

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：	サンホームみかづき デイサービスセンター	通所介護
代表者氏名：	山本 勝也	定員（利用者人数）： 35 名
所在地：	兵庫県佐用郡佐用町志文515	
TEL	0790-79-3145	ホームページ： http://www.sunhome-cat.jp
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：	平成6年4月8日	
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福祉会	
職員数	常勤職員： 11 名	非常勤職員： 10 名
専門職員	介護支援専門員 0 名	看護師 3 名
	介護福祉士 7 名	理学療法士 1 名
	介護初任者研修 7 名	
施設・設備の概要	(居室数) 1 (トイレ数) 4 (浴室) 1 (設備等) 低周波、ホットリズムミー等リハビリ機器	

③理念・基本方針

(経営理念) 高齢者及びその家族の尊厳ある「生命(いのち)」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うとともに、地域社会に貢献することを目的とする。
 (基本方針) 利用者が住みやすく、職員が働きやすく、地域の人々が入って来やすい明るい施設作りを目指そう。
 1. 利用者中心の視点を持つ。
 2. 家庭的な雰囲気を出しよう。
 3. 花と動物に囲まれた明るい笑顔の輪をつくろう。
 (行動指針) 「ありがとうは感謝の心」「素直に学ぶ謙虚な心」「笑顔で一言思いやり」「いつも溢れる報恩の心」「報・連・相で調和の華を咲かせます」

④施設・事業所の特徴的な取組

* 広く医療・介護・保育事業を展開する日の出医療福祉グループの社会福祉法人内にある高齢者総合福祉施設内の事業所である。平成6年開設以来、在宅サービスから施設入所まで、同一敷地内に多様な高齢者福祉事業を展開し、地域福祉の拠点としての役割を担っている。
 * 豊かな自然に恵まれた環境の中、四季折々の花に囲まれ、開設以来の「動物介在活動」で動物に触れる機会もある。
 * 休業日が少なく、利用者支援と共に家族のレスパイトケアにも貢献できるよう取り組んでいる。
 * 理学療法士を配置し、専門的な機能訓練を実施している。男性利用者も参加しやすいように、多様なレクリエーションを企画している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 3 年 2 月 15 日 (契約日) ~ 令和 3 年 5 月 20 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	3 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*法人・施設の運営管理体制が確立し、施設間の内部監査制度を整備し、施設長（管理者）のリーダーシップのもと行政と協働関係を築く等、コンプライアンスにもとづいた運営を行っている。施設内に会議・委員会体制を整備し、事業所間・多職種間で情報共有と連携を密にし協力体制がある。「サンホーム通信」「在宅新聞」を地域の全戸に配布し、地域に向け情報発信を継続している。

*毎月「全体会議」「デイサービス会議」を開催し、施設内・事業所内で情報共有を行っている。「定例ミーティング」（週1回）「居宅主催会議」（月1回）を開催し、部門横断での情報共有もを行っている。全体会議内で年間計画にもとづいた施設内研修を実施し、また、人事考課制度・目標管理制度も整備し、職員の資質向上に取り組んでいる。

*広く開放的なフロアは、大きな窓から光が入り、四季の自然の風景が望め、利用者の作品掲示や様々な鉢植えが置かれている。テーブル席・ソファ席、レクリエーション・機能訓練・静養・面会のためのスペース等を設置し、マッサージ機やカラオケ機器も用意し、各利用者が自由に活動・休息できる環境作りを行っている。

*看護師・理学療法士の配置があり、介護職者と連携をとりながら、利用者個々の健康状態や機能に応じた専門性の高い個別支援に取り組んでいる。利用者個々の希望やニーズを把握し、リハビリの専門職である理学療法士が、手技やリハビリ機器を使って多種多様な個別リハビリを行っている。また、全員で行う朝の全身体操やゲーム活動、利用者の生活歴や趣味・嗜好・得意な分野を活かした個別のリクリエーション企画（木工ベンチ・しめ縄・草履作り、竹細工、茶道、園芸等）もを行っている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はありません。今後は、フェイスシート・デイサービス会議議事録・相談記録の記載内容の充実、また、定期的な満足度調査の実施を期待します。また、来年度から「事故防止委員会」「虐待防止委員会」を事業者に移行して実施することを計画されていますので、事業所の現状により即した運用を期待します。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受ける事で、出来ている事、不足している事が確認出来ました。出来ている事については自信を持つことが出来、出来ていない事については、どのように行っていけば良いか助言等を頂いたので、簡潔で分かりやすく改善・整備を行っていきます。ご利用様が安心して、楽しく過ごして頂けるデイサービスを作りたいと思います。

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。

(別紙)

