

(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せったや	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 森 俊介	定員：25名 (利用人数) 73名
所在地： 〒940-1104 長岡市撰田屋町2701番地14	
連絡先電話番号：0258-23-7255	FAX番号：0258-23-7300
ホームページアドレス	<a href="http://www.kounannosato.jp/">http://www.kounannosato.jp/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成21年4月1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：9名 非常勤職員：9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 2名
	介護福祉士等 11名
施設・設備の概要	(居室数)
	(設備等) 食堂・特別浴室・一般浴室・和室・ 機能訓練コーナー・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>

様々な要因により外出が困難となりがちな方々に外出や同年代・地域の方との交流の機会の提供を行うと共に、利用者一人ひとりに合った体を動かす機会の提供やレクリエーションを実施し、利用者が自身の存在や役割をしっかりと感じてもらえるようサービス提供に努めます。

<運営方針>

- 1 私たちは、地域性に配慮しながらも他地域の方々の交流の場として仲間作りのお手伝いと心と体の健康づくりのお手伝いを行います。地域の交流の場として活用してもらえよう足湯を一般開放します。
- 2 私たちは、利用者、家族（介護者）に気持ちよく利用していただくため、職員の接遇マナーの向上を目指します。

④ 施設・事業所の特徴的な取組

重点施策として、以下に取組んでいる。

- 1 利用者の確保
- 2 交流の場、充実した余暇活動の提供
- 3 職員間の連携強化
- 4 健康管理
- 5 安全対策の徹底
- 6 食事
- 7 多職種・他機関・家族との連携強化
- 8 職員の知識・技術の向上

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年8月19日（契約日） 平成29年3月31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

○法人と連携した経営環境の把握と人材確保への取組み

法人のリーダー会議において、介護保険制度に対する国の施策、介護業界への新規参入の状況、社会福祉事業全般の動向、長岡地域の福祉関係の情勢等を把握し共有している。また、把握された情報は法人の中期経営計画や事業計画に反映する仕組みがある。さらに毎月開催される法人の情報交換会では、各事業所の利用者の推移や利用率を分析し、現状の把握に努めている。こうした法人と事業所の連携した取り組みは、必要不可欠であるし、バランスの良い経営環境の体制が図られている。今後も把握された情報を基に、地域に根差した活動を継続して実施されていくことに期待したい。

法人の中期経営計画の重点目標に組織が職員に求める「基本的姿勢」が明示されている。職員には資格取得を推奨しており、そのための職務免除や勤務調整等にも配慮している。資格取得者には報奨金制度があり、人材育成に積極的に支援している。また、必要な人材や人員体制の取り組みとして、「法人職員資格一覧表」を活用し、これらを基に配置基準を定めている。実務経験を基に、3年後には介護福祉士、5年後には介護支援専門員と資格取得に向けたプランが明確化しており、職員の意欲向上に繋げており、人材確保・育成への取組みとして高く評価できる。

### ○利用者尊重の姿勢が明示されている

法人、事業所の理念や基本方針に利用者主体、利用者本位の施設運営を目指し、利用者一人ひとりに合わせたサービスの提供をきちんと明示しており、サービス向上委員会を中心に接遇研修を行っている。また、身体拘束や虐待防止についてもゼロ委員会が中心となり研修を行っている。毎月の職員ミーティングで職員一人ひとりが振り返りを行うことで自分自身の言葉づかいはどうだったか、他の職員は適切だったかを発表し、サービス向上に向けた取り組みを行っている。法人内での委員会活動が中心となつてのサービス向上に向けた取り組みが盛んであり、今後も利用者目線での活動が多いに期待される。

### ○利用者の意向を反映したレクリエーション活動

事業所では、現在、比較的自立度が高い利用者が多くおられる様子である。そうした上で、日々のレクリエーションや余暇活動について、アクティビティインストラクター等が中心となり、利用者の「やってみたい・行ってみたい」の意見を参考に利用者自らが選択できるよう工夫している。利用者の意向を聞き、多彩なメニューを用意することで、利用者からも大変好評であり高く評価できる場所である。

---

### ◆ 改善を求められる点

#### ○災害時の安全・安心の確保のための取り組みについて

法人の防災委員会が中心となり、年2回避難訓練を計画し、実施している。事業所として「防災マニュアル」も整備され、火災、震災、水害等に迅速に対応できるよう努めている。また、大規模災害を想定して、法人の全事業所が、長岡市と「災害時における要援護者受け入れに関する協定書」を取り交わしている。しかし、事業所としてライフラインが途絶えた場合を想定した備蓄品が準備されていない状況が窺える。今後は、事業所でもあらゆる事態を想定し、水や食料品等を確保し、利用者や職員の安全・安心の確保のための取り組みに期待したい。

#### ○提供する福祉サービスの標準的な実施方法の確立について

事業所として提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が各項目毎に細かく文章化された「介護マニュアル」が整備されている。基本的な技術に関するものだけでなく、「朝フロアの準備」「髭剃りについて」「誕生会について」などの20項目にわたる多彩なマニュアルが整備され、サービス実施時の留意点が細かく記載されている。しかし、事業所として、定期的な見直しや職員周知がなされていないため、日々の業務に上手く活用できていない状況が窺える。マニュアルは整備するだけでなく、日々の業務にすぐに活用できるものであるため、今後は、マニュアルの定期的な見直しを行うとともに、日々の業務に活用できる工夫に期待したい。

#### ○内服や外用薬等の取り扱いについて

利用者の飲み薬に関して「内服管理一覧表」で管理している。また、薬の保管に関しても鍵のかかるロッカーに保管されている。しかしながら、内服に関しての一連の流れが文章化されたマニュアルは整備されていない現状が窺える。今後は内服に関しても、預かりから保管、服用、確認に至るまでの流れが記載された「マニュアル」の整備が望まれる。

### ○利用者が快適に過ごせる環境作りについて

現在、事業所の建物の設備・点検に関しては業者に依頼し、定期的に見直しを行っている。また、共有のスペースにおいても居心地よく過ごしてもらえるよう環境には十分配慮している。庭には四季折々に楽しめる工夫や足湯、野菜作りができる畑が用意されており、収穫の時期は利用者と一緒を楽しんでいる。

