

第三者評価結果 公表シート

(このシートに書かれている内容は、そのまま富山県福祉情報システムにおいて公表されます。)

事業所名	滑川市老人デイサービスセンター
第三者評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会
評価実施期間	令和 2年 7月 21日(契約日)～ 令和 2年 11月 17日(評価結果確定日)
過去受審回数 (前回の受審時期)	0 回

1. 概評

◇特に評価の高い点

●分かりやすく共有しやすい理念

- ・法人開設時より継承されている理念『和顔愛語』を、さらに職員をはじめ利用者及び家族に理解しやすいように明文化し、ホームページへの掲載、事業所内の誰でも目にする位置に掲示されています。

●職員の働きやすさへの工夫

- ・ワークライフバランスに応じた働き方の相談、新入職員が定着するように管理者が細やかに気配りし声かけを行っています。

●利用者サービス充実に向けた取り組み

- ・基本情報、利用者・家族の意向、心身の状況等についてアセスメントを行い、通所介護計画に利用者一人ひとりに応じたサービス内容、具体的な対応、留意点を示しています。
- ・毎月計画のサービス内容ごとにモニタリングが実施されています。
- ・資質向上委員会で、利用者への言葉使いや心地よい対応を実践できるように、オリジナルのチェックシートを作成するなど、取り組みが明確になっていて実践に移しやすくなっています。
- ・通所介護で静養に利用した寝具は、毎日布団乾燥機にかけているため気持ちよく利用できるようになっています。

◇改善を求められる点

●中長期計画の作成

- ・中、長期的なビジョンを明確にした計画を策定し、利用者への周知を期待します。

●マニュアル等の定期的な検証と見直し

- ・標準的な各介護実施方法についてマニュアルが整備されています。一度作られたマニュアルについても定期的に検証し、見直しができる仕組みづくりに期待します。

- ・ボランティアを受け入れるにあたり、ボランティア側も受け入れ側も安心できるように、ルールを定めたマニュアル等の作成を期待します。

●安定した個別サービスの共有化

- ・通所介護サービス提供について、送迎、入浴介助、食事介助すべての場面において一人ひとりの利用者の特性を把握しきめ細やかなサービスを行っていますが、全て職員の経験と記憶によるものとなっています。個別対応等は明文化し、いつでも誰でも同じ質のサービスが提供できる仕組みを期待します。

●地域との連携

- ・地域を支え、地域に支えられる事業所として、災害時の協力体制をはじめ、地域住民との日常的な交流がより活発に行われるような取り組みに期待します。

3. 各評価項目にかかる第三者評価結果(別紙)

4. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価を受けて課題が明確になったことはよかったですと思います。

訪問調査後、早速、改善が必要な点に取り組んでいます。

地域との連携においては地域包括支援センターの協力を得て介護予防運動に参画し、福祉ニーズの把握に取り組むところです。事業計画の中長期的なビジョンを見据え、職員で取り組むことを進めていきます。これまでの実績を自信とし、課題を反省として受け止め改善策を検討し、着実に前進できるよう努めます。

第三者評価結果

※すべての評価細目（45 項目）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・ ③ ・c
<コメント> ・ 法人開設時より継承されている理念『和顔愛語』がパンフレットにも明示され、さらに、職員はじめ利用者及び家族に理解しやすいように「和やかで穏やかに日々を過ごされるよう利用者の気持ちに寄り添って支援します。顔は心の鏡であり真心のある笑顔で接し『きずな』を大切にします。愛される施設として地域に根差し、地域福祉の充実に貢献します。語り継がれ、信頼される施設を目指します。」と明文化し、事業所内に掲示及びホームページへの掲載等を通じ、利用者・家族への周知を図っている。今後さらに、職員、利用者・家族に周知する取り組み（要点を広報誌に記載、職員研修等）が期待される。		

