

(別記)

(公表様式1)

新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

① 第三者評価機関名

公益社団法人新潟県介護福祉士会

② 施設・事業所情報

|                                    |                                                                                                           |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称：社会福祉法人松波福祉会<br>柿崎第1 デイサービスセンター  | 種別：老人デイサービスセンター<br>(通所介護)                                                                                 |
| 代表者氏名：管理者 井澤 辰圭                    | 定員：18名(1日)<br>(利用人数) 61名                                                                                  |
| 所在地：〒949-3216<br>新潟県上越市柿崎区柿崎5548番地 |                                                                                                           |
| 連絡先電話番号：025-536-6311               | FAX番号：025-536-4405                                                                                        |
| ホームページアドレス                         | <a href="http://matunami-fukushi.com/publics/index/12/">http://matunami-fukushi.com/publics/index/12/</a> |
| 【施設・事業所の概要】                        |                                                                                                           |
| 開設年月日 平成5年8月2日                     |                                                                                                           |
| 経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人松波福祉会        |                                                                                                           |
| 職員数                                | 常勤職員： 8名<br>非常勤職員： 3名                                                                                     |
| 専門職員                               | 施設長(管理者) 1名<br>管理栄養士 1名                                                                                   |
|                                    | 看護師・准看護師合計 1名                                                                                             |
|                                    | 生活相談員 2名                                                                                                  |
|                                    | 介護福祉士等 5名                                                                                                 |
| 施設・設備の概要                           | (居室数) (設備等)<br>浴室3箇所<br>(一般浴槽・中間浴槽・特殊浴槽)<br>トイレ2箇所<br>食堂・機能訓練室                                            |

③ 理念・基本方針

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>&lt;基本理念&gt;</p> <p>私たち法人役職員は「基本的人権の尊重」を理念として、その実現に努めます。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 社会福祉法人松波福祉会(以下「法人」という)の役職員は、すべての人をこの世で唯一無二のかけがえのない存在(人)として尊びます。</li><li>2. 私たち法人役職員は、いかなる障がいも有していても、これを受け入れ、普通の生活を提供することを使命とします。</li><li>3. 私たち法人役職員は、社会福祉法の理念であるご利用者の4つの権利、「怪我や事故のない、安全に生活する権利」、「社会・生活等に関わる、あらゆる情報を知る権利」、「施設等の利用契約内容等に関するサービスを選択する権利」、「あらゆる場面で苦情を言う権利」を守ります。</li><li>4. 私たち法人役職員は、ご利用者お一人おひとりの「ニーズは、その日、その時により変わり」「介護は一期一会」を何より大切にされた援助をします。</li><li>5. 私たち法人役職員は、「基本的人権の尊重」を使命として質の高い総合福祉サー</li></ol> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ビスを提供します。

6. 私たち法人役職員は、「基本的人権の尊重」を使命として透明性の高い事業経営を行います。
7. 私たち法人役職員は、「基本的人権の尊重」を使命として地域福祉形成の担い手となります。
8. 私たち法人役職員は、「いつまでもこの街で暮らしたい」との想いを大切にされたサービス提供に努めます。
9. 私たち法人役職員は、専門職として常に「感謝」・「感動」・「感激」・「謙虚」・「共感」の「こころ」を念頭にサービス提供に努めます。〔補足〕参照

#### <補足>

基本理念の「感謝」・「感動」・「感激」・「謙虚」・「共感」の「こころ」を「介護のプロになるための5K」としてしています。

##### ・「感謝のこころ」

私たちは、日々のご利用者へのサービス提供を通して介護の専門職としての相応しい、技術、知識、そして、価値観を学んでいます。また、ご利用者、お一人おひとりとの出会いを大切に、貴重な時間を共にさせていただいていることへの感謝を意味します。

##### ・「感動のこころ」

私たちは、常日頃いろいろな課題にぶつかります。その課題を、ご利用者お一人おひとりに対して、気づき、悩み、解決することができた時の「感動」が体感できるよう努めます。

##### ・「感激のこころ」

私たちは、ご利用者、職員の「できないところ」ではなく、「できるところ」を探し、見つけることにより双方の「信頼関係」を生み「感激」を体感できるよう努めます。

##### ・「謙虚なこころ」

私たちは、決して知識や技術におごることなく、日々、努力と自己研鑽により「ご利用者」に満足していただけるサービスを提供することに努めます。

##### ・「共感するこころ」

私たちは、「ご利用者」お一人おひとりの「想い」や「行動」を理解し、その「想い」に「共感する」ことで信頼関係を築き、より良質なサービスの提供に努めます。

#### 基本スローガン

- ◇すべての取組みは、法人の理念の実現に少しでも近づくことにつながります。
- ◇すべての取組みは、共に考え、作り、行動することを何より大切にします。
- ◇すべての取組みは、職員一人ひとりの「やりがい」「働きがい」につながります。
- ◇すべての取組みは難しいことを並べるのではなく「理念の実現」「共に」「やりがい」「成長」につながることを、まず、心にすることから始まります。

#### ④ 施設・事業所の特徴的な取組

平成28年の重点項目として次のことに取組んでいる。

##### 1 人材育成

- |   |                                             |
|---|---------------------------------------------|
| 2 | 経営の安定化                                      |
| 3 | 権限委譲の強化                                     |
| 4 | 更なる良質のサービス提供                                |
| 5 | 安全・安心できる事業所づくり「防災・母体施設の老朽化対策・衛生」            |
| 6 | 地域住民の負託への対応「事業展開・ボランティアの活性化・地域で支え合うシステムづくり」 |

⑤ 第三者評価の受審状況

|               |                                       |
|---------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間        | 平成28年8月5日（契約日）<br>平成29年3月17日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 0 回（平成 年度）                            |

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○法人の目指す目的や方向と連動する仕組み作り

事業所の運営理念、経営方針は、法人の経営理念、経営方針を踏まえて作成され整合性が図られている。法人の基本理念である「基本的人権の尊重」を基に、職員は身近な援助から気づきを共有し、利用者が満足する事業所作りに取り組んでいる。また、業務会議・ケアサービス会議・社会サービス会議により現場の現状把握から問題の解決に向けた検討も行われている。さらに、庶務や企画準備室では、法人事業の中・長期計画の作成を検討し、法人サービスの事業展開を明確にするための基盤作りにも取り組んでいる。こうした法人と連動した事業所としての中・長期的なビジョンと具体的な計画が策定されており、組織として取り組む継続的な体制作りが確立されている。

○地域との交流と連携の取り組みについて

地域住民や地域在住の利用者家族との関わりを通じ、地域ニーズの把握に努め、地域住民やボランティア団体等と交流を深めている。地域で支え合うシステム作りと地域住民の負託に応える活動を拡げることが目的に取り組んでいる。

社会活動委員会が中心となり、柿崎中央海岸の海岸清掃、お引き上げ民謡流し、柿崎ドーム杯スポーツフェスティバル等の地域交流活動に力を入れ、事業所の職員も参加している。法人キャラクターの「よねっしー」と統一された緑の法人Tシャツの姿が地域に溶け込み親しまれている。

また、利用者一人ひとりの希望を尊重した上で、買い物の外出支援や外食の回数を多くすることで、より楽しんでもらえるよう工夫もなされている。毎年、利用者が地域行事の「お引き上げ商工祭り」へ積極的に足を運び、地域の人々との関わりを大切にしている。

○利用者が、食事を美味しく、楽しく食べるためのシステムがある

食事は配膳車を移動する直前まで、暖かいものは保温庫に、冷たいものは保冷庫に保管され、適温の食事が提供されるシステムが確立されている。また、管理栄養士が旬な食材を積極的に用いた献立を作成し、季節や行事を身近に感じられる食事が提供されている。

