

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | | |
|------------------------------------|---|------------------------|
| 事業所名称：中央デイサービスセンター | | 種別：通所介護（デイサービス） |
| 代表者氏名：續 幸弘 (管理者)：(荒家 久美子) | | 開設年月日：平成9年7月28日 |
| 設置主体：熊本市社会福祉事業団 経営主体：熊本市社会福祉事業団 | | 定員：35名 (利用人数)：(87名) |
| 所在地：〒860-0076 熊本市中央区壺川2丁目3番85号 | | |
| 連絡先電話番号：096-323-8247 | | F A X 番号：096-323-8248 |
| ホームページアドレス | http://ksfj.hinokuni-net.jp/ | |

(2) 基本情報

| サービス内容（事業内容） | 施設の主な行事 |
|--------------|--|
| 通所介護（デイサービス） | 館外機能訓練（初詣・花見（桜・バラ・紅葉））・夏祭り 運動会・文化祭・忘年会・クリスマス会 各種季節のイベント（母の日・父の日・敬老の日・節分など） |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| | 多目的ホール兼食堂・浴室・椅子式特殊機械浴槽 トイレ（男女別）・機能訓練用昇降階段・機能訓練用平行棒 リカンベントバイク・エアロバイク・プーリー・歩行器 通信制カラオケ・車いす（併設施設：ホール・和室・調理室） |

2 施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・平成9年に熊本市が在宅福祉センターを設置し、本事業所の基礎となる高齢者対象のデイサービス事業所を開設しました。平成12年に介護保険の事業所として指定を受け、以降は熊本市の指定管理施設として運営を行っていました。平成26年に熊本市から施設建物の譲渡を受け、現在まで自主運営を行っています。事業所としての歴史が20年以上あり、地域に根付いた事業所です。また、事業所内には地域住民が活用できるスペースが併設されており、地域住民に広く開かれた事業所です。 ・本事業所法人の熊本市社会福祉事業団は、市内で多数の福祉事業を営んでいます。法人理念のもと、職員は社会福祉事業団の一員として利用者へ提供する福祉サービスの向上や利用者の個人の尊重、心身ともに穏やかな生活の提供、そして能力に応じて自立した生活を営むことができるように支援しています。 |
|--|

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

- ・事業所の独自の事業として「地域交流事業」を行っています。この事業の一環として施設併設のホールや調理室、和室を地域のサークル活動などに貸し出しており、子どもから大人まで幅広い年齢層の地域住民が利用されています。その他、事業所主催の「介護予防健康教室」では作業療法士が健康体操を行ったり、同じ法人内の地域包括支援センターと共催の「いきいきサロン」では看護師が血圧測定や健康相談、福祉相談を行ったりするなど、事業所の持っている資源を地域へ還元しており、積極的に地域交流が図られています。また、貸館をサークル活動で利用する地域住民の中には、利用者向けにレクリエーションなどを行っており、利用者と地域住民が交流する機会となっています。
- ・法人のホームページには、理念や基本方針、定款、経営計画の体系、役員報酬規程、決算報告書など多くの情報が公開され、透明性のある運営が行われています。広報誌「中央デイ便り」や「わが家」にも事業所としての取組などが掲載され、利用者や家族、地域に配布されています。
- ・本事業所はボランティアの受け入れを積極的に行っており、ボランティアの一部は熊本市社会福祉事業団で規定している「スマイルクラブ会員規約」に基づき、本事業所のサポーターとして利用者向けに多様なレクリエーションやイベントを提供しています。近隣の保育園や小・中学校との交流も積極的に行われ、地域に広く開放された事業所と言えます。
- ・職員は利用者に対し、丁寧な言葉かけや視線を意識した関わりを行っています。利用者の来所の際には顔を向け視線を合わせて挨拶を行う光景やバイタルチェックの際にも利用者とのコミュニケーションを図りながら数値と目視でしっかり確認する様子が見られ、利用者一人ひとりに合わせた丁寧な対応がなされています。

◆改善を求められる点

- ・法人で月次報告書などの分析・報告が行われ、その後に全職員が閲覧可能な職員専用ホームページにて公開されています。法人内の各事業所の役割についても明文化され、各事業所の権限なども文書化されています。しかし、各種情報を全職員へ周知するには至っていません。今後は、職員に対する確実な周知への取組や各情報を伝達するための工夫、またその情報をもとに職員間で検討できるような取組に期待します。
- ・「利用者の能力に応じ自立した生活を」との理念を実現するために、事業所では利用者の能力が活かせるような支援プログラムが整えられています。家庭菜園や編み物など利用者の好みや得意なことに取組ながら個別の機能訓練にも力を入れています。利用者の中には訓練や活動を行う理由や目的が分からず動機づけが弱い方も見られます。活動を行う際に楽しく活動できることはもちろんですが、今後は支援プログラムの目的を利用者自身にも理解してもらえるような取組に期待します。利用者の特徴や個性にあった伝達方法で説明するなど、理解が深まることでこれまで以上に利用者にとって有意義な一日を過ごすことができると期待されます。
- ・利用者に対する支援方法を記載したマニュアルの整備は十分ではなく、標準化された介護支援方法の確立には至っていません。支援はサービス実施計画書にそって実施されていますが、実施後の評価は担当職員個人の裁量で行われ、全職員での共有には至っていません。また、事業所の提供しているサービスや支援方法について職員全体で話し合う機会も十分とは言えません。今後は、職員全体で情報を共有できるような体制作りや支援方法に関する検討会、研修を実施する機会を設けるなどの取組に期待します。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(2019. 6. 18)

