

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：	勝原第二デイサービスセンター	種別：	通所介護	
代表者氏名：	辻 勝彦	定員（利用者人数）：	40 名	
所在地：	姫路市勝原区下太田201			
TEL	079-271-5550	ホームページ：	http://www.katuhara.or.jp/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	2001年11月1日			
経営法人・設置主体（法人名）：	やながせ福祉会			
職員数	常勤職員：	6 名	非常勤職員：	9 名
専門職員	(専門職の名称)	名	介護職員	11 名
	管理者	1 名	看護職員	2 名
	生活相談員	1 名	機能訓練士	1 名
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	

③理念・基本方針

「いたわりと思いやり」、「地域福祉の拠点として」・・・「いたわりと思いやり」を遂行するために、利用者個人の尊厳の保持、利用者の自立支援、利用者の生活と権利の保障並びに良質で適切な福祉サービスの提供を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・カラオケ(午前中にカラオケを実施、カラオケを目的に利用される方も多い。)
- ・機能訓練(歩行訓練のほか、ボール体操、上下肢の筋力トレーニングを毎日実施。)
- ・創作活動(ちぎり絵などの創作活動を行い展示会にも出品している)

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 11 月 27 日 (契約日) ~ 平成 30 年 4 月 6 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成30年1月17日・1月26日
受審回数	初 回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・組織の運営管理
法人の各種規程類が整備され、運営管理体制が確立している。各事業所が年次の事業計画に沿って組織運営を行い、法人で事業運営全般を検討・検証し法人理念にもとづいた運営に取り組んでいる。事業所内の会議や委員会が設置され機能している。
- ・理念の実践のための取り組み
毎年、年度初めに「基本理念」の冊子を全職員に配布し、研修で周知と浸透を図っている。理念の実践のため、処遇目標を設定し、2ヶ月毎に職員会議で評価・見直しを行い継続的に取り組んでいる。また、各種委員会を設置し、職員会議で報告や研修を行いながら、サービスの向上に取り組んでいる。
- ・多彩な活動内容
バリアフリーで開放的なフロアにテーブル席・ソファ・テレビなどを設置し、別室には畳のスペースやベッドを設置し、思い思いに過ごせるように工夫されている。外の景色が見られるように大きく窓がとられ、庭も整備されている。利用者個々のニーズと希望に応じた機能訓練と共に、カラオケ・囲碁・麻雀・将棋・ちぎり絵・習字等多彩なメニューを用意し、利用者の趣味や希望に応じて、自立・活動参加への動機づけを行っている。ギター演奏・和太鼓・日舞等、敬老会や行事の際に、ボランティアの協力を得て、活動の多彩化を図っている。花見・初詣・とんど等、季節に合わせた外出行事で、社会参加の機会も設けている。
- ・透明性の確保
法人のホームページで各事業所の情報を公開し、開かれた施設運営を行っている。理念・基本方針、事業計画・事業報告、予算・決算情報等を掲載し公開し、事業報告では、1年間の運営・活動状況が詳細に報告され、苦情対応・事故報告も公開する仕組みがある。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画・事業計画
中・長期的なビジョンを中長期計画に明文化し、実施状況の評価を行いながら必要に応じて見直しを行うことが望まれる。中長期計画をもとに単年度の事業計画を策定し、進捗状況・達成度の把握・評価・見直しを、職員参画で行う仕組みづくりが望まれる。
- ・評価基準に基づいた自己評価による取り組み
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。
- ・マニュアルの定期的な見直し
各種マニュアルの内容を定期的に検証し、施設の現状に即したマニュアルの見直しと整理が望まれる。また、見直しについては経過がわかる履歴等の作成も望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価結果を受け、施設の強み、弱みを把握することができた。とくに、職員の教育に対しては計画性に乏しくひとつ、ひとつの取組が尻切れトンボになっていて、成長につがっていない。また、施設としての中長期の目標、計画がないために施設の取組が単年度ごとに同じ繰り返しになっている。今後、今後は今回の結果を鑑みて、長期的な目標を建て、それに沿って、計画を作っていきたい。

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> 「いたわりと思いやり」「地域福祉の拠点として」を法人理念とし、ホームページ・パンフレット等に記載している。法人理念は法人の使命や目指す方向を明示し、基本方針「利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し出来る限りの生活の質の向上を図る」と整合性がある。それらをもとに、具体的に職員の行動規範を明文化した職員の倫理をホームページに掲載している。毎年4月の研修会で、「基本理念」の冊子を配布して説明すると共に、職員の名札や名刺の裏にも記載し意識付けを行っている。また、理念・基本方針をもとに処遇目標を設定し、実践に向けて取り組んでいる。利用者・家族には、ホームページ・パンフレットへの掲載、玄関への掲示等で周知を図っている。		

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> 「月刊老施協」・インターネット等からの情報、月1回の法人の管理者会議・居宅介護支援事業所や地域包括支援センターからの情報をもとに、社会福祉事業・姫路市の事業計画・地域の利用者像・ニーズの把握に努めている。法人本部のデータをもとに、毎月の管理者会議で、コスト分析・利用率等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> 法人本部のデータをもとに、毎月の管理者会議で、管理者が事業所の運営・経営に関する課題・問題点と、課題解決に向けての取り組みを表明している。管理者会議には、統括施設長が出席し共有している。理事・監事は、理事会で共有している。管理者会議での検討内容は、管理者が職員会議で職員に周知している。 各施設・事業所が表明した運営・経営に関する課題・問題点と、課題解決に向けての取り組みは、議事録など記録に残し、次月の管理者会議で進捗を評価する仕組みづくりが望まれる。		

