

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : デイサービス ぱれっと

(地域密着型通所介護)

評価実施期間 2019年8月20日 ～ 2020年3月31日

実地(訪問)調査日 2019年12月9日

評価決定委員会開催日 2020年2月29日

2020年3月17日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

| | |
|------------------------------|--|
| 名称：デイサービス ぱれっと | 種別：地域密着型通所介護 |
| 代表者氏名：正井 優香 | 定員(利用人数)： 19 名 |
| 所在地：〒651-2133 神戸市西区枝吉4丁目86-1 | |
| TEL：078-927-6566 | ホームページ： http://npotks.net/jigyou/day.html |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日：2006年4月15日 | |
| 経営法人・設置主体(法人名)：認定NPO法人 ぱれっと | |
| 職員数 | 常勤職員： 2 名 非常勤職員： 3 名 |
| 専門職員 | 管理者・生活相談員 1 名 介護職員 2 (1) 名 |
| | 機能訓練士 1 (1) 名 |
| 施設・設備の概要 | 静養室 浴室 |
| | 相談室 炊事場 |

③理念・基本方針

インクルーシブな社会の実現を目指します。

真に求められる地域づくりのあり方を考え、これから迎える超高齢化社会と、変革する日本における障害者事情の現状を考慮し、真の社会保障実践につなげるよう努力し、21世紀型福祉の羅針盤になるための事業を行います。

④施設・事業所の特徴的な取組

2号保険者を中心とするデイサービスを実施している。

※2号保険者(40才～64才の方)の方で特定16疾患に該当する方も対象である。

デイサービスとして認められにくい所ではあるが、社会参加することを大事な事とし外に出ることを大事にしている。また個別支援を柔軟に取り入れ、施設主体ではないスタイルを模索している。

⑤第三者評価の受審状況

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和元年8月20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) | 初回(平成 年度) |

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **多様な機関との連携のもと、多様な社会生活支援を組み立てています。**
 地域の自治会や関係機関の連携のもと、入浴など生活の介護をはじめ、リハビリや医療支援、余暇支援や社会参加など、利用者一人ひとりのペースに合わせた多様な支援がなされています。特に社会参加することを大切な事とし、外出の機会や行政の手続きなど、利用者の状況に応じた社会生活の支援が行われています。
- **利用者を尊重する姿勢を明示し、利用者の意見が生活につながるよう支援されています。**
 利用者を尊重したサービス提供について、ケアマニュアルにおいて具体的に示され、職員研修で権利擁護や基本姿勢についての研修によって、職員への周知が図られています。また、日々の支援の中で、職員が細かく声掛けをし、言語障害のある利用者の方にはイラストや写真を用い、言葉だけでなく、視覚支援を中心とするコミュニケーションが図られ、利用者のニーズの把握に努め、利用者の意見が生活につながるよう支援が展開されています。

◇改善を求められる点

- **支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。**
 現在、支援計画の見直しをはじめ、基本的なマニュアルの整備等、業務の改善が図られており、業務の充実が展開されていることがうかがえます。今後は、介護マニュアルやサービス実施計画など、多様な業務について、関連性や一貫性を整理し、評価から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、事業所全体としてのPDCAサイクル（改善に向けたサイクル）を確立していくことが重要です。
- **身体状況に応じた支援や環境整備をより明確にしていくことが望めます。**
 事業所での生活について、日々の介護や支援を通じて、利用者の相談や意見を吸い上げ、利用者の意思に沿った生活の支援が行われていることがうかがえましたが、衛生管理や環境整備など利用者の生活のリスクマネジメントとしての位置づけが明確ではありません。今後は、心理や身体状況に応じて、生活支援について、更に検証を進め、利用者の安心・安全を高めていく取り組みを明確にし、具体化していくことが望めます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

地域の自治会への参加、関係機関との連携について評価頂けたことを嬉しく思います。またデイサービスぱれっとが立ち上げ当初から大事にしている利用者へ寄り添った支援についても良い評価を頂きました。また、利用者の方から素直なご意見を頂きました。厳しいご意見もあり、今後解決できるよう努力が必要であると感じました。業務の明確化や職員の対応の統一が今後の大きな課題であると感じます。次回評価して頂く際にはその点を見て頂けるように一丸となり取り組んでいきたいと思っております。

