

別紙

福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名称：株式会社 マスネットワーク	所在地：長野県松本市中条 1-14
評価実施期間：平成 29 年 7 月 1 日～平成 30 年 2 月 1 日	
評価調査者（評価調査者養成研修修了者番号を記載） 060802 060872 060672 050231	

2 福祉サービス事業者情報（平成 30 年 2 月現在）

事業所名： 松代デイサービスセンター （施設名）	種別：通所介護
代表者氏名： 理事長 寺田 裕明 （管理者氏名） 所長 飯島 芳夫	定員（利用人数）：30 名
設置主体： 社会福祉法人長野市社会事業協会 経営主体： 社会福祉法人長野市社会事業協会	開設（指定）年月日： 昭和 58 年 2 月 1 日
所在地：〒381-1221 長野市松代町東条 94-1	
電話番号：026-278-8438	FAX 番号：026-278-1207
ホームページアドレス： http://nagano-shajikyo.or.jp/nsjk/syouwa/day/day-index.html	
職員数	常勤職員： 11 名 非常勤職員 13 名
専門職員	所長 1 名
	看護師（機能訓練指導員） 1 名 看護師（機能訓練指導員） 4 名
	生活相談員 4 名 介護員 4 名 介護員 5 名
	（管理栄養士 1 名） 運転士 4 名
施設・設備 の概要	（設備等）食堂 機能訓練室
	浴室（温泉、特殊浴）相談室

3 理念・基本方針

基本理念

長野市社会事業協会は、利用者の人としての尊厳を大切にし、地域社会でゆとりと潤いのある、その人らしく、いきいきと自立した日常生活が送れるよう、利用者本位のニーズに合った福祉サービスの提供に努めます。

基本的視点

- ・ 私たちは、利用者や家族の声を大切にし、利用者と対等な立場で信頼関係を築きます。
- ・ 私たちは、サービスの質の評価を行い、公正で良質かつ適切なサービスを提供するよう努めます。
- ・ 私たちは、地域やその他の関係機関と連携し、より充実したサービスが受けられるよう努めます。
- ・ 私たちは、サービス内容の情報提供を行い、個人情報適正に取扱い、事業運営の透明性の確保に努めます。
- ・ 私たちは、専門性を高めるため、常に研鑽し、資質の向上に努めます。

4 福祉サービス事業者の特徴的な取り組み

- ・松代温泉を利用した入浴をゆっくり楽しんでいただけます。
- ・レクレーションには様々なゲームを取り入れ皆さんに楽しみながら、体を動かしていただきます。また、希望の方には広い施設内の歩行訓練も実施しています。
- ・職員はご利用に際しては、明るい雰囲気作りに取り組んでいます。
- ・職員が趣向を凝らした、季節に沿った行事を行い皆様に楽しんでいただいております。また併設の尚和寮と合同で、七夕レクレーション、寮祭等も実施しており、好評です。
- ・地域交流を積極的にやっており、地域の方の演奏、マジック、その他、小学校、保育園、幼稚園児との交流も多い事業所です。
- ・桜餅、コネツケなど旬の食、郷土色のおやつ作りを実施しています。
- ・張り子等の作品作りにも力を入れており、長野県高齢者福祉事業協会で賞をいただきました。
- ・地域の案山子コンテストの実行委員となり、参加しています。

5 第三者評価の受審状況

受審回数（前回の受審時期）	今回初受審
---------------	-------

6 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

◇特に良いと思う点

○天然温泉と食の楽しみの支援

当施設は、地域の天然温泉を利用した通所介護である。地域の温泉の恵みを高齢者の還元する目的で導入し、通所介護での入浴は、施設の特徴でもあり、利用者の通いの楽しみにもなっている。

利用者は、この地域の方が多く温泉の性質を良く知っている利用者であるため、入浴を楽しみ、通いへの満足度の高さにつながっている。

また、栄養士を中心に年齢に応じた食の楽しみに積極的に関わり、毎年2回の嗜好調査をもとに、食事計画を策定している。

その結果、食事目標として、食と健康・食の安全・食の楽しみ・食と文化を柱に利用者の好みを把握し、季節や季節の行事更に郷土食をメニューに入れ文化継承にも努めている。

○長い歴史に裏付けされた地域の子ども達との世代を越えた日常的な交流。

長野県初の老人デイサービス事業所として、介護保険制度発足以前から先駆的な事業を展開してきた。

特に地域の子ども達との交流は、近隣の保育所や小中学校の社会教育の一環として、保育園や小・中学校の依頼により、併設する入所施設と共に実施され、利用者の大きな楽しみとなっている。また、施設内には、子ども達の絵が飾られ、温かい雰囲気に包まれている。これらの交流は、意図的に計画されたというよりは、ごく自然な地域のお年寄り子ども達との交流に感じられた。当施設の長い歴史の中で育まれた心あたたまる交流をこれからも確実に後世に伝えて頂きたい。

○利用者の高い満足度

利用者への聞き取り調査や利用者との会話からも不満の声は一切聞かれなかった。

特に、「職員の皆さんの温かい心遣い」という声が多く聞かれた。職員の言葉遣いも上辺だけの敬語や優しい言葉ではなく、利用者と職員が互いに思いやる姿が随所に見られた。また、毎朝の利用者との気持ちよい挨拶から始まる利用者との会話の中で職員は利用者の話を傾聴し必要な支援に繋げている様子が見えた。

サービス提供という昨今の域を超え、先駆者から引き継がれた本来の地域福祉の姿、地域のお年寄りを心から敬う姿、そして、互いに感謝しあう姿が見られた。

◇特に改善する必要があると思う点

○基本的な PDCA サイクルによる福祉サービス計画の実施

通所介護計画書、更に個別機能訓練計画書の作成は居宅サービス計画書に基づき作成されている。しかし、その前提に、福祉サービス実施計画書を策定にあたっては、アセスメント・計画作成・実施・評価・見直しに至るPDCAサイクルのプロセスを定める必要がある。

福祉サービス実施計画書策定の手順は、正確なアセスメントを行うために計画的なものになっていること、その手順のもとに実施されていること、アセスメントにより利用者全員について個別具体的にニーズが明示されていることなどが求められるが、当施設の場合、アセスメント様式等が明確ではなく利用者の適切なニーズ把握には至っていない。

更に福祉サービスの質の向上を継続していくためには、作成した実施計画についてPDCAサイクルを継続し実施することにより、恒常的な取り組みの必要がある。

今後、福祉サービス実施計画策定の手順を定め、多職種による利用者のニーズ把握や検討によりすべての職員がPDCAサイクルを把握し、福祉サービスが行われる仕組みが求められる。

○マニュアルの整備の必要性

福祉サービスの標準的な実施方法は、業務の流れ、送迎マニュアル、緊急時連絡体制等が整備されているが、福祉サービスの限られた部分に留まっている。

施設で提供される福祉サービスは、文書化されたマニュアルが必要であり、職員の理解の違い等による福祉サービスの水準・内容や対応方法の差異をできるだけなくし、一定の水準を確保することが求められている。

そのためには、基本的な支援・介護方法（相談・援助時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、設備等環境に応じた手順）が明示され、すべての職員が理解することが必要である。

全ての職員が標準的な業務が実践できるよう、全職員の参画で細部にわたる業務の見直しと、マニュアルの作成が必要と思われる。

○地域ニーズの拡大に向けて

当施設の利用率は、現実的な経営目標を設定し、利用率の拡大に地道な努力をしている。また、ご利用の皆さんは高齢ではありながら、比較的自立度の高い方が多く、近所の温泉に行きながら、日中活動を楽しむという方が多く、当施設の特徴であり、それ故に当施設を選ばれた方も少なくないと推測される。

しかし、入浴を楽しみに利用される方が多い当施設において、出来るだけ温泉での入浴を勧めているので特殊浴槽の利用者が少ないとのこと。また、利用者の皆さんが日中過ごす場には、介護用のベッド数は充分でなく、午睡は、施設内の畳みのスペースも利用されていた。

そこで、日中過ごす場所にベッドや、おむつ交換を容易にしやすい区画を用意することで、より介護度の高い高齢者の利用が可能となり、自宅での入浴が極めて困難な方の利用も増えるのでは

ないかと思われる。

より幅広い地域ニーズに応えと共に、利用率の向上と経営状態の改善を考え、設備の改善と、介護する職員の知識・技術の向上を期待したい。

○将来像が描ける人事管理体制の確立

当施設が所属する法人は、児童から障害者、高齢者まで多様な福祉事業数を運営しており、正規職員は、資格により種別の違う施設間の異動がある。その過程で、広く社会福祉全体の経験を積み、社会福祉に携わる者としての広い視野と経験が身につけられている。

しかし、一方で福祉施設に特化した十分な経験を積む前に多種別の施設への転勤を求められる場合もあり、専門性を極め、将来を見据えた施設の質の向上への取り組みに不安を感じる職員の様子も感じられる。

