

福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

2 施設の情報

名称：デイサービスセンター仁風荘ひこ な	種別：通所介護
代表者氏名：センター長 田中 幸也	定員（利用人数）： 18名
所在地：鳥取県米子市彦名町964-1	
TEL：0859-30-0008	ホームページ：http://www.yowakai.com/
【施設の概要】	
開設年月日 平成16年8月19日	
経営法人・設置主体（法人名等）：医療法人養和会 理事長 廣江 智	
職員数	常勤職員： 5名 非常勤職員 3名
専門職員	准看護師 1名 准看護師 2名
	介護福祉士 3名 介護士 1名
	介護士 1名
施設・設備 の概要	食堂及び機能訓練室 1ヶ所 送迎車5台（うちリフト車3台）
	静養室 1ヶ所 大浴槽 1ヶ所
	相談室 1ヶ所 特殊浴槽 1ヶ所
	地域交流室 1ヶ所 便所3ヶ所（うち車椅子対応2ヶ所）

3 理念・基本方針

理念・方針

1. 利用者の幸せ・地域の幸せ
2. 職員の幸せ（風通しの良い職場、ワークバランスを奨励）
3. 人権を尊重し「安全・安心・安楽」なその人らしい在宅支援を行う
4. 自分が受けたいと思えるサービスの提供を目指す
5. 地域に貢献できる事業所

運営方針

要介護状態の心身の状態を踏まえて、その利用者が可能な限りその住居においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことが出来るよう、更に利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。

④施設の特徴的な取組

少人数で個別の対応が可能。特殊浴槽があるため、普通の浴槽では入浴が出来ない方でも浴槽に使っていただくことが出来ます。地域交流室では子どもたちの学習の場を使用してもらったり、地域住民を対象に毎月健康教室などを開催し地域に根ざした施設を目指しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年12月1日（契約日）～ 平成29年3月31日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回（平成 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・仁風荘ひこなとして「がんじょなクラブ」を長年継続して実施され地域交流の場となっています。

- ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施され職員は理解され支援されます。

毎年度、利用者満足度調査が実施され、各施設の玄関等に掲示され家族等訪問された時分かるようにされています。

- ・職員の希望や定期的な異動も実施されており、一部署だけでなく、様々な事業所での活躍の場が持てる様提供されています。

- ・法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されており、ノロ・インフルエンザ等は発生していません。

- ・ケアプランに沿って利用者本人の出来ることについては、行ってもらう・生活リハビリ等で身体機能の維持向上の支援されています。

- ・送迎時に家族の要望や悩み等を傾聴するように心掛けておられます。連絡ノートを紹介し、事業所での日々の状況を報告されています。

◇改善を求められる点

- ・改めて利用者や地域住民がデイサービスに何を求めて通われているのか、運営推進会議等活用し、意見等を確認され、他のデイサービスとの差別化を図る段階とされますので、積極的に運営推進会議路利用されていくと良いと思います。

⑦第三者評価結果に対する施設のコメント

丁寧な評価して頂き、和やかな雰囲気で行う事が出来ました。
改善する所は早急に改善していこうと思います。
引き続き、人権を尊重し「安心・安全・安らぎ」のある、在宅支援を提供していきたいと思ひます。

⑧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。

第三評価結果（通所介護）

共通評価基準（45項目）

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
<コメント> ・ 事業所の見やすい場所に「理念・基本方針」が掲示されています。 ・ 毎朝、事業所内で「理念・基本方針」を唱和されています。 ・ 新人研修（中途採用者研修）に於いて、理事長より「理念・基本方針」について説明を行う機会が設けられています。 ・ ホームページや広報誌「きゃらぼく」で利用者、家族等にも示されています。 ・ 部署ごとの運営方針は、部門別実行計画に示されています。		

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。	a
<コメント> ・ 年2回、経営陣と部署長面談が実施され、自部署の経営状態（収支、コスト管理、経営課題など）について把握できる機会が設けられています。 ・ 月1回の仁風荘管理会議にて売上等について月次報告・分析が事務部長より説明されています。 ・ 運営推進会議の折、米子市職員に参加頂き、その機会に今後の米子市福祉計画や他法人の取り組み状況について確認されています。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<コメント> ・ 経営陣以外の現場職員（管理者）にもマネジメントの重要性を意識付ける為に、今年度より新たにマネジメントの基礎として法人全体で経営に関する研修が行われました。		

