

第三者評価結果

①第三者評価機関名

評価機関認定番号 石川県06-006
有限会社 エイ・ワイ・エイ研究所

②事業者情報

名称： 福寿園デイサービスセンター	種別： 通所介護
代表者氏名： 理事長 村井 喜美雄	定員(利用人数)： 35 名
所在地： 白山市山鳥台4丁目100番地	

③総評

◇特に評価の高い点

■「サービスの質の向上」「地域福祉の活性化」「職員育成」等の項目を柱とした4ケ年の中・長期計画が策定されている。又、中・長期計画の内容を踏まえ、当該年度の重点目標や実行可能な数値目標を明示した単年度事業計画が作成されている。各計画は年度当初に全職員に周知され、実践状況(稼働率・収支報告含む)についても職員への周知が図られている。

■中・長期計画に「職員育成」の項目を設け、キャリアパスの構築や職務能力の開発を明示している。質の高いサービスの提供を目指し、職員研修予定表に基づいた研修が実施されている。施設外研修は職員個々の希望や知識・技術の習熟度、職務遂行に必要なものを計画的に受講させている。併設特養と合同の施設内研修の他に、デイサービス独自の勉強会も実施しており、職員の質の向上について継続的な取り組みを実施している。

■法人のホームページを作成・公開し、利用希望者へ必要な情報を提供している。サービス内容や料金表だけでなく、季節毎の広報誌も紹介されており、充実した内容となっている。又、希望者に対し、無料体験サービス(1回)を実施する等、サービス利用時への配慮を十分に行っている。

◇改善を求められる点

■単年度事業計画や当該年度基本方針を利用者や家族へ分かりやすく説明する為の取り組み(広報誌への掲載、資料を作成し説明する機会の確保等)を期待する。

■今後、民生委員等との定期的な会議を開催する等、より積極的な地域ニーズの把握に取り組み、得られたニーズに対する具体的な事業活動を推進されることを期待する。

■他の事業所への移行(特養への入所等)について、必要な情報は随時提供しているが、その際の明確な手順等は定められていない。今後、サービス移行時の引き継ぎ手順の明確化やサービス終了後の相談窓口、相談受付担当者を家族に文書で渡す等、サービスの継続性への配慮を期待する。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

地域に向けての発信やアピールが必要である事、より利用者の意向、希望を把握できるよう利用者会や家族会、民生委員等との関係が必要である事が確認できました。不足している点や他のいろいろ取り組むべき課題が明確になりました。第三者評価を受けて、今後は一年毎に見直しを行い、改善に取り組んでいきたいと思っております。

⑤評価細目の第三者評価結果(別添)

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

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	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている			
①	理念が明文化されている	a	「福祉の心を社会のために／私たちは施設を利用される方の個人の尊厳を保持し、日々充実した生活を送られるよう支援します」という理念が、施設パンフレット、広報誌、法人ホームページ、職員名札に明文化されている。 理念に基づいた当該年度の基本方針を事業計画に反映している。法人理念の下、「ケアの質の向上」「地域ニーズに適應した在宅介護サービスの提供」「地域との共生」等、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a	
I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている			
①	理念や基本方針が職員に周知されている	a	併設特養の施設長が年度当初の職員全体会議で、理念や当該年度の基本方針を具体的に説明している。理念や基本方針は事業所内の掲示や全職員への文書での配布により周知徹底されている。 パンフレットや重要事項説明書、法人ホームページに理念や基本方針を明示している。又、毎月発行している福寿園デイ便りにも明示されている。今後は利用者や家族が集まった場で理念や基本方針について説明する機会を設ける等、より積極的に周知する取り組みを期待する。
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	b	

