

# 第三者評価結果 公表シート

(このシートに書かれている内容は、そのまま富山県福祉情報システムにおいて公表されます。)

事業所名：魚津市東部デイサービスセンター

第三者評価機関名：社会福祉法人 富山県社会福祉協議会

評価確定年月日：平成 28 年 3 月 23 日

## 1. 概評

### ◇ 特に評価の高い点

#### 1. 工夫された食事内容で楽しい食卓

魚津市東部デイサービスセンター事業所方針の一つに「美味しく食べることができる」とあり、栄養士がリーダーとなって、①野菜を多くする、②味付けはうすくする、③色彩を良くする(食欲をそそるよう配慮している)、④季節毎に旬のものを提供する、⑤利用者の好みのメニューを提供する(ちらし寿司・いなり寿司・おはぎなど)、⑥行事食を提供する(懐石御膳に地物の刺身をつけるなど)、⑦その他(マグロの手こね寿司・甘海老の提供・すいとん風の野菜たっぷり団子汁など)、多彩な料理を工夫して作り利用者に提供している。

食材の調達は、馴染みの八百屋や魚屋(市場直通)での買い物、利用者の差し入れや農家から調達しており、苦労しながらも楽しんで行っている。

利用者の食事内容をよく観察し、四種類の盛り方(小・中・大・特盛)で対応しており、きざみ食やミキサー食の対応もしている。このような取り組みは、ミーティングの中で職員から出た意見を実践しているものであり、その他にも毎日の食事で見つけた点や変化があればミーティングで共有し、個々の記録に記入している。

#### 2. 年間スケジュール策定による管理体制の充実

事業計画の一部である年間行事計画を全職員で策定しており、職員会議などで役割分担され、随時進捗状況の確認や検証が行われている。また組織表には、各人の業務内容や職員間での合同業務体制が示されており、従業者の協調や補完し合う機能的で効率的な組織づくりがなされている。

より良いサービスを提供するため、技術の習得や専門知識の向上などを目的化、外部研修と内部研修の候補者を年間スケジュールで検討し、PDCA※で実施され管理体制として確立している。また、従業者の福利厚生制度の中に事業所独自で自由に使える相当額の補助金が支給されているので、これらを活用しての異事業所との多目的交流などでの効果も期待される。

※PDCA…管理業務を円滑に進める手法の一つ。Plan(計画)→ Do(実行)→ Check(評価)→ Act(改善)の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

#### 3. 利用者が楽しめる行事計画の策定

年度初めに年間レクリエーションや行事計画を作成、職員をグループ分け・担当の係を決め、誕生会や園芸、図書、おやつなど、係毎に利用者が楽しめる活動を計画している。お出かけランチやお花見ドライブ、ぶどう狩りなどの外出行事の他、おやつの際に飲み物を選べるような工夫を行うなど、利用者と職員のコミュニケーションを通して、利用者に喜んでいただけるプログラムの提供に取り組んでいる。

## ◇ 改善を求められる点

### 1. さまざまな形の地域交流へ期待

東部デイサービスセンターだよりを居宅介護支援事業所などに配布しているが、地域との関わり方についての考え方を文書で明示しておらず、町内や近隣の人々及び家族との交流の機会も設けられているとは言い難い。今後のテーマとして、現在実施している納涼祭や秋の小運動会及び防災訓練などにおける地域との交流や関わり方について、組織内検討や運営推進会議の参加メンバーから助言を頂くなどして改善されることを期待する。

また、行政との連絡も密にする機会を設け福祉ニーズの把握や蓄積及び社会資源のリスト化なども検討され、さまざまな場面で地域との交流や地域住民の協力が得られる事業所運営が望まれる。

### 2. 利用者の分かり易い書類整備への期待

現在重要事項説明書や利用者案内をもとに、利用開始からサービス内容について細かく説明されている。しかしながら重要事項説明書等の内容は介護保険の改正の項目に合わせて変更がされていないため、利用者や家族が理解しやすいように書類整備されることを期待したい。