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。 29年度末に、30年度から3～5年スパンの中長期計画を策定する予定である。</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><コメント></p> <p>単年度の事業計画を策定し、法人理念・事業内容・事業目標・職員配置・委員会・行事・地域事業・安全対策・研修など、項目を設定し、実行可能な、また、実施状況の評価を行える具体的な内容となっている。 中長期計画を反映して、単年度の事業計画を策定することが望まれる。</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>職員会議で、管理者が事業計画についても職員に説明している。管理者が上半期の進捗状況を文書にまとめ、理事会で報告している。年度末に事業報告書を策定し、次年度の事業計画の策定に反映している。 事業計画の、進捗状況・達成度の把握・評価・見直しを、職員参画で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><コメント></p> <p>事業計画は、項目別・表の使用等わかりやすい構成に工夫している。事業計画をホームページに掲載し、玄関にも掲示して利用者・家族の周知を図っている。利用者の参加を促す観点から、年間事業計画を具体的な内容と共に記載している。</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>職員個別の自己評価にもとづいた目標管理による職員の資質向上を、事業所のサービスの質向上につなげる仕組みがある。月に1回開催する職員会議・委員会活動で、サービスの内容について評価を行っている。サービス情報の公表や県のチェックリストをもとに、評価基準にもとづいて、年に1回自己評価を行っている。 評価基準にもとづいた自己評価結果を分析・検討する取り組みが望まれる。</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> 評価基準にもとづいた自己評価から、PDCAサイクルにもとづく取り組みには至っていない。評価基準にもとづいた自己評価結果からの課題を文書化して共有し、職員会議等で計画的に改善に取り組む仕組みづくりが望まれる。		

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> 管理者は29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・施策を明確にしている。事業計画をホームページに掲載し、年度初めに説明している。事務分掌で、職務内容及び業務分担を明確にしている。事務分掌等各種規程は、事務所に設置し、パソコンからも閲覧でき周知を図っている。デイの「火元責任者指定表」で不在時の責任移譲について相談員と明示している。		
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> 管理者は、介護関係法令集、法人諸規定等を事務所に設置し理解している。行政の集団指導への参加、業者との契約時は経理規定等に沿って対応する等、行政関係者・取引事業者等と適正に関係を維持している。管理者は集団指導、県老協等の研修で法令遵守・コンプライアンス等を学んでいる。産業廃棄物処理法・労働基準法など、環境面への配慮も含め、等事業所が遵守すべき法令を理解している。施設内職員研修時、入職時に遵守すべき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> 職員個別の自己評価結果を施設全体で集計し現状把握を行っている。介護サービス情報の公表・県のチェックリスト等で年1回自己評価を行っている。管理者が、各種委員会に参加し、サービスの質に関する課題を職員と共に共有している。委員会・職員会議・個別面談時に把握した意見を集約し、連携会議で改善に向け検討している。施設内研修研修・特別研修・外部研修計画を策定し、教育・研修機会の充実を図っている。		
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。	a ・ b ・ c
<コメント> 法人本部で経営コンサルタントと提携して経営効率をデータ化し、事業所にフィードバックしている。組織として必要な人員配置を事業計画等で定めている。基準以上の職員体制づくり、半日単位の有給制度、個別勤務時間調整等に取り組んでいる。管理者は、委員会・職員会議に出席し職員の意見を聴取するよう努めている。法人管理者会議で検討した経営・業務改善のための取り組みを、職員会議で説明し、業務改善に取り組んでいる。		

