

(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：社会福祉法人小越会 デイサービスセンターおごしの里	種別：通所介護 (老人デイサービスセンター)
代表者氏名：園長 松田 宏基	定員：28人 (利用人数) 56名
所在地：〒949-5331 新潟県長岡市小国町檜沢90番地	
連絡先電話番号： 0258-95-3110	FAX番号： 0258-95-3118
ホームページアドレス	<a href="http://care-net.biz/15/ogoshinosato/index.php">http:// care-net.biz/15/ogoshinosato/index.php</a>
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 5年 4月 1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人小越会	
職員数	常勤職員： 9名      非常勤職員： 7名
専門職員	園長 1名
	看護師・准看護師合計 1名
	生活相談員 2名      医師 1名 (非常勤・ <u>嘱託医</u> )
	介護福祉士等 12名
施設・設備の概要	(居室数)  (設備等) 機能訓練室(食堂兼) 1 静養室 1 浴室 1

③ 理念・基本方針

<基本理念>

①社会福祉法人小越会は次の3つの精神を基本理念として社会福祉事業に取り組みます。

- 1) 『思いやり』のあるサービスの提供
- 2) 『優しさ』をもったサービスの提供
- 3) 『愛情』のあるサービスの提供

②利用者の人格の尊厳を礎に、利用者本位の福祉サービスを安定した経営環境のもとで提供いたします。

③安全で安心できるくらしの継続をモットーに、地域福祉の拠点として、そして地域のよりどころとしての機能を十分発揮して住民の期待と信頼にこたえます。

<基本方針>

- 1 「利用者に寄り添う心のケアの実践」
- 2 「利用者の人格と尊厳を守れる人材の育成」
- 3 「法令を遵守し安定した経営基盤を醸成」
- 4 「地域貢献を社会福祉法人の使命と捉え、信頼を高める」

④ 施設・事業所の特徴的な取組

利用者が地域との繋がりを持つことにより、生活に張り合いが持て、また、家族が介護負担軽減を図れるよう通所介護計画に反映させ実施している。法人内外の居宅介護支援事業所との連携を密にし、地域の介護ニーズの把握に努めている。市の委託事業である地域型介護予防デイサービス事業についても運動機能、口腔機能、物忘れ予防のプログラムを実施するなど、継続的な支援に努めている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年6月28日（契約日） 平成29年2月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（前回、平成21年10月受審）

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○地域ニーズを反映させた事業経営への取り組み

社会福祉法人小越会おごしの里は、「思いやり」「優しさ」「愛情」の精神を基本理念として掲げ、小国圏域の利用者支援と地域福祉の拠点として担うべく事業展開している。

理念の実現に向けて、社会福祉事業の動向のみならず、利用者数・利用者増の変化に伴う福祉ニーズを詳細に把握・分析している。更にはわかり易く、データ等をグラフ化するなど、積極的に経営状況把握に取り組んでいる。通所介護事業においては、平成27年度に地域の在宅サービスニーズ増に伴い、利用者定員を増加することに成功した。また、長岡市の委託事業である地域型介護予防事業の実施や事業卒業者への継続支援なども行っており、「地域のよりどころ」としての機能を発揮しており、安定した経営が継続展開されている。

○第三者評価の継続受審によるサービスの質の向上について

社会福祉法人小越会は、法人全体として福祉サービス第三者評価受審を平成21年度にも受審しており、今回は2度目の受審である。法人全体で計画的に受審サービス事業所を設定するなど、開かれた「見える化」に積極的な取り組みがなされている。

前回評価結果からの課題を活かし、「地域福祉マップ」の作製も実施されている。また、通所介護事業ではサービス向上委員会を中心に、独自の利用者満足度調査を定期的に行うなど、利用者、家族の意向把握に積極的に努め、サービス向上に反映させている。

### ○利用者が笑顔になるサービス提供への取り組み

通所介護事業では「ご利用者の笑顔を引き出し、デイサービスに来ていただくことが楽しみと言っていただけるデイサービスにします」という目標の下、サービス提供が実施されている。

3年前には改修工事が施され、デイサービス独自の玄関と浴室が設けられている。日光を多く取り入れられる窓の数や天窓により、明るい環境と昼食後には、ゆっくり休めるように、スペースやところどころにソファを置くことで、利用者が「思い」を職員に伝えることができる有効な場所作りが施されている。デイサービスを利用することで、利用者同士の懐かしい交流が再開され、豊富なレクリエーションや体操等で利用者の笑顔が引き出されている。

---

### ◆ 改善を求められる点

#### ○中長期計画の策定の継続について

事業所では平成22年から24年まで中長期計画が策定されており、平成28年度事業計画の冒頭の事業目標と取り組み事項としても、「地域において信頼できる法人」として、中期経営計画の策定を謳っている。小国地域に唯一の事業所として、地域住民の法人に対する期待が大きいことは推測されることを踏まえ、今後も事業運営の更なる透明性の向上が求められるところである。また、現状の介護・看護人材確保における課題においても同様であり、「福祉サービスの質」に関わってくることも周知のとおりである。

現在、実施している地域福祉ニーズの把握・分析と職員の資格取得への取り組みを踏まえた上でも、「これからの事業展望」「組織体制」「職員体制と人材育成」の明確な中長期計画を策定することが望まれる。

#### ○利用者尊重のためのマニュアルや制度理解への取り組み

事業所では、前回の第三者評価受審から利用者満足の向上に関しての取り組みが実施されている。デイサービスのお茶の時間に職員が各テーブルに入り、利用者とは会話する中で、相談しやすい雰囲気を出している様子が窺える。また、地域柄、一人暮らしの利用者への支援が、地域住民らで行われている様子も窺える。

