

兵庫県福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社H. R. コーポレーション

②施設・事業所情報

名称： 三原デイサービスセンターやすらぎ	種別： 通所介護
代表者氏名： 所長 垣いくみ	定員（利用者人数）： 32 名
所在地： 兵庫県南あわじ市八木寺内373-1	
TEL 0799-42-7333	ホームページ： http://awaji-yasuragi.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：	平成6年4月25日
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 淡路島福祉会
職員数	常勤職員： 6 名 非常勤職員： 9 名
専門職員	生活相談員 1名 介護職員 10名
	機能訓練指導員 1名
	看護師 3名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等) 特殊浴槽、ヘルストロン、テレビ3台
	フットマッサージ機3台、平行棒、ベット7台

③理念・基本方針

地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に
 1. 利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。
 2. 常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。
 3. 事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・併設事業所として従来型特養・地域密着型特養・保育所等があり、それぞれの職員・利用者・保育園児など様々な世代との関わり・交流が可能である。
- ・日曜日の利用、保険外での延長サービス、夕食の提供、利用者の生活パターンに合わせた送迎時間等、サービスに柔軟性を持たせ、利用者・家族の支援に取り組んでいる。
- ・行事食・ランチバイキング・おやつバイキング・飲み物の選択制等、「食」の楽しみを大切にしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 31 年 4 月 26 日 (契約日) ~ 令和 1 年 8 月 30 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成 27 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・ 広く社会福祉事業を展開する淡路島福祉会として、法人の運営管理体制が確立し、法人としての規程・マニュアル類の整備、各種会議・各種委員会の設置と運営が行われている。各役職・職種の職員が参画し、法人と連動しながら、施設・事業所としての各種会議・各種委員会・施設内研修・マニュアルの整備を行っている。福祉サービス第三者評価を継続的に受審し、サービスの質向上に取り組んでいる。
- ・ 利用者満足調査・食事の嗜好調査・行事アンケートを継続し、利用者の意見をサービスの向上に反映している。集団で行う運動レク・頭脳レク・年間行事、カラオケ・園芸クラブ・折り紙・塗り絵等の個別レク等、利用者の希望に応じて選べる複数の活動メニューと、買い物・外食・足湯・地域の祭り等社会参加に配慮したプログラムも実施し、利用者個々の生活や心身の状況に応じて楽しめる機会作りを行っている。利用者が主体的に参加するおやつ作りを毎月の恒例として行っている。献立に季節感や行事を採り入れ、盛り付けや彩りにもこだわった昼食を提供している。
- ・ 施設内研修・デイ勉強会を定期的で開催し、外部研修への参加を奨励し、職員が学ぶ機会を持つように取り組んでいる。人事考課制度を導入し、年2回の個別面談を実施し、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。施設内の定期的な各種会議・委員会に職員が参画し、事業所内で情報共有しながら、職員の資質向上とサービスの質向上に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・ 各種議事録や資料についての周知状況が明確になる仕組み作りが望まれます。
- ・ 利用者・家族への相談対応や情報提供、居宅介護支援事業所等関係機関との情報交換等を、記録に残すことが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指導、評価をいただきありがとうございます。記録の大切さを毎回教えていただいておりますが、実行できていませんでした。この改善点に関しては職員間で協議を重ねながら取り組んでいきます。早速ですが、評価の翌日より相談員ノートを作成し、何でも記入するようにしています。取り急ぎ、これを続けることで職員にも記録の大切さを伝えられるよう取り組みたいと思います。

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。	a・b・c
<コメント> 法人の基本理念・基本方針を明文化し、ホームページ・パンフレット・広報誌等に記載している。基本理念は、法人の目指す方向を明示し、基本方針は基本理念との整合性があり、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。掲示・朝礼時の唱和・各種会議録への記載等により、職員の周知を図っている。事業計画・広報誌にわかりやすく掲載して、利用者・家族に毎年配布し周知が図られている。		

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・b・c
<コメント> 淡路ブロックの施設長会・連絡会・研修会への参加、淡路ブロック・近畿ブロック・全国老人福祉事業協会等からの情報の活用、運営推進会議等により、社会福祉事業・地域の福祉事業の動向・地域のニーズ等について把握・分析している。毎月事業実績表を作成し、コスト分析・利用率等の分析を行っている。		
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・b・c
<コメント> 法人の業績報告会が3～4カ月に1回開催され、会計士も出席し、資金収支実績管理内訳表をもとに、稼働率や経営状況についての課題を明確にしている。業績報告会には、副理事長も出席し、課題について共有している。課題については責任者会議で共有し、内容に応じて事業所会議・委員会等で改善に取り組み、責任者会議で進捗を報告している。		

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・b・c
<コメント> 翁寿園改修事業について、平成28年度から5年間の計画を策定している。平成30年度に、施設整備を含め見直しを行い、中長期計画を策定している。ニーズに向けて5項目を設定し、具体的な取り組みを明示している。		

