

(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 フラワーホームデイサービスセンター

評価実施期間 平成31年4月24日～令和元年8月27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	鹿児島県鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号



2 事業者情報

【令和元年6月15日現在】

事業所名称：フラワーホーム (施設名) デイサービスセンター	サービス種別：通所介護
開設年月日：平成5年2月8日	管理者氏名 瀬戸口 司
設置主体：社会福祉法人 山陵会	代表者 職・氏名 徳永 正義
経営主体：社会福祉法人 山稜会	代表者 職・氏名 徳永 正義
所在地：〒899-6404鹿児島県霧島市溝辺町麓947番地3	
連絡先電話番号：0995-58-4165	FAX番号：0995-58-2532
ホームページアドレス http://www.flowerh.jp/	E-mail day@flowerh.jp

理念・基本方針

私たちの思い～すべてにありがとうを～

- 利用者への思い…かけがえのない時を共に生き、人生を学び、共有し後世に伝えます
- 家族への思い…大切な方々との縁に感謝します
- 職員への思い…お互いの存在を認め助け合い、思いやりと感謝を持ち成長します
- 地域への思い…愛と感謝を地域に還元し、地域の健康に貢献します

デイサービスの基本方針

私たちから伝える ありがとう

周りから言われるありがとう

それを作る「私たち」でありたい

【施設・事業所の特徴的な取組】

利用者の『する、できる』を増やせるよう促す
 利用者同士の交流が図れるよう環境設定やレクリエーションを行う
 可能な限り自力で歩く、動く事を目標に機能訓練やレクリエーションを行う
 多彩なメニューを用意し自己決定を行う事で意欲の向上に繋げる
 認知症ケアに力を入れ、認知症の利用者が安心できる事業所作り、家族が悩みを打ち明けられ共に在宅介護を支えていける事業所作りを行う

【利用者の状況】

定員 45名	利用者数 110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。

【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			
生活相談員	1	4			1.25	1	
介護職員	4	4			8.3		
看護職員		2			1.25	1	
機能訓練指導員	1	2			1.35		
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0人	非常勤	0人
			退職	常勤	0人	非常勤	0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						・	4.8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						・	4.8年
○常勤職員の平均年齢						・	47歳
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						・	47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31年4月24日～令和元年8月27日
受審回数（前回の受審時期）	1 回 （ 平成27年度 ）

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

働きやすい職場づくりについて

・相談窓口を設置しており、年2回の個人面談の他、必要時には随時面談を行っている。有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児休暇、介護休暇制度が整備され、職員配置を厚くしており、有給休暇が取得しやすい環境となっている。また、6時間勤務や送迎のみの雇用などライフバランスに配慮した勤務体制、ストレスチェックや予防接種費用負担の軽減、研修費用の補助、トレーニングマシンの無料使用、子育て支援の充実など働きやすい環境づくりに取り組んでいる。

職員育成について

・職員研修規定が策定され、事業計画に職員教育を掲げ、新人研修・職種別研修・月1回の在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、自由参加の高齢者福祉研究会が3ヶ月に1回開催されるなど、職員一人ひとりの技能や資質向上に向けた取り組みがなされている。

利用者の自立と自己決定の推進について

・利用者の「する、できる」を増やすことを年間目標に掲げ、利用者一人ひとりをアセスメントし、送迎、移動、入浴、食事、トイレ移動、レクリエーションの支援の全ての場面で自立支援の方針が周知徹底している。特に、食事は炊き立てのご飯をおひつに入れてテーブル毎に準備し、自分で御茶碗に盛ることを目標にしている。

・レクリエーションのプログラムは脳トレ、裁縫、工作など多彩なメニューを準備し、自己決定を行うことで意欲の向上を図ると共に、完成した雑巾、人形、積木などを地域の保育園、小学校に寄贈することで社会参加が実現している

◇改善を求められる点

中長期計画について

・中長期計画で収支については全体像の具体的な数値での目標設定がなされているが、施設整備等についても具体的な計画立案が望まれる。

・職員業務マニュアルは毎年見直しが行われているが、マニュアルを検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組みが文書化されていない。今後、マニュアルの改訂記録や検討会議の記録として保存されることを期待したい。また、業務マニュアルにプライバシー保護の具体的方法を記載されているが、更にプライバシー保護のマニュアルの作成を期待したい。

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

前回の評価結果より今回の評価結果の方がa評価がかなり多くなっていたことは、法人の経営理念に対する思いを職員一同が念頭に置き事業運営に取り組んでいることを知る良い機会となりました。

ご指摘いただきました施設整備等の具体的計画やマニュアルの見直しなども会議等で話し合いを行い改善する努力をしていきたいと考えています。

利用者調査結果で苦情受付の方法や第三者委員の周知などで説明不足が多かったので、今後は全事業所で説明を徹底してまいります。また、利用者の「自分がしたい」については、多彩なメニューを準備し利用者の自立と自己決定に繋がるようにしていきます。

今後も山陵会の理念「利用者への思い、家族への思い、職員への思い、地域への思い」を念頭に職員一同更なるレベルアップを図り、利用者の社会参加をしっかりと支援できるよう成長してまいります。

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 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

		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： 法人の理念、基本方針が明文化され、パンフレット・ホームページに記載されている。理念は法人の使命や考え方が読み取れ、基本方針と合わせて職員の行動規範となっている。事業所内に掲示され朝礼時の唱和、職員会議等で職員への周知と確認が行われている。また、法人広報誌やデイ便り、家族会を通して利用者・家族・地域へ周知を図っている。		

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
評価概要： 国や県の介護福祉制度の動向や老人施設協議会等のネットワークや霧島市における地域情勢や高齢者を取り巻く情勢など把握・分析を行い、法人事業所連絡会やリーダー会議において情報を共有するとともに利用状況の把握とコスト分析、改善策の検討などが行われている。		
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。	㉠・b・c
評価概要： 中長期計画において問題点の抽出、これからのデイサービスについて具体的に明記し利用者ケア、人材確保と育成、家族支援など単年度計画に反映させている。毎月の事業所連絡会やリーダー会議において現状分析と経営課題の抽出、改善策の検討が行われ、デイ会議を通して職員への周知と改善に向けた具体的な取り組みを行っている。		

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。	a ㉠・c
評価概要： 中長期計画において全体像でビジョンを明確にしている。数値目標を掲げ、加算については計画的に取り組みが記載されている。中長期計画は年度毎に必要なに応じて見直しが行われている。数値目標については具体的な目標設定がなされているが、施設整備や人材確保について長期・中期の具体的な計画立案が望まれる。		
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。	a ㉠・c
評価概要： 事業計画に「総合的な目標」「利用者ケア・職員教育・人材確保」「収益的活動」「支出的活動」「地域貢献活動」を掲げ、具体的な年度計画が策定されている。基本報酬や加算など詳細な収支計画、経費予算内訳も合わせて策定されている。		

