

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29年12月 7 日～平成29年12月 8 日

3 事業者情報

(1) 種別	高齢者デイサービスセンター	(2) 名称	社会福祉法人永光会 特別養護老人ホーム清流の郷デイサービスセンター
(3) 代表者	理事長 眞下誠治	(4) 定員	40名
(5) 所在地	群馬県渋川市赤城町敷島44-1		
(6) H P	<a href="http://www.eikoso.or.jp/html/summary.html">http://www.eikoso.or.jp/html/summary.html</a>		

4 評価の総評

● 評価の高い点

1、365日一年中利用できる体制を整えている。一人暮らしや利用中に体調不良になったとしても看護等の支援により適切な対応ができる体制がある。在宅生活を維持・継続できる仕組みが図られている。

2、共用ホールで食事を盛り付けている。香りや準備をしている姿を見ることができ、配膳までの様子が分かるので「あ～もうすぐだ」という気持ちが沸き、楽しみにつながる。

3、継続した楽しみとしてパッチワークの講習会が月に8回程度確保されており、楽しみの日程になっている。また個別でもつる等を折っており、趣味が活動に活かされている。完成品は利用者と職員合同の「展覧会」に出品し、ホームページでも紹介され、利用者の励みになっている。

○ 改善に向けて取り組んでいる点

1、職員が提供するサービスに責任が持てるよう、利用者や家族に名前を覚えてもらえるように、名札の付け方の統一をしてほしい。

2、パンフレットやホームページを整備して、サービス内容を具体的に示し、利用者・家族・ケアマネジャー等が施設の情報を確認できるようにしてほしい。

3、トイレの入口は男女別々であるが、中に入ると仕切りがない。男女別にする仕切りの工夫や、個室トイレの使用状況が、一目で分かるようにさらに取り組んでほしい。

5 事業者のコメント

ご指摘いただいた項目に関して、速やかに改善・対応できるよう取り組んでいきたいと思えます。マニュアル等に関しても、不足している部分について整備をし、改善が必要なものについては見直しをしていきます。地域が期待するサービス提供が行えるよう、今後も体制を整えていき、職員一人ひとりが職場の代表者という自覚を持って、ご利用者と接していけるように努めていきます。

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。	
①	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。
	【判断基準】 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。 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。 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。
②	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。
	【判断基準】 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。 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。 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。
【I-1 理念・基本方針の特記事項】 (1)①法人の理念『春風致和』は玄関等に掲示されている。昨年10月には理事長から事業計画書に記載されている法人の基本理念について、パワーポイントを活用して全職員に説明を行い、周知させている。 (1)②入所契約の際、重要事項説明書に記載されている「事業の目的」「運営方針」等について説明を行い、相談窓口は生活相談員が担当し、不明な点等については対応する旨を伝えている。	

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。	
①	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。
	【判断基準】 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。 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。 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。
②	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。
	【判断基準】 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>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>
<p>(2) 事業計画の評価を行っている。</p>		
①	評価結果	<p>●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。</p>
	b	<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>
<p>【I-2 事業計画の特記事項】</p> <p>(1)①平成25年度から平成29年度の期間に、運営・設備等について市の事業計画に準じて作成している。</p> <p>(1)②利用者の重度化対応について、喀痰吸引等研修機関に登録している。受講する介護職員の目標人数を年度ごとの事業計画に位置付けている。</p> <p>(2)①事業計画実施状況については各ユニットの「リーダー会議」や各課の代表者が出席する「代表者会議」等で話し合い現状を把握しているが、全職員の自己評価の為の様式はなく作成を検討中である。</p>		

<p>I-3 管理者の責任とリーダーシップ</p>		
<p>(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
①	評価結果	<p>●管理者の責任が明文化されている。</p>
	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>
<p>(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
①	評価結果	<p>●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。</p>
	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事業計画書に施設長及び職種毎の職務内容について定めた職務分掌表を記載している。全職員に事業計画書が配布され、年度始に施設長が各種会議ごとに説明している。	
(2) ①職員から起案書が作成されている。サービスについて気付いた職員が業務改善の提案を行い、施設長も各種会議や委員会等に参加して職員の意見を聞いている。	

