

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：	サンホームあまがさき デイサービスセンター	種別：	通所介護	
代表者氏名：	藤井 茂夫	定員（利用者人数）：	30 名	
所在地：	兵庫県尼崎市大庄北3丁目15番1号			
TEL	06-6412-6676	ホームページ：	https://hinode.or.jp/amagasaki/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2000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：	5 名	非常勤職員：	11 名
専門職員	介護職員 相談員兼務含む	4	介護職員	4
	機能訓練指導員	1	看護師	2
			ドライバー	5
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等) 浴室（一般浴、機械浴）	
			食堂、事務室、相談室	

③理念・基本方針

グループ理念：お客様のよろこび 社員のよろこび 地域のよろこび
 グループ基本方針：1. 新たな挑戦を続けます。2. 日々の出会いに感謝します。3. お客様に最善を尽くします。4. 信頼できる仲間をつくります。5. 健康に働ける環境を追求します。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 複合型施設の強みを活かし、利用者のニーズに応じたサービス提案ができる。
- 2) リハビリ機器を取り揃え、機能訓練による身体機能の維持向上を図っている。
- 3) 季節感を大切にし、レクリエーション内容（夏祭り、クリスマス、初詣などで）や外出レクリエーション先の選定、旬の食材にこだわった食事メニューを提供している。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 4 月 24 日 (契約日) ~ 平成 30 年 12 月 31 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、法人のエリア会議・施設の経営会議・各部門会議等で、経営状況・運営状況・人員配置を把握・分析し、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。施設内での委員会・毎月のデイ会議でも、組織的な運営に努めている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価シート・スキルアップシートを用いて目標・職責を明確にし、職員の資質向上と人事管理に取り組んでいる。また、経験別・職種別・テーマ別研修、資格取得を支援する講座等、法人として研修体制を整備している。施設内に研修委員会を設置し、法人研修とも連動して、施設内研修を計画的に実施し、職員育成に注力している。
- ・広さが十分に確保され、落ち着いた色調の明るいデイスペースに、1人から複数名対応できるテーブルを配置し、奥には静養できるベッドやソファ、また、少し離れた所に談話スペースを設置し、思い思いの場所で過ごせる環境がある。専用のリハビリ室内には専任の理学療法士のもと効果的なリハビリが受けられるリハビリ機器が充実しており、他にも、足浴器やマッサージチェアを設置している。月間レクリエーションで音楽教室・体操教室・ゲーム等日々多様な企画があり、また、個別レクリエーションも行っている。外出レクリエーションを採り入れ、買い物・季節の外出などに出かけ、社会参加の機会を設けている。隣接する厨房から作り立ての食事が提供され、各都道府県の郷土料理・行事食・誕生食等、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。
- ・利用開始時に理学療法士が利用者宅を訪問してアセスメントを行い、3か月毎に自宅での生活向上に向けた訪問確認を行い、自宅での生活が継続と自立支援に取り組んでいる。月に1回モニタリングを実施し、現状に即した通所介護計画・機能訓練計画にもとづく、自立と活動の動機づけを目指した支援に取り組んでいる。状況に応じて「本日の時系列」シートを活用し、個別支援に反映できるように努めている。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画をもとに単年の事業計画を策定し、策定・実施状況の把握・評価・見直しを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。
- ・定められた評価基準にもとづいて年に1回以上自己評価を行い、課題抽出から改善に向けての計画的な取り組みを職員参画の下で行い、経過を記録することが望まれる。
- ・職員も参画して定期的にマニュアルの検証を行い、不足しているマニュアルの整備等必要な見直しを行い、「変更履歴」などに経過を記録する仕組み作りが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

利用者様の幸せに寄与できるよう、サービスの質を高めるための取り組みをさらに進めます。

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> 日の出医療福祉グループの基本理念・基本方針をホームページに明示している。博愛福祉会の理念・サンホームあまがさきの運営方針を、エントランスに掲示している。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。掲示・朝礼での唱和・研修の実施などにより、職員の周知を図っている。また、29年度には、グループ・法人・施設の理念や方針をもとに職員からの意見を集約し、「サンホームあまがさき理念」を完成し、より良い施設を目指す取り組みが行われている。利用者・家族には、パンフレットの理事長のあいさつの中で、法人理念をわかりやすく説明し周知を図っている。		

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は、施設長・副施設長・管理者層が情報収集し、各部門会議・施設の経営会議・エリア会議で共有し分析を行っている。事業所の月次報告と、法人の月次の収支決算をもとに、経営会議・エリア会議で利用率やコスト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> 利用率やコストの分析をもとに部門会議で課題の抽出を行い、経営会議で共有し課題解決に向けて取り組んでいる。エリア会議に理事も参加し、課題について共有がなされている。部門会議・経営会議の内容は、デイ会議で職員に周知が図られ、課題解決に向けて取り組んでいる。		

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
<コメント> 施設としての中長期的なビジョンを、平成30年度「サンホームあまがさき中長期計画」として策定し、6項目に具体的に明示している。期間中での実施状況の評価を行える計画内容の設定を工夫し、30年度策定後、定期的な実施状況の把握・評価・必要に応じた見直しを行う仕組み作りが望まれる。		