月に一度の選択食では、利用者がその場でメニューを選択できるシステムになっ

ており、利用者が個々の好みに応じた食事が摂れるように配慮されている。利用者の意見を取り入れる手段としても、おやつ会議を定期的で開催し、利用者の希望を積極的に聞き取りサービスに反映させている。

#### ◆ 改善を求められる点

##### ○利用者及び家族と事業所との情報共有について

家族への情報提供や情報収集は口頭で行うことが多く、送迎時に家族と口頭で様子などの情報交換を行っている。必要に応じて連絡帳を活用したり、個別に電話で伝えるようにしている。しかし、現在、利用当日や前日において、電話での利用者の状況確認は行われていないとのことである。また、家族との情報交換においても、口頭で行うことが主となっている。

今後は、利用者の状態確認や家族との情報交換をより確実にやっていくためにも、連絡帳などを活用し、情報の可視化に務め、家族との情報交換を確実にやっていくことが望まれる。

##### ○利用者が安心・安全に過ごせる環境の整備について

事業所では、認知症高齢者が安心・安全に過ごしてもらえるよう、手すりの取り付けやすべり止めの設置を行い、利用者の行動が抑制されたり、拘束されたりしないように環境に工夫している。見やすいカレンダーやどの立ち位置からも時間の確認ができる時計が設置されている。しかし、日中過ごしている共有スペースには、利用者の歩行器やシルバーカー等で動線が狭くなり、安心して過ごせる環境とはいえない所も見受けられる。また、浴室や脱衣室等では、職員自己評価アンケートにもあるように、衛生面で行き届かない部分が見られたので、今後の対応と改善に向けた取り組みに期待したい。

#### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

##### (H29.3.14)

第三者評価を受審して率直に感じたことは、これまで事業所内でご利用者にとってより良いサービス提供を目指して、工夫、改善を行なってきましたが、あくまで事業所内の視点での取り組みであり、第三者からの視点により気付かなかったことを評価して頂き、課題について再確認する機会となりました。

設問によっては、調査票にもとづき自事業所が取り組みを評価した結果よりも、調査段階で細かく見て頂き、要件を満たしていると判断して頂いた項目もあり、行ってきた取り組みは間違っていなかったと自信につなげることができました。

この受審結果を真摯に受け止め、結果をもとに事業所全体で一つひとつの課題について改善を図り、ご利用者が安全に、安心してご利用できるように取り組みを進めていきます。

柿崎第1 デイサービスセンター  
管理者 井澤 辰圭

(H . . )

(H . . )

⑧ 評価細目の第三者評価結果（別添：公表様式2のとおり）

# 評価細目の第三者評価結果

## 【 高齢者施設（事業所）版 】

柿崎第1デイサービスセンター

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

| Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立されている。                       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ⅰ－１－（１）－①<br>法人や施設(事業所)の理念が明文化されている。           | a    | 社会福祉法人松波福祉会の「基本理念を達成できる体制を構築するとともに法人の存続性を高めていくための方策を講じていく」という経営方針を示し、法人役職員は「基本的人権の尊重」を基本理念としてその実現に努めている。事業所は、法人の基本理念を掲げながら事業計画やホームページ、広報誌「よねやまの里だより」においても理念が明文化されている。                                                                                                       |
| Ⅰ－１－（１）－②<br>法人や施設(事業所)の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。 | a    | 毎年、事業所の運営理念、経営方針は、運営法人の経営理念、経営方針を踏まえて作成される仕組みとなっており、運営法人の経営理念、経営方針と整合性が図られている。28年度に取り組む6つの「重点項目」には、人材育成や安全・安心できる事業所作り、地域住民の負託への対応などが盛り込まれ、取り組むべき事項が明確になっている。                                                                                                                |
| Ⅰ－１－（２） 理念や基本方針が周知されている。                       |      |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 評価細目                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Ⅰ－１－（２）－①<br>理念や基本方針が職員に周知されている。               | a    | 事業所の方針作成にあたり、管理者及び生活相談員が中心となり、全職員による事業の反省・評価を行い意見を収集し作成する仕組みになっている。毎年3月には、デイサービスミーティングにおいて、法人施設長からは法人経営方針、庶務担当からは経営状況等の説明、事業所管理者からは経営方針及び事業計画等についての説明が行われている。さらには、理念や基本方針の周知を目的として、キャリアパス制度の導入に向けての取り組みも周知されている。                                                            |
| Ⅰ－１－（２）－②<br>理念や基本方針が利用者等に周知されている。             | b    | 毎月、利用者に配布する「ご利用者の利用予定表」の5月号の裏面には、事業所方針の中に理念や取り組み重点事項と組織体制が記載され、利用者や家族に伝えられている。事業所玄関は2階入口からエレベータに乗って降りた1階にある。設備上、理念や基本方針を掲示し分かりやすい位置に準備することは難しい状況が見受けられるが、パンフレットスタンドに事業報告書、パンフレット、「よねやまの里だより」等が目につきやすいよう設置されている。今後は利用者の特性を考慮して、掲示場所、見えやすさ、分かりやすさなどを考え、職員への視点とは異なる工夫や配慮が望まれる。 |

## I-2 事業計画の策定

| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。       |      |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                  | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                |
| I-2-(1)-①<br>中・長期計画が策定されている。          | b    | 事業計画は単年度で策定しており、中・長期計画は明確には策定されていない現状である。しかし、介護保険法の改正、報酬改定を踏まえ、母体施設の耐力度調査結果に基づき、建て替え及び修繕計画の作成等から法人事業の中・長期計画を作成準備している。また、法人サービスの事業展開について企画準備室を立ち上げ、地域ニーズに応じていくための事業展開を明確にした、将来を見据えた法人の基盤作りに取り組んでいる。今後は、「柿崎第1デイサービスセンター」としての中・長期計画の策定が明確にされることを期待したい。 |
| I-2-(1)-②<br>中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | b    | 経営委員会を通して事業計画、経営方針等を策定し、予算作成も毎年PDCAサイクルに則り策定されている。月次の分析結果を基に、現状から比較検討した次年度の事業計画が策定されている。事業運営の根幹には、中・長期ビジョンを反映し具現化した単年度計画が必要であることから、事業所としての取り組みが早期に実現することを期待したい。                                                                                     |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。              |      |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 評価細目                                  | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                |
| I-2-(2)-①<br>事業計画の策定が組織的に行われている。      | a    | 事業計画の策定にあたり、管理者及び生活相談員を中心に職員との面談を活用して、事業の評価や計画策定の意見集約・反映の仕組みが組織として定められ機能している。事業所委員会である業務会議・ケアサービス会議・社会サービス会議では、サービス提供場面における現状把握から課題解決に向けた取り組みが重ねられている。時期は上半期と下半期に分けて行われ、事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。                                                      |
| I-2-(2)-②<br>事業計画が職員に周知されている。         | b    | 毎年3月に経営方針説明会がデイサービスミーティングで実施されている。事業計画は事前資料として作成され、職員へ文章にして配布し、理解しやすいよう説明が行われている。後日、議事録を回覧し周知徹底できるよう取り組まれている。今後は職員の周知状況を把握し、各計画等の進捗状況を確認する仕組みをさらに充実させていくことが望まれる。                                                                                    |
| I-2-(2)-③<br>事業計画が利用者等に周知されている。       | C    | 事業計画を利用者、家族に周知してもらうための取り組みについては、事業所では、今のところ行われていない現状である。また、指定地域密着型通所介護事業所であることから、運営推進会議の参加者に事業計画の説明を行うが周知とまでは至っていない状況も窺える。今後は福祉サービス利用の主体である利用者や家族等への説明に、分かりやすい資料によって事業所の理念や方針に込められたメッセージを共通理解される周知が望まれる。                                            |

