

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : デイサービスセンターやすらぎ

(通所介護事業・地域密着型通所介護事業)

評価実施期間 2016年8月2日 ～ 2017年3月31日

実地(訪問)調査日 2017年1月12日

2017年4月17日

特定非営利活動法人

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 三者評価機関名

播磨地域福祉サービス第三者評価機構

② 施設・事業所情報

名称：デイサービスセンターやすらぎ	種別：通所介護事業 ：地域密着型通所介護事業	
代表者氏名：鳴瀧 幸二	定員（利用人数）：	47 名
所在地：〒678-0258 兵庫県赤穂市古浜町57番地		
TEL 0791-43-9700	ホームページ： http://www.sakuradani-fukushikai.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成9年4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：14 名	非常勤職員：5 名
専門職員	生活相談員 2名	施設長 1名
※（ ）はうち非常勤・ 兼務職員を明示	介護職員 10名（4名）	顧問 1名
	看護職員 4名（2名）	厨房職員 1名
施設・設備の 概要	施設・設備名	
	居室数	
	食堂	1
	相談室	1
	機能訓練室	1
	休養室	1
	ホール	1
	事務所	1
	化粧室	1
	浴室（特浴・一般浴室）	1
	厨房	1
	食品庫	1
	調理員便所・洗面所	1
北側倉庫群	1	
公用車駐車場	1	
更衣室	1	

③理念・基本方針

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

③ 施設・事業所の特徴的な取組

通所介護事業だけでなく、赤穂市唯一の認知症対応型通所介護事業を併設しており、通所介護事業に通われている利用者には、たとえ、認知症になられたとしても、安心してやすらぎを利用していただけると感じていただき、また、認知症対応型通所介護を利用されている方々には、一般通所の方と分け隔てなく自由に他者の交流をしていただくことで、閉じこもりをなくし、社会的交流を継続できるという自信をもっていただけている。

⑤第三者評価の受信状況

評価実施期間	平成 28年 8月 2日 (契約日) ~ 平成 29年 3月 31日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3回 (平成 25年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○ **地域住民や関係機関との連携のもと、地域の高齢者福祉の拠点施設として役割を果たしています。**
 地域の小・中学校をはじめ自治会や老人会、子ども会などを通じて、地域住民との交流と連携がなされています。また、民生委員との連携、地域の関係機関との地域活動や在宅介護支援センターとの連携を通じて地域の福祉ニーズを把握し、法人関係機関・団体との連携により、相談事業をはじめ在宅支援を展開され、地域の在宅高齢者の拠点として大きな役割を果たしています。

○ **認知症から自立度の高い方まで多様な事業を展開し、幅広い利用者の特性に応じた支援が行われています。**
 赤穂市唯一の認知症対応型通所介護事業として、認知症になられたとしても、安心してやすらぎを利用していただけよう、一般通所の方と分け隔てなく自由に交流をしていただくことで、社会的交流を継続できる環境を整えています。また、利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるように声掛けなどを行い、ケアプランのアセスメントや利用状況報告書をベースに、一人ひとりに配慮したサービスを実施されています。

◇改善を求められる点

○ **アカウントビリティ（説明責任）の視点から利用者や家族への情報提供について、ビジュアル化を図るなど、よりわかりやすい工夫や配慮が望まれます。**

利用者が主体的に暮らしを選択していくためには、その情報について利用者や家族が適切に把握し、理解していくことが重要です。今後は、アカウントビリティ（説明責任）の視点から事業計画をはじめサービスの内容や契約に関する書類などサービスに必要な情報を、利用者や家族に対して、より理解しやすいよう、どのように伝えていくかを具体的に検討していくことが求められます。

○ **計画から見直しに至るまでの手順を明確にすることによってPDCAサイクル（計画から評価までの業務プロセス）の確立が重要です。**

昨今、質の向上に向けての、業務の改善が図られており、多様な事業が展開されていることがうかがえます。しかしながら、マニュアルやサービス実施計画などいくつかの仕組みに見直しの手順が不明瞭な点がうかがえました。今後は、多様な業務について計画から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、PDCAサイクル（計画から評価までの業務プロセス）を確立していくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度は受審させて頂きありがとうございました。