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	●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。
	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	●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。
	a	<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事業計画書に職種毎の職務内容について定めた職務分掌表が記載されている。全職員に事業計画が配布され、年度始に施設長より各会議にて説明が行われ、共有化を図っている。

(1) ②独自の介護マニュアルを作成し、各部署に配布している。介護マニュアル内に『記録について』・『引継ぎ書』として具体的に記載されており、各種会議の場でも施設長が伝えている。新人職員には法人で行っている研修会で伝えている。

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。
	a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

		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。
	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。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>(1)①4半期毎に代表者会議（運営会議）で事業報告書と共に各課の状況を話し合っている。代表者会議を通して各部署の職員に伝達している。</p> <p>(1)②代表者会議（運営会議）で4半期毎に利用状況、収入状況（稼働率や感染症対策）等を職員は確認している。代表者会議を通して各部署の職員に伝達している。</p>		
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。		
	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。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
	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。
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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> <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)①9つの委員会（入所等検討・苦情解決・感染症対策・リスクマネジメント対策・褥瘡対策・安全・食事・排泄・レクリエーション）は月1回、リハビリ委員会は2ヵ月に1回、行事委員会は随時に各担当職員が会議を開催し活動内容を検討している。</p> <p>(1)②リーダー会議、各種委員会の会議内容については、議事録が回覧され全職員が閲覧し、確認の印を押している。具体例では国際福祉機器展を見学して取り入れたものもある。</p>		

I-7 人事管理・研修

(1) 人事管理の体制が整備されている。	
評価結果	●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。
① a	<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>
評価結果	●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。
② c	<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>
(2) 職員の就業環境に配慮がなされている。	
評価結果	●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。
① a	<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ない。</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</p>

		<p>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	<p>●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。</p>
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人員体制及び産休・退職や法人内異動の希望等についての事項は代表者会議（運営会議）で対応について検討し、リーダー会議等で伝えている。会議事録は回覧され全職員が確認し共通認識を図っている。</p> <p>(1)②全職員対象の人事考課は実施していない。</p> <p>(2)①腰痛対策として衛生委員会で「働き方改革で見直そう、みんなが輝く健康職場」を掲げ予防の為に体操を実施し、『職員就職支度金貸与規程』を設け、就職の際や資格取得費用について支援している。パート職員については就業時間の申し出等に対応している。</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年間の『職員研修予定表』として、施設内・外で月毎に事業計画書に記載されているが、職種や経験年数及び取り組み課題等についての組織的な計画体制はとられていない。</p> <p>(3)②研修は参加しているが、具体的な個別の研修計画はない。</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。		
	評価結果	<p>●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>
①	b	<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>
	評価結果	<p>●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>
②	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の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) 社会福祉施設の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</p>

	<p>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) 社会福祉施設の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地域のお祭りに参加して交流を図っているが、防災対策等についての協力・支援体制は今後検討して行く予定である。</p> <p>(1)②地元小学校の体験教室の指導協力や、高校での福祉教育に関しての講師派遣を行っている。事業計画書内に『社会に対する基本姿勢』が記載されており、全職員に配布されている。</p>	

<p>II-2 ボランティアの受け入れ</p> <p>(1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。</p>	
①	<p>評価結果</p> <p>●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>評価結果</p> <p>●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>
	<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>
③	<p>評価結果</p> <p>●ボランティアの受け入れに関しての工夫がなされている。</p>
	<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>
④	<p>評価結果</p> <p>●ボランティアからの疑問等に応えている。</p>
	<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ボランティア受け入れのマニュアルは整備されていない。</p> <p>(1)②生活相談員が事前に口頭でボランティアに注意事項等を説明しているが、利用者に対しては事前にボランティアの活動内容等を全員には周知していない。</p> <p>(1)③生活相談員がボランティアの受け入れ担当者として窓口となっているが、受け入れ等に関するマニュアルは整備されておらず、文章化はされていない。</p> <p>(1)④疑問等については、担当の生活相談員が口頭で回答しており、言葉での対応となり業務改善に結び付ける体制作りとはなっていない。</p>
--

