

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	A
		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

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

	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

評価調査票(通所介護)

事業者名 **デイサービス秋桜** (種別:通所介護)

評価基準		自己評価		コメント	評点	
. 介護サービスの内容に関する事項		項目番号				
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 b c	相談、面談、見学、体験、説明を必ず行い、利用者、家族の同意を得てから利用契約を行う。	パンフレットに連絡先・担当者名が書かれていて、見学はいつでも受け付けていることが明記されている。サービスについては、通所介護契約書にて説明し、更に重要な事項については重要事項説明書にて説明して、同意があれば契約に至る。個人情報に関しては利用目的を明記した個人情報使用同意書にて同意を得るようにしている。	A
(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 b c	利用者の状況把握を充分にし、家族の希望を聴取しなければ、サービス開始は出来ない。	利用者及び家族の希望や利用者の心身の状況を聞き、訪問受付票やフェースシートなどにまとめている。これらを居宅サービス計画書に加味して通所介護計画書を作成している。	A
(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 b c	目標設定は、個々の状況に応じ計画し、充分説明同意を得ている。	通所介護計画にはADLの維持など、個別の目標が記載されている。計画書は利用者・家族の同意を得て作成する。利用者を含む関係者による会議も行い、議事録が作られている。	A
(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 b c	重要事項、パンフレットにより同意を得なければサービスを開始していない。	利用申込み時に、重要事項説明書等を用いて、文書と口頭で説明がなされている。	A

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

評価基準		自己評価		コメント	評点
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	<p>(a) 認知症ケアは当事業所の専門とする部分である。職員だけではなく、家族や地域の方々にも相談、学習会などを行っている。</p> <p>b</p> <p>c</p>	「認知症ケアマニュアル」、「認知症ケアの心得」があり、内部研修実施報告書に研修の実施記録がある。	A
(2)	利用者のプライバシーの保護の取り組みを図っている。	6	<p>(a) 個人情報の保護は徹底し、全職員の研修等も行っている。</p> <p>b</p> <p>c</p>	「プライバシー保護マニュアル」があり、「排泄介助マニュアル」、「入浴介助マニュアル」にはプライバシーに配慮した記述がなされている。内部研修実施報告書に研修の実施記録がある。	A
(3)	身体拘束等の廃止のための取り組みを行っており、機能している。	7	<p>(a) 身体拘束は絶対行わないことが、原則になっている。言葉での否定や行動制限もなく、利用者の自由を優先するケアに日夜工夫を重ねている。</p> <p>b</p> <p>c</p>	手引書として「虐待防止マニュアル」、「身体拘束に対する考え方」が用意されている。重要事項説明書に身体拘束を行わない旨を記載し、利用者に説明している。玄関は鍵をかけていない。一人で外に出てしまった利用者には、職員が付き添って見守りするようにしている。	A
(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	<p>a</p> <p>(b) 生活介護が多いため、機能訓練は生活のリハビリが主であり、日常生活が当たり前に安心でき、自立した生活が送れるように計画している。</p> <p>c</p>	機能訓練の必要な利用者は、通所介護計画の目標の欄に記載している。実施の状況は記録に残している。現在はADL(日常生活動作)に問題の無い利用者が多く、個別機能訓練の実施はない。体力維持のため、皆で体操や生活リハビリを行っている。	A
(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等を行う機会を設けている。	9	<p>(a) 行事には家族の参加も多く、日常的にも家族の交流は多い。サービス時、連絡ノートの意見交換も多い。</p> <p>b</p> <p>c</p>	職員は、朝夕の送迎時の会話や連絡ノートで利用者家族と情報交換している。特にサービスについて意見交換した場合は、「デイサービス秋桜ケア会議の要点」と題する記録に残している。	A

