

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	種別： 通所介護
代表者氏名： 山本 勝也	定員（利用者人数）： 30 名
所在地： 兵庫県佐用郡佐用町志文5 1 5 番地	
TEL 0790-79-3145	ホームページ： <a href="http://www.sunhome-cat.jp">http://www.sunhome-cat.jp</a>
【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： 9 名 非常勤職員： 6 名
専門職員	(専門職の名称) 7 名
	介護支援専門員 理学療法士 介護福祉士
	介護福祉士 看護師 看護師
施設・設備の概要	(居室数) 1 (設備等) ホットリズ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」と「暮らし」を守り、個々のニーズに応じた援助を行うと共に地域社会に貢献することを目的とする。  
 (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。  
 (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とう。②家庭的な雰囲気を出そう。  
 ③花と動物に囲まれた明るい笑顔の輪をつくろう。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・理学療法士を配置し、専門的な機能訓練を実施している。
- ・男性の利用者様も参加しやすいように、日曜大工や季節に応じたしめ縄作り等のレクリエーションも取り入れている。
- ・祝日や休日に、ご家族のレスパイトケアへ配慮し、年中無休で営業をしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 28 年 8 月 16 日 (契約日) ~ 平成 29 年 1 月 20 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成28年 10月28日・11月7日
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成25年度)

## ⑥総評

## ◇特に評価の高い点

- ・事業所の運営  
施設の運営管理体制が確立しており、施設長（管理者）のリーダーシップの下、行政と協働関係を築き、中長期的なビジョンに基づいた運営が行われている。
- ・サービスの質の向上への取り組み  
事業計画の策定と半期毎の見直し・毎月の営業会議やQC活動での各種委員会活動・機能訓練やレクリエーションの充実・職員の資質向上等により、サービスの質の向上に継続的に取り組んでいる。
- ・家族との連携  
送迎時・面談時等に家族の意向・要望の把握に努めると共に、レスパイトケアを配慮し、年中無休で利用できる仕組みがある。
- ・職員の資質向上と働きやすい環境への配慮  
充実した研修体制、人事考課制度の導入、各種委員会活動・会議開催等により、職員の資質向上と連携に取り組んでいる。福利厚生・ワークライフバランスに配慮し、働きやすい環境づくりに努め職員の定着もよい。

## ◇改善を求められる点

\*QC活動として各種委員会を設置し、毎月の委員会活動の中でサービスの質向上に取り組んでいる。また、定期的に各種会議を開催し、職員参画の下、課題抽出を行い改善に取り組んでいる。今後は、定められた評価基準に基づいた「自己評価」を定期的を実施し、その結果から課題を抽出し、計画的に課題解決・改善に取り組む仕組み作りに期待する。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

デイサービスの評価を受けることにより、事業所評価だけでなく、サンホームみかづき全体との関わりや連携を見直す機会になりました。  
指摘や助言を頂いた箇所の整備を行い、利用者様が安心して過ごせるデイサービス作りをしていきたいと思えました。

