

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：デイサービスセンター仁風荘		種別：地域密着型通所介護
代表者氏名：管理者 住田 貴明		定員（利用人数）： 15名
所在地： 鳥取県米子市上後藤3-5-1		
TEL：0859-24-0007		ホームページ： http://www.yowakai.com/
【施設の概要】		
開設年月日 平成18年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人養和会 理事長 廣江 智		
職員数	常勤職員： 8名	非常勤職員 0名
専門職員	准看護師 2名	
	介護福祉士 1名	
	介護士 5名	
施設・設備 の概要	食堂 1ヶ所	送迎車1台（うちリフト車1台）
	静養室 1ヶ所	個浴 3ヶ所
	相談室 1ヶ所	特殊浴槽 1ヶ所
	地域交流室 1ヶ所	大浴槽 1ヶ所
	機能訓練室 1ヶ所	便所3ヶ所（うち車いす対応3ヶ所）

3 理念・基本方針

法人理念

養和会は、ご利用者の幸せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

理念

1. 人権を尊重し、ご利用者に「安心・安全・安らぎ」のある医療・介護・福祉を提供する。
2. 地域とのつながり、職員、家族を大切にし、共に歩み続ける法人を目指す。
3. 人にも環境にも優しい、活動に取り組み地域に貢献する。

運営方針

通所介護（デイサービス）は要介護者及び要支援者の家庭等での生活が継続させるために立案された居宅介護サービス計画・介護予防支援計画書に基づき、当施設をご利用いただき、利用者の心身の機能の維持回復をはかるため提供させていただきます。この目的に沿って以下の運営の方針を定めております。《理念》 養和会はご利用者の幸

せ、地域の幸せ、職員の幸せを追求します。

サービス提供の考え方

- ・ 本人の人権を尊重、利用者のニーズ合わせたサービスを提供していくため、定期的なカンファレンスや勉強会を実施し、日々、知識・技術の向上につとめる。
- ・ 利用者や家族が継続して地域との繋がりと保ちながら、生活を送って頂けるよう他の事業所との連携を図っていく。

4 施設の特徴的な取組

利用者の方が可能な限り自宅において生活を継続していただくことができるよう、その方の有しておられる能力に応じた様々なプログラム（介護予防サービス含む）や機能訓練を提供させていただくことにより、在宅生活を支援させていただきます。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年12月15日（契約日） ～ 平成30年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成28年度）

6 総評

◇特に評価の高い点

・ 医療法人の事業としてとして、医療関係、福祉関係の他職種の運営が行われており、福祉サービスにおける知識・技術の連携が行き届き、医療法人養和会として、ISO9001（国際認証規格 品質マネジメントシステム）を取得され、事業運営されています。

法人事業運営への改善に積極的に取組まれ、理想とする企業理念・基本方針に沿った地域への医療、介護、福祉に関する使命の実現に向け全組織を上げて取り組まれています。

・ 法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施され職員は理解され支援されます。

また、接遇研修に参加され丁寧な言葉遣い、利用者の気持ちを確認し、気持ちに寄り添う支援等、信頼関係が築かれています。

・ 毎年度、利用者満足度調査が実施され、各施設の玄関等に掲示され家族等訪問された時分かるようにされています。

・ 法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されており、ノロ・インフルエンザ等は発生していません。

・ 事業所所在の自治会のサロンに参加されています。

・送迎時に家族の要望や悩み等を傾聴するように心掛けておられます。連絡ノートを紹介し、事業所での日々の状況を報告されています。

◇改善を求められる点

・平成30年度の介護報酬改定に於いては、より在宅生活の継続に軸足を置いた運用となります。その為にも、より利用者の身体機能の維持回復が求めてこられます。IADLを中心とした、きめ細やかなアセスメントによる「未来志向型（自立支援型）」の通所介護計画が必要となり、計画に対しての成果も求められてきます。今後も更にきめ細やかな通所介護計画の作成に期待します。

7 第三者評価結果に対する施設のコメント

今回の第三者評価を受けさせていただき、改めて新しい視点で事業所運営をしていかなければならないと再認識しました。

また審査結果において、事業所の取り組みなどを高評価していただき、今後もサービスの質を落とすことなく、継続していかなければならないとスタッフ一同気を引き締めております。

平成30年4月から介護報酬の改定があり、利用時間枠が1時間単位となり、機能訓練もリハビリ職が介入することにより、よりリハビリテーションに近い形で質の高い機能訓練が求められるなど、試練の報酬改定であると考えております。

