

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：デイサービスセンターすこやか	種別：通所介護
代表者氏名：所長 金澤 歩	定員（利用人数）： 35名
所在地： 静岡市清水区蒲原 721-4	
TEL：054-385-7611	ホームページ： https://www.shizuoka-shakyo.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 2006年3月31日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人静岡市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員： 4名 非常勤職員 10名
専門職員	（専門職の名称）
	介護福祉士 6名 歯科衛生士 1名
	看護師 2名
施設・設備 の概要	（居室数）3 （設備等）
	ルーム、浴室、休養室 一般浴

③理念・基本方針

静岡市社会福祉協議会は、一人ひとりが「自分らしく」暮らせる地域社会づくりを進めます。
--

④施設・事業所の特徴的な取組

<p>・お買い物訓練</p> <p>事業所の隣にあるショッピングセンターへ、職員が同行した買い物訓練を実施。屋外および店内の歩行訓練を行うとともに、商品の選択を職員が支援し、自己選択の機会を持つことで生活上の意欲を向上させる。またケアマネージャーやホームヘルパーと連携し、特に支援が必要な利用者にとって必要な物（衣類、食事等）を購入する支援としても実施している。</p>

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年5月26日（契約日）～ 令和6年3月28日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

法人の人事管理要領により、人事考課、キャリアパスが、職員ハンドブックにより職員処遇等確認できます。「期待する職員像」も、人事管理要領に明記され、職員ハンドブックで職員に示されています。

職位権限規程により、管理者の責務が明らかであり、年1回の就業意向調査や年3回の人事考課も兼ねた対面面接により、相談・不調・意向の把握をし、把握した要望等により各種福利厚生策を充実させ、働きやすい職場を法人全体で作っています。

契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等は、自己決定ができるように、絵や大きな字で資料を作り、分かりやすい言葉で説明しています。契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等、サービスの開始や変更時に家族へ説明し、同意を得て、書面で残しています。また、意思決定が困難な独居老人の家族が遠方の場合、電話と書面で連絡を取り、成年後見人が付いている場合は、成年後見人と連絡を取っています。

アセスメントや毎日のミーティングにて、利用者の心身の状況や意向を把握し、活動に参加したり、ゆったり過ごせるよう一人ひとりに応じた支援を行っています。利用者の希望に合わせた活動や、レクリエーション、買い物訓練、年間行事等、複数の活動メニューを用意し、社会参加にも配慮した活動を行い、手順留意事項の中で、きっちり役割活動が行えているかチェックを行っています。

◇改善を求められる点

事業所単位の事業計画書・予算書は特別になく、利用者への説明も行っていません。

実習受け入れは、「職場体験実習の注意書」しかなく、研修・育成についての体制整備や積極的な取り組みは確認できません。

利用者のプライバシーの保護についての標準的な実施方法は作成されていますが、マニュアルは作成されていません。

コロナに対して勉強会を行い、コロナ感染の予防策や感染時の対応策を講じていますが、感染対策についてのマニュアルが作成されておらず、管理体制が十分ではありません。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審させていただきました。自事業所の取り組みを振り返りながら、外部の方から客観的に評価していただくことで、今まで気がついていない課題や自事業所の強みと弱みを再発見することができました。

「地域住民との連携や関係づくり」、「外部への情報発信」など、私たちにはできていると思えた項目も、第三者評価の着眼点では不十分な点があり、改善すべき項目が多いことを教えていただきました。

一方、「ご利用者様に応じたサービスの工夫」や「機能訓練、介護予防」など、自己評価よりも高い評価をいただいたものも多くありました。高評価をいただけたことは、勤務する職員にとっては嬉しく、また自信につながりました。

今回の受審において日常サービスの改善すべき点が明確になり、より上質なサービス提供をすることで、御利用者様に選択していただける通所介護事業所となるよう、今後も研鑽いたします。

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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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> 法人が市社会福祉協議会であり、大規模法人ですので、理念や基本方針も地域福祉の総合的な考え方のもとに定められています。しかし、その広報や職員・利用者への周知は十分とはいえません。		

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> 事業経営をとりまく環境と経営状況及び事業所の課題を、法人として把握し分析を行っています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	b
<コメント> 月次経営報告書等を作り、目標に対して実績を入れ分析をしていますが、職員への周知方法については書面での確認ができません。		