また、職員全体の非正規職員の比率が高く、このような状況で高いサービスを提供している当施設の努力は素晴らしいと感じた。今後 福祉人材の確保が本当に難しくなっている現在、一人ひとりの職員が自らに希望が持てる将来像を考えられる人事管理と人材育成が必要と思われる。それによって、当施設がより一層、専門性を活かした貴重な地域に愛される社会資源となることを期待したい。

7 事業評価の結果（詳細）と講評

共通項目（別添 1）

内容評価項目（別添 2）

8 利用者調査の結果

聞き取り方式の場合（別添 3－2）

9 第三者評価結果に対する福祉サービス事業者のコメント

平成 30 年 2 月 10 日 記載

第三者評価を受ける中で、利用者の方の満足度が高かったことに驚きました。日頃から利用者本位という事は思っておりましたが、利用者に通じていたという結果をありがたいことだと思っています。しかし、利用者の支援に向けて、当事業所に足りない部分や改善点も多々あることが分かりました。第三者評価で得られた結果を整理し、課題一つ一つ解決して、利用者の皆さんのサービスの向上につなげていきたいと考えています。今後も職員一丸となってサービスの質の向上に努めてまいります。

(別添1)

事業評価の結果（共通項目）

福祉サービス種別： 通所介護
事業所名(施設名)： 松代デイサービスセンター

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。
「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b」評価・・・aに至らない状況＝多くの施設・事業所の状態、
aに向けた取組みの余地がある状態
「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)
I 福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	① 理念・基本方針が明文化され周知が図られている。	b)	■ 1	理念、基本方針が文書（事業計画等の法人（福祉施設・事業所）内の文書や広報誌、パンフレット、ホームページ等）に記載されている。	・法人および施設の理念・基本方針が施設の入り口の見やすい場所に掲示されている。 ・掲示されている理念・基本方針は、文字が小さく利用者にとって配慮がされているとはいえない。利用者や家族に見やすい書面で配布するなどの配慮が必要と思われる。
				■ 2	2	理念は、法人（福祉施設・事業所）が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。	
				■ 3	3	基本方針は、法人の理念との整合性が確保されているとともに、職員の行動規範となるよう具体的な内容となっている。	
				■ 4	4	理念や基本方針は、会議や研修会での説明、会議での協議等をもって、職員への周知が図られている。	
				□ 5	5	理念や基本方針は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫がなされ、利用者や家族への周知が図られている。	
				■ 6	6	理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取組を行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等に対応している。	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b)	■ 7 社会福祉事業全体の動向について、具体的に把握し分析している。	・法人の高齢者事業部および包括支援センター等の関係機関との連携にて、地域の高齢者の状況を把握し、経営課題の分析を行っている。
					■ 8 地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し分析している。	
					■ 9 利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集するなど、法人（福祉施設・事業所）が位置する地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析している。	
					■ 10 定期的に福祉サービスのコスト分析や福祉サービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。	
			② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b)	■ 11 経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析にもとづき、具体的な課題や問題点を明らかにしている。	・施設の経営課題を把握し、法人本部と連携をとりながら改善に向けて取り組んでいる。しかし、一般職員の多くが嘱託或いは非常勤のため、職員全体への周知は充分とは言えない。全ての職員が一体となった課題の共有と解決への取り組みが望まれる。
					■ 12 経営状況や改善すべき課題について、役員（理事・監事等）間での共有がなされている。	
					■ 13 経営環境や改善すべき課題について、職員に周知している。	
					■ 14 経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が進められている。	
	3 事業計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b)	■ 15 中・長期計画において、理念や基本方針の実現に向けた目標（ビジョン）を明確にしている。	・法人の高齢者事業部では、中長期の計画があり、現在、10年計画の中間見直しが行われている。施設内では、計画の具体性に課題を感じており、人員配置の問題などに具体的な改善計画が期待されている。
					□ 16 中・長期計画は、経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。	
					■ 17 中・長期計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	
					■ 18 中・長期計画は必要に応じて見直しを行っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b)	■ 19 単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ■ 20 単年度の事業計画は、実行可能な具体的な内容となっている。 ■ 21 単年度の事業計画は、単なる「行事計画」になっていない。 ■ 22 単年度の事業計画は、数値目標や具体的な成果等を設定することなどにより、実施状況の評価を行える内容となっている。	・施設での単年度の計画は、利用率の達成目標を実現可能な数値に設定するなど、実効性の高い事業目標が設定されている。
		(2) 事業計画が適切に策定されている。	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b)	□ 23 事業計画が、職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されている。 □ 24 計画期間中において、事業計画の実施状況が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて把握されている。 ■ 25 事業計画が、あらかじめ定められた時期、手順にもとづいて評価されている。 □ 26 評価の結果にもとづいて事業計画の見直しを行っている。 ■ 27 事業計画が、職員に周知（会議や研修会における説明等が）されており、理解を促すための取組を行っている。	・毎年度の事業計画は、年度初日に事業を休止し、全職員参加の職員会議を開催し、施設長からの説明に加え、職員で読み合わせを行い、周知に努めている。 ・事業計画の策定に際し、職員の半数以上が非常勤のため、職員全体の意見の集約・反映が出来ていない。また、毎月の職員会議では、日々の課題の検討・解決は行われているが、事業計画の見直しまでは至っていない。職員全員が一丸となった事業運営を行うために、幅広く意見を集約・反映する体制の確立が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c)	☐ 28 事業計画の主な内容が、利用者や家族等に周知（配布、掲示、説明等）されている。 ☐ 29 事業計画の主な内容を利用者会や家族会等で説明している。 ☐ 30 事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなどの方法によって、利用者等がより理解しやすいような工夫を行っている。 ☐ 31 事業計画については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を行っている。	・多くの利用者が日中の通所利用のため、利用者の会や家族会もなく、施設の事業計画に興味薄い。しかし、利用者や家族が地域の貴重な社会資源として事業計画に興味を持って頂けるような広報活動が必要と思われる。
	4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b)	☐ 32 組織的にPDCAサイクルにもとづく福祉サービスの質の向上に関する取組を実施している。 ☐ 33 福祉サービスの内容について組織的に評価（C:Check）を行う体制が整備されている。 ☒ 34 定められた評価基準に基づいて、年に1回以上自己評価を行うとともに、第三者評価等を定期的に受審している。 ☒ 35 評価結果を分析・検討する場が、組織として位置づけられ実行されている。	・数年前に行われていた「自己評価」がここ数年滞っていたが、今年度、「第三者評価」を受審し、分析・検討する体制が出来上がった。
			② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b)	☐ 36 評価結果を分析した結果やそれにもとづく課題が文書化されている。 ☐ 37 職員間で課題の共有化が図られている。 ☒ 38 評価結果から明確になった課題について、職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定する仕組みがある。 ☐ 39 評価結果にもとづく改善の取組を計画的に行っている。 ☐ 40 改善策や改善の実施状況の評価を実施するとともに、必要に応じて改善計画の見直しを行っている。	・今回の第三者評価受審を受けて改善計画の策定が予定されている。しかし、その過程において、非常勤職員を含めた全職員の参加を促し、施設が一体となった改善が行われることを期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅱ 組織の運営管理	1 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。	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b)	■ 41 管理者は、自らの福祉施設・事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしている。	・施設長は、年度初めの全職員出席の職員会議にて、事業計画と共に自らの役割・責任等について説明を行っている。しかし、刻一刻と当施設を取り巻く社会情勢が変化する中、定期的な広報誌の発行などにより、改めてその内容の周知に努めることが望ましい。
					■ 42 管理者は、自らの役割と責任について、組織内の広報誌等に掲載し表明している。	
					■ 43 管理者は、自らの役割と責任を含む職掌分掌等について、文書化するとともに、会議や研修において表明し周知が図られている。	
					■ 44 平常時のみならず、有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。	
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	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)	■ 45 管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持している。	・施設長は、関係機関が主催する各種法令遵守のための研修に参加すると共に、自らが率先して、具体的な取り組みを行っている。
					■ 46 管理者は、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加している。	
					■ 47 管理者は、環境への配慮等も含む幅広い分野について遵守すべき法令等を把握し、取組を行っている。	
					■ 48 管理者は、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取組を行っている。	
		(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b)	■ 49 管理者は、実施する福祉サービスの質の現状について定期的、継続的に評価・分析を行っている。	・施設長は、利用者・家族・職員よりできる限り話を聞き、現状の把握と、改善に努めている。しかし、同一敷地内にある4事業の施設長を兼務していることにより、利用者との関わりには課題を感じている。
					■ 50 管理者は、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な取組を明示して指導力を発揮している。	
					■ 51 管理者は、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	
					■ 52 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の意見を反映するための具体的な取組を行っている。	
					■ 53 管理者は、福祉サービスの質の向上について、職員の教育・研修の充実を図っている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b)	■ 54 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえ分析を行っている。 ■ 55 管理者は、組織の理念や基本方針の実現に向けて、人員配置、職員の働きやすい環境整備等、具体的に取り組んでいる。 ■ 56 管理者は、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、組織内に同様の意識を形成するための取組を行っている。 ■ 57 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高めるために組織内に具体的な体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画している。	・施設長は、毎月、経営状況の分析を行い、法人本部に報告すると共に、分析結果による課題の解決に努力している。
