

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている			
①	理念が明文化されている	a	基本理念「福祉の心を社会のために＝私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」を明文化している。
②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a	法人理念に基づき、事業所の基本方針「①利用者本位のサービスの実践 ②個別対応の体制を整える ③利用者の人権、人格を尊重する」やスローガン(一人一人がその人らしく居心地の良い場所づくりを提供します)を明文化している。
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている			
①	理念や基本方針が職員に周知されている	a	本体特養の施設長が年度当初の職員全体会議で理念・基本方針の内容を詳しく説明し、職員への周知を図っている。理念は事業所内の掲示・朝礼時の唱和を通じ、職員への周知徹底が図られている。
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	b	施設パンフレット、法人ホームページ、毎月のデイ広報誌に理念を明示し、利用者・家族への周知を図っている。又、年1回の「家族の会」の中でも、理念や事業所の取り組みを具体的に説明する機会を設けている。今後、事業所の基本方針についても利用者・家族に周知する取り組みが期待される。

I-2 計画の策定

		第三者評価	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
①	中・長期計画が策定されている	a	理念・基本方針の実現に向け、「現状維持の介護へ」「地域の拠点としての役割と地域貢献事業」「ご利用者・ご家族様との交流会」「選択的レクリエーションと個別機能訓練の取り組み」「第三者評価を受審し、意識の向上と事業所の評価を高める」「設備・備品の計画的整備」の6項目を柱とする中・長期計画を策定している。
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a	中・長期計画の内容を踏まえ、単年度の事業計画を策定している。単年度事業計画は当該年度の重点項目や具体的な数値目標(月間延べ人数、1日平均利用者数、利用登録者数等)を明示した内容となっている。
I-2-(2) 計画が適切に策定されている			
①	事業計画の策定が組織的に行われている	a	年度末に所長が中心となり、職員全体で次年度の取り組み等について意見交換・合意形成を図る機会を設けている。事業計画の重点項目・数値目標には職員の意見も反映される仕組みとなっている。
②	事業計画が職員に周知されている	a	年度初めの職員全体会議の中で、当該年度の事業計画を所長が説明(全職員に文書も配布)している。又、職員一人ひとりが事業計画の進捗状況を半期毎に振り返る機会を設けることで、内容の周知徹底が図られている。
②	事業計画が利用者に周知されている	a	事業計画の内容を年度初めのデイ広報誌に明示し、利用者・家族への周知を図っている。又、「家族の会」の中で、事業計画の内容を噛み砕いて説明する機会を設けている。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている			
① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	b	<p>分掌業務分担表に、所長の「役割と責任」を明示している。平時だけでなく、災害時における役割・責任についても明文化されている。所長は法人内の各会議に事業所の代表として参加し、取り組むべき目標・課題を明らかにしている。目標・課題については朝・夕のミーティング時に職員と情報共有を図っている。今後、所長としての考え方や思いをデイ広報誌等に定期的に表明する取り組みが期待される。</p> <p>所長は県社協・老施協主催の研修や市主催の通所事業所連絡会への参加、本体特養でのコンプライアンス研修に参加し、関係法令全般に関する理解を深めている。環境保護に関する活動やリサイクル運動等にも意欲的に取り組んでいる。</p>	
② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a		
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	a	<p>所長は毎日の朝・夕のミーティングで意見・提案を汲み取る機会を設け、サービスの質の向上に職員と共に取り組んでいる。又、利用者・家族への満足度調査を毎年行い、サービスの改善に反映している。</p> <p>所長は法人内の各会議(代表者会議、所長会議等)に参加し、経営面(人事、労務、財務等)の分析・把握を行っている。業務の効率化や働きやすい職場作りについて指導力を発揮し、改善事項についてはミーティングを通じて職員への周知を図っている。</p>	
② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a		

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
① 事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている	a	<p>地域連携会議への参加、老施協便りや法人本部からの情報を参考に、社会福祉事業全体の動向把握を行っている。又、併設の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと連携を図りながら潜在的な福祉ニーズを汲み取り、必要な事業(例:おしゃべりカフェ)を実施している。</p> <p>代表者会議や所長会議の中で、月次業務報告書を用いながら稼働率・利益率・サービスコスト等の分析を行っている。</p> <p>現在、外部監査は実施していない。</p>	
② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	a		
③ 外部監査が実施されている	c		

