

# 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

令和4年度

デイサービスセンター希望の郷

## 福祉サービス第三者評価結果

### ① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

### ② 施設の情報

|                               |                                                                                    |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称：老人デイサービスセンター希望の郷           | 種別：通所介護                                                                            |
| 代表者氏名：所長 岸本 美穂                | 定員（利用人数）：25名                                                                       |
| 所在地：島根県邑智郡邑南町矢上3899番地1        |                                                                                    |
| TEL：0855-95-2940              | ホームページ：<br><a href="http://iwamisakurakai.or.jp/">http://iwamisakurakai.or.jp/</a> |
| 【施設の概要】                       |                                                                                    |
| 開設年月日：平成15年6月1日               |                                                                                    |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 石見さくら会 |                                                                                    |
| 職員数                           | 常勤職員：6名 非常勤職員 12名                                                                  |
| 専門職員                          | 介護福祉士 4名 介護職員 5名                                                                   |
|                               | 看護師 1名 看護師 1名                                                                      |
|                               | 介護職員 1名 准看護師 1名                                                                    |
|                               | 調理員 4名                                                                             |
|                               | 運転手 1名                                                                             |
| 施設・設備<br>の概要                  | 食堂 1ヶ所 送迎車 4台                                                                      |
|                               | 静養室 1ヶ所 個浴 1ヶ所                                                                     |
|                               | 相談室 1ヶ所 大浴槽 1ヶ所                                                                    |
|                               | 機能訓練室 1ヶ所 便所6ヶ所<br>(うち車いす対応2ヶ所)                                                    |

### ③ 理念・基本方針

#### サービス方針

- ・利用者様の意思及び人格を尊重し、常に利用者様の立場に立った事業提供に努める。
- ・地域包括システム構築における役割を認識し、地域の福祉ニーズに応じたサービス提供ができる施設を目指す。
- ・創意、工夫を凝らしたサービスの提供により経営基盤の安定化を図る。

#### 人的方針

- ・経営理念、基本方針の徹底必要な法令、倫理、制度などの基礎知識を再確認し、職員としての自覚を高める。
- ・質の高いサービス提供や多様なニーズへの対応するため、各職種、各段階における業務に必要な専門的知識、技術を習得するなど常に自己研さんに努める。

- ・職員一人ひとりが仕事に対する自信と誇り、やりがいを持ち、さらにお互いを高め合い、チーム力を発揮できる職場環境を作る。

#### ④ 施設の特徴的な取組

古民家を改装したデイサービスで大きな梁、障子、和室、床の間があり、「古くて懐かしいもう一つの我が家」のようなくつろいだ雰囲気の中サービスを提供しています。地域の方が困ったときに 施設に足を運んでもらえるような施設を目指しているところです。

利用者様ひとり一人の持てる力を引き出し、発揮できる場を提供し、心身機能の維持、向上を図るよう努めています。

季節の行事を取り入れ、今までできていた事を維持し、少しでも向上するように支援が行われており、見守り介護を行なうことで、いつまでも元気で、在宅で安心して生活ができるような支援を心掛けておられます。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和4年6月1日（契約日）～<br>令和5年3月 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1回（平成30年度）                          |

#### ⑥ 総評

##### ◇特に評価の高い点

- ・利用者様、家族様に半年に1回利用に関するアンケートを実施しています。また、介護相談員様、第三者委員に訪問して頂き、利用者様の声に応えるべく努力をしております。
- ・職員はレベルアップを図るため、研修にはできる限り参加し研鑽を積んでおります。
- ・従来は月1回の調理実習や買物支援、地域の方との交流等利用者の生活に沿った行事が行われていました。（現在はコロナ感染症対策として中止しておられますが、状況を見ながら再開されます）
- ・できるだけ在宅での生活が続けて頂けるよう、自宅での入浴の継続を希望される方には自宅と同じようなお風呂に入って頂く訓練が行なわれています。
- ・体験利用や介護認定を受けておられない方も利用できるような独自のサービスを行なわれ、活動内容を知っていただき、利用につながるよう努めておられます。