今回の審査で高評価をいただいた部分のさらなる業務改善と、ご指摘のあった部分の修正を継続して行っていきながら、今後も地域の方々に選んでいただける施設を目指し、研さんを積んでいきたいと思っております。

⑧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。

第三評価結果（通所介護）

共通評価基準（45 項目）

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
＜コメント＞ 医療法人養和会（法人本部）全体の理念・基本方針による組織運営が行われ、明文化された理念・基本方針等が施設へ掲示及び広報誌及びホームページへの掲載による地域への周知及び施設玄関（エントランスホーム）に「訪問介護運営規定」「重要事項説明書」等々の掲載による施設運営方針の周知が行われています。 また、新入研修では、理事長から直接、理念や基本方針について説明が行われます。 名札の裏に入れ何時でも確認できるようにされ、職員の理念・基本方針の理解と意識の醸成に努められています。 利用者・家族には、利用開始時に重要事項説明書等を使用し説明されています。 地域の方等に対しては、ホームページや広報誌等で示されています。 部署ごとの運営方針は、部門別実行計画に示されています。		

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。	a
＜コメント＞ 医療法人本部（理事・監事等）と部署長面談（事業計画及び見直し時期：年間２回）が行われ、社会の動向や取り巻く経営環境の変化を見定めた現状の事業運営や財務状況分析及び医療法人全体の経営状況及び経営課題が適切に把握され、当施設の取組み方針等に基づいた業務の推進が行われています。 また、仁風荘管理会議（月１回）で月次報告（分析）を行い当施設の事業状況及び今後の取組み方針等を明らかにされた取組みが行われています。 運営推進会議（年間２回）においても「高齢者推移予測」及び「利用者潜在数」等のデータの情報及び行政等の政策動向等の外部情報を得て、社会の変化による経営環境の実態把握・分析を通じた取組みが行われています。		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> 医療法人会議（仁風荘管理会議、運営推進会議等）で、経営状況（成果分析・課題等）について明確にされ、担当職員すべてが経営課題や改善対策方針に沿った取組を行うために、経営陣以外の現場職員（管理者含む）への「マネジメントの基礎」についての研修も行われ、経営課題や運営の問題点等が組織的に共有するための取組が行われています。		

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。	a
<コメント> 医療法人養和会全体の単位組織（訪問介護事業）として、本部策定の中・長期ビジョンである「理想の姿」（あるべき姿）で明確にされています。 財務状況、組織体制、利用者の経年別利用数、福祉サービス（内容や行事等）、施設設備修繕等、人材育成（中・長期計画）等の中・長期ビジョンは、職員が実行するにあたっての課題や改善施策（目標・成果分析・対策等）を中・長期的（単年度含む）に職員が共通指標として常に意識できる「見える化」の推進が行なわれ、中・長期の収支計画も策定されています。		
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。	a
<コメント> 医療法人本部は、事業サービス単位、担当別の単年度の事業計画・活動指標を策定されている。 中・長期計画である「理想の姿」を基礎として作成した単年度の通所介護部門の計画をスタッフ面談（年間2回）による説明が行われています。		
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。	a
<コメント> 毎年10月～11月の部署長面談にて各部署の目標や課題を経営陣と理解を深め、その目標や課題を基に次年度の事業計画等が作成されています。また、各部署に於いても部門別実行計画が策定されています。 職員一人ひとりの個人の「目標の管理」が行いながら、職員個々の参画による事業運営に対する振り返り（自己評価等）や課題・問題点の改善や対策を反映させたより現場の意見を取り入れた事業計画策定となっています。 事業計画は病院会議、仁風荘会議等の会議体でも周知がなされ、法人全体で理解を促すための取組が行なわれています。		

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。	a
<コメント> 事業計画は、ホームページ等を活用し広く公表されています。 また、運営推進会議等においても委員の方々に配布し説明を行い周知が図られています。		