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・ ③ ・c
<コメント> ・ 管理者及び事務長がサービス稼働状況等、経営状況の把握・分析を行っている。また、併設の居宅介護支援事業所との情報交換を通じ、地域の情報収集を行っている。		
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・ ③ ・c
<コメント> ・ 法人全体で開催している主任会議等（各事業所主任が参加）で、利用率やコスト分析等経営課題が検討されている。また、課題解決に向けた具体策等アイデアを募り検討している。 ・ 主任会議で検討された議題は、主任から各部門職員へ周知を図るよう努めている。		

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・㉔
<コメント> ・ 中長期的なビジョンを明確にした計画が策定されていない。		
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・㉔
<コメント> ・ 中長期的なビジョンを明確にした計画が策定されていない。		
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・㉔
<コメント> ・ 事業計画については、幹部職員にて策定が行われ、職員の参画がない。主任会議を通して各部門に周知を図られているが、十分に周知されているとは言えない。		
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・㉔
<コメント> ・ 事業計画について利用者家族には口頭で説明を行っている。今後はホームページや広報誌を活用し周知に向けた取り組みに期待したい。		

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・㉕・c
<コメント> ・ 法人全体で、様々な会議や委員会が設置されており、質の向上については資質向上委員会を中心となり、課題抽出し改善のための工夫が行われている。福祉サービスの質の向上に不可欠な職員の育成については、研修委員会を中心となり組織的な取り組みがある。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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・㉔
<コメント> ・ 文書化された課題がなく、改善策が十分ではない。		

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> ・ 管理者は着任後、方針について明文化して職員に配布し、事業所の広報誌にも掲載するなど周知を図っている。 ・ 役割、責任については、法人のキャリアパス表に明示されている。		
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、主任介護支援専門員として豊富な経験があり、法令について正しく理解している。 ・ 遵守すべき法令等を周知する取り組みに期待したい。		
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> ・ 主任会議や各委員会、行事に参加し職員から意見吸収し、サービスの向上につながるよう努めている。		
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> ・ 管理者は積極的に各部門の会議及び各委員会に出席し、現場の意見を抽出し、反映できるよう努めている。		

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
<コメント> ・ 必要な人材や人員に関する基本的な考え方や、人材確保、育成に関しては、各種業務マニュアルが整備されているが、実効性のある育成計画が確立されていない。専門職の配置、人員配置に努め、新人職員が定着するようこまめな言葉がけがされている。		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ ⑤ ・c
<コメント> ・ 人事評価の基準項目に沿って行われている。また、評価後フィードバックの個人面談が行われている。キャリアパスが作成され透明性は確保されている。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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・ ⑤ ・c
<コメント> ・ 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働等の把握、有給休暇取得が少ない職員には有給休暇取得の推進を行っている。また、安心して働けるように、個人のワークライフバランスに応じて、時短勤務等の相談に対応している。また、職員のストレスチェックを実施し必要に応じ産業医に相談できる体制がある。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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・ ⑥
<コメント> ・ 人事評価制度が導入されているが、年度期首に目標設定を行っていない。目標設定と達成進捗に応じた支援体制の構築に期待したい。		
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・ ⑥
<コメント> ・ 年間の施設内研修の計画はある。研修記録は、各部署で閲覧できるようファイルに保存されている。基本方針、期待する職員像の明記がなく、研修計画の評価見直しが行われていない。		
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・ ⑤ ・c
<コメント> ・ 外部研修派遣については、職員の研修履歴は把握されており、経験や力量にあった研修が受講できるよう努めている。		
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・ ⑤ ・c
<コメント> ・ 実習生の受け入れに関しては、法人・事業所として明確にしており、福祉サービスの教育・育成に関するマニュアルが整備されている。実習教育機関や実習生の意向に沿えるような実習内容で行われている。実習予定表、事業所としての実習評価表の整備に期待したい。		

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
<コメント> ・ ホームページにより、法人及び事業所の理念・事業内容や財務について公開されている。		
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・b・c
<コメント> ・ 事業運営に関してはルールが明確にされており、法人による外部専門家（公認会計士）による監査が実施されており経営状況について定期的に確認されている。 ・ 事務、経理、取引等に関するルールについて、職員等に周知する取り組みが期待される。		

