

(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：社会福祉法人信濃川令終会 デイサービスセンター岡南		種別：老人デイサービスセンター (通所介護)	
代表者氏名：管理者 内山 真吾		定員： 29名 (利用人数) 94名	
所在地： 〒940-1132 新潟県長岡市渡沢町字早田53番地			
連絡先電話番号：0258-23-7513		FAX番号：0258-23-7510	
ホームページアドレス	http://www.kounannosato.jp/welfare/day-service.php		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成13年4月9日			
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人信濃川令終会			
職員数	常勤職員： 12名	非常勤職員：	6名
専門職員	管理者	1名	
	看護師・准看護師合計	1名	
	生活相談員	1名	
	介護福祉士等	7名	
施設・設備の概要	(居室数)	(設備等)	
		食堂・特別浴室・一般浴室・休憩コーナー・事務室	

③ 理念・基本方針

<基本理念>

信濃川令終会は、新世紀のニーズに応える、社会福祉群の構築を目標としています。利用者主体の生活形成を目指す、明るく優しい利用者本位の施設運営をおこなうとともに、地域に貢献することを念願とします。

信濃川令終会は、汪洋つきぬ流れが、人々に安らぎと、潤いを与えてくれる信濃川のように。また、大正の初期、令終会の篤志家が荒廃した悠久山を整備し、公園と史蹟作りを成し遂げたフロンティアの心意気を教訓としております。

<基本方針>

私たちはデイサービスセンター岡南が利用者やその家族に選ばれる施設となるよう、介護技術・知識・提供するサービスの質の向上を目指します。

<運営方針>

1 私たちは、日常生活上の援助や活動を通して、利用者の持つ力や意欲を引き出します。

- 2 私たちは、地域の交流の場として居心地の良さ・やすらぎを感じられる空間を目指し、利用者の孤独感の解消を図ります。
- 3 私たちは、家族の介護負担の軽減を図り、利用者とその家族が可能な限り在宅において自立した生活を営むことができるよう援助します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

重点施策として、以下に取り組んでいる。

- 1 積極的な営業活動と新規利用者の確保
- 2 認知症高齢者等の在宅生活を継続できる支援
- 3 仲間作り・交流の場・楽しみの場としての支援
- 4 クラブ活動による役割意識の向上と地域とのふれあいの促進
- 5 職員の知識・技術の向上
- 6 健康管理
- 7 安全対策の徹底

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年9月1日（契約日） 平成29年3月15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

○理念・運営方針に基づいた地域貢献への取り組み

法人の理念として、利用者本位と地域貢献を掲げ、地域との連携を図ることを明記している。重点施策として、「介護予防事業の充実と地域への貢献」が位置付けられており、地域の実情に即したサービス事業の展開に取り組んでいる。

地域の関係機関、団体の主催する会合等へ積極的に参加し、地域の福祉ニーズの把握及び情報収集に努めている。把握されたニーズを基に、介護予防教室「お元気塾」や出張講座「出前お元気塾」を開催し、地域住民の健康作りや交流の場として活用されている。活動内容は、ホームページや広報誌等を通じて、情報発信を行っており、地域に根ざした施設作りに努めていることが窺える。さらに施設が所有する温泉の解放など、地域住民から利用してもらうための工夫も行っている。

また、長岡市と協定を結び、災害時における要援護者の緊急受け入れ施設として役割を担っている。中越大震災の経験から、非常用設備や備蓄品の整備をこころがけ、平素から大規模災害を想定した取り組みを行っている。こうした取り組みは、地域住民との関係を深め、信頼を高めることに繋がっている。

今後も、理念の実現を目指して、継続した取り組みを行っていくことに期待したい。

○委員会を中心とした連携と組織運営の取り組み

法人では、理念の実現を目標として、中期経営計画、事業計画が職員の理解のも

と、実行されるように取り組んでいる。

法人運営を効率的に進めるために委員会が組織され、活動を通して目指す方向を統一し、職員の意識を高める働きかけを行っている。

各種委員会の目的や運営方針はわかりやすく明記され、活動内容も具体的に示されているため、容易に評価できるものとなっている。

活動を通して、情報の共有と課題の分析が行われ、日常業務の見直しや研修計画の立案など、ケアの質の向上に繋げていく取り組みが実施されている。

機能的な委員会活動を行うことによって、職員間の連携を強化し、目的意識を高めていく取り組みは人材育成の観点からも高く評価される。

○利用者の意向に沿った食事の提供

利用者個々の好みや意向を把握する取り組みとして、利用前の事前調査を行い、心身の状況、健康状態や嗜好について、本人及び家族から聞き取りを行っている。利用後も毎日残食調査を実施するとともに、食事改善委員会が中心となって、食に関するアンケートを行い、献立に反映する仕組みが構築されている。また、個々の利用者の健康状態に応じた食事形態の提供はもちろんのこと、その日の利用者の状況に応じて、変更することも可能となっており、きめ細かい対応がなされている。

食材は、地元の農家組合と連携し、新鮮な地元野菜を使った食事を提供することを心がけ、そのうえで、季節感や郷土料理を取り入れるなど、目で味わう工夫もされている。

デイサービスのクラブ活動の一環として、利用者とともに育てた野菜を収穫して調理レクを実施するなど、「食の楽しみと意欲」を引き出す努力が窺える。

今後も、利用者の意向や満足度を聴き取り、希望に応じていく取り組みを継続していくことが期待される。

◆ 改善を求められる点

○業務の効率化と職場環境の整備に向けて

管理者は、理念や運営方針の実現のために、職員ミーティングや個別面談の機会を設け、職員の意見を聞き取り、課題の把握と改善に向けた取り組みを行っている。現場の意見として、リーダー会議や幹部会議等で提案、検討される仕組みが構築されている。

有給休暇の取得状況や時間外労働については、管理者・事務でデータ管理が行われ、状況把握に努めている。しかしながら、デイサービスの特性として、時間内に全ての業務を終えることが困難な状況であることも否めない。

時間外労働については、管理者も課題として認識しており、業務の効率化や職員の意識改革に向けて取り組んでいるところである。

また、有給休暇についても、職員個々でばらつきがあると感じており、改善に向けた取り組みを行っている。全ての職員が公平に有給休暇を取得できるよう、職員ミーティングにおいて、意見を聞き取り、共に検討している。

柔軟な人員体制や業務の効率化を図ることにより、職員の負担を減らし、常に意欲的に仕事に臨めるよう、環境を整えていくことが必要である。

今後も、職員参画の下、業務の効率化や改善について継続して検討するとともに、さらに「働く場」としての環境整備にも取り組んで行くことが望まれる。具体的には、喫煙場所の確保など、利用者の意向を尊重しながら、関わる全ての人達が快適に過ごすこ