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。</p> <p>施設の中・長期計画を踏まえた、事業所としての単年度の事業計画の策定が望まれる。</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>毎月の部門会議で、施設長・副施設長・管理者が、実施状況の把握を行っている。施設全体経営会議で、上半期・下半期の収支計画、事業計画の進捗を報告し、年度末に事業報告書を作成し、次年度の計画に向けた見直しを行っている。</p> <p>事業計画を職員に周知し理解を促すための取組を行い、実施状況の把握・評価・見直しを職員参加で行う仕組み作りが望まれる。</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について、利用者・家族に周知するには至っていない。</p> <p>事業計画の主な内容について、理解しやすく説明する工夫を行い、利用者・家族に周知することが望まれる。</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>人事考課制度を活用し、PDCAサイクルに基づく職員の質向上から、サービスの質向上につながる取り組みを実施している。デイ会議・施設内の委員会・部門会議・経営会議を定期的実施し、サービス内容について評価する機会を設けている。介護サービス情報の公表の評価基準にもとづいて、年1回自己評価を行っている。今年度から、内部監査による取り組みを計画している。</p> <p>評価結果を分析・検討する場を設けることが望まれる。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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>評価結果にもとづき課題を明確にし、計画的に改善策を実施するには至っていない。</p> <p>評価結果から分析した課題を文書化して職員間で共有し、計画的に改善に取り組み、経過を記録に残すことが望まれる。</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、事業所の経営・管理に関する課題・目標・施策を明確にしている。決裁規程の職務権限表・稟議規定等で、管理者の役割・責任を定め、これらはパソコンの共有ホルダー及び事務所内に設置し周知を図っている。</p> <p>管理者は、自らの役割と責任について、広報誌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相談員が対応しているが、組織図等で明確にすることが望まれる。</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、関係法令集・法人諸規定等を保管し理解に努めている。集団指導への参加や、物品購入時等には「稟議規定」に沿って対応し、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。施設長が県老施協の研修・集団指導・法人の日の出塾等、法令遵守の観点での経営に関する研修に参加している。産業廃棄物処理法等、環境への配慮等も含み幅広く遵守すべき法令等を把握し取組を行っている。担当者が法人本部での研修に参加し介護保険法、高齢者虐待防止・倫理法令遵守等について学び、内部研修時に伝達研修を実施している。</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>サービスの質について、継続的に情報の公表制度・チェックリスト等でチェックしている。内部監査時の点検シートの項目に沿って、自己点検を行う仕組みがある。管理者は、委員会活動、スタッフ会議等を構築・参画・参加している。申し送り・会議・面接等で職員の意見を把握し、研修委員会で改善策を検討しサービスの質の向上に取り組んでいる。法人の年間研修計画に加えて施設・事業所で必要な内容についての研修計画を策定し、職員の資質向上に努めている。チェックリスト等の分析結果に基づいて、課題等を抽出し、検討結果、具体的改善策等を記録として残すことが望まれる。</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><コメント></p> <p>法人本部より収益、管理費、人件費、稼働率等のデータが提供され、毎月の経営会議で報告・改善策の検討を行っている。部門会議で収支改善に向け検討し、決定事項をスタッフ会議で周知している。基準以上の人員配置に努め、資格、等級等に沿った適材適所の配属を実施し、残業時間の削減を図る等、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。部門会議、スタッフ会議等で業務改善、経営改善について周知を図っており、管理者はそれぞれの活動に参画している。</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><コメント></p> <p>事業所として必要な人員体制を運営規定で明確にし、内外研修計画を策定し、人材を育成する職員教育に取り組んでいる。運営規定で指定基準（以上）の専門職を配置した職員体制を明確にし、人員体制の確保と共に、自己啓発奨励規定で資格取得を奨励している。ホームページ・就職フェア・職員紹介制度・採用広告等を活用し、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。	○a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本方針に、期待する職員像を明確にしている。人事考課制度を採り入れ、「等級運用規定」で人事基準を明確にしている。人事考課に関する規定は、入職時に説明し、規程集として事務室に設置している。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・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。個別面談・会議等で把握した意見を経営会議で検討し、法人本部で処遇改善等を実施している。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づくりができています。</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。	○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。勤怠ソフトにより就業状況が法人本部でデータ化され、就業状況を把握し、職員自身も把握している。健康診断・オンライン診療・インフルエンザ予防接種・ストレスチェック・産業医への相談等、職員の心身の健康と安全の確保に努めている。年2回の定期面談時や自己申告カードでの相談の他、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。また、法人に「相談室」を設置している。時間単位有給制度の採り入れ、残業の削減、嘱託制度の採り入れ、福祉用具の充実による腰痛予防、福利厚生クラブへの加入等、ワークライフバランスと福利厚生に努め働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。</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。上位者と個別面談の機会を設け、個人目標を設定し、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期の目標設定に繋いでいる。</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>法人及び内部研修計画で、研修項目・求める資格等を期待する職員像として明確にしている。研修計画・運営規定・重要事項説明書に、組織が職員に求めるの専門職種を明示している。年間研修計画に沿って研修を実施し、基本的に全員参加として研修記録を提出し、欠席者にも研修資料閲覧と報告書提出により周知している。研修記録の分析結果から研修内容の振り返りを行い、次年度の研修に反映させるように研修委員会で検討する仕組みがある。</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>事業所で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。