

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：	大津みやび野デイサービスセンター	種別：	通所介護	
代表者氏名：	寺尾恵子	定員（利用者人数）：	30 名	
所在地：	姫路市大津区大津町一丁目31-111			
TEL	079-236-7750	ホームページ：	http://www.katuhara.or.jp	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成25年1月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 やながせ福祉会			
職員数	常勤職員：	3 名	非常勤職員：	7 名
専門職員	(専門職の名称)		名	
	介護福祉士	2 名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

1 在宅における要介護者等が事業所を利用することにより社会的孤独感の解消・心身機能の維持向上、更に自立的生活の助長等の援助を行うとともに家族の身体的・精神的な負担の軽減を図るように努める。

2 事業者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護等日常生活上必要な世話及び機能訓練を行う。

3 事業者は、地域と家族の結びつきを重視し、保険者、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

④施設・事業所の特徴的な取組

理学療法士を常勤雇用し、専門的な見地からアセスメントや計画策定、機能訓練の実施及び評価を行うことでより個別性の高い機能訓練が実施できている。また、機能訓練だけでなく季節に応じたイベントなども多く実施し、身体機能面だけでなく多角的な支援を行っている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 28 年 7 月 25 日 (契約日) ~
	平成 28 年 12 月 30 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成 28 年 10 月 17 日
	10 月 21 日
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・組織の運営管理
法人の運営管理体制が確立しており、各種規程類・マニュアルが整備され、階層別・職種別に会議や委員会が設置され機能している。各事業所が年次の事業計画に沿って組織運営を行い、法人で事業運営全般を検討・検証し法人理念にもとづいた運営に取り組んでいる。
- ・透明性の確保
法人のホームページで各事業所の情報を公開している。理念・基本方針、事業計画・事業報告、予算・決算情報等を掲載し公開している。事業報告では、1年間の運営・活動状況を詳細に報告し、苦情対応・事故報告も公開している。
- ・個別支援・自立支援への取り組み
利用者・家族の意向・希望を通所介護計画書に反映し、利用者一人ひとりに応じた1日の過ごし方ができ、自立に配慮した支援を行っている。習字・塗り絵・読書・作品作り・ドライブなど、利用者が自発的に選択できるように配慮している。ラジオ体操・個別リハビリ・健康体操・集団リハビリ・脳トレ・手芸等、機能訓練・レクリエーションに複数のプログラムを設け、また、習字クラブや音楽療法を定期的に開催し、自立・活動参加への動機づけを行っている。
- ・機能訓練・介護予防への取り組み
「住み慣れた我が家での生活の継続」という事業目標に基づいて、一人ひとりに応じた「個別機能訓練計画」を作成し、身体機能の維持・向上に積極的に取り組んでいる。理学療法士の指導や助言を受け、状態や希望に合わせて主体的に訓練できるように工夫している。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画・事業計画
中・長期的なビジョンを中長期計画に明文化し、実施状況の評価を行いながら必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。事業目標・職員体制・行事計画・研修計画等、項目別に具体的で実行可能な内容の事業計画を策定しているが、事業計画と「行動計画」の連動性を明確にし、PDCAサイクルにもとづいた実践状況の確認・評価を行いやすい仕組みづくりを期待する。
- ・マニュアルの定期的な見直し
施設全体で各種マニュアルを整備していると共に、事業所の特性に応じた事業所独自のマニュアルを作成し、サービスの標準化に取り組んでいる。今後は、必要時の随時の見直しと共に、職員や利用者等からの意見や提案を反映した定期的な見直しを行う仕組みづくりが望まれる。
- ・サービス実施記録とモニタリング
通所介護計画書の定期的な見直し・実施記録・モニタリング等の体制は整備され機能している。今後は、通所サービス計画書に基づいたサービスの実施状況が明確になる記録の工夫と、実施状況と短期目標の達成状況が明確になり、評価につながるモニタリング書式の工夫が望まれる。

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、通所介護計画書の具体的な内容や取り組みについて評価いただき、今後とも現状の維持・向上を目標としていきたいと考えています。また、指摘を受けましたアセスメントやモニタリングの点につきましては、具体的な例を挙げていただいたので参考にしていきたいと考えています。ただ、事務的な内容で満足するのではなく、今後の利用者へのサービスの質の向上にも繋げていきたいと考えています。

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。

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
<コメント> 法人理念・老人福祉事業理念・事業所理念を明文化している。法人理念は、パンフレット・ホームページに記載されている。老人福祉事業理念・事業所理念は、各事業所に掲示している。各理念は、法人・事業所の使命・目標を明示している。基本方針は、重要事項説明書に明示され、理念と整合性のとれた具体的な内容となっている。年度初めの研修会で、「基本理念」冊子を配布し内容の周知を図っている。法人理念についてはパンフレットを用いて契約時に、また、老人福祉事業理念・事業所理念は事業所内に掲示し、利用者・家族への周知を図っている。デイサービス会議等で周知状況を確認し、掲示・日々の唱和・年度初めの研修等、周知に向けた継続的な取り組みを行っている。		

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。	a · b · c
<コメント> 法人の統括施設長が兵庫県の老人福祉事業協会の会長を務めていることから、社会福祉事業全体の動向や地域の各種福祉計画策定動向等について具体的な把握ができています。地域の利用者状況や福祉ニーズについては、法人内の地域包括支援センターや相談員会議からの情報により、把握している。把握した情報を、月に1回開催される法人の「管理者会議」で分析している。事業所のコスト分析や利用者の推移・利用率についても、「管理者会議」で報告し分析を行っている。		
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。	a · b · c
<コメント> 各事業所の1か月の運営状況を「管理者会議」で報告し、経営課題を抽出している。改善すべき課題については、統括施設長を通じて「理事会」で報告され、役員間で共有する仕組みがある。「管理者会議」で明示された課題は「エリア会議」へ、「エリア会議」から「デイサービス会議」へと伝達され、職員の周知が図られている。コスト削減等、課題解決・改善については、デイサービス会議で共有し取り組んでいる。		

