

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：みのるデイサービスセンター	種別：認知症対応型通所介護
代表者氏名：常陸 実	定員：12名
所在地：出雲市神西沖町2479-6	
TEL：0853-43-3120	ホームページ： http://w-himawari.jp/himawari-en
【施設の概要】	
開設年月日：平成9年4月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人ひまわり福祉会	
職員数	常勤職員：2名 非常勤職員：5名
専門職員	介護福祉士：1名 介護福祉士：4名
	社会福祉士：1名 看護師：1名
施設・設備の概要	食堂：1ヶ所 個室：1ヶ所
	静養室：1ヶ所 便所：2ヶ所
	相談室：1ヶ所 (うち車いす対応)：1ヶ所
	送迎車：1台

③ 理念・基本方針

◎ひまわり福祉会理念

1. 子ども、高齢者、障がい者の権利を守り、一人ひとりを大切にされた福祉実践を行います
2. 福祉の専門家として、知識・技能の向上に努め、ゆたかな感性をみがくように努力します
3. 福祉のまちづくりを進めるために、地域のささえあいを広げ、その発展に努めます
4. 利用者、職員の声を反映させ、開かれた運営を行います
5. 憲法を生かした平和でゆたかなくらしと社会福祉の充実をめざします

◎みのるデイサービスセンター運営方針

利用者の心身の状況やその置かれている環境を踏まえ、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って認知症状の特性に対応したサービスを提供する。

③ 施設の特徴的な取組

当通所介護事業は、平成9年4月に近隣の民家を借用して開所、平成13年、現在の事業所敷地内へ移設されました。平成28年から祝日も開所してサービスの充実が図られています。

認知症対応型通所介護（みのるデイサービス）は認知症の要介護者が在宅での生活が継続できるように立案された居宅介護計画に基づき、認知症状に応じた機能訓練や食事・入浴・レクリエーション等のサービスを提供することにより在宅生活を支援されています。

ひまわり園敷地内にある平屋の建物がみのるデイサービスです。特別日課は設けておらず、利用される方、それぞれの趣味や嗜好、関心事に合わせてその日の過ごし方を決めていきます。昔懐かしい歌を歌われる方、大工仕事をされる方、裁縫をされる方、散歩へ出掛けられる方・・・各々が思いついたことをそのまま実行できるよう、職員がお手伝いされています。利用される方も職員もほぼ同じ顔ぶれとなるため、馴染まれるまでにさほど時間を要しません。認知症状の軽重にかかわらず、引っ込み思案な性格の方にも向いている環境と思います。また、認知症を患っても地域での暮らしを継続できるよう、介護者の方からの相談を受け付け、時に助言が行われています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 6月 6日（契約日） ～ 平成30年 2月 21日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- ・ 認知症対応型通所介護はその方の有しておられる能力に応じた機能訓練や食事・入浴・レクリエーション等のサービスを提供することにより、認知症の方の在宅生活を支援されています。送迎時や連絡ノートを使用して、家族との情報交換及び意見・要望を聞き認知症の相談等やサービスの向上、職員の質の向上に取り組んでいます。

- ・ 利用者が居宅での生活の継続を職員全てが念頭に置き、福祉サービス及び機能訓練、健康管理や療養の援助を行い、利用者の自力に応じた日常生活を営むことを目指す運営方針に基づいた活動を評価します。

- ・ 利用者のニーズに沿って、自宅での生活が少しでも改善できるための援助を行うため全職員に対する接遇、マナー研修及び知識・技術の習得研修や標準化を明確にして取り組まれています。

- ・ 年2回、学習計画のテーマを掲げ、課内の実情に合わせた学習が行われています。

◇改善を求められる点

・福祉サービスの品質向上には、人が人に対する介護（援助）活動が主な事業ですから職員が企業理念・基本方針及び事業計画を十分認識・理解した上で運営されていることが基本となります。

事業方針として、①福祉サービスの質No. 1 ②専門職としての職員資質No. 1 ③風通しのよい職場No. 1の3項目を掲げ、職員への各種研修を行うなど三ヶ年計画で取り組まれています。職員一人ひとりが目的・目標の受け止め方に差異が見られますので、事業に対する「やり甲斐」「達成感」を職員が更に強く認識できる取り組みとして、職員一人ひとりの自己目標が事業所全体の目標に連動し、組織として「目標・管理者面談・成果振り返り

