

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：	デイサービスセンターさくらさく	種別：	認知症対応型通所介護	
代表者氏名：	内田 創一郎	定員（利用者人数）：	12 名	
所在地：	神戸市西区月が丘1丁目41番12号			
TEL	078-994-3220	ホームページ：	https://seishin.sakuradani-fukushikai.com/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2020年5月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人桜谷福祉会			
職員数	常勤職員：	5 名	非常勤職員：	3 名
専門職員	管理者	1 名		0 名
	生活相談員	2 名		0 名
	介護職員	2 名		1 名
	機能訓練士	0 名		2 名
	調理員	1 名		0 名
施設・設備の概要	リフト浴槽、キッチン、デイルーム静養室、カラオケ機器			

③理念・基本方針

《基本理念》

- ① 公益的事業の積極的取組み
- ② 人権を擁護する
- ③ 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立
- ④ 医療・教育・福祉の連携強化
- ⑤ 地域社会との共生

《基本方針》

- ① 福祉事業所としての専門的な知識・技術・機能を地域に還元する
- ② 利用者の自己選択を尊重する
- ③ 安心・安全・安楽な生活を保障する
- ④ 生きがいくくり、リハビリ等を提供し心身の自立を支援する
- ⑤ 地域住民等との世代間交流による連携を図り、互いに協力しあえる関係を構築する

④施設・事業所の特徴的な取組

*社会福祉事業を広く展開する社会福祉法人が2019年に開設し、特別養護老人ホームに併設する事業所である。法人全体の組織運営体制が確立され、法人内・高齢者福祉部門の各種会議・委員会、施設内の各種会議・委員会を定期的に開催し、法人代表者のリーダーシップのもと、法人の理念・基本方針・事業計画の実践に向け取り組んでいる。職員が、各自の職種・職位で参画し、利用者支援と共に施設運営に参加し成長できる仕組みがある。

*認知症対応型デイサービスの特長を活かし、少人数で利用者一人ひとりに寄り添ったケアに取り組み、困難ケースの受け入れや対応も積極的に行っている。希望に応じて夕食も提供し、独居高齢者の支援や家族の介護負担の軽減にも努めている。

*2022年4月に常勤医師を配置した「櫻ホーム西神診療所」を開設し、利用者・職員に対し日々の健康管理・必要な診療・感染症対策等を行える医療連携体制を整備している。地域住民のワクチン接種等により、地域貢献にも寄与している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 4 年 8 月 1 日 (契約日) ~ 令和 5 年 2 月 2 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

*施設の最上階4階にあり、直接出られる屋上テラスは眺望がよく、歩行訓練・園芸活動・日光浴・行事等に活用している。デイスペースは広く明るい木調で落ち着いた雰囲気、大きな窓からの採光で明るく清潔感がある。浴室にケアリフト用レールを設置し、身体状況に応じてリフトを使用したリフト浴ができる設備がある。同フロアにカラオケルーム・機能訓練室があり、広い機能訓練室に多種のリハビリマシンや平行棒を設置し、また、コグニバイクも導入し、身体機能の向上と脳活動の活性化に取り組んでいる。おやつ作り・工作・塗り絵・脳トレ・運動レクリエーションや季節のイベント等、集団・個別で楽しめるアクティビティを企画し実施している。

*利用者が食事を楽しめる取り組みに注力し、厨房で調理した家庭的な食事の提供、季節料理・行事食の献立の工夫、選択食の実施等を行っている。嗜好調査アンケート・食事検討委員会を実施し、利用者の希望を献立に取り入れている。利用者個々に応じた食事形態での提供、食前の嚥下体操等、安全に経口摂取が継続できるよう自立支援に取り組んでいる。

*毎月のデイサービス会議、1日3回の申し送りミーティング、3ヶ月毎の通所介護計画の見直し、個人ファイルの整備等により、利用者一人ひとりの状況やニーズを把握・共有し、個別支援・自立支援・認知症状の進行緩和・家族の介護負担の軽減等に取り組んでいる。デイサービス会議は、介護職員・生活相談員・看護師・管理栄養士が参加し、随時機能訓練士の意見も反映し、多種の専門職者の視点から、多角的・総合的に検討できる体制がある。

*法人内・施設内の各種会議・委員会体制が整備され、人事考課制度・目標管理・研修体制の充実・マニュアルの整備と周知等による職員の資質向上、事故・感染症・災害等に対する危機管理体制の整備、働きやすい環境整備等に取り組んでいる。ホームページをリニューアルし、ブログも随時更新し、事業所の特長や取り組みを広く発信している。「櫻・さくら通信」や法人機関紙の地域への配布、さくらカフェやミニ講座の開催、運営推進会議の定期的開催、まちづくり協議会等各種連絡会への参加、地域からの相談対応、多目的室の開放等、可能な方法を工夫して地域交流・地域貢献に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

大きな改善点はありませんが、PDCAサイクルがより明確になる書式の工夫、個人ファイル内の書式の工夫が望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘をいただいた課題やアドバイスを真摯に受け止め、直ちに改善していきたいと思えます。また、良い評価をいただいた部分は自信を持ってこれからも継続していきます。自施設の運営状況を職員全員が検証をする良い機会になりました。結果を踏まえ職員全員でより一層のサービスの質の向上ができるように務めていきます。

