

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： | 宝塚あいわ苑デイサービスセンター | 種別： | 通所介護 | |
| 代表者氏名： | 内藤 嘉之 | 定員（利用者人数）： | 45 名 | |
| 所在地： | 兵庫県宝塚市中筋2-10-18 | | | |
| TEL | 0797-80-4165 | ホームページ： | http://www.aiinkai.or.jp/aiwakai/ | |
| 【施設・事業所の概要】 | | | | |
| 開設年月日： | 平成12年10月1日 | | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）： | 社会福祉法人愛和会 | | | |
| 職員数 | 常勤職員： | 11 名 | 非常勤職員： | 7 名 |
| 専門職員 | 看護師 | 2 名 | | |
| | 理学療法士 | 1 | | |
| | 介護福祉士 | 6 | | |
| 施設・設備の概要 | (居室数) | | (設備等) | |

③理念・基本方針

<理念>

1. 広く社会のためにより良い保健福祉サービスを提供し、生きがいのある社会生活の増進に貢献する。
2. 人間の尊厳と人権を尊重し、公平で平等な法人活動に努める。
3. 地域社会との強調を深め、創意工夫をこらして利用者の保健福祉の向上と法人の健全な発展を図る
4. 保健福祉に携わるものとしての使命を自覚し、学識、技術の研鑽と人間性の向上に努める。
5. 自主性と和の精神を重んじ、利用者と共に法人に働く誇りと喜びを共にする。

<基本方針>

1. 私たちは、利用者が主体的、自立的に生きていくことを援助します。
2. 私たちは、利用者一人一人が住み慣れた地域でより長く、より豊かに生活できるよう援助します。
3. 私たちは、地域の皆様から信頼され愛されるよう開かれた施設作りに努めます。
4. 私たちは、サービス利用者の方が必要とする情報の提供を行うように努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 多彩なレクリエーションを取り入れ、同じ時間の中でも利用者が選択できる体制作りを行なっている
- 2) 4DASリーダー研修修了者の指導のもと、職員全員で4DASに取り組んでいる

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---|
| 評価実施期間 | 平成 29 年 2 月 1 日 (契約日) ~ 平成 29 年 5 月 18 日 (評価結果確定日) |
| 評価実施日 | 平成29年3月2日・3月7日・3月17日 |
| 受審回数 (前回の受審時期) | 2 回 (平成 23 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

組織の運営管理

「社会福祉法人愛和会」「宝塚あいわ苑」として、運営管理体制が確立している。各種規定を整備し、各種会議・委員会が定期的開催され機能している。宝塚あいわ苑の中長期計画をもとに、各事業所が年次の「方針管理事業計画」を策定し、毎月と半期ごとの評価・見直しにより、理念の実践に向けて取り組む体制が整備され、継続している。

地域交流・地域貢献

自治会・民生児童委員協議会等地域の関係機関・団体と連携を密にし、積極的に地域交流と地域貢献に取り組んでいる。機能を活かして「あいわの集い」「介護教室」「認知症ケア講習会」「サロン」等を開催したり、ボランティアや実習生の受け入れを行っている。福祉避難所として登録し、地域での合同防災訓練に参加し、また、一般避難所から福祉対象者の移送訓練を行い、福祉避難所としての役割を地域に向けて発信している。

サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組み

各事業所が、年次の「方針管理事業計画」「業務改善推進計画」を策定しPDCAサイクルにもとづいた取り組みを行う、職員参画で各種委員会活動を行う、利用者満足度調査を実施する等、サービスの質の向上への組織的・計画的な取り組みが継続されている。

職員の資質向上

人事評価規程に基づいた人事評価制度を導入し、職種別・階層別目標設定、定期的な個人面談による目標管理の仕組みを構築している。新人研修・施設内研修・事業所内研修・外部研修・能力開発ガイドラインを用いた教育システム等、職員育成の体制が整備されている。キャリアパスを活用し、職員の意欲向上にも努めている。

適切なサービス提供と支援への取り組み

管理日誌・サービス実施一覧表・デイサービス会議記録・個人介護記録・サービス別各種チェック表等を整備し、事業所全体としての1日の流れと利用者個々の状況を共有できる体制を整備し、機能している。朝礼・夕刻ミーティング、デイミーティング・デイ会議・サービス調整会議の定期開催、「デイサービス会議記録」「職員連絡帳」は確認印で職員の周知を確認し、情報伝達・共有が確実にできるように取り組んでいる。脳トレ・ゲーム・塗り絵等選択できる複数のワークを、また、書道・音楽療法・生け花・手芸・将棋・麻雀等趣味を生かして参加できる複数のメニューを用意し、活動への主体的な参加の動機づけを行っている。コーラス・フラダンス・楽器演奏のイベント等、家族や地域のボランティアの協力を得て、活動の多彩化も図っている。近隣のスーパーへの買い物・神社への初詣・花見・コスモス見学・花火大会・夏祭り等への外出等を、機能訓練やレクリエーションの一環として企画して実施している。法人・施設の教育体制に加え、デイサービス独自の学習会を毎月実施し、「認知症の理解」「4DAS」をシリーズで研修して最新の知識・情報を学び、専門性の高い支援が行えるように意欲的に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

たいへんよく取組まれていて、大きな改善点はありません。事業計画について、主な内容を広報誌等にわかりやすく掲載する等、利用者・家族にも周知する工夫を期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

デイサービスの事業内容を広報誌等にわかりやすく、掲載し、利用者・家族に周知する工夫をするとともに、現在行なっている取り組みが、良い形で継続出来るように今後も努力していきたい。

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> 理念、モットー、基本方針を明文化し、1階ロビーに大きく掲示し、利用者・家族・外来者に明示している。理念は法人の使命や考え方を明示し、基本方針は、法人の理念との整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。パンフレット・ホームページ・広報誌にも明示し、利用者・家族、また、広く一般にも周知に取り組んでいる。掲示・全体朝礼での唱和・名札裏への明示などにより職員の周知を図り、全体研修で定期的・継続的に理解を深めている。 | | |