I-2 計画の策定

		第三者評価	コメント
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている			
①	中・長期計画が策定されている	a	「サービスの質の向上」「地域福祉の活性化」「職員育成」「組織体制の確立」等の項目を柱とし、具体的な目標を掲げた4ヶ年の中・長期計画が策定されている。 中・長期計画の内容を踏まえた単年度の事業計画を策定している。単年度事業計画は当該年度の重点目標や実行可能な数値目標(平均利用者目標数等)を明記した具体的な内容になっている。
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a	
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている			
①	事業計画の策定が組織的に行われている	a	デイサービス部門内で職員と意見交換の機会を設け、意見や提案、実行可能な具体的数値目標を検討した後に、事業計画案を策定している。事業計画案の確定、事業計画の実施状況・見直しについては、併設特養等と合同の代表者会議内で検討されている。 当該年度の重点事項や重点目標を明記した事業計画は、年度当初の職員全体会議で資料を配布・説明し、職員に周知されている。事業計画の進捗状況については、管理運営会議や代表者会議内で検討され、議事録やミーティングを通じ、職員に周知されている。又、稼働率や収支報告も含まれた業務実施報告書を毎月全職員に配布している。 今後、事業計画を利用者や家族へ分かりやすく説明する為の取り組み(広報誌への掲載、資料を作成し説明する機会の確保等)を期待する。
②	事業計画が職員に周知されている	a	
②	事業計画が利用者に周知されている	c	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている			
①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している	a	分掌業務分担表に、管理者の「役割と責任」が明文化されている。又、災害時応急対策組織行動表に、有事における「役割と責任」が明示されている。今後は施設の広報誌や福寿園デイ便り等に、積極的に自らの「役割」等について表明されることを期待する。 管理者は幅広い研修会や勉強会に積極的に参加しており、遵守すべき法令全般についての理解を深めるよう取り組んでいる。業務に必要な関係法令はリスト化されている。又、代表者会議や職員全体会議等で福祉施設職員が遵守すべき法令について、周知を図っている。
②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている	a	
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている			
①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している	a	管理者は毎日の朝・夕のミーティングで職員から意見・提案を汲み取る機会を設け、共にサービスの質の向上にむけて取り組んでいる。又、利用者満足度調査等から得られた要望等について具体的な対策を立案し、改善を図っている。ベッドの増設や運動機器の購入、認知症ケアの充実や介護業務の改善等、ハード・ソフト両面での質の向上に取り組んでいる。 法人内のデイ部門管理者による所長会議や併設施設との代表者会議に参加し、経営や業務の効率化についての検討を行っている。デイサービスの入浴時はレンタル品のタオルを使用することで、業務の効率化を図る等、様々な改善策を実行している。又、希望休の受付や職員が腰痛等の場合は負担の少ない業務に従事させる等、職員が働きやすい環境作りにも尽力している。
②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している	a	

評価対象 II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

		第三者評価	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している			
①	事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている	a	行政からの通知情報、労協協便り、WAM-NET等から、日々変化する社会福祉事業全体の動向の把握に努めている。又、地域包括支援センターや法人の居宅介護支援事業所等から地域の福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関する情報を収集している。把握された情報を分析し、地域ニーズに適應した在宅サービスの充実については、当該年度運営方針や単年度事業計画に反映させている。 代表者会議内で、利用者の推移や稼働率・サービスに関するコストの分析・検討を行っている。改善すべき点は中・長期計画、事業計画に反映させている。法人の経営状況や財政的な収支を職員全体会議で全職員に周知している。 現在は外部監査や公認会計士による指導は実施されていない。
②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている	a	
③	外部監査が実施されている	c	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-2 人材の確保・養成

