家族会にて取り組み状況の報告を行っている。</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

		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
<p>評価概要 運営規定の中で、管理者の役割として、業務管理や職員管理について明示しており、事業計画に沿って事業の運営を行っている。管理者の役割や責任については、重要事項説明書等の書類へ記載している。また、職務分掌表や役割等級基準において、管理者の役割や職務について明記しており、職員へもその内容を周知している。管理者は毎月の法人在宅会議へ出席し、内容を職員へ報告・周知を図っている。緊急時対応マニュアル等のマニュアルへ管理者不在時の権限委任等についても明記してある。また、事業計画報告書（上期・年度）において、事業計画の達成状況等を明らかにし、職員会議等で内容の報告・改善に向けた取り組みを実施し、より良い事業運営ができるよう努めている。</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 介護保険についての理解、人員・設備・運営基準、新規取得加算要件等については、職員会議の中で勉強会を実施し、全職員が把握できるように努めている。また、法人内の他通所介護事業所（全3事業所）と密に情報の交換や確認を行い、状況に応じ上司へ相談をするなど、確認や相談を行う体制を整えている。年に1回行政が行う実地指導と同様の内容で内部監査を実施し、それに基づき改善等を行い、適正な事業運営ができるよう努めている。その他、行政が実施する集団指導や虐待防止、権利擁護、労働基準、交通安全等の勉強会へ参加し、不参加の職員へは内容の周知をしている。また、毎月実施している身体拘束廃止委員会・安全管理委員会・職員会議の中で、身体拘束廃止や高齢者虐待・介護保険法・個人情報保護等についての勉強会を実施し、理解に向けた取り組みを実施している。</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 事業所内研修（職員会議・身体拘束廃止委員会・安全管理委員会）、エリア勉強会、外部研修等への参加を積極的に推進している。研修の案内がある際は、全職員へ情報提供をし、参加希望の聞き取りを行っている。また、人事考課で管理者による職員の面談を年2回（4月・10月）実施しており、期間中の評価や次半期の目標、職員が抱えている課題、その他希望などの聴き取りや確認を行っている。ご利用者・ご家族の満足度調査（年1回）や内部評価（年1回）、内部監査（年1回）、事業計画報告（半期毎）で現状の評価を行い、結果内容を分析し、改善策の検討、改善の取り組みを実施している。</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 毎月の在宅会議に管理者が参加し、その中で事業所の運営状況等の報告、課題の分析や改善に向けた取り組みの検討等を行なっている。その内容は、職員へ伝達し内容の周知や意見の交換を行っている。その他、経理担当者も含め、毎月の収支状況の管理も行っている。また、年2回の人事考課による面談での聴き取りにより、職員が働きやすい職場作りに取り組んでいる。29年度は退職者なし。</p>		

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
<p>評価概要 「社会福祉法人恵仁会3か年経営戦略（中期計画：平成30年度～32年度）」「社会福祉法人恵仁会3か年経営計画（中期計画：平成30年度～32年度）」「事業計画」の中で、人材獲得と人財育成についての計画を定め、取り組みを計画的に行なっている。人員体制に関しては、毎年予算を立て、それに伴って職員の確保に努めている。</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 「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」において、「恵仁会が提供するサービスと求める人材像」を定めている。職員が将来を見据えたキャリアアップに取り組めるよう法人内キャリアパス（職種名一覧及び基本ステップ・役割等級基準）、異動や昇格・昇進を明確に行うための人事考課制度の実施、自己評価をもとに、職員の業務に関する意向確認や業務目標の共有、職員自身の次期業務目標を設定するための人事考課面接を年2回行い、総合的な人事管理を実施している。</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 前項目で記載したプロジェクトに、「職員のスキルアップと働きがいを支援する」という目標を設定しており、有給休暇を取得しやすい職場・時間外労働の少ない職場づくり、職員相談窓口の設置、職員の健康づくりの支援（健康診断やストレスチェックの実施、ストレスマネジメントに関する研修の開催・参加、腰痛予防に関する取り組み）、ライフワークバランスを意識した勤務形態の検討・実施等に取り組んでいる。