

(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 受審施設・事業所

(1) 施設・事業所情報 (評価結果確定日現在)

名称：社会福祉法人佐渡市社会福祉協議会 金井デイサービスセンターしゃくなげの里	種別：通所介護 (老人デイサービスセンター)
代表者氏名：管理者 中村 正樹	定員：51名(登録数) 149名
所在地：〒952-1211 佐渡市中興乙2822番地1	
連絡先電話番号：0259-63-5085	FAX番号：0259-63-3240
ホームページアドレス	https://care-net.biz/15/sado-shakyo/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成16年3月1日	
経営法人・設置主体(法人名等)：社会福祉法人佐渡市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員： 12名 非常勤職員： 22名
専門職員	(専門職の名称) 名
	管理者 1名
	生活相談員 3名
	看護職員 2名 看護職員 2名
	介護職員 4名 介護職員 10名
	調理員 2名 調理員 5名
	運転員 4名
	業務員 1名
施設・設備の概要	(居室数) (設備等)
	食堂兼機能訓練室 1室 相談室 1室 相談室兼ボランティアルーム 1室 浴室 2ヶ所 (中間浴槽)(家庭浴槽) (特殊浴槽)(一般浴槽) 脱衣室 1室 リネン室 1室 静養室 1室 トイレ 5ヶ所 洗面所 5ヶ所 厨房 1室 職員休憩室 1室 事務室 1室

(2) 理念・基本方針

【基本理念】

誰もが安心して暮らすことができる福祉のまちづくりを推進します。

【基本方針】

- 1 利用者の人権を尊重し、個人の尊厳を大切にします。
- 2 市民との協働を大切にし、ボランティア育成の推進と地域福祉の充実を図ります。
- 3 福祉の担い手である人材確保と人材育成に積極的に取り組みます。
- 4 組織改革を推進し、効率的な事業運営を図ります。
- 5 情報公開を積極的に行い、透明性の高い経営と健全な財政基盤を確立します。

3 評価結果**(1) 第三者評価の受審状況**

評価実施期間	令和7年4月9日（契約日）～ 令和8年3月27日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	なし

(2) 総評**◆ 特に評価の高い点****○ワークライフバランスの推進と職員が働きやすい職場づくり**

事業所では、職員のワークライフバランスを重視した働きやすい職場環境づくりが積極的に進められている。勤務形態については、常勤・非常勤に関わらず、職員の家庭状況やライフステージに応じて柔軟に調整できる運用が行われている。特に、パート職員においては勤務日数や勤務時間の制限を設けず、4時間・5時間勤務など多様なシフトが認められていることで、育児・介護・通院などの事情を抱える職員でも働き続けやすい環境が整っている。また、勤務変更や有給休暇取得が比較的容易で、急な家庭事情にも対応できる体制が整備されている。職員同士の協力体制や管理者の理解を得た調整など、組織全体で「働き続けられる職場」を維持しようとしている。さらに、メンタルヘルス対策にも積極的に取り組んでいる。法人としてストレスチェックを定期的実施していることで、心身の負担に早期に気づき対応できる仕組みを構築している。メンタルヘルスに関する研修も実施しており、職員が心理的に安心して働ける環境づくりを行っている。

○展開される地域との交流・連携

法人、事業所の基本理念、運営方針に地域との関わりについての姿勢が明文化されている。重点目標の施策として、「第4次佐渡市地域福祉計画・地域福祉活動計画の推進」が位置づけされており、地域福祉の課題解決への取り組みと地域住民や関係機関との連携・協働に取り組んでいる。

実施計画である「つながり、支え合うまちづくり」では、学校、自治会等へ福祉教育事業「ふくボラ出前塾」が実施されている。また、「ボランティア活動の推進」では「佐渡市ボランティアセン

