

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：	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：	鳴瀧 幸二	定員（利用者人数）：	42 名	
所在地：	兵庫県赤穂市古浜町57番地			
TEL	0791-43-9700	ホームページ：	https://www.sakuradani-fukushikai.com/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	1997/4/1			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 桜谷福社会			
職員数	常勤職員：	13 名	非常勤職員：	6 名
専門職員	(専門職の名称)	名	看護師	2
	介護福祉士	9 名	准看護師	2
	社会福祉士	1 名	介護支援専門員	2
施設・設備の概要	食堂・ホール・機能訓練室・相談室・トイレ・浴室・消火設備その他の非常災害に際して必要な設備・各所の段差の解消や手すりを取り付ける等して、利用者自身で、動くことができるよう、また、安全面に配慮している			

③理念・基本方針

《基本理念》

- ① 公益的事業の積極的取り組み
- ② 人権を擁護する
- ③ 発達支援・自立支援に向けたサービスの確立
- ④ 医療・教育・福祉の連携強化
- ⑤ 地域社会との共生

《基本方針》

- ① 利用者の人権を擁護する
- ② 在宅生活の自立を支援するサービスを確立し、地域社会の福祉資源として機能する
- ③ 利用者個々の個別性の重視と高度の専門性に基づくサービスの提供

④施設・事業所の特徴的な取組

*市内の高齢者福祉の拠点となる社会福祉法人内の通所介護事業所である。センター内に居宅介護支援事業所・在宅介護支援センターの併設があり、地域内に法人本部・特別養護老人ホーム、隣接する協力医療機関があり、協働して利用者サービスの充実に取り組むと共に、地域ニーズの把握・地域貢献活動への参画につなげている。

*一般通所介護事業と認知症対応型通所事業を併設し、認知症発症後も馴染みの環境の中で、馴染みの職員・利用者と交流しながらサービス利用を継続することができる。利用者個々の自立度・認知度に応じた個別サービス計画による支援に取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	令和 3 年 7 月 30 日 (契約日) ~ 令和 3 年 12 月 10 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	4 回 (平成 28 年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

*経営5カ年計画をもとに事業計画を策定し、毎年、全職員に向け理念研修・事業計画説明会を実施し、4半期ごとに進捗状況を確認しながら、法人代表者のリーダーシップのもと、職員が参画して法人の理念・基本方針の実現に向け取り組んでいる。

*法人全体の運営管理体制が確立され、法人内の各種会議・委員会を連動的に運営し、サービスの質向上につなげている。人事考課制度・目標管理・研修体制の整備・充実により職員の資質向上に取り組んでいる。

*個別サービス計画と連動したサービス確認書（サービス毎に利用者個々のサービス内容・介助方法・留意点などを一覧にまとめた書式）を活用し、職員全員が統一した方法で個別性の高いサービスを提供できるように取り組んでいる。日々のミーティングと定期的なケース検討委員会で実施状況を確認して検討し、利用者個々に応じたサービス提供、自立支援が行えるよう取り組んでいる。

*脳トレ、創作活動、音楽活動、多種多様なゲーム、料理・おやつレクリエーション、誕生会、個別外出等の、グループ活動・集団レクリエーションとして様々な活動プログラムを提供し、利用者間の交流支援、自立・生きがい支援に取り組んでいる。また、個別サービス計画にリハビリ関係・嗜好関係を位置づけ、サービス確認表で利用者個々の個別機能訓練関係・認知症対応関係・嗜好関係の内容を明示し個別支援にも取り組んでいる。食事・おやつレクリエーションでは、お好み焼き・そばめし・かき氷・たこ焼き・手巻き寿司・焼き鳥・餃子等の各種パーティー、ケーキバイキング、餅つき大会、手作りおやつ等、食を楽しむ機会を設けている。

◇改善を求められる点

*サービスの質向上に向けた様々な取り組みがなされていますが、定められた評価基準による自己評価の結果にもとづく取り組みについても、改善・向上に向けた取り組みを計画的に実施することが望まれます。

*基本情報の把握・アセスメント・通所介護計画・モニタリングについての、書式の検討が望まれます。

*各種マニュアルの作成、年間研修計画にもとづいた研修が実施されていますが、必要な項目が充足されているかの検証と整備が望まれます。マニュアル作成後は定期的な検証と見直し、研修については資料も含めたわかりやすいファイリングが望まれます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- ・ これまでなかった項目が追加されており、通所介護事業所が一般的に求められているサービスがどのようなものであるかを理解出来ました。それにより、再度提供しているサービスの趣旨・目的を再確認することができました。
- ・ 自施設のサービスを客観的に確認していただけることで、自施設の長所・短所（強み・弱み）を把握することができました。
- ・ 長所はさらなる強みに、短所は課題を改善することにより、利用者により質の高いサービスを提供できるように職員一丸となり取り組んでまいります。

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> 基本理念をホームページ・パンフレット・機関紙誌等に、事業計画には基本理念・基本方針を記載している。基本理念は法人の使命や目指す方向性を明示し、基本方針は職員の行動規範となる具体的な内容となっている。基本理念を、事務所・相談室に掲示し、毎年、事業計画説明会と職員研修で説明し周知を図っている。職員が順次、理念説明者研修を受講し、理念についての理解を深められるよう取り組んでいる。施設長会議の中で、理念の周知状況を確認している。基本理念を機関紙の表紙に毎回掲載し、利用者・家族に配布している。 利用者・家族の周知に向け、契約時に説明する、わかりやすく説明した資料を作成する等の工夫が望まれます。		