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。                    |      |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                        | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                              |
| I-3-(1)-①<br>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    | 法人が定める管理者の職務分掌表による業務内容は多岐に渡っている。施設長職務の補佐（権限の委譲）・通所介護事業所の管理・サービス管理・人材育成・事業計画・防火管理・広報活動・社会活動等の役割が明文化され、毎年、経営方針説明会時に職員へ周知している。緊急時等はマニュアルや連絡系統図等に沿って管理者の役割・責任について定めている。組織の広報誌には掲載されていないが、通所介護事業所の「デイサービスだより」には管理者の役割・責任を表明している。今後は更に、自らの役割や責任に対する信頼と理解を深めていくことに期待したい。 |
| I-3-(1)-②<br>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    | 法令遵守への取り組みは、実施指導や集団指導の指導内容を基に改善事項を洗い出し、改善に着手している。省令や通知文は必ず法人施設長、次長に確認し、回覧すると共に、改善が必要な事項等は管理者から助言を受けている。取り組み内容については月次の業務会議で職員に説明し、周知している。今後は組織として遵守しなければならない基本的な関連法令についてリスト化し、正しく認識される取り組みに期待したい。                                                                  |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 評価細目                                        | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                              |
| I-3-(2)-①<br>質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。     | b    | 管理者自らが現場に入って職員と共に行動し日々の流れを理解している。また、利用者の思いや意向を把握しながら、サービスの質の向上を目指し助言に努めている。業務会議などを通して、危険な所や気づいた点について評価・分析を行いながらサービス提供の協議を重ね、質の向上に努めている。今年度から本格的な運用を目指して、キャリアパス制度の構築を検討する法人のキャリアパス委員会に属し、組織的な体制を含め、指導の要件等を検討中である。今後は職員の意見も十分取り入れながら、質の向上に取り組むことに期待したい。             |
| I-3-(2)-②<br>経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | a    | 法人の経営委員会にて、管理者が毎月の経営状況の分析、報告を実施し、職員にはデイサービスミーティングで確認し共有化している。また、管理者が勤務表の作成を行い、必要な人員配置により過度な負担にならないよう、働きやすい環境整備等に配慮している。経費削減として庶務と連携し、定期協議や分析により、節水、節電対策や消耗品の適正化を図り、組織内に同様の意識を形成するための取組が行われている。                                                                    |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

| Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。                 |      |                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                        | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                |
| Ⅱ－１－（１）－①<br>事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。        | b    | 法人全体の月次の経営委員会や法人役員会に出席し、介護保険制度の動向や事業所が位置する地域での特徴・変化等に関して情報は得ている。今後は事業所単独での福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータ等の収集について、具体的な取り組みを検討し、事業計画に盛り込まれていくことが望まれる。                                       |
| Ⅱ－１－（１）－②<br>経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | b    | 月次の経営委員会の事業実績報告にて、収支状況・利用者の状況・事業の進捗状況等を報告し経営分析が行われている。報告した内容は経営委員会での意見を集約し、月次のデイサービスミーティングで職員に報告されている。職員の意見を聞いたり、職員同士の検討の場となるよう取り組んでいる。今後は、分析を基に改善に向けた取り組みが、次年度の計画に反映させていくことに期待したい。 |
| Ⅱ－１－（１）－③<br>外部監査が実施されている。                  | C    | 行政が実施する法人への指導監査や法人内の監査会による経営状況の評価等を実施し、経営改善に取り組んでいるが、外部による監査は実施されていないため、本項目はC評価とする。                                                                                                 |

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

| Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。              |      |                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                  | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                |
| Ⅱ－２－（１）－①<br>必要な人材に関する具体的なプランが確立している。 | b    | 法人内の取り組み重点項目の1つに人材育成が掲げられている。事業所の定員に対する職員数や加算要件を満たす有資格者の配置等についての事業所人員配置基準を確保できるように人事管理を行っている。資格取得に対しては、奨励金や職責免除での受講や受験とし推奨している。必要な人材に関しては、法人全体で、キャリアパスツールを活用した育成を実践することで、キャリアパス体制の構築に向け手がけている最中である。 |
| Ⅱ－２－（１）－②<br>人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。  | b    | 従前の人事考課制度を一時中断し、現在のキャリアパス制度の本格的な運用に向けてシミュレーションを開始しているところである。6ヶ月毎に実施され、育成面談の際には、中堅職員の育成担当者と職員個人の自己評価を密に取り、客観性や透明性が図られるよう話し合っ合意での評価を実施している。さらに、現在、育成コメント一覧の見直しを検討中であり、職員自らが自分自身と向き合う機会になるよう期待される。     |

| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。                                    |      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                               |
| II-2-(2)-①<br>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。             | b    | 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、法人の安全衛生委員会でデータ収集されている。その状況は管理者に報告され、それを基に時間外勤務命令につき一部の職員に過度な負担とならないように配慮されている。年2回、定期的に職員や臨時職員との面談の機会を設け、職員のメンタル面での相談にも応じている。「事業所における心の健康づくり計画およびストレスチェック実施計画」が明示され、法人全体でのメンタルヘルス相談窓口の担当者がおり、必要に応じ、産業医へ繋ぐことも可能である。ただし専門家との連携は行われていない現状である。   |
| II-2-(2)-②<br>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    | 福利厚生は勤労者福祉サービスに加入している。腰痛予防対策としては技術進歩に対応した機器としてスライディングボードを購入し、現在も中重度者ケア学習会で使用方法の確認を行い使用されている。また、就業前に手順書もある腰痛予防体操を実施してから5年目となり悪化を防いでいる。年1回は職員の健康診断も実施している。また法人として有給休暇を計画的に5日間は取得できるように付与している。さらにはメンタルヘルス学習会を行い対処法を身につける研修も行われている。職員の悩み窓口は育成担当者の管理者が担当している。           |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                                |      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 評価細目                                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                               |
| II-2-(3)-①<br>職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | b    | 法人の経営理念に求める職員の基本姿勢について明示されている。しかし、方針や事業計画の中に、組織が職員に求める専門技術や資格は明示されていない状況が窺える。一方で認知症介護実践者研修など、必要な研修参加の受講料は法人負担、研修は職責免除及び旅費を支給する等配慮されている。今後は参加できなかった職員にも伝達講習を実施するなど、介護の質の向上に向けた連携体制を図っていかれることを期待したい。                                                                 |
| II-2-(3)-②<br>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組が行われている。 | b    | 毎年、事業所全体での研修計画を策定し実施している。個々の研修計画は策定できていないが、キャリアパス体制に準じて個々の育成方法を検討している。また、法人で主催する外部講師の口腔ケア学習会等には全員参加を基本としており、学習会参加時は時間外手当てを支給している。現在、各職員の経験年数に合わせた段階的な教育・研修の設定には至っていない状況が窺える。今後は、職員一人ひとりの経験年数や将来への意向等を考慮した教育・研修の継続が望まれる。                                            |
| II-2-(3)-③<br>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    | 研修受講後は、外部は復命書、内部は「振り返りシート」を活用しており、業務会議で報告する取り組みとなっているが、研修内容を発表する機会が設けられていない現状がある。内部研修は、職員や専門会議の現状把握から課題に応じて計画・実施しているが、研修自体の評価・分析までには至っていない現状もある。今後は評価・分析された結果が、次の研修計画に反映されるような取り組みに期待したい。                                                                          |
| II-2-(4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。                                 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 評価細目                                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                               |
| II-2-(4)-①<br>実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。    | b    | 実習生の受け入れは、法人一括で実習の担当者を配置し対応している。ほとんどが法人内の「特別養護老人ホームよねやまの里」での実習を希望しており、「柿崎第1デイサービスセンター」での実習実績は少ない現状である。実習生受け入れ基本プログラムや実習生受け入れマニュアルが整備されており、受け入れに関する意義・方針が明文化されている。通所介護事業所での実習プログラムは、サービス提供における見学から見守りの中での実践を中心としたものであり、今後は、実習生の目的や実習段階に応じた体制を整備し、事業所のマニュアル作りに期待したい。 |