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。	a・b・c
<コメント> ・ 事業所の課題である地域との関わりについて、工夫・改善に努めるよう期待したい。		
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・b・c
<コメント> ・ 年に1度、滑川市福祉教育ボランティア学習連絡会に参加している。ボランティアは、積極的に受け入れを行っているが、基本姿勢やマニュアル等が整備されていない。		
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。	a・b・c
<コメント> ・ 事業所として必要な社会資源は把握し、利用者にとって身近なサービスとして提供されている。地域ケア会議に参加し、地域のお他事業所との連携を行っている。更なる社会資源の把握、関係性の拡大に期待したい。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取り組みが行われている。	a・b・c
<コメント>		

・ 地域の福祉ニーズ等を把握する為、法人内の体制の構築に期待したい。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<コメント> ・ 地域の福祉避難所として指定されているが、周知されていない。今後、避難所としての役割を地域に十分伝えていくような取り組みに期待したい。		

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
<コメント> ・ 今年度は資質向上委員会で、利用者への言葉遣いについてチェックシートを作成し、職員は利用者を尊重した声かけの方法などについて取り組んでいる。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・b・c
<コメント> ・ マニュアルが整備され職員が、いつでも閲覧できる場所に設置されている。 ・ 利用者や家族に周知できる体制作りに期待したい。		
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
<コメント> ・ 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に情報提供されているが十分でない。 ・ 利用者が選びやすいよう事業所の特色を紹介した資料の作成が望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> ・ 見学や体験に随時対応している。 ・ 今後、ホームページや広報誌等を活用し、さらなる情報提供を期待したい。		
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に配慮した対応を行っている。	a・b・c

<コメント> ・利用者にとって切れ目のないサービスの継続ができるよう、情報提供の仕組みづくりに期待したい。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足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・㉔
<コメント> ・利用者・家族と口頭にてサービス利用満足度を確認しているが、書面で残されていない。 ・今後満足度に対する調査等に期待したい。		
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・㉕・c
<コメント> ・苦情発生から解決までの対応内容や原因、再発防止策について、苦情処理委員会がある。 ・玄関には、匿名で投稿できるご意見箱の設置がある。 ・苦情・相談窓口は、重要事項説明書に明示されている。		
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・㉕・c
<コメント> ・利用者、家族が意見を伝えやすい仕組みとして連絡帳の活用がある。 ・デイサービス内に人目を気にする事なく相談できるスペースがある。		
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・㉕・c
<コメント> ・ご意見箱に意見が入る事はなく、多くは介護現場で直接利用者の思いをくみ取っている。 ・マニュアルの更新に期待したい。		
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・㉕・c
<コメント> ・ヒヤリハット報告、事故報告書を作成し原因分析を行い、事業所内で周知徹底している。また、法人内他部署との連携を行っている。		
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。	㉖・b・c
<コメント> ・定期的な感染対策委員会があり、会議録を各部署に回覧、報告を行い周知徹底に努めている。		

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
<コメント> ・ 年2回の避難訓練を、消防・防災機器点検業者立ち合いで実施している。訓練が平日日中の実施という事もあり、職員と利用者の参加にとどまり、地域住民の参加は無い。 ・ 非常食の備蓄は7日間分準備されている。今後は、自然災害の訓練や地域と連携した災害訓練の取り組みに期待したい。		