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> 社会福祉事業全体の動向や、地域の動向・経営環境・ニーズ等についての情報を、法人の幹部職員による経営会議の中で共有し、分析している。在宅介護支援センターと連携し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。利用者の推移・利用率、コスト分析等は、毎月の実績報告会で行っている。		
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> 法人の幹部職員による経営会議の中で、経営環境や組織体制等についての課題を明確にし、解決・改善に向け具体的に取り組んでいる。取り組み状況は、「課題及び課題への対応状況」として、議事録に記載している。理事会や監事監査の中で、役員間での共有がなされている。改善すべき課題については、管理者層の職員間で周知を図っている。 経営課題について必要な内容は職員全体に周知し、協同して改善に取り組むことが望まれます。		

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
<p><コメント></p> <p>「経営5ヵ年計画」を策定し、基本理念の実現に向け、中・長期的なビジョン（重点目標）を明確にしている。法人の強み・課題をもとに、計画の推進方向として、事業所の取り組みを具体的に明示し、実施状況の評価を行える内容となっている。経営計画検討委員会で、進捗状況の検証を行い、必要に応じて見直す仕組みがある。</p>		
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>「経営5ヵ年計画」をもとに、単年度の「事業計画」を策定している。項目別に、実行可能な具体的な内容となっており、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>事業計画を職員に配布し、4月の「事業計画説明会」で説明し、職員の周知と理解を図っている。4半期ごとに「事業計画進捗状況」（事業計画の内容・実施状況・今後の予定）を作成して進捗状況を把握し、必要に応じて見直しを行っている。進捗状況は施設長会議の中で検証している。ミーティングや各種委員会等で職員の意見を集約して、管理者が事業報告書を作成し、次年度の事業計画の策定につなげている。</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>例年は、運営推進会議で、事業計画書を用いて、事業計画の主な内容について説明している。行事計画に行事予定を入れる等、利用者等の参加を促している。</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
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>PDCAサイクルにもとづく法人内の会議や委員会の運営・人事考課の目標管理等により、サービスの質向上に向け取り組んでいる。サービス検討委員会など各種委員会を定期的に開催し、また、利用者満足調査を実施し、サービス内容について評価を行っている。第三者評価を定期的に受審している。第三者評価を受審しない年も、第三者評価の受審結果から評価基準に基づいて、年に1回自己評価を行うこととしている。評価結果を分析検討する場として、サービス評価委員会を設置している。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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>前回の第三者評価結果から、サービスの質向上に向け取り組んでいるが、PDCAサイクルにもとづいた取り組みには至っていない。 年に1回の自己評価結果から、課題を文書化し、職員間で共有し、職員が参画して、計画的に改善・向上に取り組むことが望まれます。</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
<p><コメント></p> <p>管理者は事業計画を策定し、経営管理に関する方針を明確にしている。年度初めの研修で「事業計画説明会」を設け、事業計画書を配布して説明し周知を図っている。「業務分担表」に、職務内容毎に主・副担当者を定め、事業計画書とともに配布し周知を図っている。業務分担表で、「管理者事故ある時の代行」を生活相談員とし不在時の権限等を明確にしている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>管理者は、介護保険法・個人情報保護法・高齢者虐待防止法などの関係法令、法人諸規定を理解している。決裁規定に則って、利害関係者と適正な関係を保持している。管理者は、法人の諸規定説明会、また、例年は、市の研修、県の集団指導等に参加し、法令に関して学ぶ機会を確保している。職員には、法人の新人研修で遵守すべき法令等を周知し、入職時に守秘義務の誓約書を交わしている。諸規定説明会は全職員対象に実施されている。事業所内研修計画に、虐待防止法・介護保険改正を入れ、実施予定である。管理者がコンプライアンス委員会に参加し、遵守するための取り組みを職員に伝達し共有している。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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
<p><コメント></p> <p>管理者は、各種委員会・第三者評価・法人の内部点検・情報の公表制度・県のチェックリスト等を活用し、サービスの現状について定期的・継続的に評価し、必要な改善に向けて取り組んでいる。管理者は、ミーティングを毎日2回、各種委員会を定期的開催し、サービス向上に職員の意見を反映する取り組みを行っている。管理者は、事業所内の「年間研修計画」を作成し、法人内研修や外部研修の受講を奨励し、職員の教育・研修の充実を図っている。</p>		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>管理者は、法人の実績報告会・経営会議に参加し、経営改善や業務の実効性の向上に向けて分析し、改善に向け検討している。管理者は、施設長会議・労働安全委員会等に参加し、職員の働きやすい環境整備等に取り組んでいる。管理者が会議・委員会の内容をミーティングで報告し、管理者・職員で共有し改善に取り組む体制がある。</p>		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業計画の重点項目に、「人材養成の積極的展開」として福祉人材の育成に関する方針を明示している。利用者数に応じた職員体制を基本とし、専門職員配置を運営規定・重要事項説明書に明記している。毎月、必要な人員の充足度を常勤換算人数表により確認し、また、法人として職員に意向調査を行い、計画的に人材確保を行っている。就職説明会、養成校訪問、ハローワーク、ホームページ、新聞広告等、採用活動を行っている。見学・実習生受け入れ等も積極的に行っている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念・基本方針にもとづき、「期待する職員像」を人事考課のガイドラインの中に明確にしている。