

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 山田デイサービスセンターやすらぎの里
評価実施期間 平成27年4月14日～平成28年1月26日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成27年 8月 1日現在]

事業所名称： (施設名)山田デイサービス センターやすらぎの里	サービス種別：認知症対応型通所介護
開設年月日：平成21年5月1日	管理者名：崎山 泰子
設置主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
経営主体：社会福祉法人 希望会	代表者職・氏名：中村 浩一郎
所在地：〒899-5543 鹿児島県始良市下名2796番地	
連絡先電話番号：0995-66-0071	FAX番号：0995-66-0133
	Eメールアドレス
http://www.abs-cc.co.jp/yasuragi/	yasuragi@po4.synapse.ne.jp

理念・基本方針
理念 プラス志向で豊かな創意「生き生きした介護」を目指します。
基本方針 ○ 利用者様の望まれる「輝く自己実現」を大切にいたします。 ○ 「させていただく」という謙虚な心で自分を磨きます。 ○ 積極・敏速・的確な仕事で協調性ある職員となります。 ○ 礼儀正しく、健康で、笑顔の専門職となります。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

かけ流し温泉にて快適な入浴、個々に合わせた生活訓練等で楽しく過ごせる様取り組んでいます。

[利用者の状況]

定員	12 人	利用者数	22 人
----	------	------	------

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	2	3	4	12	1

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)		1		14	3
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	1	3			

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
生活相談員	1					1
機能訓練指導員		2			1	1
看護師		2			1	1
介護職員	1	4			2.65	1
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 常勤	0人 0人	採用 退職	非常勤 非常勤	0人 0人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					6.6年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					6.3年	
○常勤職員の平均年齢					49.9歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					48.3歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成27年4月14日(契約日)～ 平成28年1月26日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	0回(平成 年度)

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>☆理念、基本方針はホームページ・パンフレット等に明記され、事業所内に掲示又、職員のネームカードにも記載されており、いつでも確認できるようになっている。理念・基本方針の具体化した実践方法として独自にケア方針を掲げ、職員の取り組むべき姿・行動規範となるような具体的な内容になっている。</p> <p>☆職員は「させていただく」を常に意識し、お互いに確認しあいながら業務に取り組んでいる。利用者・家族へは利用開始時に説明すると共に、毎日見れるよう連絡帳の最初のページに理念が添付されており周知が図られている。</p> <p>☆中長期計画は財政計画に裏打ちされ、具体的展望が開けるものとなっている。</p> <p>☆利用者満足の責任者を定め、年に1回の満足度調査を行い満足度の向上に努めている。また、送迎の折に、家族とのコミュニケーションを行い、サービス改善の必要性の有無を確認し、毎朝のミーティング時に全職員で検討を行っている。</p> <p>☆利用者尊重や基本的人権に配慮することが明記された倫理綱領、基本理念、基本方針が策定されており、利用者中心の支援が行われている。独自のケア方針を策定され、ホール内の壁に倫理綱領と共に掲示されている。サービス提供の全ての場面において、利用者及び家族の今の思いを受け止め、その思いに応えているか点検が行われている。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>☆法人全体での研修計画があり、職員の資質向上に取り組んでいるが、職員一人ひとりの知識・経験に応じた目標設定や研修計画・キャリアパスの活用等、職員のモチベーションを高める取り組みが望まれる。</p> <p>☆事業計画を利用者・家族へより分かり易い案内文書の配布や事業所内の掲示を行うことで周知を図ることが望まれる。</p>
--

- 5 第三者評価結果（共通項目）
- 6 利用者調査結果（別紙）
- 7 事業者の自己評価結果（別紙）
- 8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

毎年実施している、利用者・家族への「サービスの質の向上の為のアンケート」の結果についてはもっと深く検討し、利用者・家族へ公表する事や、その活用法をもう1度見直し、更にサービスの質を改善していければと思う。