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。

(別紙)

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。 | b |
| <コメント> ○ 法人として、「インクルーシブな社会の実現」を理念として、ホームページやパンフレットに記載し、事業計画に明記した基本方針とともに職員はじめ会員に周知しています。 ○ 今後は、事業所内に理念を掲示する取り組みや周知状況を確認する取り組みを通じて、さらに理念・基本方針が組織全体に浸透していくことを期待します。 | | |

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。 | b |
| <コメント> ○ 社会福祉事業全体の動向や地域福祉計画などの策定動向は、神戸市福祉施策委員会の傍聴や地域自立支援協議会への参画によって、把握しています。また、地域の利用者の状況についても、相談支援との連携によって、把握していることがうかがえました。 ○ 今後は、事業所のコスト分析を明確にしていくことにより、事業経営を取り巻く状況を分析していくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント> ○ 事業所の具体的な課題や問題点は、運営会議や理事会で検討され、解決に向けて、具体的な取り組みを進めていることがうかがえます。 ○ 今後は、経営課題や検討の経過を明文化することにより、組織全体の取り組みとして共有していくことが望まれます。 | | |

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。 | b |
| <コメント> ○ 事業計画には、中期的な展望として「世代交代」を掲げ、具体的なビジョンを示し、第三者評価の受審などの取り組みを明示しています。 ○ 今後は、法人としての中・長期計画（3～5年）を策定していくことで、ビジョンの達成に向けた具体的なプロセスを明確にしていくことが重要です。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 法人としての年度重点施策や事業所として取り組むべき内容を事業計画に明記し、具体的な取り組みが行われています。 ○ 今後は、事業計画に、数値目標や成果等を設定することにより、事業の成果を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 事業計画は、各事業所の会議を経て運営会議で検討され、策定されています。また、毎月の事業所の会議で定期的に事業計画の進捗状況を確認し、次年度の計画に反映しています。 ○ 今後は、事業計画の策定期間や手順を明確にすることで、事業計画を見直す仕組みを確立していくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <コメント> ○ 事業計画は、総会や家族会で利用者・家族に説明するとともに、主な取り組みを広報誌に掲載しています。 ○ 今後は、事業計画について、主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、さらに利用者がより理解しやすい工夫に期待します。 | | |

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 |
| <コメント> ○ サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みとして、職員に対してD-CUPシート（目標管理シート）を利用した面談を行うことでサービスの質の改善に取り組まれています。 ○ 今後は、定期的に組織としてのサービスの向上に関する自己評価を実施することで、質の向上に向けたサイクルを確立していくことが望まれます。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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。 | c |
| <コメント> ○ サービスの質を分析した課題についての文書化がされていません。今後は、今回の第三者評価結果を踏まえた課題について、明確にすることで、改善策や改善計画を策定していくことが重要です。 | | |

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 |
| <コメント> ○ 各事業所の会議において、連絡事項や経営、管理に関する取り組みにあわせて、管理者の考えや方針を説明するとともに、広報誌において、管理者の挨拶を掲載しています。 ○ 今後は、職務分掌に管理者の役割や責任を文書化することで、管理者の役割と責任について明確にするとともに、不在時の権限委任など有事における対応を明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 管理者は行政説明会（研修）や運営会議に参加することで、遵守すべき法令などを把握し、必要な法令について正しく理解するよう努められていることがうかがえます。 ○ 今後は、施設運営に必要な法令や規則について整理され、事業所の運営に関係する幅広い法令や規則について職員に明確にしていくことが期待されます。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 管理者は、D-CUPシート（目標管理シート）をもとに、施設におけるサービスの質について職員の意見を聞き、意見収集を行うとともに、会議を通じて、課題に取り組み、指導力を発揮しています。 ○ 今後は、管理者自らのサービスの質の評価を明確にすることによって、根拠に基づいた質の向上に向けた指導していくことが望まれます。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者が参加する法人の運営会議において、コスト・経営面について、協議が行われています。また、就業環境の向上に対し、働きやすい環境づくりについて検討し、有給休暇の取得など、具体的に意識付けを行っていることがうかがえました。 ○ 今後は、管理者として、経営の改善や業務の実効性を高めるための取り組みを職員に明確にしていくことが望まれます。 | | |