就業規則・人事考課ハンドブックで、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。新人研修で配布し説明するとともに、事業所に規定集ファイルを設置し周知している。改定時は、改定文書を配布し説明会を実施している。人事考課制度を導入し、「自己点検表」「自己成長シート」に基づいて、成績評価・専門要素評価・管理者評価を行い、専門性・能力・成果・貢献度等を評価する仕組みを整備している。ハローワークや求人広告等から、処遇の水準について把握している。処遇についての職員の意見・提案等を、人事考課の育成面談や、自己点検表の記載欄等で把握し、法人の施設長会議・経営会議で検討している。キャリアパスフレームが明示され、職員が自らの将来の姿を描くことができる総合的な仕組み作りが行われている。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>労働安全衛生委員会を設置し、勤怠管理システムにより職員の就業状況の把握を行い、労務管理は法人本部が行っている。事業所の人事・労務管理は管理者が行うことを業務分担表で定めている。職員の心身の健康と安全の確保のため、健康診断・ストレスチェック・予防接種等を実施している。労働安全衛生委員会が主導し、健康チェック表で毎日の体調確認を行ったり、腰痛体操を推奨している。管理者が定期的、随時にも個人面談の機会を設け、また、法人内に相談窓口を設置する等、職員が相談しやすい組織内の工夫を行っている。職員旅行・忘年会・歓迎会等を、職員の希望の聴取をもとに実施している。互助会の整備、短時間就労、半日有給、育児・介護休暇休業制度等を採り入れ、ワークライフバランスに配慮した取り組みを行っている。福利厚生の実・ワークライフバランスに配慮した取り組み・研修体制の充実など、人材の確保・定着の観点から働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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。	a • b • c
<p><コメント></p> <p>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、職員個々の目標管理の仕組みが構築されている。年度初めの人事考課面談時に話し合い、目標項目・目標水準・目標期限を明確にし、「自己成長シート」に目標を設定している。4ヶ月・8ヶ月・12ヶ月目に進捗状況・達成度を考課者と相互に確認し、12ヵ月目の年度末にフィードバック面談を行い、次年度の目標設定につなげている。</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>人事考課のガイドラインの中に「期待する職員像」を明確にし、キャリアパス表に階層別・職種別に法人が職員に求める専門資格や専門技術を明示している。令和2年度は研修委員会が策定した年間研修カリキュラムに基づき、施設内研修を実施している。令和3年度は、事業所の研修計画に沿って研修を実施している。受講後に研修報告書「職員研修アンケート」の提出と振り返りを行っている。外部研修に関しては、令和2年度は「認知症介護実践者研修」「認知症介護実践リーダー研修」等限定的参加であったが、令和3年度はコロナ禍の状況を注視しつつ、可能な限り、リモートを活用したキャリアアップ研修等に参加している。研修委員会で研修について反省・振り返りを行うとともに、研修報告書の感想欄等を基に年度末には年度反省を、年度初めには年間研修プログラムの研修内容等について検討している。年度途中でも、必要に応じて見直している。</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>職員個々の専門資格や研修受講状況を、法人本部と事業所で把握し管理している。新入職者には、法人で新人研修を実施し、配属後は、指導職員が「チューター制年間スケジュール表」に沿って個別的なOJTを実施している。新入職者は3ヶ月毎に「自己チェックシート」に沿って振り返りを行い、指導職員は3ヶ月毎に「施設長会議」で評価・課題等を報告している。法人内では、新人研修・チューター研修・幹部候補者対象マネジメント研修等の階層別研修、生活相談員対象の職種別研修、事業所内の研修でテーマ別研修の機会を設け、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。外部研修の案内があれば回覧し、希望・経験年数等を考慮して参加を促している。専門資格取得のための受講も推奨している。事業所内研修は同じ内容で2回実施し、外部研修についてはリモート研修の活用、交通費・受講料の法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。</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>例年実習生を受け入れている。実習生受け入れマニュアルを整備し、実習生受け入れについての基本姿勢を明示している。オリエンテーション時に、注意事項の事前説明を行っている。養成校が準備したプログラムに沿って実習を行っている。養成校と事前に打ち合わせを行い、プログラムに沿って学べるように調整・支援を行っている。指導教員巡回時の振り返り等を通して連携を図っている。</p> <p>実習者指導研修への参加・マニュアルの確認による研修等、指導者に対する研修の実施が望まれます。</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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ホームページで法人の基本理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開し、法人機関紙に予算決算情報を掲載して地域に全戸配布し公開している。苦情相談体制については、センターの玄関に掲示して公開している。現在は苦情等はないが、あれば、ホームページで公開できるよう整備を進めている。第三者評価結果はWAMNETで公表している。法人機関紙を、地域に全戸配布して事業所で行っている活動等の情報提供を行っている。デイサービス・居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター共同のセンターの広報紙を毎月発行し、民生委員・市役所・居宅介護支援事業所等にも配布している。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 就業規則・経理規定等の関連規定に、事務・経理・取引等に関するルールが明確にされ、新人研修で職員に周知している。業務分担表で、財務・経理管理に関する主担当を管理者とし、業務分担表を職員に配布し説明している。外部の専門機関と契約し、必要に応じて、会計士・弁護士・社会保険労務士等に相談し助言を受けている。年1回、自主内部点検チェックリストに沿って内部監査を実施している。指摘事項があれば、法人本部へ改善状況を報告している。監事監査を年2回実施している。年に1回、会計士が施設に来訪し、収支等の会計監査を実施している。法人として会計監査人を配置して監査を受け、指摘事項に関して法人として経営改善を行っている。		