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
<コメント> ・法人の中・長期計画及び中・長期の収支計画が策定されています。 ・事業計画の「理想の姿」が中・長期計画の柱となっています。		
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
<コメント> ・事業計画の「理想の姿」が中長期計画の柱となり、それを基礎として毎年の事業計画が作成されています。		
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
<コメント> ・毎年10月～11月の部署長面談にて各部署の目標や課題を経営陣と理解を深め、その目標や課題を基に次年度の事業計画等が作成されています。 ・各部署に於いても部門別実行計画が策定されています。 ・スタッフとの個人面談でも同様に部署での課題等を確認することにより、より現場の意見を踏まえた事業計画が立案されています。 ・事業計画は病院会議、仁風荘会議等の会議体でも周知がなされ、法人全体で理解を促すための取り組みを進めています。		
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
<コメント> ・ホームページ等を利用し公表されています。また、運営推進会議等に於いても委員の方々に配布し説明を行い周知が図られています。		

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
<コメント> ・養和会として、ISO9001（国際認証規格 品質マネジメントシステム）を取得され、年に1回の内部監査、3年に1回の更新審査が実施されており、法人として、サービスの質の向上、サービスの質の担保に資する取り組みが継続して行われています。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度、利用者満足度調査が実施され、その結果を法人内の品質管理委員会が分析、評価を行い、次年度の事業計画に反映させるシステムが導入されています。 ・部署長面談で改善案等を提案し、次年度の各事業所ごとの取り組む課題を明確にしなが、ら、次年度に改善するよう対応されています。 		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・月1回の仁風荘会議にて利用状況等を基に経営・管理に関する方針、取り組みを明確にされています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体として法令遵守責任者が定められ、任命・登録されており、法令遵守に対する態勢が整えられています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています。（今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施）。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修が実施されています。 ・介護報酬改定時には事務担当者より改定項目に関する勉強会が実施されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度の職員満足度調査が実施されています。（今年度は平成29年3月に実施） ・毎年度の利用者満足度調査の実施、意見箱の設置など利用者、利用者家族が意見や要望を言いやすい体制を整え、サービスに反映させる取り組みが継続されています。 ・法人内研修も数多く企画され、職員の教育・研修の機会の充実が図られています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 仁風荘会議にて、経営指針の1つとして「業務効率化」と「職員へのコスト意識」を徹底するようにされています。 ・ ミーティング時に各職員に業務改善に関する事項を検討する時間を設けられています。 ・ 育児中の職員も在籍されていますが、出来る限り本人の希望や急な休みに対応出来るような人員配置が取られています。 ・ 就業規則にも時短勤務規程を設け、育児休暇明けの職員も働きやすいよう環境整備が実施されています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人材確保・定着については、法人本部で行われています。 ・ ホームページ等を通じて各専門職種の採用を進められています。 ・ 各種専門学校等の実習を積極的に受け入れや学校訪問等行い、新規採用につなげる取り組みを継続して行われています。 ・ 職員の希望や定期的な異動も実施されており、一部署だけでなく、様々な事業所での活躍の場が持てる様提供されています。 		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の人事考課制度、目標管理シートに基づき適正に人事管理が行われています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年2回の健康診査、インフルエンザの予防接種の費用も法人負担となっています。 ・ 本人の意向に基づき、リフレッシュの為に連続休暇を事業所に於いて実施されています。 ・ ストレスチェックも実施され、身体面だけでなく、メンタル面での養和病院との相談・連携体制も確保されています（精神科医、臨床心理士など）。 ・ 勤務形態の変更にも柔軟に対応しておられます。 ・ 福利厚生も充実されており、互助会も用意されています。また、法人が運営されているフィットネスクラブの利用も可能となっています。 ・ 法人の理学療法士等のリハビリ職による腰痛予防研修が毎年実施されています。 		