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> 施設長会・各種外部研修への参加、福祉施設協会からの情報、福祉新聞・雑誌等から、社会福祉事業全体の動向についての把握に努めている。宝塚市高齢者福祉計画・第6期宝塚市介護保険事業計画を把握・分析し、また、「地域つながる会議」等への参加から得た情報をもとに、事業経営をとりまく環境を把握している。運営会・合同連絡調整会で、月々の利用者の動向やコスト分析を行っている。 | | |
| 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> 経営環境、組織・人員体制、財務状況等については、運営会で定期的に評価・分析を行い、合同連絡調整会で報告・改善策の検討を行う仕組みがある。理事会・施設長会で報告し、役員間で共有されている。職員にも伝達して共有し、各種委員会や業務改善チームを組織し、継続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 · b · c |
| <p><コメント></p> <p>宝塚市中長期計画、宝塚地区中期計画の把握・分析を基に、あいわ苑の中長期計画を策定している。中長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしている。高齢者部門・児童部門の中長期計画を策定し、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。収支計画については、年度毎に数値目標を挙げている。単年度計画の評価・見直し時に、中長期計画の評価・見直しを行い、必要に応じて修正する仕組みがある。</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>中長期計画基に、各事業者が単年度の事業計画を策定している。方針管理を作成し、職員参画で、期間を定め、評価しながら取り組めるような、具体的な内容となっている。</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>各事業所の事業計画は合同連絡調整会で共有し、各事業所の会議で職員に周知している。実施状況は毎月施設長に報告し、施設長がフィードバックしている。半期ごとに事業計画評価表で評価を行い、下期の計画を修正して取り組んでいる。毎月職員に配布する「あいわ通信」に、新年度・上期・下期に分けて、事業計画と実施状況・評価を報告し、職員参画で取り組んでいる。</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>事業計画を施設内に掲示し、閲覧できるようにしている。事業計画の主な内容を、広報誌等にわかりやすい記事で掲載する等、利用者・家族にも周知する工夫を期待する。</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>方針管理実施計画により、PDCAサイクルにもとづいたサービスの質の向上に取り組み、毎月と半期ごとに評価を行う体制が整備されている。満足度調査・兵庫県の自己評価・情報の公表制度での自己評価を用いて、定められた評価基準にもとづいた自己評価を実施している。評価結果の分析・検討は、各種委員会やミーティングで行っている。</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>評価結果にもとづく課題は、委員会の議事録やミーティング記録に文書化し職員間で共有している。内容に応じて、方針管理の計画に採り入れ、PDCAサイクルにもとづいて改善に取り組む仕組みがある。</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。 | ○a · b · c |
| <コメント> 管理者は、方針管理実施計画の中に、事業所の管理・運営に関する方針と取り組みを明示している。内容については、「あいわ通信」に掲載し表明している。職務分掌について運営規程に文書化し、設置・閲覧により職員の周知を図っている。有事における管理者と役割と責任については、福祉避難所開設・運営マニュアルの中に、不在時の権限移譲も含め明確にしている。 | | |
| 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。 | ○a · b · c |
| <コメント> 法令順守規定、利益相反管理規定を整備し、管理者は遵守すべき法令・規定について理解している。管理者は、各種連絡会・外部研修に適宜参加し、積極的に学ぶ機会を持っている。法人として、ソーシャルメディア管理・廃棄物処理・車両関係など、幅広い分野の法令理解にも努め、規程や委員会を設置し取り組んでいる。法人全体研修で「倫理・法令遵守について」の研修を毎年実施し、個人情報保護法を新入職者研修の必修項目にする等、職員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。 | ○a · b · c |
| <コメント> 管理者は、各種委員会・役職会議に出席し、職員の意見やサービスの質の現状について把握に努めている。方針管理実施計画・業務改善推進計画にもとづいた、サービス質向上に向けた体制を整備し、職員参画で取り組むと共に、管理者も指導力を発揮している。教育研修委員会を設置し、職員の教育・研修の充実を図る体制作りを行っている。 | | |
| 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。 | ○a · b · c |
| <コメント> 人事・労務・財務については、運営会議で現状把握・分析・改善を行い、事業所の方針管理にもとづいた運営のため、人員配置や職場環境整備に取り組んでいる。業務改善については、業務改善推進委員会を設置し、各事業所で管理者はアドバイザーとして指導力を発揮し、職員が積極的に参画して計画的に取り組む体制づくりができています。 | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|------------|
| Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 14 | Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | ○a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人理念に、人材育成に関する方針を明文化している。人員体制については、運営会議で事業所別の定員について検討し、配置承認を受け、「愛和会 宝塚地区 年度定員管理」として年度の人員配置を明確にしている。毎月人員体制を把握し、愛仁会本部の人事部とあいわ苑人事部とが連携を図り、計画にもとづいた人材の確保と育成を実施している。養成校の説明会への参加・実習生の受け入れ・ハローワークや県社協の人材バンクの利用等で、人材確保に努めている。施設内研修・事業所内研修・愛仁会グループ介護職員能力開発プログラム・外部研修等、人材育成のための研修体制を整備している。</p> | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ○a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>人の基本方針に、「期待する職員像等」を明文化している。人事基準を明確に定め、就業規則の設置・職員必携の配布・ネットワークシステム等により、職員に周知されている。人事考課制度を導入し、人事評価規定により役職・職種別に基準を定め、一定の人事基準にもとづいて評価を行っている。定期的、随時に職員個人面談を行い、職員の意向・意見の把握に努め、迅速に対応している。職種別にキャリアパス制度を整備し、自らの将来像を描くことができる仕組みがある。職員処遇の水準については、施設長会でエリア毎の水準を検討し、理事会で基準を定める仕組みがある。</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組んでいる。 | ○a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人の人事担当部署が労務管理を担当し、責任体制を明確にしている。タイム・ワークシステムを採り入れ、就業管理を行っている。月単位で就労状況・公休等を職員毎に管理し、有給の取得に格差が生じないように配慮している。ストレスチェックを実施し、必要者には受診案内を行っている。法人医療機関に、臨床心理士によるカウンセリング窓口を設置している。全職員にインフルエンザ予防接種を実施している。腰痛検診を年1回実施し、腰痛予防体操の研修も行っている。鍼灸院と協定を結び、マッサージ・はり等を受療できる仕組みもある。定期的・随時の面談があり、個別に相談できる機会がある。映画鑑賞・旅行・パソコン教室・ベネフィットワン加入等、福利厚生支援体制を整備している。育児・介護休暇、勤務場所・時間調整、半日休暇制度の採り入れ等、個々の職員の状況に沿って、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境整備を行っている。人材や人員体制については、事業計画にも反映し実行している。福利厚生の充実・ワークライフバランス・研修の参加促進等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</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>法人の基本方針に「期待する職員像」を明文化し、人事評価規程に基づいて基準書を策定し、職種別・階層別の評価項目・評価基準・判定基準を定め、目標管理を行う仕組みを構築している。職員教育に関するアンケートを実施し、各職員個別に取得したい資格、目標等について自己評価を行い、個人面談等を通じて目標を設定している。年度初めに面談を行い目標設定を行い、目標期限を半年とし、年度途中の個別面談で進捗状況を振り返り、年度末に評価を行っている。</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>法人の基本方針に「期待する職員像」を明示し、人事評価制度で目標設定を行っている。業務上必要な資格について各事業所で明確化し、年度初めに資格取得のために必要な研修が受講できるよう計画的に取り組んでいる。教育研修委員会で全体研修会の年間計画を策定している。事業所内でも、年間研修計画を策定して学習会を実施し、参加しやすいように勤務時間内に実施している。全体研修では受講後にアンケートを実施し、毎回研修の内容について評価を行っている。アンケートの集計結果を基に、定期的に教育研修委員会で研修内容やカリキュラムの評価を行い、次年度の研修計画策定に反映させている。</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>年度初めに資格取得調査を実施して「資格取得者一覧表」を作成し、事業所ごとに資格取得者を把握し管理している。法人で、中途採用者対象も含め新入職員研修を複数回開催している。配属後、各事業所で必要な研修を行い、職種別にガイドラインに沿って、個別にOJTを実施している。テーマ別研修について適任者を選任し受講支援を行っている。外部研修案内が来れば、掲示して希望者を募り、また、目標設定時の希望や役割に応じた必要性等を勘案し参加を促している。業務に関する外部研修については「職員研修出張規程」により公務・公費扱いとし、伝達研修を実施して職員の質の向上を図っている。</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>法人として、社会福祉士・介護福祉士・看護師等の実習生を受け入れている。社会福祉士・介護福祉士・看護師養成校が作成した研修プログラムに基づき研修を実施している。実習指導者マニュアルを整備し、指導者に対する研修を実施している。実習中には養成校教員が来訪し、カンファレンスなどを通じて、養成校と協力・連携を図りながら実習が効果的に行えるよう支援する仕組みがある。愛和会実習生受け入れ規程を整備しているが、受け入れの目的・趣旨等基本姿勢を明文化することが望まれる。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>ホームページに法人の理念や基本方針、提供する福祉サービス内容、予算・決算等を掲載し公開している。事務所前に事業計画・事業報告・予算・決算について掲示している。主に広報誌「みらい」で、法人の役割や活動状況について、地域に向けての情報提供を行っている。自治会と連携を図り配布すると共に、地域包括支援センターや行政の窓口等にも設置している。第三者評価の受審については広報誌「みらい」に掲載し、受審結果は公開を予定している。全体的な対応が必要な苦情はこれまでになく、公開の状況はないが、あれば広報誌で公開する仕組みがある。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>事務、経理、取引等に関するルールを施設組織規定等各種規定で明確にし、職員に書面を配布し周知している。施設組織規定の中で職務分掌と権限・責任も明確にしている。公認会計士・税理士等外部の専門家に、必要に応じて相談・助言を受ける体制が整備されている。外部監査を導入し、監査法人による監査が実施され、監査結果からの指摘事項について改善計画を立て、改善に取り組む仕組みがある。また、愛仁会本部の財務部職員と公認会計士による内部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>法人理念に、地域との関わり方について明文化している。市の広報紙、社協連携ボランティア案内、地域行事の開催案内パンフレット等を施設内に設置し、利用者に情報を提供している。機能訓練やレクリエーションの一環として近隣のスーパーへの買い物を毎日実施し、神社への初詣等も行っている。「あいわの集い」には利用者、地域住民、民生児童委員等が参加し、あいわ苑の夏祭り開催時には、ボランティアが来訪し、地域との交流の機会となっている。手芸・音楽療法等、ボランティアの受け入れも積極的に行なっている。民生委員児童委員協議会との会合にも参加している。福祉避難所の合同訓練は、地域と共に大規模に行っている。</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 ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れ規定」を整備し、受け入れに関する基本姿勢を明文化している。ボランティア受け入れ時には、「ボランティア申込書」「ボランティア活動準備票」「活動報告書」を作成している。「ボランティアを始められるかたへ」の冊子を作成し、必要な研修を開始前に実施している。特別支援学校等の学校教育実習受け入れ実績がある。トライやるウィークの受け入れについては実習に分類している。</p> <p>「ボランティア受け入れ規定」に、学校教育等への協力について基本姿勢を明文化することが望まれる。</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 |
| <コメント> 行政機関・医師会・介護福祉サービス事業所等活用できる機関の情報をリスト化して設置している。活用した社会資源や、外部機関との会議等で得た情報を、会議や委員会などで職員間で共有している。民生児童委員協議会・地域つながる会議等、関係機関・団体との定期的な連絡会を行っている。福祉避難所施設連絡会・民生児童委員協議会・地域連携会議・地域包括支援センター等と協働し、課題解決に取り組んでいる。 | | |
| 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。 | (a) ・ b ・ c |
| <コメント> 地域交流スペースを活用して「あいわの集い」を開催し、地域住民との交流を行っている。「介護教室」「認知症ケア講習会」等を開催し、サロンでの広報、開催案内の設置、広報誌への掲載など、地域に参加を呼びかけている。また、地域のサロン等へ出向き、「健康体操」「介護予防についての勉強会」を実施している。「あいわの集い」で福祉相談コーナーを設け相談対応を行っている。地域での合同防災訓練に参加し、また、一般避難所から福祉対象者の移送訓練を行い、福祉避難所としての役割を地域に向けて発信している。民協と連携して福祉募金活動への参加や、長尾地区の安心地区推進協議会に参加して、地域サロンの活動拡大に向けた支援等、地域の活性化に貢献している。 | | |
| 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。 | (a) ・ b ・ c |
| <コメント> 各職種の職員が地域のサロンへ出向き、事業所として有している専門的な知識を地域へ還元するよう取り組んでおり、そこで地域の現状やニーズ等の把握に努めている。定期的に民協の定例会に参加し、地域の民生委員との交流を通して地域の具体的なニーズの把握に取り組んでいる。「あいわの集い」での福祉相談等を通じて、地域の多様な相談に応じている。児童委員と、児童館での出前講座を通じて交流し、食育等具体的事例への対応を話し合っている。まちづくり協議会が虐待防止月間に開催する研修に職員が参加し、サイバー犯罪や子どもの虐待について学ぶ機会を持っている。地域連携会議で、訪問系と居宅サービス事業所が地域の要援護者リストに基づく安否確認方法を、「一人も見逃さない支援活動」をモットーに地域包括と連携して検討している。また、子ども食堂・げんきっ子等、地域ニーズにもとづく支援活動を行っている。中期計画に地域活動の充実をあげ、重点施策実施項目として事業所計画に盛り込んでいる。地域から地域の現状や情報提供を受け、地域サポート型特養の実施に至っている。 | | |