利用者へサービスを提供する場所においても、ワンフロアをうまく活用し、時間によって食事、レクリエーション、お昼寝ができる場所の確保を行っている状況である。しかしながら、サービスを提供するために必要な備品等の点検表等がない状況であった。今後は各備品等の点検表を作成整備し、危険の早期発見に努めるとともに、利用者への安心安全確保への迅速な対応が望まれる。

### 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. 31)

法人の中期経営計画に基づき、今回初めて第三者評価を受審いたしました。第三者の方に評価をしていただいたことで、内部では気付かなかったことや、不足していた点を確認できました。

改善、検討が必要だと思われる点については、職員全員で検討していき、できることから計画的に取り組んでまいりたいと思います。

また、評価が高かった所につきましては、今後も継続していき、更なる向上を目指してまいります。

今回のこの第三者評価の結果を真摯に受け止め、職員一人ひとりの資質向上に努めることで、事業所としてレベルアップを図り、今後も更なる質の高いサービスをご利用者に提供してまいりたいと思います。

管理者 森 俊介

(H . . )

# 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せったや

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	理念は法人全体の基本理念として「中期経営計画」、「事業計画」に明文化されている。「利用者主体の生活形成」「明るく優しい利用者本位の施設運営」「地域に貢献する」ことを主眼とした方向性が示されている。
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	法人の基本理念に基づいて、基本方針、運営方針が策定され、事業計画に明文化されている。運営方針は職員の行動規範となるよう具体化されている。
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	法人の基本理念は採用時に配布され、配属先で基本方針等が説明されている。全職員には年度初めに事業計画が配布されている。今後は年度初めに職員ミーティング等で理念、基本方針の内容が全職員に周知することを目的として討議されることが望まれる。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	事業所を紹介するパンフレットには理念や基本方針がわかりやすいフレーズに置き換え、「せったやの郷」の目指す内容が明示されており、利用者、家族にも配布されている。今後は事業所内の玄関やフロアなど、利用者、家族等に目に付きやすい場所に理念や基本方針を掲示する等、今まで以上に周知に向けた取り組みが期待される。

## 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 中・長期計画が策定されている。	b	法人の基本理念を基に、平成28年度～平成30年度までの法人全体の中期経営計画は策定されているが、各事業所毎の具体的な中・長期の計画は明示されていない。今後は、各事業所毎の中・長期計画と収支計画の策定システムの構築が望まれる。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	b	法人全体の中期経営計画に基づき、事業計画が策定されている。当事業所の基本方針や運営方針に基づく重点施策が掲げられているが、具体的な数値目標が示されていない状況がある。今後は、前年度の事業実績報告で示されている実施状況の評価を踏まえて策定されることが望まれる。
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。	b	事業計画は年度の終わりに利用者の意向アンケートや、職員から出された改善の提案、全職員が参加する月1回のミーティング、全職員が所属している各委員会等で評価、見直しが行われている。それを基にリーダー会議で検討を加え、次年度の事業計画が策定されている。今後は、評価、見直しや計画決定の経過を記録化し、月1回のミーティング等で全職員に周知されることが望まれる。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	事業計画は年度当初に全職員に配布されているが、会議や研修の場で説明して理解に繋げる体制は図られておらず、職員個々の置かれている職責等で周知の実状に差がある現状が見受けられる。今後は、年度初めに事業計画に基づく取り組みを月1回のミーティング等で全職員に周知していくことが望まれる。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	現在、利用者、家族への事業計画の配布は行っていない状況である。年間の行事計画については、利用者、家族向けにそれぞれの月行事や活動メニュー等、わかり易いチラシ等を作り、フロアに張り出したり、連絡帳に挟んで伝達されている。今後は、地域に根差した事業所を目指すためにも事業計画の基本方針、運営方針、重点施策等もわかり易く説明された資料の作成と配布が望まれる。

### 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 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	管理運営する責任者である施設長は、自らの役割と責任について、法人事業計画の法人組織図に明記されており、業務分掌表でも明文化されている。施設長着任時に、利用者、家族、職員にビジョンを表明している。日々の連絡会等に積極的に参加し、報告、連絡、相談の徹底と情報の共有化に努めている。また、有事に対しては、災害、事故対応マニュアルやフローチャート等に役割と責任について明確化されている。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	組織が遵守しなければならない多様な法令については、タイムリーに把握に努めている。法令を正しく理解するための関係機関との連携を密にして、時間外労働、年休消化、マイナンバー制度導入の取り扱いについての規程を作り、職員への周知に努めている。今後は、遵守の対象となる関連法令についての外部研修等に参加し、幅広い分野について、職員に正しく認識してもらうことが望まれる。

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。	a	提供しているサービスの質の向上については、管理者自らが相談業務、介護業務に携わり、現場職員を束ねて、常に意識しながら業務に取り組んでいる。月1回の職員ミーティングには施設長、管理者が共に必ず参加し、福祉サービスの現状、課題等について検討すると共に、職員一人ひとりの自発的な取り組みを促している。また、毎回、職員一人ひとりから利用者に対する言葉づかい等の振り返りを発表してもらう取り組みを継続して実施している。朝礼、昼礼、終礼には職員への気づきや言葉がけを行い、指導が必要な時は1対1で、褒めるときはみんなの前で心をかけて助言、指導に努めている。
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。	a	毎月開催される管理者以上が参加する法人全体のリーダー会議に出席し、各事業所の月次決算書を基に収支の分析を行い運営状況等が把握されている。また、適切な人員配置や職員の働きやすい環境の整備等についても、加算要件基準や男女職員のバランス、業務の効率化に向けた人員の要望等を法人内の事業所と擦り合わせを行う体制が構築されている。