##### ◇改善を求められる点

- ・各種マニュアル類も整備されていますが、通所介護専用のマニュアルとなるよう見直

し、検討されることに期待します。

- ・看護師が機能訓練も担当されており、理学療法士の配置がなくなりましたが、運動機能計画を作成される際に法人内の理学療法士若しくは作業療法士のアドバイスにも期待します。
- ・デイサービスセンター希望の郷の特色、強みを前面に押し出し、他事業所との差別化を図っていかれることを今後も継続していかれる事に期待します。

#### ⑥ 第三者評価結果に対する施設のコメント

第三者評価機関により評価頂き当事業所の「良い所」「努力すべき所」を改めて確認する事が出来ました。項目別で評価いただく事で具体的な内容が確認できました。

「努力すべき所」については、職員一同で改善すべき課題を確認し、意見を出し合い1つ1つ改善に向け取り組みを行います。又、「良い所」については、更にサービスの質を高める取り組みを模索しステップアップを図ります。当事業所の特色・強みをアピールし地域に根差した活動を行い、ご利用者様から選んでいただける「老人デイサービスセンター希望の郷」になる様努めます。

#### ⑧ 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取り組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取り組みとなることを期待する状態

## 第三評価結果（通所介護）

### 共通評価基準（45 項目）

#### 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。 | b       |
| <p>＜コメント＞</p> <p>法人の「理念」、「基本方針」を施設の玄関・事務所内に掲示されています。</p> <p>常勤、パート職員には、法人の「理念」、「基本方針」の説明が行なわれ周知が図られています。</p> <p>職員は朝の朝礼で「理念」、「基本方針」を唱和されてから、業務に取り組まれています。</p> <p>利用者や家族等には、パンフレットや法人ホームページに掲載する事で示されています。</p> <p>法人のホームページ、パンフレットに記載され、職員は入職時に「石見さくら会」のクレド（約束）が記載されたカードを渡され退職時に返却されるまで、いつでも確認できるよう取組まれています。</p> <p>また、年度当初には、理念・基本方針・事業計画を配布され、周知が図られています。</p> <p>施設内の玄関・事務室に掲示されています。</p> <p>利用者・家族へはホームページやパンフレットにより周知が図られています。</p> |                                   |         |

##### 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。 | b       |
| <p>＜コメント＞</p> <p>月1回法人高齢者部会で、理事長をはじめとする役員や法人内の他事業所の管理者と共に経営環境の変化、邑智郡内の介護サービス等の把握・分析されており、希望の郷の利用人数、稼働率の把握、コスト削減等について話し合われています。</p> <p>法人での会議の内容報告はスタッフ会で行なわれ周知が図られています。</p> |                                           |         |
| 3                                                                                                                                                                           | Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。         | b       |
| <p>＜コメント＞</p> <p>現状の収益率や稼働率については、職員も認識はされていますが、どうすれば課題解決につながるか具体的な取組みが難しい部分もあります。</p>                                                                                       |                                           |         |

「古くて懐かしいもう一つの我が家」の実現のために、今後も他の施設にはない取組みを行なわれるよう期待します。

### 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。               | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>法人全体としての長期的なビジョンを明確にされ、3年ごとに経営分析、社会情勢の変化等に伴う中期計画の見直しが行われ策定されています。</p> <p>利用人数、稼働率の把握、登録者数の目安、コスト削減等について経営課題の改善計画を法人に提出され、法人や他部署と連携が行なわれています。</p>                                                                                                                       |                                                     |         |
| 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。                | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>中・長期計画を基に単年度の事業計画と収支計画も策定されています。</p> <p>単年度事業計画目標としては3項目があげられています。</p> <p>一項目は、生活を継続されるために地域での生活がいきいきと自立して行えるようなサービスの提供の充実。</p> <p>二項目は、地域ボランティア、地域行事への参加、介護の相談等地域住民の多様なニーズに対応した地域に根ざした施設としての地域との関係強化。</p> <p>三項目は、多職種連携の体制を整え、収益アップに努め、人材育成による職員の業務遂行能力の向上と業務効率化。</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。 | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>利用者数の増減（稼働率）は毎月集計し、事業計画の事業管理進捗表により4半期ごとに振り返り、評価・見直しが行われており、スタッフ会で職員に評価・見直しの内容が周知されています。</p> <p>職員にはサービス向上に向けての職員研修や設備計画について周知が図られています。</p> <p>職員が参画し、職員の意見が反映される事業計画になるよう期待します。</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。                 | b       |
| <p>〈コメント〉</p> <p>ホームページや施設内に掲示されていますが、行事や新しいメニューの導入のされた事業計画</p>                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |         |