評価基準		自己評価		コメント	評点	
(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	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>個々の利用者に応じた尊厳を傷つけないケアを行っている。実施記録も欠かさず記録している。</p>	<p>入浴介助マニュアルや排泄介助マニュアルがあり、プライバシーにも触れている。利用者個別の食事・排泄・健康状態は、健康チェック表や看護評価表に記録して把握している。食事の好みや嗜好は、嗜好調査票で確認している。車椅子対応可能なトイレがあり、介助者が介助できるスペースがある。</p>	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>利用者の健康管理を充分に行い、少しの異常でも気付いたら家族や主治医と連携している。</p>	<p>健康管理マニュアルがあり、健康チェック表や看護評価表に利用者別の状態記録がある。健康状態に問題があると判断されれば、すぐに家族や主治医と相談しており、経緯や対応状況を連絡ノートや看護評価表、個人介護日誌に記録している。</p>	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>利用者と家族の希望を取り入れ送迎時間を組み、利用者の身体状況により、車両（車椅子対応等）を選び、画一的な送迎は行っていない。又、安全には充分配慮している。</p>	<p>送迎管理担当者を置いている。安全を配慮した送迎時マニュアル、送迎ルート表があり、利用者の状況を踏まえて、日々の送迎を行っている。キャラバン運転日誌に、日々の送迎実施記録が書かれている。</p>	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a <input type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>利用者の好みに合わせ、レクリエーションの計画をたて毎日各々が好きな事を行っている。</p>	<p>利用者全員で行う共通のレクリエーションは、年間行事計画・デイサービス提供月間計画表に基づき実施されている。また、利用者個々の希望を反映した個別活動の時間帯も設けている。個別活動は、個人あるいは小グループで行われている。</p>	A
(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	<input type="radio"/> a <input checked="" type="radio"/> b <input type="radio"/> c	<p>民家改修のため、玄関の段差や家庭風呂を生活リハビリの一部と考え、全面バリアフリーとはなっていない。当然その部分には安全を配慮し、転倒事故等一度もおきていない。</p>	<p>民家改造型のデイサービスであるため、玄関には段差があり、風呂は一般家庭と同じ造りである。トイレは車椅子対応にリフォームされている。車椅子利用者は玄関から入れないため、縁側からスロープで出入りするよう工夫されている。職員は見守りに注力して安全性をカバーしており、段差などは生活リハビリの一貫と捉えている。</p>	A

評価基準		自己評価		コメント	評点
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	<input checked="" type="radio"/> a b c	相談の対応には、十分な時間をとり、家族の安心を得ている。又、平素、苦情や不満を抱かないよう職員一同心がけ努力している。 重要事項説明書に苦情相談窓口と担当者名を明記しており、口頭でも説明している。苦情対応マニュアルがあり、苦情・相談対応・家族の説明記録に記録がある。	A
4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために					
(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 <input checked="" type="radio"/> b c	目標、計画、実施状況の記録は充分に行っているが、目標の達成、状況、評価は完全にできているとは思えない。 通所介護計画の評価の欄にて、目標の達成状況が評価され、記録されている。	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	介護支援専門員との計画の変更の提案は積極的に行っている。 介護支援専門員との意見交換の頻度は高い。見直しを要すると考えられた場合は、すぐに介護支援専門員に提案している。	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					
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	毎月の実績報告時に状況報告をしている。状況に変化があった場合は速やかに報告し連携を図っている。 毎月の実績報告時に状況を伝えている。必要時には随時報告している。サービス担当者会議に出席しており、要点の記録がある。	A

評価基準			自己評価	コメント	評点	
(2)	利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a b c	ほとんどの利用者の主治医を周知し、連携をとっているが、数名は大学病院等の主治医で家族を通じての連携である。	個人ファイルのプロフィールに主治医とその連絡先を記載している。健康状態に問題ある場合、すみやかに家族や主治医と相談している	A
(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 b c	地域の交流は、当事業所が最も力を入れているところである。近隣住民や地区の方々の協力にはいつも感謝している。	市のボランティア協議会による催し・行事が計画的に毎月行われている。教員を志望する学生の介護体験を、毎年数十人受け入れている。また知的障害者のケアホームも運営している。	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						
(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 b c	定期的に研修を実施し、介護保険制度だけではなく、関係する法律の学習も行っている。	倫理規程がある。介護保険法や障害者立支援法の基礎知識について研修を行った内部研修実施報告書も作成されている。	A
(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 b c	県庁NPO活動推進課に提出、開示されている。	毎年度の事業計画書及び事業報告書がある。事業の実施方針などもきちんと立てられている。	A
(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 b c	特定非営利活動法人であり、職員全員が会員のため、事業運営等総会で配布し、オープンである。	重要事項説明書に事業計画・財務内容・サービス提供記録等の閲覧が可能であること及び閲覧申込みの方法が明記されている。	A