そして、プライバシーの保護、身体拘束廃止、人権擁護に於いては、日々充分配慮したサービスを提供していた筈でも、マニュアルに充分さが欠けており、こちらも見直しをして修正、実際のケアの質を上げていきたい。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

(様式2)

H27年4月1日改定

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・c
<p>評価概要： 理念、基本方針はホームページ・パンフレット等に明記され、事業所内に掲示又、職員のネームカードにも記載されており、いつでも確認できるようになっている。理念・基本方針の具体化した実践方法として独自にケア方針を掲げ、職員の取り組むべき姿・行動規範となるような具体的な内容になっている。職員は「させていただく」を常に意識し、お互いに確認しあいながら業務に取り組んでいる。利用者・家族へは利用開始時に説明すると共に、毎日見れるよう連絡帳の最初のページに理念が添付されており周知が図られている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 福祉事業の動向について、国・県・市や地域情報を把握するとともに、月ごとの利用状況集計や対前年比にて使用者の推移・稼働率の把握・分析している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 居宅支援事業の多様な展開がある中で、認知症対応型通所介護事業が置かれている状況を分析・検討した結果を基にして、家族を支えるためにレスパイトケア対策の充実や、リハビリ機器の充実・人材育成などを事業計画に重要目標として掲げ、在宅生活の維持・継続についての取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にし、経営課題を克服し目標達成ができるように、中長期計画として策定されている。財政計画も中長期計画を支えるものとして策定されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 単年度計画は中長期計画に基づき策定され、かつ、前年度の評価を踏まえ、既存のサービス内容の充実や今後必要とされる新たなサービスへの取り組み等が盛り込まれている。数値目標化できるものは数値目標を掲げ達成度の分析・評価ができるようになっている。</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>評価概要： 事業計画は職員全員が参加して策定され、全職員で毎月実施状況を分析・検討し、対策を練り目標達成が図られている。</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>評価概要： 事業計画を利用者に理解しやすい表現・説明を行っているが、利用者・家族へのより分かり易い案内文書の配布や事業所内の掲示等を行うことで周知を図ることが望まれる。</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>評価概要： 年1回、利用者・家族にアンケートにて意向調査を行い、サービス改善会議にてアンケートを基に結果の検討を行い改善策まで導きだし取り組んでいるが利用者・家族への公表までは至っていない。今回初めて第三者評価を受け、自己評価を職員全員で取り組みがなされた。今後はPDCAサイクルが機能する体制作りが望まれる。</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>評価概要： 経営的な課題は抽出され文書化して取り組みが進められていたが、サービスの質の向上については、今回第三者評価基準に基づく自己評価に取り組んだことで、従前の取り組みも含めて課題を明確にし、質の向上への取り組みが望まれる。</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