法人として研修計画を作成し、階層別の研修機会を設けている。職種別には外部研修受講の機会を設けている。外部研修の案内があれば、スタッフルームに掲示したり、管理者を通じて研修受講の意向を確認・把握している。4等級までの職員にはスキルアップカードに記載された研修について受講支援を行う仕組みがある。研修に職員が参加しやすいように、勤務調整を行ったり、法人研修受講の際は施設の車で送迎している。また、事業所として必要な外部研修は出張扱いとしている。事業所内での入職時研修・OJTにつて、実施記録も含め、仕組み作りが望まれる。</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>近年事例がなく、マニュアルの整備には至っていない。 今後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作成が望まれる。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>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。施設として、小規模多機能の運営推進会議やケアマネ連絡会で、地域に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している。パンフレットに理念・活動内容等を記載し、関連施設玄関に設置し、また、診療所・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に配布している。 第三者評価の受審結果をWAMNETで公表を予定している。苦情、相談内容や改善・対応の状況については、日の出医療グループとしてホームページで公開する予定である。</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>職務権限表で職務分掌と役割、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。内部監査を実施する仕組みがある。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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人基本方針に、「地域に開かれた施設を目指し、地域福祉の拠点としての役割を担う」を明示し文書化している。1階エントランスホール・フロアーに社会資源・行事等の情報を掲示し、利用・活用できるよう取り組んでいる。事業所開催の夏祭り時に、地域住民との交流機会を定期的に設けている。プランに採り入れて公園で花を楽しんだり、買い物支援している。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>トライやるウィークを受け入れ、学校教育への協力を行っている。受け入れに当たって、学校とは留意点等を文書でかわし、受け入れ時に生徒に説明している ボランティア受け入れマニュアルを整備し、受入れに関する基本姿勢・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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>行政担当窓口・市内の病院・歯科医・各種サービス事業所等のリストを事務所に設置している。必要時に、申し送り・会議等で共有している。阪神ブロックで開催される事業所連絡会に参加し、共通の課題解決に向け取り組んでいる。行方不明者SOSネットワーク化に取り組んでいる。サービス担当者会議や退院前のカンファレンスに参加し、利用者のアフターケア対応等、地域での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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>地域にいきいき体操開催に向け、多目的ホールの活用を呼びかけている。事業所開催の夏祭りで、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。施設として、市と福祉避難所として協定を結んでいる。AEDを設置しており、地域に使用を公開する予定である。施設として地域の秋祭りへの協賛を行い、職員も開催支援に協力している。 専門性や特性を活かし、施設として、介護予防教室・認知症カフェ開催等を検討している。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>施設長が小規模多機能の運営推進会議に参加しており、民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めている。エントランスホールに相談窓口の設置を明示しており、地域住民から相談を受けている。地域ケア会議への参加等を通じて独居者への対応等ニーズの把握に努めている。ケアハウスや小規模多機能事業所の利用者が見守りの対象者となっていることもあり、事業所から見守り隊（SOSネットワーク）に参加している。 地域の福祉ニーズの把握に努め、把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、事業計画等で明示することが望まれる。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> グループ・法人・施設の理念・方針、事業所の運営規程、介護マニュアルに、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示している。年間の研修計画に基づいて、コンプライアンス・接遇・権利擁護などの研修が実施され人権への配慮の周知が行われている。人事考課表の項目に利用者の権利・尊厳の尊重、コンプライアンスに関する項目があり、定期的に評価等を行い、必要な対応を図る仕組みがある。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> プライバシー保護マニュアル・介護マニュアル等に、プライバシー保護について明記している。高齢者虐待防止・身体拘束廃止等、権利擁護についてのマニュアルを整備し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等も明示している。年間研修計画をもとに、プライバシー保護・権利擁護についての研修を実施している。共用スペースは、1人から複数名対応できるテーブルを配置し、車いすの方でも十分なスペースが確保されている。奥にベッドを3台設置し、休息がとれるようにしてあり、使用中はパーテーションで仕切る配慮がなされている。重要事項説明書に、「利用者の尊厳・保護」の条項を設け、契約時に利用者・家族に説明し周知を図っている。継続的な研修・人事考課制度の活用などにより、マニュアルにもとづいた実施に努めている。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 施設の理念・基本方針やサービス内容は施設のパンフレットに、事業所のサービス内容や特性は事業所のパンフレットに明示し、関連施設・居宅支援事業所・地域包括支援センター等に配布し、希望者が入手しやすいようにしている。パンフレットは、言葉遣いや写真・図の使用等でわかりやすく工夫している。利用希望者には、電話や、事業所・自宅での面談では資料を用いて、個別に丁寧な説明を心がけている。パンフレット・説明資料など、利用希望者に対する情報提供については、必要時には適宜見直しを行っている。随時、見学・体験利用の希望に対応している。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 契約時には、契約書・重要事項説明書・料金表・持ち物などの説明書を用いて説明し、文書で同意を得ている。写真を多数使用した説明用の資料を用いたり、わかりやすい言葉を選ぶなど、利用者・家族が理解しやすい工夫を行っている。意思決定が困難な利用者については、代理人・立会人等を設定し適正な説明・運用を図っている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 契約終了時には、契約書の「契約終了時の援助」の条項に沿って、利用者に対して必要な援助を行っている。引継ぎ文書については、要請のあった文書を作成し情報提供している。サービス終了後も利用者・家族が相談できる担当者を管理者とし、口頭で説明している。サービス終了後の相談方法や担当者について記載した文書を渡すことが望まれる。		