	2 福祉人材の確保・育成	(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b)	□ 58 必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立している。 ■ 59 福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 □ 60 計画にもとづいた人材の確保や育成が実施されている。 □ 61 法人（福祉施設・事業所）として、効果的な福祉人材確保（採用活動等）を実施している。	・施設においては、明確な人員体制の計画があり、近年では、相談員体制においては、整備が行われ、施設内の相談業務に大きな進歩が見られた。しかし、昨今の人材難と法人内の異動により、施設が必要とする人材の確保が困難な状況にある。速やかな人材の確保に対する施策と、計画的な育成の実行を期待したい。
			② 総合的な人事管理が行われている。	b)	■ 62 法人（福祉施設・事業所）の理念・基本方針にもとづき「期待する職員像等」を明確にしている。 □ 63 人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）が明確に定められ、職員等に周知されている。 □ 64 一定の人事基準にもとづき、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等を評価している。 □ 65 職員処遇の水準について、処遇改善の必要性等を評価・分析するための取組を行っている。 ■ 66 把握した職員の意向・意見や評価・分析等にもとづき、改善策を検討・実施している。 □ 67 職員が、自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりができています。	・法人において、人材育成担当を配置し、階層別の計画的な人材育成に取り組んでいる。 ・法人の人事管理において、嘱託職員など、非正規職員の正規職員への門戸は狭く、また、正規職員も種別の違う施設への転勤などから、多くの職員が自らの将来像を描きづらい状況にある。施設と職員一人ひとりの将来を見据えた人事管理体制の確立を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b)	■ 68 職員の就業状況や意向の把握等にもとづく労務管理に関する責任体制を明確にしている。 ■ 69 職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを定期的に確認するなど、職員の就業状況を把握している。 ■ 70 職員の心身の健康と安全の確保に努め、その内容を職員に周知している。 ■ 71 定期的に職員との個別面談の機会を設ける、職員の悩み相談窓口を組織内に設置するなど、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■ 72 職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生を実施している。 ■ 73 ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組を行っている。 □ 74 改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映し実行している。 □ 75 福祉人材の確保、定着の観点から、組織の魅力を高める取組や働きやすい職場づくりに関する取組を行っている。	・働きやすい環境作りに向けて、施設内では互いに協力し合う体制が出来ているが、法人の人事管理上、十分な人員体制の確保が出来ているとは言い難い。職員一人ひとりが余裕を持って仕事に集中できる人材の確保が望まれる。
		(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b)	■ 76 組織として「期待する職員像」を明確にし、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されている。 □ 77 個別面接を行う等組織の目標や方針を徹底し、コミュニケーションのもとで職員一人ひとりの目標が設定されている。 □ 78 職員一人ひとりの目標の設定は、目標項目、目標水準、目標期限が明確にされた適切なものとなっている。 □ 79 職員一人ひとりが設定した目標について、中間面接を行うなど、適切に進捗状況の確認が行われている。 □ 80 職員一人ひとりが設定した目標について、年度当初・年度末（期末）面接を行うなど、目標達成度の確認を行っている。	・「期待される職員像」を法人の基本理念、施設の運営方針に明記し、年度初めの職員会議で確認を行っている。 ・職員の「目標管理シート」は管理職にはあるが、他の常勤職員は次年度からの実施となっている。しかし、非常勤職員の比率の高い当施設においては、非常勤職員にも配慮した目標の設定が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b)	■ 81 組織が目指す福祉サービスを実施するために、基本方針や計画の中に、「期待する職員像」を明示している。 ■ 82 現在実施している福祉サービスの内容や目標を踏まえて、基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示している。 ■ 83 策定された教育・研修計画にもとづき、教育・研修が実施されている。 ■ 84 定期的に計画の評価と見直しを行っている。 □ 85 定期的に研修内容やカリキュラムの評価と見直しを行っている。	・「期待する職員像」を法人の基本理念、施設の運営方針に明記している。 ・法人の研修担当より、階層別の研修計画に沿った研修が実施されている。その他にも施設内で職場内研修を実施している。
			③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b)	■ 86 個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等を把握している。 ■ 87 新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTが適切に行われている。 ■ 88 階層別研修、職種別研修、テーマ別研修等の機会を確保し、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施している。 ■ 89 外部研修に関する情報提供を適切に行うとともに、参加を勧奨している。 ■ 90 職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮している。	・法人より、国家資格取得者には、一時金を支給するなど、積極的な資格取得を奨励している。 ・法人の研修担当より、階層別の研修計画に沿った研修が実施されている。その他にも施設内で職場研修を実施している。 ・階層別の研修計画はあるが、職員一人ひとりの個別研修計画はない。個人の資格や希望に沿った個別の研修計画の策定により、効果的な教育・研修の実施を期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b)	☐ 91 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化している。 ☐ 92 実習生等の福祉サービスの専門職の研修・育成についてのマニュアルが整備されている。 ☐ 93 専門職種の特性に配慮したプログラムを用意している。 ☒ 94 指導者に対する研修を実施している。 ☒ 95 実習生については、学校側と、実習内容について連携してプログラムを整備するとともに、実習期間中においても継続的な連携を維持していくための工夫を行っている。	・近隣の中・高生の職場体験実習などは積極的に行っているが、専門種の実習は、公共交通機関が近くにない施設的环境下から希望が極めて少ない状況にある。その為か、実習生の受け入れマニュアルやプログラムがなく、依頼した学校の要望に応じて行っている。今後、予想される実習希望を想定して、実習受け入れマニュアル等の整備が必要と思われる。
	3 運営の透明性の確保	(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b)	☒ 96 ホームページ等の活用により、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報が適切に公開されている。 ☐ 97 福祉施設・事業所における地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について公表している。 ☐ 98 第三者評価の受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公表している。 ☒ 99 法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針やビジョン等について、社会・地域に対して明示・説明し、法人（福祉施設・事業所）の存在意義や役割を明確にするように努めている。 ☐ 100 地域へ向けて、理念や基本方針、事業所で行っている活動等を説明した印刷物や広報誌等を配布している。	・ホームページや施設のパンフレットを関係機関に配布し、法人および施設に関係する情報の公開に努めている。 ・第三者評価の受審は今回が初めての受審のため、今後、受審結果の公表を行う予定である。 ・利用者や近隣住民など地域に向けた印刷物や広報誌はない。当施設が地域の貴重な社会資源として広く知られるよう定期的な広報活動が必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a)	■ 101 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ、職員等に周知している。 ■ 102 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任が明確にされ、職員等に周知している。 ■ 103 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について、必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を得ている。 ■ 104 福祉施設・事業所における事務、経理、取引等について内部監査を実施するなど、定期的に確認されている。 ■ 105 外部監査の活用等により、事業、財務に関する外部の専門家によるチェックを行っている。 ■ 106 外部監査の結果や公認会計士等による指導や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。	・施設の事務・経理は、定期的に法人に報告されている。また、法人は、行政監査の他に、外部の公認会計士によってチェックを行っている。
	4 地域との交流、地域貢献	(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b)	■ 107 地域との関わり方について基本的な考え方を文書化している。 ■ 108 活用できる社会資源や地域の情報を収集し、掲示板の利用等で利用者に提供している。 ■ 109 利用者の個別的状況に配慮しつつ地域の行事や活動に参加する際、必要があれば職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。 ■ 110 福祉施設・事業所や利用者への理解を得るために、地域の人々と利用者との交流の機会を定期的に設けている。 □ 111 利用者の買い物や通院等日常的な活動についても、定型的でなく個々の利用者のニーズに応じて、地域における社会資源を利用するよう推奨している。	・地域の文化団体の発表や、地域の「かかし祭」などの行事にも積極的に参加し、利用者の当施設利用の大きな楽しみとなっている。 ・施設の理念や事業計画に地域との関わりを記載した部分が少なく、施設側からの積極的な行動が少ないように感じられる。地域での社会資源としての認知や、利用率の向上のためにも、地域との関わりや、地域での当施設の役割について、改めて検討することが必要と思われる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② ボランティア等の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)	☐ 112 ボランティア受入れに関する基本姿勢を明文化している。 ☐ 113 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 ☐ 114 ボランティア受入れについて、登録手続、ボランティアの配置、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルを整備している。 ☐ 115 ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修、支援を行っている。 ☒ 116 学校教育への協力を行っている。	・施設の長い歴史の中、保育園や小中学校の子ども達との交流は、利用する高齢者にとって大きな楽しみとなっている。また、子ども達にとっても社会学習の貴重な機会として、地域にとって大きな役割を果たしている。 ・長く行われてきたボランティアや地域の子ども達との交流は、日常的に定着しているが、これらの活動についての基本姿勢や手続き等のマニュアルはない。現在の素晴らしい関係を後世に繋げていくための明文化が必要と思われる。
