

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： | ふたばの里デイサービスセンター | 種別： | 通所介護 |
| 代表者氏名： | 辰巳政典 | 定員（利用者人数）： | 40 名 |
| 所在地： | 兵庫県小野市二葉町80番地の123 | | |
| TEL | 0794 - 70 - 0202 | ホームページ： | http://www.hinode-wf.com |
| 【施設・事業所の概要】 | | | |
| 開設年月日： | 平成16年11月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名）： | 社会福祉法人 日の出福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 12 名 | 非常勤職員： | 2 名 |
| 専門職員 | (専門職の名称) | 名 | 介護福祉士 4 名 |
| | 看護師 | 2 名 | 初任者研修修了者 3 名 |
| | 社会福祉士 | 3 名 | |
| 施設・設備の概要 | (居室数) | | (設備等) |
| | | | 食堂・機能訓練室・静養室消火設備・事務室 |

③理念・基本方針

<法人理念>・地域に根ざした福祉の発信基地になること・地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷になること・共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となること
 <基本方針>・地域に根ざし、暮らす人・働く人・集う人の困りごとを解決し当たり前の暮らしを実現します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 認知症加算算定
認知症対応型のデイサービスよりも単価が安く利用できる。
- 利用時間の配慮（時短対応）
体調面や限度額の加減での時間対応行っている。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 29 年 4 月 26 日 (契約日) ~ 平成 30 年 2 月 18 日 (評価結果確定日) |
| 評価実施日 | 平成29年11月6日・11月14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

- ・法人の各種規定をもとに、管理・運営体制の整備に取り組んでいる。法人共通の書式で事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。
- ・人事考課制度の導入・目標管理を行い、また、法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。法人内で、エリア会議・事業種別会議等各種会議や、階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等各種研修を実施し、職員育成と法人内の連携を図っている。
- ・広いスペースを活用し、運動・喫茶・カラオケ・談話・静養等、目的別の各スペースと設備が設置されている。昼スペース・入浴後くつろげるスペース・相談室、また、屋外には菜園・隣接した調理スペースもある。スクリーンの設置等プライバシーにも配慮し、思い思いに快適に過ごせる環境を整備している。
- ・活動プログラム・運動プログラム・役割プログラムなど、利用者個々の趣味・興味・希望に応じて活動できるように複数のメニューを用意し、自立支援・活動参加の支援に努めている。利用者個々の希望や力量に応じて、調理・配膳・後片付け・洗濯たたみ等役割づくりを行い、計画に位置づけて買い物や外出も行い、社会参加の機会も設けている。運動プログラムにもとづいて多種の運動メニューを用意し、利用者が主体的に運動できるように工夫している。

◇改善を求められる点

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・現在活用しているマニュアルについて、職員参画のもとに定期的に検証・見直しを行い、現状に即したマニュアルの整備と職員への周知が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

細やかなコメントや点数化して頂くことにより、出来ている部分出来ていない部分の確認が明確にできました。出来ている部分は継続しより質を上げ、出来ていない部分に関しては、取り組みの部分からしっかりと行っていきたいと思います。認知症ケアに力を入れているといいながらも認知症ケアの部分でクリア出来ていない部分がある為、中身だけでなく環境面の配慮を行っていく必要性があり、早急に対応していきたいと思います。介護支援専門員、ご家族様との連絡等の記録をしっかりと記載し、誰が見てもわかる形での経過記録を作成したいと思います。

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。

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> 法人の理念・基本方針をホームページに掲載している。法人の理念・基本方針は、法人の目指す方向を明文化している。「ふたばの里憲章」をもとに、29年度に「ふたばの里基本姿勢」を作成している。「ふたばの里基本姿勢」は、法人の理念・基本方針と整合性があり、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・「ふたばの里基本姿勢」を入職時に説明し、職員に周知を図っている。「ふたばの里憲章」、「ふたばの里基本姿勢」の要点を、パンフレットに記載し、利用者・家族に周知を図っている。 理念・基本方針・「ふたばの里基本姿勢」の掲示、会議や研修での説明等により、職員の理解を深める継続的な取り組みが望まれる。また、広報誌への掲載など、利用者・家族の周知のための継続的な取り組みが望まれる。 | | |

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> 法人内の施設長会議や日の出塾等に参加し、社会福祉事業全体の動向について把握している。小野市社会福祉法人連携協議会への参加、地域包括支援センターとの協働事業等を通して、地域の動向・利用者像・利用者ニーズを把握している。各事業所のコスト分析や利用率について本部が集計したデータを責任者会議で共有し分析している。 | | |
| 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> 責任者会議で分析結果から課題を明確にし、解決・改善に向けて取り組んでいる。幹部会議で経営状況や課題を報告し、役員間での情報共有を図っている。責任者会議の内容を、責任者が事業所の会議で報告し職員に周知している。 | | |