## 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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「経営理念」「行動指針」「基本方針」を明文化し、ホームページ等に表している。「経営理念」は、事業所の使命・目指す方向等を明示し、「基本方針」は「経営理念」と整合性がとれ、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。「理念」「基本方針」は、入職時のオリエンテーション、毎年度初めの全体会議で説明し理解を深めている。また、毎日の朝礼時に唱和し、「行動指針」の中からその日の取り組みを具体的に宣言し、実践に反映できるように取り組んでいる。毎月開催する全体会議などでも、理念に立ち戻って検討する機会を設けている。重要事項説明書の「運営方針」の項目に、わかりやすく説明した形で明記し、契約時に説明し、利用者・家族の周知を図っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、行政機関等各種関係機関や法人内での会議・会合に出席し、また、インターネットなどで情報収集する等、社会福祉事業全体の動向の把握・分析に努めている。地域の介護保険事業計画等各種福祉計画の把握・分析に努め、また、それらの情報をもとに地域での経営環境や課題の把握を行い、中長期計画の策定に反映している。毎月開催する営業会議で、稼働率の推移やコスト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>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月開催する営業会議で課題等を明確にし、経営会議で役員間での共有を行っている。経営状況や課題について、内容に応じて全体会議で職員に周知し、職員が参画すべき課題解決については、事業所間で連携をとりながら改善に取り組んでいる。</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
<コメント>  地域の第6期介護保険事業計画等をもとに、「佐用町周辺地域 今後10年の動向について」として中長期計画を策定している。中長期計画に、「わかったこと」として現状や課題を、「対策（営業方針）について」として具体的な対策を明文化している。27年8月に策定し、定期的には3年ごとに、必要に応じて随時見直す予定である。		
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
<コメント>  事業所ごとに、単年度の事業計画を策定している。事業計画には、中長期計画の内容を反映した内容も含まれている。事業計画は、「経営計画」と「行事实施予定表」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。		
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
<コメント>  各事業所の事業計画は、年度初めの全体会議での発表と配布により、全職員への周知を図っている。6か月後に、デイサービスの会議で、各職種の職員が参加して進捗状況を確認し、営業会議で事業所ごとに中間期の報告と評価を行っている。年度末には1年間の評価を行い、事業報告書を作成し、次年度の事業計画の作成に反映している。		
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
<コメント>  事業計画の主な内容を「行事实施予定表」にまとめ、家族に郵送して周知を図っている。「行事实施予定表」には、ホーム内行事として「定例」「レクリエーション」「行事」を月ごとに明示し、利用者・家族に参加を促している。また、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も、月ごとにわかりやすく説明した資料になっている。事業計画の主な内容を、利用者や家族に直接説明する機会作りを期待する。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>QC活動として各種委員会を設置し、毎月の委員会活動の中でサービスの質向上に取り組んでいる。年に1回、「自己評価」を評価基準として自己評価を行っている。第三者評価は初回の受審である。 「自己評価」の項目別に評価を行っているが、評価結果を分析・検討するには至っていない。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ミーティングで、職員間で課題を共有し、課題解決に向けて取り組む仕組みがある。定められた評価基準に基づいた「自己評価」の結果を用いて課題を抽出し、計画的に課題解決・改善に取り組む仕組み作りに期待する。</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
<コメント>  管理者は、デイサービスの28年度経営計画を策定し、経営・管理に関する方針と取組みを明確にしている。また、「サンホーム通信」や「在宅新聞」の記述の中で、役割や責任について言及している。自らの役割や責任を、「職務権限表」「決裁権限」に文書化し、これらを「規程集」として事務所に設置し職員の周知を図っている。有事における管理者不在時は実務的には相談員が対応しているが、文書化するには至っていない。 有事における管理者不在時の、権限委任を文書等で明確にするとともに、報告ルートと共に指示ルートもチャート化しておくことが望まれる。		
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
<コメント>  管理者は、介護関係法令集・法人諸規定等を事業所に備付し、また、自身でも保管し理解に努めている。集団指導への参加や、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。管理者は相談員と共に、集団指導等の研修に参加し法令・コンプライアンス等を学んでいる。赤穂市老人福祉施設連盟主催の「社福法」改正の研修の参加を計画している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮を含む法令も理解している。デイサービス研修計画に沿って、研修を実施し、プライバシー、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について職員が学ぶ機会を設けている。		
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>  年間の事業計画に沿って「部門計画一進捗報告」書を作成し、サービスの質について3ヶ月毎に進捗度・達成度等を営業会議で報告している。3ヶ月ごとの振り返りを通じて、課題を抽出し、報告書に「今後の取り組み内容(方向性)」を明示している。月に1回営業会議・QC活動を開催し、管理者も参加している。職員会議で、職員の意見を把握して進捗をまとめ、進捗報告を行っている。内部研修は、常勤職員全員参加の全体会議の後で実施し、全員参加できるよう勤務時間調整を行っている。研修に参加出来なかった職員には、資料配布により周知を図っている。		
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>  毎月の営業会議に参加し、稼働率・収益・人件費率等の分析を行っている。職員の適材適所に向けた体制づくり、時間単位の有給取得促進、個別の勤務時間調整等に取り組むとともに、ハード面でもデイサービス専用トイレや作品保管用倉庫の設置等に取り組んでいる。経営会議→デイ職員会議→ミーティングで業務改善等について職員に伝達事項を周知し意識づけを行っている。経営・業務改善等について検討する営業会議・課長会議等が開催され、管理者も参加している。		

