

やすらぎ園デイサービスセンター福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果				評価結果
大項目	中項目	小項目（評価項目）		
・介護サービスの内容に関する事項	1．介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置	1	(1) 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	a
		2	(2) 利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	a
		3	(3) 利用者等の状態に応じた通所介護計画の作成及び利用者等の同意の取得の状況	a
		4	(4) 利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の状況	a
	2．利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置	5	(1) 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況	a
		6	(2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	a
		7	(3) 身体拘束等の廃止のための取組の状況	a
		8	(4) 利用者ごとの計画的な機能訓練の実施の状況	a
		9	(5) 利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	b
		10	(6) 入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況	a
		11	(7) 健康管理のための取組の状況	a
		12	(8) 安全な送迎のための取組の状況	a
		13	(9) レクリエーションの実施に関する取組の状況	a
		14	(10) 施設、設備等の安全性等への配慮の状況	a
	3．相談、苦情等の対応のために講じている措置	15	(1) 相談、苦情等の対応のための取組の状況	a
	4．介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置	16	(1) 介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況	a
		17	(2) 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況	a
	5．介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携	18	(1) 介護支援専門員等との連携の状況	a
		19	(2) 主治の医師等との連携の状況	a
		20	(3) 地域との連携、交流等の取組の状況	a
・介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	1．適切な事業運営の確保のために講じている措置	21	(1) 従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	a
		22	(2) 計画的な事業運営のための取組の状況	a
		23	(3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況	a
		24	(4) 介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	a
	2．事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置	25	(1) 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	a
		26	(2) 介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	a
	3．安全管理及び衛生管理のために講じている措置	27	(1) 安全管理及び衛生管理のための取組の状況	a
	4．情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	28	(1) 個人情報の保護の確保のための取組の状況	a
		29	(2) 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	a
	5．介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置	30	(1) 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	a
		31	(2) 利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	a
		32	(3) 介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	a

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 やすらぎ園デイサービスセンター

評価基準		項目番号	評価点	コメント
介護サービスの内容に関する事項				
1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置				