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
<コメント> ・ 介護の各場面でのマニュアルがあり、標準的な実施方法が文書化されているが、見直し、検討が不十分である。		
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
<コメント> ・ マニュアルの性格上、内容に大きな変化はないが、感染症対策では、新型コロナに対する項目が追加されていることから、定期見直しは行われていないが、必要に応じて委員会で見直す仕組みがあると判断できる。		
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
<コメント> ・ 定期的にあセスメントを実施し、「介護サービス計画」、「機能訓練計画」を作成している。利用者・家族の意見も取り入れている。担当者のみでなく、他職種がアセスメントの時点から関われるよう期待したい。		
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
<コメント> ・ デイサービスの利用前に、事業所の様式を用いて、担当職員が利用者の状況に応じてアセスメントを行っている。毎月個別援助計画への評価及びケアマネジャーへの報告、必要があれば介護計画の変更を行っている。		
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・㉓・c
<コメント> ・福祉サービス実施計画である通所介護計画書、利用開始時、利用開始から1ヶ月後、または利用者の状況に応じて、カンファレンスを行い記録に残している。プラン作成にあたっては利用者および家族のニーズを把握し、送迎の際の車椅子利用、家族の都合に合わせて送迎時間を変更する等、利用者の個別ニーズに添えるよう職員間の情報共有に努めている。		
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・㉓・c
<コメント> ・個人情報保護に関する規定通り、各職種に管理者が配置され、個人情報の利用や漏えいの防止に努めている。 ・職員には、入職時に個人情報保護誓約書を提出してもらい、その後も研修等により周知徹底している。		

第三者評価結果(内容評価)

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-①	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・ b ・c
<コメント> ・ 利用者一人ひとりの身体機能や意向に応じた個性・生活リズムを大切にし、その人らしい支援を意識してアセスメントしている。一日の流れはあるが、空いている時間帯には利用者個々の好きな活動（頭の体操、ちぎり絵等作業）できる力を奪わないように意識したケアが行われている。個々の自立度を上げ役割を持ってもらう事で、逆に役割が持てない方もいる。集団レクの効果、個別ケアの効果それぞれの特性を意識し、それぞれにあった支援の工夫を期待したい。		
A-④	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・ b ・c
<コメント> ・ 利用者に寄り添い、一人ひとりの状態に応じた声かけを行い会話しながら個々の思い・希望を把握するようにしている。利用者の尊厳に配慮した言葉遣い・接し方が身につくよう、法人全体で取り組んでいる。特に今年度は資質向上委員会で接遇についての取り組みが強化され言葉遣いのチェックリストを活用しながら研修が行われている。 ・ 会話が難しい場合は、身振り手振り・筆談等でコミュニケーションを図っている。		
A-1-(2) 権利擁護		
A-⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・b・ ©
<コメント> ・ 身体拘束廃止、虐待防止に関するマニュアルを整備し、年2回施設全体の研修で職員への周知徹底を図り、サービス利用時の身体観察、本人及び家族との会話を通して在宅での虐待発見等に努めている。今後、権利侵害防止の為の具体的な取り組みへの仕組み、記録などについて、より明確にされることを期待したい。		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-⑥	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・ ⑥ ・c
〈コメント〉 ・ 利用者が快適に過ごせるよう、温度・湿度管理や換気に配慮している。利用者が休む布団は毎回利用後に布団乾燥機を使用し、気持ち良く利用できるよう工夫されている。通所介護浴室には脱衣室が無く、入浴時間はカーテンで間仕切りを行いプライバシーの確保を工夫している。一般トイレ個室がドアではなくカーテン仕様となっている。プライバシーに配慮された工夫に期待したい。		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A-⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ ⑦ ・c
〈コメント〉 ・ 基本的な入浴介助マニュアルが備えられている。また利用者の身体状況、意向に応じた個々への具体的な配慮が行われている。 ・ 入浴頻度は本人意向に沿って、週の利用日数が多い方でも利用日毎に入浴支援を行うケースもあり、事業所で入浴回数を決める事は無い。 ・ 入浴拒否がある場合は、無理に介助を行うことなく、タイミングを見計らい心地よく入浴してもらえるように支援している。		
A-⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ ⑧ ・c
〈コメント〉 ・ 基本的な排泄マニュアルの他、個別にトイレ誘導のタイミングや声掛けなどの工夫を行いトイレで排泄ができるよう支援している。利用者の持てる力を活かし、過剰な介助にならないように意識している。誘導が必要な場合は他者に悟られないように、言葉かけを工夫している。		
A-⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ ⑨ ・c
〈コメント〉 ・ 利用者の意向を踏まえ、移動の支援を行っている。利用者の状況に応じ、福祉用具（歩行器、シルバーカー、車イス等）を適切に活用しているが十分な数がない。畳の休養スペースには手すりがなく職員が一部介助を行っている。基本的な送迎マニュアルが備えられている。		
A-3-(2) 食生活		