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上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>年1回、利用者満足に関するアンケート調査を実施している。3ヶ月に1回、自宅を訪問して面談を行い、満足度の把握も行っている。内容については、ケース記録に記録している。アンケート調査の結果を分析・検討し、改善につなげる仕組み作りが望まれる。また、改善への仕組みも含め、利用者・家族にフィードバックすることが望まれる。</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>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。契約書・重要事項説明書に明記しており、契約時に説明している。事業所の玄関に「苦情受付窓口」「苦情解決責任者」を明記した書類を掲示している。意見箱と記入カードの設置、利用者アンケート（匿名）の実施など、利用者・家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。苦情内容・対応等については、「苦情相談報告書」に記録し、「内容・主訴・関連する事項」欄に家族へのフィードバックについても記載している。「苦情相談報告書」をホワイトボードに掲示し確認印で周知を確認し、朝礼・夕礼でも周知し、再発防止とサービスの向上に取り組んでいる。苦情内容及び解決結果等を、申立者に配慮したうえで公表する仕組みを、法人として整備中である。</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>苦情・相談窓口として重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。相談室と事務室前に相談スペースを設け、相談内容によって使い分け、相談をしやすい環境に配慮している。相談方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明する文書の工夫と掲示が望まれる。</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・事故対応マニュアル」を整備し、「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の流れを明示している。利用中・送迎時・3ヶ月毎の訪問時等に、相談対応・意見の傾聴に努めている。意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。相談については迅速な対応に努め、内容や経過を、「苦情相談報告書」「ケース記録」に記録している。「苦情相談報告書」の掲示、朝礼・夕礼、申し送りノート等で周知し、サービスの向上に取り組んでいる。マニュアルは定期的に検証し、見直しを記録することが望まれる。</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>デイ会議の中でリスクマネジメントについて検討すると共に、在宅会議でリスクマネジメント委員会の設置を検討している。「相談・苦情・事故対応マニュアル」に事故対応の手順を記載している。事故報告書・ヒヤリハット報告書にリスク事例の収集を行っている。年間研修計画をもとに、安全確保・事故防止に関する研修を実施している。事件事例・ヒヤリハット事例を分析・検討し再発防止に取り組む、安全確保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>感染対策委員会を施設全体と在宅部で設置し、感染症予防・発生時対策のための体制を整備している。「感染対策マニュアル」を整備し、年間研修計画をもとに年2回の研修を実施している。うがい・手洗いの励行、殺菌効果のある薬剤の噴霧・消毒、マスク着用、お迎え時の体調確認・検温、吐物廃棄キッドの設置、お便りの配布や掲示による情報提供等、感染症の予防策や発生時対応を適切に行っている。年度末の委員会でマニュアルの見直しを行い、委員会議事録に記録している。</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>施設全体の「防災マニュアル」「防災計画」を整備し、災害時の対応体制を明示している。福祉避難所として登録しており、自家発電装置など災害時の必要な対策を講じている。利用者個々の緊急連絡先を把握し、安否確認は直接出向いて行うことと決めている。職員の安否確認は、基本はラインで行うこととしている。備蓄は管理栄養士が管理し、「非常食在庫状況」の書類に、品名・商品番号・規格・単価・在庫数・消費期限等を明記している。消費期限が迫ると、利用者及び職員で摂取している。施設合同で、年2回、夜間想定・昼間想定で防災訓練を実施している。</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>「介護サービスマニュアル」と職員業務一覧を日別・週別に記載した「業務マニュアル」を整備し、サービスの標準的な実施方法を文書化している。「介護サービスマニュアル」に、利用者尊重やプライバシー保護などについて明示している。入職時オリエンテーションや、年間研修計画の中の介護技術研修で周知を図っている。 入職時研修の習熟度チェック等、実施状況を確認する仕組み作りが望まれる。</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>標準的な実施方法について見直す仕組み作りには至っていない。 職員参画の下、定期的にマニュアルを検証し、現状に即したマニュアルに見直す仕組み作りが望まれる。見直しについては、会議録や見直し履歴などに記録することが望まれる。</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>通所介護計画書の責任者を管理者としている。「情報シート」を作成し、ADL・対応方法、認知症状・疾患・薬情報、特記事項欄に趣味・デイ利用の目的・注意事項などを記載し、アセスメントを行っている。サービス担当者会議に参加し、アセスメントや計画策定のための協議を行っている。通所介護計画書の「解決すべき課題欄」に利用者個々のニーズを記載している。毎月「ご利用者状況報告書」を作成し、計画とサービス実施状況を確認し、介護支援専門員に報告する仕組みがある。支援困難ケースについては、「本日の時系列」シートを活用し、利用者の状態や過ごし方を把握・確認し適切なサービス提供が行えるように工夫している。</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。	a · b · c
<p><コメント></p> <p>通所介護計画書の作成と変更については契約書に記載し、定期的には居宅サービス計画の見直し時期に見直しを行っている。緊急に変更する場合は、内容に応じて、事業所内で、または、介護支援専門員と連携して行う仕組みがある。変更した計画内容は、申し送りノートとシステム内で周知している。</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 · c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、システム内の書式やチェック表等、統一した様式によって把握し記録している。計画にもとづくサービス実施は、「ケース記録」に記録している。連絡ノート・申し送りノート、朝・夕の申し送り、月1回のデイ会議、掲示板の活用等で情報の共有と伝達が確実に出来るように取り組んでいる。内容に応じて、連絡ノートと申し送りノートを区分したり、掲示板に掲示するカードを内容に応じて色分けする等、工夫を行っている。パソコンのネットワークシステムや回覧物の周知印などの仕組みも整備している。職員によって記録内容や書き方に差異が生じないように指導や工夫が望まれる。</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>法人の「個人情報保護規程」「就業規則」等に、個人データの適正管理・開示・廃棄、また、不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法を規定している。また、管理責任者を、施設長・管理者と規程している。年間研修計画をもとに、コンプライアンス研修を実施している。職員は、入職時研修や施設内研修で個人情報保護規程等を理解し、守秘義務に関する誓約書も交わし遵守している。利用者や家族には、個人情報の取扱いについて契約時に説明し、文書で同意を得ている。</p>		