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>事業計画で「配置基準の遵守、利用者の安全で快適な生活確保」という、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を明確にし、専門職の配置・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、施設として介護職員初任者研修の実施、職員への資格取得を奨励し、必要な福祉人材の確保を計画的に進めている。求人専用パンフレットを作成し、大学・専門学校等への訪問、就職フェアへの参加、ハローワークの活用、ホームページ等で採用活動を行っている。</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><コメント></p> <p>基本理念にもとづく職員の倫理を、行動規範として具体化し明確にしている。就業規則で人事基準を、また、給与退職金規定で職種別・経験年数別に処遇の基準を明確にしている。規則・規程は入職時に配布している。法人で把握した処遇水準や、個別面談等で把握した意見にもとづき、処遇改善策の検討・実施に向け取り組んでいる。キャリアパスに関するガイドラインを策定し、職員が昇格できるポストを選択できるように、事業拡大や資格取得支援に取り組んでいる。毎年、自己評価と個別面談を実施しているが、成果や貢献度等と処遇を連動させる仕組み作りは行っていない。</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>職員の就業状況をタイムカード・出勤簿で把握し、法人本部へデータを提供し、就業状況の一覧表を事務室にファイリングしている。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、全員に接種を義務づけ、費用は半額法人負担としている。産業医を配置し、ストレスチェックを実施し、社会保険労務士によるストレスマネジメント講義を受講している。年1回、施設長が相談窓口となり個人面談を行う機会を設けている。半日有給制度・職員親睦会・ボーリング大会等を職員の希望により採り入れ、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。基準を上回る人員配置に努め、健康管理・福利厚生・ワークバランスに配慮した取組等により、職員の定着率も良い。事務分掌等に、労務管理に関する責任体制を明確にすることが望まれる。</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>ホームページに、入職後の年次別に組織として期待する職員像を明示し、目標管理の仕組みを構築している。「自己評価表」に沿って年1回個別面談を行い職員個別の課題・取り組みたい内容等個人目標を設定している。面談時に、振り返りを行い、次年度の目標に反映させている。目標の設定に関し、目標項目、目標水準を明確にすることが望まれる。また、中間面接の機会を設け、目標に対する進捗状況を確認する仕組みづくりが望まれる。目標達成度の確認を行った面談記録の作成が望まれる。</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>行動規範に組織として期待する像を明示している。運営規定に、組織が職員に求める専門職種、資格を職員配置として明示している。年間研修計画を策定し、28年度の事業報告から、内・外部研修実績が確認できる。29年度は職員会議で内部研修を実施している。研修計画は、毎年策定している。</p> <p>29年度の研修について、計画にもとづいた実施の記録が望まれる。定期的に研修内容やカリキュラムを評価し、見直す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。	a ・ (b) ・ c
<p><コメント></p> <p>法人で「職員台帳」により、取得資格・経験年数等を個別に把握し一元管理している。施設内研修、特別研修として階層別研修・職種別研修・テーマ別研修等の機会を設け、研修を実施している。28年度の内・外部研修計画は事業計画に明示し、事業報告で実施状況を公表している。積極的に外部研修への参加を勧め、職員のスキルアップに努めている。研修案内を掲示板に掲示し、参加を奨励している。職員の受講状況は、年度別の「出張命令簿」で個別に管理している。内部研修は職員会議で行うなど、参加しやすいよう配慮している。外部研修は、出張扱いとし受講費用等の支給について規定で定めている。</p> <p>新入職員には、法人で基本的な研修を行い、事業所で職員の経験・習熟度に配慮したOJTを実施している。オリエンテーションマニュアルやOJTチェックシート等で、習熟度を段階ごとに確認することが望まれる。</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>実習生受け入れマニュアルを整備し、教育・育成に関する基本姿勢を明文化している。受け入れ窓口を相談員とし、「実習の流れ」でオリエンテーション内容を明示している。現時点では、実習生受け入れ実績はない。</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>ホームページに理念・基本方針、事業計画・事業報告・予算・決算情報等を掲載し公開している。事業計画・事業報告は施設玄関にも設置している。今回受審した第三者評価結果を公表する計画がある。苦情・相談の体制について重要事項説明書に明示し、玄関に掲示している。苦情、事故内容・対応についてホームページで公表している。地域への広報は、施設として行っている。ホームページへの掲載、パンフレットの配布、介護サポーター研修や認知症予防教室等セミナー等で、法人の理念・基本方針・活動などを伝えている。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人諸規定を規程集としてファイル化し、職員がいつでも見ることが出来るよう設置している。経理規定・事務分掌等で権限・責任を明確にし、職員に周知している。法人として、経営コンサルタント・社会保険労務士・顧問弁護士等と委託契約を結び、内容に応じ相談して助言を得ている。助言等は管理者会議で報告され、管理者が対応策を講じている。監事が定期的に内部監査を実施し、結果を公表している。経営コンサルタント等から、定期的に予算等財務等に関する指摘・指導を受け、経営の改善に向け取り組んでいる。		

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 ・ c
<コメント> 法人理念の中で「地域福祉の拠点」を掲げ、職員に配布している「基本理念」に基本姿勢を明示している。また、事業計画・デイ業務マニュアルにも明示している。地域の情報について、ポスター等掲示依頼があれば掲示している。外出行事を野外活動としてプランに位置付け実施している。ギター演奏のボランティアを受け入れ、地域の人達と交流する機会を設けている。自宅での食事に課題や問題が生じていたり、福祉用具の相談があれば、利用出来る社会資源をパンフレットなどで情報提供を行っている。		
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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 「ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、基本姿勢を明文化している。マニュアルに、個人情報保護等留意事項を記載し、受け入れ時にはマニュアルに沿って事前説明を行っている。トライやるウィーク受け入れ時には、車イスの取り扱い等を説明して事故防止に努めている。トライやるウィークを受け入れ、福祉への理解を深め、学校教育への協力を行っている。マニュアルに、学校教育等への協力について、基本姿勢を明示することが望まれる。		
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
<コメント> 居宅事業所・病院・行政機関等社会資源を目的別にリスト化し、事務所に設置し、職員会議等でも情報共有を図っている。施設として、県老協・市老連・事業所連絡会・給食施設連絡協議会等に参加している。管理者等を対象にした研修に参加し、災害時の福祉避難所の運営や給食への対応等、課題解決に向け取り組んでいる。施設として、運営推進会議後に、地域包括支援センター職員一と民生委員をメンバーにミニ会議を開催し、利用者へアフターケアを含めて情報交換している。		