を説明される機会を持たれる事に期待します。

また、家族に向けても「希望の郷だより」を利用され、周知を働きかける事に期待します。

#### 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。           | b       |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>事業計画の事業管理進捗表により4半期ごとに振り返り、評価・見直しが行われており、スタッフ会で職員に評価・見直しの内容が周知されています。<br>人事考課制度が導入されており、職員は人事考課表に基づき自己評価を行ない、自身の課題を抽出され、目標設定が行われ上席との面接において、目標の進捗状況や評価・見直しが行われ、職員一人ひとりの福祉サービスの質の向上が図られています。<br>また、定期的な福祉サービス第三者評価の受審が行われ、評価結果を基に改善が行われています。 |                                                       |         |
| 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。 | b       |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>課題についての改善策についてはスタッフ会で話し合われています。<br>振り返りをしながら、自分達のできている事、できていない事を確認され、改善し良い点を伸ばして行かれるよう期待します。                                                                                                                                              |                                                       |         |

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### 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。 | b       |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>職務分掌に施設長の役割と責任について明記されており、平常時のみならず有事においての役割と責任について、不在時の権限委任等も含め明確にされています。<br>施設長は広報誌の「希望の郷だより」に於いて、年度当初に思いを表明され、地域へ配布される事に期待します。 |                                            |         |
| 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。     | b       |
| <b>&lt;コメント&gt;</b><br>法令に変更があった場合には、法人から資料をもらわれたり、研修に参加されています。                                                                                         |                                            |         |

|                                                                                                                                                                                                |                                              |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|
| <p>コロナ禍になり外部研修への参加が難しい状況です。</p> <p>ハラスメント相談窓口が法人本部に設置されています。</p> <p>各種マニュアルの見直しは法人本部が定期的にマニュアルの見直しを行なっておられますが、職員へより周知が図られるよう期待します。</p>                                                         |                                              |   |
| 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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現場に入って職員と一緒に業務を行っておられるので、利用者の様子や職員のサービスに対しても目が行き届いています。</p> <p>足りないものは何か、そのために必要な研修、人員体制を整えられる等課題の改善に向け取組まれるよう期待します。</p>                                                |                                              |   |
| 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。     | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>現在は光熱費の高騰により、節約を心掛けておられます。</p> <p>記録はＩＴＣを導入されています。</p> <p>利用者の目に触れないようにケアの入力を行なう時間が充分に取れないことも課題です。</p> <p>通所介護利用の目的は何か、何をやりたいか、個々の利用者のニーズの把握をし、プランの検討・見直しに取組まれています。</p> |                                              |   |

## 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。 | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員募集については、法人で行なわれており、ハローワークでの求人募集や各種専門学校の訪問等が行なわれています。</p> <p>次年度の人員配置についての希望は出され、人員の確保をされています。</p> <p>職員定着に向け、働きやすい環境作りに努めておられます。</p>     |                                                    |         |
| 15                                                                                                                                                                | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。                         | b       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像も明確にされており、法人の人事基準に基づき適正な人事管理されています。</p> <p>次年度に向けて身上書の提出があり、本人の意向の確認が行われています。</p> <p>人事考課制度の導入も行われており、個々の目標を設定され、進捗状況の確認・評価が行われ</p> |                                                    |         |