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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉人材の確保・育成についての考え方や方針が、重点施策や事業計画に明記され、必要な人材確保は実施されていますが、明確な人事プランは確認できませんでした。 ○ 今後は、必要な福祉人材の確保・定着に関する具体的な計画を確立し、その計画に基づいた人材確保が望まれます。 | | |
| 15 | II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人事管理に関しては、「期待される職員像」をキャリアパスに明記するとともに、定期的な職員ヒアリングを通して職員の意見を聞き、透明性のある人事管理に努めています。しかし、人事管理の手法については、具体的なものは明確ではなく、総合的な仕組みにはなっていません。 ○ 今後は、人事基準や職員評価の方法を明確にし、人事管理の仕組みを構築していくことが望まれます。 | | |
| 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組んでいる。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 所長や事業長など幹部を部署のトップとして、職員の就業状況について把握し、日頃の職員の健康と安全に留意するとともに、労務管理や休暇の消化等に取り組んでいます。 ○ 今後は、メンタルヘルスの取り組みなど、さらに施設の地域性や特殊性に配慮した福利厚生取り組みが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者が年1回、職員と面談し、D-CUPシート（目標管理シート）にて、職員個人の目標や進捗状況、達成度を確認することで、職員の育成を図っています。 ○ 今後は、目標の中間評価を明確にしていくなど、職員の目標管理の仕組みづくりを検討することで、さらに職員一人ひとりの育成に向けた取り組みを定着させることを期待します。 | | |

| | | |
|---|--|---|
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画に内部での勉強会を含む研修計画を明示し、法人として、定期的に職務に応じた研修や勉強会を実施しています。 ○ 今後は、職員に必要とされる専門技術や専門資格を明確にするとともに、研修計画や研修内容を評価・見直す仕組みを明確にしていくことで、施設における課題解決に即した研修が実施される仕組みを確立されることが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外部研修への派遣や施設内での研修を充実させることで、研修に多くの職員が参加できる体制を整備しています。また、新任職員など職務に応じた研修を企画し、実施しています。 ○ 今後は、職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況にあわせ、OJT（日常業務に基づいた研修）の仕組みを確立していくことが期待されます。 | | |
| 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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現在、介護福祉士の実習生を受入れが行われていますが、実習に関するマニュアルやプログラムは作成されていません。今後は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関するマニュアルを整備するとともに実習指導者に対する研修を実施していくことが望まれます。 | | |

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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページでは、理念や提供する福祉サービスの内容、事業報告、決算情報などが公開されています。また、地域の関係者や団体などに事業の紹介を行うことで、障害者への理解を深めています。 ○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、苦情や相談内容を公表するなど、更に情報公開を積極的に行うことが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人が契約している会計事務所、コンサルタントによる専門的なチェックやアドバイスが行われています。また、監事による内部監査が実施され、監査結果に基づく改善について、職員に周知を図ることで、運営の透明性を確保しています。 ○ 今後は、経営・運営に関する諸規定や運営に関するルールを職員に周知していくことで、適正な運営体制について、より明確にしていくことが望まれます。 | | |

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 |
| <コメント> ○ 事業所の方針には、「真に求められる地域づくり」を掲げ、地域の社会資源やイベントを掲示し、情報提供を行っています。また、法人として自治会活動に参画するとともにふれあいフェスタ（地域向けのお祭り）など、多様な地域活動が行われており、地域の社会資源の利用を促進することで、利用者と地域との交流を広げるための取り組みを積極的に行っています。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 地域の学校教育に協力するとともに、作業活動や生活プログラムのサポートとして、ボランティアの参画がうかがえます。 ○ ボランティアに関するマニュアルの整備などボランティアの受け入れ体制は明確になっていません。今後は、ボランティア等の受入れに関する仕組みを明確にしていくことが重要です。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 社会資源のリストなどは、行政や各機関からの情報を活用し、職員間でも情報共有されています。また、関係機関との連携では、地域自立支援協議会や障害者施設のネットワーク（明石135Eネット）などに所属して、定期的に会議や研修に参加し、共通の問題や他の機関・団体とのネットワーク化に取り組んでいます。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 地域の催し「ふれあいフェスタ」の運営に参画するとともに、地域向けの講演会やまちづくり委員として活動するなど、多様な地域貢献に努められています。 ○ 今後は、事業所としての地域貢献の活動を明確にしていくことを期待します。 | | |
| 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 |
| <コメント> ○ 相談支援事業をはじめ、地域包括支援センターや民生児童委員との連携を通じて、地域の福祉ニーズの把握に努められ、公益的な事業の展開について検討しています。また、環境整備に向けた「竹プロジェクト」を主催し地域の活性化に貢献するとともにガイドヘルパー研修など福祉人材育成にも努められています。 ○ 今後は、取り組まれている地域の福祉向上の取り組みを事業計画に分かりやすく明示していくことを期待します。 | | |

