

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： 南淡デイサービスセンターやすらぎ	種別： 通所介護
代表者氏名： 管理者 榮 慎吾	定員（利用者人数）： 35 名
所在地： 兵庫県南あわじ市賀集野田764番地	
TEL 0799-53-0030	ホームページ： suisen99@oak.ocn.ne.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 平成6年7月1日	
経営法人・設置主体（法人名）： 社会福祉法人 淡路島福祉会	
職員数	常勤職員： 8 名 非常勤職員： 4 名
専門職員	（専門職の名称） 名 看護師 2名
	生活相談員 1名 理学療法士 1名
	介護職員 8名 管理栄養士（特養兼務） 1名
施設・設備の概要	（設備）特殊浴槽、テレビ3台、乾式ホットパック装置
	マッサージ機、平行棒、ベッド6台

③理念・基本方針

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に
 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
 2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
 3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 広く社会福祉事業を展開する淡路島福祉会の事業所として管理運営体制が整備され、施設としての取り組みに参加し、地域交流・地域貢献を継続している。
- ・ 3カ月に1回地域の居宅介護支援事業所を訪問して情報収集を行い、地域のニーズの把握に努めている。
- ・ 短時間利用の受け入れ、重度の利用者の受け入れ等、地域のニーズに応じて柔軟に対応できるような体制を整備している。
- ・ 広いデイルームを活用し、理学療法士によるリハビリを実施し、利用者の機能の維持向上に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 6 月 1 日（契約日）～ 令和 2 年 3 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	4 回（平成 27 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

*四季の移り変わりが感じられる恵まれた自然環境にあり、ダイルームがたいへん広く開放的で、ガラス面が多く採光がよく明るい。整理整頓、清潔に配慮し、適温が保たれている。多くのテーブル席があり、コーナーに分けて使用することができ、畳スペース・静養スペース、足湯の設備もあり、利用者が思い思いの場所で快適に過ごせる環境が整備されている。

*利用者個々の意向・生活歴・日課・趣味等の把握に努め、体操・ゲーム・習字・カラオケ・足湯・編み物等、集団レク・個人レクに複数の活動メニューを設け、買い物ツアー・外出ツアー等社会参加に配慮した企画もあり、洗濯たたみ等役割づくりも工夫している。季節感のある、彩にもこだわった食事の提供に注力し、毎月「食事委員会」を開催し、「食事プロデュースの日」として昼食やおやつを様々な場面設定で楽しめるような企画もある。

*地域行事への参加・買い物・梅林見学等で、地域に出かける機会を設けている。外出時には地域の高校生の、施設の夏祭りには地域住民・大学生ボランティアの支援を受け交流している。「アートハウスすいせん」「ギャラリー」「いきいき100歳体操」等に施設のスペースを提供し、地域貢献と利用者の交流の機会としている。市内の離島でのデイサービス・移動支援サービス事業等、施設としての地域貢献にも参加している。

*法人・施設として、研修体制、人事考課制度、会議・委員会体制等を整備し、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た取り組みより働きやすい職場づくりに努め、職員の定着がよい。

◇改善を求められる点

*毎年、単年度の事業計画を策定している。今後は、中長期的なビジョンを明示した中長期計画を策定し、単年度の事業計画に反映することが望まれます。

*定期的実施している自己評価から抽出した課題を文書化し、職員と共有し計画的に改善に取り組み、その過程を記録に残すことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善項目については、他職員に改善内容の共有を図り、令和2年度中に改善できるよう計画を持って取り組みます。また、評価していただいている項目は今後も継続し、よりよいサービスが提供できるよう見直しを行い向上できるよう取り組みます。

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> 法人の基本理念・基本方針を明文化し、ホームページ・パンフレット・広報誌等に記載している。基本理念は、法人の目指す方向を明示し、基本方針は基本理念との整合性があり、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。館内・事務所に掲示・昼ミーティング時の唱和等により、職員の周知を図っている。広報誌にわかりやすく掲載して、利用者・家族に毎年配布し周知が図られている。		

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> 淡路ブロックの連絡会・県のデイ部会や研修会への参加、淡路ブロック・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会等からのメールや文書での情報の活用、また、法人内の在宅福祉事業連絡会への参加等により、社会福祉事業・地域の福祉事業の動向・地域のニーズ等について把握・分析している。生活相談員が南あわじ市・洲本市の居宅介護支援事業所を巡回し情報交換を行う中でも、地域のニーズ等の把握に努めている。毎月事業所実績一覧を作成し、利用率・収支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。	a・b・c
<コメント> 法人の実績報告会が4カ月に1回開催され、会計士も出席し、資金収支実績管理内訳表をもとに、稼働率や経営状況についての課題を明確にしている。業績報告会には、副理事長も出席し、課題について共有している。課題については責任者会議で共有し、内容に応じてデイサービス会議で職員に周知を図っている。利用者数の確保について、計画に取り組み改善につなげている。		

