

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名： デイサービス琴池

（ 認知症対応型 通所介護 ）

評価実施期間 2023年 7月 25日 ～ 2024年 4月 30日

実地（訪問）調査日 2023年 9月 28日

2024年 4月 30日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

① 第三者評価機関名

特定非営利法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：デイサービス琴池	種別：認知症対応型 通所介護		
代表者氏名：中野 靖	定員（利用人数）：	12	名
所在地：〒675-1114 兵庫県加古郡稲美町国安新開 1256 番地			
TEL：079-492-8866	ホームページ：http://hinode.or.jp		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成26年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉連携推進法人 日の出医療福祉グループ 【社員法人】社会福祉法人日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	7	名
		非常勤職員：	3
			名
専門職員	施設長	1	名
	介護専門員	6(3)	名
※（ ）はうち非常勤職員を明示	副施設長	1	名
	機能訓練指導員	1	名
	生活相談員	1	名
施設・設備の概要	食堂	相談室	
	和室	トイレ	2カ所
	浴室		

② 理念・基本方針

<p>理念</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に根差した老人福祉の発信基地となる事 ・地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷となる事 ・共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となる事 <p>基本方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな挑戦を続けます。 ・日々のお会いに感謝します。 ・お客様に最善を尽くします。 ・信頼できる仲間を作ります。 ・健康に働ける環境を追求します。
--

③ 施設・事業所の特徴的な取組

要介護等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事の介護等日常生活に必要な世話及び機能訓練を行います。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2023年 7月 25日（契約日）～ 2024年 4月 30日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2回（平成 29年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

- **職員の就業状況や意向の把握など配慮がなされて、働きやすい職場づくりに取り組まれています。**
職員の就業状況などは法人一元管理化されて、定期的に把握・分析されています。職員の心身の健康と安全について「安全衛生管理規定」が定められて、定期的な健康診断やストレスチェックも年1回実施されています。また、年4回の個別面談を実施するとともに、職員相談室を設置し、職員の職場内の悩みについても体制が構築されています。法人として「リロクラブ（共済）」に加入し余暇活動を支援するなど総合的な福利厚生が実施されています。ワークライフバランスに配慮した取り組みでは、多様な休暇制度が設けられ、魅力ある働きやすい職場づくりに取り組まれています。
- **適切なアセスメントにより通所介護計画が策定され、個々の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、支援が行われています。**
年1回アセスメント、モニタリングが行われるとともに家族や介護支援専門員、管理栄養士、担当職員、生活相談員等の関係者を交えての担当者会議開催を通じて通所介護計画書の更新が継続して実施されています。また、それに基づいて、一日の生活の流れの中で、集団レクリエーション、趣味・嗜好に応じた個別レクリエーション、洗濯干しや洗濯たたみ、食器洗い等、日中活動に参加できるよう支援したり、必要に応じ、買い物支援を実施したり、希望者には認知症カフェへの参加支援を実施するなど、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、支援が行われています。

◇改善を求められる点

- **自己評価をはじめ、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを組織的・計画的に行っていくことが望まれます。**

福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、「虐待の芽アンケート」や「人事考課（目標管理）」による自己評価を行い、上司による確認が行われる仕組みがあります。今後は、福祉サービスの質の向上について組織として評価基準を定めて、毎年1回以上の自己評価を行うとともに、評価結果の分析から課題抽出を行い、改善案や改善計画を職員参画で取り組むとともに、必要に応じて改善計画の見直しなどの仕組みづくりが望まれます。

- **介護や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。**

昨今、福祉サービスを取り巻く環境が変化中、業務の改善が図られており、多様な事業が展開されていることがうかがえますが、マニュアルをはじめ、それに対応する業務や支援の見直しの仕組みは明確ではありません。今後は、多様な業務についての評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことで、事業や取り組みの「見える化」を図っていくことが重要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