・評価サイクル等の体系的な取り組み」と「職員一人ひとりの育成計画」が一体的に運営をされる改善が求められます。

・職員間でコミュニケーションは必要と考えておられます。相談事や気になることがある時は面接が行われていますが、定期的な面談の機会を検討されたい。

・職員の教育プログラムを検討されキャリアアップに繋がられたい。

業務の改善や職員の意識について検討され、多くの職員に研修参加頂き、サービスや職員の質の向上に繋がられたい。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

日常の利用者支援について、現状の取り組みは、評価を得ることができましたが、チェック項目との合致が少ないためか、b評価が多かった。

今日、指摘を受けた点を改善に努め向上して行きたいと思います。

⑧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。

第三評価結果（認知症対応型通所介護）

共通評価基準（45項目）

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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所内の見やすい場所に法人の「理念」、「基本方針」が掲示されています。パンフレットやホームページで利用者や家族等にも示されています。</p> <p>常勤、パート職員に法人冊子・2017年度方針を配布され、説明、周知が図られていますが、説明の時間が少ないため理解、把握に差異が見られます。</p> <p>周知状況を上半期で総括し係長以上で検討し周知に繋げておられます。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>出雲市エリアの「利用者潜在数」及び「経年別高齢者数推移予測」等に関するデータ収集・分析及び行政（国含む）施策等の今後の政策動向等における経営環境の変化を見定め財務状況の分析、サービス内容や組織体制（人員確保等含む）や設備整備の検討を実施されています。</p> <p>事業運営に関わる人材確保及び人材育成に関する取り組みは、喫緊の課題としての認識をされていることから更なる取り組みに期待します。</p> <p>認知症対応型通所介護を知ってもらう機会が少ない。神西福祉フォーラムで認知症について話されていますが、通常通所介護と認知症対応型通所介護の違いについての理解して頂きにくいのが現状です。</p> <p>運営推進会議は年2回開催されており、運営推進会議でも認知症対応型通所介護のサービスの内容を話され、通常型との違いについて理解して頂けるよう周知を続けられる事に期待します。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>経営状況の把握・分析・経営課題を詳らかに明確にされて、法人会議（理事会及び管理会議等）及び担当会議等の組織的な体制を確立し、職員との共有の場が設けられていますが、組織的な課題と捉え、職員（個人）への課題・問題への落とし込みが不十分な面が見られます。</p> <p>経営課題の改善を組織全体で取り組むためには、職員個々の目標を明確にされて、その積み上げが組織の目標（毎月の振り返り含む）となるような仕組みが必要と考えられます。</p> <p>具体的には、ホームページや市内の居宅支援事業所に活動内容のチラシを郵送し理解につなげて頂けるよう努力されています。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されています。「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承が中・長期計画となっています。</p> <p>課題や改善施策（目標・成果実績や進捗状況）を中・長期的及び短期的に反映（内部資料や情報保護に関するものは別）して、職員が共通指標等共有できる「見える化」されること望みます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>中・長期計画より「ひまわりの福祉」の理念、伝統の継承より単年度の事業計画・活動指標を策定されています。</p> <p>認知症対応型通所介護の計画目標を職員一人ひとりの目標（自己目標）明確にして、年度当初に部門管理者が、職員一人ひとりと面談の上、実行計画を共有したもので毎月（四半期・上期・下期）の振り返りが出来る取り組みを期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>4月に方針の確認、2017年度の取り組みを基に12月に総括され1月、2月に次年度事業計画を作成されます。全体会議で各部署より説明が行われ、月次（振り返り）や中間総括（9月）及び総括（3月）を踏まえ、成果や課題の分析を行なわれています。</p> <p>評価、見直しに職員の意見が反映される場面が余りなく、全ての職員に事業計画の理解は得られていない面も見受けられます。</p> <p>全職員へ周知されることに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>ホームページや施設内に掲示されています。ホームページや施設内に掲示されています。利用者、家族に年間に実施される遠足、行事、脳トレ等説明されています。</p> <p>利用者が在宅生活の為、家族が施設に来られる事が少ないので周知、理解は難しい現状です。</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
<p><コメント></p> <p>通所介護担当として、事業計画策定時に担当別のサービス品質向上の公約・責任の宣言を事業計画に明記した取り組みを実施されています。</p> <p>教育委員会偶数月開催、総括方針会議年2回、各委員会偶数月開催、福祉職の専門性を考える会奇数月開催されサービスの質の向上に向けた取組が行われています。各部署で都度サービスの見直しを行われています。</p> <p>月1回ミーティングを行い、日頃の業務から言葉遣いや接し方等、気を付けながら支援することを話し合われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>デイサービスミーティング（第3週）及び課会議（毎月）や運営推進会議（年2回）により、取り組むべき課題などの改善対策を職員間で共有して取組まれています。</p> <p>改善対策や見直し等の実施状況に対する記録を職員間で共有するなど組織としての取り組むことに期待します。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>理事長が、施設長と言う事もあり、施設長の職務分掌が職員に明確になっていません。施設長の役割と責任について分掌されていますが、現場職員は、事業所責任者の責任を理解していません。今後職員が施設長の役割を理解され事業所責任者の管理責務を明確にされサービスの質の向上に努められることに期待します。</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
