

## 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：	伽の里デイサービスセンター	種別：	通所介護	
代表者氏名：	西澤 昌彦	定員（利用者人数）：	40名	
所在地：	加東市天神608番地			
TEL	0795-47-5511	ホームページ：	<a href="http://www.hinode-wf.com">http://www.hinode-wf.com</a>	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成15年5月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	社会福祉法人 日の出福祉会			
職員数	常勤職員：	3名	非常勤職員：	9名
専門職員	(専門職の名称)		看護師	2名
	生活相談員	2名	介護職	7名
	看護師	1名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	スプリンクラー/非常階段/誘導灯
				火災報知器/ガス漏れ報知器/防火扉・シャッター他

## ③理念・基本方針

1. 地域に根ざした福祉の発信基地となること  
 2. 地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷になること  
 3. 共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となること  
 地域の皆様さま方が笑顔で安心した生活の場になるよう、在宅から施設まで一貫した地域に密着した介護支援サービスを提供し、お一人々の生き方・生活・個性を大切にしていきたいと考えます。

## ④施設・事業所の特徴的な取組

1. 地域性を活かした各行事の計画  
 2. 運動療法と栄養療法（運動と同時に運動の出来る身体づくり）

## ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 4 月 29 日 (契約日) ~ 平成 30 年 1 月 20 日 (評価結果確定日)
評価実施日	2017年10月21日・10月31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

- ・法人内に各種会議・部会などを設置し、毎月の法人幹部会議では、法人共通の書式で作成した各事業所の事業計画をもとに、経営状況・運営状況を確認し、経営・運営・人員体制・コンプライアンス等について分析を行い、課題解決・改善に取り組んでいる。施設内で在宅会議・各種委員会を定期的に開催し、各事業所の職員に周知しサービスの向上につなげる仕組みがある。
- ・法人全体で人事考課制度を導入し、評価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。法人の年間研修スケジュールに基づいた研修体制を確立し、全体研修・階層別研修・職種別研修・テーマ別研修・資格取得対策講座等、職員個々に応じた教育・研修の機会を設けている。
- ・館内は広いスペースが確保され、ブラウンやベージュの落ち着いた色合いになっている。フロア内にパーテーションを設置し、ソファを置いたり、交流スペースに2ヶ所応接セット、ロビーにソファを設置し、また、別室に和室も設置し、利用者が思い思いに快適に過ごせ、休息もとれるような環境を整備している。
- ・日常生活動作、タオルたたみ・食事の盛り付けへの参加等の中で、残存能力の活用・自立支援に努めている。居宅サービス計画をもとに、通所介護計画に、機能訓練・介護予防を目標として体操・筋力アップを位置づけ、多種の運動メニューを用意し利用者が主体的に運動できるように工夫している。手芸・塗り絵・カラオケ・ゲーム等、個人あるいはグループで活動し、趣味が継続でき量に支援している。
- ・テーブル担当を配置し利用者との距離を近くし、話しやすい環境づくりに努め、また、利用者満足調査を実施し、利用者・家族の意向の把握に努めている。満足度調査の結果はグラフ化して、出された意見一つひとつに回答を书面化し家族にもフィードバックし、サービスの向上に取り組んでいる。

### ◇改善を求められる点

- ・施設・事業所における福祉サービスの質について、定められた評価基準にもとづいて、年に1回以上組織的に自己評価を行い、職員が参画して評価結果の分析から課題抽出を行い、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。
- ・職員も参画して、使用している各種マニュアルを定期的に検証し、事業所の現状に即した内容に見直すこと、また、不足しているマニュアルを整備することが望まれる。マニュアルの見直しについては、見直し履歴など記録に残すことを期待する。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めての受審であったため、多くの課題が見つかりました。  
今後、課題を修正し、より良いサービスが提供できるようにしていきます。

## 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>  法人理念、施設の基本方針「伽の里憲章」をホームページ・パンフレットに記載している。法人の高齢者サービスの基本理念は、法人のパンフレットに掲載している。法人理念・「伽の里憲章」は、法人・施設の使命や目指す方向を明示し、法人の基本方針は、法人理念との整合性が確保され、具体的な内容となっている。理念を掲示し、理念を記載したカードを職員に配布し、朝礼で唱和する等、職員の共有に取り組んでいる。法人の入職時研修や事業所の会議で説明し、理解を深めている。施設のパンフレットに「伽の里憲章」を明示し、契約時に利用者・家族に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>  加東市の第6期介護計画、安心サポートセンター事業、地域コーディネーター活動、加東市介護保険課との情報交換等により、社会福祉事業・加東市の動向・地域の利用者状況や福祉ニーズを把握している。1か月の事業所のコスト分析や利用率を施設に報告し、施設でデータ化して毎月の在宅会議で分析している。		
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・経営状況・職員体制等を、在宅会議で分析し、課題や問題点を明確にしている。内容に応じて、在宅会議・幹部会で検討したり、法人本部に報告する等、解決・改善に向けた取り組みを行っている。在宅会議には理事長、幹部会には理事長・監事が参加し、共有がなされている。		

