

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」という理念を、パンフレット、法人ホームページ、剣崎デイサービスだよりに明文化している。
②	理念に基づく基本方針が明文化されている	a	法人理念に基づいた当該年度の基本方針(=運営方針)を明文化している。基本方針は、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。
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	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を通じて、周知・共有が図られている。
②	理念や基本方針が利用者等に周知されている	b	パンフレットや法人ホームページに理念を明示している。理念は利用契約時に、利用者・家族に説明している。又、毎月、利用者・家族に発行している「剣崎デイサービスだより」に理念を明示し、継続的な周知を図っている。今後、当該年度の基本方針を年度初めに利用者に詳しく説明する機会を設けたり、家族に周知する取り組みが期待される。

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	理念の実現に向け、「介護福祉サービスの充実」として5項目、「組織の運営管理」として7項目を明示し、具体的な整備目標を掲げた中・長期計画を策定している。中・長期計画は代表者会議や法人内5箇所のデイサービス所長が集う、所長会議の中で進捗状況を把握し、必要に応じて見直しを行っている。
②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている	a	中・長期計画の内容を踏まえ、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項目や実行可能な数値目標(平均利用者数)を明示した、具体的な内容となっている。
I-2-(2) 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	年度末のデイ職員会議の中で、職員と意見交換しながら、次年度の事業計画を策定している。事業計画の具体的な数値目標や重点事項の取り組み(サークル活動の見直し、ショッピングや福祉機器の導入等)に、職員の意見を反映している。
②	事業計画が職員に周知されている	a	当該年度の重点項目を明示した事業計画は、年度当初の職員全体会議で資料を配布・説明し、周知を図っている。ケアハウスでの代表者会議や各委員会、デイ職員会議(2ヶ月毎)の中で、事業計画の進捗状況を確認している。
②	事業計画が利用者に周知されている	c	現在、事業計画を利用者や家族に周知する取り組みは実施されていない。今後、当該年度の事業計画を、年度当初に利用者に分かりやすく説明する機会の確保や家族に周知する取り組みが期待される。

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	b	分掌業務分担表に、所長の「役割と責任」が明文化されている。平常時だけでなく、有事(災害・事故等)における役割と責任についても明文化されている。所長は朝・夕のミーティングやデイ職員会議で職員と情報を共有しながら、必要な指導・助言・指示を行っている。今後、剣崎デイサービスだよりを活用し、自らの考え等を表明する取り組みが期待される。
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	b	ケアハウスの施設長が各種研修会等に参加しており、遵守すべき法令全般についての理解を深めている。法人として法令遵守マニュアルを整備し、ケアハウス施設長が代表者会議等で施設運営に必要な関係法令を周知している。本体の職員全体会議で、職員が遵守すべき法令(個人情報保護法・高齢者虐待防止法等)についての研修を毎年繰り返し実施し、周知を図っている。今後、運営に必要な幅広い関係法令を把握し、リスト化されることを期待する。
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	所長は毎日の朝・夕のミーティングで、職員と意見交換(利用者支援に関するサービスの向上等)を図っている。又、デイ職員会議(2ヶ月毎)の中で、職員の意見・提案を汲み取り、事業所全体のサービスの改善(ショッピングやアイスクリームツアー等、個別の外出支援の強化/サークル活動の見直し)に活かしている。県が示す介護サービス事業所自己チェックリストを通じて、人員、設備及び運営に関する基準が守られているかを確認している。
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	代表者会議に参加し、利用実績・経営状況・人員配置の妥当性等を検証している。中・長期計画や事業計画の実現に向け、様々な業務改善(個別レクの充実や利用時間延長対応等)や職場改善(休憩時間の確保、職員の急な休みにも対応、時間単位での有給休暇取得奨励等)に取り組んでいる。