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> <p>「グループ理念」「法人理念」、サンホームみかづきの「経営理念」「行動指針」「基本方針」を明文化し、ホームページ・パンフレット・中長期計画などに明示している。エレベーター内や事業所内に掲示し、毎日の朝礼で唱和してその日の取り組みを具体的に宣言し、周知を図り実践につなげている。新人研修で新入職者への周知と理解を図り、全体会議など各種会議で施設長が繰り返し説明し、浸透と継続的な意識付けに努めている。利用者・家族には、ホームページ・パンフレットへの掲載と共に、重要事項説明書の「運営方針」の項目にわかりやすく明記し、契約時に説明している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>地域の第7期介護保険事業計画をもとに、地域の各種事業所連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会・西播磨ブロック老人福祉施設連盟への参加、施設内の運営推進会議や営業会議・法人の幹部会議への参加、地域包括支援センターとの連携等を通して、社会福祉事業全体や地域の社会福祉事業の動向の把握・分析に努めている。事業所のコスト分析や利用者の推移等について、毎月事業所内で分析した結果を営業会議で報告し、経営コンサルタントの助言を受けながら分析等を行っている。</p>	
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
<p><コメント></p> <p>毎月の営業会議で、分析結果から経営や運営に関する事業所の課題を明確にしている。経営コンサルタントや他事業所の客観的意見や助言を踏まえ、改善策を検討し改善に取り組んでいる。月次の分析・課題抽出・改善策・改善状況等は、営業会議の議事録に記録している。月次の経営状況や課題については、全体会議で報告し、職員に周知を図っている。法人内の幹部会議に管理者が出席し、課題や改善状況について役員間での共有がなされている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>法人理念・施設理念の実現に向け、中・長期計画を策定している。第7期介護保険事業計画をもとに、佐用町及びその周辺地域の状況から将来を予測し、今後の課題抽出・経営状況分析を行い、経営戦略を明示し「中長期事業計画」を策定している。「中長期事業計画」に、課題・将来像・達成のための方法・期限・責任者・スケジュールを明確にし、年度末に検証し、介護保険事業計画改定時に見直しを行っている。</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>施設の中長期計画の内容を反映し、単年度の事業計画を策定している。事業計画は、「項目」「重点施策項目」「実行計画」「指標」「目標値」「責任者」「担当者」「スケジュール」から成り、具体的で実行可能、また、実施状況の評価が行いやすい内容になっている。</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を年度初めの全体会議で説明するとともに、毎月の全体会議の次第裏面に各事業計画の要点を記載し、周知と理解を図っている。半期毎に、事業計画の項目に沿って「実施状況」「評価」「今後の取り組み」を検討し、進捗報告書を作成し営業会議で報告している。年度末に、管理者層の職員がデイサービス会議等で把握した職員の意見を集約し、下半期の進捗報告書を作成し、次年度の事業計画策定につなげている。</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><コメント></p> <p>事業計画の「重点施策項目」を、「行事实施予定表」にわかりやすく記載し、年度初めに利用者や家族に郵送し配布している。「行事实施予定表」には、研修・訓練・会議・委員会等、事業所の運営面での活動や取り組みを、月ごとにわかりやすく説明した資料になっている。また、行事を月ごとに明示し、利用者・家族に参加を促している。利用者会・家族会等、説明する機会作りは行っていない。</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><コメント></p> <p>施設内の各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課・目標管理等により、サービス内容の評価やPDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。毎年、「情報の公表システム」「法人の内部監査」「事業所評価」を活用し、評価基準に基づく自己評価を行っている。また、定期的に第三者評価を受審している。デイサービス会議で検討・分析し、会議録に記録することが望まれます。</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><コメント></p> <p>内部監査については、結果報告書の「指摘・推薦事項」欄に課題を、「改善指導」欄に改善策を明示している。課題・改善策について、デイサービス会議で共有して改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況を報告している。デイサービス会議で課題の共有・改善への取り組みを検討し、会議録に記録することが望まれます。</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><コメント></p> <p>サンホームみかづき事業計画をもとに、デイサービスセンターの年度事業計画を策定し、経営・管理に関する方針・取り組みを明確にしている。1月発行の「サンホーム通信」に事業計画の要旨を掲載し表明している。管理者が年度初めの全体会議で事業計画を説明し、事業計画の内容を「全体会議次第(裏面)」に毎回記載し職員の周知を図っている。「職務権限表」で管理者の役割責任を定め、「規程集」として事務所内に設置し周知を図っている。「サンホームみかづき組織表」に管理者不在時の権限委任を表明している。</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><コメント></p> <p>管理者は、介護関係法令集・法人諸規定等をもとに、遵守すべき法令等を理解している。集団指導への参加し、また、「経理規定」に沿って対応し行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。管理者は、例年、佐用町介護サービス事業者連絡会・老人福祉施設連盟会議・日の出塾等での研修や勉強会に参加し法令遵守に取り組んでいる。今年度は、ズーム研修の機会が多く、積極的に参加している。労働者安全衛生法・産業廃棄物処理法等幅広い分野の法令を理解し、職場の安全・健康・衛生管理、環境への配慮に努めている。施設内研修計画をもとに、全体会議の中で「プライバシー・個人情報保護、倫理及び法令遵守」「高齢者虐待防止法」研修を実施し、また、法人の新人研修でも法令についての研修を実施している。</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。	○a・b・c
<コメント> 毎年の内部監査・情報の公表制度、定期的な第三者評価受審により、管理者は定期的・継続的にサービスの質の現状の評価・分析を行い、改善に取り組んでいる。施設・事業所内に各種会議・委員会を設置し、管理者も積極的に参画している。管理者は毎月の全体会議・デイサービス会議等に参加し、職員の意見を把握し反映させるよう取り組んでいる。年間研修計画に基づいて毎月施設内研修を実施し、また、法人主催の研修もあり、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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> 利用率等に関する月次報告を作成し、管理者は営業会議・課長会議で人事・労務・経営面における課題を分析し、改善策を検討している。主に課長会議で、業務改善や業務の実効性向上に向け検討している。職員の適材適所に向けた体制づくり、業務改善による残業時間の削減、職員の休憩場所・時間の確保等、具体的に働きやすい環境整備に取り組んでいる。また、送迎業務の効率化等、業務の実効性向上に向けに取り組んでいる。		