現在の通所介護事業では、法人の在宅サービス部や居宅介護支援事業所との連携が図られている様子はあるが、昨今の在宅の高齢者を巡る課題が複雑化困難化していることで、関わる対応職員に対して、期待される「スキル」は多様なものとなっている。特に「権利擁護」に関する制度の理解のみならず、気づきの視点を持つことが求められるため、具体的な事例についての勉強会、研修などの開催実施が必要となっている。また、各種マニュアルの作成や定期的な見直しを全職員と共に実施することで、「利用者尊重」の姿勢を改めて考える機会になり、近年の介護職員の事件の事態の予防になると思われる。

こうしたことを踏まえて、今後は更なるマニュアルの策定や見直し、具体的事例から理解できるような勉強会、研修等の継続実施が期待されるところである。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H 29. 2. 10)

この度、平成21年度に続き2回目の第三者評価の受審を行いました。1回目の受審後には3ヵ年の中期計画を作成し、課題を抽出した中から改善への取り組みを進めてきました。中期計画を実施した成果がどのように表れてきたかを2回目の受審において確認するとともに、今回の受審結果に基づき新たな課題へ向けた取り組みを計画的に実行していきたいと考えております。

第三者評価の受審により、職員全体にもサービスの質の向上に対する意欲が高まってきました。これを機に更なるサービスの透明性を図り、ご利用される全ての皆様から安心して利用いただける施設づくりを推進して参ります。

第三者評価受審にあたり、ご協力いただきましたご利用者、ご家族の皆様には心より感謝申し上げます。また、評価機関である県介護福祉士会の調査員の皆様には具体的な評価をいただきありがとうございました。今後の活動に活かしていきたいと思っております。

デイサービスセンターおごしの里 園長 松田宏基

(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おごしの里

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	「思いやり」「優しさ」「愛情」という3つの精神を基本理念に据え、「利用者の人権の保持」「安定した経営環境」「地域福祉の拠点としての機能の発揮」を謳った法人の基本理念を施設内に掲示し、法人や事業所のパンフレットや広報誌に明記している。単年度の計画に運営理念とともに明記もされている。
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	法人の基本理念とともに「利用者に寄り添う心のケア」「利用者的人格と尊厳を守る人材の育成」「安定した経営基盤の醸成」「地域貢献」という運営方針が明記され、基本理念を達成するための具体的な内容になっている。
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 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	職員がいつでも見えるように理念や基本方針が事業所内に掲示されており、法人の単年度計画書の冒頭にも記されている。運営会議で説明され、各係の担当や各部署の職員会議で説明がなされている。新採用の職員研修でも説明がされており、会議を欠席した職員は職員会議録で確認できる仕組みとなっている。基本理念を基にデイサービスの単年度の目標を定め、目標の達成について職員会議で実践内容を振り返っている。目標はデイサービス内に掲示されている。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	理念や基本方針が施設内に掲示されており、デイサービスの単年度の目標が利用者に見えやすい場所に掲示されている。重要事項説明書に法人の基本理念が明示されており、サービス開始前に説明がなされている。法人広報誌やパンフレットは基本理念をわかりやすくまとめて明記している。今後は認知症の利用者等が理解しやすいように工夫することが望まれる。

## 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 中・長期計画が策定されている。	b	事業所の平成22年から24年までの中期計画が策定されており、今後、第7期介護保険計画をふまえた中期計画を策定する旨が平成28年度計画に明記されている。圏域の人口動向や地域のニーズなどの分析が行われているが現在は単年度計画のみの策定となっており、デイサービス独自の計画も同様となっている。今後は中長期計画を隙間を開けずに策定することが望まれる。
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	現在、法人の中長期計画は策定に至っておらず単年度計画のみの策定となっている。平成29年度、その後の平成30年度から33年度の第7期介護保険計画を踏まえた中長期計画の策定の予定がある。
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	法人全体では前年度の1月頃より年度の振り返りを各部署で実施し、職員会議で検討し運営会議で、その結果を2月に取り纏め次年度計画や予算を作成している。デイサービスでは12月に利用者懇談会を実施して希望を聞いており、具体的な備品購入についても挙げられている。今後は計画策定について話し合った記録の整備を実施することが期待される。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	事業計画は年度初めの職員会議で職員に伝達がされており、いつでも見れるように共有スペースに設置されている。デイサービスでは職員間で話し合わせ、単年度の目標を掲げているが、今年度は昨年同様とするなど、全職員で検討する仕組みが設けられている。今後は事業計画の進捗状況を年度内で定期的に確認し、記録に残していくことが期待される。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	法人の広報誌「小越会」において当年度の取り組みが利用者等にわかりやすく紹介されている。事業計画書が共有スペースに設置されているため誰でも見ることができる。今後は利用者や家族等にわかりやすい資料作成が望まれる。

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	園長は法人広報誌で、年度初めにその年の取り組みについて表明している。職務分掌や組織図、役割分担表により役割や責任について規定があり、文書化もされている。災害時も自衛防災組織責任分担表においては、指揮をする立場であることなども明記されている。有事には園長から全職員に一斉メールを送信するシステムが設定されている。
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。	a	全国社会福祉協議会、新潟県社会福祉協議会主催の研修会を受講するなど、情報収集を心がけている。パソコンを活用し、園内のネットワーク化することで情報を誰でも閲覧できるようにフォルダ化している。介護保険改正についてを職員に伝達したり、ストレスチェックの研修受講なども行われている。
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	園長はサービス向上のためには人材育成が重要と考えており、サービス向上委員会が中心になり研修会を開催している。園長自ら勉強会の資料を職員にわかりやすく作成したり、個人の意欲向上を図るため全職員との面談を実施し、助言する機会を設けている。小国地域唯一の事業所のため、人口推移の把握をし職員に伝達している。今後の事業展開について、職員自らが考える機会を設けている。
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	小国地域の人口推移や動向について細かく分析し、グラフ化することで職員に周知している。近年の人口減や介護認定者数の増加、高齢化率などから数値目標を平成32年まで設定している。昨年度はデイサービスの定員を増員するなど、地域のニーズに対応している。地元職員が約7割で勤続年数が長期の人も多いが、人材確保に苦慮している。そのための業務見直しや雇用期間の延長、障害者雇用、人手の必要な時間にパート職員を配置、ICTを取り入れるなど、様々な取り組みが図られている。