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> 基本理念・基本方針を、ホームページ・パンフレット・機関紙・事業計画等に記載している。基本理念は法人・事業所が目指す方向を明示し、基本方針は基本理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。新任職員研修で、基本理念・基本方針を説明し周知を図っている。毎年年度初めに法人が主催する事業計画説明会で基本理念研修を行うと共に、スタッフルームに掲示し継続的に周知・理解を図っている。法人の理念指導者研修を職員が順次受講し、受講した職員が会議・研修・日常業務の中で理念との連動性を職員に意識づけられるよう取り組んでいる。施設のパンフレットの初めにわかりやすく掲載し、見学時や契約時に利用者や家族に説明し、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。	a・b・c
<コメント> 神戸市老人福祉連盟の各部門会議、法人の経営会議・施設長会議、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所訪問時に、情報提供を受け意見・情報交換を行い、社会福祉事業や市・区・地域の動向やニーズ・課題を把握し分析している。毎月の月次報告をもとに、施設の幹部会議・法人の請求チェック会議等で、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> 法人の経営会議・施設長会議・請求チェック会議で具体的な課題を明確にしている。課題については、定期理事会、監事監査で役員間でも共有している。月初のデイサービス会議で、前月の経営状況と当月の目標について説明し、職員間で共有している。登録者数・稼働率達成シートの作成と活用、水光熱費のコスト削減への取り組み等、課題の解決・改善に向けて具体的に取り組んでいる。		

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>法人の第4期経営5ヵ年計画を策定し、中・長期的なビジョンを明確にしている。基本理念の実現、課題解決に向け、法人が5年間に取り組む重点目標を設定し、目標達成のための具体的な取り組みを明示している。数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況の把握や評価が行える内容となっている。項目ごとに、高齢者福祉施設としての取り組み・各施設・事業所の取り組みも明示している。事業所内で、4半期ごとに「経営5ヵ年計画進捗状況検証シート」を作成して実施状況を把握し、法人の経営計画検証委員会で報告し、必要に応じて見直しを行っている。</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>第4期経営5ヵ年計画の中長期ビジョンを反映して、単年度の事業計画を策定している。事業計画は、項目別に実行可能な具体的な内容となっている。数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況の把握や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>事業計画を全職員に配布し、年度初めの法人主催の事業計画説明会で説明し、職員に周知を図っている。デイサービス会議への出席や日々の報告をもとに、管理者が4半期ごとに「事業計画進捗状況」を作成し、必要に応じて見直しを行っている。年度末には、同様の手順で職員の意見を集約し、事業報告書を作成し次年度の事業計画策定につなげている。</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>事業計画をホームページに掲載し、利用者・家族を含め広く公開している。閲覧用のファイルにも綴じ、施設入口に設置している。最初に総括のページを設け、わかりやすく説明する工夫を行っている。事業計画の中の利用者に関わる主な内容は、契約時の説明の中で説明している。利用者・家族の参加を促す観点から、契約時以降も、説明の機会づくりや周知の工夫が望まれます。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人内・施設内の各種会議・委員会、職員の目標管理制度、通所介護計画等により、PDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。幹部会議、デイサービス会議等、定期的にサービス内容について評価する体制を整備している。神戸市の自己点検表の評価基準に基づいて自己評価を行っている。評価結果の分析・検討は幹部会議が行い、デイサービス会議で実施状況を適宜確認している。年1回法人内高齢者部門内部点検チェックリストに沿って、サービス内容・事務・経理等について自己評価を実施している。</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><コメント></p> <p>神戸市の自己点検表に基づく評価結果を分析し、食事・緊急時対応等の課題を「自己点検の結果」として文書化している。課題について幹部会議で共有し、デイサービス会議・各委員会で改善に向け計画的に取り組み、嗜好調査・マニュアルの見直し等に反映させ、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。高齢者部門内部点検チェックリストに基づく自己評価では課題等はなかったが、課題等があれば改善に取り組み、改善結果報告書を法人に提出する仕組みがある。</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

		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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、中長期計画に沿って、令和4年度事業計画を策定し、経営・管理に関する方針を明確にしている。年度初め事業計画説明会で全職員に配布・説明するとともに、デイサービス会議で方針を明確にしている。ホームページにも掲載している。「業務分担表」に管理者の職務内容を定め、事業計画説明会で職員に配布・説明し自らの役割と責任を周知している。業務分担表で、「管理者事故ある時の代行」を事務局長（主）・生活相談員（副）の職務とし不在時の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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、経理規定・業務分担表等をもとに、事務局長と連携して利害関係者と適正な関係を保持している。経理処理は法人で行っている。市の集団指導に参加し、施設長が参加する神戸市老人福祉施設連盟の施設長会議・西区施設長会議の内容を共有し、幅広い分野の法令理解に努め、適切に対応している。法人新人研修・内部研修で、個人情報保護法・高齢者虐待防止法等職員が遵守すべき法令等について学ぶ機会を設け周知を図っている。入職時に職員の守秘義務について、誓約書を交わしている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 管理者は、神戸市の自己点検表や法人の内部点検チェックリストに沿って、サービスの質の現状について評価・分析を行い、課題があれば改善に向け計画的に取り組んでいる。管理者は、幹部会議、デイサービス会議等に参加し、サービスの質向上と職員の意見の反映に向けて体制を構築している。研修計画に沿って、新人研修・内部研修・法人内研修・外部研修等を実施し、教育・研修の充実を図っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> デイサービス部門としてまとめた月次報告を基に、法人で人事・労務・財務等をデータ化し、法人の経営会議・施設長会議や施設内幹部会議等で経営分析・検討を行っている。年4回、分析結果を理事会で報告している。職員の適材適所への配置に努め、診療所開設・残業時間の軽減・休憩時間の確保等働きやすい環境整備に取り組んでいる。管理者は、請求チェック会議・幹部会議・デイサービス会議等、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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 事業計画で、職員が成長する職場づくりとして5項目の人材育成の基本方針を明示している。必要な専門職員配置を運営規定で明確にし配置している。毎月必要な人員の充足度を「組織図」「勤務実績表」で確認している。法人の人材確保委員会が、採用活動計画に基づいて人材確保に努めている。育成に関して、幹部候補職員に対する部下育成研修・新任職員に対するチューター制度の導入等を行っている。採用情報をホームページに掲載し、人材確保委員会が採用に向けて、就職フェア参加・養成校訪問・地域への職員募集・職員紹介制度の奨励等を行っている。また、実習生受け入れ等も積極的に行い、連携養成校に奨学金制度で支援している。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 人事考課ハンドブックの考課ガイドラインの中に、「求める人材像」を明確にしている。就業規則で採用・異動・昇格等についての人事基準を明確化し、入職時に配布して説明し、事務所に規定集ファイルを設置して周知している。個人目標管理制度と連動させた人事考課制度を導入し、「自己点検表」及び「自己成長シート」に基づいて、成績評価・専門要素評価・上位者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備している。地域の採用情報や把握した職員の意見等を基に、法人で職員処遇について評価・分析し、改善への取り組みを継続している。給与規定と連動させたキャリアパス表を整備し、職員が将来の姿を描くことができる仕組みづくりを行っている。		

