

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：	シスナブ御津デイサービスセンター	種別：	通所介護
代表者氏名：	滝澤 功治	定員（利用者人数）：	40 名
所在地：	たつの市御津町中島980-3		
TEL	079-324-0767	ホームページ：	<a href="http://yumekoubou.or.jp/care/index.html">http://yumekoubou.or.jp/care/index.html</a>
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：	平成12年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 夢工房		
職員数	常勤職員： 8 名	非常勤職員：	7 名
専門職員	(専門職の名称) 管理者 1名 名	看護師 1名	
	生活相談員 1名 事務員 1名	機能訓練指導員 1名	
	管理栄養士 1名		
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	食堂 機能訓練室
			防火設備 一般浴：機械浴

③理念・基本方針

その人らしく生きるを基本に利用者の人間性を見失わず、個々の尊厳を重視し、生活支援に努める。  
 「生命」の保護を第一に医療機関との連携を築き、利用者の生活を守る。  
 家族や縁故者とのつながりを維持できるような支援を心がける。

④施設・事業所の特徴的な取組

瀬戸内海・綾部山梅林を望む自然に恵まれた環境にあり、広く開放的な明るいデイサービスルームに、テーブルを多数、ソファも各所に、また、静養できるスペース、離れて静かに過ごせるスペースを設け、利用者個々の心身の状況に応じて快適に過ごせる環境を整備している。多職種が協働して、食事・入浴・レクリエーション・機能訓練の充実に努め、利用者が1日を楽しく過ごせるよう取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 1 年 10 月 4 日 (契約日) ~ 令和 2 年 3 月 5 日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	2 回 (平成 28 年度)

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

\*施設全体での会議体とデイサービス職員会議、各種委員会を定期的で開催し、また、介護技術研修・全体研修など研修体制を整備し、合同避難訓練・合同行事の実施など、複合施設の利点を活かし、サービスの質向上・職員の資質向上に取り組んでいる。感染症対策委員会・危機管理委員会等、施設が多職種の専門職者が連携し、安全・衛生管理体制を整備している。働きやすい職場環境づくりに努め、職員の定着もよい。

\*「食の委員会」を毎月実施し、利用者の嗜好調査を行い、利用者の希望や季節感・行事食を取り入れた、彩にも配慮した食事を提供している。利用者の目の前での実演調理・バイキング・クッキング・お菓子作りなど、食の楽しみが感じられる企画を行っている。

\*日常動作スケールで個々の心身状況を把握し、利用中の日常生活動作の中で自立支援に努めている。個別機能訓練計画をもとに、歩こう会、いきいき体操、関節可動域訓練、自転車こぎ等、複数のプログラムで主体的に参加できるように取り組んでいる。体操・手作業・カラオケ・脳トレ・書道・ゲーム等、利用者が希望する活動に参加し、楽しく心身機能の維持向上が図れるよう取り組んでいる。

\*夏祭り・シスナブ祭り・自治会合同ふれあい会等で家族や地域の人々と交流できる機会を設けている。外出企画・そうめん流し・オリンピック・クリスマス会、毎月の誕生会等、年間計画をもとに行事を行い、利用者が楽しめる機会作りに努めている。

### ◇改善を求められる点

\*中長期計画の内容を反映した事業計画を、職員参画のもとで策定する仕組み作りと、事業計画の主な内容を利用者・家族にもわかりやすく説明する工夫が望まれます。

\*定期的な事業所の自己評価結果から、課題を文書化して明確に把握し、さらなるサービス質向上に向けて取り組み、その経過を記録に残すことが望まれます。

\*定期的に再アセスメントを行い、利用者個々の心身の状況や意向等の個別性をもとに、通所介護計画書に個別・具体的なサービスの実施方法を明示することが望まれます。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

運営からサービス提供の細部にわたり、質の向上の観点から、介護マニュアルや苦情解決の体制、サービス終了後の相談窓口の設定など、明確な仕組み作りについて、評価いただいた。

## 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>b</b> ・ c
<コメント>  法人理念をホームページに、法人理念・介護理念を事業計画に明文化している。法人理念には法人が目指す方向が明示され、介護理念は法人理念と整合性がとれ具体的な内容となっている。玄関・事務所・会議室・事業所内に掲示し、毎月の職員会議で唱和し周知が図られている。事業計画に理念を明示し、実践に向けて重点目標を設定して、継続的に取り組んでいる。利用者・家族にも、理念の周知を図る工夫が望まれます。		

#### 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  市が主催するセンター長会議・在宅介護支援センター主催の地域会議・法人の高齢者施設運営推進会議等から、社会福祉事業や地域の動向、地域のニーズの把握・分析に努めている。毎月月次報告を作成し、利用者の推移や利用率の分析を行っている。コスト分析は法人本部が行っている。		
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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<コメント>  役員・会計士を交えて3ヶ月に1回開催する高齢者施設運営会議で、課題や問題点を明示している。課題については、執行部会でも役員に共有している。高齢者施設運営推進会議には、施設内の各事業所の幹部職員も参加し周知を図っている。課題については、内容に応じて、法人・施設・事業所で解決改善に向け取り組んでいる。		