評価基準			自己評価	コメント	評点	
(4)	事業所の改善課題について、現場の従業員と幹部従業員とが合同で検討するなど、課題改善に取り組んでいる。	24	<input checked="" type="radio"/> a b c	小規模事業所のため、幹部職員も現場の重要な労力であるため、課題の改善等、職員会議でいつも検討している。	毎月定例の管理者会議や、管理者・職員代表の合同会議で問題点について話し合い、議事録も作成している。また日常的にも理事・管理者・職員らで意見交換している。	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						
(1)	事業所の組織体制、従業員の権限、業務分担及び協力体制を定めており、機能している。	25	<input checked="" type="radio"/> a b c	新人研修はもちろん、全職員にも組織体制、業務分担等の周知は充分行っている。	組織運営形態・事業内容・組織図などが明示されている。また職員ごとの役割分担も作られている。その日のリーダー職員が責任を持ち、情報伝達等に漏れがないよう気を配っている。	A
(2)	サービスに関する情報について、従業員が共有するための仕組みがあり、機能している。	26	<input checked="" type="radio"/> a b c	職員連絡ノートに情報を記入し、プリント等は閉じておき、読んだ人はサインしチェックする。	朝のミーティング、家族との会話、連絡ノート、日中の観察などから得られる多くの情報を、その日のリーダー職員が一元化し、職員間で情報共有をしている。送迎は迎えと送りの担当者を同じにし、家族との連携を図っている。	A
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	<input checked="" type="radio"/> a b c	それぞれにマニュアルがあり、定期的に研修している。避難訓練は3ヶ月1回で年1回は消防署の立会いや指導も依頼している。事故、ヒヤリハット報告書により再発防止も徹底している。	リスクマネジメントマニュアルがあり、研修の実施記録も残されている。避難訓練報告書に避難訓練の実施記録がある。ヒヤリハット報告書には状況及び改善すべき事が記されている	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						

評価基準		自己評価		コメント	評点	
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	利用家族には、契約時に保護規定を説明、押印確認している。職員には研修にて徹底している。	説明文書に個人情報の保護方針および利用目的を明示し、同意書に家族のサインを貰っている。また個人情報保護の方針、利用目的は、事業所玄関に掲示もしている。	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	希望者にはいつでも記録を開示している。	重要事項説明書に、事業計画・財務内容・サービス提供記録等の閲覧が可能であること及び、閲覧申込みの方法が明記されている。	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						
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	内部研修計画をたて、年9回行っている。欠席者には次回の研修時に、再度復習をしている。又、外部外部研修も積極的に参加している。	研修には力を入れている。毎年度、内部の職員研修は13回計画し、計画通り実施されている。社外研修も、積極的に職員に参加を促している。外部研修参加費用も法人負担であり、勤務シフトなども調整してくれるようになっている。	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	利用者アンケート調査を年1回行い、改善計画に結びつけてる。	アンケート調査を行い、利用者意向・満足度調査（集計表）にまとめている。事業所の近隣住民にもアンケート調査し、地域ニーズの把握を行っている。	A
(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	<input checked="" type="radio"/> a b c	職員ケア会議（月1回）において、マニュアル等の検討を行っている。	マニュアル類は、職員が自由に閲覧でき、日々のケアに活用している。内容の見直しについても月1回の職員会議で検討している	A