

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：	稲美苑デイサービスセンター	種別：	通所介護	
代表者氏名：	施設長（管理者）木原 宏	定員（利用者人数）：	45 名	
所在地：	兵庫県加古郡稲美町国安1256番地			
TEL	079-492-7100	ホームページ：	https://hinode.or.jp/hinode/	
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：	平成4年6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：	13 名	非常勤職員：	4 名
専門職員	管理者	1 名	理学療法士	1 名
	生活相談員	1 名	看護師	3 名
	介護職員	11 名		
施設・設備の概要	(居室数)		(設備等)	
			食堂・機能訓練室・静養室・相談室等	

③理念・基本方針

地域に根ざした老人福祉の発信基地となろう
 地域の方や利用者に安らぎを与える心の故郷となろう
 入所者と共に生きる幸せと楽しさを味わえる生活の場となろう

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・精神的にもゆったりと、安心して利用できる環境・雰囲気・心のケアに配慮している。
- ・高齢になっても楽しみを見出せ、その人らしく生きがいを持てるよう支援している。
- ・季節に応じた行事や元気に外出できるような計画を実施している。
- ・機能訓練・認知症ケア・医療的ケアにも柔軟な対応をしてる。

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 29 年 12 月 8 日 (評価結果確定日)
評価実施日	平成29年9月12日・9月15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

- ・施設内で責任者会議・各種委員会を定期的を開催し、施設・各事業所の経営状況・運営状況の把握と課題解決・改善に向けて取り組んでいる。また、法人共通の書式で施設・各事業所が事業計画を作成し、毎月の法人幹部会議で経営状況・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。
- ・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。
- ・法人のホームページ・施設のパフレットや広報誌等で、理念・基本方針、取り組み・サービス内容等の広報と情報提供に努めている。盆踊り・苑庭での花見・認知症カフェ・介護教室等の開催を通して、家族支援や、地域に開かれた施設として地域交流・地域貢献に取り組んでいる。
- ・明るく広々としたデイホール、桜の大木や藤棚がある苑庭等、開放的な環境である。喫茶・カラオケ・静養・運動スペースが設けられ、大浴場・最新式の機械浴の設備がある。通所介護計画書に個別具体的なサービス内容や留意点を明記し、ケア係を設置し、利用者個々の現状に即した支援に取り組んでいる。理学療法士・看護師の配置があり、リハビリや医療対応にも取り組んでいる。

◇改善を求められる点

- ・中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。
- ・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。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ケアプラン・介護計画書のモニタリングやアセスメントに関する良いアドバイスになった。各種マニュアルについても見直しができる良い機会になりました。

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・c
<コメント> 法人理念がホームページ・パンフレット・広報誌に、高齢者福祉サービスの基本理念がパンフレットに記載されている。理念は、法人の使命や目指す方向を明示している。基本方針は理念と整合性があり、職員の行動規範となる具体的な内容となっている。玄関・会議室・各事業所に理念を掲示し、朝礼で唱和し、職員に周知を図っている。広報誌の表紙に理念を毎回明示し、継続的に利用者・家族への周知を図っている。夏祭り等行事の挨拶でも、施設長が理念に触れて話し理解を深めている。		

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1回開催する責任者会議に、施設長と管理者層が出席し、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情報を共有し、課題の把握・分析を行っている。各事業者のコスト分析や利用率等を、報告を受けた施設長がデータ化し、責任者会議で分析を行っている。		
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> 責任者会議での現状分析から各事業所の課題抽出を行い、幹部会議で理事・監事とも共有が図られている。責任者会議で抽出した課題を、デイ会議で職員に周知し、コスト削減など、経営課題の改善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> 施設長が中・長期的なビジョンを持ち、責任者会議で管理者層に明示しているが、中長期計画として明文化するには至っていない。中長期的なビジョンを中長期計画として文書化し、実施状況を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直す仕組みづくりが望まれる。		