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	行政資料から社会福祉事業の動向について、園長が情報収集し分析・データ化している。出前講座やいきいき支援事業に参加し意見交換をしながら地域住民のニーズを把握している。地域デイ卒業者の会（さくらの会）に園長自ら出向き意見を聴収している。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	園長は運営会議で毎月収支報告、対前年比の報告を実施している。職員が把握し稼働率についての背景を検討することは、サービス内容の向上の意識付けの機会となっており、事業計画策定の際にも色濃く反映されている。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	b	会計監査は税理士が毎月、法人監査は6ヶ月ごとに実施されている。法人の監事は地域住民であり、学識経験者のアドバイスは受けていない状況である。第三者評価受審を外部監査と位置づけしているが外部監査は実施されていない。

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	人材確保や人材育成については事業計画に謳われており、人材確保については具体的な内容が記述され、OJTによる教育体制の構築も明記されている。学校主催のガイダンスへ赴き、積極的に人材確保に動いている。資格取得への配慮として、有給休暇の使用や初任者研修の全額法人負担や出張扱いとするなど、職員の資質向上に努めている。
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。	a	人事考課は人事規定に明文化されていることで、平成20年より年に1回は実施されている。職員に対しての説明会が設けられており、考課機関や考課方法は職員に周知されている。考課者研修も事前に行われており、結果については園長が個別面談で職員に伝えている。準職員やパート職員に関しては、自己評価のみ実施されている。考課内容は、1・2・3段階で行われ、詳細な内容になっており、職種によって考課内容が異なることで、一人ひとりがどのように行動すれば良いかをわかりやすく作成されている。
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。	a	職員の就業状況は園長がデータ管理し把握している。有休の消化率は部署ごとや個人の考え方により異なっているが、介護や育児のための短時間労働については、面談で聞き取りされている。職員間で協力し合い時間外労働を抑えている。職員の相談窓口として産業医が配置されており、メンタルヘルス研修も実施されている。メンタルヘルスチェックも行われ、内部アンケートも実施されている。職員がいつでも使用できるように体重計、血圧計を設置しており、夏場は熱中症予防のため、水分補給の準備が用意されている。
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	職員の健康診断やインフルエンザの予防接種も実施している。また、腰痛予防の研修が実施され、電動ベッド、スライディングボード・シートを導入している。職員の悩みは、園長、衛生管理者や各職員の上司、同僚で対応解決されているが、今後は悩み相談の関係機関と連携できる体制も図られることが望まれる。



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
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	法人の基本方針に「利用者の人格と尊厳を守れる人材の育成」と謳われており、事業報告には資格取得した研修受講について記述されている。資格取得について有給休暇の使用や法人の費用負担等が実施されている。今後は中長期計画や単年度の事業計画策定の際に、事業所の求める専門技術や専門資格について具体的に明示することが望まれる。
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。	a	職員個々の研修計画書が整備されている。計画書の内容は職員の希望と上司の希望、今年度の重点テーマと目標が記載された計画書となっている。研修受講に関しては新潟県社会福祉協議会等の年間スケジュールより計画され、法人の内部研修への参加も予定されている。法人内発表会の機会や他事業所との交流研修も実施されている。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修の報告書は受講後三日以内に作成し提出されている。他の事業所との交流研修により、利用者に提供する飲み物の選択が可能になるなど、業務改善に反映された内容もある。今後は個別に策定した職員個々の研修計画についての年度途中での評価・見直し・修正など、PDCAサイクルに基づいた過程を実施し、個別に立てた研修が、さらに効果的になることが期待される。また研修報告書の整備を行うことで、研修が更に業務改善や職員の知識技術の向上に繋がることが期待される。
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	現在、実習指導者特別研修受講修了の職員はいるが、平成26年以降実習の希望がなく受け入れができない現状であるが、実習受け入れマニュアルや担当窓口は設置されている。今後は実習希望者の受入れ準備として、デイサービス独自の実習受け入れマニュアルや職員間マニュアルの読み合わせなど実施することが期待される。

## 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	事故発生防止のための基本方針を盛り込んだ指針に基づいた、リスクマネジメント、感染症対応、事故発生時のマニュアルが整備され、各々の役割や管理体制も明確になっている。また、事故防止委員会を毎月開催し、利用者の安全確保に関する検討が行われている。感染症については感染症対策委員会を中心に、年間を通して予防対策の取り組みが行われている。
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	多様な災害を想定した災害時発生対応マニュアルが整備され、自衛消防組織の体制も整っている。年2回、火災を想定した避難訓練を実施し、地域消防団や地域住民との連携も図っている。今後は非常用の備品や備蓄食料品について、必要な品目・数量などを定期的に検討し、管理方法や保管場所の工夫を行っていくことが望まれる。また、大規模災害を想定し、近隣施設と災害時協力体制の協定を結ぶなど、更なる利用者の安全・安心を確保するための体制整備に取り組みられることが期待される。
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	事故及びヒヤリハット事例を収集する仕組みがあり、速やかに要因分析や予防対策の検討が行われ、事故検討委員会を中心に再検討する体制が整備されており、再発防止に取り組んでいる。入浴福祉機器や備品等は、日々の使用前点検、毎月1回の定期点検、浴室の施錠確認が実施されているが、脱衣室には施錠が無い状況である。今後は改善策の実施状況や実効性について定期的に評価・見直しを行い、より安全確保のために取り組まれることが期待される。
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。	b	事故防止に関する指針、事故発生対応マニュアルが整備され、緊急時の体制が明文化されている。また、法人職員一斉メールによる迅速な連絡体制も整備されている。今後は整備されたマニュアルを職員に周知するための研修を定期的実施し、最悪の事態も想定したマニュアルの整備や仕組み作りが期待される。

