

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

| | | | | | | |
|-----------------|---|---|------------|--|------|---|
| 名称： | シスナブ御津デイサービスセンター | | 種別： | 通所介護・日常生活総合事業 | | |
| 代表者氏名： | 鷲尾 由紀 | | 定員（利用者人数）： | 50 | 名 | |
| 所在地： | たつの市御津町中島980-3 | | | | | |
| TEL | 079-324-0767 | | ホームページ： | cisnav@yumekoubou.or.jp | | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | | | | |
| 開設年月日： | 平成 12年 4月 1日 | | | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）： | 社会福祉法人 夢工房 | | | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 5 | 名 | 非常勤職員： | 7 | 名 |
| 専門職員 | 生活相談員 | 1 | 名 | 看護師 | 3 | 名 |
| | 介護福祉士 | 4 | 名 | 機能訓練指導員 (看護師と兼務) | 3 | 名 |
| | | | 名 | 介護福祉士(介護士) | 4(3) | 名 |
| 施設・設備の概要 | (設備等) デイサービスフロアー、特殊浴槽(ベッド・チェアー)、大浴場、床走行式リフト、和室、トイレ、リハビリ機器スペースワンダー | | | | | |

③理念・基本方針

・その人らしく生きるを基本に、利用者の人間性を見失わず個々の尊厳を重視し生活支援に努める。
 ・生命の保護を第一に医療機関との連携を築き利用者の生活を守る。
 ・家族や知人縁故者等の繋がりを維持できるような支援を心がける。

④施設・事業所の特徴的な取組

○特別養護老人ホーム・ショートステイ・居宅介護支援事業所・ケアハウスを併設し、各事業所と連携し、利用者個々のニーズに応じた支援、緊急時の対応、重度化対応が行える体制を整備している。

○広く開放的な明るいデイサービススペースに、テーブルを多数、各所にソファ、また、静養できるスペース、離れて静かに過ごせるスペースを設け、利用者個々の心身の状況に応じて快適に過ごせる環境を整備している。

○機能訓練指導員が中心となり個別機能訓練計画を作成し、利用者個々に応じた機能訓練を行っている。また、リハビリ機器「スペースワンダー」を導入し、楽しく遊び感覚を取り入れ、心身機能の維持向上が図れるよう取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 令和 5 年 5 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 7 月 6 日 (評価結果確定日) |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 3 回 (令和 1 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の中期経営計画、施設・事業所の事業計画を策定し、施設内に各種委員会・会議を設置して定期的に開催し、研修体制の整備、人事考課制度・目標管理制度等、運営管理体制を整備し、また、BCP（事業継続計画）を策定してBCP訓練も実施し、安定した事業運営に取り組んでいる。また、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着がよい。

○毎日の朝・昼ミーティング、月1回のデイワーカー職員会議を開催し、利用者についての情報共有、利用者支援や業務等についての検討を行っている。また、施設内の各種委員会・運営推進会議・高齢施設運営推進会議も定期的に開催し、専門職者が部門横断で意見・情報を交換して共有し検討できる体制を整備している。

○施設全体の規定・指針・マニュアルを共有するとともに、事業所の特性に応じたデイサービス独自の各種マニュアルを作成している。「プライバシーチェック表」に沿って年2回自己評価を行い、利用者尊重・プライバシー保護への周知徹底を図っている。

○利用者満足度アンケートを年1回実施し、利用者の意見・要望をサービス向上に反映できるよう取り組んでいる。嗜好調査を年2回実施し、管理栄養士・食の委員会が結果を分析し、利用者の意見や希望を献立や行事食に取り入れている。季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供し、選択メニュー・各種企画等、食の楽しみが感じられる機会を数多く設けている。

○通所介護計画・個別援助詳細表・ケース記録・毎月のモニタリング・6ヶ月毎の評価と再アセスメントにより、PDCAサイクルにもとづいた個別支援に取り組んでいる。ケース記録と個別援助詳細表の連動と記録のDX化により、支援記録が詳細に明確に残されている。

○個別機能訓練計画を作成し、複数のプログラムを用意し、本人のニーズや状態に応じて実施し、3ヶ月に1回、評価と見直しを行っている。機能訓練は看護師が主担当とし、併設の特別養護老人ホームの理学療法士の指導も受けながら実施している。「スペースワンダー」等、多数の機器を使用し、また、日常生活動作の中では可能な限り歩行・立位を保持し、機能訓練や介護予防の活動に取り組んでいる。ロールクラフトで継続性のある作品作りや、パズル・脳トレ等、個別で活動できるメニューを取り入れている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれていて大きな改善点はありません。
更なる向上に向けた取り組みとして、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知する工夫と、通所介護計画に利用者個々のニーズを明示する書式の工夫を期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価の受審は今回で3回目となります。前回の受審で明らかになった課題等に取り組み、その克服について少しでも前進が検証されたと思います。評価結果を真摯に受け止め、業務運営の向上に努め信頼される施設を目指したいと思います。ありがとうございました。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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。 | a・b・c |
| <コメント> 法人の基本理念・介護理念をホームページにわかりやすく掲載し、施設玄関に掲示し利用者・家族に周知を図っている。中期経営計画にも記載している。介護理念を事業計画に記載し、ファイルを施設玄関に設置している。法人の基本理念には法人が目指す方向性が明示され、介護理念は法人の基本理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。年度末の全体研修の中で介護理念について説明し、職員に周知を図っている。自己評価チェックシートで介護理念の周知状況を定期的に確認している。 | | |

