

(様式第6号 別紙)

長崎県福祉サービス第三評価結果報告

①第三者評価機関名

| |
|----------------|
| 有限会社医療福祉評価センター |
|----------------|

②事業者情報

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| 名称： デイサービスさくら | 種別： 生活介護 |
| 代表者氏名：田島光浩 | 定員（利用人数）：20名 |
| 所在地： 長崎県島原市宮の町738 TEL：0957-64-5201 | |

*施設・事業所情報は、事業所プロフィール参照

③施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <p>①事業所を新しい場所に移設して以降、地域の学生の休憩場所、団体の会議の場、子ども食堂としてスペースを開放している。法人の目指す方向性の1つでもある、「地域との関わりを大切にする」を具現化したもので、自然な形で事業所の存在感を示している。</p> <p>②新たに入職された職員に対して、必要に応じて自動車学校の安全運転講習を法人負担で受講させて、安全運転に配慮した取組みを実践している。また、安全な事業運営に関連して、事業所では「交通事故要注意箇所マップ」を作成して、事故が多い箇所を確認できるようにしている。このような取組みから、安全管理体制が確立していると言える。</p> <p>③事業所には浴室が3ヶ所ある。この中には機械浴も完備されており、利用者のレベルに応じて安全な入浴ができる。</p> <p>④事業所は長崎県木をふんだんに使用していて、ぬくもりを感じるとともに明るい印象を受ける。また、外観を大切にしたい工夫点として、エアコンなどは目に付かないように機能的に収納されている。また日よけと目隠しが絶妙なバランスで設置されている。</p> <p>⑤収納棚には整理整頓された様子の写真が貼ってある。目的はいつ誰が物品を使っても必ず同じように戻すことで、効率的な仕事ができるようにすることであるが、利用者にも同様に写真を用いて、整理整頓や作業がイメージしやすいように工夫している。</p> <p>⑥利用者がサービス内容を自己選択できる仕組みを作っている。例えばリハビリ・カラオケ・エアロビクス・ボウリング等メニューを予め予定表等に「見える化」しておいて、それぞれ自己決定して実行する。このようなやり方は、利用者の意欲を高める有</p> |
|--|

効な手段といえる。

④第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 30 年 2 月 1 日（契約日） ～ 平成 30 年 8 月 1 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 初回 |

⑤総評

◇特に評価の高い点

①新しく見直した法人理念について、職員が理解しやすいように管理者から詳細な説明が行われている。法人理念の浸透は今年度の事業計画に盛り込まれている内容の1つで、職員が同じ方向を向いて利用者支援を行うように日々組織的な取組みを実施している。

②法人としての計画、事業所としての計画、サービス種別毎の計画がそれぞれ連動していて、年間を通して計画的な運営を行っている。また事業所の職員は事業工程表を確認しながら行動できるため、自ら考えて動くことのできる職員の育成に連動している。

③職員は法人の中で多様な働き方ができるため、子育て世代の職員も家庭等の状況に応じて長く勤めることができる。また昇進昇格に関して、将来のビジョンを描けるようなチャレンジ制度があるため、意欲のある職員は能動的に働くことができる。

◇改善を求められる点

①評価基準によると利用者や家族に対して、法人の理念や事業計画等をわかりやすい資料を用いて説明するように求められている。イメージしやすいように図や写真を用いる等、わかりやすい資料の作成を期待したい。

②評価結果を職員全員で全般的に振り返り、サービスの質の向上に役立てるよう、計画的な取組みを期待したい。

⑥第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けるにあたり、自己評価を行いました。全職員で時間をかけ、ひとつひとつ行うことで、事業所の現状が理解でき、共通認識が持てると同時に課題も見つけられました。

今回第三者評価を受けることで事業所の強みや弱みを客観的に評価でき、提供するサービスの質について改善すべき点が明らかになりました。さらには、明らかになることで提供するサービスの質の向上に向けての具体的な目標を設定できることで、取り組む課題の共有化が図れました。

これを機に、職員の支援に対する自覚と意欲に対する機運を作り上げながら、課題を解決していくことで、サービスの質の向上へ繋げていきたい。

⑦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。

⑧利用者調査及び書面調査の概要

(別紙)

(別紙)