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>総合的な労務管理は法人が行い、デイサービス部門の「労務管理」について、業務分担当表で施設長及び管理者の職務として明確にしている。管理者がタイムカード・休暇確認表等で就業状況を把握・確認の上、法人とシステム内で共有・管理している。日々の健康チェック・健康診断・ストレスチェック等を実施し、受診結果・経過等も確認して職員の心身の健康と安全の確保に努めている。櫻ホーム診療所を併設し、職員の健康管理に対応できる環境を整備している。管理者は定期的及び随時に個別面談の機会を設け、また法人にも直接相談できる体制があり、相談しやすい環境を整備している。互助会からの情報の活用、予防接種費用の全額法人負担等、職員の希望を集約して福利厚生に反映している。時間外勤務の制限、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、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。「人材確保委員会」が人材確保に努め、シフト調整や有給休暇の取得奨励、ノーリフトケアの導入等働きやすい職場づくりに努めている。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>「自己成長シート」で職員個別の「期待する職員像」を明確にし、目標管理体制を整備している。年度初めの目標設定時に、上位者が目標の水準や内容が適切であるかを確認し、必要に応じて助言等を行っている。年4回進捗度・達成度等について相互確認を行う機会を設け、年度末に上位者とフィードバック面談を実施し、年度初めに設定した目標の達成度に対する評価を伝え、次年度の目標設定に反映している。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>職員に求められる専門性を、「デイサービス個別職員外部研修計画」と施設の「内部研修計画」に明示している。研修計画をもとに、内部研修・法人内研修・外部研修等を実施し、実施状況を「研修予定実績管理表」に記載し、計画に沿った研修実施を明確にしている。当初の計画外研修を管理表に追記し、中止等の理由も明確にしている。内部研修参加者が「内部研修報告書」、外部研修参加者が「外部研修報告書」を作成し、研修資料と一緒に各研修ファイルに綴じ、研修記録を一元管理している。職員個別の研修履歴として「外部研修参加状況」を作成し、職員個々の目標に沿った受講履歴の把握と、機会均等な受講支援に努めている。外部研修は、必要に応じてデイサービス会議時に伝達研修を実施し、欠席者には報告書閲覧・資料配布により共有を図り、「研修未受講フォロー確認シート」で周知状況を確認している。研修報告書の「今後の研修で取り上げてほしい」欄を基に各委員会で評価・検証し、管理者が検証結果に基づいて研修計画や研修内容の見直しを行っている。</p>		

