

④施設・事業所の特徴的な取組

○医療・介護・保育事業を広く展開する社会福祉連携推進法人日の出医療福祉グループ内の社会福祉法人博愛福祉会が運営する、高齢者総合福祉施設サンホームみかづき内の事業所である。平成6年の施設開設以来、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ている。サンホーム通信「在宅新聞」を町内の全戸に配布する等、広報活動を積極的に行い、地域の高齢者や家族に情報提供し、必要時に現状に即したサービスが利用できるよう支援している。

○デイサービスセンターも平成6年に開設され、複合施設内の事業所である強みを活かし、施設内の併設事業所と連携を取りながら、利用者個々のニーズに応じた個別支援に取り組んでいる。豊かな自然に恵まれた環境の中、敷地内に四季折々の樹々や花を植栽し、多数の動物とふれあう機会もある。広いデイスペースを活用し、利用者個々に応じた通所介護計画・個別機能訓練計画を作成し、個別機能訓練・レクリエーション・行事等の活動に注力し、楽しみながら機能の維持・向上につなげ、在宅生活が継続できるよう自立支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 6 年 6 月 1 日 (契約日) ~ 令和 6 年 10 月 1 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4回 (令和2年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

○法人の「中・長期計画」をもとに、事業所の具体的な「事業計画」「経営計画」を策定し、施設内・事業所内で実施状況を評価し、計画的、組織的に運営管理を行っている。施設内に部門横断の各種会議、人事考課制度、目標管理制度等を整備し、事業所内に会議・委員会を設置して定期的を開催し、また、法人内に内部監査制度を整備し、組織体制の整備・人材育成・サービスの質向上等に取り組んでいる。また、ICT 化の推進、業務改善、福利厚生の実施等、働きやすい職場環境づくりに努めている。

○フロアは広く開放的な環境で、大きな窓からの採光で明るく、四季の自然の風景が臨める。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・各所ソファスペース・静養スペース・面会スペース等を設置し、利用者がくつろいだり、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設置している。各種レクリエーション (ゲーム・脳トレ・カラオケ・物作り等)・全体体操・個別機能訓練・毎月の行事・季節行事等、個人・グループで活動し、楽しみながら機能の維持・向上につなげている。満足度調査で利用者の意見を収集し、レクリエーションのバリエーションに反映し、楽しく活動的に過ごせるよう工夫している。

○毎月施設内の全体会議、事業所内のデイ会議を実施し、デイ会議では、利用者や運営に関する情報共有・検討と共に、事故防止委員会、感染予防委員会、高齢者虐待防止委員会、年間研修計画に基づいた研修も毎月実施し、職員の資質向上につなげている。また、複合施設の強みを活かし、施設内の各種会議に事業所から役職者が参加し、そこでの情報や連携を、事業所の運営やサービスに反映している。BCP（事業継続計画）自然災害編・感染症編の作成、消防訓練・防災訓練への参加等、災害時の対応体制も整備し、施設全体としての地域貢献にも参加している。

○事業所に、機能訓練指導員・看護師・歯科衛生士・介護職員の配置があり、通所介護計画・個別機能訓練計画・口腔機能向上計画をもとに、また、施設内の専門職者とも連携を図り、利用者個々のニーズに応じた専門性の高い利用者支援が可能な体制を整備している。令和5年度にノーリフティングケアを導入し、利用者・職員共に安全で負担の少ない介護ができるよう取り組んでいる。

○各種マニュアルを整備し、マニュアルをもとに介護・業務についての詳細な「作業標準書」も作成し、標準的な介護・業務手順の共有を図っている。記録システムを導入し、職員間の情報共有、業務の効率化に取り組んでいる。また、朝のミーティング・「配車割り表（業務分担表）」・「申し送り簿」・等も継続し、必要な情報が的確に届く仕組みを整備している。「デイ会議」（月1回）・「全体会議」（月1回）・「定例ミーティング」（週1回）を開催し、部門横断での情報共有を行っている。