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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人本部の短期計画・中期計画を策定し、法人の中・長期的なビジョンを明示している。項目別に、目標・取り組みを設定している。事業報告書の中で、実施状況を報告し、必要に応じて見直しを行う仕組みがある。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の単年度計画を策定し、施設としての会議・研修・委員会体制、事業所ごとの概要・基本方針・年度の重点目標等を明示している。事業計画の内容は、実行可能で具体的な内容となっており、実施状況の評価が行える内容となっている。事業計画に、中長期計画の内容を反映することが望まれます。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>3ヶ月に1回、「事業計画取り組みシート」を作成し、事業計画の実施状況の把握・評価・必要に応じて見直しを行っている。事業計画の内容や実施状況は、職員会議で職員に周知を図っている。「事業計画取り組みシート」の内容から、年度末に事業報告書を作成知っている。来年度から、事業所内で職員の意見を集約して事業計画を策定する予定である。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の内、参加を促す観点から、行事計画を作成し周知を図っている。配布・掲示・お便りへの掲載・ホームページへの掲載等により、わかりやすい工夫をしたうえで、事業計画の主な内容を利用者・家族に周知することが望まれます。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・職員会議・各所委員会を定期的を開催し、サービス内容についての評価や、PDCAサイクルにもとづく質向上に向けた取り組みを行っている。第三評価を定期的を受審している。県のチェックリスト・情報の公表システムの評価基準にもとづいて自己評価を行い、管理者層が評価結果を分析検討している。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の評価結果から把握した課題について、運営推進会議や職員会議で共有し改善に向けて取り組んでいる。課題の抽出や改善への取り組みについて、記録に残すことが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は 事業計画で経営・管理に関する方針を策定し、「重点目標」で事業所の具体的取組を明確にしている。事業計画を、高齢者施設運営推進会議で配布説明するとともに、年度初めの職員会議で職員に説明している。「運営規定」に管理者の職務内容を定め、これら規定類は事務所に設置して周知を図っている。「職員配置計画と役割分担（責任体制表）」で管理者事故ある時の代行を、「副施設長」と定め、防災計画でも明確にしている。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は決裁規定等を理解し、物品購入等では取引事業者と適正な関係を保持している。市センター長会・集団指導に参加し、行政担当者等から労基法等の説明を受けている。老施協主催の研修、経営開発センター主催の外部研修等に参加している。内部通報制度の設置、法令順守規定や個人情報管理規定の全面改定等コンプライアンスに関連する役員説明会に参加している。廃棄物処理法・フロン排出規制法など環境への配慮等も含む幅広い分野の法令を把握し取組を行っている。全体研修時に関係法令の伝達研修や権利擁護に関する法令の研修を行い、入職時に個人情報保護法について説明している。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実施する福祉サービスの質の現状について、運営推進会議で定期的に評価を行い、取り組みシートに評価分析結果を記録している。3年ごとの第三者評価受審、施設長・副施設長が県のチェックリスト・情報の公表制度等を活用し定められた基準で評価を実施している。サービスの質向上に向け、高齢者施設運営推進会議・運営推進会議・各種委員会・職員会議等に定期的に参加し、自らもその活動に積極的に参画している。職員会議・個人面談等で、職員の意見を把握している。シスナブ御津研修スケジュール表で内部研修を、事業計画で、階層別・職種別・テーマ別の内部・外部研修計画を策定している。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、事業所の利用率等を「月次報告書」としてまとめ経営分析を行っている。本部から事業所ごとにコスト分析等経営状況についての分析結果がフィードバックされ、課題の把握と解決に取り組んでいる。非常勤職員の確保・栄養士加配、余裕ある人員体制、残業時間の軽減等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。管理者は、高齢者施設運営推進会議等、業務の実効性を高めるための体制を構築し、就業規則改定等、経営・業務改善に向け取り組んでいる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中期事業計画で、人材確保・育成基盤の強化を、短期計画で積極的な採用活動を掲げ、人材育成・職員体制整備の基本方針を明示している。組織を機能するために必要な専門職員配置を運営規定・重要事項説明書で明確にし、毎月必要な人員の充足度を部署ごとに確認・管理している。非常勤職員の配置・加配等で、欠勤・休職等に対応している。法人として、必要な人材確保・育成に取り組み、職員紹介制度・就職フェア・ハローワーク等も活用して採用活動を実施している。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に基づき、「社会的責任・人権尊重・説明的責任」を担う職員を期待する職員像として明確にしている。就業規則で、採用・異動・昇格等についての基準を明確化している。入職時研修で説明し、事務所に規定集ファイルを設置して周知を図っている。職員処遇の水準については、近隣事業所の採用広告、外部専門機関のデータ等から法人が分析している。管理者は、職員の処遇について意見・提案等を聴取して法人に伝え、改善策を検討・実施している。キャリアパスフレームとして、人事考課結果と、必要資格・経験年数・求められる能力を要件として、処遇にも連動する仕組みを整備している。</p> <p>法人として、新たな人事考課制度・個人目標管理制度を昨年12月に導入し、今年度、自己評価を実施している。階層別「振り返り評価シート」の基準に基づいて、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中である。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>役割分担表で、施設運営を管理者と定め、就業規則で超勤に関する命令・承認権限を管理者と明示している。勤怠システムを導入し、事業所で就業状況を確認の後、法人本部でデータ化され管理者が再確認・把握している。健康診断を年2回、ストレスチェック・腰痛検査を年1回、高ストレス職員には産業医での受診を勧めている。婦人科検診の補助、インフルエンザワクチンの無償化等を実施している。管理者は、随時面談等の機会を設け、相談しやすいよう環境整備を行っている。相談内容に応じて、法人労務担当に報告し、法人で記録として残している。公益通報制度を採り入れ、本部に直接メールで相談できる仕組みを構築し、メールアドレスを掲示している。職員懇親会、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。職員給与の改善・有給休暇の入職時付与等、働き甲斐のある職場環境の構築に取り組んでいる。余裕のある職員配置のため計画的に人材確保に取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>昨年12月に、人事考課制度・個人目標管理制度を導入しており、事業所の事業目標に基づいた個別的成果目標を組織として期待する職員像に位置づけている。人事考課制度を通じて定期的に個人面談を行い、目標項目、目標水準明確にし目標設定を行う仕組みを整備している。人事考課制度を推進していく中で、今後、目標期限についても明確にすることが望まれます。職員が設定した目標について、中間・年度末面接を行う等、目標達成度の確認を行い、次年度の目標設定に反映させることが望まれます。</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。	a • b • c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>研修計画（内部・外部）を策定し、職種別・階層別・テーマ別に、求められる専門性を明示している。計画に沿って研修受講が行われ、外部研修受講者は研修報告書を作成している。外部研修は、パワーポイント等を活用して受講者が全体会議時に伝達研修・研修発表を実施している。研修履歴は一覧としてデータ管理している。研修報告書の課題・感想欄等から、管理者が年度末に内容の評価・分析を行い、研修内容やカリキュラムの見直しに反映させている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>資格証・履歴書等で、資格・経験年数等を把握し法人でも一括管理を行っている。新入職者には、管理者がオリエンテーションを実施し、部署配属後は担当者が研修を行っている。外部研修の一般的な研修案内は供覧している。階層別研修等は経験年数等を考慮して、対象者に参加を呼び掛けている。施設内研修は職員が参加しやすい時間帯に行えるよう調整し、内容に応じて複数回実施し、また、外部研修は時間外扱い・受講料法人負担等、職員が教育・研修の場に参加できるよう配慮している。配属後の事業所での研修プログラム・研修の実施記録（チェックシート等）の作成が望まれます。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<コメント> 実習生の受け入れ実績はない。介護福祉士実習指導者講習受講職員が在籍している。今後の実習生受け入れに備え、実習生受け入れマニュアルの整備が望まれます。		