年2回の人事考課面接において、職場内の業務改善や働きやすい職場作りについて職員それぞれから聞き取りを行い、改善を要する内容については、その都度検討し対応している。</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 法人内キャリアパスの導入・研修への参加を積極的に推進し、育成に向けた取り組みを行っている。年2回、人事考課シートを活用し人事考課面接にて、自己評価・目標設定をもとに、前期目標に対する評価・振り返りを実施し、次期目標や具体的な取り組み、実施期間の設定を行っている。また、達成状況等の確認のための面接も随時行なっている。</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 「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」において、「法人職員無資格者ゼロの達成」と「職員のスキルアップと働きがい支援する」についての計画を掲げ、事業計画の中には、年間の研修計画を策定し、その計画に沿って研修への参加を行なっている。（事業所内研修【各担当実習、書類作成に関する研修、職員会議、安全管理委員会、身体拘束廃止委員会】、エリア勉強会、外部研修等）外部研修参加職員は、復命書の提出・事業所での研修内容報告会にて全職員へ内容の周知を行なっている。また、人事考課面接の際には、希望する研修があるかの確認も行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 前述の通り、年間の研修計画に沿って研修への参加・実施をしている。中途採用者に関しては、新人・中途採用者向けの研修マニュアルを活用して研修を実施し、併せて、事業所内での研修（各担当実習、書類作成に関する研修）を計画に沿って行っている。外部研修については、回覧等で職員へ情報提供を行い、希望する研修へ参加できるようにしている。定期的な面接で、事前に参加したい研修内容の聞き取りも行なっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 「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」において、福祉教育に関する支援を明文化している。そのプロジェクトに沿って、笠野原小学校との交流学習や実務者研修の実習生の受け入れ、教員免許取得に係る大学生介護等体験の実習受け入れ、介護職員初任者研修や実務者研修への講師の派遣等を実施している。</p>		

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
<p>評価概要 ホームページや法人情報誌（ブリーズ）・施設内掲示にて、事業や財務等に関する情報公開を行なっている。前回の平成28年8月に受審をした第三者評価の結果についても、ホームページで閲覧可能である。また、便り（瑠璃便り）を活用して、ご家族や地域へ配布し活動内容の周知を行なっている。</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 公正な事業運営のために、毎月外部の公認会計士による会計監査を実施している。また、法人顧問として弁護士や社会労務士とも連携を図っている。その他、透明性を図るために、各職種の業務内容についての職務分掌表を作成し、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
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 地域との交流については、事業計画の中に計画されている。笠野原小学校との交流学習や笠之原エリア秋祭り・オレンジカフェ（毎月第4水）・サロン（毎月第1木）・立哨活動等の活動を実施している。地域の社会資源や情報については、随時事業所内へ掲示を行なっている。また、法人として、高隈地区のドライブサロンも実施している。</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 ボランティア等受入れマニュアルあり。ボランティア等受入れマニュアルに沿って、事前に一日のボランティアの流れや注意事項等の説明も行なっている。パンフレットにもボランティアの受け入れに関する基本姿勢を記載している。笠野原小学校との交流学習や教員免許取得に係る大学生介護等体験実習受け入れ、実務者研修の実習生の受け入れ、介護職員初任者研修や実務者研修への講師の派遣等を随時行なっている。</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 地域の関係機関や団体、その他社会資源等に関する各種パンフレットや情報誌を事業所内に掲示している。サロンやオレンジカフェ、運営推進会議の開催、各ご利用者ごとの担当者会議や地域ケア会議への出席等で各関係機関と情報交換や連携を図っている。