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。	Ⓐ・b・c
<コメント> 法人基本理念に「地域との共生」を掲げ、桜谷福祉会第4期経営5か年計画書の重点項目に「地域貢献への積極的展開」を明記し、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化している。市・地域が開催するイベント・講演等活用できる社会資源の情報を収集し、案内をセンター内に設置する等、利用者に情報提供を行っている。施設内で行われる地域行事に参加する際は、職員が支援する体制がある。例年は、地域の保育所等との交流会を行い、地域交流の機会を設けている。利用者のニーズに応じて、地域の社会資源についての情報を提供している。		
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・Ⓑ・c
<コメント> 在宅介護支援センターがボランティア養成講座開催に協力している。行事支援ボランティア・喫茶ボランティア・傾聴ボランティア等が来訪している。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・注意事項等を明文化している。新規のボランティアには、事前のオリエンテーションの中で、利用者との関わり方や個人情報の遵守について注意喚起を促している。近隣大学の実習体験等、学校教育への協力を行っている。学校教育への協力についての基本姿勢を、マニュアルに明文化することが望まれます。		

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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>市が提供する「地域資源マップ」等を事務室に設置し、職員間で共有している。赤穂市老人福祉施設協議会の施設長会・行政連絡会・地域ケア会議・民生委員協議会・給食施設連絡協議会等、関係機関・団体との定期的な連絡会に参加している。地域ケア会議に参加し、独居の認知症高齢者支援等共通の課題等に対して協働して解決に向け取り組んでいる。サービス担当者会議に参加し、地域でネットワーク化を図り、利用者のアフターケア等に取り組んでいる。</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
<p><コメント></p> <p>例年は、法人として施設の地域交流スペースを活用して、地域の敬老会を開催したり、地域の人を招待して施設の夏祭りを行い、地域住民との交流を行っており、事業所も参加している。また、認知症対応型デイサービスが、地域交流スペースを活用して認知症カフェを開催する準備を進めている。在宅介護支援センターが主催する介護者教室、公民館でのボランティア養成講座に、事業所からも参加し開催に協力している。地域住民を対象に介護技術講習会を開催している。センター内では、主に在宅介護支援センターが相談窓口となって介護相談に対応しているが、内容に応じて、事業所で介護相談を受け対応している。法人施設が災害時の福祉避難所として市と協定を結び、地域合同の災害時避難訓練に事業所としても参加し、災害時の地域における役割について確認している。備蓄については、水・食料は管理栄養士が、備品は介護課長が管理している。例年は、法人として地域の夏祭り等の行事への協賛・参加・模擬店機材の貸し出し等、地域の活性化に貢献し、事業所も参加している。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>在宅介護支援センターを事務局とする法人の地域貢献推進委員会活動に参画し、在宅介護支援センター活動（介護者教室・ボランティア養成講座等）を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。民生委員協議会に参加し、また、例年は運営推進会議に民生委員の参加があり、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。地域からの相談に生活相談員が窓口となって対応し、在宅介護支援センター経由や地域ケア会議での相談からも、地域ニーズの把握に努めている。把握したニーズをもとに、法人の地域貢献推進委員会活動に参画し、地域貢献に関わる在宅介護支援センター活動に参加している。地域貢献事業の一環として、「認知症カフェの試行的実施と本格的導入」を認知症対応型デイサービスの事業計画に明示している。</p>		

