

1 第三者評価機関名

サービス評価センターはあとらんど

2 訪問調査実施日

平成28年11月30日～12月1日

3 事業者情報

| | | | | | |
|-----|-----|---|-----|----|----------------------------|
| (1) | 種別 | 高齢者デイサービス | (2) | 名称 | 社会福祉法人永光会 永光荘デイサービスセンター |
| (3) | 代表者 | 理事長 眞下誠治 | (4) | 定員 | 50名 |
| (5) | 所在地 | 〒377-0004 群馬県渋川市半田785-5 | | | |
| (6) | HP | http://www.eikoso.or.jp/html/eikoso.html | | | |

4 評価の総評

○ 評価の高い点

- ①法人の基本方針として複数施設のメリットを活かす独自の取り組みを実施している。デイサービスとショートステイは法人組織の中で「居宅ケア部」と位置付けられており、職員は二つの事業所を兼務している。そのため、利用者はデイサービスを使いながらショートステイで宿泊しても同じ職員のケアが受けられ、安心で顔なじみの関係が築かれる。
- ②利用者と家族の意向を尊重し、利用者本位のサービスを提供する努力をしている。365日毎日休まず運営している。利用者や家族にとっては使い勝手が良い。また、理学療法士が定期的(週1回)に訪問しており、リハビリ指導を行っている。これを目的に利用している利用者もいる。理学療法士は職員に対しても、指導と助言を行っているので、日頃のケアに活かされている。

○ 改善に向けて取り組んでいる点

- ①サービス内容を検討する体制があり、サービスの質を向上させる取り組みが検討されている。7つの委員会(感染症委員会、車輛委員会、入浴委員会、食支援委員会、行事委員会、防災管理委員会、感染症委員会)を設けて、職員はそれぞれの委員会に所属し、日々の支援で気付いた内容を課題に上げ、改善に向けて検討している。
- ②施設運営が適切に行われる体制作りの取り組みについて。マニュアルの見直しや作成に関して、多職種協働(介護職・看護職・栄養士等)で意見を出し合い、取り組もうとしている。

5 事業者のコメント

今回、初めて福祉サービス第三者評価を受け、様々な角度からのご指導をいただき、日常の業務内容や取組についての振り返り及び新たな気づきを得ることができた。評価の結果を踏まえて、サービス内容及び職員資質の更なる向上と利用者本位のサービス提供に努めていきたい。

6 第三者評価結果内容(項目毎)

I 社会福祉施設の運営管理

| | |
|--|--|
| I-1 理念・基本方針 | |
| (1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。 | |
| 評価結果 | ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。 |
| ① a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されており、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられている。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が全職員に向けて明示されているが、職員間で共通認識を持つ機会が具体的に設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に向けて明示されていない。</p> |
| 評価結果 | ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。 |
| ② c | <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされ、かつ、利用開始後も、疑問や質問等が生じた場合に対応するための具体的な体制ができています。</p> <p>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうために利用開始前に具体的な説明がなされているが、利用開始後に疑問や質問等が生じた場合に対応する具体的な体制はできていない。</p> <p>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に理解してもらうための利用開始前の説明が十分ではない。</p> |
| 【I-1 理念・基本方針の特記事項】 | |
| (1)①平成28年度『事業計画書』に記載されており、玄関や介護職員室等に掲示されている。毎月の全体会議時に理事長がパワーポイントを使用して説明を行い全職員に周知されている。 | |
| (1)②入居契約時に家族に向けては説明しているが、利用者には理解が困難と判断し説明していない。 | |

| | |
|-------------------------------|--|
| I-2 事業計画 | |
| (1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。 | |
| 評価結果 | ●福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。 |
| ① b | <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しており、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</p> <p>b) サービス内容やサービス実施体制について分析を行い、中・長期的な課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題や問題点を把握していない。</p> |
| 評価結果 | ●中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。 |
| ② | <p>【判断基準】</p> <p>a) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握してお</p> |

| | | |
|--|------|--|
| | b | <p>り、サービスの質を高めるための具体的な事業計画ができています。</p> <p>b) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について分析を行い、課題や問題点を把握しているが、サービスの質を高めるための具体的な事業計画はできていない。</p> <p>c) 年度毎にサービス内容やサービス実施体制について、課題や問題点を把握していない。</p> |
| (2) 事業計画の評価を行っている。 | | |
| | 評価結果 | ●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われており、そのための評価の様式が整備されている。</p> <p>b) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われているが、そのための評価の様式が整備されていない。</p> <p>c) 事業計画に関する実施状況及び結果についての評価は職員の自己評価に基づいて行われていない。</p> |
| 【I-2 事業計画の特記事項】 | | |
| (1) ①②建物の老朽化に伴う大規模修繕や浴室の増設等については、運営会議において5ヶ年(中期的)事業計画として検討事項となつてはいるが、具体的な計画には至っていない。 | | |
| (2) ①各部門で年度毎の事業計画として、法人独自の様式『年度目標管理シート』を作成している。担当の部や課別に年4回(6月・9月・12月・年度末)毎に実施状況等の自己評価を行っている。 | | |

| | | |
|--------------------------|------|--|
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ | | |
| (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| | 評価結果 | ●管理者の責任が明文化されている。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されており、かつ共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されているが、共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 管理者及び各職員の責任のあり方について、明文化されていない。</p> |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| | 評価結果 | ●管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。</p> <p>b) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、職員からの業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りはしていない。</p> <p>c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた具体的な取り組みを行っておらず、職員から</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>の業務改善等の提案を具体的に検討する場を設ける等福祉サービスの質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りもしていない。</p> |
|--|--|--|

【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】

- (1) ①事業計画書に『職務分掌表』が記載されており、各部署の職種毎に内容を明記している。全体会議で全職員に事業計画書を配布し、説明を行い周知されている。
- (2) ①職員からの改善案等に関する意見を聞く場としては、日常の会話からと提案を聞く機会として会議を定期的に設けている。また、提案事項がある場合は、法人独自の様式『起案書』を利用し、発議として部長会議や課長会議等で話し合いを行い、決裁が下りるシステムとなっている。