<p>評価概要： 管理者としての役割と責任について業務分担表や組織図・緊急時連絡網等で明示されている。また、非常災害時の際や苦情解決責任者としての役割を明確にしている。管理者は職員研修時や職員会議等で職員に指揮命令を行い指導している。</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>評価概要： 施設運営上の法令・消防防災・道路交通法・労働関係法令等は事務局中心に、介護保険法令・利用者の権利・権限・人権等に関する法令は身体拘束委員会・人権擁護委員会を中心に定期的な研修・勉強会を行い理解を深めている。倫理規定・倫理綱領についての研修もあり周知が図られている。事務所に掲示されいつでも確認できる。</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>評価概要： 管理者は対象疾患である認知症の研修を推進し理解とサービスの質向上に取り組んでいる。利用者に対して、より安全な入浴・送迎方法や満足のいく介助方法・興奮した人に対するリラクゼーション方法等、日々、支援方法や技能の検討会を行い実行している。パーソンセンタードケアを意識した取り組みを行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 経営状況やコストバランスの分析を公認会計士の助言を得ながら実効性が高まるように取り組んでいる。平成27年度の介護報酬改定を踏まえ利用者増や利用者の定着につながるように、家族介護教室や家族へのレスパイトケアの提供も含め、利用者家族のニーズに対応すべく取組みに指導力を発揮している。</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・Ⓐ・c
<p>評価概要： 法人全体で必要な人員や人材を確保することを基本とし、事業計画の中にスタッフの定着に向けて資格取得の支援や、地域の無資格者の採用養成・外国人スタッフの採用など具体的な取り組みもしている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓐ・c
<p>評価概要： ISOシステムにより、職員は個人力量一覧表への記載を行い、人事・技能を含めた力量評価を行うことで期待される職員像に向けての意識を高めている。平成26年に介護福祉士資格に1人合格し、全職員が有資格化を目指している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要： 管理者は超過勤務や有給休暇の取得率・職員の就業状況を把握している。職員同士での話し合いを多く持ちストレスのたまらない環境づくりができています。1ヶ月の時間外勤務は研修時間の2時間程度となっている。</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・Ⓐ・c
<p>評価概要： 個人力量一覧表を使い評価はなされているが、目標設定から達成できるまでの具体的な取り組みがなされていない。職員一人ひとりの知識・経験に応じて目標を設定しモチベーションを高める取り組みが望まれる。</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・Ⓐ・c
<p>評価概要： 期待される職員像を明確にし、年間研修計画は法人で策定され、職員全員が参加できる取り組みがなされている。事業計画の中に、スタッフの定着、資格取得に向けて研修参加や技術習得など具体的な取り組みが策定されている。</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>評価概要： 職員個々の資格や知識・技術水準を把握し、外部・内部研修を含め職種別・テーマ別の研修への参加を促し、参加した職員は職員会議にて報告を行い共有を図っている。</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>評価概要： 実習生の受け入れマニュアルがあり、オリエンテーション時、マニュアルに沿いながら重要事項の説明や守秘義務等についての説明を行っている。特に担当者を定めていない為、今後は実習時の責任や連絡体制を整えるためにも担当者を定めることが望まれる。</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>評価概要： ホームページにて事業報告や財務に関する情報開示を行い、法人玄関にも掲示されている。苦情・相談の体制は整っている。苦情・相談の改善策や結果については個別に説明しているが、公表への取組みまでは至っていない。今後は苦情相談についても個人情報に十分配慮しながら共通課題等は公表する取り組みが望まれる。</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>評価概要： 法人・事業所での決裁規程が確立しており、事務・経理等公正かつ透明性が確保される仕組みになっている。公認会計士による外部監査や事業所内のチーフ職員による内部監査を受け事業経営・運営の適正性を確保している。