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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>28年度みかづきエリア事業計画で、「優秀な人材の確保・育成・定着」を掲げスタッフへのコーチングを明示し、これを基にみかづきデイエリア事業計画でも人材育成を挙げている。指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にし、これに加算要件を加味した「人員体制表」を作成して課長会に提出している。介護職員初任者研修への参加、認知症介護実践者研修への参加、介護福祉士資格取得を奨励し、計画的に人材育成を進めている。学校訪問・就職フェアへの参加・ハローワークやホームページの活用等で採用活動を行い、また、「職員紹介制度」を採り入れ、効果的な人材確保に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サンホームみかづき経営理念の行動指針に、5項目の期待する職員像を掲げ、毎日朝礼時に唱和している。人事考課制度を採り入れ、「人事考課規程」の中で人事基準を明確にしている。人事考課規定は、オリエンテーション時に説明し、規程集として誰でもいつでも見れるよう事務所内に設置している。上位者評価が公平に行えるよう、考課者訓練を実施している。人事考課制度の仕組みの中で、各職員が目標を設定し、半期ごとの自己評価・一次考課・二次考課・管理者のフィードバック面接を実施し、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。他事業者の採用広告・ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価・分析を行っている。個別面談等で把握した意見等を参考に改善策を検討し、エリア責任者会議に提案し検討する仕組みがある。「キャリアパスフレーム表」で昇格のための資格要件を定めており、将来の姿を描く仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「職務権限表」で、人事・労務管理に関する業務分担を明確にし、分掌事項に応じて責任体制を定めている。時間外勤務については、タイムカードでチェックし、管理者が公休残・有給取得状況を管理し、法人本部へ報告している。健康診断・腰痛検査を、定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、法人が費用を負担して、全員に接種を義務づけている。法人として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。管理者が相談窓口となり個人面談を行う機会を設け、職員が相談しやすい工夫を行っている。時間単位有給制度・健康食品の設置・研修旅行等を職員の希望により採り入れている。時間単位有給等柔軟な勤務体制を採り入れ、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。時間有給や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・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、この1年常勤職員の退職はなく職員の定着率も良い。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  人事考課制度の仕組みの中で、3等級までは「目標カード」4等級以上は「目標シート」で目標を設定し目標管理を行う仕組みが構築されている。施設長と年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。取り組み内容等個別の目標項目に沿って期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  法人の行動指針として明示している5項目の期待する職員像に沿って、組織が目指す期待する職員像を人事考課シートで明確にしている。「人員体制表」に、組織が職員に求める理学療法士・生活相談員等の専門職種、資格を職員体制として明示している。研修計画に沿って研修を実施し、内部研修は研修復命書、外部研修は出張復命書を作成している。年度ごとに、研修履歴一覧表を作成し、外部研修受講機会の公平性確保に努めている。事務部門で、復命書の感想・成果を集計・分析・評価を行い、定期的に計画やカリキュラムの評価、見直しを行っている。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  資格別リストを作成し、専門資格の取得状況を把握し、経験年数等は別表で把握している。新任職員には、オリエンテーションマニュアルに沿ってオリエンテーションを実施し、基準時間表を作成してOJTを実施し、チェックシートで習熟度を確認している。3等級以下の職員には「スキルアップ確認シート」で習熟度を自己評価し、到達度を上司が評価している。法人として「職種別研修計画」を作成して職種別の研修機会を設けている。一般的な外部研修については、「全体ノート」・掲示板で情報提供し、専門職種限定の研修については対象者に参加を促している。内部研修は正職全員参加の全体会議の機会に実施し、外部研修は出張扱いとし、時間外手当や受講費用の支給する等、研修に参加できるように配慮している。		
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」を作成し、受け入れの意義として「地域への貢献と次世代の福祉を担う人材の育成」を謳っている。受け入れ担当部署・責任者、受け入れ時の確認事項や利用者・家族の承諾等を明示している。今年度の実習生受け入れの事例はないが、要請があれば介護福祉士は養成校のプログラム、社会福祉士は「相談援助プログラム」に沿って実施する仕組みがある。法人として介護福祉士、社会福祉士の指導者研修受講者がいる。今までの事例では、実習時には指導者研修受講者が実習担当者に指示指導等を行い、介護実習評価表を作成している。養成校生に対する実習事例では、実習期間中に養成校の指導教員の巡回指導があり、中間・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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念・基本方針、決算情報を掲載し公表している。また、町内の全戸に配布している「サンホーム通信」にも決算情報を掲載している。「サンホーム通信」では介護予防教室、オレンジカフェ等、「在宅新聞」では安眠体操案内等事業所の取り組みを掲載している。ホームページで行事等事業所の取り組み、第三者評価の受審等を公表している。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、一部を抜粋して玄関に掲示している。第三者評価の受審結果はWAMNETで公表している。ホームページに、理念・基本方針等を掲載し、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ている。サンホーム通信や在宅新聞に、事業所の活動内容等を掲載し地域に配布している。介護予防教室や生きがいデイサービスの案内状を、新聞折り込みで配布している。また、防災無線を活用している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>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事務所内に設置している。職務権限表で役割、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(会計事務所)、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、営業会議で管理者等に報告されている。法人及び事業会計状況等について、監事が定期的にチェックを行い、内部監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。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等に関する報告・指導を受け、コスト削減、人件費の改善等に向け取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念の中で「地域社会に貢献することを目的とする」を掲げ、重要事項説明書の運営指針にも明示している。また、みかづきエリア事業計画書にも地域貢献を明示している。町の広報誌を施設玄関に設置し、また、防災無線を活用して情報提供している。利用者が作品を出展している地域の文化祭に職員が付き添って出かけている。ひまわり祭りは送迎ルートを延長して鑑賞している。サンホーム夏祭りには、防災無線の活用や地域に案内チラシを作成して地域住民に参加を呼び掛けている。保育園児との交流機会も設けている。配食サービスや24時間見守りサービス等の利用を推奨している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービスで、ボランティア喫茶・トライやるウィーク・小学生の福祉学習体験等のボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルを作成し、作業時の実行手順等を定めている。ボランティア受け入れ簿を作成している。ボランティア受け入れ簿記入時に、マニュアルに沿って守秘義務等を口頭で説明している。トライやるウィーク、福祉学習体験等を受け入れている。</p> <p>「ボランティア受け入れマニュアル」で、ボランティア受け入れに関する基本姿勢や地域の学校教育等への協力についての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
<コメント>  病院・居宅介護支援事業所・行政機関・警察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事務所に設置している。病院については、送迎表に電話番号も併記し職員間で共有を図っている法人として、佐用町介護サービス事業者連絡会や佐用町社会福祉法人連絡協議会に参加し、兵庫県老人福祉事業協会デイ部会に加入している。定期的に、施設長等を対象にした研修に参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。デイサービスに関連する事項はデイサービス事業所に伝えている。ケアマネージャー主催のサービス担当者会議等で連携を図りながらデイサービス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。		
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
<コメント>  事業所のスペースを活用して、納涼祭、ちびっ子との交流会を開催し、地域住民との交流を図っている。オレンジカフェ（認知症カフェ）、介護予防教室を開催し、「在宅新聞」での案内、防災無線の活用等で地域へ参加を呼び掛けている。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支援活動を行い、相談内容を「相談受付簿」に記録として残している。施設として、町と福祉避難所の協定を結んでいる。法人として、花火大会等地域行事への協賛、配食サービスを行い、地域の活性化に貢献している。		
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
<コメント>  オレンジカフェ、介護予防教室開催時にアンケートを実施し、地域の福祉ニーズの把握に努めているオレンジカフェ、介護予防教室、生きがいデイサービス等で地域住民のための相談支援活動を行い、相談内容を「相談受付簿」に記録として残している佐用町介護サービス事業者連絡会や佐用町社会福祉法人連絡協議会等との関わりによりニーズの把握に努めている。地域見守り事業の実施により、地域住民に対する見守りや配食サービスを実施している⑥地域見守り事業、配食サービスについて、法人・特養の各事業計画に明示している。 2年に1回程度、民生委員が見学に来訪する機会はあるが、定期的な会議を開催する等、民生委員等とも連携する機会を設け、地域の福祉的ニーズの把握に努めることが望まれる。		