</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 法人情報誌の配布や事例発表大会への地域住民の参加により、介護や福祉に関する情報の発信を行っている。事業所の地域交流スペースを開放し、地域住民のサークル活動やサロン、オレンジカフェ等の実施により地域住民との交流の機会を設けている。また、サロンやオレンジカフェの中で介護・福祉施設、認知症に関する講座、各種相談受付等の取り組みを実施している。</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 前述の通り、地域住民との行事等での交流やサロン・オレンジカフェ・運営推進会議等の開催により、地域の方々との情報の交換・ニーズの把握に努めている。また、法人として、山間地区における買物支援活動や行方不明者捜索のための職員ネットワークの構築を行っている。今年度より、事業所の近隣にある笠野原小学校の児童数増加に伴い、児童の登校中の安全を見守る為の立哨活動を実施している。</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

		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
<p>評価概要 法令遵守規定においてご利用者の支援行動方針を定めている。毎月実施している身体拘束廃止委員会において身体拘束廃止・高齢者虐待に関する研修会を行い、エリア勉強会においても権利擁護や倫理・接遇等の内容で研修があり、参加・知識の習得に努めている。ご利用者のQOLの向上のため、食事や入浴、趣味活動等の聴き取りを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 プライバシー規定や法令遵守規定、安全管理委員会・身体拘束廃止委員会活動要綱、身体拘束ゼロ対策マニュアル等を整備しており、職員会議やエリア勉強会、身体拘束廃止委員会の中でマニュアルに関する勉強会を実施している。介護を行う上で肌が露出する場面においては、プライバシーに配慮しカーテンやドアを閉める・タオルをかける・パーテーションを使用する等マニュアルに基づいてサービスの実施をしている。身体拘束廃止委員会の実施やエリア勉強会への参加等により、身体拘束廃止や権利擁護等についての理解を深めている。身体拘束廃止委員会の中で、身体拘束が疑われる対応はないか、その都度検討をしている。</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 ホームページ上のFacebookやブログにて情報の公開を行っており、ホームページは随時更新され、行事や日常の様子等を掲載している。また、定期的に発行している便りへも活動の様子等を掲載し情報発信に努めている。事業所のパンフレットや便りは、地域の関係機関やオレンジカフェやサロンの際に地域の方々へ配布をしている。パンフレットには、事業所の理念や概要、取り組み内容、利用料金等を掲載し、ホームページには、契約書や重要事項説明書、料金表等の掲載もしている。利用希望者や見学者に対しては、パンフレットや便りを使用して1日の流れや活動の様子、利用料金等について説明をし、施設内の様子や活動内容を実際に見て頂きながら、管理者や生活相談員が対応をしている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービスの開始にあたっては「利用契約書・重要事項説明書」を用い説明を行なっている。サービス内容及び利用料金等について説明し、内容の同意・署名・捺印の上、ご利用者と事業所の双方で一部ずつ書類の保管をしている。また、利用開始後にも不明な点があればその都度対応し、対応する旨も事前に伝えている。制度改正時の利用料金変更等についても、その都度資料を作成・家族会にて説明し随時周知を図っている。通所介護計画書についても、目標期間毎に見直しを行い、その都度説明・同意・署名・交付の手続きを行なっている。意思決定が困難なご利用者については、家族等の扶養義務者からの同意や成年後見制度を利用している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用中止（他事業所への移行）となった場合は、「個人情報に関する同意書」における個人情報の利用目的に基づき、担当ケアマネージャーに対して利用状況等の情報提供を行なっている。（利用の継続・中止に関わらず、担当ケアマネージャーへは毎月又は随時、書面や口頭で情報の提供を行なっている）利用終了後も、ケアマネージャーやご家族等からの問い合わせに対して相談窓口を設け、随時相談を受付けている。また、事業所側からも、終了後の状況確認等を担当ケアマネージャー等へ行なっている。</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 ご利用者やご家族の満足度の把握も含め、毎年年度末に家族会を開催し、ご利用者・ご家族から意見・要望等を聴き取り、運営に反映させる機会としている。