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・b・c
<p><コメント></p> <p>中長期計画をもとに、事業所の単年度の事業計画を策定している。事業計画は、職種ごとの方針を明示し、実行可能な具体的な内容を項目ごとに、表を活用する等わかりやすく記載し、実施状況の評価を行える内容となっている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、責任者会議で周知すると共に、事業所内の回覧資料として設置し周知を図っている。毎月の責任者会議で、事業計画の実施状況を報告し共有している。年度末に、事業所の職員の意見を集約して事業計画の評価を行い、管理者層が事業報告書の作成し、次年度の事業計画の策定に反映している。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画を、利用者が手にとれる場所に設置し、家族には郵送し周知を図っている。事業計画は、項目を設定し、表を活用する等、わかりやすい内容となっている。利用者の参加を促す観点から、行事・活動などについて具体的でわかりやすい工夫が望まれる。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的に第三者評価を受審している。人事考課制度を導入し、職員の質向上をサービスの質向上につなげている。責任者会議・各種委員会等により、サービス内容について組織的に評価を行う体制を整備している。第三者評価の結果は、責任者会議で分析・検討している。</p>		
9	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・b・c
<p><コメント></p> <p>評価結果の分析結果や課題は、責任者会議録に文書化し、職員間で共有を図っている。課題・改善点については、内容に応じて、部署・委員会が担当して改善に向けて取り組んでいる。進捗については、責任者会議で報告し、必要に応じて改善計画の見直しを行う仕組みがある。改善計画と進捗・実施状況の評価が、統一したわかりやすい様式で明確になる事が望まれる。</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
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・b・c
<コメント> 施設長は経営・管理に関する方針と取り組みを、31年度施設長方針として事業計画に明確にしている。施設長方針に沿って、各部署責任者が職種別に事業方針を策定している。方針を年度初めの責任者会議で説明し、各部署責任者は部署会議で周知している。事業計画を、配布・掲示・設置等で表明している。法人の「職務分掌」等で施設長の役割責任を定め、これらは職員がいつでも見ることが出来るよう事務所内に設置している。平常時は「職務分掌」で、有事における施設長不在時は、「災害応急対策等の実施組織」で、副施設長に権限委任することを明確にしている。		
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・b・c
<コメント> 施設長は、関係法令集、法人諸規定等を理解し、遵守すべき法令等の十分な理解に努め、物品購入・修繕時には決裁規定に則って対応する等、利害関係者等と適正な関係を保持している。老人福祉事業協会主催の施設長会・行政連絡会等に参加し、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法・フロン排出抑制法等、事業所が環境への配慮等も含む遵守すべき法令を把握し、マニフェストの取得管理等、法令に則り適正に対応している。個人情報保護法・高齢者虐待防止法等の研修を実施し、職員に遵守すべき法令等の周知を図っている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 第三者評価を継続的に受審し、毎年利用者への満足度調査、施設内職員アンケートを実施し、また、各種会議・委員会に出席し、施設長は、サービスの質の現状について評価・分析を行っている。責任者会議で各部署の課題を明確にし、課題の改善に向け各部署・委員会等で検討している。施設長は、施設内の主要な会議・委員会等に参加し、職員の意見を把握し、質向上に向けた取り組みに積極的に参画している。年間計画に沿って、計画的・継続的に施設内研修を実施し、外部研修受講も奨励し、サービスの質の向上に向け、職員の教育・研修の充実を図っている。		
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・b・c
<コメント> 毎月稼働率等の分析を行い、業績報告会で報告している。定期的に外部コンサルタントから、稼働率・人件費率等の分析結果の報告を受け、責任者会議で経営改善や業務の実効性向上に向け検討を行っている。勤務実績表・月次職員一覧表等を基に人員管理を行い、基準以上の人員配置に取り組んでいる。職場快適調査(職員アンケート)を実施し、働きやすい職場環境整備に取り組んでいる。経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、幹部運営委員会で検討した内容を責任者会議・部署会議で周知し、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は法人内の幹部運営委員会に参加し、施設内に責任者会議・各委員会等を構築し積極的に参画している。		

