

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和	種別：	通所介護	
代表者氏名：	出井 一宏	定員（利用者人数）：	平日55・日曜日15名	
所在地：	兵庫県加古川市平岡町新在家2333-2			
TEL	079-456-0753	ホームページ：	http://hinode.or.jp/nagomi/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成25年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 博愛福祉会			
職員数	常勤職員：	12名	非常勤職員：	9名
専門職員	(専門職の名称)	名	准看護師	4名
	理学療法士	2名	介護福祉士	3名
	正看護師	2名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	浴室・デイルーム

③理念・基本方針

1. 利用者様の心身状況、特性に踏まえて、可能な限り、その居宅にてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう、利用者様の日常生活の活性化並びに介護支援を目的とし、必要な日常生活上の世話および機能訓練等の介護その他の必要な援助を行う。
 2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

④施設・事業所の特徴的な取組

1. 専従の理学療法士による個別機能訓練の実施。
 2. 入浴介助や排泄介助において、女性の利用者様に対しては女性の職員が対応することで女性の利用者様が気を使う事なく利用できる。
 3. 要介護者のみではあるが日曜日も営業しており、平日の大人数とは異なり、のんびりとして雰囲気一日を過ごして頂ける。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施機関	平成 30 年 10 月 10 日 (契約日) ~ 平成 31 年 1 月 10 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・法人の運営管理体制の下、法人本部の毎月の会議で経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、また、年に1回内部監査を実施し自己点検シートに定められた評価基準をもとに改善に取り組み、コンプライアンスにもとづいた運営に取り組んでいる。医療福祉グループの強みを活かし、福利厚生を充実しワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりに努めている。
- ・フロア会議・正職会議・有期職員会議の定期開催、伝達研修による研修内容の周知徹底、日誌・記録の見直し等の実現に向けて、現在、見直しや改善に意欲的に取り組んでいる。
- ・パワーリハビリ・物理療法・カラオケ・手作業・塗り絵・各種ゲーム・園芸等、複数の活動メニューを設け、また、外食・工場見学・足湯・菊花展等外出行事も企画し、利用者個々のニーズに応じて計画に採り入れ、趣味・関心を活かして活動的に過ごせるように取り組んでいる。ボランティアによるイベントや季節に応じた行事も行われている。専従の理学療法士による個別機能訓練を実施している。
- ・入浴・排泄・服薬が、利用者個々の状況に応じて適切に実施されるように、情報共有などについてきめ細かい工夫がされ機能している。女性利用者の入浴介助には女性職員の対応を徹底している。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画の策定と、事業計画を職員にも周知し、職員参画の下で実施状況の把握・評価見直しを行う仕組み作り、利用者・家族への主な内容の伝達が望まれる。
- ・各種会議の実施内容、伝達研修の実施状況を、記録に残すことが望まれます。また、家族からの相談・意見への対応や、介護支援専門員等関係機関との連絡について、記録に残すことが望まれる。
- ・利用者個々のニーズを明示し、個別具体的な通所介護計画の策定と、介護に関する支援の経過がわかる記録、定期的なモニタリングによる評価、再アセスメントによる課題分析が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の中の良い部分はより良い事業所として運営を行って行くために継続して行っていく。また、記録に残す必要があるものに関しては今後、専用の書類として記録を残していく。評価結果において改善が必要な点をしっかりと全職員が周知の上で改善を行って行く。

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> 日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針、博愛福祉会の理念・基本方針をホームページに明示している。理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針は理念と整合性が確保され、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。法人の新人研修で説明があり、事務所に掲示する等、職員に周知を図っている。 来年度から理念について定期的に研修を行い、職員の周知に向けて継続的に取り組む予定である。理念をパンフレットに記載して説明する等、利用者・家族に周知する取り組みが望まれる。		

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> 社会福祉事業全体や地域の福祉計画の動向、地域の利用者動向やニーズ等について、法人本部での業績会議、エリア長との面談、二市二町ケア評議会、地域の居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの情報交換等で、把握分析している。日々の利用者状況管理表や毎月の月次業績報告で、コスト分析や利用者の推移・利用率の分析を行っている。		
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> 毎月、月次業績報告書に現状分析・課題抽出・改善策を明示し、法人本部の業績会議で報告し、課題解決・改善に取り組んでいる。業績会議には理事長・本部役員・監事等も出席し、経営状況や課題について共有している。 課題については、内容に応じて、正規職員やフロア会議で職員に周知し、議事録に記録することが望まれる。		