## 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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	法人のリーダー会議において、介護に対する国の施策、介護業界への新規参入の状況、社会福祉事業全般の動向、長岡地域の福祉関係の情勢、行政当局からの通知等、事業経営をとりまく情報を把握し、認識の共有化に努めている。把握された情報やデータが、法人の中期経営計画や事業計画に反映されている。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	毎月開催される法人の情報交換会では、デイサービス、ショートステイの利用者の推移、利用率の分析を行い経営状況の現状を把握している。その内容報告については、月1回のミーティングにおいて職員にも周知している。利用率の改善等の課題については、居宅事業所向けや一般家庭向けのチラシを作成し、今まで関わりのなかった地域にも訪問やポスティングを行うなど、積極的に取り組んでいる。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	C	法人全体で実施されていない状況にある。広く法人の外部の専門家による監査を通じて法人運営の透明性の確保に繋がることが望まれる。

### 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。	a	事業所では有資格職員の配置等、必要な人材や人員体制について、プラン化するための「法人職員資格一覧表」があり、これらを基に法人本部が配置基準としている。また、事業所では法人の中期経営計画を基に、資格を有していない人には介護福祉士受験のための実務者研修の受講を勧め、5年を経た職員には介護支援専門員資格取得を推奨する等の取り組みを行っている。また、認知症介護実践者研修も計画的に受講している。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	法人の中期経営計画の中で、人事考課による給与制度について再検討の必要が掲げられており、人事考課を担当する管理者を対象に外部講師を招いて研修が実施されている。今後は、職員一人ひとりが取り組む仕事への自己評価の内容の充実や職員一人ひとりとの面談を実施する等、人事考課基準の具体的内容の見直しとマニュアルの整備が望まれる。
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 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、定期的に作成して人事管理を担当している法人本部に提出し、実態を把握した上で改善に繋げている。今後は職員が相談しやすい体制作りの継続と、そこで出された意向や意見とそれに対応した記録等の整備が望まれる。
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。	b	職員の福利厚生や健康の維持については長岡市勤労者福祉センターに加入し関係を図っている。また、定期的に健康診断を実施し、必要に応じて看護師による助言が行われている。インフルエンザ予防接種は全職員全額補助の下、実施されている。現在、法人の看護師長がメンタルヘルスに対する相談窓口となっているが、関係機関との連携等の体制の整備までは確立されていない状況である。また、腰痛対策についても個人対応となっている。今後の職員の労働環境整備を図るためにも、関係機関との連携、職員腰痛予防のための技術進歩に対応した機器の導入等の対策が望まれる。



**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
<p>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。</p>	a	<p>法人の中期経営計画の重点目標に組織が職員に求める基本的姿勢が明示されている。特に介護支援専門員の資格取得を推奨しており、資格取得のための勉強会を実施したり、職務免除や勤務調整等の配慮が行われている。また、資格取得者には報奨金制度を活用しての支援も行われている。職員の知識、技術の向上のために、外部研修への積極的参加と法人内研修は誰でも受講できるように工夫された年間の研修計画が策定され実施されている。</p>
<p>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。</p>	b	<p>個々の職員の技術水準の向上や専門資格の必要性については、法人の中期経営計画の重点目標に明示されている。法人の年間研修計画に沿って新任、現任研修が計画実施されている。内部研修は技法の習得を目指した研修や外部講師を招いての研修等、職員全体のレベルアップに取り組んでいる。今後は、職員一人ひとりの教育、研修計画を作成し、人材の育成に更に取り組んでいくことが期待される。</p>
<p>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。</p>	b	<p>外部研修に参加した職員は研修報告を作成し、自身で振り返りを行うと共に、施設長からコメントを受けている。また、月1回のミーティング時には研修内容の発表を行い、すぐに取り組める部分は業務に反映させるようにしている。今後は個別の職員に対する研修について、研修成果の評価、分析が記載された職員別研修履歴等を作成し、次の研修計画に反映していくことが望まれる。</p>

**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
<p>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。</p>	b	<p>実習生の受け入れについての意義、方針は明文化されていない状況である。介護福祉士や社会福祉士の実習受け入れの実習指導者研修終了者は配置されているが、ここ数年、介護福祉士や社会福祉士の実習要請はない状況である。今後は、実習生を受け入れるにあたっての組織としての基本的な考え方や方針を明確にすると共に、そのためのマニュアルの整備が望まれる。</p>

## 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	法人の安全対策委員会、感染症対策委員会が毎月1回開催され、事故発生防止のための指針に基づき検討が行われている。その結果については全職員に周知を図っている。また、法人、事業所共通の「事故安全対応マニュアル」「感染症予防対策マニュアル」が整備されており、内部研修も実施されている。利用者が集まるフロアに緊急時のフローチャートとマニュアルが掲示され、利用者安全・安心を確保する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。	b	法人の防災委員会が避難訓練を中心に年間計画を立て、それに基づき実施している。また、事業所には「防災マニュアル」も整備されており、火災、震災、水害等に対応できるよう努めている。避難訓練は年2回実施され、避難ルートも確保されている。消防署員からも立ち会ってもらい初期消火訓練も行っている。緊急連絡網として自動通報ラインが整備されており、消防署、町内会、地元消防団も組み込まれている。また、職員への緊急伝達訓練を年1回実施している。大規模災害等を想定して、法人の全事業所が長岡市と「災害時における要援護者緊急受け入れに関する協定書」を取り交わしているが、備蓄品が準備されていない現状があった。今後、法人、関係機関とのライフラインが途絶えた場合を考慮した備蓄品の確保について検討することが望まれる。
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。	b	平成27年度事業実績報告等で、事故報告、ヒヤリハットの事例は把握されている。また、ヒヤリハット報告書の書式を変更することで、提出率が良くなり、早い段階で職員連絡ノート、利用者ノートで全職員に開示し、情報の共有を行うと共に、月1回のミーティング時に評価、見直し、改善策を話し合う取り組みを行うことで成果に繋げている。今後は介護機器や備品類の定期的な整備点検を行うなど、不具合を未然に防ぎ利用者の安全・安心の確保を検討することが望まれる。
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	法人に「安全対策委員会」「感染対策委員会」があり、マニュアルも整備されている。委員会主導の内部研修で、心肺蘇生、AEDの操作方法等を3年間で全職員が受講できる計画となっている。また、感染症の流行時期には利用者、家族への予防を呼びかけると共に、委員会が連携し統一した対応が図られている。現在、事業所内の利用者が集まるフロアに、各医療機関や外部関係機関へのフローチャートが掲示されている。利用契約時に重要事項説明書で事故発生時の対応フローチャートが図解入りで明記されており、平素から迅速な対応や利用者、家族への誠意ある取り組みが窺える。