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
<コメント> 中長期事業計画で人材確保・資質向上に関する考えを明確にし、施設内研修・法人研修を通じて人材を育成する職員教育に取り組み、資格取得も奨励している。毎日、事業所ごとに「人員基準・運営基準・加算管理確認シート」で人員配置状況を確認するとともに、組織図を随時更新し人材確保の状況を把握している。3ヶ月毎に課長会議で適正人員の充足度を検討し、欠員時には補充対応している。法人として、初任者研修への参加、介護福祉士資格取得を計画的に進めている。オンラインでの就職セミナー参加・実習生のフォロー・職員紹介制度・養成校訪問・ハローワークやホームページの活用等、効果的な人材確保に取り組んでいる。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	○a・b・c
<コメント> 法人の「日の出プライド基本方針」、また、施設の「サンホームみかづきの樹」に期待する職員像を明確にしている。「就業規則」「等級運用規定」に人事基準を明確にし、入職時に説明し周知を図っている。人事考課制度を採り入れ、等級に応じた人事考課表と目標カードをもとに、目標管理と評価を行っている。職員処遇の水準について、採用広告・外部コンサルタント・ハローワーク等からの情報をもとに評価・分析を行っている。管理者が把握した職員の意見等をエリア責任者会議で報告し、また、法人本部でも「自己申告シート」での職員の意見も勘案し、改善の検討を行っている。「等級基準表」「等級運用規定」等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みがある。		

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> <p>「職務権限表」で、人事・労務管理に関する責任者を管理者と定めている。有給休暇の取得状況や時間外労働状況等、職員の就業状況は、勤務日報で把握するとともに、法人本部でデータ化されている。定期的に健康診断・ストレスチェックを実施し、必要に応じて法人医療機関の活用や産業医（嘱託医）への相談を推奨している。希望に応じて、健康保険組合の保健指導を活用できる仕組みもある。管理者は年2回の個別面談の他、随時相談窓口となり相談に応じている。法人にも「相談室」を設置し、また、外部の相談機関を利用できる仕組みがある。福利厚生クラブへの加入・時間単位有給制度の採り入れ・誕生日プレゼント・ペット同伴勤務等を職員の希望により採り入れ、また、希望に沿った休日取得・基準を上回る人員配置・残業の削減等、ワークライフバランスと福利厚生に努め、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。職員の定着も良い。</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>人事考課制度を採り入れ、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、目標項目に応じて期限を設定している。半期ごとに個別面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。</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>施設内研修計画・法人研修計画の「研修内容」に期待する職員像（知識・専門性）を、運営規定に組織が必要とする専門職種を明示している。施設内研修は、全体会議の中で年間研修計画に沿って実施され、参加者は「施設内研修報告書」を提出している。欠席者にも研修資料を配布し、報告書を提出している。法人研修は、新入職者研修・フォローアップ研修等、内容に応じて本部研修・リモート研修を併用して実施している。施設内研修については管理者が、法人研修については法人の研修室が、報告書・参加者数等をもとに、計画・研修内容・カリキュラム等を見直している。</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>職員の専門資格の取得状況・経験年数等を履歴書・資格証等で把握し、法人本部でも一括データ管理している。法人研修で、新人研修・フォローアップ研修を実施している。事業所内でも、新人指導カリキュラムに沿って指導担当者がOJTを実施し、研修受講者はオリエンテーション記録を作成している。施設内研修については、年間研修計画に沿って毎月テーマ別を実施している。職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた研修は、例年、法人研修として計画されている。外部研修については、FAXやメールで情報提供があり、内容に応じて連絡簿の回覧やメールで情報提供を行い参加を奨励している。施設内研修は全体会議の中で勤務時間を調整し、法人研修にリモート研修も採り入れ、外部研修の受講費用や交通費を支給する等、職員が研修に参加しやすいように配慮している。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 「実習生受け入れマニュアル」を作成し、基本姿勢・受け入れ責任者・受け入れ時の確認事項・利用者家族の承諾等を明確にしている。毎年、養成校から実習生を受け入れ、養成校のプログラムに沿って実習を実施している。施設内に、介護福祉士・社会福祉士の指導者研修受講者がいる。実習時には指導者研修受講者が実習担当者（主任）に指示・指導等を行っている。実習期間中に養成校の指導教員の巡回指導があり、中間カンファレンス・最終カンファレンスを開催して実習内容の進捗等を話し合い、連携を維持している。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 施設のホームページで、理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容・事業計画書等を公開している。また、町内に配布している「サンホーム通信」にもサービスの内容等を掲載している。法人のホームページで法人の決算情報等を公開している。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し玄関に設置している。第三者評価の受審結果はWAMNETで公表している。苦情、事相談内容や改善・対応の状況については、法人のホームページで公表する仕組みがある。パンフレットを地域包括支援センター・役場・居宅介護支援事業所等に配布し、また、管理者が運営推進会議・社福連絡協議会等で地域に向けて説明し、事業所の役割等を明確にしている。「サンホーム通信」「在宅新聞」に、事業所の活動内容等を掲載し地域住民に配布している。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 施設の事務・経理・取引等に関して、決裁規定・職務権限表で役割・責任を明確にし、これらを事業所内に設置して職員に周知している。必要に応じて、外部コンサルタント（会計事務所・社会保険労務士・顧問弁護士等）から助言・指導等を受け、内容に応じて、課長会議で共有している。事業会計状況等について、監事が定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。例年は、事業所ごとに内部監査を受けている。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。		