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> 法人において策定している中・長期計画は、介護部門の目標と各事業所の課題を明確にし、必要に応じて見直しをしています。また収支計画は、職員の増員数や設備投資額等具体的な		

数値目標を設定し、実施状況の評価をしています。		
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
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画で策定した目標の達成に向けて、具体的に策定しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の年度当初の事業計画説明研修では、法人全体職員の約1割の職員への説明でしかなく、単年度の単事業所予算（拠点予算書はあり）への落とし込みは確認できません。事業所職員への周知、理解を促す取り組みとしては、4月の全体会議での地区介護事業課長の説明にとどまっています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>事業所単位の単年度事業計画書・予算書はなく、利用者への説明も行われていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する取り組みは出来ていますが、マニュアルが未整備のものがあり、福祉サービスの質の自己評価も十分とはいえません。第三者評価の受審は今回が初めてです。</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
<p><コメント></p> <p>質の向上に向けた取り組みが、組織的・計画的に行われています。業務改善計画・進捗状況の会議で、改善の取り組みが計画的に行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職務分掌と職位権限規程により、管理者の役割と責任は、明文化されていますが、その表明</p>		

と周知の状況は確認できません。		
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
<p><コメント></p> <p>遵守すべき法令が、大規模法人で、建物貸与などの関係もあり、上司・市・法人総務課等に責務が分化されています。管理者としてそれを十分理解しているとは言いにくい状況です。</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。	a
<p><コメント></p> <p>サービスの提供現場の質の課題は、業務改善計画・進捗状況の会議で話し合われています。職員の教育・研修については、同拠点のヘルパー事業所が行う研修に参加しています。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>法人が大きいので、ここでいう管理者の役割を課長が遂行しています。</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。	b
<p>法人としては、新卒者の採用計画、働く環境整備・制度、育成に関する方針等、良いものを持っていて、採用活動もしていますが、事業所への職員配置は、常勤職よりもパート職の方が多く、事業所専任職員も少ない状況です。また、パートに対しての育成研修も多くなく、福祉サービスの質の確保・向上という面からみると、効果的な活動をしているとは言いにくい状況です。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の人事管理要領により、人事考課、キャリアパスが、職員ハンドブックにより職員処遇等確認できます。「期待する職員像」も、人事管理要領に明記され、職員ハンドブックで職員に示されています。</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組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>職位権限規程により、管理者の責務が明らかであり、年1回の就業意向調査や年3回の人事考課も兼ねた対面面接により、相談・不調・意向の把握をし、把握した要望等により各種福利厚生策を充実させ、働きやすい職場を法人全体で作っています。</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
<p><コメント></p> <p>年3回の人事考課の面接を通じて、職員個人でたてた重点課題・目標に対しても、その目標管理が行われています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の「人事管理要項」に「期待する職員像」と法人が必要とする専門技術や専門資格を明示しています。法人で研修計画を策定し実施しており、研修計画については毎年見直しをしていますが、研修内容の見直しは定期的ではありません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>研修の機会は確保されていますが、事業所職員としての実際の参加は少なく、十分とは言えません。また、事業所の内部研修は企画されていません。</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研修・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> <p>職場体験実習の注意書きしかなく、研修・育成についての体制整備や積極的な取り組みは確認できません。</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
<p><コメント></p> <p>運営の透明性を確保するための情報公開が、ホームページ・冊子により公開されていますが、広報誌には載せられておらず十分ではありません。</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
<p><コメント></p> <p>各種規程や職務分掌は職員が閲覧できるようになっていて、自法人内部監査室監査は法定監査よりも頻回になされ、事業計画や事業報告は、ホームページへの掲載のみならず、「事業計画書及び資金収支計算書」「事業報告書及び決算書」として冊子化され、毎年発行されています。また、全戸配布される「社協だより」には、事業の報告と収支決算の概略が掲載されています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>法人が地域福祉部が地域とのかかわりを持っています。介護福祉部の事業所としての通所介護では、買い物訓練が特異な取り組みですが、地域との交流を広げる働きかけにはなっていません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>実際のボランティアの受け入れはしていますが、基本姿勢を明文化した受け入れマニュアルは作成されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>実際の関係機関との連携はできていると思われませんが、リスト化、職員間での情報共有が不十分です。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>事業所として直接の会議参加はありませんが、法人地域福祉部で地区社協を管轄しており、地域包括支援センターも法人内（拠点内）に持っています。