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
<コメント> 経営理念・基本理念に利用者尊重を明示し、周知を図っている。職員の理解と実践のため、「行動指針」や「職員ころえ」に利用者尊重の姿勢を明示している。介護マニュアル「作業標準書」にプライバシー保護を明記し、サービスの実践方法に反映している。年間計画に位置付けて、「プライバシー・倫理・法令順守」「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」研修を、定期的・継続的に実施している。「身体拘束廃止委員会」を設置し、毎月の開催で尊厳・人権の保持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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「個人情報保護規定」「個人情報保護に関するマニュアル」を策定し、その中でプライバシーについても言及している。「身体拘束等行動制限についての取扱要領」を策定しているが、「高齢者虐待防止」についてもマニュアルの策定には至っていない。年間計画に位置付けて、「プライバシー・倫理・法令遵守」「身体拘束廃止・高齢者虐待防止」研修を、定期的・継続的に実施している。フロア内には、自由にくつろげる和室やソファ・椅子が用意されている。体調に応じてベッドで静養でき、パーテーションを使用しプライバシーにも配慮されている。契約時に、契約書に沿って利用者・家族にプライバシー保護と権利擁護に関する事業所の姿勢を説明している。委員会・研修・職員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。不適切な事例が発生した場合の対応については、規程・マニュアルに明示している。 「高齢者虐待防止」についてのマニュアルを策定し、職員の周知を図ることが望まれる。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> パンフレット、広報誌、在宅新聞、オレンジカフェや介護予防教室の案内等を、町役場や居宅介護支援事業所等関係機関に設置し、利用希望者に情報を提供している。広報誌・在宅新聞・案内は、町内全戸に配布もしている。上記資料は、写真や絵を使用して、またわかりやすい表現に配慮している。利用希望者には見学や体験利用を勧め、案内しながら質問等も受け、丁寧な説明を心がけている。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。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> サービス開始時には、生活相談員が自宅を訪問し、契約書・重要事項説明書・同意書に沿って説明し、文書で同意を得ている。説明にあたっては、重要事項説明書の料金や機能訓練Ⅰ・Ⅱ等、一般的に質問が多い項目については、具体的なわかりやすい説明を心がけている。意思決定が困難な利用者を含め、基本的には立会人の同席を求め、適正な説明と運用を図っている。料金表や持ち物リスト、可算の種類と内容等必要な項目については、わかりやすいように工夫した資料を用いて説明することが望まれる。		

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>&lt;コメント&gt;</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っているが、文書を手渡してはいない。</p> <p>サービス終了後も、組織として利用者・家族が相談できるように、相談窓口を記した文書を、終了時に手渡すことが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足を把握する目的での、調査や個人面談、利用者会・家族会等を定期的に行うには至っていない。利用者満足を把握し、把握した結果の分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行う仕組み作りが望まれる。</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 ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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。受け付けた苦情については、「苦情受付簿」に記録し、利用者・家族へのフィードバックも記録している。苦情についての公表は行っていない。苦情については、職員会議・定例ミーティング等で共有しサービスの向上に努めている。苦情を申し出た利用者・家族に配慮した上で、苦情内容や解決結果等を公表する方法を検討することが望まれる。</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。	a ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書の苦情受付窓口を相談受付窓口とし、重要事項説明書の配布と玄関への掲示を行っている。玄関横に面談スペースを設けたり、和室にも個別に相談できるスペースを確保している。</p> <p>苦情に限らず、利用者が相談・意見を伝える際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「苦情対応マニュアル」を「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回見直している。玄関横に大きな意見箱を設置し、意見を把握できるように取り組んでいる。受けた相談については、対応も含めて「利用記録」の特記欄に記録している。現在は、利用日の増減・内容の変更等、利用に関する個人的な意見・相談事例であるため、ケアマネジャーと連携しながら個別に対応している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者は施設長とし、事故防止委員会を設置している。「事故発生防止のための指針」「急変時・事故発生時対応体制」を作成し、手順をフローチャートで明確にしている。事故報告書・ヒヤリハット報告書により、事例を収集している。事故事例・ヒヤリハット事例は、事業所では職員会議で共有し再発防止に努めている。施設では、毎月の事故防止委員会で、1カ月事故・ヒヤリハット事例を報告し再発防止に努めている。年に1回、1年分の事故・ヒヤリハット事例をデータ化・分析し、全体会議後の研修で共有している。施設内研修で「事故発生防止研修」を実施している。</p> <p>職員会議で事故事例の再発防止策を検討した後、実施状況や実効性について、一定期間後の職員会議で評価・見直しする仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策については、担当者を看護師、責任者を施設長と定め、「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」を作成し、年に2回「感染症研修」を実施している。インフルエンザ等の流行時期前には、うがい・手洗い・健康管理など予防策を記載した文書の掲示・予防接種の確認・オゾン発生装置等、感染症予防に取り組んでいる。感染症にかかった場合は、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。マニュアルは、年に1回定期的に見直している。</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やっている。	(a) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「防災計画内部規定」に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、防災計画を策定している。利用者の緊急連絡先を複数把握し、職員が手分けして安否確認を行うように定めている。職員の安否確認については、職員緊急連絡網を用いて行うことと定めている。災害備蓄品リストで、水・非常食等の備蓄品が3日分、栄養士によりバックヤード等で保管・管理されている。消費期限前には、利用者へ提供される等、定期的な入れ替えが行われている。佐用町と「防災協定」を結んでいる。防災計画に基づき毎月訓練を実施し、年に2階は消防署の立ち合いがある。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  サービスの標準的な実施方法を、各種介護マニュアルに、「実行手順」「急所」「急所の必要性」として具体的に文書化している。プライバシー保護については、「急所の必要性」欄に明示している。入職時研修で、標準的な実施方法を個別に指導している。「スキルアップ確認シート」を用いて年に1回自己評価・上位者評価を行い、その中で介護技術についても習熟度を確認する仕組みがある。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント>  介護マニュアルは、年度初めに、相談員・介護主任・機能訓練指導員で、定期的に検証・見直しを行っている。 検証・見直しにあたっては、個別のサービス計画書の内容や、職員・利用者からの意見・提案を反映させ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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント>  通所介護計画策定の責任者を相談員としている。フェイスシート・ケアマネージャからの情報をもとに、アセスメントを実施している。通所介護計画書作成時は、相談員・介護職員・機能訓練指導員・看護師等関係職員の意見を聞き、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て、計画通りにサービス実施できたかを確認する仕組みを構築し、「モニタリング実施記録」の「実施状況」欄に明示し、ケアマネジャーにも報告している。支援困難ケースへの対応については、「利用記録」に記録している。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント>  通所介護計画書は定期的には6カ月毎に見直しを行っている。見直しに当たっては、計画内容を変更する場合は、ケアマネジャーとも連携し、課題を明確にしている。 「緊急に変更する場合」を含め、見直しの時期・検討会議・利用者の意向確認・同意等、「通所介護計画の見直し」の手順を、フローチャート等を用いて、明確にすることが望まれる。その中に、変更した計画内容を職員に周知するの手順も入れることが望まれる。		