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>中・長期計画の策定には至っていない。来年度から、法人として中長期計画を策定する予定である。</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>法人の事業方針、施設長の事業方針をもとに、事業所の単年度の事業計画を策定している。事業計画は、実行可能な具体的な内容を項目ごとに、表を活用する等わかりやすく記載し、実施状況の評価を行える内容となっている。中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画を策定することが望まれる。</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>1月のデイサービス会議で、事業計画について職員の意見を集約し、策定に反映している。事業計画は、責任者会議で周知すると共に、デイサービス会議で共有し、事業所内に設置・回覧し周知を図っている。8月のデイサービスで進捗状況を確認している。年度末に、管理者層（管理者・生活相談員）が事業計画の評価を行い、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。</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>事業計画を、デイルームに設置し利用者の周知を図っている。事業計画は、表等を活用しわかりやすい内容となっており、参加を促す観点から年間行事計画やその他の企画等も明示している。事業計画の主な内容を、わかりやすく工夫し、広報誌や利用案内に記載することを検討している。</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>人事考課制度を導入し、職員の質向上をサービスの質向上につなげている。責任者会議・デイサービス会議・各種委員会等により、サービス内容について組織的に評価を行う体制を整備している。定期的に第三者評価を受審している。年に1回、情報の公表システム・チェックリストの評価基準に基づいて自己評価を行っている。自己評価の結果の分析・検討は、管理者・生活相談員で行っている。</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><コメント></p> <p>評価結果に基づく改善については、主に生活相談員が行っている。職員参画のもと、計画的に改善に取り組む仕組みづくりには至っていない。評価結果に基づく課題を文書化して職員と共有し、職員参画のもと計画的に改善に取り組むことが望まれます。</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>管理者は経営・管理に関する方針と取り組みを事業計画の事業方針として明確にし、年度初めの責任者会議とデイサービス会議で表明し職員に周知を図っている。管理者は役割と責任を「職種別業務項目」に文書化し周知を図っている。管理者不在時の権限移譲については、組織図に記載している。</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、関係法令集、法人諸規定等を理解している。老人福祉協会や行政連絡会、県の集団指導等に参加し、物品購入時等には決裁規定に則り、行政関係者・取引事業者等と適正な関係を保持している。老人福祉協会主催の事務担当者会、市・県民局連絡会等に参加し、法令遵守の観点での経営に関する情報収集・交換を行っている。産業廃棄物処理法等、事業所が環境への配慮等も含む幅広い遵守すべき法令に則り適正に対応している。研修計画に沿って研修を実施し、高齢者虐待防止法・プライバシー・個人情報保護等について学ぶ機会を設けている。法令遵守の内容が記載されているテキストを購入し、必要時に職員が確認できるよう設置している。</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>第三者評価の継続的な受審、「介護サービス情報の公表」・県の「チェックリスト」による自己評価、レクレーションについての職員アンケート、施設合同の食事会議での食事に関する評価等、サービスの質の現状について定期的に評価・分析を行い、管理者が指導力を発揮して改善に取り組んでいる。管理者は施設内・事業所内に委員会や会議等の体制を整備し、自らもその活動に積極的に参画している。会議の開催一週間前に議案を全職員に伝えて会議で参加者個々から意見を聴き、また、各委員会・会議等で把握した職員の意見を責任者会議で報告・検討し、サービスの質の向上に職員の意見を反映するよう取り組んでいる。年間研修計画を策定して実施し、また、外部研修への参加も勧め、サービスの質の向上に向け、職員の教育・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行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>毎月稼働率等の分析を行い、在宅福祉事業部連絡会で報告している。四半期ごとに「実績報告書」での稼働率・人件費率等の分析結果に対する助言を受け、責任者会議・在宅福祉事業連絡会で経営改善や業務の実効性向上に向け課題・改善策の検討を行っている。勤務実績表を基に、常勤換算人数を把握し、加算取得状況に応じた人員管理に努め、職員加配に取り組んでいる。処遇改善や半日単位の有給取得促進等に取り組み、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、幹部運営委員会で検討された内容は、責任者会議で共有し、デイサービス会議で周知する等、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。管理者は、施設内の責任者会議、各委員会等に積極的に参画している。</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>31年度「事業方針」で、「福祉人材の確保・育成に関する方針」を明示している。重要事項説明書・運営規定で、基準に準じた職員体制を、勤務実績表で実配置人数を把握にしている。毎月作成する職員一覧表・履歴書・資格証コピー等から保有資格を把握している。欠員については施設内で調整し、幹部運営委員会で検討の上、人材確保を確実にを行う仕組みがある。内部・法人・外部研修等の実施により人材育成に取り組んでいる。学校訪問・就職フェアへの参加・職員紹介制度・ハローワーク・ホームページ等を活用し採用活動を行っている。</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>基本理念に、法人として期待する職員像を明示している。就業規則・人事考課制度要綱に人事基準を定めている。入職時に概要を説明し、いつでも見ることができるよう事務所に設置している。また、「役割資格等級要綱」のキャリアフレーム表で人事基準を定めており、変更時には回覧・朝礼申し送りで周知している。昨年、人事考課制度を改正し、専門職別「専門要素評価表」に基づいて能力や意欲・行動力を評価している。年2回自己評価を実施し上位者が面談・評価を行っている。法人として、外部コンサルタント・、ハローワーク等から職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。面談時や会議等で把握した意向等に基づき、年齢給・能力給の改善を実施している。入職時、面談時に将来の意向を確認している。役割資格等級制度で人事基準を明確にし、キャリアパスフレームで将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>労務管理の責任者を「職種別業務項目」に明示している。有給休暇・時間外勤務等は、管理者が最終決済し、毎月実績一覧表で就業状況を確認している。健康診断・腰痛検査を定期的を実施し、要精検者には受診を勧めている。外部専門機関に委託してストレスチェックを実施している。生活相談員が相談窓口となり、人事考課制度での定期面談、随時の個人面談を行い、内容に応じて管理者も相談対応している。協力医療機関受診時の医療費補助・再雇用制度の採り入れ・退職金制度への加入・職員旅行補助・半日単位有給制度・法人職員交流会・職員給食の一部負担等、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。常勤職員の配置を多くし、福利厚生・ワークライフバランスに配慮した取り組みにより働きやすい職場づくりに努め、職員の定着がよい。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>キャリアパスフレームや、人事考課制度の専門性要素評価シートシで、組織として期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回の個別面談を通じて、職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を半期ごととし、評価項目・評価基準は明確にされた適切なものとなっている。半期ごとに考課シートに基づいてフィードバック面談を行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行い、次の目標設定に反映させている。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>人事考課のキャリアパスフレームに、等級及び職位に応じた職責や職務基準・必要資格を定めている。内部研修計画に、職員に習得を求める知識を明示している。職場内研修計画を策定し、デイサービス会議の中で実施している。施設内合同研修にも参加している。外部研修については「出張復命書」を作成している。受講実績については、「事業報告書」に日時・研修名・参加者等を記載し管理している。研修計画や研修内容については、事業計画策定時に見直しを行い、次年度の研修計画に反映させている。研修レポートやアンケートの提出により、研修計画や研修内容の評価を行う際の資料として活用することが望まれます。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>職員名簿を毎月更新し、知識、技術水準、取得資格等を明確にしている。外部研修参加について「事業報告書」で一覧化し、研修機会の公平性確保に配慮している。現任職員には人事考課表での課題について、マニュアルに沿って指導を行い、習熟度・経験年数に配慮した指導に取り組んでいる。新任職員は、法人で新人指導マニュアルに沿って研修を実施し、配属後は、相談員がデイサービスマニュアルに沿って、排泄・食事・入浴・送迎等について指導を行い、「到達度チェック表」で習熟度を確認する仕組みがある。内部研修や老人福祉事業協会の外部研修を受講し、テーマ別、職種別研修等の機会を確保している。外部研修案内は基本的にデイサービス会議で伝達し、専門職種が限定される研修は、当該職員に受講を支援している。外部研修については出張扱いとし、内部研修は契約職員も参加できるよう時間外に実施し手当を支給する等、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。	Ⓐ・ b ・ c
<コメント> 現時点では、実習生受け入れの実績はない。受け入れ時に備えて、実習生受け入れマニュアルを策定し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れは施設として行い、特別養護老人ホームの生活相談員が行っている。マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定め、個人情報保護規定に関する誓約書を探り入れている。養成校から実習要請があれば養成校のカリキュラムに沿って実習を行う仕組みがある。介護福祉士実習指導者研修を受講をした職員がおり、実習担当者（主任）にはカリキュラムに沿って対応を行う仕組みがある。実習内容について、養成校との事前打ち合わせ、巡回指導時に連携し、到達度等は「実習日誌（実習報告書）」で相互に確認する仕組みがある。		