関係事業所の家族会へも参加し、意見等の聴き取り等を行なっている。また、毎年ご利用者・ご家族を対象に満足度調査を実施しており、調査結果に基づき、改善策の検討・取り組みの実施を行なっている。運営推進会議においても、要望についての聴き取りを行い、満足度の向上に寄与する場としている。担当ケアマネージャーとの情報交換や担当者会議へ参加をし、ご利用者やご家族のサービスに対する意見の聴き取りを行い、それをサービス提供へと反映させている。</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 苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員が設置されており、苦情解決体制を整備している。苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書に明記しており、これに基づきご利用者・ご家族へ説明・同意・交付を行なっている。施設内には意見箱に加え、満足度調査（無記名でのアンケート調査）を1年に1度実施し、直接言いにくい意見についても把握するよう努めている。また、福祉サービスに関する相談苦情解決事業研修会等へ参加し、職員へ内容の周知を行い、福祉サービスの質の向上についての理解を深めている。ご利用者やご家族より要望や希望があった場合は、必ず管理者や生活相談員へ報告する体制をとっている。</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。	a b・c
<p>評価概要 重要事項説明書の中で、相談・苦情解決責任者、苦情・相談受け窓口担当者、行政機関、第三者委員（2名）を明示し、複数の相談窓口があることを記載している。ご利用者・ご家族へは契約時に説明・同意・交付をしている。玄関入口に意見箱を設置し、事業所内には重要事項説明書や相談苦情の受付に関するポスターを掲示している。また、職員はご利用者と関わりを持つ中で意見や要望等を聞いた場合は、些細な内容でも管理者等へ報告するようにしている。相談室は、事務所の隣・他のご利用者のいるフロアと離れたところに設置しており、静かで相談をしやすいスペースを確保している。</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 b・c
<p>評価概要 相談・苦情に対してのマニュアル及びフローチャートの整備を行い、定期的に見直しの検討も行なっている。意見箱については、玄関に設置し、定期的の中身の確認を行なっている。職員は、送迎時や日常の関わりの中で、ご利用者・ご家族からの意見や意向の把握に努めている。</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。	a b・c
<p>評価概要 緊急時対応マニュアルや安全管理委員会活動要綱等を策定し、リスクマネジメント体制の構築を行なっている。事故発生時は、状況の把握・今後の対応方針等の協議・検討を行ない、アクシデントレポートの提出を義務付け、再発の防止に努めている。また、協議・検討を行なった内容については、毎月実施している安全管理委員会の中で、現状の確認や今後の対応等再度確認をしている。3箇月毎に法人で実施される安全管理委員会の全体会に出席し、他事業所の事故報告内容についても把握・参考にし、内容を職員へ伝達し、危機管理意識を高め事故防止に努めている。</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。	a b・c
<p>評価概要 責任や役割を明確にした管理体制等記載してあるマニュアル（感染症対策マニュアル・感染症発症時の対策・施設内インフルエンザ感染防止対策マニュアル）を整備している。毎月安全管理委員会の中で感染症に関する勉強会の実施や、また、エリア勉強会等に参加し、感染症に関する知識の習得に努めている（インフルエンザ・ノロウイルス・嘔吐物の処理方法等）。また、大隅地域振興局より配信される大隅感染症情報の内容についても参考にし、職員へ感染症情報の周知に努めている。感染症流行期には、事業所内にポスターを掲示し注意喚起を行い、送迎時の検温・ご利用者及びご家族へ予防法等記載した便りの送付等も行なっている。各洗面所には手洗い方法のポスターを掲示している。温度・湿度チェック表を活用し、事業所内の適切な温度と湿度管理に努めている。台所やトイレ等ではタオルは使用せず、ペーパータオルを設置し使用している。重要事項説明書へは、風邪症状が見られる際はお休みをお願いする場合がある旨の記載があり、契約時に説明・同意・交付を行っている。</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。	a b・c
<p>評価概要 災害時のマニュアル（非常災害対策の行動手順・地震水害BCP）を整備している。29年度は3回避難訓練を実施し（消防立会1回・自主訓練2回）、法人事務局・笠之原エリア関係事業所等と連携をしながら訓練の実施をしている。</p>		