|                                                                                                                                                                                                               |                                                           |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
| ており、職員自らになりたい自分の姿を描くことができるよう取組まれています。                                                                                                                                                                         |                                                           |   |
| 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。              | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>勤怠システムを導入し、職員の就業時間の管理が行われています。</p> <p>ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境を目指し、子どもの看護休暇・介護休暇の取得も可能になっています。</p> <p>有給休暇の取得についても把握されており、有給休暇が取りやすい配慮が行われています。</p> <p>石見さくら会の福利厚生があります。</p>              |                                                           |   |
| 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。                         | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度当初に職員一人ひとりの個人目標を決め、人事考課制度による面接が行われており、取りたい資格や研修希望等も聞かれています。</p> <p>また介護福祉士の資格取得制度も設けられています。</p> <p>就業年数、職種別や階層別研修へ参加される取組みが行われています。</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。         | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年間研修計画を作成されていませんが、外部各種研修に参加や各職種別や階層別研修に参加されています。</p> <p>「接遇」「人権」「認知症ケア」「個人情報保護」等、法人内の必須研修も行われています。</p> <p>参加後は事業所内で研修内容を伝達され職員の理解と周知が行われています。</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。                       | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>新人職員へは新人研修やOJTで指導される制度が設けられています。</p> <p>各職種別や階層別研修にも参加され職員一人ひとりの教育・研修の機会が設けられています。</p> <p>内外部研修参加後には復命等を行ない職員間で共有しておられます。</p> <p>キャリアパス研修は事業所で把握されており、法人内での異動になっても履歴が分かるようになっています。</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。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービスに実習に来られる方は少ないですが、法人に受け入れ基準があり、それに従って</p>                                                                                                                                         |                                                           |   |

行われています。

養護学校の生徒が就労目的の体験に来られることがあります。

### 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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の「石見さくら会」ホームページに於いて情報公開が行われています。</p> <p>パンフレット、地域に向けての広報誌、SNSの活用もされ、「デイサービス希望の郷」を理解して頂く為に努めておられます。</p> <p>福祉サービス第三者評価の受審も定期的に行われておりWAMネットに掲載されています。</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。 | a       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事務・経理等は所長が行なわれています。</p> <p>内部監査事務処理規定による運営が行われています。</p> <p>利用料等は法人の口座に一括して入金されています。</p> <p>法人は外部公認会計士による監査を受け、適正な経営・運営に取り組まれています。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービスは地域から通っておられるので、地域での敬老会や近くの矢上公民館の行事に参加されています。</p> <p>近くのスーパーに出掛けたり、道の駅での買物の行事、保育園との交流も行われていましたが、コロナ禍になり、今は中止されています。</p> <p>久しぶりに地域のお雛様飾りのイベントが開催されることになり、見学に出かける計画を立てておられます。</p> <p>可能な範囲で地域との交流が行えるよう心掛けておられます。</p> <p>リアルで保育園との交流が難しいですが、ビデオレターを活用されたり、ケーブルテレビで地域の子どもの様子をみなさんと鑑賞され、楽しめる工夫に期待します。</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。 | b       |

|                                                                                                                                                                                                          |                                                  |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---|
| <p>＜コメント＞</p> <p>中学生の夏休みサマーボランティアの受け入れ、小学生の社会科体験、中高生職場体験等受け入れられていましたが、コロナ禍になり、今は中止されています。</p> <p>コロナ禍になり、ボランティアの受け入れは中止されていますが、今後の情勢を見ながら再開される予定です。</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルを作成され基本姿勢を明確にされる事を望みます。</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 施設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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>病院、役場、福祉介護施設、地域包括支援センター、警察、消防署、セキリュリティ会社、電気、ガス、水道等関係機関の連絡先一覧は事務所に掲示されています。</p> <p>年に1回介護関係の事業所と役場で状況確認、情報共有を行なう会議が行われていますが、現在は書面が中心になっています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。            | b |
| <p>＜コメント＞</p> <p>理念にも掲げられている『地域住民の多様な個性に基づいて自分らしく、生き生きと自立して暮らすことのできる「豊かで活力ある福祉コミュニティ」の実現に資する』を实践されるために高齢者にどのようなニーズがあるか収集されており、オレンジカフェ開催の取組みも行われています</p> <p>地域の方からのデイサービスの利用相談、説明への対応はいつでもできる体制はあります。</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。         | b |
| <p>＜コメント＞</p> <p>地域からのデイサービスでの活動を知りたいというニーズに応え、自主事業として要支援・要介護以外の対象者も含め、デイサービスの活動を体験して頂く取組みが継続されています。</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。 | a       |