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>法人理念の実現に向けた目標を「方針」として明示し、5項目の「課題」解決に向け、施設全体の「長期計画」「中期計画」を策定している。数値目標も挙げ、具体的な内容となっている。29年度初めに策定し、半期・年度末で検証し、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の中・長期計画の「方針」の内容を反映し、事業所の単年度計画を策定している。施設共通の書式で、収支計画と事業計画を確定している。事業計画は、事業方針・事業計画（目標数値・事情計画）の書式で、具体的な実行可能な、評価を行える内容になっている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>収支計画・事業計画の実施状況は、毎月の在宅会議で報告し議事録に記録している。年度末に評価し、事業報告書を作成し、次年度の事業計画策定に反映している。各事業所の事業計画を、パソコンの共有ホルダーに入れ、また、人事考課の評定シートに明示して職員の目標設定に反映する等、職員の周知と理解に取り組んでいる。 職員参画のもと、事業計画の実施状況・達成度の確認、評価・見直し、計画策定を行う仕組みづくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画について利用者や家族に説明、周知するには至っていない。 事業計画の主な内容を、利用者や家族にもわかりやすく説明する工夫や機会づくりが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課の目標管理を活用し、PDCAサイクルにもとづくサービスの質向上への取り組みを行っている。事業所会議・在宅会議・各種委員会を定期的開催し、サービス内容について評価を行っている。県提出のチェックリスト、情報の公表のチェックリストを活用し、評価基準にもとづいた自己評価を定期的実施している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>定められた評価項目に基づいた自己評価結果からの課題の文書化には至っていない。 課題を文書化して共有し、計画的に改善に取り組む仕組み作りが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の事業計画に沿って施設長・管理者等は、事業所の経営管理に関する方針・取り組みを、各事業計画に明示している。施設長は年度初めの広報紙の挨拶欄で、事業計画の概要を掲載し、在宅会議で各管理者に説明している。職務権限規定及び各事業所の運営規定に施設長・管理者等の職務分掌を定めている。これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。職員に直接かかわる就業規則等は各事業所に設置している。役割責任について、事務分掌表に、主・副として定めている。有事の際の権限移譲については、消防計画で隊長（管理者）不在時には副隊長が任務にあたることを明確にしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長等は、介護関係法令集、法人諸規定等を規程集として各事業所に設置している。入札時には、「経理規定」に沿って行い、ホームページでも入札情報を公表する等、行政関係者・取引事業者等と適正な関係維持に取り組んでいる。施設長等は、市の集団指導・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、法令・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法等、環境への配慮も含む法令を把握し、それに則った取り組みを行っている。法人・事業所の年間研修計画に沿って研修を実施し、倫理及び法令遵守・高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を設けている。また、採用時研修でも遵守すべき法令等を周知し、入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わしている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービスの質について、施設長等も関わりながら、情報公表、県へ提出するチェックシート等により定期的継続的に評価、分析、課題把握を行い、改善に向け取り組んでいる。各種委員会・会議に施設長等も参加し、サービスの質の現状や課題を把握し、改善に向けて取り組んでいる。各委員会・会議等で職員の意見等を把握し、サービスの質向上に反映させている。法人や、各事業所毎での研修計画に基づいて研修を実施し、職員への教育・研修の充実を図っている。また、外部研修への参加を奨励している。</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>毎月、在宅会議で利用者数、稼働率等について分析検討した結果から、法人本部でコスト分析等を行ったデータを施設長等は把握している。施設長等はデータから課題を抽出し経営・業務改善について取り組んでいる。法で定められた基準以上の人員配置と共に、残業を必要最小限にし、勤務時間の調整や有給の半日取得制度等職員が働きやすい環境整備を行っている。衛生委員会を立ち上げ、働きやすい職場環境整備に取り組み始めている。経営改善に向けての取り組み方針を、会議で各職員へ伝達・周知し、同様の意識を形成するための取組を行っている。施設長は、施設内に在宅会議や各種委員会を組織し、法人の特養連絡会にも参画している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人事業計画で、柔軟な雇用形態の創造、資格取得支援強化等、人材確保・育成について具体的方針を明示し、各事業所でも同様の方針で取り組んでいる。運営規定で指定基準に準じて専門職を配置した職員体制を明確にしている。基準以上の人員体制の確保と共に、介護福祉士等資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。法人本部と連携し、養成校訪問・就職フェアへの参加・ハローワーク・ホームページ・地域の求人広報誌・職員紹介制度等を活用し、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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念に利用者中心の視点を謳い、就業規則の服務規律に高齢者福祉従業者に期待する職員像を明確にしている。就業規則で、人事基準を明確にし、専門性・能力・成果・貢献度を客観的に評価する人事考課制度を定めている。人事考課制度は、入職時や考課面談時に説明し、また、制度に関する規程を事務所に設置している。人事考課制度の仕組みの中で職務等級ごとに目標を設定し、半期ごとに基準にもとづき、成果や貢献度等を評価している。法人で他事業者の採用広告、ハローワーク等からの情報を得て処遇水準の評価、分析を行っている。個別面談・職員会議等や、法人への自己申告書で把握した処遇に関する意見を基に、法人として改善に取り組んでいる。人事考課基準で昇格のための資格要件等を定めており、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。	○ a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務分掌規定に労務管理に関する責任体制を明示し、職務権限規定で責任体制の権限移譲を明確化している。施設長等は本部から勤怠ソフトにより集積されたデータ提供を受け、就業状況を把握している。給与明細にも有給取得状況等が記載され、職員も就業状況を把握している。腰痛検査、健康診断を定期的実施している。インフルエンザ予防接種は、パート職員を含め全員に接種を義務づけ、費用は法人負担としている。ストレスチェックを実施し、嘱託医に相談できる体制がある。人事考課制度での個人面談の機会や申し出があれば随時施設長も相談に応じている。直接、法人本部に自己申告書で相談できる体制もある。互助会や医療費への補助、育児、介護休業休暇・半日単位有給休暇制度等の仕組みがある。ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組に対応するため、基準を上回る人員配置を行っている。法人での計画的な研修の実施、家庭状況に配慮した配属、資格取得のための支援等、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりを行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人事業計画書に、人材育成についての方針を明示し、人事考課制度の仕組みの中で、個別に「期待する職員像」を明確にして、目標設定・目標管理を行う仕組みが構築されている。それぞれの評価シートで、着眼点・チェックポイント等目標達成のための基準を明示している。上位者と年2回定期的に個別面談の機会を設け、個別の目標項目と期限を設定し、人事考課基準表で目標水準を明確にしている。