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>31年度「施設長方針」で、「福祉人材の確保・育成・定着に関する方針」を明示している。中長期計画にも人的資源確保への取り組みを明示している。重要事項説明書・運営規定で、基準に準じた職員体制を、勤務実績表で実配置人数を明確にしている。毎月職員一覧表を作成し、保有資格等を把握し、欠員が出た時や出そうな場合には幹部運営委員会で検討し、人材確保を確実に行う仕組みがある。法人での介護職員初任者研修等を行い、人材確保や育成を図っている。学校訪問・就職フェア・職員紹介制度・ハローワーク・ホームページ等を活用し採用活動を行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員倫理要綱を法人として期待する職員像として明確にし掲示している。昨年、人事課制度を改正し、職員に説明し、要綱等を事務所に設置し周知を図っている。「評価要素シート」に基づいて、年2回職員が自己評価を実施し、上位者が面談・評価を行っている。法人として、外部コンサルタント・ハローワーク・地域の職員募集等から職員処遇の水準についての情報を把握し、改善の必要性などを評価分析している。面談時や会議等で把握した意向等に基づき、法人で改善策を検討・実施している。入職時の面談で、職員個々の将来の意向を確認している。役割資格等級制度で人事基準を明確にし、キャリアパスフレームで将来の姿を描くことができる仕組みが構築されている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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・c
<p><コメント></p> <p>職務分掌で、施設での職員の労働安全衛生に関する責任者を施設長と定め、責任体制を明確にしている。有給休暇・時間外勤務等は、施設長が最終決済し、システムで取得状況を把握し、毎月実績一覧表で就業状況を確認している。健康診断・腰痛検査を定期的・継続的に実施し、要精検者には受診を勧め、受診結果は施設長が把握している。法人として、安全衛生委員会を設置し、ストレスチェック・ストレスマネジメント研修を実施している。基本的に主任、相談員が相談窓口となり随時個人面談を行ったり、人事考課制度での定期面談を行う等、職員が相談しやすい仕組みがある。再雇用制度の採り入れ・県及び県社協の退職金制度への加入・職員旅行時の補助・半日単位有給制度・柔軟な勤務体制等を職員の希望により採り入れ、総合的な福利厚生とワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。基準を上回る人員配置に努め、福利厚生、ワークライフバランスに配慮した取り組みにより、働きやすい職場づくりに努めている。</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	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>人事考課制度の階層別考課シートで、組織として期待する職員像を明確にし、職員一人ひとりの目標管理の仕組みを構築している。年2回の個別面談を通じて、職員一人ひとりの目標を設定している。目標期限を半期ごととし、評価項目・評価基準は明確にされた適切なものとなっている。半期ごとに考課シートに基づいてフィードバック面談を行い、上位者と相互に目標に対する達成度の確認を行って、次の目標設定に反映させている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>研修計画に期待する職員像を明示している。運営規定に、生活相談員・看護師・介護職員等、組織が職員に必要とされる専門資格を明示している。施設内研修は概ね計画通りに実施し、研修報告書・研修資料・研修参加者名簿を保管管理している。研修に参加できなかった職員には、部署ごとに資料配布を行い周知している。デイ勉強会も行っている。外部研修受講については、県の社会福祉協議会・デイサービス協議会が行う研修に参加している。研修後には参加者にアンケートを実施し、研修を実施する各担当委員会が、意見・感想・成果等の分析を行い、計画・研修内容・カリキュラムの評価、見直しを定期的に行っている。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>職員名簿一覧を毎月更新し、取得資格・経験年数等を明確にしている。新任職員は、法人で新人指導マニュアルに沿って研修を実施している。施設内研修や外部研修を受講し、階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修に取り組んでいる。外部研修案内は基本的に主任会議で伝達し、専門職種が限定されるような研修は、当該部署に回覧し受講を支援している。組織が必要とする外部研修参加については、出張扱いとし旅費規程で参加支援を明確にしている。施設内研修と共に、デイ勉強会を実施し、多くの職員が参加できるよう努めている。組織に必要な資格取得を支援するとともに、給与規定で資格取得時の手当を規定している。新任職員について、配属後の事業所内のオリエンテーションのプログラムと実施記録の作成が望まれる。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>法人が実施している介護職員初任者研修の実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを策定し、福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢・目的を明文化している。