## 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	
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	基本理念において、地域福祉の拠点としての機能を十分発揮して住民の期待と信頼に応えていくことが明文化されている。サービス向上委員会を中心に、活用できる社会資源や地域の情報収集を行い、利用者に分かりやすく掲示し情報提供がなされている。また、地域の祭りへの参加や地域ボランティアの活動を通して、利用者と地域との交流を広げる働きかけが行われている。今後は個々の利用者ニーズの把握に努め、ニーズに応じた社会資源の活用について取り組まれることが期待される。
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	地域の出前講座や、いきいきサロンに事業所職員が講師として出向き、健康維持や認知症予防等の様々な講習を開催し、積極的に地域への情報発信や機能還元を行っている。また、広報誌やお便りを地域に回覧し、活動紹介や行事への参加促進が行われている。今後は事業所としての相談窓口の機能を発揮すると共に、災害時にどのような役割を果たすことができるかを検討されることに期待したい。
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	ボランティア受け入れに関する基本方針が明文化され、受け入れの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積極的に行われており、懇談会も年1回開催しているが、ボランティア育成に向けての講座や体験学習等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、計画的に取り組まれることが期待される。
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。	a	サービス向上委員会で地域の関係機関や団体、社会資源や相談窓口等のリストアップを行い、利用者や家族等に分かりやすく整理されて大きく掲示されている。また、サービス向上委員会の活動を通して職員間で情報の共有化が図られている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	生活相談員が地域ケア会議や困難事例検討会、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密に連携し、情報の共有を行っている。現在、日常自立支援事業、成年後見制度への繋ぎは実施していないが、今後は更なるネットワークの構築を図り、縦のネットワークに加え、横のネットワークを広げていく取り組みがなされることが期待される。
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 地域の福祉ニーズを把握している。	a	居宅介護支援事業所からの情報や介護者教室・出前講座に出向いた際に、地域の福祉ニーズの把握に努めている。また、サービス向上委員会による年2回のアンケート調査の実施や、利用者とお茶を飲みながら会話の中からニーズを把握するなど、積極的な取り組みがなされている。今後も潜在している福祉ニーズは無いか、引き続き取り組まれることが望まれる。
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。	a	法人本部の事業計画には地域におけるニーズを踏まえた事業展開を行うことが明文化されている。把握した福祉ニーズに基づき、地域型介護予防デイサービス事業の受託、いきいきサロンや介護者教室、地域デイ卒業者の集い（さくら会）への講師派遣などの活動が継続的に実施されている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

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 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、基本方針に利用者的人格と尊厳を礎に、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、福祉サービス提供に関する各種の介護マニュアルに反映されている。身体拘束廃止や虐待防止について研修会を実施し、サービスの質の向上に向けた取り組みがなされている。
Ⅲ-1-1 (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	プライバシー保護のマニュアルは整備されていないが、排泄や入浴などのマニュアルにおいてプライバシー保護について明記されている。排泄時等のサービスの場面ではワンフロアであるため、スクリーンを使用する等の工夫や配慮がなされ、常にプライバシー保護の取り組みがなされている。今後はプライバシー保護についての規程・マニュアルを整備し、更なる職員周知に取り組まれることが期待される。
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の上向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ-1-1 (2)-① 利用者満足の上向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	サービス向上委員会を中心に利用者満足度調査を実施すると共に、デイサービス独自のアンケートを定期的実施し、利用者満足を把握する仕組みが整備されている。把握した結果について集計し、デイサービス内に掲示している。また、日々の利用者との会話の中から意向の聴き取りを行い、具体的なサービス改善に向け取り組んでいる。
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 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・家族に、苦情・相談窓口のご案内の文書を配布している。複数の相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されており、事業所内にも分かりやすく掲示されている。利用者が相談や意見を述べやすいよう、プライバシーに配慮した相談室が整備されている。
Ⅲ-1-1 (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、利用契約時に契約書に明記され、利用者・家族に説明されている。事業所内にも苦情解決責任者、受付担当者、第三者委員の設置を明記した掲示があり、苦情解決の体制が整備されている。寄せられた苦情については、検討内容や対応策を利用者・家族にフィードバックするとともに、苦情申し出人に配慮した上で、苦情内容や解決結果等を、広報やホームページでも公表している。
Ⅲ-1-1 (3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	苦情・相談対応マニュアルが整備され、業務改善会議において定期的な見直し実施されている。利用者・家族から寄せられた意見や要望については、迅速に対応できるようミーティング等で検討され、福祉サービスの改善に繋げている。

