

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「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

※ 最低基準を満たしていることを前提

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	コメント
I-1-(1) 理念・基本方針が確立・周知されている。			
1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a . b . c	<p>基本理念である「人と人 心と心を礎に」のもと、①丁寧語の徹底、②挨拶の徹底、③報連相の徹底という「3つの徹底」を基本方針に掲げている。理念・基本方針は、重要事項説明書や月1回発行の広報紙「のどじまデイサービス便り」、法人広報誌「いしずえ」にも明示されている。また、朝礼時に唱和し、事業所内2カ所に掲示もしている。理念や基本方針は、理事長の年始の挨拶の際や、全体会議やリーダー会議において話され、職員へ周知されている。また、年4回記入している人事評価票で、理念・基本方針にどれくらい取り組んでいるのか、自己評価することで周知状況を確認している。</p>

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
2	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 . b . c	<p>七尾市の事業者連絡会に参加し、介護保険制度の動向も把握し、「経営分析表」を作成している。施設の強み、弱み、課題などを分析し、経営環境の適切な把握、分析に取り組んでいる。そして毎年4月には、経営状況や利用状況をパワーポイントにして職員に説明している。</p>
3	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 . b . c	<p>「経営分析表」の「経営課題」及び「重点課題の検討表」が作成され、経営環境の課題や問題点を明らかにしている。理事会は年4～5回実施されており、役員間での共有がなされている。</p> <p>コストに関するアクションプログラムの途中経過をリーダー会議や職員会議で説明している。また、年2回の一般職員も参加するMRにおいても、アクションプログラムの取組状況を説明している。アクションプログラムにおいて、前年度の達成状況を振り返り、課題を抽出し、4月の事業計画の説明の際に、経営状況や改善すべき課題を職員に周知している。</p> <p>ISOのQMS活動に取組み、10月に職員の意見聴取、11月に事業計画立案の会議や利用者満足度調査を行い、意見や要望を把握し、集計・分析を行い、8月と2月にマネジメントレビューにて評価を実施し、解決・改善に向けて具体的に取組んでいる。</p>