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。	a ・ Ⓑ ・ c
<コメント> ホームページで、理念・基本方針・決算報告・サービス内容等を公開している。事業計画・事業報告ファイルを、事業所玄関に設置して公開している。第三者評価受審結果はWAMネットで公表している。苦情相談体制は重要事項説明書抜粋を、事業所内に掲示している。広報誌に理念・基本方針、事業所の行事や活動などを掲載し、老人福祉事業協会・行政・居宅介護支援事業所・医療機関等に配布し、広く情報提供に努めている。苦情内容や対応・改善の状況について、公表する仕組みづくりが望まれます。		
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・決裁規程等法人諸規定を規程集として、職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。変更時は責任者会議で説明している。決裁規定で、権限・責任を明確にし、職員に周知している。法人として、会計事務所・弁護士・社労士等外部の専門家と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。財務内容等について、監事が定期的に監査を行い、ホームページで監査結果を公表している。監事・法人総務課長が、年1回、経理・取引等について内部監査を実施し、監査結果は幹部運営委員会で報告されている。事業・財務等に関するチェックを外部の専門家に委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営委員会でコスト削減、人件費等の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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を、また、事業方針で「地域社会との連携」を掲げ、地域との関わり方について基本的な方針を明確にしている。地域の催し物や、後援会等のポスターを館内掲示板に掲示したり、新聞・広報誌等をデイルームに設置している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。地域の高校生の支援を受けショッピングに出かけたり、地域の祭りに出かけている。施設の夏祭り開催時には、地域住民・大学生ボランティアの支援を受けている。地域行事への参加・買い物・梅林見学等で、職員が支援を行っている。地域の人々が参加できる「アートハウスすいせん」開催したり、施設スペースをギャラリーとして提供したり、保育園児・地域老人会の来訪時等に、地域の人々との交流の機会を設けている。地域の医療機関等、利用者個々のニーズに応じて、地域の社会資源について情報提供している。</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 • b • c
<p><コメント></p> <p>中学生のトライやるウィーク・市のポイント制度会員のボランティア活動の受け入れ等、各種ボランティアの来訪があり、施設の夏祭りには近隣大学生ボランティアの協力を得ている。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、「理念の理解、交流機会の確保」という基本姿勢を明示している。マニュアルに、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にしている。初回受け入れ時にはオリエンテーションを行い、守秘義務について等、ボランティアへ注意事項を説明し、誓約書欄に同意を得ている。トライやるウィークの受け入れ、中学校での介護体験に関する講義を行う等、学校教育への協力を行っている。マニュアルに学校教育等への協力基本姿勢については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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>行政機関・医療機関・居宅事業所等、社会資源を明示したリストや資料を事務室に設置し、デイサービス会議で情報交換を行って共有している。施設として、淡路ブロック老人福祉事業協会、地域ケア会議、市のケアマネ会議等に定期的に参加し、そこでの情報を在宅福祉事業連絡会・責任者会議で情報共有を図っている。市から委託を受け離島（沼島）で実施しているデイサービスに関し、市と定期的に協議し協定を結んでいる。地域ケア会議で地域に共通の課題に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。施設として、認知症高齢者の徘徊問題等で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
<コメント> 音楽ボランティアを招き、利用者も参加し交流を図っている。地域の老人会・いきいき百歳体操・高齢者元気活躍推進事業説明会に事業所の交流スペースを提供しており、そこで利用者と地域住民と交流している。認知症サポーター養成講座を地域住民等を対象に実施している。市からの委託事業として、介護技術講習会を開催している。3か月に1回、地域の人も参加できる「アートハウスすいせん」を開催している。高齢者元気活躍推進事業の受け入れを行っている。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、水・食料・毛布等の備蓄を行う等、災害時の地域における役割について確認している。地域の春祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化等に協力している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 地域ケア会議やケアマネ会議での情報や、民生委員や地域から把握した相談内容等を、法人の在宅福祉事業連絡会や施設の責任者会議で共有している。法人として「食の自立支援事業」を行い地域の独居高齢者に配食を実施している。施設として、市内の離島でのデイサービス（年48回）・移動支援サービス事業として車両の無償貸し出しを行っている。離島での事業・活動の継続を、事業計画に明示している。		