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。 | ○ a ・ b ・ c |
| <コメント> 理念に「人間の尊厳と人権を尊重し」と明示し、理解と実践に取り組んでいる。施設管理規定の中に倫理規定を明示し、倫理マニュアルを整備し、利用者尊重に関する姿勢を明文化している。新入職のオリエンテーションで学ぶと共に、全体研修の「倫理・法令順守について」研修で定期的・継続的に学ぶ機会を持っている。CS委員会・倫理委員会での検討や利用者・家族へのアンケート調査により、定期的に状況を把握・評価し、必要な対応を図っている。 | | |
| 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 ・ b ・ c |
| <コメント> プライバシー保護マニュアル・高齢者虐待防止マニュアルを整備し、研修を実施して職員の理解と周知を図っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法も、マニュアルに明記されている。プライバシー保護と権利擁護については、重要事項説明書・個人情報利用同意書に沿って、契約時に利用者・家族に説明している。CS委員会・倫理委員会での検討や利用者・家族へのアンケート調査により、実施状況を把握・評価している。デイサービスのフロアは大きなテーブルを囲み思い思いに過ごせる快適な環境となっている。静養スペースのベット間はカーテンやパーテーションで仕切り、羞恥心及びプライバシーに配慮している。 | | |
| 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 |
| <コメント> 理念・サービス内容をホームページに掲載している。各事業で、言葉遣いや写真・図・絵の使用しサービス内容をわかりやすく説明したパンフレットを作成し、多くの人が入手できるように、関係機関に配布・設置している。宝塚あいわ苑の広報誌「みらい」でもサービス内容を紹介し、広く配布・設置している。見学や体験利用も行っている。ホームページ・パンフレットは随時見直し、広報誌は年3回発行し、最新の情報を提供している。 | | |
| 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。 | ○ a ・ b ・ c |
| <コメント> サービス開始時に、契約書・重要事項説明書・各種同意書・料金表・事業所独自のわかりやすい資料「サービス利用開始・終了時のご案内」を用いて説明を工夫し、文書で同意を得ている。意思決定が困難な利用者については、身元引受人・署名代行人・立会人をルール化して、適正な説明、運用が図られている。 | | |
| 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 ・ ○ b ・ c |
| <コメント> 契約書の「契約内容の変更、契約の解約、自動終了について」の状況に沿って、利用者に不利益が生じないように配慮している。施設や他事業所に移行する場合は、要請に応じて文書で情報提供する仕組みがある。重要事項説明書の相談窓口にて、契約終了後も相談に応じる旨を、口頭で説明している。契約終了後の相談窓口については、口頭で説明されているが、文書の交付が望まれる。 | | |