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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を尊重したサービス提供について、契約書に基本姿勢を具体的に示され、年1回、全職員で権利擁護や虐待防止について研修し、職員への周知が図られています。 ○ 今後は、利用者を尊重した福祉サービスに対する事業所独自の倫理綱領を明文化するとともに、利用者への基本的な人権の尊重が行われているかどうかを確認する取り組みが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ プライバシー保護マニュアルを作成し、利用者のプライバシーや虐待に関する研修が、全職員を対象に行われています。また、同法人の障害施設と共同で家族会や、研修への参加を呼びかけ、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みの周知を積極的に行われています。 ○ 今後は、現在のプライバシー保護に対する取り組みを整理し、トイレ、お風呂などプライバシーに配慮が必要な設備の工夫が望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページやパンフレットをはじめ、事業所を紹介する資料を作成し、神戸市西区内の居宅介護支援事業所に対して必要な情報提供を行っています。また、サービス利用を希望する利用者や保護者に見学や体験利用などを通して、丁寧な説明が行われていることがうかがえます。 ○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、さらにわかりやすい利用者の特性に応じた情報提供が望まれます。 | | |

| | | |
|--|---|---|
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス開始や変更にあたっては、事業所パンフレットや重要事項説明書を用いて、重点的なところは簡潔に何度も説明するなど、利用者の自己決定を尊重する説明の工夫が行われています。 ○ 今後は、意思決定が困難な利用者に対して、意思決定を支援するためのルール化の検討が望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所を変更する利用者等、福祉サービスの変更については、多職種と連携のもと、説明や引き継ぎを行い、サービスの継続性に配慮していることがうかがえます。 ○ 今後は、引き継ぎやアフターフォローについての文章や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外出や行事に対するアンケート調査や個別面談を通じて、利用者の意向を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努められています。また、月初めに利用者参加のミーティングを実施されています。 ○ 今後は、項目を定めたアンケート調査や聞き取りを定期的に行い、分析することで、利用者の意向をサービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情解決の仕組みについては、苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を定め、会議等の検討を経て、それにもとづいて利用者及び家族にフィードバックされ、サービスの質の向上を図っていることがうかがえます。 ○ 今後は、苦情体制について掲示することで、利用者の苦情や意見を取り入れる方法を明確にするとともに、苦情内容及び解決結果を公表するなど、苦情をサービスの改善に活かす仕組みを明確にすることが望まれます。 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者からの相談や意見を述べやすいよう、扉で仕切られた相談スペースが確保されています。また、月初めに利用者参加のミーティングを実施され、利用者からの相談や意見を聞き取る取り組みが行われています。 ○ 今後は、利用者の生活における多様な相談先を文章化し明示していくことで、相談や意見を述べやすい環境を整備していくことが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者に対する日々の支援や関りを通し、利用者からの相談や意見を聴く関係性がうかがえます。また、検討の必要な内容については職員会議にかけて検討し、利用者や家族の意見がサービスに反映されていることがうかがえます。 ○ 今後は、相談や意見への対応マニュアルや手法を整備することで、更なる細やかなサービス提供に繋げることを期待します。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 緊急時の対応体制を明確にするとともに、利用者の安心や安全を脅かす事例(ヒヤリハット)を収集する書式が作成され、職員からの気づきが積極的に収集されています。 ○ 今後は、予防の観点から、収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、リスクマネジメント体制を構築していくことが期待されます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症に関するマニュアルを整備し、年1回(3月)の感染症に対する研修を実施されています。また、起こったアクシデントについては随時検討され、改善していく仕組みが構築されています。 ○ 今後は、感染症に関する対応について、責任と役割を明確にした管理体制を整備するとともに、見直しに至る経緯をより明確にすることが望まれます。 | | |
| 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。 | b |
| <p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の自治会に加入し、自治会でされる避難訓練や近隣空き家住宅などを確認する月2回の夜間パトロールなど、地域の防災活動に参画され、地域の状況把握や事業所も含めた地域の安全確保に向けた取り組みが行われています。 ○ 今後は、災害における計画やマニュアルを作成することで、利用者の安否確認の方法や事業継続に向けた対応方法など組織全体で構築していくことが望まれます。 | | |