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>法人として中・長期的な展望を基に運営されているが、中・長期計画として文書化は行っていない。中・長期的なビジョンを中長期計画に明文化し、実施状況の評価を行いながら必要に応じて見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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>単年度の事業計画が作成されている。事業目標・職員体制・行事計画・研修計画等、16項目に分けて具体的で実行可能な内容になっている。行事・研修等、取り組み内容が具体的で実施状況が把握しやすく設定されている。事業目標についても、2項目にまとめ、項目ごとに達成状況が評価できる設定になっている。</p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画にもとづいて策定されることが望まれる。</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>26年度・27年度は、管理者層が事業計画の策定・年度末報告・計画の見直しを行った。28年度の事業計画は、27年度末のデイサービス会議で職員への周知を図っている。</p> <p>28年度は、半期ごとの見直しが予定されている。周知された事業計画の実施状況を、職員の参画の下で中間評価・年度末評価を行い、次年度の事業計画を策定する仕組み作りが望まれる。</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>28年度事業計画は、事業所内に掲示し、利用者・家族の周知を図っている。事業計画書・事業報告書の全文については、ホームページでも公開されている。参加を促す観点から、行事や活動については、「デイサービスだより」の中でわかりやすく説明する工夫を行っている。</p> <p>事業計画の主な内容について、利用者・家族に説明する機会を設ける、わかりやすく説明した資料を作成する等、よりわかりやすい工夫を行うことが望まれる。</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>家族アンケートの結果をデイサービス会議で検討し、サービスの質向上に向けたPDCAサイクルに基づく取り組みを行っている。法人共通の職員個別の自己評価を通して、サービスの質について、管理者会で組織的に評価する仕組みがある。第三者評価は初回の受審である。家族アンケートの結果を、デイサービス会議で分析・検討している。</p> <p>定められた評価基準に基づいて、事業所全体のサービスの現状について把握するための自己評価を行い、評価結果を分析・検討することが望まれる。</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>分析した結果からデイサービス会議で課題を抽出して文書化し、職員間で共有している。改善策についてもデイサービス会議で検討している。</p> <p>改善計画にもとづく実施状況の確認と評価、また、必要に応じての見直しは、28年度の半期で行う予定である。</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>28年度事業計画書にデイサービスの基本方針を明示し、事業目標として「住み慣れた我が家で、ずっと暮らしていきたい」を掲げている。年度初めに、事業計画を基に、みやび野エリアの管理者が参加する「みやび野会議」等で説明している。事務分掌を作成し、職務内容及び業務分担を明確にしている。事務分掌等各種規程は、職員はいつでも閲覧できるように設置し周知を図っている。非常災害時等での管理者不在時には、事務分掌で生活相談員に権限委任を行うことを明確にしている</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、介護関係法令集・法人諸規定等を取り揃え事業所に備付けている。集団指導への参加や、課題等相談時には上位者である施設長と同行し、業者との契約時には合い見積りを取る等、適正な関係維持に取り組んでいる。兵庫県老人福祉事業協会に加入し、介護サービス集団指導等の研修で法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、事業所が遵守すべき法令を理解している。研修時に、介護保険制度・高齢者虐待防止法・職務の心得として法人規程・コンプライアンス等について学ぶ機会を設けている。</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> 事業計画について、実践状況や達成状況の確認を半期ごとに行い、その中でサービスの質についても評価を行っている。職員会議等の定期的な開催、各種委員会の設置と開催等、サービスの質向上に向けた体制を構築し、積極的に参画し課題の抽出・改善策の検討等を行っている。各種会議・各種委員会等で職員から出た意見を集約し、管理者会議で検討し運営に反映する仕組みがある。事業計画書に、施設内研修・特別研修・外部研修に区分して年間研修計画を明示し、職員の教育・研修を充実している。		
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> 法人内の管理職会議で、事業運営全般における検討・検証、また、人事及び職員給与に関する検討等を行って理事会に提案している。管理職会議での決定事項を、エリア会議で検討し、実施に向け取り組んでいる。職員の状況に合わせた個別勤務時間の調整・半日有給の採り入れ等、職員が働きやすい環境整備を行っている。経営改善に向けて、管理職会議→エリア会議→職員会議を通じて、職員へ決定事項を伝達周知意識づけを行っている。管理者は、法人内の管理職会議、エリア会議等に参加し、経営や運営に積極的に参画している。		

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> 法人としての基本姿勢をホームページに掲載するとともに、事業所としては事業計画に、「職員の処遇」として「福祉に携わる職員としての誇りと自覚、責任を持つ」という基本姿勢を明示している。事業計画で、指定基準に準じて専門職を配置した職員配置を明確にしている。法人の自己評価制度を活用して人材育成に努めている。法人として、介護職員初任者研修を実施し、入職後に研修受講を勧め、効果的な人材育成につなげている。求人専用パンフレットを作成している。定期的に新卒生を採用するため、大学・専門学校等を訪問し、福祉系学生に限定せず採用に結びつくよう努めている。就職フェアへの参加、ハローワークの活用、求人広告等で採用活動を行っている。		
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> ホームページで「求める人物像」を明確にしている。「就業規則」で人事基準を、また、「給与退職金規定」で職種別・経験年数別処遇の基準を明確にし、規則・規程は入職時に配布している。外部委託コンサルタントから、処遇水準データ等提供を受け、改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。把握した職員の意向や意見は、管理者会議等で検討し、処遇改善に反映する仕組みがある。法人の自己評価票を活用し、年に1回自己評価を行っているが、上位者評価を行う等、職員の能力・成果・貢献度等を評価する仕組み作りが望まれる。キャリアパスの導入など、職員が自ら将来の自分の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりが望まれる。		