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>単年度の収支計画と事業計画を策定している。事業計画には、「事業方針」「目標数値」「達成のために取り組むこと」を具体的に明示し、実施状況の評価が行える内容になっている。単年度の事業計画は、策定した中・長期計画を反映していることが望まれる。</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>事業計画について「修正予算対策月次追跡フォーマット」で毎月進捗状況を確認し評価している。評価結果に基づき、必要に応じて見直し修正を実施している。年度末に事業報告書を作成し、次年度の事業計画に反映している。人事考課シートに、法人と事業所の事業方針を明記し、それに基づいた職員個々の目標設定と定期的な自己評価を行うことで、事業計画の理解を促すための取り組みを行っている。職員参画で事業計画の実施状況と達成度の把握を行い、事業計画の策定に職員の意見を反映する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>玄関に事業計画書ファイルを設置し、利用者・家族に周知を図っている。事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料や、参加を促す周知や説明の工夫が望まれる。</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>人事考課によるPDCAサイクルにもとづく職員の質向上を事業所のサービスの質向上に反映する取り組みがある。各種定例会議・委員会を定期的に行い、サービス内容を評価する体制を整備している。介護サービス情報公表の評価基準にもとづいて年に1回自己評価を行っている。評価結果は責任者会議で検討している。今年度は、第三者評価の評価基準にもとづいて自己評価を行った。</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)
<p><コメント></p> <p>評価結果にもとづいた組織的な取り組みを明確にするには至っていない。職員が参画し、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。また、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
<コメント> 施設長は、事業計画に経営管理に関する方針・取り組みを明示している。施設長は年度初めの広報紙に事業計画の概要を掲載し、自らの役割と責任について表明している。職務権限規定、及び、運営規定の中に施設長の職務分掌を定め、これら規定類は事務室に設置して周知を図っている。消防計画に、隊長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。		
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> 施設長は、社会福祉施設長研修を受講し、遵守すべき法令や経営に関するコンプライアンス等を学ぶ機会を持ち理解を深めている。必要に応じて町の介護保険課などに相談を行い助言指導を受けている。管理者は、おむつ・ごみの廃棄処理方法など環境への配慮等も含む法令等を把握し、取組を行っている。入職時研修、倫理・法令順守に関する法人研修・事業所内伝達研修の実施・守秘義務に関する誓約書の提出等、遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための取組を行っている。		
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> 責任者会議・各種委員会に施設長・管理者層が出席し、サービスの質の現状や課題を把握している。施設長は現状や課題をデータ化して共有し、改善に向けて主導的に取り組んでいる。委員会・会議等で職員が意見を出し合って検討し、サービスの質向上に取り組んでいる。法人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。		
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> 施設長は、経営・業務改善について、人事・労務・財務等を踏まえ、責任者会議で分析・検討を行っている。職員が理解しやすいように施設長が分析結果をデータ化して職員・各事業所に情報提供し、実行に向けた取り組みに反映している。法で定められた基準以上の人員配置と共に、今年4月より事業所内保育の整備を行い、職員が働きやすい環境整備を行っている。経営者会議・責任者会議の内容はデイ会議で職員に周知を行う仕組みがある。		