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

※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
<コメント> ○ 法人理念や基本方針がホームページに記載されています。法人理念は、法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針は理念との整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっています。玄関・相談室に掲示され、朝礼時に復唱などで継続的に職員に周知が図られていることがうかがえます。また、法人理念や基本方針はカードサイズにして職員に配布されています。 ○ 今後は、法人理念や基本方針が、利用者・家族がより理解できる具体的な資料作成（琴池のご案内）など工夫がなされて周知が望まれます。		

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> ○ 社会福祉事業全体の動向などは、毎月開催される責任者会議に施設長などが出席し、法人の「中期経営計画（2023-2025）」で把握・分析されています。また、町の福祉計画などの策定委員会に参画して、地域の利用者動向やニーズなどについて情報を把握・分析がうかがえます。事業所のコスト分析や利用率なども「月次報告書詳細（業務基幹システム）」をもとに、責任者会議で検討がなされています。		
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
<コメント> ○ 責任者会議で経営環境や事業計画の現状分析から課題や問題点が抽出されて、幹部会議で理事・監事なども共有が図られています。責任者会議で抽出された課題や問題点などは、職員会議で職員にも周知されて、コスト削減など経営課題の改善に向けて具体的な取り組みがうかがえます。		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の「中期経営計画（2023-2025）」が策定されて、目標（ビジョン）「100万人にサービスを届けよう！」が設定されています。また、目標達成に向けて、環境分析・財務分析・人事分析が行われて、既存事業・新規事業の枠ごとに売上目標が設定されています。 ○ 今後は、法人の「中期経営計画（2023-2025）」は、年度ごとの数値目標や具体的な成果などを設定することなどにより、実施状況の評価や見直しが行える内容となっていることが望めます。また、法人の計画に沿った事業所の「中期計画（3か年）」の策定にも期待されます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 単年度事業計画は、収支計画を基に、「目標についての説明」「目標稼働率」「設備投資」などが策定されています。 ○ 今後は、事業所の「中期計画」が策定されて、内容が反映されていることが望めます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画について「月次報告書詳細（業務基幹システム）」で毎月進捗状況が「責任者会議」で把握・評価されています。また、評価結果に基づき、必要に応じて見直し修正が実施されています。責任者会議で抽出された課題などは、職場会議で職員にも周知されていることがうかがえます。 ○ 今後は、事業計画の策定については、関係職員の参画や意見の集約・反映の仕組みが組織として定められるとともに、計画内容の周知について、議事録などに記録していくことが望めます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 連絡帳への写真、活動内容などをお知らせされています。また、インスタグラムも始められ、幅広くタイムリーな内容の発信、周知に取り組まれています。事業計画の周知については、「月次行事計画」などを掲示され、家族にも配布されていますが、家族会などの設置はなく事業計画の説明の機会はありません。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料の作成や、周知や説明において、障害に応じた配慮や工夫が望めます。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして、「虐待の芽アンケート」や「人事考課（目標管理）」による自己評価を行い、上司による確認が行われる仕組みがあります。職員会議にて提供サービスを振り返り評価・改善点などを検討し、責任者会議で報告するなど組織的に対応していることがうかがえます。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上について組織として評価基準を定めて、毎年1回以上の自己評価を行うとともに、評価結果を分析・検討する場（会議体、委員会など）を明確にしていくことが望まれます。 		