|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
| <p>＜コメント＞</p> <p>理念・基本方針にも利用者一人ひとりを個人として尊重されることが明記されています。</p> <p>法人の倫理綱領に基づき、権利擁護・接遇・コンプライアンス研修に参加され、職員の共通理解が図られています。</p>                                                                                                        |                                                           |   |
| 29                                                                                                                                                                                                                               | Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。               | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>基本理念、就業規則に人権、プライバシー保護等が明文化されており、プライバシー保護マニュアルも整備されています。</p> <p>新人研修時には必ず接遇、プライバシー保護、人権等の研修が行われています。</p> <p>マニュアルに沿って、食事・入浴・排泄の支援が行われており、プライバシーに配慮した福祉サービスが行われています。</p> <p>記録を行なう時には利用者の前では行わないよう気を付けておられます。</p> |                                                           |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>法人ホームページやパンフレットにおいて、理念・基本方針、提供する福祉サービスについて載せられています。</p> <p>事業所玄関にパンフレットや広報誌の「希望の郷だより」を置かれています。</p> <p>利用希望者には丁寧な説明をされ、見学や体験利用にも対応されています。</p>                                                                    |                                                           |   |
| 31                                                                                                                                                                                                                               | Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。              | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>サービス開始時には、契約書・重要事項説明書・パンフレットを用い利用者・家族等に施設案内、利用時間、サービス内容等について丁寧に説明されています。</p> <p>通所介護計画はデイサービス利用開始時に本人・家族に通所介護計画の内容について分かりやすく説明され、同意を得ておられます。</p> <p>通所介護計画変更時にも同様に説明をされ、同意を得ておられます。</p>                         |                                                           |   |
| 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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>家庭への移行の場合には、現状の留意点や介護のポイントをお知らせしておられます。</p> <p>他の事業所を利用される場合は、サービス担当者会に於いて現状を説明されサービスが継続できるよう図られています。</p> <p>利用終了の利用者・家族等からの相談についてもいつでも対応されており、重要事項説明書に、</p>                                                    |                                                           |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                              |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---|
| 連絡先、担当者が記載されています。                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |   |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。                                                                                                                                                                                                                            |                                              |   |
| 33                                                                                                                                                                                                                                                 | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。    | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者アンケート、嗜好調査が毎年行われており、分析・検討を行ない改善に取り組まれており、職員会議において職員へも周知が行われています。</p> <p>利用者の朝の会が開催されており、その日の体調観察や行事を伝えたり、やりたいことを尋ねておられます。</p> <p>日頃から、利用者の意見や希望を会話の中から聞かれたり、家族には送迎時に意見・要望を聞かれています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決の体制が整備されており、事業所内にも仕組みが掲示しておられます。</p> <p>重要事項説明書にも苦情相談窓口、苦情解決責任者、苦情受付担当者等が明記され、説明が行われています。</p> <p>苦情受付簿もあり、記録を残され、改善すべき点は対処されています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約時に重要事項説明書を使用し相談窓口等の説明が行なわれています。</p> <p>相談、意見は都度受けられており、利用者にはどの職員でも何かあれば言って下さいと伝えられています。</p> <p>家族には、送迎時や連絡ノートで意見や相談を受けられています。</p> <p>生活相談員の配置もされており、個別の相談は事務所で行なわれています。</p> <p>利用者アンケート、嗜好調査も定期的に行われ、玄関に意見箱も設置されています。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者からの相談や意見は所長や苦情受付担当者が対応されます。</p> <p>適切な対応ができるよう心掛け、問題の大小に関わらず所長に全て報告をされています。</p> <p>デイサービス内で対応できる内容であれば、迅速に対応され職員に周知されています。</p> <p>解決が難しい事案の場合には法人にも相談され、対応が行われます。</p> <p>現在まで、第三者委員に報告するような事案はありません。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>安全確認マニュアルが整備されており、事故発生時の対応、検討、改善策について職員に周知されています。</p> <p>リスクマネジメントに関する責任者は所長となっています。</p> <p>ヒヤリハット報告書を提出してもらい事故を未然に防ごう、職員からの報告を集め事例検討を行ない、安全確保に努めておられます。</p> <p>他の事業所の例も取り上げ検討も行われています。</p> <p>送迎時の交通安全にも気を付けておられます。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対応マニュアルの整備が行われています。</p> <p>看護師は感染症予防の研修に参加され感染症、食中毒の予防、対応について事業所内で伝達講習を行われ、職員に周知されています。</p> <p>新型コロナウイルスの対応として、看護師を中心に防護服の脱着の研修等、感染予防対策が図られています。</p> <p>また、換気のために空気清浄機能付きエアコンを新しく2台設置されました。</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やっている。           | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>避難訓練は年2回実施されており、内1回は消防署が来られる総合訓練が行われています。</p> <p>職員一人ひとりの役割が定められており、利用者、職員等の緊急連絡網も作成されており災害時の安否確認も行われています。</p> <p>事業継続計画（BCP）は作成されています。</p> <p>厨房があるので、食料の備蓄も準備されています。</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       |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護サービスマニュアル（食事・入浴・排泄・移乗移動等）に沿って行われています。</p> <p>利用者個々の通所介護計画の留意点に気を付けた支援が行なわれており、職員間で情報共有し</p> |                                                       |         |

