

(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 デイサービスセンターやすらぎの里

評価実施期間 平成27年4月14日～平成27年10月20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	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成27年6月1日現在]

事業所名称：デイサービスセンター (施設名) やすらぎの里	サービス種別：通所介護
開設年月日：昭和55年9月16日	管理者名：米丸 和孝
設置主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
経営主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
所在地：〒899-5543 鹿児島県始良市下名2992番地	
連絡先電話番号：0995-65-1641	FAX番号：0995-66-5063
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.abs-cc.co.jp/yasuragi/	yasuragi@po4.synapse.ne.jp

理念・基本方針

理念

プラス志向で豊かな創意「いきいきした介護」を目指します。

基本方針

- ・入居者の望まれる「輝く自己実現」を大切にいたします。
- ・「させていただく」という謙虚な心で自分を磨きます。
- ・積極、敏速、的確な仕事で協調性ある職員となります。
- ・礼儀正しく、健康で、笑顔の専門職となります。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

かけ流しの温泉入浴と日常生活動作に合わせた機能訓練に力を入れています。

定員	30人	利用者数	91人
----	-----	------	-----

※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貼付してください。

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)	2	7	30	41	5

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)	6	16	9	38	12
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	5	4	1		

[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		
管理者		1			0.2	
生活相談員	1	3			1.2	
機能訓練指導員	1	3			1.2	
機能訓練指導員 兼看護師		3			1.3	
介護福祉士		8			3.5	
介護職員		2			2	
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 1 常勤	人 人	採用 退職	常勤 常勤	人 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					6.6 年	
○うち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					6.3 年	
○常勤職員の平均年齢					49.9 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					48.3 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27年4月14日(契約日)～ 平成27年10月20日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

4 評価の総評

◇特に評価の高い点

・地区農村センターや小学校講堂、当事業所などで地域住民に対して介護予防や認知症への理解と対応方法、消費者トラブル解消法などの研修教育活動や鍋を囲んだ会食などを通して、地域の福祉に貢献する活動を積極的に展開している。

・始良市と災害時緊急避難所として提携し、社会的役割を遂行している。

・かけ流し温泉を利用したくつろぎとやすらぎ・身体機能回復の場を提供している。

・管理者と職員は一体となって、利用者への支援を行いながら、利用者の思いに対応している。特に、利用者の少しの変化も見逃さない細やかな観察力は高レベルであると考えられる。

・基本方針である、利用者の「輝く自己実現」を尊重し、「させて頂くと」という謙虚な心で、礼儀正しく、健康で、笑顔の専門職を目指すことが一人ひとりの職員の行動規範となっている。

◇改善を求められる点

・事業計画の部分的内容は年2回デイサービスからの便りという形で提供されてはいるが、事業計画書そのものを利用者に分かりやすく周知することが望まれる。

・標準的な実施方法(マニュアル)を定期的に見直しているが、検討会議録の作成が望まれる。

・相談・苦情マニュアルに公表の方法が記されていないためマニュアルの見直しを行い、公表の方法を記されることが望まれる。

・事務室の一角に相談室を設置し、相談の場として活用されているが、プライバシーの保てる環境整備が望まれる。

・アセスメントを行い福祉サービス実施計画が策定されているが、アセスメントの会議録の整備が求められる。

5 第三者評価結果（共通項目） 別紙

6 利用者調査結果（別紙）

7 事業者の自己評価結果（別紙）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント（別紙）

・事業計画書作成、マニュアルの見直しにあたり、次年度のデイサービスをどう進めていくか、サービス内容、職員の資質向上、環境整備など具体的に検討していく過程を記録していく。会議録はISOで施設の統一された記録用紙とする。

・相談室の環境整備を具体的に職員で意見を出し合って行っていく。

・アンケート結果で、「人によって違う」との声に、職員全員が、再度、一つ一つの場面を検討、生活相談員、ケアワーカー、機能訓練指導員、看護師の多職種で理解を深め、より良いケア、機能訓練につなげるため定期的な事例検討会や勉強会を継続実施していく。

・今のサービスの内容をもっと利用者のニーズに合わせていくにはどうしたら良いのか、他事業所はどのようなことを行っているのか、もっとたくさんの情報を得ながら、やすらぎの里のデイサービスとしての特色を出して、より良いサービス内容を作っていきたい。