### 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。	a	福祉サービスの内容について自己評価を行う体制が整備され、サービス向上委員会が中心となり、年度末に評価・見直しが行われている。また、第三者評価については二度目の受審であり、今年度の事業計画に位置付けられている。今回の受審を通して事業所の現状と課題を明らかにし、PDCAサイクルを繰り返すことにより、組織的にサービスの質の向上に努めていくことが望まれる。
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	サービス向上委員会において自己評価結果の分析が行われ、結果や課題を自己評価結果表として文書化し、運営会議やデイサービス会議において課題の共有化がなされている。今後は今回の受審結果に基づき、職員の参画のもとで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 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	通所介護業務マニュアルが整備され、サービス種類ごとに利用者尊重やプライバシー保護に配慮したものとなっており、パソコン内で職員がいつでも閲覧できるようになっている。新人職員研修や個別の指導等によって職員に周知徹底に努めている。実施状況については、人事考課表により確認できる仕組みが構築されている。
Ⅲ－２－（２）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	マニュアルの見直しは、業務改善会議において随時行われているが、見直しの時期やその方法を定めていない現状である。今後は、見直しの時期や方法を定め、利用者や職員の意見が反映される仕組みを構築していくことが期待される。
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	利用者個々の通所サービス計画に基づいたサービスが提供され、生活相談員、看護、介護、機能訓練の各業務について適切に記録がなされている。サービス実施状況の記録はタブレット入力で行われ、記録内容や書き方に差異が生じないように指導され、記録の省力化も図っている。
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	文書管理責任者を配置し、法人文書管理規程に基づき、文書の保管・保存について適切に管理が行われ、廃棄に関しては事務処理規程の中で定められている。個人情報保護について職員に伝達研修を行い、記録管理について指導がなされている。
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。	b	利用者の日々の情報は連絡ノートに記載し、ミーティングで情報の共有や周知が図れるよう取り組んでいる。ケアカンファレンスは定期的開催され、部門横断での取り組みがなされている。今後は組織としての情報の流れを明文化し、伝えるべき情報が洩れなく的確に伝達できるような仕組み作りが期待される。

### 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	施設全体のパンフレットやホームページを作成し、広く情報提供を行っている。また、パンフレットや広報誌は写真が多く分かりやすいよう工夫され、行政や関係機関、地域に配布している。施設見学や体験利用を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	サービス開始時には、生活相談員が契約書や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。また、利用料金については特に分かりやすいよう工夫して説明を行っている。利用開始前の支援経過や相談内容が記録がされており、職員間で共有し円滑なサービス提供に繋げている。
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	他の施設への移行にあたっては、居宅介護支援専門員を通して情報提供を行っている。サービス提供終了時の対応等は口頭でなされているが、文書を渡すことは行ってない現状である。今後は利用者や家族が終了後の対応について不安がないよう、文書を渡す等の対応ができるような仕組み作りが望まれる。

### 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 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	通所介護計画作成マニュアルが整備されており、マニュアルに基づく手順に従って、利用者個々のアセスメントが実施されている。通所介護計画には利用者・家族の意向やニーズが反映されており、評価・見直しについても適切に行われている。
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生活相談員となっている。通所介護計画策定にあたっては、居宅介護計画に基づくものであり、事業所内で多職種連携で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のモニタリングは、毎月1回実施されている。標準的な実施方法では対応できない利用者については、個別の介護方法が通所介護計画に記載されている。
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	通所介護計画の評価、見直しは、月1回のモニタリングと3ヶ月に1回の見直しを実施している。また、身体状況の変化等に応じて計画の変更が予測される場合は、介護支援専門員と連携の上、随時変更を行い、関係職員にミーティング等で周知している。常に1人ひとりの個々の身体状況やニーズに沿った通所介護計画となるよう、今後もPDCAサイクルを継続して実施していくことが望まれる。

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
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	利用開始時の事前面接で利用者の心身の状況や意向の把握を行っており、自宅訪問した際には間取りや家庭での様子を家族から聞き、在宅生活の継続を考えながら支援している。得られた情報はアセスメントシートに落とし込み職員に周知している。制作活動は豊富で複数のメニューの中から選択できる環境にあり、集団で行う体操やレクリエーションのほか、個別の歩行訓練、可動域訓練など実施している。ボランティアによる活動も多く、「かかし祭り」や「もちひと祭り」などの地域行事に家族等と共に参加するなど、利用者の自立や活動参加へ向けた取り組みは高く評価できる。
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	職員はコミュニケーションの大切さを理解し、利用者の尊厳に配慮しながら場面に合わせた声掛けで柔軟に接している。意思表示が困難な利用者に対しては、家族に日頃の様子を聞きながら、職員から積極的に話しかけたり、身振り手振りを交えゆっくり分かりやすく話しかけるなど、その方に合わせたコミュニケーションを図るようにしている。言葉遣いや接遇に関する研修においてもデイサービス独自で実施し、職員が目配り、気配り、声掛けの大切さを伝え学ぶ機会としている。今後も研修を積み重ね、実践での気づきから具体的な場面での振り返りを行うなど、更なる質の向上に向けた取り組みが期待される。