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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	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 ・ c	<p>中長期計画は、2022年より2024年の3年間の計画が策定されている。計画は、理念の「人と人 心と心を礎に」に基づき、①働き方改革、②サービスの質の向上、③地域福祉活動の推進、④収益・コストが経営課題(テーマ)として挙げられており、理念との整合性が取られたものとなっている。</p> <p>また、中長期計画の1年後到達水準には、「ICT導入やWEB研修による環境整備」「タブレット保有率50%(2人に1台)」。3年後到達水準には、「ペーパーレス100%」など、測定可能な数値目標を用いて実施状況が評価できるものとなっている。アクションプログラムなどにより進捗状況を把握し、次年度よりの3年間の中長期計画を作成しており、必要に応じた見直しが行われている。</p>
5	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 ・ c	<p>単年度の計画は「中長期目標展開表」に基づき、より具体的な内容が盛り込まれている。「2022年度 事業計画」は、「0. 感染対策 ①スタンダードプレコーションの徹底」など、「1. 働き方改革 ①ITC化による手書き文書の削減」など、「2. サービスの質の活用 ①利用者一人ひとりの生活機能(口腔/栄養等)における情報収集と記録」など、「3. 地域福祉活動の推進 ①事業継続計画(BCP)の推進」など、「4. 収益・コスト ①利用者状況の把握と分析」など、中長期計画と連動した単年度計画を策定している。</p> <p>また、「重点課題検討表」を作成し、優先順位を明確にしている。そして、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)が作成され、実施状況の評価が行われている。</p>
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	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>事業計画策定の流れは、10月に2法人の各施設長や法人本部が出席して実施される「人事評価委員会」において作成される。各施設長は人事評価委員会に参加する前に、アクションプログラムのやり残しなどの課題を示し、全職員がSWOT分析を実施する。そして、その分析結果をもって人事評価委員会に参加し、経営分析を行い、計画化されている。</p> <p>事業計画に記載されている項目は、アクションプログラム(働き方改革)やアクションプログラム(サービスの質の向上)のように、アクションプログラムに基づき取り組まれており、職員参画のもと策定されている。</p> <p>事業計画の実施状況は、9月ごろと2月(総括)ごろにMRにおいて報告されている。また、「事業計画中間報告」や「事業計画総括報告」を作成し、定められた時期に評価を実施している。</p> <p>SWOT分析を実施することで、強み、弱み、期待されていること、できること、できないことを「経営分析表」に示し、計画の見直しを行っている。</p> <p>事業計画の実施状況は、アクションプログラムの進捗状況でもあり、進捗状況を月例会で示し考察している。また、MRでも報告され、各リーダーからユニット会議で報告され、職員への周知や理解を促すための取組を行っている。</p>
7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>事業計画は、家族会で説明している。個々の課題については、広報紙「のじまデイサービス便り」の4月号で事業計画の内容及びその説明を掲載している。この他、事業計画の優先事項の取り組み状況や満足度調査の結果を知らせたりしている。</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	コメント
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	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・c	<p>満足度調査やMRIに基づき、重点課題が設定され、各種計画に反映され、進捗状況をアクションプログラムやMRで確認し、課題を整理し、課題として挙げられたものは事業計画に載せられるなど、PDCAサイクルに基づき取り組まれている。</p> <p>評価を行う体制は、MR、アクションプログラムの振り返り、内部監査、自己チェックリストなどに取組んでいる。内部監査は5月と8月に実施している。内容の大きな違いはないが、5月は内部監査のチェックリスト、8月石川県のチェックリストを使用している。</p> <p>また、年に1回以上自己評価に取組み、考察も行い、第三者評価も定期的を受審している。評価結果を分析・検討する場合は、人事システムや教育システムを評価する人事評価委員会である。</p>
9	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。	Ⓐ・b・c	<p>「経営分析表」や満足度調査結果などに、課題が明文化されている。課題はMRやアクションプログラムの振り返りで検討し、共有化に取組み、職員の参画のもとで改善策が策定され、見直しも行われている。また、課題が見つかったら、「人事評価委員会」に提案したり、運営会や月例会、全体ミーティングで検討している。</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	コメント
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	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・c	<p>管理者は、「経営・管理に関する方針と取組み」について「品質マニュアル」の中に明記している。また、自らの役割と責任については、ホームページに掲載している。</p> <p>職務分掌等については、「品質マニュアル」で文書化され、職員に周知されている。</p> <p>有事における管理者の役割と責任や不在時の権限委任については、防災マニュアルや現在作成中のBCPで明確にされている。</p>
11	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・c	<p>管理者は、「遵守すべき法令」等について「法令遵守規定」を作成し、法令遵守に取り組んでいる。</p> <p>今年度の法令遵守に関する研修は、昨年度から取り入れたeラーニング研修システムにより、「倫理規定及び法令遵守」を全職員が受講している。</p> <p>「遵守すべき法令等」については、「介護・福祉法制一覧表」として、54の法令が示され、施設運営に必要な幅広い分野について把握し、取組を行っている。</p>
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	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・c	<p>福祉サービスの定期的、継続的な評価・分析は、満足度調査やQMS(ISO)により取り組んでいる。</p> <p>福祉サービスの課題への具体的な改善対策として、送迎車の確保と保守管理が課題である。今年度24時間テレビより軽自動車の車椅子仕様車がもたらえた。通所なので現在28台の送迎車を保有している。老朽化の対応として中古で入れ替えたり、補助金に応募している。</p> <p>管理者は、各種会議などに積極的に参加し、現場の意見を吸い上げ、課題を明らかにしてその対策を示すことに力を入れている。また、人事評価や個人面談、MRなどに取組み、職員の意見の反映に努めている。</p> <p>職員への研修は、コロナ禍でもあり、昨年度より導入したeラーニングによる研修に取り組んでいる。研修は、職種や役職によりテーマが異なっている。</p>

13	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>人事、労務、財務等を踏まえた分析は、「経営分析表」が作成されている。働きやすい職場環境への具体的な取組として、音声による記録システムやジョブメドレー(eラーニングの研修システム)などを導入している。また、人材育成およびサービスの質の担保のため、自分たちで動画を作成するなど、視覚的なツールを導入している。 事業所内には、機能訓練検討会議など8つの委員会と3つの会議が設置されており、業務改善やサービスの質の向上のために取組まれている。</p>
----	---	--------------	--