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
<コメント> ・法人の人事考課制度、目標管理シートに基づき適正に人事管理が行われています。 ・年2回、部署長による個人面談も実施しています。		
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
<コメント> ・法人内で各種研修が実施されています。 ・研修内容の見直しについては、介護保険制度の改訂やニュース等を参考にしつつ、変更、見直しが定期的に行われています。		
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
<コメント> ・法人内で各種研修が実施されています。 ・職員の経験年数や資格取得状況も管理されており、各々に合った研修等（初任者研修、1年次、2年次、3年次、4年次、5年次研修等）も実施されています。 ・介護福祉士資格取得のため、研修への補助や内部講師による勉強会が行われています。 ・仁風荘の他部署職員が外部研修に参加した際には伝達講習という形式で講師役を務めてもらい、自部署職員への教育の機会とされています。		
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
<コメント> ・法人（仁風荘全体）として実習生の受け入れを積極的に行われています。 ・学校と打ち合わせを行い、学校が作成している実習マニュアル等に沿って実習が行われています。指導者に対しても研修等は行われています。		

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。	a
<コメント> ・ISO9001を取得し、経営の透明性も確保されています。 ・ホームページや広報誌等を利用し情報公開されています。 ・運営推進会議も年に2回開催され、委員等に情報公開されています。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ I S O 規程に基づいた経営・運営体制が整備され、年 1 回内部監査、3 年 1 回更新審査も実施されています。 ・ 経営主体が医療法人である為、公認会計士等の監査による寄付行為（定款）に沿った適正な運営がなされています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域との関わり方については「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に沿って進められています。 ・ 仁風荘全体として、仁風荘さくら祭、長寿を祝う会、夏祭りが企画開催されており、住吉公民館祭にも参加されています。 ・ 仁風荘ひこなとしては、月 1 回「がんじょなクラブ」という地域向けの催しを健康体操やおやつ作り、健康講座などで、利用者家族や地域住民との関係性の向上に努められています。 ・ 今後、所在地の公民館である彦名公民館との交流も検討中です。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 仁風荘全体として学生ボランティア等の受け入れを積極的に行われています。 ・ 仁風荘ひこなとしては、近隣のにしき幼稚園との交流も行われています。 		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 運営推進会議を年 2 回実施し、米子市、地域包括支援センター、地域住民、利用者家族等のサービスの情報共有が図られています。 ・ 仁風荘会議にて利用状況や他部署との連携が図られています。 ・ 事業所を取り巻く、必要な社会資源についてはリストアップされておられます。 		

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 施設が有する機能を地域に還元している。	a
<コメント> ・「理念・基本方針」の「利用者の幸せ・地域の幸せ」、「地域の貢献できる事業所」の考え方に則り、事業所のスペースや相談機能は、地域に広く開放されています。 ・仁風荘ひこなとして「がんじょなクラブ」を長年継続して実施されています。		
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
<コメント> ・仁風荘ひこなの独自の取り組みとして「がんじょなクラブ」を長年継続して実施され、地域向けの催しを開催し健康体操やおやつ作り、健康講座などで、利用者家族や地域住民との関係性の向上に努められています。		