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要： ビジョンの中に地域交流の基本的考え方を明示し、地域の催し物等の情報収集を行い地域行事を年間行事に組み込み、定期的に地域行事へ参加している。小学校の運動会・自治会の老人会をはじめ、蒲生市(いち)や物産館等へ利用者と共に出かけて、地域の方々や馴染みの方々との交流が図られている。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受け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>評価概要： ボランティアの受け入れマニュアルを策定し、受け入れ時はマニュアルに沿って説明している。外出支援時、近隣の方々が付き添い、ボランティアとしての協力を得ている。</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>評価概要： 利用可能な社会資源のリスト化により、活用できるようにしている。他事業所の介護支援専門員とは居宅介護支援連絡票を活用し連携を図っている。利用している支援事業所とは送迎の帰りに連携を取ったり、老人福祉施設協会の職種別集まりに参加し交流を図っている。</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>評価概要： 高齢者の消費トラブルや振り込め詐欺等への対策を進めるために「消費者トラブルと対処法」を題材に地域住民への研修や懇親会を開催し、教育活動などの取組を行っている。</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。	a ・b・c
<p>評価概要： 市役所職員・他事業所・地域住民と協力しながら認知症者徘徊模擬訓練を実施し介護予防の推進に取り組んでいる。</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。	a ・b・c
<p>評価概要： 倫理綱領、基本理念、基本方針は法人と共通した内容が策定されており、利用者尊重や基本的人権に配慮することが明記されている。更に独自のケア方針を策定し、ホール内の壁に倫理綱領と共に掲示されている。サービス提供の全ての場面において、利用者及び家族の今の思いを受け止め、その思いに応えているか点検が行われている。また、連絡帳の最初のページに基本理念を貼付している。</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>評価概要： プライバシー保護マニュアルが策定され、業務マニュアルの具体的な対応・留意点の中に活かされ、生活の場にふさわしい居心地の良い環境作りに努めている。身体拘束廃止・人権擁護委員会に参加すると共に、法人の全体研修でもプライバシー保護をはじめ、虐待防止に関する研修を行っているが、身体拘束廃止・虐待防止についてマニュアル化が望まれる。</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 利用者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>評価概要： 福祉サービス内容が分かり易く書かれた広報誌を作成し、介護支援専門員や民生委員に配布すると共に、ホームページでも公表している。利用者及び家族の不安軽減のために見学・体験希望を推奨すると共に、随時受け入れている。</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>評価概要： 重要事項説明書を用いて、福祉サービス内容や料金の説明及び契約締結からサービス提供までの流れが分かり易く説明されている。また、利用契約書を用いて利用者の権利と義務について説明が行われている。また、利用者が説明を受けることが困難な場合には家族又は介護支援専門員が代行して説明を受けている。</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>評価概要： 介護支援専門員及び地域・行政等から地域の認知症高齢者の最後の砦として認知されていることから、他の事業所からの移行が多く、サービス提供責任者会議で利用者の意向及びサービス内容を引き継いでいる。他の事業所への移行は施設入所となる場合であり、毎月の利用状況報告書と基礎情報を提供すると共に、終了後の相談窓口についても説明を行っている。</p>		