I-4 体制及び責任

(1) 施設の運営が適切に行われている。

| | | |
|---|------|---|
| ① | 評価結果 | <p>●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。</p> |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) 職種ごとの分担や責任の所在が明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは、十分に行われていない。</p> <p>c) 職種ごとの対する分担や責任の所在が明文化されていない。</p> |
| ② | 評価結果 | <p>●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。</p> |
| | c | <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されており、かつ、職員会議等で、共通認識を持つための取り組みを行っている。</p> <p>b) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されているが、職員会議等で共通認識を持つための取り組みは十分ではない。</p> <p>c) サービス内容の記録や引継ぎのあり方について明文化されていない。</p> |

【I-4 体制及び責任の特記事項】

- (1) ①事業計画書に『組織図』及び『職務分掌表』が記載されており、施設長をはじめ、管理部、特養部、在宅ケア部等に分布され、各部署の職務内容が明記されている。全体会議で事業計画書を基に説明し、周知されている。
- (1) ②各会議録の閲覧の取り決めや『介護マニュアル』には排泄チェック表に記される共有化されるべき記号の記載はあるが、対応内容の記録や引継ぎ方法等については文章化されていない。

| | |
|--|--|
| I-5 経営状況の把握 | |
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | |
| ① | 評価結果 ●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。 |
| | 【判断基準】 a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行い、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けている。 b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っているが、把握された情報について職員と共通認識を図る場を設けていない。 c) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための具体的な取り組みを行っていない。 |
| ② | 評価結果 ●経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。 |
| | 【判断基準】 a) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行い、かつ経営状況について職員の共通認識を図る場を設けている。 b) 経営状況を分析的に把握して改善に向けた具体的な取り組みを行っているが、経営状況について職員の共通認識を図る場は設けられていない。 c) 経営状況の分析的な把握も改善に向けた具体的な取り組みも行っていない。 |
| 【I-5 経営状況の把握の特記事項】 (1)①②理事長、施設長、副施設長、事務長等で構成される月に1回開催の運営会議の場で、年度毎の目標に沿った利用状況・目標の現状・収支状況等の経営状況が把握され、改善に向けて検討されている。 (1)②利用状況や稼働率等については、運営会議→部長会議→課長会議→担当係毎の会議を経て、全体会議で報告を行い、全職員に周知されている。 | |
| I-6 サービス内容の検討体制 | |
| (1) 質の向上のための取り組みが行われている。 | |
| ① | 評価結果 ●提供するサービス全般の内容検討が定期的に行われている。 |
| | 【判断基準】 a) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会等が職種や経験年数の異なる委員から構成され、かつ他施設の情報等も取り入れながら定期的に行われている。 b) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が職種や経験年数の異なる委員から構成されているが、定期的に行われておらず、他施設の情報等を取り入れたものでもない。 c) 提供するサービス全般の内容検討を目的とした委員会が組織されていない。 |
| ② | 評価結果 ●サービス全般の検討内容や結果について、職員の共通認識が図られている。 |
| | 【判断基準】 a) 検討内容や結果が記録されており、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みを行っている。 b) 検討内容や結果が記録されているが、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みは行われていない。 |

| | |
|---|---|
| | <p>c) 検討内容や結果が記録されておらず、職員会議等で、具体的な方向性についての共通認識を持つための取り組みも行われていない。</p> |
| <p>【I-6 サービス内容の検討体制の特記事項】</p> <p>(1)①特養部・居宅部共通（7種）、特養部独自（6種）を合わせて13種別の委員会があり、『感染症対策委員会』は3ヵ月に1回、その他の委員会は月に1回程度会議を開催しているが、他施設の情報等は参考にしていない。各委員会はベテラン職員をリーダーとし、経験年数を平均化したメンバーで構成されている。</p> <p>(1)②栄養士が食事形態の研修会に参加し、その結果、委員会でソフト食の検討と口腔体操の見直しを行った事例がある。</p> | |

| | |
|-------------------------------|---|
| <p>I-7 人事管理・研修</p> | |
| <p>(1) 人事管理の体制が整備されている。</p> | |
| <p>評価結果</p> | <p>●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p> |
| <p>①</p> <p>a</p> | <p>【判断基準】</p> <p>a) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができており、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていないが、サービスの質の確保と人員体制に関して職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 組織が目標とするサービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制を検討する体制ができていない。</p> |
| <p>評価結果</p> | <p>●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。</p> |
| <p>②</p> <p>c</p> | <p>【判断基準】</p> <p>a) 定期的な人事考課を実施しており、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫や、職員の納得を得るための仕組みを整備している。</p> <p>b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観性・公平性・透明性を確保するための工夫がなされていない。</p> <p>c) 定期的な人事考課を実施していない。</p> |
| <p>(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。</p> | |
| <p>評価結果</p> | <p>●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> |
| <p>①</p> <p>c</p> | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境や意向を定期的に把握し、かつ就業環境に問題がある場合には改善に向けて職員をサポートする仕組みが構築されている。</p> <p>b) 職員の就業環境や意向を定期的に把握しているが、問題があっても改善したり、職員をサポートする仕組みが構築されていない。</p> <p>c) 職員の就業環境や意向を把握していない。</p> |

| | | |
|---|------|---|
| | 評価結果 | ●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 |
| ② | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入し、かつ組織として独自の福利厚生事業を実施している。</p> <p>b) 福利厚生センター等の福利厚生事業に加入しているが、組織として独自の福利厚生事業を実施していない。</p> <p>c) 福利厚生事業への取り組みを実施していない。</p> |
| (3) 職員の研修体制が確立している。 | | |
| | 評価結果 | ●職員の資質向上に関する目標を設定している。 |
| ① | b | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定し、担当者を中心にして職員研修を組織的に計画推進するための体制ができている。</p> <p>b) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標を単年度毎に設定しているが、担当者を中心にした職員研修を組織的に計画推進するための体制ができていない。</p> <p>c) 職員の知識や技術等の修得に関する具体的な目標も設定されておらず、組織的な計画推進もできていない。</p> |
| | 評価結果 | ●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。 |
| ② | c | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられ、それに基づいた具体的な研修計画が策定されている。</p> <p>b) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられているが、それに基づいた具体的な研修計画は策定されていない。</p> <p>c) 職員一人一人の研修ニーズを把握する機会が設けられておらず、研修計画も策定されていない。</p> |
| <p>【I-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <p>(1)①職員の採用や異動等については、部長会議の場で職員の意向を踏まえた人員体制について話し合われている。</p> <p>(1)②人事考課は行っていないが、実施している他の施設の情報等を収集して検討はしている。</p> <p>(2)①課長会議で話し合っているが、現状は職員からの申し出があった場合に産休等の対応を行っている。</p> <p>(2)②福利厚生センターには加入していないが、法人独自の福利厚生事業を実施している。親睦会や職員旅行、結婚祝い等で補助金を提供している。</p> <p>(3)①事業計画書に毎月の『職員研修予定表』を記載しているが、組織的な対応としての計画にはなっていない。</p> <p>(3)②委員会を通して研修案内を回覧しており、研修の受講者は施設から指名されて参加している。</p> | | |