蒲原・由比拠点会議というのがあり、それぞれの地域包括が吸い上げた福祉ニーズを検討し、必要に応じてデイでの課題解決策の実行となっています。会議には課長が参加し、デイに相談されます。買い物訓練もそのひとつです。また、認知症カフェの取り組みを開始しています。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>防災対策に関しては、事業所拠点一体となって、地域に協力する体制があります。「来る者拒まず」ですが、一般的な福祉ニーズに対しての事業所の取り組みとしては十分ではありません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>法人理念では地域づくり、基本方針では安定経営を謳っており、利用者を尊重した福祉サービスの実施についての明示はなく、職員が理解し実践するための取組みは、研修会に限定されます。倫理綱領でも法人運営が基本となっています。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシーの保護についての標準的な実施方法は作成されていますが、マニュアルは作成されていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>パンフレットは写真や絵を使用し、分かりやすい言葉で紹介しています。利用希望者にはパンフレットを使い、丁寧に対応していますが、パンフレットを公共施設へは置いていません。</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
<p><コメント></p> <p>契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等は、自己決定ができるように、絵や大きな字で資料を作り、分かりやすい言葉で説明しています。契約書や重要事項説明書、個別支援計画書等、サービスの開始や変更時に家族へ説明し、同意を得て、書面で残しています。また、意思決定が困難な独居老人の家族が遠方の場合、電話と書面で連絡を取り、成年後見人が選任されている場合は、成年後見人と連絡を取っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行時やサービス内容の変更時には、ケアマネージャーと連絡を取り、情報の提供と引継ぎを行っていますが、手順書や引継ぎ文書は特にありません。また、サービス終了後の相談方法についての説明はなく、相談があった場合は対応していますが、特に担当者や窓口は設置していません。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<p><コメント></p> <p>行事や食事についてのアンケートを実施していますが、利用者満足度調査、検討会の設置等が行われていません。そのため、内容の分析や検討結果の改善は行われていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人として苦情解決の体制が確立されています。意見や苦情は利用者家族にフィードバックし、その内容を苦情受付簿に記載し、利用者や家族に配慮しながらホームページにて公表しています。苦情解決の仕組みについて、利用者や家族に重要事項説明書で説明していますが、分かりやすく説明した掲示物や資料はありません。また、苦情受付箱を事務所の前に置いてありますが、記入用紙や筆記用具はなく、申し出やすい環境とはなっていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>相談があった場合は、面談スペースや会議室を使用し、相談しやすい環境を整えていますが、相談の方法について分かりやすく説明した文書は作成されていません。また、苦情受付箱が事務所前に設置していますが、分かりやすく説明した文書はなく、利用者や家族に配付していません。</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
<p><コメント></p> <p>マニュアルを整備し、受けた相談や意見について、所長やケアマネージャーに状況を速やかに説明し、迅速に対応しています。また、意見等から業務の見直しが必要になった場合は、定例の職員会議で内容の報告と検討を行い、業務の見直しを図っています。</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
<p><コメント></p> <p>法人としてリスクマネジメント委員会を設置し、事故発生時の対応と安全確保についてマニュアルを作成し、職員会議等で職員への周知を図っています。定期的に研修や評価・見直しを行い、事業所としても非常勤職員を含めて職員会議等で事例内容の確認と再発防止のための改善策を論議しています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>コロナに対して勉強会を行い、コロナ感染の予防策や感染時の対応策を講じていますが、感染対策についてのマニュアルが作成されておらず、管理体制も不明確です。</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行っている。	b
<p><コメント></p> <p>法人として災害対応マニュアルを作成し、その中に事業所としての発生時からの役割が明確にされており、備蓄リストも作成、管理されています。利用者の安否は電話で確認し、職員に対しては安否確認システムを導入していますが、非常勤職員まではカバーできていません。また、事業所のみで定期的に防災訓練を行っていますが、地域の関係団体との連携は実施されていません。</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
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について、絵と文章で分かりやすく説明されています。標準的な実施方法についての研修を、年間研修計画に組み入れ、職員への周知を図っています。また、福祉サービスの実施状況は、職員会議の中で確認するようにしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは、通所介護計画書の中の手順留意事項という項目が反映されるようになっており、非常勤職員を含めた職員会議の場で意見や提案が反映されるようになっています。標準的な実施方法についての研修報告時や職員会議で、検証や見直しを行っていますが、定期的には実施されておらず、時期や方法についての組織的な定めはありません。</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
<p><コメント></p> <p>通所介護計画を策定するためにケアマネージャー、看護師、管理栄養士等、部門を横断しての職種職員が参加し、アセスメントを実施しています。通所介護計画書には具体的なニーズが明記されており、実施状況を確認するために通所介護計画会議を定期的に行っています。支援困難ケースに対しては、家族の意向を踏まえ、ケアマネージャーと連携しながら、福祉サービスを提供しています。</p>		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>通所介護計画の見直しにあたり、サービス担当者会議にて出席者の意見を聞き、解決すべき課題等を明らかにし、新たな支援目標、支援内容等を決めています。緊急に見直しを行う必要がある場合、担当のケアマネージャーに状況を報告し、変更についての相談を行って</p>		