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>中長期計画の策定には至っていない。 中長期的なビジョンを具体的に明示した中長期計画を策定し、PDCAサイクルにもとづく取り組みが望まれる。</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>法人共通の書式で、事業所の単年度の事業計画を策定している。「収支計画」「今期目標」「目標達成に向けた具体策」等から構成され、実行可能な具体的な内容となっている。また、数値目標等を設定し、実施状況の評価を行える内容となっている。 中・長期計画を踏まえた、単年度の事業計画の策定が望まれる。また、目標設定については、サービス質向上につながる目標も採り入れることが望まれる。</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>月次業績報告の中で、事業計画の実施状況の把握・評価、それに基づくその後の取り組み等を明示している。 フロア会議等で、事業計画を職員に周知し、職員も参加して、実施状況の把握・評価・見直しを行い、経過を議事録に残すことが望まれる。</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>事業計画の主な内容を、利用者・家族に周知するには至っていない。 「和通信」にわかりやすく掲載したり、年度初めの利用時に伝える等、事業計画の主な内容を、今年度に事業所が目指す取り組みとして周知を図る取り組みが望まれる。</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>人事考課・目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづく質の向上に関する取組を行っている。毎月フロア会議を実施し、サービス内容を確認する仕組みがある。法人内の内部監査を実施し、自己点検シートに定められた評価基準にもとづいて、自己評価を行っている。 内部監査結果の分析・検討を正職会議で行う予定である。</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
<コメント> 課題の抽出・改善計画策定を行い、改善に取り組む予定である。 課題の共有、改善への取り組みは職員参画で行い、経過を議事録等記録に残すことが望まれる。		

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
<コメント> 30年度事業計画を策定し、事業所の経営・管理に関する課題・目標についての説明・目標達成に向けた具体策を明確にしている。決算規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらは事務室内に設置し周知を図っている。 年度初めのフロア会議・正職会議で事業計画の要点等を説明しているが、広報誌「なごみ」等に掲載し表明することが望まれる。管理者不在時は実務的には主任が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。		
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
<コメント> 関係法令集、法人諸規定等を管理者自身も保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入、修理時には、「稟議規定」に沿って対応しており、行政関係者・取引事業者等と適正な関係保持に取り組んでいる。法人本部での管理者研修に参加し、法令・コンプライアンス等を学んでいる。また、日の出塾での、経営に関する研修や勉強会に参加し、職員にも参加を推奨している。労働基準法等事業所が遵守すべき法令を理解している。法人の新人研修で、法令について学ぶ機会を設けている。		
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
<コメント> サービスの質について、継続的定期的に情報の公表制度・内部監査時の点検シート項目に沿って自己点検を行い課題を把握している。管理者は、職員会議（フロア会議・正職会議・パート職会議）に参画、参加している。職員会議で意見の把握と改善策の検討を行い、サービスの質向上に取り組んでいる。 内部監査の受審後、課題への対策を検討し法人本部に改善策を報告する予定である。法人本部研修に参加している職員代表による伝達研修を計画している。		

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>毎月、利用率等に関する「月次報告」を作成し業績会議で報告している。法人としても、利用状況を管理している。月次報告を基に利用率の向上等の課題を抽出し、正職会議で改善策の検討を行っている。毎日、勤務表作成時に人員体制を確認し、余裕ある人員配置に努めている。業務改善により残業時間の削減、働きやすい人間関係づくりに努めている。管理者がフロア会議・正職会議で業務改善について説明し、実効性の向上に向け検討している。管理者はそれぞれの会議に参画し、送迎時間の検討等改善に取り組んでいる。</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>事業所としての人材確保・育成に関する基本的な考え方を運営規定で明確にし、法人として内外研修を通じて人材を育成する職員教育に取り組んでいる。資格取得も奨励している。基準以上の人材確保を事業計画に明示し、毎日、人員配置を勤務表で確認するとともに、人員変更時には組織図で人材確保の状況を把握している。職員紹介制度・採用広告・養成校訪問・ハローワーク・ホームページ等を活用し、効果的な人材確保に取り組んでいる。</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>「日の出プライド基本方針」を法人として、また、「事業所倫理規定」を事業所として、期待する職員像としている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で昇給・昇格に必要な資格等の人事基準を明確にしている。入職時の説明・規定類の設置等により、職員に周知を図っている。人事考課制度の仕組みの中で、等級に応じて、人事考課表・目標カードで目標を設定し、半期ごとの個別面談を通じて、評価・分析・改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。外部コンサルタント、採用広告、ハローワーク等から情報を得て、処遇水準の評価、分析を行っている。管理者が把握した意見をエリア長に報告し、法人で実施する自己申告シート制度や、非正規職員へのアンケートを活用し、法人本部で改善の検討を行っている。等級基準表・等級運用規定等を整備し、キャリアビジョンとして将来の姿を描く仕組みがある。</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>職務権限表で、人事・労務管理に関する権限者を管理者と定め、責任体制を明確にしている。タイムカード集計表で就業状況を把握するとともに、法人本部で作成されたデータで、就業状況を把握している。健康診断を定期的実施し、インフルエンザ予防接種は全職員の費用を法人負担としている。法人としてストレスチェックを実施し、高ストレス者は産業医への相談を勧めている。年2回の定期面談の他、随時管理者が相談窓口となり相談に応じる仕組みがある。今年度より、法人に「相談室」を設置し、案内文の配布により周知を図っている。時間単位有給や休暇取得のためのシフト調整、医療面の福利厚生等、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組み、職員の定着率は良い。</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
<コメント> 人事考課制度で、「期待する職員像」を階層に応じて目標カード課業欄で明確にし、目標管理を行う仕組みが構築されている。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個人目標を設定している。人事考課表で目標項目、目標水準、上期・下期の期限を設定している。半期ごとに個人面談を行い、相互に目標に対する進捗状況や達成度等を確認し次年度の目標設定に繋いでいる。		
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
<コメント> 30年度内研修計画で、「研修内容」を期待する職員像として明確にしている。運営規定に、組織が必要とする専門職種を、内部研修計画に、職員に必要とされる専門技術を明示している。本部研修計画に沿って研修が実施され、職員代表が参加している。研修参加者は「研修報告書」を本部に提出している。 研修受講者による伝達研修を計画的に実施していく予定である。本年度より法人の教育研修部が、報告書・参加者数等をもとに、研修内容やカリキュラム等を見直す予定である。		
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
<コメント> 事業所では、専門資格の取得状況、経験年数等を履歴書、資格証等で把握し、法人本部でも一括管理している。法人で入職前・採用時・フォローアップ研修を実施する仕組みがある。今年度はセラピストの新入職者があり、リハビリ長が参画して、担当職員が部会プログラムに沿って研修を実施し、実施状況はレポートで報告している。法人として、「研修計画」を作成し、管理者研修等の階層別研修、相談員・理学療法士等の部会での職種研修、テーマ別の全体研修等、研修の機会を設けている。外部研修については、FAXやメールで情報提供があり、回覧やメールで、内容に応じて全体や該当者に参加を奨励している。本部研修は同じ内容で複数回実施し、事業所として必要な外部研修は、受講費用や交通費を支給し職員が参加しやすいように配慮している。今後、介護職についても、事業所内での新人研修カリキュラムに沿った研修の実施と記録が望まれる。本部研修については、計画にもとづいた伝達研修の実施により、職員の周知が望まれる。		
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
<コメント> 現時点では、実習生受け入れ実績はない。 今後、実習生の受け入れに備えて基本姿勢など、必要事項を盛り込んだ実習生受け入れマニュアルの整備が望まれる。		