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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	<p>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</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>人員体制や人材の確保と育成に関する基本的な考え方は、「人事評価表」に示されている。人員体制についての具体的な計画は、「中長期 目標展開表」の「働き方改革」の中に、有資格者などの増員について記載されている。そして、事業報告書の中に前年度の実績が示されており、計画に基づいた人材の確保・育成に努めている。 効果的な福祉人材の確保として、新規採用職員のOJTに取組み、介護課長やリーダーが担当者となっている。</p>
15	<p>② 総合的な人事管理が行われている。</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>「期待する職員像」や人事基準は、「人事評価表」に示されている。また、「等級フレーム」を使用し、人事考課に取組み、職員処遇の水準についての評価・分析を実施している。 人事評価表の中に職員の意向を記入してもらい、職員の意向を確認した上で面談に臨んでいる。 また、法人として「いしかわ魅力ある福祉職場」の認定を受けている。施設ではリーダーをOJT担当として、新採用職員のOJTに取組み、「等級フレーム」を用いてキャリアパスの視覚化に努めている。</p>
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>施設の労務管理や有休の取得状況、時間外労働のデータ把握は、施設長が責任者である。ただ、法人として衛生委員会が設置されており、法人全体の状況を把握し、各施設・事業所に改善を促す役割を担っている。 職員の悩み相談窓口は、施設長、総務職員となっている。総務通信が発行され、健康診断、予防接種、ワクチン接種、ワーク・ライフ・バランス、メンタルヘルス、制度改革などについて職員へ情報を発信している。 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みは、短時間正社員制度、産後パパ育休、ノー残業デー、記念日には優先的に有休取得できる、忘年会の代替としての特別支給金などの配慮が行われている。 福祉人材や人員体制に関しては、「中長期 目標展開表」や「2022年度事業計画」などに反映され実行している。また、「アクションプログラム(働き方改革)」において取組み状況を把握しながら、取組みを進めている。</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	<p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>「等級フレーム」を用いて、法人の期待する職員像を明確にしている。また、2か月に1回自己評価を行い、年2回人事考課の面談があり、「成績評価」「行動評価」のフィードバックを行うことで、職員一人ひとりの目標設定を行っている。一般職員との人事考課面談は、介護課長、介護リーダー、介護サブリーダーが行っている。</p>
18	<p>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。</p>	<p>㉠・b・c</p>	<p>「期待する職員像」は、「人事評価表」に明示されている。職員の専門技術や専門資格は、「品質マニュアル」の中の「資格者一覧」で明示されている。 職員の研修は、eラーニングのジョブメドレーの計画に基づき実施している。研修の評価と見直しは、「研修計画フロー図」に基づき10月に職員から意見聴取を行い、事業計画へ反映している。また、月1回の人事評価委員会でも取組んでいる。</p>

19	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・b・c	職員1人ひとりの知識や技術・資格の把握は、「資格認定者リスト」を作成し、4月と10月にリストを更新し、最新の情報の管理に努めている。 新任職員に対しては、施設長を担当者としてOJTに取り組んでいる。但し、2022年度は新人職員の採用はなかった。階層別研修、職種別研修、テーマ別研修は、全職員が、eラーニングの研修に参加している。
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	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。	a・b・c	実習生の受け入れに関する基本姿勢等の明文化は、「実習受け入れマニュアル」が作成されている。2022年度は3人の実習生を受け入れている。 専門職のための実習生を受け入れる場合は、学校と話し合い、実習要綱に沿って実習に取り組んでいる。インターンシップの場合は、学校と話し合い、施設の方でプログラムを作成している。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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・b・c	ホームページにおいて、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、福祉サービス第三者評価の評価結果などが適切に公開されている。また、ホームページには、法人の広報誌「いしずえ」が掲載されており、「満足度調査」、「ご意見」、「苦情・相談」などについて掲載されている。 法人の広報誌「いしずえ」は、以前は1年に1回発行していたが、コロナ禍になって以降、2年に1回の発行である。2021年第10号では、法人の「感染症蔓延防止対策」や「見守り支援システム」、「外国人技能実習生の受け入れ」、「ボランティア」、「ご意見・ご要望」など法人全体の事業の取組状況が示されるなど、地域に対して法人の存在意義や役割を明確に示すものとなっている。 事業所の広報紙「のどしまデイサービス便り」は毎月発行され、本人・家族へ配布されている。行事の予定や利用者の様子など、写真がたくさん使われ、事業所での過ごし方が分かりやすいものになっている。
22	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・b・c	施設における事務や経理、取引等に関するルールは、「経理規程」に明示されている。職務分掌については、「職務権限規程」により明確にされている。 施設の財務について、税理士より監査支援を受けている。また、令和2年度に、監査法人に依頼し、公認会計士による外部監査を実施している。令和2年6月20日付けの「監査報告書」にて確認できる。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	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。	a・b・c	のどしまデイサービスセンター基本方針には「思いやりを第一とし、地域福祉を目指します」と記されており、今年度事業計画の重点事業の中にも「地域福祉活動の推進」が挙げられている。玄関受付の情報コーナーには地域の社会資源に関するリーフレット等を用意して提供している。コロナのため現在はボランティア活動はできていないが、団体・個人から様々な寄付をいただいたり、能登島ふれあいまつりに作品展示で参加し、交流を行っている。法人で整備している果樹園(のどしま悠々公園)を、今後一般開放して地域の人たちが自由に利用できるように計画・整備しているところである。