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

		第三者評価結果
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (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
<p>評価概要 理念はホームページ、パンフレット、事業所内への掲示、職員ネームカードなどへ記載され、周知が図られるとともに、事業所の目指す方向性を示している。基本方針は理念を実践する具体的な内容となっており、職員が暗記しそれぞれの行動規範として定着している。利用者や家族等にも周知されている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (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
<p>評価概要 介護保険法の給付基準や、関連規定等の改定・行政計画など経営に関する諸変化には、常に関心を持ち情報収取をして対応する体制ができている。事業所・法人で、利用動向の変化や地域のサービス提供事業所の動向、地域ニーズの把握など管内の居宅介護支援事業所と日常的に情報交流し、把握分析している。</p>		
3	I-2-1 (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
<p>評価概要 月・年度毎の利用動向の推移や利用者の状況の変化を、職員間で分析・協議し、解決策や対応を検討している。事業所として利用定員の増や利用者のニーズとして、介護予防支援のために機能訓練強化の方針を決定し、理学療法士等関連職員の充足を図っている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-1 (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) -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>評価概要 中・長期資金収支計算書の裏付けをした中長期計画にビジョンを明示し、職員配置・職員研修・施設整備等検討された計画となっている。</p>		
5	I-3-1 (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>評価概要 中長期計画に介護報酬改正や地域支援事業移行を考慮し、課題の解決を含めた目標（ビジョン）を明示し、その達成に必要なサービス内容や設備、体制、人材育成などから問題点を分析して解決に向けた具体的な内容を盛り込み、年間計画、年度予算がリンクし策定されている。介護予防の強化及び定員増については年度途中からの新規の実施であり、充実強化の過程にある。</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>評価概要</p> <p>事業計画・予算の策定は年次的になされ実施されてきたが、予め規定された手順で、職員も参加して組織的に実施することについては、今年度からの取り組みとなっている。</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>評価概要</p> <p>事業計画の部分的内容は年2回デイサービスからの便りという形で提供され、行事計画は個々に渡している。事業計画書そのものを利用者に分かりやすく周知するまでには至っていない。</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>評価概要</p> <p>サービスの質の向上については、従来から利用者アンケートを実施し、利用者の声を反映する仕組みがあり、内容を評価・分析し、改善に取り組み、内容を公表している。現在ISOの導入に取り組んでいる。今回第三者評価を受けるにあたり、全職員参加による自己評価を実施し、組織としてPDCAサイクルが機能する体制づくりができています。</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>評価概要</p> <p>課題抽出や検討過程が記録化されるまでには至っていないが、解決すべき課題の抽出や課題解決に向けて、組織的な取り組みがなされ、新たな事業展開も始まっている。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

		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>評価概要</p> <p>業務分担表・緊急時連絡網等や各種決裁規定に管理者の役割と責任体制は明確に定められており、自ら職員研修・災害避難訓練等で職責を遂行している。</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>評価概要</p> <p>法令遵守に向けて担当者を配し、研修会を実施して、介護保険法や人権擁護・個人情報保護・虐待防止・安全管理等について職員の理解と対処力向上に努めている。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者は事業所の機能毎に福祉サービスの質の向上に取り組み、法人全体の総合力が発揮できるよう推進している。デイサービスとしては、利用者の心身の機能向上のために、人的配置や機器の整備・施設整備・職員研修などサービスの向上に取り組んでいる。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>平成27年度介護報酬改定や介護保険法の展望等を踏まえて、利用定員増やサービス対象者の拡大、職員体制の強化、施設設備の拡充など素早い対応で指導力を発揮している。</p>		