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
<コメント> ・「理念・基本方針」の掲示、唱和が行われ、職員に周知が図られています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています(今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施)。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修も実施されています。 ・身体拘束廃止検討委員会では、身体拘束だけではなく倫理的問題についても検討する機会を設けられています。		
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
<コメント> ・ISO規程(個人情報管理規程など)に於いても定められ、サービス提供が行われていません。 ・掲示物と重要事項説明に記載し、利用者、家族等にも周知が図られています。 ・年次研修としてコンプライアンス研修が実施されています(今年度は平成29年3月13日、3月14日に実施)。 ・法人の必須研修として、人権研修、リスクマネジメント研修、行動制限最小化研修、身体拘束研修等、法令遵守に関する研修も実施されています。 ・不適切な事案が発生した場合には、管理者並びに法令遵守責任者、法人法務担当者に速やかに連絡する体制が整備されています。		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人（仁風荘）として広報誌等を配布する等行われ、情報を積極的に提供されています。 ・デイサービスの体験利用等の受け入れも積極的に行われています。 		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用契約時には利用者、利用者家族に対して接遇マニュアルに基づき丁寧な説明を心掛けておられます。 ・連絡ノート等を活用し、サービス開始・利用時には家族へ毎回利用時の様子を報告されています。 ・サービス契約時にアセスメントに時間をかけておられます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等が行われる場合には、担当ケアマネジャーに情報提供を行い、スムーズ且つ継続性が取れるように配慮されています。 ・相談窓口については、自部署だけでなく老健相談員にも相談できるような体制を確保されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・送迎時や連絡ノートを使用して、家族との情報交換及び意見・要望を聞くようにされています。 ・年1回利用者満足度調査が実施されています。 ・意見箱、意見用紙も用意されています。 ・運営推進会議など情報交換の場が設けられています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決マニュアルに従い進められ、法人内の体制も確立されています。 ・ 苦情・相談については自部署だけではなく、老健相談員にも相談できる等様々な体制となっている事を周知されています。 ・ 利用者満足度調査、意見箱、運営推進会議等で意見を収集されています。 ・ 契約書、重要事項説明書等に苦情解決の仕組みについて詳しく説明されています。 ・ 運営推進会議にて、委員の方に事業所内での事故や苦情についても説明されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自部署の職員だけでなく、法人内の老健相談員にも相談できる体制となっており、利用者、家族に周知されています。 ・ 利用者満足度調査、意見箱等を始め、契約書、重要事項説明書等に於いても各種の相談や意見が述べられる体制がある事が記載され周知が図られています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎年度の利用者満足度調査の結果については、法人内の品質管理委員会が分析、評価を行いフィードバックされています。 ・ 自部署で頂いた相談、意見については、自部署内で検討され、自部署で解決できる事案の場合は速やかに回答、改善等が行われます。軽微な事案であっても法人内品質管理委員会に報告されます。基本的にすべての事案は法人の委員会にあげられ、法人としても検討され、対応が必要であれば速やかに対応されます。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人としてリスクマネジメント体制が確立しておりリスクマネジメント規程も策定されています。 ・ 法人の必須研修としてリスクマネジメント研修も行われています。 ・ 法人として養和病院（医療機関レベル）と同等の安全対策が行われており、重大事故は発生していない。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 感染予防対策マニュアルが策定されています ・ 法人として養和病院（医療機関レベル）と同様の感染予防対策が実施されており、ノロ・インフルエンザ等は発生していない。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 防災マニュアルが策定されています。 ・ 年2回の防災訓練が実施されています。 ・ 災害時の備蓄については、法人本部で用意されています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ISO規程に基づいたサービス提供を遵守されています。 ・ 内部監査により、サービス提供の質の維持が図られています。 ・ 契約書、重要事項説明書に於いても、利用者の尊重、プライバシー、権利擁護の姿勢が明示されています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ISO規程に基づき、年1回マニュアル類の見直しが行われています。 ・ 利用者満足度調査、意見用紙等にて利用者等からの意見もサービスに反映するようにされています。 ・ 部署内カンファレンスにて適宜、サービスの見直しを行っています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス契約時にアセスメントに時間をかけ、通所介護計画は策定されています。 ・ 自部署職員のみで検討するのではなく、老健、病院職員との連携を密にし、多様な職種からの意見を参考にしつつ個別的なサービス提供ができるように努めてられています。 		

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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・3カ月に1回のモニタリングを本人の意向を踏まえながら継続的に行い、担当ケアマネに送付されています。 ・事業所のプラン評価を基にケアマネとの相談を行った結果、ケアプランの変更がなされることもあります。 		
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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護経過記録用紙によって情報共有できる仕組みとなっています。 ・記録記載については入職時に記録マニュアルに沿った指導を行い、職員による差異が生じない様にされています。 		
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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ISO規程に基づいた記録管理を遵守されています。 ・事業所内掲示物、重要事項説明書等にも情報開示について記載され、利用者等に説明されています。 ・職員は個人情報保護規定を理解し、遵守されています。 		

内容評価基準（通所介護17項目）

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1-(1) 支援の基本		
A①	A-1-(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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに沿ってケアを行うようにされています。 レクリエーションで毎月の作品作り、体操等をされています。 ・利用者の変化・変更等があれば、申し送りノートにより情報共有を心掛けておられます。 		
A②	A-1-(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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・接遇に気を付けるようにされており、出来るだけ敬語で話されています。 利用者の思いや希望を聞かれケアに活かされています。 		