Ⅱ 地域等との関係

| | |
|--|--|
| Ⅱ-1 地域社会との関係 | |
| (1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。 | |
| ① | <p>評価結果 ●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうような活動をしていて、協力団体等の施設を支援する組織がある。</p> <p>b) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしているが、施設を支援する組織がない。</p> <p>c) 社会福祉施設としての役割等について、自治会や商店街等、地域に理解してもらうための活動をしていない。</p> |
| ② | <p>評価結果 ●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設が持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行い、かつ職員が共通認識を持つ機会を設けている。</p> <p>b) 社会福祉施設が持っている専門的な知識や地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っているが、職員が共通認識を持つ機会を設けていない。</p> <p>c) 社会福祉施設が持っている専門的な知識や能力を地域で活用してもらうために、施設としての取り組みを行っていない。</p> |
| <p>【Ⅱ-1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <p>(1) ①自治会長や民生委員を納涼祭に招待している。また、地区の一人暮らしの高齢者宅へ地域の小学校で育てたもち米で栄養調理課がお赤飯を作り、民生委員を通して敬老の日に配布されている。防災協力を地域住民に依頼し、14名程度の協力が得られており、防災訓練にも参加してもらい年に1回は意見交換を行っている。さらに、近隣中学校の美術部とは施設の外構に壁画(上毛かるたの絵札等)を描いてもらう交流が図られている。</p> <p>(2) ②社会福祉協議会や福祉団体と共催して、小学校で車椅子の体験学習を実施した。高等学校や介護職初任者研修等に職員を講師として派遣している。活動内容は全体会議で報告し周知されている。</p> | |

| | |
|----------------------------|---|
| Ⅱ-2 ボランティアの受け入れ | |
| (1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。 | |
| ① | <p>評価結果 ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場は設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立ったボランティア受け入れの可否を含む基本的な考え方が明示されていない。</p> |
| ② | <p>評価 ●ボランティアの受け入れにあたり利用者及びボランティアに適切な説明がなされている。</p> |

| | | |
|--|------|---|
| | 結果 | |
| | | <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに対して必要な事前説明を行い、かつ利用者に対しても活動開始前の説明を十分行っている。</p> <p>b) ボランティアに対して必要な事前説明を行っているが、利用者に対しての活動開始前の説明が十分ではない。</p> <p>c) ボランティアに対しての必要な事前説明や利用者に対しての活動開始前の説明も行われていない。</p> |
| | 評価結果 | ●ボランティアの受け入れについての工夫がなされている。 |
| ③ | | <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアに関する担当者が決められており、かつトラブル処理を含めてのボランティア受け入れマニュアルが整備されている。</p> <p>b) ボランティアに関する担当者が決められているが、マニュアルは整備されていない。</p> <p>c) ボランティアに関する担当者が決められておらず、マニュアルも整備されていない。</p> |
| | 評価結果 | ●ボランティアからの疑問等に応えている。 |
| ④ | | <p>【判断基準】</p> <p>a) ボランティアからの疑問等について適切に対応し、必要に応じて業務改善につなげる体制ができています。</p> <p>b) ボランティアからの疑問等について対応はするが、業務改善につなげるような体制はできていない。</p> <p>c) ボランティアからの疑問等を受け付けるような環境を整えていない。</p> |
| <p>【Ⅱ-2 ボランティアの受け入れの特記事項】</p> <p>(1)①ボランティアの受け入れは担当職員が事前に把握し決定を行い、職員には決定後に伝えているのが現状で事前の共通化は図られていない。</p> <p>(1)②契約書に『ボランティア実施の注意事項』が記載されており、受け入れ時には事前に説明し、配布している。利用者には事前に口頭で情報提供を行い、ボランティア訪問日程等が書かれた案内のポスターを廊下に掲示している。</p> <p>(1)③慰問やボランティア受け入れの窓口は生活相談員が担当しているが、マニュアル化はしていない。</p> <p>(1)④『ボランティアアンケート』用紙があり、4項目の内容と共に感想や意見に対応している。</p> | | |

| | | |
|------------------------------|------|--|
| Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応 | | |
| (1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。 | | |
| | 評価結果 | ●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。 |
| ① | | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されており、かつ職員間で共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されているが、職員間で共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の権利擁護の視点に立った受け入れの可否を含む実習や体験学習の基本的な考え方が明示されていない。</p> |

| | | |
|---|------|--|
| ② | 評価結果 | ●実習や体験学習の意味について利用者及び実習生に適切な説明がなされている。 |
| | a | 【判断基準】 a) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行い、かつ実習や体験学習開始前に利用者の了解を得ている。 b) 受け入れにあたって、実習生に対して必要な事前説明を行っているが、実習や体験学習開始前の利用者の了解は十分に得ていない。 c) 受け入れにあたって、実習生に対しての事前説明や利用者の了解は得ていない。 |
| ③ | 評価結果 | ●効果的な実習や体験学習を行うための工夫がなされている。 |
| | a | 【判断基準】 a) 受け入れに関する指導担当者が決められており、かつ効果的な実習並びに体験学習が行われるためにトラブル処理を含めての受け入れマニュアルが整備されている。 b) 受け入れに関する指導担当者が決められているが、受け入れマニュアルは整備されていない。 c) 受け入れに関する指導担当者が決められておらず、受け入れマニュアルも整備されていない。 |
| 【Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】 (1)①注意事項を定めた『介護福祉士実習マニュアル』を作成している。係長会議で学校ごとの実習要綱を確認し、受け入れ部署にスケジュール表を渡して実習指導を行っている。 (1)②事前のオリエンテーションを1～2週間前に実施し、利用者には実習生本人を事前に紹介している。 (1)③生活相談員が担当者であり、『介護福祉士実習マニュアル』に注意事項を明記している。 | | |

