

評価対象毎のコメント

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

運営理念及び基本方針を掲げ、これに基づき事業所が運営されている。理念・基本方針は全職員や利用者・利用者家族等にも周知され、共有されている。

中・長期計画が策定され、中長期計画を踏まえた事業計画が毎年策定されているが、中長期の収支計画は、未策定である。

中長期計画を踏まえた年次計画が、前年度の実績や事業評価を取り入れて策定されて、月次評価しながら運営されている。

管理者は、その責任所在を職務専決規程、重要事項説明書、職員の事務分掌及び日常業務の分担規程、非常災害時等指揮系統等に明文化すると共に、リーダーシップを職員会議等で表明している。

各種の指導者・責任者への講習会や研修会に参加し、法令遵守について職員に介護・医療・防災等各面からの取り組みを推進している。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

経営環境の変化については国・県や霧島市・市通所介護サービス連絡協議会での情報や、利用者の利用動向を検討し、管理職定例会議で総合的に把握すると共に、利用者動向の分析等から、常にサービス内容等の課題を見直し、質や内容の向上を図っている。公認会計士による外部監査を受け、指摘事項に基づき、経営改善に取り組んでいる。

中長期計画に基づく人員基準と人材育成について、資格取得の助成をする等具体的に推進している。人事考課基準が明確であり、年2回実施される評価結果がフィードバックされている。主任等による職員との個別面談導入により、意向や有給休暇の取得状況など把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

定期健康診断の実施・リフレッシュ休暇の導入、職員厚生会への補助制度など福利厚生に積極的に取り組み働き易い職場づくりをしている。

職員の教育・研修方針が明確であり、各個人も自らのキャリアビジョンに向かって研鑽するシステムが出来上がっており、年間計画・個別参加計画に基づき実施されている。資格取得・派遣研修には補助や公費派遣等も実施されている。半期ごとに評価・見直しが行われ、次の計画に反映するようになっている。

安全管理については、想定される各種の事故や感染症等に対する緊急時対応マニュアルが整備され、指揮命令系統も確立している。送迎車両には、携帯電話が配置され、緊急時対応できる体制になっている。自治体のハザードマップ等も参照し、防災対策マニュアルを作成している。自衛消防隊を結成し消防署に届け出ており、災害時の指揮命令系統に合わせ、消防・警察・自治体と連動する体制を取っている。ヒヤリ・ハット報告書を集積し、動向を見て分析できるようにしている。

地域との交流と連携については、地域で生活をする通所の利用者を対象にしたサービスであるという基本に基づき、幼稚園・保育園との交流、地域還元祭、ベルマーク・プルタブ収集等による地域貢献活動など地域との交流を重視した幅広いプログラムが実施されている。地域還元祭等地域に開かれた催しを実施し、骨密度測定・動脈硬化度測定体験など健康相談・介護相談等事業所機能を地域のために活かしている。自治体に介護保険ボランティア受入の届けをする等ボランティアは、利用者への地域交流サービスの一環と受け止め、積極的に受入れている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

利用者本位の福祉サービスについては、基本理念・運営方針に利用者の意思を尊重することを掲げ、具体的には事業計画にスキルアップ研修を組み込み、研鑽している。プライバシー保護マニュアルを基本にして取り組み、入浴・排泄・虐待防止、プライバシー確保等具体的実施をしている。

利用者満足度については、年に2回本人・家族等を対象にアンケート調査を実施しており、調査結果を分析検討して、結果については、デイ便りに掲載し周知している。日常的に発せられる意見・要望については、口頭・書面で申し送りを行い、利用者処遇について取り組みを行っている。事業所内に意見箱を設置し相談スペースを設け、苦情受付窓口を担当者を掲示し利用者が担当者を選択して相談できるようにしている。苦情解決責任者・担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の仕組みは契約時に利用者説明を行うとともに苦情内容・改善策などは記録を作成し対象利用者や家族に説明し、家族会や地域還元祭で報告する仕組みがある。