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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画で人材育成について、現状と課題が示されている。27年度は理学療法士の新規雇用と職員研修及び在職者の資格取得への取り組みが進められている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>期待される職員像は明確に示されており、全職員が自己評価して、それをもとに、個人力量一覧表が作成されている。今後、人事管理規定や給与規定等とも関係づけがなされ総合的人事管理への移行期にある。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>介護休暇や育児休暇制度が完備され、職員負担なしの退職金制度に加入している。時間外労働は全職員研修時の月間1.5時間、有給休暇取得は年間平均11日となっており、職員にとって働きやすい職場づくりに取り組んでいる。福利厚生や健康診断・感染症予防接種など組織として整えられている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>目標管理制度の導入に向けて、自己評価制度を実施中で、「期待される職員像」をもとにして、それぞれの職員が目標を設定して業務に取り組めるよう推進している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>研修計画はあるが、組織として「期待される職員像」を目指しての体系化した研修計画としては、内容的に不十分である。</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>評価概要 職歴研修・職能別研修等職員一人ひとりの研修計画とはなっていないが、研修計画に基づき派遣研修・施設内研修が実施され、全職員に研修参加の機会がある。</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>評価概要 福祉人材の育成は事業所の社会的責務の一つであることを理解し、介護専門学生や看護専門学生等実習生の受け入れについては、マニュアルを整備し、積極的に受け入れている。</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>評価概要 ホームページや広報誌に掲載するとともに、法人の玄関にも閲覧できるようにされている。</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>評価概要 経理は公認会計士による指導管理の下で処理され、内部監査は法人内の他の事業所チーフ職員により実施されており、透明性の確保に努めている。</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。	a ・b・c
<p>評価概要 地域包括支援センターと地域の介護サービス事業所が協力して、「地域支えあい体制づくり」事業に参画している。事業所独自事業として「介護予防教室（ミニデイ）」の開催や地域の3区域との交流事業を開催し、利用者との触れ合いを進めている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け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 ・b・c
<p>評価概要 ボランティア団体等の受け入れに当たっては、「ボランティア受入5つのお約束」という基本姿勢を示し、受け入れたボランティアは受入簿に記載されている。中学生の職場体験学習や小学校や保育園との交流も受け入れている。</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。	a・ b ・c
<p>評価概要</p> <p>市役所の関係課、消防署、警察、地域包括支援センター、居宅介護事業所、福祉サービス事業所、民生委員等や、日常生活関連の宅配事業所など連携が取り易いようにファイルされ設置している。</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。	a ・b・c
<p>評価概要</p> <p>地区農村センターや小学校講堂、当事業所などで地域住民に対して介護予防や認知症への理解と対応方法、消費者トラブル解消などの研修教育活動や鍋を囲んだ会食などを通して地域の福祉に貢献する活動を積極的に展開している。</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>評価概要</p> <p>居宅介護事業所や地域の公民館長、民生委員などとの交流を通し、地域に必要な「介護予防教室（ミニデイ）」・「認知症徘徊者の支援模擬訓練」・相談事業など公益活動を実施している。始良市との間に災害時の避難救護所の指定を受け、その役割を担っている。</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。	a ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人の倫理綱領が策定され、利用者尊重や基本的人権に配慮することの重要性について、職員の行動規範として位置づけられている。隣接する法人本部（特別養護老人ホーム）にパネルにして設置すると共に、各種研修及びマニュアルの基本となっている。研修内容は個人用の研修記録に保管されている。また、運営規定第20条に人権擁護及び高齢者虐待防止のための措置として具体的に明記されている。</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>評価概要</p> <p>プライバシー保護取扱いマニュアルが策定されている。また、身体拘束廃止・権利擁護委員会が設置され、毎月、プライバシー保護の観点から利用者支援の在り方について検討している。利用者の羞恥心に配慮した取り組みや、個々の身体状況に応じた対応や同性介護など細やかな配慮を行っている。虐待が疑われる利用者については、関係機関と協議し解決に努めている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用者希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念や基本方針、提供する福祉サービス内容を紹介したパンフレットを、ハローワーク、地域包括支援センター、民生委員、自治会長、学校等へ配布している。パンフレットは写真を用いてサービス内容が分かり易いように工夫している。見学、一日利用は随時受け付けており、食費のみ実費で対処し、デイサービス記録日誌に記録している。</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>評価概要 重要事項説明書、利用契約書及びパンフレットを用いて利用者や家族に説明を行い、同意を得て書面に残している。日課表、機能訓練内容表、短縮利用の説明を行い、利用者のサービスの選択を容易にしている。利用者が契約締結に困難がある場合には、家族、民生委員、地域包括支援センター、福祉相談員からの支援を得て代行を依頼している。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<p>評価概要 サービス終了後も利用者や家族が相談できるよう相談窓口を設置している。