第三評価結果

※すべての評価細目（45 項目）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><コメント></p> <p>新しく見直した「生きる誇りへの、挑戦」という法人理念を策定して、障がいのある方にとっての一番の障がいは挑戦するチャンスがないという認識の基、障がいがあってもチャレンジできる機会を創出する法人として始動している。デイサービスさくらの取り組みにおいては、毎月の理事長からの手紙を活用して、理念に纏わる話を管理者から職員に実施している。また、法人全体のサービス種別や特徴については、パワーポイントでわかりやすくまとめている。この資料1つにしても専門的にまとめている資料と、利用者や家族でもわかるようにわかりやすい表現や、写真を多く使う等工夫している点を確認した。但し、新しく見直した法人理念について、利用者や家族に向けたわかりやすい資料が見当たらなかった。利用者の特性を鑑みた内容や、家族でもわかるような表現を用いた説明書の作成を期待したい。法人として標準化した資料があると、いつ、どこの事業所において、どの職員でも説明できるため、法人全体的として検討されたい。</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><コメント></p> <p>地域の障がい事業の動向の把握について、まず活用する資料として島原市(自立支援協議会)が作成した冊子がある。管理者はこの資料を読み解き、利用者数の予測や行政の動きを把握している。障がいサービス事業毎に利用者動向が把握できるた</p> | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|-------|
| <p>め、法人としては分析しやすい資料となっている。次に「法人における島原地区の計画」にエリア内における課題や方向性を見出している。更に「デイサービスさくら事業計画書」に前述の資料から読み解いたものを落とし込んで、事業所における方向性や目標数値、利用者の利用状況等を確認している。法人理念に基づく取り組みや計画だけではなく、経営的な視点により永続的に事業を存続できるような数的分析や、拠点事業所元年としての行動指針をすでに明確にしている等、今後の展開においてより一層安定化を図るため分析の質を高めている。</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><コメント> 課題抽出に当たっては、前年度の事業計画を「事業報告書」と銘打って評価しており、この中で事業計画の振り返りを行うことで気づき生まれ、その延長線上に課題が「見える化」されている。この作業までは一般的によく耳にする話であるが、南高愛隣会では、SWOT分析を毎年必ず実施している。更に言うと、この分析に当たっては、全職員が集中して意見を出し合い、その作業を経て強みを活かした積極的な取り組みと、脅威に対する戦略を明文化している。このように年々変化する経営環境に対応できるように職員全体で課題を把握して、かつ、次年度の目標につなげていくという好循環が成立している。特に近年区分の高い利用者が増えてきたため、加算を算定できるような人員配置を整えている。</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 |
| <p><コメント> 法人としての中長期計画に基づく「デイサービスさくら」独自の中長期計画を確認した。計画は2018年より2020年までの3年間の計画が具体的に記されている。計画は現状と課題、具体的な目標数値、サービス内容や人材育成等の項目に分類されており、第三者でもわかりやすい内容となっている。この中長期計画は単年度の計画にリンクしているため、毎年必然的に見直す機会が設けられている。また、中長期計画の中で特に印象的な項目として掲げることのできる内容が「サービス内容」の分野で、各事業所が拠点化している中で、新たなハード面を活用しながら「障がい特性に応じた支援」「それぞれの拠点地域のニーズに応じた支援」「拠点化の中で一体的な取り組み」を重点目標として掲げている。新しい環境の中でうまくいくことも課題も出てくるのが考えられるため、中長期的に課題を解決していく姿勢を</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 計画の文言より確認することができた。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>単年度の事業計画においては、上記項目の中長期計画を単年で分割したイメージで、「デイサービスさくら事業計画」という資料で確認することができた。内容としては、年度における「事業のテーマ」、「事業の方向性」、「目標数値」に分けてまとめである。内容は第三者から見てもわかりやすい内容となっているし、全部とは言わないが、大半が数値目標化されているため、評価の際に具体的な評価ができて、次の計画策定に生きてくるような仕組みをとっている。特に今年度の計画の中で重点化目標に掲げている内容が「入浴サービスの充実を図る」という点で、リフレッシュできる入浴サービスの提供を目指し、毎月入浴介助の方法や介助の振り返りをテーマに掲げて実践している。このようなサービスが充実してくると、必然的に利用者の集客にもつながるし、対象となる利用者像が広がることも期待される。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>上記項目にも出てきたことで重複する面もあるが、事業計画は職員参加型の工程で策定されており、法人として毎月「月次事業報告」を法人内のグループウェアを活用して共有する仕組みが構築されている。内容としては単年度計画の各項目に準じた内容を毎月報告する様式となっているため、漏れなく法人幹部が事業所の進捗状況を把握する仕組みができています。この事業計画は凡そ年末くらいから評価を開始して、年明けの1月か2月初旬に次年度計画(案)を策定している。この原案を数回法人幹部とディスカッションして、新年度の計画を作成するというルーティンが確立している。最後に新しく完成した事業計画は新年度初回の「デイサービスさくら職員会議」で必ず読み合わせを行い、事業計画の共有と共に事業内容の確認を「デイサービスさくら(生活介護)事業行程表」等で行って、利用者への支援体制を強固なものとしている。特に拠点化して間もないため、新たなテーマを重点取組み事項として掲げる傾向となっている。</p> | | |
| 7 | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | a・㉠・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の職員間周知は上記の通りであったが、利用者や家族に対する周知方法として活用しているのが、利用者の保護者で構成されている「育成会」という組織である。この会は概ね新年度に入ってからエリア毎に開催しており、法人としての方針</p> | | |

や、細部の事業計画まで資料を基に説明するようにしている。資料は大きな文字でわかりやすく説明の内容も簡潔にまとめてあるが、重度の利用者へ説明がうまくできているか、また、普段あまりコミュニケーションを取ることでできない家族への説明が適切になされていないということで、まだ今後に向けた伸びしろがある。まずは、今一度配布する資料を見直して、重度の利用者でも理解できるように工夫できる点がないか全般的な見直しを期待したい。

