



4 複合型（多種目）サービスの提供に努めます。

地域の中核施設としての機能強化

5 高品質サービス提供のため努めます。

プロフェッショナル集団を目指して

#### 経営目標

1 地域に安心と信頼を提供し、日々の生活を心豊かで、生きがいのある生活するためのサポートを行います。

2 次世代を担う子どもを感性豊かで、思いやりがあり生きる力のある子どもを育てる努力をします。

3 地域住民に役立ち、喜ばれることを自分の喜びとし、仕事を通じて自分が成長します。

#### しらさぎ苑第2 デイサービスセンター 理念・方針

1 利用者の意思及び人格の尊重

2 可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来る

3 常に利用者の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて適切に支援

4 家族介護者との情報連携・交換

5 他機関との連携

#### ④施設の特徴的な取組

・経営の改善や業務の実行性を高めるため「事業回復のための行動計画」を作成され、稼働率アップ対策・業務改善対策を行い業績を回復される取り組みが行なわれています。

・今年が法人設立40周年の節目を迎え、経営理念である「21世紀の少子高齢社会」をサポートする事業者として、地域へ貢献する活動が推進されています。

・事業所浴室にも温泉が引かれ、温泉浴を楽しむことができるようになっています。

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和1年8月1日（契約日）～ 令和2年1月6日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（初回）

### ⑥総評

#### ◇特に評価の高い点

・「事業回復のための行動計画」を作成され前年度の稼働率に達するよう取り組まれています。

・経営課題を明確にし、業務目標より稼働率UP、利用者欠席者の対策や人材育成、財務状況等の分析を行い改善等について職員会議等で職員に周知され取り組まれています。

・利用日には、生活動作を中心に、トイレの座りや立ち上がり、ベッドへの起居動作、廊下やホールの手すりを使用し歩行訓練等が行なわれています。

車椅子からテーブルの椅子への移乗等、利用者の心身の状況に合わせた生活機能の維持、継続が日々行われています。

#### ◇改善を求められる点

・各種マニュアルの整備見直しをされサービスの質の向上に向け取り組まれることを望みます。

・接遇について法人の必須研修として接遇に向け全体で取り組まれています。

管理者は声かけや口調の強さ、接し方に都度指導されています。

職員は今後声かけや口調の強さ接し方について改善策を共有され利用者、家族、来所の方等により良い接遇を行われるよう望みます。

・職員には中・長期計画、事業計画について、職員によっては十分理解ができていない部分も見受けられますので、今後、周知の方法等工夫し、理解が深まるよう取り組まれる事に期待します。

### ⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

今回、第三者評価を初めて受け、施設運営に対し、振り返る機会を得ました。日頃、課題については山積みである事は常に頭の中にはありますが、どこから手をつけていけば良いのかが、項目により明文化され、今後取り組みやすくなりました。

法人全体に関わる事や経営課題や中・長期計画については、事業所の全部の職員まで浸透していない事は日頃から感じていました（自己評価で明確）。

デイサービス等は特に中途採用者も多く、職員教育についても組織として、考えていかなければなりません。又、マニュアルについても定期的見直しを早急に取り組みます。

もう一つ、地域貢献については弱いところがあります。当事業所地域一体が同法人の事業所であり、その中に代表的な特別養護老人ホームがあり、全て地域貢献を負ってもらっていると感じています。デイサービスとしての地域貢献とは何かを模索しながら、満足頂けるサービスの提供に努めてまいります。

## ⑧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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

## 第三評価結果（通所介護）

### 共通評価基準（45項目）

#### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「理念」、「基本方針」を基に明文化された「理念」、「基本方針」をデイサービスの玄関・事務所に掲示されています。法人ホームページ、しらさぎ苑第2デイサービスセンターのしおりに理念が掲載されています。</p> <p>年度始めに常勤、パート職員に法人の「理念」、「基本方針」、「年間サービス計画」を説明、周知を図られています。</p> <p>また、利用者、家族等へは、利用選択時に重要説明書等により、施設運営方針等と共に理解を賜るための説明が行われています。</p> <p>職員一人ひとりが施設運営で困った時の原点に戻るための理念・基本方針の意識強化への取組みに期待致します。</p>		

##### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉事業全般の法改正及び動向、人口ビジョン（統計やすぎ等）の推移及び安来市社会福祉法人連絡会、行政等との連携による事業を取り巻く環境変化等、今後の経営指標等の情報収集等の把握や検証等が行われています。</p> <p>事業経営の実績状況については、2ヶ月に1回開催の経営会議において、コスト分析や利用者数の推移、利用率についての経営分析や対策が検討されています。</p> <p>会議の内容については職員会議等で職員に周知されています。</p>		

3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営課題については、経営状況の実績報告資料等により、毎月職員会議において説明を行なうことで、経営課題を明確にし 業務目標より稼働率UP、利用者欠席者の対策や人材育成、財務状況、利用者数の増数について職員会議で職員に周知され取り組まれています。</p>		

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の取りまとめによる中・長期計画が策定され、その中に、経営に関する、サービス、施設改善等それぞれの部門の中長期的なビジョンも反映されています。</p> <p>中・長期経営計画は、理念・基本方針の実現に向けて将来の夢を描くだけでなく、現状の経営状況及び市場のデータ（地域の人口ビジョン等の推移）及び地域の福祉ニーズや経営環境の変化を反映した組織に求められる使命や在り方を果たすために、現状の経営課題の解決策を具体的な実行計画として、新たな環境の刷新や新たな戦略的なビジョンを可視化した組織としての方向性を意識した日々の業務の推進が先を見据えた組織の成長へとつながります。</p> <p>将来的な中・長期的ビジョンに向けた組織の姿を職員一人ひとりの理解浸透させるための工夫が望まれます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度事業計画の年度末報告が行われ、事業活動収支計算書等による事業経営の透明化も図られ、新たな年度の事業方針による計画が策定されています。</p> <p>中期事業計画の実現に向け、単年度の事業計画が作成され、地域のニーズに対応した安心・安全なケア、介護のサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>今後においても高齢者が住み慣れた地域で生活を継続するために、多様な組織運営の在り方やサービス内容等の質の向上に向けた具体的な組織の課題等を職員が共有する事業計画作成等の取組みが望まれます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定や実施状況は、法人組織全体の事業計画に反映され、経営会議に各部門の事業計画（稼働率・収支バランス含む）の実施状況について、報告や検証等が実施されています。</p> <p>また、職員会議等で施設長等から担当部門の事業運営状況及び課題等が職員へ周知が行われています。</p> <p>職員は、日々の援助・支援及び今年度の重点目標である接遇対応等の利用者に対する課題・問題点及び良かった点など、把握・分析等されていますが、経営課題等への関心が薄いことから、日常の業務を通じる中で介護サービス運営におけるデイサービスのあるべき姿や社会の動き等への理解を共有する取組みを今後においても粘り強く行われることを願います。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画は、利用者・家族等及び地域に対する周知として、玄関先への掲示及び広報誌・ホームページ等への掲載による案内が行われています。</p> <p>年度当初に当年度の組織の事業方針（施設設備修繕等含む）やサービス運営施策（行事日程等含む）等を利用者や家族等への周知の工夫が望まれます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>接遇について質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行われています。</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けての定期的な事業所評価は行われていませんが、事業としての年間の振り返りを行い、年間の重点目標が設定されています。</p> <p>重点目標としての「接遇」を掲げ、福祉サービスの質の向上に向けた取組みが組織的・計画的に行われています。</p> <p>今後、統一した指標の基、事業所としての自己評価の実施、また、定期的な第三者評価等の実施が望まれます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>待遇について事業所全体で取られミーティングやカンファレンス等で改善策を共有され取られられています。</p> <p>利用者一人ひとりからの意見・要望を直接聞き取り、サービスに反映する取組みが行われていることから日頃の業務を通じて、相互の信頼関係の構築を図る取組みも実施されています。</p> <p>担当部門での改善対策が行われていますが、組織全体の横断的な福祉サービスの品質基準の設定や評価及び計画的な向上施策等の推進が行われる仕組みの構築が望まれます。</p>		