各種マニュアルを作成して事務室に置き、職員がいつも見る事ができるようになっている。作成日や改訂日の表記はあるものの記入がされておらず、改訂の必要性の検討や見直しなどを定期的に行う事で、さらなる質の高いサービスの向上への取り組みの一環となる事を期待したい。

## 2. 大項目毎の特徴

### <介護保険サービス(通所介護)の第三者評価基準分>

#### I-1 理念・基本方針

法人や事業所の理念と方針は、各種書類毎に統一感がなく分かりづらい。しかし、基本方針などから利用者の意思の尊重や人格の尊重及び地域や関係機関との連携について解説され、計画的介護や事業所の求める方向性が読み取れる。

#### I-2 計画の策定

事業所のビジョンは、理念や方針で確認できる。また、単年度の事業計画や収支計画は、単年度予算と連動しており、予算と実績の対比や分析が可能となっている。しかし、事業所の中・長期計画は策定されていない。法人本部では、本年度中に中期計画策定に向け作業中であるとの事であるが、これを機に、中・長期を見据えた具体的な活動内容や、数値目標などを盛り込んだ中・長期計画の策定が望まれる。

事業計画の一部である年間行事計画を全職員で策定しており、職員会議などで職員に分かり易く説明され、随時進捗状況の確認や検証が行われている。

#### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

組織表には、各人の業務内容や職員間での合同業務体制が示されており、従業者の協調や補完し合う機能的で効率的な組織づくりがなされている。

事業所の倫理規定については、①「利用者の利益優先の考え方」、②「利用者本人の自己決定の支援と尊重を行う」、③「職員の社会的責務」、④「実践時の心構え」、その他が示され、職員の行動規範としての十分な条件を備えている。

#### II-1 経営状況の把握

高齢者の数や所帯構成などについては、行政情報を通じて把握しており、把握された情報をもとに各年度の事業計画に反映されている。

## Ⅱ-2 人材の確保・養成

人事管理は、法人本部で一元的に行われている。職員全員に自己申告書の提出が義務づけられており、健康状態や担当業務に関する自己評価、職場の雰囲気や個人が所有している資格や免許の申告、研修や職場異動に関する希望やその理由、及び、悩みごとなどの内容を記入し提出している。これらは、法人本部で職員の自己特性や意向などを把握し、担当職員育成の指針・職員の管理・公正な配置をするための参考にしている。また、当該申告書は、職務効率の増進や組織の活性化を図る目的もあり、毎年実施され制度化している。

事業所職員の研修に関しては、より良いサービスを提供するために必要な技術や技術の習得、専門知識の向上などを目的化し、外部研修と内部研修の候補者を年間スケジュールで検討するなど、組織的に実施され記録も確認できる。

## Ⅱ-3 安全管理

感染症、食中毒予防、まん延防止のリスク別マニュアルが整備され研修や実施の記録がある。今まで食中毒発生の事例はないが、ヒヤリハットなどの検討を日常的に行っている。

転倒による事故発生事例があり、その対応や発生原因の検証や調査検討がなされ記録や整理を行っている。

緊急時連絡体制の記載文書がありマニュアルが整備されている。また、送迎時の事故発生などに備えて研修を行っている。

非常災害時の役割が文書化され、対応手順や非常時通報関係機関の一覧表が備わっている。また非常災害を想定した避難対応研修が実施され、記録を残している。利用者に対する避難訓練も同様に実施されている。

利用者優先の安全確保体制づくりについては、組織内で構築されているものと判断される。今後は、マニュアルの見直しと利用者の安否確認の整備について検討することが望まれる。

## Ⅱ-4 地域との交流と連携

東部デイサービスセンターだよりを、居宅介護支援事業所などに配布している。今後、町内の回覧を検討している。

ボランティアの受け入れに関する申し込み、登録を行う仕組みがあり見直しを毎半期に一回行っている。年間を通じて行事ボランティアや毎月のボランティア受け入れを検討し、年間スケジュール表を作成して実施されている。また、東部デイサービスセンターだよりにも記載して近隣住民にも情報を発信して行こうとしている。