		(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b)	☒ 117 当該地域の関係機関・団体について、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料を作成している。 ☒ 118 職員会議で説明するなど、職員間で情報の共有化が図られている。 ☒ 119 関係機関・団体と定期的な連絡会等を行っている。 ☒ 120 地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組を行っている。 ☐ 121 地域に適切な関係機関・団体がない場合には、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化に取り組んでいる。	・地域包括支援センター、介護保険課、病院、ボランティア団体、居宅介護支援事業所等の関係機関の連絡先をリスト化している。 居宅介護支援事業所とは、利用者を中心に定期的なケース検討を行う等により常に連携を図っている。 ・地域包括ケアを見据えた地域の事業所としての地域の課題への取り組み等、包括支援センターとの連携により推進していくことが望ましい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b)	■ 122 福祉施設・事業所のスペースを活用して地域住民との交流を意図した取組を行っている。 ■ 123 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催して、地域へ参加を呼びかけている。 □ 124 福祉施設・事業所の専門性や特性を活かした相談支援事業、支援を必要とする地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を行っている。 ■ 125 災害時の地域における役割等について確認がなされている。 ■ 126 多様な機関等と連携して、社会福祉分野に限らず地域の活性化やまちづくりに貢献している。	・通所介護と併設する特別養護老人ホーム、養護施設とともに、尚和寮祭、七夕レクリエーションでは、地域住民も参加し、地域交流のよい機会となっている。 ・施設長は、地域の公民館活動に出席し、講話等を行い、地域の「案山子コンクール」にも出席し地域のまちづくりの参加も行っている。 ・災害時の福祉避難所になっており、備蓄準備も非常食、災害時献立表ともに整備している。 ・併設の特別養護老人ホーム（尚和寮）に市の人権相談を開催し、地域住民への相談事業の場所として開放している。 ・地域住民が参加する尚和寮祭や七夕レクリエーション等の機会を利用し、専門性を活かし更なる取り組みに期待したい。
			② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b)	□ 127 福祉施設・事業所の機能を地域に還元することなどを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 128 民生委員・児童委員等と定期的な会議を開催するなどによって、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 129 地域住民に対する相談事業を実施するなどを通じて、多様な相談に応じる機能を有している。 □ 130 関係機関・団体との連携にもとづき、具体的な福祉ニーズの把握に努めている。 ■ 131 把握した福祉ニーズにもとづいて、法で定められた社会福祉事業にとどまらない地域貢献に関わる事業・活動を実施している。 □ 132 把握した福祉ニーズにもとづいた具体的な事業・活動を、計画等で明示している。	・128、129非該当 ・低所得者への法人として支援している費用割引制度などの取り組みがある。 ・併設事業所と共に、地域社会の役割を担う上で具体的な地域ニーズの把握に努め、地域住民の主体的活動・推進に向けた取り組みに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
Ⅲ適切な福祉サービスの実施	1利用者本位の福祉サービス	(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重した福祉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。	b)	■ 133 理念や基本方針に、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	・利用者を尊重した福祉サービスの取り組みは、法人理念・基本方針をもとに職員行動規範として示され、職員会議で年度初めに確認し施設長からの説明がある。利用者聞き取りアンケート結果からも職員の利用者に対する尊重・人権への配慮の様子が垣間見られる。 ・利用者の尊重・基本的人権については、虐待防止法をはじめとする法人研修、施設内研修で学ぶ機会があり、法人内での施設相互のチェック体制として権利擁護のチェックリストにより評価し高い評価を受けている。 ・個々の福祉サービスの標準的な実施方法は、日々の役割分担に留まっており、利用者の尊重・人権擁護に配慮した標準マニュアルの作成が望まれる。
					■ 134 利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、職員が理解し実践するための取組を行っている。	
					□ 135 利用者を尊重した福祉サービス提供に関する基本姿勢が、個々の福祉サービスの標準的な実施方法等に反映されている。	
					■ 136 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、組織で勉強会・研修を実施している。	
					■ 137 利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っている。	
			② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b)	□ 138 利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	・虐待防止等の権利擁護については、虐待防止規定があり研修は法人・施設内研修で定期的に行い、職員行動規範にも明記されている。 ・不適切な事案が生じたときの対応は、虐待防止規定の中に明示されている。 ・法人の個人情報保護規定は、あるがプライバシー保護規定は文書化されていない。しかし、職員はプライバシー保護を理解した対応に努めている様子がうかがえた。今後、プライバシーマニュアルの作成による標準的な支援の見直しに期待したい。
					■ 139 利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等が整備され、職員の理解が図られている。	
					■ 140 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務、利用者のプライバシー保護や権利擁護に関する規程・マニュアル等について、職員に研修を実施している。	
					■ 141 一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境を提供し、利用者のプライバシーを守るよう設備等の工夫を行っている。	
					■ 142 利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知している。	
					■ 143 規程・マニュアル等にもとづいた福祉サービスが実施されている。	
					■ 144 不適切な事案が発生した場合の対応方法等が明示されている。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b)	□ 145 理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を紹介した資料を、公共施設等の多くの人が入手できる場所に置いている。 ■ 146 組織を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかるような内容にしている。 ■ 147 福祉施設・事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明を実施している。 ■ 148 見学、体験入所、一日利用等の希望に対応している。 ■ 149 利用希望者に対する情報提供について、適宜見直しを実施している。	・理念・基本方針が記載されたパンフレットなどは、関係機関への配布はあるが公共施設などへの設置はない。 ・ホームページには写真入りで日常の様子がわかりやすく公開がされている。今後、パンフレットにも理念・基本方針・この施設の特徴である天然温泉なども掲載した施設資料の作成に期待したい。 ・利用開始希望者への説明は、パンフレットや1日の流れを記載した資料に基づき説明し更に1日体験利用を行い、通所開始の自己決定ができるような支援に努めている。また、介護支援専門員にも1日体験の様子をお知らせし、家族報告も行っている。 ・この施設の特徴である理念・基本方針、天然温泉を盛り込んだ資料作成により職員の暖かさや通所介護の自立支援への取り組みがさらに視覚化できる情報提供に期待したい。
			② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b)	■ 150 サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意にあたっては、利用者の自己決定を尊重している。 ■ 151 サービス開始・変更時には、利用者がわかりやすいように工夫した資料を用いて説明している。 ■ 152 説明にあたっては、利用者や家族等が理解しやすいような工夫や配慮を行っている。 ■ 153 サービス開始・変更時には、利用者や家族等の同意を得たうえでその内容を書面で残している。 ■ 154 意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、適正な説明、運用が図られている。	・施設の利用開始時には、通所介護の1日に流れを説明、契約書・重要事項説明書により、料金・契約解除についても説明し同意を得ている。意思決定困難な方には、ご家族への説明により同意書をいただいている。 ・今後、サービス開始・変更時には、わかりやすい説明資料を準備し、手順書などの作成が望ましい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等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)	■ 155 福祉サービスの内容の変更にあたり、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮されている。 □ 156 他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めている。 ■ 157 福祉サービスの利用が終了した後も、組織として利用者や家族等が相談できるように担当者や窓口を設置している。 □ 158 福祉サービスの利用が終了した時に、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、その内容を記載した文書を渡している。	・利用者が併設事業所の利用にあたっては、必要な情報共有ができる仕組みがある。施設入所後も継続した生活支援が行われるように情報共有している。通所施設であり、事業所変更の場合は介護支援専門員を通し必要な情報提供を行い、サービス内容変更時では、他事業所との共有は担当者会議において、情報提供を行っている。 ・毎月、介護支援専門員への利用者報告書を作成し必要な情報を伝えている。
		(3) 利用者満足 の向上に努 めている。	① 利用者満足 の向上を目的とする仕 組を整備し、取組を行 っている。	b)	■ 159 利用者満足に関する調査が定期的に行われている。 □ 160 利用者への個別の相談面接や聴取、利用者懇談会が、利用者満足を把握する目的で定期的に行われている。 161 職員等が、利用者満足を把握する目的で、利用者会や家族会等に出席している。 □ 162 利用者満足に関する調査の担当者等の設置や、把握した結果を分析・検討するために、利用者参画のもとで検討会議の設置等が行われている。 □ 163 分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善を行っている。	・161非該当利用社者家族会なし。 ・嗜好調査は毎年行われている。食の楽しみは利用者にとって重要なものの一つであり、食事への施設の食事計画も作成され食事目標として①食と健康②食の安全③食の楽しみ④食と文化を重点とした食事の提供に努めており、おやつレクレーションによる生活リハビリへの取り組みもある。 ・職員は利用者に日々、声掛けを多くし利用者の声を引き出す努力が自然に行われている。朝の挨拶での会話から始まり利用者が意見を言いやすい環境に努めている。その中から具体的な要望などにも耳を傾け利用者満足に向けた改善などを図ることも多い。 ・利用者の満足への取り組みは、書面での調査面接はないが支援場面での利用者満足把握、日常会話での利用者意向を汲み取っている。今後、アンケート実施または毎日の支援場面での意見の吸い上げを日々の記録に残し、質の向上につなげる記録の工夫に期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b)	■ 164 苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されている。 ■ 165 苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物が掲示され、資料を利用者等に配布し説明している。 □ 166 苦情記入カードの配布やアンケート（匿名）を実施するなど、利用者や家族が苦情を申し出しやすい工夫を行っている。 ■ 167 苦情内容については、受付と解決を図った記録を適切に保管している。 ■ 168 苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ■ 169 苦情内容及び解決結果等は、苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、公表している。 ■ 170 苦情相談内容にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	・ 苦情解決の仕組みは法人の苦情解決規定で整備されている。苦情解決の仕組みは、掲示され施設利用開始時には利用者への説明も行っている。苦情解決での事例はないが法人への報告、第三者委員との協議等行い苦情解決内容の結果を利用者・家族にフィードバックし公表する仕組みも確認できた。 ・ 利用者や家族が苦情やアンケートにより、苦情・意見等申し出しやすい工夫も今後検討する取り組みに期待したい。
			② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b)	■ 171 利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書を作成している。 ■ 172 利用者や家族等に、その文書の配布やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。 ■ 173 相談をしやすい、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮している。	・ 利用者・家族が相談・意見を述べる窓口は、重要事項説明書により家族に説明し配布している。また、施設内に相談スペースや相談室が確保されている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 利用者からの相談や意見に対し、組織的かつ迅速に対応している。	b)	☐ 174 相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等を整備している。 ☐ 175 対応マニュアル等の定期的な見直しを行っている。 ☒ 176 職員は、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めている。 ☒ 177 意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を積極的に把握する取組を行っている。 ☒ 178 職員は、把握した相談や意見について、検討に時間がかかる場合に状況を速やかに説明することを含め迅速な対応を行っている。 ☒ 179 意見等にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が行われている。	・利用者の相談・意見は、日常的に職員は傾聴する姿勢がある。しかし、組織的な仕組みとマニュアルがない。今後、対応マニュアルや意見の傾聴の活用についての取り組みに期待したい。 ・食の楽しみである嗜好調査は毎年定期的に行われ、食事目標などへの取り組みにつながっている。
		(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b)	☒ 180 リスクマネジメントに関する責任者の明確化（リスクマネジャーの選任・配置）、リスクマネジメントに関する委員会を設置するなどの体制を整備している。 ☒ 181 事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にし、職員に周知している。 ☒ 182 利用者の安心と安全を脅かす事例の収集が積極的に行われている。 ☒ 183 収集した事例をもとに、職員の参画のもとで発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討・実施する等の取組が行われている。 ☒ 184 職員に対して、安全確保・事故防止に関する研修を行っている。 ☒ 185 事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行っている。	・リスクマネジメント委員会は、法人として設置している。施設内では毎月の職員会議で委員会からの報告や施設内研修として感染予防、虐待防止、個人情報等年間計画として研修を行い、リスクマネジメントへの対応姿勢がある。 ・ヒヤリハット報告が積極的に活用され、日々の中で検証し要因・原因などを確認し対策が講じられている。研修は法人でのリスクマネジメント研修や施設内研修として事故防止、安全管理研修として行っている。 ・今後、ヒヤリハットや事故報告の分類・要因分析を含め、更なる再発防止への取り組みに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a)	■ 186 感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されている。 ■ 187 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、職員に周知徹底している。 ■ 188 担当者等を中心にして、定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。 ■ 189 感染症の予防策が適切に講じられている。 ■ 190 感染症の発生した場合には対応が適切に行われている。 ■ 191 感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を定期的に見直している。	・「感染予防または食中毒の予防及び蔓延防止のための指針」として、標準的予防策から感染症・食中毒発生時の給食施設対応に関することを含め示されている。更に毎月の職員会での感染症現状報告を行い、施設内研修にも計画的に行っている。職員・職員家族が感染した時の対応なども周知する仕組みがある。 ・インフルエンザ発症の時期には、予防の周知とともに感染した時の施設利用の対応についても配布文書として渡している。
			③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b)	■ 192 災害時の対応体制が決められている。 ■ 193 立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 □ 194 利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。 ■ 195 食料や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄を整備している。 ■ 196 防災計画等整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携するなど、体制をもって訓練を実施している。	・災害時の対応は、「大規模地震・風水害時事業継続計画」として災害を想定した備えたマニュアルの整備がある。 ・避難訓練は、併設する特別養護老人ホーム・養護施設との合同により、年3回の実施をしている。災害時における福祉避難所ともなっており備蓄も栄養士管理のもと整備している。 ・災害時に、利用者を家族へ引き継ぎの方策なども含めた話し合いや決め事なども今後、事前準備として必要と思われる。また、災害時の職員避難場所の確認や安否確認方法の整備が望ましい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 福祉サービスの質の確保	(1) 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。	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)	■ 197 標準的な実施方法が適切に文書化されている。 □ 198 標準的な実施方法には、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 □ 199 標準的な実施方法について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 □ 200 標準的な実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みがある。	・施設受け入れ手順マニュアルは、1日の流れに沿って担当者・注意事項を含め作成されており、業務手順により生活がしやすい環境整備がなされている。 ・利用者の特性を踏まえ、一定の水準、内容を常に保ちながら利用者の個別性の支援が行えるように相談・援助技術をマニュアル化していくことが望ましい。
			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)	□ 201 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しに関する時期やその方法が組織で定められている。 ■ 202 福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しが定期的実施されている。 □ 203 検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されている。 ■ 204 検証・見直しにあたり、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になっている。	・機能訓練マニュアルには利用者の意見の反映をし、機能訓練を日常的に楽しみながら体を動かす支援につながっている。また、業務手順マニュアルでは、利用者の声や状況を判断した安全に過ごせる流れができています。 ・感染症マニュアル、安全対策マニュアル、業務手順等は作成されているが、介護サービス実施マニュアルなども通所施設として作成し、新たな知識・技術等の導入を踏まえた施設としての検証や見直しが、質の向上につながることへの職員理解が望まれる。 ・標準的実施マニュアルの見直しには、利用者に関わる非常勤職員を含めた全ての意見を反映する方法の検討と評価・見直しの時期なども組織的に検討することが望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b)	■ 205 福祉サービス実施計画策定の責任者を設置している。 □ 206 アセスメント手法が確立され、適切なアセスメントが実施されている。 □ 207 部門を横断したさまざまな職種の関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）が参加して、アセスメント等に関する協議を実施している。 □ 208 福祉サービス実施計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されている。 □ 209 福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断したさまざまな職種による関係職員（種別によっては組織以外の関係者も）の合議、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めて実施している。 □ 210 福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みが構築され、機能している。 ■ 211 支援困難ケースへの対応について検討し、積極的かつ適切な福祉サービスの提供が行われている。	・施設長の責任の下、通所介護計画書が作成され、それに伴う個別機能訓練計画書が訓練士により作成されている。しかし、アセスメントは担当者会議で共有したものであり、書面にての確認ができなかった。利用者のニーズを明らかにするためにも通所介護でのアセスメントを正確に行い、施設の定めたアセスメント様式でニーズを明らかにしていくことが望ましい。また、施設として通所介護計画書作成の手順書（策定方法）等により確認していくことも必要と思われる。 ・支援困難ケースは、介護支援専門員、家族と協力し 必要時は包括支援センターとも協議し対応する仕組みがある。 ・個別機能訓練実施は、支援記録に記録され確認できる。また通所計画の内容も支援経過の中に記録されている
			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。	c)	□ 212 福祉サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順等、組織的な仕組みを定めて実施している。 □ 213 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めて実施している。 □ 214 福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合の仕組みを整備している。 □ 215 福祉サービス実施計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等が明確にされている。	・通所介護計画書・個別機能訓練計画書は、評価見直しの時期が定められているが、評価の記載もなされているものとなされていないものが見受けられた。通所介護計画書・個別機能訓練計画書の評価・見直しは法令上求められるものを含めた手順書の作成を施設として定め、実施していくことが望ましい。更に、評価・見直しにあたっては、標準の実施方法に反映する事項や十分提供できないニーズ等、質の向上に結び付く積極的な取り組みにも期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	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、職員間で共有化されている。	b)	■ 216 利用者の身体状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって把握し記録している。 ■ 217 サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることを記録により確認することができる。 ■ 218 記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないように、記録要領の作成や職員への指導等の工夫をしている。 ■ 219 組織における情報の流れが明確にされ、情報の分別や必要な情報が的確に届くような仕組みが整備されている。 ■ 220 情報共有を目的とした会議の定期的な開催等、部門横断での取組がなされている。 ■ 221 パソコンのネットワークシステムの利用や記録ファイルの回覧等を実施して、事業所内で情報を共有する仕組みが整備されている。	・通所介護計画書、個別機能訓練計画書による実施状況は、支援経過にわかりやすく情報が分別され記録している。情報の共有は電子化されネットワークされているため、いつでも確認することができる。 ・毎月、非常勤職員も含めたケアカンファレンスの工夫により利用者の支援状況など検討や情報の共有が必要と思われる。
			② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a)	■ 222 個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ■ 223 個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。 ■ 224 記録管理の責任者が設置されている。 ■ 225 記録の管理について個人情報保護の観点から、職員に対し教育や研修が行われている。 ■ 226 職員は、個人情報保護規程等を理解し、遵守している。 ■ 227 個人情報の取扱いについて、利用者や家族に説明している。	・記録の管理は、法人の個人情報保護規定があり適切に管理され、秘密保持についても契約書により同意し管理できている。 ・記録は、法人の文書規定により、廃棄等も適切に行っている。