A 内容評価基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果
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

特記事項

<p>利用者の心身の状況、ADL、対応方法、意向、生活歴、生活習慣等を、「情報シート」に記録・追記し把握している。把握した利用者個々の意向を、通所介護計画に反映し、毎月のモニタリングで検討し、必要に応じて改善に取り組んでいる。通所介護計画に、自立・活動参加への動機づけを採り入れている。情報シートで利用者の趣味・希望などを把握し、月間レクリエーションで日々多様な企画を用意している。テーブルレクリエーションにも塗り絵・脳トレ等複数のメニューを、機能訓練にも多種のマシンを用意している。行事にはボランティアや家族の参加と協力があり、日常的にもイベントや介護補助のボランティアの協力がある。利用者個々の状況を考慮しながら、通所介護計画書に外出レクリエーションを採り入れ、買い物・季節の外出などに出かけ、社会参加の機会を設けている。</p>

利用者個々のコミュニケーション能力を把握し、「情報シート」のADL・対応方法欄に記録している。特別な配慮が必要な場合には、話しかける方向や声の大きさ、筆談等を「情報シートに」記録し、通所介護計画の「コミュニケーション」の項目にも反映している。年間研修計画をもとに「接遇」の研修を実施し、日々の意識付けや、人事考課の項目に入れて定期的に評価・振り返りを行う等、利用者の言葉遣いや接遇について意識向上に取り組んでいる。職員から意識的に声かけを行ったり、配席を工夫する等、利用者が話しやすい環境や機会づくりに努めている。

A-2 身体介護

	第三者評価結果
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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a ・ Ⓑ ・ c

特記事項

通所介護計画を基に介護現場用の対応方法が明記された書面を作成し、利用者個々の心身の状況を把握し対応している。脱衣室の入り口にカーテンを設置している。入浴は基本、数名で入る大浴槽になっているが、1人での入浴希望があれば、時間をずらして対応し、異性・同性介助にも配慮している。入浴を拒否する人には、時間をずらしたり、1人での入浴対応にする等配慮している。また、入浴前に利用者の好まれることを実施する等のアプローチも行っている。浴槽の湯は循環式になっており、湯温は一定に保っているが、シャワーの湯を含め、職員が直接触れて確認している。備品類の点検は、入浴担当者が入浴前と入浴後に随時行っている。脱衣室・浴室ともエアコンが設置され、30分前から作動し、室内に温度計も設置しており確認し調整している。水分摂取は、ポカリスエット・お茶・ゼリー（ポカリ・お茶）を提供している。また、デイルームに給茶機を設置しており、自由に飲用できるようにしている。スキンケアは、利用者の持参したスキンケア用品を塗布し対応している。入浴前にバイタルチェックを行っている。「バイタルチェック」のマニュアルに正常値を明示し、入浴の可否判断基準としている。看護師と相談し、入浴できない場合は、足浴や清拭で対応している。安全に入浴介助を実施するために、入浴マニュアルをを基に実施し、また、安全・衛生の内部研修で周知している。滑り止めマット等の用品を使用し事故防止に努めている。大浴槽・機械浴・リフト浴があり、状態に応じて使用している。また、シャワーチェア・滑り止めマット・着脱用の寝台、ソファ・手すりが用意されている。利用者が自力で入浴できる場合でも、浴室に入浴介助者を配置し、見守り・声かけを行っている。感染症のある方、心身の状態で医師の確認が必要な方には主治医に確認し対応している。意向のある方については、意向にできる限り応じるよう配慮している。また、曜日毎で男女の順番を変えている。3か月毎に自宅での生活向上に向けた訪問確認を行い、必要に応じて、家庭で安全に入浴できる福祉用具や支援方法について助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