<p><コメント></p> <p>人権研修、リスクマネジメント研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修に参加されます。施設内で学習会に参加や事業所内カンファレンス等行われ職員に理解、周知が図られます。</p> <p>コンプライアンス遵守の職場風土の更なる推進に向け、定期的に法令遵守関連のマニュアルの見直し及び規定の文書掲示等による職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取り組みを更に推進されることに期待します。</p> <p>交通法規の研修があり、認知症利用者を介護する家族に役立つため回覧をされました。認知症対応型通所介護事業所内でも勉強会を開催され職員に周知されます。</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
<p><コメント></p> <p>中期（3ヶ年）目標として①福祉サービスの質 NO1 ②専門職としての職員資質 NO1 ③風通しのよい職場 NO1 を事業計画の全体方針を掲げ、積極的な取り組みを展開されています。</p> <p>社会福祉法人制度改革等の多様な変化に適切に対応（改善）することを課題としての取り組みを推進されていますが、管理者と職員間の適切な意思疎通及び管理者と経営陣との連携等、職員が意欲を高め理解して取組むための相互のコミュニケーション（会議、打合せ情報伝達）のあり方（報・連・相の適切な相互化）などの強化定着を望みます。</p> <p>認知症対応型通所介護事業所責任者が課会議や各委員会の開催内容から職員の指導、勉強会の機会を持ちサービスの質の向上に取り組まれています。</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
<p><コメント></p> <p>重点項目の取り組みとして、①経営基盤の改善（強化）②介護サービスの検証とレベルアップに向けた人材育成（研修の充実）③地域への貢献（地域の困ったを掴む）を柱に取り組みを開始されています。</p> <p>本年度に於いては、2017年度方針冊子より居宅サービスの稼働の目標や節約、感染症予防等取り組まれています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>良質なサービスを提供するための計画的な福祉人材確保が非常に厳しい現状により、ホームページやSNSの活用、就職面接会のプレゼン方法の見直しを積極的に進められ、労組と協力し環境の改善に取り組まれています。</p> <p>開設時の原点（ひまわりの福祉論）に立ち返る取り組みに連動した職員の各種研修（新人研修含む）及び職場風土の変革を掲げ、福祉サービス業務の誇り及びやり甲斐、達成感あるものにしていくための努力が行われています。</p> <p>更に、介護事業そのものの地位向上を目指し、事業価値の社会的向上対策及び更なる新規サービスの開発・改善等、地域アピール活動の更なる展開を期待します。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人の人事基準等に則って行われていますが、職員への周知が不十分な面が見受けられます。現在、人事考課制度や個別面談等は導入されていませんが、今後検討されて行われる予定です。</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
<p><コメント></p> <p>希望休、有給休暇は可能な限り取得できています。</p> <p>職員の相談窓口も設置、互助会があり親睦会、歓送迎会が行われています。</p> <p>「風通しのよい職場」方針を掲げ、管理者と職員相互間のコミュニケーションの充実及び職員のストレスチェックや健康診断、インフルエンザの予防接種等職員が安心して働ける健康に関する取り組みが行われています。</p> <p>職員一人ひとりの就業状況や意向の把握する仕組みを構築し、更なる風通しのよい職場への一助となる取り組みに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業所内の職員間でコミュニケーションを多く取り、相談事や気になることがある時は、面接が行われますが、定期的な面談は行われてはいません。</p> <p>福祉サービスに必要なマナー・接客研修及び利用者への目配り・気配りの出来る人材を作る各種講習会（行政主催も含む）への参加による育成の取り組みも行われています。</p> <p>マナー研修への参加や援助者として職員個々のスキルアップを図り、利用者への目配り・気配りの出来る人材を作る取り組みが行なわれています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人全体と事業所別の教育委員会の体制や棲み分けを明確にして、人材育成の基本方針に基づいて年間研修計画を策定して教育・研修に取り組まれています。</p> <p>管理者研修、新人教育研修、マナー・接客研修（全職員）及び外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させる等、職員の育成方針に基づいた取り組みに期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員の園内研修、新人の園内研修、キャリアパス中堅職員研修の参加が行われています。年間研修計画により内部・外部研修に参加されています。外部研修参加後は復命書や報告書等で情報提供が行われています。</p> <p>一律の研修に加え、職員一人ひとりの知識・技術・専門知識の習熟度の基準等を設ける等個別の育成計画（OJT研修含む）に基づいた教育・研修の実施が望まれます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>認知症利用者に対しての知識の少ない実習生の場合、利用者の方が混乱や不穏になる可能性が有る為、認知症対応型通所介護では対応されていません。</p> <p>しかし、今年度は、島根大学教育学部の学生が体験学習に来られました。</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
