

福祉サービス第三者評価結果報告書 【高齢福祉分野（施設系通所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	ゆったりケアおおとり	
運営法人名称	社会医療法人同仁会	
福祉サービスの種別	認知症対応型通所介護（デイサービス）	
代表者氏名	牧 友英	
定員（利用人数）	12 名（2ユニット）	
事業所所在地	〒 593-8325 堺市西区鳳南町5-594-1	
電話番号	072 - 260 - 3238	
F A X 番号	072 - 260 - 0034	
ホームページアドレス	http://www.mimihara.or.jp/roken/	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	平成21年8月1日	
職員・従業員数※	正規 3 名	非正規 13 名
専門職員※	看護師（1）、介護福祉士（7）、認知症介護実践リーダー（2）、認知症ケア専門士（1）	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 浴室、キッチン、デイルーム、静養室、相談室、トイレ、事務所	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

●民医連綱領

- 一. 人権を尊重し、共同のいとなみとしての医療と介護・福祉をすすめ、人びとのいのちと健康を守ります
- 一. 地域・職域の人びとと共に、医療機関、福祉施設などとの連携を強め、安心して住み続けられるまちづくりをすすめます
- 一. 学問の自由を尊重し、学術・文化の発展に努め、地域と共に歩む人間性豊かな専門職を育成します
- 一. 科学的で民主的な管理と運営を貫き、事業所を守り、医療、介護・福祉従事者の生活の向上と権利の確立をめざします
- 一. 国と企業の責任を明確にし、権利としての社会保障の実現のためにたたかいます
- 一. 人類の生命と健康を破壊する一切の戦争政策に反対し、核兵器をなくし、平和と環境を守ります

●法人理念

- 一視同仁：だれかれなく、わけへだてなく平等に愛する
- 「いのちの平等」をしっかりとふまえ、「無差別・平等の医療」をまもり続けます。

●品質方針

1. 患者・利用者の立場に立ち、経済的条件に配慮して、24時間365日「共同の営み」の医療・介護を友の会・地域の方とともにすすめる。
2. 健康権にもとづく社会保障、地域での健康増進活動に向けて取り組む
3. 医療・介護従事者の研修機能を担い、地域医療を担う後継者養成とチームによる医療・介護を重視する。
4. 職員の育成、BSCの徹底、PDCAサイクルの維持により、サービスの点検・質の向上に継続的に努力する。

在宅生活を中心としたリハビリ季節の行事やレクリエーションを通して、ご利用者様が心豊かな毎日を過ごし、人との交流の中で自分らしく生活していただくことを目標に温かみのあるケアを提供いたします。

●事業所の理念

- ゆっくり、のんびり、たのしく、同じ時間を共有します。

●介護の基本方針

- ・まず同じ目線で同じ時間を過ごすことを心がけています。
- ・職員と利用者→介護者と被介護者という関係が極力ない家族のような関係を目指しています。
- ・モットーは「ゆっくり、のんびり、楽しく」です。

【施設・事業所の特徴的な取組】

QMSを取得しており、品質マネジメントシステムによって、品質管理監督システム作りをしています。よって品質の保持、向上のための手法、規範を常に考えております。

近隣に福祉・医療サービスが充実し互いに連携が取れており、地域包括的なシステムの構築ができています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	有限会社リファレンス
大阪府認証番号	270030
評価実施期間	平成27年7月17日～平成27年12月24日
評価決定年月日	平成27年12月24日
評価調査者（役割）	0501A040（専門職委員） 0501A140（運営管理委員）

【総評】

◆評価機関総合コメント

「ゆったりケアおおとり」「ゆったりケアおおとりとも」は、平成21年12月に開設された介護老人保健施設みみはら併設の認知症対応型デイサービスです。同じ敷地内には同法人のクリニック、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、若年性認知症デイサービス、通所リハビリ、在宅介護支援センター等があります。また、近くには大型ショッピングセンターや駅から徒歩で10分のとても便利な場所にある事業所です。

堺市西区に数件しかない「認知症対応型」の通所事業所なので、行政や地域からの期待も高く、その期待に応えるよう職員が一丸となってサービス向上に努めています。

職員と利用者が家族のような関係になれるよう、利用者とともに「考え・学び・楽しみ・笑いながら、時間を共有」同じ目線で同じ時間を過ごすことを心がけています。

◆特に評価の高い点

●ゆったりしたケア

良好な「なじみの関係づくり」を心がけ、利用者一人ひとりの身体状況や認知症症状に寄り添い、“ゆっくり、のんびり、たのしく”過ごせるような環境作りをしています。介助の際には過剰なケアを避け、その人らしさを大切にした尊厳を支える支援と利用者自身のもつ力を十分に発揮できるように支援しています。