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価	コメント
II-2-(1) 人材管理の体制が整備されている			
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a	法人本部が中心となり、必要な人材の確保や人事管理を行っている。法人として職務遂行に必要な資格取得を積極的に奨励(助成金の活用、勤務扱いで研修に参加、合格者にはお祝い金支給等)したり、労働環境の整備(育休明け・夜勤不可の場合はデイ事業所に勤務等)に取り組んでいる。	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
① 職員の勤務体制が確保されている	a	職種別の職員数・労働形態(常勤・非常勤)・勤続年数・保有資格等の管理が適切になされており、事業者の事前の報告のとおり、勤務体制が確保されている。	
② 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている	a		
③ 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる	a		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている			
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a	法人本部の事業計画に、職員育成の考え方(キャリアパスの実践、職務能力・技術開発等)を明示している。	
② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている	b		
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a		

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている		
① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みを行っている	b	「実習生受け入れマニュアル」の中に、基本姿勢や手順等を明示している。実習生は本体特養を中心に受け入れを行っており、当事業所では中学生の職場体験や高校生のインターンシップの受け入れを行っている。

II-3 安全管理

		第三者評価	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	事故・感染症発生時の対応マニュアルや緊急連絡体制手順を整えている。安全確保を目的とする本体特養の委員会活動(事故防止、感染症、保健安全等)にデイ職員も参画している。利用者毎の主治医・担当ケアマネジャー・家族の連絡先を一覧表にし、電話の傍に備え置いている。	
② 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	非常災害時(火災・地震・水害等)の対応マニュアル・災害対策組織図を整え、火災想定訓練(年2回)・地震想定訓練(年1回、シェイクアウトへの参加)を実施している。火災想定訓練時は必要に応じて、消防職員の立ち会い・助言を求めている。今年度は町会長の参加・協力を得て、避難訓練を実施している。災害への備えとして、最小限の備蓄品(飲料水、毛布等)を整備している。	
③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	a	事故防止・感染防止マニュアルを整え、委員会活動(事故防止、感染症)を通じて対策を検討する機会を設けている。ひやりはっと・事理事例が生じた場合は、夕方ミーティングの場で検討・周知を図っている。本体特養で毎年、「リスクマネジメント(ひやりはっと・事故報告書を用いた事例検討)」「感染症対策」に関する研修を行い、職員への対応周知を図っている。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている			
①	利用者地域とのかかわりを大切にしている	a	地域貢献に関する考え方を中期・長期計画に明示している。利用者・家族には市発行の冊子や福祉マップを活用し、市内の高齢者福祉制度に関する情報提供を行っている。又、事業所の広報誌を町会長・公民館・近隣住宅に配布し、地域への情報提供を行っている。
②	事業所が有する機能を地域に還元している	a	月1回、おしゃべりカフェ(気軽な介護相談、介護予防体操、クラフト体験等)を開催し、地域住民の参加を募っている。
③	ボランティア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	ボランティア受け入れマニュアルを整え、多様なボランティア(シーツ交換、慰問団体、体操等)の受け入れを行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている			
①	必要な社会資源を明確にしている	a	市内の社会資源を集約した冊子(=利用できます。こんなサービス!)を有効活用している。日頃から連携している関係機関については法人全体でリスト化している。
②	関係機関等との連携が適切に行われている	a	地域の医師・ケアマネジャー・在宅サービス事業所等が集う会議に参加し、関係機関との連携強化を図っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている			
①	地域の福祉ニーズを把握している	a	併設の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと密な連携を図り、福祉ニーズの把握に努めている。又、おしゃべりカフェの中で気軽な介護相談に応じ、必要な場合は居宅や包括に繋げている。
②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	a	地域の福祉ニーズを汲み取り、月1回(第2日曜日)、おしゃべりカフェを開催している。