## 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>a</b> ・ b ・ c
<コメント> ホームページに法人の理念・サービス内容・法人の事業報告を、WAMNETの財務諸表等開示システムで財務諸表を公開している。第三者委員を含めた苦情相談体制、苦情・相談の内容、件数、対応についてはホームページで公開している。第三者評価受審結果を公表している。事業所の理念や活動等を掲載したパンフレットを、居宅事業所や地域福祉活動の一環として社協に設置している。また、見学时や希望に応じて提供している。		
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>a</b> ・ b ・ c
<コメント> 事務、経理、取引等に関するルールを決裁規定・経理規定等に明示し、入職時に説明し事務所に設置し周知している。役割分担表で、施設運営・施設管理・金銭収支に関する責任体制を定めている。外部の専門機関と契約し、必要に応じて弁護士・税理士・社会保険労務士等専門職等への相談や助言を受けている。監事監査を決算時毎に実施し、監査結果はホームページで公表している。監査法人による事業所会計に関する内部統制監査を受け、労務管理に関する指摘事項等はない。法人内に会計監査人を設置しており、定期的に監査を受け、会計処理の適正化・管理体制の改善を図っている。		

## 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>a</b> ・ b ・ c
<コメント> 法人基本理念で、地域社会との共存を掲げ、事業所の事業計画書重点目標に地域住民との交流を記載している。市・地域が開催するイベント・講演等の案内を施設内への設置等で利用者に情報提供を行っている。地域交流会・行事等、地域の人達との交流機会を設け、事業所への理解が得られるよう取り組んでいる。相談があれば、日常的な活動についても地域における社会資源を利用するよう推奨している。		