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。 | a・b・c |
| <コメント> 西播磨ブロック施設長研修・主任ケアマネ更新研修への参加、国・県・市が発信する情報等から、福祉事業や介護保険の動向・市の福祉計画等について把握している。在宅介護支援センターの個別訪問事業や地域ケア会議等によるネットワークから、地域の実態やニーズの把握を行っている。月次報告で、コスト分析や利用率の分析を行っている。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <コメント> 運営推進会議（年8回）で月次と稼働率の報告を行い、高齢者施設運営推進会議（年4回）で収支実績をもとに経営状況の把握と取り組み状況の報告を行い、課題や問題点を明確にしている。運営推進会議には施設の幹部職員が参加している。高齢者施設運営推進会議には会計士・理事長・専務の理事参加もあり、法人事務局もオンラインで参加し、課題の共有と、改善に向けた取り組みを検討している。課題について、デイワーカー会議で職員に周知を図っている。 | | |

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 ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「社会福祉法人夢工房中期経営計画」（令和5年度～令和9年度）を策定している。「具体的な取り組み」として、法人の基本理念、介護理念を具体化する取り組みを明確にし、また、「法人運営の新たな取り組み」としてSDGsの取り組みと法人運営のDX推進を明示している。各取り組みは具体的な内容で、実践状況の評価が行える内容となっている。 今後、「中期経営計画進行管理委員会」を設置し、進行管理を行うこととする。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「中期経営計画」の内容を反映した単年度の事業計画を策定している。事業計画は、施設の共通目標、部署ごとの重点目標、委員会・会議体、研修・防災計画、福利厚生、年間行事等、具体的に実行可能な内容で、実践状況の評価が行え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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画を年度末の全体会議で説明し、職員に周知を図っている。3ヶ月に1回の高齢者施設運営推進会で、「事業計画取り組みシート」をもとに事業計画の実践状況を把握・評価し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、職員の意見を集約して「事業計画評価表」と「事業報告書」を作成し、次年度の「事業計画」策定に反映している。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画ファイルを施設玄関に設置し、事業計画にもとづいた事業報告をホームページで公開し、家族等に周知を図っている。通常は、家族会で事業計画の主な内容を説明している。利用者等の参加を促す観点から、レクリエーション・年間行事の一覧表を掲載している。 管理者が事業計画の主な内容をわかりやすくまとめた文書を作成し、利用者には施設内掲示で、家族には配信で伝える予定である。</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。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>運営推進会議・デイワーカー会議・各種委員会・職員の日目標管理等を定期的実施し、組織的にPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上に向けた取り組みを行っている。4年に1回第三者評価を受審している。情報の公表システム・監査事前チェックリストの評価基準に基づいて、毎年、自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、施設長・副施設長が幹部職員の意見を集約して行っている。</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。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>監査事前チェックリストの評価結果から把握した課題を、運営推進会議で共有し、年度内の全体研修に取り入れて、迅速に改善に取り組んでいる。把握した課題と改善に向けた取り組みを文書化し、運営推進会議の議事録など記録に残すことが望まれます。</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 · b · c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は 事業計画の中で、経営管理に関する方針を明示し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を、年度末の全体研修時に説明し、参加できなかった職員にはDx発信・回覧等で周知を図るとともに 事業計画ファイルを施設玄関に設置している。「職員配置計画と役割分担」(以下業務分掌)」で管理者の役割、責任を文書化し、事業計画ファイルに綴じて周知している。「施設運営規定」にも管理者の職務内容を定めている。「業務分掌」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、BCP・避難確保計画でも権限委任を明確にしている。</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。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>管理者は法令遵守規定等法人諸規定や遵守すべき法令を理解している。「法令遵守業務推進のための行動規範」に「利害関係者との適切な関係」保持を定め、「業務分掌」で監署との渉外連絡(経理・取引)に関する事項を管理者業務と明確にし、規範・業務分掌に基づいて利害関係者と適正な関係を保持している。行政監査を定期的を受審し運営に反映している。老施協西播磨ブロック主催施設長研修や県主催の主任介護支援専門員更新研修等、法令遵守の観点での経営に関して学ぶ研修に参加している。産業廃棄物処理法や市条例等、環境への配慮等も含む幅広い分野の法令に則り適切に対応している。介護技術研修・全体研修で、個人情報保護法・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。</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。 | a • b • c |
| <コメント> 運営推進会議でサービスの質の現状について評価・分析を行い、課題の抽出と、改善策を検討している。毎年、情報の公表制度や県の監査事前チェックリストを用いて評価・分析を行い、チェックリストから把握した課題について運営推進会議で共有し改善に取り組んでいる。4年に1回、第三者評価を受審している。管理者は、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・デイワーカー会議等各種会議や各種委員会、研修・目標管理など具体的な体制を構築し参画している。各種会議・個人面談を活用し職員意見の把握に努め、把握した意見について運営推進会議等で共有し改善に向け検討している。令和4年度研修テーマに「介護の質の向上」を掲げ、介護技術研修・全体研修で高齢者虐待防止法・個人情報保護法等遵守すべき法令を周知する機会を設けている。道路交通法・労働安全衛生法等の伝達研修を実施している。 | | |
| 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。 | a • b • c |
| <コメント> 管理者は、事業所の稼働率等を「月次報告書」としてまとめ、運営推進会議で経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についてのデータがフィードバックされ、3ヶ月に1回高齢者施設運営推進会議で職員配置、労務管理、財務状況等業務の効率化に向けて課題把握と解決に向け取り組んでいる。検討した改善策を運営推進会議で再検討し改善に反映している。非常勤職員の確保・加配職員の配置等余裕ある人員配置、ノーリフト介護の推進、夏季・リフレッシュ休暇取得促進、残業時間の軽減に努める等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、デイワーカー会議・運営推進会議・高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し参画している。 | | |