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>日の出プライド基本方針に「地域交流」を、法人理念とサンホームみかづき経営理念に「地域社会への貢献」を明示している。町の広報誌を施設玄関に設置し、地域の情報を提供している。防災無線を通じても情報を地域に提供している。今年度も、地域の文化祭（人権フェスタ）に利用者が作品を出展し、職員が付き添って参加している。例年、「サンホーム夏祭り」には防災無線や案内チラシで地域住民に参加を呼びかけ、また、保育園児との交流も行い、地域の人々と利用者との交流の機会を設けている。利用者のニーズに応じて、配食サービスや24時間見守りサービス等の情報を提供している。</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。	a ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>「ボランティア受け入れマニュアル」を作成している。例年、マニュアルに沿って、喫茶・トライやるウィーク等のボランティアを受け入れ、学校教育への協力も行っている。マスク着用等を記載した特別養護老人ホームの「ボランティア衛生対応マニュアル」も併用して運用している。ボランティア受け入れ時には、必要に応じて、感染予防・個人情報保護等の注意事項を口頭で説明している。ボランティア受け入れマニュアルに、ボランティア受け入れに関する基本姿勢・学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化することが望まれます。</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 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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>町作成の事業所向けガイドブックや、居宅介護支援事業所等の社会資源リストを事務所に設置し、職員間で共有を図っている。施設として、佐用町介護サービス事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会等に参加している。事業者連絡会議で共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。サービス担当者会議・退院前カンファレンスに参加し、介護支援専門員等と連携しながら、利用者のアフターケア対応など地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>通常は、施設・事業所のスペースを活用し、納涼祭・オレンジカフェ・介護予防教室等を開催し、「在宅新聞」や防災無線を活用して地域に参加を呼び掛け、地域住民との交流に取り組んでいる。オレンジカフェ・介護予防教室等を通じて地域住民のための相談援助活動を行っている。相談内容は「相談受付簿」に記録として残し、地域包括支援センターに報告している。施設として、町と福祉避難所の協定を結んでいる。AEDを設置し、ステッカー貼付により地域に使用を公開している。給食施設連絡協議会に参画し、災害時の施設の役割を確認している。例年、花火大会への協賛や、マラソン大会等開催協力等、地域の活性化にも努めている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>通常は、オレンジカフェ・介護予防教室開催時に地域の福祉ニーズの把握に努めている。管理者がグループホーム・小規模多機能事業所の運営推進会議に参加し、民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めている。「サンホーム通信」「在宅新聞」等により、地域住民へ相談窓口の情報を提供し、地域住民から多様な相談を受けている。佐用町介護サービス事業者連絡会・佐用町社会福祉法人連絡協議会等への参加等を通じて、独居者への見守り・配食対応等ニーズの把握に努めている。施設の事業計画に明示し、地域見守り事業・配食サービスを実施している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重する姿勢を、「経営理念」「基本理念」「行動指針」「職員ころえ」「介護マニュアル」に明記し、職員の理解を図り実践につなげている。年間研修計画に採り入れて、「身体拘束」「虐待防止」「接遇」「プライバシー保護」研修を実施している。利用者尊重や基本的人権への配慮について、事業所自己評価で年に1回評価し振り返る機会を設けている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>各種介護に関するマニュアルにプライバシー保護について、「高齢者虐待防止・身体拘束廃止マニュアル」に権利擁護について記載している。不適切な事案が発生した場合の対応方法が、マニュアルに明示されている。年間研修計画に採り入れて、「プライバシー・個人情報保護・倫理・コンプライアンス」「身体拘束廃止」「高齢者虐待防止」に関する研修を実施している。静養スペースをパーティションで仕切り、利用者のプライバシーが守れるよう配慮している。契約書にプライバシー保護と権利擁護に関する条項を設け、契約時に家族に説明し周知している。委員会・研修・会議等で意識向上を図りながら、規程・マニュアルに基づいたサービスの実施に取り組んでいる。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>ホームページ・パンフレット・「在宅新聞」・「サンホーム通信」に、施設の理念・基本方針、サービス内容、事業所の特性等を紹介し、地域に広く情報提供している。言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすい内容になっている。利用希望者には、見学・体験利用に対応し、丁寧な説明に努めている。ホームページ・パンフレットは適宜見直しを実施し、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新の情報を提供している。</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><コメント></p> <p>契約時には利用者・家族に説明し、利用者の自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。パンフレットや「サンホームみかづきデイサービスセンターご利用について」を用いて、わかりやすい説明に努めている。個別機能訓練や口腔ケアなどについては、具体的でわかりやすい説明に配慮している。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には家族や介護支援専門員等の同席を求め、適正な説明と運用を図っている。契約内容を変更するときは、変更内容を明示した文書で同意を得ている。</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><コメント></p> <p>サービス終了時には、契約書の「契約終了に伴う援助」の項目に沿って、要請があれば文書で情報提供を行う等、必要な援助を行っている。重要事項説明書に明記した相談窓口を利用終了後の相談窓口としても設置している。サービス終了時に口頭で説明を行うと共に、生活相談員が名刺を渡すようにしている。また、「サンホームみかづき在宅新聞」にも相談窓口を記載し、地域全戸に配布している。</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。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>通所介護計画更新時の面談や、サービス担当者会議で、利用者・家族の満足を把握し、デイサービス会議等で共有し、サービスや運営に反映できるよう取り組んでいる。定期的な利用者満足度調査等、利用者満足を把握し、分析・検討して改善につなげる仕組み作りが望まれます。</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><コメント></p> <p>解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に「苦情の受付について」（施設内・行政機関など）を明示し、利用者に配布すると共に、玄関に掲示している。玄関に大きな意見箱を設置し、苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情内容については、「苦情受付簿」に受付から結果まで、利用者・家族へのフィードバックも含めて記録し、朝礼などで迅速に共有し、改善に取り組む仕組みがある。