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
<コメント> 事務分掌で職員の労務管理に関する業務分担を明確にし、責任者を施設長と定めている。有給休暇取得・時間外勤務については施設長が管理し、法人本部へデータを提供している。健康診断・腰椎検査を介護職は年2回、定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は半額法人負担としている。法人として、産業医を配置し、ストレスチェックを実施している。年度末に施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。福利厚生に職員の希望も採り入れ、半日有給・職員の状況に応じた柔軟な勤務体制、保育所の設置等、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。半日有給や有給休暇等取得時に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。健康・ワークバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着率も良い。		
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
<コメント> ホームページに組織として求める人物像を明示している。法人が行う「自己評価表」で、年度末に評価を行い、年度当初や年度末に行う管理者との個別面談を通じて、今年度の評価に基づいた次年度目標を設定している。目標の項目・水準・期限などが明確になる目標設定を行い、中間期の進捗状況の確認、年度末の評価を行い、経過が記録でたどれるような仕組みづくりが望まれる。		
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
<コメント> 組織として目指す福祉サービスを実施するための職員像を、ホームページに「職員の倫理」として明示し、職員に配布している「接遇・基本理念」にも明示している。事業計画に、組織が職員に求める生活相談員・機能訓練指導員・看護師・介護職員等の専門職種、資格を職員配置として明示している。研修計画に沿って研修を実施していることが、外部研修は出張復命書、内部研修は参加職員名を記載した研修記録から確認できる。研修欠席者には会議資料の回覧、サインにより周知を図っている。定期的に計画やカリキュラムの評価、見直しを行うには至っていない。内部研修についても報告書を作成し、アンケート欄や成果欄等を設け、研修の評価・見直しが行える仕組みづくりが望まれる。		
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
<コメント> 研修・受講証明書等を添付した「履歴書」で、専門資格・他事業所での経験年数等を把握し、別途「職員名簿」で取得資格、当事業所での経験年数等を明確にしている。新任職員に対して、人員配置を厚くして指導職員を配置しOJT期間を設けている。認知症実践者やリーダー研修等、階層別・職種別・テーマ別の外部研修に参加し、事業報告書に公表している。案内を回覧したり、直接対象者に案内を手交する等、外部研修についての情報を提供し、参加を奨励している。内部研修は同じ内容で複数回実施し、外部研修は出張扱いとして、時間外手当や受講費用の支給等について規程を定め、職員が研修に参加しやすいように配慮している。新任職員のOJTの記録、また、現職員の習熟度の把握とそれに応じたOJTの仕組みづくりが望まれる。		

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 · c
<コメント> 実習生受け入れマニュアルを整備し、「人材の確保」「社会貢献」等、教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。受け入れ窓口を相談員とし、「実習の流れ」でオリエンテーション内容を明示している。現時点では、介護職員初任者研修の実習生を受け入れ、研修カリキュラムに沿って実習を実施している。法人として、介護福祉士指導者研修を外部研修で受講し、社会福祉士指導者研修の受講を予定している。指導者研修受講者が、事業所の指導担当職員を指導し、責任をもって研修を実施している。実習期間中にも、学校の指導教員と適宜連携をとりあっている。		

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。	Ⓐ · b · c
<コメント> ホームページに理念・基本方針、事業計画・事業報告・予算・決算情報等を掲載し公開している。今回受審した第三者評価結果を公表する計画がある。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、一部を抜粋して、玄関に掲示している。苦情、事故内容・対応についてホームページで公表している。パンフレットを地域包括支援センター・保健センター等に配布している。地域への認知症予防教室では口頭で説明している。配布しているパンフレットに、事業所の活動内容等を掲載し、ブログも定期的に更新している。認知症予防教室の案内状を作成し、地域包括支援センターや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。	Ⓐ · b · c
<コメント> 経理規定等法人諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見られるよう設置している。事務分掌で役割、責任を明確にし、職員に周知している。法人として、外部コンサルタント、社会保険労務士、顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、管理職会議で施設長等に報告されている。経理、取引関係については、委託している外部コンサルタントが定期的にチェックを行って、内部監査を実施している。理事については監事が内部監査を行っている。理事会が、事業・財務等に関するチェックを外部コンサルタントに委託している。定期的に予算等財務に関する報告・指導を受け、経営の改善に向け取り組んでいる。		

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
<コメント> 法人理念の中で「地域福祉の拠点」を掲げ、職員に配布している「基本理念」にも基本姿勢を明示している。また、事業計画書にも事業目標の中で明示している。事業所玄関やエレベーター内に「介護の日のイベント」等地域の情報を掲示している。法人としては、地域住民向けの「介護者の集い」に案内チラシを作成して地域住民に参加を呼びかけ、イベント時にはボランティアの協力を得る等、事業所への理解を得るために、地域の人達と利用者が交流する機会を設けている。事業所としては、習字クラブの開催時にボランティアの来訪がある。ドライブを兼ねての買い物時に、道の駅等を利用している。		