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 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。	a	不適切な行為については、倫理綱領及び行動規範に明記され、新人研修や接遇研修の中で職員へ周知している。人権擁護に関する研修についても近日中に実施予定である。職員のストレスケアについてはメンタルヘルス研修会参加や、産業医によるメンタルヘルスチェックが行われるなど、ストレスへの対応の仕組みが取られている。
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	身体拘束廃止に関する方針が明文化され提示されている。身体拘束廃止のマニュアルには緊急時の対応も記載されており、マニュアルを基に研修が開催され職員への意識啓発を図っている。現在身体拘束を必要とする利用者はいないが、認知症状の見られる利用者の方には見守りやマンツーマンで対応を行うなど、身体拘束廃止に向け努力している。今後も利用者の実態を受けとめながら、定期的に研修を開催するなど、更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	認知症ケアに関するマニュアルの整備や、外部研修（認知症実践者研修）受講者による復命研修が行われ、認知症高齢者に関する知識・理解を深める取り組みがなされている。個々の利用者のニーズや残存能力の評価はアセスメントシートで確認し、医療スタッフとの連携が図られ専門医へ繋げた例もある。周辺症状の見られる利用者には、寄り添うことを基本とし、安心・安全に配慮した対応を心がけている。必要に応じて経過観察を行い記録に残し、担当者会議で課題について検討している。家族とは連絡ノートを活用し相互に記入することで情報共有が図られている。今後は、認知症高齢者の家族支援のための会や認知症に関する知識情報を積極的に家族に発信していく等、家族支援の視点への取り組みが期待される。
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	ホールは一体的な造りで、通路を挟んで食堂兼趣味活動スペースと静養室に分かれている。玄関入って横には畳スペースも用意され活動の場として明るい環境である。また、静養空間はベッドが置かれ、ゆっくり休めるよう照明が程よい明るさに調整してある。フロアは段差もなく手すりが2本取り付けられ安全に配慮されている。テーブル位置や使用するベッドはおおよそ決まっているが、その日のメンバーによって友人と楽しく過ごせるよう組み合わせを工夫している。今後は、浴室の洗剤類は手の届かないところか施錠できる場所に保管するなどして、より安全面への配慮が望まれる。
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	これまでに制度利用の該当者はおられないが、成年後見制度について情報収集を行い、権利擁護も含め研修を実施予定である。今後は、制度の利用に備え正しい知識を深めていくと共に、実際の利用がスムーズに支援できるよう外部機関との連携体制づくりが期待される。
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	通所介護計画に基づいて支援が行われている。その時々を利用者の意向や気持ちを大切に、自ら選択できるよう声掛けしている。利用者の状況や状態についてミーティングや申し送りで職員間で共有している。利用中の様子は連絡帳に記載し、必要なことは送迎時に口頭でも伝えている。1ヶ月毎にモニタリングを行いサービスの実際はどうか評価が行われている。
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 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	食事の希望や好みは事前面接で聞き取り、利用者の心身の状況、健康状態についてアセスメントを行い、個々の利用者に合った食事形態が提供されている。食事は常食、きざみ食、極きざみ食、ミキサー食、ソフト食が用意されており、食事量チェックも行われている。毎日の献立はホワイトボードに記入しメニューの紹介を行っている。個々の体調や意向を把握し、代替えメニューの提供もしている。塩分制限や治療食が必要な方への対応については病院からの指示情報を基に、栄養士や医療スタッフと連携し栄養管理を行っている。水分補給援助が必要なため、自宅より水分を持参し摂取量や日中の様子を連絡ノートに記入して報告している。「味噌汁が冷たい」という声に対して、温かいものは温かく提供できるよう蓋を準備し希望に応じている。
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。	b	嗜好アンケート調査をサービス向上委員とデイサービス双方で実施し献立を検討している。旬の食材を取り入れ季節を感じてもらえるよう工夫ながら、バイキングや手作りおやつの日を設けるなど、利用者の声を献立に反映させている。食器は料理に合わせ瀬戸物を使用し、重くて持てない人には軽くて持ちやすいものを準備するなど、安全に配慮している。食事用エプロンの使用についても本人と相談し希望を尊重している。食事環境は明るく利用者はいつもの場所で馴染みの人とゆっくり食事ができている。車椅子から椅子への移乗や足台やクッションなどを使用し、食事時の座位姿勢への配慮もされているが、訪問当日は車椅子上でフットレストに足が乗ったまま食事をしている利用者も見られた。車椅子上での食事であっても床に足を降ろす、足台に乗せるなど、食べやすい姿勢が保てるような配慮が望まれる。また、検食以外の職員と一緒に食事を摂らないとしても、利用者の横に腰かけてお茶を飲んだり話をしながら、利用者がゆっくり楽しく食事ができるような工夫や、食事中に口腔ケアに立たれる方がいられたため、他の利用者が不快な思いにならないよう、落ち着いた雰囲気の中で食事ができる環境づくりへの取り組みが期待される。
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。	a	自力摂取の可能性や自助具の使用についてミーティングで検討し、口腔ケア計画に位置づけ個別に対応している。歯科衛生士資格を持った職員がおり、食事前の嚥下体操や食後の口腔ケアが念入りに行われ、口腔内の状態の把握に力を入れ取り組んでいる。不具合があれば本人・家族等に情報提供を行い、歯科受診に繋がられるように取り組んでいる。

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	到着後にバイタルチェック（体温・血圧）を行い、異常があれば看護師に報告、指示を受けて入浴を支援している。入浴可否については看護師が判断を行い、利用者の心身の状況や状態に合わせた入浴援助を行っている。入浴を中止する場合は清拭などで対応し、家族へは連絡ノートで報告している。入浴介助マニュアルが整備され介助方法について職員へ周知が図られている。個別の留意事項については介護計画に反映させ活用している。浴槽は一般浴と機械座浴が同じ浴槽で入浴できる造りである。浴槽内の座り台やシャワーチェアを用意し、見守り・付き添いを行っている。機械浴を使用する際は必ず職員が浴槽内の付き添いをするを徹底し、安全確保に努めている。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	b	デイサービス独自の浴室ではあるが、午後から決まった活動があるため、午前の限られた時間の中で、できる限りの対応を心がけている。設定された時間のほかに失禁等必要に応じてシャワー浴での対応も行っている。入浴順序は利用者の希望を踏まえて、男女半月交代での利用となっている。同性介助を希望する利用者に対しても可能な限り意向に沿うよう努めている。今後は入浴の時間帯や回数等について、再度利用者の声を聞く機会を設け、希望を尊重した個別対応が期待される。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	a	以前は特養施設の浴室を使用していたが、3年前に改修工事が行われデイサービス独自の浴室が確保され、利用者からも喜ばれている。脱衣場は広くカーテンやスクリーンを使用し、プライバシーへの配慮がなされている。また、ソファが3ヶ所に置かれ、手すりの設置や床全面にタオルを敷き滑らないよう安全に利用できるよう工夫されている。入浴前の湯温調整や脱衣場の室温調整も行われ、冬のヒートショック対策もされている。入浴後の清掃や消毒が毎日行われる他、毎月の水質検査やレジオネラ菌の検査も年1回実施されている。入浴器具等含めた環境整備については当番制で定期的に点検・チェックを行い、快適性に配慮した取り組みがなされている。