(別添2)

事業評価の結果（内容評価項目）

福祉サービス種別： 通所介護
事業所名(施設名)： 松代デイサービスセンター

○判断基準の「a、b、c」は、評価項目に対する到達状況を示しています。

「a」評価・・・よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
「b」評価・・・aに至らない状況=多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態
「c」評価・・・b以上の取組みとなることを期待する状態

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
A	1 生活支援の 基本と権利擁護	(1) 生活支援の 基本	① 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。	b)	■ 1 利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。 ■ 2 日々の支援において利用者の自立に配慮して援助を行うとともに、自立や活動参加への動機づけを行っている。 ■ 3 利用者の希望等を把握し、日中活動に反映するとともに、複数の活動メニューと社会参加に配慮したプログラムが実施されている。 ■ 4 利用者一人ひとりの生活と心身の状況に配慮し、日中活動に参加できるよう工夫している。 □ 5 利用者が日常生活の中で、役割が持てるように工夫している。 ■ 6 利用者一人ひとりに応じた生活となっているかを検討し、改善する取組が組織的に継続して行われている。	・介護支援専門員からの情報、本人、家族の意向を確認して一人ひとりに合わせた活動の参加が出来る取組みを工夫している。介護計画作成時、見直し時期には一人ひとりに応じた生活となっているか職員会で検討している。 ・機能訓練を兼ねた体操、ゲーム、作品作り等複数のメニューが実施されている。地域の施設が開催する作品コンクールに出展して社会参加に配慮した機会も作っている。 ・活動に集中して参加できない利用者には個別の対応をしている。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			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。	b)	■ 7 利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションを行っている。 ■ 8 利用者の思いや希望を把握し、その内容を支援に活かしている。 ■ 9 利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されている。 ■ 10 コミュニケーションの方法や支援について、検討・見直しが定期的に行われている。 ■ 11 話すことや意思表示が困難であるなど配慮が必要な利用者には、個別の方法でコミュニケーションを行っている。 ■ 12 利用者が話したいことを話せる機会をつくっている。 ■ 13 会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話をしてもらえるようにしている。	・朝の挨拶を徹底して行い、1日のコミュニケーションがスムーズに取れるよう配慮している。職員は空いた時間に意識的に利用者の中に入り、一人ひとりと会話をしよう心掛け思いや希望を把握するよう努めている。 ・利用者の尊厳に配慮した接し方、丁寧な言葉使いをするよう心掛けている。コミュニケーションの方法や支援について職員会で検討して見直しをしている。
		(2) 権利擁護	① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c)	□ 14 権利侵害の防止等のために具体的な内容・事例を収集・提示して利用者に周知している。 ■ 15 権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を行っている。 ■ 16 原則禁止される身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続と実施方法等を明確に定め、職員に徹底している。 ■ 17 所管行政への虐待の届出・報告についての手順等を明確にしている。 ■ 18 権利侵害の防止等について職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 ■ 19 権利侵害が発生した場合に再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みが明確化されている。	・身体拘束廃止推進委員会設置要綱、虐待防止規定があり、権利擁護委員会が開催され、研修が行われている。 ・法人として権利擁護担当者によるチェックリストに基づいて各事業所の状況を確認し、集計結果を各事業所にフィードバックして、不適切な支援の一掃をするための取組みを行っている。 ・職員は権利侵害に対する意識を常に持って接している。利用者からの訴え、会話、入浴時等の身体状況などから虐待が疑われる場合は介護支援専門員に報告している。