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。	a (b) c
評価概要：事業計画は年度末に職員による評価を基にデイ会議で話し合いが行われ次年度の事業計画が策定されている。事業計画は4月の法人目標発表会において職員への周知が図られている。計画は四半期毎に評価が行われ必要に応じて見直しが行われているが、手順を定めておくことが望まれる。		
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。	(a) b c
評価概要：事業計画は事業所内に掲示するとともにホームページや広報誌に掲載、年度初めデイ便りでも利用者・家族に周知を図っている。家族会においてパワーポイントを使用して事業所の取り組みなど報告を行っている。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		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。	(a) b c
評価概要：提供するサービスの質について、終礼時や毎月のケアサービス会議、アンケートや職員による評価を基に課題の抽出や改善に向けた取り組みなど話し合われている。また、毎月の在宅職員研修会が開催されサービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。		
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。	(a) b c
評価概要：単年度計画において機能訓練の充実、プログラムの検討、重度化に対応した事業所改修など明確にされ、リハビリ機器の選定や積み木プロジェクト・手ぬぐいプロジェクト、雑巾・人形プロジェクト、身体障害者トイレの増設や浴室、個室の必要性の検討など環境的な質の向上も含め具体的な取り組みが行われている。実施状況については四半期毎に評価され必要に応じて見直しが行われている。		

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

		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 (b) c
評価概要：役割と責任については運営規定、重要事項説明書、職務専決規定等に明記しており、会議等で職員に周知されている。有事の際の管理者の役割・管理者不在時の権限委任等についても緊急時対応マニュアル等へ明記しており、研修会等で理解と周知が図られている。		
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。	a (b) c
評価概要：管理者は遵守すべき法令等について法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に積極的に参加している。年間計画で介護保険制度や個人情報保護、身体拘束・虐待、コンプライアンス研修の開催など遵守すべき法令の周知を図っている。		

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
評価概要 単年度計画に総合的な目標を掲げ、利用者ケア・職員教育・人材確保など具体的に明示している。各種委員会を通してサービスの質の向上に向けた具体的な取り組みが行われ、終礼時や毎月行われるケアサービス会議において現状の把握や課題、改善に向けた取り組みの検討が行われている。		
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
評価概要 経営の改善や業務の実効性の向上に向けて毎月のリーダー会議で稼働率、経営状況報告等が行われ、課題の抽出と改善に向けた対応策の検討を行っている。デイ会議においては意見交換と情報の共有と具体的な取り組みを行っている。年2回、人事考課による個人面談を行い、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い働きやすい職場づくりに努めている。		

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、各加算取得に向けた有資格者の配置や資格取得に向けた支援等、計画的な取り組みが行われている。人材確保については法人採用活動として「介護手伝い隊」への登録、専門学校への求人、高齢者雇用、送迎専門の職員雇用など行っている。		
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 理念や基本方針の他、ケアマニュアルの中で介護者としてのマナー、相手の理解、相談・助言の方法が明記され、期待する職員像が明確にされている。人事基準・給与規定・各種手当など職員へ周知され年2回の個人面談を通じて評価が行われている。法人全体で処遇改善加算Ⅰを算定、職員処遇の改善に向けた取り組みが行われている。		
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
評価概要 相談窓口を設置しており、年2回の個人面談の他、必要時には随時面談を行っている。有給休暇の他、年末年始6日間の特別休暇や育児休暇、介護休暇制度が整備され、職員配置を厚くしており、有給休暇が取得しやすい環境となっている。また、6時間勤務や送迎のみの雇用などライフバランスに配慮した勤務体制、ストレスチェックや予防接種費用負担の軽減、研修費用の補助など働きやすい環境づくりに取り組んでいる。		
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。	㉠・b・c
評価概要 一人ひとりが目標管理シート・業務考課シートで個人目標を設定し、年2回個人面談により、進捗状況の確認と必要に応じて助言をして個々の成長を図っている。		
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。	a ㉡・c
評価概要 経営理念・基本方針に「期待する職員像」が明示されている職員研修規定が策定され、事業計画に職員教育を掲げ、新人研修・職種別研修・月1回、在宅職員研修会など年間研修計画が策定されている。また、自由参加の高齢者福祉研究会が3ヶ月に1回開催されている。		

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
評価概要： 職員の資格取得状況が確認され、新人研修・職種別研修・月１回の内部研修会など一人ひとりのレベルに応じた研修が受けられるよう配慮されている。自由参加の３ヶ月に１回開催される高齢者福祉研究会や外部研修についても情報の提供を行い参加を奨励している。		
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。	a Ⓑ・c
評価概要：実習指導マニュアル・実習上の注意事項の書面が作成され看護・介護・初任者研修など積極的に受け入れがされている。実習目的に沿ったプログラムが準備され、事前打ち合わせにおいて実習内容の確認とオリエンテーション時にデイサービスの内容や実習上の注意事項などパンフレットを使用して説明している。		

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： ホームページや法人広報誌上で事業所の理念や基本方針、提供するサービスの内容、事業計画、予算、決算情報など適切に公開されている。また、継続的に第三者評価を受審して評価結果と改善に向けた取り組みなど公表している。		
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。	a Ⓑ・c
評価概要： 経理規定が策定されルール、職務分掌、権限が明確にされ職員へ周知されている。税理士による事業・財務に関するチェックが３ヶ月毎に行われ必要に応じて助言を得て経営改善につなげている。また、年１回、内部監査も実施されている。		

評価

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。	a Ⓑ・c
評価概要： 法人全体で地域との交流、地域貢献活動を年度計画に掲げ、保育園や小学校運動会での交流、ほげ祭りでの交流、地域住民による野菜販売のための無人販売所の管理などを行っている。地域行事への参加や法人行事への地域住民参加など地域との交流を広げるための取り組みも行われている。		
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
評価概要： ボランティア受け入れマニュアル、ボランティア活動受け入れ票が策定されオリエンテーションにおいて注意事項の説明などが行われている。また、小学生体験受け入れや認知症サポーター養成講座など地域の学校教育への協力も行っている。		

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
評価概要：地域の施設、事業所一覧など社会資源リストが作成され職員へも周知されいつでも閲覧可能な状況となっている。地域包括支援センターとの連携、地域ケア会議への参加や法人事業所連絡会などでの情報の共有と連携が図られている。		
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
評価概要：法人として元気塾や野菜の販売、認知症家族を対象としたハーブの集いを年4回開催、地域住民に向けて公民館等で認知症についての講話などを行っている。また、災害時における地域住民への施設開放や備蓄や炊き出しの準備など体制を整えている。		
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
評価概要：ハーブの集いを年3～4回開催、アンケートを実施して地域住民のニーズの把握に努めている。また、経営者協議会の「思いやりネットワーク事業」へ参加し、法の狭間にある困窮者への支援をしている。民生委員会や地域ケア会議参加等で具体的な福祉ニーズの把握に努めている。認知症徘徊模擬訓練への参加や認知症についての寸劇への参加、地域住民への認知症についての理解や対応など計画的に行われている。		

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

		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：法人の経営理念に利用者・家族・職員・地域への感謝の思いを、運営方針には真心と愛と和を基盤にした創造を掲げ、毎年4月に法人の倫理を学ぶ研修会を行うと共に、毎日の朝礼で唱和している。始良伊佐地区老人福祉協議会主催の介護職員研修会で学んだ「良い介護のあり方、すすめ方について」を在宅部門研修会で共有化すると共に、日頃の言葉使いについて振り返りが行われている。また、園長による定期的な講話により利用者尊重や基本的人権に関する研修が行われている。		
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。	a Ⓑ・c
評価概要：プライバシー保護マニュアルは策定されていないが、業務マニュアルに利用者のプライバシー保護及び尊厳を守るための具体的な方法が記載されている。身体拘束ゼロ対応マニュアルを策定し、研修を行うと共に、法人の身体拘束適正化検討委員会から定期的に研修資料が配布され、共有化されている。特に肌の露出を伴う浴室とトイレにはカーテンを使用してプライバシーの保護が守られている。		
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
評価概要：ホームページや法人広報誌「フラワーホーム便り」及びフラワーホームデイサービス新聞を発行して、理念や基本方針及びサービス内容が分かり易く記載されている。また、写真入りの文字の大きい独自のパンフレットを作成し、広報誌と共に市役所や支所、公民館、交番、郵便局、シルバー人材センター、医療機関等、多くの人が入手できる場所に常備している。見学、一日利用、半日利用の希望に対して、随時対応が行われている。		

