

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：(社福)熊本市社会福祉事業団 (施設名) 秋津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：理事長 永目 工嗣 (管理者) 東郷 昭子	開設年月日： 1995年6月3日
設置主体：(社福)熊本市社会福祉事業団 経営主体：(社福)熊本市社会福祉事業団	定員：38名 (利用人数)
所在地：〒861-2104 熊本市東区秋津3丁目17-17	
連絡先電話番号：096-367-5454	FAX番号：096-367-5530
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)	季節行事(こいのぼり・母の日・父の日・新春・豆まき・ひな祭り)・機能訓練（お花見外出・買い物・初詣・グループ別機能訓練等）・納涼夏まつり・敬老祝賀会・運動会・クリスマス会・忘年会・地域交流(秋津小学校からの来訪および出張型の福祉体験講座)
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・トイレ(男女別・多目的トイレ)・浴室(大浴槽・個人浴槽・椅子式特殊浴槽)および脱衣室・相談室・休養室・厨房室・事務室	送迎車両5台・機能訓練系機器(昇降階段・平行棒・プーリー・リカンベントバイク・エクササイズステップ・メドマー・電気マッサージ器)・通信制カラオケ・車椅子・歩行器・シルバーカー・一本杖

2 施設・事業所の特徴的な取組

<ul style="list-style-type: none"> ・太陽の光がふりそそぐ南向きの明るいデイルームからは、ご利用者や職員の笑い声と歌声で賑やか。 ・明るく元気な個性あふれる職員が多く、職員間の連携が良い。 ・ご利用者のサービス内容やニーズ変化に沿って、短時間対応その他柔軟に対応可能。 ・機能訓練体制として、理学療法士2名・看護職員3名の配置で、個別と集団のミックスで生活動作に即した実践に結びつくようなグループ別機能訓練や脳トレ体操を提供。 ・入浴体制として、機械浴槽・大浴槽・個人浴槽の3種類を設置しており、身体状況に応じて柔軟に対応が可能。 ・介護職員における介護福祉士の配置率が70%以上確保(実質80%以上)。 ・また、介護職員のうち勤務年数10年以上の者が4割以上を占めていることから、働きやすい職場環境として貢献できている。 ・認知症加算を取得しており、認知症実践者研修修了者が5名で、地域包括センターおよび居宅介護支援事業所から高い専門性のケアに対しての高評価あり。 ・経験豊富な職員が多く、生活課題を抱えたご利用者への細やかな対応の積み重ねが出来ている。
--

3 評価結果総評

◆特に評価の高い点

*経営状況の把握と具体的な取組

法人内の居宅介護事業所・東部ヘルパー事業所や、地域包括支援センターとの連携や自治会・民生委員との協力、また地域ケア会議や通所系事業所会議等で福祉ニーズの把握を行っている。毎月の事業実績は、事業計画の数値目標と比較・分析し、職員会議で報告し経営状況を職員間で共有している。

利用者の身体機能や生活機能の維持向上のため、機能訓練や認知症ケアに重点を置いた取組を実施している。リハビリ用マシンの増設や、認知症ケア研修の充実を図り、利用者と家族のニーズに沿って、在宅生活が継続できるよう支援し、利用者確保に努めている。

*職員の就業状況への配慮

有給休暇の取得状況や、時間外労働のデータを把握し、リフレッシュ休暇対象者には取得を推進している。職員の要望に沿った働き方が出来るようにワーク・ライフ・バランスに配慮しており、職員自己評価には、「働きやすい」との声が多く見られた。職員の意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。

*地域交流と地域貢献

小学生の見学を受入れたり、職員が小学校に出向いて「福祉体験講座」を開催し、子ども達が車いす駆動を体験したり、視覚障がい体験をする機会を作り、福祉への関心を高める取組を行っている。また、職員が介護サロンに出向き、健康体操や脳トレ等のゲーム、血圧測定などを行っている。地域住民を対象に日曜講座を開催して、日常生活に役立つ身体・生活機能維持・向上のための運動や、体操・ヨガなどを紹介し、職員が持つ専門的な知識・ノウハウを提供して地域に還元している。

*機能訓練と介護予防

理学療法士2名を含む5名の機能訓練指導員を配置し、機能訓練・介護予防に取り組んでいる。理学療法士は、利用者の心身の状況に合わせた個別機能訓練計画を作成し、訓練を実施して、評価・見直しを行っている。脳活性化メニューや多様なゲーム、体操などに加え、ドライヤーかけ、シートベルトの着脱、買い物と支払い、調理など、日常生活の動作訓練も大切に、身体機能・生活機能の維持向上を支援している。

◆改善を求められる点

*苦情解決の仕組みの確立

苦情・相談・事故対応マニュアルを整備し、苦情相談窓口責任者を管理者として重要事項説明書に明示して利用者・家族に説明している。苦情処理体制と手順は、事業所の玄関に掲示している。しかし、第三者委員の設置は見られなかった。

苦情解決の体制については、苦情解決責任者、苦情受付者の設置に加え、第三者委員の設置が求められている。苦情解決の密室性を排除し、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために第三者委員を設置することが求められる。

4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

この度は、福祉サービス第三者評価を受審出来ましたこと誠に感謝申し上げます。当事業所の提供するサービスの内容や質について、専門的かつ客観的なお立場から評価をいただくことができました。