●直営による食事の提供と食事作り

- ・同施設内にある食養科で、病気を治すために食べてもらうのではなく、「楽しんで食べてもらう」ことを心がけ、献立に反映させています。
- ・「行動を共にする」ために、ダイニングでのご飯とお味噌汁の食事づくりや配膳・下膳などを職員と一緒にいき、利用者の気持ち・感情に沿う形で行動を起こしています。

●職員参画による事業所経営

事業目標を設定したBSC（バランス・スコアカード）を作成し、職場会議などで月次の進捗状況を確認し評価を行なっています。また、毎月発行の「事業所内ニュース」で経営実績、数値目標を報告し職員への周知を図っています。

●安心・安全な職場環境

- ・労働組合と協力体制を作り、職場環境の整備に取り組んでいます。
- ・介護・育児休暇、日常の休暇希望も100%実現。その他の福利厚生の実施による職員のリフレッシュに努めています。
- ・職員の腰痛防止用のエアークッション、腰痛ベルトを配布しています。

◆改善を求められる点

●事業計画など事業所の優れた取り組みを地域の方々に伝える工夫

認知症対応型通所事業所の優れた取り組みや事業計画などをパンフレット、機関紙、ホームページなどあらゆる媒体を通じて、積極的に伝えていく取り組みを期待します。

●積極的な地域交流と地域福祉向上のための取り組み

地域の町会や団体、学校の行事などに参加し、地域の一員として地域の方々と交流できる機会を増やすことを期待します。また、認知症の正しい理解に向けた地域住民向けの学習会や啓発活動の取り組みにも期待します。

●苦情相談の窓口の設置

利用者アンケートで「苦情相談の窓口がわからない」という意見がありました。ホームページ、パンフレットなどに、苦情窓口（責任者・連絡先）、苦情解決の方法、公表（解決結果）を掲載するなどの取り組みが望まれます。

●職員（常勤・非常勤）の教育

職員一人ひとりのスキルアップ、業務の効率化が不可欠です。非常勤も参加しやすい教育体制が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様へのサービス提供に関して、非常に高い評価をして頂きありがとうございます。

事業所運営については、非常勤が多い体制の中、法人理念の共有はまだまだな課題と感じましたが、事業所理念については共有できていると安心しました。

地域との連携や、活動への参加は、できる条件があると可能性を感じています。どのように取り組みをしていくかは、今後の課題です。

非常勤の教育は学習会への参加が不十分な為、伝達学習や時間内での技術講習会などを設けていきます。

客観的に評価して頂いたことは、盲点となっている部分の発見に繋がりました。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

評価結果	
I-1 理念・基本方針	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
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)	職員には入職時のオリエンテーションや職員が付けているネームプレートの裏に品質方針を記載したりして、職員への周知を図っています。今後は、利用者や家族へも説明する機会を設け周知を図ることを期待いたします。
評価結果	
I-2 経営状況の把握	
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	
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)	地域の情報交換会や行政の地域包括ケア計画などを通じて地域福祉の状況把握に努めています。事業経営の状況は現状値と目標値を明確にし、その進捗状況については月次報告書、活動計画書で把握・分析しています。
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)	職場会議でBSC目標のための活動計画について話し合いを持ち、改善を図っています。活動計画書には、具体的な活動内容が設定され、到達状況が確認できるようになっています。管理者会議、役責者会議では、月次報告書、活動計画書が報告され、事業経営状況の把握・分析に努めています。月2回の法人財務が行なう管理会議において財務分析を行ない、経営課題の解決や改善に向けての活動計画を立てています。

評価結果

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

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
(コメント)	理念や方針に基づき、法人全体の中長期計画の基本方向が示されています。事業所別では、理念実現に向けた目標を達成するための具体的な改善策を盛り込んだ計画が策定されています。今後は、組織の活性化と人材育成などを盛り込んだ中長期的な視点での計画の策定を期待いたします。	
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)	法人が策定した計画目標に近づけるよう、前年度の実績を踏まえた改善案と重点目標が設定されています。	