ター公式LINEアカウント」や広報誌及び社協ホームページで情報発信している。

「安全安心で住みやすいまちづくり」では、「地域の防災・防犯体制づくり」、災害ボランティア講座の開催、災害アドバイザー派遣事業検討会(佐渡災害ボランティアネットワーク等調整会議)など、情報交換と共有と地域の実情に即した様々な課題に取り組んでいる。それらの活動内容はホームページに掲載されるとともに、「社協だより」を地域全戸に配布し理解を得る取り組みが行われている。また、事業所では、法人と連携し日頃より地域のボランティアを受け入れ、学生ボランティア「夏休みボランティア体験プログラム」で受け入れるなど地域との交流に積極的に取り組んでいる。今後も地域の一員として交流・連携がなされるよう事業所づくりが期待される。

○ICT機器を活用した機能訓練や個別アクティビティーの提供

事業所では個別機能訓練加算を算定しており、ICT機器を利用した機能維持や介護予防活動に取り組んでいる。利用者一人一人に応じた目標プログラムをアプリで取り込み、リストバンド型の「Moffバンド」を利用して運動データをリアルタイムに把握し、体力維持・トレーニングに役立てている。また、利用者の意向からホールにWi-Fiを取付け、インターネットで趣味の動画視聴を楽しんでいる方など、利用者にとって楽しみ、喜び、刺激となり、脳の活性化や意欲の向上に繋がっていると思われる。今後も利用者の興味・関心や身体能力を把握し、個別ニーズに合わせた活動や健康維持への取り組みが期待される。

◆今後の取り組みが望まれる点

○人材育成や実習受け入れ体制に関する取り組み

島という地理的環境が持つ制約により、人材育成の機会が限定されている点もあるが、近年、実習生の受け入れが行われていない点は重要な課題である。将来的な介護人材不足が見込まれる中、学生や研修生を受け入れることは、地域福祉の担い手を育成する上で大きな役割を果たす。しかし現在は、受け入れに向けた準備が十分でなく、結果として地域全体の人材育成にも寄与しにくい状況にある。その背景には、実習受け入れに関するマニュアルや手順書が整備されていないことや、実習生受け入れ時の業務分担、安全管理、守秘義務、個人情報取り扱い、指導内容などが明確でないため、受け入れが進まない要因となっていると考えられる。標準化された受け入れマニュアルを整備することで、担当者の役割が明確になり、スムーズな実習対応が可能になることが期待される。

○マニュアルの見直し整備への取り組み

各種マニュアルは整備され、標準的な実施方法が文章化されている。サービス種類ごとに利用者尊重やプライバシー保護の姿勢が明示されている。標準的な実施方法では対応できない利用者に対して、通所介護計画において個別の介助方法を検討実施している。法人としてBCP(事業継続計画)は策定されているが、各種マニュアルの見直し反映までに至っていない現状も窺える。

今後は全てのマニュアルについて「法制度の改定・利用者、職員の意見」も含めた現状に即したものになっているか検証していく必要がある。見直しの時期や方法などについても規定を定め実施していくことが、より良いサービス提供に繋がると考える。

マニュアルの見直し整備を行い、職員へ周知徹底することが、福祉サービスの質の確保と利用者本位のサービスの継続に繋がることに期待したい。

○プライバシーに配慮した環境整備への取り組み

法人・事業所の基本方針、「利用者の人権を尊重し、個人の尊厳を大切にします。」が明文化されている。介護マニュアルには入浴・排泄などの各項目にプライバシー保護の一文が明記されている。職員は、入浴・トイレ誘導の声掛けなどプライバシー保護の実践に努めている。ワンフロアと限られた空間環境ではあるが、利用者増に伴い、工夫し新たに静養できる環境の確保に努めている。しかし、新たに設けられた静養室やソファなどプライバシーに配慮した環境とは言い難い場面もある。今後は環境整備も含めプライバシー保護と安全・安心への配慮を総合的に検討し、利用者・職員が快適に過ごすことができるようソフト・ハードの両面から改善していくことに期待したい。

(3) 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

(R 8.1.23)

今回評価をいただき、課題が明確になりました。

ご指摘のあった実習生の受入れマニュアルの整備と各種マニュアルの見直しに
取り組み、より良いサービスの提供に努めてまいります。また、新たに整備した静
養室のプライバシーについて検討し、利用者が快適に過ごせるよう努力するととも
に、職員が働きやすい職場づくりにも努めてまいります。

社会福祉法人佐渡市社会福祉協議会
金井デイサービスセンターしゃくなげの里
管理者 中村 正樹

(R . .)