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務分掌に事業所の所長の役割と責任について明記されています。</p> <p>所長不在時にも権限移譲による組織の運営責任等が適切に行われています。</p> <p>やすぎ福祉会だよりにしらさぎ苑第2デイサービスセンターの利用の様子など掲載されています。</p> <p>企画調整会議において自らの役割と責任を表明され職員に周知されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての理念・基本方針に基づき、就業規則及びコンプライアンス規定等による組織的な法令の遵守が取られています。</p> <p>また、正しく法令遵守を理解するための研修も「人身拘束研修」「人権研修」「リスクマネジメント研修」等職員への知識や理解を得るための（4回程度）取組みが行われています。</p> <p>多様な遵守すべき法令「個人情報保護、プララバシー保護、ハラスメント、道路交通法に至る」に加えて、社会的ルールについても対応する業者や働き方改革等の労務管理等、広範囲の福祉施設としてのマニュアル化の編成及び定期的な改善・見直しによる業務運営の推進に期待します。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>所長は職員の言葉遣いがスピーチロックにならないよう指導されています。</p> <p>職員の意見、要望を聞き取りサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>デイサービスの利用人数、デイサービス利用人数、稼働率の把握、コスト削減等、介護サービス等の分析、サービス内容や利用者数の増加について職員と話し合われています。職員は法人研修や外部研修に参加されサービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>職員への継続的な研修の実施等、利用者本位の介護サービス全体を通じた質の向上を更に推し進められること望みます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営の改善や業務の実行性を高めるため「事業回復のための行動計画」を作成されました。</p> <p>資金収支差額の確保の指標として、前年度の実績稼働率に到達するように業績回復のため行動計画を策定されました。</p> <p>1. 稼働率アップ対策</p> <p>(1) ケアマネージャー対策</p> <p>①定期的に発行する広報誌により、独自の外出支援や楽しい行事などの実施状況を積極的にPRし、新規利用者の紹介に繋げる。</p> <p>②新規利用者が身体的・送迎的に難しい事例であっても意向に沿うように積極的に受け入れる方向で協議し、その結果を放置せず直ちに返す。</p> <p>③状況報告書は、利用状況を適切に伝える事で信頼が得られるよう、利用状況や関わりのポイントや変化をよみやすく、解りやすく記載する。</p> <p>(2) 欠席者対策①休まれる利用者には、振り替え利用を積極的に勧める。</p> <p>②休みがちな利用者には、前日に迎えに行く時間を確実に連絡する。