		第三者評価	コメント
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている			
① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している	a	法人本部が計画的な人材の確保や人事管理を行っている。法人として職務遂行に必要な資格取得を積極的に奨励しており、介護福祉士等の資格を取得した時点で正職員に格付けする等の待遇改善を図っている。職員資格等級規程に基づき、職務遂行能力と責任を考慮した、等級格付けが明確なものとなっている。	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a	平成16年から、人事考課を導入しており、人事考課規程も整備されている。人材育成の為、自己の業務目標や自己啓発を記載したステップアップシートを用い、職員自身の振り返りも行われている。評価結果は職員にフィードバックされており、客観的な人事考課が実施されている。	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている			
① 職員の勤務体制が確保されている ② 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている	a	職員の勤務体制は確保されている。管理者が職員の就業状況(有給休暇の消化率、時間外労働データ等)を分析している。職員の希望や健康面の状態を踏まえ、必要時は配置転換や勤務割変更等、具体的な改善を図っている。職員が自由に管理者に相談できる雰囲気作りに努め、定期的・随時の個人面談を実施している。職員のメンタルヘルス対策として「こころの相談ダイヤル」を周知している。	
③ 職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる	a	法人から職員互助会組織に助成金を支給し、福利厚生事業を充実させている。職員間の交流を深める為に複数のプラン(食事会、慰安旅行等)が準備されている。慶弔時や災害時には、慶弔金が支給されている。	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている			
① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	a	中・長期計画に「職員育成」の項目を設け、キャリアパスの構築や職務能力の開発等が明示されている。又、単年度基本方針内に組織が職員に求める基本的姿勢や意識を明示している。	
② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている	a	質の高いサービスの提供を目指し、職員研修予定表に基づいた研修を実施している。施設外研修は職員個々の希望や知識・技術の習熟度、職務遂行に必要なものを計画的に受講させている。併設の特養と合同の施設内研修の他に、デイサービス独自の勉強会も実施している。	
③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている	a	研修を終了した職員は研修報告書を提出している。報告書は管理者が分析・評価し、アドバイスやコメントを職員へフィードバックしている。又、外部研修を終了した職員が施設内研修で発表する機会を設けている。現在も管理者が職員の理解度等を分析・把握している。	
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている			
① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備し、積極的な取り組みを行っている	a	実習生の受け入れを円滑かつ効率的に実施する為、実習生受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢や手順等を明示している。実習担当者は指導者養成研修を受講している。学校側の実習要綱に基づいたプログラムを整備し、大学生や専門学校生、ヘルパー2級受講生の実習を受け入れている。今後必要に応じ、デイサービスにおいても、社会福祉士や介護福祉士等の種別に配慮したプログラムの作成を期待する。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-3 安全管理

		第三者評価	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている			
① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	職員が参画する利用者の安全確保を目的とした各委員会(介護事故防止、感染対策、保健安全衛生等)で、具体的な対応策について検討している。介護事故防止、事故発生時の緊急対応、感染症対策等の各マニュアルが整備されている。各マニュアルは毎年度末に見直しや妥当性の検証が行われている。施設内での緊急時対応研修(AEDの使用方法や救急救命講習等)や感染防止研修(インフルエンザやノロウイルス等)を通して、各対応策が職員へ周知されている。	
② 災害時の利用者の安全確保のための体制が整備されている	a	非常災害時(火災・地震・水害)対応マニュアルや災害対策組織系統図が整備されている。防災委員会を中心に、災害の未然防止対策やマニュアルの見直しが検討されている。災害発生を想定し、併設特養と合同の避難訓練を年2回、消火訓練を年1回、通報訓練を年6回実施している。訓練時は消防職員や、地域の消防団の協力が得られている。災害備品リストも整備されており、食料や備品等が確保されている。	
③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	a	事故防止委員会を毎月開催し、ヒヤリハット・事故報告書の集計・分析・再発防止策を検討している。又、再発防止策実施後の評価も行われている。職員全体会議で、過去の事例を参考にした事故防止研修を実施している。冬季にはインフルエンザやノロウイルスの全国的・地域の発生状況等の情報を職員全体会議で周知している。特にノロウイルスについては、具体的な対応実技講習会を実施し、対応への強化が図られている。	