◇改善を求められる点

よく取り組まれており、大きな改善点はない。さらなる向上に向けた取り組みとして、

○各種マニュアルが作成されているので、定期的な検証を行い、現状に即した見直しや不足しているマニュアルの整備、マニュアルの周知を図り活用する仕組み作りが望まれる。

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、出来ていない事の確認が出来ました。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具体的な助言を頂いたので、マニュアルの整備を行い、周知していきます。ご利用者が安心して、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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 社会福祉連携推進法人日の出医療福祉グループの理念・基本方針、サンホームみかづきの経営理念・基本方針・行動指針5訓をホームページ等に記載している。経営理念は施設の目指す方向を明示し、基本方針・行動指針5訓は経営理念と整合性があり、具体的に職員の行動規範となる内容である。入職時研修で理念に関して時間を多くとって説明し、毎年年度初めの全体会議で事業計画と共に説明し、各種会議でも理念に立ち戻って周知を図り、実践に向け取り組んでいる。パンフレットにグループ理念・基本方針を記載し、重要事項説明書の「運営方針」の項目で説明し、広報誌の中でも言及し利用者・家族への周知を図っている。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 佐用町のデイサービス事業所連絡会の会議・研修への参加、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との情報交換等を通して、社会福祉事業の動向・介護保険事業計画・地域の状況やニーズについて把握に努めている。毎月の営業会議で「事業所別資金収支実績表」を基に収支・稼働率等の分析を行っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 営業会議での収支・稼働率等の分析から経営や運営に関する課題を明確にし、改善策を検討している。検討内容を事業所内で共有し、経営改善・業務改善に向け取り組み、翌月の営業会議で経過や結果を報告している。統括エリア責任者会議や理事会で、課題について役員間での共有がなされている。全体会議で施設内の各事業所の実績報告を行い、経営状況や課題について職員にも周知している。		