| | | |
|--|--|-----------|
| 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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者満足度調査を年1回実施している。CS委員会を担当部署とし、集計結果から課題があれば検討し、検討結果を各事業所・部署に持ち帰り、改善しサービスや運営に反映させるように取り組んでいる。内容に応じて、事業計画に盛り込んだ取組も行っている。アンケート集計結果は利用者家族にすべて開示し報告している。毎月のモニタリング訪問時に、本人や利用者からの意見や要望聴取し、満足度についても確認把握している。訪問介護計画書見直し時の面談で、満足度・意見・要望の把握にも努めている。(③非該当)</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を重要事項説明書に明記し、配布と掲示を行っている。意見箱の設置、アンケート調査を実施するなど、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。受け付けた苦情は、「苦情受付書」に内容・対応の経過・解決内容・再発防止・利用者や家族へのフィードバックを入力し、職員には書面で回覧し周知する仕組みがある。事業所内の会議で検討し、支援やサービスへの反映に取り組んでいる。また、事例は必ず毎月の苦情解決委員会に報告され、部門を超えて苦情内容と再発防止策の周知徹底を図っている。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>重要事項説明書に、苦情解決の体制・窓口を明示し、相談・意見についても同じ窓口で受け付けて対応する旨を、契約時に説明している。重要事項説明書は配布すると共に、掲示も行っている。利用者毎に担当制になっており、家族来所時は可能な限り担当職員が対応し、状況報告をして相談や意見を述べやすい雰囲気づくりに努めている。各ユニットの壁面の見やすい場所に当日出勤職員の写真を掲示し、また、年1回程度、全事業所の職員を写真入りで紹介する通信を配布し、相談しやすい環境を整えている。フロアの面談室や会議室でプライバシーを確保しながら個別に相談できるスペースを設けている。</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 ・ Ⓑ ・ c |
| <p><コメント></p> <p>意見・相談を受けた場合は、苦情対応マニュアルに沿って対応する仕組みとなっている。意見箱の設置・アンケート調査の実施など、利用者の意見を積極的に把握する仕組みがある。また送迎時や連絡帳で日常的に利用者家族から直接意見等の聞き取りをしたり、相談を受けている。各職員が受けた意見・相談は、会議録に記録し、その日のうちに検討すると共に、ケアマネジャーに報告している。相談内容や対応結果は、会議録で周知し、個々の支援や全体のサービスに反映している。定期的なマニュアルの見直し時期を明示し、定期的に見直しの検討を行い、記録に残すことが望まれる。</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>安全対策委員会を設置し、毎月、諮問委員会の中で開催し、リスクマネジメントについての体制を整備している。宝塚あいわ苑として、安全管理マニュアルを作成し、事故発生時の対応手順を明示している。全体研修会で、安全管理委員会が「安全管理学習会」を実施し、職員の周知を図っている。ヒヤリハット報告書の提出を奨励し、事故予防に努めている。事故事例は「危険認識表」として報告している。収集したヒヤリハット事例・事故事例は、委員会でデータ化し検討を行い、検討結果について各事業所に持ち帰り、各事業所で必要な対応を行う仕組みとなっている。事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性についても、委員会の中で行い、事業所でも検証している。</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>施設内で、感染防止委員会を設置し、管理体制を整備している。法人内の療養課長会で、2年計画で感染のワーキンググループの活動として「愛仁会グループ 感染症対策マニュアル」を作成し、各事業所に持ち帰り周知のための研修会を計画的に実施している。全体研修で感染防止委員会が主体となり、食中毒・感染防止について研修を実施している。職員通用口・玄関の洗面所にうがい薬・洗浄液を設置し、マイクロテクトを使用した手指消毒、テーブル等清拭、空間散布等、感染症予防策を講じている。感染管理看護師のラウンドを年1回実施し、指摘事項を見直し予防策に努めている。発生時には、看護師の指示の下、マニュアルの対応手順にもとづいて適切に対応する体制がある。今回、見直し後に策定した「感染症対策マニュアル」については、定期的に見直しを行う予定である。</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 行っている。 | (a) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>福祉避難所マニュアルを作成し、災害時の対応体制を明確に定めている。マニュアルをもとに、建物・設備・備蓄など、サービスを再開・継続するために必要な対策を整備している。マニュアルの中に「職員の招集について」として、職員の安否確認の方法を明示している。また、施設長が、事業所ごとに全職員の連絡先等を名簿で把握し、全職員はよい子ネットに加入しており、迅速に連絡できる体制がある。福祉避難所訓練を年1回、行政・自治会・各種福祉関連団体と協働で実施している。消防計画に沿って 特別養護老人ホーム・デイサービス合同での非常災害時訓練も年2回実施している。年1回は消防署の年1回立ち合いもある。備蓄については、施設内に共同備蓄を行うと共に、近隣のスーパーと備蓄協定を結び必要な物資を確保している。</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>「デイサービス業務マニュアル」「個人情報保護マニュアル」を整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。マニュアルには、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護についても明示されている。新入職者は、「愛仁会グループ能力開発ガイドライン」によるOJTと共に、事業所内の主任・副主任による個別指導でのOJTを受け、習熟度を確認しながら周知を図っている。</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>「デイサービス業務マニュアル」の見直しについては、年に1回程度、職員も参画し、デイ会議・デイミーティングで実施している。検証や見直しについての、記録には至っていない。定期的なマニュアルの検証と必要時の見直しについて記録に残し、マニュアルの変更履歴が把握できる仕組み作りを期待する。</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 |
| <p><コメント></p> <p>通所介護計画の策定責任者を、生活相談員としている。事業所独自の「アセスメントシート」を用いてアセスメントを実施し、職員に周知している。サービス担当者会議での協議のうえ、居宅サービス計画書にもとづいた通所介護計画書を作成している。「実施計画書」に利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。定期的にモニタリングを実施し、計画どおりにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、ケアマネジャー、その他関連機関と連携して対応し、経過は「利用者状況更新ファイル」に記録している。</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><コメント></p> <p>介護保険期間・居宅サービス計画書期間の満了時、利用者の状態の変化があった時等を、通所介護計画書の見直し時期としている。サービス担当者会議に参加し、居宅サービス計画書とモニタリングにもとづいて見直しを行っている。変更した計画の内容は「職員連絡帳」で、全職員に周知を図っている。緊急に変更する必要がある場合は、ケアマネジャーに連絡し、現状に即した通所介護計画でサービス実施ができるように協働している。</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 |
|----|---|-------------|