とができるよう、より働きやすい職場環境作りに向けた取り組みが期待される。

○人事考課制度の活用に向けて

人事考課については、事業計画の中に、「職員の士気を高め、公平感のある職場作りのため、人事考課及び勤務実績に応じた人事管理を推進していく。」と明示されており、取り組んでいるところである。人事考課の目的や効果の理解を深めるため、長岡市から講師を招いて研修を行ったり、考課結果について、気になる職員に対しては個別面談を行ったりしている。しかしながら、全ての職員への面談・フィードバックは行われておらず、今後は、面談を通して仕事への意欲を高めていく取り組みが望まれる。組織として求める職員像を明確にし、職員個々の目標設定・達成度の評価等を適切に行っていくことによって、より公正な職員評価に繋がると考えられる。そのために、規程の明文化を図るとともに、考課項目・考課基準等を明確にし、客観性・公平性・透明性を高めていくことが重要である。

今後は、組織としてより効果的な人事考課の仕組みを構築し、人材育成や組織の活性化に向けた取り組みを期待したい。

○マニュアルの周知と活用に向けて

各サービス種類ごとに利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されたマニュアルが整備され、職員はいつでも閲覧可能な状態となっている。

標準的な実施方法がマニュアルにおいて文書化されており、その上で個々の利用者の状態に応じて、個別ケアを提供する仕組みとなっている。

新人職員や異動職員等に関しては、育成計画書が作成され、標準的な実施方法について確認する仕組みとなっているが、全ての職員について確認する仕組みを構築していく必要がある。

マニュアルは、単なる業務手順ではなく、サービス実施時の留意点やプライバシーへの配慮も含まれ、自らが提供するサービスの「振り返り」や「確認」を行うための材料として活かされることが重要である。また、マニュアルが現状に即したものになっているか、現場の職員の意見を聞きながら、適宜見直しを行っていく必要がある。

今後は、全職員に向けて、研修や個別の指導等を実施することにより、周知徹底を図るとともに、さらに質の高い介護サービスの提供に向けた活用がなされることに期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H 29. 3. 14)

この度初めて第三者評価を受審致しましたが、当事業所の取組等について自己評価以上に高く評価していただき、自信を深めることができました。また、【改善を求められる点】についても、事業者が課題と感じている項目について困難な点についても理解していただきつつ改善点として指摘していただくことで、これから取り組むべき方向性について確信を持つことができました。

評価を受けたことが終了ではなく新たなスタートとして、これからもより良い事業所になるよう、また、働き甲斐のある・働きやすい職場になるよう取り組んでまいります。

最後になりましたが、調査にご協力いただきましたご利用者・ご家族の皆様、調査機関である県介護福祉士会の皆様に厚く御礼申し上げます。

デイサービスセンター岡南
管理者 内山 真吾

(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 】

デイサービスセンター岡南

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 法人や施設（事業所）の理念が明文化されている。	a	開設当初より、「利用者主体」「地域貢献」を強く意識した理念を掲げ、実現に向けて取り組んでいる。理念は普遍的なものとして捉え、理念に基づく基本方針は、時代の変化や利用者ニーズに合わせて、職員とともに検討しながら実情にあったものに変更している。理念は、事業所内に掲示するとともにホームページや広報誌などに明文化されている。地域に根ざし、利用者ニーズに応えていこうとする姿勢が窺われる。
Ⅰ－１－（１）－② 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	法人の理念を基に事業所の基本方針が策定され、事業計画に明文化されている。事業所の役割を明確にし、「利用者や家族に選ばれる施設」を目指すことが明記されている。職員の行動規範として、求めるべき事項がわかりやすく記載されており、事業所が目指す方向性が明文化されている。
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 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	事業計画を全職員に配布し、管理者から説明がなされている。4日間に渡って説明を行い、全職員に理解周知されるよう、工夫した取り組みが行われている。また、入職時には、新人研修として事業計画の説明がなされ、理念を実現するための意識付けを行っている。今後も継続していくとともに、面談の機会を利用して周知度の確認を行うなど、さらなる取り組みに期待したい。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念や基本方針については、ホームページで公開し、利用者・家族に周知を図る取り組みがなされている。安全対策やクラブ活動に関するお知らせ等は、その都度説明を行っている。利用者・家族等に向けて、周知状況を確認する機会は設けられておらず、今後は、より効果的な周知方法について検討し、積極的に発信していくことに期待したい。

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 中・長期計画が策定されている。	b	理念・基本方針の実現に向け、中期経営計画が策定されている。安定的な法人経営や人材育成、地域貢献に取り組むことが詳細に記載されており、課題や問題解決に向けた具体的な内容となっている。中期経営計画の策定に当たっては、長岡市の福祉計画に沿って、人口動態や高齢者の現状を見据えた上で、法人全体で検討している。計画は、3年ごとに見直しを行う予定となっている。めまぐるしく変化する社会情勢や法制度への対応が難しく、長期的な展望が困難であることから、長期計画の策定はなされていない。今後は、理念の実現のために目標を明確にし、変化に伴って、柔軟に見直しを図りながら、遂行することを視野に入れた長期計画の策定が検討されることを期待したい。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	法人の中期経営計画に基づいて、より具体化された単年度計画が策定されている。策定に当たっては、前年度の事業計画の評価・分析を行い、経営改善・サービスの見直し・働きやすい職場作り・安全対策などの項目を掲げている。利用率も含めた収支計画も前年度の運営状況から分析して設定されている。今後は、さらに長期的な展望に立って将来像を見据えた上で、地域ニーズに合わせた事業展開がなされることに期待したい。
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 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画については、年度末に予算を含めて検討され、決定（合議）が行われている。ミーティングやリーダー会議の場で職員の意見を聞き取り、次期計画に反映する仕組みとなっている。前年度の評価を受け、達成できたものに関しては、さらに一歩進んだ目標を掲げ、実現に向けて取り組んでいる。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	全職員に向けて、管理者より事業計画について説明する機会が設けられている。さらに文書を配布して周知徹底を図っている。参加できない非常勤の職員等に対しては、「事業計画に沿った業務内容の変更点について」という文書を配布している。今後も職員への周知を促す取り組みを継続するとともに、周知状況や計画の進捗状況を確認する仕組みをさらに充実していくことを期待したい。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	クラブ活動や行事計画、安全対策の取り組みなど説明は行っているが、事業計画を利用者・家族に配布する等の取り組みは行っていない。今後は、サービス利用の中心である「利用者」に向けて、事業所が実施するサービスへの理解・周知を深めるための工夫・取り組みに期待したい。