</p> <p>(3) 利用者満足度アップ対策①サービスのマンネリ感を助長させないために、一貫したサービスが8割、新規メニューが2割というような事業所を目指す。</p> <p>②「元気になったら何がしたいか。」などのストーリーとそのための支援を職員と一緒に考え、利用者の自立意識や生活意欲の向上を図る。</p> <p>2. 業務改善対策</p> <p>(1) 職員マネジメント対策</p> <p>①「当たり前のことをきちんとする」という基本(マナー・報連相・期限の厳守等)に徹する。</p> <p>②適時利用者サービスに関わるマニュアルの見直しを行い、職員のサービスレベルの一定化を図り、安心・安全なサービスを提供する。</p> <p>(2) 職員満足度アップ対策①職員の自主性を尊重し自由に発言できる環境を作る。</p> <p>②「職員のことを良く理解し、不平や不満が少ない働きやすい環境を作る。」このことより経営課題や業務内容の見直し、「事業回復のための行動計画」について指導されています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉法人として、福祉専門学校との連携や実習生の受入れ等の新規採用につながる取組みは継続され、更には、ハローワーク申請やホームページへの募集の掲載等を通じた人材確保の取組みが行われ、組織全体の各専門職群を調整した採用が進められています。</p> <p>人事考課が組織的に導入されており、職員に対する上長の面談等で職員の意識や要望等の聞き取り及び人材育成（研修含む）等への反映が行われています。</p> <p>今後においても職員の多様な意見・要望に加え、働き甲斐、やり甲斐等の魅力度アップの組織運営や社会的価値観を高める取組みが望まれます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての人事基準が明確にされ、「人事考課制度」導入による総合人事管理が行われています。</p> <p>評価管理者が考課制度の目的・役割を適切に理解し、職員が提出する「目標シート」に対する分析・対策力や面談コミュニケーション能力が試され、適切に職員一人ひとりの評価が公平・公正であることが前提条件であり、適正な運用実施（給与、賞与、昇進、昇格等）に反映されることが重要です。</p> <p>人事評価のプロセスが職員からの理解と納得を得るための評価者の評価研修及び評価指標が統一化されていることが求められます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人福祉会の就業規則に基づいた勤務管理（勤務の柔軟な変更等）及び育児・介護休業規則等による休暇制度等の職員が働きやすい環境整備が図られています。</p> <p>職員への福利厚生に関する制度は、健康診断（ストレスチェック含む）、表彰制度（20年・30年永年勤続表彰）、職員との面談（年間2回）が管理者により行われ、意見・要望の把握及び就業に関する指導・アドバイスが実施されています。</p> <p>職員一人ひとりの就業意欲の向上に向け、更なる労働環境の整備及び風通しのよい職場への取組みを継続して行われるよう望みます。</p>		