24	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 . b . c	ボランティア受入マニュアルがありそれに基づいた対応を行うことになっている。実習生の受入れについては重要事項説明書にはインターンシップ、介護福祉士養成等を積極的に受け入れて、教育実習の場を提供することが明記されている。ただ、ボランティアについてはコロナ感染予防の観点から受入れは中止している。実習生の受入れは、田鶴浜高校介護福祉士コースの生徒の受入れを行っている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	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。	a . b . c	社会資源一覧を作成し、職員へは回覧し周知している。また、一覧表はデイに備え付けられて、自由に見る事が出来る。玄関の掲示板にも地域の情報についての掲示が行われている。コロナ以降対面での開催はないが、七尾市介護保険事業者連絡会の通所部会に生活相談員が参加し連携を図っている。部会ではコロナについての取り組みや加算についての勉強会をしている。在宅介護支援センターが併設されているので連携して利用者のアフターケアについて取り組んでいる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	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 . b . c	七尾市介護サービス事業者連絡会への参加や七尾市コミュニティセンター、七尾市社会福祉協議会との情報交換等をつうじて地域の福祉ニーズの把握を行っている。また、出前講座の開催や毎日の送迎時の利用者家族との情報交換、職員からの情報等直接地域の人たちと交流する中で様々な福祉ニーズの把握に努めている。
27	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。	a . b . c	七尾市の配食実態調査に基づいてニーズを把握してのとじま地区での配食サービスを受託・実施している。介護予防教室(公民館、集会所等での出前講座)には職員を派遣している。同一敷地内には七尾市のコミュニティセンターがあり、能登島ふれあいまつりへの参加、共同消防訓練等、連携して地域の活性化に取り組んでいる。

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	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	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 . b . c	理念や基本方針は朝礼時に唱和したり、名札の裏にプリントされ職員は身に着けている。職員倫理規程やのとじまデイサービスセンター基本方針にも利用者を尊重したサービス提供について明記され、職員会議時に唱和し確認している。ケアマニュアルには「プライバシーへの配慮」「自立支援に向けた取り組み」等利用者を尊重したサービス提供を行うことが記されている。各種会議、研修を通じて職員ひとり人が利用者本位のケアに取り組んでいる。サービスの質の向上のため、職員は毎年スキルチェックシートにより自己チェックを行い、それをセンター長がチェックし、職員へフィードバックしている。
29	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 . b . c	プライバシー保護マニュアルには、サービス提供時にプライバシーに配慮する場面として、①居室②食事③入浴④排泄⑤通信が挙げられている。入浴や排泄は基本同性介助を行いトイレ介助時にはカーテンを引くことや、入浴時には体にタオルをかける等の配慮を行っている。ベッドでの休憩時にはカーテンやパーテーションで仕切りを作り、共用スペースの中にもプライベートな空間が保てるようにしている。プライバシー保護について倫理規定の掲示や重要事項説明書の中で利用者・家族への周知を行っている。

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	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・c	デイサービスのパンフレットやデイサービス便りには写真で施設や行事の様子等を詳しく伝えている。法人の機関誌(いしずえ)やパンフレット等は七尾市役所やその支所、のとじま地区、石崎地区、和倉地区の公共施設や病院等に配布している。またホームページにも法人と施設の情報を公開し、利用希望者が情報を得やすいように整備されている。入所相談は生活相談員がパンフレットや重要事項説明書を使用して説明している。毎月「のとじまデイサービスセンター便り」(機関誌)を発行してホームの生活や取組について伝えている。
31	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。	Ⓐ・b・c	見学や体験利用をしてもらいデイでの過ごし方を実感してもらい、サービス利用に繋げている。利用相談は生活相談員が事務所でパンフレットやデイサービス便り等を使いながら、事務所で説明を行う。契約時は契約書、重要事項説明書による説明を行い、同意をした書面を交付している。成年後見制度を利用している人は1名いる。
32	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・c	施設の移行や入院については生活相談員がケアマネと連携を取り、引継ぎや情報提供を行っている。のとじまデイサービスセンターでは介護医療連携用紙(能登地区の病院施設の共通用紙)を使って情報提供している。利用終了後も相談対応をしており、「利用休止・解約・再開届」には相談窓口が書かれていて、届をコピーし渡して、退去後にも相談できる事を伝えている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
33	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。	Ⓐ・b・c	毎日の送迎時の家族との会話や連絡帳でのやり取りから家族の意向や意見の聴取を行っている。すぐに対応できないことについては全体会で話し合せてセンター長が取りまとめ対応し具体的な改善につなげている。 満足度調査は毎年実施している。調査方法は郵送・手渡しその他、用紙に記載されたQRコードを通してWEBでの回答も受けている。調査は10の項目プラス自由記載欄が設けられており、集計結果は機関誌やホームページを通じて公表されている。
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	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・Ⓑ・c	苦情の体制は整備されていて、ポスター掲示や重要事項への記載により利用者へ周知・説明しているが、重要事項には第三者委員の記載が見られない。コロナ禍により施設内への立ち入りが出来ないため、より架電等による申し立てへの配慮が望まれる。重要事項には申し出先として、事業所以外にも七尾市、国保連、石川県福祉サービス運営適正化委員会等の連絡先も書かれている。意見箱の設置はあるが特に意見は寄せられていない。利用者満足度調査を毎年実施して、その際に寄せられた意見については対応策を含めて機関誌で公表されている。苦情があった場合には、「苦情相談対応マニュアル」に沿って受付解決を行うことになっているが今年度は事例はない。
35	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・c	重要事項説明書には苦情の受付先として事業所以外に七尾市、国保連、石川県運営適正化委員会等の連絡先が記載されている。利用者の相談は一義的には生活相談員となるが、センター長以下デイサービスセンターの職員全員が傾聴に努めた対応をしている。相談の時にはプライバシーに配慮して、事務室で個別に相談している。あたたまった形でなく、毎日の送迎時に家族から直接に要望や意見を言ってもらえるように心がけている。また、毎年のアンケート調査でも家族から自由記載欄で意見を出してもらい回答・対応を行っている。