(R . .)

(4) 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】施設・事業所の取組 (事業者記載欄)

(福祉人材育成の取組、サービスの質の向上に向けた取組など)

- 職員の資格取得を推奨することにより、資質の向上を図りサービスの向上に資するため、資格取得助成金を交付している。
- 動画視聴等を活用し業務に必要な知識や技術の習得を行っている。
- 外部講師を招き実践的なスキルを学ぶことで職員の知識とスキルの幅を広げている。

評価細目の第三者評価結果

【 高齢者施設(事業所)版 】

金井デイサービスセンターしゃくなげの里

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-1(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
評価細目	評価結果	コメント
1 I-1-1(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人の理念は法人ホームページ上に明示され、誰もが閲覧できる形で公開されている。また、運営方針については「社協プラン」として明文化され、事業所の方向性や基本姿勢が示されている。しかし、実際のサービス提供や年間計画の策定において、理念を十分に意識して反映するプロセスが確立しておらず、理念と実践が結びつきにくい課題が窺える。年に1回「法人理念」を学ぶ研修および「職員行動原則」に関する研修が実施されており、理念や原則に対する基礎的理解を深める機会は確保されている。ただし、研修で学んだ内容を日々の支援や計画づくりにどのように落とし込むかについて、継続的な振り返りや実践支援の仕組みは十分とはいえない状況が窺える。今後は、理念を実践につなげるための職員周知の方法やフォローアップなど、理念を日常の支援行動へ繋げる取り組みを強化することを期待したい。

I-2 経営状況の把握

I-2-1(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
2 I-2-1(1)-① 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	毎月「経営会議」を通し、サービス提供状況や運営上の課題を把握したうえで改善策を検討する仕組みが構築されている。会議では利用状況や収支、稼働率などの数字を分析し、その会議録を職員へ回覧することで、事業所全体で現状を共有できるよう努めている。また、地域ニーズの把握については、地域福祉課と連携して情報収集を行っており、地域に求められる支援や新たなサービスの必要性を多角的に捉え、地域との協働により、通所介護事業所として地域貢献の視点を持った運営が促進されている。さらに、各事業所から「経営改善計画」を提出する仕組みがあり、各職場が自らの課題を分析し、改善の方向性の明確化が行われている。昨年度には、利用者からの要望を踏まえてWi-Fi環境を導入するなど、ニーズに応じた環境改善が実現している。利用者の声を迅速に反映させる取り組みは、利用者満足度の向上に繋がっているといえる。今後も数字に基づく運営管理と地域・利用者ニーズへの対応を両立させ、継続的な質の向上を目指すことが期待される。
3 I-2-1(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	事業所では経営課題が本部へ上がる仕組みもあるが、課題解決までのプロセスが長期化しやすい状況が見受けられる。本部の介護保険課との会議は不定期で行われており、介護保険課からは現状報告や今後の方針を伝える機会はあるが、定期的・体系的な協議体制は整備されていない状況である。また、介護保険課は各事業所を訪問して状況把握に努めているが、現場と経営陣の間に経営方針の共有や方向性の理解に温度差がある現状も窺える。現在、パート職員の割合が多いことから、経営方針や事業運営に関する理解度が全体として低くなりやすい状況がある。今後は、経営課題に対する意思決定の速度向上、現場と経営側の認識共有の強化、そしてパートを含む全職員への情報伝達と理解促進のためのフォロー体制の構築に期待したい。