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、次期の目標設定に反映させている。</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>b</b> ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所運営規定で教育・研修に関する基本方針を明示し、人事考課基準表で階層別に期待する職員像を明確にしている。研修計画に資格取得のための研修支援を掲げ、人事考課基準表に組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。法人での研修に参加した職員が、事業所で伝達研修を実施している。参加者は、感想欄・評価欄を設けた研修報告書を作成している。職員の研修参加状況を把握するため、研修参加名簿を作成し、複数回研修を実施している。参加出来なかった職員には資料閲覧研修により報告書の提出を促している。管理者層を対象にした「日の出塾」でも、研修を実施している。外部研修参加時は研修報告書・出張命令簿を作成している。研修履歴一覧表を作成し外部研修受講機会の公平性確保に努めている。個別の研修報告書の感想欄・評価欄等を活用して分析評価を行い、定期的に計画・研修内容・カリキュラム等の評価と見直しを行う仕組みづくりが望まれる。</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。	<b>a</b> ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の一覧表に、専門資格の取得状況・経験年数を明示している。法人研修の受講状況は履修シートで把握している。職員の経験や習熟度に合わせて、新卒者・中途採用者に分け、入職時・2年目・3年目研修が行われている。法人研修は、介護研修、管理者養成研修、たん吸引・医療ケア研修、資格試験対策講座等、階層・職種・テーマ別研修の機会を確保している。法人の伝達研修は全員参加できるように複数回実施し、その他の研修についても、勤務調整・受講料の負担など研修に参加しやすいように配慮している。外部研修について情報提供を行い、参加を奨励している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページに理念・基本方針・現況報告・決算情報等を掲載し公開している。第三者評価の受審結果は公表を予定している。苦情、相談の体制についてはホームページで公表し、内容や改善・対応の状況については、「社会福祉法人日の出福祉会苦情報告・対応一覧」として公表する仕組みがある。区長会や老施協の出前授業で施設等の説明を行い、地域に施設等の役割について理解が深まるよう取り組んでいる。印刷物としては、パンフレットを市役所に設置している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務、経理、取引等に関する法人諸規定を整備するとともに、職務権限表で職務分掌と役割、責任を明確にし、入職時の説明と、これら規定集を事務所内に設置して周知している。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、幹部会議で報告されている。監事監査で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。今年度より、法人内の他事業所職員による内部監査の仕組みが構築されている。内部監査での指摘事項を踏まえて改善に向けて取り組んでいる。法人で選任した会計監査人や外部専門機関がチェックを行っている。外部監査での指摘事項にもとづいて、コスト削減等に取り組んでいる</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>日の出福祉会基本理念に地域との関わり方についての基本姿勢を明文化している。ホール・各フロア・掲示板等に地域行事の情報を掲示し、利用・活用できるよう取り組んでいる。町の広報紙はデイサービスのホールに設置し情報提供している。事業所開催の盆踊り、園庭での花見には地域住民の来訪を受け、利用者との交流の機会を定期的に設けている</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 ・ ○ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本方針・登録手続・ボランティアの配置・事前説明などを明記している。登録台帳・活動記録も作成している。トライやるウィーク・インターンシップを受け入れ、学校教育への協力を行っている マニュアル等に、学校教育等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る。ボランティア活動時の留意点についての資料配布と説明など、必要な研修を行うことが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者支援のために必要な地域の社会資源のリストを、パソコンの共有ホルダーに入れ、職員の共有を図っている。また、加東市作成の「地域資源マップ」「介護保険の冊子」を事業所に設置し活用している。管理者が地域ケア会議に参加し、そこでの課題解決に向けた共同して取り組んでいる。また、加東市介護サービス事業者連絡会に施設から参加し、各事業所に資料配布や情報提供を行っている。</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) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サポートセンターで開催する健康カフェで地域住民と交流を図っている。健康カフェで相談支援や地域で暮らす高齢者支援に取り組んでいる。また、健康づくり教室、体操・運動セミナー等を開催し、地域へ参加を呼びかけている。市が進めている各地域の体操指導リーダーの連携に協力している。災害時には周辺が地滑り地域であり福祉避難所として協定を結んでいないが、備蓄等で災害時における役割が確認されている。給食施設連絡協議会で、隣接小野市と協力して災害時の給食に関する施設の役割が確認されている。兵庫教育大学と相互協力して子どもの走り方教室に協力している。地域行事への職員参加、協賛等を行い地域の活性化やまちづくりに貢献している。</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) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康カフェ・子供の走り方教室・体操リーダー連携会等を通じて地域の福祉ニーズの把握に取り組んでいる。区長が民生委員を兼任しているケースが多く、区長会や、区の会議などに参加しニーズを把握に取り組んでいる。健康カフェ・サポートセンターの上に設置している地域の協議会等で多様な相談に応じている。移動手段がないため、買い物困難者や役所に行き様々な手続きができない人の出現等、具体的な福祉ニーズを把握している。サポートセンターとして健康カフェ利用時に車での買い物同行等の便宜を図っている。サポートセンターの事業として事業計画に位置付け、介護保険外の支援事業として活動を実施している。</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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の理念や高齢者福祉サービスの基本方針に、また、伽の里憲章にも、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。支援内容別マニュアルに、プライバシー保護や意向の尊重等、福祉サービス提供に関する基本姿勢を反映させている。倫理・法令研修で、利用者尊重や基本的人権への配慮について学ぶ機会を設けている。利用者の尊重や基本的人権への配慮について、施設全体的なものは、在宅会議、リーダー会議等で、個別的なものは各ユニット会議で具体的対応を把握評価し、必要な支援に取り組んでいる。</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 · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>支援内容別マニュアルにプライバシー保護について記載している。研修等でプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務等を学んでいる。ダイルールの窓は大きく、田園風景が見渡せる風光明媚な環境になっている。ダイルームは共有スペースの他、和室、ベッド4台設置のスペース、パーティーで仕切られた空間にソファの設置等、利用者の思い通りに過ごせる環境になっている。契約書・重要事項説明書等に守秘義務や個人情報保護等権利擁護への配慮を、プライバシー保護については事業者の責務として契約書に明示し、契約時に取り組みを説明している。身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会などの活動を通して、規定等に基づいたサービスの実施状況を確認・検証し朝礼時に周知を図っている。