この評価結果は、事業所の運営姿勢やご利用者主体で質の高い福祉サービスを提供できているかが問われ、地域に向けても開かれた運営を行うための様々な課題を明確にさせていただき、今後の運営を組織的に行う上で客観的指標となりました。

これまでも「ご利用者のために」の視点を忘れず取り組んでまいりましたが、評価の高い点については今後も益々推進し、改善を求められる点については真摯に受け止め、組織内協議を図りながらサービスの質の向上につながるよう、さらなる改善に向け努力していきます。

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	特定非営利活動法人 ワークショップ「いふ」
所 在 地	熊本市中央区 水前寺3-15-1-1001
評価実施期間	2021年12月10日～ 2022年5月5日
評価調査者番号	① 06-032
	② 09-002
	③ 13-007

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称：(社福)熊本市社会福祉事業団 (施設名) 秋津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：理事長 永目 工嗣 (管理者) 東郷 昭子	開設年月日： 1995年6月3日
設置主体：(社福)熊本市社会福祉事業団 経営主体：(社福)熊本市社会福祉事業団	定員：38名 (利用人数)
所在地：〒861-2104 熊本市東区秋津3丁目17-17	
連絡先電話番号：096-367-5454	FAX番号：096-367-5530
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)	季節行事(こいのぼり・母の日・父の日・新春・豆まき・ひな祭り)・機能訓練(お花見外出・買い物・初詣・グループ別機能訓練等)・納涼夏まつり・敬老祝賀会・運動会・クリスマス会・忘年会・地域交流(秋津小学校からの来訪および出張型の福祉体験講座)
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・トイレ(男女別・多目的トイレ)・浴室(大浴槽・個人浴槽・椅子式特殊浴槽)および脱衣室・相談室・休養室・厨房室・事務室	送迎車両5台・機能訓練系機器(昇降階段・平行棒・プーリー・リカンベントバイク・エクササイズステップ・メドマー・電気マッサージ器)・通信制カラオケ・車椅子・歩行器・シルバーカー・一本杖

職員の配置					
職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
管理者	1		看護師	1	
生活相談員	1		准看護師	2	
看護職員	3		理学療法士	2	
機能訓練指導員	1		社会福祉士	1	1
介護職員	5	2	介護福祉士	7	2
事務員	2		社会福祉主事	1	
厨房職員		4	介護支援専門員	1	
			認知症実践者研修修了	5	
			認知症介護基礎研修修了	1	
			介護職員初任者研修&実務者研修修了	1	
			福祉用具専門相談員	1	
合 計	13	6	合 計	23	3

※ 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

- ・ご利用者の意志および人格を尊重し、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・地域との結びつきを重視し、関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- ・ご利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止または介護予防に資するよう目標設定し、計画的に行い、サービスの質の評価を行い、常にその改善が図られるように努めます。

基本方針

1. 利用者本位のサービスの提供

法人及び施設の運営にあたっては、職員一人ひとりが常日頃から利用者のニーズに沿いつつ、真に利用者の自立につながる支援とサービスの向上に努めます。

2. 地域包括ケアへの貢献

法人が運営するそれぞれの施設や事業所においては、その属する地域において住民から信頼されるサービスを提供し、他の担い手と連携して必要な人に必要な支援を行う地域包括ケアの一翼を担っていきます。

3. 公益的役割の自覚

社会福祉法人として公益的役割を自覚し、コンプライアンスを徹底し、地域社会から信頼される法人運営を行います。また法人の有する資源（施設、人材、資金等）や情報を生かして、積極的に地域貢献事業に取り組みます。

3 施設・事業所の特徴的な取組

- ・太陽の光がふりそそぐ南向きの明るいダイルームからは、ご利用者や職員の笑い声と歌声で賑やか。
- ・明るく元気な個性あふれる職員が多く、職員間の連携が良い。
- ・ご利用者のサービス内容やニーズ変化に沿って、短時間対応その他柔軟に対応可能。
- ・機能訓練体制として、理学療法士2名・看護職員3名の配置で、個別と集団のミックスで生活動作に即した実践に結びつくようなグループ別機能訓練や脳トレ体操を提供。
- ・入浴体制として、機械浴槽・大浴槽・個人浴槽の3種類を設置しており、身体状況に応じて柔軟に対応が可能。
- ・介護職員における介護福祉士の配置率が70%以上確保(実質80%以上)。
- ・また、介護職員のうち勤務年数10年以上の者が4割以上を占めていることから、働きやすい職場環境として貢献できている。
- ・認知症加算を取得しており、認知症実践者研修修了者が5名で、地域包括センターおよび居宅介護支援事業所から高い専門性のケアに対しての高評価あり。
- ・経験豊富な職員が多く、生活課題を抱えたご利用者への細やかな対応の積み重ねが出来ている。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2021年 12月 10日 (契約日) ～ 2022年 5月 5日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	回 (年度)

5 評価結果総評

◆特に評価の高い点

*経営状況の把握と具体的な取組

法人内の居宅介護事業所・東部ヘルパー事業所や、地域包括支援センターとの連携や自治会・民生委員との協力、また地域ケア会議や通所系事業所会議等で福祉ニーズの把握を行っている。毎月の事業実績は、事業計画の数値目標と比較・分析し、職員会議で報告し経営状況を職員間で共有している。