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 ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>三味線・ハンドベル・環境整備等のボランティアを受け入れている。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。ボランティアには注意事項等「ボランティアに心掛けてほしい事」書面を配布・説明している。トライやるウィークについては、中学校で冊子を作成し配布している。トライやるウィークの受け入れ等、学校教育への協力を行っている。マニュアルの中に、学校教育への協力についての基本姿勢を明文化することが望まれます。</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 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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況に対応できる社会資源として、御津町のサービス内容ごと「街の便利帳」・行政機関等の「たつの市暮らしの便利帳」・居宅事業所一覧表等を事務室に設置し、職員間で共有している。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議等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。サービス担当者会議に参加し、介護支援専門員と連携しながら地域でネットワーク化に取り組んでいる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の取り組みとして、年1回、施設のスペースを利用し、「ふれあい会」を開催し、地域住民との交流を意図した取組を行っている。地域の人参加する家族介護者を対象とした口腔ケア勉強会等を開催している。随時介護相談を受け、在宅介護支援センターが相談窓口となって対応し、相談記録を作成している。地域の福祉避難所として協定を結び、ハザードマップに掲載している。地域の祭り等へ協賛を行っている。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域住民との交流の中で、随時介護相談を受けて相談記録を作成し、地域のニーズ把握に努めている。市・民生委員等も参加する圏域ケア会議に定期的に参加し、地域住民個別のニーズを把握している。把握した福祉ニーズに基づいた事業や活動を事業計画等で明示し、実施していくことが望まれます。</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。	○a・b・c
<コメント> 法人の基本理念・介護理念、倫理規定、各種マニュアルに、利用者尊重を明示し、職員の理解を図っている。全体研修や研修発表の中で、人権について学ぶ機会を設けている。身体拘束・虐待防止委員会で、不適切ケアを含め人権への配慮について状況把握を行い、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> 「プライバシー保護マニュアル」「虐待防止指針」「身体拘束適正化指針」を整備し、全体研修・研修発表で学ぶ機会を設け、職員の理解を図っている。契約書・重要事項説明書に記載し、利用者や家族に、プライバシー保護や権利擁護に関する取組を説明している。「プライバシー対応チェックリスト」を用いて、3ヶ月に1回自己評価を行い、意識向上に努めている。不適切な事案が発生した場合の対応方法を、各種規定や就業規則に明示している。デイサービスホールを広く設け、動きやすいバリアフリーとなっている。スペースを分け、活動しやすく、また、過ごしやすい環境づくりに配慮している。ベッドや和室で静養することもでき、ベッドで休む際はスクリーンを設置しプライバシーにも配慮している。		
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> ホームページで広く情報提供し、小地域ふれあい喫茶でのパンフレットの配布や説明により地域の人々への情報提供に努めている。ホームページやパンフレットは言葉遣い・写真の使用等でわかりやすく工夫し、適宜見直しを行っている。利用希望者には、見学に随時対応し、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> 利用開始時には、契約書・重要事項説明書に沿って説明し、文書で同意を得ている。持ち物や注意事項が具体的に記載された資料「初めてのデイサービス」に、個別の利用日や送迎時間を記入し理解しやすく工夫されている。意思決定が困難な利用者には代理人を定め、適正な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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約終了や契約終了時の援助について契約書に記載し、要請があれば引継ぎ文書を作成することとしている。生活相談員を利用終了後の相談窓口として設定している。利用終了時に、その後の相談方法や担当者について説明した文書を渡すことが望まれます。</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。	a ・ <b>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所介護計画の更新時には利用者・家族に個別に面談し、デイサービス全般についての満足の把握に努めている。利用者満足に関する調査が定期的に行い、担当者を設定して、調査結果の分析から改善につなげる仕組みづくりが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>解決責任者・受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明したフローチャート施設玄関に掲示し、重要事項説明書にも記載し配布している。意見箱と記入用紙を玄関に設置し、利用者・家族が苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情の内容や対応について、申し出た人へのフィードバックも含め、「苦情対応記録」に記録し保管している。苦情件数・内容・対応結果を、事業報告書に記載して、ホームページで公表する仕組みがある。申し送りやワーカー会議で共有し、改善に取り組んでいる。危機管理委員会でも共有し、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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設玄関に、組織図と写真入り職員紹介（部署・職種）を掲示し、複数の相談相手から選べる工夫をしている。会議室などを活用し、相談しやすい環境に配慮している。苦情だけでなく、意見・相談窓口も掲示して周知することが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「苦情解決規程及び苦情解決の体制」に、意見・要望対応のフローチャートを記載し、法人が年に1回見直しを行っている。デイマニュアルにも、苦情マニュアルを整備している。利用中のコミュニケーションや送迎時に、利用者が意見・相談を話しやすい言葉かけに配慮している。玄関に、意見箱と記入用紙を設置し、利用者の意見の把握に努めている。職員が把握した相談や意見は生活相談員に報告し、迅速な対応に努め、ケース記録に記録して職員間で共有し、サービス計画に反映している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> リスクマネジメントについて、危機管理委員会を設置し、委員長を責任者としている。「事故発生防止指針」を整備し、周知を図っている。デイ独自で、「事故等緊急時事故発生防止マニュアル」も作成している。事例があれば、ヒヤリハット報告書・事故報告書を作成し、申し送りで迅速に共有し再発防止に努めている。事業所の危機管理委員が報告書をデータ化し、危機管理委員会で共有している。事故防止策の実効性についても危機管理委員会で確認している。介護技術研修で、事故防止研修（KYT研修）を実施している。		
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 ・ c
<コメント> 感染対策委員会を設置し委員長を責任者とし、感染症対策について管理体制を整備している。感染症マニュアルを作成し、職員の周知を図っている。全体研修会で、年2回、研修を実施している。換気・うがい・手洗い・次亜塩素酸水噴霧・空気清浄機・加湿器等により予防策を講じ、特に11月から3月を感染症対策月間として強化している。デイサービスとして利用中止基準を設定し、「インフルエンザ及び感染性胃腸炎に関してのお願い」として、利用者・家族に配布し、発生時の蔓延防止に努めている。3ヶ月に1回の感染症対策委員会の中でマニュアルの検証・見直しを行っている。		
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やっている。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 「防災マニュアル」に災害時の対応体制を定めている。立地条件から、ハザードマップで水害に対する対策を講じている。非常持ち出し書類袋を整備している。利用者は緊急連絡先への連絡で、職員は緊急連絡網で安否確認を行うこととしている。防災委員会が企画して、年2回、昼夜想定で、利用者も参加して総合訓練を実施している。管理栄養士が担当し、「備蓄食品一覧表」に商品名・賞味期限・規格・在庫数・使用方法等を明記している。		