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>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、目的に「利用者の生活並びに施設と地域の交流」を掲げ、受け入れに対する基本姿勢を明文化している。習字クラブの開催時にボランティアの来訪がある。「実習生受け入れマニュアル」に学生の受け入れについての言及がある。マニュアルの「受け入れ方法」の項目で、個人情報保護等約束事項を記載している。受け入れ時にはマニュアルに沿って事前説明を行っている。トライやるウィークで中学生を受け入れる時には、ミニ講座を開催し、車イスの取り扱い等を説明して事故防止に努めている。トライやるウィークの受け入れ、また、法人としては近隣女子校へ出前講座を実施し、学校教育への協力をし、高齢者への理解を深めている。</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>地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・行政機関・医療機関・福祉用具事業所等、利用者の状況に対応できる社会資源を目的別にリスト化し、連絡先一覧表として作成している。事務所に設置し、職員間で共有を図っている法人として、兵庫県並びに姫路市老人福祉事業協会に加入している。定期的に研修に参加し、災害時の福祉避難所運営や給食への対応等、共通の課題解決に向け取り組んでいる。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と連携を図りながら福祉施設としての役割を果たすべく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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>事業所のスペースを活用し、保育園児と交流会を行っている。法人として、「介護技術講習会」「認知症予防教室」「100歳体操」等を県の委託事業として実施し、参加を呼び掛けている。姫路市と災害時の福祉避難所として協定を結んでいる。地域の祭り・児童合唱団活動等へ協賛金寄付を行い、地域の活性化に貢献している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>併設の地域包括支援センター等関係機関を通じて、地域のニーズを把握している。把握したニーズを、みやびの会議で検討し、地域へ場所の提供等を行っている。統括施設長が「大津まちづくり協議会」に参加し、民生委員・児童委員等と連携する機会を持ち、地域のニーズを把握する仕組みがある。地域包括支援センターと相互に情報交換を行い、デイサービスとしても、適宜、相談に応じている。行政・地域包括支援センター等を通じて、虐待事例等の受け入れに関する具体的なニーズを把握し、法人として対応した事例がある。「認知症予防教室」「介護技術講習会」「出前講座」等を実施している。上記の実施計画は、法人として特養の28年度事業計画書に明示している。</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。	a ・ b ・ c
<コメント> 利用者尊重について、法人の老人福祉事業の「基本理念」と、「職員の倫理」「行動規範」に明示し、毎年度初めの冊子配布と研修により、周知を図り理解を深めている。個々のサービスの標準的な実施方法を明示した介護マニュアルに、利用者尊重の姿勢が示されている。施設内職員研修の年間計画に「理念について」「人権意識について」を位置付けて、研修を実施している。利用者尊重への配慮については、年度末の「自己評価票」の接遇項目で自己評価を行っているが、上位者評価や対応には至っていない。		
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
<コメント> 「プライバシー保護マニュアル」「人権擁護マニュアル」「身体拘束廃止マニュアル」が整備されている。プライバシー保護・権利擁護については、「基本理念」「接遇」の冊子にも記載され、年度初めの配布と研修により内容の理解が図られている。フロアは十分な広さと利用者が自由に移動できる空間が確保されており、大きなテーブルを囲み思い思いに過ごせる快適な環境となっている。フロア内にある静養室はカーテンで仕切られプライバシーに配慮されている。契約時に契約書に基づいてプライバシー保護・権利擁護について説明説明を行い、利用者や家族に周知を図っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法については、「人権擁護マニュアル」に明示されている。		
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> 法人全体のパンフレットとデイサービスのパンフレットを作成し、地域包括支援センター等に設置している。法人理念を明示し、写真・図等を使用して事業所の内容や特徴をわかりやすく表している。利用希望者の見学に随時対応し、一部体験も交えながら丁寧な説明を心掛けている。パンフレットの内容は、法人で適宜見直している。ホームページの「みやび野日誌」は随時更新し、毎月発行している「大津みやび野デイ便り」もホームページで公開し、事業所の活動等について情報提供している。		
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> 利用開始時には、契約書・重要事項説明書・個人情報使用同意書に沿って、質疑応答を交えながら丁寧な説明を心掛け、書面で同意を得ている。特に質問が多い持参品と送迎については、別紙説明資料を作成し、わかりやすいように工夫している。意思決定が困難な利用者については、身元引受人への説明と同意の代行を契約書に定めている。		

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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用の終了時には、契約書・重要事項説明書の「契約終了に伴う援助」に沿って、利用者の状況や環境を勘案した必要な援助を行っている。情報提供の依頼があれば、主に、「フェイスシート」の書面で情報提供を行っている。利用終了後の相談窓口を、受付担当者として生活相談員を設置している。利用終了時に、「苦情・相談窓口」を記載した文書として重要事項説明書を提示し、相談担当者について説明している。</p> <p>利用終了後の相談方法や担当者を記載した文書を作成し、利用終了時に説明して渡すことが望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>年1回定期的に、利用者の満足に関する「利用者アンケート調査」を行っている。アンケートを集計した結果から課題を抽出し、職員会議で検討し、サービスに反映させている。アンケートの結果から、日課に運動プログラムを増やしたり、機能訓練に使用する器具・用具の購入した事例がある。現在は、居宅介護支援事業所が開催するサービス担当者会議への参加を、定期的な利用者・家族の満足度を把握する機会としている。</p> <p>事業所として面談・利用者会・家族会を実施する等、定期的に利用者・家族の満足度を把握する機会を設けることが望まれる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に、施設の苦情・相談窓口と行政機関その他苦情受付機関を明示し、利用者・家族に配布し、事業所入口に設置している。また、抜粋した掲示の中にも受付窓口が明示されている。意見箱の設置やアンケートの実施など、利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情の内容、処置の経過、処理結果、対応策・改善策を、「苦情処理報告書」に記録している。利用者・家族等へのフィードバックについても、報告書に記録している。苦情内容や解決結果などについては、事業報告書に記載し、苦情を申し出た利用者・家族等に配慮したうえで、ホームページで公表する仕組みがある。苦情については、月1回開催するデイ会議と3ヵ月に1回開催するリスク管理会議で共有し、再発防止とサービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>窓口と共に、苦情解決の仕組みをフローチャート等で、わかりやすく説明した資料の配布と掲示も望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に苦情や意見の受付窓口として、施設の苦情・相談窓口と行政機関その他苦情受付機関を明示し、利用者・家族に配布し、事業所入口に設置している。また、抜粋した掲示の中にも受付窓口が明示されている。応接室や地域包括支援センターの相談室等、プライバシーを確保しながら個別に相談できるスペースを設けている。</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>相談・意見の受付・対応について、施設共通の「相談対応マニュアル」を整備している。相談や意見を話しやすい接遇を「職員倫理」にも盛り込んで職員間で共有し、傾聴に努めている。意見箱の設置・年に1回の「利用者アンケート調査」「嗜好調査」を実施し、利用者の意見の把握に積極的に取り組んでいる。利用者から受けた相談や意見については、内容に応じて、家族やケアマネジャーにも連絡し、迅速な対応に努めている。対応経過については「居宅介護支援記録」に記録している。利用者からの意見にもとづき、運動プログラムの導入や浴室環境など、サービスの向上に反映させている。相談対応マニュアルの定期的な見直しは、今年度から予定している。</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>リスクマネジメントについて管理責任者は管理者とし、担当者は生活相談員として、体制を整備している。施設共通の「リスクマネジメント指針」「事故報告マニュアル」を整備し、事故発生時の対応について、事業所独自のフローチャートを作成している。ヒヤリハット報告書・事故報告書の提出により、事例の収集を積極的に行っている。ヒヤリハット事例については、全職員に月に1件以上の報告を義務づけ、事故予防に取り組んでいる。ヒヤリハット報告書・事故報告書の内容を月に1回デイ職員会議で共有・検討し、再発防止に取り組んでいる。毎月検討する事例を、3ヵ月に1回のリスク管理会議で実施状況や実効性を振り返る仕組みがある。施設内職員研修に位置付けて、「リスクマネジメントについて」「ヒヤリハットについて」の研修を行っている。</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>感染症対策について、管理責任者は管理者とし、担当者は看護師として、事務分掌に定めている。施設共通の「感染症対策マニュアル」を整備し、インフルエンザ対応については事業所独自のマニュアルを作成している。施設内職員研修に位置付けて、「食中毒について」「感染症について」の研修会を実施している。日頃から職員・利用者へ、うがい・手洗い・手指消毒を周知徹底し、感染症の時期には早期から職員のマスク着用を義務づける等、感染症の予防策を講じている。感染症の発生事例はないが、発生した場合には、看護師が中心となってマニュアルに沿った対応を行う仕組みがある。感染症対策マニュアルの定期的な見直しは、今年度から予定している。</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>施設共通の「災害マニュアル」を整備し、自然災害発生時のフローチャートは事業所独自で作成している。建物・設備等は、災害時にもサービス提供の継続するための対策を施設全体で講じている。職員の緊急時連絡網、利用者の緊急連絡先一覧を作成し、災害発生時の安否確認の方法が決められている。年4回、同一建物内の事業所合同で自主訓練を、利用者も参加して実施している。年に1回は、消防署と緊急通報訓練を実施している。建物の1階の厨房で食品の備蓄を行っている。飲料水・おむつ等は事業所で備蓄している。管理者（管理栄養士）を決め、備蓄リストを作成して年1回点検し管理している。</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
<コメント> 介護サービスについての標準的な実施方法が、各種マニュアルに文書化されている。施設共通のマニュアルを基本とし、事業所独自の部分は別途作成し追加している。器具や用具の違い等を踏まえた内容を追加して作成している。各種マニュアルには、利用者の尊重・プライバシー保護・権利擁護についての内容が明示されている。施設内職員研修に「介護技術研修」「食事ケアについて」を位置づけ、マニュアルに沿った内容で研修を行い周知徹底を図っている。 職員が標準的な実施方法にもとづいて実施できているかを確認する仕組み作りが望まれる。		
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)
<コメント> 各種介護マニュアルの定期的な見直しの実施には至っていない。 今年度から、定期的なマニュアルの見直しを行う予定である。見直しに当たっては、職員や利用者などからの意見や提案が反映される仕組み作りが望まれる。		
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
<コメント> 通所介護計画書の策定責任者を生活相談員とし、事務分掌に明記している。「福祉サービス実施計画書作成マニュアル」にアセスメント手法について明記され、サービス開始時に「初回時状態確認」を用いてアセスメントが実施されている。居宅サービス計画書の内容も勘案し、課題・ニーズを抽出し、通所介護計画書に明示している。支援困難ケースへの対応については、経過記録に記録している。 サービスの実施状況は、「通所介護実施確認表」「経過記録」に記録されているが、通所介護計画との整合性を明確にするには至っていないため、計画通りのサービス実施状況を確認できる仕組み作りが望まれる。アセスメントに関する協議や、通所介護計画書の策定を、部門横断した関係職員が参加して実施し、記録に残すことが望まれる。		
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
<コメント> 通所介護計画の見直しについて、緊急に変更する場合も含め、「福祉サービス実施計画作成マニュアル」と「契約書」に明記している。 通所介護計画書の内容を関係職員に周知する仕組み作りが望まれる。また、計画の評価・見直しに当たり、実施状況・目標の達成度の把握による計画の評価と再アセスメントにより、課題を明確にする仕組み作りが望まれる。		