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	行政や社会福祉協議会からの通知情報、労協協便り、法人事務局の情報等から、社会福祉事業全体の動向の把握に努めている。又、高齢者支援センターや併設の居宅介護支援事業所と連携し、地域の福祉サービスのニーズの変化・潜在的利用者に関する情報を収集している。把握した情報を基に、代表者会議で分析・検証を行っている。地域の福祉ニーズに応える施策(時間延長への対応・個別レクの充実等)は、中・長期計画や事業計画に反映している。
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	代表者会議で、資料(業務報告集計表)を基に、稼働率やコストの分析・検討を行っている。課題や改善すべき点は中・長期計画や事業計画に反映している。職員全体会議やデイ職員会議を通じて、職員にも経営状況や収支報告が周知されている。
③	外部監査が実施されている	c	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。

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) 人材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	法人本部が計画的に必要な人材の確保や人事管理を行っている。法人として業務遂行上必要な資格の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際は正社員への登用・該当資格等級への変更等、待遇改善を図っている。	
② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている	a	人材育成を目的として、人事考課制度を導入している。人事考課規程や客観的な評価項目を明示した考課表を整備している。評価表には、職員に求める期待像(モデル行動・着眼点)を具体的に明示・得点化することで、職員自身が自分の強み・弱みを客観的に振り返れるようになっている。より公正な制度となるよう、今年度、外部講師を招き、改めて考課者研修を実施している。又、目標管理面談を通じ、職員個々が参加したい研修を把握し、派遣するように配慮している。	
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	a	職種別の職員数・労働形態(常勤・非常勤)・勤続年数・保有資格等の管理が適切になされており、事業者の事前の報告のとおり、勤務体制が確保されている。職員の健康診断も適切に実施されている。	
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	法人事務局が職員の就業状況(有給休暇の消化率、時間外労働データ等)を分析し、所長への報告がなされている。所長は職員が自由に相談できる雰囲気作りに努め、随時の個別相談にも気軽に応じている。又、職員が働きやすい環境作りに努め、体調や希望(公休や勤務時間帯等)を出来るだけ考慮しながら勤務シフトを作成している。有給休暇は職員が取得し易いよう、時間単位での取得も可能としている。法人で産業医を確保しており、希望があれば相談できる体制を整えている。	
③ 職員の福利厚生や健康の維持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(食事会、旅行等)を充実させている。職員一人ひとりの誕生日には、プレゼントを支給している。又、メンタルヘルス対策として、本体の保健安全衛生委員会が外部の悩み相談窓口を周知している。今年度は法人全体で外部講師を招き、「職場における心の健康づくり」をテーマとした研修を実施している。	
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・長期計画や基本方針、人事考課表の評価項目に、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	b	目標管理面談を通じ、年1回は職員が希望する外部研修を受講させている。随時の外部研修案内を職員に周知し、希望があれば参加出来るように配慮している。又、サービスの質の向上を図れるよう、ケアハウスで年間計画に基づく施設内研修(毎月)を実施している。今後、新入職員用の研修プログラムの整備や現任職員個別の教育・研修計画の作成が期待される。	
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	b	外部研修を修了した際は出張報告書、内部研修を受講した際は研修報告書を提出している。外部研修終了後は報告書の回覧やデイ職員会議を通じて、内容を周知している。外部研修の報告書は誰でも閲覧出来るようになっている。今後、出張・研修報告書を分析・評価し、上司がアドバイスやコメントを職員にフィードバックしたり、職員個別の研修計画に反映する取り組みが期待される。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている		第三者評価	コメント
	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	b	「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。現在、同一敷地内にあるケアハウスでの実習生の受け入れが中心となっており、デイサービスでは必要に応じて、見学等に対応している。