(1)	利用申込者等からのサービス提供契約前の問合せ及び見学に対応する仕組みがあり、利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、同意を得ている。	1 a		利用者からの見学、問合わせ、体験利用の案内は、ホームページ、パンフレットに記載されており、地域のケアマネからも案内していただく等、対応する仕組みは出来ている。また、電話等で利用の問い合わせがあったときは、見学を勧める等、積極的な対応が覗える。重要事項の文書については、利用者、家族ともに署名、捺印をいただいている。
(2)	利用者及びその家族の希望を聴取するとともに、利用者の心身の状況を把握している。	2 a		ご利用前に、居宅を訪問し心身の状況を確認することで、アセスメント記録簿がきちんと整備されており、利用者の状態にあった介護を提供できるよう取り組んでいる。また、家族から日常生活や、本人の生活歴などを伺うことで、デイサービスでの過ごし方や、コミュニケーションの参考にしている。
(3)	通所介護計画は、利用者及びその家族の希望を踏まえたうえ機能訓練等の目標を記載し、利用者又は家族に説明のうえ同意を得て作成している。	3 a		ご利用前に、本人または家族、ケアマネージャーに目標（希望）を伺い、通所介護計画の目標を設定している。また、利用者にあった機能訓練を検討し、無理のない目標から開始することで、継続できるように支援している。通所介護計画は、利用者並びに家族に説明の上、同意を得て交付されている。
(4)	利用者又はその家族に対して、必要な利用料の計算方法について説明をし、同意を得ている。	4 a		重要事項説明書により、利用料（保険適用分と自己負担分）の説明を行い同意の記名捺印を得ている。また、請求書にはサービス内容、介護保険給付以外の費用及び請求金額が記載されていた。
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置				
(1)	認知症ケアの質を確保するために、従業者に対する認知症に関する研修を行うなどの取り組みを行っている。	5 a		認知症の研修実施記録でほぼ全職員の受講記録を確認できた。さらに毎年、認知症ケアマニュアルに基づき新任研修を行い、認知症の理解と、対応方法について学ばせている。また、サービスの中にも午前中の入浴の待ち時間を利用して、脳トレ（計算や書き取りことわざなど様々なものを取り入れている）を行うなど効果的な内容のあるサービスが行われている。
(2)	利用者のプライバシーの保護の取組みを図っている。	6 a		プライバシー保護についての研修は、マニュアルに沿って新任研修で行なわれている。日常業務の中でもプライバシー情報は利用者の前では絶対に漏れないよう、ケアノートはスタッフの共有記録として、それぞれのスタッフが記入し、共有活用することによって、情報が他の利用者に漏れないように配慮されている。
(3)	身体拘束等の廃止のための取組みを行っており、機能している。	7 a		身体拘束の廃止等に関する理念や方針は、運営規程や重要事項説明書等に明記されている。研修は、新任職員研修等で充実したマニュアルに基づき行なわれている。また、当園には身体拘束委員会が設置されており、定期的に会議を開催し検討されている。
(4)	機能訓練の必要な利用者に対しては、計画的に機能訓練を行っている。	8 a		利用者それぞれの身体状況にあった機能訓練計画（理学療法士の個別指導も含む）が作成され、3ヵ月ごとに見直しされている。アクティビティについても、ねらいと効果を明確にすることで、それぞれの利用者に機能訓練を自覚してもらえるよう配慮されている。
(5)	利用者の家族との交流を行うなど、利用者及びその家族との意見交換を行う機会を設けている。	9 b		連絡帳を活用し、その日のバイタル、昼食内容・摂食力・ロリーアクティビティなどを記載し、センターでの状況が報告されている。また、送迎時は必ず家族と状態確認がなされている。家族との意見交換会や懇談会は開催されていないので、今後実施を検討中。また、家族の参加できる行事案内をしているが、家族の参加者が少なく参加者増加対策が期待される。
(6)	入浴介助、清拭及び整容、排せつ介助、食事介助等に関して、通所介護の質を確保するための取り組みがあり、利用者ごとに実施内容を記録している。	10 a		入浴介助、排せつ介助・食事介助のマニュアルを作成し全職員に配布しており、実施状況もきちんと記録されている。利用者の通所介護計画を全職員が把握し、介護の手順・内容が職員によって不均質にならないように、介護の質の確保に努めている。中でも歯科衛生士による口腔機能向上のための音楽に合わせた嚥下体操と「歯っピースマイル計画」と名づけた口腔ケアは好評で、やすらぎ園独創のもので特筆できる介護サービスといえる。
(7)	サービス提供開始時に、体温、血圧等利用者の健康状態を確認し、健康状態に問題があると判断した場合には、家族や主治医等との連絡を図り、サービス内容の変更を行うなど利用者の健康管理を行っている。	11 a		事業所（サービスセンター）到着後に体温・血圧・脈拍・体重を計測し、健康チェックが行なわれている。健康状態に問題があると判断した場合は、家族に連絡し家族の元に送り届けるか、受診を希望すればかかりつけ医まで送っている。体調変化に緊急性がなく問題がない場合は、静養室で様子を見たりサービス内容を変更したりしている。家族にはその状況を連絡帳に記入するほか帰送時に口頭でも報告されている。