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>(b)</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用時の利用者の身体状況や生活状況は、「利用記録」「健康チェック」に記録して把握している。「利用記録」は、介護主任・介護副主任が毎日確認し、不備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、連絡帳の活用により、必要な情報が的確に共有できるようにしている。職員会議、定例ミーティングを月に1回開催し、部門横断での情報共有を行っている。共有が必要な情報は連絡帳に記載し、確認印により、回覧と周知を確認している。サービスの実施状況は「利用記録」に記録しているが、通所介護計画に基づくサービスの実施が明確になる記録の工夫が望まれる。</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。	<b>(a)</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</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、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施設長と定めている。「プライバシー・倫理・法令順守に関する研修」で記録管理についても研修を行っている。入職時には守秘義務に関する誓約書を交わし、オリエンテーションや施設内研修で個人情報保護について継続的に学ぶ機会を設けている。契約時に、契約書・重要事項説明書・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ている。</p>		

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

<p>利用開始時に利用者の心身の状況、ADL等を把握し、「フェイスシート」に記録している。把握した利用者の意向は「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。「職員のこころえ」に自立支援を挙げ、また、「通所介護計画書」にも位置付けて、自立に配慮した支援を行っている。「行事实施予定表」の「ホーム内行事」に多種多様なレクリエーションや行事を盛り込んで、利用者の自立・活動参加への動機づけを行い、希望に応じて参加できるように取り組んでいる。月2回のオレンジカフェや、クリスマス会・納涼祭等施設行事、マジックショー・音楽等イベントには、家族・ボランティア・地域住民の参加や協力を得ている。外出訓練での買い物外出、また、文化祭への出展等で、社会参加の機会も設けている。活動の参加については、利用者・家族の状況や意向を確認し支援している。</p> <p>コミュニケーションの重要性や留意点を「職員こころえ」の「利用者との接し方」の項目に詳細に記載し、職員に周知し支援に取り組んでいる。利用時や送迎時に聴きとった思いや希望は、朝のミーティングで共有しケアに生かしている。また、内容に応じて、週1回のカンファレンスで検討し、ケアや通所介護計画に反映している。意思伝達の困難な利用者には、ジェスチャーや口の動きで表現したり、ボードで筆談する等、個別の伝達方法を工夫してコミュニケーションに努めている。「新任研修」、及び、施設内研修の「プライバシー・倫理・法令に関する研修」等で、言葉遣いや接遇に関する研修を行っている。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。食事やお茶の時間、また、入浴時など、利用者個々に話せる機会作りに努めている。</p>
--