19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>職員個々の専門資格の取得状況等を、法人内・デイサービス内で把握している。目標管理の仕組みを通じて、職員個別の知識、技術水準を把握している。新任職員には、法人で新人研修を実施し、配属後はチューター制度によるOJT研修の体制が整備され、「新任職員研修プログラム」に沿ってOJTを実施している。新任職員とチューターが「チューターミーティング」・研修報告書作成を定期的に行い、随時管理者も参加し、進捗状況の確認や課題解決等に取り組んでいる。内部研修・法人内研修・外部研修等で、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。職員の意向を確認して研修計画を作成し、随時外部研修案内があればデイサービス会議・メール等で情報提供し参加を奨励している。内部研修の日時設定（複数日・勤務時間内実施等）・オンライン研修受講環境（場所・機器）の整備・外部研修受講のための日程調整・費用負担等、職員が研修に参加しやすいよう配慮・支援している。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>施設として、社会福祉士・管理栄養士等の実習生を受け入れており、デイサービス部門単独での受け入れも可能な体制を整備している。「社会福祉施設実習実施規則」に専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。実習生受け入れマニュアルを整備し、オリエンテーション内容等を明示している。個人情報保護については、「実習委託契約書」に明記し合意している。実習生の希望・意向等を取り入れて、実習目的に応じて個別プログラムを作成し、プログラムに沿って実習を実施している。実習指導者が介護福祉士実習指導者・社会福祉士実習指導者研修を受講し、実習生の指導を行っている。実習生受け入れ時にマニュアルの読み合わせを行い、マニュアルの理解・周知を図っている。事前に養成校と打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習期間中には、電話での定期的な報告、巡回指導教員・指導者・実習生での振り返り等を通して連携を図り、実習後「評価表」を作成して学校に送付している。</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>ホームページを活用し、法人の基本理念、福祉サービスの内容、事業計画・事業報告、予算・決算情報を公開している。また、事業計画・事業報告を事務所前に設置し公開している。運営規程を事務所前に掲示し、苦情・相談の体制（担当者・解決責任者・第三者員委員）を公表している。運営推進会議録に、苦情内容・対応内容を記載し玄関に設置して公表している。苦情に関してホームページで、「苦情・事故等の対応報告」として公表する仕組みがある。第三者評価受審結果はワムネットに公表する予定である。ホームページの活用と共に、運営推進会議、地域関係機関との連絡会への積極的な参加を通して、法人や施設のビジョンや役割等について、社会・地域に発信している。法人機関誌・施設広報誌の福祉センターへの設置、縁ゆかりカフェ（地域包括主催）でのパンフレット配布等、法人・施設の取り組みや活動等を地域に向けて発信している。ホームページを活用し、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表することが望まれます。</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><コメント></p> <p>経理規程で法人の事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、入職研修時の説明・規定類の配布・事務所への設置等により周知している。業務分担表で、デイサービス部門での権限・責任を明確にし、事業計画説明会で周知している。必要に応じて弁護士・公認会計士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を得られる体制がある。年1回内部点検を実施し、指摘事項があれば、法人本部へ改善状況を報告する仕組みがある。年2回監事監査を実施している。法人内に設置している会計監査人が、6ヶ月に1回施設に来訪し、収支等について会計監査を実施している。指導や指摘があれば経営改善を実施する仕組みがある。</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「地域との共生」を掲げ、「経営5か年計画書」の重点項目に「地域貢献への積極的展開」等、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化している。地域のイベント・訪問理美容等活用できる社会資源の情報を収集し、掲示板の活用等で利用者に情報提供を行っている。コロナ禍のため、利用者参加型での地域行事への参加は自粛しているが、職員が同行し参加を支援する体制は整えている。さくらカフェの開催・訪問喫茶等、定期的に利用者と地域との交流に取組んでいる。利用者への通院支援等、地域における社会資源を利用している。</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><コメント></p> <p>令和4年度に特養部門でトライやるウィークを受け入れ、デイサービス部門でも1日体験を実施している。「ボランティア受け入れ規定」にボランティア受入れに関する基本姿勢「地域交流の充実」を、法人の事業計画に学校教育等への協力についての基本姿勢「福祉教育の場の提供」を明文化している。連携大学で開催された初任者研修への講師派遣・トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、事前のオリエンテーションの中で利用者への関わり等注意事項を説明している。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>区役所・医療機関・学校・警察署等社会資源連絡先を玄関スペースに掲示するとともに、医療機関・ガス、水道、電気等インフラ関係機関の緊急連絡先一覧を防災マニュアルに記載し、職員間で共有している。施設長、管理者も参加する「月が丘まちづくり協議会」（月1回開催）・縁ゆかりカフェ等関係機関・団体と定期的な連絡会を行い、共通の問題について協働して取り組んでいる。特に月が丘まちづくり協議会では、高齢者の買い物支援等に取り組み、地域ケア会議ではネットワークを活用し、認知症高齢者の安否確認等見守り支援体制を構築している。</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><コメント></p> <p>施設の多目的室(地域交流スペース)を活用して、毎月さくらカフェ(認知症カフェ)を開催し、地域住民との交流や専門職による栄養指導・体操指導等のミニ講座を実施している。地域包括支援センター主催の認知症勉強会にスペースを提供し、通常は利用者也参加している。(現在は休止している。)生活相談員が随時に、地域住民のための相談支援活動を行っている。毎年、月が丘地区防災訓練に参加し、地域における役割を確認している。神戸市老人福祉施設連盟として市と福祉難所の協定を結んでいる。給食施設連絡協議会の給食支援ネットワークへの参加を予定している。定期的な施設周辺の清掃活動への参加等、地域の活性化やまちづくりに努めている。</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><コメント></p> <p>さくらカフェやミニ講座の開催、民生児童委員も参加する運営推進会議の定期的な開催、電話やさくらカフェ等での各種相談対応、月が丘まちづくり協議会・地域ケア会議等地域の関係機関との連携を通じて、報交換の中で地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。把握したニーズにもとづいて、多目的ホールの開放・認知症カフェ開催・地域の清掃活動への参加・地域イベントの開催協力・地域ケア会議への参加等具体的な事業・活動を事業計画に明示し、地域貢献に関わる事業・活動を実施している。併設の櫻ホーム西神診療所での地域住民への新型コロナワクチン接種等、法で定められた社会福祉事業にとどまらない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