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>法人グループの「中長期経営計画」を策定している。計画は、数値目標や具体的な成果を設定し実施状況の評価を行える内容となっている。毎年度末に「中長期経営計画プロジェクトチーム」で、計画の進捗状況について評価を行い、評価結果に基づき外国人雇用・研修制度の充実化等目標達成のための課題を明確にしている。見直し後の計画内容について課長会で説明し周知を図っている。</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>中・長期計画の主な内容を反映した単年度の「事業計画」を策定し、具体的な取り組み・収支予算を明示している。「事業計画」を基に、「経営計画」を策定し、「重点施策項目」に対する「実行計画」「指標」「目標値」「スケジュール」等を明確にし、実施状況の評価が行える内容となっている。</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>半期ごとに、営業会議で事業計画の実施状況について、検証・評価を行い評価結果に基づいて「進捗報告書」を作成している。進捗報告書をもとに、事業計画の見直しを行い、「経営計画まとめ」を作成し、見直し後の課題を明確にしている。年度末に、収支と一体化させた「決算事業報告書」を作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。年度初めの全体会議（正職のみ参加）で説明し、説明・周知について「全体会議録」に明確にしている。また、デイサービス会議でパート職員にも周知・意識付けを図っている。</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>事業計画の主な内容と、月毎の行事・レクリエーション・利用者処遇・管理、人事等、事業所の活動や取り組みを「行事実施予定表」にまとめ、家族に郵送して周知を図っている。「行事実施予定表」は、利用者等の参加を促す観点から利用者等が理解しやすいよう工夫した資料になっている。</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>各種会議・各種委員会での検討と取り組み、人事考課制度、目標管理等、組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。毎年、情報の公表システム・法人の内部監査を活用し、「自己点検表」で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。評価結果の分析・検討は、デイサービス会議で実施している。</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>「自己点検表」での評価結果を基に、「内部監査改善報告書」の「指摘・推薦事項」欄に課題を明確にし、各項目に沿って改善策を策定している。課題・改善策について、デイサービス会議で共有し、課題の内容に応じて、各種委員会やデイサービス会議で改善に取り組み、「内部監査改善報告書」で改善状況をエリア長に報告している。第三者評価についても、同様の方法で課題の共有と改善への取り組みを行っている。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は、経営計画・事業計画で、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めに、全体会議やデイサービス会議で説明し周知している。施設長は、年始にサンホーム通信に施設としての方針を掲載し表明している。管理者は自らの役割と責任について、「職務分掌」に明記し、職員への配布・事務所内に設置し周知を図っている。「BCP」に災害時の管理者不在時における権限委任を明確にしている。</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、法人諸規定・法令等を理解し、利害関係者と適正な関係を保持している。管理者は、安全衛生委員会・法人管理者研修・県、町集団指導等への参加を通じて、幅広い分野の遵守すべき法令の理解に努めている。法人、施設の新人職者オリエンテーション・「介護保険事業所必要研修」等への参加等を通じて、職員に遵守すべき法令を周知している。入・退職時に職員の守秘義務について、誓約書を交わしている。</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
<p><コメント></p> <p>第三者評価・情報の公表制度・内部監査・利用者満足度調査等を活用し定期的・継続的にサービスの質の現状について評価・分析を行っている。課題について、営業会議・デイサービス会議で共有し、各委員会と連携しながら課題改善に向け取り組んでいる。管理者はノーリフティングケア委員会・デイサービス会議等に参画し、職員の意見・提案等を集約して改善方法を検討し、管理者が指導力を発揮して改善に取り組んでいる。施設内研修・外部研修・法人研修・オンラインによる自己研鑽研修等を活用し、教育・研修の充実を図っている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効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> <p>管理者は毎月の営業会議で、収支・稼働率等「事業所別資金収支実績表」を基に、経営の改善や業務の実効性の向上に向け分析を行っている。課題があれば、デイサービス会議で経営改善・業務改善に向け検討を行い解決に取り組んでいる。相談体制の構築や、適正な人員体制の整備・ICT化の推進・ノーリフティングケアによる業務の省力化等、働きやすい環境整備に取り組んでいる。</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。	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>人材の育成に関する方針を「経営計画」の「重点施策項目」に、職員体制（専門職の配置）について、運営規定・重要事項説明書に明示している。適正な人員配置や、必要な専門職配置ができるよう、管理者は「各種加算管理表」を基に把握・確認している。経営計画の「人材育成」方針に基づいて人材育成に取り組み、法人管理者会議で必要な人材確保計画を検討し、ホームページ・ハローワーク・人材派遣会社・就職フェア・中途採用・職員紹介制度等を活用して、人材確保に努めている。また、法人として認知症介護実践者研修・介護福祉士資格取得対策講座等への参加を促し、人材育成を図っている。</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>経営理念の「行動指針」に、法人として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ている。規則・規定は、新入職者オリエンテーション時に説明し、規程集として事務所内に設置している。人事考課制度を導入し、年2回、「人事考課表（階層別）」を基に、階層毎の人事考課ガイドラインにもとづき、上位者が面談による人事考課を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。職員処遇の水準については、地域情報を基に法人が分析し 個別面談・意向調査等で把握した職員の意見・意向に基づき課長会で検討し、法人として改善策を実施している。「級運用規定」に基準在級年数表・昇格要件等を定めて「給与規定」と連動させ、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みづくりができています。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>決裁規定の「職務権限表」で、人事・労務管理を管理者職務とし責任体制を定めている。事業所での担当者を「職務分掌」に明確にしている。タイムカードにより就業状況を把握し、法人と共有・管理している。有給受理については管理者が決裁し、公休残、有給取得状況を管理している。健康診断・腰痛検査を定期的実施している。ストレスチェックを実施し、高ストレス者は嘱託医への相談を勧めている。管理者は定期的に年2回個別面談の機会を設け、随時にも、相談対応する等、職員が相談しやすい環境を整備している。法人として「自己申告シート」による相談の他、「相談室」を設置している。職員意見や希望を取り入れ、グループ内医療機関でのオンライン診療体制・インフルエンザ予防接種費用負担・会員制クラブ加入等福利厚生を実施している。残業時間の削減・時間単位有給・家庭状況に応じた柔軟な勤務体制の採り入れ・短時間就労、育児・介護休暇休業制度等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行い、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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>「人事考課表」を活用し、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。職員は人事考課結果や職員自己評価結果に基づいて「人事考課表」の「期初目標設定」欄に、法人理念・各事業所の事業計画に沿って今年度目標を設定している。考課者は、面談で目標の水準や内容が適切であるかを確認して助言等を行い、「考課者コメント」欄に記録している。目標期限を1年とし、中間期に、進捗状況・達成度を中間面談を通じて相互確認を行い、中間評価を実施し職員に説明している。年度初めに最終面談を実施し、設定した目標の達成度に対する評価を「総合評価」欄に記入して伝え、次年度の目標設定に反映している。</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>法人内研修・施設内研修・外部研修等の研修体制を整備している。施設内研修について、課長会での前年度研修内容の検証結果に基づき、「令和6年度介護保険事業所必要研修計画」を策定し、職員に必要とされる専門性を研修項目に明示している。