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	事故防止、事故発生時の対応(フローチャート図)、感染防止等の各マニュアルと緊急連絡先一覧表(家族・主治医)を整備している。ケアハウスの安全確保(事故防止、感染対策、防災等)を目的とした委員会活動にデイサービスの職員も参加している。緊急時に迅速に対応出来るよう、消防職員の指導による救急救命講習(心肺蘇生法、AED使用方法等)を全職員が継続的(2年毎)に受講している。
	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・停電)対応マニュアルや洪水ハザードマップ、非常通報連絡系統図(職員連絡網・ライフライン関係)を整備している。マニュアルの内容はケアハウスの防災委員会(デイ職員も参加)で定期的に見直しを行っている。防災管理年間計画に基づき、火災等の未然防止や災害発生時対応に関する研修を実施している。又、消防職員の立会いの下、ケアハウスと合同での総合避難訓練を年2回、実施している。夜間想定訓練時には、地域住民の参加協力が得られている。備蓄品(非常食・保存水等)はリスト化し、ケアハウスで保管・定期点検を行っている。
	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	利用者個々のリスクを把握し、注意事項一覧表に明示している。ひやりハット・事故報告書を活用し、朝・夕のミーティングで再発防止策を検討・周知している。ケアハウスで利用者の安全確保を目的とした施設内研修(介護事故防止、感染防止・発生時の対応等)を毎年、計画的・継続的に実施している。ノロウイルスを想定した嘔吐処理の実技訓練を実施し、対応の周知徹底を図っている。

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 利用者地域とのかかわりを大切にしている	a	地域とのかかわりを大切にする方針は、中・長期計画に明示されている。ケアハウスとの合同イベント(歌謡ショー、夏祭り、ゴーゴ剣崎感謝祭等)には回覧版を活用して、地域住民を招待している。白山市の広報誌や地域の社会資源に関する情報を事業所玄関口に置いている。地域の居宅介護支援事業所に、広報誌を配布している。又、利用者と共に地域のイベント(菊花展、鶴来ほうらいまつり等)に参加したり、ショッピングに出向いている。
	② 事業所が有する機能を地域に還元している	c	ケアハウスが中心となり、介護講習会等を開催している。介護に関する相談は、併設の居宅介護支援事業所が担っている。今後、デイサービスの職員が中心となり、地域社会に有する機能を還元する取り組み(公民館等での介護予防教室の開催等)が期待される。
	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	b	ボランティア受け入れマニュアルを整備し、基本姿勢・手順を明文化している。地域に開かれた施設となるよう、ケアハウスと共に住民ボランティア(舞踊、歌、作品作り等)を積極的に受け入れている。今後、デイサービスでもよりボランティアの力を活かせる取り組みが期待される。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている		第三者評価	コメント
① 必要な社会資源を明確にしている	b	法人内の関連施設や関係機関(医療機関、高齢者支援センター、社会福祉協議会、公民館、警察・消防等)の一覧表を整備している。今後、新たな社会資源(利用者をサポートする制度・施設等)が出来た場合は、デイ職員会議等で周知し、情報共有を図る取り組みが期待される。	
② 関係機関等との連携が適切に行われている	b	併設・地域の居宅介護支援事業所や高齢者支援センターとは、日常的に連携を図っている。白山市デイサービス連絡会・介護相談員連絡会・ボランティア団体の連絡会に出来るだけ参加し、ネットワーク化を図っている。今後、地域の問題把握や解決に向け、より積極的に関係機関との連携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		第三者評価	コメント
① 地域の福祉ニーズを把握している	c	併設の居宅介護支援センターの相談機能を活かし、地域の福祉ニーズの把握を行っている。今後、より積極的に地域の声を聴く取り組み(介護相談員・民生委員・老人会・町内会の会合等への参加)が期待される。	
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている	c	福祉ニーズに基づき、利用者個別のレクリエーション・サークル活動の充実やサービス利用時間の延長対応を行っている。今後、より積極的に地域の声を聴く取り組みを推進し、事業活動に繋げる仕組み作りが期待される。	

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		第三者評価	コメント
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は、法令順守管理規程に明文化している。新入職員は法人本部の初任者研修の中で、倫理及び法令遵守について学ぶ機会を設けている。現任者には年度当初の職員全体会議で、倫理及び法令遵守に関する研修を毎年実施し、周知を図っている。	
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。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