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。	○a・b・c
<コメント> 利用者尊重の姿勢を、理念・職員処遇・各種マニュアルに明示している。年2回の「理念研修」の中で、利用者尊重について研修を実施している。人事考課表の「利用者・家族への対応」項目で、実施状況の評価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。	a・○b・c
<コメント> 各種「介護マニュアル」・「身体拘束に対する指針」・「権利擁護マニュアル」を整備している。昨年度は「人権擁護に基づいた認知症の理解」「基本理念」研修の中で内容に触れ、今年度も研修計画で計画している。プライバシー保護と権利擁護に関する取組を、契約書・重要事項説明書に記載し、利用者や家族に説明し周知を図っている。不適切な事案が発生した場合の対応方法等を、マニュアルに明示することが望まれます。		
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。	○a・b・c
<コメント> 事業所のパンフレットを、公民館等の公共施設に置いて情報提供に努めている。機関紙・パンフレット・やすらぎセンター新聞は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかりやすく工夫し、最新情報が提供できるよう発行している。見学や体験利用に対応し、個別に丁寧な説明に努めている。		
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。	○a・b・c
<コメント> 契約時には利用者の同席を基本として説明し、自己決定を尊重している。契約書・重要事項説明書・同意書等に沿って説明し、文書で同意を得ている。「やすらぎ一日の流れ」「利用料金表」等の資料を使い、質問を受けながら、わかりやすい説明に努めている。契約内容の変更にあたり、「新旧比較書」で説明し文書で同意を得ている。身元引受人を設定し、意思決定が困難な利用者への適正な説明、運用が図られている。		
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・b・c
<コメント> 重要事項説明書の「契約終了に伴う援助」に沿って、サービス移行先の要請に応じて情報提供している。サービス利用終了後も、重要事項説明に記載した相談窓口を継続することを説明している。		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者満足度調査を毎年行い、サービス検討委員会が調査結果を分析し、報告書に改善策も明示し、家族会で報告している。家族会に職員も出席し、利用者満足の上昇に努めている。介護相談員を受け入れ、利用者の満足把握につなげている。 近年の満足度調査についても、調査結果と改善への取り組みの記録の整理が望まれます。</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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>受付担当者・解決責任者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。重要事項説明書に記載して配布し、玄関に運営規程を掲示して周知を図っている。意見箱の設置・アンケートの実施・介護相談員を受け入れ・家族会の開催等、利用者・家族が苦情を表しやすい取り組みを行っている。苦情の事例はないが、苦情があった場合は、「苦情受付書」に記録し、利用者・家族へのフィードバック・ホームページでの公表・「苦情解決委員会」で再発防止・サービスの質向上に取り組む仕組みがある。</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>重要事項説明書の「苦情の受付について」に相談も受け付ける旨を記載し複数の窓口を明示し、運営規程も玄関に掲示している。相談室を設置し、相談しやすい環境に配慮している。利用者にもわかりやすい説明や表示の工夫が望まれます。</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>日々のコミュニケーションの中で職員から積極的に話しかけ、利用者が話しやすい雰囲気づくりに配慮している。意見箱の設置・アンケートの実施・介護相談員を受け入れ等、利用者の意見を積極的に把握する取り組みを行っている。把握した意見は主にミーティングで共有し迅速な対応に努めている。 意見・相談を受けた際の対応や記録についてのマニュアルの作成と定期的な見直しが望まれます。</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>危機管理マニュアル・「事故発生時初動対応マニュアル」を整備している。ヒヤリハット・事故事例が発生した場合は、「インシデント・アクシデント・クレームレポート」を作成し、ミーティングで共有して再発防止に取り組んでいる。研修計画をもとに、各種介護事故について事故防止の研修を実施している。 事故防止策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みづくりが望まれます。</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>感染症委員会対策委員会を発足している。感染症対策マニュアルを作成し、研修計画をもとに研修を行っている。看護師が中心となり、検温・手指消毒・換気・消毒等の日頃の感染予防策、発生時の対応を行っている。 感染症対策マニュアルの定期的な見直しが望まれます。</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 行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「自衛消防隊組織」図に災害時の対応体制を定めている。立地条件などから「洪水時の避難確保計画」を作成している。安否確認のため、利用者は「緊急連絡先一覧表」、職員は「非常招集連絡表」を整備している。消防計画を整備し、年間計画に沿って消火避難訓練を年6回、地震水害訓練を年1回実施している、 水等の備蓄を行っているが、デイサービスとして必要な備蓄品をリスト化し、管理者を定めて管理することが望まれます。</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>サービスの標準的な実施方法を各種マニュアルに明示し、利用者尊重やプライバシー保護についても記載している。標準的な実施方法について、新任職員研修プログラムに沿って研修を行い、チューター制度実施記録で習熟度を確認している。人事考課の項目に取り入れ、毎年自己評価と上位者評価を行い、実施状況を確認している。</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>マニュアルの定期的な見直しの実施には至っていない。 時期や担当者を定め、定期的に検証・見直しを行う仕組みづくりが望まれます。検証・見直しの際は、職員や利用者の意見・提案が反映されることが望まれます。</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>「個別サービス計画実施内容」（通所介護計画）策定の責任者を管理者としている。サービス開始時のアセスメントを、「ケース記録」に記録し共有を図っている。その後のアセスメントは、「個別サービス実施内容」を用いて行っている。「ケース検討委員会」に多職種の職員が参加し、アセスメントと計画策定の協議を行っている。 IADL・コミュニケーション・認知症状についても、アセスメントが行える書式の工夫が望まれます。計画にニーズを明示すること、計画のモニタリング・評価を記載する様式を統一することが望まれます。</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>定期的には居宅サービス計画書の見直し時期に、必要時には随時、「ケース検討委員会」で検討し、計画の見直しを行っている。見直し後の計画は、ミーティングで、職員に周知を図っている。</p> <p>計画見直しのもとになるニーズを明確にすることが望まれます。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「個別サービス計画実施内容」の項目と連動した各種「サービス確認書」を整備し、計画に基づいたサービスが実施されていることを確認できる。ネットワークシステムにより、ケース記録を施設長が確認し、必要に応じて書き方や内容について個別に指導を行っている。職種別の「申し送りノート」、申し送りボード、毎日2回のミーティング、各種委員会等により、情報共有を行っている。パソコンのネットワークシステムや、議事録の回覧も情報共有に活用している。</p> <p>利用者の身体状況・生活状況や、変化・変更も、把握し記録できるフェイスシート・アセスメントシートの整備が望まれます。</p>		
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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>個人情報保護規程・文書規程に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・利用所適正管理について規定されている。入職時研修の中で個人情報保護について研修を行い、守秘義務について説明し誓約書を提出している。個人情報の取扱いについて、契約書・重要事項説明書に記載し、契約時に説明し同意を得ている。</p>		

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。	a ・ 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。	a ・ b ・ c

特記事項

A① 介護支援専門員からの情報や契約時の面接で利用者情報を把握し、ケース記録に記録している。把握された情報から通所介護計画（個別サービス計画）を作成し、利用者個々に応じた利用ができるよう支援している。日々のミーティングと定期的なケース検討委員会で実施状況を確認し、利用者個々に応じたサービス提供ができているかを検討し、必要に応じて改善する取り組みが行われている。脳トレ、創作活動、音楽活動、多種多様なゲーム、料理・おやつレクリエーション、誕生会、個別外出等の、グループ活動・集団レクリエーションとして様々な活動プログラムを提供している。また、個別サービス計画にリハビリ関係・嗜好関係を位置づけ、利用者個々の心身の状況や意向に応じて活動できるよう支援している。食事の準備・洗濯物の片付け・花を生ける等の役割が持てるようにも工夫している。それらの日中活動への参加や利用中の生活リハビリを通して、自立や活動参加への動機づけを行っている。