虐待防止マニュアルを策定し、不適切な事案が発生した場合の対応方法等を明示することが望まれる。</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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>多くの人が入手できるように、施設パンフレット・事業所パンフレットを市役所に設置し、居宅介護支援事業所に配布している。パンフレットは言葉遣いや写真・図・絵の使用等でわかるように工夫している。利用希望があれば、見学・体験利用に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。パンフレット等、情報提供の内容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。	a · b · c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書・重要事項説明書・運営規定・個人情報利用同意書等を用いて説明し、文書で同意を得ている。パンフレット・デイ新聞・デイサービスのご案内等、わかりやすく工夫した資料も用いて説明している。広報誌への写真掲載、送迎、リスク説明、天候による休業等についても、契約時確認チェックに沿って、理解しやすい説明に努めている。契約書に保証人の条項を設け、意思決定が困難な利用者にも、適正な契約と運用が図られている。</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 ・ (b) ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約書の「契約の終了」条項に沿って、必要な援助を行うように取り組んでいる。介護支援専門員等から要請があれば、文書等で情報提供を行っている。契約終了ごの相談窓口を、生活相談員とし、いつでも相談できることを、利用者・家族に口頭で説明している。利用が終了した時に、その後の相談方法や担当者について、利用者や家族等に説明を行い、その内容を記載した文書を渡すことが望まれる。</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) ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者満足調査を実施し、管理者層で集計し結果をグラフ化すると共に、出された意見一つひとつに回答し書面化した。デイ会議で共有し、サービスの向上に生かすと共に、家族にも配布してフィードバックを行い、居宅介護支援事業所にも報告した。また、通所サービス計画書の更新時の訪問では、計画の説明と共に、満足度の把握にも努めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。アンケートの実施等、苦情が申し出やすい工夫を行っている。施設で統一した「苦情受付簿」に、内容・原因・経過・対応を記録し、申立者へのフィードバックは対応欄に記録している。苦情が発生した際は、申し送りノート・ミーティングで迅速に共有し、サービスに反映している。事例はないが、法人の「苦情解決規程」に苦情の公開についての仕組みを明記している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を掲示し、配布することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>相談室があり、プライバシーに配慮されている。また、ロビーにも応接セットが設置されており、相談内容に応じて使い分けている。相談・意見を伝えるための窓口や方法を説明した文書をし、掲示や配布により、利用者・家族に周知することが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所独自の「相談・苦情・事故対応マニュアル」を整備し、相談対応の手順を記載している。職員は、送迎時・サービス提供時に利用者の意見・要望の傾聴に努め、テーブル担当の職員を配置し、話しやすいように工夫している。アンケートの実施・意見箱の設置など、意見を積極的に把握する取り組みを行っている。把握した相談・意見については申し送りノートで共有し、ケース記録にも記録している。内容に応じて、連絡帳で回答したり、介護支援専門員等につなぐ等、迅速な対応に努めている。 マニュアルの定期的な見直しが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの責任者を施設長とし、「身体拘束・事故防止委員会」を設置し、在宅部門から施設長補佐が出席している。「緊急時対応マニュアル」「相談・苦情・事故対応マニュアル」で事故対応や連絡手順を明示している。事故報告書・ヒヤリハットカードで発生事例を収集し、毎月、事故集計表を作成している。事故報告書には内容・原因・対策等を記載し、事故・ヒヤリハット事例は、当日のミーティングと申し送りノートで共有し再発防止に努めている。法人研修で事故・ヒヤリハット、危険予測について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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症委員会」を設置し、事業所からも職員が参加して月に1回会議を開催し、感染症予防に取り組んでいる。法人の「感染症対応マニュアル」と、事業所のマニュアルを整備している。年間研修計画に、感染症についての研修を年2回盛り込み、学ぶ機会を設けている。手洗い・うがいの徹底、手指消毒・マスク・手袋着用等、感染症の予防に努めている。インフルエンザの流行時期には、職員は出勤時、利用者は送迎時に体調確認を行う、また、看護師による研修により吐物処理を適切に行う等、感染症発生時に適切な対応を行う仕組みがある。 マニュアルについては定期的な見直しが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の「消防計画」、事業所の「防災マニュアル」に、災害時の対応体制を明示している。立地条件から災害の影響を把握し、建物の耐震性を確保している。利用者の緊急連絡先リスト、職員の緊急連絡網を整備し、安否確認を行う方法を定めている。備蓄は、備蓄品の管理者を管理栄養士と定めて、施設全体で行っている。施設合同で、年2回、通報・避難・消火の総合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>&lt;コメント&gt;</p> <p>食事、排泄、移動・移乗、入浴、送迎マニュアルを整備し、標準的な実施方法を文書化し、プライバシー保護についても記載している。法人で実施する新人研修の受講後、事業所でマニュアルの説明を行い、周知を図っている。 事業所での新人研修の手順を明確にし、チェック表や報告書で実施と習熟度の確認を記録する仕組みづくりが望まれる。また、現任職員についても、実施状況を確認する仕組みづくりを期待する。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>定期的にマニュアルの見直しを行うには至っていない。 職員参画のもとで、定期的にマニュアルの内容を検証・見直しを行い、見直しについての記録を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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「通所介護個別援助計画書」の策定責任者を生活相談員としている。「面接調査表」で身体状況・ADL・精神状況などを把握し、アセスメントを行っている。サービス担当者会議への出席と共に、多職種が参加して事業所でのカンファレンスを行い、アセスメントと計画策定のための協議を行っている。介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書をもとに「通所介護個別援助計画書」の作成し、「解決すべき課題」欄にニーズを明記している。生活相談員が3ヶ月に1回評価シートを行い、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みがある。支援困難ケースについては、介護支援専門員等関係機関と連携して対応し、経過をケース記録に記録している。毎月個別報告書を作成する等、家族との連携も密にして支援に取り組んでいる。</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。	a ・ b ・ c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所介護計画書は、定期的には、居宅サービス計画書の見直し時期に、サービス担当者会議に参加して見直しを実施している。緊急に変更する場合は、介護支援専門員に報告し、居宅サービス計画の変更のもとに変更している。新たなニーズについては、「解決すべき課題」欄に明記している。更新した通所介護計画書は、全利用者の計画書を綴じたファイルに差し替えを行い、日々のミーティングで伝達している。</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
----	---	-----------