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
<コメント> 利用開始時の身体状況や生活状況は「初回時状態確認」に記録し把握している。その後の状況は、6ヵ月毎に行うモニタリング結果を、モニタリングシートに記録し把握している。「記録マニュアル」を整備すると共に、「記録に関する研修」を実施し、記録内容や書き方に差異が生じないように取り組んでいる。朝のミーティング・「デイ日誌」・「経過記録」・生活相談員からの情報伝達のための連絡ノート・介護職員間の情報共有のための連絡ノート等を活用し、必要な情報が確実に届くように取り組んでいる。月に1回デイの職員会議を開催し、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を導入し、1日分の「経過記録」を毎日プリントアウトし、パソコン上だけでなく書面でも情報が確認できるように配慮している。 サービスの実施状況は、「通所介護実施確認表」「経過記録」に記録されているが、通所介護計画との整合性を明確にするには至っていないため、計画通りのサービス実施状況が確認できる記録の工夫が望まれる。		
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
<コメント> 個人情報保護規定に、記録の保管・保存・情報提供について定められている。諸記録全般の保全管理の統括者を管理者として、事務分掌に明示している。記録保管については、フロアの事務コーナーの戸棚のボックスの中に保管し、個人情報保護に努めている。毎年度初めの施設内職員研修で、法令順守・個人情報保護について研修を行い、記録の管理についても学んでいる。入職時の研修で、個人情報保護・守秘義務について周知徹底し、入職時、退職時に誓約書を交わしている。契約時に、利用者・家族に、「個人情報保護に関する方針」を説明し、「個人情報使用同意書」で同意を得ている。		

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

利用開始時に「初回時状態確認」を用いて、利用者の心身の状況や生活習慣、暮らしの意向等を把握している。把握した情報を基に通所介護計画書を作成し、意向とニーズに応じた支援を行っている。定期的には6ヵ月に1回モニタリングを行い、必要に応じて変更しながら、現状に即した支援に取り組んでいる。通所介護計画書に自立支援を盛り込み、自立に配慮した支援を行っている。習字・塗り絵・読書・作品作り・ドライブなど自発的な選択で行われている。ラジオ体操・個別リハビリ・健康体操・集団リハビリ・脳トレ・手芸等、機能訓練・レクリエーションに複数のプログラムを設け、また、習字クラブや音楽療法を定期的開催し、自立・活動参加への動機づけを行っている。施設の行事に家族や地域住民の参加があり、習字クラブ・音楽療法はボランティアの来訪で開催している。保育園児の来訪による世代間交流の活動を継続的に行っている。月1回ドライブ外出を行ったり、また、地域の作品展に利用者の作品を展示する等、社会参加の機会を設けている。各活動には、利用者個々の心身の状況や利用者・家族の意向を確認して参加できるように支援している。