サービスの質の確保については、サービス内容について担当部署を設置し、3ヶ月に1回自己評価を行い、結果については掲示し公表を行っている。また第三者評価を受審しサービスについての評価結果を分析・検討している。サービス実施計画に基づきサービスが実施され、組織の統一した方法で記録への取り組みがされている。職員により記録内容に差が生じないように研修や個別指導を行っている。

4 第三者評価結果(共通項目)

井料デイサービスセンター

(様式2)

福祉サービス第三者評価基準

【 共通版 】 H23年4月1日改定

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
	I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	(a)・b・c
	I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	(a)・b・c
評価概要 ①理念が明文化され、中長期事業計画書、年間事業計画書、重要事項説明書、パンフレット、デイ便り、ネーム裏等にも明示され、事業所の役割・方向性が示されている。 ②基本方針が職員の行動規範となる具体的な内容になっている。		
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
	I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	(a)・b・c
評価概要 ①理念や基本方針が、中長期事業計画書、年間事業計画書、重要事項説明書、パンフレット、デイ便り、ネーム裏等にも明示されると共に、事業所内にも掲示され、職員会議等で資料をもとに説明している。 ②理念や基本方針が、中長期事業計画書、年間事業計画書、重要事項説明書、パンフレット等にも明示されると共に、事業所内にも掲示され、家族会等で資料をもとに説明している。認知症等の利用者にも工夫した説明がなされている。		

I-2 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	I-2-1 (1) -① 中・長期計画が策定されている。	a・(b)・c
	I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	(a)・b・c
評価概要 ①中・長期計画が策定され、中長期計画を踏まえた事業計画が毎年策定されているが、中長期の収支計画は、未策定である。 ②中長期計画を踏まえた年次計画が、前年度の実績や評価を踏まえて策定されている。		
I-2-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
	I-2-1 (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	(a)・b・c
	I-2-1 (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	(a)・b・c
	I-2-1 (2) -③ 事業計画が利用者等に周知されている。	(a)・b・c
評価概要 ①事業計画は、評価手順に基づき定期的に評価し、組織的に策定されている。 ②事業計画は、24年度は正職員のみで回覧であったが、25年度はパート職員も含めて全職員に周知している。 ③事業計画を事業所内に掲示すると共に、介護部通信(四季発行)にも掲載し利用者・家族等にも周知している。		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
	I-3-1 (1) -① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	(a)・b・c
	I-3-1 (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
評価概要 ①職務専決規程、重要事項説明書、職員の事務分掌及び日常業務の分担規程、非常災害時等指揮系統等に明文化すると共に、職員会議等で表明している。 ②県主催の集団指導会、交通安全管理者講習会、防火管理者講習会等々の講習会や研修会に参加し、法令遵守について職員に介護・医療・防災等各面からの取り組みを行っている。		
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	I-3-1 (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
	I-3-1 (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	(a)・b・c
評価概要 ①管理者は事業所内に、リスク・身体/虐待・防災・保健衛生・レク・給食・研修・広報等の部門担当を設け、毎月施設内研修を実施すると共に派遣研修も受講するようにしている。サービスの質の向上のために定期的に現状の評価・分析をしている。 ②経営の効率化については職員の適正配置によるノーマル業務の推進や公認会計士による財務分析等も取り入れられている。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	Ⅱ-1-1 (1) -① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	(a)・b・c
	Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	(a)・b・c
	Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①国・県や霧島市・市通所介護サービス連絡協議会での情報や、利用者の利用動向を検討し、管理職定例会議で総合的に把握している。</p> <p>②利用者動向の分析等から、常にサービス内容等の課題を見直し、質や内容の向上を図っている。</p> <p>③評価対象項目外であるが、公認会計士による外部監査を受け、指摘事項に基づき、経営改善に取り組んでいる。</p>		