II-5 事業所及び職員の倫理

		第三者評価	コメント
II-5-(1) 倫理構築の取り組みを行っている			
①	守るべき倫理・法令が周知されている	a	職員が守るべき倫理を、倫理規程・就業規則(サービス規定)に明示している。本特養で毎年コンプライアンス研修を行い、その中で各専門職種の倫理綱領を振り返る機会を設けている。
②	事業運営の透明性が確保されている	a	法人全体の財務諸表(収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表)をホームページ上に公開し、事業運営の透明性を図っている。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている	a	基本理念に「尊厳の保持」を、又、基本方針に「人権、人格の尊重」を明示している。毎年、本体特養で利用者尊重に関する様々な研修(尊厳の保持、基本的人権、身体拘束廃止、虐待防止等)を行い、職員への周知徹底を図っている。	
② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している	a	各介護マニュアル(食事、入浴、排泄等)の中に「プライバシー保護」に関する項目を明示している。本体特養で毎年、「プライバシーの保護」「個人情報の保護」の違いをテーマとする研修を実施している。ハード面は可能な限り、プライバシーに配慮した工夫(トイレ内のカーテン整備や女性専用トイレの設置等)を施している。入浴・排泄時は羞恥心に配慮したり、同性介助の希望があれば快く応じている。	
③ 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取り組みを行っている	a	認知症ケアに関するマニュアルを整え、本体特養で「認知症」をテーマとする研修を実施している。又、自立支援ケアの一環として、認知症の症状を抑える4つのケア(水分、運動、食事、排泄)の実践にも取り組んでいる。	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスが適切に実施されている			
① 計画的な機能訓練を行っている	a	利用者家族・ケアマネジャーの要望に応じて、個別機能訓練を実施している。その際は理学療法士が専門的見地から、個別機能訓練計画を作成している。訓練実施の有無、内容はケース記録に記載されている。	
② 介護サービスを適切に実施している	a	入浴・排泄・口腔ケアに関するマニュアルを整備し、適切な介護サービスを提供している。又、利用者個別の注意事項一覧表を作成し、職員全体で統一したケアを行っている。年1回、食事の嗜好調査を行い、結果を献立や個別の夕食支援に活かしている。	
③ 健康管理サービスを適切に実施している	a	健康管理マニュアルを整え、来所時にバイタルチェックを実施している。計測値はケース記録に記載し、利用者の連絡帳にも添付している。バイタル値に異常がある場合は入浴を中止したり、静養・シャワー浴等に変更している。利用者の主治医とは基本、家族を介して連携を図っている。必要時は連絡帳を通じ、関係事業所(訪問看護・ショートステイ等)とも連携を図っている。	
④ 送迎を適切に実施している	a	送迎マニュアル・利用者個別の送迎時の注意事項を整え、安全な送迎を実施している。個別の注意事項は毎朝のミーティング時に、職員への周知を図っている。リフトカーで送迎する時は、運転手の他に介助の為の人員を配置している。	
⑤ レクリエーションを適切に実施している	a	年間計画に基づき、季節毎の行事やレクリエーション活動を行っている。又、利用者一人ひとりの好きな事(習字、園芸等)・趣味(麻雀、将棋、囲碁等)を活かした個別レクリエーションや外出レクリエーション(生け花展の見学、喫茶・夕食等)も実施している。	
⑥ 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮を行っている	a	施設内は利用者の安全に配慮され、段差のないバリアフリーの構造となっている。冬季でも快適に過ごせるよう、床暖房を設置している。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