介護計画を基に個々の対応方法を明記した書類を用意し、利用者個々の心身の状況に対応している。体調不良者等は家族等と情報共有し対応している。排泄チェック表を基に排泄パターンを把握し、排泄用品を使用している人にもトイレ誘導を行い排せつの自立に向けた働きかけをしている。排泄チェック表に尿・便の状態を記入し、必要に応じて利用手帳にも記入し家族に連絡している。状態によっては、看護師・主治医・介護支援専門員にも連絡している。トイレは男女別になっており、個別にカーテンの仕切りが設置されている。トイレの声かけの際の声の大きさ等への配慮は、排泄マニュアルにも明記され周知している。消臭剤の設置・噴霧や、使用后随時とサービス終了後の掃除等、トイレの臭いや衛生に配慮している。トイレ内にエアコンが設置されており、便座も温便座となっている。介助者が入っても介助がしやすい十分なスペースが確保され、また、手すり・ナースコールの設置もされ、転倒・転落防止に努めている。オムツ・リハビリパンツ・尿取りパットをそれぞれ、S・M・Lのサイズで用意し、また、利用者の使い慣れた品の持ち込みも可としている。トイレ利用時に皮膚の観察と清拭を行い、必要な場合は軟膏等の薬

の塗布も行っている。排泄パターンの把握・様子の観察・訴えに留意し、迅速な対応に努めている。3か月毎に自宅での生活向上に向けた訪問確認を行い、必要に応じて、家庭で安全に排泄できる福祉用具や支援方法について助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

理学療法士が事前に利用者宅に訪問してアセスメントを行い、利用者個々に応じた移動・移乗方法を把握し、介護計画にも反映し、職員に周知している。勉強会・研修会を通じて、残存機能を活かした支援方法について学ぶ機会を設けている。個々の状態に応じて手すり・歩行器・杖等を使用し、また、理学療法士のもと機能訓練に取り組み、移乗・移動の自立に向け働きかけをしている。利用者の状態に変化があれば、その日の内に対応方法の検討会を行い、ヒヤリハット等があれば事例検討会を実施し、安全な実施のために迅速に対応している。利用者持ち込みの福祉用具については、サービス担当者会議等を通じて、介護支援専門員や福祉用具担当者に伝え対応してもらっている。共用スペースは複数の職員で見守る等、早急に対応できるよう配慮している。共用スペース・脱衣室・浴室・トイレ等は車イス等の福祉用具を利用する場合でも十分なスペースが確保されており、移動する場合はその付近の利用者に動くことを知らせる等、安全面に配慮している。車イス・歩行器・リクライニング式車イス・スライディングボードを用意し、また、利用者の使い慣れた福祉用具の持ち込みも可能としている。通所介護計画の「サービス内容」の「送迎」の項目に、「具体的な対応」「留意点」を明記し、利用者個々に配慮した送迎サービスを行っている。3か月毎に自宅での生活向上に向けた訪問確認を行い、必要に応じて、家庭で安全に移動・移乗できる福祉用具や支援方法について助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

福祉用具に不備がないかは営繕係の職員が点検・確認を随時行っているが、点検事項を明確にして定期的に点検を行い、点検表で記録管理することが望まれる。看護師からの指示を、申し送りノートや連絡ノートで共有し、必要に応じて写真や図を用いた資料を作成し、適切な対応ができるよう取り組んでいる。褥瘡の発症が予測される場合などは、送迎時や連絡ノートで家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。褥瘡予防マニュアル等を整備し、また、研修を実施し、皮膚の状態確認、清潔の確保の方法等、褥瘡予防についての標準的な実施方法を周知することが望まれる。

A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ c

特記事項

年1回嗜好調査を実施し、月1回全部署の給食委員会を開催し、利用者の希望等をメニューに反映している。季節の食材を使用したり、各都道府県の郷土料理を月1回取り入れたり、行事食や誕生食を取り入れる等、献立に変化をもたせるよう工夫をしている。使いやすく、割れにくい食器を使い、盛り付けは個々の食事量に合わせる等工夫している。共用スペースの隣がカウンターを挟んで厨房があり、出来立ての食事がカウンター越しに渡され配膳できるようになっている。食器にはフタやラップをかけ、保温と衛生面にも配慮されている。また、デイ専用のキッチンがあり、電子レンジでも温められるようになっている。1名～複数名対応できるようにテーブルを配置し、希望や状態に応じて食事ができるように配慮している。状況に応じて、テレビやBGMを流している。

個々の状態に応じて、主食はご飯・おかゆ、副食は刻み・極刻み・ミキサー食等を提供している。献立表にその日の食事について意見を記入する箇所があり、味付け・硬さ等を職員が記入し、厨房が確認し今後の参考にしている。介護計画を基に利用者個々の対応方法を明記した一覧

表を作成して職員に周知し、残存能力に応じた支援が行えるようにしている。できる限り利用者のペースで食べられるように、食事の時間に余裕を持ち、ゆっくり食べられるよう配慮している。リクライニング式車イス利用者はギャッジを上げたり、傾きの姿勢がある方にはクッション等を使用し、安全で、なるべく負担がかからないよう配慮している。食事時の事故について、マニュアルに対応方法を明記し随時、施設内研修で周知徹底している。また、共用スペースに吸引器を設置している。「利用者状況把握表」に食事量・水分量を記入し、その量を確認しながら対応している。また、利用手帳にも記入し、家族との連絡も行い把握・対応している。利用者個々に応じた食事形態を情報シートで把握し、施設の厨房から提供している。通所介護計画書の「具体的な対応」「留意点」を明記し、経口での食事摂取が継続できるように支援している。食事や水分摂取に関しては、必要に応じて送迎時や連絡ノートで家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。