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	排泄マニュアルが作成されており、利用者の身体状況に応じた個別の対応が計画書に反映し援助が行われている。自力でトイレ利用が困難な利用者に対して、職員2人対応でトイレ誘導を行い、不快感の軽減や清潔保持に努めている。おむつ交換は静養室の奥側にてスクリーンを使用し、羞恥心に配慮した対応を行っている。自立されている利用者が多くおられるが、必要に応じて声掛け見守りを行い、利用者個々のサイクルを把握するため排泄チェック表を活用している。様子を窺いながら付き添うことで、尿便意の観察や皮膚状態の観察も行っている。異常があれば看護師に相談し、家族へは連絡ノートに記入し伝えている。排泄マニュアル内にはプライバシーや尊厳について盛り込まれているが、排泄用具についての衛生、防臭への配慮等記載されていなかったため、マニュアルの見直しを行い、今一度衛生管理面についての取り組みを強化されていくことが望まれる。
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。	b	個々の状態を把握し排泄の自立支援に向けた働きかけをしている。共用トイレはフロア内に2ヶ所、浴室前に男性トイレが1ヶ所設置されている。女性の方が多く利用されており、昼食後や帰宅前など時間によっては混み合うため、トイレ前に椅子を置いて利用者同士会話をしながら待っている状況が見受けられた。今後は混み合う時間を見越した早めの声掛けや併設施設のトイレ利用の働きかけなど、利用者の快適な排泄に向けた取り組みが期待される。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	トイレ内は毎日2回の掃除のほか、汚れたらその都度掃除を行い掃除後はトイレ内カレンダーにチェックをしている。使用済みのパット類は所定の蓋付きバケツに入れるので、臭いもなく衛生面の管理もされている。フロア内の共同トイレは長い廊下の奥にあり、照明が少なく全体に暗い雰囲気である。暖房器具がないため冬場は温かい空気が流れるように工夫している。また、トイレの扉は1か所のみでプライバシー保護にはカーテンを使用している。今後は暖房や照明、プライバシーへの配慮等について検討する機会を設け、快適な環境を整えていく取り組みが期待される。
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	バイタルチェックは到着時に必ず行い、食事摂取や排泄状況を記録して健康状態の把握をしている。健康管理に関するマニュアルも整備され、体調に変化が見られた場合は看護師から家族へ情報提供している。インフルエンザ予防接種は強制ではないため、流行時期に入る前に予防接種が受けられるよう、口頭で伝えたり、お便りで情報発信している。日中は食事前の嚥下体操やタオル体操など、数多くのプログラムが用意されている。職員は利用者個々の病気を把握し援助しているが、具体的な薬の効果や副作用に関する研修が行われていない現状が窺えた。今後はそれらの内容を研修に取り入れ、更に利用者の健康管理への意識を高めていくことが期待される。
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	事前面接の際に利用者個々の主治医や緊急時対応可能な医療機関、緊急連絡先について確認している。職員は利用者のバイタルや食事摂取の状況、顔色などから異変の兆候に早く気づけるよう努めている。利用中に健康状態に変化が見られた場合は家族に連絡し、医療機関受診に繋げている。緊急時の対応マニュアル及び緊急連絡網が整備され、適切な医療が受けられる体制が整備されている。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	b	内服薬の管理マニュアルが整備され、服薬事故等の発生時にはアクシデント、インシデントで検証、改善策が検討されている。利用者個々の薬の効能や注意事項が書かれた用紙があり、情報を得て職員間で周知を図っている。薬はデイサービス到着後に鍵のかかる場所に保管し、バイタル測定後に看護師又は相談員がお膳にセットしている。服薬にあたっては職員が見守りを行っており、飲み忘れが無いよう介護職員が空袋の確認を行うなど、ダブルチェックを徹底している。薬をセットするまでの少しの時間であるが、デスクの上に無防備に薬が置かれていた状況が窺えたため、紛失等のリスクを想定した保管体制の整備について取り組まれることが期待される。
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。	b	入浴時やおむつ交換時に皮膚の状態確認を行い、早期に対応できるよう努めている。利用者の状態に応じた体位変換や、個々の状態に合わせたクッションや座布団などを活用している。身体への負担が大きいと思われる利用者へは離床時間が長くないようにして褥瘡予防に努めている。今後は褥瘡予防マニュアルの整備を行い、職員にマニュアルを周知徹底するための研修等の方策に取り組まれることが期待される。
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	感染症に関するマニュアル（O-157、インフルエンザ、ノロウイルス等）があり、発生対応マニュアルも整備されている。今年度見直しも行われ、マニュアルに基づいた研修を春と秋の2回実施し、職員への周知徹底が図られている。職員の予防接種については全額事業所負担し、全職員が接種するよう勧めている。職員の健康管理については自己管理に努め報告している。流行期には玄関に必要な情報を掲示し、マスクや手指消毒剤等を準備し呼びかけを行うなど、感染症予防に取り組んでいる。
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	厨房関係の清掃や消毒殺菌に関して衛生管理マニュアルが整備されている。厨房内の清掃は毎日昼食後行なわれ、調理器具は使用后90度で殺菌している。調理関係者の検便は1ヶ月毎に実施し、職員の健康管理を行っている。厨房には関係者以外入室できないようになっており、調理関係者の衣服や履物は入り口でチェックされ、衛生管理体制が徹底されている。
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	機能回復訓練や介護予防活動は、利用者個々に応じたプログラムを作成し個別対応している。3ヶ月毎にモニタリングを行い必要に応じて見直しを行っている。集団での体操や個別の歩行訓練や関節の曲げ伸ばし訓練など、看護師の助言・指導を受けながら、利用者の希望に沿った訓練を実施している。基本的な生活動作に活かされるような訓練内容で、利用者自ら選択し取り組めるよう工夫されている。移乗動作時にはスライディングボードやシート等の福祉機器を活用し、介護負担軽減やできるだけ利用者の力を発揮してもらえるよう取り組んでいる。日中と昼の様子の違いなど、認知症状の変化が見られた際は介護支援専門員に状態報告している。
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	利用者一人ひとりの状態に合わせた福祉用具を使用し、移乗・移動介助が行われている。具体的な支援方法は計画書に盛り込み、職員間で周知して必要な援助を行っている。利用者ができるだけ自力で移動できるように個々の身体状態や高さに合わせた歩行器を準備し、自宅より使い慣れた歩行器を持参している利用者もいる。職員は利用者のその日の体調に配慮し見守り声掛けを行い、何か気になることがあれば看護師に相談し助言を得ている。荷物は移動の妨げにならないよう別の場所で保管して安全な環境を整えている。使用した福祉用具は夕方に消毒点検を行い、不備はないか等の点検を常に行っている。