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>基本的に事業計画に基づく日々の支援、モニタリング、評価、見直し、質の向上に直結しているため、毎月「月次報告書」という法人で定められた所定のフォーム内に入力する作業を行っている。所長はこの過程で全体的な振り返りを行い、達成できた点や課題として残っている点を明確にすることができている。特に評価できる取り組みとして掲げられるのは、毎日の終礼時において支援内容を必ず振り返る機会を確保している点である。このような振り返りを大切にして、利用者に対する支援の質を高めている。今後は、今回受審された第三者評価の評価ツールを活用して、毎年1回でいいので定期的に振り返る機会に厚みを持たせ、ポイントを絞って改善に向けた取組みを行う等、永続的な質の向上を期待したい。</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>毎年事業計画の見直しを行い、評価までは実践されている。この評価の過程で抽出された課題を次年度の計画に盛り込むというルーティンがあるため、設問で尋ねられている問いに対して概ね実行できている。但し、ここでいうところの取組みは質の向上に向けた設問であるため、毎年PDCAサイクルに則して策定されている事業計画の遂行に加えて、今回のような第三者評価ツールを活用されて、利用者への支援の質の向上を期待したい。1つ提案として、毎年立案されている事業計画に第三者評価の見直し等を実践項目の1つとして掲げられて、毎年テーマを絞って改善を図るような取り組みを推奨する。まずは足掛かりとして今回の評価結果について、法人内のホームページ等への公表後に、今一度、職員間で第三者評価の見直しを行い、課題抽出及び計画的な改善へ向けた行動が望まれる。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>まず南高愛隣会として「南高愛隣会における管理者の役割分掌表」を共有されており、責務や業務内容等を明文化している。この資料により管理者の有する権限や管理の内容を確認することができる。また、理事長のメッセージとしてホームページ上に方針や考えを表明して、この内容から社会的使命等を確認することができた。また、有事の際の役割と責任については「人身事故発生時(利用者・職員)緊急連絡網」や「総合防災マニュアル」、「火災対応マニュアル」、「台風対策マニュアル」等に対応方法や、対応フロー内から不在の際の対応方法を読み解くことができる。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>南高愛隣会では毎年作成している「事業工程表」というものがあり、この工程表の中に人財育成・定着の項目に様々な研修が予定されている。これらは基本的に管理者が講師となって所属する職員にレクチャーするため、きちんとした知識を修得しておかなければならない。そのために法人内の上位者級への研修が準備されていたり、外部研修に参加したりする等、指導者への教育体制も充実している。わーくみかわちの運営に当たっては様々な法令に準じて運営をしているが、特に重要視している法令は身体拘束や虐待に関する法令で、人権擁護も含めて法人単位で様々な取り組みを実践しているところである。</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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者へ提供するサービスは、基本的にデイサービスさくらの事業計画に基づいて実施されている。この計画書は毎月のモニタリングと、年に2回定期的な評価を行っている。特に新年度の事業計画策定にあたってはSWOT分析等客観的な視点から事業内容を分析して現状を把握している。また管理者はマネジメント業務と同時に</p> | | |

| | | |
|--|---|--------------|
| <p>実務にも力を注いで、肌感覚で利用者へ提供しているサービスの内容を掌握する努力を続けている。更に職員と面接する機会を定期的に準備しており、日常業務のことからワークライフバランスの部分まで幅広く意見を聴いて、利用者に良いことは即実践したり、職員にとって良いことは組織単位で検討をする等、法人として働きやすい職場作りに努めている。</p> | | |
| 13 | <p>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。</p> | <p>㉑・b・c</p> |
| <p><コメント> デイサービスさくらの事業計画に掲げている内容は、分析の結果文言として掲げられているもので、経営面、運営面共に法人のルールに従って「見える化」されている。毎年度事業計画を立案する前にSWOT分析を行い、人事、労務、財務等における強みや弱みを掌握した上で目標を設定している。この目標達成について必ずしも全てが達成できるものではなく、日々刻々と変化する経営環境の中で微調整したり、環境を整えたりしながら指導力を発揮している。また経営面の掌握について、デイサービスさくらの「経営分析表」という資料があり、前年比や前々年比等との比較も行い、多角的な視点から数値を分析している。</p> | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|--|---|---------------------|
| | | <p>第三者評価 結果</p> |
| <p>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。</p> | | |
| 14 | <p>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。</p> | <p>a・㉒・c</p> |
| <p><コメント> デイサービスさくらの年度毎の事業計画に「人材育成」の項目があり、現在在職する職員へ向けた育成計画や、職員を定着させる様々な仕掛けをヒアリングの中から確認することができた。まず現存の職員へ向けた特徴的な取り組みとして、新入社員はプリセプティ養成計画に則って基本的に半年間の教育を受ける。また事業工程表にも記載されているように、障がい福祉事業に携わる者として大切な研修を毎月必ず行っている。加えて外部研修に参加しやすい法人独自の制度も有るということで、職員は幅広い知識の習得をできるわけで、人材育成の面での体制構築は整っている。但し、専門職の配置や資格取得の目標等具体的な数値目標まで至っていない状況であった。人材育成の項目については、デイサービスさくらの事業方針や、法人内における「生活介護事業」の事業方針策定に課題分析や目標まで記載があるので、この部分を活用して資格取得の数値目標等を盛り込んで、人員配置面においても質の確保を期待したい。</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>南高愛隣会としての総合的な人事管理のうち、特徴的な取り組みとして、人事評価（人事考課制度）と成長支援面接（毎年9月と3月に実施）を挙げることができる。前者においては法人におけるキャリアパスを明文化しており、倫理綱領に掲げている法人が求める職員像に加えて、将来像を描くことのできる仕組みができています。また評価基準は階層に応じて詳細に分類されており、評価する職員への指導も充実している。また、成長支援面接においては、定期的上位者が行う仕組みができており、自己評価した結果を基に面接を重ねて成長支援を助長している。この面接で職員から相談があった内容は、場合によっては本部の人事担当者に内容を送信して、法人全体で改善策を見出す事例もあるため、総合的な人事管理の基、職員は長く法人に在籍して、キャリアアップできる仕組みが確立している。</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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>職員を取り巻く環境の変化と共に就労の形も変化することがあるため、成長支援面接の際や、職員の環境の変化に伴い意向等の確認をするようにしている。基本的に所長が初期対応をして、その内容を管理者が把握した上で上位者の決裁を取っていく手順がある。また職員の就労状況は法人内のソフトウェアで管理されており、数名の目で就労状況を把握できるため、異変に気づきやすい環境となっている。南高愛隣会の働きやすい取組の中で特徴的だったものが、毎年職員にアンケートを取って公益的な意見は法人全体に適応したり、就労年数に応じてリフレッシュ休暇を取得できる取り組みを行っている点である。福祉の仕事は一般的にストレスを感じやすい感情労働とも言われているため、外部の心理職の講師を招いてストレスケアにも取り組んでいる。このような総合的な取り組みは法人の風土となり、職員には法人に対する忠誠心が芽生えて、法人への貢献度が高まることにより更に期待される。</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>南高愛隣会として倫理綱領内の「社会福祉法人南高愛隣会が提供する福祉サービスの基本的な考え方」の部分に、サービスを提供する職員の基本的な考え方を明文化している。職員はこの根源となる姿勢や法人理念、事業計画を基にして「自己振り返りシート」に自己評価するようになっていて、上位者は成長支援面接の際等に状況を確認するようにしている。目標設定については個人差が有って難しい一面もあるが、目標が低すぎず、突出しすぎずバランスを重要視して設定するように方向付</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| <p>けている。このような自己振り返りシートや、職員の階層に応じたそれぞれの評価表があるため、個々の育成においては非常に手が入っている状況と評価できる。強いて1点だけ求めるとするならば、自己振り返りシートに新年度の個人目標が記載しておく、目標の達成度合い等が明確になって、より評価しやすい環境となるため、この点は検討されたい。</p> | | |
| 18 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント> 南高愛隣会として「職員研修等に係る規程」を策定している。この中に研修の必要性や、自己研鑽の励行等文言が謳われている。この規程をベースにして人材育成や教育に関する各計画がある。研修の内容は法人としての職員研修一覧から、事業工程表に掲げてある事業所としてスタンダードなものまで多種多様に準備されており、学びたい意欲のある職員にとっては非常に環境が良いと言える。研修については事業内容や生活介護等の事業種別に応じて変化を持たせて、より専門性の高い研修を受講できる。研修の実施状況を総じて示すと、法人で管轄する研修から事業所毎、事業種別に枠を設けて、更に外部研修にも一定の条件の基、参加できる柔軟な仕組みを構築している。</p> | | |
| 19 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント> 法人としての教育・研修の仕組みには法人内部研修、新人研修、外部研修に大きく分類することができる。更に内部研修においては、サービス種別や事業所毎に研修内容が異なるため、効果的かつ効率的な研修体系となっている。特徴的な取り組みとして、一部を除き新人職員にプリセプター(見本・手本となる職員)を付けて個別指導を行い、不安感の軽減や職員の自立促進を図っている。また外部研修については法人本部から情報提供があり、外部研修に参加する場合、条件を整えば一部補助金がもらえる等法人として研修の受講を励行している。現在、デイサービスさくらの職員における重点課題は、「コミュニケーション技術」と「人間性のブラッシュアップ」ということであった。前者は対利用者や職員間のコミュニケーションを示していて、後者は総合的な人格の形成を示している。千里の道も一歩よりではないが、毎年計画的な取組みを継続することが重要である。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 20 | <p>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。</p> | a・b・c |