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。	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業計画に基づく、決算分析や、課題など改善について職員会議などで取り組まれているとうかがいましたが、評価結果（自己評価や第三者評価）にもとづいた組織的な取り組みには至っていません。今後は、福祉サービスの質の向上に向けたPDCAイクル（改善のためのサイクル）に基づく、評価結果の分析から課題抽出を行い、改善案や改善計画を職員参画で取り組む仕組みづくりが求められます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 施設長（管理者）は、年度初めに事業所の経営・管理に関する方針や取り組みを明確にされ、職員会議や責任者会議でも明言されています。また、施設長は年度初めの広報紙（稲美苑だより）に、今後の取り組みや課題への対応について表明されています。有事における組織体制（対策室）を設置し、施設長が統括するとともに、不在時の根限委任者として副施設長が位置づけられています。今後は、さらに平常時の権限委任についても、事務分掌や権限規程などに明確にしていくことが期待されます。</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
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 施設長は、法人内の各種規程の内容を熟知するとともに、遵守すべき法令などを正しく理解しており、取引事業者や行政関係者などとの適正な関係の保持に努められています。また、福祉関係法令のみならず、環境保全や防災、交通、消費者保護など幅広い分野での法令動向を常に注視し、遵守すべき法令については職員にも周知されるとともに、高齢者虐待防止法や個人の尊厳の保持の観点から接遇や介助方法も含めて体系的に研修などに取り組まれています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 施設長は、福祉サービスの質の向上に向け、責任者会議に出席し、サービスの質の現状や課題を把握して、評価・分析されるとともに、改善に向けて主導的に取り組まれています。また、各種委員会にも参加して、職員の意見・提案についても真摯に耳を傾けて、具体的な取り組みに努められています。</p> <p>○ 今後は、福祉サービスの質の向上について評価基準を定め、毎年自己評価を継続的にを行い、評価・分析する仕組みづくりとともに、施設長自らも年1回以上の自己評価を行うことが期待されます。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>○ 施設長は、経営の改善や業務の実効性の向上について、責任者会議で「月次報告書詳細（業務基幹システム）」で毎月の進捗状況を把握・分析されています。事業所の現況を常に注視し、職員の適切な人員配置に努めるとともに、最新の介護機器や環境改善機器などを積極的に導入して、職員が働きやすい職場づくりに取り組まれています。また、経営の改善や業務の実効性を高めるために法人内に各種委員会が設置されて、施設長自身も委員会活動に参画されています。</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><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 人材確保や人員体制に関しては法人一元管理で行われています。人材確保や育成の方針は、法人全体として中期経営計画の中で「外国人人材の活用（受入中長期計画の算定、育成マニュアル、生活支援マニュアルの算定など）」が進められています。また、法人として、ホームページへの採用情報の掲載や各種の効果的な福祉人材確保活動が行われています。 ○ 今後は、採用や人事管理について、法人一元管理で実施されている場合でも、事業所に関する必要な福祉人材の具体的な計画（専門職・有資格職員配置など人事プラン）の策定にもとづき法人と一体的に行われることが望まれます。 		
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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人として「期待する職員像等」を基本方針に明示されています。法人の人事基準は「等級運用規程」をもとに、昇進・昇格などに関する基準が明確にされ、職員に周知がなされています。「人事考課規程」に基づき年2回各職員の成果・貢献度などが評価されています。また、職員の「役割基準書（キャリアパス）」を制定され、キャリアアップに向けた資格取得の支援、体系的な研修の実施など、職員が将来の姿を描くことができるような総合的な制度が構築されています。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況は法人で一元管理され、各職員の有休取得状況、超勤時間などは正確に把握・分析されています。職員の心身の健康と安全について、定期的な健康診断やストレスチェックを年1回実施され、人事管理の一環として年4回の個別面談を実施するとともに、職員相談室を設置し、職員の職場内の悩みについても相談できる体制が構築されています。また、ワークライフバランスに配慮した取り組みでは、有給休暇の他慶弔やリフレッシュなどの特別休暇など多様な休暇制度が設けられ、自己啓発の奨励や奨学金の返済支援など多様な福利制度を設けるとともに、法人として「リロクラブ（共済）」に加入し余暇活動を支援するなど魅力ある働きやすい職場づくりに取り組まれています。 ○ 今後は、就業に関する改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画（人事プラン）に反映し実行されることが期待されます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人として「期待する職員像等」を基本方針に明示されるとともに、人事考課制度の一環として、職員一人ひとりの目標管理が構築されています。