引継ぎ文書は定めていないが、毎月、介護支援専門員に提供している連携用紙を活用している。行政や関係機関と協議し、他の福祉施設・事業所、地域の資源に繋げる支援を行っている。</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>評価概要 利用者満足に関する担当者を設置し、毎年1回、利用者の満足度調査を行っている。その結果は検討会議を行い、掲示すると共に、広報誌に掲載しているが、記録を残していない。記録は評価・見直しの検討材料となるため、今後は記録を残すことが望まれる。日々のサービス提供時に、利用者の言動を細やかに観察し、改善課題を発見し、サービスの質向上に活かしている。</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>評価概要 苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置され苦情解決の体制は整備されている。ご意見箱が設置され、匿名の苦情を受け付けている。連絡帳を通して利用者及び家族からの要望や苦情が寄せられており、利用者や家族にフィードバックしている。他の利用者や家族にも周知する必要があると考えられる場合には、利用者・家族に了解を得た上で「お願い文書」を発行し、問題発生の予防に努めている。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・b・c
<p>評価概要 事業所の玄関に苦情相談文書を掲示し、苦情・相談箱を設置している。また、重要事項説明書に苦情の窓口の担当者、苦情解決責任者、第三者委員の氏名と連絡先を明記し、利用方法を説明している。日頃からお困り事はないか言葉かけを行うと共に、連絡帳を相談・意見の機会と捉え、活用している。また、事務室の一角に相談室を設置し、相談の場として活用されているが、プライバシーの保てる環境整備が望まれる。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・b・c
<p>評価概要 サービス提供のあらゆる場面で利用者・家族の表情や仕草の変化から早期の問題解決に繋げている。相談・苦情マニュアルが策定され、年に1回は見直しを行っているが、公表の方法が記されていない。マニュアルの見直しを行い、公表の方法を記されることが望まれる。意見箱が設置され、アンケートが行われ、利用者の意見を積極的に把握するしくみがあり、実行している。相談・苦情受付担当者は「苦情・相談受付表」に、その経過を記載し、相談・苦情報告台帳に整理している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 安全対策委員会が設置され、毎月開催し、ヒヤリ・ハット体験報告書及び事故の調査報告書から事例を分析・検討している。その結果明らかになった発生要因及び改善策・再発防止策について、毎日のミーティングで研修を行っている。緊急時の連絡体制は事務所に大きな文字で掲示されている。また、利用者急変時の対応・不審者侵入対策について研修計画が策定されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 褥瘡・感染症対策委員会を設置し、毎月、検討が行われている。感染症予防、まん延防止マニュアルが策定され、日常の基本的な手洗い、施設内の衛生管理に活用している。浴室内のレジオネラ症対策は実行表を作成し予防に努めている。また、季節毎に発症の危険性の高い時期を選んで、職員研修が計画されている。</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している。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 運営規定第18条に非常災害対策が記載され、災害時の職員体制が定められている。毎年、社会福祉法人希望会合同の夜間避難訓練に消防署、地域の消防団、住民と共に参加している。施設は始良市と災害時の福祉避難所に位置づけられており、食料品及び毛布等を備蓄している。台風発生時、独居高齢者及び高齢者夫婦の安否確認を行うと共に、必要があれば介護支援専門員と連携し、避難先として受け入れを行っている。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要 提供されるサービス内容のマニュアルが策定され、事務室内の書類棚に保管され、職員が閲覧し、日常的に活用されている。利用者の個別サービス実施計画は毎日のミーティングで検討されており、課題検討記録として保管している。マニュアルの研修会を行っているが、実際のサービス提供場面で個人差があるため、その都度、確認を繰り返している。</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 Ⓑ・c
<p>評価概要 マニュアル検討委員会が研修計画を立案し、計画的に各種マニュアルの検証・見直しを行っている。マニュアルの見直しは、職員や利用者からの意見や提案に基づき実施されているが、検討会議の記録が保管されていない。検討会議の記録を残すことで、更に組織としてPDCAサイクルを浸透していくことが期待される。</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>評価概要 福祉サービス実施計画策定の責任者を定め、職員全員参加し、事業所の定めた様式を用いて利用者一人ひとりの具体的なニーズを把握している。アセスメントから計画策定、実施、評価の手順書は運営規定及び介護保険法の基準省令に基づき実施されている。アセスメントから福祉サービス実施計画作成にあたり、職員で協議しているが、記録に残されていないため、今後は記録に残すことが望まれる。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a (b) c
<p>評価概要 福祉サービス実施計画の見直しについては、運営規定及び介護保険法の基準省令に基づいて実施している。評価・見直しを行う時期は、介護支援専門員の作成した短期目標を参考に3ヶ月毎に実施している。変更された内容は検討会議ノートに記載し、毎日のミーティングで回覧し、職員に周知している。変更に関しては利用者・家族の意向の確認を行い、計画書を修正し、同意を得ている。</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>評価概要 組織が定めた統一した様式によって記録が行われている。記録に関する要領は、運営規定及び介護保険法の基準省令に基づいて実施している。記録はパソコン内に保管され、アセスメントやサービスの実施計画の実施状況、利用者に関する日々の情報を入力している。利用者一人ひとりの知っておくべき情報は、毎日のミーティングで共有化している。記録はパソコン入力を行っているが、職員の力量に合わせ2人で入力したり、記録内容に差異がないように配慮している。</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>評価概要 プライバシー保護取扱いマニュアルに記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めており、利用者には重要事項説明書及び契約書を使用して説明している。電子データの情報漏えい対策及び停電時の対策が行われており、法令遵守の研修を毎年実施している。</p>		