### 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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 介護マニュアル・デイマニュアルを作成し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。プライバシー保護マニュアルに場面ごとにプライバシーへの配慮を明示している。事業所内の新人研修カリキュラムに介護技術についての研修があり、標準的な実施方法の周知を図っている。現任研修でも介護技術研修があり、周知を図ると共に、実施状況を確認している。人事考課にも項目があり、確認する仕組みがある。		

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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>随時、マニュアルの検証と見直しを行っている。ワーカー会議での職員の意見を集約し、生活相談員が主に見直しを行っている。随時の見直しと共に、ワーカー会議等で定期的に検証し、職員の意見を集約して見直しを行うことが望まれます。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所介護計画の策定責任者を生活相談員として。アセスメントシートでアセスメントを行い、サービス担当者会議やワーカー会議で、アセスメントや計画策定の協議を行っている。居宅サービス計画書をもとに、通所介護計画書にニーズを記載している。毎月モニタリングを行い、介護支援相談員に報告している。支援困難ケースへの対応について、ケース記録で共有しながら適切な対応に取り組んでいる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月モニタリング結果を介護支援専門員に報告し、緊急に計画を変更する場合は、居宅サービス計画書の変更の後変更している。定期的には、居宅サービス計画書の更新時期に、通所介護計画書の評価欄に評価を記入して次の計画に反映している。計画の更新時は、計画書を回覧し、職員に周知を図っている。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントシートを活用し、利用者の身体状況や生活状況を把握し記録している。ケース記録にサービスの実施内容を記録している。「記録研修」の実施、記録内容を生活相談員が確認し、必要に応じて個別に指導している。申し送りノート、業務日誌により、的確に情報共有する仕組みを整備している。事業所ではワーカー会議・朝の申し送り、施設では運営推進会議・各種委員会を定期的に開催し、情報共有している。パソコンのネットワークシステム利用、会議録・研修記録など回覧資料には確認印で共有を確認している。定期的に再アセスメントを行い、アセスメントシートにより現状を把握できる仕組み作りが望まれます。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>個人情報管理規程・文書管理規程に、記録の保管・保存・廃棄・情報提供・適正な利用や漏えいに対する対応方法を定め、責任者は施設長としている。職員は入職時に説明を受け、守秘義務に関する誓約書を交わしている。利用者・家族には契約時に、個人情報使用について説明し同意を得ている。個人情報保護・書類の管理について、毎年研修することが望まれます。</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>b</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>b</b> ・ c

#### 特記事項

個別機能訓練計画を作成し、また、体操・手作業・音楽などレクリエーションを企画し、機能訓練やレクリエーションへの参加を通して、心身機能の維持向上や自立に向け取り組んでいる。毎月のモニタリングを通して、利用者個々に応じた利用になっているかを確認している。定期的に再アセスメントを行い心身の状況と意向や希望を把握し、アセスメントシートに記録することが望まれます。通所介護計画書に、利用者・家族の希望を記載することが望まれます。

利用中や送迎時等のコミュニケーションを通して、利用者の思いや意向の把握に努め、レクリエーションや企画等に反映している。接遇についての研修を行い、尊厳に配慮した言葉遣いや対応の周知を図っている。話すことや意思表示が困難である利用者には個別の配慮を行い、会話の不足しがちな利用者には職員から積極的に声かけを行う等、利用者の思いや意向の把握に努め、申し送りやケース記録等で共有している。定期的な再アセスメントによりコミュニケーション能力を把握し、コミュニケーション方法や支援について、検討・見直しを行うことが望まれます。

		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>b</b> ・ c

#### 特記事項

身体拘束廃止・虐待防止研修、危機管理委員会により、権利侵害防止と早期発見に取り組んでいる。入浴時や送迎時には特に留意し、早期発見に努めている。身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等は、身体拘束適正化指針に明記している。危機管理委員会で、権利侵害防止について定期的に検討する機会を設け、また、発生時に再発防止を検討し実践する仕組みがある。権利侵害の防止等のために、具体的な内容等を利用者に周知することが望まれます。所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を「虐待防止指針」に記載することが望まれます。