<p><コメント></p> <p>企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容・ご意見や問い合わせ等のお知らせをホームページの活用や家族会総会、広報誌（ひまわり園便り）等で、情報公開されています。</p> <p>地域の方々へひまわり福祉会の特徴や強みの更なる情報公開に期待します。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>施設経営・運営、財務管理等は、法人本部が総括的に内部統制により適正に取り組みがなされています。</p> <p>外部監査（税理士等）及び社内監査の実施等による透明性の高い運営となっています。</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営には、不正を正す社内規定など定期的見直しが組織的に確実に実行されているかのチェックが必要であることから各種のマニュアル及び手順書等の改善・見直しが適正かどうかを統制する仕組みを望みます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>パンフレットやホームページ、広報紙（ひまわり園便り）、情報の公表で情報公開をされています。</p> <p>利用者、家族へのサービス内容の理解不足の面もまだ見られます。</p> <p>居宅介護支援事業所に独自パンフレット等送付しておられます。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>まつり等へ積極的にボランティア等の受入れが行われており、これまでもグループホームや通常型通所介護へ地域の踊りや太鼓等に來られており、認知症対応型通所介護利用者も一緒に楽しめる時もあります。</p> <p>参加される方々への事前説明やプライバシー保護、個人情報保護等もマニュアルに沿って説明、参加者の理解を頂き適正に行われています。</p> <p>ボランティア等の受入れに関する指針及びマニュアル等について、受付担当窓口以外の職員も対応手順等、理解を設ける等の取り組みを望みます。</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 施設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
<p><コメント></p> <p>警察、病院（救急医療施設等）、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健所、消防署、行政（健康福祉部）、居宅介護支援事業者等の関係機関とのネットワークを構築し、関係機関連絡一覧を掲出して職員への周知徹底が図られています。</p> <p>定期的に関係機関との情報交換などの情報内容等を職員と共有深める等、関係機関の動向や意見・要望の収集・対策及び対応方法等適切に周知されること望みます。</p> <p>関係機関の電話番号等を記載したリストがあり、必要時連絡が取れるようになっており、職員がいつでも見る事ができる場所にリストが置いてあります。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	c
<p><コメント></p> <p>事業所の専門性を活かし地域の方が相談しやすい事業所として活動されています。</p> <p>法人本部方針にある地域の「困った」を掴み、地域の福祉向上のため事業所の専門性を活かされることに期待します。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業所の専門性のため難しいのが現状です。</p> <p>地域の福祉ニーズについては法人本部で把握されています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の人権・尊重について、運営方針に明記され事業計画での周知や毎月の会議での職員への理解を深める取組が行われています。</p> <p>年間研修としてコンプライアンス研修が実施されています。</p> <p>組織全体として、「入浴、排泄、食事等の介護、相談、援助、機能訓練、療養支援」等ごの実施基準等が職員に共通に理解されているかの理解度チェック等（職員一人ひとりが参画して、課題検討・基準作成・実践までのキメの細かな仕組み作り）利用者・家族からの安心と信頼を更に深めていく取組を期待します。</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
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され「身体拘束廃止検討委員会」（偶数月）を事業所長及び各担当から構成されたメンバーにより、現状把握～改善対策や職員の研修企画等の取組が行われています。</p> <p>認知症対応型通所介護においてもプライバシーに関する保護の遵守や高齢者虐待事例等の対応方法等及び利用者の人権尊重研修等が繰り返し行われること期待します。</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
<p><コメント></p> <p>ホームページ・広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等、利用者本人、家族等の方が選択に必要な情報を明記し積極的に提供されています。</p> <p>ホームページ・広報誌等の見直し等はサービス内容等法人本部で統括的に行われています。</p> <p>見学の希望があったときは利用者が不穏にならないよう配慮して見学の対応をされています。</p> <p>お試し利用も行なわれています。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p><コメント></p> <p>契約時に契約書、重要事項説明書を使用し、できるだけ分かりやすい言葉で説明するよう心掛けておられます。</p> <p>契約時に認知症通所介護計画でサービスの開始・変更を分かりやすい言葉で説明しておられます。本人の理解が難しい場合が多いので家族に説明が行われています。</p> <p>本人、家族の意向と他職種からの意見を踏まえ認知症通所介護計画を作成しておられます。サービス利用時に認知症通所介護計画を説明され、同意を得ておられます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>変更・移行時は、他の施設からの要望を受け、家族等の同意・了解に基づき利用者介護援助内容等福祉サービスの継続性を踏まえた所定の書面提供及び説明が行われます。</p> <p>なお、移行後も何かの相談がある場合の連絡先（窓口）等をお知らせして、問題解決等の継続的な支援対応が行われます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>日々の会話の中から思い希望等聞き取りを把握されています。</p> <p>家族から意向や要望等送迎時の聞き取りや連絡帳を使用して集約されています。</p> <p>頂いたご意見については、ミーティング等で話し合い支援に繋げて居られます。</p> <p>利用者満足度の調査は行われていません。</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