<コメント>

利用者の身体状況や生活状況等を、「デイサービス会議記録」「利用者状況更新ファイル」に記録している。通所介護計画にもとづくサービスの実施状況は、「管理日誌」の一覧表と、入浴・口腔ケア等の各種チェック表に記録している。フロア内の様子は「デイサービス会議記録」に記録している。記録内容や書き方に差異が生じないように、マニュアルを作成し、生活相談員が記録を確認し必要があれば記録者に指導している。朝礼・夕刻ミーティングで情報を伝達・共有し、また、「デイサービス会議記録」「職員連絡帳」「管理日誌」「体験利用ファイル」各種チェック表などが整備し、必要な情報が的確に届くような仕組みがある。毎月デイミーティング・デイ会議・サービス調整会議を開催し、部門横断での情報共有の取組がされている。「デイサービス会議記録」「職員連絡帳」は、確認印で職員の周知を確認している。

| | | |
|----|----------------------------------|-------------|
| 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。 | (a) ・ b ・ c |
|----|----------------------------------|-------------|

<コメント>

法人の個人情報保護規程により、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法等を定めている。記録の管理責任者は、管理者としている。新人研修、施設内研修の「倫理・法令について」研修で、個人情報保護について継続的に学ぶ機会を設けている。職員は入・退職時に守秘義務に関する説明を受け、誓約書を提出している。利用者・家族には、契約時に重要事項説明書や個人情報利用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。

