

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：ひまわり園デイサービスセンター	種別：通所介護			
代表者氏名：管理者 常陸 実	定員（利用人数）：30名			
所在地：島根県出雲市神西沖町2479-6				
TEL：0853-43-3528	ホームページ： http://w-himawari.jp/himawari-en			
【施設の概要】				
開設年月日：平成12年4月1日				
経営法人・設置主体：社会福祉法人 ひまわり福祉会				
職員数	常勤職員： 6名	非常勤職員	7名	
	准看護師	2名	看護師	1名
	介護福祉士	3名	介護士	6名
	社会福祉主事	1名		
施設・設備の概要	食堂	1ヶ所	大浴槽	1ヶ所
	静養室	1ヶ所	特殊浴槽	1ヶ所
	相談室	1ヶ所	便所	3ヶ所
			（うち車いす対応	1ヶ所）
			送迎車	3台

③理念・基本方針

理念・方針

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

◎ひまわり園デイサービスセンター運営方針

利用者の個別性を重視し、利用者・家族のニーズを把握し、自立支援を目指したサービスの提供を行う。在宅生活継続の為の支援の強化を図り、専門的ケアの充実を図る。

④施設の特徴的な取組

・利用者の方が可能な限り自宅において生活を継続していただくことができるよう、通所介護を利用しその方の有しておられる能力に応じた利用者の心身の機能の維持、向上をはかり機能訓練や食事・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ます。

・常に利用者主体、自立支援を目指し、人権を尊重した援助を方針としています。入浴に関しては、希望される時間に入浴して頂いています。

また、タオル等必要なものは全て準備してあり、着替えのみ準備して頂ければいいようになっています。送迎については、各種車両を使用し、利用者の状態に合わせた形で、玄関まで、或いは必要に応じてベッド等まで介助されています。

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

・通所介護を利用され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、在宅生活を支援をされます。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・要望を聞き研修、学習会に参加しサービスの向上や職員の質の向上に取り組んでおられます。

・事業部合同会議等で経営状態（利用人数、稼働率の把握、コスト削減、特養リニューアル計画の着手、修繕計画の立案、設備更新の実施）について分析されています。・法人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なおしが行われています。

・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組まれています。

・毎月、学習計画のテーマを掲げ、通所介護に必要な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りたい。

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りたい。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

・管理者の役割や責務について、全職員に周知できていないため、明確にしていく必要がある。

・職員の自己目標と事業所の目標をきちんと掲げ、取り組めるようにしていく。

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（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>		
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（理事会及び本部管理会議等）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>		

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>通所介護担当として、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>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年度の取り組みを元に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、通所介護担当全体の月次（振り返り）や中間総括（9月）及び総括（3月）を踏まえ、成果や課題の分析が行なわれています。</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。	c
<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。</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り組みが行われています。各部署で都度サービスの見直しが行われています。</p> <p>月1回ミーティングを行い接遇研修より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事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。	c
<p><コメント></p> <p>デイサービスミーティング（第3週）及び事業部合同会議（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り組まれています。</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等、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。	c
<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されていません。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ています。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理解、周知されます。</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組みを更に推進されることに期待します。</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 N01 ②専門職としての職員資質 N01 ③風通しのよい職場 N01 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>事業所責任者が事業所合同会議や各委員会、学習会に参加され開催内容から職員の指導、勉強会の機会を持たれます。</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。	c
<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>		
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。	c
<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・接遇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・接遇研修（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>実習生指導研修修了者が対応されます。</p> <p>実習生受け入れの基本姿勢は文章で明記されており、受け入れは特養で対応され実習生がデイサービスにも来られます。</p> <p>受け入れマニュアルが古いので見直しされる予定です。</p> <p>専門学校等の実習マニュアルに沿って実習生を受け入れ事業所等と連携し、実習プログラムを作成し対応されます。</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。	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、ひだまり通信）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、ひだまり通信）で情報公開をされています。</p> <p>ボランティアの受け入れも行われています。</p> <p>法人が地域にパンフレット等配布し各事業所と交流が図られています。</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、行事等へ積極的にボランティア等の受け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も地域の踊りや太鼓等は来られ、楽しめます。</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など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など、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>利用者が在宅の為取り組みが難しいのが現状です。 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り組みが行われています。</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」等ごと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り組みを期待します。</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り組みが行われています。</p> <p>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。	b
<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には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、通所介護計画を作成しておられます。</p> <p>サービス利用時に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、問題解決などの継続的な支援対応が行われています。</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、意見等あれば認知症対応型通所介護事業所で検討されます。</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、及び見直しが行われています。</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>年2回学習会を行い看護師から感染症予防について勉強が行われます。</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いる。総合防災訓練、年2回（本体・GH）。防災の学習会を開催されています。</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>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>状態変化や通所介護計画変更時に見直しを行う仕組みがある。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ています。</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、介護支援専門員、担当職員、看護師、必要時には栄養士も参加し、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、更なる改善に期待致します。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、指導に期待致します。</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>職員に対しても個人情報保護の研修が行われており周知されています。</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などの管理体制等については、更なる改善に期待致します。</p>		