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。

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
(コメント)	「経営」「業務」「利用者」「共同」「職員」の視点の事業目標を設定したBSC（バランス・スコアカード）を作成し、職場会議などで月次の進捗状況を確認し評価を行なっています。また、毎月発行される「事業所内ニュース」で事業所の経営実績、数値目標を報告することで職員への周知を図っています。職員アンケートの結果からは、まだ理解が十分でない箇所と推測される部分もあります。職員会議などを通じて、繰り返し理解を深める取り組みを期待いたします。	
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
(コメント)	事業計画の主な内容については家族懇談会で説明したり、ホームページや事業所ニュースの発行など、利用者や家族に理解を深める取り組みを期待します。	

評価結果

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。

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)	ISO9001を認証取得後、品質マネジメントシステムによる持続的・継続的な改善が図られ、品質向上を行う仕組みが定着しています。また、PDCAサイクルを活用した、組織力と介護の質の向上、人材育成に取り組んでいます。	
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
(コメント)	2年に1回、自己評価を行い評価した中身で改善点があれば、全職員に職場会議を通じて周知しています。また、法人のQMS推進委員会が定期的に行なう内部監査を実施しています。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

評価結果	
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	
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) 「責任権限一覧表」には、責任と権限が表記されています。	
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) 法人が設置している「コンプライアンス委員会」で、法令学習会、自主点検表のチェック、同法人内の事業所間で相互監査を行ない、委員会での討議内容が周知される透明性を確保しています。また、労働基準法、労働安全衛生法、就業規則の遵守と、労働者の権利保護についても遵守されています。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	
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) 職場会議での職員意見は活発に行われており、日々の会議の中や年1回の育成面接で、職員の意欲・意向把握に努めています。職員の目標を受け止め、事業所が求める職員の役割やアドバイスを適切にしています。	
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) 職員が異動を希望したり、非常勤から常勤の希望があった場合には、施設内（事業所）で配置転換等を行い働きがいの向上を目指しています。労働安全衛生委員会が中心となって作業方法の改善を図り、働きやすい職場環境を目指しています。	

評価結果

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

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。

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) 短時間の入浴介助の勤務からスタートしている職員が多く、それぞれのスキルや本人の意欲を図りながら他部署への配置を促しています。少しずつ職場に慣れ自信をつけていくことで定着率が高い職場となっています。

Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
-----------	------------------	---

(コメント) 人事考課を行わないので評価と報酬が連動していませんが、労働組合同規約に常勤・パートの服務に関して規定されています。また、労働組合と合意した給与規定は透明性、公平性を基本としています。

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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) 労働安全衛生の向上の観点から、職員の健康管理の実施、福利厚生制度の充実、心のケア研修体制づくり、休暇取得（4週6休以上）の推進などにより、職員が働きやすい環境づくりを行っています。職員からの相談があればその都度対応し、非常勤から常勤希望などの相談にも対応しています。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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) 年に1回上司との育成面接が行われ、職員のワークバランスに配慮した職場環境が提供されています。面接では職員自ら年間の振り返りを行うとともに次年度の目標や意向が記入された『育成表』を作成しています。面接を通じて職員の思いを受け止めながら、コミュニケーションの充実に努め、職員のやる気や働きがいの向上に取り組んでいます。

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) 上半期は所内での学習会を行い、下半期は法人内の役責者が講師となる「法令・制度・法人理念・憲法」に関する研修への参加が義務付けられています。外部研修参加後は研修報告書の提出が義務付けられ、研修内容によっては職場での伝達研修を実施し成果の共有を図っています。	
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
(コメント) 『介護技術評価』が年1回実施され、自己評価と他者評価で課題をみつけ、今後の技術習得の目標としています。ただ、非常勤職員についての研修への参加率が低いようです。勤務調整を行い参加しやすい環境を整備し、全職員の育成の充実につなげることを期待します。	
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。	
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) 研修や実習を受け入れています。事前オリエンテーションで注意事項や実施方法について説明し、実習指導責任者が計画的に学ぶためのプログラムを策定しています。実習の評価は事業所の担当者の実習指導責任者が同席のもと行います。	
評価結果	
II-3 運営の透明性の確保	
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。	
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。	c
(コメント) 公費による福祉サービスを実施する主体としての説明責任を果たすためにも、ホームページや機関誌等で事業計画や決算報告の公開が望まれます。また、施設の役割や特徴など積極的に情報発信していくことが望まれます。	
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) 法人本部を主体とした、社会保険労務士、公認会計士による監査・指導が実施されています。取引業者の評価と管理は事業所管理となっており、取引に関するルールが設けられています。	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