36	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	生活相談員が主に相談や意見への対応をしているが、管理者以下他の職員も利用者からの発信を受けとり対応することに努めている。相談はプライバシーの配慮から事務室で行う。ケアマニュアルには相談を受けるときにはプライバシーへの配慮をすること、話し合う時の角度は90°を意識すること、解決が難しい時には解決できる人につなぐ事等が記載されている。 家族からの意見はアンケート調査で収集し機関誌や個別に回答し対応している。コロナ以降家族からは「デイだよりが見やすく楽しみです」とか「コロナが落ち着いたら見学してセンターでの過ごし方を見たい」という意見が寄せられていて、それに対し「デイだよりや連絡帳で日々の様子を引き続きお伝えします」、「コロナが落ち着いたら、施設見学喜んでお受けします。介護予防教室にもご参加下さい」と回答が行われている。
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	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	デイサービスセンターにおけるリスクマネジメントの責任者はセンター長である。センター長は、毎月安全対策委員会を招集してヒヤリハット報告書、事故報告書の分析・検討を行い予防と再発防止に努めている。事故発生時のマニュアルはフローチャート化され、安全対策委員会にて毎年見直しが行われている。リスクマネジメントに関する研修として、法人では「防犯について」「交通事故防止」「救急救命」「リスクマネジメント」についての研修を実施していることを確認した。損害賠償に対応するため、全社協の「しせつの損害保険」に加入している。
38	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	毎月感染対策委員会を開催して施設における感染対策の確認と予防に努めている。感染対策マニュアルはデイフロアに配布されていて、看護師からもその都度感染対策についての指導を行っている。マニュアルは委員会の方で毎年見直しを行っている。コロナだけでなくインフルエンザの予防接種や毎日の検温、手洗い、消毒の継続も同時に実施している。今年は法人で、県看護協会による「感染症の発生及びまん延防止」の研修を受け、デイからもスタッフが参加して予防体制を強化している。この研修では、ゾーニングや防護服の着脱等の実践的なものを学び、施設内の発生に備えている。母体法人にクリニックがあるため、毎年そちらの方からの感染症についての注意喚起や啓発が行われている。
39	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。	a · b · c	防災管理会議の下「防災計画」「防災マニュアル」を整備して防災訓練を実施している。防災計画作成時には地域のハザードマップを基に施設の立地上の特性を考慮している。また、志賀原発も考慮して原発事故時の対応についても検討している。デイサービスセンターでは年5回防災訓練を実施して、その際には心肺蘇生法、ハイムリック法等の実践的な訓練も同時に行っている。今年は県民一斉防災訓練(シェイクアウトいしかわ)に参加し安全行動について体験し防災意識を高めている。隣接する七尾市コミュニティセンターとの合同訓練も実施して連携して災害に備えている。備蓄は衛生用品等と食品等がリスト化され保管している。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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	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 · b · c	ケアマニュアルは「スキルチェックシート」としてまとめられている。マニュアルは、ケアの際にはプライバシーに配慮すること、傾聴すること、利用者を尊重する姿勢が盛り込まれたものになっている。職員は毎年1度スキルチェックを行い、リーダーが1次評価した後に合議評価を行っている。その結果は職員にフィードバックされて確認、気づきにつなげている。そのことによりマニュアルに基づいたサービス提供が行われているかを検証している。