利用者の身体機能や生活機能の維持向上のため、機能訓練や認知症ケアに重点を置いた取組を実施している。リハビリ用マシンの増設や、認知症ケア研修の充実を図り、利用者と家族のニーズに沿って、在宅生活が継続できるよう支援し、利用者確保に努めている。

*職員の就業状況への配慮

有給休暇の取得状況や、時間外労働のデータを把握し、リフレッシュ休暇対象者には取得を推進している。職員の要望に沿った働き方が出来るようにワーク・ライフ・バランスに配慮しており、職員自己評価には、「働きやすい」との声が多く見られた。職員の意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

*** 地域交流と地域貢献**

小学生の見学を受入れたり、職員が小学校に出向いて「福祉体験講座」を開催し、子ども達が車いす駆動を体験したり、視覚障がいの体験をする機会を作り、福祉への関心を高める取組を行っている。また、職員が介護サロンに出向き、健康体操や脳トレ等のゲーム、血圧測定などを行っている。地域住民を対象に日曜講座を開催して、日常生活に役立つ身体・生活機能維持・向上のための運動や、体操・ヨガなどを紹介し、職員が持つ専門的な知識・ノウハウを提供して地域に還元している。

*** 機能訓練と介護予防**

理学療法士2名を含む5名の機能訓練指導員を配置し、機能訓練・介護予防に取り組んでいる。理学療法士は、利用者の心身の状況に合わせた個別機能訓練計画を作成し、訓練を実施して、評価・見直しを行っている。脳活性化メニューや多様なゲーム、体操などに加え、ドライバーかけ、シートベルトの着脱、買い物と支払い、調理など、日常生活の動作訓練も大切に、身体機能・生活機能の維持向上を支援している。

◆改善を求められる点

*** 苦情解決の仕組みの確立**

苦情・相談・事故対応マニュアルを整備し、苦情相談窓口責任者を管理者として重要事項説明書に明示して利用者・家族に説明している。苦情処理体制と手順は、事業所の玄関に掲示している。しかし、第三者委員の設置は見られなかった。

苦情解決の体制については、苦情解決責任者、苦情受付者の設置に加え、第三者委員の設置が求められている。苦情解決の密室性を排除し、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために第三者委員を設置することが求められる。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

この度は、福祉サービス第三者評価を受審出来ましたこと誠に感謝申し上げます。当事業所の提供するサービスの内容や質について、専門的かつ客観的なお立場から評価をいただくことができました。

この評価結果は、事業所の運営姿勢やご利用者主体で質の高い福祉サービスを提供できているかが問われ、地域に向けても開かれた運営を行うための様々な課題を明確にさせていただき、今後の運営を組織的に行う上で客観的指標となりました。

これまでも「ご利用者のために」の視点を忘れず取り組んでまいりましたが、評価の高い点については今後も益々推進し、改善を求められる点については真摯に受け止め、組織内協議を図りながらサービスの質の向上につながるよう、さらなる改善に向け努力していきます。

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 家族・保護者	37	
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。

<共通評価基準>

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。	a・⑥・c
<p><コメント></p> <p>理念は、通所介護事業所の特性を踏まえ目指す方向、考え方を読み取ることができる3つの文章で明確にされている。しかし、職員による自己評価では、法人の理念や、「私たちの心がけ5ヶ条」を理念として捉えている職員が複数見られ、当通所介護事業所で文書化されている理念の浸透が十分ではないように伺えた。理念について会議や研修会で説明し、職員の理解を深めて日々の行動規範となるような取組が望まれる。また、理念は、ホームページや広報誌等の広報媒体に掲載し、広く利用者や地域の人々へ周知し、当事業所に対する安心や信頼に繋げるための取組も期待したい。</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。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉事業全体の動向については、熊本県や熊本市からの情報に加え、同法人内の居宅介護支援事業所やヘルパー事業所、更に地域包括支援センター、民生委員等から情報を得、地域における福祉ニーズを把握して分析している。</p> <p>月ごとに、一日の利用者数、稼働率、労働生産性、利益率等を把握し、事業計画の数値目標と比較・分析している。また、利用予定者の突然の欠席理由や、利用契約が終了となった理由なども把握して分析している。このようなデータや情報は、毎月開催される職員会議で報告され、全職員で共有している。</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。	④・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者家族の中には、認知症の利用者を在宅で介護することが困難となりショートステイの利用や、入所施設・有料老人ホームへの入居を希望する家族もいるが、当事業所は、ショートステイ事業は行っておらず対応できない課題もある。そこで、利用者の要介護状態の軽減や悪化防止に重点を置き、在宅生活が継続出来るような支援を目指している。そのため、機能訓練指導員5名を配置して機能訓練に力を入れ、利用者確保に取り組んでいる。加えて、次年度は、機能訓練用マシン・トランポリン等の機器を充実して、利用者の介護度維持・改善のための支援を強化し、在宅での生活が更に継続できるように積極的な取り組みを行っている。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>2019年度～2023年度を見据えた中・長期事業計画及び経営計画数値目標が策定されている。中・長期計画に示された「取組目標」は具体的な内容で明文化されているが、具体的な成果等の目標設定は見られなかった。具体的な成果目標を設定し、定期的実施状況の評価、進捗状況の把握が可能となる中・長期計画になることが望まれる。</p>		
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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>2021年度の事業計画は、実現可能で具体的な内容となっており、数値目標の設定で、実施状況の評価が行える内容となっている。しかし、中・長期計画には、具体的な成果目標が明示されていないため、単年度の計画が、中・長期計画の成果目標に沿った目標となっているか確認することは出来なかった。中・長期計画に沿った目標設定が望まれる。</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・c
<p><コメント></p> <p>職員会議で前年度の実績を振り返り、機能訓練・食事・支援の在り方など、具体的な内容について職員の意見を取り入れ、管理者が策定している。策定された事業計画は、職員会議で説明し、全員へ周知を図っている。</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>行事やレクレーション・機能訓練等、具体的なサービスに関わる内容については、利用者や家族に口頭や絡帳等で伝えている。しかし、事業計画についての利用者等への周知は十分とは見られなかった。事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法で、利用者や家族等に説明することが望まれる。</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>福祉サービスに関わる職員として必要な様々な知識等についての職員研修を行い、職員の質の向上を図っている。</p> <p>事業計画に利用者満足度の数値目標を設定し、毎年2回、利用者アンケートを実施し、結果を分析して課題改善に向けた取組を実施することとしているが、今年度の分析はこれからとなっている。</p> <p>今後は、アンケートや、第三者評価や自己評価で把握された課題について、改善計画を策定し、質の向上に向けた取組が、組織的に実施され、継続されることが望まれる。</p>		