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
評価概要：サービス開始前に、重要事項説明書・付属文書、パンフレットを用いて説明を行い、同意を得て契約を交わしている。意思決定が困難な利用者に対しては家族や親族等と連携して、利用者の利益となるよう配慮している。サービス内容が変更になる場合にはA4用紙に大きな文字で記載すると共に、自宅のカレンダーに内容の変更を転記している。		
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。	a Ⓑ・c
評価概要：他の事業所に移行する場合には、サービス担当者会議に出席して利用者の現況とサービス内容が継続されるよう、口頭で説明すると共に、留意事項を記載した文書を渡している。利用者及び家族に対しては、その後の担当者名と連絡方法を記載した文書を渡している。		
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。	a Ⓑ・c
評価概要：年に2回、午後のレクリエーションの時間帯にお茶会を計画し、各テーブルに職員が1人ずつ参加してお茶やコーヒーを飲みながら利用者満足度を把握している。自由な雰囲気の中から提案された内容は、生活相談員と理学療法士が集約し、改善課題を明確化して、スタッフ会議で改善計画を検討すると共に、サービスの改善に繋げている。予算を伴う設備等に関する要望に対しては法人理事会で検討され実現が図られている。法人主催の家族会は年に1・2回開催され、家族の満足度を把握する機会となっている。		
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
評価概要：法人全体の苦情解決体制が整備され、フォローチャート様式で整理すると共に、事業所内に掲示されている。利用者、家族からの苦情に対しては、苦情記録票に、その経過、結果、再発防止策が記載されている。また、再発防止策については全職員で共有化し、福祉サービスの質の向上に繋げている。		
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
評価概要：サービス提供時の利用者・家族の観察を行い、意見や相談に対応する体制を整えている。また、個別の相談に対しては、事務所の奥に設置してある相談室で、プライバシーに配慮した対応を実施する場が確保されている。サービス開始前に契約書及び重要事項説明書に苦情受付窓口、行政機関その他の苦情受付機関及び第三者委員の氏名と連絡方法を掲載し配布し、説明を行っている。		
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
評価概要：相談・苦情はサービス向上の機会と捉える風土が定着し、利用者・家族からの相談・意見に対しては、当日のミーティングで検討され、改善が図られている。予算を伴う案件に対しては法人全体で早期の解決が検討及び実施されている。苦情・相談マニュアル及び苦情・相談解決マニュアルが策定され、見直しが行われている。		

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
評価概要：法人全体でリスクマネジメントに関する責任者、委員会などの体制が整備されている。事故発生時の対応についてはマニュアルに記載すると共にフローチャート様式で分かり易く整理されている。ヒヤリ・ハット及び事故報告は当日のミーティングで発生要因から再発防止策まで検討すると共に、記録を全職員に回覧・捺印し共有化されている。委員会のヒヤリ・ハット及び事故報告は発生場所、時間帯、事故の種類別に統計処理され、福祉サービスの質の向上に繋げている。		
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
評価概要：法人全体の感染症及び食中毒の予防及びまん延防止に関するマニュアルが整備されている。在宅職員研修会で感染症予防の基本である手洗い、環境整備について学習を行うと共に、日常業務として周知徹底されている。季節的な感染症発生が予測される時期には、利用者の乗車前に検温を実施し、感染症の早期発見及びまん延防止に努めている。職員に対しては予防接種及び治療薬に対して経済的に支援して感染症の予防に努めている。感染症マニュアルは見直しを行い、日本医師会や厚生労働省からの手引書などから新規情報を追加している。		
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やっている。	㉠・b・c
評価概要：法人全体の防災マニュアルを策定し、避難先は近くの小学校と定めて避難方法、避難ルートの確認が行われている。また、災害発生時の安否確認については利用者一覧表を作成し、職員間で共有化されている。特に火災に対しては法人内に自衛消防組織を設置し、年2回の防火訓練に共同で取り組んでいる。平成30年より法人全体で地震・水害BCPを策定し、食料や備品等の備蓄が継続して実施されており、利用者の安全確保に取り組んでいる。		

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：事業所で提供される福祉サービスに関する標準的な実施方法は独自のマニュアル及び法人共通の職員業務マニュアルに文書化されており、事務所の書庫内に保管されている。マニュアルは、新入職員の教育で使用され、担当職員が利用者尊重やプライバシーの保護について指導を行っている。マニュアルにそぐわないと考えられる支援が行われた場合には、職員の尊厳に配慮しながら指導を行い周知徹底されている。		
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。	a ㉠・c
評価概要：独自のマニュアル及び法人共通の職員業務マニュアルは年に1回の見直しが行われているが、マニュアルを検証し、必要な見直しを組織的に行う仕組みが文書化されていないため、今後はマニュアルの改訂記録や検討会議の記録として保存されることを期待したい。		
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：施設独自のアセスメント様式を用いて、利用者一人ひとりのニーズと具体的なサービス内容が記載された福祉サービス計画が策定されている。計画の策定は生活指導員が行い、サービス担当者会議を開催し、アセスメントから計画作成及び見直しの時期について検討が行われている。		

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
評価概要：福祉サービス実施計画の見直しの時期は短期目標の時期に定めているが、利用者の変化が認められる場合には柔軟な見直しが行われている。利用日における夕方のミーティングでサービス提供に対する利用者の反応を評価及び見直しが行われ、その結果は、連絡ノートに記載し、当日参加していない職員との共有化が行われている。緊急に変更が必要な場合には、介護支援専門員及び主治医に情報を提供し、緊急に見直しを行う仕組みが整備されている。		
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
評価概要：計画された福祉サービスの実施内容は、一人ひとりのサービス提供記録簿に記載されている。新入職員に対する記録については、指導者が毎日の記録を点検し、記録の質の向上に努めている。サービス提供時の利用者の変化や注意事項についてはホワイトボードに記載し、職員間で共有化されている。また、月に1回開催されているケアサービス会議において再アセスメントから計画の実施状況、評価、見直しが計画的に行われている。		
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
評価概要：利用者の記録の管理については、責任者を定めると共に、個人情報保護マニュアルを策定し、記録の保管、保存、廃棄、開示及び機器・装置類のセキュリティ対策について定められている。文書類は鍵の掛かるファイルケースに保管されており、パソコン等の電子データはパスワード設定により管理されている。職員は入職時及び毎年の個人情報の保護とコンプライアンスについて研修を受け法令遵守が周知徹底されている。		