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> 利用者を尊重する姿勢を、法人の基本方針、倫理綱領、各介護マニュアルの介護の心構え等に明示し、職員の理解と実践に取り組んでいる。年間計画をもとに毎月施設内研修を実施し、その中で利用者尊重や人権への配慮について学ぶ機会を設けている。実施状況については、サービス提供時に管理者層が確認すると共に、人事考課の評価表に項目を設け、年2回の自己評価・上位者評価をもとに必要な対応を図っている。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> プライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアル・拘束廃止マニュアルを整備し、施設内研修計画に採り入れて、毎年研修を実施している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等については、上記マニュアルや就業規則に明示されている。プライバシー保護や権利擁護についての取り組みは、契約書や重要事項説明書に記載して、利用者・家族に周知している。毎月の身体拘束0推進委員会で振り返りを行いながら、マニュアルにもとづいたサービス実施に取り組んでいる。設備内はでカーテンやパーテーションを使用して、プライバシー確保、羞恥心への配慮に努めている。広く開放的なスペースを自由に移動できると共に、利用者が個別に過ごしたい希望があれば、和室やマッサージ機設置スペース等、少し離れて過ごせる環境も準備されている。		

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
<p><コメント></p> <p>パンフレット・広報誌など、事業所を紹介する資料は言葉遣いや写真・図の使用等でわかりやすく作成され、広く入手できるように設置・配布している。ホームページでも情報提供している。利用希望者については、自宅訪問、見学・体験利用に随時対応し、個別に丁寧な説明を行っている。利用希望者への情報提供について、適宜見直しを行っている。</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、契約書・重要事項説明書にそって説明し、文書で同意を得ている。理念・基本方針、1日の流れ、サービス内容、その他事業所の特徴等を詳しく説明した「ご利用案内」を用いて、わかりやすい説明に努めている。説明にあたっては、可能な限り、利用者と家族両方の同席を依頼し、不安や誤解なく、適正な説明と運用が図れるように努めている。利用者の状況に応じて、介護支援専門員や民生委員の同席を依頼している。</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>サービス内容の変更については、介護支援専門員と連携し適切に行えるように配慮している。他のサービスへの移行の際は、法人内の場合は共通の書式で、他施設の場合は要請に応じて、引継ぎ文書を作成し情報提供している。利用終了後の相談窓口を、担当者を生活相談員として設置している。利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載して渡す文書の工夫が望まれます。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上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>食事に関する嗜好調査を定期的に行い、給食委員会で分析・検討し、食事について質向上に取り組んでいる。各行事の実施後に聴き取りアンケートを行い、デイミーティングで分析・検討して行事報告書にまとめ、次回の行事に反映している。個別には、通所介護計画書更新時に意見を聴く機会を設けている。食事・行事以外のサービス全般についてのアンケートも実施し、サービスの質向上につなげる取り組みが望まれます。</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>苦情解決の責任者・受付担当者・第三者委員を設置して、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記載して配布し、苦情解決の仕組みを説明したフローチャートをフロア内に掲示している。意見箱を施設の入り口に設置している。苦情内容・対応・フィードバックについて、「相談受付票」に区分を「苦情」として記録している。昼ミーティングで迅速に共有すると共に、内容に応じて、デイサービス会議で検討したり、管理者と生活相談員で検討しする等、改善とサービスの質向上への取り組みに反映している。苦情内容・解決結果等を、申し出者に配慮したうえで、公表する仕組みづくりが望まれます。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「利用案内」に相談窓口について記載して、利用開始時に説明し、配布している。相談会議室・小会議室・パーテーションによる相談スペース等、相談しやすい環境を確保している。</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>「苦情対応マニュアル」に、相談や意見を受けた際の対応手順についての記載がある。マニュアルは法人の在宅福祉事業勉強会で定期的に見直しの検証が行われ、生活相談員が参加している。意見箱の設置、食事・行事・レクリエーションについての聴き取りアンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。聞き取りアンケートで把握した内容を採りいれて、サービスの質向上に反映している。個別に受けた相談や意見については、相談員記録に記録している。</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>施設の「危機管理マニュアル」に、施設内のリスクマネジメントの責任者を施設長としている。「職種別業務項目」にも明示している。事故発生時の対応・手順については、「デイ緊急対応マニュアル」に具体的に記載している。