

(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 ミニデイサービス舷揮くん家

評価実施期間 令和6年8月23日～令和7年2月20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	鹿児島県鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号

2 事業者情報

【令和6年10月20日現在】

事業所名称：（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、第一号通所介護
開設年月日：平成22年11月1日	管理者氏名 松島 浩子
設置主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者 職・氏名 理事長 池田 志保子
経営主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者 職・氏名 理事長 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 http://www.kanoya-choujuen.jp	E-mail genki@kanoya-cyoujuen.jp

理念・基本方針

法人理念：あなたの立場に立ち、あなたを感じ理解できるようなサービスを目指します。

事業所理念：～私たちはあなたらしさを大切にします～

・あなたらしい生活が送れるように生活リハビリ（活動）のお手伝いをします。

・あなたらしく心穏やかに通うことができる集いの場を提供します。

・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。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・少人数での特色を生かした個別対応。少ない利用者だからこそできるリハビリの実施（家事動作等）。デイの食事の配膳や下膳、洗い物など自宅での生活を見据えた生活機能訓練を実施。入浴後の髪の毛を乾かすお手伝いを利用者同士でドライヤーをかけている。出来ること・できそうなことを意欲的に。調理を行う事で脳を活性化（ご自宅でも）。利用者同士の支援（助け合い）出来ることを積極的に行う役割実施の工夫。と言った自立支援を目的としたサポートを行っています。

【利用者の状況】

定員 18名	利用者数 登録利用者38名
--------	---------------

※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人	5人	8人	21人	3人

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人	1人	13人	10人
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	7人	5人	1人		

【職員の状況】

【職員数・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
介 護 職 員		4	1		3	1
看 護 職 員		2			1	1
前年度採用・退職の状況			採 用	常勤 1人	非常勤	人
			退 職	常勤 人	非常勤	人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					9 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					9 年	
○常勤職員の平均年齢					46.4 歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					46.4 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6年8月23日～令和7年2月20日
受審回数（前回の受審時期）	3 回（令和3年度）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

- ・法人で福祉人材育成・獲得プロジェクトが中長期的に策定され、8つのプロジェクトが継続して取り組まれています。人材育成から地域包括システム構築のための取り組み、職員のスキルアップと働き甲斐の支援、IT化への取り組み等、総合的に継続して行われています。
- ・利用開始前のアセスメント、家族からの聞き取り内容を基に介護計画が作成され、状態変化時や更新時にはアセスメントを行い、心身の状況に合わせて、集団体操や計算問題・指先を使う作業・家事動作訓練等、自立に向けた個別ケアが充実しています。
- ・様々なマニュアルや指針を整備して、職員及びケアの資質向上に繋がっています。
- ・専門職員を配置することで、質の高いケアを実施し利用者の満足度に繋がっています。
- ・法人内で種々の機能を有する事業所間の連携が図られており、利用者の様々な状況に対応でき、利用者や家族が安心して地域で生活できる体制が整えられています。

◇改善を求められる点

- ・事業所内の意見箱の設置について

日々の関わりを大切にしており、利用者や家族の意見については送迎時や担当者会議・連絡帳・直接の申し出等がありますが、利用者が意見を表出しやすい環境整備ということを考えると意見箱を設置することで、更に良い環境になることが期待されます。

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

・福祉サービス第三者評価基準【共通版】評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 33番Ⅲ-1-(3)-①について、新型コロナウイルス感染以降、家族参加型の行事や家族会等の交流機会が中々、実施されていない状況です。更なるサービスの向上に向け、感染症の時期を考慮しながらで実施して参ります。

・福祉サービス第三者評価基準【共通版】評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 35番Ⅲ-1-(4)-②について、相談室は設けてありますが意見箱を分かりやすいところに設置し、より環境を整えて参ります。

・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）】A-3-(6)-①認知症ケアについて、認知症実践者研修等の修了者1名。今後も研修等へ参加し修了者の配置を増やしていき更なるサービスの向上を図りたいと思います。

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 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
評価概要 法人理念に沿った利用者中心の事業所理念が掲げられ、玄関や事務所に掲示、ネームプレートに携帯して常に理念に沿ったケアに努め、職員の行動規範となっています。利用者・家族には契約時に説明し、パンフレットやホームページ・法人機関誌で周知されています。		