法人内 33 か所の事業所の中の 2 か所に選ばれ、第三者評価を受審できたことで、日頃からご利用者目線でのサービス提供に心がけている基軸を再確認できました。日頃の業務と並行しつつでもあり、「特に評価の高い点」を 4 つ頂けたことは同僚職員の活力にもなりました。他方、3 つの「改善を求められる点」に対しての改善には受審後すぐに着手しました。例えば、全職員がいつでも手に取って見ることのできる「連絡ノート」を新たに作成し、目に付く位置に配置しました。さらに毎日の業務日誌に「連絡ノートチェック 有・無」の欄を追加しました。記録については、曖昧な表現を避けるために「5W3H」「6W2H」によって明確化された記載を心がけています。今後も、～持続的発展を可能にするバランスのとれた経営の確立～という、法人の経営目標に沿って、ご利用者・ご家族のご満足を基本とし、実感できる「見える化」されたサービス提供の整備を進めて参ります。

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【通所介護版】

◎ 評価機関

| | |
|---------|------------------------|
| 名 称 | 公益財団法人 総合健康推進財団九州支部 |
| 所 在 地 | 熊本市中央区保田窪1-10-38 |
| 評価実施期間 | 2018年11月20日～2019年2月19日 |
| 評価調査者番号 | ① 第07-012号 |
| | ② 第15-005号 |
| | ③ 第15-007号 |

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

| | |
|--|---|
| 事業所名称：熊本市社会福祉事業団 (施設名) 中央デイサービスセンター | 種別：通所介護（デイサービス） |
| 代表者氏名：續 幸弘 (管理者)：(荒家 久美子) | 開設年月日：平成9年7月28日 |
| 設置主体：熊本市社会福祉事業団 経営主体：熊本市社会福祉事業団 | 定員：35名 (利用人数)：(87名) |
| 所在地：〒860-0076 熊本市中央区壺川2丁目3番85号 | |
| 連絡先電話番号：096-323-8247 | FAX番号：096-323-8248 |
| ホームページアドレス | http://ksfj.hinokuni-net.jp/ |

(2) 基本情報

| | |
|--------------|--|
| サービス内容（事業内容） | 施設の主な行事 |
| 通所介護（デイサービス） | 館外機能訓練（初詣・花見（桜・バラ・紅葉））・夏祭り 運動会・文化祭・忘年会・クリスマス会 各種季節のイベント（母の日・父の日・敬老の日・節分など） |
| 居室概要 | 居室以外の施設設備の概要 |
| | 多目的ホール兼食堂・浴室・椅子式特殊機械浴槽 トイレ（男女別）・機能訓練用昇降階段・機能訓練用平行棒 リカンベントバイク・エアロバイク・プーリー・歩行器 通信制カラオケ・車いす（併設施設：ホール・和室・調理室） |

職員の配置

| 職 種 | 常 勤 | 非常勤 | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 |
|---------|-----|-----|----------|-----|-----|
| 管理者 | 1 | | 作業療法士 | 1 | |
| 機能訓練指導員 | 1 | | 介護支援専門員 | 1 | 2 |
| 生活相談員 | 1 | | 介護福祉士 | 4 | 2 |
| 看護師 | 1 | 3 | 社会福祉主事任用 | 2 | 1 |
| 介護職員 | 4 | 4 | 看護師 | 1 | 3 |
| 合 計 | 8 | 7 | 合 計 | 9 | 8 |

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

2 理念・基本方針

理念

今日の少子高齢化等の社会背景の中で、社会福祉事業団職員の熱意と英知を尽くし、常に利用者へ提供する福祉サービスの質の向上に努め、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を地域生活において営むことができるよう支援します。加えて、地域住民及び関係機関・団体と連携し、地域福祉の向上を図り、積極的な社会貢献に努めます。

基本方針

1. 利用者本位のサービス提供

法人及び施設の運営にあたっては利用者の視点を基本とし、職員一人ひとりが、常日頃から、利用者のニーズを真摯に受け止め、サービスの質の向上に努めます。

2. 地域社会への貢献

当事業団の設立経緯を踏まえ、他の社会福祉法人の範となり、熊本市域全体の福祉の向上に積極的に貢献するとともに、特に施設においては、その施設が属する地域の中において信頼される施設となり、地域住民と連携しながら地域社会の福祉の向上に努めます。

3. セーフティネットとしての役割

事業団の存在意義としてのセーフティネットたる役割を認識し、他の施設や事業所では受入れが困難なケースについても積極的な対応を心がけます。

3 施設・事業所の特徴的な取組

・平成9年に熊本市が在宅福祉センターを設置し、本事業所の基礎となる高齢者対象のデイサービス事業所を開設しました。平成12年に介護保険の事業所として指定を受け、以降は熊本市の指定管理施設として運営を行っていました。平成26年に熊本市から施設建物の譲渡を受け、現在まで自主運営を行っています。事業所としての歴史が20年以上あり、地域に根付いた事業所です。また、事業所内には地域住民が活用できるスペースが併設されており、地域住民に広く開かれた事業所です。

・本事業所法人の熊本市社会福祉事業団は、市内で多数の福祉事業を営んでいます。法人理念のもと、職員は社会福祉事業団の一員として利用者へ提供する福祉サービスの向上や利用者の個人の尊重、心身ともに穏やかな生活の提供、そして能力に応じて自立した生活を営むことができるように支援しています。

4 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|---|
| 評価実施期間 | 2018年11月20日（契約日） ～ 2019年6月18日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成 年度） |