内容評価基準（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>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>毎日のクラブ活動、役割を持ってもらえるようタオルたたみ、エプロンたたみ等声掛けをできる方に行ってもらいます。</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>目の見えない方には移動等、起居動作の時に話しかけながら説明をされます。</p> <p>聞こえにくい方には筆談され、コミュニケーションを図られます。</p> <p>言葉で通じないときはホワイトボードを利用し理解してもらえるようにされています。</p> <p>利用者の訴えには傾聴し納得された支援が行なわれています。</p> <p>ミーティングで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>利用開始時の契約書、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せら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> <p>委員会やリーフレットがあり周知されていますが、全職員の周知には至っていないと思われるとの職員の声もありますので、更なる周知に期待します。</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>ホールのソファや畳の間がで昼食後仮眠を取られたりくつろいで過ごされます。</p> <p>安全性を考慮され入り口や壁に手すりがあり歩行ができます。</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>ケアプラン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を行い状況確認を行い看護師と連携し利用日に入浴支援が行なわれています。</p> <p>身体状況に応じて大浴槽やチェアインバス等で入浴できます。</p> <p>入浴拒否があった方は、入浴が行えるよう話を聞きながら職員の交代等を行いながら入浴対応されています。パーテーションを用い入浴室前を通過する時見えないように工夫されています。</p> <p>同性介助の対応をされています。</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>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>アセスメントから利用者の排泄パターンを把握され排泄表や個人マニュアルを使用しおむつ交換、トイレ声掛けの時間、訴えのある方は都度対応等職員間で統一した支援をされます。</p> <p>排泄の時は露出時工夫され、羞恥心の配慮をされています。</p> <p>自力で排泄ができる方は見守り等の自立支援をされています。</p> <p>尿量や便の状態等観察され記録をされています。</p> <p>認知症の方はズボンの上げ下ろしを手伝われます。</p> <p>尿漏れ体操を実施し尿漏れの軽減ができた方もあります。</p> <p>リハビリパンツやパッドが尿汚染せず快適に過ごされています。</p> <p>ケアプランの課題で排泄支援の評価、見直しも行われています。</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>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、シルバーカー等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>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>特養厨房より主食・副食を提供してもらいます。献立表は特養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ます。味付けも良く利用者に喜ばれています。食事マニュアルや衛生管理マニュアル等により安全、安心され昼食を食べられ様にされています。</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>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>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、記録や対応が行われています。</p> <p>昼食前に口腔体操を行い摂食、嚥下機能・構音機能低下を予防することができ、口腔機能の向上が図られています。</p> <p>利用者の状態に合わせて要介護5の方はソフト食や本人の歯や口腔状態に合わせてキザミやトロミを使用し誤嚥を防ぎ摂取されるよう支援されています。</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連絡ノートや送迎時に家族に口答でも話されます。</p> <p>食事摂取の少ない方は係長や看護師に相談されます。</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>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>パタカラ体操を実施されています。</p> <p>口腔ケアの研修、学習会は行われていませんが、職員は利用者一人ひとりの口腔衛生状態を把握したケアが行われています。</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・ケア発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>通所介護計画に沿って支援されています。</p> <p>現在褥瘡の方はおられません。褥瘡対応は看護師が対応されます。</p> <p>利用時間にトイレに行かれる、入浴される、歩行される等、長時間座っていることが無いよう心掛けられ褥瘡発生予防に努められています。褥瘡発生予防・ケアの研修や学習会に参加し理解し周知されています。</p> <p>褥瘡を発見した場合は速やかに看護師、係長に報告し対応される体制があります。</p> <p>島根医大の褥瘡認定看護師の研修に参加されました。</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、取組みを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養を実施される利用者はおられません。</p> <p>介護職員で喀痰吸引ができる職員が2名おられます。</p> <p>必要な利用者が利用される時は看護師が対応します。</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>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>機能訓練計画により利用時間の内、午前・午後、機能訓練が行われています。</p> <p>月1回モニタリング・評価を行い介護支援専門員に報告されています。</p> <p>法人のPT（理学療法士）・OT（作業療法士）と機能訓練等について勉強会を行われ利用者の機能訓練や介護予防活動について助言、指導を得られています。</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>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され、役割としてタオルたたみ、エプロンたたみ等、支援され日々の行動等観察し記録をされています。</p> <p>会議やミニカンファレンスで認知症の支援方法を、話し合い支援が行なわれています。</p>		

3-（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の使用方法など研修が行われています。</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バイタルチェック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家族、係りつけ医に連絡を取られ、かかりつけ医の指示に従われます。</p> <p>急変時のフローチャートは職員が見える場所にあり対応されています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>通所介護のため、終末期の支援はありません。</p> <p>終末期マニュアルは作成されていますが終末期の指針は作成されていません。</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、家族とケアプランの説明時、変化が起きたときの連絡、連絡ノート、利用日の送迎時に家族が在宅時には利用の様子を口答で説明されています。</p> <p>利用者が在宅生活の為、家族が施設のイベント等の参加は難しいのが現状です。</p>		