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
評価概要 社会福祉事業全体の動向について法人として把握し、毎月行われる運営会議・在宅会議において地域ニーズの把握・コスト分析・利用者の推移・稼働率の確認等を把握・分析し、結果を事業所職員会議において職員への周知が図られています。		
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
評価概要 在宅会議において稼働率の集計結果等を報告し、財務状況の分析や事業所の課題の抽出・改善策の検討を行い、事業所職員会議において報告・周知されています。職員体制や人材育成等については継続的な取り組みがされています。		

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。	Ⓐ・b・c
評価概要 法人で2015年より2025年に向けた中長期計画を策定し継続的に取り組まれています。事業所においても法人3ヶ年経営戦略に沿って、令和6年度から令和8年度中期の具体的な計画が策定されています。中長期計画は3年毎、状況に応じて随時、見直しが行われています。		
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
評価概要 3ヶ年経営戦略重要項目に沿って単年度計画が策定されています。事業計画は前年度の事業計画の評価や課題を基に策定し、成果設定等の具体的な内容となっています。		

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。	①・b・c
評価概要 事業計画は前年度の評価結果を基に事業所内会議で話し合い策定されています。実施進捗状況については半期毎に評価し、必要に応じて見直しが行われています。年度初めに事業計画報告会を開催し、全職員への周知が図られています。		
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。	①・b・c
評価概要 事業計画はホームページ・機関誌等で公表し、事業所内に掲示し閲覧可能な状況となっています。行事計画等は連絡帳やお便りでお知らせし、活動状況は送迎時に写真等で定期的に報告しています。家族へはいつでも閲覧できる旨をお知らせしています。		

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、機能しています。	①・b・c
評価概要 中長期計画においてサービスの質の向上が重点項目として掲げられ、小規模の特性を活かしたサービスの提供、家族やケアマネジャーからの聞き取り等、計画的に取り組みが行われています。内部評価の実施、定期的な第三者評価受審等、積極的にサービスの質の向上に取り組まれています。		
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。	①・b・c
評価概要 半期毎の評価・見直しが実施されています。在宅会議・事業所職員会議において情報を共有し、改善策の検討と改善に向けた取り組みが行われています。実施状況や利用者家族の意見等は毎月の職員会議において検討・評価見直しが行われています。		

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。	①・b・c
評価概要 運営規程、中長期計画、事業計画で運営・管理に関する方針と取り組み、役割と責任について明確にされ、重要事項説明書等の書類、広報誌や便り等へ記載し表明されています。職務分掌に管理者の役割や職務について明記し、職員への周知が図られています。有事の際の役割、不在時の権限委任等についても緊急時対応マニュアルに記載し、事業継続計画（BCP）も作成されています。		
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。	①・b・c
評価概要 法令遵守規程等、各種規程が整備され周知されています。法令遵守の観点での各種研修への参加、勉強会を計画的に開催し確認と周知が図られています。法人による年1回の内部監査を実施し、適正な事業運営が行えるよう努められています。		

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
評価概要 中期重要項目にサービスの質の向上が掲げられ、事業計画において具体的な取り組みが行われています。年2回評価基準に基づいた自己評価・事業所評価を実施し、事業報告会において評価と改善策の検討・改善に向けた具体的な取り組みが周知されています。		
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
評価概要 毎月の在宅部門会議において各事業所の運営状況報告と課題分析、改善に向けた取り組みの検討を行い、デイ会議において周知、確認が行われています。稼働率やコスト等、情報は職員へも周知され意識づけが行われています。		

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
評価概要 中長期計画において「2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」を策定し、福祉人材、ボランティア育成、無資格者ゼロの達成、キャリアパスによりキャリアアップを可視化し目標を明確にする等、8つのプロジェクトの取り組みが継続して行われています。新人・中途採用者への研修の充実も図られています。法人での面接会の開催、職員紹介制度の導入等、人材確保に向けた取り組みが継続して行われています。		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	㉠・b・c
評価概要 法人が求める人材像が明確化されています。人事基準が策定されキャリアパスの可視化等、職員への周知が図られています。タイムカードによる勤務状況・有給取得状況の把握・人事考課制度による年2回の個人面談の実施・自己評価・自己申告制度による意向確認と評価による改善策の検討等、総合的な人事管理が行われています。		
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
評価概要 法人本部が管理するタイムカードで職員の就業状況を把握し、有給取得率の向上、時間外労働ゼロが実践されています。「職員のスキルアップと働き甲斐を支援する」プロジェクトが継続して取り組まれており働きやすい環境づくり、健康診断やストレスチェックの実施、特別休暇取得等、福利厚生の実施が図られています。法人内に相談窓口の設置、年2回の個人面談、必要時に随時の面談が行われ、意向の確認やライフワークバランスに配慮した取り組みが行われています。		