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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ケアマニュアルにて入浴、排せつ、食事、移乗など各項目に対する標準的な実施方法が文書化されていることがうかがえました。また、マニュアルには、利用者の意思を尊重する姿勢が明記されています。 ○ 今後は、マニュアルを検証、見直しすることで、全職員の周知に繋がり、さらに利用者へ寄り添えるサービスの提供に繋がることが期待されます。 | | |
| 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。 | c |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 支援内容については、毎月の会議で検討されていますが、標準的な実施方法についての見直しには至っていません。今後は、サービスの標準的な実施方法について定期的に検証し、見直しに行く仕組みを確立していくことが重要です。 | | |
| 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支援計画を適切に策定している。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 管理者が中心となって、利用開始時に、アセスメントが実施され、デイサービス職員、生活介護職員等、多職種参加のもとで職員会議を実施し、利用者の情報共有の場を設け、担当者会議を通じて、一人ひとりの実態に即した個別支援計画を立て、支援にあたっています。 ○ 今後は、利用者に分かりやすく説明する観点から、計画の策定に関する内容を整理し、文書化することによって、利用者への同意も含めた支援計画の策定プロセスを明確にしていくことが望まれます。 | | |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に個別支援計画の評価・見直しを行っている。 | b |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス変更の必要性がある利用者がある場合に、職員会議が招集され、個別支援計画の見直しが行われています。 ○ 今後は、利用者の体調の変化や入院等による状態の変化に応じて、個別支援計画の見直しについてプロセスを明確にしていくとともに、緊急に個別支援計画を変更する場合の仕組みづくりが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス内容が共有できるようパソコンシステムを活用して、サービスの実施の様子や利用者の変化をケース記録に記入し、職員会議や担当者会議を活用して、情報の共有が行われています。 ○ 今後は、個別支援計画に基づく支援が行われているかを確認するための記録の充実や記録の書き方の統一に向けた取り組みが望まれます。 | | |
| 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 |
| <p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個人情報マニュアルを作成し、利用契約時に、利用者や家族に向けて事業所で示された個人情報に関する取り扱いについて説明や同意が得られるような取り組みが行われています。 ○ 今後は、個人情報の管理体制を明確にするとともに、職員に向けて個人情報の取り扱いについて周知する取り組みが望まれます。 | | |

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)-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。 | 非該当 |
| A② | A-1-(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 |

特記事項

- 少人数のデイサービスということから、日々の支援の中で、職員が細かく声掛けをし、利用者のニーズの把握に努めていることがうかがえます。また、言語障害のある利用者の方にはイラストや写真を用い、言葉だけでなく、視覚支援を中心とするコミュニケーションを図っています。
- 今後は、定期的のコミュニケーションの方法を検証することで、職員の対応の統一を図っていくことを期待します。

| | | 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。 | b |

特記事項

- 利用者の権利侵害の防止に向けて、毎年法人全体の研修会で学ぶ機会を設け、全職員対象に虐待防止チェックを実施し、集計結果をもとに会議にて振り返りを行っています。
- 今後は、利用者に権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示するとともに、身体拘束に関する具体的な手続と実施方法等を明確にしていくことが望まれます。

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。 | b |

特記事項

- 活動するフロアは、ホワイトボードやテレビが見やすいよう席の配置を考え、フロア一面に手すりやクッションフロアが整備され、安全性に配慮されています。また、静養室、相談室をはじめ、ソファや1人掛け椅子の設置など、くつろいで過ごせるような環境への配慮がなされていました。
- 今後は、浴室やトイレなど、利用者の状態に合わせた環境整備が望まれます。

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。 | b |
| 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。 | b |
| 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。 | b |