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		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：①アセスメントから得られた利用者の趣味、興味、希望及び心身の状況から利用者一人ひとりに応じた活動計画が立案され、実施・評価を繰り返している。レクリエーションのプログラムは脳トレーニング、裁縫、工作など、多数のメニューを用意し、自己決定を行うことで意欲の向上に繋げている。特に、「デイのお仕事」として、テーブル拭き、タオルたたみ、昼食準備、コップ回収などの利用者の希望に合わせて、無理のない範囲で役割感と達成感を持つことができるよう支援している。また、利用者が自分の計画を記入できる「自分ノート」作成を検討中である。 ②法人の理念に利用者の思いを尊重することを掲げ、モラル・接遇の研修を行うと共に、職員業務マニュアルを策定し、職場でのマナーについて共有化されている。外部研修では「より良い介護のあり方、すすめ方」に参加し、「その人らしさ、あなたらしさ」の利用者の尊厳について学び、伝達講習が行われている。また、バリエーション療法に関する研修を継続して、職員のコミュニケーション技術の向上に繋げている。		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
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。		Ⓐ・b・c
評価概要：身体拘束排除マニュアルを策定し、緊急やむを得ない場合の具体的な手続きと実施の方法を定めているが、毎月のケア会議の中で権利侵害防止、早期発見に関する話し合いが行われている。また、地域包括支援センターに講師を依頼し、「みんなで防ごう高齢者虐待」、利用者虐待の実例について研修を行い、意識を向上させている。職員間での利用者に対する言動について毎日のミーティングで権利侵害を発生させない組織作りの周知徹底をすすめている。		
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：環境整備マニュアル及びケアマニュアルに掃除・身辺整理の項目を設けて、清潔・室温・換気に配慮した環境整備が行われている。フロア内は種類の異なるテーブルと椅子を準備し、利用者の状態に応じた快適で、寛いで過ごせる環境と共に、畳の部屋、各種ソファ、リクライニング座椅子、4床のベットが準備され休息のための環境づくりが行われている。特に、適温については個人差があるため、利用者の観察を行い、エヤコンや扇風機を活用して、一人ひとりの心地よい環境作りに配慮している。		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		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：①利用者一人ひとりのアセスメントを行い、自立支援を目指した、リフト浴、一般浴、シャワーキャリー、シャワーチェア、手摺を活用して安全な入浴支援を行っている。午前と午後に入浴時間を計画し、利用者が心身共にリラックスした入浴を楽しむことができるよう工夫している。入浴マニュアルを作成し、安心・安全な入浴支援の方法を共有すると共に、入浴の可否は看護師がバイタルサインや健康観察を行い判断している。入浴に対して消極的な利用者に対しては、利用者の気持ちに寄り添いながら、タイミングや会話をし実施している。入浴後のスキンケア及び水分摂取は利用者毎に計画的に実施されている。 ②アセスメントから得られた利用者の排泄ニーズに応じた支援計画が作成され、評価、見直しを繰り返し、自立支援に繋げている。また、利用者の状態変化を見逃さず、二人体制での支援への変更や、利用者のプライバシー保護のために同性による支援を行っている。排泄マニュアルに基づく利用者の尊厳に配慮した支援と共に、カーテンを設置してプライバシーを保護している。トイレは手摺、車椅子用トイレ、男性・女性毎の洋式トイレ、ウォッシュレットが設置され、安全で快適に使用できるよう配慮されている。 ③利用者一人ひとりの移動能力をアセスメントし、利用者に応じた移動支援が計画、実行、評価、見直しが繰り返されている。翌日の利用者に必要な車椅子、歩行器、シルバーカーを玄関先に準備すると共に、利用者の自宅からの持ち込み希望に対応している。職員が移動支援技術を向上できるよう、実技を交えた介護技術講習を行うと共に、移乗・移動マニュアルを作成し、共有化されている。また、送迎マニュアル、車椅子の保守・点検マニュアルを作成し、安心・安全な移動に配慮している。		

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。	(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
評価概要：①利用者一人ひとりの食習慣、嗜好、希望を尊重し、心身の状態を確認しながら、利用者に応じた食事を提供する仕組みが整備されている。テーブル毎におひつを準備し、毎回炊き立てのご飯を自分の茶碗に盛り付けると共に、滑り止めマット、スプーン、食器などの工夫により食行動の自立支援を促している。旬の食材を使用すると共に、季節毎の行事食を提供するなど、利用者が食事時間を楽しむことができるよう配慮している。 ②利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントし、一人ひとりの利用者が食べやすい食事を提供すると共に、食事介助が行われている。栄養改善が必要と判断される利用者に対しては、管理栄養士と連携して、食事に追加して補助食品を提供すると共に、家族への教育を行っている。歯痛や発熱などの体調に変化が認められた場合には、食べやすい内容に変更して食事の提供が行われている。食事時の誤嚥や窒息などの事故に備えて、「骨折及び誤嚥緊急時対応マニュアル」を作成し、職員に周知・徹底すると共に、吸引器が設置されている。 ③利用者一人ひとりの口腔機能及び口腔ケアの自立度をアセスメントし、口腔ケア計画を作成し、実施、評価、見直しが行われている。口腔ケアに問題があれば、法人の歯科衛生士に情報を提供し、ケア方法を見直している。口腔ケアマニュアルを作成し、研修を行い共有化されている。昼食前の口腔体操を行い、食事終了後の歯磨き、義歯洗浄などが継続して行われている。		
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。	(a)・b・c
評価概要：疾患別対応マニュアルに褥瘡の項を設け、その原因、症状、対応について整理すると共に、職員研修を行い、褥瘡予防の方法を周知している。特に入浴・排泄介助の時を褥瘡の早期発見の機会と捉え、皮膚の観察を細やかに行っている。皮膚の発赤や表皮剥離など問題を発見した場合には、直ちに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。		
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。	非該当
評価概要：		
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。	(a)・b・c
評価概要：年間目標に、利用者の「する、できる」を増やすことを掲げ、送迎時から移動、入浴、食事、トイレ動作などの場面で、一人ひとりの利用者の状態に応じた機能訓練計画を作成している。利用者の希望や趣味を尊重して、裁縫、工作など複数のメニューから選択することで主体的に取り組めるよう工夫している。個別機能訓練を継続することで、車椅子移動から杖歩行に改善した利用者が認められた。		
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)・b・c
評価概要：年間目標に、認知症ケアの実践として、認知症の利用者が快いと感じる支援を行うことを掲げ、利用者の生活歴、趣味、関心などをアセスメントし、利用者の状態に合わせた選択メニューを準備している。利用者の笑顔、笑い声を引き出せるプログラムを選択し、継続的に活動する中で完成した雑巾や人形、積木などは地域の保育園や小学校に寄贈し、社会参加が実現している。職員を外部講習や認知症介護実践者研修会に派遣すると共に、毎月の職員研修会ではより良い認知症ケアを行うために事例検討を行っている。家族に対しては年4回の広報誌の配布と家族会を開催し、相談や指導が行われている。		
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。	(a)・b・c
評価概要：体調変化時の対応のために、健康チェックマニュアル及び緊急時対応マニュアルを策定すると共に、ケアサービス会議で研修を行い、職員に周知徹底している。また、利用者自身が自分の体温、脈拍、血圧の測定ができるように教育し、記録を行い、健康に関する意識を高めている。測定値に問題があれば、看護職員が観察、再測定し記録すると共に、家族及び介護支援専門員に情報を提供している。サービス担当者会議において内服薬の情報を得ており、内服が必要な利用者はビニール袋に入れて持参し、看護職員が服薬管理及び服薬確認を行っている。		
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		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。	(a)・b・c
評価概要：年間事業計画に家族支援を掲げ、日常的な家族とのコミュニケーションにより身体的・精神的サポートを行っている。具体的には、送迎時、サービス担当者会議、連絡帳の記録及び家族会などを通じて、家族の介護に関する思いや健康状態を聞き取り、助言や悩みの共有化に努めている。また、過重介護と判断される場合には、介護支援専門員及び主治医に情報提供し、短期入所、訪問介護など必要な社会資源の活用につなげている。年4回の広報誌を発行し、家族が悩みを打ち明けられ共に在宅介護を支えていける事業所作りを行うことを宣言している。		

