

(別記)

(公表様式1)

新潟県福祉サービス第三者評価結果公表基準

① 第三者評価機関名

公益社団法人新潟県介護福祉士会

② 施設・事業所情報

名称：社会福祉法人上越市社会福祉協議会 デイホーム有田	種別：通所介護 (老人デイサービスセンター)
代表者氏名：デイホーム有田 管理者 山田 寿恵	定員：18名 (利用人数) 55名
所在地：〒942-0041 新潟県上越市安江3丁目5番3号	
連絡先電話番号： 025-545-1481	FAX番号： 025-545-1481
ホームページアドレス	<a href="http://www.jouetushisyakyo.jp/">http:// www.jouetushisyakyo.jp/</a>
<b>【施設・事業所の概要】</b>	
開設年月日 平成10年 4月 1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人上越市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員： 6名      非常勤職員 5名
専門職員	管理者 1名      調理員 3名
	生活相談員 3名      運転員 1名
	看護職員 2名      歯科衛生士 1名
	介護職員 3名
施設・設備の概要	(居室数)      (設備等)
	食堂兼機能訓練室 1室 浴室(一般浴・リフト浴) 1室 静養室(和室) 1室 調理室 1室 トイレ 3台

③ 理念・基本方針

**<法人基本理念>**

○共に生き共につくる福祉社会を目指して  
～いつまでも住み慣れた地域で、心豊かな穏やかで生きがいのある生活を～

**<3つの基本目標と実施方針>**

1. 地域に信頼される社協づくり
  - (1) 法人運営の公益性と透明性を追求する組織体制
  - (2) 安定した事業継続のための財政運営
  - (3) 安全・安心なサービス提供を継続するための人材育成
2. 住民主体による地域福祉の推進

- (1) 誰もが地域福祉の推進に向けて考え・行動する地域
- (2) 支え合いの活動が広がる地域
- (3) 誰もが安心して暮らせる地域

3. 利用者本位の福祉サービスの提供

- (1) 多様な福祉課題・生活課題に対応する連携の強化
- (2) 日常生活圏域における地域福祉型サービスの展開
- (3) 介護の重度化、困難事例への対応の強化と福祉サービスの質の向上
- (4) 持続可能な在宅福祉サービスの提供と経営強化

④ 施設・事業所の特徴的な取組

デイホーム有田は、地域密着型通所介護事業所であり、定員18名と小規模であることを活かして、利用者の個別ニーズと丁寧に向き合い、対応していくことを目指している。目指すものを明確にしたうえで、月1回の職場会議を重要視している。会議では、事業所の強みと弱みの分析や、できていること、できていないことの振り返りといった客観的な取組みが常に行われており、多職種が協働している事業所内でも、同じ職種同士の気持ちの共有も大切にし、専門職としての意識を高めている。そうした職場会議から生まれたもので、現在、デイホーム有田のシンボルとして「まねき猫」計画が実行されており、常に利用者目線のサービスを重要視した取組みが展開されている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年 6月 2日 (契約日) 平成30年 3月 28日 (評価結果確定日)
受審回数 (前回の受審時期)	0回 (平成 年度)

⑥ 総評

◆ 特に評価の高い点

○基本理念の実現と周知に向けた取り組み

法人では「共に生き共につくる福祉社会を目指して」～いつまでも住み慣れた地域で心豊かな健やかで生きがいのある生活を～を基本理念として掲げ、理念に基づいた基本目標や事業計画が策定されている。3つの基本目標は、理念の実現のため、より具体的な内容となっており、職員理解の下、実行されるよう取り組んでいる。

法人では、職員への周知と共有に向けた取り組みとして、年度当初に全職員を対象に説明会が実施されている。さらに、「理念ハンドブック」を用いて研修会を実施したり、毎朝のミーティングで理念の唱和を行うなど、日常的に職員の意識付けに向けた取り組みが行われている。

基本目標が明確化され、具体的に示されることによって、職員一人ひとりが自らの業務や姿勢を振り返り、意識を高めていくことに繋がっている。

今後も理念の実現に向けて、組織として目指すべき方向性を統一し、質の高いサ

ービス提供が実践されることを期待したい。

### ○アットホームなサービス提供への取り組み

事業所では、「やってみよう」という姿勢を大切に、「小さなできた」「当たり前の大切さ」を積み重ね、創意工夫をしながら、利用者個々にきめ細かく対応している。事業所は利用者が長い時間を過ごす場所であり、居心地の良い空間となるよう、環境整備や過ごし方など、利用者と共に考え、作り出すことに取り組んでいる。

具体的には、余暇時間について利用者から聴き取りを行い、多彩なレクメニューの提供、ボランティアの活用など積極的に行っている。利用者一人ひとりの、「得意なこと」「やってみたいこと」を見出し、職員も共に楽しめるよう、配慮している。また、事業所独自の取り組みとして、招き猫をシンボルとした「まねき猫計画」が平成28年よりスタートしており、全ての人に福を感じてもらえるよう、職員一人ひとりが「自分は招き猫だ」と意識して、業務に取り組んでいる。

職場会議のあり方を考え、事業所の強みや弱みの分析、できていること・できていないことの振り返り等、客観的な取り組みの評価を全員で理解することで、遊び心とプロ意識がより効果的に利用者に向けて発信されている。

### ○利用者の意向に沿った食事提供への取り組み

利用者個々の好みや食事への意向を把握する取り組みとして、利用前の事前調査を行い、心身の状態、嗜好について、本人及び家族から聞き取りを行っている。利用後も、調理員が年に1回、嗜好調査を行い、意向に沿った食事提供を心掛けている。苦手なものは、代替メニューで対応する等、きめ細かく配慮されている。

地元の食材や季節の食材を取り入れ、目でも楽しめる盛り付けの工夫や個々の利用者に応じた食事形態の提供が行われている。その日の利用者の状況に応じて、当日であっても変更することが可能になっている。

ホワイトボードに大きな字でメニューを書いたり、食事中に調理員によるメニューの説明を行ったりなど、食事への楽しみを引き出す働きかけを行っている。

利用者の誕生日には、好きなものを提供する誕生祝い膳や毎月のお楽しみ御膳などを企画し、利用者に好評を得ている。

今後も利用者の意向や満足度を聴き取り、希望に応じていく取り組みを継続していくことが期待される。

---

## ◆ 改善を求められる点

### ○地域との連携に向けて

法人の基本目標として、「地域に信頼される社協作り」「住民主体による地域福祉の推進」が掲げられている。

法人では、中・長期計画の中に地域福祉をめぐる現状と課題の分析を明記し、地域ケア会議への参加や運営推進会議を活用し把握に努めている。

事業所の役割や機能を達成し、福祉サービスの質を向上させていくためには、地域の様々な機関や団体との連携が重要である。事業所としては、広報誌を通じて行事の情報提供を行ったり、ボランティアとの交流を図ったりしながら、地域との繋がりを構築するために取り組み始めたところである。