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 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	有事の対応については、法人の例規集で明文化され、感染症や事故発生時の対応についてもフロー図で役割が明確になっている。管理者は就任に当たって、職員ミーティングで、管理者としての考えや、これから取り組んで行く事項について説明している。また、出席できなかった職員に対しては、文書を配布している。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	管理者は法令遵守に関して、情報収集に努め、会議の場を通じて職員に伝達している。法令遵守の基礎研修を実施し、コンプライアンスの確立に向けて取り組み始めたところである。今後も定期的に研修を実施していく予定であり、職員への周知が図られることが期待される。今後は遵守すべき法令をリスト化し、いつでも閲覧・活用が可能となるよう取り組んで行くことに期待したい。
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 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	管理者は実施する福祉サービスについて、全職員と面談を行い、意見・要望・課題などを聞き取り、反映できるように取り組んでいる。また、職員は日々の利用者との関わりの中から、要望を聞き取り実現できるよう、取り組んでいる。具体的には、利用者が事業所でやりたいことを聞き取り、クラブ活動として活動できるよう提案している。今回、第三者評価を受審し、自己評価を実施する中で、提供するサービスについて評価・分析し、さらに質の向上に取り組んで行くことに期待したい。
I-3-(2)-② 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。	b	法人全体で人事・労務・財務等の分析が行われ、事業計画に反映されている。月1回のリーダー会議において、収支状況について分析が行われ、経営や業務の効率化と改善に向けて検討されている。管理者は時間外労働に課題を感じており、業務の改善に取り組んでいるところである。簡略化できることは実践し、職員の負担軽減にも取り組んでいきたいと考えている。具体的には、連絡帳を複写化し、記録を効率的に行うことに取り組んだ。今後も職員参画の下、働きやすい職場環境作りに向けて取り組んで行くことを期待したい。

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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	長岡市福祉保健部、長寿はつらつ課で年1回発行される「長岡市の高齢者の現状」を参考に、予測される現状から福祉ニーズの把握に努めている。また、各町内会長と情報交換の機会を設け、地域の課題を検討した中で、閉じこもり防止のため「お元気塾」を実施している。今後は、把握されたニーズを基に将来像を見据えて事業計画に明文化し、実行されることに期待したい。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	月1回のリーダー会議で収支状況について分析が行われ、稼働率の維持向上と数値化による目標設定や事業運営に努めている。職員に対しては、ミーティング等で説明が行われているが、周知状況については確認ができていない。今後は自らが所属する事業所の経営実態や現状把握を共に行い、改善や効率化が検討されていくことに期待したい。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	C	会計事務所と連携し、相談・指導を受けながら適正に運営されている。現在外部による監査は実施されていないため、本項目はc評価となる。

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 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	法人内外での研修受講や資格取得に関する支援体制が確立されている。サービスの質を確保するための人材育成や加算算定のための人材確保等については中期経営計画の中で明文化されている。今後は、さらに資格取得後の人材管理や配置についても明文化し、組織としての人事管理が具現化されることに期待したい。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事考課制度を実施しているが、規定については明文化されていない。目的や効果の理解を深めるため、長岡市から講師を招いて、人事考課研修を実施している。個別の目標設定は行っているが、人事考課との関連付けは不十分と認識している。結果については、全ての職員にフィードバックされておらず、特定の職員のみ、面談が行われている。今後は人事考課が客観的な基準で行われ、透明性を確保していくとともに、面談を通して仕事への意識を高めていけるよう、効果的な人事考課制度の構築がなされることを期待したい。

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 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	有給休暇や時間外労働など勤務状況については、管理者・事務でデータ管理が行われている。今年度より時間外労働を減らす取り組みとして、業務改善を行ったり、時間外労働についての考え方を職員に説明し、意識改革を図っている。また、有給休暇については、職員個々でばらつきがあると感じており、改善に向けて取り組んでいるところである。具体的には、ミーティングの機会を利用して有給休暇取得について検討を行った。職員が公平に有給休暇が取れるよう、計画的に取得を促している。今後も職員の参画の下、働きやすい職場作りに取り組んで行くことを期待したい。
II-2-(2)-② 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	長岡市勤労者福祉サービスセンターに加入し、地域の様々な施設利用の優待が受けられるように支援している。事業所内の温泉やマッサージ器も職員が利用できるよう開放している。健康診断はパートの職員も含めて全員に実施している。また、インフルエンザの予防注射についても費用を負担し、実施している。メンタルヘルスチェックを行い、相談できる体制を整えている。
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	事業計画において、人材育成に関する方針や目指すべきサービス提供の方向性が明示されている。また資格取得についても推奨されており、勤務調整や費用の援助などが行われている。今後は、法人が求める資格や技術・人材について、より具体的に明示し、職員の意識を高めていく取り組みに期待したい。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	職員個々の業務目標と自己啓発目標が設定されており、四半期ごとに実施計画と達成時の姿が記載されている。半期ごとの評価と管理者評価も記載されるようになってきている。個別の研修計画ではないが、到達するための指標として活用している。新人職員・異動職員に対しては、育成計画に沿って個別の研修計画が策定されているが、階層別の研修については、現在検討中である。また、非常勤の職員についても研修参加が難しい状況にある。今後は、現在の取り組みがより個別かつ計画的に実践されるよう、個別の研修計画を策定し、職員のスキルアップを目指していくことを期待したい。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	外部研修に参加した職員は報告書を作成し、職員ミーティングの場で復命を行っている。内部研修については、職員から希望を募り研修統括委員会で検討、次期研修計画に反映されるよう取り組んでいる。感染症や安全対策、KYTの研修は全員参加を基本とし、同じ内容で3～4回実施している。今後は、内部研修がどのように現場の中で活かされ、成果に繋がっているかを検証し、職員の「学び」の意欲を高めていく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 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	実習生の受け入れに関しては、人材育成の観点からも重要と考えており、受け入れ体制を整えている。実習生を受け入れるにあたっての意義・方針を明文化しており、受け入れ窓口の設置、マニュアルの整備も行われている。実習指導者研修を修了した職員を配置するなど、積極的に実習生を受け入れ、後進の育成に取り組んで行く姿勢が窺われる。今後は全職員が受け入れの意義を理解し、統一した指導が行えるよう、マニュアルの周知に向けた取り組みが期待される。