<コメント>

「面接調査表」、ケース記録、「カンファレンス会議録」で、身体状況・生活状況等を把握し記録している。「介護記録の書き方/文例」ファイルを設置し、また、生活相談員が記録を確認し不備等があれば、個別に指導を行ったり、ミーティングで説明している。申し送りノート・日誌の回覧、朝・夕のミーティング、デイ会議、パソコンの共有ホルダー等により、情報を共有できる仕組みがある。  
ケース記録の「ケア内容」欄を活用する等、通所介護計画とサービス実施の連動性を明確にする記録の書き方の工夫が望まれる。

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
----	----------------------------------	-----------

<コメント>

個人情報保護規程・文書管理規程等に、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応がに関する規定を定めている。記録管理の責任者を施設課長として、事務分掌に明示している。新人研修・法人研修で、個人情報保護について学ぶ機会を設け、入職時・退職時には守秘義務の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。

## 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

「面接調査表」「確認チェック」で、利用者の心身の状況、ADL、趣味・嗜好、生活目標等の把握をし、通所介護計画書に反映して、利用者個々に応じた生活になるように支援している。毎月の状況報告・3ヶ月に1回のモニタリングで実施状況を検討し、改善する取り組みがある。通所介護計画のサービス内容欄に、自立支援・活動参加への動機づけ・心身の状況に配慮した活動参加を記載して支援している。地域のボランティアの協力を得て各種イベントの実施、個々の趣味を反映した多様なレクリエーションの提供、居宅サービス計画にもとづいた買い物等を行っている。

利用者個々のコミュニケーション能力・配慮を「面接調査票」で把握し、特別な配慮が必要な利用者には、片側からの声掛け・ジェスチャーで表現する等、個別の伝達方法を工夫している。送迎時・利用中等に利用者の意向・希望の把握に努め、申し送りノートで共有しケアに生かしている。テーブル担当を配置し利用者との距離を近くし、話しやすい環境づくりに努めている。法人研修で「接遇・コンプライアンス」について学ぶ機会を設けている。

### 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。	○a・ 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。	○a・ 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 ・ ○b ・ c
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	○a・ b ・ c