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。 | a • b • c |
| <コメント> 法人中期経営計画で、福祉人材の確保・育成・定着に向けた取り組みについての具体的な基本方針を明示している。専門職配置状況を事業計画書・運営規定で明確にし、毎月必要な人員の充足度を「勤怠データ」「必要人員計算シート」により確認・管理している。ホームページ・ハローワークの活用等、採用活動を実施している。 | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | a • b • c |
| <コメント> 「介護理念」に期待する職員像を明確にし、職員に周知している。就業規則・給与規定等で人事基準を明確にしている。入職時に説明するとともに、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。人事考課制度を導入し、「振り返り評価シート（階層別）」で自己評価に基づいて評定者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、採用広告、ハローワークのデータ等から法人本部が分析している。「目標設定シート」等で把握した職員の意見・提案等にもとづき、本部で改善策を検討・実施している。給与規定と連動したキャリアパス要件を整備し、職員一人一人が将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。 | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| 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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>労務管理に関する責任体制を、業務分掌や就業規則で明確にしている。勤怠システムを導入し、管理者が就業状況を把握し、法人本部でデータ管理している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回実施し、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。生活習慣病検診・女性がん検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、定期的に面談を行う機会を設け、また、副施設長が職員の相談に対応する等職員が相談しやすい環境整備を整備している。法人の相談窓口（公益通報制度）も設置し、メールアドレスの掲示等で周知している。面談等で把握した職員の意見や希望を採り入れ、インフルエンザワクチンの無償化・休憩時間確保の徹底等福利厚生に反映している。夏季休暇やリフレッシュ休暇、有給休暇の入職時付与、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。外部研修受講時のバックアップ体制・福利厚生の充実・ワークライフバランスに配慮した取り組みなど、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。</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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>個人目標管理制度を整備し、職員個々の目標管理のための仕組みが構築されている。「目標設定シート」に、階層に応じた職員・専門職としての目標を設定している。目標は、事業計画の施設全体の共通目標や事業所別の重点目標に基づいた個人目標を設定し、組織として職員に期待する職員像を明確にしている。基本的に、6月に目標項目・スケジュール等を明確にした目標を設定し、2月に「目標設定シート」「振り返りシート」で、目標の達成状況を管理者と相互に確認して「評価者欄」に評価を記録し、次年度の目標設定に反映している。令和5年度は、9月・2月に面談を行い、中間で進捗状況の確認を行う予定である。</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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>「令和4年度シスナブ御津研修スケジュール」を策定し、介護技術研修・全体研修（法定研修・外部研修報告等）について、研修内容とスケジュールを明示している。外部研修計画は、事業計画書に明示している。研修計画内容に組織が職員に必要なとされる知識や専門性を明確にしている。介護技術研修は、「研修議事録」ファイルに研修別資料と研修感想記録をファイリングし研修の実施状況を把握・管理している。全体研修は多くの職員が受講できるよう同じ内容で2回実施し、感想記録を提出している。外部研修については、「研修申請及び命令書」「研修報告書」をもとに「出張申請書・研修申請書」一覧を作成し受講履歴を把握・管理している。処遇改善計画書策定時に、感想記録・研修報告書・面談時の意見等をもとに、管理者が内容やカリキュラムの評価・分析を行い、次年度の研修計画見直しに反映させている。</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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>資格証・履歴書等で、資格・経験年数等を把握し、本部でも一括管理を行っている。職員の知識や技術水準は、上位者が現場で観察したり、人事考課面談を活用して確認している。新入職者には、担当職員が概ね6ヶ月間、「新人職員介護レベル判定表」に沿ってレベル判定を行い、レベルに沿って「新人職員研修マニュアル」に沿ってOJTを実施し、チェックシートにより進捗状況の確認を行っている。「令和4年度研修スケジュール」をもとにテーマ別の、事業計画をもとに階層別・職種別の研修機会を確保し、職員個々に応じた研修を実施している。外部研修情報を掲示し、面談時の希望に応じて研修計画に採り入れたり、対象者に参加を呼び掛け参加を奨励している。全体研修は勤務時間外に同じ内容で2回実施し、外部研修はシフト調整・時間外扱い・受講料法人負担、オンライン研修は視聴用スペースの整備や受講時間調整等、職員が研修に参加できるよう配慮している。</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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページで、法人の理念、介護理念・方針・目標、法人・事業所の事業報告、第三者委員を含めた苦情相談体制、各事業所の苦情内容別件数等を公表している。財務諸表を、WAMNETの財務諸表等開示システムで公開している。第三者評価受審結果をWAMNETで公表している。法人の理念や基本方針等について、社会・地域に対して主としてホームページで情報発信している。事業所の活動について、パンフレットをスーパー・行政窓口等に設置し地域に広報している。</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。 | a • b • c |