（苦情の事例はない。）法人のホームページで、法人単位での苦情内容と解決結果を公表する仕組みがある。</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><コメント></p> <p>重要事項説明書の「苦情の受付について」に相談も受け付ける旨を記載し、重要事項説明書の配布と玄関への掲示を行っている。面談スペース・多目的室等、様々な相談スペースを確保している。苦情に限らず、利用者が相談・意見を述べやすいような、表示の工夫が望まれます。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「苦情対応マニュアル」を整備し、「意見対応マニュアル」としても活用している。マニュアルは年に1回見直しを行っている。連絡帳や送迎時・利用中のコミュニケーション等、相談対応・意見の傾聴に努めている。大きな意見箱を設置し、意見を積極的に把握できるように取り組んでいる。受け付けた相談・意見については、検討に時間を要することの説明も含め、その日の内に対応することとしている。利用日、送迎、サービス内容等、利用に関する個人的な意見・相談が多く、介護支援専門員と連携しながら個別に対応している。苦情対応と異なる内容については、相談・意見対応の手順や記録・報告の方法等についてのフローチャートを、マニュアルに追加することが望まれます。意見・相談については、内容に応じて、「生活相談員記録」に記録することが望まれます。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として「事故防止委員会」を設置し、「事故防止マニュアル」を整備している。「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」により、リスク事例の収集を図っている。発生した事例は、朝礼などで迅速に共有し、再発防止に努めている。収集した1ヵ月間の事例を施設の「事故防止委員会」に報告し、委員会で集計・分析し再発防止策を共有する仕組みがある。施設内研修で「事故防止に関する研修」を実施している。来年度から、事業所内に「事故防止委員会」を設置する予定である。事故・ヒヤリハット事例の積極的な収集と、再発防止策の検討・実効性の評価等に取り組まれることを期待します。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として「感染褥瘡予防委員会」を設置している。「感染症予防マニュアル」を整備し、マニュアルは年に1回見直している。施設内研修で、「感染予防に関する研修」を年2回実施している。うがい・手洗い・手指消毒・送迎時の検温・マスク着用・予防接種の確認・オゾン発生装置・1日3回の消毒等、感染症予防に取り組んでいる。感染症に罹患した場合は、基本的にはデイサービスは休まれるため、事業所内での発生の事例はない。利用中に発熱などの発生を疑われる症状が出た場合には、家族に連絡し適切に対応している。</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 行っている。	a . b . c
<p><コメント></p> <p>「防災計画」「災害管理規定」「防災マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を定めている。ハザードマップにより立地条件を把握し、必要な対策を講じている。利用者は「利用者緊急連絡先一覧表」を用いて、職員は「職員緊急連絡網」を用いて、安否確認を行うことと定めている。「災害備蓄品リスト」を作成し、水・非常食等の備蓄品（3日分）を、栄養士が管理して備蓄している。佐用町と「防災協定」を結んでいる。防災計画に基づき、施設で毎月訓練を実施し、デイサービスとしては年に2回実施している。</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>サービスの標準的な実施方法を、デイサービスマニュアル・各種介護マニュアルに、具体的に文書化している。利用者尊重やプライバシー保護についても、マニュアルに明示している。施設の入職時研修で、介護技術など標準的な実施方法を個別に指導し、研修レポートで習熟度を確認している。デイサービス配属後は、経験に応じてOJT研修を行い、3ヶ月後にテストを行い習熟度を確認する仕組みがある。経過については、個別のファイルにまとめている。</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>毎年4月に、管理者・在宅部課長・生活相談員でマニュアルの見直しを行い、マニュアル履歴に記録している。業務中やデイサービス会議で職員から出された意見・提案を、まず文書で共有して試行し、定着した場合はマニュアルを見直し変更することとしている。今年度は、送迎マニュアルの見直しを予定している。</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>通所介護計画策定の責任者を生活相談員としている。「フェイスシート」・介護支援専門員からの情報をもとに、アセスメントを実施している。サービス担当者会議に参加し、アセスメント・通所介護計画の協議を行っている。事業所では、利用者・家族様の希望を事前に聴き、生活相談員、介護職、機能訓練指導員、看護職の意見を、通所介護計画に反映している。通所介護計画に、利用者一人ひとりの具体的なニーズを明示している。月に1回、モニタリングを実施し、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みがあり、「モニタリング実施記録」に記録している。支援困難ケースへの対応について、朝のミーティングやデイサービス会議で検討し、また、介護支援専門員とも協働しながら支援に取り組んでいる。利用者の状況については、「利用記録」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>通所介護計画書は定期的には6カ月毎に、個別機能訓練計画・口腔機能向上計画は3ヶ月毎に見直しを行っている。変更した内容は、朝のミーティングやデイサービス会議で共有している。通所介護計画の見直しに当たっては、サービス担当者会議に参加し、事業所内では各職種の意見を集約し実施している。緊急に計画内容を変更する場合も、介護支援専門員に連絡し、迅速な対応に努めている。</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><コメント></p> <p>利用時の利用者の身体状況や生活状況は、「利用記録」に記録して把握している。「利用記録」の介護内容のチェック欄にチェックを入れ、特記事項があれば随時文書で記録し、通所介護計画にもとづいたサービスの実施を記録している。「利用記録」は、差異が生じにくい書式を工夫すると共に、生活相談員が毎日確認し、不備等があれば職員にその都度個別に指導している。申し送り簿・ノート・資料の回覧により、必要な情報が的確に共有できるようにしている。朝のミーティング・デイサービス会議（月1回）、定例ミーティング（月1回）を開催し、部門横断での情報共有を行っている。パソコンのネットワークシステムも情報共有に活用している。</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><コメント></p> <p>「個人情報保護規定」「個人情報保護に関するマニュアル」「文書規程」に記録の保管・保存・廃棄・情報提供に関する規定を定め、「就業規則」に不適正な利用や漏えいに対する対応についても言及している。記録責任者は生活相談員、個人情報保護管理者は管理者と定めている。入職時に個人情報保護について研修を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。施設内研修で、「プライバシー・個人情報保護、およびコンプライアンスに関する研修」を実施している。契約時に、個人情報利用同意書を用いて、個人情報の取り扱いについて利用者・家族に説明し、同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	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。	Ⓐ ・ b ・ c
A②	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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