### 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。	<b>a</b> ・ b ・ c

特記事項

たいへん広い開放感のあるスペースで、窓が大きく明るく、外の風景を見ることができる。適温に保たれ、掃除・シーツ交換など清潔保持に努め、快適に過ごせる環境整備に努めている。利用者の作品を展示したり、季節を感じられる飾りつけを工夫している。テーブルを多数、ソファも各所に配置し、静養できる別スペースにベッドを5台設置している。離れて静かに過ごしたい利用者のためのスペースも設け、テレビ・テーブル席が設置されている。

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 入浴支援

日常動作スケールで心身状況を把握し、個々に応じた保清方法で自立に向けた支援を行い、ニーズがあれば通所介護計画に位置づけている。入浴前に入浴設備・湯温の確認を行い、業務分担表で浴室担当・脱衣室担当を決めている。入浴介助担当者が事前に脱衣室や浴室を季節に応じた室温管理をしている。利用者の個性や相性を考慮し、誘導する順番・マンツーマン対応・同性介助等可能な限り希望に沿うように配慮している。入浴拒否のある場合は、無理強いせず、声かけの方法・タイミングを検討し工夫をしている。心身の状況に変化があればワーカー会議で検討し入浴方法の見直しを行い、業務日誌に記載し周知している。来所時にバイタルチェックを行い、入浴マニュアルの可否基準に沿って、看護師が入浴の可否や入浴方法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、心身の状況に応じて看護師の指示のもと、本人や家族に了解を得て変更している。自力で入浴できる場合も、浴室への案内から着替えまで見守りを行い、安全に自立支援している。個々の心身状態に合わせた入浴のため、一般浴、個浴、特殊浴槽（座台式・臥床式）が設置されている。各所に手すり、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ている。担当の介護支援専門員には毎月、通所介護報告書にて心身の状況を報告している。必要に応じて、家族に助言や情報提供を行い、対応した内容は業務日誌に記載している。

A6 排泄支援

日常動作スケールで個々の心身状況を把握し、ニーズに応じて通所介護計画に位置づけ、個々に応じた排泄の支援を行っている。入居者情報に介助方法や排泄つ用品の情報を記載し、排泄つチェック表も介助別に分け、職員間で統一した支援を行っている。排泄チェック表をもとに、画一的ではなく、個々に応じた時間毎に支援している。利用者に水分補給を勧め、自然な排泄つを促している。トイレはカーテンで仕切られて、トイレ前にもスクリーンを設置し、フロアから目隠しになるように配慮されている。言葉のかけ方に留意し、可能な限り同性介助で対応する等、プライバシーや羞恥心に配慮している。トイレ内の各所に介助バー、適所にナースコールを設置し、心身状況に合わせて職員が複数で介助するなど、安全面に配慮し事故防止に努めている。ウォシュレット機能・保温機能のついた便座を設置し、頻回のトイレ清掃・消臭剤の設置で臭気や汚れに配慮し、環境整備に努めている。排泄状況に異常があれば記録に残し、連絡帳にも記載し、内容に応じて、家族・介護支援専門員に電話で報告している。利用者の状態の変化があれば、ワーカー会議で検討し排泄つ方法の見直しを行っている。支援内容の変更があった際には、業務日誌に記載し周知している。担当の介護支援専門員には毎月、通所介護報告書にて心身の状況を報告している。必要に応じて、家族に助言や情報提供を行い、対応した内容は業務日誌に記載している。

A7 移動支援

日常動作スケールで、移動の自立度・立位の可否・立位時危険度を詳細に把握し、個々の状態に合わせ、既存機能を活かせるように職員が働きかけを行っている。車いす・歩行器・シルバーカーなど利用者の状態に合わせた福祉用具が準備され、必要に応じて、自宅から持ち込むことも可能である。個々に応じた福祉用具を利用したり、音楽に合わせた「歩こう会」を開催したり、可能な限り歩行を勧める等、自立に向けた支援を行っている。移動しやすいように、施設内はバリアフリーになっており、テーブルや椅子の配置も工夫され導線が確保されている。フロアに職員を分散して配置し、移動の希望があれば迅速に対応できるようにしている。利用者の心身状況の変化に応じて、移動支援の方法を多職種共同で検討し、見直しを行っている。見直しをした内容については業務日誌を活用して周知している。送迎マニュアルを整備し、利用者の希望、心身の負担や乗降時・移動中の安全に配慮している。送迎についての利用者個々の情報や注意点を基本情報に記載し共有している。担当の介護支援専門員には毎月、通所介護報告書にて心身の状況を報告し、必要に応じて、家族に助言や情報提供を行っている。