I-3 事業計画の策定

I-3-1 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
4 I-3-1-1 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	法人では、「社協プラン」と呼ばれる5年計画を策定しており、これは法人全体の発展・強化を目的とした中期的な指針として位置づけられている。計画には地域福祉の推進、相談支援、今後の事業展開、組織体制の整備・強化、人材確保と育成、組織運営の安定化等といった方向性が盛り込まれており、法人としての統一したビジョンを示す役割を果たしている。「社協プラン」は、職員が閲覧できるよう整備されており、全職員が法人の中長期的な方針を共有する仕組みがある。しかし、計画を「職員が閲覧できる状態」ではあるが、計画内容を十分に現場職員が理解し、日々の業務改善やサービス提供に活かすことについては、さらなる検討が必要な現状がある。今後は、パート職員を含む全職員が計画の内容を十分理解し、事業所として具体的にどう取り組むべきかを共有するために、定期的な説明の場や計画内容の振り返りの機会を設けることを期待したい。
5 I-3-1-2 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	法人では、事業計画を策定しており、事業所の特性や地域性に応じた目標設定が行われている。事業計画には、多岐にわたる目標が盛り込まれており、事業所運営の指針として機能している。各事業所ごとに、計画には具体的な数値目標が設定されており、達成状況の把握や改善の方向性を明確にするための重要な仕組みとなっている。ただし、数値目標がある一方で、現場職員がその意義や背景を十分に理解し、日々の業務に反映されていない現状がある。今後は、計画を実効性あるものにするために、職員の理解促進と進捗管理の強化に期待したい。
I-3-2 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
6 I-3-2-1 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	事業計画は年に1回見直しが行われており、定期的な見直しの仕組みは整っている。また、サービス提供状況や利用者ニーズの変化を反映させる体制もある。しかし、策定に関わる職員に限られているため、現場全体の意見や日々の運営上の気づきが計画に十分反映されにくいことが窺える。職員への周知は掲示による形で行われており、計画の存在は確認できるも、内容の理解や業務へ反映されにくく、掲示のみでは職員にとって、計画の意図や数値目標の意味を十分に把握する機会に限られる現状がある。昨年度は介護保険課が、職員に意見を求める機会を設け、職員の視点を取り入れた意見聴取により、職員自身が現場の課題や改善点を振り返る契機となり事業の改善につながった。今後は、継続した職員全体の理解と参画を促進し、計画を日々の業務に具体的に活かすためのさらなる工夫に期待したい。
7 I-3-2-2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画は法人ホームページ上で公開されており、利用者・家族が必要に応じて閲覧できる体制である。また、事業所内には事業計画のファイルも配置され、関係者が参照できるようになっている。しかし、ホームページやファイル閲覧のみでの周知に留まっており、個別に説明を行う仕組みは整備されていない状況である。このため、計画内容の意図や具体的な目標が利用者や家族に十分に伝わっていない現状がある。今後は計画の内容や目的を丁寧に伝えるために、説明会や個別相談の場を設けるなど、双方向での情報共有の仕組み作りを期待したい。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(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。		
評価細目	評価結果	コメント
8 I-4-(1)-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。	a	事業所では毎年、利用者・家族を対象に「介護保険事業所アンケート」を実施している。アンケート結果は集計・分析され、その内容は利用者にフィードバックされる体制が整っている。具体的には、3月に発行される「社協だより」に結果を掲載することで、利用者や家族がサービス改善の状況を把握できるようにしている。今回の第三者評価受審は初めてであり、今後も継続して受審していく意向が「社協プラン」からも窺える。第三者評価の実施により、事業所内だけでは把握しにくい課題や改善点を客観的に把握できるため、アンケート結果と併せて質向上の取り組みをさらに強化することが期待される。今後も継続的な実施と分析を通じて、より具体的な改善策の検討・実行に繋げることに期待される。
9 I-4-(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、計画的な改善策を実施している。	a	法人内では、老人デイサービス部会が設置されており、各事業所間で情報交換や事例共有が行われている。この部会を通じて、他事業所の取り組みや課題を把握したり、自己評価や分析を行っている。また、自己評価に関する研修や「サービスの質の向上」をテーマとした研修も実施されており、職員が評価の視点や改善の方法を理解する機会が確保されている。研修では、利用者アンケートの結果を基に職員間で課題を共有し、具体的な改善点を抽出するプロセスが組み込まれている。これにより、職員全体でサービスの現状を把握し、改善の優先順位を明確にすることが可能となっている。今後もサービスの質向上に向けた組織的な取り組みが期待される。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