受け入れは生活相談員が行い、マニュアルにオリエンテーション内容・手順・留意事項等を定め、個人情報保護規定に関する誓約書を取り入れている。介護職員初任者研修は、当該事業所で実習できるようプログラム（日課表）を準備している。養成校から実習要請があれば養成校のカリキュラムに沿って実習を行う仕組みがある。実習担当職員は、マニュアル・カリキュラムを理解し実習生指導にあたっている。介護職員初任者研修について、実施主体である当法人から継続的に情報提供を受け連携している。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>ホームページで、理念・基本方針・決算報告・サービス内容等を公表している。事業計画・事業報告は施設玄関に設置して公開している。第三者評価受審結果はWAMネットで公表している。苦情相談体制は重要事項説明書抜粋を、玄関に掲示している。広報誌に、理念・基本方針、事業所で行っている活動等を適宜掲載し、行政・居宅事業所・医療機関等への設置、運営推進会議での配布等を通して、広く情報提供を行っている。苦情・相談の内容・対応について、運営推進会議で報告・説明し議事録に記載している。運営推進会議議事録の公開等により、苦情・相談にもとづく改善・対応の状況について公表することが望まれる。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>経理規定・決裁規程等法人諸規定に事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、職務分掌に権限・責任を明確にし、事務所内に設置し職員に周知している。法人として、会計事務所・弁護士・社会保険労務士等外部の専門家と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等については、幹部運営委員会で報告されている。財務内容等について、監事が定期的に監査を行って、ホームページで監査結果を公表している。法人本部が、システム内で経理、取引等について内部監査を実施している。事業・財務等に関するチェックを外部の専門家に委託し、定期的に財務等に関する報告・指導を受け、幹部運営委員会で経営改善に取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」を、また、施設長方針で「地域公益活動の推進」を掲げ、地域との関わり方について基本的な方針を明確にしている。市の広報誌・新聞チラシ等を利用者が手に取りやすい場所に設置している。ケーブルテレビ受信により、地域の情報を提供している。地域の祭りに参加する際は、職員が同行して支援している。事業所での餅つき会・夏祭り時の地域住民や大学生ボランティアの参加、保育園児・地域老人会の来訪等、地域の人々との交流の機会を定期的に設けている。買い物、外食等、外出行事では、地域の社会資源を利用するようにしている。</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 · b · c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、「理念の理解、交流機会の確保」という基本姿勢を明示している。マニュアルで、受け入れ時の手順、流れ、注意事項等を明確にしている。初回受け入れ時にはオリエンテーションを行い、ボランティアへ注意事項等を説明している。守秘義務についても説明し、誓約書欄に記入を依頼している。近隣の大学や中学校の授業で介護技術の講義を行う等、学校教育への協力を行っている。 マニュアルに学校教育等への協力基本姿勢については明文化することが望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>行政機関・介護タクシー・病院・警察署等、社会資源を明示したリストや、淡路地域福祉サポートマップ等の資料を、事務室・公衆電話設置場所等に設置し、職員間で情報共有している。淡路ブロック老人福祉事業協会、地域ケア会議等に定期的に参加している。 地域ケア会議に参加し、共通の課題に対して検討や情報共有を図り、協働して解決に向け取り組んでいる。在介として地域ケア会議に参加し、認知症の徘徊問題等で地域でのネットワーク化に取り組んでいる。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 施設の夏祭りに地域の人を招待し、また、地域の老人会来訪時や地域活動のギャラリーとして施設の交流スペースを提供して、地域住民との交流を行っている。県事業として介護技術講習会を開催したり、社会福祉協議会と連携して認知症サポーター養成講座を地域住民等を対象に実施している。市と災害時の福祉避難所の協定を結び、水・食料の備蓄を行う等、災害時の地域における役割について確認している。地域の祭りや行事に協賛を行い、地域の活性化等に協力している。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 地域サポート型施設として、移送サービス等地域のニーズの把握に努め、法人として自費事業として実施している。民生委員も参加している運営推進会議で地域の福祉ニーズの把握に努めている。在介職員が参加している地域ケア会議で相談があれば対応している。地域からの介護相談に、相談員が窓口となり対応している。社協と連携しての地域サポート型サービスや、民生委員等との連携に基づく、配食サービス等ニーズ等の把握に努めている。食の自立支援事業・配食サービス時に、相談支援、安否確認等を行っている。食の自立支援事業への取り組みを中期事業計画で明示し展開している。		