<p>Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応</p>	
<p>(1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。</p>	
<p>①</p>	<p>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。</p> <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>
<p>②</p>	<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>③</p>	<p>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。</p> <p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
<p>【Ⅱ-3 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <p>(1)①実習生・体験学習等の受け入れはしているがマニュアルはない。</p> <p>(1)②実習指導者と生活相談員が実習校の「実習要綱」に基づいて、事前にオリエンテーションを実施している。利用者には入所契約時に交わした『重要事項説明書』に記載されている「実習、研修生の受け入れについて」で説明している。</p> <p>(1)③介護課長・実習指導者と生活相談員が実習段階ごとに中間のカンファレンス（評価）を行い、状況確認と助言を行っている。プログラミングはあるが、受け入れのマニュアルは整備されていない。</p>	

### 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。	
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。
①	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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。
②	<p>【判断基準】</p> <p>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）に対しての説明について、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。</p> <p>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）に対しての説明について、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。</p> <p>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）に対しての説明について、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。</p>
【Ⅲ-1 サービスの開始・実施の特記事項】	
(1)①利用開始契約時に重要事項説明書で加算等について説明している。パンフレットは作成されているが、サービス内容や事業所の特徴等が具体的分かる内容にはなっていない。	
(1)②職務分掌表に「家族との連絡調整、情報提供に関すること」の項目通りに生活相談員が契約書・重要事項の説明を行い、家族の同意を得ているが、マニュアルは整備されていない。	

### 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。	
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。
①	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

②	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。
	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「職務分掌表」で施設長が統括責任者であり、運営管理全般を掌握することが記載されている。サービス担当者会議に出席して指導助言等行っている。</p> <p>(1)②生活相談員がサービス担当者会議に出席し、月1回開催の全体会議時や随時行うミーティングで報告し、デイサービス申し送り票に記録する等で周知している。</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。		
①	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。
	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「デイサービスセンターフェイスシート」の活用や担当ケアマネジャーからの情報を基に個別の通所介護計画を作成している。</p>		

IV-2 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。		
①	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。
	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>

		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。
(2) 各種マニュアルは見直しがされている。		
	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。
①	a	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての各種マニュアルは、定期的を検証し、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-2 サービスの実施の特記事項】</p> <p>(1) ①独自の様式「サービス提供実施状況」を活用して記録に残している。健康、利用状況、長期・短期の目標について評価を行い、必要に応じてケアマネジャーにも情報提供している。</p> <p>(2) ①全体会議でマニュアルの見直しを行っている。直近では、平成29年7月18日付で「ノロウイルス感染防止マニュアル」についての変更が行われ、施設長が会議時に報告し共有している。</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。		
	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。
①	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「サービス提供実施状況」を基に実施した評価事項等について、月1回開催の全体会議（原則全員参加）で通所介護計画の変更等についても確認し合っている。</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。	
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。
① 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> <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。</p>
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。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
(2) 不適切な関わりが無いように配慮している。	
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。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
評価結果	●抑制・拘束は行わないようにしている。
② a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルの整備は、十分ではない。</p>

(3) プライバシーの保護が、適切に行われている。	
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ます。
① a	<p>【判断基準】</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
(4) 苦情の申し立て体制が適切である。	
評価結果	●苦情申し立てができる体制が整備されている。
① a	<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>
【V-1 人権への配慮の特記事項】	
<p>(1) ①『権利擁護マニュアル』・『介護マニュアル』内の「介護職員としての心構え」の項目に、接し方や呼称等について記載しており、全体会議や研修会で共通認識を図っている。</p> <p>(1) ②『介護マニュアル』内に「入浴について」「排泄について」「着脱について」等の記載があり、具体的な声かけやプライバシー等について全体会議で話し合い共有化している。</p> <p>(2) ①『就業規則』内に「禁止事項」として虐待や人権侵害に該当する行為を記載しており、必要に応じて法人の運営会議や施設長が責任者となって苦情処理担当者と話し合いを行っている。</p> <p>(2) ②『権利擁護マニュアル』内に虐待や身体拘束の例を挙げ「身体拘束ゼロへの手引き」を活用して全体会議で確認し合っている。</p> <p>(3) ①『権利擁護マニュアル』内に「プライバシー保護を要する場面と対応方法等」の記載があり、全体会議で個別の事例を通して確認し合っている。</p> <p>(4) ①施設の季刊紙で福祉オンブズマンの受入れを明記し、利用契約時に重要事項説明書で家族等に説明しており、全体会議で伝えて共通認識を図っている。</p>	