Ⅲ サービスの開始・実施

| | |
|--|--|
| Ⅲ-1 サービス開始時の対応 | |
| (1) サービスの開始が適切に行われている。 | |
| ① | 評価結果 ●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。 |
| | 【判断基準】 a) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫をし、かつ情報提供が十分行われている。(パンフレット、広報誌等) b) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫をし、情報提供が十分ではない。 c) 事業所が実施するサービス等の情報について、選択し易いような工夫が十分ではない。 |
| ② | 評価結果 ●サービスの実施にあたり、利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。 |
| | 【判断基準】 a) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人(成年後見人、家族)に対する説明について、施設が定めるマニュアル等に基づいて重要事項等の説明を行うとともに、必ず意向を把握して、同意を得ている。 b) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人(成年後見人、家族)に対する説明について、施設が定めるマニュアル等に基づいて重要事項等の説明を行い、同意は得ているが、意向の把握は十分ではない。 c) サービスの実施に先立つ利用者や同意代理人(成年後見人、家族)に対する説明について、施設が定めるマニュアル等は整備されておらず、重要事項等の説明も同意を得ることも十分ではない。 |
| 【Ⅲ-1 サービスの開始・実施の特記事項】 (1) ①法人のパンフレットや広報誌及びデイサービス独自の『月別の行事予定表(一日のスケジュールやその活動の内容を記載)』や3種類の入浴設備等が分かるパンフレットで、本人・家族・ケアマネジャー等に説明している。 (1) ②生活相談員が2人配置され、何れかが勤務する体制を取っており、ケアマネジャーからの利用目的や家族等の意向を確認し、要望に添えるように工夫しながら契約書及び重要事項説明書を説明し同意を得ている。 | |

Ⅳ サービス実施計画の管理・実施

| | |
|---------------------------|--|
| Ⅳ-1 通所介護計画の管理体制 | |
| (1) 通所介護計画に関する責任体制が明確である。 | |
| ① | 評価結果 ●通所介護計画の作成、実施において責任者が定められている。 |
| | 【判断基準】 a) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、かつその実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定め、指導助言が行われている。 b) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、その実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定めているが、指導助言は十分ではない。 |

| | | |
|--|------|---|
| | | c) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を職員が個々に行なっている。 |
| | 評価結果 | ●通所介護計画の作成及び変更が介護支援専門員と連携して行われている。 |
| ② | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられ、連携して作成する体制が整備されている。</p> <p>b) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられているが、連携して作成する体制が整備されていない。</p> <p>c) 通所介護計画の作成及び変更にあたり、介護支援専門員と事業所が相互に協力し合い作成することについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |
| <p>【IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】</p> <p>(1)①通所介護計画の作成及び状況の管理等全てを担当の生活相談員が行っており、総括責任者としての施設長には報告しておらず、必要な指導助言等を行う体制は十分ではない。</p> <p>(1)②生活相談員がサービス提供担当者会議に出席し、議事録は全職員が閲覧可能となっている。利用者別に担当職員を配置してケアプランに沿った通所介護計画書を作成し、係長会議や全体会議で周知を図っている。</p> | | |
| IV-2 通所介護計画の策定 | | |
| (1) 利用者に対する通所介護計画を作成している。 | | |
| | 評価結果 | ●具体的な目標を明らかにし、目標に対する通所介護計画が作成されている。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標を明示し、その目標に対する具体的な通所介護計画を作成している。</p> <p>b) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標を明示しているが、その目標に対する具体的な通所介護計画の作成は十分ではない。</p> <p>c) 利用者一人一人のニーズに対して、具体的な目標の明示は十分ではない。</p> |
| <p>【IV-2 通所介護計画の策定の特記事項】</p> <p>(1)①独自の様式『通所介護計画書②』を活用してアセスメントを行い、ケアプランに沿って個別の援助目標を立て、必要なサービス内容を通所介護計画書に明示している。</p> | | |

| | | |
|---------------------------|------|--|
| IV-3 サービスの実施 | | |
| (1) サービス実施に関わる記録が整備されている。 | | |
| | 評価結果 | ●通所介護計画の実施に関わる記録が整備されている。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備され、適切に記録されている。</p> <p>b) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備されているが、記録は十分ではない。</p> <p>c) 計画や目標に対するサービス実施状況を記録できる様式が整備されていない。</p> |
| (2) 各種マニュアルは見直しがされている。 | | |

| | | |
|--|------|---|
| ① | 評価結果 | ●各種マニュアル類は、定期的に見直しがされている。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての各種マニュアルは、定期的に検証し、必要な場合には見直しを行い、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての各種マニュアルは、定期的を検証し、必要な場合には見直しを行っているが、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>c) 定期的な検証・見直しをしていない。</p> |
| <p>【IV-3 サービスの実施の特記事項】</p> <p>(1)①『通所介護計画実施書』に提供時間やサービス内容を記載している。月に1回利用者ごとの担当者がモニタリングを行っている。</p> <p>(2)①各種の『マニュアル集』が整備されており、『マニュアル管理票』で定期的を検証している。年に2回(6月・12月)見直しを行い、改正年月日を記載している。改正部分については、全体会議で伝えて周知し、『マニュアル集』は職員の控室等に設置されている。</p> | | |
| IV-4 評価・変更 | | |
| (1) サービスの実施に関する評価を行っている。 | | |
| ① | 評価結果 | ●通所介護計画に基づく実施状況に関する評価がなされている。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備され、通所介護計画の変更・継続について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備されているが、通所介護計画の変更・継続について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の情報をふまえ、設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価する体制が整備されていない。</p> |
| <p>【IV-4 評価・変更の特記事項】</p> <p>(1)①毎月利用者毎の担当者がモニタリングを行い、係長会議で状況を確認し全体会議で共有している。</p> | | |