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。	a
<コメント> 医療法人養和会として、ISO9001（国際認証規格：品質マネジメントシステム）を取得され、内部監査（年1回）並びに更新審査（3年1回）を実施して、サービスの維持、担保及び質の向上に努められています。 各種のマニュアル整備は、電子化し、利用者管理及び各種の記録については、介護ソフトを導入され、業務の効率化が図られています。 サービス内容の質につて、毎月の成果実績の分析（PDCA サイクルの振り返り）や課題・問題点对策の積み上げによる四半期単位の改善・見直しの目標基準の設定及び内部監査（年1回）による、サービス品質の監査が行われ、職員が介護サービス質の担保、向上に向けた取組みを共通の理解として捉える仕組みが出来ています。		
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。	a
<コメント> 組織として、サービス実施状況の課題が主な取り組みになることから「ご利用者満足度調査（年度末：年間1回）」を実施、法人内の「品質管理委員会」で分析・対策を行い、次年度の計画に反映させています。 また、部署長面談における次年度の各種の改善施策等が論議され、次年度の各事業所の取り組む課題を明確にしながら、次年度の事業計画への改善につなげています。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<コメント> 日常業務は管理者が当施設の運営責任を果たされており、管理者である施設長不在時は、通所事業センター長に権限が移譲されます。 責任体制（役割）を明確にした福祉サービスの質の向上に向けた取組みが行われています。 また、月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取組みを明確にされています。		
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。	a
<コメント> 医療法人養和会の全体の法令遵守（責任者）体制に基づき、組織的に取組みが行われています。 全ての法令に関する遵守や介護保険制度の遵守等に関するコンプライアンス研修（平成29年12月7日～8日）が職員への研修が行われ、個人情報についても「改定個人情報保護法」（昨年12月）等改定事項がある都度に研修が開催されるなど、法人が定める必須研修「人権研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少化研修」「身体拘束研修等」の法令遵守の各種の法令等に関する知識や理解を深める取組みが行われています。 更に、介護報酬改定時には、改定項目に関する勉強会等も適切に実施されています。 コンプライアンス遵守の職場風土の更なる推進に向け、法令遵守マニュアルの見直し（定期的）及び規定の文書掲示や職員への携帯型カード等の配布などによる職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されること望みます。 介護報酬改定時には事務担当者より改定項目に関する勉強会が実施されています。		
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。	a
<コメント> 医療法人の組織として取組み（ISO9001）として全組織が、福祉サービスに関する規格・品質等の監査を受けるなど積極的な取組みが行われています。 また、ご利用者満足度調査（年1回）及び職員の満足度調査が（年1回）及び施設内に意見箱を設置するなど利用者（家族等）の意見・要望に対するサービスに反映させる取組みが行われています。 法人内研修も数多く企画され、職員の教育・研修の機会の充実が図られています。		

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。	a
<コメント> 仁風荘会議、本部管理会議（月１回）で月次報告（分析・対策等）が定期的に行われ、経営指針の１つとして「業務効率化」と「職員へのコスト意識」を徹底するようにされています。 また、ミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する時間を設けられています。 企業理念にも「利用者、地域、職員の幸せを追求」等々がありますが、職員の働きやすい環境にも努力されています。 具体例として、育児中の職員の対応として、出来る限り本人の希望や急な休みに対応出来るような人員配置が取られたり、就業規則にも時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。		

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。	a
<コメント> 人材確保・定着については、法人本部で行われおり、ホームページ等を通じて各専門職種の採用を進められています。 各種専門学校等の実習を積極的に受け入れや学校訪問等行い、新規採用につなげる取り組みを継続して行われています。 職員に対する異動に関する希望等の面談（年２回）による定期的に様々な業務への挑戦や適切な人材育成を図るなどの定着に向けた工夫が行われています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<コメント> 人事基準が明確にされ、職員一人ひとりの実績が報われる仕組みづくり及び常に再挑戦ができる職場環境づくりである法人全体に適応した「人事考課制度」（職員の目標管理シート）による総合人事管理が行われています。		