		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 食事

年2回アンケート調査を実施し、利用者からの希望や嗜好について「食の委員会」で協議し、献立や調理法、行事食を検討している。また、定期的に行事食やクッキングを行い提供する日を設けている。利用者個々の嗜好を把握し、希望に応じて代替え食を提供することも可能である。食事の席は基本的には利用者の意向により配置しているが、利用者間の関係性・誤嚥のリスク・食事の摂取時間なども考慮している。BGMを流したり、照明を調整する等、食事の雰囲気作りに配慮している。感染マニュアルに、食事介助の際の手洗いについて明示されており実践している。調理は委託業者が行い、衛生日誌で調理職員の体調管理・厨房内温度・配送温度などを毎日チェックし、衛生管理を行っている。

A9 食事

普通食・刻み食・極キザミ食・ムース食、療養食など、利用者の状況や嚥下能力に合わせて提供している。足置きやクッションの利用、テーブルの高さの調整等、安楽な姿勢で食事ができるように工夫している。個々の食事ペースや体調に合わせて配膳時間を調整している。職員が食事の際に関わりを持ち自力での摂取を促したり、補助食器・自助具の活用、使い慣れた食器を自宅から持参する、主食を食べやすいおにぎりにする等、自立に向けた支援を行っている。食事前には口腔体操（パタカラ体操）を実施している。救急マニュアルに救急要請について明示されている。吸引器がフロアに設置され、食事の際は必ず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。利用者の心身状況の変化に応じて、支援方法を多職種共同で検討し、見直ししている。見直しをした内容については業務日誌を活用し周知している。食事・水分摂取、嚥下状態、食事形態に変化があれば、家族・介護支援専門員に報告している。定期的には、毎月の通所介護報告書にて心身の状況を報告し、必要に応じて、家族に助言や情報提供を行っている。



A10 口腔ケア

食前にカラオケ機器を利用し複数のプログラムによる口腔体操が行われている。フロア近くに洗面台が設置されており、食後には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、職員が口腔内の確認を行い、実施した内容は記録に残している。口腔ケアについての研修を実施し、参加できなかったには研修資料を回覧し周知している。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を家族に確認し対応している。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。日常動作スケールを活用する等、口腔ケアの自立度の把握を行い、ニーズの把握につなげることが望まれます。

		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

治療が必要な褥瘡の事例はないが、発赤が認められた場合等は、看護師と介護士が連携し予防に取り組んでいる。対応については、看護師が指導している。家族にも報告や助言を行い、必要に応じて、介護支援専門員にも報告している。褥瘡予防・対応マニュアルの整備と、職員に周知する機会作りが望まれます。

		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

個別機能訓練計画書を作成し、歩こう会、いきいき体操、関節可動域訓練、自転車こぎ等、複数のプログラムを用意し、利用者の希望にそったプログラムで主体的に取り組めるよう支援している。個別機能訓練計画書は、3ヵ月に1回評価・見直しを行っている。利用者の状況に応じて、機能訓練指導員や柔道整復師から助言・指導を受けている。いきいき体操、工作等の手作業、カラオケ機器を利用した体操、レクリエーション、カラオケ等、利用者個々の希望に沿った活動を通し予防活動として取り組んでいる。認知症状の兆候や進行があった場合は、ミーティング等で職員間で共有し、家族や担当の介護支援専門員に連絡している。

		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

基本情報、日常動作スケールを用いて、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。全体会議の外部研修の伝達研修会に参加し、認知症対応について学んでいる。現在対象となる利用者はいないが、BPSDがある利用者には、個別に一定期間の観察と記録を行い、行動については、家族や担当の介護支援専門員に報告し、症状の改善に向けた支援方法検討する仕組みがある。フロアは整理整頓・清掃が行き届き、テレビ・複数の椅子やソファが設置され、自由にくつろげる環境である。離れて静かに過ごせるスペースも設けられ、テレビ・テーブル席が設置されている。薬や危険物は利用者の目の届きにくい場所に管理し、事故の予防に努めている。カラオケ・体操・レクリエーションなど複数の活動を用意し、フロアに職員を分散配置し、コミュニケーションがとりやすいように配慮している。希望があれば、付き添い館内を散歩するように対応している。認知症状の近い利用者を同じグループにする等、個々の症状の特性に合わせた環境を作り、穏やかに過ごせるように配慮している。現在事例はないが、認知症状の進行があれば、家族や介護支援専門員に連絡し、かかりつけ医への繋げる仕組みがある。利用中に状態の変化があれば連絡帳で知らせたり、送迎時に家族に報告し、介護支援専門員にも報告している。送迎時や連絡帳を活用し、家族と情報交換し、悩みや相談を受け助言や情報提供を行っている。必要に応じて、介護支援専門員にも報告・連絡し、業務日誌に記録している。

		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

「健康管理マニュアル」「事故等緊急時及び事故発生防止マニュアル」「救急搬送カード」に利用者の体調変化時の対応手順を記載している。迎え時・連絡帳等で、家族から情報を得て、朝の申し送りでも共有している。来所時のバイタルチェックや看護師の状態観察等により、利用者の体調の変化や異変の早期発見に努めている。バイタルや健康状態については、ケース記録に記録している。異変があった場合は、家族・医師・介護支援相談員に連絡し、経過はケース記録に記録している。体調変化時の緊急対応について研修を行っている。高齢者の健康管理や病気、薬等に関する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		
A⑩	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