5 評価結果総評

◆ 特に評価の高い点

- ・事業所の独自の事業として「地域交流事業」を行っています。この事業の一環として施設併設のホールや調理室、和室を地域のサークル活動などに貸し出しており、子どもから大人まで幅広い年齢層の地域住民が利用されています。その他、事業所主催の「介護予防健康教室」では作業療法士が健康体操を行ったり、同じ法人内の地域包括支援センターと共催の「いきいきサロン」では看護師が血圧測定や健康相談、福祉相談を行ったりするなど、事業所の持っている資源を地域へ還元しており、積極的に地域交流が図られています。また、貸館をサークル活動で利用する地域住民の中には、利用者向けにレクリエーションなどを行っており、利用者と地域住民が交流する機会となっています。
- ・法人のホームページには、理念や基本方針、定款、経営計画の体系、役員報酬規程、決算報告書など多くの情報が公開され、透明性のある運営が行われています。広報誌「中央デイ便り」や「わが家」にも事業所としての取組などが掲載され、利用者や家族、地域に配布されています。
- ・本事業所はボランティアの受け入れを積極的に行っており、ボランティアの一部は熊本市社会福祉事業団で規定している「スマイルクラブ会員規約」に基づき、本事業所のサポーターとして利用者向けに多様なレクリエーションやイベントを提供しています。近隣の保育園や小・中学校との交流も積極的に行われ、地域に広く開放された事業所と言えます。
- ・職員は利用者に対し、丁寧な言葉かけや視線を意識した関わりを行っています。利用者の来所の際には顔を向け視線を合わせて挨拶を行う光景やバイタルチェックの際にも利用者とのコミュニケーションを図りながら数値と目視でしっかり確認する様子が見られ、利用者一人ひとりに合わせた丁寧な対応がなされています。

◆ 改善を求められる点

- ・法人で月次報告書などの分析・報告が行われ、その後に全職員が閲覧可能な職員専用ホームページにて公開されています。法人内の各事業所の役割についても明文化され、各事業所の権限なども文書化されています。しかし、各種情報を全職員へ周知するには至っていません。今後は、職員に対する確実な周知への取組や各情報を伝達するための工夫、またその情報をもとに職員間で検討できるような取組に期待します。
- ・「利用者の能力に応じ自立した生活を」との理念を実現するために、事業所では利用者の能力が活かせるような支援プログラムが整えられています。家庭菜園や編み物など利用者の好みや得意なことに取り組ながら個別の機能訓練にも力を入れています。利用者の中には訓練や活動を行う理由や目的が分からず動機づけが弱い方も見られます。活動を行う際に楽しく活動できることはもちろんですが、今後は支援プログラムの目的を利用者自身にも理解してもらえるような取組に期待します。利用者の特徴や個性にあった伝達方法で説明するなど、理解が深まることでこれまで以上に利用者にとって有意義な一日を過ごすことができると期待されます。
- ・利用者に対する支援方法を記載したマニュアルの整備は十分ではなく、標準化された介護支援方法の確立には至っていません。支援はサービス実施計画書にそって実施されていますが、実施後の評価は担当職員個人の裁量で行われ、全職員での共有には至っていません。また、事業所の提供しているサービスや支援方法について職員全体で話し合う機会も十分とは言えません。今後は、職員全体で情報を共有できるような体制作りや支援方法に関する検討会、研修を実施する機会を設けるなどの取組に期待します。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(2019. 6. 18)

法人内 33 か所の事業所の中の 2 か所に選ばれ、第三者評価を受審できたことで、日頃からご利用者目線でのサービス提供に心がけている基軸を再確認できました。

日頃の業務と並行しつつでもあり、「特に評価の高い点」を 4 つ頂けたことは同僚職員の活力にもなりました。他方、3 つの「改善を求められる点」に対しての改善には受審後すぐに着手しました。例えば、全職員がいつでも手に取って見ることのできる「連絡ノート」を新たに作成し、目に付く位置に配置しました。さらに毎日の業務日誌に「連絡ノートチェック 有・無」の欄を追加しました。記録については、曖昧な表現を避けるために「5W3H」「6W2H」によって明確化された記載を心がけています。

今後も、～持続的発展を可能にするバランスのとれた経営の確立～という、法人の経営目標に沿って、ご利用者・ご家族のご満足を基本とし、実感できる「見える化」されたサービス提供の整備を進めて参ります。

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。

(参考) 利用者調査の手法等

| 調査の手法 | 対象者 | 対象数(人) | 基準数に満たない場合の理由 |
|---------|--------|--------|---------------|
| アンケート調査 | 利用者本人 | 54 | |
| | 家族・保護者 | 13 | |
| 聞き取り調査 | 利用者本人 | | |
| | 家族・保護者 | | |
| 観察調査 | 利用者本人 | | |