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り組んでいる。	a
<コメント> 就業規則に基づき、勤務管理（勤務の柔軟な変更等）及び時短勤務規定や育児休暇明けの職員が働きやすい環境整備（子どもが3歳になるまで夜勤免除等）が図られています。 また、本人の意向に基づき、リフレッシュの為に連続休暇を事業所に於いて実施されています。 身体面では、法人運営のフィットネスクラブの利用や法人の理学療法士等のリハビリ職による腰痛予防研修が毎年行われる等、健康に関する取組みが行われています。 職員のメンタル面については、ストレスチェックが実施され、養和病院との相談・連携体制も確保されています（精神科医、臨床心理士など）。 年2回の健康診査、インフルエンザの予防接種も法人の費用負担で実施されています。		
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。	a
<コメント> 医療法人養和会全体に人事考課制度（個人の目標管理シートに対する部署長の面談及び成果評価等）が導入され、職員一人ひとりの経験や知識・技能（強み・弱み）が把握され、人事管理されており、育成計画に連動しています。 年2回、部署長による個人面談も実施されます。		
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。	a
<コメント> 医療法人本部の人材育成基本方針に基づいて研修計画を策定して教育・研修が行われています。 新人研修を皮切りに段階的（経験や知識・技能把握）に研修計画が策定され、外部研修計画に加え、職員個々の福祉サービスに必要な有資格や職場 OJT 研修等の教育・研修及び昇級・昇格に連動させるなど、職員の育成方針に基づいた取組みが行われています。 研修内容の見直しについては、介護保険制度の改訂やニュース等を参考にしつつ、変更、見直しが行われています。		
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。	a
<コメント> 職員の経験年数や資格取得状況も管理されており、各々に合った研修等（初任者研修、1年次、2年次、3年次、4年次、5年次研修等）も実施されています。 介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。 介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。 法人内で各種研修が実施されており、仁風荘の他部署職員が外部研修に参加した際には伝達講習という形式で講師役を務めてもらい、自部署職員への教育の機会とされています。		

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。	a
<コメント> 法人（仁風荘全体）として実習生の受け入れを積極的に行われており、指導者に対しても研修等は行われています。 実施の際には、学校側と打ち合わせを行い、学校が作成している実習マニュアル等に沿って実習が行われています。		

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。	a
<コメント> 医療法人養和会として、ISO9001を取得し、経営の透明性も確保に努められています。 企業理念・基本方針及び事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容等がパンフレット、広報誌及びホームページへの掲出等による情報公開が行われています。 また、通所介護部門に於いては、運営推進会議による運営に関する情報提供及び課題・問題点等に対する提言を受け、更に良好な事業運営及びサービス提供が行なわれています。		
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。	a
<コメント> 施設経営・運営、財務管理等は、医療法人本部が総括的に内部統制において、適正に取組みがなされている。（ISO 規定に基づいた経営、運営体制の適正な整備に向け、年1回内部監査、3年1回更新審査も実施されています。 経営主体が医療法人である為、公認会計士等の監査による寄付行為（定款）に沿った透明性の高い適正な運営となっています。		

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＞ 地域との関わり方については、法人「理念・基本方針」である「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に沿って進められています。 法人の取組みとしては、医療法人養和会の仁風荘さくらまつり、長寿を祝う会や夏祭り等へ参加し、地域との交流を広げられています。 また、運営推進会議において地域との交流についても話し合われています。		
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。	a
＜コメント＞ 仁風荘全体（法人）として、基本姿勢を明文化し、マニュアルも整備され、学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。 デイサービスセンター仁風荘としても、受入れされています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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＞ 通所介護部門に於いては、運営推進会議における提言及びアドバイスによる施設運営及びサービス改善の取組みが行われています。 病院（救急医療施設等）、社会福祉協議会、保健所、警察署、消防署、警備企業等の関係機関とネットワークを構築し、「関係機関緊急連絡一覧」等を作成されています。 仁風荘会議にて利用状況や他部署との連携が図られています。		
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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
＜コメント＞ 法人「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に則り、事業所のスペースや相談機能は、地域に広く開放されています。 仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭りが企画段階から関わり、実施にも携わり、事業所としても参加され、デイサービスセンター仁風荘のフロアを開放し、お茶して頂いたり、弁当を食べて頂くフリースペースとして開放されています。		

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> 仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭り、住吉公民館祭を仁風荘全体として企画、実施されています。 住吉公民館祭の折に、法人の居宅介護支援事業所と共に介護相談ブースを設置する等、地域の積極的に足を運ばれています。 法人としては、地域へ法人施設の貸し出し（地域交流ホール・体育館等）が行われています。 また、野球部による野球教室も実施されています。		

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。	a
<コメント> 日常的に「理念・基本方針」等の唱和による意識の醸成が図られています。 年次研修として、「コンプライアンス研修」や昨年改定された「改正個人情報保護」研修に加えて、法人本部が必須としている「人権保護研修」「リスクマネジメント研修」「行動制限最少化研修」「身体拘束修」等の法令遵守は、法人本部で適切に計画され、職員への法令遵守意識の徹底及び接遇マナーマニュアル等に沿った取組みが行われています。 身体拘束廃止検討委員会では、身体拘束だけではなく倫理的問題についても検討する機会を設けられています。		
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。	a
<コメント> 重要事項説明書（施設内の掲示物）等で、利用者のプライバシー保護及び虐待防止（権利擁護）の規定が作成され、ISO 規定や職員研修での認識強化に加え、不適切事案の発生や情報等への対処策として「法令遵守責任者」「法人法務担当」への適切な報告（管理者等）及び対応・対策に関する権利擁護体制の整備が行われています。 通所介護においても、知り得たプライバシーに関する保護の遵守に向けた研修等の取組みが行われています。 掲示物と重要事項説明に記載し、利用者、家族等にも周知が図られています。 不適切な事案が発生した場合には、管理者並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。		