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

(コメント)

年1回開催される「耳原鳳健康まつり」には、利用者の家族や地域住民を招待し、中学校の吹奏楽部や保育所園児による催しや近所の商店の出展などの協力をいただき、利用者と地域住民との交流を持つ取り組みをしています。認知症対応型通所介護についての抵抗感を取り除くためにも、事業所として能動的な情報収集や情報発信を行っていくことが期待されます。

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。

b

(コメント)

ボランティアの受入れにあたり、ホームページ上で募集を行っています。ボランティアによる月2回の俳画、土・月2回の詩吟などが計画されています。ボランティアの受入れにあたっての研修実施の整備がなされていません。ボランティア等への事前説明の仕組みや記録を残すなどの体制づくりが望まれます。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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

(コメント)

多職種との連携を図るために、協力機関や民医連の通所サービスの連絡会などに参加し情報交換に努めています。今後は地域内の関係機関との連携やネットワーク化を図り、地域の問題解決に向けた積極的な取り組みを期待します。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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

(コメント)

施設1Fのスペースを地域の作業所に貸し出し、利用者をおはじめ地域の方も利用される喫茶コーナーがあります。施設隣りにある保育所とは、定期的なイベントなどで交流を図っています。また、「みみはら友の会」やその他団体にも開放し、地域住民の活動拠点を提供しています。今後、事業所が持つ専門性を生かした地域福祉活動に積極的に参加し、一層の地域貢献を率先して推進して行かれることを期待します。

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

(コメント)

施設併設の在宅介護支援センターを中心に地域住民に対する相談と生活、健康、介護に関する情報を発信しています。今後高齢化が進む中で一人暮らしが増え、地域が抱える課題が増えてきます。地域の自治会（民生委員等）や住民との連携を図りながら、住民の福祉に配慮した活動実践を期待します。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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)	<p>カリキュラム通りにサービスを進めるのではなく、事業所のモットーである“ゆっくり、のんびり、楽しく”を心がけ、ご利用者の気持ちに寄り添ったサービスを提供しています。</p> <p>「CS・接遇委員会」「虐待防止委員会」「身体拘束委員会」を施設内に設置し、定期的な見直しと改善を図る体制ができています。</p> <p>職員は接遇や虐待防止などに関して、施設内及び外部等の研修を通じて学んでいます。接遇では『マナーチェック表』で年1回自己評価を行ない、管理者が確認・指導する仕組みができています。</p>	
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)	<p>各マニュアルに利用者のプライバシー保護に関する規程が設けられ、職員及び利用者に周知されています。また、拘束・虐待の概念を職員間で統一するためにその都度指導したり、学習会やカンファレンスで具体的に事例を説明しながら指導しています。</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。		
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)	<p>事業所の概要やサービス内容はホームページやパンフレットで広く情報を提供し、見学や無料体験も常に受入れています。毎月発行している機関誌『ゆったりニュース』には、行事やレクリエーションの様子を掲載し、家族に郵送してご覧いただいています。</p>	
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)	<p>サービス開始時にはご来所いただくか、利用者宅を訪問し、契約書・重要事項説明書を時間をかけて口頭で説明しています。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>利用者への福祉サービスの継続性を損なわないために、引き継ぎや申送りの手順、文書の内容を定めておく必要があります。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。	
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上向上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)	年3回の利用者懇談会などで、制度の説明や個別の相談に乗っています。利用者の満足度調査を年に1回実施し結果を取りまとめ、ご意見に対して業務・環境の見直しと改善を行い利用者満足の上向上に努めています。また、結果については利用者家族に郵送にて報告しています。
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。	
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
(コメント)	苦情解決制度については、サービス利用契約時の説明する中で、相談支援員、投書箱の設置、事業所以外の苦情相談窓口として、行政機関の連絡先を重要事項説明書で明記、説明しています。 法人本部にCS委員会が設置され、年1回の利用者調査により意見・要望・苦情などの把握に努め、改善に向け取り組んでいます。 今後、苦情およびその解決結果については、個人情報に関するものや利用者が拒否した場合を除き公表していくことが望まれます。
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)	連絡帳にはデイでの様子（バイタル・活動内容・献立）や家庭での生活状態が記載できる記入欄を設け、事業所と家族が相互に記入して連携を図っています。家族からの要望があった際には、必ず返答するようにしています。 利用者アンケートの『職員に相談したいときは、いつでも相談できる』では、87.3%の高い評価となっています。
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)	『クレーム報告書 所内運用マニュアル』が整備されています。 日常の関わりの中で寄せられた個別の不満・不安の声は、その都度『クレーム報告書』に記入し、検証を行っています。問題があれば申し送りや『スタッフノート』で職員にフィードバックし、改善策を立ててもらい不適切なケアの是正に取り組んでいます。