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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人ホームページで理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容等を公開している。地域ケア会議で、基本方針やビジョン等について説明し、事業所の存在意義や役割を明確にするように努めている。事業所の活動等を掲載したパンフレットを、居宅事業所や見学時希望者に配布している。</p> <p>第三者評価の受審結果をWAMNETで公表を予定し、苦情・相談等の内容や改善、対応の状況については、法人として公表を準備している。パンフレットに、理念・基本方針を明示することが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>決裁規程、職務権限表で役割、責任を明確にし、これらを事務所内に設置して職員に周知している。法人として、外部の専門機関に取引・経理等について相談し助言を得ている。助言等については、法人本部から事業所に報告されている。事業所管理者が、相互に内部監査を実施している。事業会計状況等について、監事が定期的に監査を実施し、ホームページで監査結果を公表している。財務等については法人が選任した会計監査人が、事業内容等については、外部専門機関がチェックを行っている。外部監査の結果や会計監査人による指摘事項にもとづいて、経営改善に取り組んでいる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>日の出プライド基本方針に地域交流の基本方針を、法人理念に「地域社会への貢献」を明示している。近隣連携大学のイベントのポスター等、地域の情報を掲示板に掲示し情報提供している。買い物、外食等を野外活動としてプラン・行事企画書に位置付けて実施し、希望者の送迎を職員が行い、必要に応じて社会資源が活用できるように支援している。</p> <p>地域の人々と利用者との定期的な交流の機会を設けることが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>トライやるウィークの中学生・授業の一環としての大学生のボランティアを受け入れ、学校教育への協力を行っている。ボランティア受け入れ時には、感染症予防・個人情報保護等、注意事項を口頭で説明して事故防止に努めている。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し受入れや、地域の学校教育への協力に関する基本姿勢を明文化するとともに、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目等を記載することが望まれる。</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 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、地域福祉マップ・居宅事業所一覧表等を事務室に設置している。必要時にはホームページで検索閲覧している。地域ケア会議に参加し共通の問題に対して、解決に向けて個別具体的に取り組んでいる。また、サービス担当者会議に参加し、ケアマネージャーと連携しながら地域でネットワーク化を図りながら利用者のアフターケア等に取り組んでいる。</p> <p>フロア会議等で、社会資源について情報の共有を行うことが望まれる。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所が有する機能を地域に還元する取り組みには至っていない。随時事業所で介護相談を受け、管理者が相談窓口となって対応している。相談記録の作成が望まれる。法人として地域のサッカーチーム支援を行っている。</p> <p>今後、事業所のスペースを活かした地域交流、専門性を活かした講演会などの実施、災害時における役割の確認などに、取り組まれることを期待する。</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。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>随時事業所で介護相談を受け、地域ケア会議に定期的に参加して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>様々な機会に福祉ニーズの把握に努め、内容を相談記録・議事録等に記録として残すことが望まれる。ニーズに基づいた地域貢献に係わる具体的な事業・活動について、計画等での明示と実施が望まれる。</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
<p><コメント></p> <p>利用者尊重についての基本姿勢を、「理念・基本方針」「倫理規定」「業務マニュアル」に明示している。配慮の現状については、人事考課の「スキルアップシート」の項目に沿って自己評価・上位者評価を行い、個人面談でも把握に努め、課題については迅速な対応を図っている。</p> <p>利用者尊重や基本的人権への配慮について、伝達研修等により、職員全員の周知を図ることが望まれる。</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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>サービス実施時のプライバシー保護については、「業務マニュアル」に記載している。「身体拘束廃止マニュアル」を整備している。契約書に権利擁護や個人情報保護を明記し、契約時に利用者・家族に周知を図っている。管理者層の職員が常に留意すると共に、「スキルアップシート」や個人面談の活用等でマニュアルにもとづいたサービス実施に努めている。利用者が過ごすスペースは広く設けられ、バリアフリーとなっている。また、利用者が一人で過ごすことができるスペースも設けられている。</p> <p>介護現場に求められるプライバシー保護や虐待防止、また、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示したマニュアルの整備が望まれる。プライバシー保護・権利擁護について、伝達研修等により職員全員に周知を図ることが望まれる。</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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所のサービス内容や特徴を、写真・図・絵等を使用してわかりやすく説明したパンフレットを作成し、居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、多くの人が入手できるようにしている。希望があれば、見学・体験利用に随時対応し、個別に丁寧な説明を心がけている。パンフレット・ホームページ等、利用希望者に対する情報提供は適宜見直しを行っている。</p>		
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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>開始にあたっては、パンフレット・契約書・重要事項説明書・リスク説明書・利用案内をもとに、わかりやすい言葉でゆっくり説明するように努め、自己決定を尊重し、書面で同意を得ている。意思決定が困難な利用者には、署名に保証人欄を設け、適正な説明と運用を図っている。</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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用終了の際は、要請に応じて「相談員引継ぎ文書」等で情報提供を行い、サービスの継続性に配慮している。終了後も、生活相談が相談窓口として対応する旨を口頭で伝えている。利用終了時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について記載した文書を手渡して説明することが望まれる。</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。	