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>各事業所毎の運営規定で、職員区分・配置や職務内容を明確化し、それに基づいて人材確保を行っている。法人の研修計画に資格取得対策講座を設け、資格取得に向けて支援している。ホームページへの採用情報の掲載、派遣会社や職員紹介制度の活用、新聞折り込みやハローワークでの募集、就職フェアへの参加、養成校での説明会等、効果的な福祉人材確保活動を行っている。</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>法人として期待する職員像を、就業規則に高齢者福祉従事者が取り組む基本として明確にしている。就業規則で昇給・昇格の基準を明確化し、事業所の事務室に規定集のファイルを設置して周知している。人事考課制度での評価シートの評価要素欄で基準を明示し、基準に基づいて評価を実施している。職員処遇の水準については、ハローワーク等のデータから法人が分析・検討している。各事業所の会議で職員の処遇について意見・提案等を聴取し、改善に反映させる仕組みがある。また、年1回、自己申告カードで、法人本部に処遇を含め意向・意見を記入して伝え、改善策を検討する仕組みがある。キャリアパスフレームとして人事考課基準表が策定されている。</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><コメント></p> <p>職務権限規程で、労務管理に関する権限を明確にしている。職員勤怠管理表・出勤簿・タイムカードからデータ化し、毎月時間外勤務等の就業状況を把握・確認して法人本部に報告している。定期的に健康診断を年1回実施している。ストレスチェックも年1回実施している。人事考課の面談時に相談を受け、入職時には各職員に組織図を基に相談担当者の説明を行っている。自己申告シートに相談を記入する欄を活用して、法人本部に相談できる体制がある。企業内保育所の設置、互助会の活用、奉仕会の医療機関受診等での医療費補助、半日有給・育児休業・介護休業・退職金制度等を採り入れ、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。基準以上の職員配置ができるよう計画的に人材確保に取り組んでいる。福利厚生の実施、ワークライフバランスへの配慮に取り組み、魅力ある働きやすい職場づくりに努めている。</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>人事考課制度を導入し評価シートを用いて、法人・事業所各々の事業目標に基づいた各職員の個人目標を、組織として期待する職員像に位置づけ、目標管理を行っている。目標設定のための個人面談を行い、目標項目、目標水準、目標期限を明確にしている。目標項目は最大4項目、目標水準は評価要素として、期限は半期ごとと適切に設定している。半期毎に目標設定、3か月毎に個人面談を実施し目標の進捗状況・達成状況等を確認する仕組みがある。</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>事業計画に、職員の資質向上について明示している。法人が年間研修計画を策定し、管理者養成研修・医療ケア研修・痰吸引研修・各種資格取得対策講座など、職員に必要とする専門技術や専門資格を明示している。法人研修を事業所の研修担当職員が受講し、全員参加を基本とするデイ会議で伝達研修を行い研修報告書の提出を義務付けている。欠席者にも資料を配布し、研修報告書の提出を義務付け周知を図っている。</p> <p>研修報告書に評価欄を設け、受講した職員の項目別の評価が把握できる書式となっている。法人の研修担当課が、評価についてデータの集計・分析を行い、また、研修担当職員からの意見を集約し、年度末に研修内容やカリキュラムの評価・見直しを行う予定である。</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>職員管理マスターで、職員の取得資格・経験年数等を把握している。法人の年間研修計画に、入職前研修から管理職候補研修まで、階層別研修を計画し、新卒者研修・中途入職者研修を分け、経験や習熟度に配慮した研修を実施している。介護職・看護職等職種別、テーマ別、資格取得対策講座等、職員の職務や必要性に応じた研修体制を整備している。外部研修については掲示や回覧で情報提供し参加を奨励している。毎月の定期研修は全員受講できる研修体制を整備し、外部研修は受講料・交通費の支給やシフト調整・勤務扱い等、研修に参加しやすいように配慮している。</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><コメント></p> <p>初任者研修・看護師の実習・支援学校の就労評価の実習を受け入れている。養成校が作成した研修プログラムに沿って実習を行っている。実習前に打ち合わせを行い、実習生中に養成校から指導教員の来訪があり面談を行う等、連携を図っている。</p> <p>基本姿勢・指導上の留意点・実習生の留意点など、必要な内容を明示した実習生受け入れマニュアルを整備することが望まれる。</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>ホームページに、理念・基本方針、現況報告として事業報告、予算・決算、提供する福祉サービスの内容等を公開している。事業計画については、玄関に設置しており、来訪者がいつでも見ることができるよう公開している。苦情相談受付体制をホームページに公開し、内容・改善対応をホームページに公開する仕組みがある。事業所の情報を、ホームページに明示し、また、運営推進会議を活用して地域に向けて発信している。稲美園だよりを、法人外の施設、家族等に郵送で配布している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>入職時に事務・経理関係規定について必要事項を説明し、規定ファイルを各事業所に設置している。外部のコンサルタントと契約しており、必要に応じて税理士・社労士等専門職等への相談や助言を受ける仕組みがる。監事監査を決算時毎に実施している。監査結果はホームページで公開している。法人内に会計監査人を設置している。指摘事項に基づいて経営改善を実施している。</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>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・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 ・ Ⓑ ・ c
<p><コメント></p> <p>ボランティア・トライやるウィークの受け入れを行っている。受け入れ時には、注意事項を記載した文書を配布し説明している。ボランティアの受け入れ・学校教育への協力についての基本姿勢を明文化し、ボランティアの登録手続など必要な項目を記載したマニュアルを整備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>居宅介護支援事業所・訪問看護事業所など、介護サービス事業所や、行政機関・業者など、関係機関・団体のリストを作成し、事務所に設置して職員間で情報共有している。地域ネットワーク会議に参加し、共通の問題に対して協働して解決に向けて取り組んでいる。また、サービス担当者会議に参加し、地域でのネットワークに参画し利用者を支援している。</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。	Ⓐ ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事業所開催の盆踊り、園庭での花見では、地域住民との交流の機会を定期的に設けている。グループホーム主催で開催する認知症カフェへの場所の提供を行っている。家族介護教室を開催し地域へ参加を呼びかけている。町と福祉避難所として協定を結んでいる。自然災害時には各事業所が共同して地域への支援・対応を行う仕組みがある。地域の給食施設連絡会での食事の相互補給訓練に参加し、災害時の役割等について確認している。地域の清掃活動に参加している。法人として新入職員が、地域の祭りに出店して開催協力・参加し、協賛を行う等、地域の活性化や街づくりに貢献できるよう努めている。</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>施設内の在宅介護支援センターと連携して開催している介護教室を通じてし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。施設長がグループホームの運営推進会議や町の高齢者福祉審議会に参加しており、民生委員より具体的なニーズの把握に努めている。在宅介護支援センターの相談窓口と連携して多様な相談に応じる機能を有している。地域包括支援センター、社会福祉協議会、在介センター等関係機関が協力し合う認知症相談窓口連絡会、地域ネットワーク会議、二市二町連絡会等への参加を通じて福祉ニーズの把握に努めている。町の徘徊SOSネットワークへの参加、自治会の依頼によるキャラバンメイト活動等、地域貢献に関わる事業・活動を実施しているが、事業計画等に反映させるには至っていない。</p> <p>把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、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> 法人理念・基本方針、職員心得に、利用者尊重を明示し、職員間の周知を図っている。介護マニュアルに利用者尊重を明示し、個々のサービス実施に反映している。年間研修計画にもとづいて、倫理・法令順守・接遇・高齢者虐待防止・身体拘束廃止の研修を実施している。管理者層のラウンド時・デイ会議等で状況を把握し、必要時には検討や注意喚起を行い意識向上に努めている。		
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。	Ⓐ ・ b ・ c
<コメント> 法人共通の「個人情報管理規定」と「虐待防止マニュアル」を整備している。規定・マニュアルの中に、不適切な事例が発生した場合の対応方法を明示している。介護マニュアルにも、プライバシー保護について明記している。年間研修計画にもとづいて、倫理・法令遵守、高齢者虐待防止の研修を実施している。目隠しのカーテンや個室のベッドが用意され、生活の場にふさわしい快適な環境を提供している。家族が来られても、ソファが多数用意され、プライバシーを守れるよう設備等の工夫を行っている。プライバシー保護と権利擁護に関する事業所の取り組みを契約書に明示し、利用者・家族に契約時に説明している。管理者層のラウンド時・デイ会議等で状況を把握し、必要時には検討や注意喚起を行い意識向上に努めている。		