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
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> 利用者を尊重する姿勢を、基本理念・基本方針、倫理綱領、介護マニュアル等に明示し、職員の理解と実践に取り組んでいる。年間計画をもとに毎月施設内研修を実施し、利用者尊重や人権への配慮について学ぶ機会を設けている。毎月、身体拘束0推進委員会に参加し、利用者尊重や基本的人権について、状況の把握・評価等を行い必要な対応を図っている。		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<コメント> プライバシー保護マニュアル・虐待防止マニュアル・拘束廃止マニュアルを整備し、施設内研修計画に採り入れて、毎年研修を実施している。不適切な事案が発生した場合の対応方法等については、上記マニュアルや就業規則に明示されている。プライバシー保護や権利擁護についての取り組みは、契約書や重要事項説明書に記載して、利用者・家族に周知している。毎月の身体拘束0推進委員会で振り返りを行いながら、マニュアルにもとづいたサービス実施に取り組んでいる。広く明るいリビングには畳スペースが併設、やや離れてカラオケルームや個室があり、利用者が思い思いに過ごせる共用空間を提供し、衝立カーテンや移動式襖を設置している。トイレや脱衣所にもカーテンを取り付け、快適な環境とプライバシー保持に努めている。		

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	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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パンフレットや広報誌を関係機関や公共施設に置き、広報誌は地域にも配布して、広く情報提供を行っている。パンフレット・広報誌は、言葉遣いや写真・絵の使用等でわかりやすく説明している。利用希望者には、個別に丁寧な説明を行い、見学・体験利用にも対応している。ホームページ・パンフレットの内容は、適宜見直しを行っている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス開始には、契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。サービス内容について「ご利用案内」を資料とし、理解を確認しながらわかりやすい説明を工夫している。サービス変更時には、通所介護計画書に沿ってサービス内容の説明を行い、計画書に同意を得ている。契約時には家族の同席を依頼し、困難な場合は介護支援専門員が同席し、適正な説明・運用を図っている。</p>		
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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービスの変更・中止・終了については、重要事項説明書に沿って、利用者に不利益が生じないように配慮している。契約の終了に伴う援助の項目もあり、引継ぎ文書の作成など、要請に応じた援助を行っている。利用終了後の相談窓口も、生活相談員が担当者となっている。利用終了時に、その後の相談方法や担当者について説明し、内容を記載した文書を渡すことが望まれる。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1回、利用者満足度調査・食事の嗜好調査を行っている。行事については、開催後にアンケートを実施している。調査・アンケートは、利用者への個別の聞き取りも取り入れている。調査についての担当者を生活相談員・栄養士としている。集計結果を責任者会議・デイサービス会議で報告して検討を行い、改善に取り組んでいる。</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 ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>解決責任者、受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に記載し配布している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物を施設の入り口に掲示している。「ご意見箱」の設置、アンケートの実施等、利用者・家族が苦情を申し出しやすいように工夫している。苦情受付対応票・改善表に、受付・解決・フィードバックを記録する仕組みがある。苦情相談内容は、デイミーティングで迅速に共有し、内容に応じてデイ会議や責任者会議で検討しサービス質向上につなげる仕組みがある。苦情内容・解決結果等を、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで公表する仕組みを検討中である。</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>苦情と共に、意見・相談の受付と流れについてわかりやすく表わしたフローチャートを作成し、施設の入り口に掲示している。相談室があり、相談しやすい環境に配慮している。</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>「苦情・相談受付マニュアル」を整備し、法人のケア業務委員会で、毎年見直しを行い、各施設・事業所に対応している。サービス利用中や送迎時等に、職員が積極的にコミュニケーションをとり、意見・相談等を話しやすいように配慮している。意見箱の設置・満足度調査・食事の嗜好調査・行事後アンケート等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。意見・相談内容や対応については、デイミーティング・申し送りノートで共有し、迅速な対応に努めている。</p> <p>意見・相談内容に応じて、相談員記録に記録し、サービス質向上等に反映することが望まれる。</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>施設全体で事故防止検討委員会を設置し、施設長が責任者となり体制を整備している。施設の事故対応マニュアルと共に、デイサービスとしてのマニュアルを整備し、職員の周知を図っている。インシデント・アクシデント事例があれば、インシデント・アクシデントレポートを作成し、デイミーティングやレポートの回覧で「再発防止策」を共有し実施に取り組んでいる。施設内研修で、リスクマネジメントに関する研修を実施し、参加できなかった職員にはデイ会議での伝達研修、資料回覧で周知を図っている。</p> <p>デイ会議等で、インシデント・アクシデント事例について検討し、再発防止策の実効性の評価・見直しを行うと共に、事業所内でのリスクマネジメントに関する研修の機会とすることが望まれる。</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>法人の看護業務委員会が感染症対策を管理し、施設内の責任者は施設長、担当者を看護師としている。「感染症対策マニュアル」を整備し、看護業務委員会で毎年見直しを行っている。施設内研修で、毎年、感染症に関する研修を行っている。うがい・手洗い・ステリーパワーでの消毒等感染症の予防策や、朝の迎え時の体調確認・来所後の発熱者には別室で様子を見る・処理キッドでの吐物処理方法の徹底等、蔓延防止に努めている。</p>		
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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>施設全体の防災マニュアルに、災害時の対応体制を明確にしている。利用者については緊急連絡先一覧表で、職員については緊急連絡網で、安否確認を行うこととしている。県の栄養士が毎年1回、食料や備品類の備蓄リストを作成し、責任者である施設長のもと、施設の管理栄養士が月1回、賞味期限を確認して管理している。防災計画を整備し、昼間想定火災訓練を年1回、災害訓練を年1回施設合同で実施し、火災訓練には消防署の立ち合いもあった。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設共通のマニュアル・デイサービス独自のマニュアルに、サービスの標準的な実施方法を文書化し、利用者尊重やプライバシー保護についても明示している。マニュアルに沿って、法人の新人研修・事業所のオリエンテーションを行っている。人事考課の専門要素評価表に詳細な項目を設け、実施状況を確認する仕組みがある。 事業所のオリエンテーションの記録、人事考課を行わない職員についての評価の仕組みづくりが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>年に1回、法人内のケア業務委員会で各種マニュアルの見直しを行い、各施設に伝達する仕組みがある。委員会には各施設から委員が参加し、施設内の職員の意見を集約して検討している。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>通所介護計画の策定責任者を生活相談員としている。「フェイスシート」「ADL評価表」をもとにアセスメントを実施している。通所介護計画書の「解決すべき課題」欄に利用者個々のニーズを明示している。計画策定時にはサービス担当者会議に参加し、それをもとに事業所内でも協議している。「モニタリング表」で毎月のモニタリングを実施し、計画通りにサービスが実施されていることを確認する仕組みがある。計画更新時の評価結果は、通所介護計画所の「評価欄」に記入している。 各職種の関係職員がアセスメント・計画策定のための意見等を記入するシートを活用する等、協議の実施が明確になる工夫が望まれる。支援困難ケースなどへの対応については、相談員記録等に記録することが望まれる。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>居宅サービス計画書の変更時期、通所介護計画書の長期目標終了時期を、計画の見直し時期としている。見直しに際しては、各職種からの意見・利用者・家族の意向を集約している。見直しにより変更した計画の内容は、デイミーティングで周知を図っている。緊急に変更する場合は、介護支援専門員に連絡し、連携して現状に即した計画内容に変更している。 シートを活用する等、見直しに際しては各職種からの意見や、利用者・家族の意向の集約が明確になる工夫が望まれる。 利用者の心身の状況から、現行の通所介護計画とサービス内容を検証し、新たなニーズを明確にすることが望まれる。</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> 利用者の身体状況や生活状況等を、「フェイスシート」「アセスメント評価表」によって把握し記録している。通所介護計画にもとづくサービスが実施されていることを、ケース記録・各種チェック表により確認することができる。生活相談員が、ケース記録の内容を確認し、記録内容や書き方に問題があれば、職員に個別に指導・助言している。申し送りノート・デイミーティング（毎日）・デイ会議（月1回）・責任者会議（月1回）等、職員間で情報共有を図る仕組みがある。パソコンのシステム、議事録や書類の回覧等でも、情報を共有する仕組みがある。		
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> 法人の個人情報保護規程・文書管理規定に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・不適正な利用や漏えいに対する対応・管理責任者等に関する規定を定めている。施設内研修で「個人情報・プライバシー」研修を実施している。入職時に個人情報・守秘義務についての説明を受け、誓約書をお互いに交わしている。利用者・家族には、契約時に個人情報使用について説明し、同意を得ている。		