41	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 · b · c	<p>「業務フロー図」や「スキルチェックシート」、各種マニュアルは人事評価委員会(法人全体)で定期的に検証及び見直しを行っている。デイ内部の会議にはセンター長も参加し、見直しの必要性について直接スタッフから意見や提案を聴取している。</p> <p>コロナ以降直接に家族等の意見の聴取は難しくなっているが、毎日の送迎時に家族との申し送り、連絡帳での情報交換、プラン更新時やアンケート調査時、新聞の発行等を通じて広く家族意見を聴取してマニュアルへ反映させている。</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	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 · b · c	<p>フェースシートやケアマネからの情報提供、介護・医療連携シート等を基にアセスメントを行い生活相談員が通所介護計画を作成している。通所介護計画の作成には看護職員、機能訓練指導員、介護職員等も参加して行われている。提供したサービスは家族へ連絡帳を通じて毎回報告している。ケアプラン通りにサービス提供が行われているが毎月モニタリングを実施して、担当ケアマネ、家族に報告している。看取りや医療行為の必要な利用者についてはセンターでできる事出来ないことを見極めながら、一律な対応でなく職員で協議して受け入れている。</p>
43	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 · b · c	<p>通所介護計画は毎月モニタリングを行い、ケアプランの変更に合わせて見直しを行っている。個別機能訓練実施計画書は、毎月機能訓練指導員が自宅を訪問しモニタリングし、3か月ごとに見直しを行っている。能登島全域が対象であり広域であるため送迎が大きなポイントとなり、利用者の状態、自宅のハード面、家族の要望等きめ細かなニーズに対応して計画の評価・見直しを行っている。</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	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 · b · c	<p>利用者に関する情報やケース記録はシステムを使い管理され、記録の中で申し送りが必要なものについては、申し送りデータに全員チェックを入れなければ申し送りが完了しないため、伝達漏れがない仕組みが作られている。記録する職員間で記録内容に差異が生じないよう、「施設職員のための介護記録の書き方」を教材にした研修やスキルチェックシートによる施設内の独自基準を設けた評価を行なっている。情報共有については、法人内での情報は社内LANを用いて行われ、外部の医療機関や介護施設に利用者情報を共有する際は「介護・医療連携用紙」の様式を定め、外部との連携を行なっている。</p>
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a · b · c	<p>利用者の記録の保管や保存、破棄、情報提供に関する規定を定めた「個人情報保護マニュアル」を整備し、個人情報の不適性利用や漏洩に関する対策は「個人情報に関する基本方針」で定められている。また、「記録一覧表」を作成し、その中で記録の種類毎に関する管理責任者を明記している。毎年法人内で「個人情報保護・プライバシー研修」を行い、職員へ周知している。様々な媒体からの個人情報の拡散など時代に合わせた事例も取り入れながら研修を行なっている。また、昨年よりオンライン動画研修を導入し、個人情報の管理を含め、サービスの質向上に取り組んでいる。個人情報の取り扱いに関しては、契約時に「個人情報に関する基本方針」を用いて十分な理解が得られるよう説明を行い、利用者・家族に覚書・同意書ももらっている。</p>

評価細目の第三者評価結果(高齢者福祉サービス)

判断水準	
「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

※ 最低基準を満たしていることを前提

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A①	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	<p>新規利用の場合、「介護・医療連携用紙」がグループのケアマネより提出され、デイの担当者も面接を行い、アセスメントとしての新規の「介護・医療連携用紙」を作成し、利用者の意向等を把握・理解している。</p> <p>「興味・関心チェックシート」を入居時に作成し、3か月に見直すことで、自立や活動参加への動機づけを行っている。</p> <p>社会参加や心身の状況への配慮は、「個別機能訓練計画書」が作成されている。具体的な内容は、「Ⅱ 個別機能訓練の目標・個別機能訓練項目の設定」で示され、日常生活の中で、役割が持てるように工夫するよう努めている。</p> <p>3か月ごとに、多職種が集まり、今の状態を確認し、目標の評価を行い、「カンファレンスシート」を作成し、検討、改善の取組が継続に行われている。</p>
A④	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	<p>月に1回「モニタリングチャート」を作成している。利用者とは利用時に要望などを聞き取るようにしている。家族とは、担当者会議への出席、送迎時、連絡帳などを使ってコミュニケーションを取っている。</p> <p>「モニタリングチャート」や「通所介護計画書」には、利用者の思いや希望が示され、利用者から直接話を聞くようにしている。</p> <p>利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いの徹底のため、全職員eラーニングでの研修に取組んでいる。また、名札の裏に職員の行動指針が示されており、朝礼時に唱和している。</p> <p>支援の見直しは、3か月ごとに「カンファレンスシート」が作成されている。</p> <p>難聴の方への個別な対応など個別のコミュニケーション対応は、「通所介護計画書」の「具体的な対応・留意点」に示されている。</p> <p>「カンファレンスシート」で課題を明らかにし、「通所介護計画書」で具体的な対応を示す中で、会話の不足している利用者へ配慮している。</p>
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	Ⓐ ・ b ・ c	<p>利用者の権利擁護については、「重要事項説明書」の「2 サービス提供における事業者の義務」で示されている。また、職員玄関に基本指針を掲示し、管理者が「虐待防止・身体拘束廃止委員会」に参加している。管理者は、委員会の内容を終礼で職員に伝達するとともに、月1回の全体会で再度周知し、職員が権利擁護について検討する機会となっている。</p> <p>緊急やむを得ない場合の身体拘束の手続きと実施方法は、「身体拘束廃止マニュアル」や「スキルチェックシート」への取組みで徹底している。</p> <p>所管行政への届出・報告は、「関係機関事故報告手順書」があり、権利侵害の再発防止のための仕組みが明確化されている。</p>