利用者調査 結果集計表

2019年6月17日

		質問項目	はい	いいえ	その他	未回答
全 サ ー ビ ス 共 通 項 目	職員の対応	問1 職員は親切、丁寧に対応してくれますか。	58	0	5 時や人により違う	1
		問2 職員は何かにつけ気軽に声をかけてくれますか。	61	0	2 時や人により違う	1
	プライバシーへの配慮	問3 「自分が秘密にしたいこと」を他人に知られないように配慮してくれますか。	59	0	4 時や人により違う	1
		問4 職員が、居室にはいるときにノック又は了解を求めますか。	52	2	1 時や人により違う	9
	利用者の意向の尊重	問5 職員はあなた(あなたの意思)を大切にしてくれますか。	59	0	3 時や人により違う	2
		問6 施設のなかでは「自分のしたいことができる雰囲気」がありますか。	50	10	0	4
		問7 困ったことを相談できる職員がいますか。	60	1	0	3
	苦情受けの方法や 第三者委員の周知	苦情の受け付けシステムの説明がありましたか。	41	10	0	13
		【はいの場合】苦情受け職員や、苦情解決第三者委員の氏名や電話番号の説明がありましたか。	41	6	0	17
	不満や要望への対応	問9 不満や要望を気軽に話すことができますか。	55	2	4 人により違う	3
		問10 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれますか。	54	1	5 わからない	4
	職員間の連携・サービ スの標準化	問11 あなたが要望したことが他の職員にも伝わっていますか。	44	2	13 わからない	5
		問12 職員はみな同じように接触してくれますか(職員によって言うことやすることに違いがありませんか)。	51	6	0	7
個 別 サ ー ビ ス 項 目	事故の発生	問13 施設の中で怪我をしたことがありますか。	3	55	0	6
		【はいの場合】職員の適切な対応があれば避けることができたものでしたか。	7	3	2 なんとかいえない	52
	入所に当たっての説明 (過去1年以内に利用 開始した場合)	この施設の利用を始める前に、施設での生活や支援の内容について説明がありましたか。	57	1	0	6
		問14 【はいの場合】その説明はわかりやすかったですか。	54	1	0	9
		実際に入所してみて、説明どおりでしたか。	53	0	6 なんとかいえない	5
	食事	問15 食事はおいしいですか。	59	2	0	3
		問16 食事は楽しい雰囲気で見ることが出来ますか。	60	0	0	4
	入浴	問17 お風呂の回数や時間には満足していますか。	47	2	0	15
	排泄	問18 あなたが希望するときにトイレへ連れて行ってもらったり、オムツ交換をしてもらえますか。	28	1	30 自分でできる	5
	余暇・自由時間	問19 自由時間には、外出や趣味の活動などの好きなことができていますか。	47	6	0	11
個 別 サ ー ビ ス 項 目	機能訓練	問20 リハビリや機能回復のための訓練は、あなたにとって十分に行われていますか。	48	4	7	5
	健康管理	問21 体調が悪いと訴えたときには、すぐに職員が対応してくれますか。	53	0	7 必要を感じていない	4
	地域交流	問22 地域の方やボランティアの方との交流は、あなたにとって十分に行われていますか。	42	1	13 事例がなくわからない	8
	施設	問23 お部屋や食堂は、いつも清潔で、温度や明るさもあなたにとってちょうどよいですか。	58	3	0 なんとかいえない	3
		問24 トイレや浴室はいつも清潔で、安全に使用することができますか。	58	1	0	5

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
評価概要 パンフレットやホームページに理念・基本方針を記載している。毎朝の朝礼で理念の唱和を出勤者全員で取り組んでいる。デイ独自の基本方針を事業所内にも掲げ、利用者にも常に周知されるよう工夫している。また、年度初めに「デイ便り」に記載し、全利用者に配布している。	

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
評価概要 管理者が県老協の経営研修会に参加し、社会福祉事業全体の動向を把握・分析している。また、霧島市における、地域情勢や高齢者をとりまく情勢の把握、分析を行い、今後の施設運営に向けての課題や取り組みを表明している。管理者会議や評議員会・理事会において具体的な課題や問題点を明らかにし、その後のリーダー会議や職員研修会にて職員に周知している。	
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 霧島市における高齢者の情勢等を踏まえ、人材の確保とスキルアップ・人材育成への取り組みを課題とし改善に向けての取り組みを表明している。又、毎月の実績の分析を行い管理者会・評議会・理事会で課題の抽出から解決に向けての取り組みを行い、結果については職員会議にて説明し職員への周知を図っている。	

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
評価概要 平成23年度からの実績データを元に、問題点や目標を明確にし中・長期計画を策定している。毎月発行される全国老協の書籍や、月間デイなどの書籍からの最新情報をまとめたり、事務長が修了した番頭塾の研修資料や、株式会社ユニティのコンサルテーション事業を元に数値目標や具体的な成果を設定している。	
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
評価概要 中・長期計画を反映した数値目標や具体的な取り組みを設定し、単年度の事業計画に総合的な目標を明記し、詳細に各項目毎に収支を出している。最大値予算、年度予算を設定し、毎月の実績をまとめリーダー会議で分析している。事業計画には利用者ケア・職員教育・人材確保。収益的活動・支的的活動・地域貢献活動と明記しており、中・長期計画の内容を反映している。	

評価

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
評価概要 毎年3月の理事会で次年度の事業計画を発表し、6月の理事会で前年度の事業計画の報告を行っている。それまでにデイ職員は年度末の目標達成度や今後の取り組みに必要な点を各自まとめリーダーに提出。ミーティングにて意見の集約を行いリーダーがまとめあげ、事務部門や管理者との打ち合わせ後、作成している。またそれを法人の目標発表会（4月）に各部署ごとに全職員の前で発表を行っている。		
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
評価概要 ホームページや広報誌に各事業所の取り組むべき努力目標を掲載し、広報誌は利用者へも配布し周知を図っている。家族へは家族会にて今年度の取り組みを報告したり、年度初めの「デイ便り」に事業計画を記載し、全利用者に配布し周知を図っている。		

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
評価概要 提供するサービスについて、日々の終礼にて課題抽出やケア会議で話し合う議題等について、検討・抽出し、毎月1回開催するケアサービス会議に繋げケアの内容等も含め検討・分析し改善策を導いている。その取り組みの評価・見直しも行い、サービスの質の向上に向けた取り組みを行っている。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
評価概要 利用者の重度化が進行している中で、環境などの現状分析・評価を行い課題の抽出・検討にて浴室やトイレの改修等の必要性を明確にし、環境的な質のサービスの向上を目指している。		

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
評価概要 法人組織図や職務分掌表が作成され、管理者および各職員の職務が明記されている。運営規定にも管理者の役割・責任について明記され、相談・苦情対応や有事の際も含め役割・責任を明確にしている。		
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
評価概要 年間研修計画の中に介護保険・個人情報保護・権利擁護・虐待防止等、職員が遵守すべき項目を取り入れ、全職員が参加することで法令遵守を理解するための取り組みを行っている。		