#### 特記事項

カンファレンスで居宅サービス計画に基づく通所介護計画作成にあたり方法を検討している。検討内容は通所介護計画に反映されている。また、入浴介助マニュアルも整備されている。脱衣室は吊りカーテンで3ヶ所のスペースに分けることができる。それぞれのスペースで複数で対応しても良い方、個別で対応してほしい方等、利用者を確認したうえで対応し配慮されている。入浴を拒否する方には、時間をおいたり、声かけする職員を変える等の対応をしている。入浴時間は基本は午前中であるが、午後からの入浴にも対応している。湯温は温度設定型で温度確認のうえ、職員が直接触れて確認している。脱衣室は滑りにくい材質を採用している。エアコンが設置されており、職員が出勤後にスイッチを入れている。利用時には利用者に適温か確認し温度調整をしている。水分は基本、スポーツドリンクを提供している。糖分を控える利用者には、白湯、水を提供している。スキンケアは、顔の保湿剤は事業所で用意したものを使用し、その他については利用者が持参したものを塗布している。入浴の可否基準は、契約時に説明する案内文書に入浴にあたっての注意事項に記載している。入浴前に看護師がバイタルチェックを行い、入浴不可の場合、清拭で対応している。利用者の身体状況に応じて2名介助で対応したり、その日の健康状態に応じて看護師と相談する等、柔軟に対応するよう配慮している。また、入浴機器は使用前、使用後に確認を行うようにし

ている。大浴槽1ヶ所、個浴2ヶ所、機械浴1ヶ所設置されている。シャワーチェア、浴室、浴槽、脱衣室に手すり、体形に合わせて浴槽内にイスが用意されている。浴室に2名、脱衣室に1～2名の配置を基本としているが、利用者数及び状態に応じて変更している。脱衣室担当者はトランシーバーを所持し、フロアの看護師、介護職員と連絡がとれるようにしている。定期的に男女の順番を入れ替えている。皮膚疾患等の方は個浴で対応している。必要に応じて、連絡帳に記載して、入浴について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。

カンファレンスで居宅サービス計画に基づく通所介護計画作成にあたり方法を検討している。検討内容は通所介護計画に反映されている。また、排泄介助マニュアルも整備されている。排泄チェック表でパターンを把握しトイレ誘導をしている。排泄チェック表で色分けしている時間帯は必ず声かけを行う等工夫されている。排泄チェック表で尿・便、有無、拒否があった時等記入するようになっている。また、尿・便の状態も記入するようになっている。トイレはデイルーム3ヶ所、交流スペース2ヶ所設置されており個室になっている。介助方法は、排泄介助マニュアル、介護計画に沿った対応をしている。排泄チェック表でパターンを把握しトイレ誘導をしている。また、個々の状況を把握し、動き出す利用者についてはそのタイミングで声かけをしている。声かけ時は声の大きさ、言葉使いに配慮している。職員も同じトイレを使用しているため、随時清掃をしている。清掃道具もトイレ内に整備されており、消臭スプレーも使用している。便座は温便座になっている。トイレ内に手すり（可動式）、ナースコールが設置されている。転倒等の危険性がある利用者には、本人の了解を得たうえで見守りを行っている。排泄用品は基本、利用者で準備してもらっている。それで足りない場合等は事業所で用意している物を提供している。サイズが合わなくなった時は利用手帳にその旨を記入し家族に連絡をしている。また、便器は全て洋式を設置している。おむつ交換を行う際には、皮膚観察、清拭を行っている。必要に応じて、連絡帳に記載して、排泄について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。

通所介護計画、移動・移乗に関するマニュアルに沿って対応している。杖・歩行器・車イス等状況に応じた用具を使いながら自力で移乗・移動できるよう支援している。また、声かけ・見守りを行いながら可能な限り自力でもらえるよう対応している。移乗・移動の介助の安全な実施のため、館内は十分な導線が確保されている。介助が必要な利用者に対しては、対応する職員の介助レベル等に応じて、2名介助で対応する等配慮されている。利用者が移動する際や介助を行う際は周囲を必ず確認している。利用者がレンタルしている用具が合っていない場合は、担当介護支援専門員及び家族に連絡している。また、利用者の使い慣れた用具の持ち込みを可能としている。速やかに対応しているが、状況によってすぐ対応できない場合は待ち時間を伝え了承を得るよう配慮している。認知症の方は優先的に対応している。歩行器・シルバーカー・車イスを大・中・小のサイズで用意している。必要に応じて、連絡帳に記載して、移乗・移動・福祉用具の利用等について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。福祉用具の点検表の作成が望まれる。利用者個々の送迎時の留意点を、アセスメントシート・送迎表等に明示し職員間で周知することが望まれる。

法人の「褥瘡予防対策マニュアル」を整備している。看護師の指示にもとづいて、利用者個々の身体状況に応じた支援・観察を行い、ケース記録に記録している。必要時には、利用者が持参した軟膏を塗布等の対応も行っている。法人研修の「ターミナル研修」で「褥瘡」について学ぶ機会を設けている。必要に応じて、連絡帳に記載して、褥瘡について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。



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。	○a ・ 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。	○a ・ 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 ・ ○b ・ c

特記事項

満足度アンケートを年2回実施し、アンケート内に食事に関する内容が含まれている。月1回、給食会議があり検討している。アレルギーのある方、嫌いでもどうしても食べられない物に関しては代替メニューで対応している。季節の食材を取り入れ、地産地消で野菜は地元産を使用している。給食会議で検討し、月1回、デイサービス専用のメニューを実施し提供している。陶器の食器を使用している。盛り付けはデイサービスで行い、完食してもらえるよう利用者個々の食事量に配慮した盛り付けをしている。また、丁寧に盛り付けするよう時間をかけて行っている。米飯は事業所で炊飯し、炊き上がりを盛り付け提供している。汁物は大鍋を保温し、温かい状態で提供している。また、フロアに電子レンジを設置し温めることに対応している。食事中は静かなBGMを流し、利用者が気をつかわないよう職員も同じテーブルで食事をとり、食事の意見を聞いたり、会話が好きな方には会話をとりながら等工夫している。顔なじみ、相性等、利用者の関係性を配慮したうえで配置している。