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
<p>評価概要 入浴や食事、排泄、認知症ケア等の標準的な実施方法については、各種マニュアルを整備しており、その中でご利用者への尊重やプライバシーの保護等の姿勢が明示してある。新人・中途採用者に関しての入職時研修において、各種マニュアルに基づいた施設実習の実施・内容の周知を行なっている。また、各種マニュアルについては、誰でも閲覧ができるようにしてあり（事務所内に保管）、管理者によりそれに沿ったケアが実施できているかの確認も随時行なっている。</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 マニュアルメンテナンスに関するマニュアルあり。1年に1回定期的に安全管理委員会や身体拘束廃止委員会、職員会議等でマニュアルについて見直しの検討・協議を行い、内容変更後は職員会議等で内容の周知を図っている。その他、必要時にも見直しの検討を行なっている。</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 通所介護計画書作成マニュアルあり。アセスメント書式に基づき、各ご利用者毎にアセスメントを実施している。それにより情報収集・ニーズの把握に努め、計画作成・サービスの実施・目標期間毎の評価・計画の見直しの検討を行なっている。目標期間毎の評価（評価表）や計画の見直しの検討（複数の職種の職員による合議・通所介護計画カンファレンスの要点）、アセスメントは、ご利用者毎に担当職員が実施し、書類の作成を行なっている。また、支援困難ケースや状態に変化があった場合には、再アセスメントを実施し、計画の見直し・検討を随時実施している。状況に応じ、担当ケアマネジャーへ現状の報告や相談を行っている。</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 各ご利用者毎の目標期間に応じ、評価（評価表）や計画の見直しの検討（通所介護カンファレンスの要点）・アセスメントを実施しており、ご利用者・ご家族・担当ケアマネジャーへ評価内容や計画内容の変更の有無等の報告や相談を行なっている。計画の見直しが必要な場合は、マニュアルに基づき見直しを行なっている。見直しを行なったサービス内容については、ご利用者・ご家族に説明し同意を得た上で、サービスの実施を行なっている。変更内容については、連絡帳や朝礼、ミーティングにて職員へ内容を周知している。</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 通所介護計画書や実行表、評価表、カンファレンスの議事録等の各データがリンクしており、通所介護計画のサービス内容が実行表へも反映するため、通所介護計画に基づいた記録が記入できるようにしている。</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 個人情報管理規定があり、その中で個人情報管理責任者や個人情報管理者を定めている。個人情報の取り扱いについては、契約時の「個人情報に関する同意書」に基づき、ご利用者・ご家族へ説明し、同意を得ている。また、パソコンや記録ソフトへはパスワードでロックをかけている。パソコンデータのバックアップの為に、外付けHDDを使用し、定期的に更新・保存するようにしている。個人情報取扱いマニュアルに基づき、職員は情報を外部へ漏らさないようにしている。（個人情報保護に関する誓約書あり）ご本人・ご家族等による記録等の閲覧・謄写の求めに対しては、個人情報管理規定に基づき、個人情報に関する開示請求書により対応可能である。</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) 】

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。	(a) 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。	(a) b・c
<p>評価概要 サービス開始時のサービス担当者会議において、ご利用者やご家族、その他関係機関職員から情報収集を行い、生活に対する意向の把握に努めている。併せて、アセスメント(特技や趣味活動の確認も併せて行う)・家屋評価に基づきADL・IADL・生活環境・生活状況等の情報収集をし、その中で得られた内容を通所介護計画書へ反映させ、計画に基づきサービスの提供を行っている。定期的に現状の評価・サービス内容の見直しの検討・現状の確認・生活に対する意向の確認等を行い、ご利用者の意向に応じた生活やサービス内容となっているかの検討を随時実施している。また、「ご利用者の趣味や特技を大切に、それらを活かした役割・活動を通じて、楽しみや喜びを感じて頂けるような事業所を目指します」を事業所の基本方針の一つに掲げており、その基本方針のもと、それぞれの趣味や特技を活かして、手芸や俳句、短歌作り、絵画、季節に応じた壁画作り等の活動を行っている。