目標設定は、「目標項目、目標水準、目標期限」などが明確にされて、上司と面談を通じて実施されています。また、目標の進捗状況・達成状況などを、中間面接や期末面接で確認されています。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の教育・研修については、法人の年間研修計画に沿って、事業所の研修計画を策定されています。職員が必要とする研修（オンライン研修含め）は、全員参加を基本として、法人の研修担当が職員からの意見を集約し、年度末に研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行っています。 ○ 今後は、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示していくことが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の知識・技術水準・専門資格などは、人事考課制度の一環として、法人の一元管理に基づき、把握・管理されています。法人の年間研修計画に沿って、各職員の職務や水準に応じた「階層別・職種別・テーマ別研修」などが実施され、外部研修については掲示や回覧で情報を提供し参加を勧奨されています。今後、さらにOJT（職務を通じた研修）に対して、マニュアル化（カリキュラムなど）を整備していくことが期待されます。 		
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。勧奨	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 実習生などの福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢は明文化されていません。また、隣接の稲美苑（特別養護老人ホーム）では、高校・専門学校・大学などからの実習生は、学校などと連携して積極的に受け入れていますが、事業所では実績がありません。今後は、福祉の専門職の研修・育成への協力は、事業所の社会的責務の一つとして、基本姿勢を明文化し、地域の特性や事業所の種別、規模、状況に応じた体制を整備（マニュアルなど）され、効果的な研修・育成の仕組みを構築していくことが課題です。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人のホームページに、法人理念、基本方針、福祉サービスの内容、決算報告、第三者評価、苦情解決体制などの情報が公開されています。また、地域に向けて、ホームページでの情報公開と併せて、広報誌（稲美園だより）が定期的に配布されています。 ○ 今後は、運営の透明性を確保するための取り組みとして、法人のホームページなどに事業計画、事業報告や第三者評価の受審結果と改善・対応などの情報を公表するなど、積極的な情報公開が期待されます。 		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所における事務、経理、取引などに関する権限・責任が規程や事務分掌で明確にされ、職員に周知されています。また、法人における内部監査が年1回（10月予定）実施され、法人本部において各事業所の財務などに関し専門家（税理士・社労士など）の支援を受け、法人としての経営改善の方策が示されるとともに、各事業所において実情に応じた改善が図られています。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人の理念・基本方針に、地域との関わり方についての基本姿勢が明文化されています。地域の情報として「認知症カフェ（月2回・2か所）」などを掲示し、必要があれば移送サービスなどの参加支援が実施されています。また、緊急時の病院受診などの送迎や個々の利用者のニーズに合わせて、買い物ツアーなどを定期的実施されています。 ○ 今後は、利用者と地域の人々との交流について、地域と事業所の相互交流を促進するという意味からも、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすとともに、利用者の地域での活動参加や交流機会などの取り組みの充実が望まれます。 		
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。	c
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入浴後のドライヤーなど利用者同士の助け合いをされていますが、地域からのボランティアの受け入れはされていません。今後は、ボランティアの受け入れや地域の学校教育への協力は、地域社会と事業所をつなぐ柱の一つとして位置づけ、基本姿勢を明文化するとともに受け入れ体制を整備（マニュアル、研修など）していくことが課題です。 		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関との連携では、地域ネットワーク会議（町）、稲美町社会福祉法人連絡協議会などの関係機関・団体との定期的な連絡会などに参加されています。また、共通の問題に対して協働して解決に向けて取り組まれている事例がうかがえました。 ○ 今後は、利用者の状況に対応できる社会資源リストや資料を作成して、職員間でも共有が図られることが望まれます。 		