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。	a・⑥・c
<p><コメント> 内部研修で、人権擁護に関するチェックリストを配布し、自主点検を実施しているが、その結果の振り返り等が十分とは見られなかった。実施した結果から改善点を把握し、計画的に取り組むことが望まれる。</p>		

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。	a・⑥・c
<p><コメント> 管理者は、職員が日頃から明るく元気な姿で利用者に接し、利用者と家族からの信頼が得られるように努めるよう指導している。 管理者の役割は、課業一覧表や、役割分担表にその他の職員と一緒に記載されている。管理者は、自らの役割と責任を含む職務分掌について文書化するとともに、会議や研修において表明し周知することが求められる。また、災害や事故等における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め、明確化することが望まれる。</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。	④・b・c
<p><コメント> 組織の一員として、また、管理者の立場として社会のルールを守り、経営に関する研修や勉強会に参加して研鑽に努めている。年度初めの職員会議では、職務規程や安心安全な送迎等について確認している。また、ハラスメント対策研修・プライバシー保護・リスクマネジメント・コンプライアンス等について研修を実施し、職員の法令遵守への意識醸成を図っている。</p>		
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。	④・b・c
<p><コメント> 利用者が自立した在宅生活を送れるように、事業計画に介護度維持・改善の数値目標を設定している。機能訓練の強化を目指し、機能訓練やレクリエーション等に関する職員研修の充実を図り、職員全体が関わってサービスの質が向上するよう指導力を発揮している。</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。	④・b・c
<p><コメント> 2020年度から法人が開始した「業務改善大賞」に、管理者を中心としてコア業務と周辺業務におけるムリ・ムラ・ムダの3Mの削減を目指し、業務の廃止・重複書類の見直し・時間管理・役割見直し等の視点から、改善案を策定し応募している。その結果、第一回目の大賞を受賞している。管理者は、職員会議等を通して、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて職員の意識を形成するために指導力を発揮している。</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・c
<p><コメント></p> <p>福祉人材の確保・定着等に関する計画は法人本部で行われ、事業所では、配属された人材についての育成が実施されている。介護職における介護福祉士の配置率・認知症実践者研修修了者数・機能訓練等、事業計画に目標を明記して育成に努めている。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理は、法人本部において人事管理規程に基づいて実施されており、プロパー職員は、一定の基準に基づき、職務に関する成果や貢献度を評価している。法人の示す「心がけ5か条」について、一部の職員は理解しているが、全職員への浸透は十分とは見られなかった。「期待する職員像等」を明確にして、育成されることが望まれる。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>職員の要望に沿った働き方が出来るようにワーク・ライフ・バランスに配慮している。有給休暇の取得状況や、時間外労働のデータを確認し、職員の就業状況を把握している。リフレッシュ休暇対象者には、取得を推進している。職員自己評価には、「働きやすい」との声が多く見られた。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>年度初めに、職員一人ひとりの年度目標を設定し、上司による中間面接を行い、進捗状況の確認を行って、目標に達成できるよう支援する目標管理が実施されている。</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・c
<p><コメント></p> <p>毎年度、全職員を対象とした内部研修が、サービスの質の向上を目指して計画され、毎月実施されている。事務職員や調理担当職員等、職種を問わず研修に参加しており、事業所に必要とされるサービス内容や質の向上への効果が見られている。</p> <p>認知症対応スキルの向上や維持、機能訓練の強化等を事業計画に示しており、研修が実施されている。</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・c
<p><コメント></p> <p>外部研修に関する情報提供を行い、職種別研修、テーマ別研修等、職員の職務に必要なとする知識やスキル等が得られるような支援体制がある。感染症対策研修会・認知症介護実践者研修・社会福祉法人役員向け会計研修・県ヘルパー協議会研修会等、職員一人ひとりが教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>教員養成や、高校生の福祉体験等の実績はあるが、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に係る実習実績は見られなかった。</p> <p>実習生等の福祉サービスの専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備し、専門職種の特性に配慮したプログラム等の整備が望まれる。また、指導者に対する研修の実施も期待したい。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>ホームページや広報誌を活用して事業所のサービス内容や、地域との交流・地域貢献などの情報が公開されている。</p> <p>今後は、事業所の理念・事業計画・事業報告や、予算・決算等の情報公開も期待したい。また、第三者評価受審の結果や、苦情や相談の体制等についての公表も期待したい。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>熊本市社会福祉事業団経理規程を整備している。毎年2回、法人本部による内部監査が実施され、指摘事項等の記載もある。また、法人の監事による定期監査も実施されている。今後は、外部の専門家による監査の実施も期待したい。</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>理念・基本方針の一つに「地域との結びつきを重視し、関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます」と明示している。夏祭り、餅つき行事、近隣の小学校や保育園との交流など、地域との交流を広げる取組が行われている。民生委員と連携し、利用者の買い物支援や地域サロンへの参加支援など、地域の活動や社会資源を活用して、利用者の活動範囲を広げ、生活を楽しむ取組も行われている。現在は新型コロナウイルス感染防止のため行事など一部制限されている。</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>コロナ禍以前は、ボランティア登録やボランティア活動に対する事前説明を行い、バンド演奏・歌やお芝居、民生委員等のボランティア受入れや、地域の学校教育への協力を積極的に行っていた。しかし、ボランティア等の受入れに関する基本姿勢の明文化やマニュアルの整備は見られなかった。</p> <p>基本姿勢を明文化したマニュアルの整備が望まれる。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>秋津デイサービスセンターに併設している秋津居宅介護支援事業所・東部ヘルパー事業所や、地域包括支援センター等との連絡、連携は適切に行われている。職員は、地域の自治会や民協例会に参加しており、民生委員や自治会の協力も得られる関係が出来ている。現在コロナ禍のため、各種地域の会議や会合は一部制限されているが、地域ケア会議や通所系事業所会議がオンラインで開催される際は参加している。</p> <p>関係機関や団体等の連絡方法を明確にした社会資源のリストは整備されている。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は、地域ケア会議に出席し、在宅の要介護者や介護家族が抱えている課題や、介護支援専門員等から情報を得て、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、職員が地域の介護予防サロンへ出向き、健康体操や脳トレなどのゲーム、血圧測定などを行って、介護の専門的知識を提供するとともに、地域住民とのコミュニケーションを通じて多様な相談等に応じ、生活課題等の把握に努めている。</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・c
<p><コメント></p> <p>「地域福祉貢献・地域交流」として小学生の見学を受入れたり、職員が小学校に出向き、福祉体験講座を開催して小学四年生との交流が行われていた。生徒は、車いす駆動体験や、視覚障がい体験をすることで、視覚が遮られることへの不安や、声かけの大切さを学んでおり、世代をこえて福祉への関心を高める取組みが行われている。</p> <p>事業所は、地域住民を対象に日曜講座を開催し、理学療法士・看護師が中心となり機能訓練、体操、ヨガなど、日常生活に役立つ身体・生活機能の維持・向上のための運動を紹介しており、専門的な知識・情報・ノウハウ等を積極的に提供するなどして、地域に貢献している。また2016年4月の熊本地震の際は避難所として、地域住民へ食料、浴室、休憩室を提供し、事業所の資源を有効に還元している。</p>		