II-4 地域との交流と連携

		第三者評価	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている			
① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	b	地域交流の推進については、当該年度の運営方針に明文化されている。又、併設特養との合同行事(夏祭り等)に地域住民を招待している。地域の文化祭や菊花展の見学時の援助を行っている。又、定期的ではあるが、利用者の買い物ドライブ援助も行っている。今後、押し花・茶道クラブ等へ、地域の回覧板等を利用し、近隣住民を招待する等、より地域との日常的な交流が推進されることを期待する。	
② 事業所が有する機能を地域に還元している	a	地域の公民館等に出張し、認知症予防の講習会を実施したり、介護予防に関する寸劇を披露する等、事業所が持つ機能を地域社会に還元している。又、地域の公民館に季節毎の広報誌等を配布している。	
③ ボランティア受け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	ボランティア受け入れマニュアルに、基本姿勢を明文化している。併設特養と共に、慰問他、様々なボランティアを積極的に受け入れていることが、ボランティア活動予定表、ボランティア活動記録票から確認できた。	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている			
① 必要な社会資源を明確にしている	a	地域の社会資源(医療機関、福祉施設、公共機関、各制度等)が掲載されている「福祉マップ」を活用し、職員への周知を図っている。	
② 関係機関等との連携が適切に行われている	b	地域の居宅介護支援事業所とは日常的な連携を図っている。法人全体として、地域との関係機関・団体機関とのネットワーク化に取り組んでいる。今後、デイ担当者についても、より地域とのネットワーク化に繋がる活動を推進されることを期待する。	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている		
① 地域の福祉ニーズを把握している	b	併設の居宅介護支援事業所の機能を活かし、地域の福祉ニーズの把握に努めている。又、法人内の他のサービス事業者や地域の関係機関との連携を図っている。今後、民生委員等との定期的な会議を開催する等、より積極的に地域ニーズの把握をされることを期待する。
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	b	地域のニーズに適応した在宅介護サービスの充実については、目標として当該年度の運営方針に明示されている。今後、積極的に地域の福祉ニーズの把握や、得られたニーズに対する具体的な事業活動を推進されることを期待する。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-5 事業所及び職員の倫理

		第三者評価	コメント
II-5-(1) 倫理構築の取り組みを行っている			
① 守るべき倫理・法令が周知されている	a	職員が守るべき倫理を就業規則や倫理規程に明示している。倫理・法令遵守の研修(新人は採用時、現任者は職員全体会議時)を実施し、周知が図られている。	
② 事業運営の透明性が確保されている	a	事業運営の透明性を確保する為、法人全体の財務諸表(収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表)をホームページで公開している。	

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	コメント
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている			
① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取り組みを行っている	a	利用者の尊厳や人権の尊重を重視したサービスの提供については、理念、基本方針、各マニュアル内に明文化されている。毎年、職員全体会議で利用者の尊厳、基本的人権への配慮、身体拘束廃止、高齢者虐待防止研修を実施し、理解を深める取り組みを継続的に行っている。	
② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している	a	プライバシーへの配慮については、介護マニュアルの中で具体的に明示されている。特に入浴や排泄時のプライバシーに配慮した応接対応に努めている。又、個人情報保護に関する諸規程も整備されている。	
③ 認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取り組みを行っている	a	認知症ケアマニュアルを整備し、法人内で認知症ケアに関する専門的な研修を実施している。又、認知症に関する外部研修にも参加し、伝達講習や報告書の回覧で研修内容の周知が図られている。	
III-1-(2) 福祉サービスが適切に実施されている			
① 計画的な機能訓練を行っている	a	利用者やケアマネージャーの要望に基づき、必要な方には機能訓練を実施している。利用者の身体状況に応じた個別的な計画の下での訓練が実施され、記録も整備されている。	
② 介護サービスを適切に実施している	a	入浴や排泄介助に関する具体的なマニュアルが整備され、マニュアルに基づいたサービスを提供している。介護マニュアルは毎年、内容の点検・見直しを実施されている。食事は利用者個々の嗜好が反映されている。又、口腔機能向上の為に、昼食前の口腔体操、必要な方には昼食後の口腔ケアが実施されている。今後、必要があれば利用者の栄養改善に関する支援を実施されることを期待する。	
③ 健康管理サービスを適切に実施している	a	健康管理マニュアルに基づき、バイタルチェックが実施されている。バイタル等の状況により、入浴の有無や内容変更(静養、清拭等)についても適切に実施し、記録されている。又、健康状態に問題があると判断された場合は、家族・ケアマネージャー・主治医等に連絡をとり、病院受診して頂く体制も整備されている。	
④ 送迎を適切に実施している	a	送迎についてのマニュアルと利用者個々の状況に応じた注意事項を整備し、ルールに基づいた安全な送迎を実施している。注意事項については、毎朝の送迎前に職員間で再確認を行っている。	