## II-3 利用者の安全・安心の確保

| II-3-(1) 利用者の安全・安心を確保するための取組が行われている。                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                            | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| II-3-(1)-①<br>緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全・安心を確保するための体制が整備されている。 | b    | 事業所では利用者の安全を守り、安心して生活していただくためにリスクマネジメントの徹底に努めている。「事故発生の防止のための指針」に基づき、「事故・ヒヤリハット報告」の取り組みの見直し及び「感染症及び食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針」に基づき、職員個々の意識向上と健康管理を徹底している。緊急時は事業所管理者への報告、連絡、相談を基に必要な指示を出し、判断に迷う時は法人と協議の上、決定している。事業所全体の学習会では事故防止の分析及び再発防止策、法人感染症防止マニュアルを参考に見直した感染症対策につき周知している。今後は、リスクの種類別に責任と役割を明確にした管理体制の構築に期待したい。 |
| II-3-(1)-②<br>災害時に対する利用者の安全・安心の確保のための取組を行っている。                  | b    | 定期的に防災訓練は実施され、消防訓練記録表から問題点及びその対策が検討され、見直しを行い職員の周知に繋がっている。地域住民の防災協力員と連携を図り、災害時協力体制の仕組みが整備されている。しかし、地震・火災・風水害の災害に応じたマニュアルは作成されているが、災害種別に応じた避難訓練は行われていない。また、災害時のヘルメット等や必要な食料一食分は事業所内に保管しているが、その他の食料は、同一敷地内の「特別養護老人ホームよねやまの里」と合わせて保管され、備蓄リストは厨房にて一括管理されている。今後は今まで以上に福祉避難所としての役割、地元消防団や自治会との連携の為の工夫が期待される。      |
| II-3-(1)-③<br>利用者の安全・安心を確保するためにリスクを把握し対策を実行している。                | b    | 事故・ヒヤリハット報告書の提出を義務付けている。報告書は基本、当日中に分析と改善策を職員と共に検討し、周知、再発防止に努めている。事故予防に係る学習会では、内服薬に係る事例や転倒について職員と研修を実施している。また、法人の安全対策委員会にて事故の対策一覧表を作成し、安全確保策について定期的な評価・見直しに繋げている。現在、利用者が身体を委ねる車椅子等の福祉機器類等の定期点検のルールが定められていない状況があり、利用者の安全・安心の確保はもとより、職員の安全への気付きを促し、事故を未然に防ぐ観点からも大切なことであり、整備点検を実施することが望まれる。                    |
| II-3-(1)-④<br>緊急時（事故、感染症の発生時など）に、迅速な対応ができる仕組みがある。               | b    | 事故発生等、緊急時の対応については事故発生対応マニュアルが整備され、最悪の事態も想定した内容になっている。事故発生時の対応は連絡系統を明確にし、迅速に対応できるようにしている。現在、緊急時対応の職員研修は定期的には実施できていない状況があるので、今後は手順書やマニュアル等の定期的な見直しから、被害を最小限に抑えるために必要な対応等、職員の共通した認識が深まる取り組みに期待したい。                                                                                                            |

## II-4 地域との交流と連携

| II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。                    |      |                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                            |
| II-4-(1)-①<br>利用者と地域とのかかわりを大切にしている。            | a    | 事業所の方針に地域との関わりが掲げられており、地域で支えあうシステム作りと地域住民の負託に応える活動展開を目標にしている。地域の情報を収集し、利用者の希望を聞きながら外出や地域の行事に参加している。外出は買い物、外食等であり、地域行事の「お引き上げ商工祭り」へも積極的に出向いている。過去にボランティアの援助依頼をし家族に協力を得た実績もある。また、長年、柿崎第2デイサービスセンターとのかかわりも大切にしている。 |
| II-4-(1)-②<br>施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。         | b    | 毎月、地域へ向けて事業所の活動「デイサービスだより」を柿崎地区公民館に設置し、自由な持ち出しも可能になっている。介護等の研修会・講演会の開催は実施していないが2ヶ月に1回地域ケア会議に出席しており、地域住民の生活に必要な情報を掴める状況にある。今後も地域ニーズの把握に努め、地域へ働きかけられる社会活動の取り組みに期待したい。                                             |
| II-4-(1)-③<br>ボランティア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    | ボランティア受入れに関するマニュアルは整備されている。その日のリーダーがアクティビティボランティア連絡表に記入し、後日、行事担当者が意見を徴収し評価していく手順である。稟議書には、目的、日時、場所、来園者内容、準備が記入され計画的に実施されている。ボランティア育成は行っていないが、必要に応じて、接遇面の口頭説明を行っている。今後は、より深く理解してもらう取り組みに期待したい。                   |
| II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。                     |      |                                                                                                                                                                                                                 |
| 評価細目                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                            |
| II-4-(2)-①<br>必要な社会資源を明確にしている。                 | b    | 法人としては、上越市高齢者見守り支援ネットワーク事業や在宅介護情報、医療機関や地域の福祉施設やボランティア団体等については明示されているが、連携が必要な機関、団体等のリストや資料の作成までは整備されていない。今後は、事業所としての活用方法や関係機関との必要性について理解し、デイサービスミーティング等で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られることを期待したい。                          |
| II-4-(2)-②<br>関係機関等との連携が適切に行われている。             | b    | 現在、成年後見人制度等を利用している利用者はおられない。地域包括支援センター、法人内外の居宅介護支援事業所の介護支援専門員と日々のサービス提供状況を踏まえ、随時連携を図っている。また、サービス担当者会議には、管理者及び生活相談員が出席している。今後も地域の一員として、地域の抱える課題解決のために、定期的に連携できる機会を設けるなど、ネットワーク作りに努めていくことが望まれる。                   |

| Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。           |      |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                           |
| Ⅱ－４－（３）－①<br>地域の福祉ニーズを把握している。          | b    | 日々の会話などを通して、利用者の不安や困りごとについて、送迎時家族からの情報を把握し、事業所内で解決できない場合は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携し、解決に向けて対応している。また、福祉サービスでは対応できない利用者のニーズを把握するため、地域ケア会議に積極的に参加している。事業所の運営推進会議に民生委員・児童委員等からの意見をいただくことなどで、今後の地域ニーズの把握に努めることが望まれる。 |
| Ⅱ－４－（３）－②<br>地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。 | b    | 法人として福祉ニーズを把握し事業計画に基づいて活動が行われている。柿崎中央海岸の海岸清掃やお引き上げ民謡流し・柿崎ドーム杯スポーツフェスティバル等、法人の社会活動委員会を中心に地域交流活動に力を入れている。法人キャラクターの「よねっしー」と統一された緑の法人Ｔシャツの姿が地域の人々に親しまれている。今後は、更に長期的な福祉情勢を視野に入れ、中・長期計画に盛り込まれることを期待したい。              |