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利用者の趣味や希望を活かし、豊富なメニューが用意されている。職員はレクリエーション研修へ参加して知識を深めており、様々なアイデアが活かされたメニューでアクティビティ活動として楽しめるよう取り組んでいる。メニューは担当職員が利用者の希望を聞きながら1ヶ月毎に策定しており、集団で行う活動（タオル体操・テレビ体操・もの送りゲーム等）や個別の活動（絵合わせ・塗り絵等）が用意されている。訪問調査当日も集団での活動の場面では利用者が積極的に参加し、大いに盛り上がりつつある様子が窺えた。ボランティアによる訪問も多く、話し相手や見守りの他、定期的な催しが披露され地域交流の場となっている。今後も継続した取り組みが期待される。
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	共有スペースには雑誌や新聞が備え付けてあり、自宅から愛読書を持ち込んでいる利用者もおられる。テレビはホールに一台で、利用者の希望を聞きながらチャンネル設定している。他の番組が見たいといった希望もあり、利用者間の話し合いが行われ、番組希望時は相談室使用の便宜を図っている。利用者の中には遠慮から表出されない方もいらっしゃるが、今後は余暇の過ごし方について、利用者の希望を確認する仕組み作りが期待される。
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。	a	利用開始前のアセスメントで利用者の嗜好等について把握し、職員間で周知している。現在喫煙者はおられないが受動喫煙防止のため、喫煙場所は玄関前と定めて対応していく予定である。飲酒については健康面に配慮し、ノンアルコール飲料で提供している。
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	送迎車両の運行時には運転職員がチェック項目に沿って車両点検を実施する仕組みが図られている。乗車中のシートベルト着用を徹底し、車内の冷暖房や換気も行っている。送迎マニュアルも整備し、職員間で周知を図っている。また、送迎業務は必ず職員2人で対応している。運転前の車両点検や走行記録の整備も行われ、事故が起きた場合の補償として損害賠償保険に加入している。毎週2回（火・金）で車内消毒を実施、全車両には感染発生時に備えた物品も常備されている。運転職員の健康状態は自己申告し、体調不良時には運転を代わるようにしているが、今後は安全に運転が行えるよう、日々の健康チェック実施の取り組みが期待される。
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	車両昇降については必ず職員が付き添いながら、利用者の心身の状況に合わせて必要な支援が行われている。高さがある車両にはステップアップ装置があるが、冬場雪でステップアップが滑るため、踏み台を使用して安全への配慮が行われている。
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	送迎時には緊急時の通信手段として携帯電話を持参している。緊急時の対応マニュアルは作成されていないが、万が一、送迎中に事故が発生した場合は、すぐに施設に電話連絡し指示を仰ぐようになっている。今後は事故発生時・急病時・緊急時の対応マニュアルを作成し職員間で周知すると共に、いつでも確認できるよう車両内へも設置されることが望まれる。また、マニュアルを基に送迎時に起こりうる様々な場面を想定した訓練を定期的実施するなど、緊急時の対応が的確に行える取り組みが期待される。
A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。	a	サービス利用時に連絡ノートを活用し、様子を記入してもらったり、迎え時に家族から直接体調など様子を伝えてもらっている。職員間で情報共有し送り時には日中の様子も報告している。利用前日には状態確認の必要な利用者宅に電話連絡入れ体調変化がないかを確認している。今後も継続した取り組みが期待される。

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。	a	建物・設備の定期点検を行い、快適性や安全面を維持する取り組みとして、3年前に改修工事が施工されている。改修工事によりデイサービス独自の玄関と浴室が設けられ、送迎時や入浴時の混み合いが解消し、安全・快適性が確保され利用者にも大変喜ばれている。備品の点検は日々の業務終了後職員が汚れや故障はないか確認している。不具合があればその都度報告し改善に努めている。室内は一体的な造りで、食堂兼活動スペースと静養スペースとして通路を隔てて分けている。利用者が一日を通して過ごす活動空間は、窓が多く天窓から入る採光もあり明るく快適な環境である。横には広い畳スペースがあり、足を伸ばして過ごしたり静養場としても使用している。奥の静養室にはベッドが並び、昼食後ゆっくり休まれるよう明るすぎないよう、程よい調整がされている。フロア内には長ソファがいくつか置かれ利用者が思い思いに過ごせるよう工夫している。活動スペース部分には床暖房が入っており、寒さ対策でストーブの準備がされ室内全体が柔らかい温かさで包まれている。床暖房を入れた時は加湿器を2個追加使用するなど、利用者が快適に過ごせるよう配慮されている。

### 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 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。	b	連絡ノートを活用して利用中の様子を記載し家族に報告している。家族からも自宅での様子を記載してもらい情報共有が図られている。1ヶ月毎に計画のモニタリングを行っており、家族の意向や希望も確認している。また、サービス担当者会議では、認知症状のある利用者に対するの助言を行ったり、家族の介護方法を把握して家族の介護負担が重くならないよう情報提供を行っている。今後は更に家族との交流・連携を深め充実させるべく、家族懇談会や個別面談の機会を設けるなどの検討、工夫が期待される。
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