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・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の理念や基本方針は法人ホームページやパンフレットに記載され、事業所のあるものは事業計画などに明記されています。法人の基本方針の中に「セーフティネットとしての役割」と明記しており、「他の施設や事業所で受け入れ困難なケースについても積極的な対応」と目標を掲げています。職員が同じ方向を向いて仕事ができるように理念・基本方針を職員会議の際に周知したり、職員の名刺に記載したりするほか事業所内に理念や基本方針が多数掲示されています。契約の際には利用者や家族に対して丁寧な説明を行うなど周知が図られています。</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><コメント></p> <p>事業収支や利用者状況の変化、新規問合せ件数、事故、苦情、要望などを毎月まとめ、月次報告書を作成し分析を行っています。法人本部のみならず事業所においても、実施項目ごとに計画と結果の検証が行われています。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>毎月の月次報告書をもとに管理者と職員により分析が行われ、経営課題を明確にするよう努められています。分析内容は本部に報告され、管理者会議などで役員へ情報共有がなされています。また、職員には朝礼時などに随時報告が行われ、情報は職員専用ホームページにも掲載されて閲覧可能な環境が整備されていますが全職員への周知は不十分です。職員全体での検討の場を設けるなど、組織的な取組が期待されます。</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><コメント></p> <p>法人全体で、理念や基本方針をもとに中・長期計画の策定がなされています。計画には、計画期間（5カ年計画）や推進体制、収支計画を含めた経営目標、経営戦略など項目を分け</p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| 具体的に記載されています。また、中・長期計画は定期的に見直しや修正が行われ、現状との分析ができるよう仕組みを構築されています。 | | |
| 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。 | Ⓐ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>中・長期計画をもとに、単年度の取組目標を記載した単年度計画が策定されています。年度毎に取組んだ単年度計画の項目に対して検証を行い、現状と課題を把握した上で、取組の効果などを分析しています。また、他のデイサービス事業所の見学や体験研修、勉強会、苦情解決セミナー、BPSD対応研修への参加など職員に対する研修計画も立てられています。この他、利用者満足につながるサービス提供や選ばれる施設作りのための単年度の目標と実施項目について職員共有のもと評価が行える内容となっています。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の事業年度総括などは法人本部で行われ、事業所では施設運営会議を定期的に行うことで職種間、職員間の連携強化が図られています。事業計画の策定にあたっては、職員の意見を集約し、反映されたものが策定されています。事業計画に掲げた目標の達成度については、概ね目標に達していますが一部未達のものもあるようです。今後は、目標達成に向けて分析・評価・見直しの仕組みの構築と職員の理解度向上に向けた取組に期待します。</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>1日の流れや行事などの様子については20周年記念誌や事業所の広報誌、掲示板に掲載されており、随時利用者や家族に対して説明を行い周知されています。しかし、事業計画については伝え方や伝えるタイミングなどに課題があり、周知は不十分です。今後は、定期的に行われる家族会などで事業計画の説明を行ったり、利用者に伝える工夫を行ったりする取組に期待します。</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・Ⓑ・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの質の向上に関する取組として、支援の質の向上につながる様な各種研修の案内を職員に周知しています。しかし、事業所としてのサービス向上に向けた体制や仕組みの構築には至っていません。今回の福祉サービス第三者評価の受審を機会に、PDCAサイクルもとづき定期的な見直し体制が組織的に構築されることに期待します。</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・Ⓒ |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービス第三者評価の受審は今回初めてで、前向きに課題を見つけ、サービスの質を上げたいという姿勢が伺えました。この受審を機会に事業所としてのサービスの質の向上に向けた計画策定や評価・分析の体制作りを取組む予定とのことです。課題を明確にした上で、今後は、明確になった課題を分析の上、研修や現場にて実践し、解決に繋がるような取組に期待します。</p> | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|
| Ⅱ-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。 | | |
| 10 | Ⅱ-1-(1)-① 施設管理者は、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 |
| <コメント> 管理者の役割や責任は職務分掌などに文書化されており、職員へ周知を行っています。有事に不在の際の権限委任などについても明記しており、全職員が理解できるよう書面にて配布するとともに、事業所内に掲示されています。また、「中央デイサービス 20 周年記念誌」などに自らの言葉で役割や取組みについて表明されています。今後はさらに、自らの役割について利用者や家族、職員へ広く発信する機会が増えることに期待します。 | | |
| 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・㉡・c |
| <コメント> 法人により整備されている「介護保険関係事業における法令要綱」をもとに、法令遵守規程の策定がなされて、管理者は集団指導や市や県の研修に参加しています。また、熊本県の虐待防止研修会に積極的に参加され、職員会議などで職員へフィードバックを行っています。他事業所で発生した利用者に対する事故や虐待事例を職員朝礼や職員会議などで職員に紹介し、事例を通して法令を正しく理解できるよう取組んでいます。今後は、年間の研修計画にも法令順守の内容が組込まれることに期待します。 | | |
| Ⅱ-1-(2) 施設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・㉢・c |
| <コメント> 福祉サービスの質の向上に向け、ヒヤリハット報告や事故防止対策、家族からの苦情や意見、年2回の利用者満足度調査結果などの情報をもとに管理者主導で職員とともに現状の評価・分析を行っています。事故防止対策も職員間で共有が図れるよう文書化し、職員へ振り返りや意見を募るなど、全職員への周知徹底を心掛けています。今後は、サービスの質の向上に関する研修の実施や体制の構築に期待します。 | | |
| 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・㉣・c |
| <コメント> 管理者は毎月、月次報告書を作成し、法人の全体会議出席の際に法人本部へ報告を行っています。管理者は毎月の職員会議や毎日の職員朝礼で職員と業務改善や運営について話をするなど積極的に合意形成を図っていますが、今後は人事・労務・財務の分析には至っていません。今後、指導力を発揮されることに期待します。 | | |

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・c |
| <コメント> 法人理念や中・長期事業計画にもとづき人材の確保と育成が行われています。正規職員の採用試験は計画的に年1~2回実施しています。また、事業所内で求人戦略チームを立ち上げ、定期的にミーティングを開催し求人票の内容の検討を行うとともに、大学でのオープンエリアの開催、福祉の業界を目指す学生に対する奨学金貸付制度など様々な取組がなされています。職員採用のための案内の作成や広報誌などに職員の働く様子などを掲載し、計画的で透明性のある人材確保に努めています。 | | |
| 15 | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。 | ㉠・b・c |