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	利用者の尊厳を重視した福祉サービスの提供については、理念、基本方針、事業計画、デイサービス各種マニュアル内に明文化されている。身体拘束廃止を宣言し、指針、行動制限廃止マニュアル(スピーチロック含む)を整備している。職員全体会議で、毎年、身体拘束廃止・高齢者虐待防止研修を実施し、職員への周知徹底を図っている。又、毎月実施している身体拘束廃止委員会にデイ職員も参加し、具体的な事例検討を行っている。検討内容は他職員にも周知が図られている。今年度は法人全体で外部講師を招き、「人権」に関する研修を実施している。	
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	入浴・排泄等の介護マニュアルの中にプライバシーに関する項目を具体的に明示している。入浴・排泄時は同性介助の希望に応じたり、出来るだけ不必要な露出を避ける等、プライバシーには十分に配慮している。本体の職員全体会議で、プライバシー保護に関する研修を実施している。	
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ている。本体の職員全体会議で、毎年、認知症ケアに関する研修を実施している。認知症ケアに関する外部研修に参加した職員は、他職員にも内容を伝達している。利用者個々の認知症症状の特性を踏まえ、全職員がケアの方法を統一出来るよう、ミーティングで具体的な対応策を検討している。	
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、ケアプランに反映しながら、機能訓練(歩行訓練等)を実施している。理学療法士や作業療法士が作成したプログラムがある場合は、それに基づいた訓練を実施している。又、機能訓練指導員(看護職員)と話し合い、個別の注意事項を作成し、安全を確保しながら機能訓練を実施している。個別のケース記録に、訓練実施の有無を記載している。	
② 介護サービスを適切に実施している	b	入浴・排泄・食事・口腔ケアに関する各マニュアルを整備し、適切な介護サービスを提供している。全職員で統一した支援が提供出来るよう、利用者個別の注意事項一覧表を作成し、毎日の朝・夕のミーティングを通じて周知を図っている。入浴については、利用者個々の希望・状況に応じた支援(一般浴、個浴、リフト浴)を行っている。排泄支援が必要な方にはチェック表を活用し、「トイレで排泄」出来るように、声かけや介助を行っている。利用者の要望を献立に反映出来るよう、本体の給食委員会(2ヶ月毎)で検討したり、利用者本人へのアンケート調査(毎年)を実施している。「食の喜び」を感じてもらえるよう、お楽しみ食事会(月2回、普段より豪華な食事)やセレクトおやつ、利用者と共におやつ作りを行う機会を設けている。口腔ケアについては、食事前の嚥下体操、食事後のうがいや歯磨きを支援している。	
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、バイタル測定を実施し、当日の体調管理を行っている。バイタル値や異常がある場合のサービスの変更(静養・部分浴・清拭等)については、利用者個別のケース記録に記載している。又、家族が受診時に情報として活かせるよう、連絡帳にバイタル値を添付している。1ヶ月毎の体重の記録、必要時は排泄の状況についても、連絡帳で家族に情報を提供している。利用者個々の主治医とは家族や担当ケアマネージャーを介して、必要な連携を図っている。	
④ 送迎を適切に実施している	a	送迎マニュアル・利用者個別の送迎時の注意事項を整備し、安全な送迎を確保している。利用者個別の注意事項については朝・夕のミーティングで再確認している。変更点があればミーティング・回覧版を通じて職員への周知徹底を図っている。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

⑤ レクリエーションを適切に実施している	a	年間計画に基づき、様々な行事やレクリエーションを実施している。毎月、サークル週間を設け、利用者個々の趣味に応じた活動(書道、手芸、フットケア、俳句・短歌、デコパージュ等)を支援している。小人数でのドライブ(ショッピング、菊花展や鶴来ほうらいまつりの見学等)やケアハウスのイベントへの参加も支援している。
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し、バリアフリーの構造となっている。本人の持てる力を活かせるよう、手すり等も適切に設置されている。