A①

利用開始時に利用者の家族構成・病歴・嗜好・ADL・IADL等を把握し、「フェイスシート」に記録している。意向については「サービス利用書（通所介護）」に明記し、「通所介護計画」「週間表」に反映して支援している。毎月サービスの実施状況についてモニタリングを行い、利用者に応じたサービスが提供できているかを検討する仕組みがある。自立支援や役割づくりを「通所介護計画書」に位置付けて、統一した支援に取り組んでいる。今年度はコロナ禍のため活動に制限があるが、体操・ゲーム・もの作り等のレクリエーションや、季節ごとの行事を行い、利用者が希望に応じて参加できるように取り組んでいる。地域の文化祭への出展等で、社会参加の機会も設けている。

A②

利用者個々のコミュニケーション能力については、「フェイスシート」の「意思疎通」「指示への反応」欄に記載している。筆談やコミュニケーション機器使用等の個別のコミュニケーション方法については、「フェイスシート」の「備考」欄や、「通所介護計画」の「留意事項」に記載し共有している。「フェイスシート」は1年に1回、「通所介護計画」は3ヶ月に1回更新し、コミュニケーション方法についても検証している。言葉づかいや接し方については、施設内研修の「接遇に関する研修」で学ぶ機会を設け意識向上に努めている。送迎時・入浴時・食事やお茶の時間など、利用者個々に話せる機会作りに努めている。会話が不足しがちな利用者には、職員から意識的に声かけを行っている。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

権利侵害防止について、契約書・重要事項説明書に記載し契約時に説明している。「身体拘束・虐待防止マニュアル」に早期発見・対応・報告等について記載し、施設内研修で周知を図っている。日々のコミュニケーションや送迎時・入浴時等に利用者の心身の状況に留意し、権利侵害が見逃されないように取り組んでいる。現在は、権利侵害の防止や発生した場合の再発防止策等を、デイサービス会議で検討することとしているが、定期的な取り組みには至っていない。来年度からは、事業所内で「身体拘束・虐待防止委員会」を設置し、定期的に検討する計画である。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

広く開放的なフロアーは大きな窓から四季の自然の風景が望め、自然光で明るい。毎日職員が掃除、消毒を行い清潔保持と感染予防に取り組み、温度計・湿度計で温湿度管理を行っている。利用者の作品掲示や様々な鉢植えを置き、テーブル席・レクリエーションスペース・機能訓練スペース・ソファ席・静養スペース・面会スペース等を設置し、各利用者が自由に活動・休息できる環境作りを行っている。マッサージ機やカラオケ機器も用意している。利用者との日々の会話や様子の観察や、家族との連絡帳の内容等から利用者個々の意向を把握し、配席を工夫する等、快適に過ごせるよう努めている。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-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。	(a) ・ b ・ c
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	(a) ・ b ・ c
A⑦	A-3-(1)-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。	(a) ・ b ・ c

特記事項

A⑤
利用者個々の心身状況を踏まえ、「アセスメントシート」「機能訓練実施計画書」を基に「ADL一覧表」を作成し、入浴形態・支援内容を職員に周知し、適切な支援に取り組んでいる。一般浴・機械浴を完備し、手すりを充実し、一般浴にはシャワーチェア昇降機を設置し、機械浴には座位・臥床位で入浴できる設備がある。また、個々の身体状況や意向に合わせて入浴の順番を決め、安全・快適に入浴できるよう努めている。バスタオルの使用、利用者の意向に応じた同性介助など、尊厳や羞恥心に配慮している。入浴拒否時は無理強いせず、声掛けのタイミングや入浴時間を変更する等の工夫を行っている。朝のバイタルチェックと必要時は入浴前にも再度検温・血圧を確認し、基本的な入浴の可否基準を設け、看護師が可否判断を行っている。体調や利用者の意向に合わせて短時間入浴やシャワー浴に切り替え、入浴状況は家族や介護支援専門員に都度報告している。必要時は薬を持参してもらい、看護師が状況観察・処置している。感染症防止のために、脱衣所の足マットは1人ずつ取り替えている。入浴人数に合わせた職員配置で、自力で入浴可能な場合でも浴室の椅子に座るまで付き添い、安全のための見守りを行っている。

A⑥
利用者の心身状況や意向を踏まえて作成した「ADL一覧表」で個々の支援内容・排泄用品を職員に周知し、支援を行っている。個々の排泄状況は「利用記録」に記載し、必要な利用者には失敗が減らせるよう排泄パターンを把握して適切な誘導を行い、自立に向けた支援に取り組んでいる。自然な排泄ができるよう、施設の管理栄養士による献立で食事を提供し、個々に合わせた水分摂取の声掛けを行い、「健康チェック表」で管理している。トイレは車椅子介助にも十分な広さで手すりが設置され、アコーディオンカーテンでプライバシー保護し、基本的には排泄時はカーテン越しで見守りを行い尊厳や羞恥心に配慮している。職員は必要に応じて尿・便を観察し、看護師に報告している。日々の支援方法や排泄状況の気付きや検討課題は「利用記録」に特記し、朝のミーティングで検討・共有している。排泄状況や気付いた事に関しては、家族には連絡帳や送迎時に口頭で報告し、介護支援専門員には毎月「通所介護サービスの実施内容」「デイサービス利用状況報告書」で情報提供している。

A⑦

利用者の心身状況や意向を踏まえた「アセスメントシート」をもとに、「デイサービスの実施内容」を作成する際、理学療法士も参加して短期・長期目標を設定し、自力で移動できるよう支援に取り組んでいる。車椅子・シルバーカー・U字歩行器・杖が用意され、理学療養士が利用者個々の福祉用具や支援方法が現状に適しているかを随時確認している。必要に応じて介護支援専門員に提案し、家族と共に情報共有している。「ADL一覧表」で利用者個々が使用する福祉用具や支援方法を職員に周知し、車椅子利用者でも本人・家族の意向に合わせて短距離の歩行移動ができるよう環境整備を行っている。送迎サービスの際は毎日「配車者割り表」を全職員に配布し、転倒リスクがある利用者の乗降時・移動中の注意事項を明確にして安全に配慮している。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○ a ・ b ・ c
A⑨	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○ a ・ b ・ c
A⑩	A-3-(2)-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