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
評価概要 管理者は県・地域の老施協の研修会へ参加し知識向上に努めている。定期的に茶話会を開催し利用者の意見・要望等の聞き取りを行い、上がった意見・要望をまとめ終礼にて報告・分析・改善に取り組んでいる。すぐに対応できない課題についてはケアサービス会議に繋げ、会議にて再度分析・検討・改善に繋げた取り組みを行い事業計画へフィードバックしている。		
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
評価概要 現状分析や職員の意見を基に課題を明確にし、経営や業務の効率化に向けて、リーダーシップを図り取り組んでいる。		

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
評価概要 有資格者の配置や資格取得に向け勤務調整等に配慮している。初任者研修や実務者研修においては法人にて受講料の支援や取得後は資格手当も考慮している。新人育成に関しては新人研修計画を基にリーダーや相談員が中心となり職場内研修を行う等、人材育成・定着に向けた取り組みを行っている。		
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 職員一人一人が目標を設定し個人面接での評価等、職員と協議し指導を行っている。就業規則にのっとり産前産後や育児休暇、資格を取る為の勤務調整等柔軟に対応している。		
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
評価概要 人材配置を厚くし有給を取りやすい体制づくりを行っている。有給以外に6日間の特別休暇や育児休暇・介護休暇制度を整え、ストレスチェックや予防接種の負担軽減・研修旅行への費用支援等、職員が働きやすい環境作りに取り組んでいる。また、法人施設「元氣塾」のトレーニングマシンを職員は無料で利用でき、心身の健康維持に努めることができる。		
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。	Ⓐ b・c
評価概要 職員一人ひとりが目標管理・業務改善シートを活用し目標を定め、年2回、個人面談にて目標達成度の確認を行い、職員の育成に向けた取り組みを行っている。		
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
評価概要 職員の職種や業務マニュアルの中に接遇・秘密保持など職員が取り組むべき姿勢を明記している。研修の年間計画を立て、外部研修や職能別研修も含め職員全員が参加している。業務などで参加できない職員は後で内容を確認し押印している。		

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
評価概要 新人研修・職種別研修・全職員を対象とした研修等、多様な研修計画を立て、職員一人ひとりが参加できるよう配慮している。		
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
評価概要 実習指導マニュアルがあり、受入れ担当者も決まっている、オリエンテーションで、実習生にはデイサービスの説明や実習上での注意点を記載したパンフレットを用い説明し、実習目的に沿ったプログラムも準備している。		

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
評価概要 年2回発行する広報誌にて収支報告・事業所の基本方針や努力目標など公表している。相談苦情体制については広報誌に掲載している。		
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
評価概要 山陵会・定款・諸規定で事務・経理・取引等に関してルールや職務分掌と権限・責任を明確にしている。3カ月ごとに税理士による事業・財務に関するチェックを受けている。		

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
評価概要 実績として昨年度は近くの小学校に手縫い雑巾を90枚寄付した。利用者と一緒に学校を訪問し交流することができた。今年度も年に4～5回づつ寄付できるように雑巾を製作中で、保育園には積み木を寄付するために製作中である。夏休みを利用して学童の子供達が定期的に訪問したり、地域の行事に参加したりしている。また、秋には法人にてほげ祭りをを行い、入居者の方と触れ合ったり、歌や踊りの方々やボランティアの方々と触れ合う事ができている。		

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
評価概要 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。レクリエーションによるボランティアの方々を定期的に受け入れたり、体験学習の生徒の受け入れも行っている。多くの方にボランティア活動を行ってもらうための取り組みを検討中である。		
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
評価概要 霧島市包括支援センターが中心となり、年に1回「このゆびとまれ」という家族介護者交流会が開催されている。溝辺地区の福祉事業所15カ所が参加し、フラワーデイの職員も話し合いから参加し連携をとり、昨年度は健康体操の講演を行った。		
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
評価概要 法人として近隣の介護事業所と一緒に高齢者介護の勉強会を三カ月に一回開催している（高齢者福祉研究会）それには公民館長や民生委員、地域住民の参加も少数だがある。災害時の福祉避難所として地域住民を受け入れる準備をしている。		
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
評価概要 経営協が主催している「思いやりネットワーク事業」に法人で参加。地域の困っている方々の生活用品を援助する活動である。相談窓口はデイ生活相談員である。 県老施協が開催した「介護手伝い隊」に法人が参加。地域に「デイの送迎の募集」の広報活動を行ってもらい地域住民からも応募があり、現在もデイの送迎活動に従事している。（65歳以上） 霧島市包括支援センターが中心となり、年に1回「このゆびとまれ」という家族介護者交流会が開催されている。溝辺地区の福祉事業所15カ所が参加し、フラワーデイの職員も話し合いから参加し連携をとり、昨年度は健康体操の講演を行った。		

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
評価概要 法人の理念に「利用者・家族・職員・地域」への思いをはっきり明記し掲げており、毎日の朝礼時唱和している。「すべてにありがとう」という意識の中で、デイサービスの基本方針にも反映されており、園長が定期的に職員研修会で人権・倫理の講話を行うとともに、職員を外部研修に派遣し、人権意識の向上に努めている。		

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
評価概要 職員研修会で年1回、権利擁護の勉強会を開いている。 重要事項説明書と合わせて「個人情報使用に係る同意書」を担当者会議時に家族・本人へ開示。これに基づきサービス利用をさせていただくことを説明し署名捺印をもらっている。 これとは別に、個人の肖像権（テレビ・新聞等への自身の露出）にも及ぶ同意書を説明させていただき署名捺印をもらっている。職員にはそれを周知している。 身障トイレ・脱衣所では入り口前のカーテン設置による仕切りも設け、職員による配慮も徹底している。		
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
評価概要 ホームページ、デイパンフレット、年に2回の広報誌「フラワーホーム便り」及び法人全体のサービスを記載したパンフレットを作成し、写真や図、絵を使用して分かり易く紹介している。広報誌及びパンフレットは市役所の支所、公民館、交番、郵便局、シルバー人材センター、病院等多くの住民が訪れる場所に設置している。施設見学の方や利用希望者に対しては、基本的に生活相談員が対応し、個別に丁寧に説明を実施している。見学や半日・一日体験利用も受け入れている。		
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
評価概要 サービス開始時にはパンフレット及び重要事項説明書を用いてサービス内容を分かり易く説明を行い、利用者及び家族の承諾を得て契約書を交わしている。また、利用者に認知症状が認められ、家族からのサービス利用希望の場合、利用者の承諾を得られるまで訪問を繰り返し、承諾を得た上で契約を交わしている。サービスの変更の場合は変更内容を大きな文字で分かり易く記載した書類を作成し、説明を行っている。		
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
評価概要 担当者会議の場で家族も交え普段のサービス利用状況の説明を行っている。他事業所利用予定の担当者会議の場でも他事業所にもサービス利用状況の説明を行っている。他事業所移行の際は居宅支援事業所へ活動内容から必要性も含めた留意点を記載した用紙を渡し活用してもらえよう伝えている。利用者本人・家族へは継続して相談にも乗れるよう連絡先・担当者名も書いた文書を渡している。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 利用者に対しては年2回職員と一対一で「お茶会」と称して、お茶やコーヒーを飲みながら、事業所の良いところ、悪いところで改善してほしい事、興味を持っている事を中心に、聞き取りを行っている。職員で分析・検討を行い、直ぐに改善できるところは実行している。設備など予算を伴う内容については法人理事会で検討し、実行されている。家族会は年1回開催し、家族のお困り事を中心に聞き取りを行っている。		
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。	a・Ⓑ・c
評価概要 法人の苦情解決システムが整備され、苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員が選任され、フローチャート様式に整理されている。また、苦情解決実施要綱が策定され、苦情記録様式が定められている。事業所内に苦情解決の仕組みを説明した掲示が行われている。受け付けた苦情は苦情記録票に記載され、苦情解決責任者に報告し、利用者への経過、結果、再発防止策の説明を行っている。		