「情報シート」で口腔ケアの自立度を把握している。事例は少ないが、必要に応じて、通所介護計画に位置づけて支援する仕組みがある。食事前に、月刊誌に記載されている内容等を参考に嚥下体操を行っている。共用スペースに2ヶ所洗面台があり、昼食後に口腔ケアを介護計画を基に行っている。口腔ケアに関しては、必要に応じて送迎時や連絡ノートで家族に助言や情報提供を行い、必要に応じて介護支援専門員に報告している。市の歯科医師会からの講師派遣を受け、内部研修実施を計画・予定している。

A-4 認知症ケア

	第三者評価結果
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

特記事項

「情報シート」の「問題行動」欄で認知症状を把握し、毎月の「利用状況報告書」の備考欄にその後の経過を記載し、計画見直し時には「ケアチェック表」で再アセスメントを行っている。周辺症状を呈する利用者には、「時系列シート」に観察や対応を記録し、看護師等医療スタッフとも連携し、状態や状況に応じた支援方法を検討し、支持的・受容的な支援に努めている。洗濯たみ・クッキング倶楽部・園芸レク等の中で、役割が持てるように工夫している。年間研修計画をもとに、「認知症」についての研修を年2回実施し、ユマニチュード等についても学んだ。利用者個々の症状に合わせ、テーブルレクリエーションや集団レクリエーションなど、個人やグループで活動できるよう工夫している。抑制・拘束は行っていない。認知症の理解やケアに関して、必要に応じて送迎時や3ヶ月毎の訪問時等に家族に助言や情報提供を行い、より良いケアの方法を家族と共有できるように努めている。必要に応じて介護支援専門員にも報告している。資料の配布や「デイサービス新聞」への掲載等、認知症高齢者の家族支援のため社会資源を家族に紹介する取り組みが望まれる。

共用スペースは、1人から複数名対応できるテーブルを配置し、十分なスペースが確保されている。奥にベッドを3台設置し、休息がとれるようにしてあり、使用中はパーティーションで仕切る配慮がなされている。共用スペースだけではなく、館内の外の見える場所等にも移動できるよう、自由な環境に配慮している。薬品・刃物・洗剤類等は鍵付きの棚で保管したり、手の届かない場所で保管している。掃除・物品類の整理整頓を徹底し、異食や火傷等の事故が防止できるよう配慮している。トイレの表示は男性・女性のマークと色使いで区別されており、わかりやすく配慮されている。利用者間の組み合わせに配慮した座席の配置や、外の風景が見える座席にする等配慮している。

A-5 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果
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

特記事項

「個別機能訓練計画」を策定し、利用者個々に応じた機能訓練のプログラムを実施、評価・見直しを行い記録している。移動・入浴・排泄など利用中の生活動作の中でも、自立支援に取り組んでいる。多種のリハビリマシーンを設置し、利用者個々の希望や目的に合ったプログラムで、訓練に主体的に参加できるように工夫している。理学療法士・看護師等、専門職の助言指導を受けている。利用中の観察から認知症状の早期発見に努め、介護支援専門員に報告している。

A-6 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果
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

特記事項

迎え時に家族から体調を確認し、来所時にバイタルチェックを行い、看護師の観察もあり、利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づく体制がある。利用者個々の主治医・訪問看護事業所・緊急連絡先を把握し、また、「相談・苦情・事故対応マニュアル」に急変時の連絡手順を明示し、連携体制の整備ができています。施設内で、高齢者の医療的分野に関する内部研修を実施している。利用者が持参した薬を写真入りの袋に入れ、服薬が間違いなく確実にできるような工夫している。バイタルチェック表に服薬チェックを行う仕組みがある。バイタルチェック表にバイタルを記録し、体調不良など必要があれば「実施記録」に健康状態を記録している。異変があった場合には、家族・介護支援専門員・訪問看護士・主治医に連絡している。体調変化時の対応についての研修の実施が望まれる。

感染対策委員会を設置し、感染症や食中毒に対する予防・発生時対応について、マニュアルを整備している。毎年10月～3月は、出勤時に検温して記録し体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法は、感染対策委員会作成のインフルエンザ対策マニュアルに文書化されている。職員のインフルエンザ等必要な予防接種について、法人が費用負担している。年間研修計画をもとに、感染症・食中毒についての研修を実施している。共用スペースに洗面台が2ヶ所とトイレに手洗い器がある。手洗い石鹸・消毒剤をそれぞれの場所に設置しており、付近に手の洗い方や感染症予防について記載されたパンフレットを見やすい位置に貼っている。来館者用に玄関に手洗い・消毒をお願いする書類を掲示しており、消毒剤を設置している。