利用日には連絡帳で状況の報告を行っている。変化があった場合は、連絡帳と共に、電話や送迎時にも伝えている。サービス担当者会議への出席時や、通所介護計画書の更新時に、サービスについての説明を行ったり、要望・相談を聴く機会を設けている。必要に応じて、介護に関する助言を行い、送迎時等に家族の心身の状況に留意している。家族との相談対応や、家族に提供した情報、それらを介護支援専門員に報告したことを記録に残すことが望まれます。

A-5 サービスの適切な実施

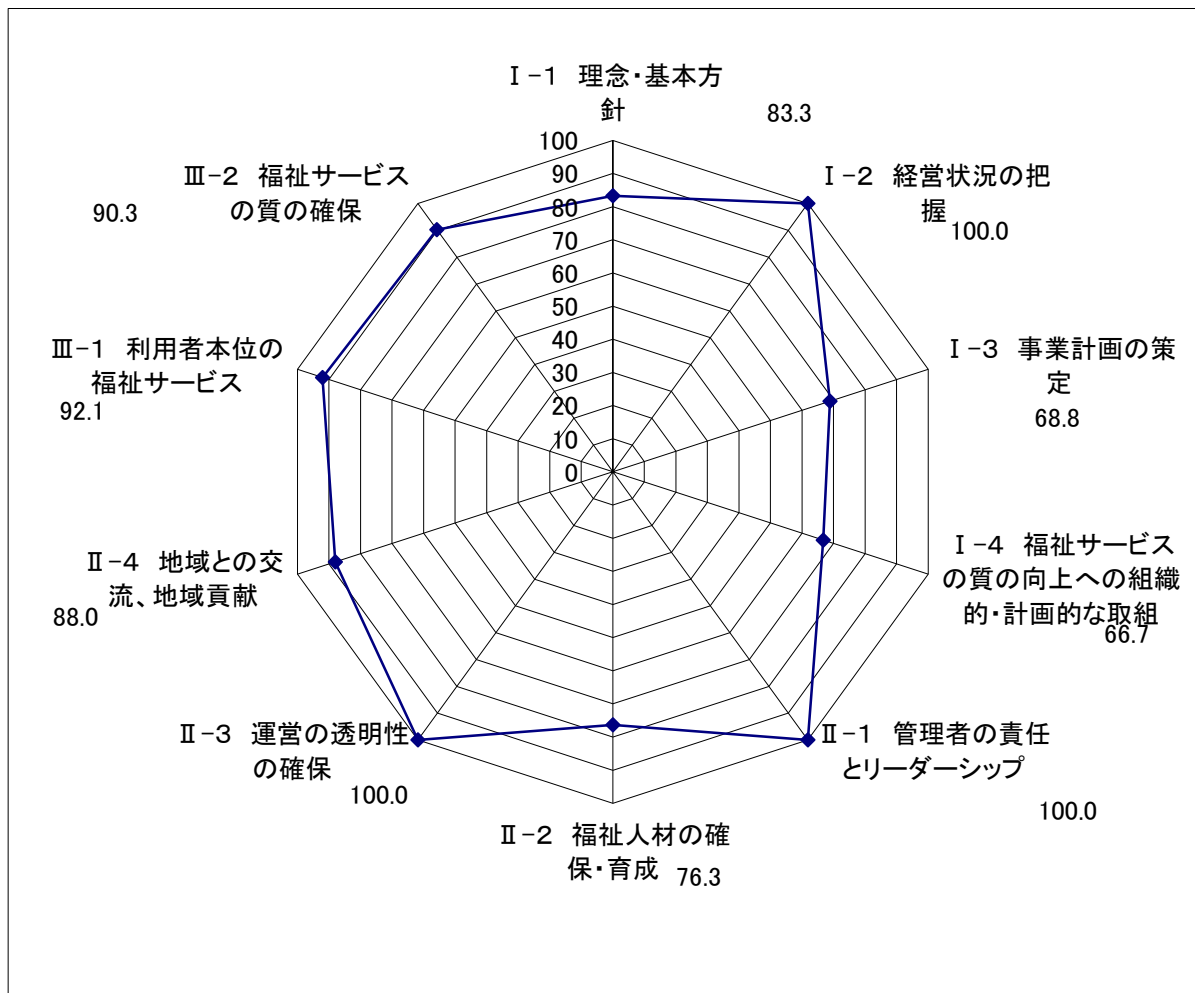
		第三者評価結果
A⑪	A-5-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

通所介護計画の留意点欄・アセスメントシート・個別機能訓練計画に、サービスを個別・具体的に実施するための方法を記載している。通所介護計画に、利用者一人ひとりの個別性をさらに明示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	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	11	68.8
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	6	66.7
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	29	76.3
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	25	22	88.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	58	92.1
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3
合計	224	195	87.1



## 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	14	73.7
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	72	68	94.4
A-4 家族等との連携	7	5	71.4
A-5 サービスの適切な実施	7	5	71.4
合 計	109	96	88.1

総合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	333	291	87.4
------------	-----	-----	------