## 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わりを大切にしている。	a	地域との関わり方については、事業計画に明文化されている。地元町内会にも加入しており、総会に参加したり回覧版等で地域の情報を収集すると共に、法人の広報誌やチラシ等も発信している。地域で行われる「すこやかとしひ祭り」に参加したり、事業所で毎年実施される「ふれあい祭り」に地域の子供から大人まで多くの方々が訪れ交流の場となっている。定期的に地域の保育園児が訪問し、踊りや歌を披露してもらうなど交流を深めている。また、初めての試みとして婦人会の作品展に利用者の作品も出展し、作品の鑑賞と茶話会を通しての交流を図ることができた。また、年間の外出行事として買い物ツアーや外食ツアーが企画され、地域住民と触れ合える機会となるよう努めている。
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。	b	法人の基本理念に掲げられている「社会に貢献する」活動として、平成27年度から「お元氣塾・出前お元氣塾」をスタートさせている。介護相談や問い合わせ等の対応については、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ繋げる紹介も行っている。災害時における緊急連絡網の自動通報ラインは、消防団や自治体、町内会が組み入れられている。今後は事業所が有する機能を活かして、災害時にどのような役割を果たすことができるかについて、自治体や町内会と予め協議、検討しておくことが望まれる。
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	法人にレクリエーションボランティア委員会があり、レクリエーションの充実を図ると共に、地域密着の観点からもボランティア団体を積極的に受け入れ、歌や踊り、マジック等を楽しむ機会を設けている。また、法人内の他の事業所にも出向いて行き、共に楽しむ機会も設けている。毎年実施される「ふれあい祭り」には、ボランティアの参加を依頼し、利用者との交流を盛り上げてもらっている。今後はボランティア受け入れに関する、組織としての基本姿勢を明文化することが望まれる。
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	在宅生活を続ける個々の利用者が状況に応じて対応できる社会資源（市役所、保健所、社会福祉協議会、医療機関等）の連絡先は掲示されているが、第三者評価受審時の職員自己評価調査結果から十分理解されていない状況が見られるので、今後は職員ミーティング等で連携の必要性について、情報の共有が望まれる。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	居宅介護支援専門員、地域包括支援センター、かかりつけ医等との連携や情報の交換は密に行われている。介護支援専門員が主催するサービス担当者会議には、主に生活相談員が出席し、利用者のニーズや体調の変化等について、多数の関係者と状態の把握を行い、情報の共有が図られている。現在、事業所では日常生活自立支援事業や成年後見人制度を活用している利用者はおらず、また相談も受けていないが、制度周知のパンフレット等は窓口においてあり何時でも連携が可能となっている。

Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組みを行っている。		
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。	b	事業所の開所当初は施設見学会を開き、電動車椅子の体験や大型送迎車の試乗会を実施したり、「ふれあい祭り」に介護支援専門員による相談コーナーを設置する等、地域ニーズの把握に努めたが、その後は継続的な取り組みは図られていない状況である。しかし、地域包括支援センター主催の「地域別の多業種交流会」等へ管理者が出席したり、また、「お元気塾・出前お元気塾」の参加者から福祉に対する要望等で情報収集の機会を設けている。今後は今まで以上に色々な場面において、地域の福祉ニーズの把握を積極的に行うことが望まれる。
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。	b	法人として、平成２７年度から「お元気塾・出前お元気塾」をスタートさせ、地域住民を対象に講座や軽体操等の活動が実施されており、地域貢献、健康寿命を延ばす役割を果たしている。今後は事業所の事業計画に明示されている「足湯」の一般開放が再復活されることにより、更に地域との交流が一層深まるものと期待される。

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	理念や基本方針に利用者主体、利用者本位の施設運営を目指し、利用者一人ひとりに合わせたサービスの提供を明示している。法人全体ではサービス向上委員会を中心に接遇研修を行っている。また、身体拘束廃止や虐待防止については、ゼロ委員会が中心となって研修を行っている。毎月の職員ミーティングで、職員一人ひとりが振り返りをする中で自分自身はどうだったか、他の職員の言葉づかいは適切だったかを発表する機会を設けサービス向上に向けた取り組みを行っている。
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	利用者のプライバシー保護に関するマニュアルは整備されている。誰もが自由に閲覧できるようになっている。特に入浴や排泄のマニュアルにプライバシー保護について明記されている。設備面について、トイレに鍵がかけられるようになっているが、中には鍵をかけたくない人のために、札をかけたりするなど、プライバシーに配慮している。また脱衣室にはカーテンで間仕切りを設けるなど、プライバシーの保護に努めている。しかしながら、現在、職員向けのプライバシー保護に関する研修は行われていない状況であった。今後はプライバシー保護に関する研修を定期的に行う仕組み作りと規程やマニュアル等に基づいた福祉サービスが実施されることに期待したい。
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	利用者満足の調査は定期的に行っていないが、満足度を把握する目的で余暇活動に関するアンケートは実施した実績はある。また今年度、第三者評価を受審するにあたり、事前に利用者に関き取りを行っている。サービスの内容について、総合的な意見把握に努め、これからの具体的な改善に繋げていくための計画を検討している。今後は利用者満足度を把握するうえで、定期的にアンケート等を行い、利用者のニーズを把握するための仕組み作りを期待したい。
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	利用を開始する際、相談窓口の仕組みについては契約書でわかりやすく説明している。管理者、生活相談員、介護職員と内容に応じて気軽に受付できることを伝えている。また、利用者が利用しているフロアに苦情の流れを分かり易く掲示している。現在、相談の段階に応じてスペースに配慮しているが、相談窓口は相談員や管理者が多く限定されているため、今後は職員全員が日常的な言葉かけを行いながら、日々の言動から困りごとを把握できるような体制作りが期待される。
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決の体制は整備されており、契約時に説明し重要事項説明書に明示している。また、事業所内にも掲示している。苦情があった際は苦情受付表にて解決に至った経緯を記録し、きちんと保管をしている。そして、苦情受け付け状況を広報誌にも公表している。
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	現在、利用者からの意見の受付の流れ等を記載した対応マニュアルは整備されていないが、利用者から出された意見等は職員間で共有し、改善に繋げている。今後は利用者からの意見等の記録手法、報告手順、対応策の検討等が整備されている対応マニュアルを整備し、また、定期的に見直しもされるなどで、具体的に福祉サービス改善に繋げ行くための仕組み作りが期待される。