| |
|---|
| <p><コメント></p> <p>南高愛隣会として「実習のしおり」を作成して、冒頭に実習の目的や意義を明文化している。法人としては基本的に社会福祉士と保育士の実習が中心となっており、育成に係る手順書を確認した。デイサービスさくらにおいては、同一敷地内に放課後等デイサービスを運営していることから、保育士の実習を受け入れている。法人としてこのように外部の実習生や体験学習に関して、積極的な受け入れ態勢を整えている。この姿勢が雇用創出の1つのきっかけにもなっているため、今後も継続的に受け入れていくとのことであった。前述のように法人としての体制は確立しているが、実習生を指導する指導者への研修体系が確立していないということであった。実習生の実習がより一層有益なものとなるためにも、指導者への指導体制の構築を期待したい。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>情報公開については法人のホームページ上の「情報公開」をクリックすると、「第三者評価の受審結果」「事業計画」「現況報告」「事業報告・決算」「苦情解決実施状況」等を閲覧することができる。今後デイサービスさくらの第三者評価の受審結果や、苦情解決についても内容がまとまり次第、随時アップしていく方針であった。また法人の理念や事業方針、ビジョン、事業内容等については「南高愛隣会とは」をクリックすると目指す方針が明示されている。法人の情報についてはネット上ばかりではなく、パンフレット等でも配布できるようにしている。</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><コメント></p> <p>法人として公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みの根幹に「社会福祉法人南高愛隣会経理規定」があり、この規程に則って管理されている。この規程の中に権限や責任の所在が記されており、職員への周知も法人内のソフトウェアを用いて図っている。また、外部所属の会計士による会計監査を定期的に行う等、公正かつ適正な経営を行っている。</p> | | |