V サービスの内容

| | | |
|-----------------------|------|--|
| V-1 人権への配慮 | | |
| (1) 利用者一人一人の尊厳を守っている。 | | |
| ① | 評価結果 | ●職員の接し方は、利用者一人一人の尊厳を守っている。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者との適切な関わり方(呼称・言葉づかいを含む)についてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者との適切な関わり方(呼称・言葉づかいを含む)についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |

| | | |
|---------------------------|------|--|
| | | c) 利用者との適切な関わり方(呼称・言葉づかいを含む)についてのマニュアルの整備は十分ではない。 |
| ② | 評価結果 | ●入浴、排泄等の介助に関して、利用者の心を傷つけないよう配慮している。 |
| | a | 【判断基準】 a) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 入浴、排泄等の介助に関して、利用者の自尊心への配慮や「利用者の心を傷つける」言動とは何かについてのマニュアルが整備されていない。 |
| (2) 不適切な関わりが無いように配慮している。 | | |
| ① | 評価結果 | ●事業所内虐待(拘束、暴言、暴力、無視、精神的等)に備えた対応方法が定められている。 |
| | a | 【判断基準】 a) 事業所内における虐待については、就業規則(サービス規定等)で禁止事項が明文化され、虐待等が行なわれたり、疑われたりした場合の対応策(調査委員会、苦情処理、補償等)が定められている。 b) 事業所内における虐待については、就業規則(サービス規定等)で禁止事項が明文化されているが、虐待等が行なわれたり、疑われたりした場合の対応策は定められていない。 c) 事業所内における虐待については、就業規則(サービス規定等)で禁止事項が明文化されていない。 |
| ② | 評価結果 | ●抑制・拘束は行わないようにしている。 |
| | a | 【判断基準】 a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は、十分ではない。 |
| (3) プライバシーの保護が、適切に行われている。 | | |
| ① | 評価結果 | ●利用者のプライバシーが、守られる体制ができている。 |
| | a | 【判断基準】 a) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。 b) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。 c) 個人情報の取り扱いや守秘義務についての指針及びマニュアルの整備は十分ではない。 |
| (4) 苦情の申し立て体制が適切である。 | | |
| ① | 評価結果 | ●苦情申し立てができる体制が整備されている。 |

| | |
|--|---|
| | <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられ、運用が適切に行われている。</p> <p>b) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、運用が十分ではない。</p> <p>c) 苦情申し立ての体制（第三者委員設置含）について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |
| <p>【V-1 人権への配慮の特記事項】</p> <p>(1)①『こころの介護実践編』及び『権利擁護マニュアル』を全職員に配布し、職員会議で勉強会を行っている。呼称は「〇〇さん」で統一しており、月に1回開催の全体会議や申し送り時等で確認している。また、気掛かりな内容については生活相談員の判断でその都度職員に伝えている。</p> <p>(1)②『こころの介護実践編』及び法人の介護マニュアルに記載されており、羞恥心に配慮した対応を心がけるよう全体会議で共通認識を図り周知させている。</p> <p>(2)①『就業規則・勤務規程』に職員心得や人権尊重等について記載されており、懲罰委員会で話し合っている。又、損害賠償保険にも加入している。</p> <p>(2)②『こころの介護実践編』及び『権利擁護マニュアル』を作成しており、高齢者虐待防止法等を含め全体会議で勉強会を行っている。</p> <p>(3)①法人独自の『プライバシーポリシー』を定めており、全体会議で周知している。また、施設長が日常的に注意している。</p> <p>(4)①契約書や重要事項説明書に担当者及び施設オンブズマンの連絡先が記載されており、苦情等の申し立てがあった時や毎月の施設オンブズマン報告書を職員に回覧して周知させている。</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>V-2 生活環境</p> <p>(1) 利用者が、心地よく過ごすことのできる生活環境に配慮している。</p> | |
| <p>①</p> <p>a</p> | <p>評価結果</p> <p>●利用者の意向に沿った施設環境が整備されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制があり、かつ「利用者のための施設環境のあり方」について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制があるが、「利用者のための施設環境のあり方」について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設環境に対する利用者の意向を把握する体制がない。</p> |
| <p>【V-2 生活環境の特記事項】</p> <p>(1)①足のむくみや冷え等、日々のケアの中からの声や、食堂の座席、ショートステイの居室内のベッドの位置等の希望を聞いてアセスメント表に記載している。一人で過ごすことや静かな場所が好みという申し出があった場合は「多目的室」を使う等、個別対応をしている。</p> | |
| <p>V-3 コミュニケーション</p> <p>(1) コミュニケーションが円滑に保たれている。</p> | |
| <p>①</p> <p>a</p> | <p>評価結果</p> <p>●コミュニケーションの支援が適切に行われる体制がある。</p> <p>【判断基準】</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>a) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としてのコミュニケーションのあり方を明示したマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| 評価結果 | <p>●コミュニケーションの支援が適切に実施されている。</p> |
| ② | <p>【判断基準】</p> <p>a) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) コミュニケーションの支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| <p>【V-3 コミュニケーションの特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の職員としての心構えの中に、礼儀や言葉遣い・コミュニケーションのあり方について明文化されており、『こころの介護実践編』等を基に勉強会や全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)②失語症や意向を表現できない人には文字盤の使用や筆談等で個別での対応方法を『通所介護計画書』に記載し、係別の会議で共通認識を図っている。</p> | |