今回の受審で確認できたことは、

- ・事業所の現状を知ることが出来たこと。
 - ・サービスの質の向上に取り組んでいかなければならないと、職員が感じてくれたこと。等
- これらのことが、良かったことだと思います。

これから、利用者へのサービスの質の向上に、職員一丸となって取り組んでいきたいと思えます。

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人における理念及び基本方針を定め、パンフレットやホームページに記載するとともに、毎年、基本理念の周知徹底に向けて年2回以上、職員研修を行うとともに、強化月間を設けるなど、積極的な周知が図られています。 ○ 今後は、施設における考え方をさらに周知するため、利用者や家族に向けたさらにわかりやすい工夫を凝らした説明資料の作成が望まれます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 専務理事や幹部職員の指導のもと施設団体や行政を通じ、社会福祉事業全体の動向について把握し、毎月開催される経営会議において、福祉サービスの分析やサービス利用者の推移を把握されています。 ○ 今後は、事業所が位置する地域における課題について、収集されたデータを分析したプロセスの明確化が望まれます。 		
③	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a・ (b) ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 幹部職員による経営会議及び施設長会議において、経営環境や組織体制の課題や問題点などを明確にし、課題の解決・改善に向けた取組が行われています。 ○ 今後は、経営状況や改善すべき課題等についての職員への周知を図られるとともに、経営課題の解決・改善に向けた具体的な取組を明確化していくことが望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人における中・長期計画として経営3ヶ年計画を策定し、基本方針の実現に向けた具体的な取組を明確にされています。また、検証委員会にて計画の評価と見直しが継続的に行われていることがうかがえました。 ○ 今後は、中・長期計画に施設や地域の具体的な課題等を明確にすること等により、事業計画の目標をより明確に連動させることが期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人で策定された経営3ヶ年計画の内容に基づいて、事業所の単年度事業計画を策定され、目標と具体策が項目ごとにまとめられています。 ○ 今後は、把握されている現状の課題に基づいて数値化するなど、より詳細な内容の事業計画の策定が期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画については、合同幹部会において職員の参画のもと、四半期ごとに実施状況を把握し、評価が組織的に行われています。 ○ 今後は、評価結果に基づいた事業計画の見直しを促すための取組に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画の内容は、家族会や運営推進会議を通して、利用者・家族に周知・説明されています。 ○ 利用者等の参加を促す観点から、今後は、事業計画をわかりやすく説明した資料を作成するとともに、さらに理解しやすい説明をされることが期待されます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取組は、サービス検討委員会で、サービスメニューや自己評価、満足度調査等が行われ、各部門が連動して、質の向上に取り組んでいます。 ○ 今後は、PDCAサイクル（計画から見直しに至るまでの手順）をうまく回すために、評価結果を分析・検討する場が組織として明確に位置づけられ、着実に実行される体制が構築されることを期待します。 		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 自己評価や満足度調査の結果に基づいて、施設長会議及びサービス検討委員会、ミーティングにて、組織として取り組むべき課題を明確にされ、職員間の共有化が図れています。 ○ 今後は、評価結果から導き出された組織として取り組むべき課題について、改善計画を策定し、必要に応じて見直す仕組みを確立していくことが望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は会議やミーティングにおいて、自らの考えや思いを発信するとともに、職務分掌や事業計画に文書化することで、管理者の役割と責任について明確にされています。 ○ 今後は、施設長自らの考えや思いを文章化されるとともに、有事における役割と責任を明確にしていくことが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、行政等が開催する研修会に積極的に参加するとともに、コンプライアンス委員会を設置し、遵守すべき法令等を整理し、利害関係者との適正な関係を保持されています。 ○ 今後は、介護保険に限らない幅広い分野の法令等を把握するとともに、職員に対してさらに周知していく取組が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、福祉サービスの質の向上について、委員会活動を通じて指導力を発揮され、福祉サービスの質の向上が図られています。 ○ 今後は、実施するサービスの質の向上について、管理者自ら定期的、継続的に評価・分析を行うとともに、福祉サービスの質の向上をはかる具体的な体制を構築し、具体的な取組が行われることが重要です。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者は、経営会議及び施設長会議を通じて、経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、指導力を発揮されています。 ○ 経営の改善や業務の実行性に向けて、人事・労務等を踏まえた経営全般の分析を行う仕組みの確立が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人全体として、福祉人材の確保と育成についての方針を明確にされ、こまめに学校訪問を行うなど、積極的な人材確保がなされています。 ○ 今後は、人事に関する具体的なプランを策定し、計画に基づいた人材の確保や育成が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人全体として、職員の基本姿勢や求める意識を明記し、キャリアパス制度（職位や職務に就任するために必要な一連の道筋や基準・条件を明確化した人材育成制度）や人事考課制度を導入することで、一定の基準に基づいた評価が行われ、適切な人事評価の仕組みが確立されています。 ○ 今後は、人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）を定めることにより、更に総合的な仕組み作りが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況や労務管理に関して、労働安全衛生委員会や厚生委員会を設置し、ストレスチェックを行うなど、就業状況の把握に努められ、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。 ○ 今後は、休暇取得の促進、短時間労働の導入、時間外労働の削減等など、ワークライフバランス（仕事と生活の両立）に配慮した働きやすい職場づくりに向けて、より積極的な取組が期待されます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ キャリアパス制度や人事考課制度を活用して、管理者が職員と個別面接を行い、進捗状況や希望などを確認し、人材育成に向けた職員一人ひとりの目標管理を行っています。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ キャリアパスに「期待する職員像」を明示し、新任職員研修及び法人内階層別研修を企画し、職員の質を高める具体的な教育・研修計画を策定されています。 ○ 今後は、研修内容やカリキュラムについて、定期的に見直す仕組みを確立されることを期待します。 		