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> デイサービスのパンフレット・施設のパンフレット・広報誌等、写真・図・絵・わかりやすい説明に配慮して、利用希望者に情報提供する資料を作成している。施設の玄関に設置したり、地域の居宅介護支援事業所等に配布し、多くの人が入手できるようにしている。利用希望者には、個別に丁寧な説明を行い、見学や体験利用にも対応している。広報委員会・ホームページ委員会を設置し、情報提供について適宜見直しを行っている。		
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> サービス開始時には、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。パンフレットの写真で特徴を明示したり、別紙の「料金表」や「稲美苑デイサービスのご案内」で具体的に説明する等、利用者・家族が理解しやすいように工夫している。契約書に保証人についての条項と署名欄を設け、意思決定が困難な利用者に適正な説明と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 ・ Ⓑ ・ c
<コメント> 契約書の「契約の終了」の条項に沿って、契約終了にあたり不利益が生じないように対応している。要請があれば、説明や文書で情報提供をおこなっている。利用が終了した後も、相談員を相談担当者として設置し口頭で説明している。利用終了後の相談方法や担当者について説明を行い、内容を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><コメント></p> <p>満足に関するものを含め、利用中の会話の中で把握した利用者の声を、職員が用紙に記載してボックスで収集している。生活相談員を担当者として設置し、1か月分を集計し、デイ会議で検討し、レクリエーションや外出などに反映している。</p> <p>満足度調査や面談・聴取・懇談会等、利用者満足を把握する機会を定期的に設けることが望まれる。</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・第三者委員を設置し、苦情解決の体制が整備されている。掲示・規程の設置・重要事項説明書への記載・玄関に意見箱を設置する等、苦情が申し出やすい工夫を行っている。施設で統一した「相談・苦情申立書兼内容記録票」に、内容・対応・対応結果を、申立者へのフィードバックは対応結果に記録する書式がある。苦情が発生すれば、管理者層で迅速に対応し、申し送り・申し送りノートで職員に周知し、デイ会議で再度検討する仕組みがある。苦情内容及び解決結果等は、申立者に配慮したうえで、事業報告等に公表する仕組みがある。</p> <p>掲示物や利用者への配布資料に、苦情解決の仕組みをわかりやすく説明する工夫が望まれる。</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><コメント></p> <p>会議室や個室が用意されている。デイカウンターや多数のソファも用意されている。</p> <p>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><コメント></p> <p>職員は、日々の会話の中で利用者の意見・要望の傾聴に努め、把握した内容を記録してBOXに入れ対応する仕組みがある。申し送りノート・個人記録で共有して実施したり、デイ会議で検討する等、内容に応じた対応を行っている。個人的な意見・要望については迅速に個別対応を行っている。行事・外出についての意見・要望は、サービスに反映している。相談があれば、申し送りノート・個人記録に記録し、内容に応じて「相談・苦情申立書兼内容記録票」に記録する仕組みがある。</p> <p>「相談・意見対応マニュアル」の整備と、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><コメント></p> <p>「安全衛生委員会」委員会を設置し、リスクマネジメント全般について検討している。ヒヤリハットカード・事故報告書を整備し、積極的に事例の収集に努めている。収集した事例は、月ごとに事故集計表に入力し、個人・日・曜日・時間・場所別に集計し分析できるシステムがある。分析結果を安全衛生委員会・責任者会議で報告し、改善策・再発防止策の検討している。議事録の回覧により周知し、内容に応じてデイ会議でも検討し取り組んでいる。年間研修計画に沿って、安全衛生方針・安全管理の基礎（事故・ヒヤリハット等）について研修を実施している。事故発生時の対応についてのマニュアルやフローチャートを作成し、手順や責任体制を明確にし、職員に周知することが望まれる。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><コメント></p> <p>「感染症委員会」を設置し、「感染症対応マニュアル」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回盛り込み実施している。手洗い・うがいの徹底、クリPPERで精製した我電創水による消毒、加湿器の設置等、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送迎時に検温を行い発熱の有無を確認する、吐物処理を適切に行う等、看護師の指示をもとに、適切な対応を行っている。 マニュアルを定期的に見直し、マニュアル履歴を記載することが望まれる。</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 行っている。	(a) ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設の「消防計画」に、災害時の対応体制を明示している。町発行のハザードマップで災害の影響を把握し、消防計画には、火災だけでなく自然災害についての対応も明示している。建物の耐震性について検証し、備蓄等災害に備えた対策を行っている。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、職員については連絡訓練を実施している。施設合同で年の3回災害訓練を行い、デイサービスは総合訓練1回・消火訓練1回に参加している。食料備蓄は、管理栄養士により管理され、「非常食保管状況」にリスト化している。「給食に関する災害対策マニュアル」が整備され、非常時の献立表も作成されている。投光器や水槽・トイレ・テント等、消防計画の中に明記され、用意されている。</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、一日の流れ・一か月の流れを明示し、標準的な実施方法を文書化している。各種介護手順については、書籍をマニュアルとし基準を定めている。法人で実施する新人研修の受講後、事業所で業務マニュアルに沿って個別に指導を行っている。人事考課の評価シートの中で、職務知識の評価の際に知識・技術を評価している。基準をもとに、必要に応じて、事業所の現状に即した手順をマニュアルにまとめることが望まれる。新人研修の内容を明確にし、チェック表や報告書で実施を記録する仕組みづくりが望まれる。</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>ケア係を設置し、個別のサービス内容や職員の意見から標準的な実施方法を見直す仕組みがある。業務マニュアル・介護マニュアルを定期的に検証し、見直すことが望まれる。ケア係が随時見直した内容もマニュアルに追記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>通所介護計画書の策定責任者を生活相談員としている。「デイサービス 面接書」に、ADL・意思疎通・周辺症状等に対する評価、医療管理、希望・意向・生活歴・趣味・送迎に関する特記事項を記載し、アセスメントに活用している。サービス担当者会議に出席し情報収集・課題抽出を行い、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。支援困難ケースについては、介護支援専門員と連携して対応し、経過を申し送りノート・個人記録に記録するようにしている。通所介護計画書を見直す際に評価を行い記載しているが、計画通りの実施状況を確認する仕組みづくりが望まれる。また、定期的な再アセスメントの実施を期待する。</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、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を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。変更した内容については、申し送りと申し送りノートで共有している。</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>「デイサービスセンター 面接書」のチェック欄や特記事項欄で、身体状況・生活状況等を把握し記録している。計画書のサービス内容と各種チェック表が連動し、チェックできる仕組みとなっており、連絡帳にも転記している。連絡帳・個人記録は書き方等に差異が生じにくい書式となっており、管理者層が確認し不備等があれば、個別に指導を行っている。申し送りノート、議事録の回覧により情報共有を図っている。デイ会議・デイ正職会議・各種委員会・各種係会議等、定期的な会議を開催している。パソコンに共有ホルダーがあり、職員がデーター等を共有できる仕組みがある。</p> <p>チェック表に連動している以外のサービス内容については個人記録に記録する仕組みづくりが望まれる。</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に、記録の保管・保存・廃棄・開示に関する規定を定め、不適正な利用や漏えいに対する対応が明記されている。記録管理の責任者を、生活相談員としている。入職時の研修で個人情報保護について説明し、守秘義務についての誓約書を交わしている。契約時に、個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明し同意を得ている。</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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