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>施設長の中期的ビジョンを、3年間の中期計画に文書化している。テーマ・内容項目に、課題と解決に向けた内容を具体的に明示している。 年度末に検証し、30年度に見直しを行う予定である。</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>単年度の収支計画と事業計画を策定している。単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっており、数値目標を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。 中期計画との連動性をもとに、単年度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>事業計画の収支計画は、数値目標・利用率等についての実施状況を、毎月の責任者会議で報告し把握している。事業方針等は年度途中の四半期会議で報告し、必要に応じて計画の見直しを行っている。年度末に評価し、次年度の事業計画に反映している。人事考課シートに明示し、目標設定時に周知と理解を図る取り組みがある。 事業計画についての実施状況の把握・評価・計画策定に職員が参画し、経過を会議録など記録に残すことが望まれる。</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>事業計画の主な内容を、利用者・家族等に周知し、理解を促す仕組みづくりを構築するには至っていない。 事業計画の主な内容を、広報誌（作成予定）等を活用して利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。また、利用者などの参加を促す観点から、年間の行事計画等を周知する取り組みを期待する。</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。 | Ⓐ ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>人事考課制度を活用したPDCAサイクルに基づく職員の質の向上を通して、サービスの向上に反映する取り組みを実施している。介護サービス情報の公表と県のチェックリストの、評価基準に基づいて、年に1回自己評価を実施している。評価結果を、責任者会議や役職者会議で検討し改善に向けて取り組んでいる。</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 ・ Ⓑ |
| <p><コメント></p> <p>評価結果から把握した課題を文書化して共有し、組織的・計画的に改善に取り組むには至っていない。 把握した課題を文書化して職員間での共有を図り、職員参画で改善に向けて計画的に取り組み、実施状況を評価し必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。</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> 施設長・管理者等は、事業所の経営や管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。事業計画については責任者会議で説明を行っている。施設長・管理者等の職務分掌を職務権限規定及び各事業所の運営規定に定めている。これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。 | | |
| 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> 施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を理解し、法人規定に沿って、取引事業者、行政関係者等との適正な関係を保持している。施設長等は、市・県の集団指導・日の出塾、県老協の研修、社会福祉法人連絡協議会研修等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排泄抑制法等、環境への配慮も含む事業所が遵守すべき法令を把握し、法令に則った取り組みを行っている。伝達研修等で、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等遵守すべき法令等を周知している。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。 | | |
| 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> 施設長・管理者層は、サービスの質について、情報の公表、県へ提出するチェックシート等により、定期的継続的に評価、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。責任者会議・事業所内の会議を定期的開催し、事故防止・感染症予防等サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。個別面談等で職員の意見等を把握し、職員勤務体制の調整等、サービスの質向上に反映させている。担当職員の法人研修参加・伝達研修等を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。 | | |
| 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> 毎月、施設長等は法人本部で集計、分析した稼働率・コスト等についてのデータから課題を抽出し、経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、勤務時間の調整や半日有給制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。経営改善に向けての取り組み方針を、責任者会議から、事業所内の会議で職員へと伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に事業責任者が参加する、四半期会議を構築し、経営や業務の改善に向け取り組んでいる。また、事業所ごとの会議、連絡会等にも参画し業務改善等に取り組んでいる。 | | |