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
<p>〈コメント〉</p> <p>期待する職員像では人材像や役割が決められています。</p> <p>管理者が年2回(5月・10月)個別面談を行い個人の目標の評価を行われ職員一人ひとりの育成に向けた取組を行われています。</p> <p>法人年間研修計画から法人内、外部研修、資格取得の研修、講習、認知症実践者研修に参加されています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>法人年間研修計画より内部、外部各種研修や各職種別や階層別研修に参加されています。</p> <p>「接遇」「人権」「認知症ケア」「個人情報保護」等に参加後は事業所内で研修内容を伝達され職員の理解と周知が行われています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>法人や事業所内研修参加。新人研修及びOJTで指導されています。。</p> <p>各職種別や階層別研修にも参加するの機会が設けられています。</p> <p>内外研修参加後に報告書等で職員に情報提供をされ共有されています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>法人本部と依頼先の学校とで実習内容等は事前に調整され、業務内容・流れ及び施設の役割、雰囲気等体験学習できるプログラム化されものが継続的に実施されています。</p> <p>体験学習前に担当者より秘守義務、プライバシー保護等の注意事項等の説明が行われる等体制整備や実習生の受入れは取組まれていますが、サービス特性もあり当事業所へは見学等が中心となっています。</p> <p>実習生の受入れの目的等、マニュアルや説明資料等による職員への周知を図ることが望まれます。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営に関する現況報告書・計算書類（貸借対照表、事業活動収支計算書等）及び企業理念・基本方針に基づいた事業運営に関する施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容等が広報誌（隔月）及びホームページへの掲出等による情報公開が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の内部監査が行われています。外部の会計事務所により事業所における事務、経理、取引等の適正な経営・運営のための取組が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としての地域貢献活動は、事業計画に反映させて取組まれていますが、利用者が地域との交流の場が設けられることが計画されていない現状にあります。</p> <p>ボランティアで大正琴やギター演奏、私の娘会、マジックショー、将棋など来られ地域の方と交流が行われています。</p> <p>介護支援専門員等と連携した通所計画に基づく支援内容等の調整されること望みます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティアで大正琴やギター演奏、私の娘会、マジックショー、将棋など来られ地域の方と交流が行われています。</p> <p>小・中・高校生体験学習を受け入れられています。</p> <p>ボランティア等の受け入れについて事前説明や名簿を作成され適切に受け入れができるようマニュアルの見直しを望みます。</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 施設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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>やすぎ福祉会本部事務局、法人の各事業所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、病院、市役所、警察、消防署、電気、ガス、水道等の電話番号を記載したリストがあります。</p> <p>また、病院、市役所、福祉介護施設等と必要時連絡をとる事ができます。</p> <p>職員はリストの場所を確認され関係機関等との連携が適切に行われるよう共有されることに期待します。</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 施設が有する機能を地域に還元している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人組織として、地域への多様な行事（安来市社会福祉法人連絡会による各種イベント等）への積極的な取組みが行われています。</p> <p>高齢者福祉関係の知識・技術等のノウハウを活かした地域等への公民館（講演）活動や支援活動等、福祉サービス施設機能として、今後においても地域への還元に期待します。</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。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人としては取組みがありますが、デイサービスの特性上、地域の高齢者方の意見等聞く機会があまりないので、今後に期待します。</p> <p>地域からの信頼の基に福祉サービスの提供を法人基本理念に示された地域貢献活動を継続されることに期待します。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供について「倫理綱領」、規定集があり職員は理解されています。職員会議で職員に周知が図られています。</p> <p>法人全体で 接遇に取り組み、職員全員で利用者を尊重した福祉サービス提供について取り組まれています。</p> <p>外部、内部の接遇研修、虐待防止、人権等の研修に参加され職員に申し送り等で伝達され共通の理解を持たれています。</p> <p>デイサービス内に虐待防止、人権等のポスターが掲示され福祉サービス提供について共通の理解を持たれています。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念、就業規則に人権、プライバシー保護等が明文化されています。</p> <p>職員は法人内研修の虐待、権利擁護に参加され理解周知されています。職員はプライバシー保護、権利擁護に配慮され支援が行われています。</p> <p>マニュアルに基づき排泄、入浴、食事、相談において個人情報等プライバシー保護に配慮した福祉サービスの提供が行われています。</p>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページやパンフレット、やすぎ福祉会だより、重要事項説明書で福祉サービスの提供に必要な説明を行われ同意を得ておられます。</p> <p>玄関にパンフレットや やすぎ福祉会だより、中・長期計画、事業計画のファイルをいつでも誰でも見ることができるよう設置され情報を積極的に提供されています。</p> <p>見学の希望はいつでも対応されています。</p>		