| | | |
|--|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>人事基準は、就業規則や人事考課実施要綱、契約職員人事考課実施要綱に明記されています。理念をもと職員のあるべき職員像を倫理規定や職務規定などに明記し、職員専用ホームページや研修会などで職員に周知しています。特に人事考課表は、「期待する職員像」の項目として①顧客満足度（利用者本位）、②自立行動、③チームワーク（コミュニケーション）を重要項目として明記し、総合的な人事考課が行われています。人事考課は人事考課実施要綱などに書面化することで公正に取り組まれています。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | | |
| 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><コメント></p> <p>厚生労働省の「労働時間の適正な把握のための使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」に沿い「勤怠管理システム」を導入し、職員の出勤管理が適正に行われています。勤務時間を把握することで、労働生産性の向上や希望に沿った勤務表作成に役立てています。安全衛生委員会や施設運営委員会では職員の健康保持増進に関してストレスチェックの実施を行うとともにストレスケアやセルフケアの推奨などを行っています。職員の意向の取り入れ、ワーク・ライフバランスを考慮した働きやすい職場対策に取り組まれています。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 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・c |
| <p><コメント></p> <p>目標項目や達成基準、施策、手段などが記入できる「目標管理シート」を使って、各職員が毎年度目標設定を行っています。職員の資質向上に向け、年2回、上司との個人面談と中間、最終評価を行うなど目標管理のシステムが構築されています。</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><コメント></p> <p>職員人事考課表を基に毎年4月1日に職員の目標管理や評価基準表による自己評価、面談を実施し、評価通知表制度を用いて職員の年間研修計画を立て、意識向上へと繋げています。事業所内外の研修は事業計画に沿って行われ、研修内容は内部の伝達研修により職員の資質向上や共通理解が図れるよう取組まれています。特に、権利擁護、介護技術に関する研修の実施により利用者本位のサービスを目指しています。しかし、職員一人ひとりの計画策定には至っていないので、今後の取組に期待します。</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・㉠・c |
| <p><コメント></p> <p>正規職員から非正規職員までの全職員がスキルアップできるように、外部研修情報を回覧し、情報提供しています。法人全体による職員研修は不定期ですが多種多様な研修が実施され、職員が参加しています。新任職員に対するOJT教育についてはマニュアル化され教育制度として確立はされていますが、計画的な実施には至っていません。今後は、職員の経験や習熟度に配慮した段階的な研修の実施を行い、各職員が研修に参加できるような支援体制の構築に期待します。</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 | 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。 | ㉠・b・c |
| <p><コメント></p> <p>高等学校からの介護職員初任者研修の実習生受け入れは、介護見学要綱に沿って受け入れられています。実習マニュアルが整備され、各プログラムが準備されています。実習では、オリエンテーションの実施、自己目標の設定とともに実習計画や誓約書なども整えられ、受け入れ体制を確立しています。学校や関係機関との連携構築のもと効果的な研修、育成への工夫がなされています。</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>本部ホームページにて事業所の決算報告書や定款、役員報酬規程、資金収支決算書などの財務情報が公開されています。また、イベント情報や事業報告、事業計画、採用した労働者に占める女性の割合などの運営情報が公開されています。また、利用者や家族、地域に配布している広報誌「中央デイ便り」や「わが家」にもこれらの情報は掲載されています。今回の第三者評価についても公表を予定されています。</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>法人全体の経理規定にもとづき法人内の総務部や障害福祉部、総務企画課、高齢者事業部、職員安全衛生委員会などの各経理規定が策定されています。事業所では法人本部の外部有識者からなる評議員により、内部監査が定期的実施され、経営の透明性を確保するよう努められています。事業所の経理や取引に係わる担当者は定期的に内部会計事務研修や社会保険事務研修などの社内研修を行っており、職員への情報の周知が図られています。</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>事業所が実施している「地域交流事業」では、利用者ふれあい交流会、中学校職業体験などの事業が年間を通して行われています。「地域交流事業」の一環でホールなどの貸館を利用するサークルの一部がデイサービスの利用者に、レクリエーションとしておはなし会や3B体操を提供しています。地域住民と利用者との交流を通して利用者が地域となじみの関係が築けると期待します。</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・㉠・c |
| <p><コメント></p> <p>法人としてボランティア団体が各事業所に登録し、活動する「スマイルクラブ」を組織しています。本事業所においても毎週各ボランティア団体を積極的に受け入れています。また、近隣の小・中学校からは介護体験、介護実習、職場体験学習などを受け入れています。今後、ボランティアや実習に対する指導内容や受け入れ体制の規定などを整備し、受け入れ体制を確立することが望まれます</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関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | a・㉠・c |
| <p><コメント></p> <p>地域の関係機関や団体について一覧表の作成・掲示は行われていますが、新しい物への更新が行われていないと見受けられました。今後は、緊急時を想定して関係機関と確実に連絡が取れる様な体制を整えることに期待します。</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。 | ㉠・b・c |

| | | |
|---|--|-------|
| <p><コメント></p> <p>事業者独自の「地域交流事業」として併設施設を地域住民に貸し出しています。ホールや和室、調理室を貸出しており、地域のサークル活動や料理教室に利用されています。また「介護予防健康教室」では作業療法士が健康体操を行ったり「いきいきサロン」では看護師が血圧測定、健康相談、福祉相談を行ったりするなど地域へ事業所の専門的機能を提供するように努めています。また、地震などの災害時は避難場所として地域住民に事業所施設を提供しています。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>近隣の保育園、小中学校との交流や「地域交流事業」による地域住民との交流、壺川地区高齢者福祉推進部会議へ参加することで地域ニーズの把握に努めています。今後は、収集した地域ニーズに基づいた事業への取組や地域の課題となっている問題解決に結びつくような活動へつなげるなど更なる地域貢献への取組に期待します。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>採用時に法人側で利用者に対する基本姿勢についての研修が実施されています。今後は、パート職員を含め入職後に本事業所独自の研修として利用者の特性に合わせた利用者尊重のあり方や福祉サービスの提供についての研修が望まれます。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>法人共通の「個人情報保護規定」や「倫理規定」が策定されています。しかし、本事業所内の研修などでの活用はなされていません。日々の支援の中で、規定に沿ったサービスの提供ができるようにマニュアルを作成し、運用・検討・見直しを行いながら、より具体的で実効性の高いものとなるよう期待します。特に権利擁護・虐待防止や倫理に関するマニュアルの作成と定期的な職員研修などでの周知の徹底が必要です。</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。 | ㉒・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用希望者に対し、個別の面談や説明を行っています。また事業内容やパンフレットを玄関付近やホームページに掲示しており、多くの人が閲覧できるようにしています。</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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始・変更の際は重要事項説明書や通所介護計画書に基づき、本人・家族に対して個別に説明を行い、同意を得ています。福祉サービス実施計画の急な変更の場合には相談員による対応が行われるなどの体制が整えられています。しかしながら、利用者の中には、サービス利用の目的がよく分からず来所されている方もみられました。今後は、利用者本人が利用目的や目標を理解できるような説明方法の工夫などに期待します。</p> | | |
| 32 | Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更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・㉓ |
| <p><コメント></p> | | |