特記事項

- 利用者に対する入浴について、原則として同性介助を実施し、入浴方法については職員会議で検討し、心身の状態に合わせ入浴方法をその都度変更されています。
- 排せつの支援については、出来るだけ自立した排泄を尊重し、介助も過剰介護にならないよう、利用者の心身の状況や意向を踏まえた支援が行われています。
- 移動については、月初めの利用者参加のミーティングにて外出の希望を聞き、できる限り実現できるように体制づくりに努められています。
- 今後は、利用者の生活支援について、更に検証を進め、安全性を高めていく取り組みが期待されます。

| | | 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。 | b |
| 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。 | b |
| 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。 | b |

特記事項

- 月初めの利用者ミーティングにて、クッキングについて検討し、月2回程度、行事食（クリスマス、誕生日）やおやつを作成し、食事を美味しく食べることができるよう雰囲気づくりに努められています。
- 食事形態は常食・刻み食・アレルギー食など個々に合わせて配慮し、自宅で使用している自助具を活用するなど、利用者の心身の状況に合わせた支援が行われています。
- 午前中に、口腔ケア体操を行うとともに、外部講師を招き、利用者、家族、作業所、職員を対象に口腔ケア指導が行われています。
- 今後は、食事を楽しむこと以外に衛生管理、誤嚥や窒息といったリスクマネジメントや食事介助時の安全を保持する取り組みが望まれます。

| | | |
|---------|-----------------------------|---------|
| | | 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。 | 非該当 |

特記事項

| | | |
|---------|---|---------|
| | | 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。 | 非該当 |

特記事項

| | | |
|---------|---|---------|
| | | 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 |

特記事項

- 定期的にあんま・マッサージ師により個別訓練を実施するとともに、看護師が中心となり集団体操を行うなど、利用者の個別の心身機能や日常生活動作にもとづいた支援が行われています。また、ストレッチ・室内歩行・ボッチャをプログラムに取り入れるなど、活動の工夫もうかがえました。
- 今後は、機能訓練の計画書作成をされることで、利用者の出来ること、出来ないこと、したいことの気づきになり、本人主体の機能訓練の実施がなされることが期待されます。

| | | 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。 | b |

特記事項

- 現在、認知症の方はいませんが、施設にて認知症サポーター研修を実施し、全職員が参加するとともに、若年性認知症の研修に毎年1人ずつ参加され、なるべく多くの情報を共有できるような取り組みが行なわれています。
- 今後の認知症ケアに向け、医師や看護師等との連携を踏まえ、症状について分析の方法や対策を考える機会を設けることによって、認知症ケアの仕組みづくりが望まれます。

| | | 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。 | b |

特記事項

- 日々の利用者の健康確認と健康状態の把握は、看護師を中心に通所後にバイタルチェック・健康状態の確認を行うことで把握されています。緊急時について、急病時の対応手順表を張り出し周知するとともに、早急に対応できるよう病院との連携を図る取り組みが行なわれています。
- 今後、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫を確立していくとともに、職員に対する利用者の急変時や高齢者の病気、薬に関する研修の実施が望まれます。

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。 | b |

特記事項

- 家族への日頃の状況の報告については、日々の連絡帳や送迎時、また必要時には電話連絡などを通じて、家族等との関りが持てるような取り組みが行なわれています。
- 同法人の作業所等と合同で、成年後見制度や、遺産相続についての研修を実施し、家族に呼びかけ、家族の連携を図る取り組みが行なわれています。
- 今後は、家族と職員、家族同士が関わる機会をつくることで、サービスに対する意向や、ニーズを把握する機会を持ち、利用者にとっても家族にとっても質の高いサービス提供が出来ることが期待されます。