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 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
A②	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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

利用者の心身の状況と暮らしの意向等をフェイスシートやADL評価表で把握し、利用者個々に応じた利用となるよう通所介護計画を作成し、毎月モニタリングを行い、サービス内容を確認している。通所介護計画に、自立支援や活動参加への動機づけを明示している。集団で行う運動レク・頭脳レク・年間行事、カラオケ・園芸クラブ・折り紙・塗り絵等の個別レク等、利用者の希望に応じて選べる複数の活動メニューと、買い物・外食・地域の祭り等社会参加に配慮したプログラムも実施し、利用者個々の生活や心身の状況に応じて参加できるよう配慮している。洗い物・洗濯物たたみ・おやつ作り・手作業など、役割が持てるようにも工夫している。

コミュニケーション能力・特別な配慮を、ADL評価表に記載し、利用者個々に応じたコミュニケーションができるよう取り組んでいる。筆談・片側から話す等、個別の方法を周知している。定期的に再アセスメントを行い、コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しを行っている。配席に配慮したり、送迎時に話せる場面を作る等、会話が不足しがちな利用者には話したいことが話せる機会づくりに努めている。入職時研修・接遇マニュアルの整備・デイ会議やデイミーティングでの注意喚起など、接し方・言葉づかいについて意識向上に努めている。

		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 ・ b ・ c

特記事項

利用開始時に、身体状況をボディチェック図に記載し、変化があれば更新して、権利侵害の早期発見に取り組んでいる。事業所では、身体拘束を行わないケアを実践しているが、緊急やむを得ない場合の手術と実施方法等はマニュアルや研修で職員に周知している。マニュアルに、行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。現在事例はないが、権利侵害防止についての検討や再発防止の検討は、デイ会議やデイミーティングで行う仕組みがある。権利侵害について、利用者にも情報提供し、周知する工夫が望まれる。

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 ・ b ・ c

特記事項

共有スペースは動線が広く、自然光で明るい。エアコンに加えて扇風機、床暖房、加湿器を使用し、窓を開けて換気しながら適温が保たれ、浴室やトイレも匂いがなく清潔である。豊スペースやカラオケルーム、又、ソファ前には新聞や雑誌棚を設け、利用者が思い思いに過ごせる空間を提供している。年1回、家族・本人に満足度調査アンケートを実施し、意見や希望を採り入れながら、休息に適した環境づくりに努めている。利用者の希望でフットケア機器を導入した実績もある。

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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c

特記事項

「個人情報」「アセスメントシート」「ADL評価表」と本人や家族の意向を踏まえ、介助の中で気付いた事や意見はミーティングで検討、見直しをしながら、利用者の状況に合わせた支援を行っている。特浴と一般浴を用意し、介助には看護師も加わり、必要時は2人介助体制で安全面にも配慮している。拒否のある利用者には無理強いせず、時間をずらす等の工夫をしている。同性介助の希望を受け入れ、タオルを多数使って羞恥心に配慮し、又、着脱の介助内容により入浴順を考慮する等、利用者の尊厳や感情を大切にしている。看護師が入浴前に健康チェックを行い、「デイサービス入浴可能基準」や主治医の指示基準で入浴の可否を判断し、状況により個別にシャワー浴や清拭に変更対応している。変更内容はケース記録や利用者別記録一覧に記録してスタッフ共有している。自立の利用者に対しても見守りを行っている。必要に応じて、家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

「アセスメントシート」「ADL評価表」で自立度等を把握し、利用者個々の状況や意向を踏まえた支援を行っている。支援を要する利用者には、排泄チェック表に記録して個々の排泄状況やパターンを職員が共有し、早めの声掛けでトイレでの排泄・排泄の自立に向けた支援に努めている。周囲に配慮した声掛け・カーテン・ドアの開閉・離れた場所での待機等、尊厳や羞恥心に配慮し、必要時は2人介助で安全な介助に取り組んでいる。便座の温度やトイレの汚れには都度留意し、快適に使用できるように配慮している。尿や便の状態を排泄チェック表に記録して職員間で周知し、必要時は看護師に報告している。家族には、連絡帳で伝えている。日々の支援方法は、ミーティングで随時検討して見直しを行い、適切な支援に努めている。必要に応じて、家庭での排せつについて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