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 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。	a	介護事故防止対策要領、感染症予防対策のマニュアルが整備され、緊急時における対応についてのフロー図の作成がなされている。法人内で安全対策委員会、感染症対策委員会を組織し、各部署委員が参画の下、毎月1回利用者の安全・安心を確保するための検討会が開催されている。安全対策委員会では、安全かつ適切なサービスを提供するため、事故防止の観点からリスクマネジメントを行い、対策・提言がなされ、安全確保のための管理体制が整備されている。
II-3-(1)-② 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。	a	多様な災害を想定した防災マニュアルが整備され、防災委員会を中心に初期消火訓練や災害緊急連絡網伝達訓練、年2回の避難訓練を実施し、地域の自主防災会とも連携を図っている。また、大規模災害を想定し、長岡市と「災害時における要援護者の緊急受け入れに関する協定」を締結している。中越大地震の経験から非常用設備や備品、備蓄食材が準備され、直ぐに取り出し易い保管場所の検討や見直し、非常用献立表を作成するなど、平素から大規模災害を想定した取組みがなされている。
II-3-(1)-③ 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。	a	事故及びヒヤリハット事例を収集する仕組みがあり、事故報告・ヒヤリハット報告発生時は、部署内で速やかに要因分析や予防対応策の検討が行われ、報告書を作成している。収集した事例については安全対策委員会を中心に、統計分析や対応策についての評価・見直しを行い、各部署に会議録を配布し周知している。また、KYT（危険予知訓練）の研修を実施し、職員の危険への気付きを促す取組みを行っている。
II-3-(1)-④ 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。	a	事故発生時対応及び緊急時における各種対応マニュアルが整備され、迅速に連絡ができるようフロー図が作成されている。最悪な事態も想定した内容となっており、重要事項説明書の中でも明示している。緊急時に迅速な対応ができるよう、全職員を対象にした事故や感染症発生時対応の研修も実施している。

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域との関わり方について運営方針、重点施策において明文化し、事業計画で地域とのふれあいの促進が具体化されている。地域の交流の場として、居心地の良さ・やすらぎを感じられる空間を目指し、地域の方や保育園児との定期的な交流や地域の文化祭に利用者の作品を出品するなどの取り組みがなされている。個々の利用者のニーズに応じた買い物ツアーや外食ツアーなど、地域の社会資源を利用した日常的な活動も実施している。
II-4-(1)-② 施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。	a	地域の方々の健康づくりや交流の場として、定期的に介護予防教室「お元気塾」や出張講座「出前お元気塾」を開催し、積極的に地域への情報発信や施設機能の還元を行っている。ホームページや広報誌を地域に配布し、活動の紹介や行事への参加促進が行われている。長岡市との協定の下、災害時における要援護者の緊急受け入れ施設としての役割も担っている。
II-4-(1)-③ 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	法人のレクリエーション・ボランティア委員会が中心となり、ボランティアの受け入れを行っている。ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、マニュアルが整備されている。ボランティアの受け入れは、年間の来園リストを作成し積極的に行っているが、ボランティア育成に向けての講座や体験学習などは実施されていない現状である。今後はボランティア育成に向けて、必要な研修を行うなどの取り組みがなされることを期待したい。
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 必要な社会資源を明確にしている。	b	公共施設への外出や外食ツアーを実施するなど、地域の社会資源の活用に努めているが、社会資源のリストや資料の作成は行われておらず、職員間の情報共有も不十分な現状である。今後は、サービスの質の向上に向けた資料の作成や必要に応じて社会資源を活用するための勉強会を実施するなど、職員間での情報共有化に向けた取り組みがなされることに期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	生活相談員がサービス担当者会議に出席し、関係機関や介護支援専門員と連携し情報の共有を図っている。地域包括支援センターへの困難事例についての情報提供やかかりつけ医との連携も随時行っている。現在は日常自立支援事業の利用が1名、成年後見制度への「つなぎ」は行われていない。今後は、更なるネットワークを広げていく取り組みがなされることに期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域の関係機関、団体の主催する会合への参加、定期的にも実施している「お元気塾」や出張講座「出前お元気塾」を通して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、利用者や家族とのコミュニケーションを大切にし、会話の中から困りごとや心配ごと、ニーズの把握に努めている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域の福祉ニーズに基づき、「お元気塾」、「出前お元気塾」の実施や地域貢献活動を実施している。今年度の事業計画に地域の福祉ニーズの把握及び情報収集に努め、様々な福祉ニーズ・課題に適切に対応するため、必要に応じてプロジェクトチームを立ち上げ、検討を進める旨が重点施策として掲げられている。今後も引き続き、地域の福祉ニーズに基づいた事業活動が展開されることが望まれる。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ－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 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。	a	法人の基本理念、運営方針に利用者本位の福祉サービスを提供することが明文化されており、各種マニュアルに福祉サービス提供時の基本姿勢が明記されている。法人のゼロ委員会が中心となり、身体拘束・高齢者虐待防止の研修会を開催している。職員全員が受講できるように同じ研修を複数回開催し、周知徹底を図っている。
Ⅲ－１－（１）－② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	入浴、排泄マニュアルにプライバシー保護についての基本姿勢が明文化されている。施設・設備面では、浴室のカーテン使用や同性介助、男性用トイレ内のカーテン使用などの工夫がなされている。今後はマニュアルの周知に向けた研修を実施し、全職員の意識向上を図ることを期待したい。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	b	利用者満足度調査を平成24年に実施したが、それ以降は実施していない。今年度、サービス向上委員会で実施する予定である。今後は調査結果の集計・分析を行うとともに、利用者満足の向上のための取り組みがなされることを期待したい。
Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（３）－① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	重要事項説明書に複数の相談窓口を記載し、利用者・家族に説明を行っている。同じ建物内に個別に相談しやすい相談室を設け、プライバシーに配慮した環境を整えている。今後は常に利用者、家族に対し、相談窓口が分かり易いよう発信する取り組みがなされることに期待したい。
Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決の体制が整備されており、事業所内の掲示やホームページ、広報誌などで周知に努めている。サービス利用時には重要事項説明書により、利用者・家族に説明を行っている。また、苦情に至る前に、要望の段階で解決できるよう、日々のコミュニケーションを大切に取組んでいる。事務所の受付に意見箱を設置するなど、苦情や要望を述べやすい環境整備に努めている。
Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	利用者から寄せられた意見に対しては、その日のミーティングで速やかに改善策の検討が行われ、提供するサービスに繋がられるよう努めている。今後は対応マニュアルを整備し、定期的に見直しを行う仕組み作りがなされることを期待したい。