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 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> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関係機関や団体との連携（地域ネットワーク会議など）が行われ、地域の福祉ニーズの把握に努められています。また、年2回、運営推進会議を開催され、地域代表などと地域の情報の共有がなされています。今後、地域の各種会合への参加、地域住民との交流活動などを通じて、さらに地域の福祉ニーズや生活課題などを把握する取り組みの充実が期待されます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域貢献や公益的な活動では、行政の要請で地域の「要援護者の見守り」や地域での「認知症カフェ」への移送サービスが実施されています。また、地域コミュニティの活性化やまちづくりなどでは、自治会などとともに「琴池を愛する会」を組織し、清掃・環境保全などに取り組まれています。 ○ 今後は、把握した福祉ニーズにもとづいて具体的な公益的な事業・活動を、計画などで明示するとともに、事業所（法人）が有する福祉サービスに関するノウハウや専門的な情報を地域に還元する取り組みが望まれます。 		

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。	b
<コメント> ○ 法人理念・基本方針に、利用者尊重を明示し、倫理規定、法令遵守、ケアの考え方などを定め、研修などで職員への周知が図られています。また、介護マニュアルに利用者尊重を明示し、個々のサービス理解し実践の促進に取り組まれています。 ○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、セルフチェックなど定期的にチェック（評価）する仕組みを構築していくことが望まれます。		
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> ○ 利用者のプライバシー保護について、「介護現場におけるプライバシー保護の留意点」や虐待防止などの権利擁護について、「虐待防止に関する指針」が整備され、年間研修計画にもとづいて、倫理・法令遵守、高齢者虐待防止の研修が実施されています。また、利用者のプライバシーを守るよう設備などの工夫（衝立など）やケアサービスでの配慮（声かけなど）にも取り組まれています。		
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。	b
<コメント> ○ パンフレットには、理念や基本方針が実際の活動写真とともに掲載され、言葉遣いや図・絵を用いて利用者・家族に伝わりやすい工夫がされており、ホームページに公開されています。また、事業所パンフレット以外に「稲美苑だより」を発行し、基本理念や法人全体の活動などが分かる写真付きの記事が掲載されており、希望に応じて管理者・生活相談員が個別に丁寧な説明を行い、見学、体験利用にも対応しています。 ○ 今後は、パンフレット・機関紙等の資料を、自治会の集会所、福祉センター、公民館等の多くの人が入手できる場所に置くことで、積極的な情報提供の取り組みが望まれます。		
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
<コメント> ○ サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明に際しては、できるだけ利用者に関わりがもてる接し方を心掛け、ニーズ把握に努めています。また、契約書・重要事項説明書以外にパンフレットなどを用い、専門用語を使用せず、利用者・家族が理解しやすいように配慮し、質問や疑問を積極的にうかがうようにしています。意思決定が困難な利用者については、家族や介護支援専門員と相談しながら進めています。		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス終了時は、家族、介護支援専門員と相談しながら、家族への手紙を作成し、サービス終了後も利用時と同じ相談窓口で相談に対応することを利用者に説明しています。 ○ 今後は、利用者の福祉サービスの提供がシームレスに実施できるよう、照会や終了時の申し送り事項を定めた書式を備えるとともに終了後の相談窓口を明確にしていくことが望まれます。 		
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。	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個々の計画書に基づくモニタリングは実施されていますが、サービス全般に関する満足度調査を実施するには至っていません。今後は、利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備することで、意見が出やすく、事業所としてのサービス向上につなげていく取り組みが必要です。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決の体制を定めるとともに、送迎時・連絡帳の際に声掛けを行い、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っています。 ○ 今後は、第三者委員の設置や苦情解決の仕組みの掲示に加え、苦情の公表の仕組みを明確にしていくことが望まれます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者等からの相談対応については、重要事項説明書に記載し、相談室を設け、相談しやすい環境に配慮しています。 ○ 今後は、事業所での相談対応の仕組みについて、利用者や家族などにわかりやすい場所に掲示していく取り組みが望まれます。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し、日々、送迎時や利用中に声掛けをし、傾聴に努めています。少人数のためコミュニケーションがとりやすい環境であり、認知症に応じた配慮で利用者や個々に向き合い、意見・相談の傾聴に努めています。また、職員が把握した相談・意見は日常的に話し合い、管理者に報告し、内容に応じて、家族や介護支援専門員に伝えたり、申し送りやデイサービス会議で検討・共有し、迅速に対応できるよう取り組んでいます。 ○ 今後は、具体的に意見を把握するためにアンケートを実施したり、「苦情・相談・事故対応マニュアル」の定期的な見直しが望まれます。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ リスクマネジメントに関して、併設の「特別養護老人ホームの会議」の中で、リスクおよび事故に関する検討や報告が実施されています。事故発生時の対応と安全確保について「苦情・相談・事故対応マニュアル」を整備し、年1回、職員に対して安全確保・事故防止に関する研修を行い職員全員に周知しています。また、事故・ヒヤリハットの事例を収集し、組織的・継続的に要因分析と改善策・再発防止策の検討を行うとともに職員間で情報共有が図られています。 ○ 今後は、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行うことが望まれます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 感染症対策について担当者を設置し、管理体制を整備しています。「感染症および食中毒の予防・まん延防止のための指針」を作成し、「感染症マニュアル」を整備し、職員に対して感染予防に関する研修を実施しています。また、環境面は換気・消毒・密閉状態の回避、職員は手洗い・消毒・検温・マスクの徹底等で、感染予防策を講じており、感染症が発生した場合は、関係機関とも連携するとともに「感染症マニュアル」に基づき抗原検査の実施、パーティションの設置等蔓延防止に向けた対応を行っています。認知症対応型デイサービスで感染防止策の徹底を図る困難さがある中、体調管理や変化への気づきなど細やかな対応をされており、クラスターが起きていません。 		
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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「防災および非常災害時対応マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を定めています。併設の特別養護老人ホームにて、食料・備品類等を備蓄し、4月、7月、10月に定期的な消防避難訓練を実施しており、消防署や近隣施設との連携が図られています。 ○ 立地条件等から災害の影響を把握して福祉サービスを継続するための業務継続計画(BCP)は策定中であり、今後は、自治会等地域住民等との連携を含めて、業務継続計画(BCP)を策定していくことが望まれます。 		