必要研修計画を基に、事業所別研修計画を策定している。デイサービス会議の中で研修計画に基づき、講義形式により適時実施している。各事業所での実施日を研修計画に記録し計画に基づいた実施が、明確になるよう工夫している。参加者の「施設内研修報告書」を集約し、研修担当が「施設内研修実施記録」を作成し、資料とともにタグを付して「研修報告書」ファイルに保管管理している。欠席者には、資料配布・報告書提出により共有を図っている。講義形式の外部研修については、随時研修案内があれば情報を提供し参加を奨励している。受講者は、研修内容・感想等を記載した「出張申請書兼報告書」を作成し、オンライン形式による自己研鑽研修はシステム内で受講者等を把握・管理している。法人研修は、法人研修室が計画立案し、計画に沿って実施している。施設内研修について、課長会議で計画を、研修内容・カリキュラムについては、管理者が検証を行い、検証結果に基づき次年度の計画・研修内容に反映させている。外部研修については、年度末に管理者が計画や研修内容を見直している。</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>職員個別の「資格一覧表」を随時更新し、個々の専門資格の取得状況を、「履歴書」で経験年数等を把握・管理している。新入職者には、法人の新入職者研修後、施設で「オリエンテーション予定表」に沿って施設のルール等を説明している。基本的に特養での実務経験後に配属され、新人の配属はない。あれば個別的なOJTを行う仕組みがある。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。法人で資格取得に向けた研修を実施している。外部研修案内は回覧で情報提供し、希望者や経験年数等に応じた対象者に参加を奨励している。外部研修受講のためのシフト調整・費用負担、オンライン研修受講のための受講時間・環境の整備・機器の貸与等、職員が教育・研修の場に参加できるように配慮している。内部研修はデイサービス会議時に実施し、全員が研修に参加できる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研修・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>「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れの基本姿勢を明確にしている。マニュアルに、受け入れ時の手順・確認事項・利用者、家族の承諾等を明示している。養成校のプログラムに実習生の希望等を取り入れて実施している。実習指導者講習を終了した職員が、マニュアル・実習プログラムに沿って指導している。養成校との事前打ち合わせ・指導教員巡回指導時の中間カンファレンス、反省会等を通じて連携している。実習後「実習評価表」を作成し、学校に送付している。</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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>ホームページを活用し、理念・基本方針・提供する福祉サービスの内容・決算情報・苦情、相談受付体制、苦情内容、対応状況・第三者評価受審結果等を公開している。ホームページの活用・自治会役員との情報交換等を通じて、法人の理念・ビジョン等を地域に発信・説明している。また、パンフレットを、居宅介護支援事業所等に設置している。サンホーム通信・在宅新聞を、地域の全戸に配布し、事業所で行っている活動等について情報提供している。事業計画・事業報告についても、ホームページの活用等で公開することが望まれる。また、ホームページを適宜更新することが望まれる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>事務・経理・取引等に関する法人諸規定を整備している。「職務権限表」で、人事・労務管理を管理者職務とし責任体制を定めている。事業所での担当者は「職務分掌」に明確にしている。定期的にエリア内の他事業所担当者による「内部監査」を実施している。必要に応じて弁護士・社会保険労務士等外部の専門家に相談や助言を受けている。監査法人による定期的な監査支援を実施し、指摘事項等があれば、法人事務部門で共有・検討し、経営改善を実施している。月1回、営業会議に経営コンサルタントが参加しており、指導・指摘に基づいて、経営改善を実施している。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>地域との関わり方についての基本的な考え方を「法人経営理念」に明示している。活用できる社会資源や地域の情報があれば、フロアへの設置・掲示等で利用者に情報提供している。地域行事（人権町づくりフェスタ）等に、利用者の状況に応じて参加できるように職員が同行支援している。通常はサンホーム納涼祭時や、小学校・保育園との交流を通じて、地域の人々と利用者との交流の機会を設けている。現在は「ボランティア喫茶」を再開し、交流機会を設けている。利用者のニーズに応じて、配食サービス等の情報提供を行っている。</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・ b ・c
<p>〈コメント〉</p> <p>トライやるウィーク中学生の受け入れを表明しているが、地域の中学生生徒数の減少により受け入れの依頼はない。「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、基本姿勢・受け入れ手順・オリエンテーション内容等について明文化している。ボランティアには事前のオリエンテーション時に、オリエンテーション内容に沿って留意事項を口頭で説明している。マニュアル等に、地域の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
<p>〈コメント〉</p> <p>医療機関・居宅介護支援事業所・介護サービス事業所等の「医療と介護の連携シート」、また、行政機関等をBCPの「関係機関一覧」に明示し、利用者の状況に対応できる社会資源情報資料を事務所に設置し共有している。施設として、ほっとかへんネット佐用・佐用町社会福祉法人連絡協議会・揖龍宍粟佐用給食施設協議会・民生児童委員協議会・ケアマネジャー連絡会等に参加し、（配食サービス等）共通の課題解決に向けて協働して取り組んでいる。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>関係機関との連携、地域住民との交流活動などを通じて、配食サービス等地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・b・c
<p>〈コメント〉</p> <p>地域サポート型施設事業・介護予防教室・オレンジカフェ等地域貢献に関わる事業・活動を実施し、「佐用エリア事業計画」に明示している。施設として、清掃活動等自治会活動に参加し、いつでも相談できる関係づくりに取り組んでいる。町と福祉避難所として協定を結び、BCPの「備蓄リスト」に沿って、飲料水・食料・備品等の備蓄を行う等、住民の安全・安心のための備えや支援の取組を行っている。食料は管理栄養士が、備品は事務所が管理しているが、食料について再整備を図る予定である。</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。	(a)・b・c
<コメント> 利用者尊重の姿勢を、「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、職員の周知と実践に取り組んでいる。デイ会議の中で「接遇」「高齢者虐待防止・人権擁護」「プライバシー保護」に関する研修を実施している。デイ会議の中で毎月「高齢者虐待委員会」を開催し、利用者尊重や基本的人権への配慮について振り返る機会を設けている。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保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> 介護マニュアルの各項目にプライバシー保護について言及している。デイ会議の中で「プライバシー保護」に関する研修を実施し、排泄・入浴介助時等はプライバシーに配慮したケアについて周知を図っている。また、トイレにドアとカーテンを、静養スペースにブラインドカーテンを設置し、環境面でもプライバシーに配慮している。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。		
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> 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ている。「在宅新聞」「サンホーム通信」は地区の全戸に配布し、パンフレットは関係機関に配布している。紹介資料は、文章や写真・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・体験利用に随時対応し、その際に個別に丁寧な説明を行っている。パンフレットは適宜見直しを行い、広報誌・在宅新聞は定期的に発行し最新情報を提供している。ホームページは現在更新中である。		
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> 利用者に見学や体験利用を奨励し、契約時は利用者の同席を基本とし利用者の自己決定を尊重している。契約時は、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。具体的な資料「デイサービスセンターご利用について」を作成したり、iPadを用いて映像で説明する等、わかりやすいよう工夫している。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には家族や関係者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。		