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| 14 | II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | ○a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人事業計画で、人員体制・人材確保・育成等について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針を確立している。運営規定で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ている。基準以上の人員体制の確保と共に、資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保・育成を計画的に進め、毎月組織図で実績と比較している。法人本部と連携し、エリアクルーター・養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。法人で実施している初任者研修受講者からも、入職につながるよう努めている。</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>就業規則に法人理念に基づいた、高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、人事考課制度、昇格・昇進の要件を定めている。人事基準は、入職時や考課面談時に説明し周知している。人事考課制度で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、専門性・能力・成果・貢献度等を評価している。法人で求人広告業者・厚労省等からの情報を基に、処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議・自己申告書等で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事評価基準で、役職等への昇格のための等級・資格要件等を定めて、キャリアパスフレームが明確にされおり、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><コメント></p> <p>事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任の権限移譲を明確化している。</p> <p>施設長等は本部から就業状況に関するデータ提供を受け、個別に把握している。健康診断・腰痛検査等を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、費用は法人負担とし全員に接種を義務づけている。ストレスチェックを実施し、嘱託医への相談を勧めている。定期的な個人面談の機会や、随時、上位者、施設長等も相談に応じ、直接、法人本部に自己申告書で相談できる仕組みもある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や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>人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にし、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と半期ごとの期限を設定し、それぞれの評価シートに目標達成のための基準が明確化されている。半期ごとに面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し、次期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 ・ (b) ・ c |
| <p><コメント></p> <p>運営規定で教育・研修に関する基本方針を定め、人事評価基準表の「求められる職員像・人材の育成」欄で階層別に期待する職員像を明示している。法人研修計画に職種ごとに求められる研修内容を明確にし、階層別に必要とする専門的な知識・技術・資格等を明示している。法人研修に施設・事業所から参加し、伝達研修を実施している。参加者は研修報告書を作成し、参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。今後、法人で研修報告書評価欄で分析等を行って、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行い、次年度の研修計画に反映させる計画である。</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>各職員の取得資格・経験年数等を、パソコンのシステム内の職員一覧で把握している。新任職員は、法人の入職前研修・採用時研修、3年目までのフォローアップ研修を受講する仕組みがある。各事業所でも、オリエンテーション資料を用いて新人研修を実施している。ヘルパー：介護技術のOJTについては、同行訪問で行い、習熟度を利用者別のチェック表で確認している。法人の年間研修計画に、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保している。外部研修に関する情報は回覧で提供し希望者を募ったり、該当する職員に直接提案し受講を奨励している。外部研修受講後も研修報告書を提出し、資料と共にファイリングしている。外部研修受講については、受講料・交通費・勤務調整・出勤扱いとする等、受講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。 | a ・ (b) ・ c |
| <p><コメント></p> <p>初任者研修の受け入れれいがあり、初任者研修のプログラムに沿って実施している。事前に法人研修室と打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。実習中には法人研修室職員の巡回があり、進行状況の確認、情報交換等を行い連携を図っている。基本姿勢など必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの作成・実習指導担当者への研修等、体制整備が望まれる。</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>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。事業計画については、玄関に設置している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の責任者・担当者等については、事業所内に掲示しているが、内容や改善・対応の状況については、法人ホームページで公開する仕組みがある。地域の老人会への出前講座（介護いきいき講座）や地域ケア会議で理念、活動内容等の説明を行い、施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。 広報誌は今後発行を予定している。</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。 | (a) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務分掌等で役割、責任を明確にしている。入職時の説明と、規定集を事務所に設置して周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、責任者会議で報告されている。今年度より、法人内でサービスに関する内部監査の仕組みを構築しており、指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。監事監査で定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、経費処理方法の適正化、コスト削減等改善に取り組んでいる。</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。 | a ・ (b) ・ c |
| <p><コメント></p> <p>パンフレットに「地域に根ざした福祉の発信基地となる」ことを明文化している。社会資源のパンフレットは事業所内に設置している。地域行事を施設の玄関掲示板やフロアに掲示している。 事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けることが望まれる。</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を受け入れ、学校教育への協力を行っている。 ボランティアの受け入れ・学校教育への協力についての基本姿勢を明文化し、ボランティアの登録手続など必要な項目を記載したマニュアルを整備することが望まれる。受け入れ時には、注意事項を記載した文書を配布し説明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>小野市の介護保険ガイドブックの冊子と周辺病院一覧表を、社会資源のリストとして活用し、事務所に設置して職員間で情報共有している。地域ケア会議・地域医療福祉ネットワーク会議・法人内の事業所連絡会に参加している。地域ケア会議・地域医療福祉ネットワーク会議では、共通の問題に対して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 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>施設の取り組みとして、老人会での出前講座（介護いきいき講座）に、施設から講師を派遣している。ホームページに介護110番を掲載しているが、実効性を高めるため、チラシの配布を予定している。認知症カフェに住民参加があれば、介護相談を行う仕組みがある。社会福祉法人連絡協議会で、多めの備蓄や有事には交流スペースを開放することを説明し災害時の地域における役割等について確認している。地域の祭りなどに協賛している。また、地域のイベント・行事等には職員が参加しブースを設けている。</p> <p>施設の取り組みとして、施設のスペースを活用して地域住民との交流機会を設けることが望まれる。</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>施設の取り組みとして、随時の介護相談や社会福祉法人連絡協議会への参加、行政との情報交換等を通じて、高齢者雇用等のニーズを把握し、シルバー人材センター登録者を夜間宿直職員に雇用している。グループホーム・小規模多機能事業所の運営推進会議に参加し、地域ニーズの把握に努めている。認知症カフェ・介護110番での相談、直接施設窓口へ相談等があれば内容に応じて適切な窓口につなげて対応している。行政・社協、地域のサービス事業所と連携を図り、利用予定者や利用希望者が、緊急ショート利用等適切なサービスを速やかに利用できるようニーズの把握に努めている。</p> <p>把握したニーズにもとづいて、地域貢献に関わる事業・活動を実施し、具体的な事業・活動を、計画等で明示することが望まれる。</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 |