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
	Ⅱ-2-1 (1) -① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	(a)・b・c
	Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①中長期計画に基づく人員基準と人材育成について、分野別希望を取り、資格取得についても助成する等具体的な計画を推進している。</p> <p>②人事考課基準が明確であり、年2回実施される評価結果がフィードバックされている。</p>		
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
	Ⅱ-2-1 (2) -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。	(a)・b・c
	Ⅱ-2-1 (2) -② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①主任等による職員との個別面談導入により、意向や有給休暇の取得状況など把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p> <p>②定期的な健康診断の受診はもとより、リフレッシュ休暇の導入、職員厚生会への法人からの補助制度など福利厚生に積極的に取り組んでいる。</p>		
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
	Ⅱ-2-1 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	(a)・b・c
	Ⅱ-2-1 (3) -② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	(a)・b・c
	Ⅱ-2-1 (3) -③ 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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①組織として職員の教育・研修方針が明確であり、各個人も自らのキャリアビジョンに向かって研鑽するシステムが出来上がっている。</p> <p>②年間計画・個別参加計画あり、資格取得・派遣研修には補助や公費派遣等計画に基づき実施されている。</p> <p>③半期ごとに評価・見直しが行われ、次の計画に反映するようになっている。</p>		
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
	Ⅱ-2-1 (4) -① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①実習生や研修生の受け入れについての各種の学校・職種に対応する受入れマニュアルを準備し、実習受入れをしている。</p>		

II-3 安全管理

		第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。		(a)・b・c
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。		(a)・b・c
II-3-(1)-③ 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・c
<p>評価概要</p> <p>①想定される各種の事故や感染症等に対する緊急時対応マニュアルが整備され、指揮命令系統も確立している。送迎車両には、携帯電話が配置され、緊急時対応できる体制になっている。</p> <p>②自治体のハザードマップ等も参照し、防災対策マニュアルを作成している。自衛消防隊を結成し消防署に届け出ており、災害時の指揮命令系統に合わせ、消防・警察・自治体と連動する体制を取っている。</p> <p>③ヒヤリ・ハット報告書を「宝物」と表現し、収集した事例は職員と分析(要因・対策)し、出された課題について対策を講じ利用者の安全確保策に活かしている。</p>		

II-4 地域との交流と連携

		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。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。		(a)・b・c
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		(a)・b・c
II-4-(1)-③ ボランティア受け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>評価概要</p> <p>①地域で生活をする通所の利用者を対象にしたサービスであるという基本に基づき、幼稚園・保育園との交流、地域還元祭、ベルマーク・プルタブ収集等による地域貢献活動など地域との交流を重視した幅広いプログラムが実施されている。</p> <p>②地域還元祭等地域に開かれた催しを実施し、骨密度測定・動脈硬化度測定体験など健康相談・介護相談等事業所機能を地域のために活かしている。</p> <p>③自治体に介護保険ボランティア受入の届けをする等ボランティアは、利用者への地域交流サービスの一環と受け止め、積極的に受入れている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		(a)・b・c
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者のサービスに関連する関係団体、介護・福祉・関連事業所等の社会資源を連絡網資料として掲示している。</p> <p>②行政や地域包括支援センター、関係機関連絡会議・資格者等の関係団体の会合等にも所属し連携が取れている。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。		(a)・b・c
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>①通所介護事業所連絡協議会での他事業所からの情報や、利用者等のニーズ調査、家族会アンケート調査により、地域の福祉ニーズを把握している。</p> <p>②把握した情報をもとにして、サービスの質の向上やサービスの種類、量の拡大等地域ニーズを充実するように取り組んでいる。</p>		