### 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 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	定められた評価基準に基づいて定期的な自己評価は実施していなかったが、今回、今後の方向性を見出すために初めて第三者評価を受審した。事前の評価結果より事業所の福祉サービスの現状と課題を把握し、更なるサービスの質の向上のためPDCAサイクルで継続して行うことで改善課題の発見に期待したい。
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。	C	現在、定期的な自己評価、面談等は実施していないため課題の分析や改善計画を策定していない状況である。今回の第三者評価の結果を分析し課題を明確にし、職員参画の下で改善策や改善実施計画を策定するための仕組み作りに期待したい。
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	提供する福祉サービスについて、事業所として標準的な実施方法が文書化された「介護マニュアル」が整備されている。基本的な技術に関するものだけでなく、「朝フロアの準備」「髭剃りについて」「誕生会について」「連絡帳の記録の方法について」など20項目にわたりサービス実施時の留意点が各項目ごとに細かく記載されており、新人職員が見ても理解しやすいよう工夫している。また「排泄ケア」「入浴介助」については利用者尊重とプライバシー保護の姿勢が明記されている。しかし、職員自己調査結果報告書からマニュアルの保管場所がフロアの一番奥の鍵のかかる書庫に保管されているため、職員周知が不徹底で上手く活用出来ていない状況がある。今後は職員周知に努め、いつでも閲覧でき、日々の業務に活用していける工夫に期待したい。
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。	C	利用者1人ひとりの状態の変化や意見等を踏まえ、それぞれの介助方法は随時見直しを行っているが、各マニュアルの定期的な見直しは行っていない状況である。マニュアルを定期的に見直すことは、福祉サービスの質に関する職員の共通意識を育てるとともに、PDCAサイクルによって現状を検証し、実施方法の工夫、改善に繋げるためにも必要不可欠である。今後は福祉サービスの質の向上に向けて、定期的な時期を定め、職員や利用者等からの意見や提案が反映されるような仕組み作りに期待したい。

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。	b	通所介護計画書を基にサービス内容に沿った記録を残すように努めている。記録から利用者の具体的な様子がわかるよう配慮している。介護マニュアルの中に「連絡帳、ケース記録について」の項目があり、経過実施記録についても記載されている。記録する職員によって記録内容や書き方に差異が生じないよう職員への指導などの工夫を行っているが職員間での記録の書き方は統一されていない状況が見受けられる。今後はマニュアルを用いた勉強会等を開催し、記録の内容や書き方に差異が生じないための指導などの工夫に期待したい。
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。	b	利用者に関する記録管理について規程が定められており、記録管理の責任者は管理者が行っている。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程は文書分類表の中に定められている。職員は採用時に個人情報保護に関する誓約書を提出し、法令を遵守するよう注意を払っている。また利用者、家族に対しては、契約時に契約書の記載項目に沿って個人情報や情報開示について丁寧に説明を行っている。しかし、職員に対しては、27年度、28年度の研修計画に個人情報保護に関する研修等が計画されていない状況であった。今後は職員に対して、定期的に研修を行う仕組み作りに期待したい。
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。	b	多職種が参加する定期的なカンファレンスにおいて利用者の状況を整理し、適切なサービスが実施できるよう努めている。カンファレンスで協議されたことは職員ミーティングで他の職員へ伝達し、統一した介護が提供できるよう情報の共有化を図っている。現状は職員連絡ノート、利用者ノート、サービス担当者会議録等を用いて利用者の状態把握を行っている。しかし、職員自己調査結果報告書で、情報の共有化について一部の職員には伝わっていない状況が窺える。今後は職員ミーティング等で情報を共有し、統一した介護が提供できることに期待したい。

### 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	利用者向けに法人全体の情報提供はホームページが作成され定期的に更新している。事業所の職員が構成委員のメンバーとして参画している。また、事業所としてパンフレットを作成し、法人以外の居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、社協などに配布している。事業所を紹介する資料には「1日の流れ、行事予定、曜日別の特徴、空き状況」など、誰もがわかりやすい内容になっている。見学や体験利用等は必要に応じて随時行っており、「いつでも見学は可能です」とパンフレットにも記載されている。
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	福祉サービス開始時にサービスの内容や料金等について、具体的に記載された通所介護サービス契約書兼重要事項説明書にて、利用者、家族にわかりやすく説明し、同意を得ている。また、契約書等には解約権等の権利についても説明を行っている。また、同意を得るまでの過程を記録し書面で残している。
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 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	契約書の中に事業所の解約権は記載されているが福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ文章等は定めていない。今後は福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎや申し送りの手順、文章などの内容を定め利用者や家族が安心して移行できる仕組み作りに期待したい。

### 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。	b	利用開始前に生活相談員が事前訪問調査を行い、心身の状態や利用者、家族の要望や意向等を確認し、訪問調査票に記載している。訪問調査の手順については、業務マニュアル（訪問調査について）に記載している。半年に1度は見直しを行い多職種協同でカンファレンスを行い、利用者のニーズを把握し統一したサービスが提供できるよう努めている。今後も定められた手順に従って利用者のニーズを把握すると共に、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 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	管理者が居宅サービス計画書を基に通所介護計画書を策定している。また、内容の変更等については契約書にも記載されており、サービス利用開始時に説明を行っている。計画書の作成においてはマニュアル（ケアプランについて）に手順や意向把握の方法などが細かく記載されている。利用者1人ひとりの個別の介助方法や手順についても通所介護計画書の特記事項に記載している。
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。	b	通所介護計画書の見直しの時期については、原則、半年としている。見直しの時期がわかるよう一覧表を作成し工夫している。通所介護計画書の見直し、変更があった場合や留意点には、月に1度開催している職員ミーティングで職員に周知を図っている。利用者の状態に変化があり、通所介護計画書の変更が必要な場合は、その都度見直しを行っているが緊急時の場合のマニュアルは整備されていなかった。今後は緊急に変更する場合のマニュアルを整備し、評価・見直しの方法等が文書化されることに期待したい。