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
評価概要 「職員10の心得」「将来ここで働いてよかったと思える職場づくり10か条」を策定し、期待する職員像が明確にされています。年度初めに個人目標を設定し、年2回の人事考課面談で進捗状況の確認・評価・見直しが行われています。		
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
評価概要 「期待する職員像」を明示し、法人内キャリアパスによりキャリアアップが可視化され、目標が明確になっています。年間研修計画を策定し、外部研修・内部研修の充実が図られています。研修計画は随時、見直しが行われています。		
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
評価概要 「期待する職員像」を明示し、法人内キャリアパスによりキャリアアップが可視化され、目標が明確になっています。職種や経験年数に応じた計画的な研修実施、資格取得に向けた支援の充実も図られています。個人目標の設定と定期的な進捗状況の把握と評価・見直しが行われています。		
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
評価概要 中長期計画で「福祉教育支援に取り組む」が明示されています。実習生受け入れマニュアルを作成し、事前打ち合わせから終了までマニュアルに沿った支援が実施されています。毎年、指導者研修も実施されています。		

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
評価概要 ホームページで法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、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、苦情・相談体制や内容・第三者評価結果等が公表されています。法人機関誌の発行やInstagram・ブログを活用して活動状況等が随時公表されています。		
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
評価概要 経理規程や職務分掌を作成し、権限・責任を明確にし職員へ周知されています。毎月、外部の公認会計士による会計監査と年1回の内部監査による適正な経営・運営が行われています。指摘事項、アドバイスに基づき経営改善に取り組まれています。		

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
評価概要 地域との積極的な交流は新型コロナウイルスの影響で数年程中止をしていましたが、現在は徐々に交流の再開を進めています。地域の三味線のボランティアに来ていただいて演奏会を行う行事等を実施しています。町内会等からの催しのお知らせ等を利用者にも周知し、参加をしています。活動の様子については広報誌や法人広報誌等に掲載しています。		
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
評価概要 ボランティア受け入れ態勢として受け入れマニュアルを作成し、スムーズに受け入れができるように整えています。地域の小学生との交流の機会もあり、小学生から質問形式で昔の話について話したり、調理レクリエーションや脳トレーニング等を通して、交流を図る等の取り組みを行っています。ボランティア受け入れマニュアルについては管理者が中心となり必要に応じて適宜確認を行っています。		
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
評価概要 鹿屋市社会福祉協議会主催の、利用者支援に関係する介護予防ボランティアを積極的に受け入れる取り組みを行っています。年2回運営推進会議を実施し、事業者所からは管理者が出席し地域の民生委員や町内会長・市役所関係職員との交流を図り、地域の課題について情報共有を図っています。		
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
評価概要 年2回の運営推進会議を実施し、地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいます。事業所の地域は子どもが少なく、若い世代との関わりや交流の機会も少ない等の地域の福祉ニーズを把握し、地域の様々な社会資源や関係機関と連携を図り、地域の福祉向上について取り組みを行っています。		
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
評価概要 地域の行事への参加要請やお知らせ等があった場合は、コミュニケーションを深めたり信頼関係の構築につながるのと思い、一緒に取り組めるよう前向きに検討しています。災害時には事業所が地域の避難場所に役立つという思いから事業所や設備等を活用できるよう、地域と話し合いを行っています。		