評価基準	頁	評点	コメント
(8) 利用者の状況を踏まえた送迎を行うため、利用者及びその家族との打合せを行い、送迎車輛への乗降及び送迎車輛内での安全の確保のために、介助のための人員を配置している。	12	a	送迎マニュアルが整備されており、かつ利用日別の綿密な送迎一覧表を作成し、送迎手順等を記載してあるので、職員が替わっても同じ対応の送迎が出来ている。送迎時間短縮の要望に応え、リフト車・車椅子対応車・ライトバンなど7台で利用者の状況に応じた送迎ができています。
(9) レクリエーション活動を計画的に行っており、少人数又は利用者ごとのレクリエーションにも配慮している。	13	a	園外活動や季節にちなんだ行事を取り入れた計画を立てて、レクリエーション活動は計画的に行なわれている。午前中の入浴待ちの時間帯は個別のレクリエーションにしており、午後は競う気持ちを大切に位置づけ、全体でのレクリエーションをしている。今後は利用者のニーズを把握した上で、少人数のレクリエーションも試みることを期待したい。
(10) 利用者の行動範囲について、バリアフリー構造とする工夫を行うなど、安全性等への配慮を行っている。	14	a	事業所（サービスセンター）内はバリアフリーになっている。また、浴室の床素材は滑りにくいタイルにしてあり、浴槽内の手すりも立ち上がりやすいように高さを配慮されている。さらに、床清掃の際は滑らないワックスを指定するなど安全性の配慮がみられる。
3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置			
(1) 利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、その対応結果を説明している。	15	a	利用者・家族からの相談・苦情に応えるためのマニュアルを作成するとともに、サービスセンターに苦情・相談窓口を置いているほか、当園には苦情解決委員会、第三者委員を設置するなど、苦情対応の仕組みができています。相談・苦情があるときは朝夕のミーティングで話し合うなど速やかに対応し、利用者・家族に解決策を説明し、その一連の流れを記録している。
4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置			
(1) 通所介護計画等に、サービスの実施状況及び目標の達成状況の記録があり、評価を行っている。	16	a	通所介護計画にはサービスの実施状況および目標の達成状況の評価などが、きちんと記録されている。特に通所介護計画実行表には活動の様子がきめ細かく記録されているほか、通所介護計画の見直しについても定期的に行なっているほか、随時の見直しもミーティングの中で取り上げ、速やかに対応している。
(2) 通所介護計画の見直しの結果、居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合、介護支援専門員に提案等をしている。	17	a	通所介護計画の見直しの結果サービス内容を変更する必要があると判断した場合は、ケアマネジャーにその旨を伝え、居宅介護計画の変更が提案されている。
5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携			
(1) 介護支援専門員に対し、定期的に状況報告し、連携を図っている。	18	a	サービス担当者会議は利用者宅で開催されることが多いが必ず出席している。また、ケアマネジャーには利用者の状況について、毎月定期的にきめ細かく文書で報告するほか、変化の状況に応じて随時報告するなど、綿密に連携を図っている。
(2) 利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a	緊急時の対応マニュアルは整備されており、主治医・かかりつけ医に連絡する基準も定められている。利用者ごとの主治医・かかりつけ医の連絡先は重要事項説明書の中に記載して把握している。介護に当たってはサービスセンターを利用する前に主治医から既往症や現在の疾患の情報を得るとともに、利用にあたっての指示があるときはその指示に従った介護がなされている。
(3) 事業所の行事、催し、サービス内容等について、地域への情報提供を行ったり、ボランティアを受け入れる仕組みがある。	20	a	毎月利用者・家族向けに発行しているデイサービス便りをプライバシーを配慮した上で、市役所の窓口案内用や介護教室開催のときの参加者用として配布し、地域に情報を提供している。ボランティアを受け入れる仕組みも出来ており、長年継続して活動しているボランティアがいる一方、併設の特別養護老人ホームに来ているボランティアも活用している。また、園外活動には家族が介助ボランティアとして同行している。
. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項			
1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置			
(1) 従業者が守るべき倫理を明文化し、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	21	a	老人福祉倫理綱領が制定されており、新任職員の倫理研修は管理者が主催するとともに、定期的に関く全体会議の中でも倫理に関すること、法令遵守に関することについて随時講話している。