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】 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	初回訪問の際、利用者本人や家族に聞き取りを行い、今までの生活環境、生活習慣等を把握している。また、事業所での過ごし方について、利用者一人ひとりの趣味、興味、希望を把握し、それに応えるような活動（囲碁・オセロ・麻雀・花札・工作等）を複数用意して、その日の状況に応じて自由に参加できるよう工夫している。
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。	対象外	評価対象外項目
A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a	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。意思表示が困難な利用者（認知症の方）は1対1で寄り添うことで、本人の思いや主張を聞くようにしている。失語のある方に対しては、「はい・いいえ」で答えられるような聞き方や筆談等を用いてコミュニケーションを図っている。特に利用者への言葉遣いは注意をしており、毎月の職員ミーティングで、1ヶ月の自分の言葉遣いはどうだったか、また自分以外の職員はどうだったかを振り返る時間を設け、事業所として継続的な検討を実施している。

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 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	守るべき規範、倫理等（職員の心構え）を全職員に周知している。組織として、ゼロ委員会が中心となり啓発活動に努めている。身体拘束、虐待防止に関する研修を年2回開催し、原則、全職員が参加し意識を高めている。職員のストレスケアに対してもメンタルヘルス研修を外部講師を招いて法人で取組む他、外部研修にも積極的に参加させ、ストレスへの対応を行っている。しかし、人権擁護に関する研修は行われていない状況があった。今後は定期的に（年1回）人権擁護に関する研修を行い、全職員に啓発されることに期待したい。
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	法人として身体拘束廃止のマニュアルは整備されており、ゼロ委員会を中心に全職員に周知徹底している。また事業所として職員がメンバーとして参加し法人共通としての取り組みを通して報告を行っている。また、契約書に身体拘束の廃止と緊急時の対応について（拘束の禁止）明記されており、利用者、家族から同意を得ている。（現時点では、事業所の利用者に対象の方が居られない。）
A-1-(2)-③ 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	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。帰宅欲求のある利用者には否定するのではなく本人の話を傾聴し、落ち着いてもらえるまで、必要に応じて1対1での対応も行っている。事業所での様子や言動等は家族、担当の介護支援専門員に報告し、情報を共有している。しかし、定期的なマニュアルの見直しではなく、認知症の医療、ケアについての研修に全職員が参加できていない状況もあった。今後は今までの取り組みの他、定期的にマニュアルの見直しを行い、全職員が研修に参加できる工夫に期待したい。
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	認知症高齢者が安心して過ごしてもらえるようフロア内はバリアフリーとなっている。また、必要に応じた手すりが設置されており、安全面に配慮している。トイレの案内表示も男性・女性がわかりやすく明示し、利用しやすいように工夫している。薬やハサミなど危険を及ぼす物品は利用者の目に触れないよう注意している。特に薬に関しては誤薬を防ぐため施錠できる場所にきちんと管理している。しかしながら、利用者が日中過ごすフロアには道具が多く、トイレまでの動線が狭くなっている状況が窺えた。今後は利用者が安全に移動できるように、フロア内の整備工夫が望まれる。
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	成年後見制度や日常生活自立支援（地域福祉権利擁護事業）の利用に備え、制度についてのパンフレット等は事務所の入り口に備えている。現在までに問い合わせや相談を受けた実績は無い。相談を受けた際は、関係機関へ繋げる支援体制は用意している。29年4月1日より、定款の変更に伴い低所得者の利用等も出てくることも予測される中、速やかに対応できる体制整備が望まれる。
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	自立支援の視点を踏まえた居宅サービス計画書を基に、通所介護計画書を作成し、自立生活が営めるよう本人の役割を大切に支援することに努めている。一人暮らしを継続するために必要なことは積極的に行えるよう働きかけを行っている。
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	食事の希望や好みについては、利用開始前に生活相談員が訪問調査を行い、利用者の心身の状況、健康状態、食事の形態を聞き取り、個々の利用者に合わせた食事を提供している。食事の形態は、常食、刻み食、粥、ミキサー食、ムース食と利用者の嚥下状態に合わせた食事を用意している。関連施設の岡南の郷から、温冷BOXに入れて運ばれており事業所で盛り付けをしている。利用者の治療食や嗜好にも対応しており、肉禁、魚禁、腎臓病食、糖尿病食、アレルギーの方に対し代替の物を提供している。摂食量が少ない方に対しては、自宅から補助食品を持参するよう促している。水分摂取については、1日800~1000mlを目標としている。献立はフロアに掲示し、また連絡帳にも記載し、家族にも知らせしている。
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。	a	利用者調査、嗜好調査を行い、毎月15日には利用者、職員と一緒に食事作りをしている。旬の食材を取り入れ季節を感じてもらえるよう工夫しながら、地元で採れた野菜を使ったり、秋は事業所の畑で採れたサツマイモを使って食事作りをしている。行事食の時は、食器も工夫し、見た目でも楽しめるよう考慮している。また、食べる時の姿勢も車イスから椅子に移乗、座面にクッションを置き、食べやすい高さに調整している。食事の席は決まっていなくても、利用者同士で気の合う方、話しやすい方のグループが自然とできている。中重度で介助が必要な方は、職員の目が届きやすいところで安全にゆっくり食事ができる配慮がされていた。
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	自力摂取の促しとして、事前面談で自宅で使用している自助具を持参し、可能な限り自力摂取できるよう支援をしている。食事前に口腔体操を毎日行い、自力でできない方には職員が促しながら、全利用者が行えるよう工夫をしている。食後は利用者が持参している、歯ブラシにて歯磨き、うがいをしている。自力で口腔ケアができない方に対しては、職員が介助している。年1~2回法人の協力歯科医院の歯科医師が来所し、希望者には無料で「お口の健康相談」を行っている。胃ろうの方も受け入れており、経口摂取を希望しているため、自宅からプリン、ヨーグルト等を持参し、看護師が付き添いながら食事介助、口腔ケアを行っている。口腔ケアの研修実施や計画書の作成は実施されていないため、今後は必要な研修実施、計画書作成が望まれる。
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	事業所到着後にバイタル測定を行い、体調確認をしている。迎え時、その日の体調を家族から確認をしている。事前面談で入浴方法や介助方法を確認し、利用者に合わせた介助ができるよう通所介護計画書に位置づけている。感染症の方、皮膚疾患の方などへの対応も行っており、入浴介助には、当日職員5名が配置され、移動介助、見守り、付き添いが安全に出来るよう配慮している。皮膚トラブルや入浴後の処置等は看護師が行い、連絡帳や口頭で家族にも説明をしている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	入浴は一般浴、チェアイン浴、個浴があり事前面談で利用者の希望や状態に応じて入浴形態を考慮している。入浴時間は主に午前中に行い、失禁や夏場等、汗をかいた時はシャワー浴、状態に応じて清拭をしている。入浴の順番は到着した時間に合わせ、男性、女性を毎日変更している。同性介助が必要な方、入浴拒否がある方にも、通所介護計画書に位置づけた対応に努めている。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	a	浴室の環境整備などは、改善のための検討会議であるサービス向上委員会でも協議検討されており、このたびプライバシー保護のため、脱衣室のカーテンレールの位置が変更された。入浴終了後、浴室、脱衣室の掃除は行っている。年1回、水質検査(レジオネラ菌)が実施されており、浴室にはパネルヒーター、脱衣室にはエアコンがあり温度調整がされている。入浴介護用品の消毒もされ、入浴前の安全確認も行われている。