A-5 サービスの適切な実施

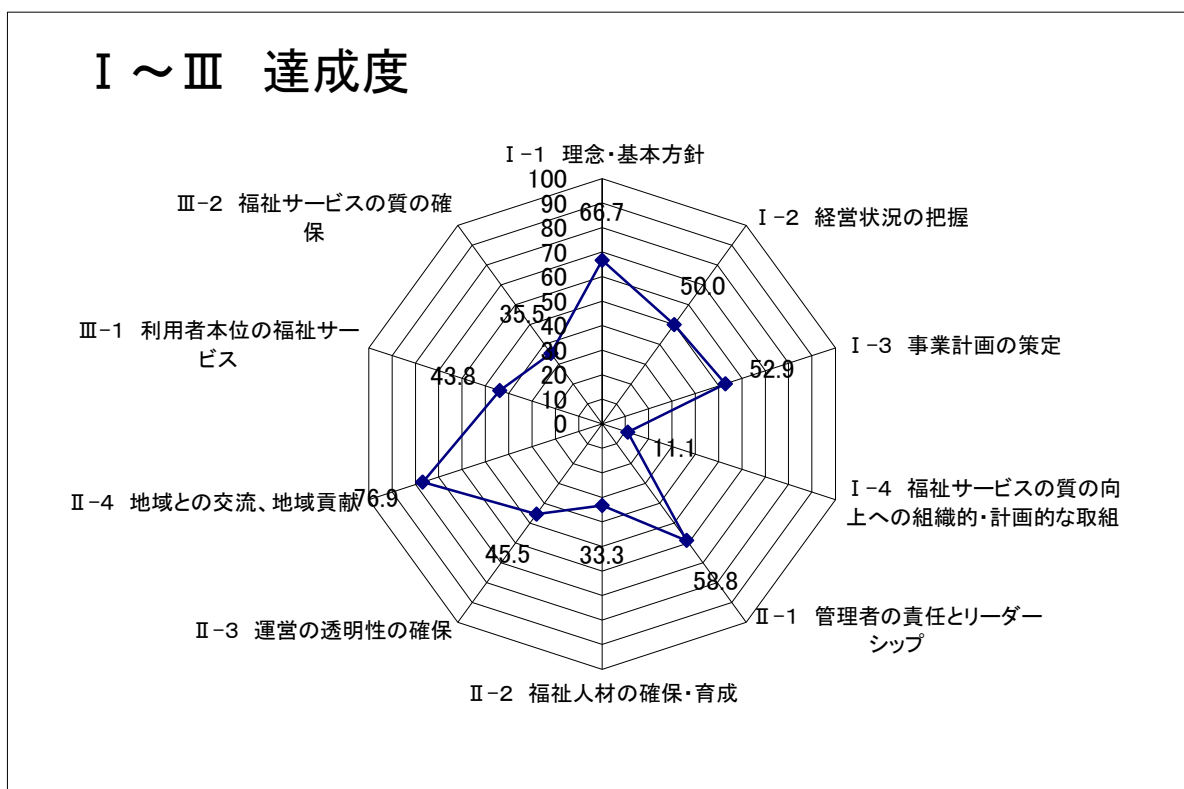
| | | 第三者評価結果 |
|----|---------------------------------------|---------|
| A⑰ | A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。 | b |

特記事項

- 介護計画にて、一人ひとりの特に支援の必要な項目を上げ、目標とサービス方法を明示され、個別・具体的に実施するための方法を明らかにしています。
- 今後は、高齢の方と障害をお持ちの方が共に過ごす中では、特に心理面で配慮をされ、身体だけでなく心にも寄り添えるケアの提供がなされることが期待されます。

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 | 4 | 66.7 |
| I-2 経営状況の把握 | 8 | 4 | 50.0 |
| I-3 事業計画の策定 | 17 | 9 | 52.9 |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | 9 | 1 | 11.1 |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ | 17 | 10 | 58.8 |
| II-2 福祉人材の確保・育成 | 39 | 13 | 33.3 |
| II-3 運営の透明性の確保 | 11 | 5 | 45.5 |
| II-4 地域との交流、地域貢献 | 26 | 20 | 76.9 |
| III-1 利用者本位の福祉サービス | 64 | 28 | 43.8 |
| III-2 福祉サービスの質の確保 | 31 | 11 | 35.5 |
| 合計 | 228 | 105 | 46.1 |



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 | 12 | 8 | 66.7 |
| A-2 環境の整備 | 4 | 2 | 50.0 |
| A-3 生活支援 | 70 | 41 | 58.6 |
| A-4 家族等との連携 | 7 | 5 | 71.4 |
| A-5 その他 | 7 | 6 | 85.7 |
| 合計 | 100 | 62 | 62.0 |
| 合計(I～Ⅲ+A) | 328 | 167 | 50.9 |