A⑧

施設の栄養管理士が栄養バランスや季節感、行事に考慮した献立を作成している。栄養管理士が食事中の様子観察を行い、事業所から残食状況を都度報告する連携体制もある。事業所で利用者の希望や好み、味付け等を取りまとめ、月1回の施設全体の「給食会議」に参加し、献立作りに反映させている。献立内容は、毎日職員がホワイトボードにイラスト入りでわかりやすく工夫して掲示している。食事場所とレクリエーションスペース等を分けし、食事テーブルに季節の生花の一輪挿しを置き、楽しくゆっくり食事ができる雰囲気作りに配慮している。（現在はテーブル上に感染防止ボードを設置）「デイサービスマニュアル」と、現在は「感染防止対応マニュアル」を追加し、マニュアルに基づき衛生管理の徹底が図られている。

A⑨

「アセスメントシート」に基づき、利用者個々の嚥下能力に応じた食事形態（普通食・一口大・刻み食等）や、疾病等に応じた水分摂取量を、「ADL一覧表」に明記し職員に周知し支援している。各テーブルで全員が食事を終えるまでは下膳をせず、個々のペースで、心身の負担なく食事が楽しめるよう配慮している。現在は全利用者が自立しているが、手が止まっていたり食事が進んでいない時は声掛けを行い、食べやすいよう都度ハサミ等で切ったり、体調確認する等、個々の心身の状況をに応じて適切に支援している。食事提供や支援、食事・水分摂取量は「健康チェック表」「利用記録」に記録している。支援内容の検討事項は「利用記録」の特記に記載し、朝のミーティングで都度検討している。摂取量や状況は連絡帳や送迎時に口頭で家族に報告し、介護支援専門員にも情報提供している。新人研修では介助人役・利用者役になって食事介助を経験し、年1回施設内研修で歯科衛生士による研修も実施している。「誤嚥・誤飲の予防と対応」マニュアルで食事中の事故発生の対応方法を確立し、職員に周知している。

A⑩

利用者の口腔機能保持・改善のため、朝の全身体操時に発声体操を加え、食事前に顔周りのマッサージと口腔体操を行っている。歯ブラシ持参の利用者には口腔清掃の支援を行い、希望があれば個々に応じた口腔ケアの計画を作成し、歯科衛生士による助言・指導が受けられる体制がある。年1回施設内研修で、歯科衛生士が「口腔ケア」研修を実施している。食事の様子観察で義歯の不具合や歯のぐらつき等気付いた事は、家族や介護支援専門員に情報提供を行っている。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a · b · c

特記事項

A⑫

「褥瘡マニュアル」で褥瘡予防や対応について標準的な実施方法を確立し、職員に周知している。各事業所の委員メンバーで施設の「感染褥瘡防止委員会」を構成し、施設内研修を実施している。褥瘡予防のため、日々の排泄や入浴時に皮膚観察を行い、必要時は看護師に報告している。看護師から家族や介護支援専門員に状況報告し、薬を持参してもらい処置を行ったり、エアマットの使用を勧めている。週1回各事業所から看護師・理学療法士が参加して「医療職会議」を実施し、最新の情報交換を行い、支援に活かしている。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	A-3-(4)-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、取組を行っている。	a · b · c

特記事項

非該当

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	A-3-(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

A⑬

「アセスメントシート」と本人・家族の意向に沿って「個別機能訓練計画書（Ⅰ）」「機能訓練実施計画書（Ⅱ）」を作成している。全員で行う朝の全身体操やゲーム活動と、利用者の生活歴や趣味・趣向・得意な分野を活かした個別のリクリエーション企画（木工ベンチ・しめ縄・草履作り、竹細工、茶道、園芸等）を行っている。また、各種機能訓練の機具を設置し、利用者が主体的に取り組めるよう理学療法士の指導の下で支援している。日々の実施状況は「利用記録」「機能訓練サービスの提供経過記録」に記録している。3ヶ月おきに理学療法士・看護師・相談員がカンファレンスでモニタリングし、個々に応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行っている。月1回介護支援専門員に「利用状況報告書」で実施状況を報告し、日常生活動作の中で変化に気付いた時は随時情報提供を行い、認知症状の早期発見にも努めている。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a · b · c

特記事項

「フェイスシート」に日常生活能力や機能を記載し、アセスメントに活用している。認知症加算取得の職員配置を行い、「通所介護計画」の「留意事項」欄に個別の配慮を記載し、利用者に支持的、受容的な援助を行うように取り組んでいる。事例はないが、行動・心理症状がある利用者については、サービス担当者会議で多職種の関係職員と支援内容を検討し、「通所介護計画」の「留意事項」欄にケアや生活上の配慮を記載して統一した援助を行い、経過はケース記録に記録することとしている。施設内研修で「認知症に関する研修」を実施している。テーブル席の他にソファやマッサージチェアを設置したり、静養スペースにパーテーションを設置する等、安心して落ち着ける環境づくりに配慮している。体操・制作・ゲーム・もの作り・季節の行事等、一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで活動できるよう工夫している。連絡帳や送迎時に、サービス利用時の様子を家族に伝えている。家族の悩みや相談に対応し、必要に応じて社会資源などについて情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。家族との連携内容については、生活相談員が集約し、「デイサービス日誌」の「連絡事項」欄に記録している。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	○a · b · c