31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>サービス開始時には、重要事項説明書や通所介護計画で利用者、家族等に利用時間、サービス内容等分かりやすく説明されています。</p> <p>重要事項説明書、通所介護計画は確認いただき同意を得ておられます。</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。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>現状の情報提供書を作成され担当介護支援専門員、担当相談員、次サービスの担当者と電話や訪問等で連携を取りサービスの継続の対応をされます。</p> <p>福祉施設・事業所の変更や家庭への移行後の相談はいつでも対応されます。</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。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>利用者満足度アンケートを実施されています。</p> <p>満足度についてアンケートより把握されサービスに反映されます。</p> <p>アセスメントや利用日の会話の中から思い希望等伺われ把握されています。</p> <p>サービス利用時の食事、排泄、入浴、移乗移動等のそれぞれ利用者のサービス取り入れ支援内容を利用者、家族、管理者、職員は等話し合わせ利用者満足度の上昇に取り組まれています。</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。	b
<p>＜コメント＞</p> <p>玄関に意見箱が設置されています。</p> <p>事業所内に苦情解決の仕組みのポスターを掲示をされ周知されています。</p> <p>重要事項説明書に苦情解決の仕組みが明記されています。</p> <p>利用者、家族には利用開始時に契約書、重要事項説明書で説明され同意を得ておられます。</p> <p>苦情、相談等あれば苦情解決責任者が対応されます。</p> <p>苦情、相談は都度対応され利用者、家族に改善策を説明され支援を行われています。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>契約時に重要事項説明書で相談窓口等の説明を行っています。</p> <p>相談、意見等は利用中や電話、送迎時、連絡ノート等いつでも相談員を初めどの職員でも対応できる体制となっています。</p> <p>相談や意見は都度対応され利用者、家族に改善策を説明されます。</p> <p>プライバシー保護に努め相談、意見が述べられるように相談室が設けてあります。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>相談や意見等を頂いた場合には、施設長に適切に報告される仕組みとなっており、当日ミーティングで検討後、内容は職員に周知されます。</p> <p>その相談や意見等の解決策が早期にフィードバックする事となっており、検討が長引く場合は、検討の途中経過等を利用者等へのレクチャーする事となっています。</p> <p>一連の流れの仕組みを職員との共通の認識で取り組まれることが望まれます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>事故報告及びヒヤリハット報告等が施設長へ伝わるルールが明確化され、アクシデント事故事例等の検討会が実施される等の取組が行われています。</p> <p>また、ヒヤリハット、事故報告、新聞、報道などの事例収集し安心・安全な福祉サービスの提供が行われています。</p> <p>安心・安全な組織運営に関するマニュアル編成による組織的な統一された取組みが今後も徹底されること望みます。</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。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>感染症対応マニュアルは整備されています。</p> <p>看護師は感染症予防の研修に参加され感染症、食中毒の予防、対応について事業所内で伝達講習を行われ職員に理解、周知されています。</p> <p>看護師指導のもと食中毒の予防・対応、風邪・インフルエンザ等発症時などは職員はマスク、手ぶくろ使用、手指消毒、うがいを励行し利用者の安心安全確保に努めています。</p> <p>利用者がインフルエンザ等発症時はデイサービスに報告されます。</p> <p>デイサービス利用中に高熱、せき等みられた時は看護師に報告、職員は指示に従います。</p> <p>家族に連絡を取り対応されます。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防災マニュアルに沿って避難、消火訓練を年2回、水害、地震、原子力の災害訓練も行われています。</p> <p>各利用者、職員の緊急連絡先を作成されており職員は理解周知されています。</p> <p>災害訓練計画を作成されています。</p> <p>備蓄は米、カセットコンロ等準備されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務マニュアルに基づき、基本的な食事、入浴、排せつ等の介護サービスが提供されています。</p> <p>利用者の通所介護計画に沿って、個別対応が必要な場合に於いては、組織全体が共通した認識によるサービス提供が行われています。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>業務マニュアルについても、ケアの統一化を図るためにもマニュアルの定期的な見直しが行なわれることを望みます。</p> <p>通所計画については、毎月のモニタリング、6ヶ月に1回、評価・見直しを行われています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居宅介護計画や利用者の状態等のアセスメントにもとづき利用者、家族の意向希望を課題にあげ通所介護計画を策定されています。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントや居宅介護計画をもとに担当者サービス利用者会議を開催し一人ひとりの通所介護計画を作成されます。</p> <p>毎月のモニタリング、6ヶ月に1回・評価、見直しを行い支援が行われています。</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、職員間で共有化している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容を個人記録に記入され職員間で共有されています。</p> <p>記録内容や書き方に差異が生じないように記録の統一、指導に期待します。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報保護規定を整備されています。</p> <p>職員は誓約書に同意、署名されています。</p> <p>入所時に利用者及び家族に個人情報保護の説明を行い。同意を得ておられます。</p> <p>個人記録は棚に保管され管理者、主任が管理されています。</p> <p>個人情報保護の研修が行われ職員は理解、周知しています。</p>		