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

## 特記事項

利用者個々の入浴についての自立度と入浴形態を、「フェイスシート」「アセスメントシート」に明記し、課題があれば「通所介護計画」に挙げて支援している。入浴介助時のプライバシー保護については、「入浴介助マニュアル」の「急所の必要性」欄に明示している。入浴を拒否する利用者については、声かけやタイミングを工夫して対応している。担当者を決め、湯温や備品の確認をしている。脱衣室や浴室等、担当者が入浴30分前にはエアコンを入れ室温管理されている。入浴後の水分補給は日課とし、お茶やレモン水等希望に対応している。スキンケアについては、利用者、家族からの依頼があれば実施している。「日常生活での観察」マニュアルの中で入浴の可否の基準値を設定し、超えた場合は再検することになっている。機械浴、リフト浴（ホームイス）、一般浴、個浴（家庭浴槽）等の設備が用意されている。シャワーチェアや手すり等介護機器が用意されている。床は全面に滑り止めクッションを入れ、転倒時の工夫もされている。自力で入浴できる場合でも安全のための見守りを行う職員配置になっている。入浴順の希望があれば、対応している。感染症の事例はないが、あれば入浴順に配慮することとしている。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。

利用者個々の排泄についての自立度・尿便意・用具を、「フェイスシート」「アセスメントシート」に明記し、課題があれば「通所介護計画」に挙げて支援している。「一覧表」に介助方法を明記し、トイレでの排泄を大切にした自立支援を行っている。排泄介助については、「利用記録」にチェックし、特記があれば記録している。個々の状態・状況に合わせた見守りや声かけで自立を促し、パーテーションの使用等介助方法を工夫し、尊厳や羞恥心に配慮されながら実施されている。介助時のプライバシー保護については、「排泄介助マニュアル」の「急所の必要性」欄に明示している。言葉使いに気を配り見守りや声かけが実施されている。排泄後汚染した際には、速やかに清掃されている。手指の汚染にはトイレ内設置のポンプ式アルコールを用い、衛生面や臭気に配慮し、清潔保持されている。トイレ内はエアコンが設置され便座等保温し、適切な環境に配慮されている。トイレ内の転倒を防止するために手すりの設置がされ、個々の利用者に合わせて介助により安全が確保されている。排拙用具は持参であるが、必要時に使用できるように各サイズを準備している。おむつ交換の事例は少ないが、排泄介助時には、皮膚の観察・必要時には清拭を行っている。自立の利用者が多いが、フロアの職員が利用者の排泄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。

利用者個々の移動・移乗についての自立度・手段を、「フェイスシート」「アセスメントシート」に明記し、課題があれば「通所介護計画」に挙げて、できるだけ自力で移動できるように支援している。基本的には持参の福祉用具を使用し、デイサービス利用中は手引きや手すり移動を促し、自立に向けた働きかけを行っている。各利用者の福祉用具が心身の状況に合っているかは、理学療法士が確認している。事業所の福祉用具に不備がないかは、使用前に点検している。職員が利用者の状況を確認しながら、移動の要望に迅速に対応できるようにしている。移動しやすいよう全フロアがバリアフリーになっており、テーブルや椅子等の配置や、移動導線には物を置かないなど細やかな配慮が見られる。車椅子や老人車（シルバーカー）・歩行器・杖等準備され整備されている。送迎時の個別の留意事項については、申し送りノートで共有している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、移動・移乗、また、福祉用具についての助言・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。

褥瘡予防マニュアルを作成している。必要な利用者については、体位変換や姿勢の変換を「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持参した軟膏を看護師が入浴後に塗布している。傷や皮下組織の損傷が起きないように、必要に応じて、機械浴の使用や、2名介助で支援している。施設内研修で「褥瘡予防に関する研修」を、年2回実施している。現在までに事例がないが、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う仕組みがある。必要に応じてケアマネジャーにも、報告・連絡する仕組みがある。

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

献立は施設の管理栄養士が利用者の希望や好み、季節や行事に考慮して作成している。月に1回、施設全体で給食会議を開催し、デイサービスからも職員が参加し、利用者の希望や好みを伝えている。料理に合わせた陶器を使用し、陶器が持てない方へは軽く深めの器を用意し提供されている。盛り付けにも季節の物や色合い等工夫し提供されている。テーブル席に着かれた後食事の準備を開始し、ご飯やお味噌汁も都度用意され、適温での食事提供が実施されている。利用者・職員ともお互いの声かけにより周囲の雰囲気作りを工夫されている。給食会議で、利用者様の意見を取り入れたり、新メニューや味付け・見た目の検討がされ、献立に反映されている。利用者の意向を尊重し、座席は自由にしている。仲の良い方でお鍋を囲んだり、男性が料理をしていると利用者様から声を掛けられたりと、和やかな雰囲気の中、利用者様の意向にそった配慮がされている。

食事形態(主食・副食)・自立度を、「フェイスシート」「アセスメントシート」に明記し、利用者の状況に応じた食事形態で食事を提供している。現在は利用者の大部分が食事について自立の状態であるが、介助が必要な場合は、「通所介護計画」に挙げて各自のペースで安全に食事ができるように自立支援している。利用者の能力に合わせた補助具や器が使用され、利用者に合わせて声かけをし、存在能力を生かしながら支援されている。利用者の能力に合わせた食事形態や介助をし、自己摂取可能な方へは声かけをしながら存在能力を引き出し、利用者が「もういらない」と満足されるまで利用者のペースに合わせた支援がされている。ミキサー食やキザミ食等、利用者様の嚥下機能に合わせた食事形態の提供や、車椅子の角度等、座位の工夫に配慮されている。