「アセスメントシート」「ADL評価表」で自立度・家庭で使用している福祉用具等を把握し、本人や家族の意向を踏まえた移動支援に努めている。シルバーカー・歩行器・車椅子を各種用意し、基本的には自宅で使用している福祉用具を提供し、自力で移動できる支援を行っている。広い動線を確認するためにテーブル等の家具や物品の配置を工夫し、常に職員が見守りを行い、安全に移動できる環境を整えている。移動に介助を要する利用者には、職員がすぐに察知して対応できる配席を用意している。送迎サービスは利用者や家族の希望時間に合わせ、体調不良時には、心身の負担がないよう個別に送迎サービスを行っている。移動中はシートベルト装着を徹底し、利用者によって乗降時に踏み台やステップを使用したり、移乗が楽な小型車で送迎する等、安全面にも配慮している。必要に応じて、家庭での移動について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

		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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

特記事項

法人の給食センター栄養士と施設の管理栄養士が献立を1週間ごとに作成し、季節感や色彩を考慮し行事食も採り入れて献立を工夫し、「食」が楽しめる食事の提供に取り組んでいる。利用者の状況に合わせた調理方法・食事形態や代替食の希望にも対応している。マニュアルに基づき、手指のアルコール消毒やテーブル消毒を徹底し、衛生面にも配慮している。

「アセスメントシート」「ADL評価表」で、自立度・嚥下能力・栄養面等を把握し、一般食・刻み食・極刻み食・ミキサー食・トロミ食・ゼリー状食から、利用者個々に適した形態で食事を提供し、経口摂取が継続できるように取り組んでいる。麺には割り箸を出し、スプーンやフォークは大きさや重さの種類を取り揃え、自立支援に努めている。食事の提供方法・介助方法は、ミーティングで確認して検討し、職員間で周知している。食事中は常時看護師が巡回し、食事中の事故発生予防に努め、発生時は「緊急時マニュアル」や吸引器設置で対応できる体制がある。食事の摂取量や、必要な利用者については水分量もバイタル一覧表に記録し、家族には連絡帳で報告している。必要に応じて、家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

毎年、法人の新人研修で「口腔ケア」研修を実施し、研修資料を全職員に回覧している。居宅サービス計画に沿って、通所介護計画に口腔ケアを位置づけている。食事前には口腔体操を行い、食事後は歯磨きや洗口液濯ぎの声掛け誘導を行い、口腔機能の保持・改善に取り組んでいる。義歯の管理に留意し、必要に応じて、義歯や口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。

		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。	a · b · c

特記事項

現在褥瘡の発症者はいない。褥瘡予防の標準的な対応方法として、看護マニュアルの「褥瘡対策マニュアル」を整備し、施設内研修やミーティングで周知している。発赤など褥瘡の発生が予測される場合は看護師に報告し、看護師の指示に沿って適切に支援する仕組みがある。送迎時・連絡ノート・電話等で家族に情報提供と家庭での留意点などの助言を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

		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。	a · b · c

特記事項

非該当

		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。	a · b · c

特記事項

居宅介護計画に沿って、通所介護計画書に機能訓練を位置づけ、看護師の指導の下で機能訓練を実施し、「個別機能訓練実施記録」に記録している。週1回、機能訓練士や言語聴覚士の助言や指導を受けることができる。日常的に集団レクや個人レクの中で、運動レクや頭脳トレーニング等を取り入れている。職員は認知症の症状の早期発見に努め、事例があれば、相談員が介護支援専門員に報告する仕組みがある。

		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 ・ b ・ c

特記事項

「アセスメントシート」「ADL評価表」をもとに、ADL・IADL・生活歴などを把握し、日々のミーティングや月1回のデイ会議で情報共有や支援方法を検討している。気の合う利用者同士の配席や、思い思いに過ごせるスペースを提供する等、安心して落ち着ける環境づくりを工夫している。あらゆる場面で寄り添い、傾聴を心掛け、状況により職員同行で周辺を散歩する等、穏やかに過ごせるように支援に努めている。施設内研修で「認知症」研修を実施し、研修資料を全スタッフ回覧している。日々の症状は家族や介護支援専門員に報告している。主に送迎時に、家族からの個別に悩みや相談を受け、情報提供や助言を行っている。行動・心理症状（BPSD）がある利用者について、医師や看護師等との連携、状況観察や支援の経過等を記録に残し、症状の改善に向けた支援に反映することが望まれる。

		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。	a ・ b ・ c

特記事項

利用者の体調変化に気づいた場合は、「緊急時対応マニュアル」の手順に沿って、看護師と連携とりながら適切な対応に努めている。朝の迎え時の家族からの情報・連絡ノート、入浴前のバイタルチェックでその日の健康状態を把握し個人記録に入力している。利用者の健康状態は、バイタルチェック・顔色や様子の観察から把握し、早めの対応を心掛けている。状態に応じ、緊急連絡票でかかりつけ医に報告している。施設内研修で、服薬管理、薬の知識、高齢者の特性について学び、欠席者には研修記録の回覧で周知している。服薬介助が必要な利用者には、マニュアルに沿って、看護師の管理のもとに服薬介助を行い、服薬を確認し、服薬チェック表にサインを記入している。送りの際は連絡ノートにその日の健康状態や様子を記入し、家族に伝達している。利用中の状態の変化は、家族、介護支援専門員に電話連絡している。