A 内容評価基準

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 |

特記事項

利用者の心身の状況、家族状況、食歴・趣味・嗜好等を、「アセスメントシート」で把握している。居宅サービス計画書をもとに通所介護計画書を作成し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援を行っている。定期的にモニタリングを実施し、利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取り組みがある。利用開始時の面接シートで「できること」「できないこと」を把握し、利用中はひじ置きを使つての立ち上がり・自助具での食事摂取・車いすを使わず手引きでの歩行等、残存能力を活用した自立に配慮した支援を行っている。脳トレ・ゲーム・塗り絵等選択できる複数のワークを用意し、また、書道・音楽療法・生け花・手芸・将棋・麻雀等趣味を生かして参加できる複数のメニューを用意し、活動への動機づけを行っている。書道・音楽療法・生け花・手芸の指導や、コーラス・フラダンス・演奏のイベントに、家族や地域のボランティアの協力がある。近隣のスーパーへの買い物・神社への初詣・花見・コスモス見学・花火大会・夏祭り等への外出を、機能訓練やレクリエーションの一環として企画し、家族の協力も得て実施している。

アセスメントシートで「聴力」「会話」の状況を把握し、円滑なコミュニケーションのために、個々に応じた工夫をしている。難聴・失語症等、コミュニケーションに課題がある利用者については、コミュニケーション方法を通所介護計画に挙げて共有している。利用者の尊厳を損ねない言葉遣いや対応については、入職時研修・全体研修・デイサービス学習会で随時研修を行い、CS委員会での取り組みもある。

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 |

特記事項

アセスメントシートで、入浴動作・方法を把握し、通所介護計画に記載して、個々に応じた入浴形態・方法で支援している。入浴マニュアルを整備し、デイサービス学習会で学ぶ機会を持ち、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した、安全な入浴介助に取り組んでいる。入浴を拒否する利用者については、声かけや対応方法を検討して支援している。脱衣所・浴室はエアコンで、機械浴室はパネル式暖房機で室温管理を実施している。湯温は温度調節されているが、入浴前に体感確認を行っている。入浴後の水分摂取は一連の介助として行い、スキンケアは個々に応じて行っている。入浴前に体温・血圧・脈拍を測定し、可否判断基準をもとに看護師が判断している。

浴槽は一般浴槽・最新式の機械浴（寝浴・座浴）2機、介護機器としてシャワーチェア・滑り止めマット等を整備している。自力で入浴可能な利用者が多いが、必ず見守りを行い事故防止に努めている。感染症・心身の状況・意向等で入浴順の配慮が必要な場合は、入浴表に記載して対応している。必要に応じて、サービス担当者会議等の機会に、理学療法士等から自宅での入浴方法や福祉用具の使用についての情報を提供している。

アセスメントシートで、排泄動作・方法を把握し、通所介護計画に記載して、個々に応じた排泄介助方法で自立に向けた支援を行っている。チェック表に排泄状況を記録し、必要があれば特記事項に記録している。排泄時の声かけ・介助時の尊厳や羞恥心への配慮については、OJTで周知を図っている。共用のトイレは汚れ・臭いがなく清掃が行き届き清潔である。ポータブルトイレの利用者はいない。全館冷暖房が完備され、隣接しているトイレ内・便座等温度管理が行き届いている。トイレには、立ち上がりの転倒事故予防のアーム式手すり・手が届きやすく工夫されたコールなど、安全面の配慮が見られる。おむつ・パット類は利用者持参としているが、不足した場合のために色々なタイプを準備し提供している。尿意・便意の訴えあるが場合は、速やかに対応し、声掛けの必要な方は声掛けにて実施している。必要に応じて、利用者・家族に、家庭での排せつ介助のための助言・情報提供を行い、ケアマネジャーにも報告している。

アセスメントシートで、移動の自立度や福祉用具の使用を把握している。理学療法士の評価のもと、利用者の座席のテーブルの名札に介助方法を明示し、安全で自立に向けた移動・移乗介助に取り組んでいる。車いす・歩行器・シルバーカー等は使用前に点検して、不備等があれば修理依頼表で修理している。フロアに見守りの職員を配置し、全体の安全面に気を配りながら、利用者の移動の希望に素早く対応できるよう配慮している。フロアは広く、バリアフリーになっており、テーブルや椅子等の配置も工夫され、安全に移動しやすくなっている。車いす移動スペースも十分である。理学療法士が車椅子・杖・歩行器等利用者に合わせた福祉機器・福祉用具を準備している。「アセスメントシート」で、待ち合わせ・乗車・事前電話連絡について把握し、個別の注意事項を送迎表に明記し、安全に配慮した送迎サービスを実施している。必要に応じて、利用者・家族に、家庭での移動・移乗のための助言・情報提供を行い、ケアマネジャーにも報告している。

「褥瘡マニュアル」を整備し、褥瘡の予防について標準的な実施方法を明示している。デイサービス学習会で「座位時のポジショニング」の研修を実施し、利用者の心身の状況に応じた体位変換や姿勢の変換を行っている。必要時には2人介助を行い、傷や皮膚のずれが起きないように対応している。皮膚の剥離が生じた場合には、家族からの要請を受けて看護師が軟膏を塗布している。必要時には、家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に電話や連絡帳で助言や情報提供を行い、ケアマネジャーに報告・連絡している。

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 |

特記事項

嗜好調査や昼食時の聞き取り等で、利用者の希望や好みを把握している。毎月、栄養管理委員会を開催し、管理栄養士・厨房業者・各部門職員が出席して検討し、利用者の意見を献立に反映している。厨房業者が作成する献立は、季節の食材や歳時に配慮している。園芸療法を兼ねてテラスで収穫した旬の野菜をおやつクッキングなどに活用する取り組みもある。食器は施設で統一したものを使用しているが、配膳前に管理栄養士が盛り付けを確認している。食事は隣接している調理場から直接運ばれ、適温で提供している。主食はフロアの炊飯器で炊き、炊き立てを提供している。食事時間はテレビを消し、クラシック音楽を流し、寛いで食事が出来る雰囲気づくりをしている。また、利用者の希望により、気の合った利用者同士が自由に食事時間が過ごせるように配慮している。安全に食事摂取ができるよう周囲に気を配りながら、介助の必要な利用者は介助テーブルで職員が見守り、可能な限り自力での食事摂取を促している。