| <p><コメント></p> <p>利用者を尊重したサービスの実施について、法人の理念・基本方針、ふたばの里憲章、各種マニュアルに明示している。法人研修で、倫理・法令研修を毎年実施している。サービス実施時の利用者尊重については、日常業務の中で管理者層が把握し、人事考課時に定期的に評価する仕組みがある。</p> | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | ○a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>プライバシーマニュアル、個人情報保護マニュアル・高齢者虐待防止マニュアル・身体拘束廃止マニュアルを整備し、法人研修・事業所内研修で学ぶ機会を設けている。契約書に明示して、秘密保持や身体拘束・行動制限を行わないことを利用者・家族に説明している。サービス実施時のプライバシー保護・権利擁護については、日常業務の中で管理者層が把握し、人事考課時に定期的に評価する仕組みがある。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、個人情報保護マニュアルや高齢者虐待防止マニュアルに記載している。入浴後くつろげるスペースとしてスクリーンで確保された畳スペース・カラオケスペース・談話スペース・相談室等、生活の場として快適な環境を提供し、プライバシーを守るよう工夫を行っている。</p> | | |
| Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。 | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | ○a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>パンフレットを、病院・市役所・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、多くの人が入手できるようにしている。デイサービスの紹介ファイルを作成し、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、利用希望者への情報提供に努めている。パンフレット・紹介ファイルは、写真・構成・説明等、わかりやすく工夫している。体験利用の希望に随時対応し、「デイサービスのご案内」に沿って個別に丁寧な説明を行っている。情報提供の資料については、随時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・個人情報使用同意書を用いて説明し、文書で同意を得ている。紹介ファイル・「デイサービスのご案内」・利用料金表等を用いて、具体的に理解しやすい工夫と配慮を行っている。契約書に保証人・代理人の条項と署名欄を設け、意思決定が困難な利用者に、適正な説明・運用が図られている。</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>契約書の「契約終了に伴う援助」の条項に沿って、要請があれば情報提供を行う等、サービスの継続性に配慮した対応を行う仕組みがある。利用終了後も利用者や家族等が相談できる担当者を相談員として設置している。 利用が終了した後の相談担当者について文書を作成し、手渡すことが望まれる。</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>サービス担当者会議や、通所介護計画書の更新時の利用者・家族との面談を、満足の把握の機会としている。 利用者満足に関する調査を定期的に行うことが望まれる。また、利用者満足を把握し、結果に基づいて改善・向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</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><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。事務所前受付カウンターにファイルを設置すると共に、契約時に重要事項説明書で説明している。苦情の公表については法人で規定を設け、公表する仕組みがある。法人経由での苦情を、デイミーティングで共有し改善につなげた事例がある。 苦情受付記録を整備し、内容・対応・解決・申立者へのフィードバックを記録することが望まれる。利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行い、サービスの向上に反映する仕組みづくりが望まれる。</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><コメント></p> <p>相談しやすい、意見を述べやすいスペースとして、相談室やカンファレンスルームが確保されている。 利用者が相談・意見を述べる際の、方法や相手をわかりやすく説明した文書を作成し、配布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><コメント></p> <p>「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し、対応手順を明示している。利用者担当職員・テーブル担当職員を配置し、利用者が意見や相談を述べやすいように取り組んでいる。把握した内容は、夕方のミーティングで共有し、翌朝の申し送りでも共有し、迅速な対応を行っている。マニュアルの定期的な見直しが望まれる。意見箱の設置・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が望まれる。</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>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、リスクマネジメントに関する体制を明記している。「事故防止マニュアル」を整備し、事故発生時の対応手順を明記している。ヒヤリハットカード・事故報告書で、事例の収集を行っている。法人研修で、安全確保・事故防止に関して学ぶ機会を設けている。事故・ヒヤリハット事例は、夕方のミーティングで迅速に共有している。</p> <p>デイ会議で事故防止策の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行い、議事録などに記録に残すことが望まれる。</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>「ふたばの里 拘束・事故・感染症予防委員会規約」に、感染症対策に関する体制を明記している。「感染症対策マニュアル」を整備し、年に2回法人研修で感染症について学ぶ機会を設けている。職員は、うがい・手洗い・手指消毒・マスク・手袋・送迎車内の消毒等、感染症の予防と蔓延予防に努めている。吐物処理の研修も行い、適切な対応ができるようにしている。</p> <p>マニュアルの定期的な見直しを行うことが望まれる。</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している。 | (a) ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>「消防計画」を策定し、災害時の対応体制が決められている。ハザードマップで災害の影響などを把握している。事業所の建物・設備は、耐震性等安全性が確保されている。「デイサービス利用者緊急連絡先一覧」ファイルと、職員の緊急連絡網を作成し、安否確認の方法を決める。年に2回、施設合同で避難訓練を実施し、消防署とも連携している。管理栄養士が、「災害に備えて非常備蓄食について」の在庫表リスト(80名分x3日分)で備蓄品を管理し、期限前にはイベント食として利用者や職員に提供している。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>各種マニュアルを整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重・プライバシー保護についても明示している。新人研修に介護技術の研修を採り入れて個別に指導し、職員の周知を図ると共に、実施状況を確認している。</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・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルの定期的な検証・見直しには至っていない。 職員参画の下で、定期的な検証・見直しを行い、マニュアル履歴などに経過を記録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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>通所介護計画策定の責任者を、主任相談員としている。アセスメントシートを用いて、アセスメントを実施している。サービス担当者会議に参加し、アセスメントや計画策定の協議を行い、相談員間で共有し事業所独自の担当者会議報告書を作成している。通所介護計画には、利用者個々の具体的なニーズが明示されている。定期的にモニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難事例にも積極的に対応し、地域ケア会議に参加したり、関係機関と連携を取りながら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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>基本的には、居宅サービス計画書見直しの時期に通所介護計画書の見直しを行っている。緊急に計画を変更する必要がある場合は、介護支援専門員に報告し対応している。見直しによって変更した計画の内容は、夕方のミーティングや、「プログラム一覧表」の変更で、職員に周知している。見直しにあたっての新たなニーズは、通所介護計画書に明示している。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、「健康チェック表」のチェック欄と備考欄により把握し記録している。計画にもとづくサービスが実施されていることを、「健康チェック表」「プログラム実施表」「運動実施表」によって確認することができる。連絡ノートの記載内容はダブルチェックし、書き方に差異や不備が生じないように確認し、必要に応じて職員に指導を行っている。2種類のミーティングノートを活用し、情報の的確な伝達に努めている。夕方のミーティング・朝の申し送り・デイ会議・正職会議・責任者会議を行い、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や議事録等の回覧も活用している。</p> | | |