地域密着型の事業所としての特性を活かし、①地域包括支援センター・民生委員・居宅介護支援事業所等、現在の協力関係先との連携を強化にする。②日常的な交流を通して地域住民や町内会、地元消防団等とも関係作りを行う。③福祉ニーズを把握し、情報共有がスムーズに行えるよう連携が必要な機関・団体が一目でわかるようにリスト化するなどの取り組みを行い、地域と事業所が共に歩んで行くことに期待したい。

### ○プライバシーの保護に向けた取り組み

事業所ではプライバシーに関する規定・マニュアルが整備されており、休憩室にはプライバシーポリシーについても掲示され、職員が日常的に確認できるようになっている。

日々のミーティングでは、不適切なケアや人権尊重について、どんな小さなことでも職員の気付きを話し合い、利用者を尊重した介護が実践できるよう取り組んでいる。

浴室の出入りへの配慮やトイレ誘導の声かけへの配慮など、徹底したプライバシー保護の実践に努めている。トイレの入口はカーテンで仕切られているが、トイレ誘導の際には、職員が付き添い、必ずカーテンを閉めるという配慮がなされている。

事業所の設備・構造上、改善が難しい点もあると思われるが、何歳になっても排泄はプライベートな行いであり、他人に見られたくない、音を聞かれない生活習慣である。更には、個人の尊厳に関わる大切な領域である。利用者はもちろんのこと、利用者家族、ボランティアの方々、職員が他人に気遣うことなく、気持ち良くトイレを使用出来るようソフト・ハード両面から改善していく取り組みに期待したい。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(H30. 3. 12)

私たちデイホーム有田には、まだまだ『伸びる力』があります。その『伸びる力』を導き出し、助言を頂くことが第三者評価の最大の魅力です。利用者様、ご家族、職員・・・皆で居心地の良い事業所を一緒に築いている喜びをかみしめています。

評価結果がひとつの冊子となり手にした時の感動は今でも鮮明に蘇ります。温かくもあり、ずっしりと重いものでした。

まだまだ伸びる上越市社会福祉協議会デイホーム有田を皆様に温かく見守って頂けると幸いです。受審に携わって頂いたすべての皆様に心より感謝申し上げます。

上越市社会福祉協議会

デイホーム有田

管理者 山田 寿恵

(H . . )

(H . . )

⑧ 評価細目の第三者評価結果（別添：公表様式2のとおり）

【参考情報】福祉人材育成の取組に関する施設・事業所のコメント

<事業の重点項目にかかる具体的施策>

- 地域で安心して生活できる福祉サービスの提供と、そのための人材育成の取組を進め、人としての幸せを実感できる絆をサービスの提供を通じて築くことを目指します。
- 利用者本位の福祉サービスの提供を原点におき、利用者一人ひとりの尊厳と自己決定を重視し、その人らしさを大切にする支援を提供します。
- 住み慣れた地域で自分らしい生活を続けるために、利用しやすく柔軟に対応できる地域に根差したサービスの提供に向けて取り組みます。また、事業所が地域の福祉資源として地域づくりに役立てるように、地域住民や関係機関と連携・協働して、地域福祉の推進に取り組んでいきます。

評価細目の第三者評価結果  
【 高齢者施設（事業所）版 】

デイホーム 有田

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－１ 理念・基本方針

Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅰ－１－（１）－① 法人や施設（事業所）の理念が明文化されている。	a	「共に生き共につくる福祉社会を目指して」～いつまでも住み慣れた地域で心豊かな健やかで生きがいのある生活を～を法人の理念として掲げ、事業計画・広報誌・パンフレット・ホームページ等で幅広く公開されるとともに、事業所内に掲示されている。法人理念を基に基本目標が策定され、地域に根ざし、利用者本位の福祉サービスを提供していこうとする姿勢が窺われる。
Ⅰ－１－（１）－② 法人や施設（事業所）の運営理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	法人理念を基に基本方針が策定されている。「地域に信頼される社協づくり」「住民主体による地域福祉の推進」「利用者本位の福祉サービスの提供」を掲げ、運営・事業実施計画に明文化している。さらに計画の推進に当たって、具体的な取り組み方法について記載されている。理念の実現に向けて、目指すべき方向性が明確に示されている。
Ⅰ－１－（２） 理念や基本方針が周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	年度当初に全職員を対象に説明会が実施されており、且つ事業計画を配布し、周知を図る取り組みが行われている。さらに、平成29年8月には「理念ハンドブック」を用いて研修会を実施している。毎朝のミーティングには、理念の唱和を行い、理念や基本方針を理解したうえで、日々の仕事に取り組んでいけるよう工夫している。法人としては、周知方法の確認としてフォーマットを活用しているが、事業所としては、これから導入していく予定である。日常的に周知状況について会議やミーティング等を通して、確認しているが、今後は、さらにフォーマットを活用して可視化していくことが期待される。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	在宅ノート（利用者・家族と事業所との連絡ノート）の表紙に貼付し、日々目に触れるよう工夫している。パンフレットやホームページにも掲載し、周知を図る取り組みが行われている。今回第三者評価を受審するに当たって、アンケートを実施した結果からも、利用者に周知されていることが確認された。今後は、より一層の取り組みとして、利用中に理念の意味を伝える機会を設け、継続的に周知の確認を図っていくことに期待したい。