特記事項

朝、迎え時に家族から体調報告を受け、必要時は乗車前に検温を実施し、体調変化や異変の兆候に早く気付くよう努めている。サービス利用開始前、看護師が利用者全員に検温・血圧測定し「利用者記録」「健康チェック表」に記録して朝のミーティングで職員に報告、服薬管理を含め健康管理している。体調急変時の対応は送迎時・デイサービス利用中に分けてマニュアル整備し、対応方法を職員に周知している。送迎時は全職員が家族やかかりつけ医の電話番号が記載された「緊急連絡先一覧表」を携帯し、医療機関との連携体制を確立している。施設内研修で、「高齢者の特徴・疾病及び緊急時の症状と事故対応について」研修を実施している。変化時は看護師が都度バイタル確認を行いながら、家族や介護支援専門員に報告・対応している。

A-4 家族との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑯	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

家族に対し、定期的には連絡帳や送迎時に、変化があった時は電話で利用者の状況を報告している。報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう、必要に応じて手紙で伝達する等の工夫をしている。定期的には、サービス担当者会議や「通所介護計画」更新時に、サービスの説明をしたり、要望・相談を聴く機会を設けている。必要に応じて、家族への情報提供や助言を行い、介護支援専門員にも伝えている。また、家族の心身の状況や介護負担等についても、介護支援専門員に報告している。連絡については「デイサービス日誌」の「連絡事項」欄に記録しているが、相談対応の経過や介護支援専門員等関係機関との連携については、「生活相談員記録」に記録することが望まれます。

A-5 サービスの適切な実施

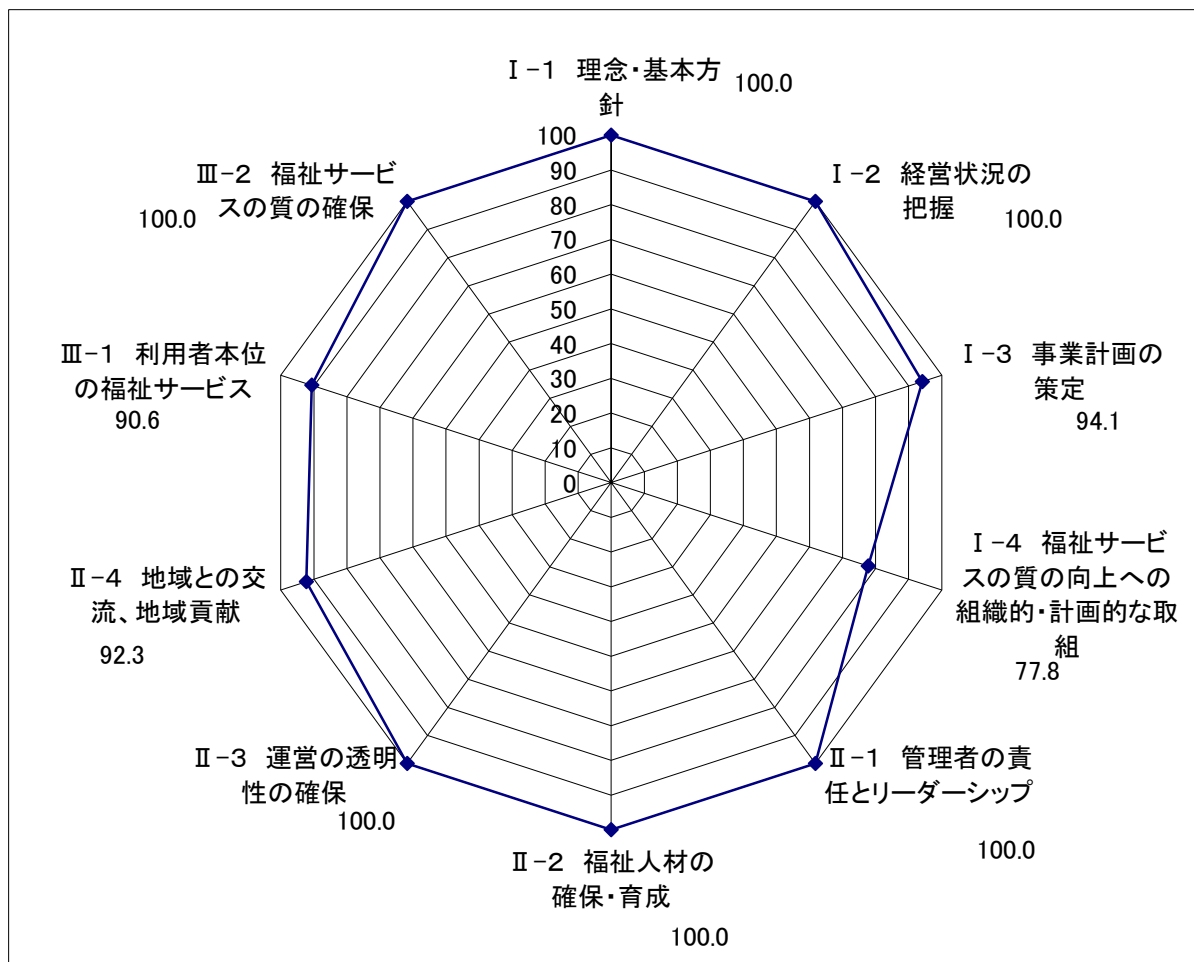
		第三者評価結果
A⑰	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・機能訓練・心理面について、個別具体的にサービスを実施するための方法を、通所介護サービス計画書の「介護内容（手順・留意点など）」に明示している。機能訓練については、個別機能訓練計画にも明示している。

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	16	94.1
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	7	77.8
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	38	100.0
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	24	92.3
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	58	90.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	31	100.0
合計	227	216	95.2



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	19	18	94.7
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	76	76	100.0
A-4 家族等との連携	7	6	85.7
A-5 サービスの適切な実施	7	7	100.0
合計	113	111	98.2

総合計(I~Ⅲ+A)	340	327	96.2
------------	-----	-----	------