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>事業所のスペースを活用し、姫路市より委託を受けて、生きがいデイサービスを実施している。施設として、「介護技術講習会（介護者の集い）」「認知症予防教室」等を県の委託事業として実施し、案内掲示して参加を呼び掛けている。地域包括支援センターと連携して、福祉セミナーを開催している。講習会・予防教室を通じて、また随時、外部からの相談に応じている。施設として姫路市と災害時の福祉避難所の協定を結んでいる。地域への周知等は運営推進会議を通じて行っている。地域の祭り等へ協賛を行っている。太子地域の施設が参加する作品展覧会の実行委員としての役割を担っている。</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) ・ c
<p><コメント></p> <p>施設として、福祉セミナー・介護技術講習会・介護予防教室等を通じて、地域のニーズを把握している。施設長が運営推進会議に参加し、また、統括施設長が「大津まちづくり協議会」に参加して民生委員・児童委員等と連携する機会を持ち、地域のニーズの把握に取り組んでいる。施設として、セミナー・講習会・予防教室・随時相談等で多様な相談に応じている。施設として、買い物難民への支援体制づくり、独居の人に対しての地域交流スペースの活用を地域包括支援センターに相談・提案している。いきがいデイサービス事業を実施しており、29年度事業計画に明示している デイサービスとして把握した地域のニーズは、相談記録等に記録残すことが望まれる。</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。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「基本理念」に「人権尊重」、「職員の倫理」に「人権・人格の尊重」を明示し、それらを記載した冊子を毎年配布し、年度初めの研修会で周知と理解を図っている。標準的な実施方法を記載した「介護マニュアル」や「接遇」冊子のサービス毎の「対応の仕方」に、プライバシー保護・利用者尊重を明示している。年に1回実施する職員の自己評価の中で、利用者の尊重や基本的人権への配慮について評価し、必要な対応を図る仕組みがある。</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><コメント></p> <p>法人では「個人情報保護規定」、事業所では「個人情報保護マニュアル」「虐待防止マニュアル」が整備され、不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。個人情報保護指針を玄関に掲示し、契約書にもプライバシー保護と権利擁護を明記し、利用者や家族に周知している。「基本理念」「接遇」の冊子に「人権尊重」「個人情報保護」等も明示し、毎年配布すると共に、年度初めの研修会で周知と理解を図っている。利用者が利用するトイレは全て個室とし、羞恥心やプライバシーに配慮されている。体調に応じて、デイルームとは別に静養できる部屋を設け、共有スペースから少し離れた場所でプライバシーに配慮されている。</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><コメント></p> <p>理念・実施する福祉サービスの内容や、法人や事業所の特性等を紹介した、法人のパンフレットと「デイサービス・ショートステイご案内」を、法人内の各事業所や地域包括支援センター等、多くの人が入手できる場所に置いている。パンフレットは、言葉遣いや写真・見取り図等でわかりやすく工夫している。利用希望者には、随時見学に対応し、個別に丁寧な説明を行っている。パンフレット・ホームページの内容は、法人本部や事業所で適宜見直しを実施している。</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><コメント></p> <p>契約時には、契約書・重要事項説明書・各種同意書をもとに、説明し文書で同意を得ている。「サービス利用料金表」で1回の負担額をシュミレーションしたり、持ち物・注意事項・送迎についての別紙資料を用いて、わかりやすい説明に努めている。意思決定が困難な利用者への配慮について、代理人の設定を契約書に明記し、適正な説明・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><コメント></p> <p>サービスの終了については、契約書の「契約の終了に伴う援助」に沿って対応している。サービス終了後の相談窓口を管理者・生活相談員とし、「利用終了にあたってのお知らせ」に明記し、終了時に、手渡したり郵送している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向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3月にアンケートを実施し、職員について・食事について・その他についての項目で、利用者満足の把握に努めている。アンケート結果は接遇委員会で集計している。3ヶ月毎のモニタリング時に、利用者満足度や意見・要望の把握をしている。利用者アンケートやモニタリングで把握した利用者満足について、職員会議等で職員に周知し、サービスの向上に活用することが望まれる。また、アンケート結果は、家族にも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>苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置し、苦情解決の体制を整備している。行政機関その他の苦情受付機関と共に、重要事項説明書に明示し、利用者・家族に配布している。意見箱の設置・アンケートの実施等、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。「苦情処理報告書」を整備し、概略・処理結果・改善策を記録し保管している。申立者へのフィードバックは、処理結果欄に記録している。苦情内容及び解決結果等は、申立者に配慮したうえで、ホームページや事業報告書・デイだより等にて、公表している。連絡ノートや朝礼で情報共有し、サービスの質の向上に取り組んでいる。</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>重要事項説明書に、「苦情やご相談」と記載して記載し説明している。相談室を設け、個別の相談に応じやすいよう配慮されている。 相談相手や方法を自由に選べることをわかりやすく説明した文書の配布や掲示を行うことが望まれる。</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><コメント></p> <p>業務マニュアル「記録や報告書作成について」が整備され、相談や意見の対応等について明記している。送迎時・食事中などに職員が、意見・相談の傾聴に努めている。意見箱の設置・アンケートの実施等、意見を積極的に把握する取り組みを行っている。把握した意見は実施ケース記録の支援経過に記録し、申し送りノートや朝礼で情報共有し対応している。 相談対応マニュアルを定期的に検証し、必要な見直しを行うことが望まれる。相談・意見の対応や、サービス向上への取り組みも支援経過記録に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>「委員会構成」に責任者・メンバー等を、事業計画書に活動目標・活動回数を明記し、リスク委員会を設置している。事故報告マニュアルが整備され、発生時の対応や事故発生時におけるフローチャート等を明示している。事故報告書・ヒヤリハット報告書に事例を収集し、リスクマネジメント委員会で集計結果から発生要因・改善策を検討し議事録に記録している。朝礼で迅速に情報共有し、職員会議で事例検討し、事後の確認等も行い、事故防止についてのミニ研修の内容になっている。送迎時のリフト操作については、複数回に分けて研修し、リスク委員会会議録に記録している。</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>「委員会構成」に責任者・メンバー等を、事業計画書に活動目標・活動回数を明記し、感染委員会が設置されている。「消毒マニュアル」「感染症等対応マニュアル」「各症状マニュアル」が整備し、対応やフローチャート等が明記されている。感染委員会で研修内容を検討し、内部研修や職員会議の中でのミニ研修を実施している。手指消毒、うがい、手洗い・マスク着用、加湿器の設置等、予防策が講じられている。インフルエンザ等発生時には、別室を確保し、早期帰宅等、蔓延予防の対応をしている。 感染症対策委員会によるマニュアルの定期的な検証と必要な見直しと整理を行うことが望まれる。見直しについては、議事録や履歴に残すことが望まれる。</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している。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>敷地内の特別養護老人ホーム・小規模多機能事業所と合同での消防計画を整備し、災害時の対応体制を定めている。業務マニュアルの、「火災・自然災害対策」に対応策やフローチャート等を明記している。立地条件から災害の影響を把握し、耐震性の確保など必要な対策を講じ、設備点検を年1回実施している。災害時の安否確認について、利用者の緊急連絡先一覧表・職員の緊急連絡網を整備している。年1回消防署立ち合いで、合同避難訓練を実施している。備蓄については、施設長を管理責任者とし、備蓄品リストを作成し、共同備蓄している。</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>業務マニュアルに介護サービス別に、標準的な実施方法を文書化している。「業務マニュアル」・「接遇」冊子の中に、利用者の尊重・プライバシーの保護に関わる姿勢が明示されている。毎月初に法人の新入職員オリエンテーションを実施し、事業所では「通所介護の一日の流れ」等の資料を使用し、OJT担当者を決めてオリエンテーションを実施している。OJTマニュアルやOJTの実施記録を作成し、習熟度を確保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>業務マニュアル内の介護サービスマニュアルについて、定期的な見直しには至っていない。職員が参加し、標準的な実施方法について定期的な検証と必要な見直しを行うことが望まれる。見直しについては、議事録や履歴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>通所介護計画書の策定責任者を生活相談員としている。フェイス・アセスメントシート、機能訓練評価表でアセスメントを行い、サービス担当者会議に参加してアセスメントと計画策定に関する協議を行っている。居宅サービス計画書をもとに通所介護計画書を作成し、ニーズを明示している。支援困難ケースへの対応は、経過記録に記録している。6ヶ月毎の見直しの際に、実施状況の確認・目標の達成度の把握・評価を行うモニタリング書式の整備が望まれる。</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>通所介護計画書は6か月に1回、個別機能訓練計画書は3か月に1回見直しを行っている。見直しによって変更した内容は、連絡ノートで伝達すると共に、通所介護日課計画書の内容に反映して共有している。通所介護計画を緊急に見直す場合は、契約書の条項に沿って、介護支援専門員と連携し、新たなニーズを明記して見直しを行っている。</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 ・ c
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況や生活状況等を、バイタルチェック表やサービス実施記録票で把握し記録している。通所介護計画書のサービス内容をもとに通所介護日課計画書を作成しサービス内容ごとに実施を記録し、確認する書式がある。また、特記事項については、経過記録に記録している。経過記録は記録者と入力者がダブルチェックし、内容や書き方に差異が生じないように確認している。毎日の朝礼・月1回の職員会議と各種委員会（感染症対策・リスクマネジメント・接遇・環境安全対策）の開催により、部門横断での情報共有を行っている。各種委員会の内容は職員会議で報告している。職員連絡ノート・会議録等の回覧でも情報共有を行っている。</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
<コメント> 「個人情報保護規程」「個人情報保護マニュアル」により、保管、保存、廃棄、情報の提供、不適正な利用・漏えいに対する対応等を規程を定めている。利用者に関する記録管理の責任者を管理者としている。「基本理念」の冊子に「個人情報保護に関する方針」を記載して配布し、年度初めの研修で記録の管理についても言及している。入退職時に守秘義務に関する誓約書を交わし、職員の周知を図っている。契約時に、利用者・家族に個人情報使用について説明し文書で同意を得ている。		