<p><コメント></p> <p>福祉会本部（施設利用委員会）の苦情受付窓口（ホームページ等での受付含む）を開設して、利用者（家族）及び部外対応などの取り組みが行われています。</p> <p>事業所内に意見箱が設置されており、月に1回程度確認し、意見等あれば事業部合同会で検討されます。</p> <p>苦情解決の仕組みについては、掲示や重要事項説明書を使用して説明されます。</p> <p>苦情、相談は都度対応されている。第三者委員が設置され、訪問結果の内容を職員に報告・周知しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>苦情、相談は都度対応されています。</p> <p>主に家族から送迎時や電話で意見等頂かれます。責任者や苦情受付担当者が電話等で対応されています。</p> <p>日々の関わりから相談や意見等訴えようとする利用者には関わりの時間を意識的に設けるようにされ、内容の記録も行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は苦情受付担当者が対応されます。</p> <p>相談、意見の内容を記録する手順があり明確に記録されています。</p> <p>相談、意見は施設内で対応できる事であれば速やかに結論を出し、全職員に周知されています。対応策等はカンファレンス等で検討されます。</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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制として、「安全衛生委員会」「防災・BCP委員会」「事故防止対策委員会」等を構築して、総合防災訓練や利用者の安心・安全に対するサービスの品質向上への取り組みやマニュアルを作成整備、及び見直しが実施されています。</p> <p>マニュアルが整備され事故発生時の対応、安全確認のマニュアルは職員に配布されています。事故発生後は要因分析を行い改善策、発生防止策を検討、実施されています。</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
<p><コメント></p> <p>感染症対策委員会を組織的に体制構築して、感染症及び食中毒の予防対策から発生時の対応等マニュアル整備され利用者の安全最優先に取り組まれています。</p> <p>感染症対策マニュアルは作成されています。</p> <p>外部講師から「感染症予防について」の研修会が年2回行われます。</p> <p>利用者や職員は風邪等感染症が起きたときは手指消毒、マスク、うがい等で予防をされています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>防災・BCP委員会が設置されており、総合防災訓練は年2回（本体・GH）実施されています。</p> <p>防災の学習会も開催されています。</p> <p>利用者及び職員の安否確認のため連絡網を作成されすべての職員に周知されています。</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
<p><コメント></p> <p>契約書・重要事項説明書にサービスについて明記されており、標準的な手順書（マニュアル）等に従い、介護サービスは展開されます。</p> <p>認知症対応型通所介護計画書にサービス内容が記載され説明も行われており、サービス内容に沿ったケアが行われています。</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
<p><コメント></p> <p>状態変化や認知症対応型通所介護計画変更時に見直しを行う仕組みがあり、1ヶ月に1回モニタリング、評価が行われています。</p> <p>標準的な手順書（マニュアル）等の見直しについては、定期的に行なえて無いものもあるので今後に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用開始時や認知症対応型通所介護計画更新時、認定調査後にアセスメントが実施され、利用者、家族から意向、希望等を把握し、介護計画に則り個別通所介護計画が作成されます。</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
<p><コメント></p> <p>1ヶ月に1回のミーティングで、モニタリング、見直し、評価が行われています。</p> <p>カンファレンスで、見直し、評価を行い通所介護計画に反映されます。</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、職員間で共有化している。	b
<p><コメント></p> <p>介護ソフトが導入されており、サービス内容個人記録を記入され職員間で共有化出来ています。</p> <p>利用者へのサービス実施記録等の学習会を実施されていますが、記入内容が確実に実施されているか等の確認方法については、チェック方法の見直し等、更なる改善に期待します。</p> <p>また、記録内容や書き方に差異が生じないように記録内容の統一、指導に期待します。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用開始時に利用者及び家族に個人情報保護の説明が行われ、同意が得られています。</p> <p>組織的に情報保護の研修及び規定を整備した運営がなされています。</p> <p>利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）を行い、手順書や報告書データ等の責任者を配置して適切に行なわれています。</p> <p>利用者記録が書庫（施錠付き）に保管されているか等の管理体制等については、更なる改善に期待します。</p>		