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 ・ b ・ c

特記事項

定期的には連絡帳・送迎時に、変化があった時は主に電話で、家族に利用者の状況を報告している。担当者会議や通所介護計画の説明時に、サービス内容の説明を行ったり、要望を聴いている。家族の心身の状況に配慮し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。家族への助言・情報提供は、内容に応じて看護・介護等専門職が行っている。必要に応じて、家族に対して介護に関する助言を行っている。施設で、家族介護教室を開催したこともあった。定期的・必要時の家族との相談内容を、相談員記録等に記録することが望まれる。

A-5 サービスの適切な実施

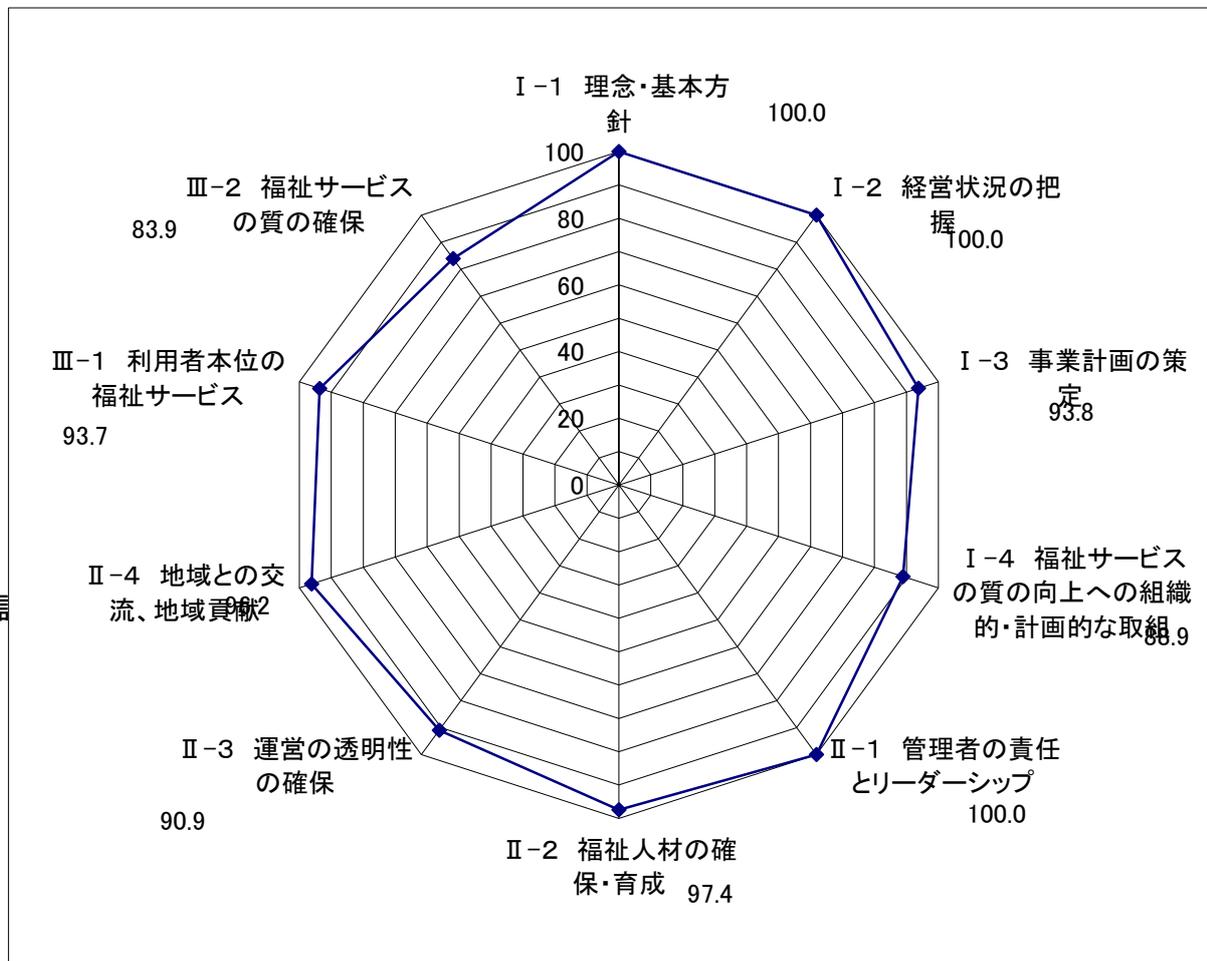
		第三者評価結果
A⑰	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

意思疎通・食事・入浴・排泄・清潔保持・機能訓練・心理面について、個別・具体的なサービス方法を、通所介護計画書の「具体的な対応・留意点」やADL等評価表の特記事項に明示している。

I ~ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	15	93.8
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	8	88.9
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・育成	38	37	97.4
II-3 運営の透明性の確保	11	10	90.9
II-4 地域との交流、地域貢献	26	25	96.2
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	59	93.7
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9
合計	225	211	93.8



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	19	18	94.7
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	74	72	97.3
A-4 家族等との連携	7	6	85.7
A-5 サービスの適切な実施	7	7	100.0
合計	111	107	96.4

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	336	318	94.6
------------	-----	-----	------