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 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	法人のサービス向上委員会において、提供するサービスの質について検討を行う体制が整備されているが、分析の手順などが明確であるとは言えない現状である。今年度、自ら提供するサービスについてを検証、評価、見直す取り組みとして、第三者評価の受審を事業計画に位置付けている。今回の受審を通して事業所の現状と課題を明らかにし、組織的な改善に向けての取り組みがなされることを期待したい。
Ⅲ-2-(1)-② 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	今回、第三者評価を受審し、事業所として自己評価に取り組んだところである。今後は組織として職員参画の下、評価結果の分析が行われ、改善策や改善実施計画を策定するとともに、見直しを行っていく仕組み作りが構築されることに期待したい。
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 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。	b	各サービス種類ごとに利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されたマニュアルが整備され、職員はいつでも閲覧することができる。新人職員、異動職員、高卒職員については育成計画書が策定され、提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みがある。今後は利用者に関わる全ての職員に対し、統一した福祉サービスが提供されているかを、確認する仕組みづくりがなされていくことに期待したい。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	標準的な福祉サービスの基本的な実施方法について、必要に応じて各部署や委員会で見直しが行なわれているが、見直しの時期や実施方法を定めていない現状である。今後はサービスの質に関する検討が組織として継続的に行われ、利用者や職員の意見、提案が反映されるよう、見直しをする仕組みが確立していくことに期待したい。
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 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	利用者個々の記録が整備され、日々の利用者の状態が記録されている。通所介護計画書は、いつでも確認できるよう個別ケースの見やすい所に綴り、通所介護計画に基づいた記録となるよう工夫している。記録用紙は複写式であり、特記事項は情報記録用紙に記載し、記録が適切になされている。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	法人で事務処理規程及び個人情報に関する規定が定められ、文書管理責任者が設置されている。個人情報保護と情報開示の観点から、利用前に利用者・家族に丁寧に説明されている。職員には、内部研修で記録管理について指導が行われている。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	利用者個々のケース記録の他、連絡ノートを活用や1日3回実施するミーティング、月1回開催するミーティング会議において、職員間での情報共有や周知が図れるよう取り組んでいる。また、カンファレンスを定期的に実施し、他職種連携での取り組みがなされている。

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 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。	a	法人のホームページやパンフレット、広報誌を作成し、広く情報提供を行っている。パンフレットや広報誌は、分かりやすいよう写真を多く使うなどの工夫がなされ、行政や関係機関、地域に配布している。施設見学や1日体験についても記載し、希望される利用者には随時対応を行っている。
Ⅲ－３－（１）－② 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	サービス開始時に、生活相談員が契約書、重要事項説明書の説明を丁寧に行い、書面で同意を得ている。その他、デイサービスの1日の流れ、利用料金確認表、月間予定表を持参し、利用者や家族に分かりやすいよう工夫がなされている。
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 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。	b	契約書に契約を解除する場合の支援体制が明示されており、重要事項説明書の中で相談窓口の設置についても明示されている。緊急なサービス変更時などは、生活相談員が窓口となり、介護支援専門員や関係機関に情報提供を行っているが、文書化はされていない。今後は利用者・家族ニーズの多様化に伴い、サービス移行のための引き継ぎ文書や手順を明確にし、相談体制が整備されることに期待したい。

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 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用開始時に訪問調査を実施し、利用者の心身の状態や生活状況のアセスメントを行い、居宅介護計画を基に、利用者・家族の意向やニーズを反映した通所介護計画書が策定されている。6ヶ月毎または区分変更時に、他職種横断で適切にアセスメントを行っている。
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 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	通所介護計画策定の責任者は、管理者となっている。通所介護計画書策定にあたっては、居宅介護計画に基づくものであり、事業所内で多職種参画のもとカンファレンスを開催し、合議の上で策定している。通所介護計画に基づくサービス提供が行われていることを確認するため、毎月1回モニタリングを実施している。標準的な実施方法では対応が困難な個別のケースについては、他職種や専門職と連携し検討され、個別の介助方法や手順が通所介護計画書に記載されている。
Ⅲ－４－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	サービス担当者会議が定期的に行われ、福祉サービス実施計画書の評価・見直しを実施し適切に記録されている。また、日々の記録に基づいて、必要があれば変更が行われている。サービス計画書が変更となった場合は、日々のミーティングや連絡ノートを活用して申し送り、全職員に周知している。

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
<p>A-1-(1)-① 【訪問介護以外の場合】 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。</p>	b	<p>利用開始前に自宅訪問し、生活環境や習慣、本人の意向など聞き取り、訪問調査表に記録している。利用後も普段の関わりの中で得られた情報や気づきを大切に、利用者一人ひとりに応じた援助を心がけている。自立している方が多く利用されており、本人の意向に沿った活動ができるよう支援している。クラブ活動は複数のメニューが用意され、ボランティアによる催しも毎月開催されている。活動は行事も含め予定を掲示し、希望に応じて利用の調整を図っている。地域住民がボランティアメンバーになっており、交流が図られているが、施設行事には家族の参加が得られていない現状が窺えた。今後は家族に行事や活動への参加を呼びかけ、活動の多彩化を図っていくことを期待したい。</p>
<p>A-1-(1)-① 【訪問介護の場合】 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。</p>	対象外	<p>評価対象外項目</p>
<p>A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。</p>	b	<p>法人のサービス向上委員会が中心となり、年間計画に沿って研修を実施している。外部講師を招いた研修や外部研修への参加、内部研修の開催等、コミュニケーションスキルアップに向け様々な研修を開催し、法人全体で力を入れ取り組んでいる。職員は利用者に対して尊厳に配慮することを心がけ、場面に応じて方言を交えながら、言葉を選び柔軟に接している。会話の不足している利用者には、職員から積極的に話しかけたり、難聴の方には、ジェスチャーを交えながらゆっくり話すなど、利用者に合わせてコミュニケーションが取れるよう努めている。管理者は接遇の観点から研修を行っているが、言葉遣いについて取り組みが不十分と捉えている。日頃よりミーティングの中で言葉遣い・態度について振り返る機会を持ち、アサーションスキルの考え方やポイントなどを伝えている。今後も研修を継続しながら、個々の利用者の考えや希望を聞き出せるよう、コミュニケーション能力の向上に向けたさらなる取り組みに期待したい。</p>