| <p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、業務分掌で権限・責任を明確にしている。規程は事務所に設置し、業務分掌は事業計画ファイルに綴じて閲覧可能にしている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受けられる体制がある。外部専門機関、会計監査人等による定期的な往査を実施し、指摘事項を講評記録で共有し経営改善を実施している。年1回、監事監査を実施している。</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広げるための取組を行っている。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人基本理念に、地域社会との共生を掲げ文書化している。事業計画書重点目標に地域住民との交流を明示している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置・掲示等で利用者に情報提供を行っている。「たつの市暮らしの便利帳」を活用し、活用できる社会資源や地域の情報を提供している。通常は地域の夏祭り・マラソン見学等に、職員が同行し参加を支援しているがコロナ禍のため休止している。通常は、夏祭りに、模擬店を出店し利用者も参加して地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。文化展への作品の出展は継続している。シルバー人材センターの紹介・移動販売や配食等地域における社会資源を利用するよう情報提供している。</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。 | a ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>通常は、演芸ボランティア受け入れているが休止し、現在は外部清掃等環境整備ボランティアの受け入れを継続している。「ボランティア受け入れ計画（ボランティア受け入れマニュアル）」を整備し、導入意義等基本姿勢を明文化している。令和4年度には、トライやるウィークを受け入れ、学校教育への協力を行っている。留意事項等冊子を中学校で作成し配布している。ボランティア受け入れマニュアルに、オリエンテーションでの事前説明事項・学校教育への協力についての基本姿勢等について明文化し、受け入れ時には、ボランティアに対して守秘義務等必要な研修・支援を行うことが望まれます。</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><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、「たつの市暮らしの便利帳」・「たつの市生活いろいろお助け帳」・介護保険事業所サービスマップ等を事務所に設置し、共有を図っている。必要時にはインターネットでも検索閲覧している。施設として、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生委員との交流会・給食施設連絡会・栄養士連絡会等に参加し、共通の問題に対して解決に向けて取り組んでいる。</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><コメント></p> <p>施設として、通常は、「ふれあい会」（自治会と合同開催する食事会・介護相談等）や地域住民参加の夏祭り等を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている（コロナ禍のため休止中）。施設内各事業所が連携して年4回、地域の介護者を対象とした口腔ケア等介護塾（まちの保健室）を開催している。随時施設で介護相談を受けるとともに、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し相談記録を作成している。施設として、福祉避難所協定を結び、ハザードマップにも掲載し地域に周知を図っている。「福祉避難所」に関する地域住民共同の研修会を開催して地域における役割等について確認がなされている。通常は、法人として菜の花祭り等地域行事へ協賛を行い、夏祭りには出店して開催に協力している。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>施設として、介護塾（まちの保健室）の開催、地域ケア会議・地域包括ケア会議・民生児童委員との交流会等への参加や、主として在宅介護支援センターが窓口となつての相談事業の実施等を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 把握した福祉ニーズにもとづいた地域貢献に関わる事業・活動を事業計画等に明示し、実施することを期待します。</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) 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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者尊重について、法人理念・介護理念、倫理規定・運営規程、介護マニュアルに明示している。全体研修・介護技術研修で基本的人権への配慮についての研修を実施している。「身体拘束・虐待防止委員会」「危機管理委員会」で、利用者尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護について、プライバシー保護マニュアルを整備し、介護マニュアルにも記載している。虐待防止指針・身体拘束適正化指針を整備し、全体研修で年2回研修を実施している。共用スペースにベッドを5台設置してパーティションで区切り、また、和室が別にあり障子で区切られており、プライバシーに配慮した環境で休養できるよう配慮している。テレビは共用スペースに1台と窓側にも1台あり、その前にソファを設置し快適に過ごせる設備の工夫を行っている。重要事項説明書で、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みを周知している。プライバシーチェック表に沿って、年2回自己評価を行い、マニュアル・指針にもとづいたサービスの実施に取り組んでいる。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、個人情報管理規程・就業規則・虐待防止指針に明示している。</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。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>利用希望者に対して、ホームページで必要な情報を広く提供し、また、パンフレットを施設玄関・役所・スーパー等多くの人が入手できる場所に置いている。ホームページ・パンフレットは、言葉遣い・写真等でわかりやすく情報提供できるよう工夫している。希望に応じて、随時見学に対応し、個別に丁寧な説明に努めている。ホームページ・パンフレットは随時見直し、ブログは定期的に更新している。</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。 | a . b . c |
| <p><コメント></p> <p>サービス開始時の説明は、利用者の同席を基本とし、利用者の自己決定を尊重している。契約時は、契約書・重要事項説明・個人情報使用同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。利用者個々の利用日や送迎時間・持ち物・注意事項等を記載した「はじめてのデイサービス」を資料として、利用者・家族にわかりやすく説明している。重要事項説明書等に変更があった場合は、新旧対照表を作成し、文書で同意を得ている。身元保証人を設定し、適正な説明、運用を図っている。</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。 | a . b . c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの利用終了時には、要請があれば引継ぎ文書を作成することとしている。サービスの利用が終了した後も利用中と同様に生活相談員を相談窓口とし、重要事項説明書に明記して配布するとともに、終了時に名刺を手渡して説明している。</p> | | |
| 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 . b . c |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度アンケートを年1回、嗜好調査を年2回実施している。利用者満足度アンケートは生活相談員を担当者とし、アンケート結果を回覧して共有しサービスに反映できるよう取り組んでいる。嗜好調査は管理栄養士を担当者とし、調査結果を食の委員会で共有し、献立や行事食に反映できるよう取り組んでいる。サービス担当者会議での利用者・家族との面談も、満足把握の機会としている。コロナ禍以前は家族会の開催もあり、今後再開を検討している。</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。 | a . b . c |