A-⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・ ⑩ ・c
<コメント> ・利用者個々のから食事に関する意見を聞き、委員会で栄養士と職員で改善に向けて話合う機会を作っている。苦手な物がある場合は代替食（魚⇄肉）を提供している。 ・食事が楽しみとなるよう、季節毎の行事食、旬の素材を使用した食事の提供を行っている。 ・利用者も参加できるミニクッキングがあり、白玉やどんどん焼など軽食やおやつを手作りする機会を取り入れている。		
A-⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・ ⑪ ・c
<コメント> ・基本の食事介助に関するマニュアルは備えられている。 ・利用者の嚥下機能に応じた食事が提供できるように、契約時に家族から自宅での食事の形態を聴き取り、利用者が食事を摂りやすいよう工夫している（自助具の活用、姿勢を整える、嚥下状況に応じた食事形態で提供等）。 ・とろみ剤の使用や、好みに合わせたお茶の温度まで気配りしている。 ・可視化された情報がなく、職員の記憶で行われている。いつ誰が介助を行っても差が無いように、利用者ごとの個別対応が必要な事項の情報について工夫を期待したい。		
A-⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・ ⑫
<コメント> ・口腔ケアマニュアルを整備し、毎食食前に嚥下体操を実施している。利用者・家族の希望に応じ、歯磨き・うがい・義歯清掃等の支援を行っている。 ・口腔ケアについてマニュアルはあるが、研修は行われておらず口腔衛生についても利用者の自立となっており、口腔ケアの必要性について意識されているとは言えないため、改善に期待したい。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・ ⑬ ・c
<コメント> ・褥瘡防止マニュアルを整備している。入浴時に皮膚の状態の観察を行い、異変（発赤等）が見られる場合は、家族・ケアマネジャーと必要な連携を図っている。また自宅での入浴時に皮膚の状態を観察してもらい情報共有している。 ・皮膚科受診している利用者については医師との連携を図る仕組みがある。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-⑭	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c 非該当
<コメント>		

非該当		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-⑮	A-3-(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・ ⑮ ・c
<コメント> ・ 利用者の心身の状態に応じた機能訓練メニューを準備している。ビデオ映像をみながらの「ゆとりっち体操」「関節可動域訓練」「広いデイサービスのフロアを活かした歩行訓練」「起立訓練」また、生活リハについても「タオルたたみ」「季節の壁紙作り」「ぬりえ」「計算ドリル」など多様なプログラムに基づく活動を行っている。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A-⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・ ⑯ ・c
<コメント> ・ 認知症ケアマニュアルを整備している。利用者の言動をサインとして受け止め、受容・共感の姿勢で接する事を心掛け、周辺症状が強い場合は個別対応について検討している。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A-⑰	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・ ⑰ ・c
<コメント> ・ 状態変化があった場合は、看護職員、ケアマネジャー、家族との連携ができる仕組みがある。来所時にバイタル（体温、脈拍、血圧）を測定し、一人ひとりの健康管理を行っている。 ・ 内服薬取り扱いマニュアルを整え、適切な内服支援（薬預かり時・与薬後の確認）を行っている。		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A-⑱	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a・ ⑱ ・c
<コメント> ・ 家族とは連絡帳を用い、送迎時に状況を伝えながら連携を図っている。緊急を要する場合は電話で連絡・報告している。送迎時等に家族の相談を受けた場合は経過記録に残し、職員間での情報共有を図っている。今後、家族とのやりとり・話し合いの内容を記録に残すことを期待したい。		