おかゆ・きざみ・ミキサーで対応している。きざみ食から更に細かく刻む等の要望があれば対応している。食事マニュアルに調理の工夫が明記されており、それに沿って対応している。食事介助については、利用者個々のアセスメント、通所介護計画に沿った対応をしている。食事マニュアルに利用者個々のペースで食べてもらうよう対応することが明記されている。利用者個々の食事量が把握されており、それに応じた盛り付けをして工夫している。車イス使用の方も可能な限りイスに座ってもらい、姿勢に傾き傾きがある方には、クッションや座布団を使用し、姿勢が維持できるよう対応している。食事マニュアルに誤嚥・誤飲の予防と対応方法が明記されている。ミーティングで振り返りをし、改善策等が検討されている。水分チェック表はないが、1日あたりの水分量を設定し提供している。摂取量が少ない方については促す等調整をし家族に連絡している。食事量は日誌に記入し把握している。利用者個々の食事量が把握されており、それに応じた盛り付け量で調整している。面接調査表で把握し、主食・副食の食事形態、嗜好、アレルギー等を食事一覧に明示し、栄養士・看護師と連携し、利用者の心身の状況に合わせた食事形態・代替え食対応により食事を提供している。適切な食事形態、姿勢保持、食介助方法を通所介護計画にも記載して、経口での食事摂取が継続できるように支援している。必要に応じて、連絡帳に記載して、食事・水分摂取について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。

利用者個々の「口腔ケアリスト」を作成し、口腔ケアの自立度・支援内容等を一覧表で把握し、6ヶ月に1回更新している。利用者個々のニーズに応じて、口腔ケアを通所介護計画に位置付けて支援している。嚥下体操としてマニュアルを整備しており、舌・頬の体操、声出し等を昼食前に実施している。口腔チェック一覧表を作成し、歯ブラシ持参の有無、介助の有無等を把握し、昼食後に実施している。異常等あれば連絡帳で家族に連絡している。必要に応じて、連絡帳に記載して、口腔ケアについて家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。口腔ケアに関する研修の実施が望まれる。

#### 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

#### 特記事項

「面談調査表」で利用者の日常生活能力、残存機能を把握し、「カンファレンス会議録」の「援助内容」欄で、通所介護計画見直し時に自立度の評価を行う仕組みがある。周辺症状を呈する利用者についても、個々に応じた支援を行い、観察や経過をケース記録に記録している。タオルたたみ・食事の盛り付け等、利用者が日常生活の中で役割が持てるように工夫している。法人研修で、「認知症」について学ぶ機会を設けている。カンファレンスには看護師も参加し、支援内容を共に検討している。手芸・塗り絵・カラオケ・ゲーム等、個人あるいはグループで活動できるよう工夫している。連絡帳で、サービス利用時の様子を家族に伝え、より良いケアの方法も家族と共有するようにしている。必要に応じて、連絡帳に記載して、認知症状への対応等について家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告している。拘束・抑制は行っていない。

認知症高齢者の家族支援等に関する社会資源を家族に紹介するには至っていない。フロアは共有の空間とパーティションで区切った空間にソファを設置したり、別室で和室も設置されており、思い思いの空間で過ごすことができるよう工夫されている。フロアは玄関ロビー、交流スペースと隣接しており広い空間が確保されている。フロアからロビー、交流スペースは自由に行き来ができるようしている。清掃に使用する洗剤類は物品庫で、包丁等は使用時以外は厨房で、薬品は医務室で管理し、危険物の管理を適切に行っている。整理整頓をこころがけ、異食等の可能性のある利用者のテーブルはティッシュ等を置かないよう配慮している。座席の配慮・パーティションの活用など、共有スペースも、認知症高齢者が安心して過ごせる環境づくりの工夫を行っている。トイレのマークがトイレのドア横にわかりやすく掲示されている等、表示の工夫を行っている。

#### 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。	<input checked="" type="radio"/> a ・ b ・ c

#### 特記事項

居宅サービス計画をもとに、通所介護計画に、機能訓練・介護予防を目標として体操・筋力アップを位置づけ、実施・評価・見直しを行っている。日々の生活動作の中での残存能力の活用・自立支援を通所介護計画に記載して支援している。多種の運動メニューを用意し、利用者が主体的に運動できるように工夫している。カンファレンスに看護師が参加し、助言を行っている。認知症状の早期発見に努め、介護支援専門員に電話や状況報告書で報告し関係機関につないでいる。

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についての情報を把握し、利用開始時にバイタルチェックを行い、利用者の体調変化の早期発見に努めている。必要な利用者には、再度バイタルチェックを行っている。「健康管理マニュアル」とフローチャートで体調変化時の対応手順を定めている。バイタルチェック表に薬の持参と服薬確認 をチェックしている。健康状態は、バイタルチェック表とケース記録に記録し、体調に変化があった場合は、介護支援専門員と家族に迅速に連絡している。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ついて、研修の実施が望まれる。

