

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2008 年 1 月 25 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 078-8801
住所 旭川市緑ヶ丘東1条3丁目1-6
旭川リサーチセンター内

電話番号 0166-66-6565

評価機関名 タンジェント株式会社

認証番号 北海道 評価機関認証第3号

代表者氏名 小山内 信夫



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	小山内 信夫	組織	A-003
	(2)	山田 恵美子	福祉	B-060029
	(3)	高橋 和夫	福祉	B-060028
	(4)			
	(5)			
サービス種別	通所介護			
事業所名称	天塩町在宅デイサービスセンター			
運営法人名称	天塩町			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2007 年 10 月 4 日	～	2008 年 1 月 15 日	
利用者調査実施時期	2007 年 10 月 10 日	～	2007 年 11 月 30 日	
訪問調査日	2008 年 12 月 4 日			
評価合議日	2008 年 1 月 12 日			
評価結果報告日	2008 年 1 月 15 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

タンジェント株式会社

②事業者情報

名称：天塩町在宅老人 デイサービスセンター	種別：デイサービスセンター
代表者氏名：三橋 和吉	定員(利用人数)：50名
所在地：〒098-3304 天塩郡天塩町字サラキシ5710番地	TEL 01632-2-2429

③事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

- ①事業所の理念が、天塩町指定通所介護事業所運営規定に明示され、理念実現の為に具体的に平成19年度事業計画に基本方針、重点目標が掲げられP(計画)-D(実行)-C(検証)-A(改善)サイクルの仕組みが整備されています。
- ②利用者の安全を脅かす事例をヒヤリ・ハットの集計分析で事故対策委員会で検討され、再発防止策がとられ改善されケアマネジメントシステムが有効に機能しています。
- ③管理者、生活相談員、看護師、介護職員、運転手が参加するデイサービス職員会議を定期的で開催して、利用者の情報を共有して具体的な事例に基づいた意見交換がなされ通所介護計画書、個別機能訓練計画書を作成し、職員間で共有されています。

◇改善を求められる点

- ①ヒヤリ・ハットの集計分析で事故対策委員会で検討され事故防止策がとられていますが、事業所内の床が滑るために利用者は、スリッパ履きで歩行をしております。歩行に介助や支援の必要な利用者もおられるので、転倒やつまづく危険性があり事故対策の面からも改善されることを期待します。
- ②感染防止マニュアル、食中毒予防マニュアルが策定され、研修会にも参加して職員全員に衛生管理が徹底されていますが、便器にタオルが巻かれています。感染症予防上に問題が見受けられますので早急なる改善が必要と思われます。
- ③社会福祉協議会、町立病院との連携や地域ケア会議での意見交換など地域の福祉ニーズの把握に努めていますが、継続的なケアサービスの質の向上、事業所の業務の効率化など管理部門と職員との意識のギャップが感じられます。ケア記録の書式の統一化や効率化に向けてさらに改善されていかれることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

指摘を受けた改善事項は可能なものから改善していきたい。業務効率化の改善については職員とのギャップ解消に努め、より良い介護サービスの向上を目指したい。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 19 年 10 月 22 日

経営主体 (法人名)	天塩町		
事業所名 (施設名)	天塩町在宅老人 デイサービスセンター	種別	
所在地	〒 098-3304 天塩郡天塩町字サラキシ5710番地		
電 話	01632-2-2429		
F A X	01632-2-1799		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	三橋 和吉		
調査対応ご担当者	石崎 栄一 (所属、職名：主幹)		
利用定員	50 名	開設年	平成 4年2月24日
<p>理念・基本方針： 要介護者等の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るための機能訓練及び生活の質の確保を重視した在宅生活が継続できるように支援を行うことで、利用者の社会孤立感解消や心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。 (天塩町指定通所介護事業所運営規定)</p>			
開所時間 (通所施設のみ)	10時30分～16時		

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

天塩町指定介護老人福祉施設 (50名)
天塩町在宅老人短期入所生活介護 (10名)
ケアハウス「かがやき」15名

【利用者の状況に関する事項】（平成19年10月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
1 名	4 名	4 名	8 名	14 名	19 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
8 名	3 名	1 名	62 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	4名	5名	6名	4名	1名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
1名	1名	17名	2名	1名	2名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
3名	3名	4名	7名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 7.8年)