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

<p>把握した利用者・家族の希望をフェイス・アセスメントシートに記録し、希望に基づいた支援を実施している。自立度の高い利用者が多く、機能訓練と共に、カラオケ・囲碁・麻雀・将棋・ちぎり絵・習字等多彩なメニューを用意し、利用者の趣味や希望に応じて、自立・活動参加への動機づけを行っている。ギター演奏・和太鼓・日舞等、敬老会や行事の際に、ボランティアの協力を得て、活動の多彩化を図っている。花見・初詣・とんど等、季節に合わせた外出行事で、社会参加の機会も設けている。送迎時等に家庭での状況を把握し、必要なプログラムを機能訓練に導入する等、利用者個々に応じた活動を導入している。</p> <p>生活歴・生活習慣・趣味・嗜好・家庭状況などが把握できる情報収集シートの工夫が望まれる。定期的なモニタリングの際に、希望に応じたサービス提供になっているかを検討し、必要に応じて改善する継続的な仕組み作りが望まれる。</p> <p>フェイス・アセスメントシートで視力・聴力について把握し、必要に応じてボードや筆談等、個別の方法でコミュニケーションがとれるように取り組んでいる。毎年職員に配布する「接遇」の冊子に言葉遣いに対する配慮を具体的に明示し、年度初めの研修で継続的に周知と浸透を図っている。送迎時、昼食時等の利用中の各場面で、職員が配慮して、利用者間、また、職員と会話が円滑にでき、話したいことが話せるように努めている。</p>
--