		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	a	サービスの質の上向上を目的として、利用者・家族満足度調査を継続的に実施している。集計結果を取りまとめ、デイ職員会議で内容の分析・要望への検討を行っている。満足度調査の結果を反映し、運動器具を設置したり、早めのお迎え・延長利用への対応等、具体的な改善策を講じている。又、担当者会議の中でも、利用者・家族のサービスに対する満足度を測っている。	
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窓口(所長/生活相談員)を明示している。併設の居宅介護支援事業所の相談室を活用し、利用者・家族がゆっくり相談できる環境を整えている。	
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	b	重要事項説明書に苦情相談窓口を明示し、契約時に説明を行っている。苦情解決の体制(受付担当者・責任者・第三者委員)を整え、連絡先を明示したポスターを事業所内に掲示し、利用者等への周知を図っている。ホームページでも苦情解決の体制を具体的に紹介している。利用者・家族から苦情の申し立てがあれば、迅速に対応出来るよう、「苦情対応マニュアル」を整備している。今後、重要事項説明書には、複数の外部苦情相談窓口(市長寿介護課/国民健康保険団体連合会:苦情110番/県福祉サービス運営適正化委員会等)を明示される事を期待する。	
③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している	c	利用者・家族の意見・要望は、朝・夕のミーティングで検討・情報共有し、出来る事については迅速に対応している。返答に時間がかかる場合は、処理経過を説明しながら、利用者本人・家族に報告するように配慮している。今後、利用者等の意見・要望(苦情ではなく、現在不満はないが、・・・して欲しい等)を受けた際の対応マニュアルや様式の整備が期待される。	
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	送迎時に家族と積極的にコミュニケーションを図っている。又、家族と密な連携を図れるよう、連絡帳を活用している。必要に応じて、所長や看護職員(健康管理面)が直接電話で情報交換を行っている。毎月、次月の行事案内を掲載した剣崎デイサービスだよりを発行し、行事や本体ケアハウスでの合同イベント(ゴーゴー剣崎感謝祭等)への参加を募っている。	

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	b	継続的なサービスの質の向上・業務改善を目的として、第三者評価を定期的に受審している。受審のない年度は情報の公表制度を活用し、サービスの内容(必要な研修の実施、書面の整備等)を点検している。今後、第三者評価のない年度でも、職員全体でサービスの内容を自己評価(第三者評価票の活用等)し、サービスの改善に繋げる取り組みが期待される。	
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	第三者評価の結果を受け、先ずデイ職員全体で話し合いの場を設け、分析や課題の洗い出しを行っている。施設全体の代表者会議や各委員会で、課題についての改善策や改善計画を立案している。課題や改善策・改善計画は文書化し、職員への周知・共有を図っている。又、法人内の他デイ事業所の第三者評価結果を参考に、法人全体として継続的な改善活動に取り組んでいる。	
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している			
① 個々の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	標準的なサービス実施方法は「介護マニュアル」として文書化されている。各介護マニュアル(入浴・排泄等)の中に、プライバシーに関する具体的な配慮を明示している。利用者個別の注意事項(送迎・食事・入浴・排泄時の介助方法等)を一覧表にして、職員が常に確認出来るように工夫している。個別の注意事項は、朝・夕のミーティングを通じて、職員への周知徹底を図っている。今後、日頃のサービスが介護マニュアルに沿って実施されているかを定期的に確認する仕組み(項目を設けての自己チェック等)が期待される。	
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	標準の介護マニュアルは、毎年度始めに点検・見直しを行い、必要時は追記・変更を行っている。マニュアルの改定については本体の運営委員会で承認後、文書での回覧を通じて、職員への周知を図っている。又、朝・夕のミーティングで利用者個別の注意事項を職員全体で検討し、変更点があれば一覧表の修正と回覧・申し送りを通じて周知を図っている。	
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くサービスの実施の有無・その際の特記事項は、利用者個別のケース記録にまとめられている。記録する職員により内容にバラツキが生じないように、統一した簡素化記録方法を活用している。	
② 利用者に関する記録の管理体制が確立している	a	分掌業務分担表に記録の管理責任者(=所長)を明示している。デイサービスセンター管理規程に記録の保管、保存、破棄に関する事項を定めている。法人全体で個人情報保護・情報開示規程を整備している。個人情報保護方針は法人ホームページ、パンフレットに掲載している。施設内にも利用目的と併せて掲示している。本体の職員全体会議で個人情報保護法に関する研修を継続的に実施し、職員への周知徹底を図っている。契約時に利用者・家族には個人情報の利用目的(文書)を説明・配布し、同意書を交わしている。広報誌やブログの顔写真掲載についても可否を確認している。	
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・夕のミーティングで利用者の情報を共有している。本体の職員全体会議(毎月)で、組織全体に関する情報を周知したり、年間計画に基づく施設内研修を実施している。欠席した職員には資料を渡して説明する事で、情報の共有が図られている。又、デイサービス独自の職員会議(2ヶ月毎)を設け、サービス内容全般について職員全体で意見交換し、合意形成を図る機会を設けている。	