		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
<p><コメント></p> <p>利用者尊重について、基本理念・基本方針、倫理・法令順守マニュアルの基本原則、介護マニュアルに明示し実践に向け取り組んでいる。新任職員研修・内部研修の中で、利用者尊重・基本的人権についての研修を実施している。身体拘束・高齢者虐待防止委員会を毎月実施し、実践状況の把握・評価、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。	Ⓐ・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は各種介護マニュアルが、権利擁護については身体拘束廃止適正化に対する指針・高齢者虐待防止マニュアルが整備され、新任職員研修・内部研修の中で研修を実施し理解を図っている。静養スペースはカーテンで仕切られ、プライバシーに配慮した設計になっている。権利擁護についての事業所の取り組みを契約書・重要事項説明書に記載し、利用者・家族に契約時に説明している。委員会・研修・不適切ケアアンケート等を通して、不適切ケア防止に向けた取り組みを継続に行っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、高齢者虐待防止マニュアルの「虐待発見時の対応フローチャート」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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>基本理念や基本方針、サービス内容や事業所の特性等を紹介したパンフレット・通信・機関紙等の資料を、自治会の集会所・ふれあいまちづくり協議会の福祉センター等の多くの人が入手できる場所に置いている。ホームページでも公開している。ホームページや資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっている。希望に応じて、管理者・生活相談員が中心となり、個別に丁寧な説明に努めている。通常は、見学・体験利用にも対応している。ホームページや資料の内容は、適宜見直しを行っている。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用前面談等の説明は利用者同席で行い、自己決定を尊重している。写真を多数掲載したパンフレット・通信等、利用者がわかりやすい資料を用いて説明している。重要事項説明書の説明の際は、理解を確認しながら説明を加えたり、言葉を言い換える等、利用者・家族が理解しやすいように配慮している。契約書・重要事項説明書・各種同意書について、文書で同意を得ている。キーパーソンとの契約により、適正な説明・運用を図っている。契約内容に変更が生じた場合は、新旧対照表など変更内容を説明した文書を作成し、送迎時等に説明し文書で同意を得ている。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス終了時は、介護支援専門員等の要請があれば引継ぎ文書の作成等、サービスの継続性に配慮した支援を行うこととしている。サービス終了後も、利用時と同じ相談窓口で相談に対応することを利用者・家族に説明し、パンフレット・名刺等を渡している。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>嗜好調査を毎年実施し、食事検討委員会で検討して「食」に関する満足向上に取り組んでいる。「認知症カフェ」を家族会として位置づけ、管理者が参加し、利用者家族の参加を奨励している。「認知症カフェ」開催時のアンケートで、参加した利用者家族の満足度を把握する仕組みがある。予定している利用者満足度調査・家族満足度調査を、毎年継続して実施し、満足向上に反映することを期待します。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情解決について、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。「重要事項説明書」に記載して配布し、契約時に説明している。「運営規程」に記載し玄関に掲示している。送迎時・連絡帳・毎月のモニタリング等、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。苦情内容・対応等を「苦情受付票」に記録し、2ヶ月に1回の運営推進会議で公表し、家族にもフィードバックしている。苦情が発生した場合は当日の申し送りで迅速に共有・検討し、デイサービス会議でも再度共有し、改善や向上に向けて取り組んでいる。法人としては、「苦情解決委員会」で検討し改善に取り組む仕組みがある。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>苦情受け付け窓口を、相談・意見受け付け窓口とし、「重要事項説明書」に記載して配布し、「運営規程」にも記載し玄関に掲示している。相談室・多目的室等、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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情・相談対応マニュアル」「苦情・相談対応フローチャート」を整備し、事故・リスクマネジメント委員会で年1回見直しを行っている。少人数のためコミュニケーションがとりやすい環境であり、認知症状に応じた配慮で利用者と個別に向き合い、意見・相談の傾聴に努めている。意見箱も設置している。送迎時・連絡帳・毎月のモニタリング等、家族を通して利用者の意見を把握する機会もある。職員が把握した相談・意見は管理者に報告し、内容に応じて、家族や介護支援専門員に伝えたり、申し送りやデイサービス会議で検討し、迅速に対応できるよう取り組んでいる。経過は、内容に応じて、申し送りノートや家族対応記録・居宅対応記録に記録している。意見等にもとづき、食器の改善・行事・レクリエーション等、サービス向上につなげるよう取り組んでいる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関して、事故・リスクマネジメント委員会を設置し体制を整備している。「緊急時対応マニュアル」の中に、事故等の対応・家族連絡フロー等について記載している。マニュアルの見直しは、年に1回事故・リスクマネジメント委員会が実施している。「ヒヤリハット報告書」「事故報告書」に記録し、当日の申し送りやデイサービス会議で共有し、事故・リスクマネジメント委員会が事例を集計している。発生場所・時間帯・内容等のグラフ、再発防止策等を作成し、事故・リスクマネジメント委員会と事業所で共有すると共に、運営推進会議でも報告している。事故防止策等の実施状況や実効性について、事故・リスクマネジメント委員会やデイサービス会議で確認している。新入職員研修と内部研修（年2回）で、事故防止に関する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>感染症予防委員会を設置し、感染症対策について管理体制を整備している。「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための指針」「感染症予防マニュアル」を整備し、新入職員研修と内部研修（年2回）で、感染予防に関する研修を実施している。「感染症予防マニュアル」は感染症予防委員会が年に1回見直しを行っている。環境面は換気・消毒・サーキュレーターの設定・密状態の回避、職員は手洗い・うがい・消毒・検温・マスクの徹底等で、感染予防策を講じている。感染症が発生した場合は、併設の診療所の医師からの指示のもとで蔓延防止に向けた対応を行っている。</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。BCP委員会が、自然災害発生時における事業継続計画（BCP）の策定に取り組んでいる。災害時非常連絡網を作成し、職員の安否確認の方法が決められ、周知している。利用者・家族・担当の居宅介護支援事業所の緊急連絡先を一覧で把握し、電話で安否確認を行うこととしている。事業計画の中で訓練計画を作成し、消防避難訓練を年2回（日勤帯夜勤帯想定）・非常災害時事業継続対応訓練（地震）・地区との非常災害時合同訓練を計画し、消防署・ふれあいまちづくり協議会の防災防犯部会等と連携している。BCPの中に備蓄リストを整備し、備蓄倉庫に保管し、管理栄養士が管理している。</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。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>提供するサービスについて標準的な実施方法を、各種介護マニュアルに文書化し、利用者尊重やプライバシーの保護に関わる姿勢を明示している。新入職員研修・内部研修等で周知を図っている。管理者や介護サービス委員が職員の実施状況を確認し、随時個別に指導している。周知状況・実施状況については、介護サービス委員会で確認している。</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。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>年に1回介護サービス委員会で、各種介護マニュアルの見直しを行っている。各部署での一定期間の実施状況を委員会で集約して検証し、わかりやすく現状に即したマニュアルに見直せるよう取り組んでいる。検証・見直しに当っては、各部署の介護サービス委員が持ち寄った部署内の職員の意見、ケア中に把握した利用者の意見、ヒヤリハット事例等を集約し反映している。</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 ・ b ・ c
<コメント> 通所介護計画の策定責任者を生活相談員としている。居宅介護支援事業所からの情報や利用前面談の聴き取りをもとに、聴き取りシート・フェイスシート・アセスメントシートを作成し、サービス担当者会議でアセスメントや計画についての協議を行っている。事業所内の多職種の関係職員で通所介護計画を作成し、利用者・家族に説明し同意を得ている。生活相談員が毎月モニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認し、介護支援専門員に報告している。支援困難ケースへの対応については、デイサービス会議やサービス担当者会議で検討し、統一した対応・支援が行えるよう取り組んでいる。介護ソフトの書式を工夫し、通所介護計画に利用者個々の具体的なニーズを明示することが望まれます。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 生活相談員が毎月モニタリングを行い、必要時には随時、定期的には3ヶ月毎に通所介護計画の見直しを行っている。見直しに際しては、通所介護計画書内の評価欄で評価を、アセスメントシートで再アセスメントを行い、管理者・生活相談員・看護師・担当介護職員で見直し内容を確認している。見直した計画は、居宅介護支援事業所に提出し、利用者・家族の同意を得て、デイサービス会議で情報共有している。緊急に変更する場合は、居宅介護支援事業所に連絡し、サービス担当者会議開催を要請し、事業所内では同じ手順で見直しを行う仕組みがある。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者の身体状況や生活状況等を、介護ソフトのフェイスシート・アセスメントシート・ケース記録によって把握し記録している。生活相談員が作成した、利用前面談の聴き取りシート・個別シートにも記録している。毎日朝・昼・15時に申し送りを行い、迅速に情報共有し、必要な内容を連絡帳に記載したり、送り時に家族に伝達できるよう取り組んでいる。介護サービスのネットワークを活用し、発信先の選択や既読確認等の機能を活用し、必要な情報が的確に届くよう取り組んでいる。申し送りノート（内容に応じて2冊に分類）や、デイサービス会議や各種委員会の議事録は閲覧で共有している。ケース記録の「種別」欄の活用や、管理者・生活相談員等によるケース記録の内容確認と適宜の指導等、計画に基づくサービス実施の記録、記録内容の標準化を図る工夫が望まれます。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人の「個人情報保護規定」「文書規程」に、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・管理に関する規定を、「就業規則」に不適正利用や漏えいに対する対応方法を規定している。新入職員研修での説明、守秘義務の誓約書の提出等により、職員が理解し遵守するよう取り組んでいる。家族には、契約時時に「個人情報使用同意書」を説明し、文書で同意を得ている。		