⑤ レクリエーションを適切に実施している	a	年間のレクリエーションに関する計画を立案し、福寿園デイ便り等で利用者・家族へ案内している。又、利用者毎の趣味・希望に応じた個別的なレクリエーション(押し花、塗り絵、漢字・計算問題、パズル等)も実施されている。
⑥ 施設、設備等の安全性・利便性等への配慮を行っている	a	施設内は利用者の安全に配慮され、バリアフリーの構造となっている。危険箇所は早急に、又、老朽化している箇所は計画的な修繕が実施されている。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

		第三者評価	コメント
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている			
① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている		b	利用者・家族の要望を踏まえ、サービス担当者会議を開催している。又、サービスの質の上向上を目的として、利用者満足度調査を毎年実施している。結果についてはデイ会議内で分析や検討を行っている。より外出を増やす機会を設ける等、具体的な対策を講じている。今後、より利用者の意向、希望等を把握できるよう、利用者会・家族会等の開催へ向けての取り組みを実施されることを期待する。
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			
① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している		a	重要事項説明書に相談・要望・苦情等対応窓口を明記している。又、事業所内にも窓口を掲示している。普段の送迎時に、気軽な意見交換を図っている。併設の居宅介護支援センターでゆっくりと相談できる環境も整備されている。
② 苦情解決の仕組みが確立され、十分に周知・機能している		a	法人で苦情解決の実施規程を作成し、苦情解決の体制を明文化している。又、相談苦情マニュアルを整備し、利用者・家族から苦情があった場合は、内容を調査・分析し、過程や改善結果を説明・報告している。苦情解決の責任者・受付担当者・第三者委員を明記したポスターを施設内に掲示し、周知を図っている。
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している		b	利用者・家族の意見や要望等については、迅速にサービスに反映するよう努めている。今後は利用者等の気軽な意見や要望に対する記録の方法や対応策の検討、報告等についてのマニュアルの整備を期待する。
Ⅲ-1-(5) 入所者の家族との連携・交流が図られている			
① 利用者の家族等との連携、交流を行っている		a	連絡帳での情報交換を希望される家族とは、連絡帳を用いての連携を図っている。又、担当者会議で、家族と十分な意見交換を図っている。センターからのお願いや行事案内が掲載された福寿園デイ便りを毎月発行し、行事(花見、夏祭り等)への参加協力を依頼している。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に受けた取り組みが組織的に行われている			
①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している	a	第三者評価を定期的に受審しており、受審のない年度についても、第三者評価調査票に基づいた自己評価を実施している。自己評価や第三者評価の結果については代表者会議や各委員会で検討される体制が整備されている。
②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	自己評価及び第三者評価の結果から、取り組むべき課題を明らかにし、代表者会議や所長会議内で改善策や改善計画を立案している。評価結果や課題については職員全体会議での周知が図られている。今後は職員参画のもとでの改善計画の策定や改善に取り組む体制づくりを期待する。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している			
①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている	b	サービスの標準的な実施方法は、介護マニュアルに明示されている。マニュアルは職員がいつでも閲覧できるようになっている。又、毎日の朝・夕のミーティングを通じ、具体的な業務の実施についての周知が図られている。新入職員については3ヶ月後、6ヶ月後にサービスの習熟度についての確認を行っている。今後は、現任者についても標準的なサービスがマニュアル通りに実施されているかを定期的に確認する仕組み(自己チェック等)を作成されることを期待する。
②	標準的な実施方法について見直しする仕組みが確立している	a	毎年度末に職員全員の参画の下、各マニュアルの見直しや妥当性についての検討が実施されている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている			