| <p><コメント></p> <p>「苦情解決規定」を作成し、解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。「相談・苦情の受付について」として、苦情受付窓口・対応について、重要事項説明書に記載して配布し、施設玄関にファイルを設置し、ホームページにも掲載している。意見箱の設置・利用者アンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情があれば、苦情対応記録に記録し、デイワーカー会議・危機管理委員会で共有し再発防止、サービス向上に努めている。苦情件数・内容（分類）を事業報告書に記載してホームページで公表している。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書に、「相談・苦情の受付について」として複数の窓口や方法を明記し、契約時に配布するとともに施設玄関に設置している。また、施設玄関に組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、相談相手を選べるよう工夫している。応接室等、相談しやすいスペースを確保し環境に配慮している。</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><コメント></p> <p>「相談・意見受付対応マニュアル」を整備し、年に1回検証している。送迎時や利用中のコミュニケーションで相談・意見の傾聴に努めている。意見箱の設置・利用者アンケートの実施・利用者担当職員の設置等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。意見・相談は生活相談員が集約して迅速に対応し、ケース記録・個別援助詳細表に記録して共有している。内容に応じて、介護支援専門員にも報告している。</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><コメント></p> <p>危機管理委員会を設置し、リスクマネジメントに関する体制を整備している。事故防止、発生時対応について「事故発生防止指針」を整備するとともに、デイサービスの「事故等緊急時、及び事故発生マニュアル」を作成している。ヒヤリハット報告書・事故報告書で事例を収集し、閲覧により周知を図っている。事故について、時間・場所のグラフ・内容・対応・今後の取り組みの月次報告書を作成し、危機管理委員会で共有している。事故防止策の実施状況や実効性は、危機管理委員会で評価・見直しを行っている。介護技術研修・全体研修で、KYT研修を実施している。</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><コメント></p> <p>感染対策委員会を設置して感染症対策についての管理体制を整備し、3ヶ月に1回開催している。感染症マニュアルを整備し、定期的には年に1回看護主任が中心に検証するとともに、必要時には随時見直しを行っている。感染症マニュアルをもとに、感染症の予防策を講じ、発生した場合の対応を適切に行っている。介護技術研修・全体研修で研修を実施するとともに、令和4年度は感染症対応のBCP訓練を年7回実施し、各職員が主体的に迅速な対応ができるよう取り組んでいる。</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やっている。 | a . b . c |
| <p><コメント></p> <p>防災マニュアルに災害時の対応体制を定めている。立地条件等から災害の影響を把握してBCPを整備し、事業継続のために必要な対策を講じている。利用者については、「緊急時連絡一覧表」により電話で安否を確認し、職員については、緊急連絡網・職員の住所地の防災マップを作成し、一斉メールで安否確認を行うことを定めている。防災計画を整備し、施設合同の火災対応の総合避難訓練の日中想定訓練（年1回）と、土砂・水害対応のBCP訓練（年1回）に参加している。併設の2階に備蓄倉庫があり、備蓄を整備している。備蓄の食品は管理栄養士が管理し、備蓄食品一覧表にて、商品・賞味期限・入替年月・使用方法等を明記している。</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><コメント></p> <p>デイサービスの介護マニュアルを作成し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。プライバシー保護マニュアルに、各介護サービスについてプライバシーの保護に関わる姿勢を明示している。入職時のOJTで介護技術研修を行うと共に、例年は、介護技術研修で移乗・排泄・口腔ケア・食事介助・入浴介助研修を実施し、職員に周知を図っている。実施状況は各研修の中で確認し、介護中のプライバシー保護については「プライバシーチェックシート」で確認している。</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><コメント></p> <p>デイサービスの介護マニュアルは、年に1回、検証・見直しを行い、見直し履歴に記載している。年度初めのデイワーカー会議で、職員の意見を集約して検証・見直しを行っている。</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。 | a ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>生活相談員を、通所介護計画作成の責任者としている。アセスメントシートでアセスメントを実施し、デイワーカー会議やサービス担当者会議で、アセスメント・計画策定に関する協議を行っている。毎利用日の個別援助詳細表・毎月のモニタリング・6ヶ月毎のモニタリング・評価で、計画に沿ったサービス実施を確認している。支援困難ケースへの対応は、日々のミーティングやデイワーカー会議で検討し、経過をケース記録・個別援助詳細表・業務日誌で共有し支援に取り組んでいる。</p> <p>通所介護計画に利用者一人ひとりの具体的なニーズを明示することが望まれます。計画見直し時は、評価（継続・変更・終了）を明示することが望まれます。</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><コメント></p> <p>担当の介護支援専門員にモニタリング結果を毎月報告し、必要時には随時、定期的には6ヶ月毎に、居宅サービス計画の見直しに合わせて、通所介護計画の見直しを行っている。開催時にはサービス担当者会議に参加し、事業所内ではデイワーカー会議で検討している。見直しによって変更した計画内容は、業務日誌の利用者申し送り事項や個別援助詳細表のメモ欄・特記事項欄で周知している。</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。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、アセスメントシートによって把握・記録し、定期的に再アセスメントを行っている。通所介護計画にもとづくサービスが実施されていることを、個別援助詳細表の実施欄により確認することができる。計画通りに実施できなかった時は、ケース記録と個別援助詳細表の特記事項欄に記録し、担当の介護支援専門員に報告している。介護記録マニュアルを整備し、ケース記録を生活相談員・管理者が確認し、適宜指導・助言を行い、適切に記録できるように取り組んでいる。事業所内では、申し送りノート・業務日誌・ケース記録・個別援助詳細表等を活用し、また、朝・昼のミーティングや毎月のデイワーカー会議を行い、情報共有を行っている。各種委員会・運営推進会・高齢者施設運営推進会で、部門横断の情報共有を行っている。中期経営計画に明示してDX化を推進し、配信による情報共有と回覧による情報共有を併用している。</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。 | a · b · c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程により、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、個人情報の不適正利用や漏えいに対する対応方法、管理責任者を規定している。職員は入職時に個人情報保護規定について説明を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。全体研修で、個人情報保護研修を実施している。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し同意を得ている。</p> | | |