## 内容評価基準（通所介護 17 項目）

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

#### 1-（1）生活支援の基本

		第三者評価結果
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>看護師と連携し一日の状態を把握し支援が行われています。</p> <p>個別支援に応じて利用日にパズル、ぬりえ、編み物、週刊誌や新聞を読む、壁に掛ける作品づくり、集団レクリエーション・個別レクリエーションとうそれぞれ好きな事を行いながら過ごされています。</p> <p>職員は利用者の様子を見まもりながら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支援が行われています。</p>		
2	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が会話を多く持たれたり、利用者間で会話がしやすいよう職員はきっかけ作りや見守りが行なわれています。</p> <p>言葉による意思疎通が難しい利用者もおられますが、職員の表情や話す事は理解できるためコミュニケーションを取りながらできることを支援されています。</p> <p>排泄支援ではさりげない声かけや対応が行われています。それぞれ利用者の訴えには傾聴し納得された支援が行われています。</p> <p>職員会議やミーティング等で過ごしやすい環境作り、個別のコミュニケーションの方法等話し合い共有され支援されています。</p>		

## 1 - (2) 権利擁護

3	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みが徹底されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>重要事項説明書に明記されています。</p> <p>法人研修に参加され権利侵害、身体拘束防止について理解され利用者の権利侵害の防止等の取り組みをされています。</p> <p>身体拘束、スピーチロックは行われていません。</p>		

## A-2 環境の整備

### 2 - (1) 利用者の快適性への配慮

4	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者が安心・安全に暮らせるために、日々の施設内の清掃及び定期的換気、シーツ交換、室内掃除、トイレ掃除等清潔感のある生活環境を維持する取り組みが行われています。</p> <p>施設の段差等は、バリアフリー化の改善が行われる等、転倒リスクに十分に気を付けながら介助が行なわれています。</p> <p>昼食後はベッドや畳のスペースで休まれています。ベッド休息の方や畳のスペースで休息の方が多くなり職員は限られた場所での休息や利用者に理解を求めながら支援が行われています。</p>		

## A-3 生活支援

### 3 - (1) 利用者の状況に応じた支援

5	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>入浴前に身体状況やバイタルチェック・状況確認を行い看護師と連携し利用日には男性入浴室と女性入浴室に分かれて入浴支援が行われています。</p> <p>羞恥心に配慮され衣類着脱、洗身、浴槽出入り等利用者ができる所の見守り、一部介助が行われています。浴槽は深く階段を利用となっています。</p> <p>今後一般入浴が困難となった時はそれぞれ男女の浴槽にリフトがありリフト浴で安心、安全に入浴ができます。</p>		
6	② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>アセスメントから利用者の排泄パターンを把握され排泄表を使用し声かけ、トイレ誘導が行われています。訴えのある方は都度対応されます。</p> <p>トイレ案内や排泄介助には羞恥心の配慮をされています。</p> <p>トイレの入り口はカーテンを使用しプライバシーを保たれています。</p> <p>利用者の心身の状況に合わせて見守りや一部介助、ズボンの上げ下ろしの支援をしています。</p> <p>尿量や便の状態等はチェック表を利用し記録をされています。</p>		

7	③ 移動支援を利用者の状況に合わせて行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプラン、に沿ってケアが行われています。</p> <p>利用者の半数の方は歩行ができるため見守りを行ない安全、安心に移動支援が行われています。</p> <p>身体状況に合わせて車椅子利用の方、老人車、杖使用等の方の支援が行われています。</p> <p>車椅子利用の方の送迎車輛への移乗移動支援は手順書により安心、安全に送迎が行われています。</p>		