【職員の状況に関する事項】(平成19年10月1日現在)

○職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	生活相談員	指導員
常勤	7名	1名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	3名	名	1名	名
非常勤	名	名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	1名
非常勤	名	名	名	名	名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉主事	1名 (名)
介護福祉士	2名 (名)
看護師	1名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	405 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	・ 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	・ 2. いいえ
(3) 建築年	平成	3年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	┐ 1. はい	┐ 2. いいえ
	耐震	┐ 1. はい	┐ 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制		
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	┐ 1. はい	┐ 2. いいえ
	耐震	┐ 1. はい	┐ 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 18 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

45 人

・ボランティアの業務

利用者との麻雀

【実習生の受け入れ】

・平成 18 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 6 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

年に1回のアンケート調査

【その他特記事項】

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

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-（1） 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-（1）-① 理念が明文化されている。	a	事業所の理念が、天塩町指定通所介護事業所運営規定に明示され、毎月の目標も計画されている。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	平成19年度事業計画に基本方針、重点目標が明文化されている。また、P-D-C-Aサイクルの仕組みが整っている。
Ⅰ-1-（2） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-（2）-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念に基づき基本方針、重点目標、今月の目標が明文化され職員に周知されている。
Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念、基本方針、今月の目標が明文化されているので、来訪者に分かりやすく掲示することや家族に資料を送付するなどの取り組みを期待します。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	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。		
Ⅰ-2-（1）-① 中・長期計画が策定されている。	c	理念や基本方針の実現に向けた毎月の目標は明確になっているが、単年度の事業計画の作成となっている。町立であり、町財政と一体であり難しい面もあるが中・長期計画の策定が望まれる。
Ⅰ-2-（1）-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	具体的な数値目標の単年度事業計画が作成されているが、中長期計画を反映されたものではない。
Ⅰ-2-（2） 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-（2）-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	各計画は、施設全体会議を通じて策定されている。但し、中・長期計画の実施状況の把握や評価・見直しについては今後の課題である。
Ⅰ-2-（2）-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	前年度結果報告や月毎の目標については、職員に説明し、話し合っているが、利用者・家族にも周知を促す取り組みも期待されます。

Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-（1） 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-（1）-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	組織図、重要事項説明書で管理者、生活相談員、管理栄養士などの責任と権限が明文化され理解される取り組みが行われている。
Ⅰ-3-（1）-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	介護員新人研修、道北地区研修、施設協議会などへの外部研修参加で介護保険法や社会福祉法に関する法令遵守に取り組んでいる。
Ⅰ-3-（2） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-（2）-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、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、計画的に評価・分析に取り組んでいる。
Ⅰ-3-（2）-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。	b	人事、労務、財務等の経営や業務の効率化に向けて管理者が分析を行っているが、業務の効率化及び改善について職員全体の意識改革が期待されます。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

	第三者評価結果	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。		
Ⅱ－１－（１）－① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	社会福祉の動向、福祉サービスのニーズ、他市町村の動向など事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。
Ⅱ－１－（１）－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。	b	管理者・管理部門は、経営状況を把握・分析して改善へ具体的に取り組んでいるが、すべての職員に共有されることを期待します。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	天塩町の監査が実施されている。また、福祉サービス第三者評価を受審するにあたり自己評価を実施して、改善点を自ら見出している。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ－２－（１）－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	介護支援専門員、介護福祉士などの資格取得を奨励して、福祉サービスの質を確保するための具体的なプランが確立している。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	職員は、地方公務員であり、施設としての人事考課の制度は採用されていない。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ－２－（２）－① 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	職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータが管理部門で把握され、定期的にチェックしている。
Ⅱ－２－（２）－② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	地方公務員として、福利厚生事業が実施されている。また、臨時職員についても取り組みが行われている。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	事業所として職員の教育・研修に関する基本姿勢が単年度事業計画に明示され、説明・配布されている。但し、施設として職員のニーズに基づいた目的意識を持った研修計画が策定されることが望まれます。
Ⅱ－２－（３）－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	外部研修及び内部研修が奨励されて、認知症に対する研修参加など行なわれ基本方針に沿った教育・研修計画が実施されていますが、教育・研修計画について中・長期的な視点も期待されます。
Ⅱ－２－（３）－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	研修参加者の報告が行なわれ研修成果の評価が都度実施されているが、次の研修計画に反映される仕組みが期待されます。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（４）－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ている。	a	実習生受け入れの基本マニュアルが整備され、受け入れについての連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等明文化されている。
Ⅱ－２－（４）－② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	短大・大学生などの実習生や研修生の受け入れの際には、効果的なプログラムが用意され、育成について積極的に取り組んでいる。

Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	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。		
Ⅱ－３－（１）－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	利用者の安全確保の為に、事故対策委員会が設置され、事故防止・事故対応マニュアルも整備されている。
Ⅱ－３－（１）－② 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。	c	ヒヤリ・ハットの集計分析で事故対策委員会で検討され、再発防止策がとられている。しかし、事業所内はスリッパ履きなので利用者が転倒やつまづく危険性があり事故対策の面からも改善されることを期待します。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	利用者が地域の夏祭りへの参加したり、地域ボランティアとの交流が行なわれているが、さらなる交流促進に期待されます。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	小・中学生の体験学習、高校生のインターンシップ、短大・大学生の受け入れなど事業所が有する機能の地域への還元が行われているが、地域ニーズに応じ住民が参加できる多様な支援活動が期待されます。
II-4-(1)-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	地域住民や高校生などのボランティアを受入れる基本姿勢やマニュアルが明文化されている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	町立病院、社会福祉協議会との連携が確保され、生活相談員や看護師が地域ケア会議に出席して、その情報が職員間で共有されている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	月2回開催される地域ケア会議、社会福祉協議会との連携で具体的な課題や事例の検討が行なわれている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	生活相談員と介護福祉専門員、看護師が地域ケア会議に参加して地域福祉のニーズを把握している。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	事業所は、把握された地域福祉のニーズに基づき、特別養護老人ホームやケアハウスが併設され具体的な事業・活動が実施されている。

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

	第三者評価結果	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。		
III-1-(1)-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もつための取り組みを行っている。	a	利用者満足の向上を目指して、個別家族に連絡帳などで身体状況や健康に関して、具体的な情報を提供してサービス向上に取り組んでいる。
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	個人情報保護方針、プライバシー遵守についての研修など規定やマニュアルが整備されているが、全ての職員に周知されているとは言えない。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b	利用者満足の向上を目指して、毎月の目標を具体的に掲げサービス向上に取り組んでいるが、改善課題への対応策の評価・見直しの検討までには至っていない。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	個別家族に連絡帳などで身体状況や健康に関して、具体的な情報を提供や利用者・家族アンケートを実施して、利用者満足の向上に努めている。
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
III-1-(3)-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	利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されている。
III-1-(3)-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	苦情・相談受付窓口が設置され明示され苦情解決の体制が整備されている。
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	苦情解決のシステムが確立され、利用者等に周知する取り組みが行われ、苦情解決の仕組みが機能している。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-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	事業所が提供するサービス内容について平成17年自己評価（過去2年分）が実施され、改善の機会の確保が確認された。
Ⅲ-2-(1)-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ている。	a	介護職員が参画して行なわれた自己評価に基づき、事業所が取り組む課題が明確にされている。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	自己評価結果から明確になった課題について、改善計画が策定されている。また、基本方針にP-D-C-Aサイクルの仕組みが明示されている。
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。		
Ⅲ-2-(2)-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。	a	介護基本業務マニュアル（平成19年3月1日改定）に基づき、個々のサービスが実施されている。
Ⅲ-2-(2)-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	標準的な実施方法について、介護基本業務マニュアル（平成19年3月1日改定）を定期的に見直し、検証されている。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-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	看護日誌、個別ケース記録、介護員日誌など利用者一人ひとりのサービス実施計画が適切に記録されている。
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	利用者に関する記録について個人情報保護法に基づいて、適切な管理が行なわれている。
Ⅲ-2-(3)-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	管理者、生活相談員、看護師、介護職員、運転手が参加するデイサービス職員会議を定期的開催して、利用者の情報を共有して具体的な取り組みが行なわれている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	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。		
Ⅲ-3-(1)-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	天塩町ホームページに事業所紹介を公開している。又、見学が自由に出来るように取り組んでいる。
Ⅲ-3-(1)-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	事前に事業所の見学やサービス開始時には、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書や利用契約書を利用者・家族等に説明している。
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。		
Ⅲ-3-(2)-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。	a	他事業所の変更や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した情報提供が行なわれている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-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	通所介護計画書、個別機能訓練計画書が作成され、地域ケア会議やサービス担当者会議で利用者の身体状況や生活状況を把握して、アセスメントを行なっている。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	通所介護計画書、個別機能訓練計画書で利用者一人ひとりの課題について、具体的な取り組みが定期的に評価され見直しされている。
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。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	利用者一人ひとりの通所介護計画書、個別機能訓練計画書が作成される体制が確立され、実際に機能している。
Ⅲ-4-(2)-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。	a	サービス担当者会議で通所介護計画書、個別機能訓練計画書が評価・見直しされている。