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。	Ⓐ・b・c
評価概要 法人において法令遵守規程を作成し、利用者支援行動指針にてプライバシー保護について規程し、職員間で周知を行っています。職員研修では認知症に関する研修を実施し、利用者個々の尊厳や命等について理解し知識向上に取り組んでいます。外部研修については復命書を作成し職員全体で回覧する等の体制を整えています。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 新規利用者に対して担当者会議等において、権利擁護やプライバシー保護等について法人や事業所の姿勢を丁寧に説明を行っています。日中過ごしていただくスペースについて座席への配慮や静養スペースにカーテンを設置し、過ごしやすい環境を整えています。入浴サービスは安心して入浴が出来るように個浴対応を行い、利用者に喜ばれています。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 事業所の活動報告や活動風景の掲示についてパンフレットやお知らせ・ホームページ・SNSを活用し、分かりやすいよう写真や表現を工夫しています。職員間で掲示した内容について振り返りを行い、良かった点や改善点を話し合っており、より良いサービスにつながるよう取り組みを行っています。		
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
評価概要 サービス開始時や変更の際は、管理者や生活相談員が中心となって丁寧に対応を行っています。サービス開始時は重要事項説明書や契約書について、短い単語やわかりやすい表現等を使い、利用者の状況に合わせて理解しやすいように工夫し説明をしています。利用者の状況については職員間で情報共有を図り、より良いコミュニケーションが取れるよう取り組みを行っています。		
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
評価概要 サービスの変更の際に管理者や生活相談員が中心となり、関係機関と連携を図る体制を整え、継続支援を実施しています。必要に応じて電話やメールでのやり取りをしたり、引き継ぎ先のサービス機関へは利用者の特性や状況を文書にて提供を行っています。家庭への移行の際は、家族に利用者が喜んでいた点や楽しんでいたこと等の情報を提供しています。		
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
評価概要 利用者へのアンケートを実施し、要望や意見等を表出できるよう取り組みを行っています。利用者の状況に応じて聞き取りで対応したり、家族にも話を聞く等、積極的にサービスの向上に繋げています。要望を受け、対応結果についても公表を行っています。利用者の要望により調理レクリエーションを開催した際は、利用者に作り方を聞きながら一緒に楽しむことができるよう工夫を行っています。利用者や家族との交流の機会としての行事が開催されることで更なるサービスの向上が期待されます。		

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
評価概要 事業所内に第三者委員や苦情相談受付担当者等のお知らせを掲示し、利用者が意見を述べやすい環境を整えています。連絡帳を活用し日々の様子や連絡事項等だけでなく、コミュニケーションが図れるように取り組みを行っています。月1回の評価の際に利用者の意見を聞く機会を活かし、様々な話ができるよう取り組みを行っています。要望や苦情などの公表にも取り組んでいます。		
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・Ⓑ・c
評価概要 直接意見や要望が伝えづらい場合には連絡帳を活用し、意見や要望が伝えやすいよう配慮を行っています。利用者が直接話をする場合が多く丁寧に対応を行っています。話を聞く際は個室に案内したり、1対1での対応をする等の配慮をしています。利用者からは優しく対応してもらったとの意見もありました。今後は意見箱等を設置することで、より環境が整うことが期待されます。		
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
評価概要 法人にて相談苦情マニュアルを整備し、相談苦情に丁寧な対応ができる体制を整えています。職員勉強会では苦情対応等に関する研修を行い、職員間で対応方法や知識向上に取り組み、サービスの向上に繋がっています。利用者や家族からの意見については毎日のミーティングや状況に応じて職員会議や在宅職員会議等で情報を共有し、早急な対応を図っています。		
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
評価概要 安全管理委員会を設置し、法人全体でリスクマネジメント体制を整えています。安全管理委員会ではヒヤリハットやアクシデント等の事例を検討し、安全対策の検討や周知・安全管理についての勉強会の実施等の取り組みを行っています。事業所ではヒヤリハット事例があった場合にすぐに記載できる書式を作成しており、職員間で回覧し確認印をすることで情報の共有に取り組んでいます。災害や感染症に関する事業継続計画（BCP）も作成し、安心安全なサービス提供ができるよう取り組みを行っています。定期的な防災訓練の実施や、消防署に消火器や防災カーテン等をチェックしてもらい意見を得る取り組みを行っています。		
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
評価概要 事業者内ではアルコール消毒やパーティションの設置・マスク着用・バイタルチェック等の基本的な感染予防対策の徹底が実施されています。体調変化があった利用者への対応について感染症対策指針や感染症マニュアルを作成し、様々な感染症に対する対策が取れるよう体制を整えています。感染症に関する研修を定期的に開催しており、感染症の発生や蔓延防止・感染症に関する事業継続計画（BCP）の策定と見直しに取り組んでいます。		
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
評価概要 災害に関する事業継続計画（BCP）を作成し、災害時の利用者や職員の安否確認の方法・職員連絡網等の整備を行っています。職員間では安否確認サービスアプリを運用し、災害時の安全確保に備えています。事業所の立地環境として川の増水時に浸水被害が起こることを想定し対策を整えています。年1回の防災訓練を実施しており、地域住民の参加も前向きに検討しています。備蓄品や備品リスト・準備手順書を作成し災害に対する体制を整えてあります。		