その中で、作り上げた作品は、事業所内への展示や定期的に発行している便り・法人のホームページにある「ブログコーナー」への掲載、作品を募集しているものへの応募、グループ内の通所系事業所(4事業所)と共同での作品展示会へ出展をし、日頃の活動や作品の披露を行っている。グループ内の通所系事業所と合同で恵仁会・青仁会デイオリンピックや作品展示会の開催、サロンやオレンジカフェでの交流スペースみらい利用者との交流、笠之原エリア秋祭りへの参加等により地域との関わりや社会参加の機会を設けている。</p> <p>会話だけではなく、表情や身振り手振り・筆談等様々な方法でコミュニケーションをし、ご利用者の思いを読み取るようにしている。確認したご利用者の思いについては、管理者や生活相談員に必ず報告をする体制を整え、ご家族・担当ケアマネージャー等へ相談の上、支援内容に活かすようにしている。また、認知症の方へのコミュニケーションに関しても、ケアマニュアルに基づき、言語だけではなく情報(非言語的コミュニケーション)を大切にしたり関わりを努めている。人と一定の距離を保ちたい方や人の中で過ごしたい方等、その方その方に合わせた座席の検討・工夫等も行なっている。接遇や虐待防止・権利擁護、認知症に関する研修等の実施・参加により、ご利用者との接し方・言葉使い等を職員へ周知・理解を深める機会としている。個別に話したいという希望がある場合は、相談室を利用している。また、初回利用時のご利用者は、慣れない場所であり、馴染みの関係が築けておらず緊張感が強い状況が予測される為、孤立することがないように座席の配慮や、随時声をかけたり、活動への参加を促しながらその中でコミュニケーションを図ったりし、緊張が和らぐような関わり方を特に心掛けている。</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。	(a) -・c
<p>評価概要 「法令遵守規定」において、「利用者様の権利に関する宣言」や「社会福祉法人恵仁会職員10の心得」を定め、職員へ内容を周知している。高齢者虐待に関する資料やパンフレットは、事業所に掲示してあり、いつでも閲覧が可能である。エリア勉強会や身体拘束廃止委員会にて、権利擁護や身体拘束廃止についての勉強会を実施し、理解を深めるよう努めている。また、身体拘束廃止委員会の中で、身体拘束等の権利侵害が疑われる対応はないか、その都度検討を行っている。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		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。	(a) b・c
<p>評価概要 事業所職員や施設管理職員で建物及び設備の点検等を行い、不備等があった際は修繕を行なっている。また、パトロール隊により定期的に敷地内のパトロールを行い、施設内外の安全面・衛生面に関する確認を行い、必要に応じ改善等の対応を行っている。トイレの表示は絵を使用し、分かりやすく示している。フロアへは、椅子やソファ、ウォーターベッド、テーブルも複数配置し、その方の思いや考えに沿った環境で過ごして頂けるような工夫をしている。必要に応じ、室内の模様替えを実施し、ご利用者の方々が快適に過ごせるように環境の整備を行なっている。室内の壁には、作品展示コーナーを設け、ご利用者の方々が作成された作品を展示している。ハサミや包丁、次亜塩素酸ナトリウム等の危険物に関しては、ご利用者の目につかない場所や手の届かない場所へ保管している。</p>		

A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		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 入浴マニュアルやご利用者のアセスメント・通所介護計画書に基づき、個浴リフトの使用やその方に応じた介助方法で入浴の支援を行なっている。脱衣室入口への暖簾やプライバシー保護の為にタオルの使用・同性職員での対応等で尊厳や羞恥心に配慮した支援に努めている。入浴を拒まれる方に関しては、違った職員が声をかけたり、しばらく時間を置いてから声をかけたりし対応を工夫している。マニュアルに基づき、浴室・脱衣室の室温管理や湯温調節、残留塩素管理を行なっている。浴後には、ORSを準備し、ご利用者の皮膚状況に関してのアセスメント・通所介護計画書に基づいたスキンケアを行なっている。浴前には必ず健康状態の確認を行い、普段の状態と比べ異常があった場合等は、看護師へ報告し、再測や入浴を見合わせたり、清拭等へ変更する等の対応を行なっている。初回利用時の入浴支援は特に慎重に対応し、状況確認や支援内容を細かく記録へ記載し、内容を職員間で共有するように努めている。午前・午後の入浴を実施しており、ご利用者の希望や体調に応じた支援を行っている。入浴状況について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</p> <p>排泄マニュアルやご利用者の排泄状況のアセスメント・通所介護計画書に基づき、その方に応じた排泄の支援を行なっている。