現在利用者家族との交流の機会があるとは言い難いので、今後の課題として施設内で実施しているイベントへの参加を呼びかけるなどの取り組みを計画している。

サービス担当者会議には、所長や看護師などのリーダー職員が必ず参加しており、会議終了後に定期的な内部研修で職員への周知に努めている。

主治医などとの連携体制については、利用者一人ひとりの個人ファイルに主治医やかかりつけ医の名前と連絡先、身体面などの情報を記載し整理されたものをデータ化して管理している。

行政や法人内での協力関係や民間の福祉施設との相互訪問などに対しては、今後の課題として法人本部指導のもとでの体制整備と社会資源のリスト化を進めて行く予定である。

### Ⅲ－１ 利用者本位のサービス

利用案内や重要事項説明書の中で身体拘束排除やプライバシー保護のための取組みを明文化している。マニュアルは作成されているが、今後はヒヤリハット記録やマニュアルを見直すなどの取組みにも期待したい。

毎年利用者の嗜好調査を行い献立の希望や量、品数などを聞いている。おいしく食べる事を重点目標に掲げ、作りたての温かい食事の提供の取組みを実施している。食事時には栄養士が利用者に声をかけながら回り、姿勢や咀嚼・嚥下状態の観察、残食の確認をする事で、個々の利用者に合った食事提供ができるようにしている。1ヶ月の献立を毎月のデイサービス便りに載せており、利用者の楽しみの一つとなっている。このような取組みは、ミーティングの中で職員から出た意見を実践しているものであり、その他にも毎日の食事で見つけた点や変化があればミーティングで共有し、個々の記録に記入している。

玄関に意見箱を設置し利用者の意向把握を行っているが、投函されたことはない。今後は、意見を言いやすい環境づくりを検討されたい。

苦情対応・相談窓口の明記があり、事業所玄関にも掲示されている。ヒヤリハットや苦情報告書はすぐに作成され、手順に従って対応がなされた結果が記録として残されている。苦情対応についても概要(マニュアル)の手順に従って対応されている。

認知症介護実践者研修や認知症サポーターキャラバン講座を受講し、認知症ケアの専門知識と技術の向上に努めている。研修受講者は復命書を作成して職員回覧を行い、また伝達研修の機会を設け職員全体への周知を行っている。

### Ⅲ－２ サービスの質の確保

1日3回のミーティングを行い利用者の変化や変更事項などの情報共有に努め、切れ間のないケアの提供が継続されており、地域社会や家族からも頼られる事業所となっている。

介護予防マニュアルが作成されており、それに基づいて計画作成やグループ活動についての研修が実践されている。利用者にわかりやすいよう毎月のデイサービス便りに生活機能向上活動の予定を記入し、利用者の意欲の引き出しに繋げている。その他マニュアルも作成され、事務室内に置かれているが、改訂の必要性の検討や見直しなどを定期的に行う事で、さらなる質の高いサービスの向上への取組みの一環となる事を期待したい。

利用者が、自宅で介護者と共に安定して在宅生活が送れるように支援に努めている。家族と連絡帳や送迎時の伝言、メモを使って細かく利用者の様子を伝え合っている。状態の変化や変わった事を見逃さず対応できるように連絡をとっている。

契約時には重要事項説明書を基に説明を行っており、事業所内玄関にも掲示されている。法人には個人情報保護規定がありそれに基づいて利用案内にも明記されている。

年度初めに年間レクリエーションや行事計画を作成、職員をグループ分け・担当の係を決め、誕生会や園芸、図書、おやつなど、係毎に利用者が楽しめる活動を計画している。お出かけランチやお花見ドライブ、ぶどう狩りなどの外出行事の他、おやつの時に飲み物を選ぶような工夫を行うなど、利用者とのコミュニケーションを通して、利用者に喜んでいただけるプログラムの提供に取り組んでいる。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

ホームページやパンフレットを作成し、「見学や問い合わせ歓迎」の表示で見やすくわかりやすくなっている。介護予防は、毎月のデイサービス便りの中でスケジュールを載せて活動内容を知らせている。問い合わせや見学があれば日報や連絡ノートに記録している。施設内には利用者の見やすい位置に職員の写真と名前を貼り出している。