○利用者の尊重と権利擁護は、福祉施設・事業所の使命・役割の基本であり、虐待等の権利侵害を防止することは法令で必須とされる事項です。よって、取組の重要性に鑑み、取組が十分でない場合には、「c」評価とします。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	2 環境の整備	(1) 利用者の快適性への配慮	① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b)	■ 20 福祉施設の環境は清潔で、適温と明るい雰囲気 ■ 21 利用者にとって快適で、くつろいで過ごせる環境づくりの工夫を行っている。 ■ 22 環境について、利用者の意向等を把握する取組と改善の工夫を行っている。 ■ 23 休息に適した環境づくりを行っている。	・床暖房、クーラーの設置があり、生活空間は適温に管理されている。清掃、次亜塩素酸による消毒を毎日行い清潔な環境となっている。 ・壁面等に利用者や職員の作品をたくさん飾り季節感がある。利用者の要望を取り入れ可能な範囲でくつろげる空間作りをしている。 ・今後、利用者の機能低下等が予測され、ベット等の介護用品を設置できるスペースの確保が望まれる。改善により、多くの高齢者のニーズに応えられると考えられる。
	3 生活支援	(1) 利用者の状況に応じた支援	① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b)	■ 24 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討・確認し、入浴支援（入浴介助、清拭、見守り、声かけ等）を行っている。 ■ 25 安全・快適に入浴するための取組を行っている。 ■ 26 入浴の誘導や介助を行う際は、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。 ■ 27 入浴を拒否する利用者については、利用者の状況に合わせ対応を工夫している。 ■ 28 入浴方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。 ■ 29 入浴の可否の判断基準を明確にし、入浴前に健康チェックを行い、必要に応じて清拭等に代えるなどの対応をしている。 ■ 30 心身の状況や感染症、意向等を踏まえて入浴順の配慮を行っている。 ■ 31 利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っている。 ■ 32 利用者の心身の状況や意向に合わせた入浴形態・方法を実施するための浴槽、福祉用具等が用意されている。 ■ 33 家庭での入浴について利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・地元の天然温泉が引き湯されている。利用者は体が温まる、身体の動きが良くなる等と入浴を楽しみにしている。温泉成分から長湯のために体調変化を来さないよう看護師による入浴前の健康チェック、入浴中の見守りを重視している。 ・車いす、シャワーチェア等使い安全に快適に入浴できる工夫をしている。座位保持困難な利用者のために特殊浴槽が設置されている。 ・入浴を拒否される利用者には、声掛け等工夫して入浴に誘っている。自宅での入浴が困難な利用者の相談、助言等行い介護支援専門員に報告している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b)	■ 34 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排せつのための支援、配慮や工夫がなされている。 ■ 35 自然な排せつを促すための取組や配慮を行っている。 ■ 36 トイレは、安全で快適に使用できるよう配慮している。 ■ 37 排せつの介助を行う際には、利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮している。 ■ 38 排せつの介助を行う際には、介助を安全に実施するための取組を行っている。 ■ 39 排せつの自立のための働きかけをしている。 ■ 40 必要に応じ、尿や便を観察し、健康状態の確認を行っている。 ■ 41 支援方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。 ■ 42 尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対して、できる限り早く対応できるようにしている。 ■ 43 家庭での排せつについて利用者・家族に助言・情報提供し、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・排泄は残存機能の維持に配慮して、利用者がトイレでの排泄を行えるよう丁寧な支援に努めている。 ・トイレでの順番持ちの混乱を避けるための支援、トイレ使用中は、ドア、カーテンの開閉がスムーズに行えるようプライバシーに配慮して職員は常に見守り介助を行っている。 ・入浴時のパットの汚染状況をこまめに記録し、排泄に関する情報を共有して検討している。必要に応じて家庭、介護支援専門員に連絡している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	■ 44 利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている。 ■ 45 移動の自立に向けた働きかけをしている。 ■ 46 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されている。 ■ 47 安全に移動の介助を実施するための取組を行っている。 ■ 48 介助方法等について利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しを行っている。 ■ 49 利用者が移動しやすい環境を整えている。 ■ 50 移動に介助が必要な利用者が移動を希望した際に、できる限り早く対応できるようにしている。 ■ 51 送迎サービスは、利用者の希望、心身の負担や乗降時・移動中の安全に配慮し実施されている。 ■ 52 家庭での移動について、動線の安全の工夫や福祉用具等の利用を含めた助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・機能訓練担当職員による身体機能評価を行い、心身の状況、意向を踏まえて自力移動できるよう支援を行っている。 又、必要に応じて福祉機器や福祉用具を本人・家族の意向、介護支援専門員からの情報を得て利用できるよう支援している。 ・送迎サービスは送迎時の移動マニュアルに添い、利用者の希望、心身の負担、乗降時・移動中の安全に配慮している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点		特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(2) 食生活	① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a)	■	53 食事をおいしく、楽しく食べられるよう献立や提供方法を工夫している。	・年2回嗜好調査を実施し、食事をおいしく食べられるよう食事計画、目標等具体的に示されている。 ・麺類等特別メニューの日には、朝、利用者一人ひとりに確認をし、代替食の提供がされている。 ・衛生管理マニュアルに基づき衛生管理が適切に行われるよう、年2回職場内で衛生管理マニュアルの内容を確認している。
					■	54 食事の環境と雰囲気づくりに配慮している。	
					■	55 衛生管理の体制を確立し、マニュアルにもとづき衛生管理が適切に行われている。	
			② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a)	■	56 利用者の心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮した食事づくりと提供方法を工夫している。	・心身の状況により嚥下に配慮したトロミ、ミキサー食等の提供をしている。 又、食物アレルギー等の確認、食事中的の見守り等を行い食事中的の事故防止に努めている。 ・食事量のチェック、水分補給の把握をしている。食事に関する家族からの相談を受ける等して、必要に応じて介護支援専門員に連絡をしている。
					■	57 利用者の食事のペースと心身の負担に配慮している。	
					■	58 利用者の心身の状況を適切に把握し、自分でできることは自分で行えるよう支援している。	
					■	59 経口での食事摂取を継続するための取組を行っている。	
					■	60 誤嚥、窒息など食事中的の事故発生の対応方法を確立し、日頃から確認、徹底している。	
					■	61 食事提供、支援・介助方法等について利用者の心身の状況に合わせ、検討と見直しを行っている。	
					■	62 食事、水分の摂取量を把握し、食事への配慮、水分補給を行っている。	
					■	63 家庭での食事や水分摂取について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
			③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b)	■ 64 利用者が口腔機能の保持・改善に主体的に取り組むための支援を行っている。 □ 65 職員に対して、口腔ケアに関する研修を実施している。 □ 66 歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っている。 □ 67 利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画を作成し、実施と評価・見直しを行っている。 ■ 68 口腔機能を保持・改善するための取組を行っている。 ■ 69 食後に、利用者の状況に応じた口腔ケア及び口腔内のチェックを行っている。 ■ 70 家庭での口腔ケアについて、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・口腔機能の維持、改善を主体的に取り組むために食事前に口腔体操を実施している。 ・食後の口腔ケア、口腔内のチェックを行っている。義歯の不具合、歯ぐき等の変化、痛み等異常が見られた時は、家族、介護支援専門員に報告している。
		(3) 褥瘡発生予防・ケア	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b)	■ 71 褥瘡対策のための指針を整備し、褥瘡の予防についての標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。 ■ 72 標準的な実施方法について職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 73 褥瘡予防対策の関係職員が連携して取り組んでいる。 ■ 74 褥瘡発生後の治癒に向けたケアが行われている。 ■ 75 褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れている。 ■ 76 家庭での褥瘡予防について、利用者・家族に助言・情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・褥瘡対策指針を整備し、皮膚の異変に職員が気づき、家族や介護支援専門員に報告して医療機関に受診している。その結果、医療機関からの情報、指示により処置を行って治癒に向けたケアが行われている。 ・看護師は、法人の看護部会で最新の情報を収集してケアに取り入れている。 ・褥瘡の予防、発生時の対応等を標準的な実施方法について整備し、職員に周知して、職員が連携して予防、発生時に適切な対応ができるよう更なる取組みに期待したい。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	c)	☐ 77 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についての考え方（方針）と管理者の責任が明確であり、実施手順や個別の計画が策定されている。 ☐ 78 喀痰吸引・経管栄養は、医師の指示にもとづく適切かつ安全な方法により行っている。 ☐ 79 医師や看護師の指導・助言のもと安全管理体制が構築されている。 ☐ 80 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養に関する職員研修や職員の個別指導等を定期的に行っている。 ☐ 81 介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会を確保し、実施体制の充実・強化をはかっている。	・現在該当者はいないが、喀痰吸引・経管栄養の対応の必要がある利用者が通所している場合は、看護師が対応する体制になっている。 ・今後、喀痰吸引・経管栄養の対応を必要とする利用者の利用も予想されるので介護職員による喀痰吸引・経管栄養の対応に備えて指針、委員会の設置、マニュアル等の整備を行い、又、介護職員に対して、認定特定行為従事者認定証を得るための人材育成、定期的な研修等の取り組みに期待したい。
		(5) 機能訓練、介護予防	① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b)	☒ 82 利用者が生活の維持や介護予防に主体的に取り組むための支援を行っている。 ☒ 83 利用者の状況に応じて、機能訓練や介護予防活動について、専門職の助言・指導を受けている。 ☒ 84 日々の生活動作の中で、意図的な機能訓練や介護予防活動を行っている。 ☒ 85 一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをしている。 ☒ 86 認知症の症状の早期発見に努め、介護支援専門員を通して医療機関等につないでいる。	・個別機能訓練計画書が立てられ日々の生活動作の中で維持、介護予防に向けた意図的な取組みがされている。 ・利用者の状況に応じて随時、専門職に助言・指導を受けている。 ・認知症の症状に変化が見られた時は、家族、介護支援専門員に報告して、医療機関への受診、介護支援計画の見直しに繋げている。 ・個別機能訓練計画書に関する評価を毎月行ない、利用者の状況に応じた計画となることが望まれる。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(6) 認知症ケア	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b)	☐ 87 利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について適切にアセスメントを行っている。 ☒ 88 あらゆる場面で、職員等は利用者に配慮して、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている。 ☒ 89 行動・心理症状（ＢＰＳＤ）がある利用者には、一定期間の観察と記録を行い、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。 ☒ 90 職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を実施している。 ☒ 91 認知症の利用者が安心して落ち着ける環境づくりの工夫を行っている。 ☒ 92 利用者一人ひとりの症状に合わせ、個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫している。 ☒ 93 医師及び看護師等の関係職員との連携のもと、行動・心理症状（ＢＰＳＤ）について分析を行い、支援内容を検討している。 ☒ 94 サービス利用時の様子を家族に伝えるなどして、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。 ☒ 95 家族の悩みや相談を受けとめ、よりよいケアの方法を家族と共有するようにしている。 ☒ 96 認知症の理解やケアに関して、利用者・家族に助言したり、家族会などの社会資源について情報提供を行っている。また、助言した内容については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡している。	・担当介護支援専門員、家族からの情報に基づいた支援を行っているが、認知症の状態に配慮したケアを更に充実するために日常生活能力、生活歴、本人の要望等についてアセスメント用紙によるアセスメントを実施されることを期待したい。 ・職員は、行動・心理状態がある利用者の観察を行い、集団活動の継続が困難な状況等に配慮して、個別ケアを行う等の落ち着ける関係作りを行っている。 ・主治医からの情報を得て、関係職員との連携をして、行動、心理状態を話し合い、支援内容を検討している。サービス状況の様子を家族に伝える等により、共に家族の悩みに耳を傾けて、よりよいケア方法を家族と共有している。 ・非常勤職員も含めたすべての職員が心身状況、支援状況を詳細に記載して、毎月、月次報告書を担当介護支援専門員に提出している。 ・認知症に関する正確な知識をもとに、利用者一人ひとりの生活と必要とされている支援を把握したうえで、利用者の尊厳を基本にした支援が必要とされている。そのために認知症に特化した研修、認知症専門士の資格取得に向けた取り組み等が更に期待される。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
		(7) 急変時の対応	① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b)	■ 97 利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順、医師・医療機関との連携体制を確立し、取り組んでいる。 ■ 98 日々の利用者の健康確認と健康状態の記録を行っている。 ■ 99 利用者の体調変化や異変の兆候に早く気づくための工夫をしている。 □ 100 職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を実施している。 ■ 101 体調変化時の対応について、研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じている。 ■ 102 利用者の状況に応じて、職員が適切に服薬管理または服薬確認をしている。 ■ 103 その日の体調について、迎え時に家族から情報を得て、さらに利用開始時・終了時には必ず健康チェックを行っている。 ■ 104 異変があった場合には、家族、医師、介護支援専門員等に連絡する体制を確立している。	・事故、疾病における「非常時連絡マニュアル」があるが、利用者の異常時対応、急変時の対応等を具体的に明示した内容が不十分である。職員誰もが緊急時に適切に対応できる内容となるよう「緊急時対応マニュアル」の整備が望まれる。 ・利用者の体調変化に伴い受診した時は、看護師から関係する疾病について情報提供、指導があり急変時に備えて職員に周知している。 ・利用日の体調について家族からの情報、看護師による健康チェックから利用開始時に共有して支援し、昼食後体調に関する情報交換をして、必要に応じて終了時健康チェックを行っている。異変のあった場合には、家族、介護支援専門員に報告している。