評価対象 通所介護 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 通所介護サービス利用契約		
A-1-(1)-① 通所介護サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	利用契約書、重要事項説明書の内容は適切であり、説明と同意に基づき適切に契約が締結されている。
A-1-(1)-② 通所介護サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	a	意思表示能力がある利用者本人或いは法定代理人等によって直接契約の形態により締結されている。
A-1-(1)-③ 通所介護サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い、文書による契約変更手続きを行っている。	a	介護保険制度改正時など利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。
A-1-(1)-④ 事業所サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。	a	ホームページによる事業所の公開やパンフレット等の内容は、分かりやすく適切な内容となっている。

A-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 通所介護計画		
A-2-(1)-① 本人や家族等の意向を組み入れ、かつ、居宅介護サービス計画（ケアプラン）の内容に沿った通所介護計画を作成している。	a	生活相談員等が本人・家族と定期的に相談しながら、意向や希望を十分に把握しながら通所介護計画書を作成している。
A-2-(1)-② 通所介護計画の作成に際しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。	a	通所介護計画書、個別機能訓練計画書作成には、管理者、生活相談員、看護師、介護職員、運転手が参加するデイサービス職員会議で意見交換されている。
A-2-(1)-③ 利用者一人ひとりの個別記録が適切に整備されている。	a	利用者個別の記録を利用記録書として、適切に整備されている。
A-2-(1)-④ 通所介護計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。	a	管理者、生活相談員、看護師、介護職員、運転手が参加するデイサービス職員会議で目標が達成されるように職員間で共有されている。
A-2-(1)-⑤ 通所介護計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。	a	通所介護計画書の内容について利用者、家族に直接説明を行い、文書による同意を得ている。
2-(2) 食事		
A-2-(2)-① 栄養ケアマネジメントを実施し、低栄養状態にある利用者などへの栄養改善サービスを実施している。	a	管理栄養士が栄養ケア計画に基づいてサービスを提供している。また、栄養改善サービスが実施されている。
A-2-(2)-② 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	a	テーブルの配置や椅子の高さなど利用者に合わせて配慮がされている。
A-2-(2)-③ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。	a	食事が適温で食べられるように、食品常温庫が配備されている。
A-2-(2)-④ 食事は時間的配慮が十分なされている。	a	食事は、個人のペースに合わせて適時に提供され、時間的配慮が十分されている。
A-2-(2)-⑤ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	a	自力で食事を摂取する配慮と工夫に取り組まれていた。
A-2-(2)-⑥ 利用者の身体の状況（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。	a	利用者の身体の状況、病状及び嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事の支援をしている。