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

| | | 第三者評価結果 |
|-----------------|--|-----------|
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| A① | 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 |
| A② | 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 |

特記事項

| |
|---|
| <p>A①</p> <p>居宅介護支援専門員からのフェイスシートや利用前の面談から収集した利用者の意向や状態をデイサービスのフェイスシートに明記し把握している。居宅介護サービス計画書をもとに、通所介護計画とサービス内容を、さらに詳細化した個別援助詳細表を作成し、それに沿って個々に応じたサービスを提供している。機能訓練においても、個別機能訓練計画書を作成し、個々に応じたメニューで提供している。活動では、習字や作品作り等で、得意な利用者にはお手本の役割を担ってもらっている。6ヶ月毎にフェイスシートや通所介護計画の見直しを行う他、状態変化時には、その都度介護支援専門員に連絡し、利用者個々に合ったサービス提供の検討をしている。</p> |
|---|

A②

日々の支援場面や送迎時など個別に関わる時間を活用し、利用者の思いや希望の把握に努めている。利用者担当職員を設定し、会話の不足している利用者への配慮、話したいことを話せる機会作りを行っている。把握した思いや希望は、朝・昼ミーティングで共有し、ケース記録に記録して職員間で共有し、内容に応じて家族や介護支援専門員にも報告し、支援に活かせるよう取り組んでいる。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについては、介護技術研修での接遇研修、危機管理委員会での不適切ケア防止の検討、プライバシーチェックシート等で意識向上に努めている。アセスメントシートにより6ヶ月毎にコミュニケーション能力をアセスメントし、方法や支援について検討・見直しを行っている。配慮が必要な利用者については、筆談など個別の方法でコミュニケーションを行っている。

| | | |
|--------------|---------------------------------------|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A③ | 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・b・c |

特記事項

権利侵害防止について、重要事項説明書の説明時に利用者・家族に説明している。身体拘束適正化委員会（月1回）、全体研修での身体拘束・虐待防止研修、プライバシーチェックシート等により、権利侵害の防止と早期発見に取り組んでいる。原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法や、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を、身体拘束適正化指針・虐待防止に関する指針に明示している。身体拘束適性化委員会で、権利侵害の防止等について職員が検討する機会を定期的に設けている。また、権利侵害が発生した場合には、同委員会で再発防止策等を検討し実践する仕組みがある。

A-2 環境の整備

| | | |
|---------------------|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮 | | |
| A④ | 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 |

特記事項

共用スペースの北側が一面窓で明るく、外の風景を見ることができ開放感がある。毎日、清掃と消毒を行い、設置しているベッドも定期的にシーツ交換を行い、清潔にも配慮している。共用スペースの一部をパーティションで区切り、ベッドを5台設置している他、和室もあり、休んだりくつろげるよう配慮している。年1回、利用者アンケートを実施し、清掃についての満足度の項目を設けている。具体的な声も記入できるようになっており、その声に基づき改善に向けた検討を行っている。

A-3 生活支援

| | | 第三者評価結果 |
|----------------------|--------------------------------------|---------|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援 | | |
| A⑤ | 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 |
| A⑥ | A-3-(1)-② 排泄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 |
| A⑦ | 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 |

特記事項

A⑤

フェイスシート、通所介護計画、個別援助評価表に沿った入浴の支援を行っている。一般浴、個浴、機械浴（チェアー浴、ベッド浴）の浴槽の種類があり、利用者の心身状況に応じて提供している。介助者は入浴介助1名と着脱衣介助2名を配置し、自力で入浴できる利用者についても見守りが出来るよう安全面に配慮している。入浴方法については状況が変化した時はケース記録と個別援助詳細表に記録し、経過観察している。必要に応じ介護支援専門員に連絡し、通所介護計画の見直しを含めた対応の見直しを行っている。脱衣場にカーテンの設置や同性介助について考慮するなど利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。拒否する利用者には順番の変更や、声掛けするスタッフの変更、清拭、シャワー浴で対応している。入浴可否の判断基準は入浴マニュアルに明記しており、入浴前のバイタルチェックを行い、異常値の際や体調不良時は中止としている。入浴中止となった場合、シャワー浴や清拭で対応している場合もある。入浴の順番は、利用者の組み合わせや利用者の希望に応じて決めている。入浴時の状況を必要に応じて家族や介護支援専門員に連絡している。

A⑥

フェイスシート、通所介護計画、個別援助評価表に沿った排泄の支援を行っている。オムツ使用者や認知症の方についても、可能な限りトイレで排泄できるよう支援している。トイレは男女兼用であるが、カーテンで仕切れるようになっている。ナースコール、手すり、ウォシュレットを設置している他、車イスや歩行器使用でも十分なスペースを確保している。排泄マニュアルを整備し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した対応や介助を要しない利用者、要する利用者への対応や配慮の留意点を明記している。また、安全面への配慮として、身体状況に応じて2名で対応している。ナースコールや利用者からの呼びかけには素早く対応する他、呼びかけの困難な利用者に対しては、その都度、声かけするよう配慮している。排泄物の状況について、必要に応じてケース記録に記入し、経過観察を行っている。排泄支援の方法についても、ケース記録や個別援助評価表に記録し、検討と見直しを行い、必要に応じて、介護支援専門員に連絡し居宅介護サービス計画の変更を依頼することもある。家族には、送迎時や連絡表を活用し連絡している。

A⑦

フェイスシート、通所介護計画、個別援助評価表に沿った移動の支援を行っている。館内を歩行器の使用、車イスでの自走の他、機能訓練で歩行や立位訓練を実施し、自立に取り組みを行っている。移動支援の方法についても、ケース記録や個別援助評価表に記録し、検討と見直しを行い、必要に応じて、介護支援専門員に連絡し居宅介護サービス計画の変更を依頼することもある。共用スペースやトイレは車イス、歩行器使用でも十分なスペースが確保されており、座席については利用者によってイスから右側にするか、左側に出るか等の位置関係にも配慮している。また、設備点検表を用い、車イスやシルバーカー等の移動器具の点検を2週間に1回行い、安全面に配慮している。利用者の希望に応じて素早く対応し、落ち着きのない利用者にはマンツーマンで対応するなど、状況に応じて対応している。送迎サービスについては、送迎マニュアルを整備している。利用者の組み合わせや車酔いに配慮した座席と送迎順番に配慮している。家庭での移動について、家族から福祉用具の使用方法等の問い合わせに助言や情報提供している。必要に応じて介護支援専門員にも連絡している。

| | | 第三者評価結果 |
|-------------|---|---------|
| A-3-(2) 食生活 | | |
| A⑧ | 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 |
| A⑨ | 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 |
| A⑩ | 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 |