Ⅱ-1-1(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
10 Ⅱ-1-1(1)-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。	a	管理者の役割や職員の職員事務分掌については、職員一人一人が自分の業務範囲や責任を理解できるよう文章化され明記されている。管理者不在時の権限や対応についても明確化されており、業務の停滞や判断の遅れを防ぐ仕組みが構築されている。現在は、BCP(業務継続計画)に役割分担を位置付けて運用し、職員が必要な時に参照できる体制となっている。BCP内で明示することで、災害時・緊急時の対応と平時の役割が連動し、より実務に即した形での周知が図られている。今後も管理者を含めた全職員の役割や責任を明確にし伝える機会を設けるなど、周知を図り職員への理解を深めることが望まれる。
11 Ⅱ-1-1(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	規程は、法人本部が作成しており、関連規程は玄関に掲示されている。法人全体で実施される法令順守の研修は日常的に受講できる動画研修(イーケアラボ)を活用し、介護保険制度、権利擁護など、事業運営に必要な基礎知識を全職員が視聴共有できる体制が整えられている。さらに、市が主催する集団研修に管理者は参加する機会を積極的に設けており、実際の事例を通じた学習によって、より実務に即した法令順守の視点を習得している。こうした研修参加を踏まえ、行政による法令順守に関する集団指導にも対応しており、外部の示す基準・指導内容を日々の業務改善に反映させる仕組みが構築されている。
Ⅱ-1-1(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
12 Ⅱ-1-1(2)-① 福祉サービスの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。	b	毎月「事業評価」を法人へ提出している。評価項目には、利用率、平均介護度、職員の配置割合、稼働状況などが含まれ、定量的なデータに基づいた運営管理が行われている。管理者や相談員は、事業評価を踏まえて業務改善計画を立てる際に、職員からの意見を聞き取り、現場の視点を反映した改善案を検討している。また、夕方のミーティングを通じて「サービス向上」に関する話し合いを実施しており、日々の業務の中で気づいた改善ポイントをリアルタイムで共有している。ミーティングで出た意見や改善点は、申し送りノートに記録し、全職員が閲覧・共有できるようになっており、情報の透明性と全員参加型の改善体制が確保されている。しかし、サービス向上への課題に関しての分析や客観的視点に立った話し合いには至っていない状況が窺える。今後はサービス提供実態をより深く把握し、全職員と共に情報を共有し、サービス向上に向けてより高い指導力に期待したい。
13 Ⅱ-1-1(2)-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。	a	毎月開催される経営会議では、法人が運営する介護事業所それぞれから、利用状況、人員配置、稼働状況、課題の発生状況などが含まれた現状報告が行われている。管理者はこれらの情報を基に自事業所の運営状況を客観的に分析し、必要に応じて人員配置の見直しや業務改善に反映させている。また、法人全体では「事業所ミーティング」を開催し、通所介護部門としての情報連携や、横断的な課題解決にも取り組んでいる。サービス内容の質の向上策、リスク対応、共通する課題の改善方法などについて意見交換が行われている。管理者は他事業所の取り組み事例を参考にしながら自事業所の運営改善に繋げている。