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>V-4 入浴</p> | |
| <p>(1) 入浴の援助が、適切に行われている。</p> | |
| 評価結果 | <p>●入浴の援助が、適切に行われる体制がある。</p> |
| ① | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての入浴に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての入浴に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての入浴に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| 評価結果 | <p>●入浴の援助が適切に実施されている。</p> |
| ② | <p>【判断基準】</p> <p>a) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 入浴の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| <p>(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。</p> | |

| | | |
|--|------|---|
| ① | 評価結果 | ●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられ、かつ利用者の意見、要望等に配慮して改善に取り組んでいる。</p> <p>b) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられているが、利用者の意見、要望等に配慮した改善は十分ではない。</p> <p>c) 「快適な入浴」のあり方について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |
| <p>【V-4 入浴の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中で入浴についての具体的な入浴助方法に記載しており、月に1回開催の『入浴委員会』で検討した内容を係別会議で周知し、共通認識を図っている。</p> <p>(1)②職員は利用者毎に担当制をとっており、担当職員が希望を聞き取って『通所介護計画①②』に反映させている。担当職員が行ったモニタリングで入浴方法等を委員会に提起して協議を行い、その結果は全体会議で報告し周知している。緊急を要する内容については、随時申し送りで伝えている。</p> <p>(2)①一般浴槽、個人浴槽、リフト浴槽、機械浴槽が用意されており、希望や身体状況に合わせて月に1回開催の『入浴委員会』で検討し、全体会議で周知している。利用者の希望で手鏡と櫛で髪をとかせるよう援助し、お湯加減も好みに沿って対応している。希望者には同性介助も可能となっている。また、入浴を拒否する利用者には声掛けの工夫や散歩等のきっかけを作りながら入浴に結び付けている。季節のゆず湯等で入浴を楽しめる支援を行っている。</p> | | |

| | | |
|----------------------|------|---|
| V-5 排泄 | | |
| (1) 排泄の援助が適切に行われている。 | | |
| ① | 評価結果 | ●排泄の援助が適切に行われる体制がある。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての排泄のあり方が明示されたマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| ② | 評価結果 | ●排泄の援助が適切に実施されている。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| ③ | 評価結果 | ●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。 |
| | a | 【判断基準】 |

| | |
|--|---|
| | <p>a) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備され、かつ日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が整備されているが、日常生活の関わりやリハビリ等を通して生活意欲を高め、排泄の自立を維持するための工夫や働きかけについて、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 排泄の自立を維持するための働きかけについての指針等が、整備されていない。</p> |
| <p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中に排泄について具体的な排泄介助の留意事項が記載されており、全体会議で職員の共通認識を図っている。</p> <p>(1)②担当職員が本人・家族等の意向を確認し『通所介護計画書』に記載し『排泄委員会』で検討している。『通所介護計画書』の見直しや内容については全体会議で職員に周知している。</p> <p>(1)③排泄は「人間としての尊厳に関わる」ということを『介護マニュアル』の中の「排泄の意義」に記載されており、全体会議で個別ケアを周知し、トイレでの排泄支援を行っている。排泄状況をチェック表に記録し、排泄パターンや排泄用品等について『排泄委員会』で分析や検討をしている。</p> | |

| | |
|------------------------|---|
| V-6 食事 | |
| (1) 食事の援助が適切に行われている。 | |
| | <p>評価結果 ●食事の援助が適切に行われる体制がある。</p> |
| ① | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての食事に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての食事に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての食事に関するマニュアルの整備は、十分ではない。</p> |
| | <p>評価結果 ●食事の援助が適切に実施されている。</p> |
| ② | <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の支援が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| (2) 快適な食事環境の整備に配慮している。 | |
| ① | <p>評価結果 ●利用者の嗜好等を把握し、それに応じたメニューが提供されている。</p> |
| a | <p>【判断基準】</p> |

| | | |
|--|------|---|
| | | <p>a) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握し、かつ利用者の嗜好に合うメニューのあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の食事の状況や好き嫌いを把握しているが、利用者の嗜好に合うメニューのあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の食事の状況や好き嫌いの把握は十分ではない。</p> |
| | 評価結果 | ●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。 |
| ② | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制があり、利用者が食事を楽しむ環境について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制があるが、利用者が食事を楽しむ環境について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事を楽しむ環境について、利用者の意向を把握する体制は十分ではない。</p> |
| <p>【V-6 食事の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中に食事についての項目があり「食事の意義」等を記載し、栄養調理課会議や全体会議で職員の共通認識を図っている。</p> <p>(1)②『通所介護計画書実施書』の「メモ欄」に介助内容を記載し個別に対応している。利用者を3グループに分け、食事形態や咀嚼の状況に応じた支援が出来るよう係別会議や『食支援委員会』で検討している。変更の際は、「食事箋」で栄養課に伝え、全体会議で周知している。</p> <p>(2)①嗜好は利用者ごとの『フェイスシート』に記録されており、栄養士や調理員が食事の場面で聞き取りもしている。利用者からのリクエスト食として「寿司、刺身、天ぷら」等の希望があがり、『食支援委員会』で検討し、定期的に提供している。毎月一日はお赤飯を献立に取り入れている。嗜好等の情報は『食支援委員会』や全体会議等で共通認識を図っている。</p> <p>(2)②食事前の口腔体操後に職員が献立を紹介しており、希望者には月単位の献立表を渡している。行事食の時はランチョンマットを使用し、お正月やお寿司の時には職員が割烹着を着て、季節や食事にあった雰囲気を出している。月に1回お楽しみ食や選択食の提供を実施している。</p> | | |

| | | |
|--|------|--|
| V-7 整容 | | |
| (1) 身だしなみや清潔の援助が適切に行われている。 | | |
| | 評価結果 | ●身だしなみや清潔の援助が適切に行われる体制がある。 |
| ① | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての身だしなみや清潔に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| <p>【V-7 整容の特記事項】</p> <p>(1)①『こころの介護実践編』の中に身支度・身だしなみに気を配る等と記載されており、職員全員に配布している。入浴時の洗面についての介助の手順や援助の大切さについて年1回程度全体会議で研修会</p> | | |

や勉強会を行い、共通認識を図っている。ホール担当職員が髭や髪型の整容に対応している。利用者の服のボタンが取れていたら職員が付けることもある。

V-8 レクリエーション等

(1) レクリエーションの支援が適切に行われている。

| | | |
|---|------|---|
| ① | 評価結果 | ●レクリエーション等への参加は、利用者の意思を尊重している。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設け、かつ参加しにくい人への配慮がなされている。</p> <p>b) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設けているが、参加しにくい人への配慮は十分ではない。</p> <p>c) 利用者が参加しやすいレクリエーション等について、職員の共通認識を図る場を設けていない。</p> |