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>評価概要： 利用者満足の責任者を定め、年に1回の満足度調査を行っている。また、送迎の折に、家族とのコミュニケーションを行い、サービス改善の必要性の有無を確認しており、毎朝のミーティング時に全職員で検討を行っている。</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>評価概要： 苦情解決の体制として、苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置が整備されており、その仕組みは正面玄関入口に掲示されている。重要事項説明書にも記載され、説明を行っている。相談・苦情マニュアルが整備され、その結果や対応策は利用者及び家族に報告されている。</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>評価概要： 重要事項説明書に苦情受付の担当者名、苦情解決責任者名、第三者委員名が記載され、説明を行うと共に、事務所玄関の側面に掲示されている。また、送迎時に相談や苦情受付の機会と捉え、常に利用者及び家族と日常的な言葉かけを積極的に行っている。</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>評価概要： 相談・苦情のマニュアルが策定され、受け付けた相談や意見のすべてについて、その内容を「相談・苦情受付票」に記録し、台帳に保管すると共に、「苦情相談改善お知らせ」を作成し、報告している。相談は利用者の不眠や排泄の失敗等による介護者からの内容が多く、介護の工夫及び短期入所の活用等を検討し、介護支援専門員に情報を提供している。また、連絡帳による相談に対しては即日、解決を図っている。</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>評価概要： 安全対策委員会が設置され、3ヶ月に1回及び事故発生時は随時行われている。ヒヤリハット報告書や相談記録などから、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が行われ、要因分析と改善策・再発防止策の検討・実施がなされている。職員への研修は職員会議の際に委員会の報告を行い、職員間の情報の共有化に努めている。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要： 感染予防対策委員会が設置され、3ヶ月に1回及び緊急時は随時開催されている。感染症予防まんえん防止マニュアルが策定され、法人全体及び職場内で研修が行われている。日常から施設内の衛生管理は次亜塩素酸消毒薬による出入口マット散布及び床の清掃やドアノブのアルコールスプレー清拭、流水と液体石鹸による手洗いが実践されている。今後は感染予防対策の定期的な評価・見直しが求められる。</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行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要： 法人全体で防火・防災委員会が設置され、マニュアルが策定されており、委員会は3ヶ月に1回開催されている。防災計画が策定され、消防署・警察・自治会と連携し、年に2回の避難訓練を行っている。施設内では災害発生時の連絡先を事務室内に掲示し、利用者及び職員の安否確認の方法を周知している。</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>評価概要：</p> <p>提供されるサービスの標準的な実施方法はマニュアルとして整備されており、事務室内の書類棚に保管され、日常的に活用されている。マニュアルにはサービス実施時の留意点及びプライバシーへの配慮が明記されている。マニュアル通りのサービスが困難な利用者については、送迎終了後の記録時間に問題を共有し、対策を検討している。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要：</p> <p>年1回マニュアルを見直しているが、見直した日時・変更した内容が記載されていない。今後は見直しの検討記録を残し、見直しの根拠を明確にすることが求められる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：</p> <p>福祉サービス実施計画策定の責任者を定め、事業所の定めた様式を用いてアセスメントが実施されている。特に、「目標指向型アプローチ」を基本として、現在一人ひとりができていること、更にできる可能性を広げる取り組みの必要性の有無について検討が行われている。利用者及び家族、介護支援専門員、医療やリハビリ、生活相談の専門職が協議してサービス実施計画書が策定されている。サービス提供の実際は通所介護実行表に記載されている。</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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要：</p> <p>重要事項説明書及び契約書に福祉サービス実施計画書の変更について記載されている。評価・見直しは3ヶ月毎または利用者・家族に変化が認められた時に行われている。変更された内容は連絡ノート及び事務所内のホワイトボードに記載され、毎日のミーティングで周知されている。</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>評価概要：</p> <p>組織が定めた統一した様式によって記録が行われている。記録に関する要領は、運営規定及び介護保険法の基準省令に基づいて実施している。利用者の情報に関して、職員に速やかに伝える場合は、申し送りノート及びホワイトボード、ミーティングを活用している。また、家族の希望によって秘密事項となっている情報等に関しては管理者がその情報を保管している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：</p> <p>管理者が記録管理の責任者となっている。プライバシー保護取扱いマニュアルに記録の保管、保存、情報の提供に関する規定を定め、利用者及び家族に対して重要事項説明書及び契約書を用いて説明を行っている。電子データの情報漏えい対策が行われており、法令遵守の研修を毎年実施している。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