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
評価概要 職員は迎えから送りまでの全てのサービス提供場面で利用者、家族の意見や相談に対応している。また、相談窓口及び意見箱を設置するとともに、事務所の奥に相談室が設置されている。相談室では、家庭内の人間関係や家庭環境の急激な変化に伴う精神的な不安定などの対応が行われている。 ☐利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由を選ぶことをわかりやすく説明した文書を作成している。 ☐利用者や家族等に、その文章の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ☐相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。		
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
評価概要 苦情・相談マニュアル及び苦情・相談解決マニュアルが作成され、苦情・相談を今後のサービスの質の向上に繋げることと位置付けるとともに、マニュアルの見直しが行われている。意見箱やお茶会を通して、利用者の意見や要望、提案に対応が行われている。利用者からの意見や提案は朝礼、終礼で共有化し、直ちに解決できることは早期に解決している。予算を伴う内容は法人での解決を依頼している。		
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
評価概要 事故の防止及び再発防止マニュアルを策定し、園長をリスクマネージャーに定めている。ヒヤリハット・事故報告書を収集し、職員で要員分析、改善策、再発防止策を検討している。年に1回報告書のまとめを行い、要因分析、改善策、再発防止策を職員で検討し、共有化している。生活相談員がヒヤリハット事例を多く収集することで、事故を減らすようリーダーシップを発揮している。		
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
評価概要 感染症の予防と発生時の対応マニュアルが設置されている。在宅職員研修会で勉強会を開催している。トイレ・洗面台は毎日清掃している。冬場は流行前から毎日、椅子・テーブル・手が触れやすい手摺、ベッド柵等の消毒を酸性電解水超音波式噴霧器の生成水で消毒をしている。酸性電解水超音波式噴霧器は玄関にも設置している。また、法人全体でインフルエンザやノロウイルスの警戒レベル判断し、レベルごとの対応をしている。 流行期は迎え時に乗車前に検温をして異常がみられる場合は参加をご遠慮してもらい、関係各所に報告している。		
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行っている。	Ⓐ・b・c
評価概要 法人の「防災マニュアル」に基づき、災害時の連絡体制、避難先、避難方法、避難ルートが定められている。また、自衛消防組織の中に職員が位置付けられており、年2回の防火訓練に参加している。事業所の利用者一覧表を作成し、事業所内及び送迎時の安否確認に備えている。 平成30年度から法人でBCP（事業継続計画）を策定し、災害による被害を最小限に抑えけるとともに、事業所の業務を切れ目なく継続して行っていくように準備を行っている。		

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
評価概要 提供するサービス毎に法人と共通のマニュアルが策定されている。また、職員業務マニュアルが策定され、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護に関する姿勢が明示されている。マニュアルは事務所の書庫に保管されており、職員がいつでも閲覧可能となっている。新人が入職した場合には、日中のフロア業務から「助言係」が指導。その後1～3カ月間に、入浴、脱衣とペアや時には3人体制でサービスに入り指導している。		
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
評価概要 利用者からの相談を受けた職員、終礼時のミーティングで意見を出し合い、事案対象となる利用者には迅速に介護支援専門員への報告をおこない、利用によっては関連事業所への連絡もおこない次回からの利用からケアの内容を変えていける体制を作っている。 変更内容は連絡ノートへの記載で全員に周知できるようにしている。 基本的には「自立支援」を促すため、できる範囲を利用者がする事を促している。(食事・入浴・トイレ・移動動作など)それに加え、「デイでのお仕事」としての項目を準備し、利用者にわかりやすく揭示し、利用者自ら行ってもらえるように生活機能訓練を行っている。		
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
評価概要 計画策定者は生活相談員と定め、専用の用紙を用いてアセスメントを実施し計画書を作成。日中の様々な場面において、必要あれば関係職員が集まったり、終礼時に意見を出し合ったりし協議している。また、計画書の評価に合わせサービスの見直しを行っている。		
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
評価概要 サービスに問題が発生した際も話し合いの場を持ち職員間で話し合いがされている。 変更を必要とする場合も関係職員・介護支援専門員への連絡をしている。 毎日の終礼時のミーティングで議論する場が設けられている。専用ノートへの記載を義務づけている。 ミーティングに参加できなかった職員は必ず目を通すようになっている。		

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
評価概要 提供したサービス内容はサービス提供記録簿に記載している。また、サービス提供時の利用者の反応や経過について具体的に記載している。法人内ではパソコンのネットワークシステムを通して、利用者の基礎データを共有化し、利用者の状況変化時には掲示板で共有している。 毎回、記載の内容や書き方について統一性を定めている。文言に隔たりがある場合などはミーティング時に周知しあっている。 利用者情報は個人のファイルでまとめ、いつでも閲覧できるように保管している。 月一回のケアサービス会議でも議題として取り上げ、議論しあっている。		
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
評価概要 個人情報保護マニュアルを策定し、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の開示に関する規定を定めると共に、利用者に対しては重要事項説明書に記載し説明を行っている。また、個人情報保護規定が見やすい場所に掲示されている。記録管理の責任者はリーダー・生活相談員と定め、個人のファイルでまとめて鍵付きのファイルケースに保管。当日利用者分も目の届きにくい場所で保管し目隠しも行っている。職員に対して、記録管理・個人情報保護法の勉強会も職員研修会時に行っている。記録やUSBは持ち出し禁止となっており、パソコンもパスワードによるセキュリティをかけて情報の漏えいを防止している。 重要事項説明書に個人情報保護法の規定が添付されており担当者会議時に必ず説明をし署名捺印をもらっている。		