【V-8 レクリエーション等の特記事項】

(1)①『月間予定表』を事前に配布し、複数のレクリエーションから選択してもらっている。多人数のグループ・少人数のグループに分かれ、カラオケ・習字・映画会等に参加している。集団に参加したくない人はマッサージ・会話・散歩等の個別の活動を行っている。趣味で編み物やビーズ作品を行う利用者もいる。職員は『通所介護計画書』や業務日誌を通して共通認識を図っている。

V-9 送迎

(1) 送迎の援助が適切に行われている。

| | | |
|---|------|--|
| ① | 評価結果 | ●送迎の体制が整備されている。 |
| | c | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての送迎に関するマニュアル（安全、健康把握、乗降時、送迎計画、緊急時、添乗者の有無等）が整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての送迎に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての送迎に関するマニュアルの整備は十分ではない。</p> |

【V-9 送迎の特記事項】

(1)①『通所介護計画書②』で送迎の時間や家族の希望に沿った対応について記載している。安全運転については、利用者宅付近での個別の運転上の注意点等は検討しているが、送迎に関するマニュアルは整備されていない。

V-10 機能回復等への支援

(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。

| | | |
|---|------|--|
| ① | 評価結果 | ●利用者の機能訓練に対する支援が、適切に実施される体制がある。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 機能訓練が必要な利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| <p>【V-10 機能訓練等への支援の特記事項】</p> <p>(1)①ケアプランに位置付けられている人や希望者を対象に『通所介護計画書』に「個別機能訓練目標」として、長期と短期の目標を定め全体会議で共通認識を図り「実施記録表」に記録している。週1回訪問の理学療法士の訓練に希望で参加する利用者もいる。</p> | | |

| | | |
|---|------|---|
| V-11 認知症高齢者への対応 | | |
| (1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。 | | |
| ① | 評価結果 | ●認知症高齢者に適切に対応する体制がある。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルが整備されており、安定した生活ができることについて職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルが整備されているが、安定した生活ができることについて職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての認知症高齢者に対応するマニュアルの整備が十分ではない。</p> |
| ② | 評価結果 | ●認知症高齢者の利用者に対して支援が、適切に実施されている。 |
| | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 認知症高齢者の利用者について、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |
| <p>【V-11 認知症高齢者への対応の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中に認知症についての「認知症ケアマニュアル」があり、認知症の利用者のケアについて職員の心構えと職員の姿勢、接し方等を記載している。病気の理解等については群馬県主催の研修会に参加して全体会議で研修参加者が報告し共通認識を図っている。また、行動障害については申し送り時や係別会議等で検討している。</p> <p>(1)②『通所介護計画書②』に担当職員がサービス内容毎に個別の対応方法を記載し、係別会議でケア内容の検討を行い、全体会議で共通認識を図っている。</p> | | |

| V-12 家族との連携 | |
|--|--|
| (1) 利用者の家族との連携が図られている。 | |
| 評価結果 | ●利用者の家族との共通理解を図っている。 |
| ① b | <p>【判断基準】</p> <p>a) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握している。</p> <p>b) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設け、定期的に懇談会等を開催して家族の意向を把握は十分ではない。</p> <p>c) 家族と介護の共通理解を図ることの意味について、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p> |
| 評価結果 | ●家族との協力関係が適切に図られている。 |
| ② b | <p>【判断基準】</p> <p>a) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられ、家族と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられているが、家族と連携する体制の整備は十分ではない。</p> <p>c) 介護について、家族と施設が相互に協力し合うことの意味に関して、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |
| <p>【V-12 家族との連携の特記事項】</p> <p>(1)①広報誌「永光だより」の配布や祭りの案内を渡している。利用時には「連絡帳」を活用して、家族と事業所との情報交換を行っているが、定期的な懇談会等は実施されていない。個別の状況報告等は送迎時に家族等との会話の中で伝えている。</p> <p>(1)②生活相談員が家族に『通所介護計画書』について説明し、家族との連携は生活相談員が主に行っている。内容によっては全体会議で共通認識を図っている。</p> | |

| V-13 他機関との連携 | |
|---|--|
| (1) 他の機関・団体等と連携する体制が整えられている。 | |
| 評価結果 | ●他の機関・団体等との協力関係が適切に図られている。 |
| ① a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等との連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられ、他機関と連携する体制が整備されている。</p> <p>b) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等の連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられているが、他機関と連携する体制が整備されていない。</p> <p>c) 利用者の援助を実施する上で、福祉関係、その他の機関・団体等との連携の意義について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> |
| <p>【V-13 他機関との連携の特記事項】</p> <p>(1)①他事業所・病院・協力医療機関・ボランティア・社協ボランティアリスト・他事業所担当連絡先一覧</p> | |

表等を作成し活用しており、係別会議や全体会議で周知している。職員が他の事業所へ実習に行き、伝達研修を行ったことがある。

| | |
|--|--|
| V-14 相談支援 | |
| (1) 利用者・家族からの相談に適切に対応している。 | |
| 評価結果 | ●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。 |
| ① | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者・家族からの相談に対応する指針・体制が整備されていない。</p> |
| 【V-14 相談支援の特記事項】 | |
| (1) ①『重要事項説明書』に苦情、相談の窓口は生活相談員である旨を記載しており、相談があった時は「業務日誌」を通して職員に伝えている。 | |

| | |
|------------------------|---|
| V-15 口腔ケア | |
| (1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。 | |
| 評価結果 | ●口腔ケアの援助が適切である。 |
| ① | <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備され、かつ職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての口腔ケアについてのマニュアルが整備されていない。 介護マニュアル</p> |
| 評価結果 | ●口腔ケアの支援が必要な利用者に対して支援が適切に実施されている。 |
| ② | <p>【判断基準】</p> <p>a) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制があり、かつ場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制があるが、場面に応じた対応のあり方について、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 口腔ケアの支援が必要な利用者に対して、それぞれの通所介護計画を検討する体制は十分ではない。</p> |

| |
|--|
| <p>【V-15 口腔ケアの特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』の中に口腔ケアについての記載があり、係別会議や全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)②『通所介護計画書②』の「食事・水分について」の項目で口腔衛生や入れ歯の扱いについて等を記載しており、係別会議や全体会議で共通認識を図っている。</p> |
|--|