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 サービス担当者会議、家族からの情報、利用中の会話や様子等から意向等を把握・理解し、デイサービス会議や申し送りノートで情報共有し、利用者個々に応じた生活となるよう支援している。通所介護計画書に位置付け、集団レクリエーション、心身の状況や趣味・嗜好に応じた個別レクリエーション、個別機能訓練、洗い物・掃除等の家事、園芸活動等、日中活動に参加できるよう支援し、自立支援・役割づくりに取り組んでいる。毎月のモニタリングやデイサービス会議で利用者個々に応じた生活となっているかを検討し、必要に応じて見直しを行っている。</p> <p>A② 少人数のためコミュニケーションがとりやすい環境であるが、利用者と個別に向き合う時間を設け、会話が不足している利用者を含め、利用者一人ひとりが話したいことを話せる機会作りに努めている。把握した思いや希望を管理者に報告し、管理者が内容に応じて家族や介護支援専門員と連携し、支援や通所介護計画に反映できるよう取り組んでいる。事業所内では、申し送りやデイサービス会議で共有を図っている。コミュニケーション方法や支援について、定期的には通所介護計画見直し時（3ヶ月毎）に再アセスメントを行っている。認知症状に応じて質問や問いかけの方法を工夫する等、個別の配慮で対応している。新入職員研修と内部研修で接遇に関する研修を実施し、委員会・会議からの発信、管理者層の職員からの注意喚起や助言など、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいの徹底に向け取り組んでいる。</p>	
--	--

		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

<p>権利侵害の防止等のため、契約時に契約書・重要事項説明書に沿って利用者説明している。身体拘束等適正化に対する指針、高齢者虐待防止マニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応手順を「虐待発見時の対応フローチャート」に明示している。身体拘束・虐待防止委員会を毎月実施し、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。委員会・研修の実施、不適切ケアアンケート、事故・ヒヤリハット報告と検証等、権利侵害の防止と早期発見のための具体的な取り組みを行っている。権利侵害が発生した場合は、デイサービス会議を緊急に招集し、法人では緊急に苦情解決委員会を開催し、対応策・再発防止策等を検討する仕組みがある。</p>	
---	--

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

デイルームは広く、明るい木調で落ち着いた雰囲気、大きな窓からの採光で明るく清潔感がある。業務日誌のチェック項目に沿った毎日の衛生管理・整備、静養スペースのリネン交換、空気清浄機・サーキュレーターの設定、定期的な換気・消毒等、清潔な環境を保持している。季節感のある装飾を行い、分離式の六角形のテーブル席・ソファを配置し、利用者の相性や意向に沿った配席にも配慮し、くつろいで過ごせる環境づくりを工夫している。静養スペースのベッドの周りはカーテンで仕切られ、プライバシーに配慮し休息に適した環境づくりを行っている。

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
A⑥	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。	<input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

A⑤
定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シート等に沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った入浴支援を行っている。サービス担当者会議やデイサービス会議で検討し、必要に応じて入浴方法の見直しを行っている。入浴介助マニュアルを整備し、安全・快適な入浴方法、尊厳や羞恥心への配慮の周知を図っている。浴室の手すり・バスマットの設置、入浴介助は2名対応する、一般浴で入浴困難な場合はリフト浴で対応する等、安全に入浴できる設備・体制を整備している。入浴拒否、同性介助の希望に個別対応し、入浴できなかった場合は清拭や足浴で対応している。入浴前の血圧や体温等を業務日誌やバイタルチェック表に記録し、看護師が入浴の可否判断を行っている。感染症有無や本人の意向を考慮し、入浴の順番を調整している。家庭での入浴について送迎時に家族から聞き取り、必要に応じて助言や情報等提供を行い、介護支援専門員等に報告・連絡を行っている。

A⑥
定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シート等に沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った排泄支援を行っている。排泄記録から利用者個々の排泄パターンを確認し、トイレでの排泄を促している。サービス担当者会議やデイサービス会議で検討し、必要に応じて排泄介助方法や排泄用品の見直しを行っている。排泄介助マニュアルを整備し、研修を実施し、安全な排泄、尊厳や羞恥心への配慮の周知を図っている。水分摂取・散歩・体操・機能訓練等により、自然な排せつを促すための配慮を行っている。トイレは車いすや歩行器の使用にも広いスペースが確保されており、介助バーや背もたれのクッションの設置、必要時の2人介助、毎日の清掃と器具の点検等、安全で快適に使用できるよう配慮している。排泄記録・業務日誌に尿や便の状態を記録し、異常がある場合は看護師・家族・介護支援専門員に報告し、適切な対応につなげている。家庭での排泄について送迎時や連絡帳で家族と情報共有し、必要に応じて介護支援専門員に報告・連絡している。