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。		
	Ⅲ-1-(1)-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組を行っている。	○ a・b・c
	Ⅲ-1-(1)-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・b・c
<p>評価概要</p> <p>①基本理念・運営方針に利用者の意思を尊重することが掲げられ、具体的には事業計画にスキルアップ研修を組み込み、研修を実施している。実際に利用者尊重などの理解ができているか確認テストを行い、課題があれば次年度へ引継ぎ研鑽への取組を行っている。また、職員は介護の現場でいつでも理念・運営方針を思い起こせるようネームに記している。</p> <p>②プライバシー保護マニュアルが策定され、基本的な考え方、取組み、入浴・排泄・虐待におけるプライバシー確保等具体的内容が記載してある。職員に対し介護接遇研修を実施しサービスに反映させている。男女別トイレ・ロールカーテン・個別相談室・座席の設定等設備面にも工夫し安心して過ごすことができる取組をしている。</p>		
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>満足度広報委員会が本人・家族等を対象に、アンケート調査を年に2回実施しており、調査結果を分析検討している。また結果については、デイ便りに掲載し周知している。日常的に発せられる意見・要望については、口頭・書面で申し送りを行い、利用者処遇について取組を行っている。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-1-(3)-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・b・c
	Ⅲ-1-(3)-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・b・c
	Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①事業所内に意見箱を設置し相談スペースを設けている。苦情受付窓口に担当者を掲示し利用者が担当者を選択して相談できるようにしている。利用時に利用者や家族に対し契約書、重要事項説明書を用いて直接説明し周知している。</p> <p>②苦情解決責任者・担当者・第三者委員を設置している。苦情解決の仕組みは契約時に利用者に説明を行うとともに苦情内容・改善策などは記録を作成し対象利用者や家族に説明している。家族会や地域還元祭で報告する仕組みがある。</p> <p>③相談・苦情・意見は相談苦情マニュアルに則り検討対応している。内容により早急に対応できる場合は即サービスに反映させている。解決に時間がかかる場合は中間報告し改善に向けた検討をしている。結果は公表する仕組みになっている。必要時にマニュアルの見直しもしている。</p>		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
	Ⅲ-2-(1)-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。	○ a・b・c
	Ⅲ-2-(1)-② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①サービス内容について担当部署を設置し、3ヶ月に1回自己評価を行い、結果については掲示し公表を行っている。また第三者評価を受審しサービスについての評価結果を分析・検討している。</p> <p>②課題については、管理職から定例会にて職員へ報告され、必要に応じて事業計画に盛り込まれる。時間を要さず解決できる課題については、迅速に解決の取り組みへと実行している。</p>		
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
	Ⅲ-2-(2)-① 提供する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。	○ a・b・c
	Ⅲ-2-(2)-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>評価概要</p> <p>①各種サービスについて独自のマニュアルを整備しており、標準的な実施方法に合わないサービスが行われる場合の対応についても事例を通し研鑽を行っている。各種マニュアルについて利用者尊重・プライバシーの保護についての姿勢が明示され、職員がいつでも確認できる場所に保管している。</p> <p>②マニュアルの見直しは年間目標計画に明記している。職員・利用者から提案があった場合は随時見直しを行っている。職員はスキルアップシートを用い知識技術の習得を図っている。</p>		
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
	Ⅲ-2-(3)-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ている。	○ a・b・c
	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。	○ a・b・c
	Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①個別に利用者のファイルがあり計画・実施・評価の一連の過程の記録が行われている。サービス実施計画に基づきサービスが実施され、組織の統一した方法で記録への取り組みがされている。職員により記録内容に差が生じないように研修や個別指導を行っている。</p> <p>②利用者の記録に関しては、個人情報保護・情報開示の2つの観点から規定・マニュアルを整備し、管理を行っている。</p> <p>③送迎時に家族などから寄せられる情報提供や意見や要望に関しては、送迎申し送り状やミーティングで職員間は情報の共有を図り日々の支援に取り組んでいる。また、ケアカンファレンスなど多職種他部門の話し合いなど定期的に行っている。</p>		