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・㊟・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書に運営方針として「利用者の意志および人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする」と明示している。身体拘束、虐待防止マニュアルを整備し、「人権擁護・虐待防止」「プライバシー保護」「身体拘束防止」「認知症介護」等の研修が実施されている。</p> <p>しかし、職員自己評価には、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、勉強会や研修が十分ではないという声が複数見られることから、利用者尊重について定期的に状況を把握し、評価・見直しを行う取り組みも望まれる。</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。	a・⑩・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護の取り扱いに関するマニュアルを整備している。入浴の際、脱衣所内部をカーテンで仕切り、タオルで肌の露出防ぐ等、個人の意向を大切に可能な限り羞恥心に配慮するとしている。また、トイレ誘導時の声掛けは、声の大きさなど本人や周囲に配慮し、臭気や排せつ音にも気配りしている。しかし、デイルームの中央に位置するトイレ入り口の引き戸は、常に開けたままとなっており、利用者の食事中もトイレの出入りを遮るものはなく、配慮が必要かと思われた。利用者視線に配慮した工夫が望まれる。</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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの選択に必要な情報は、ホームページや、一日の流れを掲載したパンフレット、広報誌「秋津日和」等で提供されている。見学希望者は随時受け付けており、パンフレットを使用して丁寧に説明するとともに、施設内を案内して食事や送迎バスの乗車体験にも応じている。</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。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの開始に際しては、生活相談員が中心となって、「デイサービスの一日の流れ」「利用の案内」「通所介護重要事項説明書」に基づいて、サービス内容等について、利用者・家族に分かりやすく丁寧に説明することとしている。特に料金、加算、食費、送迎関係については詳しく伝えるように努めている。利用者・家族の理解と同意を得て契約書を交わし、サービス開始としている。</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・⑩・c
<p><コメント></p> <p>事業所の変更や移行に際しては、生活相談員が居宅の介護支援専門員に利用者にとって必要な情報を提供し、福祉サービスの継続性を損なわないように配慮している。また、移行先の事業所からの照会や問い合わせがあった場合は、利用者・家族の了解を得て、情報提供することとしている。しかし、引継ぎ文書の作成は見られなかった。</p> <p>福祉サービスの継続性に配慮した手順と文書の内容等を定めておくことも望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	⑩・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者満足の向上に向けてデイルームの入り口にご意見箱を設置し、また、毎年2回、利用者アンケートを実施している。福祉サービスの内容、行事、趣味活動や接遇マナー等に関する評価を分析し、課題改善に繋げる取組が行われている。前年度の集計結果は満足度が81.3%であった。今年度は90%を目指す事と事業計画に示している。職員は、利用者との日常的な会話や送迎時に家族の意見や要望を汲み取り満足度の向上に努めている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情・相談・事故対応マニュアルを整備している。サービス内容に関する苦情等相談窓口責任者を管理者とし重要事項説明書に明示して利用者・家族に説明している。また、事業所の玄関に苦情処理体制と手順を掲示している。しかし、第三者委員の設置は見られなかった。苦情解決の体制については、苦情解決責任者の設置、苦情受付者の設置に加え、第三者委員の設置が求められており、苦情解決の密室性を排除し、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために設置することが求められる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス内容に関する相談や苦情の申し出については、重要事項説明書に「苦情等相談窓口」を明示し、利用開始時に利用者・家族に周知が図られている。意見箱をダイルームの入り口に設置するとともに相談スペースコーナーも設けており、利用者・家族が安心して、相談や意見を述べやすい環境となるよう配慮している。また、職員は日頃から利用者とのコミュニケーションを大切にして相談や要望など言いやすい雰囲気づくりに配慮し、信頼関係の構築に努めている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見は、苦情解決の仕組みと同様に対応マニュアルを整備している。食事の満足度アンケート調査を実施して、ご飯のかたさ、量、おかずの味付け、など、食事に関する要望は速やかに対応し、生活相談や要望など検討を要する内容については職員会議等で改善策を話し合い丁寧に対応することとしている。相談内容は受付簿に記録し、職員間で情報の共有が図られている。利用者の要望で、理美容サービスや買い物サービス、足つぼウォーキングなどにも対応している。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者を管理者としてリスクマネジメント委員会を設置し体制を整えている。事故発生時対応マニュアルを整備し対応手順を定めている。事故報告、ヒヤリハット報告からリスク要因の分析、検討結果、改善策を記録している。内容は全職員が共有し、利用者の安心と安全の確保に努めている。委員会は原則として、年度はじめに開催しているが、事故等が発生した場合は、その都度、開催し再発防止に努めるとしている。リスクマネジメント（事故防止）研修を年2回実施して職員の安全確保・事故防止に関する意識の向上を図っている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルを整備して、各種感染症の予防と対策が講じられている。特に新型コロナウイルス感染症対策を重点として平時からの備えと体制を強化している。手洗い・手指消毒・マスク着用・備品の消毒・換気等の基本的な感染症対策の徹底と、職員、利用者の体調管理、施設出入り者の記録管理など感染防止に向けた取組みが実施されている。ダイルームや通路に「感染症の予防」のポスターを掲示して注意喚起が行われている。感染症発生</p>		