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

| Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ-1-1 (1) -①<br>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組を行っている。 | b    | 法人の理念や基本方針等のマニュアルはあり、法人が行う新人教育マニュアルでは経営方針・基本理念などの研修は行われている。しかし、事業所としての利用者を尊重する具体的な取り組みが明示されているマニュアル等はない。また、法人の安全対策委員会で身体拘束廃止への取り組みの報告はあるが、実際の福祉サービス提供に関する学習会や研修会は実施されていない。今後は利用者を尊重した福祉サービス提供に関する具体的な取り組みに期待したい。                                                                                                                                                |
| Ⅲ-1-1 (1) -②<br>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    | 法人としてプライバシー保護に関する規程やマニュアルは整備されている。また、職員に対し、接遇等の基本姿勢に関してはOJTの中でも教育がなされている。また、毎月行われているデイサービスミーティングの学習会の中でもプライバシー保護に関する規程・マニュアル等について周知している。しかし、事業所として施設・設備面での工夫等、具体的な取り組みについて確認できない状況である。今後は規程、マニュアル等に基づいた具体的な取り組みに期待したい。                                                                                                                                          |
| Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上昇に努めている。                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 評価細目                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ-1-1 (2) -①<br>利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。         | b    | 事業所の取り組みとして利用者や家族を対象とした満足度調査（サービスの内容や職員の対応等といったアンケート調査）を実施している。聞き取り調査といった改まった形式ではないが、「デイサービスでやってみたいことは何ですか」「利用回数や内容は良いですか」「食事は美味しいですか（食べやすいか、嗜好が反映されていますか）」「迎えや送りの時間は丁度良いですか」など、利用中の関わりの中から利用者が答えやすいよう工夫しており、利用者や家族の声を大切にしている姿勢が窺える。アンケートの結果は利用予定表の裏面に記載し、利用者、家族へ公表している。しかし、満足度調査から分析・検討し改善に取り組んでいる職員は限られている。今後は職員全員（パート職員含む）で検討し、より一層のサービスの質の向上に向けた取り組みに期待したい。 |
| Ⅲ-1-1 (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。                     |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 評価細目                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ-1-1 (3) -①<br>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ときに、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。契約書の中にも文章で記載されており、利用開始時に利用者や家族にわかりやすく説明している。利用者が使用するエレベーターの中にも掲示しており、職員の誰にでも声かけしやすいようにしている。今後もサービス水準の確保が継続されることが期待される。                                                                                                                                                                                            |
| Ⅲ-1-1 (3) -②<br>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    | 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みは行われている。苦情解決の仕組みを説明した資料は重要事項説明書に記載され、利用開始時に利用者や家族への説明を行っている。職員は日々の関わりの中で利用者や家族の些細な言葉を見逃さないよう、意見や要望を吸い上げるようにしている。また苦情を申し出た利用者、家族に配慮した上で、苦情内容や解決結果をホームページで公表している。利用者、家族が苦情を言いやすい環境が整備、工夫されている。                                                                                                                                          |
| Ⅲ-1-1 (3) -③<br>利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                | b    | 利用者からの意見等に対する対応マニュアルは整備されており、意見や提案を受けた後の手順、対応策などが具体的に記載している。利用者からの要望や主張に対してもマニュアルに沿って丁寧に対応しているが、効果的な仕組みとしていくためのマニュアルの定期的な見直しは行っていない現状がある。今後は利用者の意見や要望に対して、迅速に対応していくためにもマニュアルの定期的な見直しを行うことが望まれる。                                                                                                                                                                 |

### Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

| Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。                               |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                         | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ⅲ－２－（１）－①<br>福祉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    | 今年度の事業所（第１、第２）経営方針の中で、「さらなる良質なサービスの提供」に基づいて、今年度初めて第三者評価を受審するとしており、訪問調査前に定められた評価基準に基づいて全職員で全項目の自己評価を行ったことは評価される。また業務会議の中でも管理者や生活相談員が中心となってサービス内容に関する評価を定期的に行っている。今後は第三者評価受審の継続と評価結果を分析・検討する場が組織的に設けられることが望まれる。                                                                                     |
| Ⅲ－２－（１）－②<br>評価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    | 事業所として自己評価、第三者評価は行っていないが、上半期、下半期に分けて評価を行い、結果をデイミーティングで職員に配布している。今後は今回の第三者評価を受審するにあたり、調査前に行った利用者、職員のアンケート調査結果を分析検討し、明確になった課題について、職員参画の下、改善策や改善実施計画を策定する仕組み作りが望まれる。                                                                                                                                 |
| Ⅲ－２－（２） 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。                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 評価細目                                                         | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ⅲ－２－（２）－①<br>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    | 提供する福祉サービスについて、法人の「ケアサービス委員会」が中心となり、標準的な実施方法が文章化されたマニュアルを作成している。マニュアルはサービス種類（アクティビティ、認知症ケア、排泄ケア、入浴ケア、口腔ケア等）ごとに基本方針や定義、基本姿勢を法人の基本理念と合わせて文章化されている。特に口腔ケアの実施方法については、実際の口腔ケアの様子を写真を用いて分かりやすい表現で文章化している。また事業所として月に1回行われている、「ケアサービス会議」で事前に年間活動予定表を作成し、個別に対応できるような研修（重度者への対応、認知症ケアの対応等）を行い職員に周知徹底を図っている。 |
| Ⅲ－２－（２）－②<br>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。                   | b    | 各種支援の標準的な実施方法は法人の標準的なマニュアルの他、事業所においてもマニュアルとして整備されている。組織として定期的な検証・見直しはされていないが、事業所として実地指導の際の課題を解決するために、今年度「記録マニュアル」を整備し利用者の日々の記録を充実させ、職員間の情報を共有（統一性のある援助）し、サービス提供の質の向上を図っている。今後は少なくとも年1回程度は定期的に確認、見直しする仕組みが確立できるよう期待したい。                                                                            |
| Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。                               |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 評価細目                                                         | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Ⅲ－２－（３）－①<br>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ている。                 | a    | サービスの実施状況は、組織の規定に従って統一した方法で記録され、必要に応じて記録に関する学習会を行っている。日々の記録には夕方のミーティング時に職員2名以上で記録内容を確認し、必要に応じて管理者、生活相談員が記録内容の指導、助言を行っている。特に今年度は記録に重点を置き、「記録マニュアル」が整備され、なかでも「記録の目的」を明確にしており、記録の重要性について記載している。                                                                                                      |
| Ⅲ－２－（３）－②<br>利用者に関する記録の管理体制が確立している。                          | b    | 利用者に関する記録管理について規定が定められており、記録管理の責任者は管理者が行っている。また、個人情報保護に関する基本方針が定められており、利用者や家族に理解しやすいように説明されている。利用者や家族から情報の開示を求められた場合も利用時の契約書（重要事項説明書）に明示されている。しかし、職員向けに個人情報保護に関する研修は行っていない現状であり、今後は関係する研修等を職員向けに実施するなど、管理体制の充実が望まれる。                                                                              |
| Ⅲ－２－（３）－③<br>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    | 毎日の情報の共有は朝礼及び終礼時に報告されると共に、必要な情報は利用者連絡や個人記録に記載している。出勤時に必ず閲覧するよう義務づけられており、情報の共有化が図られている。                                                                                                                                                                                                            |

### Ⅲ－３ 福祉サービスの開始・継続

| Ⅲ－３－（１） 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。                               |      |                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                         | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                        |
| Ⅲ－３－（１）－①<br>利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を提供している。                | b    | 法人共通でホームページを作成して情報を公開している。また見学等も随時対応している。法人理念や実施するサービスが記載されたパンフレットなどは、柿崎地区公民館や外部関係機関に配布はしているが積極的な働きかけは出来ていない現状が窺える。今後は事業所の実施するサービスを紹介した資料を地域や法人以外の居宅介護支援事業所に配布するなど、利用希望者への積極的な働きかけに期待したい。   |
| Ⅲ－３－（１）－②<br>福祉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    | 福祉サービス開始にあたり、契約書・重要事項説明書の「説明マニュアル」を整備し、利用者、家族に対しわかりやすく説明を行っている。また、「デイサービスだより」を持参し、日頃の活動や取り組みについて可視化している。                                                                                    |
| Ⅲ－３－（２） 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。                            |      |                                                                                                                                                                                             |
| 評価細目                                                         | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                        |
| Ⅲ－３－（２）－①<br>施設（事業所）の変更や家庭への移行など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。 | C    | 利用者の状態の変化や家庭環境の変化等で、福祉サービスの内容や事業所の変更、地域、家庭への移行を行う場合には利用者のサービスの継続性を損なわないように配慮する必要がある。その際、介護支援専門員への情報提供のみならず、事業所として相談窓口等の設置が必要となる。今後は地域からの信頼を得ると共に、地域で暮らす利用者の福祉サービスの継続性に配慮した手順や引継ぎ文章の整備が望まれる。 |