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。	a
<コメント> 法人本部を窓口として、ホームページ・パンフレット、広報誌等により、施設概要、施設案内、サービス案内等を公民館及び広く地域の方へ情報を積極的に提供されています。 デイサービスの体験利用等の受け入れも積極的に行われています。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<コメント> 利用者のサービス開始・変更時においては、サービス契約時に利用者・家族等「重要事項説明書」に沿って介護保険制度内容や当施設の利用目的やサービス内容及び料金等を説明し、利用者の同意を得た上で契約締結が行われています。 また、対応には、接遇マニュアルに基づいた利用者・家族等に対して、丁寧で分かりやすい言葉遣いや資料（写真）等により説明が行われ、契約は、手順に沿って適切に契約を結んでおられます。 サービス契約時にはアセスメントに時間をかけておられます。		
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。	a
<コメント> 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等が行われる場合には、担当ケアマネジャーに情報提供を行い、スムーズ且つ継続性が取れるように配慮されています。 本人の心身の状態に合わせた訪問介護計画の作成を心掛け、関連事業所とも連携を図られています。 家族様からの相談に関しては、管理者及びサービス担当責任者が主に行われています。 相談窓口については、自部署のみならず、法人の介護老人保健施設の相談員にも相談出来る体制が確保されています。		
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。	a
<コメント> 利用者満足度調査（年1回）での意見・要望収集及び玄関等への意見箱設置による意見・要望（苦情含む）の収集に加え、介護・医療連携推進会議からの提言等による利用者満足向上への取組みが行われています。 また、要望・苦情等の意見が寄せられ、当施設での対応に苦慮する場合は、当施設の責任者を通じて、方針の「品質管理委員会」へ報告するなど改善・解決への検証・検討を行い、寄せられた要望・苦情に対する回答が組織的に行われています。		

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。	a
<コメント> 契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。 苦情は、当施設窓口及び医療法人本部の「品質管理委員会」が開設している苦情受付のホームページへの意見・要望（苦情）の申し出の仕組みが確立されており、品質管理委員会及び介護老人保健施設の相談員と連携した苦情解決への取組み体制が整備されています。 毎月、品質管理委員会がグループ全ての苦情等及びその解決（対応）状況等を取りまとめ、ホームページ等で記録の公表が行われ、地域や利用者の声を適切に反映する取組みが確立されています。 利用者満足度調査、意見箱、運営推進会議等で意見を収集されており、運営推進会議にて、委員の方に事業所内での事故や苦情についても説明されています。		
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。	a
<コメント> 施設内へ意見箱（一週間に1回程度確認）を設置及びホームページ等での意見・要望等の受付を法人本部の窓口で受止め、相談や意見の検討及び問い合わせに対する回答を組織的に行われています。 管理者だけではなく、スタッフへも相談できるような関係作りを心掛けておられます。自部署のみならず、介護老人保健施設の相談員にも相談できる体制となっています。 利用者満足度調査、意見箱等を始め、契約書、重要事項説明書等に於いても各種の相談や意見が述べられる体制がある事が記載され周知が図られています。		
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。	a
<コメント> 自部署で頂いた相談、意見については、自部署内で検討され、自部署で解決できる事案の場合は速やかに回答、改善等が行われます。軽微な事案であっても法人内品質管理委員会に報告されます。基本的にすべての事案は法人の委員会にあげられ、法人としても検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。 自部署で解決対処が不可能の場合は、介護老人保健施設の相談員及び法人本部が連携して、意見・要望（苦情）等の検討が行われ、改善見直しや回答等を利用者（家族）へ適切にフィードバックが行われています。 その対応情報（利用者や家族等の同意を得たもの）をホームページで公表されています。		