特記事項

A⑧

献立は管理栄養士が立てている。年2回嗜好調査を実施し、アンケート結果を献立に反映している。また、月1回選択メニューを実施している。お好み焼き、手作りパンなどの企画も実施している。食事形態は普通食、刻み、ごく刻み、アレルギー食に対応可能で、食札の色で分かりやすくしている。アレルギーで食べられないものがあつた場合は、代替え品を用意している。行事では、行事食の提供を行い、スタッフの服装を変え食事を楽しむ雰囲気づくりを行っている。その他、音楽をかけたり、一人で食べたい希望があれば座席を用意する等の落ち着いて食事できる環境作りを行っている。衛生管理マニュアルを整備しており、管理栄養士を中心に衛生管理に取り組んでいる。

A⑨

フェイスシート、通所介護計画、個別援助評価表に沿つた食事形態での提供と支援を行っている。嚥下や食事、水分等の状態はケース記録に記録し、必要に応じて経過観察を行い、支援の方法の検討、見直しを行っている。食事前の口腔体操の実施やテーブルの高さの調整、身体に傾きがある利用者にはクッションの使用、食事形態がわかりやすいよう食札の色別、利用者の状態に合わせた食器や自助具の使用等、個別の配慮を行い、心身の負担軽減、自力での摂取、食事時の事故防止に取り組んでいる。食事形態は普通食、きざみ食、極きざみの提供、アレルギー対応には代替食の提供が可能で、利用者の状態に合わせた提供や経口からの摂取が継続できる支援を行っている。食事、水分の摂取量は介護ソフトに記録し、水分摂取が必要な利用者には、水分以外に口当たりの良いお茶やポカリスエットのゼリーを提供している。食事、水分量は連絡帳にも記録し、家庭での食事の状態と合わせて情報交換している。必要に応じて、介護支援専門員にも情報提供している。誤嚥等の食事時の事故については、食事介助マニュアルと緊急時対応マニュアルに、意識消失時の対応や吸引器の使用方法についての記載があり、それに沿つて対応している。

A⑩

食前にジョイスOUNDを利用して口腔嚥下体操を行い、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組めるよう支援している。食後にうがいや歯磨き等利用者の状況に応じた口腔ケア・口腔内のチェックを行っている。施設合同の介護技術研修で「口腔ケア・食事介助研修」を実施している。口腔ケアについてニーズがあれば通所介護計画に位置づけ、実施と評価・見直しを行っている。実施状況は口腔ケア実施表に記録している。口腔内の状態に変化があれば、家族や介護支援専門員に連絡し、必要に応じて歯科受診もすすめている。

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア | | |
| A⑪ | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | a · b · c |

特記事項

併設の特別養護老人ホームの「褥瘡対策委員会指針」を共有している。月1回、併設の特別養護老人ホームで褥瘡対策委員会が開催され、事業所から委員会に参加していないが、議事録を回覧し周知している。皮膚状態で発赤等の異常がある場合、家族や介護支援専門員に連絡し、必要に応じて受診もすすめている。座位の状態が続く利用者には円座やクッション・座布団を使用したり、臥位状態で過ごす利用者にはクッションを当てたり体位変換を行い、褥瘡予防に取り組んでいる。褥瘡発生後は、家族・訪問看護師・かかりつけ医・介護支援専門員と連携し対応している。

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防 | | |
| A⑬ | 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 |

特記事項

個別機能訓練計画を作成し、複数のプログラムを用意し、本人のニーズや状態に沿った内容となっている。計画は3ヶ月に1回、評価と見直しを行っている。機能訓練は看護師が主担当とし、併設の特別養護老人ホームの理学療法士の指導も受けながら実施している。複数の機器を使用する他、日常生活動作の中では、歩行器使用で可能な限り歩行したり、立位をとる等、機能訓練や介護予防の活動に取り組んでいる。認知症について、普段と異なる言動や初期の症状があれば、家族や介護支援専門員に連絡し、専門員への受診もすすめている。

| | | |
|---------------|--------------------------------|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(6) 認知症ケア | | |
| A⑭ | 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 |

特記事項

利用者の基本情報は、介護支援専門員からのフェイスシートや契約の面接時に情報収集し、フェイスシートに記録している。認知症ケアマニュアルを整備しており、認知症の状態や場面ごとの関わり方、対応方法が明記されており、それに沿って支援している。経過観察が必要な状態の利用者については、観察をケース記録に記録し、対応方法の検討、見直しを行っている。必要に応じて、主治医からの頓服薬の指示や症状に対しての助言をもらう等の連携を図っている。利用中、家庭での状況は送迎時や連絡帳を通じて家族と情報交換し、必要に応じて介護支援専門員にも情報提供している。利用者間の組み合わせに配慮した座席や一人になれるスペースを設ける等、その時々状態に応じて過ごせるよう環境面での配慮を行っている。また、ロールクラフトで継続性のある作品作りや、パズル、脳トレ等、個別で活動できるメニューを用意している。施設合同の介護技術研修で認知症研修を実施している。

| | | |
|----------------|---|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-3-(7) 急変時の対応 | | |
| A15 | 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 |

特記事項

体調変化時の対応手順を、事故等緊急時対応、及び、事故発生防止マニュアルと、感染症対応フローチャートに明記している。かかりつけ医と緊急搬送希望病院はフェイスシートで把握している。迎え時や連絡帳で、家族から当日の情報を得て、朝の申し送りでも共有している。来所時のバイタルチェックで看護師が健康確認を行い、バイタルは個別援助詳細表に記録している。看護師との連携により、体調変化や異変を早期発見できる体制がある。異変があった場合は、家族・介護支援専門員に連絡し、ケース記録・個別援助詳細表に記録している。介護技術研修で、健康管理・バイタル測定研修を行い、全体研修でAED/CPR研修を実施している。服薬確認表を作成し、薬の持参を看護師と介護士でダブルチェックし、服薬確認は看護師が行っている。