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。		
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)	法人の安全管理規定に基づいて、結果として事故に至らなかった事例や事故についてヒヤリハット報告書を提出し、その日のうちにカンファレンスにて再発防止の対応策について検討し、予防処置の立案がなされています。出勤時には必ず報告書に目を通し、確認チェックするように徹底しています。安全衛生委員が定期的に施設内を巡視し、設備や機器の汚れ・破損を写真付きで報告し、部署別に対処・検討がなされています。委員による再確認日も設定されていますので、改善・再発防止の実施が適切に講じられています。	
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、食中毒の発生及びまん延防止を効果的に推進するための「感染症対策委員会」が設置されています。委員会の定める年間計画に基づいて全職員対象の感染対策研修が設けられています。職員、利用者の手洗い・うがいを徹底し、未然に感染を防ぐ対応をしています。日々の具体的な予防策として、「消毒・手洗い」「サーベイランス」「廃棄物の分別」「感染経路別（褥瘡・ノロ・インフルエンザ・RS・O157・レジオネラ・結核・MRSA・食中毒）」などの蔓延防止マニュアルに則った予防・対応を実践しています。マニュアルは感染時期に部署別に配布されています。	
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
(コメント)	火災、停電、地震、断水の災害時対策規定が設けられ、災害時の職員連絡網を用意しています。災害発生時の「要援護者名簿」を作成したり、必要な物品名や保管場所等をリストアップし職員間で共有する等、事業の継続、早期復旧を可能とするための『事業継続計画(BCP：Business Continuity Plan)』などの策定に向けた取り組みに期待いたします。	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	契約書の条文通り、サービスの提供に関する記録は、終了後2年間は保管し、記録の閲覧、謄写を求めた場合には原則応じています。	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	—
(コメント)		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

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)	福祉サービスのマネジメント業務、援助技術に関する標準的な実施方法が文書化されています。 A勤（リーダー）、B勤（レクリエーション）、C勤（入浴介助）、D勤（補佐・入浴誘導）、E勤（補佐）の勤務体制が取られ、それぞれの業務マニュアルが整備され、それに沿って支援されています。	
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)	品質マネジメントシステムが定着しており、法人本部のQMS（品質マネジメント）推進委員会が行なう内部監査で、持続的・継続的な品質の改善を図っています。 PDCAサイクルを継続的に実施し、課題の明確化、改善策や改善計画の検討・実施が行われています。	

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。

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)	運営業務の流れ（業務フロー）が文書化され、『通所介護計画書』の策定に関する体制が確立しています。医師、看護、相談員、介護、栄養管理士、リハビリ技師の担当者がアセスメントを行い、利用者・家族の希望に応じた個別支援計画の作成により、満足いただけるサービスの提供に努めています。	
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)	利用者一人ひとりの『通所介護計画書』が作成されています。これに基づいて個別の機能訓練が実施されており、おおむね3か月ごとに達成度の評価を行い、必要に応じてプログラムの変更も行っています。	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	ご本人や家族の意見を参考に、解決すべき課題に向けた長期・短期の目標を掲げ、目標に向けたサービス内容と具体的な対応策が計画として立てられています。 身体状況に変化があった場合は、医師・看護師の指示のもとに多職種と連携し、利用者や家族には状況報告や方針を説明し、同意を得て新たな計画変更を行っています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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)	利用者に関するケース記録は、介護ソフトを使用しパソコン内に記録しています。職員間での業務引き継ぎも『申し送りノート』に記入し、情報の共有を図っています。	
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)	「個人情報保護計画」が策定され、実施、評価、改善を行うとともに、職員はこの規定に従って個人情報の保護に努めています。	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	身体拘束ゼロ宣言を行っています。「ゆったりケアおとり」では、身体拘束は一切行っておりません。身体拘束廃止のための指針が定められ、身体拘束廃止マニュアルを作成するとともに、身体拘束廃止の強化充実を図っています。職員研修は年に1回以上、必要に応じて外部研修に参加しています。	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	—
(コメント)		
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	“起きていただく工夫、休んでいただく工夫”を散歩であったり、作業レクリエーションやおやつレクリエーションを通して、利用者の意欲に結びつけるための取り組みができています。	