		第三者評価	コメント
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている			
① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている	a	サービスの質の上向上を目的に、利用者・家族への満足度調査(年1回)を継続的に実施している。集計結果については夕方ミーティング時に職員全体で検討・分析し、必要な改善を図っている。満足度調査の集計結果は全家族・担当ケアマネジャーにフィードバックしている。	
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			
① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している	b	契約時に家族の相談にいつでも応じる旨を口頭で説明している。今後、「光野デイサービスセンターのご案内」文書の中に、複数の職員(所長、生活相談員、送迎時の職員等)にいつでも気軽に相談出来る旨を明示されることを期待する。	
② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している	b	苦情解決の仕組み(苦情受付窓口・苦情解決責任者・第三者委員の設置等)を整え、重要事項説明書、事業所内のポスター、ホームページ等で利用者・家族に周知している。苦情発生時は迅速に事実確認・対応し、必要な改善や申し出者への説明を行っている。今後、苦情を受理した場合は、その内容・改善策を広報誌やホームページ等を通じて公表する取り組みが期待される。	
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	a	利用者からの意見に対し迅速・的確に対応出来るよう、「意見・要望対応マニュアル」を整備している。利用者からの意見・要望は真摯にとらえ、サービスの改善に繋げている。	
Ⅲ-1-(5) 入所者の家族との連携・交流が図られている			
① 利用者の家族等との連携、交流を行っている	a	家族とは連絡帳を用いて、情報交換・連携を図っている。毎月のデイ広報誌で次月の行事予定を家族に案内している。又、今年度から「家族の会」(年1回)を開催し、食事を囲みながら懇談する機会を設けている。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に受けた取り組みが組織的に行われている			
① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	a	サービスの質の向上を目的として、第三者評価を定期的(5年毎)に受審している。受審のない年度は「介護サービス事業所自己チェックリスト」を用いて、自己評価・点検を行っている。第三者評価の結果は代表者会議の場で分析・検討している。	
② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	評価結果を受けて代表者会議で分析・検討した内容は、ミーティングを通じてデイ職員間での共通理解を深めている。課題についてはミーティングの場で多くの職員の意見を募り、事業所全体で必要な改善に取り組んでいる。又、法人内の他デイ事業所の第三者評価結果も参考に、法人全体で継続的な改善活動を行っている。	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している			
① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	b	各介護(食事、入浴、排泄等)マニュアルや業務マニュアルに沿って、サービスを提供する仕組みを整えている。利用者個別の対応についても、朝・夕のミーティングを通じて職員への周知が図られている。今後、各介護マニュアルに沿って全職員が標準的サービスを実施しているかを定期的に確認する取り組み(自己・他者点検等)が期待される。	
② 標準的な実施方法について見直す仕組みが確立している	a	所長が中心となり、各介護・業務マニュアルを毎年度初めに見直す仕組みを整えている。必要時は職員の意見も踏まえて、内容を修正している。	
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている			
① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	a	サービスの実施状況を利用者個別のケース記録に記載し、モニタリング時に活用している。記録する職員で差異が生じないように、簡易記録方式を用いている。	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	分掌業務分担表に記録の管理責任者(=所長)を明示している。又、法人の文書管理規程に記録の保管・保存・破棄に関する事項を定めている。個人情報保護の体制(取り扱い規程、基本方針、利用目的、同意書等)を整え、毎年の研修を通じて職員への周知を図っている。	
③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	a	夕方のミーティングを中心に、職員間での情報共有を図っている。各会議の議事録は職員全員に回覧し、閲覧後には確認印を押す仕組みとなっている。	
Ⅲ-2-(4) 外部機関との連携が図られている			
① 介護支援専門員や主治医等との連携が図られている	a	利用者の担当ケアマネジャーとは、サービス担当者会議への参加、随時の連絡、定期的情報交換(モニタリング報告等)を通じて密な連携を図っている。又、利用者の主治医と緊急時等には連携を図る旨を契約書に明示している。困難事例が生じた場合は担当ケアマネジャー・地域包括支援センターと必要な連携を図っている。	
Ⅲ-2-(5) サービス提供における役割分担が明確化されている			
① 事業所における役割分担等が明確化されている	a	毎年度始めに分掌業務分担表・組織図を全職員に配布し、周知を図っている。	



評価細目の第三者評価結果(通所介護)

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている			
① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	a	法人のホームページを公開し、利用者・家族に必要な情報(事業内容、一日の流れ、利用料金等)を提供している。又、ホームページ内の「光野デイブログ」や毎月のデイ広報誌でも、日々の取り組み・行事予定等を紹介している。デイ広報誌は地域の公民館・町内会に配布している。利用希望者には一日体験利用も可能となっている。	
② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	a		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			
① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている	b	サービス終了後の相談窓口(=所長)を定め、契約書に明示している。サービス終了後も担当ケアマネジャーと必要な連携を図ったり、家族には「何かあれば相談下さい」と口頭で伝えている。今後、サービスの継続性に配慮し、「サービス終了時マニュアル」の内容整備が期待される。	

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている			
① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている	b	初回は担当ケアマネジャーの基本情報をもとにアセスメントを実施している。アセスメントの定期的(年1回)な見直しや利用者の状態変化時の見直しも行っている。今後、アセスメントの時期・手順等のマニュアル化が期待される。	
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている			
① サービス実施計画を適切に策定している	a	通所介護計画策定の責任者(=所長)を定め、分掌業務分担表に明示している。計画策定に関する手順は「通所介護計画書作成の流れ」に明示している。通所介護計画書は利用者・家族の意向も踏まえて、適切に作成されている。個別機能訓練計画書は理学療法士が専門の見地から作成し、3ヶ月毎に見直しを行っている。	
② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	b		