アセスメントにおいて、できている動作は今後も継続してできるような支援をし、できていない動作に関しては、ご自分でできるようにならないかの検討も併せて行っている。ご利用者毎に排泄状況の確認（尿や便の回数、量、形状等の確認）を行い、連絡帳等活用しご家族や関係機関へ情報提供を行なっている。マニュアルに基づき、扉は必ず閉める・パーテーションの使用・タオルの使用・自尊心を傷つける言葉使いや態度は避ける・さりげない案内の声かけ等を実施し、ご利用者の尊厳や羞恥心に配慮した排泄の支援に努めている。毎日及び必要に応じトイレの清掃・換気・消臭剤の使用により清潔保持に努め、各洋式便座へは保温機能が備わっており、冬場はヒーター等使用しトイレ内の保温に努めている。アセスメント・通所介護計画書に基づき、座位保持困難等で転倒・転落の危険性がある場合は、尊厳や羞恥心に配慮しつつ必要に応じ排泄時の付き添いを行なっている。トイレは3か所あり、広さや設置されている手すりの方向が違う為、ご利用者の身体状況に合わせたトイレを使用している。排泄動作の状況等について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</p> <p>ご利用の移動状況のアセスメント・通所介護計画書に基づき、その方に応じた移動の支援や介助方法を行なっている。また、状態の変化等あった場合は、その都度、再アセスメントや通所介護計画の見直しを行い、介助方法等の検討を実施している。個別機能訓練加算Ⅱにおいて、移動動作の生活目標達成に向けた訓練を実施している。ご利用者の心身の状況に対応できるよう車椅子や歩行器、杖等の福祉用具を準備しており、使用前等に点検を常時行なっている。歩行器・車椅子利用者が移動しやすい動線の確保や環境の整備も常時行なっている。送迎については、小型車や福祉車両、リフト車での送迎・希望時間での送迎等心身の状況や希望に応じ、また、安全に配慮した送迎を実施している。移動動作の状況等について、定期的又は随時ご家族・担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。</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 アセスメントにて、嫌いな食物・アレルギー・食事形態等の確認を行なっている。毎年実施している満足度調査で、食事内容に関する調査も実施し、内容を反映させている。滑り止めマットの使用やワンプレートでの食事提供、すくいやすい皿の使用、軽めの皿の使用、食べやすい大きさのスプーンの使用、ふりかけの使用などご利用者の状況に応じた工夫を行なっている。電子レンジがあり、状況に応じ温めることもある。また、糖尿病等の疾患や嚥下状態の変化により食事内容・形態の検討についても随時行なっており、その結果に応じた対応を実施している。お節料理や恵方巻き・そうめん流し・敬老の日お祝い会食等季節に応じた食事の提供を行い、献立に変化をもたせるようにしている。ご利用者の希望や要望に応じた座席の配慮や検討についても随時行なっている。食事前には、口腔体操や手指消毒を行っている。衛星管理マニュアルを整備している。 食事介助マニュアルが整備してある。アセスメント・通所介護計画に基づき、ご利用者の嚥下状況に応じた食事・水分形態での提供を行なっている。また、出来る限り自己にて摂取できるような支援（スプーン・フォーク・滑り止めマットの使用、軽い食器の使用等）を行なっている。座位時に傾きがあるご利用者に関しては、クッションを使用する等して、食事を安全に摂取出来るように姿勢への配慮も行なっている。食事時の事故については、対応マニュアルが整備してあり（誤飲緊急時対応マニュアル）、また、エリア勉強会で緊急時対応についての知識の習得・理解に努めている。事業所に吸引器あり。ご利用者毎に食事・水分摂取量の確認を行なっており、連絡帳等活用し、ご家族や関係機関へ摂取量に関する情報提供を行なっている。栄養スクリーニング加算にて、栄養に関する情報（身長、体重、BMI値、血圧、アルブミン値、体重減少率、食事摂取量）を担当ケアマネージャーへ提供している。</p> <p>食事前には、口腔体操・嚥下体操を実施しており、随時、口腔機能向上を目的としたゲームも活動の中に取り入れている。 口腔ケアマニュアルを整備しており、職員へ内容の周知を行なっている。アセスメントにて、ご利用者の口腔内の状況・口腔清掃の自立の程度についての把握に努めている。その情報に基づき、ご利用者毎の口腔ケアに関する内容を計画へ反映させている。食事前の口腔・嚥下体操、食事後の歯磨き・口腔ケアは全てのご利用者を対象に実施している。口腔ケアに関しての内容は、連絡帳などを活用し、ご家族や担当ケアマネージャーへ随時情報提供を行なっている。</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。		(a) b・c