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
評価概要 サービスの標準の実施マニュアルを作成し職員間で共有を図っています。新人職員へは業務の流れやケア方法について先輩職員が確認し、アドバイスをを行っています。新人研修日誌は管理者が確認し、必要に応じて指導を行い新人教育を行っています。認知症ケアマニュアルを作成し、利用者の状況に合わせたケア方法に対応できるよう体制を整えています。		
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
評価概要 サービスの標準の実施マニュアルの見直しや確認等は委員会が中心となり定期的に実施しています。見直しにあたっては職員からの意見や利用者や家族からの意見も参考にする場合や、最新の情報等を参考に見直しを行っています。サービスの標準の実施方法の変更があった場合は、利用者や家族に丁寧に説明を行い変更の実施をしています。		
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
評価概要 管理者や生活相談員を中心として通所介護計画を作成し、職員等が利用者の毎月の評価や3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、計画に反映できるよう取り組みを行っています。アセスメントや評価・モニタリングをする際は、利用者本人だけでなく家族や専門職員の意見も参考に計画を作成しています。3ヶ月に1回や必要に応じて実際に家屋調査を実施し、写真を撮るなどして実生活に即したサービスの向上に取り組んでいます。		
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
評価概要 3ヶ月ごとに通所介護計画のモニタリングを行いサービスの向上に取り組んでいます。モニタリングの際は利用者実行表の情報や職員の意見を関係職員等で連携し作成をしています。見直しをした計画については、毎日のミーティング等の機会に事業所職員間で情報共有を図り、サービス向上に繋げています。関係職員へも適宜報告を行っています。		
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
評価概要 利用者の日々の状況は利用者実行表に手書きで記載し、その後パソコンにて記録を行っています。記録方法については先輩職員が新人職員に記載について助言や指導を行い、統一した書式で記録ができるよう取り組みを行っています。利用者の状況について毎日のミーティングや月1回の職員会議等で情報共有を図っています。パート職員や休んでいた職員との情報共有のため申し送り簿を活用しています。		
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
評価概要 管理者を中心に個人情報保護の取り組みを行っています。個人記録簿の保管は職員室内書庫に施錠し保管をしています。個人情報に関し職員研修等を実施し、職員の知識向上やサービスの向上に取り組んでいます。担当者会議等で個人情報の持ち出しをする際は持ち出し確認書を作成し、個人情報保護の体制を整えています。個人情報に対する姿勢については契約時に利用者や家族に丁寧に説明を行っています。		

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） 】

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
評価概要 A-1-(1)-①について 日中活動は利用者毎に入浴や脳トレーニング・機能訓練を職員と一緒にを行っています。訓練を希望されない利用者がいた場合は、時間をずらして声かけを行ったり、別の利用者が参加している様子を観察してもらい、意欲向上につながる等のケアを行っています。いろいろな活動に対し全利用者が取り組めるような雰囲気づくりやケアを行っています。 A-1-(1)-②について 一人ひとりの状況や様子を観察するよう職員で心がけ、表情から判断できるよう毎日のミーティング等で利用者の情報共有を図っています。利用者の状況によってコミュニケーションの取り方やケア方法の変更を行う場合は、毎日のミーティングや申し送り、カンファレンス等の機会で見直しを行っています。利用者との関わる姿勢として、上から目線ではなく笑顔を心がけ、口元が見えるようマスクを外したり筆談や意思表示カードを活用する等の工夫を行っています。		
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。	Ⓐ・ー・c
評価概要 事業所理念を毎日のミーティングで唱和し、職員ネームに理念を記載する等、常に職員が理念を意識しケアに繋がられるように取り組んでいます。不適切な関わりを防ぐ取り組みについて、担当者会議や日々の関わりの機会等で説明を行い理解を得られるよう実施しています。身体拘束について身体拘束ゼロマニュアルを作成し、安全管理委員会を中心に権利擁護の取り組みを推進しています。恵仁会10の心得を作成し、職員会議の中で職員で読み合わせを行っています。		
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
評価概要 以前グループホームの居室として使用していたスペースにベッドを導入し、静養室として使用することで気軽に横になれる環境を整えています。入浴後にちょっと休みたい場合や、休憩したいという利用者が安心して休めるようになっています。リラックスできるようマッサージチェアを設置したり、それぞれの季節を感じることができるよう壁面に飾り物を利用者と一緒に設置する等、環境演出の工夫をして快適な環境づくりがなされています。		