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 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	事業計画と中期経営計画の運営方針の中に、守るべき規範・倫理等を明文化し職員へ周知されている。法人のゼロ委員会が設置され、身体拘束・虐待防止に関する研修を年2回開催、全職員が参加し不適切な行為が行われないよう意識を高めている。職員のストレスケアについては、統括委員会が中心となり、メンタルヘルス・セルフケアに関する研修が行われている。また、全職員対象にストレスチェックを実施し、ストレスへの対応の仕組みが取られている。今後は定期的に人権擁護に関する研修を実施するなど、職員の意識啓発に向けた取り組みに期待したい。
A-1-(2)-② 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	高齢者虐待防止、身体拘束廃止に関するマニュアルが整備されている。契約書の中にも拘束の禁止を規定しており、利用者・家族に方針を説明し、理解を得ている。やむを得ず、身体拘束を行う場合の対応についても記載し、併せて説明している。法人内ゼロ委員会が中心となり、身体拘束防止に向けた研修が複数日開催され、全職員が参加する仕組みとなっている。職員は身体拘束の内容とその弊害を認識し、ケア方法の改善や環境の整備等の対策から、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。今後も定期的に研修を開催するなど、さらなる職員の意識統一に向けた取り組みが期待される。
A-1-(2)-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状况を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	認知症ケアに関するマニュアルが整備され、利用者個々のニーズに沿ったケアプランが作成されており、居宅ケアプランに連動した内容となっている。職員は利用者一人ひとりの状況を把握したうえで、周辺症状の見られる利用者の状況を観察し、特記事項に記録するとともに申し送り等で共有を図っている。活動の中でそれぞれが役割を持てるよう工夫し、生活歴から畑仕事に精を出す利用者もおられる。長年の習慣で日曜・祝日は休みという認識がある方に対しては、利用日の変更を実施するなど、個々のニーズに柔軟に対応している。利用時の様子は連絡帳や送迎時に家族に伝え、必要に応じて介護支援専門員へ情報提供している。デイサービスは在宅生活の延長上にあることから、今後は、認知症の方を介護する家族の悩みや話しができる機会を持つなど、家族支援への取り組みに期待したい。
A-1-(2)-④ 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	サービス向上委員会による5S活動（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）に取り組み、行動が制限されないよう必要ないものは片づけるを基本に、整理整頓を心がけている。薬剤に関しては鍵のかかる場所で管理をしている。歩行する際や車いす移動時には、スペースが十分であるか確認し、通路の確保をしている。荷物を自分で管理したい利用者には、フックを椅子に付けて下げられるようにしたり、トイレの標識が小さく分かりにくいといった利用者の声から、大きく見やすい表示に変更する等の工夫をしている。今後は、自宅での生活習慣に配慮し、畳スペースの有効活用や衝立を用いてプライベートな空間を確保するなど、利用者の希望を聞きながら、より落ち着いて過ごせる環境づくりに取り組んでいかれることを期待したい。
A-1-(2)-⑤ 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	制度に関する外部研修への参加や弁護士を通して情報を収集している。現在は1名の利用者が日常生活自立支援事業を利用しており、金銭管理について、介護支援専門員と連携を図っている。窓口パンフレットが置いているが、積極的な情報提供とまでは至っていない現状がある。今後は制度の利用に備えて、職員へ制度理解を深める研修等行いながら、積極的な情報提供や外部機関との体制づくりへの取り組みに期待したい。

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 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	初回の通所介護計画は生活相談員が作成し、その後は担当職員がモニタリングから評価・作成まで行っている。計画は把握した生活習慣を支援内容に反映させており、日々の支援では利用者が自ら選択し、自己決定できるように関わっている。利用者の様子や支援方法について、朝・昼・夕のミーティングで情報を共有し、関係する職員で連携する仕組みが出来ている。
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 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 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	食事は食材の仕入れから調理まで委託業者であるが、献立は管理栄養士が利用者の希望を取り入れて立てている。委託業者と事業所側で連携し、個々の利用者の健康状態に合わせた食事形態の提供はもちろんのこと、その日の利用者の体調や希望に応じて変更も可能である。形態は常食・きざみ食・ムース食・ミキサー食と、利用者合った食事形態が用意されている。初回の事前調査で利用者の健康状態や嗜好、治療食等について把握し対応している。食事は配薬時に確認され、ケース記録に記載し把握している。食事改善委員会が食事に関するアンケートを実施し献立に反映させており、行事食に関しては、できるだけ多くの方に楽しんでもらえるよう、1週間連続で提供している。介護業務マニュアル内に誤嚥事故の対応方法が確立されており、いつでも確認できるようにしてある。
A-2-(1)-② 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	b	食材は地元の農家組合と連携し、新鮮な地元野菜を使ったメニューで、地産地消の取り組みがなされている。また、デイサービス横の畑で採れた新鮮野菜を使用し、大根の煮物や焼き芋づくりなど、デイサービスの年間行事に組み入れたり、園芸クラブによる行事食を取り入れて、献立に変化をつけている。食事環境については明るく、利用者はいつもの場所で、馴染みの人と食事ができるよう、食席の変更をしている。食事用エプロンの使用についても、本人の希望を尊重し、衣服が汚れないよう、膝の上にたたんで使用するなどの配慮をしている。車いすから椅子への移乗や足台の使用、姿勢が崩れないようクッションの使用など、嚥下しやすいう、利用者の食事時の姿勢に注意を払い、職員は常に近くで見守り・声掛けをしている。今後は職員も利用者の横に腰を掛けてお茶を飲んだり話しをながら、利用者が落ち着いた雰囲気の中で、楽しく食事ができる環境づくりについて検討されることを期待したい。
A-2-(1)-③ 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	自力摂取の可能性や自助具の使用については、個々にミーティングで検討している。具体的には寝たきりの方でも、車いすに移乗することで一部介助で摂取可能であったり、食器の下に滑り止めマットを使用するなど、利用者の残存機能を活用し、できるだけ自分で行えるよう工夫しながら支援している。食後は利用者自ら歯磨きを行い、職員は見守りながらできないところを援助し、口腔内の状態把握に努めている。状態によっては連絡ノートや口頭で家族に報告し、歯科受診へ繋げている。口腔体操は午後実施しており、新採用職員研修では、「はじめての口腔ケア」と題して、歯磨きの実践について学ぶ機会を設けている。また、外部研修へも参加し、研修終了後は伝達研修を実施している。今後は、実践している口腔ケアについて、具体的に通所介護計画に位置づけていき、実践・評価・見直しを行い、経口での食事摂取が継続できるよう取り組んでいくことを期待したい。