### Ⅲ－４ 福祉サービス実施計画の策定

| Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。                |      |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                      | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                             |
| Ⅲ－４－（１）－①<br>定められた手順に従ってアセスメントを行っている。     | b    | 介護支援専門員からの情報に加え、利用者の福祉サービス利用開始前後の面接で組織が定めた統一した様式に記入して利用者の心身状況等を把握している。アセスメントの見直しの時期については要介護認定の更新時や変更時に行っているが明確な時期や手順については定めていない。今後は利用者の状況を定期的に把握するとともに必要に応じて介護支援専門員への働きかけを行う仕組み作りに期待したい。                         |
| Ⅲ－４－（２） 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。        |      |                                                                                                                                                                                                                  |
| 評価細目                                      | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                             |
| Ⅲ－４－（２）－①<br>福祉サービス実施計画を適切に策定している。        | a    | 通所介護計画は生活相談員、管理者によって策定することを責務として、事前訪問など他職種からの情報なども活用している。実施後のモニタリングは現場の職員の視点を反映できるように担当制としている。記入後は生活相談員へ提出、確認を行っている。通常の計画で対応できない場合は、援助表や個別の方法を具体的に作成し適切に実施されている。                                                 |
| Ⅲ－４－（２）－②<br>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    | 通所介護計画書の評価、見直しは認定の更新の時期、または利用者の状態が著しく変化した場合に実施している。見直しを行うための担当者会議に参加し、看護職、介護職の意見やモニタリング、日々の記録を参考に介護支援専門員が作成する居宅サービス計画書に基づいて見直しを行っている。しかしながら、緊急時の対応についての仕組みは整備されていない状況である。今後は更新の時期のみならず、定期的に見直しを行うための仕組み作りに期待したい。 |

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

| A-1-(1) 支援の基本                                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                     | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                        |
| A-1-(1)-①【訪問介護以外の場合】<br>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    | 事前訪問時に心身の状況や生活習慣等を把握すると共に、アンケートを活用して外出希望や楽しみにしている活動などの聞き取りを行っている。本人の意向に沿った創作や園芸、嗜好活動を展開している。一人ひとりの心身の状況に応じた参加の意思確認を行っている。                                                                                                                                   |
| A-1-(1)-①【訪問介護の場合】<br>利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。  | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A-1-(1)-②<br>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。                | b    | サービス提供場面を通して茶話会やアクティビティの時間を利用し、円滑にコミュニケーションが図れるよう配慮している。耳の不自由な方や話したり意思表示が難しい方など配慮の必要な利用者に対しては、もしもしホーンの使用や筆談、答えやすいような質問等、一人ひとりの状態に応じて工夫している。しかし、今回の第三者評価の自己評価結果に「言葉づかいはとても気を使っているが、慣れが生じて友達言葉になったりしている場面が気になる」との結果があった。今後は、職員一人ひとりが自分自身を振り返り、丁寧に対応することが望まれる。 |

| A-1-(2) 利用者の権利擁護                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                          | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A-1-(2)-①<br>利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。     | b    | 法人の基本理念である「基本的人権の尊重」を基に守るべき規範や倫理等を明文化し、職員全員で周知徹底している。お互いの基本姿勢について研修を行い、職員間で共有を図っている。職員一人ひとりがストレスをためないよう、お互いが援助しやすい環境作りを心がけている。現在、残念ながら定期的に人権擁護に関する研修は行われていない状況がある。今後は定期的に人権擁護に関する研修を行い全職員に周知されることに期待したい。                                                                             |
| A-1-(2)-②<br>身体的拘束の廃止について明確な対応策を講じている。                        | a    | 法人として身体拘束廃止のためのマニュアルは整備されており、安全対策委員会を中心に全職員に周知徹底している。また、事業所として、管理者もメンバーとして参加し法人共通の取り組みを通して報告を行っている。方針等が明文化されており、やむを得ず身体拘束を行う場合（経管栄養の抜去防止のためのミトン着用）についても、ご家族に十分な説明を行い了解を得ている。定期的に身体状況の確認を行い、経過については記録しながらモニタリングを重ね、改善に向けての取り組みもしている。                                                  |
| A-1-(2)-③<br>認知症高齢者への対応は、利用者の個別の状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。     | b    | 法人として認知症高齢者への対応及び認知症ケアに関するマニュアルは整備されている。アセスメントにより認知症高齢者の日常生活や心身の状況を把握し、通所介護計画書にサービス内容を記載している。他職種と連携し支援内容について検討している（サービス担当者会議）。しかし、定期的なマニュアルの見直しはなく、アンケート結果にも記載してあるように、最新の知識や情報を得られるような研修等が行われていない現状である。今後は今までの取り組みの他、定期的（年1度）見直しの時期を設け、事業所としてのマニュアルを作成し、最新の知識や情報を職員で共有できる体制作りを期待したい。 |
| A-1-(2)-④<br>認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。                | b    | 認知症高齢者が安心・安全に過ごしてもらえよう、手すりの取り付けやすさ止め設置を行い、利用者の行動が抑制されたり拘束されたりすることのないように環境にはを十分工夫している。トイレやお風呂場などが一目でわかるような工夫も行っている。しかし、日中過ごしている共有スペースには、利用者の歩行器やシルバーカー等で動線が狭くなっている状況であった。今後は利用者の動線を確保するとともに、安心して過ごせる環境作りの工夫に期待したい。                                                                    |
| A-1-(2)-⑤<br>成年後見制度や日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用情報の提供など支援を行っている。 | b    | 成年後見制度や日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用に関する相談については、法人内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に情報提供などの支援を行っている。しかし、事業所として個別の相談に応じたり、必要に応じて利用手続きの支援等は行なわれていない。今後は生活相談員を中心に成年後見制度等の利用について、必要に応じて利用手続きの支援を行って行けることに期待したい。                                                                                        |
| A-1-(3) 福祉サービス実施計画の実践                                         |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 評価細目                                                          | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A-1-(3)-①<br>福祉サービス実施計画に基づいて、自立生活が営めるよう支援している。                | a    | 「基本的人権の尊重」を基本理念として、介護支援専門員が作成する居宅サービス計画書を基に、通所介護計画書を作成し、サービスを提供している。利用者の支援にあたっては、職員間で朝夕のミーティングで個々の情報を共有し記録している。また、その記録を他の職員が確認することで、サービス内容を把握し連携が図られている。                                                                                                                             |
| A-1-(4) 預かり金・所持金の管理                                           |      |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 評価細目                                                          | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A-1-(4)-①<br>預かり金について、適切な管理体制が作られている。                         | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                                                              |