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	a	法人全体で、中・長期計画が策定されている。理念に基づき、組織強化や人材育成、地域ニーズに即した事業展開に取り組むことが明記されている。中・長期計画は5年を1期として策定されており、当該年度の実施状況と合わせて、毎年評価・見直しが行われている。年4回、介護サービス部会にて、現状を把握し、課題を抽出、改善に向けて検討を行っている。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	法人の中・長期計画に基づいて、より具体的な事業計画が策定されている。策定に当たっては、毎月の月次報告から経営状況等を把握し、各事業所の管理者からの意見を聞き取り、次期計画に反映する仕組みとなっている。利用率を含めた収支計画も前年度の運営状況から分析して設定されており、わかりやすく明文化されている。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画については、前年度の実績や現状を把握した上で、法人本部で策定している。策定に当たっては、それぞれの事業所の管理者が、職員の意見を聞き取り、介護サービス部会で検討される仕組みとなっている。毎月、月次報告において、稼働率や達成状況の確認がされている。ミーティング等を活用して、職員に周知を図り、目標達成に向けて意識を高める取り組みが行われている。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	年度当初に全職員を対象に説明会が実施されており、且つ事業計画を配布し、周知を図る取り組みが行われている。さらに、平成29年8月には「理念ハンドブック」を用いて、理念・事業計画の研修会を実施し、全職員が参加している。日頃わからないことは、会議等を通して質問できる機会が設けられており、パソコン内でもいつでも閲覧できるようになっている。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	事業計画については、ホームページに掲載し、いつでも閲覧可能となっている。利用者・家族に向けての説明や資料配布等の取り組みは行っていない。今後は、サービス利用の主体である「利用者」に向けて、事業所が実施するサービスへの理解・周知を深めるための工夫・取り組みに期待したい。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は、自らの役割と責任について、職場会議や月次報告会にて表明している。利用者に対しては、文書にはしていないが、その都度言葉で伝えている。「皆と一緒に作っていく」ことをコンセプトに、話し合っ、事業所のシンボルを決めた。利用者に福をもたらすように「招き猫」をシンボルとした。利用者には少しの遊び心を、職員は福祉のプロとしての在り方を考えながら、サービスを提供していくことを表明している。災害対応マニュアルの中に、有事の際の管理者の責務と組織図が明確に示されている。今後も継続した取り組みを行うことによって、よりいっそう自らの役割や責任に対する理解と信頼を深めていく事に期待したい。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	法人では、月次報告会を活用し、管理者を対象に、法令遵守について研修会を開催している。研修後は、全職員に確実に周知するよう、夕方のミーティングの際に二日間に亘って伝達を行っている。法令遵守マニュアルが整備されており、随時見直しを行うとともに、いつでも閲覧できるようになっている。国や県の通知文書を含め、法令の改定や新聞のトピックス情報など収集に努め、職員へ周知している。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
評価細目	評価結果	コメント
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	毎月の月次報告会において、稼働率やサービスの質・内容について報告・評価を行っている。法人では、全事業所での取り組みとして、「変革マップ」を作成し、理念を基に、①基本方針②事業方針③理想像④ものさし（現地）⑤うまくいっていること⑥さらにやるべきこと⑦理想像に向けて目標を上げるための具体策を話し合い、質の向上に向けて実施している。年度末に振り返りを行い、次年度に向けて課題の抽出・検討を行っている。日常的な関わりの中から、利用者の「生の声」を聞き取ることが必要と考え、交流の時間を大切にしている。今後も利用者や職員の声に耳を傾け、質の高いサービスを提供できるよう、組織として取り組んで行くことに期待したい。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	毎月実施される月次報告会の場において、稼働率や収支状況について報告・分析が行われ、経営や業務の効率化に向けて検討されている。決算状況等については、収入と支出のバランスや人材は適正かどうか、管理者が自己評価を行い、可視化できるよう取り組んでいる。収益性・機能性・合理性を徹底し、成果を上げことを目標として実施しているが、数値だけで評価するのではなく、プロセスが大切だと考えている。一年に2回、職員と課長との面談を実施し、現状の把握と職員参画の下、働きやすい職場づくりに向けて取り組んでいる。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅱ－１－（１）－① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	法人全体で、上越市における人口動態や福祉ニーズについて把握し、データを基に事業の見直しや中長期計画に繋がられるよう努めている。事業所としては、地域ケア会議や事例検討会への出席、運営推進会議を活用して現状や課題の把握を行っている。今後は、把握されたニーズを基に将来像を見据え、事業所として具体的な事業計画を策定し、実行していく事を期待したい。
Ⅱ－１－（１）－② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	毎月の月次報告会で報告・分析が行われ、経営指標会議において、現状を明らかにしたうえで、課題や改善策が検討されている。定期的利用率やコスト分析を行い、職員に周知することによって、課題を共有する取り組みが行われている。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	半年に1回、法人内監査が行われ、財務・経営・サービス部門でそれぞれ評価や指導を受けることにより、適正な事業運営が図られている。また、毎月外部会計事務所の税理士による会計監査を実施し、透明性の確保と経営改善に努めている。専門家による指導・助言のもと、事業の適正化が図られており、今後も継続した取り組みを行っていく事を期待したい。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	運営・事業実施計画の中で、人材育成と質の向上、人材確保について明文化している。人事管理については、有給や時間外労働を含め法人本部で管理している。一昨年より、ホームページで資格要件等を明示し、サービスの質を確保するための人材募集を行っている。今後は、有資格者の配置や育成に向けた、より詳細で具体的な人材確保構想をプラン化し、組織の人事管理がさらに具現化されることを期待したい。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	現時点では人事考課制度は構築されていない。しかしながら、全職員と面談を行い、個々の目標を設定し、自己計画を策定した上で目標実現に向けて取り組んでいる。目標は、職場会議で発表し、モチベーションを高める取り組みが行われている。達成状況は、上半期・下半期で評価を行い、次年度に向けて新たな課題を設定している。異動等については、自己申告書により、職員の意向を確認している。今後は、これらの取り組みを規定として明文化し、職員の理解と認識の上で、より効果的に実施し、透明性・客観性の確保がなされることを期待したい。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	有給休暇の消化率や時間外労働のデータ等は、総務課で管理し、把握されている。定期的に職員との個別面談の機会が設けられ、勤務状況や意向を確認する仕組みが構築されている。管理者は、日常的に職員の就業状況や心身の状況に気を配るなど、事業所全体の関係性が構築されており、さらに介護サービス課長に実情を報告し、改善に繋げる仕組みとなっている。平成28年4月から、ストレスチェックを実施し、管理職が相談窓口となると共に、必要に応じて産業医に繋げる取り組みを行っている。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	上越勤労者福祉センターに加入し、希望する職員は、食事や温泉チケットなど利用できるようになっている。腰痛予防対策としては、ミーティング時に体操を実施したり、腰痛予防の研修を実施したりと職員への意識付けを行っている。健康診断は定期的に行われ、ストレスチェックも実施されている。今後は、さらに職員が活用しやすい余暇活動の整備を行うと共に、相談窓口について、複数の機関や方法から選択できる仕組みを構築していくことを期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	法人の中・長期計画及び事業計画において、人材育成に関する方針や目指すべきサービス提供の方向性が明示されている。さらに、「上越市社会福祉協議会職員研修計画」の中で、基本方針・目指すべき人物像・研修目標・計画等具体的に記載され、職員への周知を図っている。資格取得についても推奨されており、スクーリング等に関する勤務調整等の配慮も行われている。
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	b	法人全体で、研修計画が策定されている。具体的な研修方法として、①OJT②階層別研修③課題別研修④自己啓発支援として位置付け、具体的な目的や内容がきめ細かく明示されている。研修計画については、介護員会議の中で希望を聴き取り、法人の総合企画室で計画立案が行われている。職員は、年度当初に目標を設定し、目標達成のための研修に参加する仕組みとなっている。今後は、目標設定と連動して、個々の研修計画が策定されることが望まれる。現場の実情に即した計画を立案すると共に、職員一人ひとりがより意欲的に研鑽できるよう、体制を整えていくことを期待したい。
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	外部研修に参加した職員は、復命書を作成し、回覧もしくは伝達講習を実施している。内部研修については、アンケートを実施し、研修内容の評価を行うと共に、次年度の計画に反映されるよう取り組んでいる。必要に応じて全職員が参加できるよう、同じ内容で2回に分けて開催する等、配慮されている。今後は、内部研修がどのように現場の中で活かされ、成果に繋がっているかを検証し、ステップアップを目指していくことに期待したい。
II-2-(4) 実習生の受入れと育成が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習生の受け入れに関しては、人材育成の観点からも重要と考え、体制を整えている。受け入れ窓口は、法人本部の介護サービス課で行っており、事業所では管理者が担当している。「ボランティア・実習の心得」を基にオリエンテーションを実施し、個々の実習生に合わせたプログラムを提供している。今後は、全職員が受け入れの意義を理解し、統一した指導ができるよう、事業所の実情に合わせたマニュアルの整備に取り組んで行くことを期待したい。