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。	b
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 提供するサービスについて標準的な実施方法を各種介護マニュアルに文書化し、利用者尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢を明示しています。また、標準的な実施方法について職員に定期的に研修を実施して周知徹底を図っています。 ○ 今後は、各種マニュアルの実施状況を評価する機会を設けるなど、各種マニュアルを制度変更や情勢に照らし合わせ、定期的な見直しを実施することが望まれます。 		
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。	c
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 個々のサービスについての検討・見直しはされていますが、標準的な実施方法(マニュアル)を見直す仕組みについての定めはなく、定期的な検証・見直しは実施されていません。今後は、標準的なサービスの実施方法などを見直す仕組み定め、改定記録や検討会議を実施することが望まれます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 生活相談員を中心に居宅介護支援事業所からの情報や利用前の聞き取りをもとに、フェイスシート・アセスメントシートを作成し、サービス担当者会議でアセスメントや計画について協議を行い、多職種の関係職員で通所介護計画を作成し、利用者・家族に同意を得ています。また、支援困難ケースへの対応については、日常的なケア観察を交え、デイサービス会議やサービス担当者会議で検討し、統一した支援が行えるよう取り組んでいます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 定期的に1年ごとにモニタリング・通所介護計画・アセスメントの見直しを行い、利用者の体調の変化など必要時には随時、見直しを行っています。見直しに際しては、通所介護計画書内の評価欄で評価を行い、アセスメントシートで再アセスメントを行い、管理者・生活相談員・看護師・担当介護職員で見直し内容を確認しています。また、見直した計画は居宅介護支援事業所に提出し、利用者・家族の同意を得てデイサービス会議で情報共有しています。今後は、サービス計画の評価・見直しについて、現在行われている仕組みを明文化することが期待されます。 		

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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の身体状況や生活状況等をフェイスシートに記録しています。サービス実施計画に基づくサービス実施内容は管理日誌に記録されており、記録の書き方についての研修を実施しています。また、利用者について定期的にケース会議を行い、議事録は回覧などを実施して情報共有が行われています。 ○ 今後は、組織における情報の流れを明確にされ、情報の分類や共有の仕組みを整備し、明文化することが望まれます。 		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の記録の管理について、保存・廃棄・情報の提供を含んだ規定を定め、個人情報の不適正な利用や漏洩に対する対策と対応方法を定めています。また、家族には、契約時に家族に「個人情報使用同意書」を説明し、文書で同意を得ています。 ○ 今後は、記録管理の責任者を設置し、職員に対して個人情報の取扱いについてチェックする仕組みを整備するとともに記録の管理や個人情報保護について、研修を実施することが望まれます。 		