a ・ <input checked="" type="radio"/> b ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者満足についてのアンケートを実施している。通所介護計画の見直し時、3ヶ月に1回の居宅訪問時等に、利用者満足の把握にも努めている。</p> <p>把握した結果を分析・検討し、改善を行う仕組みづくりが望まれる。</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>法人で苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に明示して、利用者・家族に配布して説明している。「苦情相談窓口」として、掲示も行っている。アンケートの実施など、苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情があれば、申立者に対するフィードバックも含め、「苦情報告書」に記録する仕組みがある。苦情相談内容は、朝礼・連絡ノートで当日に共有し、また、言葉遣いに関して等、フロア会議でも採り上げサービス向上に反映している。苦情内容や解決結果の公表については、法人で準備している。</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>苦情・相談窓口として、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に契約時に説明し配布している。「苦情相談窓口」として、掲示も行っている。相談室を設け、相談しやすい環境に配慮している。</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>相談・苦情、受付対応について、「苦情相談マニュアル」を整備している。30年4月にマニュアルの見直しを行っている。今後も定期的実施する予定である。職員は、日々のコミュニケーションの中で意見・要望の把握に努め、把握した内容を相談員に報告している。アンケートも実施し、利用者の意見の積極的な把握に取り組んでいる。言葉遣いに関して等、フロア会議でも採り上げサービス向上に反映している。把握した意見・相談に対する対応は相談員記録など記録に残すことが望まれる。</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>「利用者事故対応マニュアル」を整備し、対応手順をフローチャートに明示してフロアーに設置し、職員に周知を図っている。ヒヤリハット事例・事件事例を収集し、それぞれの書式で記録に残し、「事故に至らなかった理由・対応」「事故防止対策」を検討し、朝礼・申し送りノートの特記事項で共有し、事故防止・再発防止に努めている。リスクマネジメントについての体制を、明確にすることが望まれる。事故防止について、伝達研修等により職員全員に周知を図ることが望まれる。フロア会議等で、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作りが望まれる。</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>「感染症マニュアル」を整備している。30年4月にマニュアルの見直しを行っており、今後も定期的実施する予定である。迎え時の体温確認、うがい手洗いの励行、手指消毒、マスク着用、加湿器の設置、備品や機器の消毒等、感染症予防に努め、発生時は看護師の指示のもと対応し、蔓延防止に取り組んでいる。マニュアル等に、感染症対策についての管理体制を明確にすることが望まれる。感染症予防・対応について、伝達研修等により職員全員に周知を図ることが望まれる。</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>消防計画を作成している。利用者個々の緊急連絡先を把握し、ハザードマップで避難所を確認している。職員については緊急連絡網を作成し、電話・ラインでの安否確認の方法を定めている。29年度は、消防署と連携して、2回避難訓練を実施している。災害時の対応について、具体的な対応方法を講じ、職員が共有することが望まれる。備蓄については、法人内の近隣の施設との連携があるが、事業所としても必要最小限の備蓄は整備し、リスト化して管理することが望まれる。</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>「介護マニュアル」を作成し、食事・入浴・排泄・送迎など、提供するサービスについて標準的な実施方法を文書化し、プライバシー保護などについても明示している。スキルアップシートに介護技術の項目があり、自己評価・上位者評価により実施状況を確認する仕組みがある。事業所内の新人研修で標準的な実施方法指導しているが、新人研修のカリキュラムの作成による指導内容の明確化と、実施記録での習得の確認が望まれる。</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>基本的には、年度初めにマニュアルの検証・見直しを行い、表紙に日付を記載している。マニュアルの見直しは、職員も参加して行い、経緯を議事録等に残すことが望まれる。</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>計画策定の責任者を管理者としている。「フェイスシート」「居宅訪問チェックシート」をもとにアセスメントを行い、サービス担当者会議でアセスメントや計画策定に関する協議を行っている。事業所内では、管理者・相談員・機能訓練士等多職種で協議している。事業所内の多職種の協議の記録を残すことが望まれる。ニーズについては、計画書の「問題」欄にチェックを入れているが、具体的なニーズの明示が望まれる。定期的にモニタリングを行い、計画どおりにサービスが行われていることを確認する仕組みづくりが望まれる。支援困難ケースについての対応を行っているが、対応内容や経過等を「利用者情報記録」に記録することが望まれる。</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>概ね6ヶ月毎（居宅サービス計画書変更時）に、通所介護計画書の見直しを行っている。変更内容は、申し送りノートに記載し、排泄表・入浴カード・食札・水分表・処置一覧等に明示し、職員に周知を図っている。緊急に計画を変更する場合は、介護支援専門員に連絡し変更する仕組みがある。変更の経緯は「相談員日誌」等に記録することが望まれる。計画の見直しに当たってのニーズの変化等を、明示することが望まれる。</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>計画にもとづくサービスが実施されていることを、「ケース記録」により確認することができる。差異が生じにくい記録形態になっていると共に、管理者・相談員等が記録の確認を行い、適宜指導している。職員間の情報共有を、申し送りノートに一元化し、朝礼時も申し送り内容も記録し、的確に伝達できるようにしている。毎日の朝礼、月1回のフロア会議、随時の正職会議・有期職員会議を開催し、情報共有を行っている。パソコン内のシステム・共有フォルダーや申し送りノートの閲覧により、事業所内での情報共有を行っている。</p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、「フェイスシート」によって把握し記録しているが、現状を把握するため、定期的な再アセスメントが望まれる。各種会議録の整備が望まれる。</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>個人情報保護規定・文書保存規程を整備し、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用や漏えいに対する対策・対応方法を規定している。記録の管理責任者を管理者としている。入職時に、研修を実施し、個人情報保護や守秘義務について説明し誓約書を交わしている。個人情報の取り扱いについて、利用者・家族に、契約時に重要事項説明書で説明し同意を得ている。コンプライアンスについて、伝達研修等により職員全員に周知を図ることが望まれる。</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