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-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)・b)・c)
Ⅲ-3-(1)-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。	a)・b)・c)
<p>評価概要</p> <p>①ホームページに事業所の紹介・介護部ブログにはサービスの様子や介護職員の取り組みについて、広報誌に組織や年間計画、会議委員会計画について公表し、パンフレットも居宅介護支援事業所・市役所内のシビックセンターなどに配置し利用希望者のサービスの選択の提供に必要な情報を提供している。要望に応じて見学、一日体験も受け入れている。</p> <p>②利用開始に伴い、重要事項の説明を行い契約を締結している。</p>		
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-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)・b)・c)
<p>評価概要</p> <p>①サービスの継続性は「介護支援パス」を用いて実施している。入院や他の高齢者施設へ移った利用者に対しては電話・面会に向く等情報交換や利用者の相談を受ける体制が確保出来ている。電話連絡での相談や訪問内容を記載した記録は整備されていない。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-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)・b)・c)
<p>評価概要</p> <p>①アセスメントの手順が組織として定められ、手順に従って実施されている。看護師・理学療法士・介護士などの全職員が情報を持ち寄りミーティングを行う中で利用者一人ひとりの具体的なニーズの抽出を行っている。</p>		
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a)・b)・c)
Ⅲ-4-(2)-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。	a)・b)・c)
<p>評価概要</p> <p>①サービス実施計画策定の責任者を設置し、多職種の意見をミーティングを開催し集約・調整しながら利用者の支援に係る計画を策定している。計画策定にあたり責任者は、多様な情報収集への取り組みを重視し、計画に反映するように取り組んでいる。</p> <p>②毎月モニタリングを全職員で開催している。利用者の状況で計画の変更がある際は都度行っている。</p>		

福祉サービス第三者評価票

(様式2)

【内容評価項目(通所)】

内容評価項目(通所)

井料デイサービスセンター

		第三者評価結果
A-1 支援の基本		
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。	○a・b・c
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。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者の趣味、希望を把握し活動に反映でき、また、自宅での生活が継続していけるよう、複数のプログラムを準備し利用者が選択できる準備をしている。更に、市報を読むなどの音訳、誕生日の余興、着物の着付け、紙芝居、フラワーアレンジメント、美容教室などのボランティア登録者に参加してもらい特徴ある日中活動を準備している。午後からは、地域の八百屋さんが移動販売に事業所を訪れ、買い物ができる環境を整えたり、外出をして散歩・買い物支援・施設見学などを行っている。</p> <p>②利用者に応じて、音量や声の高さ、早さ、筆談などの配慮を行っている。孤立を感じることがないよう職員はテーブルに足を運ぶよう心がけ、気がかりや日常の話を開く取り組みを行っている。職員は毎年接遇に関する研修を実技を通して学ぶ機会を作っている。</p>		

		第三者評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者の心身の状況や意向に合わせて、安心安全に入浴できるようシャワーチェアなどを準備し実施している。入浴を拒否する利用者に対して、特性をとらえて声掛けを行うことで入浴につなげる取り組みをしている。入浴後はスキンケアや水分摂取を行っている。浴室は、石作りのお風呂と個別浴槽を準備し人工炭酸温泉を準備している。</p> <p>②利用者のリズムに合わせ、羞恥心に配慮した声掛けを実施し、トイレの好みなど職員間で情報の共有を行っている。家庭での排泄を適切にできるよう利用者・家族に情報提供を行っている。</p> <p>③移乗に関して、送迎はリフト車を準備し安全に配慮している。移動に関して、事業所到着時の靴箱へ靴を直すところからできるだけ利用者で行えるよう配慮した支援を行っている。食事をとる椅子には職員のアイデアで椅子に杖を収納する道具を取りつけ安心して移動できるための環境づくりを行っている。</p> <p>④褥瘡の発生予防対策が有り実施方法を確立している。車椅子利用者は臀部の傷や皮下組織のズレが起きないようにクッションや体位を変え安楽性を確保している。医療行為研修を行い知識技術の習得や職員に周知徹底するため個別指導を講じている。家族への助言や介護支援専門員へ報告している。</p>		