A-2-(2) 入浴		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(2)-① 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	送迎時に家族から健康状態や様子について確認を行っている。事業所到着後に看護師によるバイタル測定が実施され、状態把握をしている。入浴介助マニュアルが整備されており、介助や支援方法について定められている。また、入浴中止についてのガイドラインもあり、入浴可否の判断基準を明確にし、その日の体調に合わせ、シャワー浴や清拭等に対応している。個別に留意事項を確認し、必要に応じて通所介護計画に位置付け、介助方法が職員へ周知されている。また、医師の指示がある方に対して、入浴時間の長さや入浴方法等、指示書に沿った対応が行われている。感染症、心身の状況によっては入浴順の配慮を行い、皮膚乾燥の方には自宅よりスキンケアの持参をお願いしている。浴槽は一般浴とリフト浴を備え付けており、利用者個々の希望や心身の状況に応じて対応している。利用者の声から、一般浴槽の手すりには全面滑り止めが取り付けられ、浴槽出入り動作が安全に行えるよう、浴室環境の整備が行われている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	午前中に入浴時間を設け、その日の利用者の状況等によって入浴順序や時間帯を調整している。入浴拒否のある方への対応については、職員で話し合い、時間変更など柔軟に対応している。失禁等の場合はシャワー浴や清拭で清潔を保つようになっている。同性介助希望に対しても可能な限り希望に応じ、浴室内や脱衣場では適宜パーテーションで仕切り、プライバシーに配慮した対応を心がけている。行事や季節に合わせて、ゆず湯や薔薇湯等の入浴剤を使用するなどのかわり湯を提供し、利用者の方から喜ばれている。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	浴室は入浴終了後に掃除を行い、サンダルやタオル類は次亜塩素酸で消毒しており、年一回レジオネラ菌、大腸菌の水質検査も行っている。浴室と脱衣場は床暖房が整備され、寒い時期にはファンヒーターを追加使用し、気候や利用者の身体的状況に応じて室温管理を行っている。湯温の確認もその都度、職員が浴槽内に直接手を入れ、温度確認を行っている。浴室や脱衣場の整備、入浴器具等の改善や環境整備についての検討会議は行われていないが、気付いたことはその日のうちに報告し検討している。今後は、入浴環境について検討会議の場を設けるなど、さらなる環境整備に向けた取り組みに期待したい。

A-2-(3) 排泄		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(3)-① 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	排泄マニュアルが整備され、マニュアル内にはプライバシー保護に関する記載がされている。自立している方が多く利用されており、排泄チェックは基本行われていないが、排便の有無や尿量確認の必要な利用者については確認し、記録に残して家族へも情報提供している。家庭での排泄を安全に行うため、家庭での方法や意向を優先して、柔軟な支援を心がけている。今後は、より家族と連携しながら具体的な援助方法を検討し、利用者の快適な排泄に向けた取り組みに期待したい。
A-2-(3)-② 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	トイレは男性用のトイレ1か所含め4か所設置されている。車いす利用者にも十分使用できるスペースが設けられ、コールや手すりの位置や向きなど、障害の特性に合わせて使用できる造りとなっている。昼食後や帰宅前に混み合う場合もあるが、利用者同士で譲り合い利用されている。立位困難な利用者に対しても、トイレでの排泄介助ができるよう支援しているが、ご家族の要望もあり自立支援に向け積極的に勧めることが困難なケースもある。今後は、家族の意向を踏まえた上で、家族とより一層連携を図りながら、できるだけ、おむつに頼らない排泄ケアに取り組んで行くことが望まれる。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	トイレは広く心身の状況に応じた設備があり、より安全に使用できるよう、トイレ内に杖を立てられる工夫がしてある。清掃・消毒は昼食後と利用者帰宅後の2回行われ、汚れた場合はその都度対応しており、臭い対策として消臭スプレーの設置もされている。現在、トイレ入り口のドアが重く、車いす利用者の方が開けられないため、使いやすさや安全面を考慮し、トイレ入り口のドアは開放してあるが、プライバシーの保護が十分といえない状況である。今後はカーテンや暖簾の使用について検討するなど、プライバシーに配慮した環境づくりと、使いやすさへの工夫が望まれる。
A-2-(4) 衣服		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(4)-① 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 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 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 日常の健康管理が適切に行われている。	b	自宅での体温や到着時の健康チェック（体温・血圧）を行うことで、健康状態の把握に努めている。何か変化が見られた場合は看護師に報告し、申し送りなどで職員間で共有するとともに、家族や介護支援専門員へ情報提供している。また、インフルエンザの流行時期に入る前に、家族へ予防接種が受けられるよう情報発信している。利用者の健康管理に関するマニュアルには、「こんな症状があったら」といった項目を設け、対応方法や連絡方法等についても周知が図られている。今後は、薬の効果や副作用等に関する研修を実施し、利用者の健康管理への意識をさらに高めていくことを期待したい。
A-2-(7)-② 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	事前面接の際に、利用者個々のかかりつけ医や緊急連絡先について確認し把握している。職員は日常の様子やバイタルサインなどから、異変の兆候に早期に気付けるよう注意を払っている。利用中に健康状態の変化が見られた場合は家族に連絡し、医療機関受診に繋がっている。受診の際には、連絡帳に記載した内容を主治医への情報提供とし、活用してもらえている。健康面に変調があった場合の対応として、緊急時マニュアル及び連絡体制を記載した文書が整備され、心肺蘇生研修や感染症研修が、年間計画に沿って実施されている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	個々に使用される薬の情報は、相談員が家族や介護支援専門員より情報収集し、薬表をファイルして、薬の特性や副作用についても周知している。薬の管理については、「薬の与薬手順」マニュアル内に記載されており、到着後に看護師がチェックし、鍵のかかる場所で保管・管理がされている。薬使用に関するヒアリング報告書が整備されており、分析・対策を検討するなど、事故防止に向けたシステムが確立されている。
A-2-(7)-④ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。	a	おむつ交換や入浴時等で皮膚状態の確認を行っている。褥瘡予防マニュアルがあり、今年度マニュアルの見直しも行われている。ゼロ委員会が中心となり、マニュアルを基に研修を実施しており、全職員が参加できるよう複数日開催している。また、外部講師を招いての研修も取り入れ、ポジショニングについて学ぶ機会を設けている。現在、褥瘡リスクの高い利用者が1名おられ、エアマットやクッションなどを使用し、同一部位の圧迫が続かないようにしている。日常的には椅子に座っている利用者に座布団を使用するなど、褥瘡予防に取り組んでいる。
A-2-(7)-⑤ 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 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	感染症及び食中毒の予防及び発生時のマニュアルがあり、見直しも実施されている。また、職員及び職員家族が罹患した場合の対応についてもマニュアル内に定め、感染症発生時の連絡方法や出勤停止期間が明確にされている。マニュアルに沿った対応が確実に実行されるよう、感染委員会が中心となり研修が実施され、周知徹底が図られている。職員の健康管理においては、予防接種の費用を全額負担し、全職員が接種できるよう呼びかけている。また、職員の体調を日常的に把握できる仕組みを設け、出勤する前の体温と退社時の体温を測定、所定の様式に記載・報告を義務付けている。感染症の流行期には施設の玄関に必要な情報を掲示し、外来者への呼びかけを行い、手指消毒等の設備機器も設置されている。
A-2-(8)-② 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	厨房関係の掃除や消毒、殺菌等については、食中毒の予防マニュアル（清掃・消毒・殺菌）に基づいて委託業者が行っている。調理器具や食器類は熱風庫80℃以上で殺菌、厨房内の掃除は昼食後に毎日行っている。厨房内には関係者以外入室することができない仕組みであり、衣服や履物は入り口でチェックされ、衛生管理が徹底されている。保存食及び原材料は一定期間適切な方法で保管されている。調理関係者の検便についても毎月適切に実施されている。
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 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。	a	個々の利用者の心身の状況に合わせた、個別機能訓練計画を作成しており、介護予防活動も含め、通所リハビリテーションと連携したプログラムとなっている。計画は定期的な評価と必要に応じて随時見直しを実施している。機能訓練実施は看護師が中心となっており、階段昇降訓練やルームウォーカー、平行棒等、リハビリに特化した福祉機器も設置され、利用者の身体状況に応じた個別訓練が提供されている。集団での体操として、グーパー体操・足踏み・腕の上げ伸ばしなど、時間を定めて実施しており、利用者の希望を聞き取りながら主体的に参加できるように配慮している。認知症の早期発見にも努め、状態の変化や認知症状が見られた際は、家族や介護支援専門員へも情報提供している。
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 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。	a	利用者の心身の状況や意向を踏まえ、個々の状態に合わせた福祉用具を使用し、移乗・移動の支援を行っている。事業所内でも車いすや歩行器、杖等の福祉用具を用意しているが、自宅で使い慣れた歩行器があれば持参をお願いしている。事業所到着後は、移動の妨げにならないよう荷物を棚に置いているが、手元に置きたいといった利用者へは、椅子後部のフックに掛けてもらい、移動しやすいよう環境整備に努めている。研修については、年間計画に沿って腰痛予防研修が2回開催されている他、新人研修で介助のポイントなど、基礎介護技術研修が行われている。福祉用具の定期的なメンテナンスは行なわれていないが、使用にあたって不備はないか日々確認している。不具合が見られた時は申請書（修理伝票）を事務局の設備管理へ提出し、修理依頼している。年数回ボランティアによる車いす掃除が行われており、何か不具合があれば申し出てもらい、修理へ繋げている。