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価 結果 |
|---|--|-------------|
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | |
| 23 | Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域との関わりについて交流を広げるため、事業所の特徴的な取組みのところにも記載しているが、拠点事業所として開設して以降、地域の学生がバスを待つ間にちょっと休憩する場所を提供したり、公益的な取組みを行っているボーイスカウト等の団体へ会議をできるスペースを提供している。また、地域へ出向いてアルミ缶や古紙の回収をしたり、子ども食堂を開催する等老若男女問わず、様々な住民が自然と交流できるような取組みを継続している。これらは法人の目指す方向性の1つにある、「地域との関わりを大切にする」を具現化したもので、利用者や職員が地域に出向いたり、逆に地域住民が事業所を活用する等、相互通行の取組みを通じて事業所の存在感を示している。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>定期的なボランティアの受け入れ先としては、利用者アンケート調査を担ってくれている県下の大学生を筆頭に挙げることができる。デイサービスさくらだけで受け入れているものではなく、法人として毎年受け入れている。このボランティア以外に掲げられる内容として、デイサービスさくらで実施している子ども食堂に地域の高校生が参加している。多頻度で開催しているわけではないが、このような形で地域の力を活かす場所として位置付けられている。今後、ボランティアやちょっとしたお手伝い等含めて、学生ボランティア等幅広い受け入れを行う方針であれば、法人として準備されている受け入れ時の書類等を見直しておく必要性を感じる。(「ボランティア・アルバイトについて」という資料のバージョンアップ)</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>多機関との連携や役割分担をしながら生活介護事業を日々運営しているわけだが、特に関わる頻度が高い機関と言うと相談支援事業所が筆頭のものであった。相談支援事業所以外においても近隣の生活介護事業所や障がいサービス提供事業所、また、横のつながりにおいては地区の「自立支援協議会(子ども部会)」への参加等が挙げられる。デイサービスさくらとして特徴的な関わりの1つに「まなぼう会」という</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| 月に1回開催されている、いわば他職種間の勉強会が掲げられる。この会は主に障がいのことや福祉のこと等を他職種で学ぶ会となっているが、学校の先生やサラリーマンも参加する等、法人として保有している資源を社会に還元できている。引き続き法人内だけではなく、利用者支援の一環として多種多様なつながりを模索していくことも重要である。 | | |
| 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域向けに行っている機能還元の一例として、地域住民がバス等の待ち時間を費やしたり、学生が勉強をしたり、公益的な団体に会議ができるような場を提供する等、ハード面での例を列挙することができる。拠点事業化する際に目的の1つとして掲げた多世代且つ地域への機能還元という分野は達成できているといえる。この他様々な項目でもキーワードとして出てきているように、子ども食堂を主催して地域との関わりを密にすることで、気軽に出入りができる開かれた事業所として存在感を示すことができている。この他、高校生の福祉体験学習を受入れ、支援学校の現場実習等、事業所の機能に特化した取組みも同時に実施している。</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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>公益的な取組みとしては、上記の項目にもあるように事業所の一部スペースを地域住民に開放して、開かれた事業所として有効に事業所を活用できている。また事業所の機能還元という点では、実習生の受入れや福祉体験学習等専門性を活かした取組みを掲げることができる。その他地域の福祉ニーズを掴む手段の1つとして、同一法人のグループホームで開催している運営推進会議に、法人の組織体系上デイサービスさくらを管轄している統括部長が参加している。この会議には地域の民生委員等が参加していて、地域の実情を聴くことができたり、逆にデイサービスさくらでの取組み内容を説明する機会を設けている。</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。 | ㉠・b・c |

| | | |
|--|-----------|--|
| <p><コメント></p> <p>法人職員全体で検討した結果リニューアルした法人理念である、「生きる誇りへの、挑戦」を実践するために「ビジョン・私たちの行き先」「スピリッツ」「ミッション」を明示している。職員はこの理念の基、事業計画の内容も含めて日々利用者支援を実践している。また法人として倫理綱領に福祉サービスの基本的な考え方を謳っており、職員は「業務の振り返りシート」を活用して、定期的に職業倫理面について自己チェックしている。更に法人として人権擁護の分野において特に力を入れていることもあり、研修会等は当然のこととして、法人内の虐待防止委員会が発行している「愛隣訓」という人権擁護や倫理、法令遵守に纏わる訓示を発行したり、「GBiT」という虐待や身体拘束廃止に向けた情報を法人内に向けて発行している。</p> | | |
| 29 | Ⅲ-1-(1)-② | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a・b・c</p> |
| <p><コメント></p> <p>法人としてプライバシー保護等の基本的な姿勢として、倫理綱領の(5)に明文化されており、この資料は新入社員が必ず目を通して、特に理解を求めるものとなっている。また虐待防止マニュアルも人権擁護の基本的な観点から、入職時から指導が始まり、毎年必ず研修等で目や耳にする項目となっている。万が一職員による不適切な対応があった場合は、「虐待への法人内部における対応フロー」に基づき対処することとなっている。最後にデイサービスさくらによる直接的なプライバシーの確保の実践例として、利用者の呼称(「〇〇さん」と呼ぶように徹底)や、排せつや入浴等は基本的に同性介助すること等、基本に忠実な利用者支援を実践していることをヒアリングの中で確認することができた。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 30 | Ⅲ-1-(2)-① | <p>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。</p> <p style="text-align: right;">a・b・c</p> |
| <p><コメント></p> <p>利用者は基本的に相談支援事業所を通じて利用となるため、パンフレットにサービスの内容や利用時間、利用料金の1例を記してある。パンフレットは文字ばかりではなく写真も活用しており、利用者や家族はイメージしやすい構成となっている。また、利用者の見学や体験利用は随時行っているが、毎年島原市の特別支援学校の生徒を対象として現場実習を開催している。最後にパンフレットについては、大枠は変わらないが、様々なサービス内容を随時追加しているため、定員等運営規程上の情報や写真等を含め、随時見直しを行っている。最後にデイサービスさくらの特徴的な取組みの1つとして、毎回という訳ではないが3日間体験利用をした利用者があるということであった。利用者が納得するまで3日間も体験利用を実施したという事業所は他に類を見ない。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの開始や変更において、契約書や重要事項説明書を中心に、個別援助計画書も確認した。基本的にインフォームドコンセントの理念の基、サービス提供を行っているが、内容によっては家族の同意も含めて行っている。実際に個別援助計画書を数部確認したが、きちんと同意欄に記名されていた。関連してサービスの内容が変更になる場合とは、体調を崩してしばらく利用休止していた利用者が再利用したケースが多いとのことであった。体調回復後、サービス利用再開時は事前に情報収集したりして特に注意して観察するとのことであった。最後に障がいの程度によって当人の意思決定が困難な場合は、保護者代行というルールを基、同意を得るようになっているとのことであった。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>主に保護者からの相談等で事業所の変更依頼があった場合は、他事業所への見学に職員が同行したり、新しい事業所において利用が確定したら、利用者や保護者の同意の基、個人のケースファイル内の情報を提供して、連携を図るようにしている。またデイサービスさくらのサービス利用が中止となる場合は、受給者証に利用中止の記載を行う手順となっているため、この作業の際にサービス管理責任者が窓口となって、利用中止後も、デイサービスさくらに連絡をとれるような働きかけを行っている。総じて同一法人内のケースはスムーズに連携が図れる傾向にあるが、他法人との引継ぎとなると、慎重になるケースもあるということで、今後他機関との関わりを普段から意識して信頼関係を築いたり、書式の充実等を含めて質の向上を検討したい。</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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の満足度向上については、法人全体として毎年近隣の大学生の協力の基、利用者アンケートを実施している。外部の機関が意見を聴取するため、比較的本音を拾いやすいということであった。また利用者の当事者団体で「ふれあいネットワークピア」という組織があり、この団体の話し合いがある際は、職員も参加して意見交換をするようにしている。更に利用者の保護者で構成されている「育成会」の集まりにおいても、職員が意見を聴いたり、情報を提供する等定期的に関わりを持って</p> | | |