| | | |
|--|--|----------------|
| <p>利用中止や変更および複数のサービス利用者に関する他事業所への引き継ぎや情報提供を行う際の手順は決められておらず、引き継ぎ書のような様式も定められていません。今後は利用者のサービスの継続性に配慮した仕組みの構築が必要です。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p> | | |
| 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・ ㉔ ・c |
| <p><コメント> 「利用者満足度調査」を年2回実施し、サービス内容の満足度や本人の希望を聴取することに努めていますが、その結果は職員会議で報告されるに留まっているようです。今後は、実際のサービスに反映される仕組み作りと、別途家族からも意見を聴取する機会を設けるなどの取組に期待します。</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 | 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・ ㉔ ・c |
| <p><コメント> 法人として「自主運営施設（事業）における苦情解決に関する規定」が整備されているとともに、「苦情申出窓口」として担当者が明示されています。今後は、小さな苦情に対しても職員個人の裁量で取り扱うのではなく、事業所として対応ができる様に対応手順を具体的に記したマニュアルの作成など苦情解決の仕組みの構築が望まれます。また、個々の職員ではなく組織として対応し、解決した内容は個人情報に配慮しながら情報を公開していく体制作りにも期待します。</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。 | ㉔ ・b・c |
| <p><コメント> 利用者からの日常的な要望については、介護職員を含めて職員全体で「聴き取る」ことを行い、それ以外の相談や意見については生活相談員2名を配置し、受け付ける体制を整えています。個室の相談室を設け、利用者が相談しやすい環境を整備しています。</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・ ㉔ ・c |
| <p><コメント> 「意見箱」や「相談箱」が玄関に設置されていますが、車椅子使用の利用者にとっては利用しやすい高さとは言えません。また、一人で投稿できない利用者もいるため、今後は日中活動の場所など誰にとっても利用しやすい場所への設置の検討が望まれます。苦情対応マニュアルなどは整備されていますが、定期的な見直しは行われていません。今後は、日常的な相談対応などについて、現状、担当職員が個人として対応しているところを組織として対応できるような具体的内容を記したマニュアルの策定と、定期的な見直し体制の構築に期待します。</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 | 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・ ㉔ ・c |
| <p><コメント> ヒヤリハットや事故などの事案が発生した場合は「ヒヤリハット報告綴り」、「事故報告綴り」に状況を記録し、対応方法や改善内容を検討し、職員会議で共有を図っています。事故発生時対応マニュアルは作成してあるものの、内容が古く更新されていません。今後は現在の運営方法に沿った内容で、発生時に活用できるようなマニュアルの改定に期待します。また、事故防止の具体的な方法や手続きについて再度検討し、関係する各支援マニュアルにも反映するなど職員間で共有しやすい仕組みや環境作りを行うことで利用者の安全・安心に繋がることと期待されます。</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・ ㉔ ・c |

| | | |
|---|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>利用者と職員の手洗い・うがいの徹底や施設内と送迎車の次亜塩素酸による消毒など感染症に対する対策が実施されています。感染症予防や対応に関する資料は確認できましたが、具体的な実施方法のマニュアルの整備には至っていません。今後は、マニュアルの作成とともに、実施方法の共有や運用の定期的な確認、研修の実施など全職員が確実に対応可能となるような取組に期待します。</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・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>消防計画や防火管理規定、自衛消防隊組織編成表などが整備されており、年2回、利用者や職員が参加する消防避難訓練を実施しています。震災の際は避難場所として地域住民に施設・設備を提供した実績もあります。その他の災害については、地理的に洪水や地震時の避難などが課題となる可能性が高いため、今後は地域の関係機関と連携した訓練を実施することや災害備蓄物資を確保するなどの対応が望まれます。</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。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所では1日の業務の最後に職員ミーティングを実施し、利用者へのサービス内容や対応すべき項目について協議し検討を行っています。話し合った内容は日誌を回覧したり、パソコンに入力したりして、職員間で共有を図り、標準的なサービスを提供するよう努められています。介護計画書などはファイルに保管されていますが、職員全体で共有する機会が設けられてはいないようです。また、利用者ごとに担当する職員が決められていますが、サービスに関する事業所内研修や話し合いの機会も十分とは言えません。今後は、事業所独自の標準的なサービスの実施方法を具体的に記載したマニュアルの作成や見直しの機会を設けるとともに、実施方法を職員全員で共有するための研修や会議への取組が望まれます。</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・㉕ |
| <p><コメント></p> <p>サービスの実施方法は、利用者ごとに担当が見直しを行っています。見直しの最終チェックは管理者が担うシステムとなっており、見直しは継続的に実施されています。しかし、標準的な実施方法の見直しをする仕組みや全体で協議する体制が確立しているとは言えません。今後は、標準的な実施方法をマニュアル化し、見直しする仕組みの構築が望まれます。</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。 | a・㉔・c |
| <p><コメント></p> <p>新人を除く全職員に利用者ごとに担当を割り振る担当制をとっています。アセスメントシートや居宅訪問チェックシートなどの書類は今後法人全体で新たに統一したものに変更される予定です。福祉サービス実施計画の策定の際の利用の意向把握や同意の確認に関する手順書は定められておらず、各担当職員の裁量でアセスメントが行われています。また、医療や栄養、支援記録などは各専門職が管理しているため、担当職員が利用者の記録内容を確認する際は記録を管理している専門職に随時確認を取るような体制になっています。支援計画策定にあたり、医療や栄養などに関する様々な職種の関係職員が集まったケース会議の実施には至っていません。今後は、計画書の作成手順の統一や利用者情報の共有が部門を超え行われることに期待します。</p> | | |
| 43 | Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行う | a・㉔・c |