ます。通所介護計画の見直しは、介護保険法令に沿って、3ヶ月から1年の間に見直しを行い、アセスメントやモニタリングを行っていますが、手順について明示された物はありません。また、見直しによって変更された内容は、毎日の朝礼で連絡事項として報告していますが、手順について明示された物はありません。

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>

支援ソフトに入力することで、必要な情報が各部署への確に届くよう仕組みが整備され、支援ソフトの活用と毎日の朝礼、職員会議等で情報の共有を図っています。また、定期的にサービス担当者会議を開催し、モニタリング会議では関係職種が集まり、情報の共有化を図っています。

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。	b
----	----------------------------------	---

<コメント>

個人情報保護規程が策定され、記録管理者を設置しています。法人として個人情報保護に関する研修を、新規採用職員に対し行い、研修の感想文を提出してもらっていますが、全職員が遵守できているかどうかの確認は行われていません。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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。	a
<p><コメント></p> <p>アセスメントや毎日のミーティングにて、利用者の心身の状況や意向を把握し、活動に参加したり、ゆったり過ごせるよう一人ひとりに応じた支援を行っています。利用者の希望に合わせた活動や、レクリエーション、買い物訓練、年間行事等、複数の活動メニューを用意し、社会参加にも配慮した活動を行い、手順留意事項の中で、きっちり役割活動が行えているかチェックを行っています。</p>		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	
<p><コメント></p> <p>通所介護事業所は評価対象外です。</p>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	
<p><コメント></p> <p>通所介護事業所は評価対象外です。</p>		
A④	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントや日常生活の中での会話から思いや意向を把握し、日々の生活の場や活動の場、入浴時など、あらゆる場面で一人ひとりに応じた声かけを行っています。他事業所と合同で接遇研修を行い、利用者に対し適切な言葉遣いや接し方を身につけるよう組織的に取り組んでいます。また、コミュニケーションの方法と支援の仕方について、定例の職員会議で検討と見直しを行い、職員間での共有を図っています。会話の不足している利用者には、昼食時や入浴時に話しかけ、会話を楽しめるようにコミュニケーション作りを行っています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	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。	c
<p><コメント></p> <p>年間研修計画の中に、虐待と身体拘束についての研修を組み込み、法人としての虐待防止委員会の運営規定は作成されていますが、具体的な手順等のマニュアルは作成されていません。また、利用契約書の中に、虐待防止のための措置を掲げていますが、具体的な内容にはなっておらず、周知できるとは言えません。利用者に権利侵害が発生した場合、関係者と検討協議するようになってはいますが、虐待防止マニュアルがなく、取り組みとしては十分ではありません。</p>		

評価対象 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		
A⑥	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
<p><コメント></p> <p>採光や空調設備の管理、利用者や車椅子が怪我なく通リやすくするための動線の確保や、静養室の床をフローリングから畳に換え、入浴後や昼食後に、くつろいで過ごすための静養室の確保等、利用者が快適に過ごせるよう環境整備を行っています。</p>		