A-2 日常生活支援

| A-2-(1) 食事                                                 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                       | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A-2-(1)-①<br>食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況（咀嚼能力等）及び嗜好を考慮し、適切に行っている。 | a    | 日々の送迎時の情報交換や日々の生活の様子、その他バイタル測定をはじめ、生活全般の様子やサービス担当者会議の情報などを参考に、嚥下状態を考慮し、利用者にあった食事形態での食事提供に努めている。また、健康状態により、医師の指示に基づく食事提供を行っており、その状態を家族やその他のサービス提供者との情報の共有を図ることを目的として、居宅介護支援事業所との情報共有を積極的に行っている。                                                                       |
| A-2-(1)-②<br>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    | 食事は併設の特別養護老人ホームの厨房で作られているが、配膳車を移動する直前まで暖かいものは保温庫に、冷たいものは保冷庫に保管され、適温の食事が提供されている。また、管理栄養士が旬な食材を用いた献立を作成し、季節や行事を感じさせる食事が提供されている。月に一度の選択食メニューでは、利用者が当日メニューをその場で選択できるようにするなど、利用者の好みに合わせた食事の提供になっている。おやつ会議を利用者とともに開催し、利用者の希望を聞き取り反映している。                                   |
| A-2-(1)-③<br>自力で食事を摂取するための支援・配慮や、利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。     | b    | 利用日の昼食後はすべての利用者に口腔ケアが実施されており、口腔内の清潔保持に努めている。看護職員や同一敷地内にある同法人施設の歯科衛生士とともに連携し、口腔内チェックが行われており異常の早期発見に努めている。また、口腔ケアに関しては、福祉サービス計画に位置づけて、口腔機能の維持に向け具体的に取り組んでいる。職員に対して口腔ケアの研修は、法人全体で協力歯科の医師の協力で定期的に開催されているが、昼食後の口腔ケアの実施場所がトイレの手洗い用の水盤を使用しているため、衛生面やプライバシーの保護の面からも改善を期待したい。 |
| A-2-(2) 入浴                                                 |      |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 評価細目                                                       | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| A-2-(2)-①<br>入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。                 | a    | 特殊浴槽、リフト浴、一般浴槽と3種類の入浴形態が用意され、利用者の自立支援に向けた入浴方法が提供されている。朝の迎え時、本人や家族に入浴に関する希望やその日の体調、状態を確認し到着後に所定の用紙に記入し、全職員で情報を共有している。事業所到着後に看護師によるバイタル測定（血圧、体温等）が行われ、朝の情報と共に、総合的に判断されている。健康状態や感染症の有無、本人の希望も含め入浴順を決めている。                                                               |
| A-2-(2)-②<br>入浴は、利用者の希望に沿って行われている。                         | a    | 事前に入浴手段や入浴回数の希望を確認して、その人に合わせた入浴方法で提供され、同性介助を基本として援助されている。また、身体的な理由により入浴できない方には、清拭などで対応しており身体の清潔を保つようにしている。                                                                                                                                                           |
| A-2-(2)-③<br>浴室や脱衣場等の環境は適正である。                             | b    | 浴槽は一般浴槽、リフト浴、特殊浴槽と3種類ある。一般浴は循環型であり、水質管理（レジオネラ菌等）検査は定期的に行われている。入浴後は浴室や入浴用品も清掃が行われているが、浴室清掃に関するチェック表がない現状が見受けられる。また、転倒防止のために脱衣室から浴室にかけてマットを敷いてあるが、2週間に1回の業者の交換以外は敷いたままの状態であり、衛生面で課題が感じられる。今後、マットの乾燥を含め、浴室のより一層の乾燥、衛生面での改善を期待したい。                                       |

| A-2-(3) 排泄                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                            | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A-2-(3)-①<br>排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて快適に行っている。       | b    | 法人独自の排泄マニュアルが用意されている。それを基に利用者一人ひとりの心身状況を踏まえた援助表が作成されており、それに沿って適切な排せつ介助が実施されている。排泄自立者以外の方は、排泄チェックはされており、個々に排泄誘導時間も検討し設定されている。排泄に関しての必要情報は家族に口頭で伝えられているが必要に応じて連絡ノートで書き伝えることもある。今後は、排泄チェックに関してパソコン入力等を利用して長期的な管理と職員間の情報の共有化を強化し、利用者の排泄介助に向けたさらなる取り組みに期待したい。 |
| A-2-(3)-②<br>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組を行っている。 | b    | フロア内にトイレがあり車いすも十分利用できるスペースが確保されている。車いす用のトイレの入り口は自動スライドカーテンになっており、車いすの利用者に使いやすい造りとなっている。また、手すりも各障害に合わせた向きや位置になっており、障害の特性に合わせた造りとなっている。以前は通所介護利用中にリハビリパンツを使用しておむつに頼らない排泄ケアを目指していた経緯はあるが、現在は行なっていない。今後、おむつに頼らない排泄ケアと自立に向けた排泄ケアに再度取り組まれることを期待したい。            |
| A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。                         | b    | トイレ内は採光も良く、防臭対策も保温対策も十分にされており非常に明るい雰囲気となっている。フロアからも利用しやすい造りになっているが、フロアからフルオープンになっている分、プライバシーへの配慮が必要と感じる。また、トイレ清掃は毎日行われており、衛生面、清潔面に関しての排泄マニュアルは用意され職員に周知されているが、トイレ清掃に関するチェック表がない現状が見受けられる。今後は清潔なトイレを維持するためにもチェック表の活用を期待したい。                               |
| A-2-(4) 衣服                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 評価細目                                            | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A-2-(4)-①<br>利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や着替えについて支援している。 | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A-2-(5) 理容・美容                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 評価細目                                            | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A-2-(5)-①<br>利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。        | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                                  |
| A-2-(6) 睡眠                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 評価細目                                            | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                     |
| A-2-(6)-①<br>安眠できるように配慮している。                    | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                                  |

| A-2-(7) 健康管理                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                           | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                    |
| A-2-(7)-①<br>日常の健康管理が適切に行われている。                | b    | 利用者の健康管理に関するマニュアルは、看護マニュアルとして整備されている。日々の健康状態に関しては、迎え時に家族から得た情報（様子、食事量、体調不良後の経過等）や事業所到着後に看護師によるバイタルチェック、食事摂取状況等を個人記録に記入し、職員全員が確認し把握している。予防接種や定期健康診断は毎月発行される「デイサービスだより」などにより情報提供に努めている。利用時の状況については、直接口頭で家族に伝えており、家族不在の時は必要に応じて連絡帳にて伝えている。 |
| A-2-(7)-②<br>必要な時には、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。 | a    | 緊急時対応マニュアルを整備し、職員に周知している。また、事故発生時の連絡系統図も作成されており、必要に応じて家族や医療機関等への連絡や受診へと繋げることができるようになっている。緊急時には同一敷地内にある協力医療機関にて医療が受けられる体制が整っている。                                                                                                         |
| A-2-(7)-③<br>内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。            | b    | 家族や介護支援専門員と連携し、新しい情報の把握に努めている。持参薬の変更、追加時の手順書は用意されているが見直しがされておらず、見直しされることを期待する。また、服薬確認記録は実施しているが、薬の管理マニュアルはない。服薬保管場所の管理に不備があり、紛失等が起こらないように、施錠できるロッカーなどに保管されるよう改善されることを期待したい。                                                             |
| A-2-(7)-④<br>褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。           | a    | 援助時に皮膚状態の観察を実施されている。また、リスクの高い利用者は個別に事例検討を行って職員に周知し、必要に応じた体位変換、姿勢、褥瘡部位への除圧等、状況に合わせて褥瘡予防に資する援助を行っている。また、皮膚状態の変化などを発見した場合は、適宜、家族や介護支援専門員に報告されている。                                                                                          |
| A-2-(7)-⑤<br>医療機関の入退院時の対応が適切に行われている。           | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                                                                 |