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。	a
<コメント> ISO 規格適合及び医療法人本部が定める「リスクマネジメント規定」に沿って、防災訓練（年2回）及びリスクマネジメント研修（年1回）を開催して、福祉施設及び福祉サービスに関する安心・安全対策及び共通の職員個々の安心・安全意識の醸成の取組が行われています。 法人の必須研修としてリスクマネジメント研修も行われています。 自部署でのヒヤリハット案件の職員からの提出等による安心・安全対策の勉強等が行われています		
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。	a
<コメント> 感染症対策マニュアルが整備され、医療法人本部（医療機関レベル）の対策の適用による感染症の予防及び感染症発生時の対策が組織的に取組まれています。 また、外部からの感染防衛対策として、職員へのインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤判断（5日間の感染モニタリングによる状況把握）による業務開始及び利用者が感染した場合の対応等に配慮された取組が行われています。		
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行っている。	a
<コメント> ISO 規格適合及び医療法人本部が定める「リスクマネジメント規定」が整備され、災害発生時の非常事態を想定した防災マニュアルに沿って、自部署の防災訓練が年間2回実施されています。 災害時における施設在宅の利用者・職員の安心・安全確認、外出等の利用者（当日勤務終了で休みの職員含む）の安否確認システム（緊急連絡網等）等による安否確認ができる仕組みの構築及び被害情報や被災支援対策など法人本部との連携及び関係機関との情報収集（提供含む）等の連携も日頃の対応による関係強化等が行なわれています。 災害時の備蓄については、法人本部で用意されています。		

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。	a
<コメント> ISO 規程に基づいたサービス提供を遵守されています。 重要事項説明書における当施設の利用サービス（訪問介護含む）が説明され、利用者（家族等）の理解を得た契約に基づき、標準的な介助方法や手順等に沿って、一人ひとりの「訪問介護計画」（法人の内部評価委員会によりチェック）の策定による計画に沿ったサービスの提供が行われています。 契約書、重要事項説明書に於いても、利用者の尊重、プライバシー、権利擁護の姿勢が明示されています。 職員間で利用者全体の介護計画が共有されていることからサービスがどの職員でも訪問介護時、利用者の心身の状況を十分観察し、標準的な（作業手順等）やり方で安全を最優先に訪問介護サービスの実施が行われています。		
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。	a
<コメント> ISO 規程に基づき、年1回マニュアル類の見直しが行われています。 日常の訪問介助時のモニタリング等（記録等）及びカンファレンス（適宜）による標準的（手順等）な訪問介護計画の改善・見直しが行われています。 また、ご利用者満足度調査やご意見箱への意見・要望及び介護・医療連携推進会議での提言等から利用者にも有効な新たなサービス取組みや現状の見直しが行われています。 短期目標（1ヶ月）単位に定め利用者のモニタリングを行いながら、サービスが提供されています。		
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的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<コメント> サービス契約時にアセスメントに時間をかけ、通所介護計画は策定されています。 自部署職員のみで検討するのではなく、老健、病院職員との連携を密にし、多様な職種からの意見を参考にしつつ個別的なサービス提供ができるように努めてられています。 モニタリング、評価は毎月実施されています。		

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
<コメント> 毎月のモニタリング・評価を本人の意向を踏まえながら継続的に行い、結果については担当ケアマネに送付されています。 事業所のプラン評価を基にケアマネージャーとの相談を行った結果、介護計画の変更がなされることもあります。		
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。	a
<コメント> 介護ソフトを利用し、電子化された利用者データに基づいた訪問介護サービスの提供が行われ、提供後の記録等（利用者の心身変化、留意事項、サービスの実施状況等）も適切に登録するための研修（記録マニュアル等）や職場 OJT による取り組みが行われています。 職員間の利用者個々のサービス実施状況が電子化により共有されています。		
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。	a
<コメント> ISO 規程に基づいた記録管理を遵守されています。 規定の整備、組織的に法令遵守（情報保護等）の研修及び利用者（保護者）への入所説明時（重要事項説明書等）での情報に関する説明や理解された運営が行われています。 利用者の個人ファイルを見やすく・分かりやすく整理、整頓（保管・保存・廃棄等）が行われています。 事業所内掲示物、重要事項説明書等にも情報開示について記載され、利用者等に説明されています。 職員は個人情報保護規定を理解し、遵守されています。		