<p>「デイサービスセンター 面接書」のチェック欄や特記事項欄で、身体状況・生活状況・意向等を把握している。利用者個々に応じた通所介護計画書を作成し、定期的に評価して見直す取り組みを継続している。計画書の「具体的な対応・留意点」に、各サービス内容について自立に配慮した支援を明記している。習字・カラオケ・制作・体操・リハビリ・散歩・園芸等、複数のメニューを用意し、自立・活動参加への動機づけを行っている。歌や踊り等イベントや入浴後の整容等のボランティアの来訪がある。夏祭り・喫茶には、家族・地域住民の参加や利用がある。買い物ツアー・ドライブ・喫茶店の利用等、地域参加も支援している。</p> <p>「面接書」の「行動等」欄と「特記事項」欄でコミュニケーション能力と留意点を把握し、内容に応じて通所介護計画・ケアに反映している。配慮が必要な利用者については、文字盤・ホワイトボード・カードの使用、筆談等、利用者個々に応じたコミュニケーション方法を工夫している。「接遇・コンプライアンス」研修の中で、言葉使いや接遇について研修を実施している。朝の挨拶と声かけの徹底、昼食時の会話、朝レクでのインタビューなど、利用者が話しやすい関係づくり環境づくりに取り組んでいる。</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。	Ⓐ ・ 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