A-2 身体介護

2-(1) 身体介助		
A③	A-2-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴支援マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・初回アセスメントで身体状況の把握をされています。本人の意欲を大切にし入浴介助を行われています。 ・変化がある場合は、ケアマネと連携が図られています。 ・新規の方には同性介助ができることを伝えられ、希望されれば同性介助で対応されます。 		
A④	A-2-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・トイレ内での転倒、転落を防止するため手すりや介助バーが設置され安全に排泄をすることができます。見守り、一部介助が必要な方にはプライバシーに配慮し声かけ等をされ支援されています。 ・プライバシー保護の徹底に取り組まれています。 		
A⑤	A-2-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアル、ケアプランに沿って支援されています。 ・杖歩行、老人車・車椅子使用の時、見守り等行い安全を確認が行われています。 ・日々の業務の中で変更点等があれば、申し送りで周知するように心掛けておられます。 		
A⑥	A-2-(1)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用時身体状況の観察が行われています。 ・デイサービス利用時の入浴、排泄時に皮膚状態の観察が行われています。 ・褥瘡の疑いがある時は看護師、ケアマネに報告され連携をされます。 		

A-3 食生活

A-3-(1)		
A⑦	A-3-(1)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ご飯はデイサービスで炊いておられます。副食は本部より配送され暖かい食事が運ばれ食べられています。 ・ 利用者の好みのものを聞き、献立に反映されています。 		
A⑧	A-3-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 旬の食材を取り入れる工夫が行われています。 ・ 糖尿病・アレルギー食は本部管理栄養士と連携し管理され、症状に合わせた食事が提供されています。ペースト食・極キザミの対応され誤嚥に注意され支援されています。 ・ 吸引器も用意されており、救急の時は看護師が対応されます。 		
A⑨	A-3-(1)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の歯科衛生士に助言・指導を受け実施されています。 ・ 看護師より誤嚥性肺炎予防の為の指導や、感染予防について助言・指導を受け実施されています。 		

A-4 認知症ケア

A-4-(1)		
A⑩	A-4-(1)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員は法人の勉強会に参加し、認知症ケアについて学ぶ機会が設けられています。 ・ 家族やデイサービス、ケアマネと連携を図り認知症の状態を把握されケアを行っておられます。 		
A⑪	A-4-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症ケアや身体拘束廃止に向け、勉強会等の学ぶ機会が設けられています。 ・ 利用者に安心してもらえるよう、デイサービス内の環境は分かりやすい様に整えています。 		

A-5 機能訓練、介護予防

A-5-(1)		
A⑫	A-5-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランに沿って支援されています。 ・利用者本人の出来ることについては、行ってもらうよう配慮されています。 ・ラジオ体操や脳活性プログラム、計算、季節ごとの外出プログラムを職員と一緒に作られています。 ・洗濯物たたみなど役割を持ってもらい生活に張りを持って頂き、介護予防の支援をされています。 		

A-6 健康管理、衛生管理

A-6-(1)		
A⑬	A-6-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用日の健康管理の為、送迎後のバイタルチェックや家族、関連機関からの情報を確認されています。状態変化あれば、家族・ケアマネに報告されています。 ・服薬管理の必要な利用者の場合、当日分を持参してもらい保管ケース等で預かり、職員がダブルチェックを行い、飲まれたことを確認されています。 		
A⑭	A-6-(1)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアル・業務マニュアルに沿って支援されています。 ・職員に対し、勉強会が開催され、周知するよう心掛けておられます。 ・看護師、介護職員の健康状態についてチェックしインフルエンザ等の体調変化を把握されています。 		

A-7 建物・設備

A-7-(1)		
A⑮	A-7-(1)-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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・旧病院を改装したデイサービスの施設です。全館バリアフリーとなっており、安全性も確保されています。・浴室についても、大浴槽と特殊浴槽が用意されており、身体的に重度化された利用者でも入浴して頂けるようになっています。		

A-8 家族との連携

A-8-(1)		
A⑯	A-8-(1)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・連絡ノートを介し、事業所での日々の状況を報告されています。・ケアマネと連携しケアプランの評価・見なおし・プラン継続等をはなされています。・送迎時に、家族の要望や悩み等を傾聴するように心掛けておられます。		

A-9 サービス提供体制

A-9-(1)		
A⑰	A-9-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none">・職員が急な休みの時等も、当日職員がいつも以上に声を掛け合い、気配りをしながら対応されます。職員間のネットワークが出来ており、アットホームな雰囲気の中サービスが提供されています。・ケアプランに沿って冬の間老健でショート利用される方がおられます。		