A-4 家族等との連携

| | | |
|-----------------|------------------------------------|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 家族等との連携 | | |
| A16 | 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 |

特記事項

家族に対し、定期的には連絡帳で、変化があった時には、内容に応じて、電話・送迎時・連絡帳で利用者の状況を報告している。サービス担当者会議に参加し、家族にサービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設けている。送迎時や電話でも随時家族からの相談に対応し、その内容をケース記録している。必要に応じて家族への情報提供や助言を行い、内容に応じて介護支援相談員につないでいる。送迎時等に家族の心身の状況や介護状況にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

A-5 サービスの適切な実施

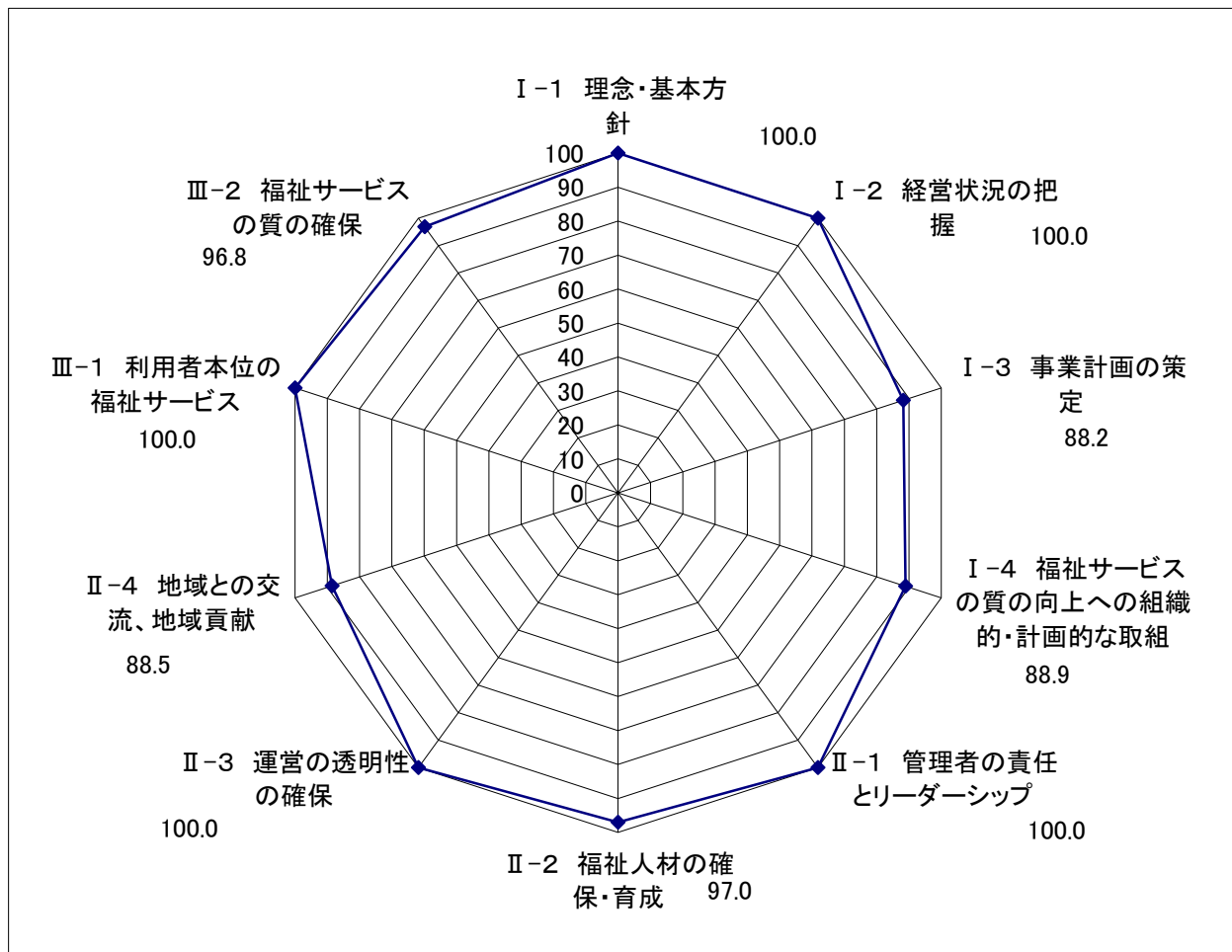
| | | |
|-----|---------------------------------------|-----------|
| | | 第三者評価結果 |
| A17 | A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | a • b • c |

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・口腔ケア・機能訓練・心身面に着目したサービスについて、個別・具体的な方法を通所介護計画書・個別援助詳細表・個別機能訓練計画に明示している。今後も、意思疎通や心理面についての配慮事項を明示されることを期待します。

I ~ III 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|-----------------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| I-1 理念・基本方針 | 6 | 6 | 100.0 |
| I-2 経営状況の把握 | 8 | 8 | 100.0 |
| I-3 事業計画の策定 | 17 | 15 | 88.2 |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 9 | 8 | 88.9 |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ | 17 | 17 | 100.0 |
| II-2 福祉人材の確保・育成 | 33 | 32 | 97.0 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 11 | 100.0 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 23 | 88.5 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 64 | 100.0 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 30 | 96.8 |
| 合 計 | 222 | 214 | 96.4 |



A 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|------------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | 19 | 19 | 100.0 |
| A-2 環境の整備 | 4 | 4 | 100.0 |
| A-3 生活支援 | 75 | 75 | 100.0 |
| A-4 家族等との連携 | 7 | 7 | 100.0 |
| A-5 サービスの適切な実施 | 7 | 7 | 100.0 |
| 合計 | 112 | 112 | 100.0 |

| | | | |
|------------|-----|-----|------|
| 総合計(Ⅰ～Ⅲ+A) | 334 | 326 | 97.6 |
|------------|-----|-----|------|