| | | |
|---|----------------------------------|-----------|
| 45 | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | a ・ b ・ c |
| <p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護マニュアルに、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応方法を規定している記録の管理責任者を管理者としている。法人の倫理・法令研修の中で個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時に守秘義務についての説明を受け、同意書を交わしている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用同意書をもとに説明し、同意を得ている。</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

アセスメントシートで利用者の心身の状況・ADL・生活習慣等を把握している。利用者・家族の意向を確認し通所介護計画書を作成して支援し、定期的なモニタリングで検討・改善する仕組みがある。通所介護計画には、自立支援・活動参加への動機づけ・心身の状況に配慮した活動参加を記載して支援している。活動プログラム・運動プログラム・役割プログラムなど、利用者個々の趣味・興味・希望に応じて活動できるように複数のメニューを用意している。詩吟の講師ボランティアの定期的な来訪があり、事業所のイベントに家族を招待したこともあった。計画に位置づけて買い物や外出も行い、社会参加の機会も設けている。

利用者個々のコミュニケーション能力・配慮を「アセスメントシート」で把握し、特別な配慮が必要な利用者には、筆談・ボードの使用等、個別の伝達方法を工夫している。送迎時・利用中等に利用者の意向・希望の把握に努め、ミーティングノートで共有しケアに生かしている。テーブル担当を配置し利用者との距離を近くし、話しやすい環境づくりに努めている。利用者担当職員も設けている。法人研修で「接遇・コンプライアンス」について学ぶ機会を設けている。コミュニケーションについての利用者個々の留意事項を、アセスメントシートや介護計画の留意点等に記載し、支援に反映することが望まれる。

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

居宅サービス計画書・通所介護計画書・デイ愛ノート・デイサービス健康チェック表等をもとに、利用者様個々の心身の状況や意向に合わせ、入浴形態・入浴介助の方法を工夫している。浴槽入り口ドアが2つあり、男性・女性を分け、浴室内ではカーテン等使用し、尊厳や羞恥心に配慮している。基本的には、午前・午後好きな時間に提供できるよう配慮し、拒否される方には、本人の好みに合わせ午前中一番や午後からもう一度声掛けする等、工夫している。入浴準備中に、湯温や備品等確認し、エアコン・扇風機・電気ヒーター・清浄機等季節に合わせて使用し、室温管理をしている。入浴前や入浴後、浴室前の喫茶スペースで水分を摂取している。入浴後持参のクリーム等使用され、自己にてスキンケアされている。契約時配布されるデイサービスご案内の中に、基準値が明記され説明されている。入浴前には、血圧や体温の確認がされ、基準値を超える場合は、しばらく落ち着いていただき、再度測定している。更に基準値を超える場合には、看護師へ報告し指示を仰いでいる。浴室内は職員3人体制で利用者様3～4人で実施され、基本的に1対1で対応し、滑り止めマット等使用し安全に実施されている。浴槽は、開放的な大浴場や個浴（檜風呂3か所）が整備され、シャワーチェアや手すり・仕切りカーテン等用意されている。併設施設内に機械浴があり、利用することも可能である。感染症、心身の状況や意向等を踏まえて、最