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 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。	a	行事係が年間の活動計画を立案し、お花見や外食ツアー、敬老会等、季節に合わせた行事が毎月提供されており、行事に見合ったご馳走の提供も利用者の楽しみとなっている。日々の余暇活動は担当職員が月予定を立てて実践し、利用者の希望を取り入れながら、アレンジを加えて飽きずに参加できるように工夫している。また、介護予防教室「お元気塾」でのプログラムを取り入れながら、様々な余暇活動が提供できるよう、職員で協力し合っている。今後は家族に行事参加を働きかける仕組みづくりを検討し、さらに充実したレクリエーションが展開していくことが期待される。
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	利用者からスポーツ紙の希望があり、地方紙を含め2誌取り寄せてフロアに準備してある。書棚の雑誌や新聞は自由に見ることができ、自宅から雑誌や本など、自由に持ち込むことも可能である。テレビは共用で1台設置され、主に職員がチャンネル設定しているが、個人で見たいものがあれば他利用者の了解を得て変えている。
A-2-(11)-③ 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。	b	利用開始前のアセスメントで利用者の嗜好品等について把握し、職員間で周知している。行事の際はノンアルコール飲料で乾杯をして雰囲気を楽しめるようにしている。現在1名の喫煙者がおられ、希望を継続できるよう喫煙場所を決めている。今後は他利用者や職員の健康上への影響等に留意した上で、場所・時間・方法など、様々な面に配慮をしながら、ルールづくりを行っていくことを期待したい。
A-2-(12) 送迎		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(12)-① 送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。	a	車両運行時には、チェック項目に沿って車両点検を実施している。車内には、感染症や事故発生時の対応マニュアルとグッズを常備し、送迎時は必ず携帯電話を持参して、緊急時スムーズに対応できるようにしている。冷暖房や換気についても季節に合わせて調整している。年1回の職員健康診断や日々の健康チェックを実施し、安全に運転が行えるようにしている。運転業務は必ず職員2名体制で行い、利用者の歩行状態や移乗動作からリスクを把握し、送迎時のみ車いす対応にするなど、安全確保に努めている。また、事故が起きた場合の補償に備え損害賠償保険に加入している。
A-2-(12)-② 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。	a	地域がら雪道や山道を走行運転するため、送迎車は大型バス、リフト車、普通車、軽自動車の中に雪道に特化された車両が用意され、利用者の心身の状態や積雪状況に合わせた送迎車両で安全に行われている。乗車口に高さがある車両には、ステップアップ装置が備え付けられている。設置がない車両の場合は踏み台を用意している。乗車の際には、その都度車いす固定部の安全確認も行われている。
A-2-(12)-③ 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	送迎時は緊急時の通信手段として携帯電話を持参し、緊急時対応マニュアルも車内に常備しているが、マニュアルに沿った訓練が行われていない状況が窺える。今後はマニュアルを基に、事故発生時・急病時・緊急時の対応方法について研修を実施し、万が一、送迎中に事故が発生した場合にもスムーズに対応できるよう、定期的訓練の実施が望まれる。
A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。	a	日々の様子は連絡帳活用の他、送迎時に家族から自宅での歩行状態や動作の確認している。また、家族の状況も聞きながら意向の把握を行い、ミーティングなどを通して、職員間で情報共有に努めている。送迎時には利用者の状態変化など、必要に応じて家族に説明を行い情報交換をしている。

A-2-(13) 建物・設備		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(13)-① 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。	b	建物・設備の点検は、法人の整備担当職員が定期的に巡回し実施している。日々の業務の中で不具合があれば、その都度報告し、改善に努めている。フロア内は食堂兼活動スペースと静養スペースに分かれ、利用者が自由にゆっくり過ごせるよう、畳スペースも設けられている。入り口の展示コーナーには、利用者の共同作品として折鶴使用の大作が飾られ、フロア全体の雰囲気づくりとなっている。静養室にはベッドや簡易ベッドが準備され、畳スペースも含め、29名の利用者全員が横になって、ゆっくり休めるよう配慮されている。職員は利用者の使いやすさや快適性を考え、できることから環境整備に努めている。今後は、利用者が使いやすいよう書籍棚の整理整頓を心がけ、畳スペースの有効活用について、今一度検討する機会を持たれることが望まれる。また、フロア内には視線を遮るものや一人で過ごせるスペースが確保されていないため、パーテーションや観葉植物を活用するなど、利用者が個別に落ち着いて過ごせる環境整備について、配慮や工夫が望まれる。

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 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。	b	家族とは利用開始の面接や契約時に意向の確認を行っている。計画書の見直しや更新時、サービス担当者会議等においても意見や要望を聞く機会としている。また、利用者の様子や身体状態については、日々の連絡帳を活用して情報共有し、送迎時に家族の様子も聞きながら連携を図るよう努めている。今後は、主だった行事等に家族参加を呼びかけ、より家族との交流・連携に向けた取り組みに期待したい。
A-3-(1)-② 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 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 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