(2) 事業計画を毎年度作成しており、経営・運営方針等が明記されている。	22	a	毎年度重点目標を定め、全職員に経営・運営方針を明確に示されている。その重点目標に沿って、事業計画を作成し、事業が進められている。10月には上半期の事業の見直しを行い、下半期の事業内容改善に役立たせている。

評価基準	頁	評点	コメント
(3) 事業計画、財務内容等に関する資料を閲覧可能な状態にするなど、事業運営の透明性確保に取り組んでいる。	23	a	事業計画などの閲覧は、受付窓口で閲覧できる旨の案内をしており、事業運営の透明性が図られている。
(4) 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者とが合同で検討するなど、課題改善に取り組んでいる。	24	a	毎月デイサービス会議を開催し、その中でサービス提供に伴う業務内容について検討しているが、日常的にも、毎朝夕開くミーティングの中でも業務を進めるうえで改善点が話し合われている。
2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置			
(1) 事業所の組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めており、機能している。	25	a	組織体制、業務分担は明確に規定されている。特にサービスセンターの個々の職員の職務分担は細かく定められ、どの職員がどの業務を分担し責任を持って行なうか、職員間で一目瞭然になっている。
(2) サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがあり、機能している。	26	a	ケアプランの見直しや利用者の状況変化については、定期的開催しているデイサービス会議で話し合っているほか、毎日のミーティングで朝はその日の予定の確認や注意する事項を、夕方はその日あったことが話し合われている。また、介護中に気がついたことがあるとケアノートに記載しており、適宜他の職員が見て確認の印を押して情報の共有が図られている。
3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置			
(1) 事故発生時、非常災害時における安全管理・衛生管理のための仕組み又はその再発・蔓延を防止するための仕組みがあり、機能している。	27	a	事故発生時、災害発生時の対応マニュアルや感染症・食中毒対応マニュアルを整備されている。また、事故種別ごとに統計をとったり、近隣で発生した疥癬をテーマに事例検討したり、再発防止や予防に取り組んでいる。さらに、緊急時に対応できるように、いち早くAEDを設置したことは評価できる。衛生面では害虫駆除や手すりの殺菌消毒を実施しており、非常災害時の避難訓練も年間事業計画に組み込み実施している。
4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置			
(1) 個人情報の利用目的や保護規定を公表するなど、個人情報保護の確保のための取組みがある。	28	a	個人情報の取り扱いについてはホームページで公表するとともに事業所内にも掲示されている。さらに個人情報の取り扱いについては契約書の中に記載しており、職員が守らなければならない規範についても運営規定および服務規程に明記されている。利用者情報はコンピュータのハードディスクに記録されており、利用者情報を開いたり、入出力操作するためには職員各自が持っているパスワードによって操作可能になるなど厳格に守られている。
(2) 利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがあり、機能している。	29	a	サービス提供記録の閲覧・複写物の交付については契約書の中に明確に規定しているとともに、サービス提供記録は契約終了後も2年間は保管し、無料で複写物の交付が出来る。
5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置			
(1) 通所介護に従事する全ての現任の従業者（新任者を含む）を対象とする研修等を計画的に行っている。	30	a	新任および現任の常勤・非常勤職員の研修については、毎年度、研修計画を立てて実施している。特に新任職員に現任職員がマンツーマンで指導をする職場内研修は、利用者に対する対応をすぐに身につけることや介護技術の質を早期に高めることにつながり高く評価できる。
(2) 利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映させるなど、サービスの質を確保・自己評価する仕組みがあり、機能している。	31	a	毎年度アンケート方式で満足度調査を実施して、利用者の意向や要望を把握するとともに、ケアサービスを受けてどのような変化があったかも合わせて聞いている。その結果を改善に結び付ける仕組みが出来ている。また、事業所の自己評価と職員の自己評価とを実施し、業務改善に反映させている。今後は満足度調査の回数を増やしたり、家族懇談会を開催したり、きめ細かく要望を把握して経営改善に反映することを期待したい。
(3) サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの検討を定期的に行っている。	32	a	マニュアルは職員全員に配布しているが、さらに事業所内のマニュアルは職員が自由に閲覧できる状態になっている。また、業務マニュアルは半年ごとにデイサービス会議の中で見直しの要否について話し合っている。