通所介護計画書に基いて、個々に合わせた入浴形態・介助方法で支援し、業務日誌・利用者手帳に記録している。脱衣室にプライベートカーテンを設置し、プライバシーに配慮している。入浴を拒否される場合は、順番や時間帯を変えて声掛けしたり、シャワーや清拭・着替えのみの対応も行っている。入浴前には、湯温や備品を確認し、エアコンで室温管理を行っている。整容スペースで、各利用者が水分摂取やスキンケア・化粧等（ボランティアあり）を行い、必要に応じて声掛けや介助している。入浴の可否の判断基準が「稲美苑デイサービスセンターご案内」の中に、入浴条件で明記され、入浴中止者へは清拭等対応されている。安全に入浴できるように、利用者の状態や介助方法は、詳細に申し送っている。浴槽は、機械浴・一般浴・個浴（檜風呂2台）が用意されている。シャワーチェアやストレッチャー・スライドチェア等、状態に合わせた機器が用意されている。脱衣室や浴室に3～4名の職員を配置し、安全のための見守りを行っている。心身の状態に応じて先に誘導したり、感染症のある方は最後にお湯を入れ替えて実施する等、職員と連携しながら実施している。必要に応じて、家族に入浴介助についての情報提供を行い、介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。

通所介護計画書に基づき、個々に合わせた介助の方法を工夫し、排泄チェックリストに記載している。トイレのドアの開閉や着脱等、声掛けや一部介助しながら、自立に向けた働きかけを行っている。排泄状況は排泄チェックリストに記録している。定時的ではなく、本人のペースに合わせた誘導・声かけを行い、排泄中はトイレ外で待機し、コールがあれば介助する等、本人のペースに合わせた、迅速な対応に努めている。トイレは毎朝、また、汚れた際には速やかに清掃し、消臭スプレーも常備し、清潔や臭いに配慮している。トイレ内はエアコンで温度調整し、便座には保温機能がついている。安全な利用のため、手すりやコールの設置がされ、シルバーカーや車いすにも対応している。排泄用品は基本的には各自で持参され、必要時に提供できるように個々に適したものを用意している。排泄介助時には、褥瘡や傷等を確認している。家族から自宅での排泄についての情報を把握し、必要に応じてデイサービスでの介助方法や排泄用品等について情報提供している。介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。

車いすから椅子へ移譲する際、声掛けや一部介助を行い、安全で自立に向けた働きかけを行っている。車いすやシルバーカー等使用している福祉用具について、利用者の心身に会っているかを確認し、必要があれば介護支援専門員に報告している。事業所の福祉用具については、運転者により点検・修理等を行っている。ゆったりと広いスペースがあり、車いすが安全に通れるようにテーブルの配置などに留意している。トイレや洗面場が込み合う際には、利用者が安全に移動できるように、職員が連携して対応している。車いす・シルバーカー・歩行器・杖等、利用者の心身の状態に合わせた福祉用具を準備している。送迎についての個別の留意点を、「面接書」の「特記事項」欄に詳細を記録している。「送迎表」に転記し、日々の送迎時の配慮に反映している。必要に応じて、家族に移動・移乗介助についての情報提供を行い、介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。

事業所の福祉用具について点検表等を作成し、点検・修理等の実施と結果を記録することが望まれる。

介護マニュアルに「褥瘡予防と処置」の項目がある。年間研修計画に、「褥瘡」の研修の機会が設けられている。シーティングやスライドシート使用の研修を行い、褥瘡の発生が予測される場合には、通所介護計画に体位交換や処置等を挙げて支援している。軟膏の塗布等の処置が必要であれば、看護師が入浴後に行っている。家庭での褥瘡予防については、訪問看護とも連携をとりながら、必要に応じて家族に情報提供を行い、介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。

事業所としてのマニュアルの作成が望まれる。

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。	○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

嗜好調査（料理のお好みについて）を実施し、献立に反映している。アレルギーや嗜好に応じて、別メニューで対応している。季節に合わせた献立、食材の使用等を工夫している。料理や季節に合わせた食器を使用し、ミキサー食の表面に模様を描く等、見た目にも工夫を加えている。隣接する厨房から直接提供し、ご飯やみそ汁は配膳の都度提供し、適温に配慮している。利用者個々に好みの席に着き、職員も同席して、会話をしながら和やかな雰囲気の中で食事を楽しめる環境である。

ミキサー食・キザミ食・ミジン等、利用者の嚥下能力に合わせた食事形状を工夫して提供している。必要時の声かけ・一部介助・自助具の使用等により、自立支援に努めている。同じペースで食べられる利用者が同じテーブルに同席できるよう配慮している。嚥下しやすいように、クッションや足台等使用し姿勢に配慮している。経管栄養の方へは、ギャッジアップ座位・横向き・声かけ等確認しながら実施している。食事量を把握し、利用者手帳で家族にも報告している。水分摂取量の把握は、水分制限者等必要に応じて個別に対応している。栄養士・看護師と連携し、利用者の状況に合わせた形態で食事を提供し、経口での食事摂取が継続できるように取り組んでいる。家族から自宅での食事についての情報を把握し、必要に応じて、デイサービスでの食事提供や介助方法等について情報提供している。介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。