アセスメントシートで、食事の内容（食事形態・アレルギー）・動作（自立度）を把握し、通所介護計画に記載して、個々に応じた食事形態と介助方法で自立に向けた支援を行っている。多くの利用者はほぼ自立で、個々のペースでの食事摂取であるが、見守りにより安全に配慮し、必要な利用者には食事介助を行っている。食事中の姿勢を観察し、声かけや脇クッションを用いて姿勢を正しく保持できるように支援している。デイサービス学習会で急変時の対応（誤嚥・意識消失など）の研修を実施している。「管理日誌」の一覧表に食事量を記録し、「連絡帳」にも記載している。水分は水・緑茶・麦茶等好みに合わせて提供し、配茶の回数で水分量を把握している。摂取量が少ない利用者については「デイサービス会議記録」「連絡帳」等に記録し、家族にも報告している。食事前の口腔体操の実施・個々の状況に応じた食事形態での提供等、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。また、看護師・栄養士と連携し、エンシュアの提供なども行っている。必要に応じて、家族に送迎時や連絡帳で食事・水分摂取について報告・助言・情報提供を行い、ケアマネジャーにも報告している。

口腔ケア表で、口腔ケアの自立度と実施を記録している。居宅サービス計画書をもとに、必要性があれば、通所介護計画書に採り入れて評価・見直しを行う仕組みがある。食前には、職員と一緒に顔面マッサージや口腔体操を実施している。食後は、フロア内の洗面台でうがいや歯磨きを支援している。入職時研修や、「愛仁会グループ介護職員能力開発ガイドライン」の中で、口腔ケアを学ぶ機会がある。必要時には、家庭での口腔ケアに関して、利用者・家族に助言や情報提供を行い、ケアマネジャーに報告している。

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。 | ○a ・ 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。 | ○a ・ b ・ c |

特記事項

アセスメントシート・長谷川式スケール・4DASアセスメントを活用し、利用者の日常生活能力・残存機能の評価を行っている。デイサービス勉強会で「認知症を理解する①～③」研修を実施し、認知症状・対応について理解を深め、日々の支援に反映するように取り組んでいる。周辺症状を呈する利用者についての観察や対応経過は、デイサービス会議記録や支援経過記録に記録している。テーブル拭き・下膳・花や野菜の水やり等、役割づくりにも努めている。脳トレ・クイズ・ゲーム・運動・音楽療法など、利用者個々の症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。デイサービス勉強会で、「4DASを学ぶ①～③」「4DASプロジェクトについて①～②」を実施し、最新の知識・情報を得られるよう取り組んでいる。行動制限・拘束は行わない方針であり、行っていない。必要時には、認知症状・ケア・社会資源について家族に助言・情報提供を行い、より良いケアの方法を家族と共有できるように努め、ケアマネジャーにも報告し連携している。

バリアフリーのフロアは、明るく開放的で、整理整頓も行き届き、落ち着いて過ごせる環境になっている。フロア・廊下は広く閉塞感がなく、職員は利用者の意向に沿って歩行時は付き添い、行動の制限を行わないように支援している。整理整頓・備品の管理・手指消毒薬の回収等を周知し、また、安全管理委員によるラウンドチェックを行い、安全の確保に取り組んでいる。トイレ等の表示は、わかりやすく工夫されている。

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。 | ○a ・ b ・ c |

特記事項

利用者個々に応じた「個別機能訓練実施計画書」を作成し、実施状況の記録、定期的な評価・見直しを行っている。移動時の歩行・入浴時の更衣・テーブル拭き・買い物同行・屋外歩行訓練等生活動作も、計画に採り入れて実施している。生活歴・生活習慣・趣味等を聞き取り、主体的に訓練を行えるように工夫している。理学療法士が、看護師・介護福祉士に助言・指導できる体制がある。機能訓練中に認知機能の変化を察知した場合は、その他の変化と同様に、ケアマネジャーに報告している。

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。 | ○a・ b ・ c |
| A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | ○a・ b ・ c |

特記事項

利用開始時にバイタルチェックを、終了時には健康チェックを行い、体調変化や異変の兆候に気づけるようにしている。利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順・医療機関との連携体制は、「緊急対応マニュアル」の緊急対応のフローチャート（医療）に記載している。利用中に異変があった場合は、基本的には家族・ケアマネジャーに連絡し、適宜対応している。デイサービス学習会で、経口与薬・薬について学ぶ機会を設けている。看護師連絡ファイルの服薬予定表に沿って、看護師が服薬管理・服薬確認を適切に行なっている。健康状態の記録は、デイサービス会議記録・利用者状況更新ファイル・連絡帳に記載している。迎え時に家族から体調等についての情報を得ると共に、送り時に利用中の健康状態等を伝えている。

「感染症防止マニュアル」「感染ベストプラクティス」を整備し、感染症や食中毒に対する予防対策、発生時の対応方法を明示している。「感染症防止マニュアル」に、職員の体調管理、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法が、文書化されている。職員のインフルエンザ等必要な予防接種については、職員割引制度を導入し費用負担を支援している。毎年、年に2回、感染症・食中毒についての施設内全体研修を継続的に実施している。施設玄関・デイサービスフロアー・洗面台に、手指消毒薬を設置している。利用者には、来所時・食前・おやつ前に、アルコールを噴霧して手指消毒を行っている。来訪者には、手洗い・うがいなどを掲示物で呼びかけている。

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・ b ・ c |

特記事項

建物・設備の点検は委託業者により年2回実施され、快適性・安全性を維持する取り組みを行っている。デイサービスに安全管理委員を設置し、月に1回フロア消毒・ベッド清掃、車いす等の備品の点検を実施している。故障や不具合は担当部署に報告し、修理などの対応を行っている。共用空間は、大きなテーブル、壁面に貼られた装飾など、落ち着ける雰囲気作りが感じられる。バリアフリーのフロアーは、ゆったりと広く余裕をもって過ごせるスペースがある。フロアーの一角のフリースペースで、読書や談話をしながら思い思いに静かに過ごせる場所も設けられている。ベッドを常時4台配置（7台まで設置可能）し、必要時にはゆっくり休息できるように配慮している。