A 内容評価基準

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
A②	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

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 家族からの情報、利用中の会話や様子等から意向等を把握・理解し、デイサービス会議や申し送りノートで情報共有し、利用者個々に応じた生活となるよう支援しています。また、通所介護計画に位置付け、一日の生活の流れの中で、集団レクリエーション、趣味・嗜好に応じた個別レクリエーション、洗濯干しや洗濯たみ、食器洗い等、日中活動に参加できるよう支援したり、必要に応じ、買い物支援を実施したり、希望者には認知症カフェへの参加支援を実施して、自立支援・役割づくりに取り組んでいます。 ○ 利用者と個別に向き合う時間を設け、会話が不足している利用者を含め、利用者一人ひとりが話したいことを話せる機会づくりに努めています。また、コミュニケーションが難しい場合、個々に寄り添い席を替えたり、ホワイトボードを使用したり、非言語コミュニケーションを使用するなどの工夫が行われています。
--

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	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。	a

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ○ 権利侵害の防止のため、契約時に個人の尊厳保持や成年後見制度、虐待防止、身体拘束の禁止等の運営方針について利用者家族等に対し説明が行われています。 ○ 利用者の権利擁護を含む「コンプライアンス規程」や「法令遵守マニュアル」を整備し、職員に対して年1回研修を通して理解を図るとともに「虐待の芽アンケート」を実施して、その結果を集約して具体的な理解を図っています。身体拘束・虐待防止委員会を実施し、権利侵害の防止について職員が検討する機会を定期的に設けています。 ○ 権利侵害が発生した場合は、法人において「調整委員会」を緊急に設置し、対応策・再発防止策等を検討する仕組みがあります。

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		
A④	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

特記事項

- デイルームは広く、明るく落ち着いた雰囲気、清潔感があります。また、自席以外にソファ、和室、面接室を利用し、一人になれる空間の確保、その時の状況にあった環境を提供できるようになっています。
- 毎日の衛生管理、温湿度管理、空気清浄機の設置、定期的な換気・消毒等清潔な環境を保持しています。季節感のある壁画が季節の変わることに飾られて快適な空間づくりが工夫されています。

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		
A⑤	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
A⑥	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
A⑦	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

特記事項

- 定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シートに沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った入浴支援を行っています。入浴介助マニュアルを整備し、安全・快適な入浴方法、尊厳や羞恥心への配慮の周知を図っています。
- 排泄記録から利用者個々の排泄パターンを確認し、水分摂取・散歩・体操等により、自然な排泄を促すための配慮を行っています。トイレは車いすや歩行器の使用にも広いスペースが確保されており、介助バーや背もたれのクッションの設置、必要時の2人介助、安全で快適に使用できるように配慮しています。家庭での排泄について送迎時や連絡帳で家族と情報共有し、必要に応じて介護支援専門員に報告・連絡しています。
- 移動・移乗介助マニュアル・送迎マニュアルが整備され、安全な移動・移乗介助、送迎について周知を図っています。デイサービス会議で検討し、必要に応じて移動・移乗介助方法や福祉用具の見直しを図っています。歩行器歩行訓練が自宅で実施できない方は、デイサービス利用中に実施します。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑧	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
A⑨	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
A⑩	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b