|                                                                                                                                                                                                                            |                                                    |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---|
| て実施されています。                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |   |
| 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種マニュアルについては、年度末に法人全体でマニュアルの見直しが行われています。</p> <p>介護サービスマニュアルについても、同様に行なわれています。</p> <p>通所介護計画の見直し時に、留意点の変更点等あれば職員間で情報共有して支援にあたられます。</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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>居宅介護支援事業所からの居宅介護計画書に基づき、事業所のアセスメント票を用いて、独自のアセスメントが実施されています。</p> <p>医師や看護師の意見も聞き、利用者・家族の意向や希望を確認され、常勤の担当介護士と協同して利用者毎に自立支援を目指した通所介護計画を策定しておられます。</p> <p>所長が責任者としてチェックをされます。</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。             | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月モニタリングを行ない結果については、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に毎月報告が行なわれています。</p> <p>評価・見直しは半年ごとに行われ、利用者・家族等に変更後の介護計画について説明を行ない、同意を得ておられます。</p> <p>介護ソフトを使用したカンファレンス項目のチェックも行なわれています。</p> <p>利用者の状態に変化があれば、随時変更が行われています。</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、職員間で共有化している。 | b |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス内容は個人記録に記入され職員間で情報共有されています。</p> <p>パソコンのネットワークシステムを利用され、利用者の身体状況や生活状況を組織が定めた統一された様式によって把握され記録されています。</p> <p>記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように記録作成の研修の実施に期待します。</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 |