法人の「感染症対策マニュアル」「給食対応マニュアル」を整備し、感染症委員会を設置し、感染症や食中毒への対応方法を定めている。インフルエンザ流行期には、出勤時に職員が検温を行い、体調の変化を把握できる仕組みがある。「感染症対策マニュアル」に職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を文書化している。職員のインフルエンザの予防接種は、法人が費用負担している。法人研修で、感染症・食中毒について学ぶ機会を設けている。フロア内に2ヶ所、交流スペースに2ヶ所、各トイレ内に手洗器が設置されており、石鹸・手指消毒剤も置いている。手指消毒を玄関に2ヶ所設置し、貼り紙等で家族・来館者に呼びかけている。

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

建物・設備の点検は、専門業者が定期的に行い、快適性や安全の維持に取り組んでいる。座面の高さが違うタイプや肘掛の有無のイスを用意し、利用者の状態によって使い分けている。館内は床・壁等はブラウンやベージュの落ち着いた色合いになっている。フロア内にパーテーションを設置し、ソファを置いたり、交流スペースに2ヶ所応接セット、ロビーにソファが設置し、また、別室に和室も設置し、利用者が思い思いに快適に過ごせ、休息もとれるような環境に配慮している。

備品については随時点検を行い必要な整備を行っているが、定期的な点検と、点検と対応の記録が望まれる。

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

利用者の状況の定期的な報告は連絡帳・送迎時に行い、変化があった時には電話で迅速に連絡している。通所介護計画の見直し時に、生活相談員が自宅を訪問し、サービスの説明、要望・相談の把握を行っている。連絡帳・送迎時・電話を用いて、必要な情報が必ず伝達できるようにしている。送迎時等に、家族の心身の状況・介護負担を把握し、必要に応じて介護支援専門員に報告している。必要に応じて、連絡帳に記載して、介護に関して家族に情報提供を行っている。内容に応じて、電話や状況報告書で介護支援専門員に報告し、関係機関につなげている。

A-9 サービスの適切な実施

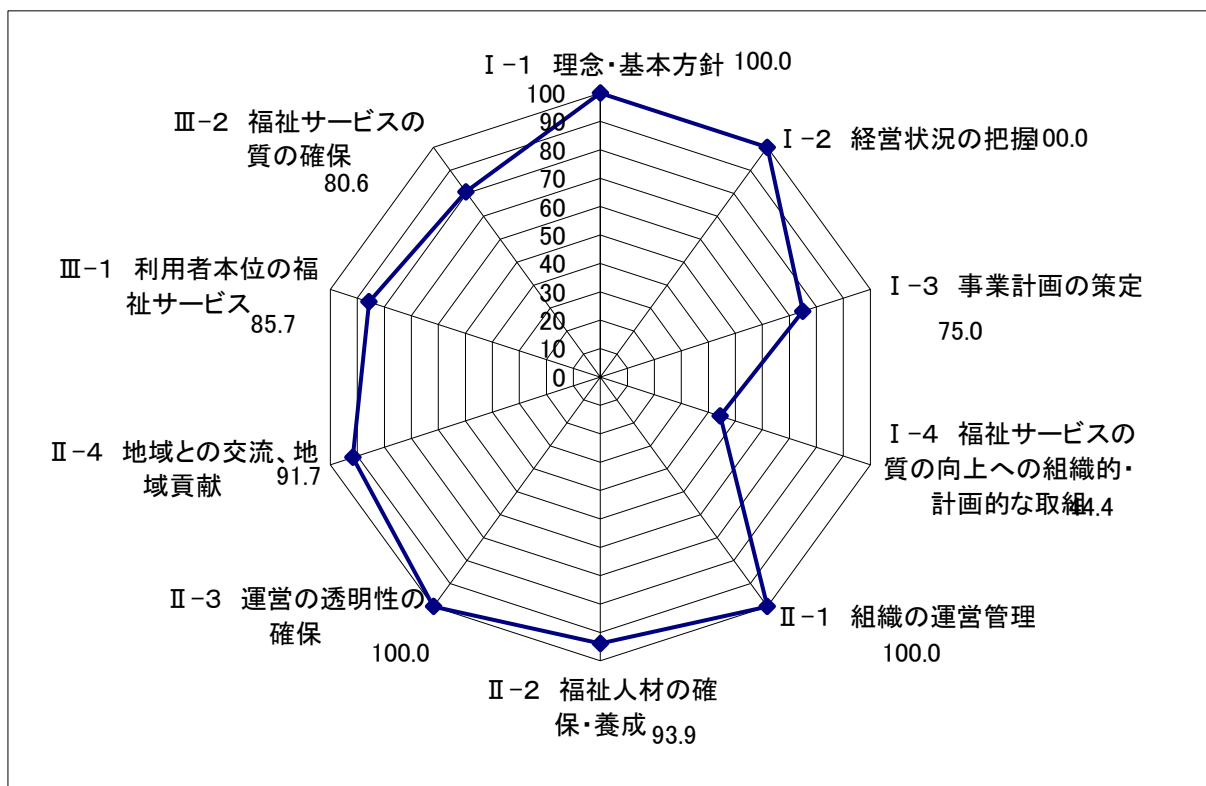
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	a ・ ○b ・ c

特記事項

居宅サービス計画をもとに、通所介護計画を作成し、「サービス内容」欄に、食事・入浴・排泄・清潔保持・機能訓練について、個別具体的な支援方法・留意点を明示している。意思疎通・心理面についての個別具体的な支援方法や留意点も、明示することが望まれる。

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	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	12	75.0
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 組織の運営管理	17	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	33	31	93.9
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	24	22	91.7
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	54	85.7
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	40	95.2
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	14	87.5
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	5	71.4