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	排泄介助マニュアルが整備されており、利用者の安全面やプライバシーへの配慮が行われている。転倒の危険がある利用者や自分で排泄希望ができない方には、フロアの職員が利用者の動きを察し、トイレ誘導を促している。排尿、排便の状態を観察し、異常がみられた時には、家族、介護支援専門員に情報提供しているが、排尿や排便の有無をチェックする体制が整っておらず、記録が曖昧となっている状況が窺える。今後は利用者個々に応じた記録の整備が望まれる。
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。	a	排泄の自立については、利用者の意向や家族の意向も事前面談で確認し、自宅ではおむつだが、利用中はリハビリパンツで過ごしたいとの意向にも考慮し、介護支援専門員や関係者とも連携を図り、通所介護計画書に位置づけ介助を行っている。現在、トイレ誘導の方が多く、おむつ使用者は1割程度である。トイレ内は鍵が閉められるようになっているが、認知症状の方で、鍵をかけて開けられない方や転倒がある方には家族と話し合い、必要時は職員がトイレ扉の前で待機している。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	トイレ環境の点検改善のための検討会も行われ、おむつストック整理などの改善を話し合い、目に入る棚に整理整頓されている。汚物処理、清掃道具、薬品などは鍵がかかる用具入れに入れてあり、トイレ全体は臭いもなく、採光、照明等の管理は適切に行われている。現在、トイレの清潔保持、整理整頓について、日々のチェック表がない状況である。職員誰もが対応出来るチェック表を活用することによって、清潔保持や整理整頓が継続できるものとなるので、今後の整備が望まれる。
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。	a	健康管理マニュアルがあり、健康チェックのポイント、体調の変化がみられた時は、常時、看護師がいるため、家族に情報提供がなされている。食事量、健康状態も把握し連絡帳に記入している。利用開始時に家族からその日の体調等を口頭で聞き、留意事項があれば、事業所到着後に他職員に伝達申し送り情報の共有を図っている。健康維持増進のため、テレビ体操や口腔体操など、個別にプログラムを作成し、通所介護計画書に記載して、看護師が付き添いの下、行われている。インフルエンザ危険期間には文章を作成配布し注意を促している。インフルエンザの予防接種も強制はしていないが、家族、本人に促している。
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	緊急時対応マニュアルが整備されており、体調不良時、事故発生時のフローチャートが契約時の重要事項説明書に記載されており、家族にもわかりやすくなっている。体調不良時には家族に連絡し、早めに迎えに来てもらい受診している。家族と連絡がつかない場合は緊急連絡先一覧からかかりつけ医を確認し、職員が付き添い受診している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	b	利用者の飲み薬に関して「内服管理一覧表」で管理している。また、薬の保管に関しては鍵の掛かるロッカーに保管されている。しかし、内服に関しての一連の流れが記載されたマニュアルは整備されていない現状がある。今後は、薬の預かりから保管、服用、確認に至るまでの流れが記載されたマニュアルの整備に期待したい。
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	法人として「褥瘡予防マニュアル」が整備されている。ゼロ委員会が企画する褥瘡予防に関する研修と法人内の内部研修であるポジショニング研修も今期2月に予定している。皮膚状態の確認、清潔の確保はおむつ交換時や入浴時に行い、患部の処置は看護師が行っている。最近の事例として、車イスに移乗時傾きがある利用者に対して、介護支援専門員に相談し、利用者に合わせて車イスに交換をした事例があった。利用者個々に合わせたクッションや座布団を使用し、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、食中毒予防、まん延防止に関するマニュアルが整備され、毎年、流行時期に感染症対策委員会が食中毒、ノロウイルス、インフルエンザの内部研修を実施している。流行の時期には、職員が出退社時に検温し、健康状態をチェックしている。職員や職員の家族が感染した際の対応マニュアルも整備されており、職員のインフルエンザ予防接種は法人が全額費用負担をしている。感染症の流行時期には玄関にマスク着用、手洗いうがいの呼びかけを貼りだし、感染予防を呼びかけている。
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。	b	事業所では盛り付けのみを行っており、健康状態のチェック、手指の傷、化膿創、三角巾、マスク、手袋の着用の有無、着用している衣類は清潔か、爪は短いか等のチェックリストに基づき、盛り付け担当職員が点検を行っている。検便は毎月1回行っている。食器類のストックはせず、コップ類のみストックしてあり、使用後は消毒液に30分間浸けてからすすぎ、食洗器で洗っている。しかし、今回、担当職員が普段使用している履物のまま調理器具等を運び、盛り付け対応しているのが見受けられた。今後は盛り付け担当職員専用の履物を使用する等、衛生管理への配慮が望まれる。