評価対象	評価分類	評価項目	評価細目	評価	着 眼 点	特記事項 (着眼点以外の取組等)
	4 家族等との連携	(1) 家族等との連携	① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b)	☐ 105 家族に対し、定期的及び変化があった時に利用者の状況を報告している。 ☐ 106 利用者の状況など報告すべき事項は、必ず家族に伝わるよう伝達方法を工夫している。 ☒ 107 家族に対し、サービスの説明をしたり、要望を聞く機会を設けている。 ☒ 108 家族との相談を定期的及び必要時に行っている。また、その内容を記録している。 ☒ 109 家族が必要とする情報提供を行い、必要に応じて、介護支援専門員など専門職、関係機関につないでいる。 ☒ 110 家族（介護者）に対し、必要に応じ介護に関する助言や介護研修を行っている。 ☒ 111 家族（主たる介護者）の心身の状況や家族による介護・介助方法にも気を配り、必要に応じて介護支援専門員に報告している。	・家族に対して変化があった時には電話、連絡ノート、送迎時等に利用者の状況を伝えている。報告すべき内容は伝えるようにしている。 ・送迎時、サービス担当者会出席時等、家族に対してサービスの説明をする等、要望を聞く機会を持っている。その都度、記録をしている。 ・家族から在宅での介護に関する相談を受けた時には、相談に応じている。必要に応じて介護支援専門員に報告をしている。 ・連絡ノートは、一人ひとりの必要性に応じて作成しているが、家族への報告・連絡ルールを事業所として明確にし、家族への報告・連絡が適切に行われる取組みが必要とされているので、連絡帳での報告・連絡はすべての利用者に必要と思われる。

(別添3-2)

利用者調査の結果

福祉サービス種別 通所介護
事業所名（施設名） 松代デイサービスセンター

1 調査概要

調査対象者	利用者本人		
調査方法	聞き取り方式、職員は同席せず、一人当たり30分前後のインタビューを会議室、相談室にて実施いたしました。		
利用者定員（人）	30人	調査対象者は、事前に施設側からインタビューに対して回答できる方を選定していただきました。特に、聞き取り訪問当日に利用者の健康状態を事前資料としていただき、当日の体調や難聴、認知症等を伺った上でインタビューを実施いたしました。	
調査対象者数（人）	12人		
有効回答者数（人）	12人		
利用者定員に対する回答者割合（％）	40%		

2 利用者調査全体のコメント

利用者の施設に対する満足度は高く、楽しみながら通所されている様子がうかがえます。利用者自身が住む地域で馴染みのある温泉に通えるという日常的なコミュニケーションの場になっているようです。通いながれた温泉に一人ではいかれなくなり送迎してもらうことで満足度も高く安心して通う地域交流の場になっているようです。地元の住民であるがゆえに施設を十分知りえているために抵抗なく利用者のペースで職員とも気軽に会話されている様子がまさに地域住民と一体した施設であることが感じられます。

3 利用者調査の結果

調 査 項 目		実 数			
コ メ ン ト		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまら ない)
問 1	職員は、あなたに丁寧に接してくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
すべての利用者は、話をしっかり聞いてくれ接遇の行き届いた職員への対応に満足し、利用者の思いに寄り添った支援に、満足しているようです。					
問 2	職員は、あなたの話をよく聞いてくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
利用者の家族状況を職員は理解し、しっかり対応してくれており、通所利用を通し社会参加の時間になっている様子が感じられます。					
問 3	職員は、あなたのプライバシー（他の人に知られたくないと思うこと）を守っていますか。	11人	0人	0人	1人
		91.7%	0.0%	0.0%	8.3%
職員は、利用者の尊厳を理解した支援が日常的に行われている様子を感じます。					
問 4	支援やサービスの内容について、あなたや家族の話をよく聞き、一緒に考え、わかりやすく説明してくれましたか。	10人	0人	0人	2人
		83.3%	0.0%	0.0%	16.7%
利用者がこの施設が地域でどのような施設であるか理解し通っている様子が確認できます。					

調 査 項 目		実 数			
コ メ ン ト		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまら ない)
問 5	職員は、あなたの生い立ちや趣味を理解してくれていますか	11人	1人	0人	0人
		91.7%	8.3%	0.0%	0.0%
利用者は、職員が利用者個別に会話の中から楽しみをもって取り組める作業や活動を会話の中から確認し、機能訓練に取り入れ楽しみながら活動している様子が見られます。					
問 6	あなたの不満や要望を、遠慮なく職員に伝えることができ、職員はきちんと対応してくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
毎朝の元気な挨拶や声掛けは、利用者の会話のしやすさにつながり、職員のコミュニケーション能力に感心します。利用者の表情の良さからも楽しみながら通所されている様子を感じます。					
問 7	困ったことがあったとき、職員以外の人(役所や第三者委員など)に相談できることを、わかりやすく伝えてくれましたか。	2人	0人	0人	10人
		16.7%	0.0%	0.0%	83.3%
利用者は自立度も高い方も多く、分かりやすい説明は家族にはもちろん、利用者自身への説明への工夫も今後期待したい。					
問 8	けがをしたり体調が悪くなったとき、職員はきちんと対応してくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
すべての調査を行った利用者は、職員が利用者の健康に留意し個別に対応してくれることに満足を感じ安心している様子がうかがえました。					
問 9	けがをしたり体調が悪くなったとき、職員はあなたの家族にすぐに連絡してくれていますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
職員は連絡すべき家族や、利用者に関わる介護支援専門員へも必要な連絡を行ってくれる職員への満足な様子がうかがえます。					
問10	介護(支援)の方法などは、どの職員も同じように対応してもらえますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
利用者は、通所でのどの職員にも介護方法に不安を感じておらず 安心して支援を任せている様子がうかがえました。職員が培ってきた介護方法や指導は素晴らしいものを感じます。					
問11	あなたのサービス計画は、あなたの要望や願いが反映されたものとなっていますか。	11人	0人	0人	1人
		91.7%	0.0%	0.0%	8.3%
機能訓練個別訓練など施設が提供してくれるサービスや支援は、利用者が満足するものである様子です。利用者の気持ちを理解した生活支援が行われているようです。					
問12	施設内で、不快に思ったり、危ないと思う場所がありますか。	1人	0人	11人	0人
		8.3%	0.0%	91.7%	0.0%
必要な支援を適切に受けていることで不安や不安感はないようです。					

調 査 項 目		実 数			
コ メ ン ト		はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当 (あてはまら ない)
問13	お風呂は楽しみですか。	11人	0人	1人	0人
		91.7%	0.0%	8.3%	0.0%
病状の関係で温泉ならではの入浴が楽しみづらい利用者がおられました。馴染みのある温泉に入りに来る利用者でもありとても楽しみの時間のようです。					
問14	ゆっくり入浴することはできますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
利用者のすべての方は、地元の温泉の性質は良く理解され長湯はいけないと自分のペースを守り入浴し、体が温まるこの入浴施設に満足を感じている。					
問15	職員は、適切な時間にトイレに案内をしてくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
自立でトイレに行く方も多いが適切な職員の支援に満足されているようです。					
問16	職員は移動するとき、あなたが不安を感じたりしないようにしてくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
すべての利用者は、職員への対応に安心して歩行や移動への不安感なく生活している様子が感じ、職員と一緒に歩く楽しみを感じました。					
問17	食事はおいしく、食べやすいですか。	11人	1人	0人	0人
		91.7%	8.3%	0.0%	0.0%
食事は高齢者にとって楽しみの時間です。食事内容も栄養士を中心にアンケートなどにより職を大事にした献立に満足されています。					
問18	あなたにあった食事方法(調理方法、介助の方法等)になっていますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	75.1%
食事は自分の体調に合わせた内容で提供され、必要な介助を受け、食事を楽しんでいる様子が見られました。また、体調の変化により常に職員が見守りや声掛けしている様子があり職員も安心されておられます。					
問19	食後や就寝前に、うがいや歯磨きなどをしていますか。あなた自身ではできない場合は、職員が手伝ってくれますか。	11人	1人	0人	0人
		91.7%	8.3%	0.0%	0.0%
歯磨きは職員が介助が必要な方にも適切に支援し、利用者の日々の習慣になっているようです。					
問20	床ずれができたり、体に赤くなったりかゆいところはありませんか。	9人	0人	3人	0人
		75.0%	0.0%	25.0%	0.0%
高齢になると体がかゆくなることも理解され、職員の対応に満足されているようです。体のかゆみを感じない方がいましたが温泉に入ることへの効果的な話も伺われました。					
問21	職員は、家族等の要望をよく聞いて対応してくれますか。	12人	0人	0人	0人
		100.0%	0.0%	0.0%	0.0%
職員は家族への相談や報告も適宜行い、利用者も安心して通所されているようです					