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

フェイスシート・機能訓練評価表で自立度や留意点を把握し、通所介護計画に記載して、個々の状態に応じた入浴形態・方法で支援している。尊厳・羞恥心については、入浴マニュアルの入浴介助努力事項の欄に明示し周知を図っている。入浴を拒否する利用者に対しては、声かけの方法・タイミングなどを工夫し、また、可能な限り同性での介助で対応している。業務分担表で入浴介助担当職員を明確にし、必ず湯温を目視と体感確認を行い、湯温・塩素濃度、安全確認を行い入浴時浴槽点検表に記載している。脱衣室・特浴・一般浴にエアコンを設置し、室温管理を行っている。入浴後の水分補給については、入浴マニュアルに明記され、一連の介助として行い、スキンケアは個々に応じて行っている。浴槽は、一般浴・チェアインバスを用意しており、利用者の心身状況に合わせて使用し、職員が2名で介助する等、安全に入浴介助できるように取り組んでいる。介護機器は、シャワーチェア・シャワーキャリア・介助バー等を整備している。自力で入浴可能な利用者が多いが、職員が必ず見守りを行い事故防止に努めている。感染症や心身の状態、本人の意向等で入浴順を配慮し、ケース記録・申し送りノートに記載で周知している。必要に応じて、入浴について利用者・家族に助言を行い、介護支援専門員にも報告している。入浴前には看護師が必ずバイタル測定をし、入浴の判断を行っている。入浴の可否の判断基準を明確にすることが望まれる。

フェイスシート・機能訓練評価表で自立度や留意点を把握し、通所介護計画に記載して、個々の状態に応じた排泄介助で自立医向けて支援している。排泄間隔をチェック表にて把握し、必要に応じて誘導し、自立に向けて支援している。排泄の内容は、ケース記録に記載し、家族には手帳で知らせている。異常があれば、看護師・生活相談員に報告している。排せつマニュアルの排泄介助努力事項に、羞恥心への配慮について明示し、希望に応じて同性介助で対応している。トイレには、カーテンや鍵を設置しプライバシーに配慮している。排泄マニュアルに声のかけ方について明示し、リビングスペースに職員を必ず配置し、希望があればすぐに対応できるようにしている。トイレは複数個所用意されており、すぐに対応できるように配慮している。換気扇・消臭剤を利用し、臭気に配慮されている。清掃手順書を作成し、掃除担当職員を決め、定時と汚れがある場合は随時、清掃しチェック表に記載している。空調管理されており、便座には保温機能があり、適切な環境が配慮されている。介助バー・コール等を設置し安全面に配慮されている。また、介助が必要な場合は、障害者用のトイレでスペースを確保して安全に介助が行えるようにしている。おむつやパット類は基本的には、利用者持参としているが、不足した場合のために色々なタイプを準備し提供している。おむつ交換を行う際には、皮膚の観察や清拭を一連の流れとして、状態に異常があれば、看護職員が確認し家族に報告している。必要に応じて、排泄について利用者・家族に助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

フェイスシート・機能訓練評価表で移動・移乗の自立度・福祉用具の使用を把握している。移動・移乗マニュアルに沿って自立に向けた支援を実践されている。リビングスペースには職員を必ず配置し、死角がないように全体の安全に配慮しながら、対応している。導線を確保し、テーブルや椅子の配置についても工夫されている。介助バーを設置したり、車いす・杖・歩行器など利用者に合わせた福祉用具を準備している。福祉用具の利用については、3か月に1度、個別機能訓練計画書の見直しの際に評価し、状況を記載している。大きな状態変化があれば、介護支援専門員に助言や情報提供を行っている。リスク委員会が担当し、毎月1回車いすの点検を実施し、車いす点検表に記載している。修理が必要な場合は、担当職員が行っている。必要に応じて、移動・移乗について利用者・家族に助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

「褥瘡対応マニュアル」を整備している。褥瘡予防のため、体位や姿勢の変換、看護師による軟膏の塗布等を、必要時応じ実施している。日頃から、傷や皮下組織のずれが生じないよう安全介助に努めている。必要に応じて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、介護支援専門員にも報告している。

褥瘡予防について職員に周知徹底するため、研修や個別の指導を行うことが望まれる。

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。	a ・ Ⓑ ・ 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

フェイスシートで、嗜好やアレルギーについて把握している。随時に把握した要望については、栄養士と相談し変更に対応したり、職員会議で意見交換し献立に反映している。流しそうめん・ちらし寿司など季節や行事に応じた献立を立て、旬の食材を利用した食事を提供している。食事の盛り付けは厨房職員が行い、栄養士が確認を行っている。フロアに隣接した厨房から調理後、すぐに、温かい食事が提供できるようにしている。受診などで食事の提供が遅れた際は、電子レンジで温めなおすなど配慮されている。席は自由に選ぶことができ、テーブルを分散配置することで、気の合った利用者同士が楽しく食事の時間を過ごせるように工夫している。採光やテーブルの向き等にも配慮し、食事中の会話や対応について職員に周知し、明るい雰囲気作りに努めている。