<p>評価概要 褥瘡の予防について、入浴マニュアルや体位交換マニュアル等の各種マニュアルを整備している。アセスメント・通所介護計画書に基づき、座位時の除圧が必要なご利用者に関しては、クッションを使用したり、ベッドへ移動したりして、同一部位への圧の分散に努めている。また、入職時研修において、各種マニュアルを用いて褥瘡予防に関する知識の習得や理解を深めている。入浴時や排泄時に皮膚状況の確認を行い、発赤や褥瘡形成している等の場合は、ご家族・各関係機関へ情報提供する等即座の対応に努めている。</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・c
<p>評価概要 喀痰吸引や経管栄養についての実施手順を整備している。現在までに、喀痰吸引・経管栄養のご利用者への利用はないが、サービス提供時間を通じて、看護職員の配置があり、喀痰吸引や経管栄養へ対応できる体制は整えている。</p>		
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。		(a) b・c
<p>評価概要 自宅での生活状況・家屋の状況・ニーズ等に基づいた個別機能訓練加算Ⅱのサービスを実施し、自宅での日常生活動作の訓練を個別で行なっている。必要に応じ、法人内の専門職（理学療法士・作業療法士等）へ訓練内容や実施方法等の相談をし、助言や指導を受けている。3箇月毎に評価・自宅訪問による生活状況・家屋状況等の確認を行い、訓練内容の検討・見直しを行なっている。訓練開始時には、ご利用者へ訓練の必要性や目標の説明や共有を図ることで主体的に訓練への取り組みが行えている。その他、集団体操・集団でのゲーム等を日常の活動へ取り入れ、体を動かすプログラムの提供を行なっている。また、アセスメントの中で、特技や趣味活動の聴き取りを行い、一人ひとりに応じたプログラムの提供できるよう努めている。</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。		(a) b・c
<p>評価概要 定期的にADLやIADL、認知症の症状等の評価・アセスメントを実施している。それに基づいた通所介護計画を作成し、その方の症状に合わせたケアの検討・実施や生活上の配慮を行なっている。その方に合わせた座席・場所の工夫を行い、安心して過ごせるよう環境整備に努めている。事業所の外へ出ようとされる際は行動を制限することなく、また、共に外へ出る等安全の確保にも配慮している。ご利用者一人ひとりに合わせた不安の解消や、様々なプログラムの提供を行い不活発な生活を防止できるよう努めている。日常生活の中で役割的活動（家事：茶碗洗い、洗濯物干し、裁縫、ゴミ箱作り等）を取り入れ、認知症予防に努めたプログラムを実施している。職員会議やエリア勉強会にて、認知症に関する勉強会を実施し、認知症に関する知識の習得や理解に努めている。また、認知症の方が楽しめる場、認知症の家族が話し合い相談所としての役割の場、地域の方々が認知症についての理解を深める場として、オレンジカフェを毎月地域の方々と協同で開催している。認知症の症状等に関する言動やサービス利用時の状況を、連絡帳等を活用し、ご家族や関係機関へ情報提供を行なっている。</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。		(a) b・c
<p>評価概要 ご利用者の体調変化時には、緊急時対応マニュアルに沿って対応を行なっている。事業所へ到着後及びその他必要に応じて健康状態の確認を行い、軽微な変化でも看護師を中心に職員間で情報を共有し、連絡帳等の活用によりご家族・各関係機関へも情報の提供を行なっている。状況に応じては、電話にてすぐさま状況の連絡を行うこともある。また、高齢者に多い病気や緊急時の対応について、職員会議や安全管理委員会、エリア勉強会を通じて知識の習得や理解を深めている。服薬に関しては、①薬箱から薬を取る時に確認②他の職員と確認③ご本人と確認の三重チェック後の配薬を徹底している。ご利用者の個別ファイルには、緊急時の情報として、かかりつけ医・緊急時の連絡先（ご家族・担当CM）・疾患名等明記し、早急に対応ができる仕組み作りを行なっている。</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		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) b・c
<p>評価概要 送迎時や連絡帳の活用、電話連絡等にて、ご家族との情報交換を随時行なっている。満足度調査や担当者会議・自宅へ伺いアセスメントや家屋状況等確認の際に、ご家族へ生活に対する要望や意見の聴き取りを実施している。併せて、その中でご家族の心身の状況や自宅での生活状況等の把握に努め、随時ご家族へ介助方法等に関する情報提供・必要に応じ担当ケアマネージャーへ情報提供を行なっている。ご利用者の状況（移動動作、入浴動作、排泄動作等）やサービスの実施状況は随時ご家族へ伝え、介助をするにあたっての注意事項等も合わせてお伝えしている。遠方のご家族の場合は、定期的に便りを送付したり、電話にて連絡を取り合っている。</p>		