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>○ 人事考課による目標管理制度により、新任職員や職員の経験に配慮した職場で実務を通して行う職員研修（OJT）が適切に行われるとともに、法人内階層別研修により職員一人ひとりに教育・研修の機会が適切に確保されています。</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>○ 実習の受け入れの基本姿勢を明文化され、実習受け入れのマニュアルを整備するとともに、学校と連携のもと、実習に基づいた人材育成が図られています。</p> <p>○ 今後は、専門資格ごとの実習カリキュラムを明確にし、さらに、実習指導者への研修が行われ、それぞれの特性に応じた実習指導に期待します。</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>○ 法人ホームページを活用し、事業や財務等に関する情報が詳細に公開され、運営の透明性を確保するための取組が行われています。また、機関誌を通して地域へ情報提供がなされていました。</p> <p>○ 今後は、さらに運営の透明性を確保する観点から、第三者評価結果などをもとにした改善・対応の状況の開示など情報公開を推進していくことに期待します。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>○ 事務、経理、取引等に関する規程を職員全員に周知し、組織における職務分掌と権限・責任を明確にするとともに、内部の監事による監査と理事会の承認を得るようにしています。また、外部専門家による指摘・アドバイスや、外部の公認会計士による監査の実施を通じて、さらに公正かつ透明性の高いチェック体制が確立しています。</p> <p>○ 今後は、監査結果等の書類整備の充実に努められることが期待されます。</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><コメント></p> <p>○ 地域との関わり方について基本的な考え方を文章化するとともに、個別外出等において活用できる社会資源や地域の情報を利用者に提供し、地域の小・中学校をはじめ、自治会や老人会、子ども会などを通じて、地域の人々と利用者の交流の機会を設けられています。</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。	㉠・b・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア受け入れマニュアルにボランティアの理念や受け入れ方針を明記するとともに、ボランティア養成講座を開設し、多くの地域住民の参画を図っています。また、トライやるウィーク等の受け入れや福祉大学との連携など、学校教育への協力もうかがえました。 ○ 今後は、ボランティア受け入れに関する更なる支援体制の強化が望まれます。 		
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・㉡・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉施設として必要な社会資源を明示したリストを作成するとともに、地域貢献推進委員会を開催し、併設する在宅介護センターと共同で地域のネットワークづくりに貢献しています。 ○ 今後は、職員間で必要な社会資源の情報の共有化を図り、さらに関係機関との連携を促進されることが望まれます。 		
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・㉢・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ボランティア養成講座などを開催し、地域住民が自由に施設を訪れる機会を確保しています。また、日頃から近隣の保育所や幼稚園等とも連携し、地域の福祉の推進に貢献しています。 ○ 今後は、地域ニーズに応じて、施設のスペースを活用した住民が自由に参加できる多様な支援活動に取り組まれることが期待されます。 		
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・㉣・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 民生委員との連携、地域の関係機関との地域活動や在宅介護支援センターとの連携を通じて地域の福祉ニーズを把握し、法人関係機関・団体との連携により、相談事業をはじめ在宅支援を展開されています。 ○ 今後は、把握した福祉ニーズに基づいて、事業計画に明記することにより幅広い周知に期待します。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 基本方針や理念に利用者を尊重する姿勢が明示されており、接遇研修や勉強会等で基本的な人権や利用者尊重について重点的に実施されているのがうかがえました。 ○ 今後は、利用者を尊重した内・外部研修等について、研修記録の整備を行うとともに、職員が理解し実践するためのセルフチェックなどの具体的な取組を実施していくことが必要です。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者のプライバシー保護や虐待防止等において、規定、マニュアルが整備され、職員に周知されています。 ○ 今後は、プライバシー保護や虐待防止に関する定期的な研修や、不適切な事例が発生した場合の対応方法の明示が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所パンフレットを公共施設や福祉事業所に設置され、サービス利用の為の見学や体験を実施し、利用希望者への積極的な情報提供が行われています。 ○ 今後は、提供する情報について、定期的に更新する取組に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの開始・変更にあたっては、丁寧に説明され、わかりやすい資料として『やすらぎの一日』を作成し、利用者の自己決定を尊重する取組がうかがえました。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者や、利用者個々の状態に応じた契約や説明に当たり、留意点や手順、方法などを定める取組に期待します。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所の変更や家庭への移行等にあたり、重要事項説明書等で説明され、サービス終了後も除籍とせず、相談員等を窓口、引き継ぎや問い合わせに対応しています。 ○ 今後は、退所後のフォローとして、スムーズな引き継ぎができるような手順書や引き継ぎ文書の様式作成など、明確な仕組み作りに期待します。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎年、利用者満足度調査を行い、サービス検討委員会で分析検討され、結果を家族会で報告されています。家族会で出た意見を踏まえて具体的な改善が行われています。 ○ 2か月ごとに介護相談会が行われ、民生委員による利用者懇談会で利用者満足把握する機会として実施されています。 		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の体制が整備され、重要事項説明書に記載されており、意見箱が玄関に設置されています。苦情内容や、対応結果については理事会で報告されていますが、今年度からホームページで公表予定となっています。 ○ 具体的な苦情は確認できませんでしたので、今後は、サービスの質の向上の観点から、利用者や家族から苦情を申し出しやすい工夫が望まれます。 		
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・Ⓑ・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 相談しやすいスペースを確保し、相談先や相談方法については重要事項説明書に記載されています。 ○ 利用者の相談や意見に関して、利用開始時の説明だけではなく、継続した積極的な取組が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの相談や意見については、意見箱を設置し、日々のケアや会話を通して吸い上げられ、ケース記録に記載し、ミーティングや連絡ノートによって共有され、対応されています。 ○ 相談・意見・要望の対応については、マニュアルや手順書等の明確な仕組みは確認できませんでした。今後は、利用者からの相談や意見の対応について整理され、仕組みを確立することが重要です。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機対応マニュアルを整備し、研修委員会でヒヤリハット事例の収集が行われています。 ○ 今後は予防の観点から、収集したヒヤリハット事例をもとに発生要因を分析し、再発防止策を検討し、サービスの改善につながることを望みます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症予防と発生時対応マニュアルを整備し、職員研修が定期的に行われています。手洗い、うがいなど感染症予防策に取り組まれています。 ○ 今後は、感染症マニュアル等の定期的な見直しや、管理体制の整備が望まれます。 		
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。	a (b)・c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 危機管理対応マニュアル整備や自衛消防隊組織が編制され、火災に対応する仕組みが構築され、2ヶ月毎の訓練が実施されています。 ○ 今後、利用者の安心を確保するため、災害時の備蓄など、安全に関する取組の充実が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスについて各種マニュアルを整備し、利用者尊重やプライバシー保護に係る姿勢が明示されています。法人の新人研修時や変更時に、マニュアルの研修を行っています。 ○ 今後は、標準的なサービスの実施方法に基づいてサービス提供されていることを、組織として確認する仕組みを整備する必要があります。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各種マニュアルは、サービス検討委員会において、年度末に検討・見直しが行われています。 ○ 今後は、標準的な実施方法の見直しについて仕組みを文章化し、会議録等、書面で確認する取組が望まれます。 		