後に入浴されたり、他の利用者様との同時入浴が無いよう配慮され、入浴後は消毒液やアルコールを使用し清掃している。必要に応じて、家庭での入浴について、利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

居宅サービス計画書・通所介護計画書・デイ愛ノート・デイサービス・排泄チェック表で利用者個々の状況を把握し、排泄介助の工夫がされ、自立へ向けた声掛けや見守りが実施されている。排泄後必要に応じ観察し、尿や便・皮膚等異常があれば看護師へ報告し、ミーティングノートや出会い記録に記載している。同性介護を基本とし、ナースコールを設置し、必要に応じて声掛け・見守り・介助を行い、羞恥心への配慮し自立支援を行っている。トイレは毎日終了時に消毒液やアルコールを使用し清掃され、利用時汚染等あれば随時対応し、消臭スプレー等使用し清潔が保持されている。尿意・便意の訴えがあればすぐに対応し、汚染があれば声掛けし、清拭やシャワー対応している。冬場は、保温便座や足元ヒーターを使用し保温に配慮されている。おむつ等自己にて持参されている。体型の変化等ありサイズが合わない場合は、家族へ助言しケアマネジャーへ報告している。施設でも色々なタイプを用意している。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、介護支援専門員等に報告・連絡している。

居宅サービス計画書・通所介護計画書・デイ愛ノート等で利用者個々の状況を把握し、その日の状態を観察し、自立に向けた移動・移乗の声掛けや見守りを実施している。状態・状況にあった福祉用具（車いす・歩行器・シルバーカー・杖等）を選択し、介助する側もされる側も、安楽で安全な方法を見出し実施し、そのことを家族へも伝えている。福祉用具の定期的な点検や点検リストの作成には至っていないが、不備等あれば都度修理している。フロア等移動動線の確保、移動動線には福祉用具や椅子等置かないよう注意し、周囲の安全に配慮しながら、声掛けや見守り等実施している。送迎サービスについての利用者個々の留意事項は、「送迎表」に記載して周知している。必要に応じて、家庭での移乗・移動について、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。福祉用具の点検については、リスト・チェック表等で記録に残すことが望まれる。

法人の「褥瘡予防対策マニュアル」を整備している。看護師の指示にもとづいて、利用者個々の身体状況に応じた支援・観察を行い、「健康チェック表」の備考欄に記載している。必要時には、クッションによる姿勢変換・利用者が持参した軟膏塗布等の対応も行っている。法人研修の「ターミナル研修」で「褥瘡」について学ぶ機会を設けている。必要に応じて、家庭での褥瘡予防について、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。

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。 | a ・ Ⓑ ・ 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

面接時に好みやアレルギー等を聞き取り、利用中でも食べられないものや嫌いなものがあれば、管理栄養士等に相談し対応している。施設近郊の畑で、利用者と一緒に季節に合わせた旬の野菜等収穫し、なごみの部屋等を利用し、利用者自ら調理し、昼食時に当日献立に一品付け加えて提供している。行事食や施設玄関前での屋台の開催等、楽しむ工夫を行っている。ランチョンマットのセッティング・配膳・下膳等を役割分担し、職員見守りの中実施している。厨房より保温されたままテーブルへ配膳され、ご飯や汁物は直前に提供されている。テーブルの配置や同席する利用者の関係性にも配慮し、食事中に会話しながら楽しい時間が過ごせるように努めている。

嚥下能力に合わせた食事形態（普通・おかゆ・キザミ・ミキサー・トロミ等）を管理栄養士と相談して提供している。食事量の少ない利用者への声掛けや見守り、摂取が困難な利用者へは介助し、利用者個々の状況に応じて自立支援を行っている。食事ペースを考慮して配席を行い、ゆっくりとペースに合わせ食事できるよう配慮されている。テーブルの高さ調整・3種類の椅子の中からの選択・クッション使用等、座位・姿勢を保持し嚥下しやすいように配慮している。食事や水分摂取量等、出会いノートに記載され、摂取量の少ない方へは声掛けしている。「アセスメントシート」で主食・副食の食事形態、嗜好、アレルギー等を把握し、栄養士・看護師と連携し、利用者の心身の状況に合わせた食事形態・代替え食対応により食事を提供している。適切な食事形態、姿勢保持、食介助方法を通所介護計画にも記載して、経口での食事摂取が継続できるように支援している。食事摂取量は連絡ノートで報告している。必要に応じて、家庭での食事・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。