時を想定して、ガウン（防護服）や手袋の着脱の訓練も行われている。感染症対策研修や衛生管理研修を実施して、利用者と職員の健康管理に努めている。		
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やっている。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>通報から避難までの手順や役割分担を明示した防災及び非常災害時対応マニュアルを整備し、消防計画を策定して、年に2回、防災避難訓練を実施している。また、自衛消防隊を組織している。日中の災害を想定し、利用者が送迎車両で避難場所まで移動することをシミュレーションした避難訓練も実施している。グループライン・電話を使用した利用者と職員の安否確認方法を確立し、災害に備えた備品類の備蓄リストを作成して、利用者の安全確保に取り組んでいる。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護・権利擁護・送迎・入浴・排せつ・衛生管理等については、文書化したマニュアルが整備されている。しかし、全職員がマニュアルを十分理解し、日常的に活用できている状態には至っていないように職員の自己評価から伺われた。職員がマニュアルを理解し、いつでも閲覧して活用できる体制づくりが望まれる。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法の見直しは、年度初めに実施することを原則としている。サービス内容に改善点が生じたときは、その都度、検証・見直しが行われているが、変更内容は口頭で伝えられ、マニュアルの改訂は行われていない。生活相談員を中心に利用者の特性に沿って、現状に則したマニュアルとなるよう現在見直しを行っている。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族の意向、居宅の介護支援専門員の情報をもとに具体的なニーズを把握し、「目的とケアの提供内容・方針」を設定して通所介護計画書が策定されている。通所介護計画書は管理者が確認した後、介護支援専門員が利用者・家族に説明し、同意を得て福祉サービスを開始するとしている。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況は、毎月モニタリングを実施して評価・見直しを行っている。また、3か月ごとに体力測定を行い、機能面の変化等を利用者に伝え、実施計画に反映させている。しかし、管理者は、見直した実施計画の関係職員への伝え方に課題があるとしている。実施計画見直し後の手順について速やかに改善されることが望まれる。</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、職員間で共有化されている。	㊟・b・c
<コメント> 福祉サービス実施計画や実施状況、会議、委員会などの内容は、介護保険関係ソフトウェアを利用して統一した様式に入力し、保存している。入力した情報は必要に応じて確認し、職員間で共有する仕組みが整っている。また、サービス日誌は、利用者に関する日々の気付きや注意点を記録し、申し送りとして回覧して朝礼や反省会で職員間の共有ツールとして活用している。		
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・c
<コメント> 個人情報保護管理者を事業所長と定めている。個人情報保護マニュアルを策定し、①個人情報の適切な取り扱いについて、②個人情報の収集時の注意点、③個人情報の管理について、④情報の提供について、⑤情報の開示、訂正、廃棄に関する等の内容が記載されている。個人情報の取り扱いについてはサービス開始時に、利用者・家族に説明し同意書を得ている。職員に対しては教育や研修が行われており、個人情報保護の取り扱いを理解し遵守している。利用者に関する記録の管理体制は確立している。		