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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅サービス計画に明示されている利用者のニーズに基づき、生活相談員を中心に福祉サービス実施計画（通所介護計画）を作成しています。 ○ 今後は、アセスメント手法を明確にしていくことで、利用者一人ひとりの意向を把握し、適切なニーズを明示することで、更に利用者個々の状況に応じた計画がなされていくことを望みます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 担当者会議を通じて、生活相談員によって福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っています。 ○ 今後は、評価、見直しされた計画の内容や担当者会議の記録等を明示し、関係職員に周知する仕組みの確立が望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 日々のサービス記録にサービス実施計画に基づくサービスが実施されたことが記録され、必要な事項を職員間で周知し共有されています。 ○ 利用者の身体状況や生活状況を情報提供書やケアプラン等で確認されていますが、今後は、利用者の身体状況や生活状況を、事業所が定めた統一した様式を用いて定期的に把握し、記録する取組が望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の記録については、法人で定めた個人情報管理規程に基づいて管理され、適切に運用されています。 ○ 今後は、個人情報保護規定等を理解し遵守するために、全職員に教育・研修する機会を継続的に行うことが重要です。 		

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるように声掛けなどを行い、外出行事への参加を促すなど、興味・希望を活動に反映できるように支援が行われています。 ○ ユニマチュード（認知症対応支援）を実践し、配慮ある言葉遣いや利用者尊重の接し方に全職員で努めています。 ○ 今後は、利用者の趣味・興味・希望を把握し、それに応える為の活動プログラム作成や利用者への接遇に関して、さらに継続した研修への取組が望まれます。
--

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ 入浴・排泄・移乗移動マニュアルを整備し、サービス確認書をベースに、利用者の心身の状況に合わせた排泄介助や移乗・移動の工夫、配慮がうかがえました。特に入浴においては、入浴を拒まれる場合は無理強いしないように取り組まれています。 ○ 今後は、入浴ができない場合に必要に応じて、清拭等に代える等の取組により、更に充実した身体介護が行われることを期待します。
--

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ テーブルクロスを使用し、和風等メニューに合った食器の使用、仲の良い方同士での席次の配慮など、食事をおいしく食べられる環境に配慮がなされています。また、利用者の嚥下能力に応じた調理方法で提供されています。 ○ 今後は、口腔清掃の充実など、利用者の口腔状態の保持・改善の取組に期待します。

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

- 利用者に対して、支持的、受容的な関わり、態度を重視した援助を行っていることがうかがえます。また、認知症ケアの充実に向けて職員研修が行われています。
- 今後は、利用者の日常生活能力や残存機能の評価を行い、周辺症状を呈する利用者には、一定期間の観察記録をもとに、医療スタッフ等との症状の分析・検討などを行うなど、状態に配慮した具体的な認知症ケアに期待します。

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

- 機能訓練計画をもとに、機能訓練指導員がリハビリマシーンなどを使って訓練を行っています。利用者の状況に応じて、個別活動やグループでの活動などが行われています。
- 今後は、利用者が主体的に訓練を行える工夫や状況に応じて専門職と連携することにより、認知症の症状の早期発見など、取組の充実に期待します。

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

- 感染症マニュアルを作成し、感染症・食中毒の発生や予防に関して職員研修され、手指消毒やマスクを準備するなど発生予防に取り組まれています。
- 利用者ごとの緊急時の搬送先及び連絡票を整備するなど、利用者の体調変化時に迅速に対応するための手順や、医療機関との連携体制の確立が望まれます。

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

- 安全パトロールチェックリストを用いて設備の点検を行い、建物等の環境整備においては、気が付いたところや不備がある場合には随時報告し、積極的に修繕や見直しを行っています。
- 今後は更に、利用者が思い思いに過ごせる環境整備や工夫等の具体的な取組に期待します。

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

- 日常的には、電話や連絡帳によって、家族との連携が図られています。
- 年1回行われる家族会で「介護者教室」を開催し、介護に関する助言や制度についての研修が行われています。
- 今後は、家族の介護負担が過重にならないような、利用者の家族からの要望を取り入れるような取組に期待します。