## II-3 利用者の安全・安心の確保

II-3-(1) 利用者の安全・安心を確保するための取組が行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全・安心を確保するための体制が整備されている。	a	災害対応マニュアル・衛生管理マニュアルが整備され、緊急時における管理職の責務や対応についてのフロー図が明示されている。法人の危機管理委員会・安全衛生委員会が定期的開催され、安全且つ適切なサービスを提供するため、事故防止の観点から検証・評価・提言がなされている。安全委員会主催の研修会を実施し、職員への意識付けと周知に努めている。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全・安心の確保のための取組を行っている。	b	多様な災害を想定したマニュアルが整備され、定期的に防災訓練が実施されている。職員に対しては、避難訓練の前にマニュアルに沿った学習会を実施している。備蓄品はわかりやすくファイルに整理され、厨房で管理されている。今後は、運営推進会議を通じた日常的な連携の呼びかけや、地元消防団、町内会等地域との協力関係がより強固になるよう、取り組んで行くことに期待したい。
II-3-(1)-③ 利用者の安全・安心を確保するためにリスクを把握し対策を実行している。	a	事故及びヒヤリハットが発生した際には、ミーティング時に随時検討し、報告書を作成している。報告書は、さらに法人の危機管理委員会・安全衛生委員会で検討され、事業所にフィードバックする仕組みとなっている。改善策を実施し、評価・再評価する仕組みが構築されている。毎週金曜日に発信される上越市社会福祉協議会通信で、事故の発生状況等掲載し、職員に周知する取り組みを行っている。事業所内の設備・備品については、定期的に点検し、チェックリストに記載。安全確保のための体制整備に努めている。
II-3-(1)-④ 緊急時（事故、感染症の発生時など）に、迅速な対応ができる仕組みがある。	a	事故発生時の対応フローチャートが作成され、緊急時にも迅速な対応がとれるよう、体制が整備されている。心肺蘇生やAEDの使い方など、応急手当講習会への参加を促し、スキルアップを図っている。不測の事態を想定し、法人で司法書士・弁護士・保険会社と連携し、いつでも相談できるよう、体制整備が図られている。

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	「地域に信頼される社協づくり」「住民主体による地域福祉の推進」を法人の基本目標として掲げ、事業計画の中で、さらに具体化されている。事業所の取り組みとしては、広報誌を通じて、ギターコンサートやフェスタなど行事の情報提供を行い、参加を呼びかけている。ボランティアとは日常的に交流を図っており、誕生日には食事に招いたり、収穫祭・夏祭り・民謡流しなど一緒に参加してもらったりしている。地域のイベント等の情報発信や参加については、取り組み始めたところであり、今後も地域との繋がりを意識したサービス提供が展開されることを期待したい。
II-4-(1)-② 施設（事業所）が有する機能を地域に還元している。	b	法人全体としては、介護教室やいきいきサロン等計画、開催している。事業所独自では、運営推進会議で意見を聞きながら、実施に向けて取り組み始めたところである。具体的には、広報誌の地域への配布や介護技術や方法について専門職としての知識を還元する取り組みなど検討している。今後は、地域密着型の事業所としての特性を生かし、災害時の役割も含めた機能の還元について、検討していく取り組みに期待したい。
II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	ボランティアの受け入れについては、「ボランティア・実習の心得」の中で、基本姿勢を明示している。登録に係る書式や健康チェック表も整備されている。日常的に積極的なボランティア受け入れを行っており、利用者との交流や関係性にも配慮されている。行事の際にはボランティアを招いて、一緒に食事を楽しむ等の企画も実施されており、事業所をより深く理解してもらうための取り組みを行っている。守秘義務等については、その都度口頭で説明しているが、今後は、より明確なマニュアル作成や研修等を実施し、利用者・ボランティア双方が安心して交流できるよう、体制を整えていく事を期待したい。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	法人としては、地域との全ての機関との連携がとれている。事業所としては、地域包括支援センター、民生委員、居宅介護支援事業所との連携は日常的に行っており、現在地域密着事業に取り組み始めているところである。今後は連携が必要な機関、団体等のリスト化を行い、ミーティング等で情報の共有を図っていくことに期待したい。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	地域ケア会議等にて事例検討を通し、関係機関との連携が図られている。また、サービス担当者会議には必ず出席し、情報の共有を行っている。かかりつけ医との連携については、家族、介護支援専門員を通して行っている。日常生活自立支援事業を利用している方もおり、必要時には介護支援専門員と連絡を取っている。今後も現在行っている支援の継続が望まれる。

Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	運営推進会議にて月次の報告会を行い会議の中で意見をもらっている。福祉ニーズの把握については、包括支援センターや介護支援専門員からの情報が多く、利用者のニーズの把握については日常の関わりの中から、職員が把握し関係機関へ繋げている。今後はさらに、地域のイベントに積極的に参加し、地域住民や民生委員等から具体的な福祉ニーズの把握に努めていくよう期待したい。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	法人としての、中・長期計画の中に地域福祉をめぐる現状と課題の分析を行い、法人の基本理念でもある「共に生き共につくる福祉社会を目指して」が明示してある。地域包括推進活動にのっとり、中・長期計画に基づく活動の中に、今年度は市内の中高一貫校に出前授業に行っている。今後もさらに法人で把握した福祉ニーズに基づき事業所での活動に期待したい。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（１）－① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	日常の会話から利用者の好きな物、苦手な物を聞き取り、個別の記録に記入し職員が共有している。人権擁護研修や虐待防止研修を定期的に行い、研修後は振り返りアンケートを実施している。介護員研修「言葉の虐待」研修には、事業所全職員参加し、研修から「言葉の言い換え」を学び、「ちょっと待ってください」を使わない活動を行い、職員に意識づけをしている。今後も継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ－１－（１）－② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	b	プライバシーに関する規定、マニュアルが整備されている。プライバシーポリシーについて休憩室にも掲示し、日々のミーティングでも職員の気づきを話し合い業務に反映している。介護業務マニュアルにもプライバシーに関する記述がある。入浴介助では、浴室の入り口カーテンを2重にし、職員が声を掛けながら事故防止とプライバシーの両面に配慮されている。トイレ誘導でも職員が付き添い、カーテンを閉める配慮ができています。今後は、プライバシー保護についての研修を行い継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者アンケートは年1回行っている。集計結果から職場会議で話し合い、事業所方針としての「100%かなえる！」を実行に向けて取り組んでいる。アンケート結果は、利用者・家族に配布している。運営推進会議を定期的に行い、出席者から意見をもらっている。「意見箱」も設置しており、今年度書きやすい様式に変更した。入っていた意見は玄関に掲示し、ありた新聞にも記載している。今後も継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－１－（３）－① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	日常の関わりの中で、利用者からの意見や相談を聞くよう努めている。午後からのお茶の時間には、職員が利用者と一緒に過ごし、やりたい事や相談事を聞き、個別のケース記録に記載している。電話での相談事や問い合わせには、管理者と相談員が対応している。電話での内容は、相談員ノートに記載し、職員に申し送りが必要な内容であれば、個別のケース記録にも記載している。
Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	法人の苦情解決実施規程があり、手順も明記されている。事業所の重要事項説明書に窓口の記載もあり、契約時に説明をしている。玄関にも掲示しており、ホームページ内にも苦情申し出窓口がある。連絡先が明記しており、第三者委員の設置も整備している。苦情を受け付けた時は、日々のミーティングで共有し、検討後自宅に伺い、家族に説明をしている。今後は利用者にも分かりやすく、見やすい掲示の工夫に期待したい。
Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	利用者からの意見があった時には、職場会議や日々のミーティングで話し合いをしている。対応については個別ケース記録、ミーティングノートに記載している。今後は、意見や提案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規定したマニュアルを整備し、実施していくことに期待したい。

### Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－２－（１）－① 福祉サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	自己評価は１年に１回行っている。法人で決められた様式にて、事業方針・課題・評価振り返りシートにより自己評価を行っている。法人の介護サービス課が集約している。法人内で繋がっている共有フォルダーがあり、誰でも閲覧できる。職員個人としても自己評価を行っており、法人で決められた「自己申告書」に自己計画・取り組む姿勢・評価を記入し、所属長に提出している。個々に目標を決め、年度末の職場会議にて発表をしている。
Ⅲ－２－（１）－② 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	法人で決められた、課題対策振り返りシートがあり、人員配置、予算決算等、統計給付係りが分析し法人全体として把握している。また、本データも法人内で繋がっている共有フォルダーから誰でも閲覧できる。経営指標会議を年２回行い、事業所の管理者が出席し、実績報告、収入支出等経営成果を報告している。
Ⅲ－２－（２） 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－２－（２）－① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	法人で統一したマニュアルが作成され、職員がいつでも閲覧可能となっている。変更等については、本部の介護サービス課が行っており、その都度修正をしている。法人のインフォメーションにて職員に周知し、ミーティングでも確認している。今後は、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、研修や個別の指導等によって職員に周知を深めるための工夫・取り組みに期待したい。
Ⅲ－２－（２）－② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b	事業所の運営、サービス提供内容、記録等については年１回介護サービス課で点検、指導している。事業所内で、次年度の話し合いの時は、法人内の書式を使用し、職員からの意見を吸い上げ、介護サービス課に報告する仕組みづくりが構築されている。今後は定期的なマニュアルの見直しを行い、職員や利用者等からの意見や提案が反映できる仕組みづくりに期待したい。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－２－（３）－① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	居宅ケアプランに基づいて、通所介護計画実行表が作成され、記録に差異が生じないように注意点等を書き込み、「見本ファイル」を作成している。管理者を対象に「記録・報告の技術」の研修を行い、ミーティングにて職員に復命し周知している。研修で学んだことと職員の提案から個人記録ファイルをより見やすく充実したファイルへと工夫を行った。今後も継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ－２－（３）－② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録管理の責任者は管理者が行っている。契約書の中に保存期間、開示等の記載があり、利用開始時に説明をしている。法人全体の例規集の中に、文章の保存期間が明示されており、記録の破棄については、介護サービス課が年１回収集日を決めて、本部でまとめて処分している。個人情報に関する方針（プライバシーポリシー）が職員の休憩室に掲示してあり、注意喚起している。今後も、継続した取り組みに期待したい。
Ⅲ－２－（３）－③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	日々の申し送りは、ミーティングノートに記載し確認印にて職員に周知されている。利用者の様子は、個別のケース記録に記載している。追加情報は、その都度追記され職員で情報の共有ができています。介護支援専門員が開催する担当者会議には出席し、変更があればメーカーでチェックし職員に伝えている。