| | | |
|--|--|--------------|
| <p>いる。最後にアンケート結果については、わかりやすく円グラフや棒グラフを使って示されており、その結果を詳細に分析することでサービスの質の改善に役立てている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 34 | <p>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。</p> | <p>①・b・c</p> |
| <p><コメント> ご意見・相談・苦情マニュアル受付についてマニュアルを整備している。ご意見・相談・苦情受付ポストの設置し側に受付メモを設置しており投函したり職員に渡したりしている。ご意見・苦情・受付メモを受付票に受付物を張り付け、受付後どう対応し・解決し終結に至ったり、継続して支援を行うなど法人全体で取り組んでいる。文字や言葉で伝えきれない場合は家族から苦情はないか日頃から問い合わせをしたりしている。</p> | | |
| 35 | <p>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。</p> | <p>①・b・c</p> |
| <p><コメント> 利用者が絵で表現したり、日常的に家族よりの聞き取りで相談を受けている。空き部屋を利用しいつでも意見が個別に聞き取れる環境を整えている。</p> | | |
| 36 | <p>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。</p> | <p>①・b・c</p> |
| <p><コメント> 法人で危機管理マニュアルを整備しその中にご意見・相談・苦情マニュアルがある。法人内で役割分担をして、苦情受付担当者、事業所長、苦情解決責任者、第三者委員会組織している。一人で解決しようとせず必ず報告し、共有した情報で検証・改善・報告が敏速に行われるよう法人全体で取り組んでいる。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。</p> | | |
| 37 | <p>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。</p> | <p>①・b・c</p> |
| <p><コメント> 危機管理委員会が設置されている。ヒヤリハットマニュアルに基づいてケアコラボ（PC）に随時報告するシステムが整っており、必要時は具体的に写真をアップするようになっている。交通対策委員会では交通事故要注意箇所マップを作成して危険がある個所や注意事項を再発見し交通事故を減らしていく取り組みを行っている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> インフルエンザやノロウイルスなどの感染症に基づいたマニュアルが設定されており予防に取り組んでいる。インフルエンザの予防接種の名簿を作り、利用者職員と共に予防接種が行われている。看護師が感染予防の外部研修に参加し他の職員にも周知し法人内でも定期的に研修が行われている。日常的にも手洗いうがいが徹底されアルコール消毒なども行われている。定期的に消毒液の見直しも検討し状況に応じた対策が行われている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 年1回は消防署と合同で訓練を行っている。あと2回は消火訓練など定期的に訓練を行っている。島原市防火避難マップ地域でマップを作り、あらゆる災害を想定して避難などに備えている。台風、地震、大雨等それぞれに対応マニュアルがあり常に持ち出しやすいように掲示している。避難時に備えて水2Lを108本用意し備蓄している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 職員が赴任した際に必ず倫理要綱、ガイドラインを渡し研修を行っている。ハンドセラピストなど等職員が専門的な研修を受け利用者に提供する機会を持っている。契約書の中に個人情報使用同意書を取り交わし使用される顔写真なども配慮している。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 利用者には毎月前にサービスの予定表（さくらエンジョイタイム）を渡し、○を書</p> | | |

| | | |
|---|--|-------|
| <p>くだけ等書きやすく工夫し希望を募った後、職員と共に予定表を作成している。ヒヤリハット等参照し利用者・家族の意見や状況を踏まえながら見直しや新しいサービスの取り組みを行っている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 個別支援計画を作成し6か月ごと、必要時にモニタリングの職員会議を行っている。困難ケースはその都度会議をして不適切にならない支援を行うようにする。利用者を取り巻く相談支援専門員、家族、グループホーム職員、各サービス担当責任者が集い定期的な会議も行われている。支援経過もケアコラボ(PC)を利用し担当者が行っており、共通した支援でサービスが実施される体制が整えられている。</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。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 定期的にモニタリング、アセスメント、評価が行われ、相談支援事業所、本人、家族、職員会議後は本人、家族の希望に基づき変更され新しい個別支援計画書が作成される。利用事業所の変更や追加の利用など迅速に対応している。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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、職員間で共有化している。 | ①・b・c |
| <p><コメント> ケアコラボやサイボーズ(PC)を利用し法人内での迅速な情報の共有を図っている。利用者の担当ごとに健康チェックや日常生活の記録が入力され共通した支援につながっている。記録が職員ごと偏らないよう定期的な研修やマニュアルも整備されている。</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・①・c |
| <p><コメント> ケアコラボやサイボーズ(PC)を利用し利用者の日常的な記録を行っている。職員間のパスワードがあり外部の人は使用できないようになっている。業務内で使用している媒体は外部には持ち帰らないように徹底している。愛隣訓などのマニュアルもあり、職員には定期的な研修を行っている。記録管理者の責任者が図式化されおらず今後は検討を期待したい。</p> | | |