評価対象 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		
A⑦	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。	a
<p><コメント></p> <p>入浴前にバイタルチェックを行い、利用者の健康状態を把握し、車椅子キャリアを使用し、スロープを使い浴槽まで入る等、利用者の状況に合わせて入浴支援を行っています。心身の状況に変化がある場合、朝のミーティングやモニタリングで入浴方法の検討と見直しを行っています。入浴を拒否する利用者には、時間をおいての再度の声かけや職員を代えての対応を行い、それでも入浴しなかった場合は、家族とケアマネージャーに連絡しています。</p>		
A⑧	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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況や意向を把握し、プライバシーに気をつけながら声かけや時間を決めてトイレ誘導するなど、排泄のための支援を行っています。また、転倒防止のため、縦手すりや横手すりを設置し、汚れた場合、その都度掃除をするなど、安全・快適に使用できるように配慮しています。家族やケアマネージャーから依頼があった場合の他、尿や便に異常が見られた場合、看護師に見てもらうとともに、家族やケアマネージャーに報告するようにしています。</p>		
A⑨	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。	a
<p><コメント></p> <p>通所介護計画の中に移動の自立に向けた目標を掲げ、定期的に検討と見直しを行っています。また、心身の状況に合わせて、杖や手押し車、車椅子等を使用していますが、できるだけ自分の力で移動するよう声かけと見守りを行っています。安全な移動介助を行うため、新規採用職員に対し、福祉機器や福祉用具の使用についての研修を行い、一人ひとりに応じた介助方法について、サービス担当者会議と職員会議で検討と見直しを行っています。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
<p><コメント></p> <p>食事を楽しんでいただけるように、定期的に特別メニューを提供し、利用者に合わせて主食、</p>		

副食の硬さや大きさ、形を変えて提供し、相性の良い者同士のテーブルグループ分け等を行っています。また、食前に口腔体操を行っています。衛生管理のマニュアルが作成されていません。		
A11	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。	a
<p><コメント></p> <p>食事関係は、アセスメントにて把握し、一人ひとりの状況に応じた食事を提供しています。また、その日の利用者の状態により、食事形態の変更を行っています。食事の時間は一応決められていますが、箸、スプーン、グリップ付きスプーン等を使用し、本人のペースで摂取できるように支援しています。誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応としてマニュアルを用意し、救命救急の研修を行っています。家庭での食事や水分摂取がスムーズにできるように、また、食欲がなかった場合等、助言や情報提供を行い、必要に応じてケアマネージャーに報告しています。</p>		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>食前の口腔体操の他、2週間に一度、歯科衛生士による口腔ケアと口腔レクリエーションを行っています。また、歯科衛生士の指導の下、口腔状態や咀嚼嚥下機能について定期的にチェックを行っています。定期的な口腔チェックにより、歯科受診が必要な場合は、家族に連絡し、ケアマネージャーに報告しています。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>褥瘡対策、褥瘡予防についての指針や実施方法等のマニュアルや標準的な実施方法が作成されていません。入浴や排泄介助時に皮膚状態の確認を行い、発赤があった場合は家族に連絡し、ケアマネージャーにも報告しています。褥瘡の処置は看護師が行いますが、今のところ対象者はいません。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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。	
<p><コメント></p> <p>介護職員等による喀痰吸引・経管栄養は実施しておらず評価対象外です。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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
<p><コメント></p> <p>常勤の機能訓練士はいませんが、サービス担当者会議の場で、機能訓練士やケアマネージャーから助言をいただき、機能訓練や介護予防活動を通所介護計画に組み入れ取り組んでいます。認知症の症状の早期発見に努め、判断能力の低下や認知機能の低下が見られた場合、ケアマネージャーに相談し、医療機関の受診につなげています。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	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> 認知症の医療・ケア等については、外部の研修に参加し、職員会議で報告し、共有を図るとともに、サービス利用状況報告書に記載し、モニタリングにて症状の改善に向けた検討を行っています。行動・心理症状（BPSD）については、担当医（主治医）と看護師、介護職員で検討会議を行っています。認知症のケアに関して、送迎時や電話で家族からの相談に応じ、必要に応じてケアマネージャーに報告しています。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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。	a
<コメント> 利用者の体調変化時に、迅速に対応するために、緊急時対応マニュアルを作成し、一人ひとりの日常の生活の様子を把握しておき、異変に気づいたら看護師に報告するように手順化されています。また、救命救急と緊急時の対応力を高めるための研修を行っています。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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。	
<コメント> 通所介護事業所は評価対象外です。		

評価対象 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		
A19	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。	a
<コメント> デイサービスでの利用者の様子は、送迎時の連絡ノートに記述し、家族が家にいる場合は口頭で伝え、いない場合は電話にて、きっちり伝えるようにしています。アセスメント時やサービス担当者会議、面談や電話での相談等、家族との連携を図り、助言や情報が上手く伝わらない場合は、ケアマネージャーに報告するようにしています。		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	
<コメント> 通所介護事業所は評価対象外です。		