### Ⅲ－３ 福祉サービスの開始・継続

Ⅲ－３－（１） 福祉サービス提供の開始が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－３－（１）－① 利用希望者に対して福祉サービスの選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページを公開し情報提供を行っている。関係機関にはパンフレット・「ありた新聞」を配布している。利用者より字を大きくしてほしいとの要望から、字を大きくし、1カ月の様子が分かるよう写真の掲載を多くした。題字は利用者から毎月書いてもらっている。1ヶ月ごとのモニタリングと一緒に、居宅の事業所へ相談員が持参している。体験利用、見学等はその都度対応しており、体験の様子は、家族・介護支援専門員に文章で伝えている。
Ⅲ－３－（１）－② 福祉サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	初回利用時と介護度が変わる時にその都度説明し、署名・捺印をもらっている。利用料金については、利用者に関わる所は色分けし、丁寧に説明をしている。必要があれば、電話での対応も行っている。
Ⅲ－３－（２） 福祉サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－３－（２）－① 施設（事業所）の変更や家庭への移行などにあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	自宅から、ケアハウス・サービス付き高齢者向け住宅等に移行した場合も、継続して利用ができるよう配慮している。送迎時は、各施設の職員に口頭で状態確認をしている。特変があった時は、やり取りした内容を個別の記録に残している。他施設等へ移行される時は、介護支援専門員からの要請により、情報を伝えている。

### Ⅲ－４ 福祉サービス実施計画の策定

Ⅲ－４－（１） 利用者のアセスメントが行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－４－（１）－① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	状態確認表・基本台帳を初回面接の時に記入している。基本台帳には利用者の希望や留意点を記入し、注意点はマーカーでチェックし、注意喚起している。状態変化時、または、介護支援専門員から依頼があった時はサービス担当者会議に参加し、状態確認表に追記し変更している。居宅介護支援計画書を基に、通所介護計画書を作成しサービス提供をしている。
Ⅲ－４－（２） 利用者に対する福祉サービス実施計画が策定されている。		
評価細目	評価結果	コメント
Ⅲ－４－（２）－① 福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	通所介護計画書策定の責任者は管理者となっている。計画の策定にあたっては、介護支援専門員が開催する担当者会議に出席し、利用者の意向把握を行い、多職種協働の下、意見が交わされ合議の上で策定している。通所介護計画書の他に、個別に手順留意事項を記載し、利用者個々に応じた強みを活かした計画書の作成をしている。モニタリングは担当職員へ振り分け、1ヶ月ごとに作成し、介護支援専門員に配布している。
Ⅲ－４－（２）－② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	通所介護計画書の見直しは、介護保険更新時と状態変化の時に、その都度居宅介護計画書に基づいて行っている。事業所では、計画書に変更があった時は、ミーティングノートに記載し、職員に周知している。日々のミーティングにて利用者の気づきを話し合い、医療的な部分は看護師から他職員に話があり、評価、見直しを行っている。計画書の説明は、送迎職員が行っており、家族、本人に説明をし、署名、捺印により同意を得ている。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 利用者の尊重

A-1-(1) 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(1)-① 【訪問介護以外の場合】 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a	利用開始前に、利用者の心身の状況や生活歴は基本台帳に細かく記載している。利用後も会話の中から、趣味や興味がある物、好きな物、嫌いな物等を随時追記し、利用者個々に応じた生活ができるよう工夫をしている。「小さなできた」「当たり前の大切さ」を積み重ね、「やってみよう！」を事業所の活動として、職員の創意工夫で利用者の希望に沿ったサービス提供を行っている。季節に応じて外出行事や、地域の行事に作品を展示している。地域の保育園との交流も行い、利用者が寄付することを励みに縫い物に取り組んでいる。今後も継続した取り組みに期待したい。
A-1-(1)-①【訪問介護の場合】 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	対象外	評価対象外項目
A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a	利用者個々の状態に合わせ、耳元で話をしたり、コミュニケーションボードを使用し、筆談で会話をしている。お茶の時間には、職員が利用者の各テーブルに付き、色々な意見を聞いている。不適切な対応があれば、職員間で注意し、管理者が個別で話し合いをしている。法人研修として、年1回接遇研修があり、「接遇・マナーの基本」を各事業所に配布し、職員に周知している。

A-1-(2) 利用者の権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(2)-① 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	事業所職員は「言葉の虐待」研修に参加し、研修で学んだ言い換えシートについて、ミーティングの中で話し合いを行っている。事業所の取り組みとして、「ちょっと待ってください」を言わない活動を職員に周知し、定期的に取り組みをしている。職員のストレスチェックは定期的に行っており、個別に希望があれば、産業医に繋げている。今後も職員の意識啓発のため、定期的に入権擁護に係る研修を継続的に行っていくことが望まれる。
A-1-(2)-② 身体的拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	「身体拘束ゼロマニュアル」が整備されており、職員が何時でも閲覧できる場所に保管されている。ニュースのトピックスや新聞記事など、身体拘束に関する記事があれば、休憩室に掲示し、職員へ周知している。本部の介護サービス課とも連携し、業務の中で確認している。
A-1-(2)-③ 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	安全衛生委員会が毎月危険な物、場所等をチェックする「チェックシート」が整備されている。看護師が、薬の説明書、受診状況等を把握し、ミーティング時に報告されている。状態変化がある時は、記録に残し、介護支援専門員、家族に情報として報告している。法人共通の認知症マニュアルが整備されており、定期的に見直しを行っている。さらに事業所としては、各業務マニュアルの中に認知症への配慮についても記載されている。法人研修としては、認知症に関する研修は、定期的に行われている。今後も、継続した取り組みに期待したい。
A-1-(2)-④ 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a	洗剤や刃物など危険を及ぼす物品については、鍵の掛かる所に保管している。危険箇所はひらがなで簡潔に記載し、黄色と黒のテープを廊下に表示し、注意を促している。浴室の出入り口は、保温とプライバシー保護の観点からカーテンを2重にし、職員が一人付き添い、転倒がないよう注意している。共有スペースは利用者のやってみよう事を掲示し、会話の中やお茶の時間等の話題作りになっている。今後も利用者の個性を活かしながら生活できる環境づくりに期待したい。
A-1-(2)-⑤ 成年後見制度や日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）の利用情報の提供など支援を行っている。	b	職員の休憩室に、「成年後見制度」「日常生活自立支援事業」のパンフレットの掲示があり、何時でも閲覧することができる。必要に応じて法人内の地域福祉課の支所と、随時情報の共有ができており、何時でも相談することが可能となっている。現在法人内での勉強会も行っているが、参加者が少ない現状がある。今後は研修会を通して、知識を深め、事業所としても家族、利用者に情報提供できるよう期待したい。
A-1-(3) 福祉サービス実施計画の実践		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(3)-① 福祉サービス実施計画に基づいて、自立生活が営めるよう支援している。	a	居宅介護支援計画書に基づき、通所介護計画書を作成し支援を行っている。利用者一人ひとりが目的を持ち生きる（生きる）ができる事業所作りを目指し、日々活動している。創作活動や、脳トレ等も利用者が選択できる仕組み作りが出来ており、職員も利用者個々の特性を把握している。家族からも電話での問い合わせも多く、気軽に相談され信頼関係も構築されてきている。職員のチームワークも良く、やりたい事が実行でき、職員間で相談できる仕組み作りも出来ている。
A-1-(4) 預かり金・所持金の管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-1-(4)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	対象外	評価対象外項目