### 3- (2) 食生活

8	① 食事をおいしく食べられるよう工夫をしている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>季節に合った食材を使用し工夫され料理がセントラルキッチンより配達されます。</p> <p>ご飯、味噌汁はホームで作られています。アセスメントや利用者、家族の聞き取りにより、希望や好みをメニューに取り入れた食事を提供されています。</p> <p>嫌いな食材の時は代替食で対応されます。食事マニュアルや衛生管理マニュアル等により安全、安心な昼食を提供されています。</p>		
9	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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>昼食前に口腔体操を行い食事摂食、嚥下機能、口腔機能の向上を図られています。</p> <p>一人ひとりに合わせたペースト、軟飯、粥、キザミ、トロミ使用等で誤嚥に注意され対応されています。</p> <p>利用者、家族より食べられない食材やアレルギーを把握され調理されています。</p> <p>利用者ごとの食器、箸、スプーン、コップ等を職員は周知され用意されています。</p> <p>座位姿勢に気をつけきちんと食事摂取ができるよう支援されています。</p> <p>食事形態の変更があるときは家族に相談、報告されます。</p>		
10	③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事前に口腔体操が行われています。</p> <p>利用者の中には義歯の方も多くおられます。食後に利用者は全員歯磨き、うがいを行ない義歯、口腔内を清潔にされています。</p> <p>一人で歯磨き、うがいができない方は介助を行ない口腔内を清潔にされています。</p>		

### 3- (3) 褥そう発生予防・ケア

11	① 褥そう発生予防・ケア発生予防・ケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡の方はおられません。</p> <p>看護師は褥そう発生予防・ケアの研修等に参加され職員に伝達を行い理解し周知しています。</p> <p>褥そうを発見した場合や発赤が見られた時は速やかに管理者、看護師、主任に報告し家族に連絡帳や電話で連絡、報告する対応する体制があります。</p>		

### 3- (4) 介護職員による喀痰吸引・経管栄養

12	① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引・経管栄養を実施される利用者はおられません。</p> <p>必要な利用者が利用される時は看護師が対応されます。</p>		

### 3- (5) 機能訓練・介護予防

13	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>利用日には、生活動作を中心に、トイレの座りや立ち上がり、ベッドへの起居動作、廊下やホールの手すりを使用し歩行訓練等が行なわれています。</p> <p>車椅子からテーブルの椅子への移乗等、利用者の心身の状況に合わせた生活機能の維持、継続が日々行われています。</p>		

### 3- (6) 認知症ケア

14	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランに沿ってケアが行われています。</p> <p>認知症ケアマニュアルを作成されています。内外部で行なわれている認知症研修の参加や認知症の症状を職員全員で把握し声かけや状態の様子を伺い認知症の利用者にあつた支援が行われています。</p> <p>日々の行動等の記録をされています。</p> <p>ミーティングや申し送り等で認知症の支援方法を話し合い共有し支援が行われています。</p>		

### 3-(7) 急変時の対応

15	① 利用者の体調変化に、迅速に対応するための手順を確立し、取り組みを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。</p> <p>心肺蘇生法、AEDの使用方法など研修が行われています。</p> <p>緊急連絡先は個人ファイルに記載されています。</p> <p>職員は看護師と連携を取り日々の行動や身体状況を把握されています。</p> <p>体調変化の時は看護師が対応され家族、係りつけ医に連絡を取られ、かかりつけ医の指示に従われます。</p> <p>状況に合わせた急変時マニュアルの見直しを行われ、急変時の研修や勉強会等の取組みに期待します。</p>		

### 3-(8) 終末期の対応

16	① 利用者が終末期を迎えた迎えた場合の対応の手順を確立し、取り組みを行っている。	非該当
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在デイサービスのため終末期の支援は行われていません。</p> <p>終末期マニュアルは整備されています。</p>		

## A-4 家族との連携

### 4-(1) 家族等との連携

17	① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者、家族に通所介護計画の説明を行われ利用者、家族としらさぎ苑第2デイサービスは連携と支援を適切に行われています。</p> <p>変化が起きた時の様子、利用時の様子は連絡ノート で連携されていますが、利用日の送り時に家族が在宅であれば口答でも説明されています。</p> <p>必要時電話で家族にお知らせされる時もあります。また、居宅支援の介護支援専門員と連携を取り報告が行われています。</p>		