| | | |
|---|--|-------|
| | ている。 | |
| <p><コメント> 実施計画の評価・見直しは、担当職員が行っています。しかし、評価・見直しの際に職種を超えて職員間で協議する機会はありません。今後は、利用者の個別化されたサービス実施計画が全職員に共有化されることと、評価の方法や記載方法などが統一された手順で行われ、実施されたケアがどう活かされたのか職員全体で協議できるような仕組み作りに期待します。</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、職員間で共有化している。 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 健康チェックや入浴、排せつに関する記録は行われています。特に医療面に関する申し送りや、注意点は連携ノートにより職員全体で共有されています。しかし、専門職の各担当が記録を管理しているため職種間を横断した連携や情報の共有については十分とは言えません。今後は、各利用者のサービス実施計画や日々の記録などの情報が非正規職員も含めた全ての職員が共有でき、日々の支援に活かせるような工夫が望まれます。</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・㉔・c |
| <p><コメント> 個人情報保護規定が定められており、記録管理者のもと利用者の記録は管理されています。現在、記録の保管庫が古く鍵が掛からないため、新たに購入を予定されています。プライバシー保護に関しては職員採用時の契約書に明記されています。個人情報保護の研修会が年に1回実施され職員は参加しています。記録書類はホール入り口に保管されており、誰にでも目に入りやすいため、情報共有の方法を考慮しながら、情報保護への取組に期待します。</p> | | |

評価対象Ⅳ

A-1 支援の基本

| | | |
|--|---|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| 46 | A-1-① 職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 利用者個人のロッカーが名前付きで設置されており、職員が開閉する際には利用者に了解を得て行っています。倫理規定や身体拘束に関するマニュアルは整備されていますが、今後は見直しや定期的な研修の機会確保などの取組に期待します。</p> | | |
| 47 | A-1-② 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な工夫している。 | a・㉔・c |
| <p><コメント> 利用される席への配慮や、個人毎にケアプログラムが組まれており、利用者は機能訓練や好みの活動に参加されています。しかし、利用者によっては活動参加への動機づけが弱い方も見られます。今後は、利用者の心身の状況や特性に応じて満足した過ごし方ができる様、さらなる工夫に期待します。</p> | | |
| 48 | A-1-③ 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。 | ㉕・b・c |
| <p><コメント> 主な接遇研修は新人研修の際に行っています。研修に使用された資料には、利用者への接遇が具体的な表現で記載されており、接遇マニュアルも整備されています。昨年から人事考課を導入し、接遇に関する項目が組込まれ、更なる接遇に関するサービスの向上に取り組まれています。</p> | | |

A-2 身体介護

| | | 第三者評価結果 |
|--|-------------------------------------|---------|
| 49 | 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。 | a・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>浴室内の安全確認は毎回、温度・残留塩素を確認・記録しています。入浴前には看護師が健康チェックを行い、安全に入浴できると判断した場合に入浴を行っています。入浴介助マニュアルに沿って一般浴、機械浴、シャワー浴、清拭を選択し対応されており、その記録も確認できました。脱衣室から浴槽までの移動に対する羞恥心への配慮や使用していない水道の取扱いなど、今後は環境整備も含めたマニュアルの見直しなどの取組・工夫に期待します。</p> | | |
| 50 | 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。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の排せつ状況は職員会議などで話し合い情報を共有しています。利用者への排せつ介助は、排泄チェック表を活用し個々に応じて実施しています。利用者への支援は個別化され、トイレの誘導・声掛けの時間やウォシュレットの有無や小便器や便座の種類を選択することで排せつの自立に繋がられるように努められています。職員の要望により、利用者の転倒防止を目的としたトイレの改修も実施されています。おむつ交換が必要な利用者には、個室のベッドを使用し周囲に見られないように交換され、個人のプライバシーへの配慮がなされています。</p> | | |
| 51 | 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・㉑・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者が移動の際に使用する車椅子や歩行器は自宅から持参する利用者もいますが、一般的なものであれば、事業所玄関に数台ずつ準備されています。利用時には、作業療法士が作成した訓練プログラムに利用者は取組んでいます。利用者に対して理解されやすいようにプログラムは視覚化し説明され、評価も行い、利用者の移乗・移動の自立や転倒防止に向け取組んでいます。送迎車両は小型車も用意され狭い道路でも安全に移送、移動できるように配慮されています。福祉用具の点検は職員で常時実施されています。ホールが手狭であり福祉機器の活用時に接触などが懸念されます。今後は、利用者の活動や移動がスムーズにできるように安全面にも配慮した環境作りへの取組に期待します。</p> | | |
| 52 | A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>現利用者に褥瘡のある利用者はいませんが、排泄時やおむつ交換時、入浴時に看護師が皮膚観察を行っています。車椅子を使用している利用者に対しては褥瘡防止のため、クッションの使用を促したり、同じ姿勢を保たないようにしたり職員への指導や家族へ提案が行われています。皮膚疾患などが発見された際には、家族、介護支援専門員へ褥瘡予防や経過観察の注意点、受診について情報共有が行われ、その記録も確認できました。</p> | | |

A-3 食生活

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|---------|
| 53 | A-3-① 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。 | ㉑・b・c |
| <p><コメント></p> <p>食事に関する情報はアセスメントのほか介護支援専門員からも情報を得て共有を図っています。嗜好調査も定期的実施されています。調理は外部の委託業者が併設している調理室にて調理しているため、細やかな連携ができています。利用者からのサツマイモを食べたいとの要望に対して、事業所の玄関横にある畑で利用者と職員でサツマイモなどの野菜を栽培し、収穫した野菜の調理を業者に依頼できる環境にもあります。</p> | | |
| 54 | 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。 | ㉑・b・c |