「職員の倫理」、全職員に配布される「接遇」マニュアルに、接遇に関する法人の方針・コミュニケーションの重要性・対応の仕方・言葉遣いなどを明文化し、職員の理解と共有を図っている。毎年、年度初めに「接遇」マニュアルを配布し、施設内職員研修で学ぶ機会を継続的に設け、浸透と定着に努めている。難聴・失語症等、コミュニケーションに課題がある利用者については、ボードの使用・筆談・設問の工夫・表情や反応等による把握等、個別の支援方法を通所介護計画書に挙げて支援している。会話が不足しがちな利用者には、通所介護計画書にコミュニケーションへの配慮を挙げて支援している。利用中のコミュニケーションやアンケートなどで、意向や希望の把握に努め、申し送りノートで共有したり、内容に応じて通所介護計画に挙げて、支援に反映させるように取り組んでいる。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

「初回時状態確認」や「モニタリングシート」で利用者の状況や意向を確認し、一般浴槽・特殊浴槽等、個々に応じた入浴形態・方法を採用している。利用者の尊厳や羞恥心への配慮は入浴マニュアルに挙げ、支援に反映している。浴室入口のドアの外にカーテンを設置し、脱衣室内が見えないように配慮している。入浴を拒否する利用者については、通所介護計画書に、声かけや対応方法の留意点を挙げて支援している。浴室内の温度調節は脱衣所・機械浴室はエアコンで空調管理が行われ、パネル表示で確認している。一般浴室はパネル式暖房機で室温管理を実施している。湯温は温度調節されているが、入浴前に体感確認を行っている。入浴後の水分補給は日課として行い、水分チェック表に記録している。保湿クリームや軟膏の塗布は、家族の希望や医師の指示と持参があれば行っている。利用時にはバ

イタルチェックを行い、一般的には37℃以上あれば、家族等に連絡を入れ相談をして可否判断している。体温・血圧に特別に配慮が必要な場合には、個別の可否判断基準を通所介護計画書に挙げて判断を明確化している。浴槽は一般浴槽・坐位式の機械浴が用意されている。シャワーチェア・滑り止めマットが用意され、ベットも設置している。業務割り振りで職員の配置を行い、自力で入力できる場合でも安全のための見守りを行っている。感染症や、順番等入浴に対するこだわりがある利用者には、個別の配慮・支援を行うようにしている。事例があれば、連絡帳や送迎時に、入浴についての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

現在、排泄について自立している利用者が多いが、声かけや誘導が必要な利用者については通所介護計画に挙げて、支援している。支援が必要な利用者についても、トイレでの排泄を大切に介助を行っている。必要に応じて、誘導支援については「ケアチェック表」に、尿や便を観察した状態は「居宅介護支援経過記録」に記録を残している。利用者の尊厳や羞恥心への配慮は排泄マニュアルに挙げ、支援に反映している。フロアーに隣接した共用トイレが、男女各1個所設置され、さらに車いす使用時でも十分な広さのスペースのトイレも確保されている。個々の状態・状況に合わせた介助、見守りを行い、尊厳や羞恥心に配慮しながら実施されている。トイレ内は清掃が行き届き汚れ、臭気は感じられない。最新機能便器を設置し、暖房も完備されている。トイレの内外には手すりが設置されている。歩行は自立している利用者が多いが、常に見守りを行い転倒予防に努めている。車いす使用の利用者にはトイレ内の手すりやバーを利用し、適切な介助に努めている。ポータブルトイレやおむつ・パット等排せつ用品は、必要時に使用できるように準備している。事例としては少ないが、排せつ介助を行った場合は、皮膚の観察、必要時には清拭を行っている。ナースコールを設置する等、排せつの意向に迅速に対応できるように、配慮している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、排泄についての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

「モニタリングシート」で移動手段や移動状況を把握し、杖・歩行器・自走式の車椅子等も活用し、できるだけ自力で移動できるように、自立に向けた働きかけを行っている。リハビリ希望者には歩行訓練・体操やマッサージ・温熱機器等を使用し支援している。基本的には持参の福祉用具を使用し、点検や調整は各利用者の福祉用具の事業者が行っているが、利用中に気付きや利用者からの相談等があれば、ケアマネジャーに報告している。事業所で準備している福祉用具については、使用前に目視で確認を行い、不備があれば点検・修理等を適宜業者に依頼している。ナースコールの活用等、移動の要望に迅速に対応できるように努めている。各テーブルの間隔を広くとり、他の利用者の安全にも配慮している。広いフロアーはバリアフリーになっており、移動に支障をきたす物品などは整理され、安全に移動しやすくなっている。ほとんどの利用者は自身の福祉用具を使用しているが、車椅子・歩行器等利用者に合わせて福祉機器・福祉用具も準備されている。送迎時の配慮などは通所介護計画に挙げ、各利用者についての留意事項は、「送迎表」の「備考欄」に明示している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、移動・移乗についての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

使用前の点検・定期点検を含め、各福祉用具に必要なチェック項目に沿った点検を行い、点検の結果や修理・調整を記録に残すことが望まれる。

褥瘡予防マニュアルを整備し、施設内職員研修に位置付けて「褥瘡について」の研修を実施している。必要な利用者については、体位変換や姿勢の変換について通所介護計画書に挙げて支援している。皮膚の剥離が生じた場合等、必要時には、家族からの要請を受けて軟膏を塗布している。必要に応じて、通所介護計画に移動・移乗動作を2人介助で行うことを挙げて、傷や皮下組織のずれが起きないように支援している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、褥瘡予防についての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

利用者の希望や好み・季節・行事などを考慮して、法人三施設の管理栄養士が献立を作成し、毎月開催の管理栄養士会で検討している。嗜好調査の結果や月に1回の食事委員会の内容を参考に、利用者の希望や好みの把握に努めている。食器・盛り付けは工夫し、流動食であっても味を個々に楽しめるように配慮している。同建物の一階で調理・盛り付けした食事を配膳車で運び、汁物はシャトル鍋で保温してフロアで蓋つきの汁椀に入れ、冷めないように配慮されている。座席については、気の合った利用者同士が好みの場所で自由に食事時間が過ごせるように配慮している。安全に食事摂取ができるよう周囲に気を配りながら、食事介助の必要な利用者には1対1で職員が介助している。