A-2 日常生活支援

A-2-(1) 食事		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(1)-① 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況（咀嚼能力等）及び嗜好を考慮し、適切に行っている。	a	意向調査は調理員が年に一度家族へ文書にて行っている。それに基づき食事形態も食札にて個別に対応がなされ、咀嚼能力に応じて、レベル1～6まで誰が見てもわかるよう写真付きで確認する工夫がされている。介護業務マニュアルの中に食事に関する誤嚥、誤飲マニュアルも整備されている。日々の食事量、水分量はケース記録に記載し、家族へは在宅ノートにて伝えている。毎月第3木曜日には法人にて調理員会議が行われ、栄養士、調理員が参加し検討会の内容等、その都度調理員全員に報告されている。
A-2-(1)-② 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	a	法人の栄養士が献立を立てている。事業所での行事食等は栄養士の指導を受け調理員が工夫している。地元の食材や季節の食材を取り入れたり、苦手な物は差し替える、利用者に合った食器の提供、目でも楽しめる盛り付け等、美味しく食べるための工夫が随所に見られる。エプロンの使用も家族の希望以外は、目立たないハンドタオルを使うなどの配慮がなされている。その日のメニューはホワイトボードに大きく書かれている。また食事が始まってすぐ調理員がメニューの説明をするなど、食事環境への工夫がなされている。調理室の清掃は安全衛生委員会のチェックリストに基づき、毎日実施されている。気付きがあればミーティングで話し合われている。
A-2-(1)-③ 自力で食事を摂取するための支援・配慮や、利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	自力摂取の可能性については担当者会議の中で検討され、必要があれば介護計画書の留意事項に記載している。自助具については、福祉用具専門員の助言を受け、家族に繋ぎ、購入することもある。昼食前に嚥下体操を実施し、昼食後は全員が歯磨きを行っている。消毒は看護師が毎日行っている。法人内の歯科衛生士が2名おり、月2回巡回訪問にて助言・指導が行われている。口腔ケア加算のある方には、口腔機能訓練計画書が作成され、3ヶ月毎に見直しが行われ、口腔機能向上サービス実施記録表に記録が残されている。今後は口腔ケアに関する研修の資料に基づき取り組みを深めていくことに期待したい。
A-2-(2) 入浴		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(2)-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	入浴前に看護師がバイタルチェックを行っている。入浴に関するマニュアルも整備されている。入浴形態の変更については本人に了解を得て、介護支援専門員、家族に連絡を行っている。個別の入浴方法については通所介護計画に記載されており、家庭での入浴については担当者会議にて確認している。入浴順や男女の入れ替えなど、偏りがないよう配慮している。入浴拒否の方へは、通所介護計画に対応の仕方を記載し、職員を変えたり、時間をおいて対応するなど、介助方法を工夫している。
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	a	失禁等、その都度利用者の希望に沿えるよう対応している。現在は同性介助を希望される方は居られないが、プライバシーへの配慮については、特に気を付けている。身体的な理由などにより、入浴出来ない利用者についても計画に沿って清拭等で清潔を保つようにしている。
A-2-(2)-③ 浴室や脱衣場等の環境は適正である。	b	改善、環境整備について検討会議は行っていないが、必要があればその都度話し合い対応を行っている。メンテナンス、清掃は業者に依頼しており、水質検査は年に2回専門業者が行い、検査成績報告書が出されている。現在、季節に応じた温度調節など対応はされているが、今後は、より快適性に配慮した取り組みに期待したい。

A-2-(3) 排泄		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(3)-① 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて快適に行っている。	a	介護業務マニュアルの中に排泄介助のマニュアルが記載されている。排泄用具についての研修が法人内で開催されており職員が参加している。個別チェックリストは特にないが、定時・随時利用者に合わせて行っており、家庭での排泄についても、在宅ノートにて家族と連絡を取り合っている。排便に関しては利用日に確認を行っている。現在おむつ交換の必要な方は居られないが、ベッドに衝立を用意するなど、プライバシーや羞恥心に配慮した対応が可能となっている。
A-2-(3)-② 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取組を行っている。	a	自立した排泄が出来るよう、利用者個々の状況に合わせて定時誘導等が行われている。トイレ内には手すりはもちろん、杖置き場もあり、柱の角はタオルで保護されており、安全のための工夫がなされている。
A-2-(3)-③ トイレは清潔で快適である。	b	清掃は毎日行われ、職員がその都度確認をしており、汚れていれば消毒を行っている。冬場のトイレの保温も配慮されている。換気や採光も適切であり清潔を保持している。今後は清掃チェック表の活用や音に対する配慮の工夫が望まれる。
A-2-(4) 衣服		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択や着替えについて支援している。	対象外	評価対象外項目
A-2-(5) 理容・美容		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	対象外	評価対象外項目
A-2-(6) 睡眠		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	対象外	評価対象外項目