事故やヒヤリハット等あれば、夕方のミーティング時に情報を共有し、確認しているが、食事中の事故についての対応方法の確立と周知が望まれる。食事・水分摂取量が客観的に把握できるような記録方法の検討が望まれる。

「アセスメントシート」で口腔ケアの自立度を把握している。DVDの使用や個別対応により、希望者が口腔体操に参加できるようにしている。現在、計画に挙がっている事例はないが、昼食後に口腔ケアを行う利用者は、個別に持参された口腔ケアセットで歯磨きなどを行っている。必要な場合は、職員が声かけ・介助・確認を行っている。必要に応じて、家庭での口腔ケアについて、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。

口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

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

| |
|--|
| <p>日常プログラムに調理・配膳・後片付け・洗濯物たたみ等を探り入れ、利用者が日常生活の中で役割が持てるように工夫している。法人研修で、「認知症」について学ぶ機会を設けている。カンファレンスには看護師も参加し、支援内容を共に検討している。脳トレ・運動・カラオケ・ゲーム等、個人あるいはグループで活動できるよう工夫している。サービス利用時の様子を家族に伝え、より良いケアの方法を家族と共有するようにしている。必要に応じて、認知症状への対応等について家族に情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。「アセスメントシート」で利用者の日常生活能力、残存機能を把握し、定期的な再アセスメントにより現状を把握する仕組み作りが望まれる。周辺症状を呈する利用者に対する、個々に応じた支援について、通所介護計画書の留意事項等で共有し、観察や経過を記録に残すことが望まれる。</p> <p>畳の間やソファ・ベッド等用意され、広々とした玄関スペースでも静かに落ち着けるソファ等整備されている。玄関や畑への通路等自由に行き来できるよう開放され、自由に行動できる環境が整備されている。危険物等職員用カウンターデスク内に収納され管理されている。トイレや浴室の表示等、マークを付け、一目でわかる工夫がされている。出入り口付近に設置されたポット等、適切な管理が望まれる。</p> |
|--|

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

| |
|---|
| <p>居宅サービス計画をもとに、通所介護計画に、機能訓練・介護予防を目標として運動プログラムを位置づけ、実施・評価・見直しを行っている。総合事業支援対象者に対してリハビリテーションプログラムを作成し、評価・見直ししている。日々の生活動作の中での残存能力の活用・自立支援を通所介護計画に記載して支援している。多様な運動メニューを用意し、利用者が主体的に運動できるように工夫している。正職会議に看護師が参加し、助言を行っている。認知症状の早期発見に努め、介護支援専門員に主に電話で報告し関係機関につないでいる。</p> |
|---|

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

| |
|---|
| <p>迎え時に家族から体調についての情報を把握し、利用開始時にバイタルチェックを行い、利用者の体調変化の早期発見に努めている。必要な利用者には、再度バイタルチェックを行っている。「健康管理マニュアル」とフローチャートで体調変化時の対応手順を定めている。バイタルチェック表に薬の持参と服薬確認 をチェックしている。健康状態は、健康チェック表と備考欄に記録し、ミーティングノートで情報共有している。体調に変化があった場合は、介護支援専門員と家族に迅速に連絡している。</p> <p>高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応等について、研修の実施が望まれる。</p> <p>法人の「感染症対策マニュアル」「食中毒対応マニュアル」を整備し、感染症や食中毒への対応方法を定めている。年間を通して、出勤時に職員が検温を行い、体調の変化を把握できる仕組みがある。職員のインフルエンザの予防接種は、法人が費用負担している。法人研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。玄関やデイ入り口・洗面台に手指消毒液やマスクを設置し、フロア内には加湿器を設置し、終了時にフロアに消毒噴霧している。家族・来館者へは手洗いや手指消毒等の呼びかけを行っている。</p> <p>職員や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周知することが望まれる。</p> |
|---|

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

| |
|---|
| <p>建物・設備の点検は、専門業者が定期的に行い、快適性や安全の維持に取り組んでいる。全体的に木目調の落ち着いた内装が施されている。テーブルの組み合わせで円形や長方形等雰囲気配慮され、テレビ前には円形にソファが設置され、見やすいよう配慮されている。自動販売機や喫茶スペース、勉強スペースやカラオケルーム等、快適な時間や休息に適した環境が整備されている。</p> <p>備品については随時点検を行い必要な整備を行っているが、定期的な点検と、点検と対応の記録が望まれる。</p> |
|---|