内容評価基準（通所介護１７項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-（１） 支援の基本		
A① 1	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。	a
<コメント> 利用者の心身状況は、フローシート、情報提供票に記載され、利用時にも把握に努められています。また、利用者の暮らしについての意向は、デイサービスカルテフェイスシートに基づきアセスメント実施、個別援助計画書が作成され、プランに沿ってケアを行うようにされています。 毎月週間プログラム表に基づいて、様々なレクリエーション活動も行われています。絵手紙作り、脳トレプログラム、体操、野菜を育て収穫した野菜で調理等、一人ひとり選んで頂き行なわれています。 また、年間行事として、春の「さくら祭り」、秋の「長寿をお祝いする会」が行われます。		
A④ 2	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。	a
<コメント> 接遇委員会による部署会でミーティングが行なわれたり、スタッフ全体の勉強会や個別での面談も行われています。 利用者の思いや希望を聞かれたり、反応をみながらケアに活かされており、事業者内では必ずタ方のミーティングでその日の振り返りが行われ、利用者一人ひとりの情報共有が行われています。		
1-（２） 権利擁護		
A⑤ 3	A-1-（２） 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
<コメント> 法人としても、必須研修の一つとして取り組まれています。各部署においても、勉強会が開催され、職員へ周知されています。 また、毎月１回身体拘束委員会を開催され、検討されています。 利用者・家族に対しても、契約時に、重要事項説明書で説明を行い、何かあれば、色々な方法で苦情・相談等が出来る仕組みがある事を伝えられています。		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥ 4	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
<コメント> 常に清潔に努めておられ、室温についても、時間を定め室温・湿度のチェックが行われ調整されています。 利用者同士の関係性も重視し、席次を決められゆったりと過ごして頂けるように工夫されています。 年1回の利用者満足度調査が実施されており、指摘のあった箇所（シャンプー・リンスを変える、全便座をウォシュレットの取り換え、男子トイレの自動照明等）の改修等が行われました。		

A-3 生活支援

3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦ 5	A-2-(1)-② 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
<コメント> 入浴支援マニュアル、通所介護計画に沿って支援されています。 初回アセスメントで身体状況の把握をされ、個別浴槽・機械浴槽があり身体状況にあわせ使用されます。 適温を確認し、転倒防止の為、一人ひとりひとりの職員による見守りが行なわれ、本人の意欲を大切にし入浴介助が行われています。 入浴状況等については、家族へは連絡ノートを活用し、ケアマネージャーに対しては電話報告されています。		
A⑧ 6	A-2-(1)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<コメント> 排泄マニュアル、通所介護計画に沿って支援されています。 事前情報と照らし合わせ、評価をしながら排泄行為や介助方法を検討し、「排泄版」に落とし込んだり、朝・夕のミーティングの場で検討されています。排尿等あれば、必ずフローシートや連絡ノートに記載されています。必ず利用後、消毒液で拭く、匂い対策として芳香剤をまき配慮されています。 尿意等の訴えが難しい利用者へは、「誘導版」で利用者の排泄パターンを把握し誘導されています。 トイレ内での転倒、転落を防止するため手すりや介助バーが設置され安全に排泄をすることができます。見守り、一部介助が必要な方には、プライバシーカーテンを使用する等、プライバシーに配慮し声掛け等をされ支援されています。 オムツに関しては、尿量や利用者の身体に合わせた大きさの提案が行われます。		

A⑨ 7	A-2-(1)-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
<コメント> 業務マニュアル、通所介護計画に沿って支援されています。 出来る限り自力で移動して頂き、椅子に座ることができる間は車椅子より移乗され椅子に腰掛けて頂く事を基本にされています。 杖歩行、老人車・車椅子使用の時見守り等行い安全を確認されています。 日々の業務の中で変更点等があれば、申し送りで周知するように心掛けておられます。 送迎に関しては送迎マニュアルに沿って行われます。		
3-(2) 食生活		
A⑩ 8	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
<コメント> 嗜好調査も行われ、献立に反映されています。また、旬の食材を取り入れる工夫が行われています。 アレルギーの有無や好き嫌いもフェイスシートに落とし込み、利用者個々に合わせた調理方法や食器等の選定も行われています。 気の合う同志も考え、席次を決め楽しく食事して頂けるように工夫されています。 調理も、衛生管理マニュアルに従い適切に行なわれ、適温摂取して頂けるようにされています。		
A⑪ 9	A-3-(1)-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
<コメント> 病院や施設、ケアマネジャーの情報提供をもとに食べやすい食形態で食事を提供されています。また、必要があれば管理栄養士や通所リハビリの言語聴覚士・歯科衛生士の協力を得ながら、嚥下、咀嚼の程度の評価してもらい、症状に合わせた食事形態の提供が行なわれています。食事形態が分かりやすい様に特別指示箋で明確にされています。 吸引器も用意されており救急の時には看護師により対応されます。 体重測定で変化がある時は、家族、ケアマネジャーから情報収集し、栄養を考えた食事も提供される場合もあります。		
A⑫ 10	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<コメント> 口腔ケアは昼食毎に嚥下体操（CDや体操の絵等使用）が行われています。 口腔ケアチェック表を使用し自立、一部介助、全介助を判断されます。 食後の口腔ケア時には、利用者の口腔内のチェックを行い、義歯の適合度や局義歯による歯茎の尊書が無い確認し、あった場合には家族、ケアマネジャーに報告する等し、歯科受診に繋がられています。 法人の歯科衛生士に助言・指導を受け実施されています。		