A② 職員が積極的にコミュニケーションをとり、利用者の思いや希望の把握に努めている。把握した内容は、ミーティング・ケース記録・ケース検討委員会等で共有し、支援に活かせるよう取り組んでいる。コミュニケーションに配慮が必要な利用者には、話しかける方向や声の大きさ等、個別の配慮を行っている。
 アセスメントにコミュニケーションについての項目を設ける等、方法や支援について定期的に検討・見直しを行う仕組みづくりが望まれます。

		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

重要事項説明書で、権利侵害の防止のための事業所の取り組みを説明している。利用者の心身の状況や家族の状況の把握に努め、ミーティングで情報共有し、権利侵害の早期発見に取り組んでいる。「身体拘束に対する指針」に、緊急やむを得ない場合の一時的な手続と実施方法等を明示している。
 マニュアル等に、所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にすることが望まれます。今後、虐待防止委員会で、権利侵害の防止や再発防止策等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設ける予定である。

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

広いスペースが確保されており、窓が多く、採光がとれ明るい雰囲気である。換気やエアコンにより適温が保たれやすい環境である。テーブル席の他、畳コーナーやパーテーションで区切られたベッドを設置したコーナーも用意されており、利用者の状態や希望に応じて使用し、快適にくつろげる環境づくりに努めている。また、利用者の体感に応じて、エアコンの風が直接当たらない配席やカーディガンの貸し出し等、個別の配慮を行っている。希望に応じて、気の合う関係性等の座席の配置も行っている。

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 排泄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

A⑤ 利用開始時の心身の状況や意向は、ケース記録に記録し把握共有している。入浴形態（一般浴・特浴）、入浴関係の一連の介助（移動・着替え・洗体・浴槽・整容）についての自立度と留意点を個別サービス計画に明示している。その内容を日別の「サービス確認書（入浴関係）」に一覧にまとめ、利用者個々に応じた介助を適切に行える仕組みがる。その日の体調や希望に応じて、シャワー浴や清拭にも対応している。支援方法については、毎日のミーティングやサービス担当者会議で検討・見直しを行っている。介助者は浴室内に1人、脱衣場に2人配置し、自力で入浴できる場合も見守りを行い、安全な入浴に配慮している。脱衣場ではカーテンで仕切る、バスタオルを体にかける等、羞恥心に配慮している。人の少ない時間帯の入浴希望や、感染症等を踏まえて、入浴順の配慮を行っている。入浴拒否される場合は、入浴日や順番の変える等の工夫をしている。入浴可否の判断基準は、入浴マニュアルにバイタルサインでの判断基準を明記している他、状況に応じて主治医に確認も行っている。入浴の状況について、必要に応じて、家族に連絡ノートや電話、送迎時に情報提供を行い、介護支援専門員にも連絡している。

A⑥ 利用開始時の心身の状況や意向は、ケース記録に記録し把握共有している。排泄関係の誘導・介助についての自立度、排泄場所、留意点を個別サービス計画に明示している。その内容を日別の「サービス確認書（排泄関係）」に一覧にまとめ、利用者個々に応じた介助を適切に行える仕組みがる。支援方法については、毎日のミーティングやサービス担当者会議で検討・見直しを行っている。自然な排泄を促す取り組みとして、水分の積極的な提供、食事内容の個別化を行っている。トイレは男女別で、身障者トイレも設置されている。トイレ内は手すりが設置され、車イス、歩行器等でも十分なスペースが確保され、安全面にも配慮されている。臥床でオムツ交換が必要な場合は、ベッドコーナーでパーテーションを設置し対応している。消臭剤、消臭スプレーの使用で、臭いについても配慮している。排泄表により排泄パターンを把握し、自立支援のための声かけを行っている。オムツ使用者にもトイレでの排泄を促し、介助している。排泄表に尿、便の状態や量、潜血等の特変を記入し、看護師と情報共有し、必要に応じて病院受診を進めるなどの対応をしている。意思表示が困難な利用者には鈴を渡し、鳴らしてもらうことで、できるだけ早い対応を行っている。排泄の状況について、必要に応じて、家族に連絡ノートや電話、送迎時に情報提供を行い、介護支援専門員にも連絡している。

A⑦ 利用開始時の心身の状況や意向は、ケース記録に記録し把握共有している。移動関係の介助についての自立度、留意点を個別サービス計画に明示している。その内容を日別の「サービス確認書（移動関係）」に一覧にまとめ、利用者個々に応じた介助を適切に行える仕組みがる。支援方法については、毎日のミーティングやサービス担当者会議で検討・見直しを行っている。移動能力によって車椅子、老人車、歩行器、杖を施設で準備し、使用してもらっている。安全な移動のため、事業所内はバリアフリーで手すりを設置している。また、環境整備により移動スペースを確保している。月2回理学療法士による機能訓練を行い、移動の自立に向けた働きかけを行っている。出入口やトイレに近い所に座席を確保したり、疾患により意思表示の困難な利用者には鈴を鳴らしてもらい、素早い対応を行っている。送迎で、車酔いする利用者には、酔いにくい座席に座ってもらったり、送迎の順番に配慮している。リフト車には、運転手の他、添乗者を配置している。家庭での移動については、スロープや手すり等の設置等、助言や情報提供を行い、介護支援専門員に連絡している。