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） 】

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
評価概要 A-1-(1)-①について アセスメントにより利用者の心身の状態や暮らしの意向を理解し、利用者と共に目標達成を目指した自立支援を行っている。毎月最後の週に翌月のカレンダー作成を行い、翌月の計画を予測できている。また、当月予定をボードに記載し掲示しており、それらを参考にしながら、朝の時間帯に利用者自らが「自分ノート」に活動予定をチェックしている。チェックに介助が必要な方は職員と一緒にやっている。 A-1-(1)-②について 福祉職員としてのモラルと接遇をテーマに利用者に安心を与える接し方についての研修を行うと共に、ケアマニュアルとして、介護者のマナー、相手の理解、相談・助言の方法を作成している。職員はアセスメントから得られた利用者の特性に配慮し、利用者に応じたコミュニケーション方法を選択し支援している。特にコミュニケーション障害の特性が認められる利用者に対しては、ジェスチャーやホワイトボードを利用したり、筆談や耳元で話す、タッチング等の工夫を行っている。		
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。	Ⓐ・b・c
評価概要 包括支援センター職員により職員研修会で年1回、資料や事例を交え権利擁護の勉強会を行っている。また、権利侵害の防止と早期発見のため、毎月ケアサービス会議に話し合いを行い、発生した場合には再発防止策を検討する場を設けている。身体拘束においては「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」を必要な利用者から押印をもらっている。		
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
評価概要 建物は耐震構造を備え、利用者のニーズに応じた改修を行っている。フロアには7つのテーブルを独立して配置し、気の合う利用者同士が交流を図りやすいようにしている。畳の部屋にはソファ等があり、利用者同士がくつろぎながら交流を図れるように設置している。テレビも見たい利用者は自由に鑑賞が可能。畳部屋後方はわざと広いスペースが確保され、洗濯物を畳んだり、座椅子などでは昼休憩もし易い環境を設定している。畳に上がりづらい方には4床のベッドやリラクゼーションスペースもあり、いつでも休息が可能。		
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。	Ⓐ・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 一般浴、リフト、シャワーキャリー、シャワーチェア、手すりを設置。入浴前にバイタルサインを測定し、看護職が入浴の可否を判断すると共に、入浴中の皮膚の観察や、処置を行っている。入浴中は浴室に2名、更衣室に2名の職員が配置して見守り及び支援を行っている。午前中にリフト浴や見守り・介助が必要な方が中心に利用される。午後はなるべく自力で行える方の能力を維持できるように職員数も浴室1人、更衣室1人で対応し、入浴動作の自立を促している。 A-3-(1)-②について 車椅子用の広いトイレには見守りとプライバシー保護に配慮して、カーテンが設置されている。一般用の洋式トイレには男性用、女性用に2カ所、手すりも設置。清潔に便座も適温に保たれ、ウォシュレットも設置されている。アセスメントから得られた利用者の排泄ニーズを確認し、利用者に応じた排泄の支援が行われている。特に尿失禁が認められる利用者に対しては、最終排尿を確認し、送迎前後、食事前後、入浴前後、レクリエーション前後に利用者の尊厳に配慮した誘導を行っている。 A-3-(1)-③について 利用者の移乗・移動能力をアセスメントし、当日の利用者に必要な福祉用具（車椅子、歩行器、シルバーカー等）を点検し、玄関先に準備している。特に歩行器は大きさ・形状・使用方法を考え、6タイプを準備している。車椅子への移動、座位の確保、立位の確保のマニュアルを作成するとともに、移乗方法の介護技術講習を行い、利用者及び職員の負担軽減に努めている。危険防止のために、利用者の移動が多い食事前後の移動時の見守り体制を強化している。送迎マニュアルを作成すると共に、利用者毎に留意すべき援助方法について手順書を作成し、定期的に見直しを行っている。		

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
評価概要 A-3-(2)-①について 適温で食事を提供するため、委託職員がホームで下準備した物をデイサービス内で調理し、毎回炊き立てのご飯と、暖かい汁物は必ず提供している。トナーや食器は軽い材質を選択、両面透明のガラスケース清潔な空間に一旦準備した物を配っている。アセスメントによって得られた情報から利用者の食レを作成し、希望や好みを反映している。必要な方には自助具も準備し、食べやすい工夫が行われている。利用者同士の会話が成立するよう座席を配慮し、食事中は軽音楽を流して楽しい雰囲気作りを行っている。衛生管理においては職員は毎月検便検査を行い、調理職員は帽子・エプロン・手袋を着用している。 A-3-(2)-②について 食事の量や、アレルギーの把握、主食も粥や一口サイズのおにぎりも可能、食形態も一口大・極小・ミキサー食も対応可能。利用者の嚥下能力を配慮し提供している。栄養補助食品も豊富なバリエーションがあり、必要な場合には自宅用に紹介している。栄養加算も算定しており、管理栄養士と連携をとりながら低栄養状態にあるまたはそのおそれがある利用者に対して、栄養状態の改善を図る相談や管理といったサービスを個別に提供している。 A-3-(2)-③について 口腔機能向上加算を算定しており、加算算定者には口腔ケアを歯科衛生士の指導の下、職員が利用者に助言・介助を行っている。算定者以外にも事前のアセスメントにより利用者の口腔ケアの自立度を確認し、利用者に応じた支援を行っている。利用者に歯ブラシの持参を依頼し、食後に口腔ケアの観察及び介助を行い、義歯の洗浄ができない利用者には実施している。義歯の不適合や、摂食時に問題があれば家族及び介護支援専門員に情報を提供している。		
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
評価概要 職員研修会にて褥瘡についての研修を行い、入浴・排泄の介助に皮膚の発赤などの異常症状を発見した場合には職員・家族と情報を共有すると共に、介護支援専門員へ情報を共有し、褥瘡予防に努めている。		
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
評価概要 近年デイサービスでは喀痰吸引・経管栄養の対象者がいないため、個別の計画は策定していない。看護師が常に1人は勤務しているため、吸引器は緊急時に使用できるように準備している。管理者は看護師であり、実施手順においては、年に1回介護職員に対して研修を行っている。		
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
評価概要 アセスメントから得られた利用者の情報及び当日の体調を確認し、計画通り又は修正した計画でリハビリテーションを行っている。当日のリハビリメニューは「自分ノート」（当日の経過記録）の当日の予定を自分で選択している。利用者の状態に変化が認められる場合には家族、介護支援専門員、主治医へ報告し、計画を見直している。個別メニューでは体のリラクゼーションを図りながら、介助がいる場合、座位保持・起立動作・歩行動作訓練など、自力では難しい方にも機能維持・向上のため積極的に運動を行っている。		
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
評価概要 アセスメントから得られた利用者の残存能力と今の思いを確認しながら、計画の修正等を行っている。認知症について内部研修を行い、認知症の症状や対応の仕方を学ぶと共に、ケアサービス会議で個別の利用者への対応方法についての共有化を図っている。帰宅願望などの周辺症状が認められる利用者に対しては、職員が1対1で関わり、改善している。年に1回家族会を開催、また法人で「は～ぶの集い」という認知症利用者の家族を中心に集まってもらい、懇親会や勉強会を行い、個別の困りごとに対応すると共に、日常的には口頭又は連絡帳で連携が行われている。		
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
評価概要 健康チェックマニュアル及び緊急時の対応マニュアルを策定すると共にケアサービス会議で研修を行っている。利用者が事業所に到着後、水分補給を促し、利用者が自分の体温、血圧、脈拍が測定できるように指導を行っている。また、利用者自身が記録し自己の体調の変化に気づいてもらっている。バイタルの異常時には職員に知らせるように掲示してある。その時には看護職が再検し、特記事項を記録し、複写面を毎回利用者に配布し、本人・家族にしっかりと伝えるようにしている。また、急変時には主治医・介護支援専門員にも連絡している。利用者の内服薬は家族と連携し、利用者のビニール袋に収納し、看護職が内服管理を行っている。感染症・食中毒予防に関する研修を行い、感染症・食中毒の種類と予防方法について周知している。利用者、職員共に、手指消毒薬を使用し、予防に努めているが、感染の流行前には手洗い、うがいの励行に注意を喚起している。正面玄関入口に手指消毒器が設置され、家族及び来館者に使用を呼びかけている。		
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
評価概要 送迎の時間は家族との会話時間を重視して、家族の健康状態や介護に関する言動を観察している。過重介護が予測される場合には介護支援専門員、主治医へ報告し、早期の解決に繋げている。年1回の家族会での介護研修及び懇親会で個別に対応すると共に、日常的には連絡帳や口頭での情報交換を行い、いつでも相談できる体制について説明を行っている。		