第三評価結果

※すべての評価細目（30 項目）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。

A-1 利用者の尊重

| | | 第三者評価結果 |
|---|--|---------|
| 1-(1) 利用者の尊重 | | |
| | 1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。 | a・㊦・c |
| <p><コメント></p> <p>事業者内では絵カードや公園や足浴など写真を見せたり、温泉マークを見せるなど工夫をしできるだけ本人の意思が表示しやすいコミュニケーションを取るように工夫している。在宅の利用者には家族に移行を踏まえながら意思疎通を行っている。今後は専門的な資格を持った職員や外部の方にも参加してもらいより深みのあるコミュニケーションが取れるよう期待したい。</p> | | |
| | 1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。 | a・㊦・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者による使用者の会（ふれあいネットワークピア）がある。それぞれの活動に担当者が1週間ごとに決められ支援を行っている。活動内容によっては施設外の人との関りや交流の場がある。</p> | | |
| | 1-(1)-③ 利用者の自力で行なう日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>見守りや支援が必要であるケースは個別支援計画書の中に明記している。利用者が活動しているフロアは見渡しがよく職員が配置され必要に応じた見守り支援が行われている。浴室が3か所あり利用者の希望や能力に応じて自主的に数人で入浴したり、特浴が必要な時は対応するなど工夫をして支援を行っている。</p> | | |
| | 1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。 | a・㊦・c |
| <p><コメント></p> | | |

| | | |
|--|---|--------------|
| <p>さくらエンジョイタイムにメニュー（活動内容）を自主的に選び活動スケジュール表を職員と共に作成している。余暇の活動や外部とも関わりのあるプログラムが豊富にあり利用者のできる事、希望することを主に個別にプログラムが作成されている。</p> | | |
| | <p>1-(1)-⑤ 利用者に対して緊急やむを得ない場合を除き、行動抑制や身体的拘束は行わないようにしている。</p> | <p>㉗・b・c</p> |
| <p><コメント> 行動制限マニュアルがありそれに基づき支援が行われている。過去一年行動抑制や身体的拘束がおこなわれていないが、必要時は個別支援計画書に明記して本人家族の同意の下、行うようにしている。必要時は事故報告書の書式に基づき記入され法人全体に報告し分析や対策の流れで進めていく体制が整っている。</p> | | |
| | <p>1-(1)-⑥ 利用者に対する暴力、言葉による脅かし等の不適切な関わりの防止と早期発見に取り組んでいる。</p> | <p>a・㉘・c</p> |
| <p><コメント> 虐待防止委員会があり、利用者に対する接し方など定期的に研修を行っている。虐待防止チェックシートがあり月1回各職員が振り返りを行いサイボーズ（PC）にデータを送る体制が整備されている。虐待対応フローチャートを法人時で作成して、就業規則に基づき懲戒処する規定が明記されて法人全体で対応する体制が整っている。今後は利用者にも解りやすい情報や資料など提供し不適切な関り防止につながるよう期待したい。</p> | | |

A-2 日常生活支援

| | | |
|--|---|----------------|
| | | <p>第三者評価結果</p> |
| <p>2-(1) 食事</p> | | |
| | <p>2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。</p> | <p>a・㉙・c</p> |
| <p><コメント> 通常食や減量食などの献立があり利用者の状況に応じた食事の提供できる体制を整えている。食事の介助方法についてのマニュアルがあり定期的にも研修があり共通した支援が行えるよう職員に周知している。必要に応じて一口大にするなどの配慮をしている。</p> | | |
| | <p>2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として</p> | <p>㉗・b・c</p> |

| | | |
|--|--|-------|
| | 美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。 | |
| <p><コメント> 定期的にアンケートなど嗜好調査を行い、利用者が好む献立を取り入れている。丼物なども希望があった時は献立に取り入れ好評であった。食事は基本的に外部から弁当を発注している。また、食卓には疾患等の関係で調味料・香辛料は置いていないが、袋にはいった醤油、ソース等は弁当についてくる。いつもの時間に食事を食べることができない利用者がいた場合、必要に応じて温めなおすことができるようにレンジを用意している。</p> | | |
| | 2-(1)-③ 喫食環境（食事時間を含む）に配慮している。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 座席は基本自由に座ってもらっている。利用者の状況に応じて早めに配置をしたり、利用者同士の相性も考えさりげなく声掛けをして配慮している。食事が来たらそれぞれ食べ始め 利用者のペースを基本とし無理な時間制限をせず支援を行っている。</p> | | |
| 2-(2) 入浴 | | |
| | 2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設内に3か所入浴場があり、個別に入浴したり、数人で入浴するなど利用者の状況によって対応する体制が整っている。基本は同性介助に配慮している。機械浴も設備されており、入浴前は機械の浴の説明をしながら不安や機関が無いよう入浴が行われている。一人ひとりの健康チェックを看護師が行いケアラボ（PC）にて記録をして体調不良や発熱時などは把握し事故につながらないよう共通した支援が行われている。</p> | | |
| | 2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 利用日は入浴するように予定されている。介助が必要な時は同性介助を基本としている。その日の気分や体調を把握し無理のない入浴支援が行われている。失禁時はトイレからすぐ浴室に行けるドアがあり、他の利用者に悟られることなく身体が清潔にできる環境を整備している。</p> | | |
| | 2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備は適切に行われている。 | ①・b・c |
| <p><コメント> 施設にはシャンプーリンスが備え付けている。終わったら直しやすいように写真で掲示している。入浴時は内側から施錠ができる。その都度職員配置があり 冷暖房</p> | | |