「フェイスシート」や機能訓練士による初回評価で利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握し、それらをもとに「通所介護計画」「機能訓練計画」を作成し、利用者個々のニーズに応じた支援、自立や活動参加への動機づけに取り組んでいる。パワーリハビリ・物理療法・カラオケ・手作業・塗り絵・各種ゲーム・園芸等、複数の活動メニューを設け、また、外食・工場見学・足湯・菊花展等外出行事も企画し、利用者個々に応じた計画に採り入れて参加できるように取り組んでいる。

定期的にモニタリングを行い、利用者個々に応じた支援になっているかを検討し見直す仕組みづくりが望まれる。

午後のレクリエーション時や送迎時等、日々の支援の場面で、コミュニケーションに努め、把握した利用者の思いや希望は管理者や相談員に報告し、内容に応じてフロア会議で検討し支援に反映している。「あいさつ・言葉遣い」を目標に挙げ、掲示と毎月のフロア会議で意識向上に取り組んでいる。各職員がコミュニケーションの機会作りに努めると共に、「終わりの会」で「お話週間」を設けるなど、会話が不足している利用者に配慮しながら、利用者が話したいことを話せる機会作りに努めている。

定期的な再アセスメントにより、コミュニケーションの方法や支援について、定期的な検討・見直しが行われることが望まれる。コミュニケーションの方法に個別の配慮が必要な場合は、通所介護計画の留意事項欄に記載して、支援の統一を図ることが望まれる。把握した、思いや意向は、「相談員日誌」等に記録することが望まれる。

		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

契約時に、契約書の条項に沿って、権利侵害防止について具体的に説明を行っている。緊急やむを得ない場合に一時的に身体拘束を実施する際の具体的な手続と実施方法、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定め、職員に周知することが望まれる。権利侵害の防止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、発生した場合に再発防止策等を検討し実践する仕組みを明確にすることが望まれる。