インシデント・アクシデント発生時には、インシデント・アクシデントレポートを作成し、デイミーティングで共有し再発防止に取り組んでいる。施設内研修で、リスクマネジメント研修を実施し、デイ会議で伝達研修を行っている。事故防止策の実行性についての評価・見直しを行い、インシデント・アクシデントレポート等に記載することが望まれます。</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>感染症対策について、「職種別業務項目」に、リスクマネジメントの責任者として生活相談員、感染兆候のチェックとして看護師を明示している。施設として感染対策マニュアルを、併せて、デイサービスとしてもノロ・インフルエンザについてのマニュアルを作成している。デイサービス会議で感染症についての研修を行っている。毎年、法人の看護業務検討委員会で感染対策マニュアルの見直しを行っている。うがい、手洗い、手指消毒、ステリパワーによる各所の消毒・空気清浄など、感染症予防策が適切に講じられている。流行期には、朝の送迎時に検温し、来所後の発熱については別室で静養し、蔓延防止に努めている。</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>災害時の対応体制は防災計画に記載している。火災・地震・土砂災害に備え、必要な設備を設置し、設備点検・訓練・備蓄など、必要な対策を講じている。利用者・家族の安否確認については、各緊急連絡一覧表により安否確認を行える仕組みがある。栄養士が備蓄のリストを作成し、定めた場所（倉庫）で期限管理も含め保管管理している。備蓄食品は約3日程度の量を備蓄している。3日以降の食事については、食材の搬入業者の協力支援を受けることになっている。食事についての非常災害時対応のフローチャートが作成されている。デイサービスとしては、昼間想定火災訓練に年1回、地震・土砂災害訓練に年1回実施参加している。訓練実施後は、デイサービス会議で訓練状況・反省点を報告している。</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が、介護マニュアルに文書化され、利用者の尊重・プライバシーの保護等に関わる姿勢が、各介護マニュアルの「介護の心構え」等に明示されている。入職時に、生活相談員や介護主任が新人研修を行い、その中で標準的な実施方法も指導し、介護マニュアルのチェックシートを用いて習熟度を確認する仕組みがある。人事考課の専門要素評価表で、介護技術についての項目を設け、自己評価・上位者評価で確認する仕組みがある。施設合同の介護具術研修で確認する機会もある。</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>法人の介護マニュアルは、法人のケア業務委員会で、各施設からの職員の意見を集約し、年度末に検証・見直している。その結果を受け、年度初めに事業所でも見直しを行っている。デイサービス独自のマニュアルについては、随時見直しを行っている。デイサービス独自のマニュアルについても、年度末にデイサービス会議で定期的な見直しを行い、マニュアルの見直し履歴等に記録することが望まれます。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	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。利用者基本情報・ADL等評価表をもとにアセスメントを行っている。通所介護計画書の見直し時には、生活相談員・介護職・看護職が連携して、アセスメント・計画策定の協議を行っている。通所介護計画書の「解決すべき課題」にニーズを明示している。各種チェック表、介護記録をもとに、生活相談員がサービスの実施状況を確認し、毎月の状況報告書で介護支援専門員に報告している。計画の見直し時には、通所介護計画書の評価欄に記入している。支援困難ケースへの対応、関係機関との連携については、ケース記録に記録している。モニタリング記録票は、通所介護計画書の「サービス内容」に沿って実施状況の確認・評価を行う書式の工夫が望まれます。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画書の見直し時期に、サービス担当者会議に参加して通所介護計画書を作成している。手順については、契約書・重要事項説明書に記載している。見直しによって変更した計画内容は、ミーティングやシステム内で職員に周知を図っている。通所介護計画を緊急に変更する場合は、毎月の状況報告書や電話等で介護支援専門員に連絡し、ニーズを明確にして変更している。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、利用者基本情報・ADL評価票によって把握し記録している。「介護記録表現・言葉遣い注意事項」を作成し、生活相談員が毎週介護記録を確認し、必要に応じて個別や昼ミーティングで指導を行っている。申し送りノート・ホワイトボードを活用し、昼ミーティング・デイサービス会議・責任者会議を開催して、職員間の情報共有が図られている。パソコンのネットワークシステムにより、事業所内、また、施設内の事業所間の情報共有ができる仕組みがある。施設内の回覧綴りでデイサービス職員も情報共有し、閲覧印で周知を確認している。計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる記録方法の工夫が望まれます。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・文書取り扱い規程・就業規則等により、記録の保管・保存・廃棄・情報の提供・不適正な利用や漏えいに対する対応等が規定されている。記録の管理責任者は生活相談員として、「職種別業務項目」に明示している。施設内研修で個人情報保護について研修を実施している。入職時に守秘義務に関する誓約書を交わし、職員の遵守を図っている。契約時に個人情報使用同意書をもとに利用者・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