<内容評価基準>

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
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。	㊟・b・c
<コメント> デイサービス利用開始時に「利用者の興味関心チェックリスト」の活用や、家族、居宅の介護支援専門員の情報から過ごし方の意向を把握している。塗り絵などの脳活性化メニューを自己選択する個別活動、下肢筋力体操、レクリエーション、個別機能訓練などを行っている。利用者アンケートを反映した、料理や買い物の活動、また、秋津夏祭りや秋の大運動会など季節の行事も開催している。初詣や買い物などの社会参加の活動も見られた。訪問調査日は、塗り絵に没頭する人、トランプを楽しむグループ、日光浴をしている利用者、おしゃべりが弾むグループなど、自由に過ごしている様子が観察された。		
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。	㊟・b・c
<コメント> 職員は接遇マナーの研修を受け、コミュニケーションの重要性を認識している。バイタルチェック、入浴や排せつの誘導の際、送迎時の移動介助など、あらゆる場면을コミュニケーションの機会と捉え対応している。言葉使いは利用者を尊重し敬語を基本としている。時には方言も交え信頼関係の構築に努めている。筆談や短くわかり易い言葉、否定する言葉や禁止する言葉は使わないなどの基本を大切にして、表情や声のトーンにも配慮した声掛けに努めている。		

A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	㊦・ー・c
<p><コメント></p> <p>人権擁護・高齢者虐待防止委員会で指針を整備し、職員会議で虐待防止の研修を実施している。全職員に「虐待の芽チェックリスト」を配布し、自己チェックを行い虐待防止に関する意識を高めている。身体拘束排除に関する研修を行い、不穏になる利用者のその要因と対応について検討し、声掛けや見守りで対応し拘束をしないケアに取り組んでいる。次年度は「虐待の芽チェックリスト」の結果を精査して課題改善を行うとともに、今後は定期的に実施して虐待防止の徹底に努めることとしている。</p>		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>デイルームは広い窓から自然光が入り明るい。換気や適切な室温の調節を行い、利用者の快適性に配慮している。テーブルの席は利用者同士の関係性に気遣っている。一人席が良い人もいる。テーブルの一部にはアクリル板に大きく書いた名前を張って席を分かりやすくしたり、カレンダーを張って日付を確認しやすくするなど、利用者ごとの不安に配慮した工夫が見られた。デイルームに設置されたベッドで休息する人が数名見られたがソファを使用している人は見られず、殆どの利用者がテーブル席で一日を過ごしていた。デイルームの限られたスペースと物理的な条件の中でも、利用者の休息やくつろげるコーナーの確保等に、更に工夫があると良いと思われた。</p>		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>入浴の可否はバイタルチェックをもとに看護職が判断している。その際、数値に異常があった時は、再チェックを行い、利用者の状態観察と、本人の希望、家族の意見も聞き対応している。一般浴・個浴・機械浴の3種類があり、身体機能により選択可能で安心安全な入浴支援を心掛けている。皮膚疾患のある人、配慮を要する利用者は個浴で一人ずつお湯を入れ替え対応している。入浴後の水分補給は、一年を通してミネラル分を多く含む麦茶が提供されている。大きな浴場内に一般浴・個浴・機械浴の設備があり、同時間帯に入浴介助が行われている。カーテンのみで仕切られた脱衣所で女性と男性の入浴時間の交代が行われている状況は、時間とスペースにゆとりがないように伺えた。利用者の羞恥心と不安の観点から再度検討されることを期待したい。</p>		
A⑥	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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>排せつの介助は同性介助を基本とし、見守りや誘導など一人ひとりに応じた支援が見られた。利用者の動きなど排せつのサイン等は、終業時のミーティングで情報を共有している。トイレはこまめに掃除を行い、臭気予防に努めている。身障者用トイレに排せつ用品を常備し、利用者が失禁した際、速やかな対応に努め、利用者の羞恥心や不安感の軽減に努めている。しかし、常備する排せつ用品の保管方法については、職員の手順に加え、利用者への配慮のもと更に工夫があると良いと思われた。</p>		