宝塚あいわ苑デイサービスセンター

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。 | ○a ・ b ・ c |

特記事項

連絡帳への記載・送迎時の会話で、利用時の状況等を家族に報告している。家族の状況に応じて、電話・メール・手紙、また、ケアマネジャー経由で伝える等、必ず家族に伝わるように配慮している。主に送迎時・通所介護計画書説明時に、サービスの説明をしたり、要望・相談を聞く機会を設け、内容に応じて各記録様式に記録している。送迎時には、家族の心身の状況や介護状況にも気を配り、必要に応じてケアマネジャーに報告している。また、家族が情報提供を必要としている場合は情報提供に努め、ケアマネジャーにも報告し連携している。

A-9 サービスの適切な実施

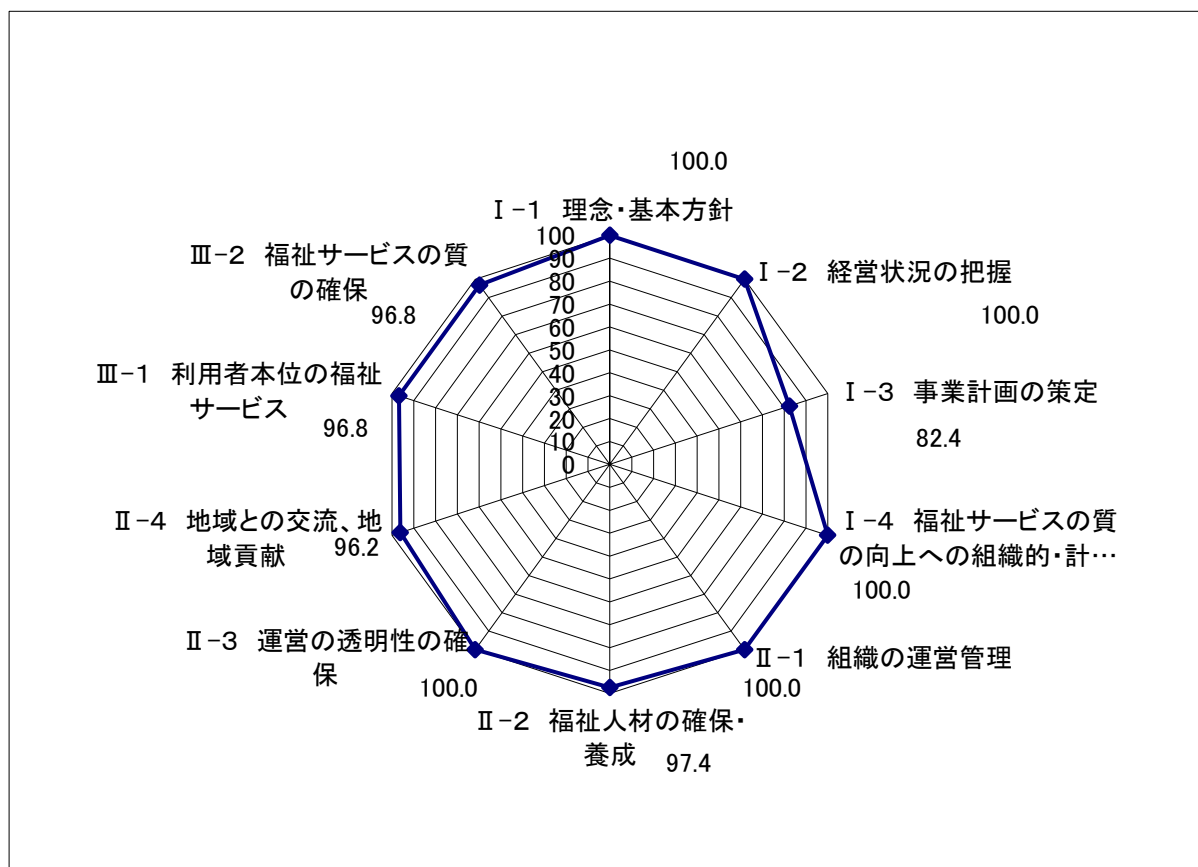
| | |
|---------------------------------------|------------|
| | 第三者評価結果 |
| A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | ○a ・ b ・ c |

特記事項

「居宅サービス計画書」をもとに、「通所介護計画書」・「個別機能訓練実施計画書」を作成し、サービスの個別・具体的な実施方法を明示している。
 難聴・失語症等、意思疎通が困難な利用者について、聞こえる方向に配慮した座席や非言語コミュニケーション・筆談など、個別・具体的な実施方法を明示している。
 食事について、減塩食や水分制限のある利用者への対応など、個別・具体的な実施方法を明示している。
 入浴・清拭について、血圧の変動時・皮膚トラブルへの対応など、個別・具体的な実施方法を明示している。
 排泄について、排泄用品や着脱時の介助方法など、個別・具体的な実施方法を明示している。
 身だしなみや清潔保持について、入浴後の対応など、個別・具体的な実施方法を明示している。
 機能訓練について、個々のADLや目標に応じた訓練内容と方法を、個別・具体的に明示している。
 心理面について、気持ちの落ち込み時の言葉かけ・対応など、個別・具体的な実施方法を明示している。

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 | 14 | 82.4 |
| 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 組織の運営管理 | 17 | 17 | 100.0 |
| II-2 福祉人材の確保・養成 | 38 | 37 | 97.4 |
| 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 | 25 | 96.2 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 63 | 61 | 96.8 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 30 | 96.8 |



A 達成度

| | 判断基準 | | 達成率(%) |
|--------------|------|-----|--------|
| | 基準数 | 達成数 | |
| 1 支援の基本 | 17 | 17 | 100.0 |
| 2 身体介護 | 42 | 42 | 100.0 |
| 3 食生活 | 21 | 21 | 100.0 |
| 4 認知症ケア | 17 | 17 | 100.0 |
| 5 機能訓練、介護予防 | 6 | 6 | 100.0 |
| 6 健康管理、衛生管理 | 16 | 16 | 100.0 |
| 7 建物、設備 | 6 | 6 | 100.0 |
| 8 家族との連携 | 8 | 8 | 100.0 |
| 9 サービスの適切な実施 | 7 | 7 | 100.0 |