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	介護支援専門員の作成する居宅介護計画書に合わせた一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムを作成し実施している。半年に1回、評価、見直しも行っている。また、複数の事業所を利用している方については、各事業所と連携を図り、利用者の状況に応じた支援に努めている。
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	事前面談にて利用者の意向、身体状態に合わせた福祉用具の活用、自宅での環境面等を確認し、職員に周知している。歩行器、杖、本人に合わせた車イスなど安全面から本人用を持参し、通所介護計画書にも留意点をあげ、個々に合わせた移乗移動ができるよう明記している。新人職員には介護リーダーが車イスの操作、段差、車両の乗車方法、送迎時の移動方法の研修を行い、重度利用者のチェア浴の移乗、移動方法等、職員で意見を出し合い、安全に移乗できるよう検討している。法人で行っている研修では車イスの移動、リクライニング車イスの移乗時の注意点等、最近の研修で行っている。家族にも移乗動作方法を伝え、介護負担の軽減が出来るようアドバイスをしている。
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	毎日のレクリエーションや余暇活動については、外部研修のアクティビティ研修でアクティビティインストラクターを習得し、日々の余暇活動に活かしている。行事を計画するにあたり、利用者の意見も参考にしており、行ってみたい、やってみてみたいという気持ちを大切に考えている。男性利用者で日曜大工が好きな方には、事業所内で使用する棚を作ったり、男性では囲碁、将棋、麻雀等、女性利用者には、編み物、創作活動等、利用者がやりたい事を選ぶことができる。1ヶ月の行事予定表があり、午前中は体操や脳トレが主に行われ、脳トレも大きなスクリーンを活用し見やすい工夫がされている。午後からは集団で出来るゲームを中心に行っている。
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	共有スペースには、テレビ2台、新聞2紙がいつでも読めるようになっている。フロア内に小さい図書コーナーが設けられており、いつでも本を読むことができる。また、自宅から雑誌、色塗りの本等、持ち込みは自由でありラジオの持ち込みもできる。テレビ番組は利用者の意見から時間帯で決まっており、他にプロジェクターで歌謡ショーや紅白歌合戦、面白動画等、利用者の意見を聞きながら映している。
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	利用者の嗜好品については事前面談の際に把握して、健康上の影響などに留意した上で対応している。行事の際は利用者一人ひとりの好みに応じた飲み物が提供されている。また、喫煙については、現在、喫煙される利用者はおられないが、今後は事業所として受動喫煙を防止するための必要な措置を検討することが望まれる。

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。	b	送迎時のマニュアル、車両使用時の注意点が整備されており、車両の点検は使用時毎日行い安全面に配慮している。特殊車両3台、軽自動車2台あり、各車両は車両保険に加入し、事故等起きた時の保証に備えている。運転専用の職員を雇用し、特殊車両には運転手と職員1名が必ず添乗している。職員の健康診断は年1回あり、運転専用職員の健康診断は個人に任せている。今後は運転専用職員の健康診断や日々の健康チェックを行い、より安全に送迎ができるよう期待したい。
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	車両乗降時には自立の方でも、必ず付き添いで、見守りを行っている。特殊車両にはステップアップ装置があり、装着していない車両には踏み台を車内に準備している。送迎は利用者の身体状況に応じた車両で対応している。車イスを使用している利用者に対しては、特殊車両で対応し、運転手と介助職員2人で対応している。
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	事故発生時、緊急時のマニュアルが車内に設置してあり、適切な対応ができるように職員へ周知している。車内には嘔吐物処理セットが準備されており、送迎時には必ず携帯電話を持ち込んでいる。新人研修の中に車両研修として、特殊車両の車イス固定の仕方、リフトの使い方等を取り込んでいる。また、法人内での異動職員にも同じ研修を行っている。現在、送迎時の交通事故や急病の発生などのマニュアルはあるが、それに沿った対応ができる訓練等を行っておらず、今後の定期的な訓練実施が望まれる。
A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。	b	迎え時は、家族からその日の健康状態、注意事項を確認して、特記事項があれば申し送りノートに記入し、当日のスタッフに伝達し情報を共有している。送迎の際は、利用中の様子を口頭で伝えると共に、連絡帳にも記載している。週1回の利用者に対しては、利用日の前日に電話で利用者の状況を確認しているが、今後は全利用者に電話で利用者の状況を確認することが望まれる。
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	建物の設備（自動ドア、保守点検、火災報知器、AED点検等）は業者に依頼し、定期的に点検を行っている。庭には四季折々に楽しめる植木や野菜作りの畑もあり、収穫の時期には利用者と一緒に楽しんでいる。また、足湯の施設もあり、利用者に喜ばれている。ワンフロアで食事、レクリエーション、昼寝ができる場所へと、その都度、設営するため、その作業が職員の負担になっているが、中でも利用者が快適に過ごせるよう職員は工夫している。今後は、車イス等の必要な備品類は常に故障や不具合、汚れ等がないよう定期的に点検する取り組みを行うと共に、備品の点検表を整備し、利用者が安全、快適に使用できるよう対応することが望まれる。

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	利用開始前に家族にはサービス内容を説明し、サービス利用にあたっての要望、意見等を聞いている。契約後の初回利用時は、契約に行った相談員が送迎に行くよう配慮している。利用中の様子は連絡帳に記入し、送り時にも口頭で話をしている。事業所での月間行事カレンダーを毎月配布し、利用者がどのような取り組みを行っているかがわかるよう配慮しているが、家族との交流や懇談会等は行っていない状況がある。今後は家族との交流ができる行事の企画や懇談会等の実施を期待したい。
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