VI 利用者本位のサービス実施

| | |
|---|--|
| VI-1 利用者の意向の尊重 | |
| (1) 利用者の自立支援が適切に行われている。 | |
| ① | <p>評価結果 ●その人に合った生きがいがづくり等に対する支援が適切に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備され、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されているが、利用者の希望や必要性を把握し、支援の創意工夫について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) その人に合った「生きがいのある生活を送る」という支援を行うための指針が整備されていない。</p> |
| ② | <p>評価結果 ●「自立」を維持増進する支援を行うための取り組みを行っている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備され、利用者の意思を尊重し、できるだけ自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルが整備されているが、利用者の意思を尊重し、できるだけ自分で取り組むような支援について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 「自立」を維持増進する支援を行うためのマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| <p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <p>(1)①『こころの介護実践編』に生きがいに関する記載があり、日々のケアの中で利用者が何を望んでいるのかを確認し、探りながら係別会議や全体会議で検討し、『通所介護計画』に反映させている。</p> <p>(1)②『こころの介護実践編』や事業計画書及び施設運営方針に自己決定の尊重やQOLの向上について記載されており、利用者との会話を大切にすることを係別会議や全体会議で話し合い共通認識を図っている。</p> | |

VII 健康管理・安全管理

| VII-1 健康管理 | |
|---|--|
| (1) 健康管理が適切に行われている。 | |
| ① | <p>評価結果 ●健康管理の実施体制が整備されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理のマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理のマニュアルを整備しているが、利用者一人一人の健康状態を把握することについて、職員が共通認識を図るための場は設けられていない。</p> <p>c) 健康管理のマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| <p>【VII-1 健康管理の特記事項】</p> <p>(1)①『介護マニュアル』に記載され、個別の把握については、「食事」「水分摂取」「口腔ケア」「排泄」「入浴」について、利用日ごとに健康管理上の内容が記載されている。利用者毎に利用日誌にバイタルサイン、入浴状況、食事摂取状況等の健康上の把握状態を記録し、係別会議や全体会議で周知している。</p> | |

| VII-2 安全管理 | |
|--------------------------|---|
| (1) 事故防止のための取り組みを行っている。 | |
| ① | <p>評価結果 ●発生した事故ならびに事故につながりそうな事例を確実に把握する体制ができています。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備され、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制が整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けておらず、周知徹底は十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故ならびに事故につながりそうな事例は、責任者に確実に報告する体制は整備されておらず、職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p> |
| ② | <p>評価結果 ●事故防止のための体制が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 発生した事故事例や、事故につながりそうな事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設け、具体的な取り組みを行っている。</p> <p>b) 発生した事故事例や、事故につながりそうな事例の分析をし、事故防止についての職員の共通認識を図る場を設けているが、具体的な取り組みは十分ではない。</p> <p>c) 発生した事故事例や、事故につながりそうな事例の分析は行われておらず、事故防止についての職員の共通認識を図る場も設けられていない。</p> |
| (2) 故や災害発生時の対応体制が確立している。 | |

| | | |
|--|------|--|
| ① | 評価結果 | <p>●事故（けが、急病等）や災害に適切に対応できるマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事故や災害に適切に対応できる事業所としてのマニュアルの整備は十分ではない。</p> |
| (3) 与薬が適切に実施されている。 | | |
| ① | 評価結果 | <p>●与薬について、適切に行われるような体制になっている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての与薬についてマニュアルを整備し、かつ利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事業所としての与薬についてマニュアルを整備しているが、利用者一人一人に確実に実施することについて、職員の共通理解を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所としての与薬についてマニュアルは整備されていない。</p> |
| <p>【VII-2 安全管理の特記事項】</p> <p>(1)①『事故防止マニュアル』と『事故発生フローチャート』を作成している。ヒヤリハット報告書や事故報告書を月に1回開催の『事故防止委員会』でまとめて対策を検討し、全体会議で周知している。事故報告書については施設長まで回覧している。</p> <p>(1)②「事故報告書」と「ヒヤリハット」については『事故防止委員会』で対策を検討し、全体会議で共通の認識を図っている。急を要する内容は夕方のカンファレンス時に報告し検討している。</p> <p>(2)①『事故防止マニュアル』と『事故発生フローチャート』を作成し、緊急連絡先を職員に伝えている。火災・地震・風水害の防災マニュアルについては『消防計画』を作成し避難訓練を行っている。係別会議や全体会議で周知している。</p> <p>(3)①与薬についての決り事はあるがマニュアル等の明文化されたものはない。新人職員については先輩職員が口頭で説明している。</p> | | |

| | | |
|------------------------------|------|---|
| VII-3 衛生管理・感染症対策 | | |
| (1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。 | | |
| ① | 評価結果 | <p>●衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図</p> |

| | | |
|--|------|--|
| | | <p>るための場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所の実態に応じた衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p> |
| | 評価結果 | ●感染症への対応や予防の体制が整備されている。 |
| ② | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 感染症への対応や予防についての体制を整備し、職員の共通認識を図る場を設け、周知徹底している。</p> <p>b) 感染症への対応や予防についての体制は整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応や予防についての体制は整備されていない。</p> |
| | 評価結果 | ●調理場、水周りなどの衛生管理は、マニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。 |
| ③ | a | <p>【判断基準】</p> <p>a) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルを整備しているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 調理場、水周りなどの衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p> |
| <p>【VII-3 衛生管理・感染症対策の特記事項】</p> <p>(1)①『感染症対策マニュアル』・『感染症予防マニュアル』・『インフルエンザ予防マニュアル』・『大量調理施設衛生管理マニュアル』を作成しており、発症時等の対応内容が記載されている。『感染症対策委員会』や全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)②『感染症対策マニュアル』等に基づき『感染症対策委員会』で検討し、全体会議で共通認識を図っている。職員全員が出勤時に体温を測り、加湿器を設置し室温と湿度を確認し、手洗いを励行して、マスク着用等を実施している。利用者は利用日ごとにバイタルを健康チェック表に記入し、連絡帳を通して家族に報告している。</p> <p>(1)③『大量調理施設衛生管理マニュアル』と『感染症予防マニュアル』を作成している。外部の研修会に参加し、伝達研修や係別会議で職員に伝え周知させている。</p> | | |