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」の項目に沿って必要な援助を行っている。介護支援専門員等から要請があれば、引継ぎの文書で情報提供することとしている。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伝え、相談員責任者が名刺を渡すようにしている。</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>利用者・家族満足度アンケートを実施している。アンケート調査の担当者を相談員とし、集計して結果報告書を作成しデイ会議で共有している。アンケート結果をもとに検討し、レクリエーションのバリエーションを増やす等、改善・向上に取り組んでいる。サービス担当者会議に参加し、利用者満足度の把握に努めている。</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>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。重要事項説明書に明記して利用者・家族に配布し、公開用ファイルに入れて設置している。意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者・家族が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、受付・結果・改善策を「苦情受付書」に記録し、利用者・家族にフィードバックしている。朝のミーティングで迅速に共有し、改善に取り組んでいる。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している。</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。	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」に苦情・相談の窓口として記載し、利用者・家族に配布している。デイサービス内や施設の玄関ロビーのスペース、施設内の個室等、相談しやすいスペースを確保している。利用者が相談・意見を述べやすいような、相談方法・相談相手の表示の工夫が望まれる。</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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>送迎時や利用中のコミュニケーション等で、利用者が相談・意見を話しやすい機会づくりに努めている。意見箱の設置・アンケートの実施・連絡帳等、利用者・家族の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。「苦情処理対応マニュアル」を相談・意見対応マニュアルとしている。相談・意見内容については朝のミーティングで迅速に共有し、内容に応じて介護支援専門員と連携し対応している。苦情対応と異なる相談・意見対応の手順や記録方法等については、マニュアルを見直したり、「作業標準書」やフローチャートを作成することが望まれる。</p>		
<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。</p>		
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>事業所内に「事故防止委員会」を設置し、月1回のデイ会議で開催している。「事故防止・ヒヤリハットに関すること」の責任者を管理者として、職務分掌に定めている。「事故防止指針」「発生時対応のフローチャート」を作成している。デイ会議の中で「事故発生又は再発防止に関する研修」を年2回実施している。「ヒヤリハットカード」「事故報告書」により事例を収集し、朝ミーティングで迅速に共有している。毎月事例を整理して「事故・ヒヤリハット報告書」を作成し、デイ会議で共有し再発防止に取り組んでいる。事故防止策の実効性については「事故防止委員会」で検証し、デイ会議で報告している。「事故発生防止のための指針」をもとに、事故防止・発生時の対応についての具体的なマニュアルを作成し職員に周知することが望まれる。</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>事業所内に「感染予防委員会」を設置し、月1回のデイ会議の中で開催している。「感染に関すること」の責任者を管理者とし、「感染対策に関すること」の責任者を看護師として職務分掌に定めている。「感染症マニュアル」を作成している。デイ会議の中で、「感染症・食中毒の予防及び蔓延防止に関する研修」を年2回実施している。「BCP（事業継続計画）感染症編」をもとに、看護師の指示を受け、感染症予防策、発生時の対応を行っている。「感染症マニュアル」は、年1回役職者が見直しを行っている。「BCP（事業継続計画）感染症編」「感染症マニュアル」の職員周知が望まれる。</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>立地条件等も把握し、「防災計画」「BCP（事業継続計画）自然災害編」を整備し、災害時の対応体制を定めている。「利用者緊急連絡先一覧表」「職員緊急連絡網」を作成し、電話により安否確認を行うこととしている。BCPの中に「災害備蓄品リスト」を作成し、施設全体としての備蓄を整備し、事務所・管理栄養士等責任者を決め管理している。施設全体の防災訓練計画に基づき、様々な設定で毎月訓練を実施し、デイサービスの職員も参加している。佐用町と「防災協定」を結び、消防訓練の際は概ね年に3回消防署の立ち合いがあり連携している。</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>送迎・入浴・排泄・口腔ケア・食事について、サービスの標準的な実施方法を「介護マニュアル」に文書化している。送迎・入浴・排泄・移動について、さらに詳細な標準的な実施手順を「作業標準書」に文書化している。マニュアル・標準書に、利用者尊重やプライバシー保護についても言及している。入職時オリエンテーションの際に、「OJTチェック表」の項目に沿って標準的な実施方法を指導し、「チェック表」で習得を確認する仕組みがある。その後は、役職者が、日常業務の中での確認や人事考課の面談での確認を行っている。</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>年に1回「介護マニュアル」の検証・見直しを行うことと定め、役職者が実施している。「介護マニュアル」「作業標準書」の検証・見直しについては、職員の意見を集約して行うことが望まれる。また、「食事」等、通所介護計画に新たに位置づけられた内容は「作業手順書」に反映することが望まれる。</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>管理者を「通所介護計画」策定の責任者としている。事前面談のアセスメントをもとに、「フェイスシート」「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」を作成している。介護支援専門員によるサービス担当者会議（開催・照会）、事業所内のサービス担当者会議で、アセスメント・計画策定についての協議を行っている。「通所介護計画書」に利用者個々のニーズを明示している。「通所介護計画」に基づいたサービスの実施状況を、毎月の「利用者状況報告書」の「モニタリング記録」で確認する仕組みがある。支援困難ケースへの対応について、ケース記録やヒヤリハットカードに記録し、朝のミーティングで共有・検討し、必要に応じて担当の介護支援専門員や施設内の定例ミーティングとも連携して支援に取り組んでいる。</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>通所介護計画を、定期的には短期目標の期間（6ヶ月）に応じて、必要時には随時見直している。毎月「利用者状況報告書」でモニタリングを行い、計画見直し時は「アセスメントシート」で再アセスメントを実施している。見直しによって変更した通所介護計画は、朝のミーティングで周知している。通所介護計画を緊急に変更する場合は、事業所内のカンファレンスで検討し、担当介護支援専門員に連絡し同様の手順で対応している。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、記録システムの「ケース記録」に記録している。通所介護計画にもとづくサービスが実施されていることを、「ケース記録」の「画面欄」を活用し確認することができる。ケース記録の書き方について「作業標準書」を作成し、記録は管理者が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。朝のミーティング・「配車割り表（業務分担表）」の配布・「申し送り簿」ファイルの回覧・記録システム等により、必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。「デイ会議」（月1回）・「全体会議」（月1回）・「定例ミーティング」（週1回）を開催し、部門横断での情報共有を行っている。</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」「特定個人情報保護規程」「文書保存規程」に、個人情報や記録についての管理体制を規定している。職員には入職時研修で個人情報保護について研修を実施し、誓約書を交わしている。デイ会議の中で、「倫理及び法令遵守に関する研修」を実施している。利用者・家族には、契約時に、個人情報の使用についての説明を行い、文書で同意を得ている。「動画・写真利用に関する説明及び同意書」も説明し、文書で同意を得ている。</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)-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に工夫している。	a・b・c
A②	A-1-(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