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
評価概要 A-3-(1)-①について 入浴は個浴対応としシャワーチェアやリフト、脱衣所にはマットを設置し、安心して入浴が出来るよう環境を整えています。入浴時は出来るだけ自分で入浴動作ができるように職員で意識し、声掛けやケア方法について工夫を行っています。ケア方法については個人実行表に気づいた点等を記載し、職員間で情報共有できるよう取り組みを行っています。感染症予防対策として入浴順番を工夫し、利用者が安心して入浴出来るように配慮しています。 A-3-(1)-②について 利用者の状況に合わせた排泄ができるよう職員間で個人の状況を共有しケアを行っています。安心してサービスが受けられるように活動前のトイレ誘導や定時でのトイレ誘導等の排泄介助を実施しています。おむつ使用の利用者については、定時でのおむつ交換だけでなく状況に合わせてケアを実施し、気づいた点は職員で情報共有を行い、家族や関係機関に報告して必要に応じてケアの見直しを行っています。 A-3-(1)-③について 送迎サービスの実施については送迎時間等を事前に伝えており、遅れる際は連絡を行い、不安なくサービスが利用できるように配慮を行っています。車両の座席については楽しく送迎を利用できるように調整を行っています。送迎車両ごとに携帯電話や個人情報ファイルを準備し、必要に応じて関係機関等と連携が取れるよう体制を整えています。運転する職員は毎日アルコールチェックを実施して安全運転に取り組んでいます。歩行状態について専門職員や担当職員で適宜評価を行い、福祉用具の見直しやケア方法の見直しを行っています。		
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。	㉠・b・c
評価概要 A-3-(2)-①について 食事は楽しい雰囲気で行うことができるように座席に配慮したり、会話につながるように職員が声かけを行っています。近隣の方から野菜の差し入れがあり、それらを利用者と一緒に調理し楽しい食事を工夫しています。衛生管理マニュアルを作成し、安全で安心な食事を提供できるような体制を整えています。 A-3-(2)-②について 食事の座席は利用者の状況によって見守りがしやすい配置を工夫したり、相性を考慮する等、配慮を行っています。むせこみや誤嚥の危険がある利用者については職員で情報共有しており、緊急時の対応については事故発生時対応マニュアルを作成し、研修を実施し体制を整えています。 A-3-(2)-③について 口腔栄養スクリーニング加算を算定しており、6ヶ月ごとに口腔状況の評価を実施し、ケアマネジャー等に報告を行っています。食事前の嚥下体操を職員と一緒に利用者に参加してもらい、口腔機能の維持向上に取り組んでいます。口腔内や義歯、嚥下の状況についてチェックを行い必要に応じて専門職や関係機関に報告を行っています。		
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。	㉠・b・c
評価概要 入浴時や排泄ケアの際に皮膚状況を確認し、変化が見られた場合は看護師等と連携を取り、関係機関に皮膚の状況を写真で報告を行っています。利用者の状況に合わせて定時でのベッド移乗やクッションの使用等の工夫をし、皮膚トラブルの予防に取り組んでいます。		
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。	㉠・b・c
評価概要 胃ろうまたは腸ろうからの栄養注入実施手順を作成し、医療的ケアが必要な利用者の受け入れ体制を整えています。看護師を配置しており、喀痰吸引の必要がある利用者の受け入れ体制を整えています。		

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。	①・b・c
評価概要 一人ひとりの生活に合わせた機能訓練や日常生活動作に繋げるケアを心がけ、職員間で取り組みを行っています。利用者の経験を活かせるよう一緒に調理を行ったり、介護経験がある方の話を聞きながら行動をしてみる等の工夫を行っています。専門職による家屋調査や機能評価を行い、利用者にあった通所介護計画等を作成し活動に取り入れています。		
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・②・c
評価概要 認知症ケアマニュアルを作成し標準的な実施方法の実践の取り組みを行っています。勉強会では認知症に関する研修を行っており、職員の資質の向上や情報集等の取り組みを行っています。今後は認知症実践者研修等の修了者を配置することで、更なるサービスの向上が期待されます。		
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。	①・b・c
評価概要 安全管理委員会を中心に事故予防対策活動を実施しています。また事故対応マニュアルについて様々な事例を想定し、体制を整えています。職員勉強会で事例検討やマニュアル等の見直しを行っており、安全なサービスの質向上や職員の資質向上に取り組んでいます。		
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。	①・b・c
評価概要 法人機関誌を年2回発行し活動の様子や法人の取り組み状況をお知らせし、法人の姿勢や理念を理解してもらう取り組みを行っています。写真にて利用者の様子を家族に伝え、遠方の家族に対しては郵送する等の対応を行っています。緊急時の連絡についてマニュアルを作成し、スムーズに家族と連携が取れるような体制を整えています。		