		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。	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。	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。	a・b・c

特記事項

A⑧ 法人内の施設の厨房で調理し、事業所の厨房で温め、盛り付けし配膳している。献立は本部の管理栄養士が作成し、行事食の献立については、職員が利用者の希望を聞いて本部に伝え、献立に反映している。食事中は音楽を流したり、季節に合わせたテーブルクロスを敷き、雰囲気作りに配慮している。また、お好み焼き・そばめし・かき氷・たこ焼き・手巻き寿司・焼き鳥・餃子等の各種パーティー、ケーキバイキング、餅つき大会、手作りおやつ等、食を楽しむ機会を設けている。食事マニュアルの中に衛生管理マニュアルを整備し、マニュアルにもとづいて衛生管理を行っている。

A⑨ 利用開始時の心身の状況や意向は、ケース記録に記録し把握共有している。食事関係について、食事内容（形態）・使用用具・食事介助（自立度）と、留意点を個別サービス計画に明示している。その内容を日別の「サービス確認書（食事関係）」に一覧にまとめ、利用者個々に応じた介助を適切に行える仕組みがある。支援方法については、毎日のミーティングやサービス担当者会議で検討・見直しを行っている。食事のペースに合わせた利用者同士の座席に配慮したり、体の傾きがある利用者にはクッションを利用し食事姿勢を整え、見守りを行っている。自助具を使用し、食事がしやすいよう支援している。経口での食事摂取を継続するため、トロミの使用、きざみ、ミキサー食の対応や、口腔嚥下体操を食前に実施している。食事中の事故発生の対応については、食事マニュアルと、事故対応マニュアルに明記している。令和2年度の事業所内研修で、「食事における自立支援について」研修を実施している。食事、水分の摂取量は、介護ソフト、申し送り簿、連絡ノートに記入し把握し、必要に応じて水分の促しなどを行っている。食事、水分の摂取量を連絡ノートに記入しており、家族へ連絡し、必要に応じて介護支援専門員に連絡している。

A⑩ 食前の口腔嚥下体操、食後の口腔ケアを実施している。口腔ケアは、うがい、ブラッシングの他、食物残渣物のチェックも行っている。口腔ケアについての研修は、事業所内研修の「誤嚥時の対応」研修で行っている。地域の歯科医から助言を受けられる体制を作っている。口腔の状況について、必要に応じて、家族に連絡ノートや電話、送迎時に情報提供を行い、介護支援専門員にも連絡している。口腔ケアの自立度を把握し、ニーズに応じてサービス計画に位置付け、実施状況を記録し、評価・見直しを行う仕組み作りが望まれます。

		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

介護職員と看護師が皮膚の状態の観察を行い、褥瘡の早期発見に努め、発生後は看護師が処置を行っている。看護師は褥瘡ケアの情報を収集し、日常のケアに取り入れている。状態については、連絡ノートに記入し、送迎時に家族へ連絡し、また、家庭での褥瘡予防について利用者・家族に助言や情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。褥瘡の予防についての標準的な実施方法を記載したマニュアルを整備し、周知するための研修の実施が望まれます。

		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

理学療法士が月2回事業所に訪問し、個別機能訓練計画を作成している。理学療法士が立案した個別機能訓練計画書をもとに、機能訓練指導員を中心に実施し、実施内容を記録している。実施記録をもとに、3ヶ月に1回の見直しを行っている。ベッドからの起き上がり、立ち上がり等、本人、家族からの情報や要望に応じて、生活リハビリを実施している。日々の支援の中で言動を観察し、認知症状が確認された場合は家族・介護支援専門員へ連絡し、専門医の受診を勧めている。

		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

利用開始時の心身の状況や意向は、ケース記録に記録し把握共有している。認知症対応マニュアルを整備し、事業所内研修で「人権擁護にもとづいた認知症の理解」研修を実施し、事業計画説明会でユマニチュードを基本とした認知症高齢者の処遇の充実を説明する等、職員が支持的・受容的な援助が行えるよう取り組んでいる。認知症の専門研修の受講も順次進めている。気の合う利用者同士での座席配置や、認知症状に応じた座席の配慮を行っている。サービス確認書（認知症対応関係）に個別の各療法・嗜好として、脳トレ・会話交流・書写等サービス内容を明記している。利用者個々の症状に合わせ、脳トレ・編み物等の個人活動、各種ゲーム等のグループ活動に参加できるよう工夫している。支援内容は、サービス担当者会議を通じて関係職員と情報共有・検討し、必要に応じて医師や看護師との連携も図っている。連絡ノート・電話・送迎時等に、家族に利用時の様子を伝え、家族からの相談を受け、ケアの方法等の共有に努めている。認知症カフェを実施しており、チラシを配布し参加を促している。利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行い、個別支援に反映できる、書式の工夫が望まれます。

		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

利用者の体調変化時には、「事故発生時初動対応マニュアル」をもとに対応している。かかりつけ医は、介護支援専門員が提供するフェイスシートで把握している。日々のバイタルチェックで体調確認を行い、「サービス確認書【健康管理・指導関係】」に記録している。連絡ノート・迎え時で把握した情報や、「サービス確認書」の「バイタルチェック」「健康指導内容」欄の情報を共有し、体調変化や異変の早期発見に努めている。自宅から持参した薬の管理と服薬確認を行い、「サービス確認書」の健康確認欄に記録している。
高齢者の健康管理、病気、薬、体調変化時の対応についての研修を実施することが望まれます。