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-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)	<p>デイルームが2つあり、ゆっくりしたペースで過ごしたい方は「ゆったりケアおひとり」を利用され、アクティブに過ごしたい方は「ゆったりケアおひとりとも」で活動しています。</p> <p>利用者一人ひとりの身体状況や認知症の症状に寄り添い、本人のできること・やりたいことに応じた活動内容を提供しています。少人数で行えるテーブルレクリエーション（脳トレ、はり絵、塗り絵、折り紙）集団で行う体操など、利用者同士の自主的な交流もあり、和やかに過ごす様子が見られます。</p> <p>散歩以外では、だんじり見学、紅葉ドライブ、初詣、梅見、花見などの季節に応じた外出行事が計画されています。</p>	
A-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)	<p>職員と利用者が家族のような関係になれるよう、利用者と同じ目線で同じ時間を過ごすことを心がけ、個々の特性に応じたコミュニケーションを図っています。</p> <p>また、明るく和やかな雰囲気の中で支援が行われており、訪問時にも利用者のペースを大事にしながらか対応にあたっている場面が随所に見られます。</p> <p>事業所では、マナーチェック表（勤怠・身だしなみ・言葉づかい・気配り・環境・その他）を4段階で自己評価し、利用者への言葉づかいや気配りが出来ているか確認するようにしています。</p>	

A-2 身体介護

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
(コメント)	<p>心身の状況に応じた入浴を実施しています。入浴前にはバイタルのチェックを行い、入浴中は全身に湿疹や傷がないか確認をし、失禁、便付着の有無、入浴時の様子を『入浴ノート』に記載して職員間で情報共有を図り、入浴支援に取り組んでいます。</p> <p>利用者の安全確保・事故防止対策として、浴室および入浴機器の点検を1ヶ月に1回入浴委員が点検をしています。</p> <p>季節湯（しょうが湯、みかん湯、ゆず湯）が利用者に好評です。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>利用者の自尊心を傷つけないよう配慮しながらトイレに誘導しています。</p> <p>職員は、利用者の排泄に関するパターンを把握し、適切な介助が行われるよう、『排泄マニュアル』に沿った介助・支援をしています。</p>	
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
(コメント)	<p>バリアフリーのデイルームと家庭に近い上り框のあるデイルームに分かれていて、利用者の状態や家庭環境に合わせて利用できるように整備されています。</p> <p>福祉用具は不備がないか点検を行い、安全に使用できるようにしています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>『褥瘡対策指針』が定められ、褥瘡対策マニュアルが作成されています。</p> <p>入浴時に全身皮膚の状態を観察するとともに、皮膚の清潔保持に努めています。</p> <p>小さな傷を発見した場合は、看護師に連絡して処置を行い、連絡ノートで家族へ報告をしています。</p>	

評価結果		
A-3 食生活		
A-3-①	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)	毎日、ご飯とお味噌汁だけは職員と利用者が一緒に作っています。利用者がお味噌汁の味見をしたり、テーブルに箸をおいたり、味噌汁を盛りつけたりと自分の仕事としています。下膳し食器洗いや皿を拭いて食器棚にしまうなど、自らの役割として参加しています。	
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。	a
(コメント)	『食事介助マニュアル』が作成され、摂食嚥下障害の方の食事の準備や観察方法、口腔ケアや摂食時の注意などの対応をしています。利用者の嚥下能力に合わせた食事の形態（常食、大きざみ、小ぎざみ、嚥下食、ソフト食）が用意されています。毎食残量チェックを行い、個々の状態に合わせた食事提供を行うことで、同時に栄養管理も行えるよう取り組んでいます。	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	誤嚥予防の取り組みとして昼食前に口腔体操（リラクゼーションストレッチ・早口言葉）を実施し、口腔の機能の維持を図っています。口腔ケアの重要性を認識し、歯磨きやうがいを促し、必要な方には介助しています。	