A⑦

移動・移乗介助マニュアル・送迎マニュアルが整備され、安全な移動・移乗介助、送迎について周知を図っている。定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シート等に沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った移動支援を行っている。サービス担当者会議やデイサービス会議で検討し、必要に応じて移動・移乗介助方法や福祉用具の見直しを行っている。個別機能訓練計画をもとに、機能訓練室での運動機器による機能訓練、テラスでの歩行訓練等を実施し自立に向けた働きかけをしている。ダイルームは車いすや歩行器の移動にも安全な広いスペースが確保され、利用者個々の心身の状況に適した福祉用具（車椅子、歩行器、杖等）の使用を支援している。利用者の希望にできる限り早く対応できるよう、ダイルームに見守りの職員を複数配置し対応している。送迎については、本人の身体状況や本人・家族の意向に沿って、送迎の順番や座席の配置を配慮している。家庭での移動や福祉用具について、必要に応じて助言・情報提供を行い、介護支援専門員等に報告・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

デイサービス会議・食事検討委員会（月1回）・嗜好調査アンケート（年1回）で利用者の意見や要望を把握・検討し、献立に反映できるよう取り組んでいる。厨房による作り立ての食事を提供し、セレクトメニュー・郷土料理・行事食・おやつバイキング・おやつ作りレクリエーション等、利用者が楽しめるよう努めている。複数人で食卓を囲んだり、一人で食べる等、利用者の意向や要望に応じて対応している。音楽・テレビ・YouTubeを流す等、希望に応じた雰囲気作りを行っている。厨房は、大量調理施設管理マニュアルに基づいた衛生管理を行っている。

A⑨

定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シート等に沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った食事支援を行っている。管理栄養士が作成した栄養ケア計画をもとに、利用者個々の状態に合わせた食事形態、栄養面を配慮している。姿勢保持のためクッション等の使用、使い慣れたスプーンや自助具の持参、利用者個々に応じた食事形態での提供、食前の嚥下体操等、利用者のペースで自力摂取・経口摂取が継続できるよう自立支援に努めている。食事量・水分量や食事の様子については、業務日誌、ケア記録に記録している。食事マニュアル・事故防止マニュアルの整備、研修の実施、看護師の配置等により、食事時の事故発生時の対応体制を整備している。家庭での食事や水分についての情報共有や助言は連絡帳や送迎時に行い、必要に応じて介護支援専門員にも報告している。

A⑩

アセスメントシートをもとに利用者個々の口腔状態を把握し、ニーズに応じて口腔ケアを通所介護計画に位置付け、3ヶ月毎に評価・見直しを実施している。食前の嚥下体操や食後の口腔ケア等、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。毎月の口腔ケア会議に参加し、利用者の口腔機能、咀嚼・嚥下機能について確認している。施設内研修で口腔ケアに関する研修を実施している。口腔内に異常等があれば連絡帳や送迎時に家族に報告し、必要に応じて歯ブラシの交換や歯科受診を勧める等の助言を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告・連絡している。

		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。	Ⓐ・b・c

特記事項

褥瘡マニュアルを整備し、褥瘡予防についての標準的な実施方法を明記している。新入職員研修で褥瘡予防対策についての研修を実施し、デイサービス会議で看護師が事例に沿って説明し職員に周知を図っている。デイサービス会議に介護職員・看護師・管理栄養士が参加し、褥瘡予防対策・治癒に向けたケアについて検討し、連携して取り組んでいる。事例に応じて、理学療法士が、写真に助言を記載した資料等を作成し、ポジショニングの説明や助言を行っている。看護師が褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言や情報提供を行い、介護支援専門員に報告している。

		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。	Ⓐ・b・c

特記事項

機能訓練士（看護師）が中心となり、通所介護計画・個別機能訓練計画にもとづいた機能訓練や介護予防に取り組み、3ヶ月毎に評価・見直しを実施している。デイサービス会議に看護師の参加があり、施設内の機能訓練士から専門的な助言・指導を受けられる体制がある。同じフロアに広く設備の整った機能訓練室があり、多種のリハビリマシンや平行棒を設置し、また、コグニバイクも導入している。運動レクリエーション・認知機能トレーニング・テラスの散歩・家事作業等も取り入れている。認知症の症状に変化があれば、家族や介護支援専門員に報告し、医療機関等につなげられるよう支援している。家庭での状況についても、送迎時や連絡帳で家族から情報が得られるよう連携に努めている。

		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。	Ⓐ・b・c

特記事項

契約時の面談やサービス担当者会議等の情報から、利用者個々のADL・生活歴等についてアセスメントを行い、アセスメントシート・聴き取りシート・個別シートに記録している。認知症対応デイサービスの機能を活かし、1日3回のミーティング・デイサービス会議等で利用者の状況を共有して支援方法を検討し、支持的、受容的な関わりを重視した援助を行っている。入職時研修で認知症対応の研修を行い、認知症介護実践者研修や認知症介護実践者リーダー研修を職員が順次受講できるよう計画的に取り組み、受講者による伝達研修も予定している。利用者同士の相性等を考慮して座席を配置し、職員が仲立ちしてコミュニケーションを支援する等、利用者が落ち着ける環境づくりに配慮している。集団レクリエーション・個別レクリエーション・おやつ作りレクリエーション等、個々の症状に合わせた活動に参加できるように支援している。デイサービス会議に看護師の参加があり、行動・心理症状についての分析や支援内容の検討を行っている。送迎時・連絡帳・電話等でサービス中の様子を家族に伝え、情報共有、相談対応し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。認知症カフェ（さくらカフェ）を開催し、家族にも参加を勧め、認知症に関する情報提供や交流の場を設けている。