<p>A① 「フェイスシート」「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート））」「興味・関心チェックシート」をもとに利用者の家族構成・病歴・嗜好・ADL・IADL等についてアセスメントを行い、利用者個々に応じた支援に取り組んでいる。利用者の希望や要望等をもとに週単位でメニューを作成し、選択制で自立や活動参加への動機付けを行い、リーダー決めや点数計算等、利用者主導で役割が持てるように工夫している。午前中は主に機能訓練・体操・入浴を行い、午後は選択制でのレクリエーションを行っている。サービス実施内容は「ケース記録」に記録し、毎月サービスの実施状況についてモニタリングを行い、6ヶ月ごとにアセスメント・サービス担当者会議を開催し、利用者個々に応じた実施となっているかを検討し改善する取り組みを行っている。家族には利用日ごとに連絡帳で報告し、介護支援専門員には毎月「利用状況報告書」を作成し報告している。</p> <p>A② 「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート））」をもとにコミュニケーション能力（視力・聴力・意思疎通・指示への反応）を把握し、利用者個々に応じたコミュニケーションを行っている。目の不自由な利用者や耳の聞こえにくい利用者には個別に職員を配置し、食事やレクリエーションの時には横について説明を行ったり、筆談ボードを使用する等個別の配慮で対応している。定期的に再アセスメントを行い、コミュニケーションの方法や支援について検討・見直しを行っている。デイ会議で「接遇に関する研修」を行い、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいについて周知を図っている。入浴・食事・送迎時等に利用者が話したいことを話せる機会を作り、思いや希望を支援に反映できるよう取り組んでいる。利用者から困りごとや不安等について相談があれば、管理者が迅速に対応して傾聴し、内容に応じて家族や介護支援専門員とも共有している。</p>
--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a・b・c