福祉サービス第三者評価基準 【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目（通所） 】

（様式2）

A-1 支援の基本	第三者評価結果
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
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
<p>評価概要</p> <p>①「いきいきした介護」の理念、ご利用者様の望まれる「輝く自己実現」の基本方針のもと、支援が行われている。利用者の一人ひとりの心身の状況、生活習慣、暮らしの意向を理解し、利用者と共に、達成感・充実感が持てるよう支援している。買い物、カラオケ、地域・家族参加によるソーマン流し、ボランティア参加による誕生会など、活動の多彩化、社会参加に配慮している。</p> <p>②理念の具体化として、「私のあなたの笑顔で過ごせるケアをする。」を掲げ、定期的に接遇研修を行っている。利用者の表情、特に目の表情の変化を見逃さないように心がけており、視力障害や難聴の利用者には特別に配慮している。</p>	
A-2 身体介護	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①入浴前の浴室内の安全確認及び健康状態をチェックし、その日の利用者の心身の状況に合わせ、特浴・リフト浴・一般浴・個浴・清拭等を行っている。入浴に拒否的な利用者に対して、気分転換や誘導を行い、入浴が利用できていない。術後の創傷を気にしている利用者のプライバシーに配慮し、入浴後の創傷処置を介助している。リフト浴から一般浴に移行可能な利用者について、介護支援専門員に情報を提供している。更衣室に水分補給用のキーパーが置かれ、水分補給を行っている。</p> <p>②利用者の心身の状態を理解し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、排泄介助の方法を工夫している。トイレは清潔が保持され、一般用、車椅子用を設置している。送迎の際、家族及び介護支援専門員の希望に応じ、自宅での排泄介助を行っている。また、褥瘡の悪化している利用者の情報を介護支援専門員に提供し、計画の再検討を依頼している。</p> <p>③杖、歩行器、シルバーカー、車椅子を活用し、利用者の心身の状態、安全に配慮した支援を行っている。特に視力障害のある利用者には、その都度、付き添いながら誘導している。送迎サービスでは、車酔いする人の座席を前にする等、利用者の希望や安全に配慮している。杖歩行では不安定な利用者についてシルバーカーによる移動に必要性を介護支援専門員に報告している。</p> <p>④入浴介助及び排泄介助時を褥瘡予防の機会と捉え、観察を行っている。利用者、家族に対し、皮膚の観察、体位の工夫、栄養管理など褥瘡予防の方法を説明している。褥瘡の可能性があれば、介護支援専門員に報告し、計画の修正及び追加の必要性を説明している。</p>	
A-3 食生活	第三者評価結果
A-3-① 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 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a)・b・c
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①担当者会議で利用者の嗜好やアレルギーの有無を聴き、献立に反映している。当日の体調に合わせて主食の量を調整できるように、おひつを各テーブルに準備し、自分でお碗についでもらっている。事業所内に調理室があり、適温の食事が提供されている。座席や同一テーブルのグループ編成について、利用者の個別の要望に対応している。</p> <p>②担当者会議で利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントし、当日の体調の変化を確認し、利用者に最適な食事が提供できるよう形状や調理方法を工夫している。胃瘻増設術を受け、経口摂取を断念していた利用者が、サービス継続の結果、経口摂取が可能となっている。誤嚥の危険性の恐れがある利用者にはトロミ剤を活用し、観察を細やかにし、事故への対応方法について研修を行っている。</p> <p>③担当者会議で口腔状態をアセスメントし、通所時には自分の歯ブラシとコップを持参するよう説明している。職員は口腔ケアに関する研修を受けており、食前の口腔体操及び食後の口腔ケアに活用している。</p>	