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

利用者の状況の定期的な報告は連絡帳・送迎時に行い、変化があった時には電話で迅速に連絡している。通所介護計画の見直し時に、生活相談員がサービスの説明、要望・相談の把握を行っている。連絡帳・送迎時・電話を用いて、必要な情報が必ず伝達できるようにしている。送迎時等に、家族の心身の状況・介護負担を把握し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。必要に応じて、家族が必要とする介護に関する情報について、利用者・家族に提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

A-9 サービスの適切な実施

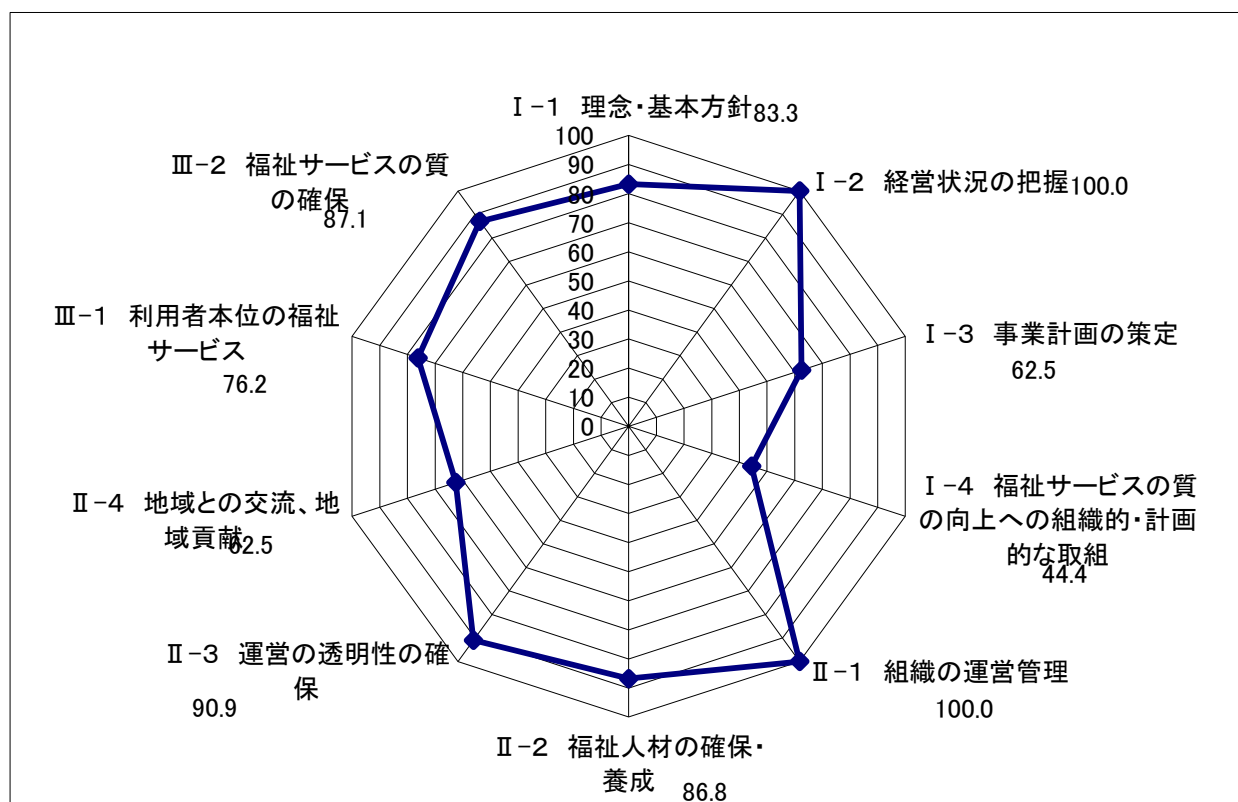
| | 第三者評価結果 |
|---------------------------------------|------------|
| A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | ○a ・ b ・ c |

特記事項

居宅サービス計画をもとに、通所介護計画を作成し、「サービス内容」「留意事項」欄に、意志疎通・食事・入浴・排泄・清潔保持・機能訓練・心理面について、個別具体的な支援方法・留意点を明示している。

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 | 5 | 83.3 |
| 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 | 4 | 44.4 |
| 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 | 33 | 86.8 |
| 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 | 24 | 15 | 62.5 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 63 | 48 | 76.2 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 27 | 87.1 |



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 | 20 | 18 | 90.0 |
| 4 認知症ケア | 17 | 14 | 82.4 |
| 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 |