		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

利用者の体調変化時の対応を「事故等の対応・家族連絡フロー」に明示し、併設の診療所との連携体制を確立している。日々の利用者の健康確認と健康状態を、介護システムに記録している。送迎時の家族からの情報を共有し、毎朝バイタル測定を行い、看護師が利用中の健康状態を確認し、帰宅時にも健康チェックを行い、利用者の体調変化や異変の早期発見に努めている。看護師がリストを作成し、利用者個々の服薬管理を行っている。自宅から持参した薬を看護師か管理者が薬ボックスに入れ、看護師が配薬し、介護職員が服薬介助を行い、空袋で確認している。実施状況は、業務日誌に記録している。異変があった場合は家族・介護支援専門員等に連絡し、管理者が記録している。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応等に関する研修の実施が望まれます。

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、定期的には連絡帳や送迎時の報告で、変化があった時は電話で迅速に、利用者の状況を報告している。担当者会議・連絡帳・送迎時のコミュニケーション・電話等で、家族にサービスの説明をしたり、要望を聞いたり、相談対応したり、情報提供や助言する機会を設けている。担当者会議の内容は議事録に、家族対応の経緯は「家族対応シート」に記録している。また、介護支援専門員にも報告し、「居宅対応シート」に記録したり、FAXをファイリングしている。「認知症カフェ」を家族会と位置づけ、利用者家族の参加を奨励し、その中で看護師等が研修を実施している。家族の心身の状況や家族の介護状況にも留意し、必要に応じて介護支援専門員に報告し記録している。

A-5 サービスの適切な実施

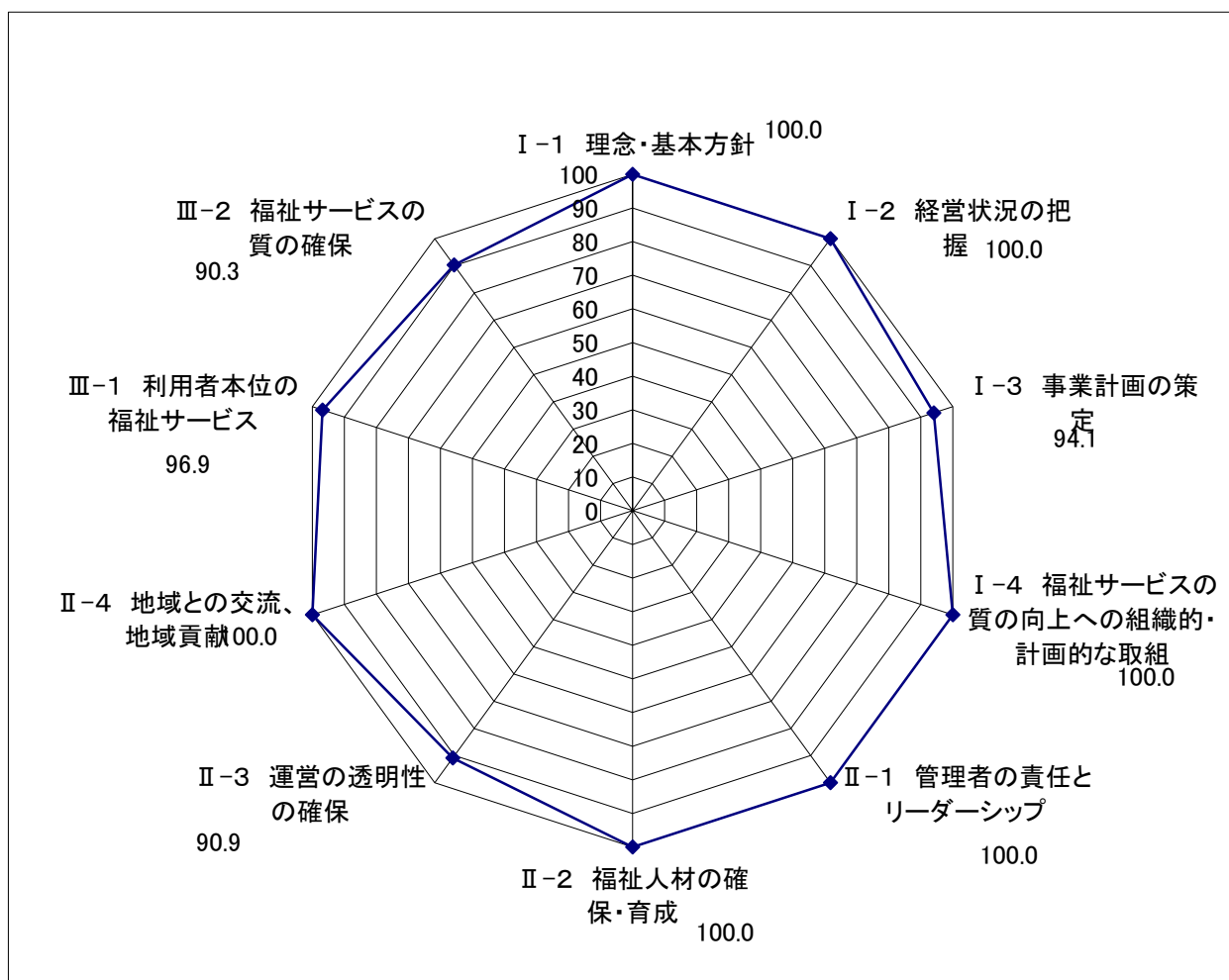
		第三者評価結果
A17	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

機能訓練の個別・具体的な実施方法を個別機能訓練計画に明記している。意志疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面の支援についての個別・具体的な実施方法は、利用者個々の個別シートに明記している。

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	16	94.1
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	9	100.0
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	38	38	100.0
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	26	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	62	96.9
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3
合計	227	220	96.9



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	81	74	91.4
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	118	111	94.1

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	345	331	95.9
------------	-----	-----	------