＜コメント＞

個人情報保護規程により、利用者の記録の保管・保存・廃棄・情報の提供に関する規定を定めておられます。

記録管理責任者は所長が行っておられます。

職員は入職時に誓約書に同意・署名され個人情報保護について研修が行われ、周知が図られています。

個人情報の取り扱いについて、利用開始時には利用者・家族等に説明をされ、同意を得ておられます。

## 内容評価基準（通所介護 16 項目）

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

#### 1－（１）生活支援の基本

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                    | 第三者評価結果 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|
| 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       |
| <p>＜コメント＞</p> <p>朝の来所の際、健康観察から始まり、脳トレ、パズル、ぬりえ、クラブ活動、月ごとに変わるリハビリ体操等それぞれに合った活動を複数から選択できるようにされ、午前中に入浴を楽しんで頂いておられます。</p> <p>利用者が日常生活の中で役割が持てるように洗濯物を干して頂いたり、食事の際の台拭き、掃除、畑仕事等それぞれに応じた役割が用意されています。</p> <p>自宅で継続して頂けるような活動の配慮が行なわれています。</p> |                                    |         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    | 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       |
| <p>＜コメント＞</p> <p>接遇にも配慮し、利用者との会話時間を多く取る、利用者同士で会話がしやすいようきっかけ作りを行なう等しておられます。</p> <p>必要な場合には、個々に合ったコミュニケーション方法等職員間で話し合い支援されています。</p> <p>現在利用されている方は、みなさん発語もスムーズでコミュニケーションがとれます。</p>                                                     |                                    |         |

#### 1－（２）権利擁護

|                                                                                                                                                            |                           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|
| 3                                                                                                                                                          | ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>身体拘束マニュアルが作成されており、法人に虐待防止委員会の設置もあります。</p> <p>虐待の芽チェックシートを活用し、年 1 回は振り返りが行われています。</p> <p>緊急やむをえず身体拘束を行なわなければならない場合の具体的な手続きや実施方法を明確にされ、</p> |                           |   |



職員にも徹底されています。

## A-2 環境の整備

### 2-(1) 利用者の快適性への配慮

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ① 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>清掃チェック表を用い清掃・消毒が行われています。</p> <p>古民家を改修した事業所ですが、自宅に近い環境の中でより快適に過ごして頂けるよう日々取組まれています。</p> <p>温度、湿度を確認し冷暖房を細かく調整され、過ごしやすい環境を心掛けておられます。</p> <p>ベッド以外に畳スペースも確保されていますので、寒い日にはコタツで過ごされる方もあります。</p> <p>利用者から季節の花を頂く事もあり、各テーブルや玄関に花を飾り、みなさんに見て頂けるようにされています。</p> <p>一人ひとりが落ち着いてゆったり過ごして頂けるよう配慮されています。</p> |                                   |   |

## A-3 生活支援

### 3-(1) 利用者の状況に応じた支援

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                             |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---|
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>一人ひとりの身体状況、バイタルチェックを行ない、入浴支援が行われています。</p> <p>プライバシーに配慮しながら、見守り、一部介助で入浴して頂いておられます。</p> <p>自宅での入浴を継続して頂けるよう、個浴槽を利用し、職員が見守りをしながら自立に向け訓練をされる方もあります。</p> <p>入浴拒否の方もありますが、声掛けやタイミングをずらしたり、仲の良い方と一緒に入って頂く等の工夫をされています。</p> <p>また、感染のリスクの高い方には、個浴槽にて入浴を行い配慮されています。</p> |                             |   |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>排泄介助が必要な方に対しては、排泄表を基に本人の排泄パターンの把握し、利用者個々に合った声掛け、誘導、一部介助が行われています。</p> <p>自分でできる事は声掛けを行ない、見守りを中心に排泄の自立が保てるよう支援が行なわれています。</p> <p>排泄介助を行なう場合には、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援が行われています。</p> <p>留意点等があれば、通所介護計画にも挙げ、職員間で情報共有が行われています。</p>                                        |                             |   |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ③ 移動支援を利用者の状況に合わせて行っている。    | a |

＜コメント＞

一人ひとり身体状況にあわせて見守り、声掛け、一部介助等の方法を選択されています。

歩行器、老人車を使われている方もありますが、センター内に手すりを取り付けてあることもあり、手すり等利用で移動される方も多いです。

転倒事故のないよう、職員複数で見守るようにしておられます。

歩行等の機能訓練は看護師が担当し行われています。

利用者の状態に合わせた送迎車を選択し安全に送迎が行われています。

3-（2） 食生活

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 8 | ① 食事をおいしく食べられるよう工夫をしている。 | a |
|---|--------------------------|---|