V-2 生活環境	
(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。	
評価結果	●利用者の意向に沿った施設環境が整備されている。
① c	<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</p>

	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。 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。
【V-2 生活環境の特記事項】	
(1)①全体会議で利用者が座るテーブルと席の位置や昼寝の場所等の検討は行っているが、利用者に対して個別に快適な環境への意見や要望等の聞き取り等を行っていない。	

V-3 コミュニケーション	
(1) コミュニケーションが円滑に保たれている。	
評価結果	●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。
① a	【判断基準】 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。 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。 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。
評価結果	●コミュニケーションの支援が適切に実施されている。
② a	【判断基準】 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。 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。 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。
【V-3 コミュニケーションの特記事項】	
(1)①『介護マニュアル』内の「介護職としての心構え」等の中で、具体的には耳元で話す配慮やコミュニケーションの取り方を記載している。必要に応じて全体会議やミーティングで話し合っている。	
(1)②失語症の人等についてサービス担当者会議で話し合い、通所介護計画に具体的な対応内容が記載され、全体会議で共有化されている。	

V-4 入浴	
(1) 入浴の援助が、適切に行われている。	
評価結果	●入浴の援助が、適切に行われる体制がある。
① a	【判断基準】 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>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	●入浴の援助が適切に実施されている。
②	a	<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>
(2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。		
	評価結果	●「快適な入浴」のあり方について取り組んでいる。
①	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』内に「入浴について」の具体的な対応の記載があり、全体会議で確認して共通認識を図っている。</p> <p>(1)②フェイスシートを活用し、個浴・機械浴や入浴の回数等について通所介護計画に組み入れ、サービス担当者会議や全体会議で確認し共有化している。</p> <p>(2)①男女の入浴時間帯を1週間毎に交替し、希望者への同性介助や浴室内での手引き歩行等対応している。また、入浴剤や菖蒲・ゆず等を入れて毎月26日を「季節風呂」として実施し、冬期には脱衣所にストーブを置き温度管理を行っている。サービス担当者会議や全体会議で確認し合っている。</p>		

V-5 排泄		
(1) 排泄の援助が適切に行われている。		
	評価結果	●排泄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。



		<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>
	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。
③	a	<p>【判断基準】</p> <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』内の「排泄について」では、介助時のプライバシー保護に関する注意事項等が記載されており、全体会議等で確認し共有化している。</p> <p>(1)②『介護マニュアル』内に介助の手順、援助のポイント、おむつ交換の手順等の記載があり、個別ケア内容については通所介護計画に位置づけてサービス担当者会議や全体会議で確認し合っている。</p> <p>(1)③『介護マニュアル』内に排泄の意義として自立についての記載があり、介護予防体操、失禁予防体操等毎日グループリハビリとして実施し「実行表」に記録している。個別の排泄状況はバイタル記録の様式に記録し、全体会議やサービス担当者会議で確認して共通認識を図っている。</p>		