「初回時状態確認」や「モニタリングシート」で利用者の食事形態・食事動作・嚥下状態等を把握し、利用者一人ひとりの現状に即した支援を行っている。自立支援・食事のペース・食事の座位など、個別の介助方法や・留意点については、通所介護計画に挙げている。施設共通の「緊急時対応マニュアル」を整備し、食事時の事故については事業所で使用する機械の使用法を含め、事業所独自のマニュアルを作成し職員に周知している。食事の摂取量は「サービス実施記録」に、水分摂取量は「ケア確認表」に回数で記録している。食事摂取量の減少が見られた場合等は、家族・ケアマネジャーに報告し、栄養士とも連携しながら対応を検討している。利用者の咀嚼・嚥下状態に応じた食事形態で提供し、現状に即して食事介助を行う等、経口摂取の継続ができるように支援している。事業所での食事量や、食事・水分摂取についての特記事項を連絡ノートに記載して報告している。その他、事例があれば、連絡帳や送迎時に、食事についての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

食前にはテレビビデオに合わせて体幹運動も取り入れた口腔体操を実施し、食事時の事故防止に努めている。フロア内の洗面台に口腔ケア液を設置し、希望者はうがいを実施している。口腔内チェックは行っていないが、歯や咀嚼に異常がある場合は家族に伝えている。今後口腔ケアを取り入れることを検討中している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、口腔ケアについての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

口腔ケアの自立度を把握し、利用者の課題に応じた計画作成・実施・評価・見直しを行う仕組み作りが望まれる。歯科医師・歯科衛生士の助言・指導を受けたり、施設内職員研修を行う等、口腔ケアについて学ぶ機会を設け、口腔状態・咀嚼嚥下機能の定期的なチェック等、支援に活かされることが望まれる。

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

「モニタリングシート」で、利用者の日常生活能力や残存能力の評価を6ヵ月に1回行っている。施設内職員研修の「認知症について」等で、認知症についての理解を深め、支持的・受容的な支援に努めている。週間行事計画に「清掃・洗濯物たたみ」を採り入れ、日常生活の中でそれぞれの役割が持てるように工夫している。外部研修受講により「4DAS」等、認知症ケアについての最新の知識・情報を得て、資料回覧により職員の共有を図っている。週間行事計画に多種のレクリエーションを採り入れ、利用者の状況に応じて個別・グループで継続的に活動できるように工夫している。抑制・拘束は行っていない。「身体拘束防止に関する指針」を策定し、やむを得ず実施する場合の手続きについても記載されている。事例はないが、必要があれば、併設の居宅介護支援事業所や認知症対応型デイサービスと連携し、家族支援のための社会資源を紹介する仕組みがある。施設で開催した「介護技術教室」「認知症予防教室」で情報提供を行っているが、個別に行った事例はない。連絡ノートや送迎時に、サービス利用時の様子を伝え、ケアについても家族との情報共有に努めている。事例があれば、連絡帳や送迎時に、認知症の理解やケアについての助言・情報提供を家族に行っている。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡している。

自然光が差し込む広い窓・落ち着いた色調の壁面・バリアフリーのフロア等、安全で落ち着ける環境になっている。2階フロア全体が開放的で、廊下伝いに自由に行き来ができ、閉塞感がない。エレベーターは事故防止のため、テンキー操作になっているが、階段は自由に使用している。施設玄関も開錠されている。洗剤などは蓋つきのコンテナに保管して、利用者の手に触れない場所に保管している。危険物は利用者の目にふれない場所に保管している。フロア全体は整理整頓され清潔である。移動の障害になるものはなく危険物も置かれていない。移動導線はバリアフリーになっており安全に移動できる。静養室にはベットを多数設置して、利用者の体調に合わせて自由に静養することもできる。トイレは男女のマークが表示され、わかりやすい工夫がされている。

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

一人ひとりに応じた「個別機能訓練計画」を作成し、実施状況を記録し、計画書の評価欄に評価を、アセスメント欄に再アセスメントを記載し、3か月に1回見直しを実施している。介護予防活動については、一人ひとりに応じた「個別機能訓練計画書」で計画を作成し、上記と同様の方法で評価・見直しを行っている。日課として、ラジオ体操・健康体操・個別リハビリ・集団リハビリを採り入れ、意図的な機能訓練・介護予防活動を行っている。また、状態や希望に合わせて一人ひとりに応じた計画を作成し、主体的に訓練できるように工夫している。機能訓練については、理学療法士が指導や助言を行っている。利用中の言動や様子に変化を察知した場合は、ケアマネジャーに報告し、認知症状の早期発見・早期対応につなげている。

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

送迎時に自宅での健康状態を家族に確認し、毎回利用開始時に全員のバイタルチェックを実施し、体調を把握している。体調変化時・緊急時はマニュアルに基づいて対応している。利用者の服用している薬に関しては看護師が個々の薬状書で確認しているが、研修は実施していない。体調変化時の対応はマニュアルはあるが、研修等は実施していない。利用者の服薬は看護師が配薬を行い、介護職員が服薬支援を行った後確認し、服薬チェック表で看護師が再確認している。利用者の健康状態は個々に看護師が記録している。迎え時に自宅での健康状態を家族に確認すると共に、送り時に利用中の健康状態を伝えている。利用開始時のバイタルに異常が認められる場合は再検を行い、必要時は帰宅前にも行っている。利用中に異変があった場合は、家族・ケアマネジャーに連絡・報告し指示を受けている。「健康管理マニュアル」を作成し、高齢者の健康管理・体調変化の早期発見のポイント・体調変化時の対応等について、研修の実施が望まれる。

法人統一の「感染症・食中毒予防マニュアル」を整備している。職員の自己管理を促し、体調の変化が見られた場合は休養・養生を勧めているが健康状態に関しては自己申告としている。職員がインフルエンザにかかった場合の対応方法は、「インフルエンザ出席停止期間早見表」に明示している。法人の費用負担制度があり、特養の医師による予防接種を実施している。また、個人的に接種した場合も法人が半額の負担をしている。感染症・食中毒予防については法人研修を受講し、欠席者には資料を渡し周知している。フロアの洗面台には消毒液を設置し、テーブル・手指・室内空間の消毒を行っている。食前はウエットティッシュで手指消毒をしている。玄関エレベーター前に手指消毒液を設置している。インフルエンザ等の流行期には消毒液を噴霧して蔓延・予防に努めている。

職員の健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握する仕組み作りが望まれる。職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法の文書化が望まれる。