		第三者評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	○a・b・c
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	○a・b・c
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者にアンケート調査を行い、四季のもの、外国料理、郷土料理、駅弁、減塩食など特徴ある料理の提供に取り組んでいる。食材には旬の物の使用や食器の工夫もしている。利用者の状態により窓際の緑が見えるところや静かなテーブルにするなどその都度対応している。</p> <p>②その利用者に合わせて道具の準備を行い、車いすの利用者には低床テーブルの準備や静かに食事をとりたい利用者へ席を準備、その利用者に合わせてとろみ材の濃度への配慮、ソファの準備や座る角度など一人ひとりに合わせた取り組みを行っている。</p> <p>③食事前の嚥下訓練を実施している。口腔ケアの計画は、必要な利用者に関して支援を実施を行っている。唾液マッサージなど口腔ケアに関する研修に取り組み職員は研鑽を行っている。</p>		

		第三者評価結果
A-4 認知症ケア		
	A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○a・b・c
	A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①利用者がデイケアできていることを家族に伝えることで、家事役割を持つきっかけづくりを行い残存能力が発揮できる取り組みを行っている。周辺症状がみられる利用者には一定期間観察を行うことで、不安の解消に努め症状の解決への取り組みを迫っている。</p> <p>②家族会の際に認知症の対応方法について医師の講話を聴く機会の提供を行い、家庭とデイサービスが連携し、利用者が安心して暮らせる環境への取り組みもしている。事業所で過ごす時間に関して、環境に配慮し静かなスペースの確保もしている。</p>		

		第三者評価結果
A-5 機能訓練、介護予防		
	A-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
<p>評価概要</p> <p>①自立して過介助にならないように職員は見守り安全配慮を行っている。機能訓練が必要な利用者に関して計画を立案し実施している。利用者が主体的にリハビリテーションを希望し移動する様子が見られる。機能訓練の他あんまや介護予防運動を実施している。また、レクリエーション活動を多種準備し、活動の中で訓練している。認知症予防への取り組みとして認知機能障害トレーニング評価システムの導入や学びの時間を準備し取り組んでいる。</p>		

		第三者評価結果
A-6 健康管理、衛生管理		
	A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	○a・b・c
	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①送迎時にその日の体調について家族等から情報を得、得た情報は職員間の申し送りを行い状態把握に努めている。検温時に再度が必要な利用者に関して職員が把握しやすいよう記録票の工夫をしている。利用者の体調変化時の対応方法についての手順が確立し、実施している。内服管理については看護師が管理し服薬確認を行っている。健康・病気・感染症・薬などについての研修会を実施し職員も研鑽を行っている。</p> <p>②感染症・食中毒についてのマニュアルを整備し、看護師が中心になり対応を行っている。職員間での研修も行い対応についての周知徹底と基準を定めている。職員の健康状態について独自の判断基準を設け、必要な予防接種について費用負担の支援や状況に応じて出勤への配慮を行っている。</p>		

		第三者評価結果
A-7 建物・設備		
	A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①エアコンの清掃は職員が中心になり行い、ウオーターベッド、人口炭酸温泉、浴槽などの定期点検を業者委託で行っている。憩スペースの椅子は木調で、床材の色などについてもやわらかい色調になっている。談話スペース、畳の部屋、利用者に合わせたソファの準備など配慮がなされている。</p>		

		第三者評価結果
A-8 家族との連携		
	A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	○a・b・c
<p>評価概要</p> <p>①担当者会議で定期的な情報の共有を行い、日常的には連絡帳や送迎時に要望の聞き取りや情報提供を行っている。事業所も家と同じように支援を行うことで帰宅後の介護負担が過重にならないように配慮を行い、家族が必要とする介護における情報提供やアドバイスも行っている。また、家族会で介護に関する研修会も実施している。</p>		