V-6 食事		
(1) 食事の援助が適切に行われている。		
	評価結果	●食事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>
	評価結果	●食事の援助が適切に実施されている。
②	a	<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>
<p>(2) 快適な食事環境の整備に配慮している。</p>		
①	評価結果	<p>●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>
②	評価結果	<p>●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。</p>
	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』内に「食事について」の意義や環境、食事摂取上の動作、注意点が具体的に記載されており、月1回開催の栄養委員会や全体会議で確認する等、話し合いの機会を持っている。</p> <p>(1)②サービス担当者会議等で食事形態や固さ、摂取時の声掛けや見守り等について話し合い、個別に具体的な内容を通所介護計画に位置付けている。</p> <p>(2)①利用開始時に「フェイスシート」を基に聞き取った嗜好等については「食事箋」を通して共有化を図っている。栄養士が食事場面で利用者から直接聞き取り、月1回開催の栄養委員会で検討してメニューに反映させている。(例：主食がパンの時の代替え等)</p> <p>(2)②食事前には口腔体操を実施している。食器は使いやすい物・色合い等に配慮し、献立に適した温度で提供できるよう利用者の目前で盛り付けをしたり、年3回バイキング形式での食事会も実施したりして、栄養委員会で確認し合っている。また、希望者には自費で外食や日帰り旅行等の外出行事を計画し、お楽しみの機会にしている。</p>		

<p>V-7 整容</p>		
<p>(1) 身だしなみや清潔の援助が適切に行われている。</p>		
①	評価結果	<p>●身だしなみや清潔の援助が適切に行われる体制がある。</p>
	c	<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</p>

	を図る場が設けられていない。 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。
【V-7 整容の特記事項】	
(1)①身だしなみや清潔に関して、利用者の意向に基づく支援についてのマニュアルは整備されていない。	

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。	
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。
①	【判断基準】 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。 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。 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。
【V-9 レクリエーション等の特記事項】	
(1)①レクリエーション担当者が交代で毎週合同で行う内容を企画している。個別にパッチワーク教室や手芸クラブ等をミーティング時に確認し合っている。また、年間行事計画（月毎）を作成して季節の行事（初詣・お花見・秋祭り等）を実施している。	

V-9 送迎	
(1) 送迎の援助が適切に行われている。	
評価結果	●送迎の体制が整備されている。
①	【判断基準】 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が図る場が設けられている。 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、職員の共通認識が図る場が設けられていない。 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。
【V-9 送迎の特記事項】	
(1)①「送迎サービスマニュアル」内に送迎時間、順路、乗降介助、急変への対応等が記載されている。また、「送迎・緊急時対応マニュアル」と「送迎時事故対応マニュアル」に利用者への対応方法をフローチャート形式で記載し、各車両に配置している。運転上の注意事項等は申し送りでの随時や全体会議で話し合い、共通認識を図っている。	

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	●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。

	結果	
		<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>
	a	
<p>【V-10 機能訓練等への支援の特記事項】</p> <p>(1)①月1回来訪している理学療法士からの機能訓練指示を通所介護計画に位置づけ、看護職員が助言を受けて機能訓練、レクリエーション、リハビリ体操等でケアに活かしている。サービス担当者会議や全体会議にて確認し情報の共有を図っている。</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。		
	評価結果	●認知症高齢者に適切に対応する体制がある。
①	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>
	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。
②	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』内に「認知症について」の対応等の具体的な記載がある。また、県の実践者研修に参加した職員からのフィードバック等全体会議で確認して共通認識を図っている。</p> <p>(1)②誤嚥、異食等に注意が必要な利用者には通所介護計画のサービス内容に位置づけている。サービス担当者会議で確認し予防対策についても検討されている。</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。		
①	評価結果	●利用者の家族との共通理解を図っている。

		<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	a	<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通所介護計画を家族に説明し同意を得てサービス提供は行われているが、デイサービスと自宅でのケアの連動性を高めることや家族に事業所の提供する介護サービスについて関心を持ってもらうこと等十分ではない。また、定期的な家族懇談会等の開催もない。</p> <p>(1)②利用開始時には独自の「フェイスシート」を活用し、連絡体制等のアセスメント内容を記録している。利用時は「連絡ノート」を活用し、「健康チェック、食事、入浴、服薬、活動等」についての記録を家族に報告し、「家族欄」には家族からの情報提供等が記載され、双方の連携が図られている。</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他機関のサービス担当者会議には生活相談員が出席している。予防プラン等、担当ケアマネジャーと連絡を取り合ってサービス提供を行う等で連絡体制が図られている。</p>		