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

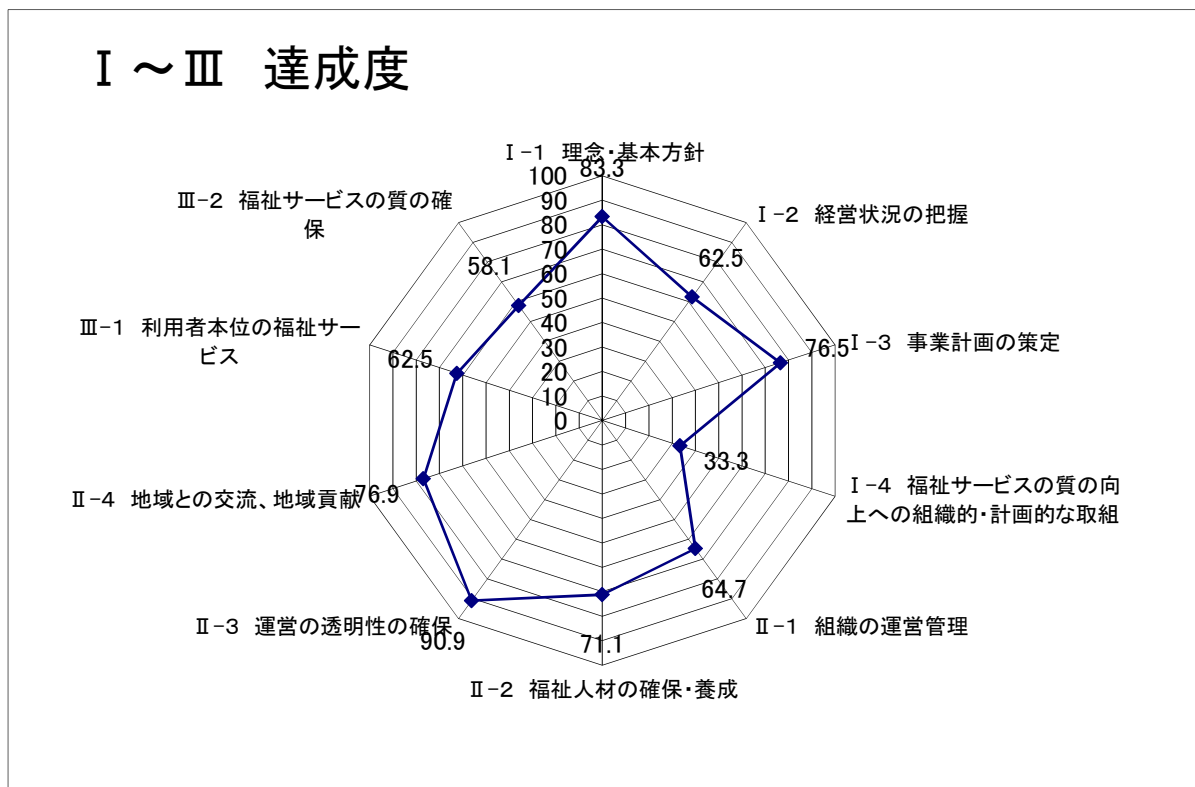
特記事項

- ケアプランのアセスメントや利用状況報告書をベースに、一人ひとりに配慮したサービスを実施されていますが、個別の意向を把握し、生活能力などを鑑み、家族形態に配慮した支援内容を文章化し、明示するには至っていません。
- 今後は、利用者個々の専門的な援助のみならず、主体的な行動の促進や生きがいを持てるような心理的援助について、具体的なサービス方法を介護計画書に記載していくことが必要です。

各評価項目に係る評価結果グラフ

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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	5	62.5
I-3 事業計画の策定	17	13	76.5
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	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	11	64.7
II-2 福祉人材の確保・養成	38	27	71.1
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	20	76.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	40	62.5
III-2 福祉サービスの質の確保	31	18	58.1
I～III合計	227	152	67.0



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	15	88.2
2 身体介護	42	40	95.2
3 食生活	22	13	59.1
4 認知症ケア	17	12	70.6
5 機能訓練、介護予防	6	3	50.0
6 健康管理、衛生管理	16	12	75.0
7 建物、設備	6	5	83.3
8 家族との連携	8	6	75.0
9 サービスの適切な実施	7	5	71.4
A合計	141	111	78.7
総合計	368	263	71.5