食事中の事故については研修で学ぶ機会を設けているが、看護師と連携した対応方法等をフローチャート等にわかりやすく明示し周知することが望まれる。

口腔ケアに課題があれば、居宅サービス計画をもとに通所介護計画に盛り込み、実施・評価・見直しを行う仕組みがある。食事前に全員で、パタカラや舌の運動等口腔体操を実施している。昼食後には口腔ケアを行い、業務日誌に実施をチェックしている。必要に応じて、家族に口腔ケア・口腔状態についての情報提供を行い、介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。アセスメントに活用している「面接書」に口腔ケアの自立度や口腔状態の項目を設け、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。	(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

<p>「面接書」の「ADL」「行動等」の項目で、利用者の日常生活能力、残存機能を把握・評価している。周辺症状を呈する利用者については、居宅サービス計画書をもとに通所介護計画に盛り込み、具体的な支援方法を「具体的な対応・留意点」に明示している。状態や対応については、申し送りノートで共有し、個人記録に記録している。利用者の生活歴や好みを反映し、巡回・畑作業・洗濯物たたみ等、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、ユマニチュード等を取り上げ、「認知症研修」を設定している。介護支援専門員を通して、医師からの情報提供や助言を受けている。利用者個々の症状に合わせて、脳トレ・カラオケ・書道・制作・畑作業・体操等、個人やグループで活動できるように工夫している。認知症カフェ・介護教室等について、案内の資料を配布し社会資源を家族に紹介している。利用者手帳で、家族と情報交換を行い、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、家族に認知症ケアについての情報提供を行い、介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。</p> <p>他者との関わりが難しい利用者は、園庭に出たり、多数のソファの中から静かな場所を選んで会話する等、職員が個別に対応している。ホール内を自由に移動し、エレベーターも特養との連絡動線で、自由に使用できるようになっている。玄関はボタン式、園庭へのドアはベルを付け、職員が付き添って対応している。危険物は事務所や詰め所に保管・管理し、テーブル上や手の届く場所は整理整頓し、安全な環境整備に努めている。浴室・トイレ・カラオケルーム等、わかりやすく工夫して表示している。</p>

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

<p>理学療法士を配置し、ニーズに応じて「個別機能訓練計画書」を作成し、日々の実施状況は「利用者モニタリングシート」に記録し、利用者手帳にも記録し家族に報告している。定められた期間で評価を行い、計画書の評価欄に記録し、計画の見直しを行う仕組みある。生活動作の中でも残存機能を活かした自立支援を通所介護計画に盛り込んでいる。平行棒や階段を自由に使えるように設置したり、畑での作業や散歩、日に数回の体操等、利用者が主体的に活動できるように工夫している。利用者の状況に応じて、理学療法士・看護師等専門職の助言・指導を受けている。認知症状の早期発見に努め、介護支援専門員に報告し医療機関等につないでいる。</p>
--

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

来所時にバイタルチェックを行い、終了時にも観察し、利用者の体調変化に早く気づくための工夫を行っている。バイタルチェックは、必要に応じて、利用中・終了時に再検を行っている。体調変化に気づいた場合は、介護支援専門員と家族に連絡し、医療機関につないでいる。高齢者の病気や薬については、看護師が作成した資料の回覧研修により周知を図っている。利用者個別に、服薬の有無・来所時の持参確認・服薬確認、空袋の確認をチェックし、服薬が確実に行われるようにしている。健康状態は、利用者手帳、個人記録の「介護員記録・ケア記録」「看護記録・処置等」欄に記録している。迎える時に、その日の体調について、口頭や利用者手帳への記載で家族から情報を得ている。
 体調変化時の対応・緊急時対応について研修の実施が望まれる。

「感染症マニュアル」「食中毒マニュアル」を整備し、マニュアルを資料とし研修を実施している。インフルエンザ流行期には、利用者・職員が同じ書式で体調をチェックしている。法人の「感染症対策マニュアル」に職員・職員家族がインフルエンザにかかった場合の対応方法を文書化している。予防接種について、法人が費用負担を支援している。クリッパー器（空気清浄機・加湿器）が設置されている。食事やトイレ後には、手指消毒剤が用意されている。玄関や受付・喫茶店に、手指消毒剤を設置し、使用を呼びかけている。

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・設備の点検を業者に依頼して定期的実施し、快適性・安全確保に取り組んでいる。多数のソファ・和室・喫茶スペース・ドリンクの自動販売機等、思い思いに快適に過ごせるよう配慮されている。個室ベッド・ソファ・マッサージチェア等、休息に適した環境の配慮がなされている。園庭や畑等、屋外でも過ごせる環境がある。
 備品については毎日夕方に点検し、不備があれば営繕に修理依頼書を提出する仕組みがあるが、点検項目を明示したチェック表の作成が望まれる。

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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