特記事項

<p>「虐待防止・身体的拘束等の排除マニュアル」を整備し、運営規程にも「高齢者虐待の防止のための措置」を明記している。利用者・家族には、契約時に契約書・重要事項説明書をもとに説明している。利用中・送迎時等のコミュニケーションや入浴時等に利用者の心身の状態の把握に努め、権利侵害につながる兆候を見逃さないよう努めている。デイ会議で高齢者虐待防止・身体拘束の排除に関する研修を年2回実施し、毎月「高齢者虐待防止委員会」で権利擁護のための検討を行う等、職員の意識向上に努め権利侵害防止と早期発見に取り組んでいる。</p>		
---	--	--

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

<p>フロアは広く開放的な環境で、大きな窓からの採光で明るく、四季の自然の風景が臨める。毎日3回職員が掃除・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。テーブル上の感染防止ボードやパーティションによる感染対策も継続している。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、利用者がくつろいだり、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設置している。利用者や家族との会話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。</p>		
--	--	--

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

<p>A⑤ 「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」で利用者個々の入浴の自立度・入浴方法について把握している。「ADL一覧表」を作成し入浴形態・支援内容を共有し、「生活機能チェックシート」を定期的に見直し、利用者の心身の状況に合わせた入浴支援を行っている。ニーズに応じて通所介護計画に位置づけて、実施と評価・見直しを行っている。一般浴・機械浴を設置し、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。「入浴介助マニュアル」をもとに、尊厳や羞恥心に配慮している。入浴拒否がある場合は無理強いせず、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。心身の状況や意向、感染症等を考慮して入浴順を調整している。朝バイタルチェックを行い、必要時は入浴前にも再度チェックし、看護師が基準をもとに可否判断を行っている。安全に快適に入浴するため入浴人数に合わせた職員配置を行い、自力で入浴可能な場合も安全のための見守りを行っている。必要に応じて、家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員に報告することとしている。</p> <p>A⑥ 「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」で、利用者個々の排泄の自立度・排泄用品・便意・尿意について把握し、ニーズに応じて通所介護計画に位置づけて、実施と評価・見直しを行っている。定期的に「生活機能チェックシート」を見直し、「利用者一覧表」で個々の支援内容・排泄用品を職員に周知し支援している。個々の排泄状況は「ケース記録」に記載し、必要な利用者については排泄パターンを把握して適切な誘導を行い、立位時のスタンディングリフトの使用等、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、水分摂取や運動の声掛けを行っている。トイレは車椅子介助にも十分な広さがあり、手すり・エアコン・保温便座を設置し、安全で快適に使用できるよう配慮している。アコーディオンカーテンを設置し、基本的に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。必要に応じて尿・便を観察し、看護師に報告している。利用者の要望や訴えに迅速に対応できるようフロアに職員を配置し、フロア近くにもトイレを新設している。必要に応じて、家庭での排泄について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて介護支援専門員に報告することとしている。</p> <p>A⑦ 「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」で、利用者個々の歩行の自立度について把握し、ニーズに応じて移動支援を通所介護計画に位置づけ、実施と評価・見直しを行っている。定期的に「生活機能チェックシート」を見直し、看護師・理学療法士が検討して「個別機能訓練実施計画書」を作成し自立に向けた支援を行っている。車椅子・シルバーカー・歩行器・杖を用意し、必要に応じて貸し出しを行っている。フロア内はバリアフリーで、使用しない車椅子や歩行器等を整理整頓し、テーブルの配置を考慮し移動時の動線を確保する等、安全に移動ができるよう環境整備を行っている。送迎サービスは、利用者の希望に沿った配車調整、二人介助での乗降介助等、利用者の心身の負担や安全に配慮した実施に努めている。家庭内の移動について、必要に応じて段差や階段・自室内の環境整備等について助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告することとしている。</p>
--

		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

<p>A⑧</p> <p>施設の管理栄養士が利用者の希望・栄養バランス・季節感・行事食等を考慮して、献立を作成している。管理栄養士が食事時の利用者の様子を観察し、各事業所から残食状況の報告を受け、定期的に嗜好調査を行い、毎月施設合同の「給食会議」を開催し、献立や提供方法を工夫している。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表示し、食事が楽しみになるよう工夫している。広いスペースにテーブル席を設置し、利用者の相性や馴染みの関係性を考慮して配席し、ゆっくり食事ができる雰囲気作りに配慮している。テーブル上に感染防止ボードを設置し感染予防策も講じている。衛生管理は、厨房関係については大量調理施設衛生マニュアルを基に点検票を作成し、食材の温度管理や調理員の健康状態の確認を定期的に行っている。</p> <p>A⑨</p> <p>「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」で、利用者個々の食事の自立度・食事形態・嚥下について把握し、ニーズに応じて通所介護計画に位置づけて、実施と評価・見直しを行っている。利用者個々の嚥下能力等に合わせた食事形態（普通食・一口大・刻み食、トロミ等）を食札に表示し、疾病等に応じた食事内容や水分摂取量を「ADL一覧表」に明記し職員に周知し支援している。職員が適宜声かけを行ったり、各テーブルで全員が食事を終えるまでは下膳をしない等、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。食事前には口腔体操や発声練習等を行い、ご飯をおにぎりにする、食べやすいよう都度ハサミでカットする等、自立支援や経口摂取の継続に取り組んでいる。食事・水分摂取量は「健康チェック表」に記録し、特記事項は「ケース記録」に記録している。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、食事介助の研修を行っている。必要に応じて、家庭での食事や水分摂取について利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告することとしている。誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法についてマニュアルやフローチャートを作成し、研修や訓練で周知することが望まれる。</p> <p>A⑩</p> <p>「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」で、利用者個々の口腔ケアの自立度や義歯について把握し、ニーズに応じて通所介護計画に位置づけて、実施と評価・見直しを行っている。契約時に口腔機能向上加算について説明し、希望があれば「口腔機能改善管理指導計画」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。現在は希望者がいないため、歯ブラシ持参の利用者には口腔清掃の支援を行っている。利用者の口腔機能保持・改善のため、朝の体操時に発声体操を加え、食事前に口腔体操や顔周りのマッサージを行っている。年1回施設内研修で、歯科衛生士が「口腔ケアに関する研修」を実施している。食事中等の利用者の様子から義歯の不具合や歯のぐらつき等に気付いた時は、家族や介護支援専門員に情報提供している。</p>
--