A-2-(2)-⑦ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。	a	管理栄養士と調理担当者のコミュニケーションが良く、利用者の希望に沿った適切な食事が提供できるように取り組まれている。
A-2-(2)-⑧ 口腔機能向上のための取り組みを実施して、摂食・嚥下機能の向上に留意している。	a	個別機能訓練計画書の作成や食前の口腔体操の実施など口腔機能向上のための取り組みを実施して、摂食・嚥下機能の向上に配慮している。
2-(3) 入浴		
A-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	a	機械浴など利用者の心身の状態など個人的事情への配慮が行なわれ、同性の入浴介助が行われている。
A-2-(3)-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。	a	介護支援専門員の指導・助言をもとに、感染症に罹患している利用者の入浴順番を最後にするなどの配慮を行っている。
A-2-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。	a	塩素濃度測定などで水質管理がされ、衛生管理に十分な配慮をしている。
2-(4) 排泄		
A-2-(4)-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。	a	排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に配慮が十分にされている。
A-2-(4)-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに十分配慮している。	a	送迎時など利用者個々の特性に応じた排泄ケアが実施されている。
A-2-(4)-③ 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みを行っている。	a	排泄の自立について、できるだけオムツに頼らない排泄ケアに取り組んでいる。
A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。	c	便器にタオルが巻かれています。感染症予防に問題があります。早急なる改善策が必要と思われます。
2-(5) 健康管理		
A-2-(5)-① 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。	a	利用者のバイタルサインについて、利用記録書で記録され、把握されている。
A-2-(5)-② 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬・外用薬等の扱いは、看護師が適切に管理し、薬の性質・効果など職員にも共有されている。
A-2-(5)-③ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。	a	個々の利用者の水分摂取については、記録され把握されている。
A-2-(5)-④ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。	a	町立病院と連携され、看護職員や介護職員に共有される体制となっている。
A-2-(5)-⑤ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。	a	利用者の救急対応については、町立病院と連携され適切な医療が受けられる体制が整備されている。
2-(6) 衛生管理		
A-2-(6)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。	a	感染防止マニュアル、食中毒予防マニュアルが策定され、研修会にも参加して職員全員に徹底されている。また、随時見直しも実施され対策されている。
A-2-(6)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	衛生管理マニュアルに基づき、温度・湿度管理、殺菌の作業点検など衛生管理体制が確立している。
A-2-(6)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。	a	手洗い、うがいの励行が実施され、来訪者にも徹底されノロウイルス対策が行なわれている。

A-2-(6)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。	c	施設内の温度や湿度管理は配慮されている。しかし、事業所内はスリッパ履きなので利用者が転倒やつまづく危険性があり事故対策の面からも改善されることを期待します。
2-(7) 機能回復訓練		
A-2-(7)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、実施している。	a	利用者の希望や意向に応じて、個別機能訓練計画書を策定し、それに沿った機能回復訓練を実施している。
2-(8) アクティビティ		
A-2-(8)-① レクリエーションや行事の実施については、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。	a	脳トレ、ボランティアとの麻雀、ジグソーパズル、間違い探しなど個々の利用者の趣味や希望に応じて支援している。
2-(9) 送迎		
A-2-(9)-① 送迎車両は、快適性・安全性に配慮している。	a	運行ルートへの配慮や快適性、安全性に配慮した取り組みが行われている。
A-2-(9)-② 送迎時に家族等との情報交換をしている。	a	送迎時の家族とのコミュニケーションや連絡帳などで、情報交換が行なわれ職員間で共有されている。
A-2-(9)-③ 事故や急病時、緊急時の対応マニュアルが整備されており、適切に対応が行われている。	a	緊急時のマニュアルが整備され、事故時の対応も遅滞なく十分な対応ができる。
A-2-(9)-④ 乗降時の安全に配慮している。	a	車両整備も怠りなく、乗降時の安全にも配慮されている。
2-(10) 認知症高齢者への対応		
A-2-(10)-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	介護支援専門員は、認知症に対する理解や知識を有する。しかしながら他職員については、認知症高齢者への対応が十分に理解しているとはいえず、適切な研修の機会の確保を期待します。
A-2-(10)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束委員会、虐待防止委員会を設けて身体拘束ゼロに取り組んでいる。