内容評価基準（認知症対応型通所介護 17 項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

1-（1）生活支援の基本

		第三者評価結果
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。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>看護師と連携し一日の状態を把握し支援されています。</p> <p>認知症があっても役割を持ってもらえるようタオルたたみなど、声掛けを行い、できる方に行って頂いています。</p> <p>集団レクリエーションや個別レクリエーション、脳トレに参加され楽しんでいらっしゃいます。</p> <p>利用者の様子を見ながら一日の生活の流れを話されています。</p>		

2	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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の認知症研修や外部の認知症研修に参加され認知症対応のコミュニケーション方法を学ばれています。</p> <p>スピーチロックや行動のさえぎりをしないよう支援し、ミーティングで振返りが行われます。</p> <p>利用者の希望や訴えには傾聴し納得された支援が行われています。</p> <p>ミーティングで認知症の利用者が過ごしやすい環境作り、個別のコミュニケーションの方法等話し合い支援されています。</p>		

1 - (2) 権利擁護

3	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みが徹底されている。	b
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に明記されています。</p> <p>身体拘束廃止検討委員会議で話し合われ取り組まれています。</p> <p>リーフレットを使用し利用者、家族に説明しています。</p> <p>各事業所の身体拘束や権利侵害の事例を会議で定期的に確認され防止等について検討されます。</p>		

A-2 環境の整備

2 - (1) 利用者の快適性への配慮

4	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。	b
<p><コメント></p> <p>職員が季節に合わせた適温を設定し過ごされています。</p> <p>ホールや畳の間にソファがありくつろいで過ごせるよう工夫されています。</p> <p>清潔感ある環境整備がなされています。</p> <p>通所介護事業所の入り口や壁に手すりを設置され、車椅子やシルバーカー等で安全に過ごす事ができます。換気の時間を決め、通所介護事業所内を快適にされています。</p> <p>昼食後の昼寝は照明を暗くされ落ち着かれるようにされています。</p>		

A-3 生活支援

3 - (1) 利用者の状況に応じた支援

5	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。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>入浴前に身体状況やバイタルチェック、状況確認を行い入浴支援が行なわれています。</p> <p>入浴拒否がある方は職員を交代する等、工夫され入浴して頂くようにされています。</p> <p>利用者が希望されれば、同性介助の対応も行なわれます。</p>		