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

建物・設備の点検は、外部の担当業者に委託して定期的に行い、快適性・安全性の維持に取り組んでいる。備品についても、故障・不具合・汚れなどがあれば、管理者から施設長に報告し、適宜対応している。バリアフリーのフロアには、多人数でも座れる大きな机が配置され、隣人に気兼ねなく余裕をもって過ごせるスペースがある。フロアの一角にマッサージ器・温熱機等を設置している。さらに、静養室にはベットを多数設置して、利用者の体調に合わせて自由に静養することもできる。フロアの一角のスペースや、静養室、応接室などで、読書や談話をしながら思い思いに静かに過ごせる場所も設けられている。横になって短時間休息できるコーナーも備えている。

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

利用者の状況については、定期的には連絡ノートと送迎時に、変化があった場合は、それに加えて電話で状況を報告している。利用者の状況など報告すべき事項があれば、送迎時に伝えたり連絡ノートに記載したり電話で伝達しているが、伝わりにくい家族については、ケアマネジャーにも連絡依頼をしたりFAXで報告する等、確実に伝達できるように工夫している。ケアマネジャーへの情報提供は主にFAXで頻回に行っており、家族の心身の状況についても送迎時等に気付きがあれば、ケアマネジャーに報告している。「初回時状態確認」の「日中の様子(他サービス時の様子)」の項目で、家族の介護負担についても把握している。施設合同で、認知症予防教室・介護予防教室を実施している。福祉用具についての相談を受け、ケアマネジャーに報告し購入につなげる等、家族が必要とする情報提供や専門機関との連携に努めている。
 家族に対し、サービスの説明したり相談を受けたり要望を聞く機会を、定期的にも設ける取り組みが望まれる。

A-9 サービスの適切な実施

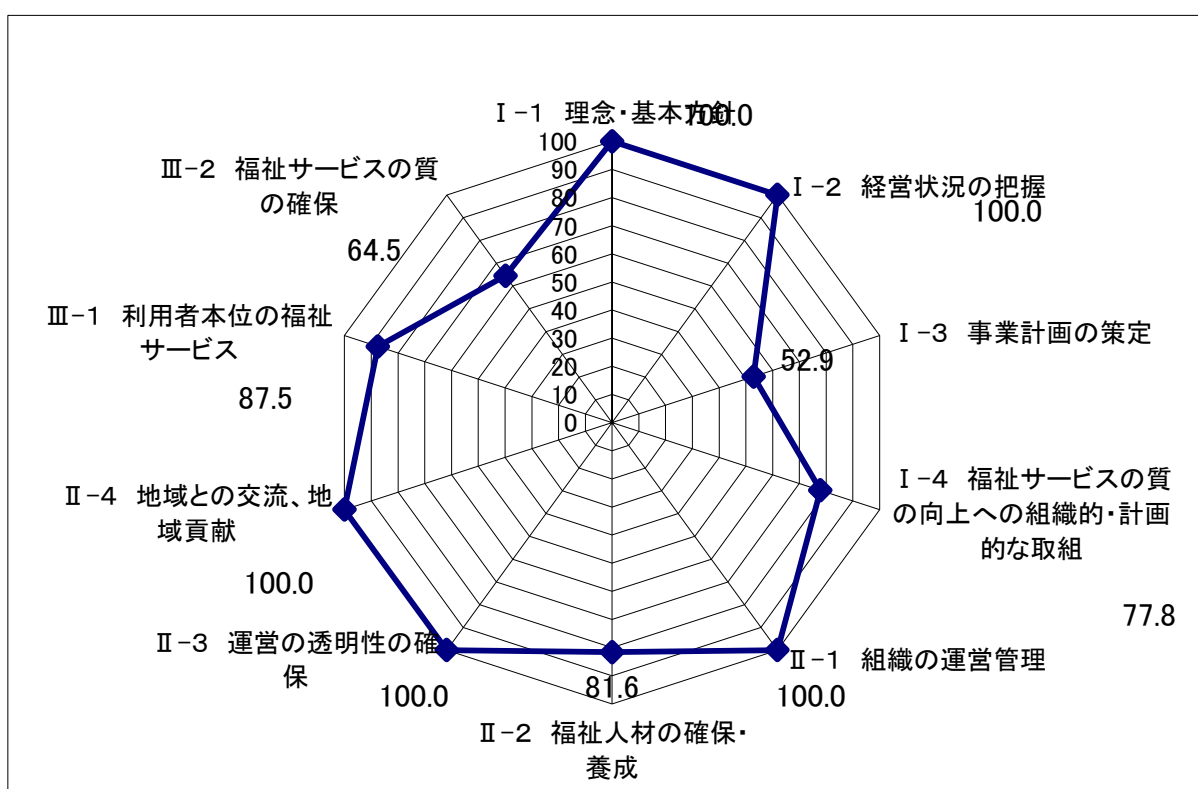
		第三者評価結果
A-9-①	サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

通所介護計画書の支援内容に、個別・具体的な実施方法や留意点が明示されている。
 意思疎通について、ホワイトボードの使用・筆談・ジェスチャー等、個別・具体的なコミュニケーションの方法が明示されている。
 食事について、個々の状態に応じた食事形態・持参の自助具を使用して自力摂取を進める等、個別・具体的な留意点が明示されている。
 入浴について、一般浴槽・特殊浴槽の使用、二人介助で行う、同性介助で対応する等、個別・具体的な介助方法が明示されている。
 排泄について、同性介助で対応する、下着・衣服の上げ下ろしを介助する、トイレでの移動・移乗方法等、個別・具体的な介助方法を明示している。
 身だしなみ・清潔保持について、衣類着脱や歯磨き等の自立支援など、個別・具体的な支援方法を明示している。
 機能訓練について、「運動機能向上計画書」「個別機能訓練計画書」を作成し、個別具体的な訓練方法を明示している。
 心理面については、不穏にならない入浴の誘導方法・座席への配慮など、個別・具体的な支援方法を明示している。

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	9	52.9
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 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	38	31	81.6
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	25	25	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	56	87.5
III-2 福祉サービスの質の確保	31	20	64.5



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	17	100.0
2 身体介護	42	41	97.6
3 食生活	22	18	81.8
4 認知症ケア	17	17	100.0
5 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
6 健康管理、衛生管理	16	12	75.0
7 建物、設備	6	6	100.0
8 家族との連携	8	6	75.0
9 サービスの適切な実施	7	7	100.0