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

共用スペースは、窓を大きくとり、館内が明るく、外の風景を見ることができる。また、花を植えて利用者に季節を感じてもらえるように工夫している。くつろいで過ごせるように、テーブル席の他に、テレビやソファを設置している。また、マッサージチェアやウォーターベッドも設置し、利用することができる環境がある。安静室も設置され、ベッドを4台設置している。テレビや机の位置、席の配置等には、利用者の意向を反映している。

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 排せつ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

フェイスシート等で利用者個々の心身状況を把握し、利用者個々に合わせた保清方法を工夫し自立に向けた支援を行っている。入浴介助担当者が、入浴前に備品や湯温の確認し、脱衣室や浴室も季節に応じた室温を管理をしている。利用者の体調の変化は朝のミーティングで職員間で共有している。入浴マニュアルに羞恥心やプライバシーへの配慮を明記し実践につなげている。認知

症の症状に応じてマンツーマンで対応したり、同性介助の希望があればできる限り調整している。入浴を拒否する利用者には、無理強いせずには声かけの方法・タイミングを検討し、誘導する時間を変更するなどの工夫をしている。利用者の状態の変化があれば職員間で検討・入浴方法の見直しを行っている。また、理学療法士からの助言で支援方法の検討を行う仕組みがある。来所時にバイタルチェックを行い、記録を残している。可否の明確な基準は入浴バイタルチェック表に明記しており、バイタル値を看護師に確認して入浴の可否や入浴方法（シャワー浴）を判断する仕組みがある。入浴を中止した場合は連絡帳で家族に報告している。入浴順は利用者の意向を尊重しているが、感染症や状態に応じて看護師の指示のもと本人や家族に了解を得た上で順番の変更し行うこととしている。自力で入浴できる場合でも、浴室への案内から着替えまで見守りを行い、安全面に配慮しながら現存能力を活かした入浴の支援している。一般浴、特殊浴槽を用意し、個々の心身状態に合わせた入浴設備が設置されている。介助バー、シャワーチェア、シャワーキャリー、浴槽台、滑り止めマットなどを設置し安全に入浴ができるよう配慮されている。利用者個々の状態に応じて、家族や担当の介護支援専門員へ助言や報告を行い、また、内容によってはサービス担当者会議で支援方法を検討している。

フェイスシートやトイレ誘導表にて利用者の心身の状況を把握し、個々の利用者に合わせて介助方法、排せつ用具の選定など排せつ方法を工夫している。チェック表を基に画一的ではなく、利用者個々に応じた時間毎に支援している。トイレは全て個室で要所に介助バーが設置されている。保温機能のついた便座を各トイレに設置し、ウォシュレット機能も備わっている。トイレの清掃は毎日実施し、消臭剤を設置し、臭気や汚れに配慮されている。トイレは全て個室となっており、同性介助を基本とし、言葉のかけ方にも留意し、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援に努めている。介助バーやナースコールが適所に設置され、利用者個々の状況に合わせて複数介助する等、安全面に配慮し事故防止に努めている。排泄状況に異常があれば、記録と連絡帳に記載し、家族にも電話連絡している。利用者の心身状況の変化に応じて職員間で支援方法の見直しや検討を行い、申し送りノートで共有している。フロアには必ず職員が配置されており、訴えに応じて迅速に対応できるようにしている。必要に応じて、排せつについて家族に助言や情報提供し、介護支援専門員にも報告している。

フェイスシートや介護計画で利用者の個々の心身状況を把握し、自力で移動できるよう個々に応じた福祉用具の活用を行い支援している。車いす・歩行器・点杖・ピックアップなど利用者の状態に合わせた福祉用具が準備されている。必要に応じて、自宅から持ち込むことも可能である。理学療法士が初回利用の際に、福祉用具の利用状況を評価する仕組みがある。移動しやすいように、バリアフリーになっており、テーブルや椅子の配置、座席も工夫され導線が確保されている。フロアに職員を配置し、移動の希望があれば、すぐに対応できるようにしている。送迎マニュアルに出発時から送迎時の注意点を明示し、個々の利用者の特徴はフェイスシートに記載している。職員が把握しやすいように、送迎時の利用者の注意点は送迎表にも記載している。3ヵ月に1回理学療法士が自宅へ訪問し、助言・情報提供している。介護支援専門員にも報告している。

		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

月1回、給食会議で利用者からの希望や嗜好について委託業者と協議し、献立や調理法を検討している。定期的に行事食を提供する日や、おやつクラブで出来立てのおやつを提供したり、おやつバイキングの機会も設けている。厨房職員が食材に応じた食器に盛り付け、色合い等も配慮さ

れている。利用者の希望を募り、外食の支援も行っている。利用者間の関係性や誤嚥のリスクなど安全面や食事の摂取時間など考慮しているが、食事の席については、基本的には利用者の意向により配置している。厨房の衛生管理は委託業者が行っている。事業所では、感染マニュアルに食事介助の際の手洗いや物品管理について明示されておりそれに沿って実践している。