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
<p>評価概要：</p> <p>①法人の理念であるプラス志向で豊かな創意「いきいきした介護」及び、ビジョンである地域福祉への貢献を基本に支援が行われている。認知症状で不穏状態の時は散歩や全員でのドライブ等、個々の状態に応じて柔軟に対応している。</p> <p>②定期的に接遇研修を行い、利用者の表情から、その思いを予測している。また、言葉では理解が困難な利用者には優しく体に触れることで安心感を伝えている。</p>		
A-2 身体介護		第三者評価結果
	A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
	A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
	A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	㉠・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用者の心身の状態に適した入浴ができるよう、一般浴、機械浴及びシャワーチェアが用意されている。入浴に拒否的な場合は利用者に応じた誘導を行い、入浴が可能となっている。膀胱瘻増設の利用者に対しては他の利用者に見えないよう配慮が行われている。その他、スキンケアの必要な利用者に対して計画通りの軟膏塗布等の処置が行われている。また、入浴中に発見した皮膚のトラブルは介護支援専門員に報告し、早期の問題解決に繋げている。</p> <p>②トイレは清潔で保温に留意し、手摺設置等、適切な環境を整えている。毎日の排泄情報を家族と共有し、利用者の心身の状況に応じた排泄ができるよう支援している。排泄時の見守りも利用者のプライバシーを最大限守りつつ、しかも安全に留意した支援を行っている。</p> <p>③利用者のADLを日々観察し、移乗、移動が安全に行えるよう個別支援が行われている。利用者に応じた福祉機器としてシルバーカー、車椅子、歩行器が準備されている。</p> <p>④褥瘡予防対策委員会が3ヶ月に1回開催され、マニュアルが策定されている。入浴介助及び排泄介助時に皮膚の観察を行い、異常が認められれば看護師が観察し家族・介護支援専門員・主治医への情報提供を行い、問題解決に繋げている。</p>		
		第三者評価結果
	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	㉠・b・c
	A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	㉠・b・c
	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉠・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用開始時に嗜好調査・アレルギー等について聞き取りをしている。その時々で利用者の好みや量等、希望・要望に合わせた食事提供をしている。麻痺のある利用者には食器用滑り止めマット及び皿を使用している。事業所内に配膳室が設置され、適温の食事が提供されている。座席の選定は、他の利用者に不快感を与える可能性がある利用者には職員が間に入ったり、コミュニケーション障害のある利用者には活発な会話が可能な利用者と一緒にするなど、工夫をしている。</p> <p>②利用者の摂食・嚥下能力を担当者会議及び毎日のミーティングで確認し、利用者に応じた食事を工夫して提供している。食事の前に、口腔体操や早口言葉の練習を行い、嚥下能力の向上に努めている。誤嚥などの食事時の事故発生時の対応については研修を行っている。</p> <p>③利用者の口腔ケアの自立度を把握し、一人ひとりの口腔ケアの計画を作成し、実施・評価・見直しを行っている。</p>		
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。	㉠・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。	㉠・b・c
<p>評価概要：</p> <p>①利用者の残存能力を活用し、利用者に応じた役割を計画・実施している。不穏状態にある利用者には興味の持てる話題の提供や、ドライブ等の気分転換活動など工夫を行っている。</p> <p>②利用者の危険防止のため、片づけ、清掃を行っている。職員の笑顔や言葉かけを利用者の安心に繋げる技術として意識して用いている。</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。	㉓・b・c
評価概要： 認知症ケアマニュアルを策定し、一人ひとりに応じた機能訓練計画を作成し、実施・評価・見直しを行っている。特に、作業療法は共同で取り組み、季節毎に作成した多くの作品が室内に掲示されている。体力測定は3ヶ月毎に実施し、機能訓練の評価として活用している。		
		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。	㉓・b・c
	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・㉔・c
評価概要： ①健康管理マニュアルを策定し、利用者に体調変化時の対応手順、医療機関との連絡体制を確立している。送迎時の家族からの体調の確認を行い、事務所到着後はパルスオキシメーターによる酸素濃度測定を含むバイタルサイン測定を行っている。その結果によっては入浴から清拭に変更し、体調を管理している。服薬は看護・介護職員が管理及び確認を行っている。 ②感染症予防まん延防止マニュアルが策定され、玄関出入口マットに次亜塩素系消毒薬を散布し、手洗い用消毒薬が設置されている。職員のインフルエンザ予防接種に費用負担を行い、予防に貢献している。職員やその家族が感染症に罹患した場合の対処方法が文書化されていないため、その策定が望まれる。		
A-7 建物・設備		第三者評価結果
	A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	㉓・b・c
評価概要： 建物・設備の定期点検は業者に委託して年1回行っている。車椅子等の備品は定期的に点検を行っている。木製で角のないテーブル、手摺と背もたれのある椅子、ベットが用意され、利用者の状態に応じた寛げる場所が確保されている。		
A-8 家族との連携		第三者評価結果
	A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	㉓・b・c
評価概要： 送迎時の家族との面談を相談・要望を聞く機会と捉えている。また、連絡帳を活用して、利用者の状態報告及び家族との意見交換を行っている。家族の健康状態を観察し、過重介護が予測される場合は、介護支援専門員に情報を提供している。		