<p>A①</p> <p>利用者基本情報・ADL等評価表で、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握し、通所介護計画に反映し、利用者個々に応じた利用となるよう支援している。ADL等評価表でADL・IADLを把握し、利用者基本情報で意向・生活歴・日課・趣味等を把握し、利用者の自立に配慮して援助、自立や活動参加への動機づけを行っている。体操・ゲーム・習字・カラオケ・足湯・編み物等、集団レク・個人レクに複数の活動メニューを設け、買い物ツアー・外出ツアー等社会参加に配慮した企画もある。洗濯たたみ等、役割づくりも工夫している。毎月の状況報告書作成時に、利用者個々に応じた利用になっているかを検討し、必要に応じて見直す仕組みがある。</p>

A②

ADL等評価表で利用者個々のコミュニケーション能力、コミュニケーション方法を把握し、定期的な再アセスメントにより、検討・見直しを行っている。コミュニケーションについて個別の配慮が必要な場合は、ADL等評価表の特記事項に記録して、職員間で共有している。送迎時、利用中等のコミュニケーションにより、主や希望の把握に努め、把握した内容は介護記録に記録している。配席に配慮したり、職員が橋渡しをする等、利用者が話しやすいように配慮している。言葉遣いや接し方については、管理者層や職員間でも注意喚起している。

		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 ・ b ・ c

特記事項

重要事項説明書等をもとに、権利侵害防止のための事業所の方針を、利用者・家族に説明している。身体拘束廃止マニュアル・虐待防止マニュアルに、早期発見のポイント・発見時の対応手順・緊急やむを得ない場合の手続きなどを明記し職員に周知している。入浴時等に身体状況の観察を徹底し、処置記録に記録し、早期発見できるように取り組んでいる。施設の責任者会議で、身体拘束ゼロ推進委員会を毎月開催し検討する機会を設けている。身体拘束ゼロ推進委員会の内容を、デイサービス会議や、委員会議事録の回覧等で、職員に周知することが望まれます。

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

ダイルームは、たいへん広く開放的で、ガラス面が多く採光がよく明るい。整理整頓、清潔に配慮し、適温が保たれている。多くのテーブル席がありコーナーに分けて使用することができ、畳スペース・静養スペース、足湯の設備もあり、利用者が思い思いの場所で快適に過ごせる環境が整備されている。

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 排せつ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

インテイクシート・ADL表で身体状況を把握し、ADL表の入浴の項目で、介助方法（「自立」「一部介助」「特別浴槽」）・頻度等を個別に把握している。曜日ごとに「利用者対応一覧表」を作成し、個別の支援方法を確認している。利用当日の身体状況の変化に応じて入浴・保清方法を変更し、ケース記録に記録している。同性介助の希望に対応し、脱衣室から浴室に移動する際にもバスタオル等を適宜使用できるように常に準備する等、羞恥心に配慮している。入浴を嫌がる利用者には、誘導の職員・順番・時間を変更し気持ちよく入浴できるように工夫し、対応の経緯についてケース記録に記録して職員間で情報共有を図り誘導支援方法の工夫につなげている。入浴マニュアルに、入浴前に健康チェック・バイタルチェックを行い、バイタルサインの数値で看護師が入浴の可否判断を行うとし、現在体温37度以上、血圧150以上で看護師に報告・相談し入浴可否の判断を行っている。感染症が疑われる利用者については、了解を得て入浴順を変更している。入浴時は必ず職員が見守りを行い、転倒等を防止し安全な入浴が行えるように支援している。滑り止めマットの使用や、利用者の身体状況に応じて特殊浴槽も使用している。必要に応じて、家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供することとし、介護支援専門員に月1回提出する利用者状況書で報告する仕組みがある。

A⑥

インテイクシート・ADL評価表の排泄の項目で、個別の状況を把握している。排泄表に利用者個々の排泄方法と使用する排泄用品を明示し、統一した支援につなげている。基本的には入浴前と食事前後で排泄の声かけを行い、随時には、利用者の訴えや行動などから排泄の有無を確認し誘導支援している。介助バー等、設備の安全点検は毎日行っている。トイレ入口にカーテンを設置し、排泄誘導後トイレ内の安全を確認した後は、カーテン前や扉前で待機する等、羞恥心に配慮している。排泄パターンを排泄表で確認・把握し、また、利用者の様子にも留意し、早めの排泄誘導により、トイレでの排泄・排泄の自立に向け支援している。必要時には、2名介助で対応している。体調に応じて排泄物の観察も行い記録している。支援方法については、ショートミーティング等で検討している。家庭でも可能な介助方法を家族・介護支援専門員と相談し、デイサービスでの支援方法に取り入れている。連絡帳での情報交換により、家族支援につなげられるよう取り組んでいる。