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
A⑥	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。	ⓐ・b・c	<p>施設内はきれいに掃除され、整理整頓が行き届いている。浴室ごとにレジオネラの検査を実施しており、安全で快適な入浴への配慮が行われている。コロナ対策で皆同じ方向を向いて座り、毎日12:00にセンター内の温度・湿度の想定を行い記録して、室温・換気に配慮している。</p> <p>事業所内は、すべてのスペースがゆったりと作られていて、デイルーム、静養スペース、18畳の畳コーナー、リハビリコーナーなどを備えている。</p> <p>デイルームの椅子も利用者の体形、ADL等に配慮して3種類の物が用意されている。背もたれが長い椅子、男性用に少し高くても幅も広い椅子、女性用に少し低くて幅の狭いものが用意されている。</p> <p>地域交流室を活用して、プライバシーに配慮した相談ができるスペースを確保している。また、オリジナルの「転倒注意」ポスターや、施設内のヒヤリマップを事務所と職員の休憩室に掲示し、周知することで、利用者が安心・快適に過ごせるように取組んでいる。</p>

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A⑦	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。	ⓐ・b・c	<p>入浴支援は、「介護・医療連携用紙」や「カンファレンスシート」で課題が示され、「通所介護計画書」に具体的な支援方法が示されている。</p> <p>介助の技術面は「スキルチェックシート」で取組み、利用者の個別に配慮すべき事項は「通所介護計画書」に示し、安全・快適な入浴の提供に努めている。</p> <p>入浴を拒否する利用者や心身の状況に応じた入浴方法は、その対応を「カンファレンスシート」で検討し、「通所介護計画書」で具体的な対応を示している。但し、緊急な場合は、朝礼や終礼で検討している。</p> <p>入浴の可否の判断は、「入浴介助業務手順」に沿って、看護師がバイタルチェックし、入浴可能な利用者の入浴カードを受け取り、順番に入浴の声かけし、誘導している。入浴に代わる清拭等も、看護師が指示をしている。また、「通所介護計画書」において、全ての利用者に入浴時の見守りが示されている。</p> <p>入浴形態・方法は、一般浴とリフト浴があり、利用者の心身の状況、意向をアセスメントして決定している。またケアマネも立ち会って、「生活機能チェックシート」を作成し、必要な場合は家族への助言が示されている。</p>
A⑧	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。	ⓐ・b・c	<p>「介護・医療連携用紙」、「カンファレンスシート」、「通所介護計画書」の順に作成され、利用者の意向を踏まえ、排泄支援のための配慮・工夫が示されている。</p> <p>自然な排泄を促すため、水分補給に配慮している。来所時、入浴後、食後、午後2時のおやつ時、希望時など水分補給を促している。また、個別プログラムでの機能訓練、体操、歩行等の運動も併せて行っている。</p> <p>トイレは、洋式トイレ3か所、小便器1か所設置され、手すりがあり、車いすが入れるスペースもあり、段差も解消され、安全に快適に使用できる。</p> <p>トイレにはカーテンを設置し、トイレ誘導の際の声かけには配慮し、利用者の羞恥心に配慮している。また、「スキルチェックシート」の「排泄介助」の項目に取組むとともに、オムツ交換は可能か限り二人で行い、介護を安全に実施している。</p> <p>排泄の自立のため、定時の声かけや排泄チェックを行うとともに、健康状態の確認も行っている。また、支援方法の見直しは「カンファレンスシート」で示されている。</p> <p>利用者の便意・尿意の訴えに対して、利用者のトイレのサインを見逃さないように努めている。また、ケアマネも立ち会って「生活機能チェックシート」を作成している。</p>