A-2-(7) 健康管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(7)-① 日常の健康管理が適切に行われている。	a	健康管理マニュアルが整備されている。健康状態の記録は在宅ノートに記載されており、看護師が朝確認を行い、日中の記録をしている。また必要な方には看護師が経過観察を行い、帰宅前にもバイタルチェックを行うなど、個別対応が出来ており、介護職員にも情報共有されている。利用者の健康維持・増進のため、理学療法士の助言・指導による転倒予防体操、骨折予防体操など集団での体操も行われている。
A-2-(7)-② 必要な時には、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されている。	a	緊急時の対応マニュアルが整備されている。体調変化時の対応については職場会議の中で看護師が研修を行い、職員に周知している。ケース記録に緊急連絡網が整備されており、担当者会議にて定期的に見直しが行われ、全職員が共有している。
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	薬物管理についてのマニュアルが整備されている。利用者が来所され、内服するまでの間は事務所内の施錠出来るロッカーにて保管されており、看護師が管理している。内服は看護師によって行われ、在宅ノートに「服薬済」と記入されることになっている。
A-2-(7)-④ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。	a	褥瘡予防マニュアルが整備されており、皮膚状態の観察は毎日行われ、記録に残されている。現在褥瘡のある方は居られないが、今後は更に個人の状況に合わせた配慮や、研修等にて職員の研鑽に努めていくことが期待される。
A-2-(7)-⑤ 医療機関の入退院時の対応が適切に行われている。	対象外	評価対象外項目
A-2-(8) 衛生管理		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(8)-① 感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等が整備されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。	a	感染症マニュアル、厨房・衛生管理マニュアルが整備されている。マニュアルに基づき感染症研修が行われ、職員に周知徹底が図られている。管理者が出席する予算・実績会議の中で職員や家族から感染症が発生した場合の対応について話し合いがもたれ、記録に残されている。
A-2-(8)-② 厨房や調理器具等の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	厨房衛生管理マニュアルが整備されている。自主管理点検表に基づき、毎日の清掃、消毒が行われている。厨房入口ドアは関係者以外入室出来ないよう施錠されることになっており、調理員も急用以外は配膳が終わるまで外へ出ない等、衛生面への配慮がなされている。検便は法人内で年間計画が作成されており、毎月期日が決められ実施している。
A-2-(9) 機能回復訓練		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(9)-① 機能回復訓練や介護予防活動は、個々の利用者の心身の状況に合わせた個別プログラムを策定し、実施している。	a	事業所では集団体操が行われており、看護師が機能訓練指導員を兼務し、助言・指導による個人の状態に合わせた運動を提供している。個別機能訓練加算のある利用者に対しては、居宅のケアプランを基に通所介護計画が作成され、身体機能評価表を用いて実施、記録、評価が行われている。また自宅でも出来る運動の提案もされており、利用者が主体的に訓練を行えるよう配慮工夫がなされている。

A-2-(10) 移乗・移動介護		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(10)-① 移乗・移動介護を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	利用者個々の状態に合わせた移乗、移動を行うよう努めている。効果的な方法についての研修は行っていないが、個別の対応についてはミーティングの中でその都度検討している。送迎サービスについても利用者の希望や安全に配慮しながら実施している。福祉用具の点検についても、その都度行われているが、今後は用具点検記録表を活用し、定期的に行える工夫が望まれる。
A-2-(11) レクリエーション・余暇		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(11)-① レクリエーションや行事の実施については、利用者の意向を聞き、十分に反映した取組を行っている。	a	レクリエーションや行事の実施については、個々の利用者の意向を聞き取り、反映した取り組みを行うよう努めている。また、出来るだけ参加出来るよう働きかけを行っている。現在、技術研修は行われていないが、職員が創意工夫をし、会議の中で情報共有を図っている。また、季節行事など家族やボランティアの方たちから協力して貰っているが、地域住民の方たちからも参加されるなど、更にすそ野を広げていく工夫が期待される。
A-2-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テレビは1台であるが、利用者同士のトラブルもない。DVDやビデオを取り揃えており、利用者と一緒に提供している。事業所内に「ありた文庫」があり、様々なジャンルの本を取り揃えている。利用者にも好評で、貸し出しも行っている。
A-2-(11)-③ 嗜好品については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の日常生活の継続性が保たれるように配慮している。	a	利用者の嗜好品については、利用開始時に把握するよう努めている。事業所の敷地内は禁煙となっており、現在喫煙される利用者は居られないが、利用者が望む場合には、基本的ルールの設定や他利用者への配慮などを話し合う機会を設けている。
A-2-(12) 送迎		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(12)-① 送迎車両の運行に関して、安全性・快適性に配慮している。	a	送迎記録簿、送迎マニュアルが整備されている。損害賠償保険にも加入しており、万が一の保証能力も有している。職員の日々の健康チェックが行われており、体調不良等が自己申告しやすい環境が図られている。その際、他職員が送迎を行うなどのフォローも万全であり、安全に対する意識も職員全員が高く持っている。
A-2-(12)-② 送迎車両への乗降時及び車両内での安全に配慮している。	a	送迎車両への乗降時においては必ず付き添い、転倒などが無いよう介助、見守りが行われている。車両にはステップアップ装置があり、軽車両については踏み台が用意されており、安全に配慮している。
A-2-(12)-③ 送迎時の交通事故や急病の発生など、緊急時の対応マニュアルが整備されており、適切に対応が行われている。	a	送迎・事故対応マニュアルが整備されている。また、通信手段として携帯電話を所持している。車中での急変等の対応については、職場会議の中で定期的に行われており、直近では感染症マニュアルの振り返りとしてフローチャートに沿ってシュミレーションが行われている。
A-2-(12)-④ 送迎時に家族等との情報交換をしている。	a	家族との情報交換は連絡ノートにて行っている。前回変化があった場合は前日、若しくは当日電話にて利用者の状況を確認し、職員間で共有している。また、定期受診後であれば、その様子についても確認が行われている。

A-2-(13) 建物・設備		
評価細目	評価結果	コメント
A-2-(13)-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a	安全衛生委員会にて作成された環境管理チェックシートに基づき点検が行われている。点検の中で不備があれば、業者に連絡をしている。日々の点検は相談員が毎日チェックを行い、利用者が快適に過ごせるよう配慮している。

### A-3 家族との交流・連携

A-3-(1) 家族との交流・連携確保		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(1)-① 利用者の家族との交流・連携を適切に行っている。	a	事業所の行事には声掛けを行い、お誘いしている。懇談会は行っていないが、必要時その都度連絡を行い情報共有が図られている。家族の介護負担に関しては、介護記録に付箋をつけて見やすいようにし、職員間で情報共有している。関係機関とも日常的に情報共有、情報提供が行われている。家族とは些細なことでも連絡し合い、介護に関する助言・指導が日常的に行われている。
A-3-(1)-② 外出・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われている。	対象外	評価対象外項目
A-3-(2) ターミナルケア（終末期の介護）		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(2)-① ターミナルケアの対応の手順を確立しており、利用者、家族の希望に応じて行っている。又はターミナルケアを検討している。	対象外	評価対象外項目
A-3-(3) サービス提供体制		
評価細目	評価結果	コメント
A-3-(3)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整えている。	対象外	評価対象外項目