| | | |
|---|-----------------------------|----------------|
| <p>＜コメント＞</p> <p>食事の形態などは相談員が介護支援専門員や利用者本人、家族から情報を聞き取り、外部委託業者と情報を共有し食事を提供しています。食事の前には誤嚥予防のため口腔体操を全利用者に対して実施し、食事の際には職員が見守りを行っています。誤嚥を防ぐため可能な限り車椅子から椅子に移乗してもらうなどの工夫が行われています。誤嚥の救急体制や対応方法に関する研修も実施されています。状態変化があった際には看護師などから家族や介護支援専門員に連絡し、食事形態の変更を提案するなど連携を図っています。</p> | | |
| 55 | A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a・ b ・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>食後の口腔ケアは利用者に応じて職員が促しを行っており、利用者全員に口腔ケアの支援を行っています。自分自身で歯磨きができない利用者に対しては、職員が支援されていますが、歯科関係者からの助言をふまえた細かな口腔ケアには至っていないようです。職員と利用者とのコミュニケーションで得られた義歯が合わないなどの情報は職員間で共有し、家族や介護支援専門員に連絡し、医療機関の受診を促すなどして新しい義歯作成の依頼がなされています。今後は、口腔ケアに関しての研修や医療機関を含めた連携への取組に期待します。</p> | | |

A-4 認知症ケア

| | | |
|--|---|---------------|
| | | 第三者評価結果 |
| 56 | 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>認知症の方への支援方法を学ぶための外部研修に職員は参加しており、研修記録も作成されています。研修で得られた情報はミーティングにより職員間で共有し、日々の支援に活用されています。認知症の状態に変化があった場合は、職員間で支援方法について検討がなされ、利用者家族にも情報提供を行っています。また、利用者に台拭きや花の水替えなど本人の意向に沿った役割を持ってもらうことで、事業所での日中活動が楽しく目的をもった活動となるように取組まれています。</p> | | |
| 57 | 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>トイレや浴室などの表示を目線の高さで大きく記載し、利用者が迷わないように分かりやすい工夫を行っています。認知症利用者とその他の利用者が同じホールで過ごしているため、着座時に混乱しないよう同席者などに配慮しています。事業所内は施錠を行っていないため、出入り口付近に職員が常駐し、外に出ようとする利用者への見守りを行い、屋外に出ることを希望された際には一緒に出かけるなどの支援を心がけています。</p> | | |

A-5 機能訓練、介護予防

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------|
| | | 第三者評価結果 |
| 58 | 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>専門職である作業療法士、看護師が配置されており機能訓練プログラムが作成されています。体力測定、機能訓練の実施記録とその評価表もきちんと作成・記録されており、利用者の同意も得られています。今後は、通所目的を理解していない利用者に対しては、家族へ訓練の目的などの説明を強化することで、家族との連携をはかり利用者の自立支援への動議付けがなされることに期待します。</p> | | |

A-6 健康管理、衛生管理

| | | |
|--|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------|
| 59 | 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・ ⑥ ・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の体調は送迎時の家族からの情報や通所後の看護師による健康チェックにより確認を行っています。確認された情報は看護師から介護職員などへ伝わる仕組みが構築されています。利用者の体調異変時には介護支援専門員や家族への連絡を看護師から行い、必要に応じて病院への受診を促しています。事業所では特に医療面に力を入れており、日々の記録や職員間の申し送り方法、家族との連携がきちんとなされています。今後は介護職に対する医療面の研修などに取組まれることで、更なる職員の質の向上に繋がることに期待します。</p> | | |
| 60 | A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | ⑦ ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>感染症マニュアルを整備しており、感染症の標準的な予防対策や対応策について明記しています。マニュアルの内容は職員会議や打合せなどで議題に上げ職員間で共有・周知を図っています。浴槽のレジオネラ菌検査は毎日実施・記録を行っています。職員やその家族が感染症を発症した場合はその対応方法が「職員就業規則」に明示されています。利用者の通所時にはすぐにうがいと手洗いを実施してもらい、看護師による健康チェックも行っています。利用者の体調不良時には、送迎時に家族からの報告を受け病院の受診の必要性や感染予防のため通所中止の判断を医療職と連携のもと行っています。</p> | | |

A-7 建物・設備

| | | |
|--|---|----------------|
| | | 第三者評価結果 |
| 61 | A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。 | a・ ⑧ ・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所の通所フロアは広いホールとなっており、事務所や調理室、和室、多目的ホールが併設されています。ホール内に機能訓練のコーナーと居間兼食堂、片隅にソファ、カラオケが設置されておりほとんどの利用者がここで1日を過ごしています。ホール横には療養室が併設されており、休憩の際にはゆっくり過ごすことのできる環境が整えられています。食事を作っている調理場をガラス越しに見ることができ、調理場面や食事場面を双方に伺える環境となっています。ホールには仕切りがなく、歩行器での移動に狭く感じる部分が見受けられます。また、窓ガラスが多く、隣接した公園の樹木が視界にはいるため、解放感があり明るい雰囲気となっていますが、利用者の衝突の危険性も懸念されます。トイレの改修により手摺りなどの整備は実施されていましたが、浴室の改修には至っていないようです。利用者によってはホールから脱衣所、浴室へと移動距離が長く負担となるケースも見受けられることから入浴に関する環境整備への工夫に期待します。</p> | | |

A-8 家族との連携

| | | |
|--|----------------------------|----------------|
| | | 第三者評価結果 |
| 62 | A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。 | a・ ⑨ ・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の状態は、主に送迎の際に家族へ直接報告を行っています。家族の不在時は状況に応じて電話などで報告を行っています。その他、報告方法は家族や関係者の要望に応じてショートメールや連絡帳などを活用し、個別に対応しています。家族からの相談の際には介護支援専門員と協働して助言を行うこともあります。また、介護度が軽度の利用者も多く直接意見が聞き取れることも多いようです。今後は家族の介護状況や負担を把握する仕組みを設け、助言や介護技術やケアに関する勉強会などの取組に期待します。</p> | | |

(参考)

| | 第三者評価結果 | | |
|-----------------|---------|----|---|
| | A | b | c |
| 共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ） | 16 | 26 | 3 |
| 内容評価基準（評価対象A） | 8 | 9 | 0 |
| 合 計 | 24 | 35 | 3 |