| A-2-(8) 衛生管理                                                            |      |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                                    | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A-2-(8)-①<br>感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等が整備されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。 | a    | 感染症マニュアル及び、食中毒のマニュアルは整備されており、必要に応じて見直しもされている。マニュアルに基づいた研修も法人内の施設と共に定期的に行われており、職員には周知されている。日頃からの手洗い、うがいは徹底されており、流行期には、手洗い、うがいに加えて指手の消毒とマスクの着用を実施している。インフルエンザの予防接種は全額施設が負担しており、職員全員に実施されている。健康状態は毎朝自己申告であるが確認され、庶務課に報告が行われている。                           |
| A-2-(8)-②<br>厨房や調理器具等の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。                       | a    | 併設の特別養護老人ホームの厨房で昼食は調理されており、食中毒に対する予防対策やマニュアルは整備されている。清掃、消毒も毎日行われており、食材管理も特養と同様に適切な方法で管理保管されている。関係者以外の入室はできない仕組みが確立されており、調理関係者の衣類や履物の衛生面についても配慮がなされている。                                                                                                 |
| A-2-(9) 機能回復訓練                                                          |      |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 評価細目                                                                    | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A-2-(9)-①<br>機能回復訓練や介護予防活動は、個々の利用者の心身の状況に合わせた個別プログラムを策定し、実施している。        | b    | 機能訓練や介護予防活動に関しては、予防通所介護計画書を立案し実施されており、身体機能評価表にて評価し機能の維持、向上に向けて実践されている。また、自らできることは可能な限り自ら実施していただけるように配慮し、日常生活を通して軽作業の継続など、在宅生活に資する活動を積極的に行っている。認知症に関しての変化が見られた時は、家族や介護支援専門員に情報提供を行っているが、福祉サービスの向上のため、技術進歩に対応した機器の導入は見られていない現状が見受けられる。今後、導入に向けて改善を期待したい。 |
| A-2-(10) 移乗・移動介護                                                        |      |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 評価細目                                                                    | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A-2-(10)-①<br>移乗・移動介護を利用者の心身の状況に合わせて行っている。                              | b    | 一人ひとりの状態に合わせた福祉用具（スライディングボード、多種多様な車いす用のクッション等）が用意され、それを選定すると共に、適切な移乗・移動介助が実施されており、利用者にあった移乗・移動介助が職員に周知されている。また、移乗・移動の研修会や適宜必要に応じて学習会を実施している。送迎サービスも利用者の希望や安全に配慮して行われているが、車イスの点検チェック表が作成されておらず、記録も残されていない状況であった。今後は点検の記録やチェック表を使用し、さらなる安全への配慮を期待したい。    |
| A-2-(11) レクリエーション・余暇                                                    |      |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 評価細目                                                                    | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                   |
| A-2-(11)-①<br>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、十分に反映した取組を行っている。            | b    | レクリエーションや行事の実施については、利用者や家族から個別に一人ひとり聞き取り調査を行い、その結果を社会サービス会議が年間行事やレクリエーション活動に反映させている。また、家族やボランティア、地域住民の方々に向けて、行事などの情報の発信を行っており、家族やボランティア、地域住民の方々も積極的に参加できるように十分配慮されている。今後は、レクリエーションの技術指導や研修を行い、さらなるレクリエーションへの取り組みを期待したい。                                |
| A-2-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。                            | a    | 新聞や雑誌は個人的に持ち込みも可能であるが、事業所にも用意されており自由に見ることができると個人的な持込む利用者はおられない。また、テレビもフロアに大型のものが用意されており、チャンネルも自由に使えるようになっており、番組も利用者が自由に変更が可能になっている。                                                                                                                    |
| A-2-(11)-③<br>嗜好品については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の日常生活の継続性が保たれるように配慮している。       | a    | 利用者の嗜好を把握し健康状態の維持に努めている。飲酒や喫煙は他利用者に迷惑がかからず、健康状態に問題が無ければ可能になっているが、現在のところ利用状況はない。また、喫煙場所は屋外の喫煙所が用意されているため、受動喫煙は予防できている。                                                                                                                                  |

| A-2-(12) 送迎                                                      |      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                             | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| A-2-(12)-①<br>送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。                        | b    | 送迎は運転者(男性)と同乗者の2名体制で行われている。送迎マニュアルは整備されており、職員も周知されていて、利用者ごとの送迎ポイントも共有している。毎朝職員の健康確認をして、健康状態の把握をしている。車両の損害賠償には保険加入されており、万が一の事故対応の補償能力に備えている。車両の運行に関しては、運転職員が始業前点検を一人でやっており、実施記録は整備されていない状況である。車両の掃除は特に決められておらず汚れた時に行われている。今後は、安全・快適な送迎を提供されるためにも実施記録やチェック表、始業点検時の更なる配慮を期待したい。 |
| A-2-(12)-②<br>送迎車両への乗降時及び車両内での安全に配慮している。                         | b    | 利用者の送迎においては、送迎マニュアルを基に利用者の心身状況に合わせた乗降支援を行っている。車両もステップが利用時に自動的に出るようになっており、助手席には踏み台を用意してある。乗降時に見守り職員の連携不足などが見られた。今後は、更なる安全対策として職員研修や安全確保できる人員体制作りを期待したい。                                                                                                                       |
| A-2-(12)-③<br>送迎時の交通事故や急病の発生など、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。 | b    | 送迎時の事故発生時、急病時、緊急時の対応マニュアルは整備されており、連絡網等も個別に用意され職員にも周知されている。送迎時に専用の携帯電話が用意されており、迅速に連絡できるような体制が図られている。また、各車両ごとに応急手当て用の備品や汚物処理セットが用意されており、送迎ごとに確認し車両に乗せている。今後は作成されているマニュアルに沿った訓練を定期的に行われることを期待したい。                                                                               |
| A-2-(12)-④<br>送迎時に家族等との情報交換をしている。                                | b    | 送迎時に家族と口頭で様子を報告しており、必要に応じて連絡帳を活用したり、個別に電話にて伝えている。送迎予定は事前訪問時に確認し、月間予定表を配布する中に利用予定日の送迎時間を記載し伝えている。現在、利用当日や前日に電話での利用者の状況確認は行っていない。また、家族との情報交換も口頭で行うことが主となっているが、利用者の状態確認や家族との情報交換をより確実にやっていくことを期待したい。                                                                            |
| A-2-(13) 建物・設備                                                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 評価細目                                                             | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| A-2-(13)-①<br>施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。                       | a    | 建物の設備(ボイラー、スプリンクラー、火災報知器、自家発電、エレベーター、水質等)は定期的に点検が実施されている。また、「建物の自主点検表」を使って職員が順番に1ヶ月に一度点検している。不具合があればその都度報告し、早めの改善が行えるように努めている。事業所内には、利用者が快適に過ごせるように畳スペースやソファ、談話室が用意されており、落ち着いて過ごせるような雰囲気が醸し出されている。テーブルや椅子も利用者に合わせた高さに調節されており、快適に時間を過ごせる工夫がなされている。                            |

A-3 家族との交流・連携

| A-3-(1) 家族との交流・連携確保                                                    |      |                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 評価細目                                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                           |
| A-3-(1)-①<br>利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。                                   | b    | 契約時にサービスの内容を説明すると共に、利用者及び家族の意向や要望を確認している。また、送迎時に利用者の情報をお伝えするとともに、在宅介護の悩み事を聞き、併せて家族の介護状況を伺った中で、介護支援専門員と連携して相談、改善に努めている。今後は家族との情報交換の場として、定期的な懇談会や個別面談の機会を検討したり、家族の介護力向上のための支援としての介護教室との開催を期待したい。 |
| A-3-(1)-②<br>外出・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われている。                                | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                        |
| A-3-(2) ターミナルケア（終末期の介護）                                                |      |                                                                                                                                                                                                |
| 評価細目                                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                           |
| A-3-(2)-①<br>ターミナルケアの対応の手順を確立しており、利用者、家族の希望に応じて行っている。又はターミナルケアを検討している。 | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                        |
| A-3-(3) サービス提供体制                                                       |      |                                                                                                                                                                                                |
| 評価細目                                                                   | 評価結果 | コメント                                                                                                                                                                                           |
| A-3-(3)-①<br>安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。                                   | 対象外  | 評価対象外項目                                                                                                                                                                                        |