普通食・刻み食・極キザミ食・ミキサー食など、利用者の嚥下能力に合わせた食事形態で提供している。テーブルの高さを調整し、足置き・クッションを利用し安楽な姿勢で食事ができるように工夫している。移動に車いすを利用している利用者も、可能な限り椅子に座り食事を摂るように勧めている。職員が食事の際に関わりを持ち、自力摂取を促している。また、補助食器など利用者個々の状態に合わせた自助具を活用したり、主食をおにぎりにして食べやすい様に工夫し自立に向けた支援を行っている。食事マニュアルには、脳出血、視覚障害、麻痺など障害に応じた支援方法を明示し実践している。嚥下しやすいようにクッションや足置きを利用し、食事前には口腔体操を実施している。誤嚥マニュアルに異物除去法から救急要請について明示されている。吸引器は共有スペースに設置されており、緊急時に速やかに利用することができる。食事の際は、近くに看護職員が待機しており、緊急時には看護職員と協力して救急対応をする流れが、職員に周知されている。関連施設から言語療法士の定期訪問があり、利用者の嚥下状態を評価し支援方法の検討、見直しを行い、家族や介護支援専門員に報告している。

摂取量を記録し、著しく摂取量が少ない場合は連絡帳を活用したり、直接家族に報告している。食事や水分摂取、嚥下状態の悪化や食事形態の変更について家族に助言・情報提供を行い、介護支援専門員等に報告している。

食前に口腔体操、食後に口腔ケアを行い、口腔機能の維持改善に努めている。利用者の心身の状況に応じて口腔内の確認を行っている。口腔内の異常や職員が気付いたことがあれば、家族に報告しかかりつけの歯科への受診を勧めている。歯科医からの指示や受診結果は家族に確認し必要に応じて指示内容については対応している。利用者の心身状況に応じて、介護計画に反映し実践している。口腔ケアについては、必要に応じて家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。
口腔ケアについての研修の実施が望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A①	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

褥瘡予防は、情報を申し送りノート等で共有し、介護士・看護師が連携して行っている。発生後は、介護支援専門員からの依頼で、処置一覧に処置方法を明示して看護師が処置を行い、実施を処置一覧にチェックしている。家族への情報提供や助言は相談員が行い、介護支援専門員にも報告している。
褥瘡予防・対策マニュアルを作成し、研修等で職員に周知し、また、研修等で収集した情報を、日常のケアに採り入れることが望まれる。経過や報告は、「利用者情報記録」や「相談員日誌」に記録に記録することが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑫	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a ・ b ・ c

特記事項

非該当		
-----	--	--

		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

<p>理学療法士が個別機能訓練計画書を作成し、物理療法、パワーリハビリ等個々に応じたプログラムで訓練を実施し、3ヵ月に1回評価・見直しを行っている。リハビリ体操、足挙げ体操・カラオケ・園芸・レクリエーション等の活動を通して、予防活動にも取り組んでいる。クラブ活動や職員付き添いでの散歩等、自主的なリハビリも行っている。理学療法士が利用者個々の希望を聞き、自宅で行える運動プログラムを作成し、利用者は自宅で自主的に運動を行い実施状況を報告している。認知症状の進行があった場合は、職員間のミーティングや申し送りノートで共有し、家族・介護支援専門員にも報告している。</p>		
--	--	--

		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

<p>職員間で利用者個々の認知症状を共有し、支持的・受容的な支援に努めている。フロア内は、白色を基調とし、整理整頓、清掃が行き届いている。テレビやソファが設置され、落ち着いて快適に過ごせるように工夫している。利用者一人ひとりの症状に合わせ、園芸・音楽療法・カラオケ・アロママッサージ・囲碁・将棋など複数の活動が用意されている。認知症状の進行などあれば、家族や介護支援専門員に連絡し、かかりつけ医に繋げている。受診した際は、家族から受診結果を連絡ノートに記載してもらい、注意事項や内服薬の変更等を把握している。送迎時や連絡帳を活用し、サービス利用時の状況や家庭での様子について家族と情報共有し、相談を受け対応している。</p> <p>フェイスシートを用い生活歴や病歴、ADL等についてアセスメントを行い記録しているが、定期的に再アセスメントを行うことが望まれる。BPSDがある利用者についての経過観察や対応については、また、医療機関など関係機関との連携や検討についても、経過を記録に残すことが望まれる。認知症について、法人内研修の伝達研修等により職員全員に周知を図ることが望まれる。</p>		
--	--	--

		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

体調不良者対応マニュアルを作成し、家族・医師・介護支援専門員等に連絡する手順をフローチャートで明示し、体制を整備している。利用者個々のかかりつけ医はフェイスシートに記載して把握している。対応マニュアルをフロアに設置して、対応方法について職員に周知を図っている。朝のバイタルチェック、看護師の観察により、健康確認を行い体調変化に早く気づけるようにしている。日々の健康状態は、介護記録に記録している。利用者が持参した薬を個人名を記した薬袋に入れた時と、看護師が服薬確認した時に、チェック表にチェックし適切に服薬確認している。迎え時の家族からの情報は、申し送りノートに記録し伝達している。高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用・体調変化時の対応等に関する研修の実施が望まれる。