A-4 認知症ケア		第三者評価結果
	A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ・b・c
	A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①担当者会議で利用者の日常生活能力、残存機能及び周辺症状の評価を行い、一人ひとりの状態に合わせた支援を行っている。周辺症状が認められる利用者に対しては、観察を細やかに行い、早期に不安定状態を発見し、問題解決に繋げている。認知症バス会議に参加し、会話の回数が増加したり、買い物行動が向上したりと成果が認められる。地域で開催される認知症サポーター養成研修会では講師として参加している。</p> <p>②利用者の表情や行動を見守り早めの対応を行うことで、安心して寛げる空間作りに努めている。</p>		
A-5 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
	A-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
<p>評価概要</p> <p>利用者の日々の言動から新たなリハビリメニューである「お手玉拾い」を考案し、自宅での転倒が改善したり、趣味の三味線を披露して頂き、認知症状が改善したり、利用者のニーズに応じた個別のリハビリテーションを行っている。在宅酸素療法を行っていた利用者がカラオケを楽しみ、治療が数年休止となっているなど病状の改善に貢献している。機能訓練マニュアル及びアクティビティマニュアルを策定し、全職員で取り組みを行う体制が整備されている。また、利用者の体力測定を3ヶ月毎に行い、データをグラフにし、介護支援専門員へ情報提供している。</p>		
A-6 健康管理、衛生管理		第三者評価結果
	A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	Ⓐ・b・c
	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>①送迎時に家族から体調を確認し、事業所に到着後は酸素濃度測定を含むバイタルサインの測定を行っている。測定の結果は個人カルテ及び連絡帳に記載し、異常の有無を確認している。健康管理マニュアルを策定し、重要事項説明書に健康管理の責務と緊急時の対応について説明している。利用者に体調変化が認められた場合の連絡先を事務所内の壁に大きな文字で記載し貼付している。医療依存度の高い利用者への対応能力を向上させるために、看護師を中心に全職員で年6回以上の勉強会を計画している。</p> <p>②感染症予防、まん延防止マニュアルを策定し、発生が予測される前に研修を行っている。出入り口マットに0.1%次亜塩素系消毒液を散布し、玄関及び室内・トイレ・浴室に消毒液入り手洗い器が設置されている。事業所内の定期的換気、手すり・ドアノブのアルコールスプレー清拭を行っている。職員の健康状態を確認し、インフルエンザ等予防接種を推進している。</p>		
A-7 建物・設備		第三者評価結果
	A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>①建物・設備の定期点検は業者に委託して年1回行っている。重症者に対応するためベット購入を行うと共にカーテンで仕切られ、利用者が安心して寛げるよう配慮している。ホールでは、椅子、畳、マッサージ機等が配置され、利用者が希望する場所で休息できるよう環境への配慮が行われている。</p>		
A-8 家族との連携		第三者評価結果
	A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>送迎時及び連絡帳による記録により、利用者の変化や状況について報告している。サービス担当者会議及び年1回行っているアンケート調査で家族の介護状態を理解し、要望を聞く機会としている。家族の介護を尊重しながら、過重介護が予測される場合は、介護支援専門員に情報提供し、新たなサービスの必要性について提案している。</p>		