A-7 建物・設備

	第三者評価結果
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

特記事項

専門業者が建物・設備の点検を定期的に行い、快適性や安全を維持する取り組みを行っている。館内の設備・物品類は落ち着く色調になっており、外からの光の採り入れもあり明るい雰囲気になっている。また、スペースも十分に確保され、ゆったりと過ごせるよう配慮されている。共用スペースから少し離れた所に机とイスを設置し、談話スペースとして使えるようにしている。専用のリハビリ室内には足浴・マッサージチェアを設置している。個別でできるレクリエーションを用意したり、音楽療法・体操等の複数で行うレクリエーションを行っている。また、共有スペースに給茶機を設置し、自由に飲用できるようにしている。共有スペースの奥にベッドが3台設置し、使用時はパーテーションで区切れるようにしている。ソファも設置し、休息が取りやすい環境に配慮している。車椅子や機能訓練のマシーンについての点検や整備の実績を、点検表・チェック表等に記録することが望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果
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

特記事項

家族に対し、定期的には、連絡帳・送迎時・3ヶ月毎の自宅訪問で利用者の状況を報告している。変化があった時は、電話等で迅速に報告している。3ヶ月毎の訪問時等に、サービスの説明をしたり、要望・相談を聴き、「ケース記録」に記録している。送迎時、訪問時、電話やメールを使って、また、介護支援専門員とも連携して、報告すべき事項が必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。送迎時・訪問時等に、家族の心身の状況や介護負担に気を配り、必要に応じて、介助方法を助言したり、情報提供し、介護支援専門員にも報告している。

A-9 サービスの適切な実施

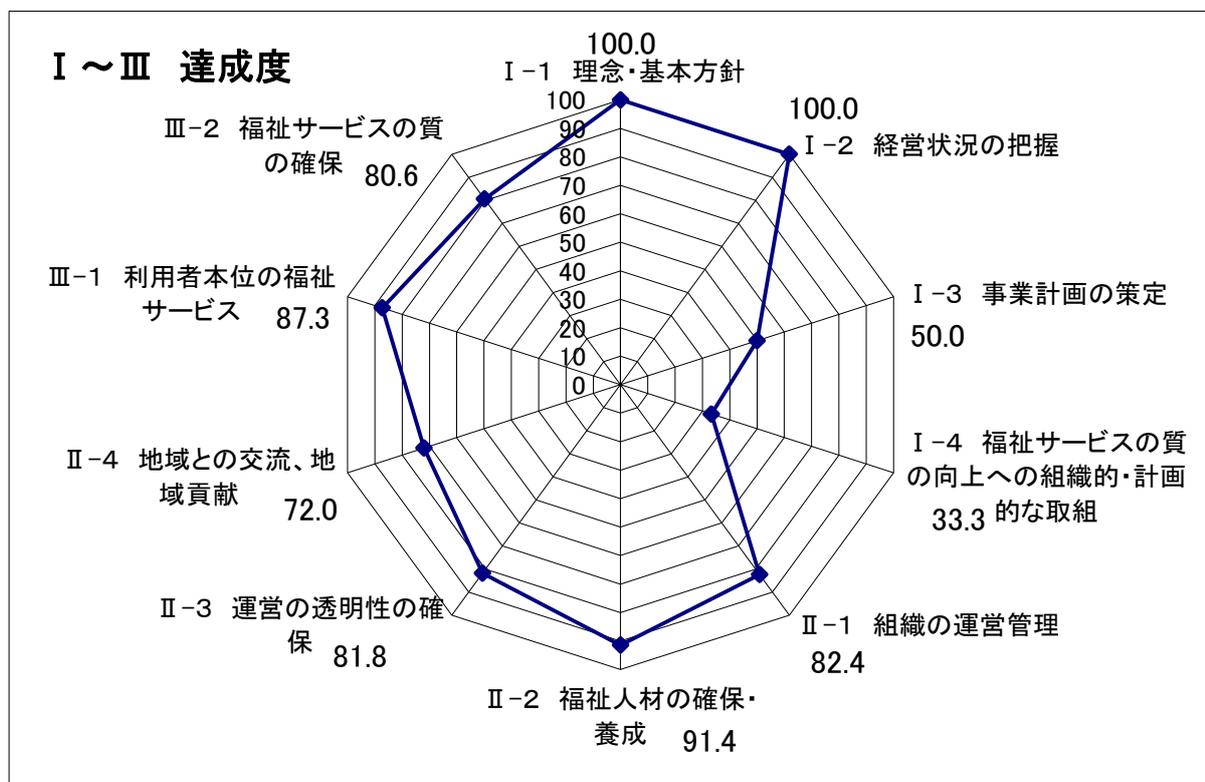
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ b ・ c

特記事項

通所介護計画書の、「具体的な対応」「留意点」欄を活用し、意志疎通・食事・入浴・排泄・整容・心理面に着目したサービスについて、利用者個々に応じた個別具体的なサービスの実施方法を明示している。機能訓練については、「個別機能訓練計画」に明示している。

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	6	100.0
I-2 経営状況の把握	8	8	100.0
I-3 事業計画の策定	16	8	50.0
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	3	33.3
II-1 組織の運営管理	17	14	82.4
II-2 福祉人材の確保・養成	35	32	91.4
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	25	18	72.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	55	87.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
1 支援の基本	17	17	100.0
2 身体介護	42	39	92.9
3 食生活	21	20	95.2
4 認知症ケア	17	16	94.1
5 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
6 健康管理、衛生管理	16	15	93.8
7 建物、設備	6	5	83.3
8 家族との連携	8	8	100.0
9 サービスの適切な実施	7	7	100.0