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

利用日には、利用者の状況を連絡帳で家族に報告している。変化があった時には、相談員が随時報告している。電話・メールで、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう工夫している。通所介護計画書の見直し時、3ヶ月ごとの居宅訪問時にサービスの説明・要望の把握を行っている。必要に応じて、家族に情報提供や助言を行い、内容に応じて介護支援専門員・地域包括支援センター・訪問看護事業所等につないでいる。利用者からの相談対応については、相談員日誌等に記録することが望まれる。

A-5 サービスの適切な実施

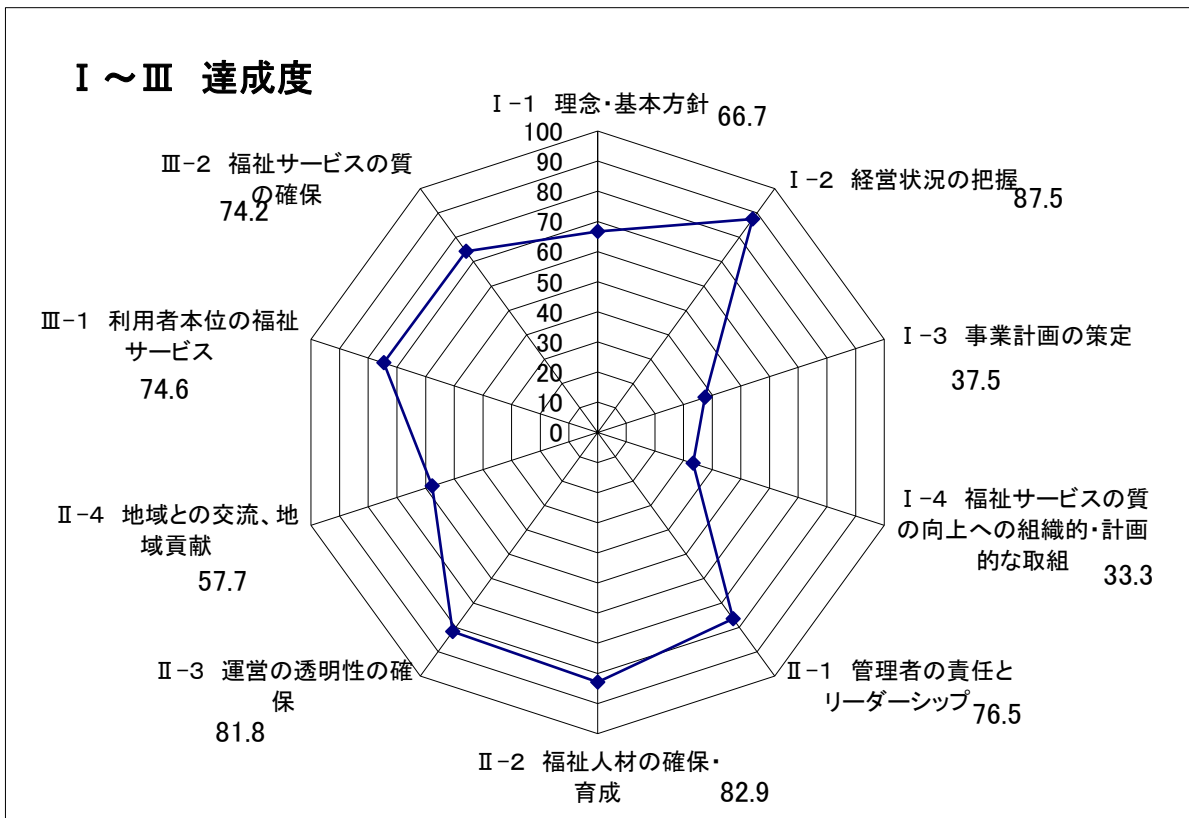
		第三者評価結果
A17	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

通所介護計画書・個別機能訓練計画書に、利用者のニーズに応じて、排泄・食事・入浴・機能訓練・精神の活性化に関する事項を挙げ、サービス内容の欄に、個別のサービス方法を記載している。ニーズに応じて、意思疎通・身だしなみ・清潔保持も記載することが望まれる。留意点については、個別・具体性のある、さらに詳細な記載が望まれる。

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	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	7	87.5
I-3 事業計画の策定	16	6	37.5
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	3	33.3
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	13	76.5
II-2 福祉人材の確保・育成	35	29	82.9
II-3 運営の透明性の確保	11	9	81.8
II-4 地域との交流、地域貢献	26	15	57.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	47	74.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	23	74.2
合計	222	156	70.3



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	11	57.9
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	73	65	89.0
A-4 家族等との連携	7	6	85.7
A-5 サービスの適切な実施	7	5	71.4
合計	110	91	82.7

総合計 (I ~ III + A)	332	247	74.4
---------------------	-----	-----	------