特記事項

- 利用者個々の食べやすい形態や量、水分量、食事量を把握し、利用者個人に合った量の盛り付けを行い、盛り付けができる利用者にはしていただいています。手作り昼食を月1回、手作りおやつを月2回提供しています。利用者の状況に応じ、ランチョンマット、マグカップなどを利用しています。
- 定期的なアセスメント・通所介護計画・個別シート等に沿って、利用者の心身の状況や意向に沿った食事支援を行っています。管理栄養士が作成した栄養ケア計画をもとに、利用者個々の状態に合わせた食事形態、栄養面を配慮しています。姿勢保持のためクッションやリクライニング車(車いす)等の使用による利用者個々に応じた食事形態での提供、食前の嚥下体操等、利用者のペースで自力摂取・経口摂取が継続できるよう自立支援に努めています。
- アセスメントをもとに利用者個々の口腔状態を把握し、ニーズに応じて口腔ケアを実施しています。食前の嚥下体操や食後の口腔ケアなど、利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っています。
- 今後は、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び租借嚥下機能の定期的なチェックを行ったり、一人ひとりに応じた口腔ケア計画の作成や実施及び評価・見直しをすることが望まれます。”

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b

特記事項

- 褥瘡マニュアルを整備し、褥瘡予防についての標準的な実施方法を確立し、介護職員に研修を通して周知徹底を図り褥瘡の発生予防・ケアに取り組んでいます。栄養管理、体位交換、皮膚の清潔、福祉用具の使用等を行い、褥瘡予防に努めています。介護職員・看護師・管理栄養士が褥瘡予防対策・治癒に向けたケアについて検討し、連携して取り組んでいます。
- 今後は、褥瘡ケアの最新情報を収集し、日常ケアに取り入れることが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	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。	非該当

特記事項

--	--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑬	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。	b

特記事項

- 通所介護計画・個人シートに基づき機能訓練・介護予防の観点から洗濯たたみや食器洗い、自宅でできている家事作業等を主体的に取組む支援を行っています。体を動かす運動レクリエーション、テラスの散歩や認知機能トレーニング(パズル)も取り入れ、一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に実施し、担当者会議で評価・見直しが行われています。
- 今後は、利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けられる体制づくりが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a

特記事項

- 生活相談員は事前に介護支援専門員より生活歴や日常生活動作(ADL)を確認し、体験利用時に意向把握を行い、アセスメントシート・聞き取りシート・個別シートに記録しています。また、認知症対応型デイサービスの機能を活かし、ケース会議・デイサービス会議等で利用者の状況を介護職員間で共有して支援方法を検討し、支持的、受容的な関わりを重視した援助を行っています。
- 介護職員に対して毎月1回、研修を実施して最新の知識・情報を得られるように努められるとともに、利用者同士の関係性に配慮して、集団レクリエーション、個別レクリエーション・おやつ作り等、個々の症状に合わせた活動に参加できるよう支援しています。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑮	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。	b

特記事項

○ 「緊急時対応マニュアル」を整備し、介護職員に周知徹底を行うとともに医療機関と緊急時の医療連携体制を確立しています。また、日々の利用者の健康確認と健康状態を介護システムに記録し、送迎時に家族からの情報を共有し、毎朝バイタルチェックを行い、帰宅時にも健康チェックを行い、利用者の体調変化や異変の早期発見に努めています。
○ 服薬管理については、服薬カレンダーを使用し、服薬時、職員間で声を掛け合い服薬しています。誤薬防止のため、内服一覧表を貼付し、時間ごとに場所を決めて保管するようにしています。
○ 今後は、薬の効果や副作用、体調変化時の対応等に関する研修の実施が望まれます。

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		
A⑯	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

特記事項

○ 家族に対し、利用ごとの連絡帳への記入や月1回デイサービスの様子を手紙でお伝えするとともに、変化があった時は電話で迅速に利用者の状況を報告しています。また、担当者会議・連絡帳・送迎時のコミュニケーション・電話等で家族にサービスを説明したり、要望を聞いたり、相談に応じるなど、情報提供や助言する機会を設けています。
○ 家族の心身の状況や家族の介護状況にも留意し、必要に応じて介護支援専門員に報告しています。

A-5 サービスの適切な実施

		第三者評価結果
A⑰	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a

特記事項

○ 意思疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面の支援についての個別・具体的な実施方法を通所介護計画及び個人シートに明記しています。また、機能訓練の個別・具体的な実施方法については、機能訓練、介護予防の観点から利用者の心身の状況に応じた体操や散歩など、個々の状況に応じて身体を動かす取り組みを実施しています。
--