フェイスシートで、食事形態・アレルギーの有無・自立度を把握し、通所介護計画に反映している。個々に応じた食事形態と介助にて自立に向けた支援を行っている。多くの利用者はほぼ自立であるが、見守りにより安全に配慮されている。補助食器や持ち手付コップ、グリップ付スプーンなど自助具を活用するような工夫をされてる。利用者の食事のペースを把握し、ペースの合った利用者と同席にすることで周囲に気を使うことがないように配慮したり、食事場所を別室を設けマンツーマンで対応する等、個々の心身の状態に合わせて対応している。食事中の姿勢を観察し、声掛けやクッションを用いて正しく保持できるように支援している。また、机の高さが調整できたり、椅子の高さが違うものを複数用意する等、個々の体格に合わせてるように配慮している。食事、水分摂取の内容は実施記録に記載し、家族には手帳で報告している。食事量が著しく低下している場合は、看護職員に報告し、ケース記録に記載している。フェイスシートで把握された情報や当日の状況を確認し、食事餞で指示し提供している。変更時には連絡ノートで報告している。

フロア全体が見渡せるように職員が配置され、誤嚥があった際には、フロアに吸引機が設置されている。今後、誤嚥等食事時の事故対応についてのマニュアルの作成と周知する取り組みが望まれる。

現在、通所介護計画書に口腔ケアを位置付けている事例はないが、通所介護日課計画書に位置付け、実施を記録している。食事前には、職員と一緒に口腔体操を実施している。内容は手順書を設け、統一した内容ができるよう取り組んでいる。食後は、フロア内の洗面台でうがいや手洗い、歯磨きを行っている。ほとんどの利用者は自立しているが、職員は見守りを行い、実施状況を記録している。必要に応じて、口腔ケアについて利用者・家族に助言を行い、介護支援専門員にも報告している。

アセスメントシート等で、口腔ケアの自立度を把握することが望まれる。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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

日常生活能力は、フェイスシート・機能訓練評価表で把握している。必要に応じて長谷川スケールを実施したり、観察や対応については、ケース記録に記録している。タオルたたみ等、家事への参加の機会も設けている。28年度は接遇委員会で認知症高齢者への接し方について研修を実施している。事業所の看護師と連携し、支援内容の検討を行っている。カラオケ・ちぎり絵・編み物・書道・塗り絵・脳トレ等、個人やグループで継続的に活動できるように工夫している。行動制限は行っていない。必要に応じて、認知症ケアについて家族の相談に応じたり、法人内の施設や社会資源について紹介を行っている。

フロアは明るく開放的で、バリアフリーで導線も確保され安全に配慮されている。フロアにはソファやテレビを設置し、別室には畳のスペースやベッドを設置し、思い思いに過ごせるように工夫されている。フロア内の行動については、特に制限を設けず、外に出たいと希望があれば、職員が付き添い行動を制限しないように支援している。はさみは事務所内、包丁はキッチンカウンターの棚で管理し、利用者の手が届きにくいところに保管している。利用者の内服薬については事務所内で管理している。ポットはカウンター内に設置され、テーブルには異食がないよう、環境は整理・整頓されている。トイレ等の表示はわかりやすく設置されている。

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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

個別機能訓練計画書（生活動作）や運動器機能訓練計画書（身体機能）を作成し、実施を記録し、3か月毎に評価・見直しを行っている。ラジオ体操・ボール体操・マット運動・器械を使った運動等、希望を聴いて主体的に訓練が行えるようにしている。また、指先を使った創作活動としてちぎり絵等作成し、掲示したり、デイだよりに掲載したり、作品展に出展する等、達成感が味わえるように工夫している。事業所の看護師や、グループ内の専門職の助言・指導も受けられる体制がある。認知症状の兆しを察知した場合は、長谷川式スケールを実施し、介護支援専門員にも報告し、医療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

朝の到着時と午後、1日2回バイタルチェックを行い、また、看護師を配置して顔色等様子を常時観察し、体調の変化に早く気づくように工夫している。緊急対応マニュアルの中に、各種症状や対応方法を明記している。連絡体制は、事故発生時マニュアルのフローチャートに明示している。服薬については、デイ連絡ノートに入った薬を内服一覧表をもとに看護師が服薬管理し、服薬後はサービス実施記録に記録している。健康状態は、サービス実施記録と特記事項があればケース記録に記録している。迎え時に家族から把握した情報は、居宅介護支援経過に記録し、朝礼で伝達し、連絡ノートで情報共有している。異変があった場合は、家族・介護支援専門員に連絡している。

高齢者の健康管理・病気・薬・体調変化時の対応について、研修を実施することが望まれる。

感染症（食中毒含む）マニュアルを整備し、予防対策・発生時の対応方法等を明記している。出勤時に職員の健康状態をチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みがある。インフルエンザの予防接種は法人が半額負担で支援している。感染委員会により、インフルエンザやノロウイルス等について研修し、職員会議で周知を図っている。施設玄関、フロア洗面台に手指消毒薬を設置している。利用者には手洗いを促し、チェック表を設けている。季節に応じて加湿器を設置している。来訪者には、手洗いうがい等について掲示物で呼びかけ、デイだよりでも手洗いの実施などを呼びかけている。