法人全体では「社協たより」を年6回発行され市内全戸に配布されている。割り当てにより担当月にはデイサービスでのイベントや活動の様子や利用状況を載せている。利用案内と共に市役所や公共機関に設置し、ケアマネージャーに配布している。

現在重要事項説明書や利用者案内をもとに、利用開始からサービス内容について細かく説明されている。しかしながら重要事項説明書等の内容は介護保険の改正の項目に合わせて変更がされていないため、利用者や家族が理解しやすいように書類整備されることを期待したい。

利用者の他機関へのサービス移行については、引き継ぎ内容等は朝のミーティングを通じて職員間で情報共有している。個別記録や連絡ノートに記録を残し経過がわかるようにしている。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

センター方式の「私の姿と気持ちシート」を使って本人の希望や家族の要望をアセスメントし、ミーティングを通じて職員間で検討し計画に盛り込んでいる。ミーティングでの申し送りや毎日のサービス実行表から担当者が評価しており、介護認定更新時には見直している。

また状態変化が見られた時は昼ミーティングで話し合い、計画の見直しを検討している。ケアマネージャーや家族には計画変更についての情報提供を行っている。年度初めには記録管理、アセスメントについて、通所介護計画の担当についてなど月のミーティングで決まった事を連絡ノートに残している。

生活機能向上プログラムを通所介護計画に盛り込み、1ヶ月毎に目標を設定し、毎月評価している。また3ヶ月目で見直しの評価を行っている。

3. 各小項目にかかる第三者評価結果(ABCD評価結果) (別紙)

### 4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

特にありません。

別紙 各小項目にかかる第三者評価結果（A B C D評価結果）

評価対象		
大項目		
中項目	小項目	評価

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織		
<b>1 理念・基本方針</b>		
(1) 理念、基本方針が確立され、周知されている。	①理念や基本方針が明文化され、周知されている。	B
<b>2 計画の策定</b>		
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	①中・長期計画的な計画が明確に策定されている。	B
<b>3 管理者の責任とリーダーシップ</b>		
(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、法令遵守などにリーダーシップを発揮している。	B
評価対象Ⅱ 組織の運営管理		
<b>1 運営状況の把握</b>		
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	①経営状況等の把握が適切に行われ、改善に向けた取組が行われている。	B
(2) 「経営状況の把握」その他	①組織内の役割が明確化されている。	A
<b>2 人材の確保・養成</b>		
(1) 人事管理の体制が整備されている。	①人事管理の体制が整備されている。	A
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	①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とともに、福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	B
(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、具体的な取組が行われている。	A
	②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。	B
(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ている。	A
<b>3 安全管理</b>		
(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。	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
	②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
<b>4 地域との交流と連携</b>		
(1) 地域との関係が適切に確保されている。	①地域との関係が適切に確保されている。	A
(2) 関係機関との連携が確保されている。	①関係機関等との連携が適切に行われている。	B
	②必要な社会資源を明確にしている。	C
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	①地域の福祉ニーズを把握し、それに基づく取組が行われている。	C

対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施評価

**1 利用者本位の福祉サービス**

(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もつための取り組みを行っている。	B
	②利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	A
(2) 利用者満足の向上に努めている。	①利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、具体的な取り組みを行っている。	C
(3) 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。	A
	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。	A
(4) 「利用者本位のサービス」その他	①認知症高齢者に対する支援をしている。	A
	②利用者本位のサービスの利用環境となるように配慮している。	A
	③利用者にサービス提供に関する情報を開示している。	C

**2 サービスの質の確保**

(1) 質の向上に向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。	C
(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とともに、その検証が行われている。	C
(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、管理体制が確立し、情報の共有化が行われている。	A
(4) 「サービスの質の確保」その他	①具体的なサービスについて、適切に提供されている。	A

**3 サービスの開始・継続**

(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
	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。	B
(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。	A

**4 サービス実施計画の策定**

(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。	A
	②利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	A
(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
	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