利用者の状況は、毎回利用者手帳と送迎時に報告している。内容に応じて、生活相談員や看護師が電話で報告を行っている。通所介護計画の見直し時には、サービスの説明や要望の把握を行っている。送迎時に相談を受け、内容に応じては、改めて訪問して相談を受けるようにしている。内容は、申し送りノートと個人記録に記録している。家族の状況や希望に応じて、メールを利用したり、家族あての文書をポストイングする等、家族に確実に伝達できるように伝達方法を工夫している。送迎時に家族の様子・表情・利用者への対応等に気を配り、必要に応じて介護支援専門員に連絡している。必要に応じて、家族から自宅での介護状況についての情報を把握し、デイサービスでの介助方法等について情報提供している。介護支援専門員に報告し、個人記録に記録している。
認知症カフェや介護教室開催の案内等、必要な情報を提供するようにしている。

A-9 サービスの適切な実施

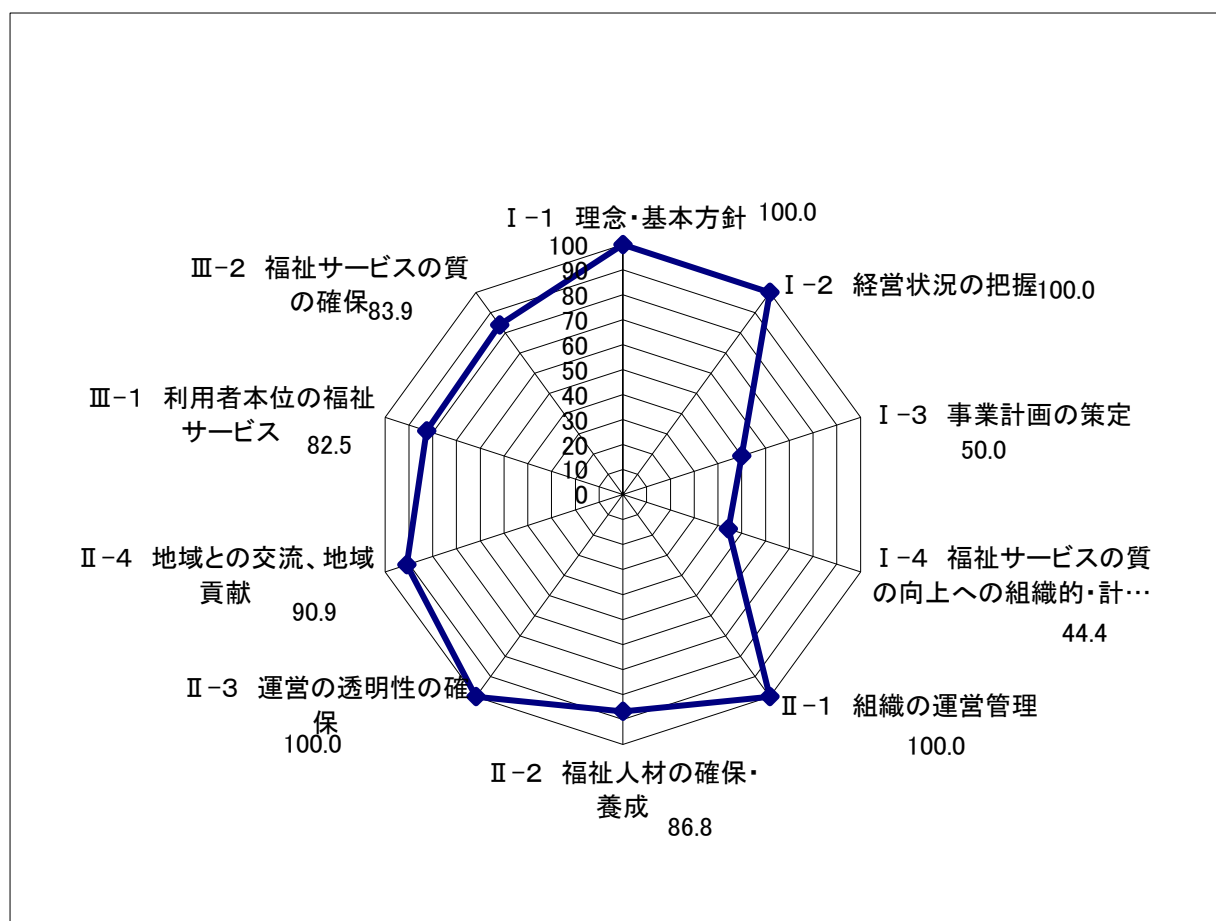
	第三者評価結果
A-9-① サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

居宅サービス計画書をもとに通所介護計画書を作成し、「サービス内容」「具体的な対応・留意点」欄に個別具体的なサービス内容やサービス方法を明記している。ケア係が中心になり利用者個々の現状に即した具体的な方法を検討し支援につなげる仕組みがある。

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	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	38	33	86.8
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	22	20	90.9
III-1 利用者本位の福祉サービス	63	52	82.5
III-2 福祉サービスの質の確保	31	26	83.9



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	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	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

A 達成度