＜コメント＞

嗜好調査も行われており、利用者の希望や好みも取り入れた、季節に応じたセンター内手作りの食事が提供され、楽しい雰囲気です。召し上がって頂いています。

見た目も美しく彩りの工夫や野菜も食べやすい大きさにカットされており、殆どの方が完食されています。

衛生管理マニュアルにより、安心・安全な食事が提供されています。

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| 9 | 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 |
|---|-----------------------------------|---|

＜コメント＞

現在は殆どの方が普通食で、刻み食等にも対応され、一人ひとりに合わせた食事形態を用意できる体制はあります。

食事介助の必要な方は現在おられませんが、自分で召し上がって頂く為の自助具は用意しておられます。

|    |                         |   |
|----|-------------------------|---|
| 10 | ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a |
|----|-------------------------|---|

＜コメント＞

食事の前には口腔体操を行っておられます。

食後には歯磨きや義歯を磨き口腔内の生活が保てるようにしておられます。

歯磨きを自身で行われる利用者には、磨き残しがみられることもあるので、うがいの声掛けや仕上げ磨き等の支援が行なわれています。

3-（3） 褥瘡発生予防・ケア

|    |                     |     |
|----|---------------------|-----|
| 11 | ① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | 非該当 |
|----|---------------------|-----|

＜コメント＞

褥瘡の方はおられません。

看護師は褥瘡発生予防・ケアの研修や学習会に参加し伝達を行い理解し周知しています。

褥瘡を発見した場合は速やかに所長、看護師に報告し対応する体制があります。

### 3-(4) 介護職員による喀痰吸引・経管栄養

|                                                                                 |                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----|
| 12                                                                              | 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。 | 非該当 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>喀痰吸引・経管栄養を実施される利用者はおられません。</p> <p>必要な利用者が利用される時は看護師が対応します。</p> |                                             |     |

### 3-(5) 機能訓練・介護予防

|                                                                                                                                      |                                   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---|
| 13                                                                                                                                   | 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。 | b |
| <p>＜コメント＞</p> <p>看護師が機能訓練の担当もされており、個別に運動機能計画の作成もされています。</p> <p>歩行訓練は全員行われており、下肢筋を付ける運動が行われています。</p> <p>レクリエーションも行い、生活訓練も行われています。</p> |                                   |   |

### 3-(6) 認知症ケア

|                                                                                                                                                                                                                                                                |                        |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---|
| 14                                                                                                                                                                                                                                                             | ① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | a |
| <p>＜コメント＞</p> <p>古民家を改修したデイサービスですので、自分の家と大きく変わらない環境で落ち着いて安心して過ごすことができます。</p> <p>現在はオンライン研修が中心ですが、外部研修、施設内研修が定期的に実施されています。</p> <p>認知症の症状を職員全員が把握され、認知症の症状を進行させない、症状を緩やかにするなど、利用者個々に対応した認知症ケアが行えるよう努めておられます。</p> <p>認知症の症状については、家族や居宅介護支援事業所のケアマネにも報告されています。</p> |                        |   |

### 3-(7) 急変時の対応

|                                                                                                                                                                              |                                        |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---|
| 15                                                                                                                                                                           | ① 利用者の体調変化に、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 |
| <p>＜コメント＞</p> <p>体調変化があれば、すぐに看護師に報告し、対応をかかりつけ医に連絡され医師の指示に従われています。</p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルの整備が行われています。</p> <p>服薬管理の必要な方には、看護師、職員間でチェックしながら実施されています。</p> <p>家族にも連絡をされます。</p> |                                        |   |

## A-4 家族との連携

### 4－（１）家族等との連携

|                                                                                                                                                          |                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---|
| 16                                                                                                                                                       | 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 |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の状況等については、送迎時に会うことができる家族には説明をされたり、連絡ノートを活用し連絡事項も伝えられ、家族からの意見・要望も伺われています。</p> <p>年に２回の家族アンケートを実施し、家族の意見・要望等を把握されるようにされています。</p> |                            |   |