職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法を、マニュアル等に文書化することが望まれる。

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・設備については、業者による定期的な点検を行い、快適性・安全性を確保している。車いす・ろ過機・車両等には点検表・清掃表が整備され、定期的な点検が実施され記録されている。フロアは明るく、開放的になっている。床はマット状でバリアフリー化し、導線も確保され安全に配慮されている。フロアにはソファやテレビを設置している。別室には畳のスペースやベッドを設置し、思い思いに過ごせるように工夫されている。外の景色が見られるように大きく窓がとられ、庭も整備されている。個々の趣味活動に合わせて、将棋、オセロ、ちぎり絵、カラオケ、体操、陶芸づくりなどが行われている。男性利用者に合わせた囲碁やマーじゃんなど楽しめるように用意されている。フロアにはソファが用意され、別室にはベッドが2台設置され、畳のスペースには布団を敷いて、必要時にはゆっくり休むことができるように配慮している。

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「デイ連絡ノート」で報告し、変化があった時には、電話で迅速に連絡している。主に、サービス担当者会議や通所介護計画手交時に、サービスの説明をしたり要望・相談を聴いている。随時、送迎時・デイ連絡ノート・電話でも相談に応じ、内容に応じて居宅介護支援経過に記録している。契約時に緊急連絡先を複数把握し、報告すべき事項は必ず家族に伝わるようにしている。主に送迎時に家族の心身の状況や介護負担の把握に努め、必要時には介護支援専門員に報告し、居宅介護支援経過に記録している。家族から相談を受けた場合は情報提供や助言を行い、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

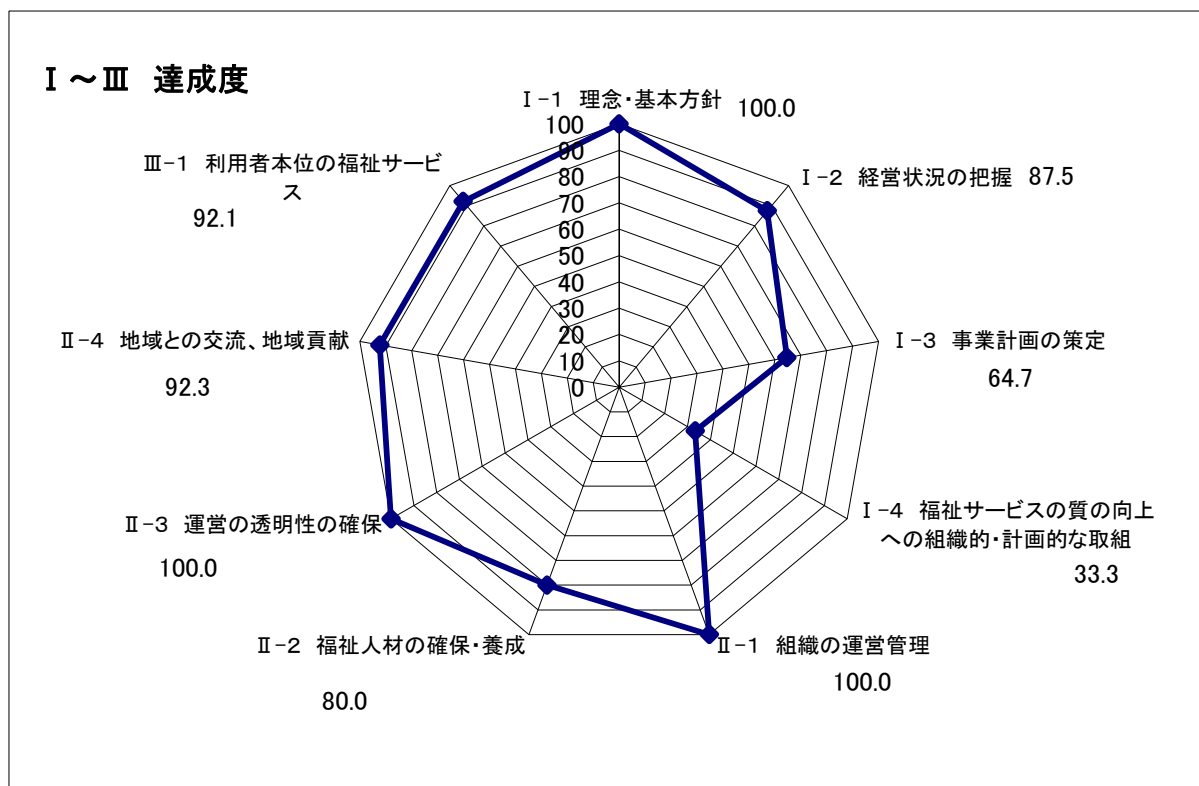
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	○a · b · c

特記事項

「居宅サービス計画書」にもとづいて、「通所介護計画書」を作成し、意思疎通・食事・入浴・排泄・清潔保持・心理面等について個別具体的な方法を、援助内容の「具体的な内容」欄に明示している。機能訓練については、「個別機能訓練計画書」「運動器機能訓練計画書」に個別具体的な方法を明示している。「通所介護日課計画書」も作成し、職員に周知を図っている。

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	7	87.5
I-3 事業計画の策定	17	11	64.7
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	17	100.0
II-2 福祉人材の確保・養成	35	28	80.0
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	26	24	92.3
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	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	15	88.2
2 身体介護	42	40	95.2
3 食生活	21	18	85.7
4 認知症ケア	17	17	100.0
5 機能訓練、介護予防	6	6	100.0
6 健康管理、衛生管理	16	13	81.3
7 建物、設備	6	6	100.0
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