| | | |
|--|--|-------|
| など温度調節は配慮して行っている。 | | |
| 2-(3) 排泄 | | |
| | 2-(3)-① 快適な排泄ができるよう介助に配慮している。 | ㊟・b・c |
| <コメント> 利用者の健康状態は利用開始時測定され、排便、排尿も随時ケアラボ（PC）に記録されている。排せつのマニュアルが整備され、人材育成排せつ編と称し定期的に研修を行い介助の方法やおむつ、尿器の使用方法など職員に周知されている。ちょっとした仕草で排せつにつながるよう、排せつのサインを見逃さない支援が行われている。 | | |
| | 2-(3)-② トイレは清潔で快適である。 | ㊟・b・c |
| <コメント> 定期的に掃除が行われ必要時は清掃されている。適切な換気もされており不快な臭いもせず快適に利用されている。車いすでの利用もでき手すりなども取り付けている。 | | |
| 2-(4) 衣服 | | |
| | 2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。 | a・b・c |
| <コメント> 該当なし | | |
| | 2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。 | ㊟・b・c |
| <コメント> 汚れたときなどに備えて、利用者から着替えを持参してもらい、何時でも対応できるように備えている。本人の気持ちに寄り沿い配慮した支援が行われている。 | | |
| 2-(5) 理容・美容 | | |
| | 2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。 | a・b・c |
| <コメント> 該当なし | | |
| | 2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。 | a・b・c |
| <コメント> 該当なし | | |

| | | |
|---|--|-------|
| 2-(6) 睡眠 | | |
| | 2-(6)-① 安眠できるように配慮している。 | a・b・c |
| <コメント> 該当なし | | |
| 2-(7) 健康管理 | | |
| | 2-(7)-① 日常の健康管理は適切に行われている。 | a・⑥・c |
| <コメント> 医療マニュアルが整備されている。健康管理表は毎日看護師が検温、血圧など測定しケアラボ（PC）に記録している。マニュアルや様式は定期的に点検され様式なども工夫している。年に1回希望者のみ定期健診が行われている。看護師の定期的な研修があり、研修後は研修内容を他の職員にも周知し共通した支援に繋げている。家族には連絡帳などにその都度状況を記入し連絡を取り合っている。同法人のグループホームはケアラボ（PC）の情報を共有し支援に活かしている。インフルエンザの予防接種は積極的に取り組んでいる。活動メニューの中にもエアロビや体を動かすプログラムが取り入れている。職員が食後の歯ブラシ指導などは行っているが専門的な口腔衛生に繋がっていないので今後歯科医師などと連携した支援が行われるよう期待したい。 | | |
| | 2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。 | ④・b・c |
| <コメント> 医療マニュアルが整備されており入職時は研修が行われる。緊急時はマニュアルに基づきフローチャートに沿って支援を行う体制が整えられている。法人内での研修も定期的に行われ職員に周知されている。AEDも設置されている。施設から10分程度の所に嘱託の医院があり緊急時は適切な受診が行えるよう連携を取っている。 | | |
| | 2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。 | ④・b・c |
| <コメント> 医療マニュアルの服薬支援に沿った服薬が行われている。看護師が一日分の服薬利用者を把握しており、一人ずつ名前を呼び他の職員にも間違いはないか再確認をしながら誤薬の無いように服薬が行われている。 | | |
| 2-(8) 余暇・レクリエーション | | |
| | 2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。 | a・⑥・c |
| <コメント> 定期的にアンケートが行われ、利用者がしたい事、興味がある事は把握する機会を持っている。さくらエンジョイタイム（活動予定表）が毎月交付され利用者は希望に沿って活動や余暇・レクリエーションが行われている。ふれあいネットワーク・ | | |

| | | |
|--|--|--------------|
| <p>ピア等当事者による団体があり年に1度レクレーションがあり利用者の参加しているが、デイサービスさくら独自の企画立案した余暇活動は行われていない。今後は後方支援をしながら主体的に企画・立案できるよう期待したい。</p> | | |
| <p>2-(9) 外出、外泊</p> | | |
| | <p>2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p><コメント> 該当なし</p> | | |
| | <p>2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p><コメント> 該当なし</p> | | |
| <p>2-(10) 所持金・預かり金等の管理</p> | | |
| | <p>2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p><コメント> 該当なし</p> | | |
| | <p>2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p><コメント> 該当なし</p> | | |
| | <p>2-(10)-③ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。</p> | <p>a・b・c</p> |
| <p><コメント> 該当なし</p> | | |

A-3 安全・衛生・事故防止

| | | |
|-------------------------|---|---------------------|
| | | <p>第三者評価 結果</p> |
| <p>3-(1) 安全・衛生・事故防止</p> | | |
| | <p>3-(1)-① 安全確保や衛生管理又は事故防止に関するマニュアルが整備されており、その対応方法について、全職員に周知されている。</p> | <p>①・b・c</p> |
| <p><コメント></p> | | |

| | | |
|---|---|--------------|
| <p>利用者事故発生時や火災対応、大雨洪水対応、台風接近時対策対応、非常事態等あらゆるマニュアルを備えフローチャートで解りやすく流れを対応できる体制を整え掲示して職員に周知している。事業内研修の中にも防災災害や感染症の研修が定期的に行われている。利用者用にも火災要対応マニュアルを作成して、ルビを振り読みやすくするなど工夫をしている。過去1年間 事故や災害の管理の問題が発生していない。</p> | | |
| | <p>3-(1)-② 事故防止のためチェックリスト等があり、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。</p> | <p>a・⑥・c</p> |
| <p><コメント> 事業者内研修で事故（リスク管理）の研修を行い職員に周知している。サービス時の利用者事故に関する基本的対応マニュアルがあり、利用者の事故発生時は三段階に分け対応を明記し法人全体で取り組む体制が整っている。設備に関して自主点検表を毎日チェックしており月ごとにまとめ安全対策に取り組んでいる。送迎時の安全対策を徹底しており、自動車学校に安全運転の講習を受けるなど取り組んでいる。利用者における安全教育には口頭で伝えてはいるがより解りやすく伝える機会を定期的に設け事故防止に取り組んでもらいたい。</p> | | |