A⑦

利用開始時のアセスメントで利用者個別の身体機能の状況を把握し、「個別機能訓練Ⅱ計画書・評価」で個別の機能訓練に対する目標設定・実施計画・評価を行っている。車いす・歩行器・シルバーカー・杖の使用をしている利用者があり、計画を3か月に1回評価・見直し移動の自立に向け取り組んでいる。フロア内での移動は、個別に必要な福祉用具を使用して安全に移動できるよう支援している。フロア内は広く、カラフルなソファやテーブル、椅子などを随所に設置しており、職員が付き添い利用者が安全に移動動作でき、休息もとりやすくなっている。来所時に共用フロアで健康チェック・バイタルサイン測定を受け健康・体調確認を行っている。個別機能訓練を受けていない利用者も、いきいき100歳体操への参加、看護師による集団体操への参加で身体機能の維持・低下予防に努めている。送迎表で前もって送迎時間や乗車席を明確にし、個別の配慮を行っている。車酔いをする利用者には、単独送迎や可能な限り乗車時間を短時間にするよう配慮している。必要に応じて、自宅での移動について家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

		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
 法人の給食センターの栄養士と施設の管理栄養士が協働して、季節感のある、彩にもこだわった献立を作成している。厨房で調理した食事を職員がフロアで盛り付け、適時適温で提供している。毎月「食事委員会」を開催し、「食事プロデュースの日」として昼食やおやつを様々な場面設定で楽しめるよう企画している。気の合う利用者と食事が楽しめるように配席にも配慮し、希望があれば和室でも食事ができるようにしている。食前の手洗い・手指のアルコール消毒・テーブル消毒等を徹底し、衛生管理を行っている。厨房は、衛生管理マニュアルをもとに管理し、衛生管理チェック表で点検している。

A⑨
 利用開始時に嚥下・咀嚼能力を把握し、一般食・刻み食・極刻み食・ミキサー食・ミキサートロミ食・ゼリー状食等、利用者個々に適した食事形態で提供している。また、当日の身体状況や口腔の状態等によっても、食事形態を変更し提供するようにしている。利用者個々の状況に応じて食べやすい形態に配慮し、可能な限り自力で経口摂取できるように支援している。デイサービスマニュアルの「緊急時対応マニュアル」の中で、誤嚥・誤飲が発生した場合の対応をフローチャートで明示している。施設内研修に参加し、緊急時対応を学ぶ機会を持っている。ウエルカムドリンク・食事・入浴前後・おやつ水分摂取を勧め、利用実績表に水分摂取を記録している。また、昆布茶など種類を増やしたり、フロアにお茶が自由に飲めるサーバを設置する等、水分摂取が進むように工夫している。連絡帳に摂取した食事・水分摂取量を記載し家族に情報提供している。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・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

A⑩
 食後に声かけ・誘導で口腔ケアを実施できるように支援している。法人の新人研修の「口腔ケア」研修に参加し、研修資料を全職員に回覧している。毎日、口腔体操を行い、口腔機能を保持・改善に取り組んでいる。口腔ケアの支援時に口腔内の異常・義歯異常等発見した際は、家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告・連絡している。口腔ケア実施時に職員が付き添い実施状況・口腔ケア自立度を個別に把握しているが、口腔ケア実施の計画の策定は行っていない。今後、必要に応じて口腔ケアの計画の作成と、再アセスメントによる自立度の把握が望まれます。

		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

褥瘡予防についてのマニュアルを整備し、見やすい位置に設置している。法人内研修で、褥瘡予防・対応の研修を実施している。褥瘡発生時、処置が必要であれば、看護師が対応することとしている。また、車いすにエアマットを使用する等、褥瘡発症予防と悪化防止に努めている。必要に応じて、家庭での褥瘡予防について、看護師が利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。褥瘡予防対策に向け、看護師・栄養士・介護士が連携する仕組みづくりが望まれます。

		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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

個別機能訓練実施者については、機能訓練士が個別機能訓練を実施し、アセスメント・計画・実施・評価を定められた書式に記録している。希望者が、いきいき百歳体操、脳若トレーニング、個別レクリエーションなどに主体的に参加できるよう支援している。デイルームがたいへん広く、移動することで歩行訓練できる環境であり、洗濯物たたみを日課とする等、利用の中で生活リハビリが行われている。認知症状の早期発見に努め、利用中に変化を感じた場合は、介護支援専門員に報告している。

		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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

利用開始時、ADL等評価表でアセスメントを行い、利用者基本情報表で個人の生活歴を把握している。認知症対応に関して、デイサービス会議で研修を行っている。周辺症状で落ち着かない状況を察知した場合には職員が寄り添い個別対応したり、テーブルの配置や配席を配慮したりしている。他の利用者に対して周辺症状で配慮が必要な状況があれば、対応方法を個別に検討している。ミーティングやデイサービス会議で、周辺症状等に対しての共有や支援内容の検討を行い、統一した支援が行えるように取り組んでいる。連絡帳に利用中の様子や変化を記載し、また、送迎時にも口頭で伝え、家族に情報提供している。利用時には周辺症状が安定している状況が多いが、家庭で周辺症状が強くなるケースがあり、家族からの相談に対応し、介護支援専門員にも報告している。行動・心理症状についての検討や支援の経過、関係者との連携等を、デイサービス会議の議事録・ケース記録・相談員記録等、ケースに応じて適切な書式に記録として残すことが望まれます。

		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

体調変化時の対応手順を、緊急時対応マニュアルに明示している。緊急時対応は看護師・生活相談員が行い、協力医療機関に搬送し迅速に対応している。来所時に健康チェック・バイタルチェックを行い、体調変化や異変の兆候に早く気づき、看護師に報告し早期に対応に努めている。終了前にも看護師が体調チェックしている。利用者個々に処方箋や薬情書の提供を受け、服用している内服薬等を把握し、薬の持参を確認し、個別に服薬介助を行い、服薬が確実にできるように支援している。朝家族から得た自宅での体調変化は、連絡帳の記載確認と共に、ホワイトボードにも記載し情報共有を確実にしている。利用中の状態の変化については、連絡帳に記載すると共に、必要に応じて、家族・介護支援専門員に電話連絡し情報提供を行うようにしている。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応について、研修を実施する音が望まれます。服薬状況を個別に記録することが望まれます。