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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>移動に関するアセスメントを行い、利用者・家族の希望も聞き、理学療法士が適切な福祉用具を選択している。移動時、転倒リスクのある利用者には、こまめな声掛けを心掛け転倒防止に努めている。利用者が自宅での生活で段差にも対応できるよう、階段の昇降訓練も行っている。職員は出勤時、アルコール検査と体調チェックを行って、安心安全な送迎に努めている。送りの時間は自立の人、同居家族がいる人、家族の帰宅時間に合わせる人など、時間帯別の一覧表を毎日作り玄関に掲示している。利用者・家族の希望で送迎時間に変更があることから、職員は一覧表を確認し対応している。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
A⑧	A-3-(2)-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。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>今年度からクックチル方式の食事を提供している。献立表を確認して量や彩りに不足を感じた際は、厨房職員が買い出しに行き補充し対応している。1日と15日のメニューには赤飯が出されている。現在はコロナ禍のため中止しているが、月1回、利用者と職員によるケーキや団子汁作りなどもあり、楽しみの工夫が見られた。しかし、食事のアンケート調査結果の反映や、地産地消、季節感のある食材や料理、セレクトメニューなどの観点から課題が感じられた。</p>		
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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>食事の形態は利用者の咀嚼や嚥下機能など、心身の状況や希望に合わせて適切に提供している。苦手な食事は代替え食を、その日の食材によっては普通食を刻み食に変更する、歯痛など体調により食形態を変えるなど、臨機応変に細かな配慮が見られた。車いすは移動手段として使用し食事の時は椅子に座りかえる、必要な人には足をのせる台を使うなど良肢位を保持し、食事前の口腔体操を実施するなど、誤嚥防止に努めている。食事の見守りと介助は職員3名が担当し、うち1名は必ず看護職が入り、事故を未然に防ぐ体制がとられていた。</p>		
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。	a・㊟・c
<p><コメント></p> <p>職員は口腔ケアに関する研修を受け、口腔ケアの重要性を理解し、一人ひとりに応じたケアに努めている。体重の減少や食事摂取量の減少時は義歯の不具合や歯痛も考えられるため、家族と居宅の介護支援専門員に報告している。口腔ケアのスクリーニングを行い進捗状況の確認は行われていたが、口腔ケアの計画、評価見直しまでは行なわれていなかった。今後の取組を期待したい。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>現在はケアの必要な対象者はいない。職員は褥瘡予防の研修を受け、好発部位や予防について理解し、入浴時や排せつ介助時は皮膚の観察を行い、早期発見と予防に努めている。発赤など褥瘡の兆候に気づいた際は、看護職が確認し、状況を生活相談員か管理者に報告して家族と居宅の介護支援専門員に情報を提供する仕組みとなっている。</p>		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
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
コメント> 非該当		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
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・c
コメント> 理学療法士2名を含む機能訓練指導員5名を配置し、機能訓練、介護予防に努めることを秋津デイサービスセンターの特色としている。理学療法士は利用者の個別機能訓練計画を作成し、評価・見直しを行い、身体機能、生活機能の維持向上に努めている。脳活性化メニューや多様なゲーム、体操などの他、ドライヤーかけ、シートベルトの着脱、買い物と支払い、調理など、日常生活の動作訓練も大切にしている。エプロンたたみや、湯吞を下げる作業など、利用者が主体的に役割を務めていた。職員は「ありがとうございます」と言葉をかけ、利用者の自己肯定感と自信につなげている。次年度は利用者の多様なニーズに応えるため、リハビリ用マシンを導入し、機能訓練の更なる充実を目指している。		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	㊤・b・c
コメント> 認知症介護実践者研修の修了者5名と認知症介護基礎研修の修了者が1名おり、今後も受講を計画的に勧めるとしている。職員は内部、外部の認知症研修に参加して知識と技術の習得に努めており、職員の認知症ケアに対する意識に変化が見られている。事例検討を行い、否定しない、短いことばを使う、傾聴すること等を大切にして、一人ひとりにあった言葉かけ、対応に努めている。帰宅願望のある利用者に丁寧に対応している事務職員の姿が見られ、職種を問わず全職員で温かく見守り支援している様子が観察された。事務職員も終業時のミーティング、職員会議、研修に参加しており、知識と情報の共有が図られていた。		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
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・c
コメント> デイセンター到着時の朝のバイタルチェックと昼食後の検温で健康管理を行っている。日ごろの観察を重要視し、意思表示が困難な利用者は、表情や姿勢、行動にも気を配り、微細な変化にも気付くよう努めている。緊急時対応のフローチャートを整備し、看護職への報告、救急車の要請、救急車の同乗者、家族への連絡などの担当者を決めた体制を整え、職員に周知している。年1回、消防署員の救急法とAEDの使用法について繰り返し学び、冷静、且つ迅速な対応につながるよう努めている。		

A-4 家族との連携

A-4-(1) 家族との連携		第三者評価結果
A⑯	A-4-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・⑯・c
<p><コメント></p> <p>サービス担当者会議、送迎時のコミュニケーション、利用者アンケートなど、利用者・家族の意見要望を聞き取る機会としている。利用者の心身の変化について、家族・居宅の介護支援専門員に随時報告を行い、情報を共有し適切な支援に努めている。利用者・家族に毎月の予定表と年4回発行の広報誌「秋津日和」を配布し、予定や活動報告、その時期に適した役立つ情報を提供している。連絡帳は「連絡帳記載の必要性があるご利用者」として一部の利用者だけに使用している。連絡帳使用に関する判断は、事業所のみで行わず、判断基準を明確にし、利用者・家族の要望にも沿う配慮があると更に良いと思われた。利用者家族との豊かなコミュニケーションは、家族との信頼関係構築に役立ち、利用者の安心につながると期待される。</p>		

	第三者評価結果			
	a	b	c	非該当
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	26	18	1	0
内容評価基準（評価対象A）	9	6	0	1
合計	35	24	1	1