6	② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>排泄表や個人マニュアルを使用し見守り、トイレ声掛け、ズボンの上げ下げ等の介助が行われます。</p> <p>訴えのある方は都度対応等、職員間で統一した支援が行なわれています。</p> <p>排泄時にはトイレのドアを閉める、長い間露出をしない等の工夫をされ、羞恥心への配慮をされています。</p> <p>尿量や便の状態等、観察され記録も行われています。</p>		
7	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。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>杖使用、手すり使用、送迎時に自宅から車輻まで車椅子使用等、利用者の心身の状況に合わせて対応されます。</p> <p>病院退院直後の方は筋力低下がある方が多く車イスやシルバーカーを使用されています。</p> <p>学習会議等で移動方法、車椅子の自操作方法、福祉用具の使用等、安全に使用できるよう検討、見直しが行なわれています。</p>		

3- (2) 食生活

8	①食事をおいしく食べられるよう工夫をしている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>献立表は管理栄養士によりカロリー計算や季節に合った食材を使用され工夫された食事を提供されています。</p> <p>大規模調理衛生マニュアルに基づき衛生管理が行なわれています。</p> <p>敬老会は松花堂弁当で楽しめました。</p>		
9	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。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>栄養ケア計画、個人マニュアル、食事、水分マニュアル、緊急時マニュアルがあり対応や記録をされます。</p> <p>食事形態の変更がある時は、家族に相談、報告し支援されます。</p> <p>水分量の少ない方や食事摂取の少ない方は看護師と連携されています。</p> <p>連絡ノートで家族にお知らせしています。</p> <p>家族希望でトロミ使用の方もおられます。</p>		

10	③利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>口腔ケアの研修、学習会は行っていないがアセスメントから職員は利用者一人ひとりの口腔衛生状態を把握し、ケアが行われています。</p> <p>口腔機能維持、向上のため嚥下体操、うがい、歯磨きが行われています。</p> <p>拒否等で口腔ケアができない利用者のケアができるようミーティングで検討されています。</p>		

3-（3） 褥そう発生予防・ケア

11	① 褥そう発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>褥瘡の方は、現在おられません。</p> <p>褥そう発生の際は看護師と連携し対応されます。褥瘡が発生した時は褥瘡発生予防・ケアマニュアルより家族、看護師と相談、連携し対応する仕組みがあります。</p> <p>島根医大の褥瘡認定看護師の研修に参加されています。</p>		

3-（4） 介護職員による喀痰吸引・経管栄養

12	① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立して、取り組みを行っている。	評価外
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引、経管栄養の必要な利用者の方の受入れは行われていません。</p>		

3-（5） 機能訓練・介護予防

13	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
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>生活の中でトイレ使用時に歩行を促し歩いてもらう、起居動作時に掴まり立ちをする、施設内を杖等使用で散歩、歩行をしてもらう、ラジオ体操（毎日）、ふうせんバレー（毎日）ダンス（不定期）、レクリエーションに参加され生活動作の中で利用者の心身の状況に合わせた機能訓練と捉え、身体動作の維持、向上を目指されています。タオルたたみ等も役割として行われています。</p>		

3-（6）認知症ケア

14	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症通所介護計画に沿ってケアを行うようにされています。</p> <p>認知症研修に参加。研修後学習会も行われています。</p> <p>症状の進行が低下させたり、症状を穏やかにすることからレクリエーション参加、会話を多く持つように支援され日々の行動等、観察し記録が行われています。</p> <p>会議やミニカンファレンスで認知症の支援方法を、話し合い支援されています。</p>		

（7）急変時の対応

15	①利用者の体調変化に、迅速に対応するための手順を確立し、取り組みを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。</p> <p>心肺蘇生法、AEDの使用方法等の研修も行われています。</p> <p>新人研修時も同様に行われ急変時マニュアルは新人職員には個別指導されています。</p> <p>看護師と連携を取り日々の体温検温、血圧測定等健康状態を把握されています。</p> <p>体調変化の時は看護師と連携し対応されています。</p> <p>マニュアル等、不備な面も見られますので、見直しに期待します。</p>		

3-（8）終末期の対応

16	① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。	評価外
<p><コメント></p> <p>通所型の在宅支援のため終末期支援の希望ありません。</p>		

A-4 家族との連携

4-（1）家族等との連携

17	① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の体調不良等の場合、家族との連絡や報告が行われますが、通所での様子等、連絡帳や送迎時の対面時に家族へお知らせされています。</p> <p>更に家族の援助や介助の様子など把握して、認知症等の知識や技術等必要のある家族等には、看護師及介護支援専門員へ情報提供して、家族等への助言や勉強会を行う等の支援に期待します。</p>		