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。		

①	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。
	a	<b>【判断基準】</b> 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。 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。 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。
<b>【V-14 相談支援の特記事項】</b> (1)①『事業計画書』内の職務分掌表に記載があり、生活相談員が「家族との連絡調整、情報提供に関すること」等に対応し、相談内容は「申し送り表」に記録し、全体会議で報告し共有する体制がある。		

V-15 口腔ケア		
(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。		
①	評価結果	●口腔ケアの援助が適切である。
	a	<b>【判断基準】</b> 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。 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。 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。
②	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。
	c	<b>【判断基準】</b> 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。 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。 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。
<b>【V-15 口腔ケアの特記事項】</b> (1)①『介護マニュアル』内に「口腔ケアについて」目的やケアでの注意点等が具体的に記載されており、口腔体操の実施や物品等の確認を含めて全体会議で確認し合っている。 (1)②全体での口腔体操等を行っているが、個別に支援の必要な利用者について、場面に応じた対応等を通所介護計画に位置づけていない。		

## 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	評価	●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。

	結果	<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>c 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>
	評価結果	<p>●「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>
②	c	<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利用者の意思を尊重し、社会的・精神的・身体的・情緒的な機能が維持できるように、残存能力を活かした具体的な支援のあり方等について明記した指針等は整備されていない。</p> <p>(1)②個別に利用者の「思い・やる気」を把握し、利用者自身の自己選択や自己決定に基づいた支援やサービス内容等に関するマニュアルは整備されていない。</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。		
	<p>評価結果</p> <p>●健康管理の実施体制が整備されている。</p>	
①	c	<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個別の利用者の健康について、現状の維持やいかに健康でいられるか等、健康管理に関するマニュアルは整備されていない。</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	評価結果	●発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例を確実に把握する体制ができている。
	a	<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になった事例は、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になった事例は、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になった事例は、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	評価結果	●事故防止のための体制が適切である。
	a	<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になった事例の分析をし、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になった事例の分析をし、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になった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	●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。
	a	<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	●与薬について、適切に行われるような体制になっている。
	b	<p>【判断基準】</p> <p>a) 事業所としての与薬についての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の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の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「ヒヤリ・ハット」・「事故報告書」の様式があり、当事者が記載して責任者である施設長に提出し、施設長が確認とコメントを記入し、職員に回覧され確認印が押印されている。</p> <p>(1)②「ヒヤリ・ハット」・「事故報告書」等の事例は施設長のコメントを基に全体会議で再発防止や改善策について話し合われている。浴室の床タイルが滑り易く危険である為、業者に依頼して滑り止め加工を行う等改善した事例がある。</p>		



<p>(2)①「防災ガイド」・「消防計画」を作成しており、年2回消防署の立会いを得て利用者と職員が参加して防災訓練を実施している。利用者の急変等に備え「緊急時マニュアル(看護)」を作成しフローチャートで手順が記載され、全体会議で確認し合っている。</p> <p>(3)①「医薬品管理マニュアル」・「服薬管理マニュアル」を作成している。誤薬の無いように個別のカップに薬を入れて近くに置いているが、飲んだことの確認は行われていない。</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	<p>評価結果 ●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>
②	<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。</p> <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を設けられていない。</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>
③	<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。</p> <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「大量調理施設管理マニュアル」・「食中毒予防マニュアル」を作成しており、栄養調理課会議や栄養委員会で確認し合い共有化している。</p> <p>(1)②「大量調理施設管理マニュアル」・「感染症対応マニュアル」内に食中毒、MRSA、ノロウイルス等の対応や手洗いの方法が具体的に記載されており、代表会議や全体会議等で話し合い共有化している。</p> <p>(1)③「大量調理施設管理マニュアル」内に冷凍庫等の温度管理や調理器具の点検、食品の取扱、保存食等の記載があり、点検内容をチェック表に記録している。廃棄物の取り扱いや従業員の衛生管理についても栄養調理課会議で話し合っている。</p>	