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

家族に対して、定期的には、連絡帳・送迎時の報告等で利用者の状況を報告し、変化があった場合は、主に電話で迅速に報告している。緊急連絡先を複数把握し、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。家族が必要とする情報提供や介護に関する助言を、主に送迎時に行い、申し送りノートで共有している。家族の心身の状況・介護負担について、必要時には介護支援専門員に報告している。家族との定期的・必要時の相談内容、家族に対して行った情報提供・助言、家族の心身の状況や介護負担等について介護支援専門員に報告した内容等を、相談員記録、ケース記録、状況報告書等、ケースに応じて適切な書式に記録として残すことが望まれます。

A-5 サービスの適切な実施

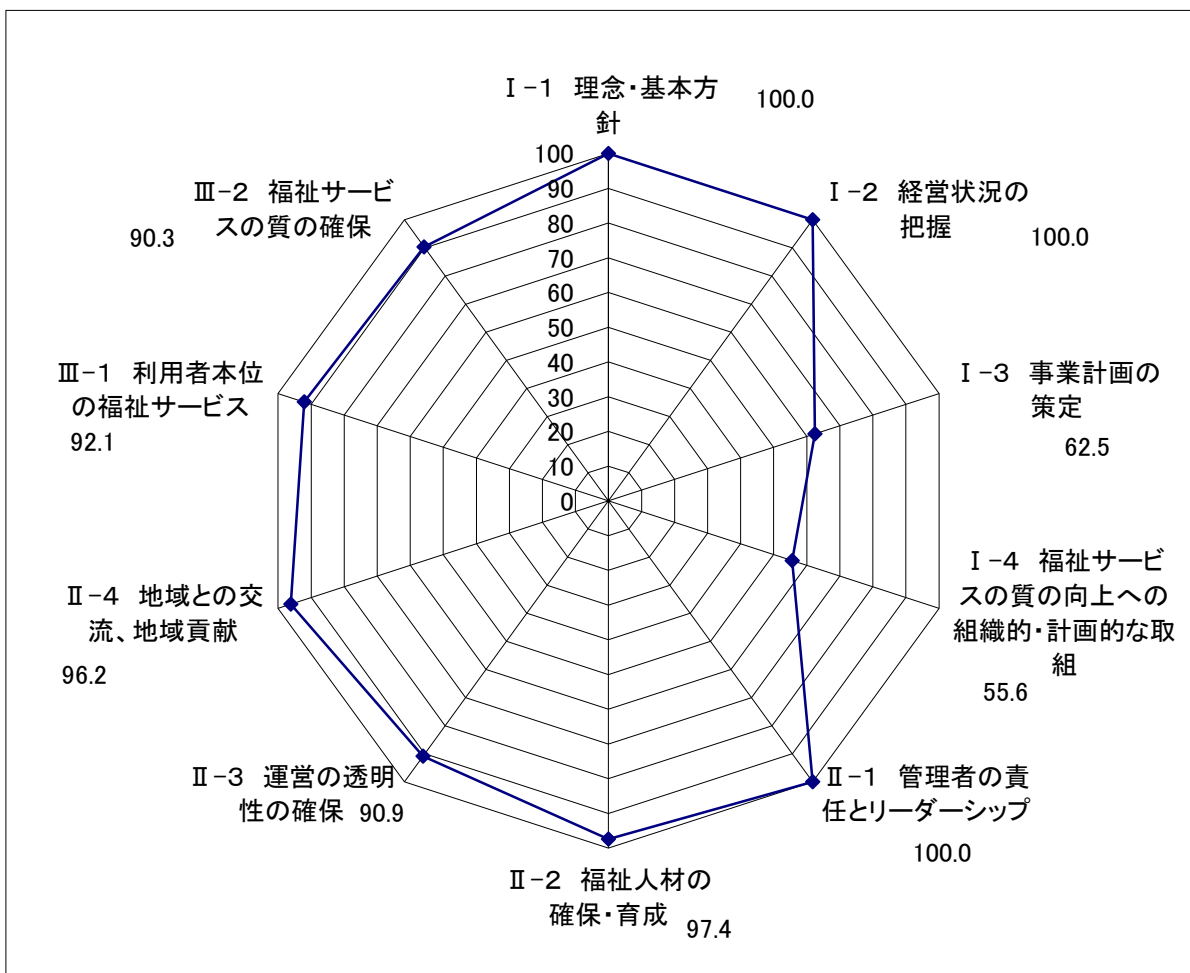
		第三者評価結果
A⑰	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面について、特に配慮すべき内容はADL等評価表の特記事項欄に明記し、利用者個々に対する個別具体的な支援方法を、通所介護計画の「具体的な対応・留意点」に明示している。機能訓練については、個別機能訓練の機能訓練計画書に個別具体的な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	16	10	62.5
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 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	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	58	92.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3
合計	225	204	90.7



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	75	69	92.0
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	112	104	92.9

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	337	308	91.4
------------	-----	-----	------