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

家族に対し、定期的には連絡ノートで、変化があった時には電話で迅速に報告している。報告すべき事項が必ず伝わるよう、複数の連絡先を把握している。サービス担当者会議・家族会・送迎時等に、家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聴いたり、相談に応じる機会を設けている。相談内容については、相談員ノートとケース記録に記録している。家族が必要とする情報提供を行ったり、家族の心身の状況にも配慮し、必要時には介護支援専門員に報告している。「家族介護教室」で介護に関する助言や研修を行っている。

A-5 サービスの適切な実施

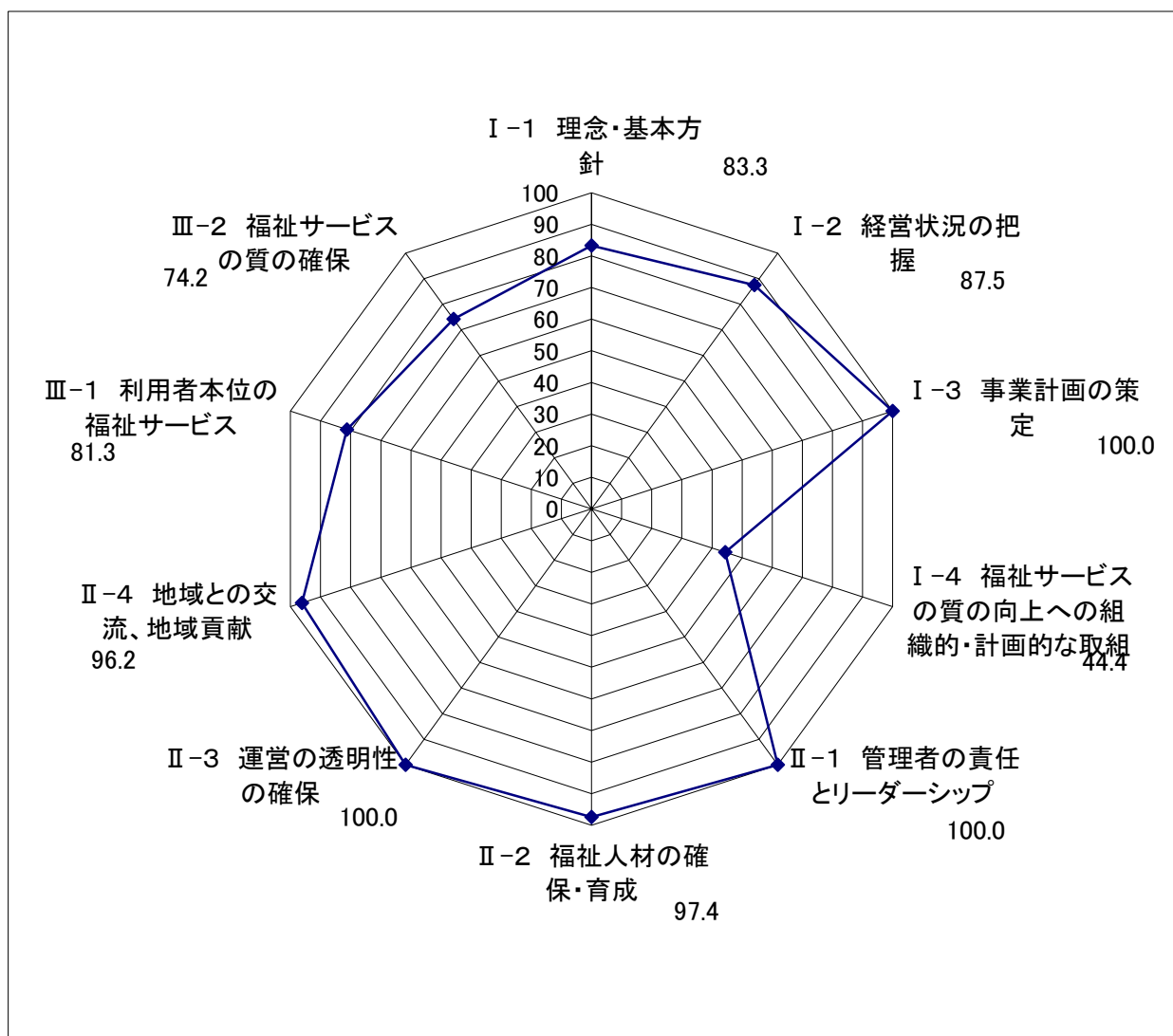
		第三者評価結果
A17	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

「個別サービス計画実施内容」（初回）の「移動・排泄・食事関係」「入浴関係」「整容動作介助」「リハビリ関係」「嗜好関係」欄に個別・具体的なサービス実施方法と留意点を明示している。
意思疎通・心理面に着目したサービスの実施方法についても明示することが望まれます。また、2回目以降の「個別サービス計画実施内容」にも、留意点を記載することが望まれます。

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	5	83.3
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	17	100.0
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	4	44.4
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	11	100.0
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	64	52	81.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2
合計	227	198	87.2



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	15	78.9
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	76	69	90.8
A-4 家族等との連携	7	7	100.0
A-5 サービスの適切な実施	7	5	71.4
合計	113	100	88.5

総合計(I～III+A)	340	298	87.6
--------------	-----	-----	------