車椅子を利用する利用者も、食事中は車椅子からテーブルへの移動を勧める等、嚥下しやすい姿勢に配慮している。「緊急時対応マニュアル」の「のどに詰まった時の応急処置」の中に、介助方法や・留意点について明記している。27年度は言語聴覚士による研修を実施し、誤嚥事故予防に努めている。食事の摂取量は「健康チェック表」「利用記録」に記録し連絡帳にも転記している。また水分摂取は「利用記録」にチェック欄を設けている。食事摂取量の減少が見られた場合等は、栄養士からケアマネジャーや家族に報告し、連携しながら対応している。利用者個々の咀嚼・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。持参された高カロリー食やゼリーを提供する場合もある。事例があれば、連絡帳や送迎時に、食事・水分摂取等についての助言・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。

利用者個々の口腔ケアについての自立度・義歯の有無を、「フェイスシート」に明記し、課題があれば「通所介護計画」に挙げて、実施・評価・見直しを行っている。嚥下体操や食前口腔体操が実施されている。利用者の状況に応じて、口腔状態・咀嚼嚥下機能のチェック、口腔ケアを行っている。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。職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施することが望まれる。

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

利用者の日常生活能力・残存能力は、「アセスメントシート」を用いて、3ヵ月に1回行っている。利用時に毎回、帰宅願望があり不穏状態になる利用者への対応について等、「利用記録」に状態と支援状況を記録し、症状に合わせたケアを行っている。「職員のこころえ」の「利用者との接し方」に支持的・受容的な対応を明示し、共有と実践に取り組んでいる。食後の下膳やレクリエーション準備等、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。外部研修で、認知症ケアについての最新の知識・情報として、新しい認知症スケールを学び、全体会議で伝達している。徘徊・異食等が見られる利用者について、心療内科の嘱託医に相談し支援に反映している。「事業実施予定表」に多種のレクリエーションや行事の機会を設け、利用者の状況に応じて個別・集団で継続的に参加できるように支援している。抑制・拘束の事例はない。「身体拘束防止に関するマニュアル」を策定し、やむを得ず実施する場合の手順きについても記載されている。身体拘束廃止委員会も設置されている。認知症高齢者の家族支援のための「オレンジカフェ」の開催について、「サンホームみかづき在宅新聞」等で、家族に紹介している。事例があれば、連絡帳や送迎時に、認知症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。また、サービス利用時の様子は、送迎時の報告や連絡ノート、「サンホーム通信」等で家族に伝え、家族との共有に努めている。

フロア内には、ソファや椅子・和室等が用意され自由にくつろげる場所となっている。移動しやすいよう全フロアがバリアフリーになっている。テーブルや椅子等の配置も工夫され、移動導線には物を置かないよう配慮されている。ハサミやカッター等、事務室や和室の鍵のかかるデスクの中に保管されている。使用する際は、職員見守りの中、一緒に使用されている。テーブルや配膳棚等整理整頓され、職員による見守りが実施されている。物作り(干支等)する際には、そばに寄り添い見守りしながら実施されている。移動導線のバリアフリー、テーブルや椅子・ソファの配置・テレビ等、安全で落ち着ける環境が整備され、安心して過ごせるよう工夫されている。くつろいだり作業をするスペースとして利用される和室は、ふすまで仕切られたり開放されたりと、一目でわかるよう工夫されている。

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

「個別機能訓練計画書」を作成し、「利用記録」「提供経過記録」に実施を記録し、3ヵ月毎に評価を行い、定期的に見直しを行っている。介護予防活動については、「運動向上機能訓練計画書」を作成し、「利用記録」に実施を記録し3ヵ月毎に評価・見直しを行っている。軽体操・レクリエーション・口腔体操・外出訓練・移動等、デイサービスの活動の中で意図的に機能訓練・介護予防活動を行っている。リハビリコーナーをつくり、平行棒・昇降階段・U字型平行棒等を設置し利用者が主体的に訓練を行えるように工夫している。利用者の状況に応じて、理学療法士・看護師の指導・助言を受けている。機能訓練中等に認知症状を察知すれば、理学療法士から生活相談員に報告し、生活相談員からケアマネジャーに報告している。

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

利用日には朝の健康チェックを行い、体調変化の早期発見に努めている。体調変化に気づいたときは、「事故発生対応体制マニュアル」のフローチャートにもとづいて対応している。利用者の服薬については、持参した薬を看護師が配薬を行い、介護職員が服薬支援を行っている。利用者の健康状態は、「健康チェック表」「利用者記録」に記録している。送迎時に、その日の体調等について家族に確認し、朝のミーティング・「申し送りノート」で職員間で共有している。利用開始時に朝の健康チェックを行い、必要に応じて、再検や終了時のチェックを行っている。異変があった場合には、家族・ケアマネジャーに連絡・報告し指示を受け対応している。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。

感染症・食中毒に対する予防対策や発生時の対応についてマニュアルが整備されている。マニュアルに、職員・職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を文書化している。インフルエンザ等必要な予防接種については、施設が費用負担して職員全員が接種している。施設内研修で「感染症研修」を年2回実施し、外部研修でも学ぶ機会を設けている。玄関や洗面台・トイレ内等に、手指消毒液（ポンプ式アルコール）等を設置し、家族・来館者に呼びかけを行っている。職員の健康状態を、日常的にチェックし把握する仕組みづくりが望まれる。

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。壁は白・床は木目調の落ち着いた色に統一され、テーブルも利用者様に合わせた高さのものを用意し、落ち着ける雰囲気作りに配慮されている。和室を開放したり、フロア隣に図書があり、自由に過ごせるような設備に配慮されている。顧客満足度調査や意見箱・個々の要望を聞き取り、家庭での普段の生活通り、暮らしやすい環境作りの工夫がされている。⑥自由にくつろげる和室やソファ・椅子が用意され、気分がすぐれない時にはベッドが用意され、環境に配慮されている。