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

Ⅲ-2-(4) 外部機関との連携が図られている		第三者評価	コメント
	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	各担当ケアマネージャーとは、定期的な情報交換(毎月のモニタリング報告)や、随時の報告・連絡・相談、サービス担当者会議での話し合い等を通じて、密な連携を図っている。利用者に健康上の問題が発生した場合は、看護職員が中心となり、各主治医と必要な連携を図っている。困難事例(家庭での虐待等)が生じた場合は、高齢者支援センターと連携し、共に問題の解決に取り組んでいる。
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		第三者評価	コメント
	① 事業所における役割分担等が明確化されている	a	組織体系及び各従業者の権限・業務範囲を分掌業務分担表に定めている。

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		第三者評価	コメント
	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公開し、必要な情報(サービス内容、一日の流れ、利用料金表等)を提供している。理念や具体的なサービス内容(写真添付)を紹介したパンフレットを地域の公共施設(公民館、社会福祉協議会、高齢者支援センター、シルバー人材センター等)に配布している。サービス開始時は、一日体験(無料)を利用いただき、どんな雰囲気のところか、何をしているのかを、利用者本人に確かめてもらっている。一日体験利用後は、家族に当日の様子(入浴・食事・レクリエーション・他者とのコミュニケーション・本人の感想等)を詳細に報告している。
	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	サービス開始前には通所介護契約書・重要事項説明書の内容について、利用者・家族に説明し、署名・捺印を頂いている。随時、家族の理解度を確認したり、大切な部分は時間をとって丁寧に説明している。利用者・家族が理解しやすいよう、具体的なサービス内容を写真付きで紹介しているパンフレットも有効活用している。
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		第三者評価	コメント
	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	所長をサービス終了後(入所・入院・事業所変更時等)の相談窓口として定めている。契約終了時には家族等に所長の名刺を渡し、いつでも相談出来る旨を口頭で伝えている。他事業所への移行時は担当ケアマネージャーと密な連携を図り、必要な情報を提供している。今後、サービスの継続性に配慮し、他事業所移行時の引き継ぎ手順や様式の整備、契約終了時は文書(相談方法・担当者を明示)を用いて、家族に説明する取り組みが期待される。

評価細目の第三者評価結果(通所介護)

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			<p>居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーからの情報を基に、法人全体で統一されているアセスメントシートを用いて、利用者の心身の状況・生活環境・ニーズ等を把握している。必要に応じ、事前訪問や電話で家族からも情報を収集している。サービス利用時は担当者会議を開催し、関係者で情報を共有している。毎月、利用者の状況・サービスに関する評価を実施している。</p>
①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている	a	
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			<p>分掌業務分担表に計画策定の責任者(=所長)を明示している。居宅サービス計画に基づき、利用者・家族の希望も踏まえながら、(介護予防)通所介護計画書を作成・交付している。(介護予防)通所介護計画に基づくサービスの実施は、利用者個別の簡易チェック表に記録・確認し、毎月のモニタリングに活かしている。介護計画策定に関する一連の手順は文書化し、整備されることを期待する。</p>
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	<p>毎月、(介護予防)通所介護計画に関するモニタリングを実施し、担当ケアマネージャーに文書で報告している。利用者の状態に変化がある場合は、担当ケアマネージャーと連携を図り、必要に応じてサービス担当者会議を開催している。(介護予防)通所介護計画の見直し・変更については、居宅サービス計画との整合性を図っている。計画の内容に変更があった場合は朝・夕のミーティングを通じ、職員への周知・共有を図っている。(介護予防)通所介護計画の見直しを行う時期や手順については文書化し、整備されることを期待する。</p>