①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている	a	通所介護計画に基づいたサービスの実施状況や職員がサービス提供時に気付いた事等が個別のケース記録に記入されている。新人研修の中で記録に関する指導を行っている。又、職員により内容にバラツキが生じないよう、統一した簡素化記録方法を導入している。
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	デイサービスセンター管理規程に記録管理責任者や記録の保管、保存、破棄に関する事項が明示されている。個人情報保護、情報開示規程も整備されている。又、職員全体会議で個人情報に関する基本方針や取り扱いに関する研修を実施し、職員への周知が図られている。
③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している	a	毎日の朝・夕の申し送りで利用者の状況等に関する情報共有化が図られている。組織における情報(代表者会議録や委員会会議録)は文書化され、所定の場所に保管されている。又、申し送りやサイン確認による周知により、適切な情報伝達がなされている。
Ⅲ-2-(4) 外部機関との連携が図られている			
①	介護支援専門員や主治医等との連携が図られている	a	サービス担当者会議や随時の連絡を通じ、介護支援専門員との連携が図られている。又、緊急連絡先一覧表や利用者毎のケース記録に主治医が明記されており、必要時には連携を図る体制が整備されている。
Ⅲ-2-(5) サービス提供における役割分担が明確化されている			
①	サービス提供における役割分担が明確化されている	a	組織での責任の所在や各従業者の担当する業務範囲を分掌業務分担表により明確化している。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている			
①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している	a	法人のホームページを作成・公開し、利用希望者へ必要な情報を提供している。サービス内容や料金表だけでなく、季節毎の広報誌も紹介されており、分かりやすく充実した内容となっている。パンフレットや広報誌は写真等を用いた分かりやすい内容となっており、公民館等の公共施設にも設置している。又、希望者に対し、施設の随時見学や無料体験サービス(1回)を実施している。 サービス開始前には必ず利用者の自宅に訪問し、重要事項や契約の内容について、利用者・家族に説明し、同意を得ている。説明時は利用者のペースに合わせゆっくり話をしたり、確認をとりながら進行する等、丁寧な対応に努めている。又、デイサービスの内容を分かっていたり、月の予定が記載してある福寿園デイ便りや広報誌等も持参している。
②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている	a	
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている			
①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている	b	他の事業所への移行(特養への入所等)について、必要な情報は随時提供しているが、その際の明確な手順等は定められていない。今後、サービス移行時の引き継ぎ手順の明確化やサービス終了後の相談窓口、相談受付担当者を家族に文書で渡す等、サービスの継続性への配慮を期待する。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている			
①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	b	介護支援専門員の情報を基に、サービス開始前に利用者の自宅を訪問し、有する能力や生活状況等のアセスメントを実施している。今後、アセスメントの定期的見直し時期や手順を明確化されることを期待する。 居宅サービス計画に基づき、通所介護計画が作成されている。計画には利用者・家族の希望や課題についての具体的な長期・短期目標が明示されている。介護計画策定責任者を分掌業務表に明記している。サービス提供票に基づいたサービスの実施については、管理者が確認している。今後、通所介護計画を策定する際の手順を明確化されることを期待する。 利用担当者により、毎月モニタリングが実施されている。計画に対する評価についてはモニタリング報告書に記載されている。利用者の小さな変化に配慮しながら、毎日の朝・夕のミーティングで対応を周知している。今後、通所介護計画の見直し時期や検討会議の開催、見直しされた介護計画を周知するための手順等を明確化されることを期待する。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている			
①	サービス実施計画を適切に策定している	b	
②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている	b	