備品についても、故障・不具合・汚れなどがあれば、管理者から報告し、適宜対応しているが、定期的な点検には至っていない。備品について定期的に点検する仕組みづくりが望まれる。

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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

利用者の状況は、連絡ノート、送迎時、電話などで定期的、及び、変化があった場合に報告している。定期的には、「サービス利用書」を説明し同意を得る際に、要望や相談も聞く機会としている。要望や相談があれば、随時聞き取りを行い、対応している。要望や相談内容は「利用記録」に記録し共有している。報告すべき事項が必ず家族に伝わるように、契約時に複数の連絡先を把握したり、連絡が取れない場合には、ケアマネジャーの協力も得て、対応している。家族の心身の状況・介護負担等について、送迎時等に気づきがあれば、家族から話を聞いて状況を把握し、ケアマネジャーに報告している。事例があれば、介護についての助言・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-9 サービスの適切な実施

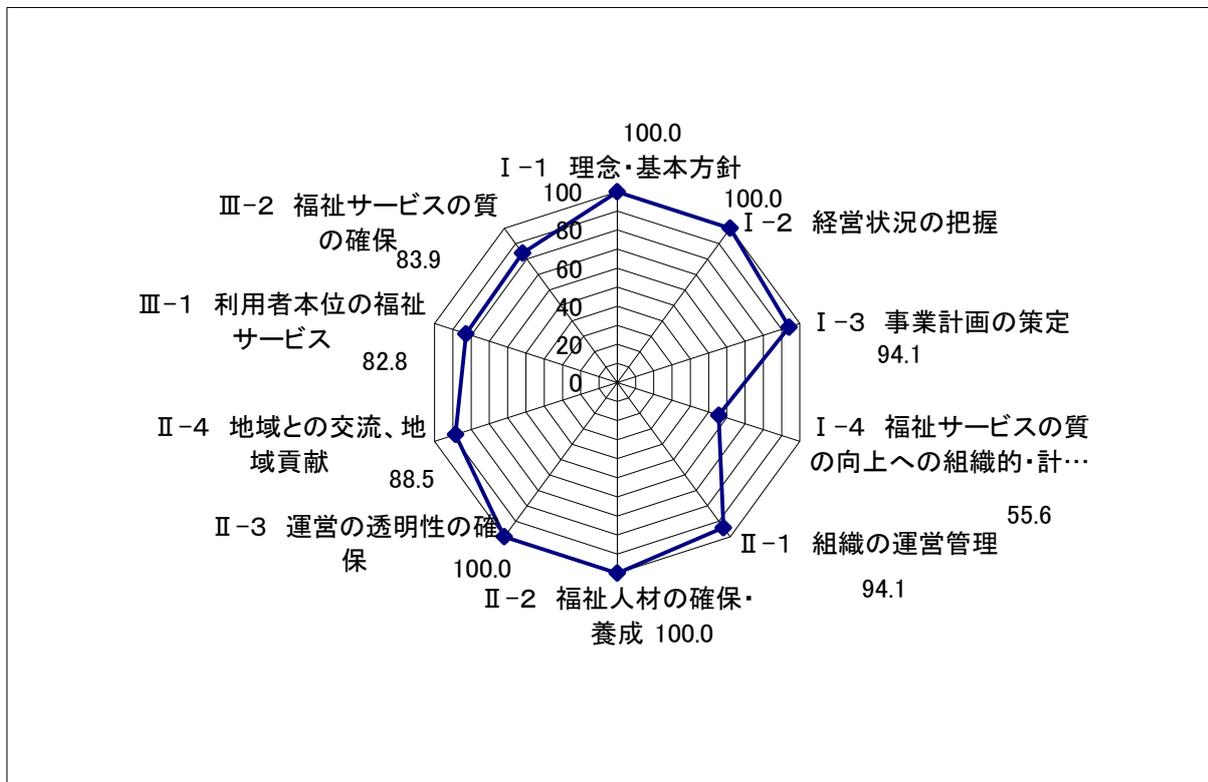
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

サービスの個別・具体的な実施方法や留意点は、各利用者の通所介護計画に明示している。意思疎通困難な利用者については、ボードを利用して筆談を行う等、個別のコミュニケーション方法を明示している。  
 食事について、食べる動作が分からなくなった場合の声かけ・誘導・見守り等、個別の支援方法を明示している。  
 血圧に変動利用者については入浴前にもバイタルチェックを行う、衣服着脱・洗身の自立支援、浴室での移動介助方法等、入浴時の個別の支援方法を明示している。  
 排泄について、仕草・様子で察知してトイレ誘導を行い、手順の説明・着脱の介助など、個別の支援方法を明示している。  
 機能訓練については、「機能訓練計画書」に個別の訓練方法を明示している。  
 心理面については、穏やかに過ごしたいことをニーズとして、行事・レクリエーションへ時の見守り等、個別の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	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	5	55.6
II-1 組織の運営管理	17	16	94.1
II-2 福祉人材の確保・養成	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	23	88.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	53	82.8
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



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	42	100.0
3 食生活	22	21	95.5
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	13	81.3
7 建物、設備	6	5	83.3
8 家族との連携	8	8	100.0
9 サービスの適切な実施	7	7	100.0