		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

<p>「褥瘡マニュアル」に褥瘡の予防について標準的な実施方法を記載している。施設合同の「感染褥瘡予防委員会」や「医療職会議」に参加し、看護師・理学療法士・介護職員等、多職種の職員が連携し、最新の情報も共有しながら、褥瘡予防対策や日常のケアに取り組んでいる。排泄・入浴時等に皮膚観察を行い、必要に応じて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る等、対応している。褥瘡予防・発生時対応の標準的な実施方法について研修を行う等、職員に周知する仕組みづくりが望まれる。</p>		
--	--	--

		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

<p>「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」「生活機能チェックシート」をもとに、利用者個々の心身の状況・機能についてアセスメントを行い、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。機能訓練スペースに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が指導している。また、全員で行う朝の体操やゲーム活動、個別のレクリエーションを行っている。日々の実施状況は「デイサービス日報」や「リハビリ実施記録」に記録している。理学療法士が毎月評価し、3ヶ月に1回、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を行い、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。日常生活動作の中で変化に気付いた時は、随時、または毎月提出する「利用状況報告書」で介護支援専門員に報告し、認知症の症状の早期発見に努めている。</p>		
--	--	--

		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

利用者個々の生活歴については「フェイスシート」で、日常生活能力や機能については「アセスメントシート（ADL状況（フェイスシート）」でアセスメントを行っている。行動・心理症状（BPSD）がある利用者については、経過観察と「ケース記録」への記録を行い、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、医師との連携も図りながら、症状の改善に向けた個別の配慮を行っている。デイサービス会議の中で、「認知症及び認知症ケアに関する研修」を実施している。テーブル席・ソファー席・静養スペース・面会スペース等を設置し、安心して落ち着ける環境づくりに配慮している。ゲーム・脳トレ・カラオケ・物作り・体操・季節行事等、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。連絡帳や送迎時の報告で、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も対応し、必要に応じて社会資源等（オレンジカフェ等）について情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。

		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

体調急変時の対応は、送迎時の対応方法と利用中の対応方法についてマニュアルを整備している。家族・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」を作成し、送迎時も携帯し、医療機関との連携を図っている。朝の迎え時に家族から体調報告を受け、乗車前に検温し、施設到着時に看護師が利用者全員のバイタルチェックを行い、利用中の表情・行動・食事状況に留意し、体調変化や異変の兆候に早く気付くよう努めている。日々の利用者の健康状態を、「健康チェック表」や必要に応じて「ケース記録」に記録している。デイ会議の中で、「緊急時の対応に関する研修」を実施している。服薬については、利用者が持参した薬を看護師が配薬し、介護職員が服薬介助を行い、「健康チェック表」に記録している。異変があった場合は家族や介護支援専門員に連絡し、医療機関への連絡は要請に沿って行っている。

A-4 家族等との連携

		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

定期的及び変化があった時は、連絡帳・送迎時の伝達・電話で利用者の状況を報告し、迅速な報告を要する時は主に電話で報告している。契約時に複数の連絡先を把握し、また、必要に応じて手紙で伝達する等、報告すべき事項が必ず家族に伝わるように工夫している。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、サービス内容の説明をしたり、要望・相談を聴く機会を設けている。年1回利用者家族様アンケートを実施し、要望の把握に努めている。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報告している。施設として、オレンジカフェや介護予防教室（春・秋）等開催し、睡眠や食を通じての健康等介護研修を行っている。利用者の様子や送迎時等から、家族の心身の状況や介護負担等についても留意し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。家族からの随時の相談内容や対応、また、介護支援専門員への報告は、記録に残すことが望まれる。

A-5 機能訓練、介護予防

		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

毎月モニタリングを行い、必要時は随時、定期的には6ヵ月ごとに通所介護計画を見直し、個別支援に取り組んでいる。利用者個々のニーズに基づいて、意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・機能訓練・心理面等を通所介護計画に位置付け、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計画書の「内容（留意事項）」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。