3－（３）褥瘡発生予防・ケア		
A⑬ 11	A-3-（３）-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<コメント> 養和会褥瘡マニュアルに沿って実施されています。 体位交換や姿勢等については、通所リハビリのセラピストの助言を仰ぎ、臥床時の耐圧分散マットや、座位時の低反発座布団の使用等の工夫が行なわれています。 サービス利用時身体状況の観察が行われ、入浴、排泄時に皮膚状態の観察が行われています。褥瘡の疑いがある時は看護師、ケアマネージャーに報告され連携をされます。 軟膏については、家族からの伝言や、診療情報による医師の指示のもと処置が行なえるよう事業所で処置物品も用意されています。処置一覧表を作成して、処置内容等、職員間で情報共有され、必要時にはケアマネージャーに報告されています。		
3－（４）介護職員による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭ 12	A-3-（４）-① 介護職員による喀痰吸引・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
<コメント> 現時点では、研修修了された介護職員がおられない為、実績はありませんが、喀痰吸引・経管栄養の必要な場合は看護職員によって実施されています。		
3－（５）機能訓練、介護予防		
A⑮ 13	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。	a
<コメント> 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練プログラムが作成されています。 必要時には通所リハビリのセラピストに指導・助言を仰ぎ、個別機能訓練に活かされています。 個別機能加算は、算定されてはいないですが、日常的に食事動作、排泄動作、行動さ、異動・移乗動作等をそれぞれ場面で個別機能訓練として実施されています。		
3－（６）認知症ケア		
A⑯ 14	A-3-（６）-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<コメント> 職員は勉強会に参加し、話を傾聴する姿勢や、寄り添う姿勢等、認知症ケアについて学ぶ機会が設けられています。 家族やケアマネージャーと連携を図り認知症の状態を把握されケアを行っておられます。 家族の介護負担継続のため、必要時にはショートステイ利用も促されています。 家族からの要望があれば、その実施された内容を自宅でも行える方法も含め連絡ノートに記載したり、自宅でもうであったかも記載して頂かれ、必要があればケアマネージャーに報告されています。		

3－（7）急変時の対応		
A⑰ 15	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書確立し、取組を行っている。	a
<コメント> 利用前の情報と主治医からの診療情報提供書を基に、状況の変化の判断が行われています。 服薬管理は必ず看護職員が行っておられます。通所リハビリの看護師の協力のもと看護師同士でのダブルチェックを行い、誤薬防止に努められています。 急変時には介護カルテに記載されている、緊急連絡先に連絡するようになっています。		
3－（8）終末期の対応		
A⑱ 16	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
<コメント> 終末期については、利用者、家族の希望を聞きながら、事業所で出来る対応を説明し利用頂かれます。急変時には、救急搬送するのか、事業所で看取るのか確認されています。 急変時の希望病院、緊急時の連絡先も記載して頂いています。 看護職員を中心に研修も行われています。		

A-4 家族との連携

4－（1）家族との連携		
A⑲ 17	A-8-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
<コメント> 利用毎に連絡ノートを紹介し、事業所での日々の状況報告や家族のコメントを記入して頂いています。家族の要望等に関しては、連絡ノートを使用したり、直接口頭でのやり取りが行なわれています。 ケアマネジャーと連携しケアプランの評価・見直し・プラン継続等をされており、サービス担当者会議でも家族に対してサービス状況の説明が行われています。 主介護者の介護負担に関しても、ケアマネジャーの依頼を受けた場合など、実施に自宅に訪問を行い、介護指導、環境指導等、専門性を発揮した助言アドバイスも行われています。 送迎時にも、家族の要望や悩み等を傾聴するように心掛けておられます。		