評価結果		
A-4 認知症ケア		
A-4-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	利用者の家庭生活との連続性に配慮したケアプランを作成するとともに、そのケアプランに基づくサービスを提供する取り組みを行っています。日中の活動内容については、『連絡ノート』で家族と連携を図り、家庭での生活状況の把握に努めています。職員会議では、利用者ごとの困難事案について職場会議等で話し合い、利用者一人ひとりがその人らしく、安心して過ごせるよう支援しています。認知症ケアに関しての知識を深めるために、「認知症介護実践者研修」への参加や、コミュニケーション技法としてユマニチュードの学習会を実施するなど、職員の専門性の向上に努めています。	
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
(コメント)	デイルームのお部屋が2つあり、それぞれ活動が違っていても音や声が気になるようなことがなく、利用者が落ち着いて過ごせるような環境作りができています。徘徊がある方にはその都度、次の予定を声かけし、レクリエーションなどへの参加を促し、集団が苦手な方へはフリー業務担当スタッフが対応し、散歩や会話、個別の作業レクリエーションの活動で過ごし、見守っています。	

評価結果		
A-5 機能訓練、介護予防		
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
(コメント)	生活リハビリを中心に、個々に応じたコミュニケーションを図り、ご自身が過ごしやすいように時間を過ごせる環境づくりを心がけています。健康維持や身体機能の低下防止を目的とした棒体操や転倒予防体操に取り組んでいます。	

評価結果		
A-6 健康管理、衛生管理		
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
(コメント)	施設に到着後にバイタルチェックを行い、そこでの異変に気づいた場合は、看護師に連絡し状態の把握に努め、診察が必要な状態なら家族への連絡、併設クリニックへ受診依頼を行なっています。服薬管理は、連絡バッグに入れてある服薬を配薬箱で預かり、日報の投薬有無欄に○をつけます。配薬後は配薬表に配薬した職員が印鑑を押印し、飲み忘れなどの服薬のミス防止に細心の注意を払っています。	
A-6-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	『食品管理マニュアル』『食中毒予防マニュアル』に沿った運用がなされています。ご飯とお味噌汁を作るため職員や利用者は、手指衛生の徹底、感染症対策も十分にされており、蔓延防止マニュアルに沿った予防対策を実践し発生予防に努めています。担当者が毎日、冷蔵庫内の温度確認（10度以下）をし、冷蔵庫ドアのボードに食材の品名・数量・保管を始めた日を記録しています。調理された食品に関しては、1時間経過した時点で廃棄するなど食中毒の発生を防ぐ予防が実施されています。	

評価結果		
A-7 建物・設備		
A-7-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	決められた場所や設備を点検者が月1回点検するよう決められています。職場会議では、設備・備品の要望も出され、法人の計画の範囲内で施設整備も含めて備品購入などの要望が活かせるようになっていきます。	
評価結果		
A-8 家族との連携		
A-8-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a -
(コメント)	カンファレンス、ケアプランの更新時や通所介護計画の説明時など、面会の機会を通じて日頃の様子を伝えたり、利用者の希望など家族との連携を大切に保ちながら利用者を支援しています。利用者の日常の様子は「連絡ノート」を使い、事業所と家族が相互に記入して連携しています。また、必要に応じて電話などで情報を共有したり相談に応じるなど、家族との連携に努めています。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	利用者及び利用者家族・代理人（老健・デイケア・デイサービス）
調査対象者数	利用者 55人 / 家族・代理人 61人
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

老健施設みみはら、通所リハビリ、認知症対応型デイサービスを利用されている方、家族・代理人を対象にアンケート調査を行いました。
 配付は241件（老健74件、デイケア130件、デイサービス37件）回収は116件ありました。
 （回収率 48.1%）

▼特に満足度の高い項目（利用者）

「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」94.5%
 「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。」94.5%
 「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。」87.3%
 「食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。」83.6%

▼特に満足度の高い項目（家族・代理人）

「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。」95.1%
 「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。」95.1%
 「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」95.1%
 「職員は、家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。」93.4%
 「サービス開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。」93.4%
 「サービス実施計画が作成される際に、ご利用者及び家族の意見や希望を聞いてくれましたか。」93.4%
 「ご利用者の心身の状況等について、連絡帳・電話により家族との情報交換を行ってくれますか。」91.8%

▼満足度の低い項目（利用者）

「あなたが望めば、地域の活動に参加することが可能ですか。」34.5%

▼満足度の低い項目（家族・代理人）

「苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。」42.6%