A⑨	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) ・ b) ・ c)	<p>「介護・医療連携用紙」、「カンファレンスシート」、「通所介護計画書」の順に作成され、利用者の意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。また、心身の状況に合わせた検討と見直しを行っている。</p> <p>安全に移動の介助を実施する取組みとして、「スキルチェックシート」へ取組んでいる。また、利用時にスムーズな移動が可能なように、利用者が帰宅した後、後片付けを行い、動線確保する等環境整備に努めている。</p> <p>移動中の安全への配慮は、「介護送迎マニュアル(デイ)」において、職員の遵守事項が示されている。また、個々の利用者への配慮は、「通所介護計画書」で示されている。</p>
A-3-(2) 食生活			
A⑩	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a) ・ b) ・ c)	<p>「介護・医療連携用紙」で本人の食事形態や嗜好を聞き取り、具体的な取組みを「通所介護計画書」で示している。また、嗜好調査が年2回実施され、嫌いなものは厨房に伝え、別なものにしている。例えば、揚げ物を食べない方には、煮物を提供している。</p> <p>現在はコロナ禍であり、食事は一方向を向いて食べ、感染防止対策に取組んでいる。車いす利用者への工夫として、オーバーテーブルを利用して、食べやすいように配慮している。</p> <p>大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいた衛生管理が行われ、拭き掃除や手洗いの後の消毒を徹底している。</p>
A⑪	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) ・ b) ・ c)	<p>「のどまデイサービス 食形態・体重表」にて、常飯、全かゆ、軟飯、常菜、軟菜など提供方法が示され、この他、アレルギー、形態、嗜好などが示されている。食事提供の際は、テーブルの高さや椅子の角度、姿勢、食器の種類、介護方法など「通所介護計画書」に具体的に示している。</p> <p>自分でできることは自分で行えるように、自助食器を提供したり、目の見えない方に対して食器の色や配置を配慮したりしている。また白ご飯と白い茶わんでは見えにくいので、色付きの茶わんを使ったりもしている。</p> <p>経口での食事摂取の継続のため、嚥下体操や食後の口腔ケアに取組んでいる。また、事故発生の対応方法の確認、徹底として、「スキルチェックシート」に取組んでいる。</p> <p>利用者の心身の状況に合わせた検討と見直しは、「カンファレンスシート」で示されている。水分の摂取量の把握などは、「カンファレンスシート」で課題が示され、「通所介護計画書」に具体的な取組みが示され、看護師がチェックシートを作成し、介護者が記入し、看護師が確認し、ほのぼのに記入することで1か月の水分量が把握できるようになっている。</p> <p>また、月1回「栄養アセスメント会議」が実施され、悠々ホームの管理栄養士も参加している。体重減少の多い方、増減の激しい方などを共有し、連絡帳などで情報提供し、ケアマネにも連絡している。</p>
A⑫	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a) ・ b) ・ c)	<p>サービス開始時に利用者の口腔機能を把握して、多職種の職員が協働して口腔機能向上サービス計画を作成している。計画に沿ってサービス提供した後、食事の状況、口腔ケア、水分補給等について定期的に記録し計画の進捗状況を評価している。口腔機能の保持・改善の取組みとして食事前の嚥下体操やレクリエーション等がある。口腔ケアに関する研修は伝達研修やeラーニングにより実施している。口腔ケアについて歯科受診が必要と判断した時には、家族に連絡帳や口頭で伝えるとともに、必要に応じて口腔衛生についての支援や助言を行っている。</p>
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア			
A⑬	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a) ・ b) ・ c)	<p>褥瘡発生予防に関する指針が整備されて、研修はeラーニングと個々のスキルチェックシート作成により行っている。法人全体で褥瘡予防に取り組み毎月褥瘡委員会を開催して、デイからは施設長と看護職が参加している。デイでは褥瘡の処置は看護職が行っているが、他の在宅サービス、ケアマネや家族、訪問看護等と連携をとりながら行っている。また栄養アセスメントや栄養スクリーニングも行い、褥瘡の予防、治癒に向けたケアに取り組んでいる。</p>

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
A⑭	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。	a ・ b ・ c	非該当
A-3-(5) 機能訓練・介護予防			
A⑮	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	「興味関心チェックシート」と「生活機能チェックシート」をアセスメントとして多職種が共同して個別機能訓練計画を作成し、計画に基づきひとり一人に合った機能訓練を実施している。計画は毎月モニタリングを行い、3か月ごとに更新している。機能訓練指導員が6か月ごとに長谷川式スクリーニング検査を行い、利用者の認知症の状態について確認している。認知症が進んできた人という人には3か月毎実施して、ケアマネに連絡している。
A-3-(6) 認知症ケア			
A⑯	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	ケアマネからの情報や能登地区の医療介護機関で使用している「医療連携シート」を使いアセスメントしている。認知症の状態に合わせた落ち着いた環境づくりや、座席の配慮を行っている。研修はeラーニングが主となるが、カンファレンス時にその都度学習をしている。デイの様子は毎日連絡帳で家族に伝えるほか、送迎時に直接に家族と話し合い気づいた点を伝え、家族からは要望を聞いている。助言の内容や家族からの要望等は毎月のモニタリングの中でケアマネに報告している。
A-3-(7) 急変時の対応			
A⑰	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	デイサービスセンター業務フロー図に詳細に定められている。送迎時に家で何か転倒などの異常はなかったかを確認して、デイサービス到着後には体温(1日2回)、血圧、脈、酸素飽和濃度等を測定して記録している。入浴時にはさらに全身状態の確認をしている。家族から渡された薬は、薬剤情報とともに看護師が管理して、飲み込みまでを確認している。急変への対応として、12月14日消防訓練時にAED、心マッサージ、ハイムリック法等の実技訓練を実施している。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A⑲	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	Ⓐ ・ b ・ c	毎日の連絡は連絡帳や送迎時の申し送り、変化があった時にはその都度電話での連絡をしている。モニタリングは毎月行い通所介護計画は3か月ごとに更新し、家族へ連絡している。また、毎月デイサービス便りを発行してデイでの行事予定や行事報告、感染予防や薬の管理等についてのお知らせを発信している。家族からの相談の事例として「おむつ交換がうまくできない」という困りごとについてデイのスタッフが個別に指導したり、地域へ出て出前講座等を行っている。