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-1 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。		
評価細目	評価結果	コメント
14 II-2-1-1 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。	a	法人では、人材確保と職員定着を重要な経営課題として位置付け、「社協プラン」において将来的な職員数の推移予測を明示しており、この予測に基づき、計画的な人員の確保や配置調整が行われている。加えて、人材確保・育成・定着に関する指針が明文化されており、専門職が働きやすい職場づくりに向けた方針が具体的に示されている。研修面では、法人として年間研修計画を策定し、多領域にわたる学習機会を提供している。また、人事評価制度として「目標管理シート」を活用し、主任以上の職員が目標を持って業務に取り組みやすくなっている。人事評価の実施頻度としては、主任以上は年1回、係長以上は年2回と職階に応じて面接・評価機会を設け、目標達成の進捗確認や能力向上を図る仕組みが構築されている。将来を見据えた人材確保と、育成・定着を一体的に進める体制が構築されており、安定したサービス提供に貢献している。
15 II-2-1-2 総合的な人事管理が行われている。	a	法人本部において、職員の育成と組織全体の質向上を目的として、総合的な人事管理の仕組みを体系的に構築している。中心となるのは、法人が示す「職員行動原則」であり、法人が期待する職員像が明記されている。さらに、人事評価制度として「目標管理シート」を導入しており、主任以上の職員に対し、年次での目標設定と振り返りを求め、管理職としての役割発揮、チームマネジメント、業務改善への主体的な関わりを促進している。上司との面談を通じて目標の進捗確認も行われている。
II-2-2 職員の就業状況に配慮がなされている。		
評価細目	評価結果	コメント
16 II-2-2-1 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。	a	事業所では職員が安心して働き続けられるような取り組みがなされており、働きやすさとワーク・ライフ・バランスを重視した運営が行われている。勤務形態については柔軟な運用がされており、勤務希望は最大週4日、パート職員については日数の制限を設けないなど、多様な働き方を尊重している。家庭状況や生活リズムに合わせて働けるよう、4時間勤務・5時間勤務といった短時間勤務の導入も行われ、子育て・介護・家庭事情を抱える職員が無理なく勤務できる体制が整えられている。また、勤務変更や有給休暇も事前に相談することで取得しやすくなっている。法人全体として「ワーク・ライフ・バランス」への積極的な取り組みを行っている。職員の健康管理にも力を入れており、精神面のケアを含めた支援として、「メンタルヘルス研修」の実施、ストレスチェックの実施など、心身の健康を維持しながら働ける支援体制が整っている。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
評価細目	評価結果	コメント
17 II-2-(3)-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	「社協プラン」に基づき人材確保・育成・定着の方針を明確に示しており、有資格者の確保や専門性の向上に注力している。職員が資格取得を希望する場合には、勤務調整や休暇取得の配慮が行われ、取得しやすい環境が整えられている。研修面では、法人本部が島外研修や集合研修の計画を策定し一覧化することで、必要な研修機会を職員に周知提供している。また、個人の希望による研修受講については、職員から起案を提出する仕組みを設けており、希望に応じた学習機会を確保している。さらに、外部研修に関しては情報提供が行われ、職員が自主的に参加を検討できる体制となっている。今後も職員一人一人の目標管理のためのしくみ作りと、育成に向けた取組みが期待される。
18 II-2-(3)-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。	a	法人が定める「職員行動原則」には、職員に求める「期待する職員像」が明示されている。この行動原則は、職員が日々の業務において、法人が「期待する職員像」を理解し、具体的な行動に反映させるための指針として活用されている。通所介護事業所では、通所部会において次年度の研修案を作成し、年間研修計画に反映させる仕組みとなっている。これにより、事業所単位だけでなく通所介護全体として統一かつ計画的な研修が可能となっている。オンライン研修（イーケアラボ）も活用されており、勤務時間や勤務形態に応じて柔軟に学習できる体制が整備されている。今後も職員一人一人にあった研修内容やカリキュラムの評価と見直しなど職員のスキルアップが期待される。
19 II-2-(3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	法人本部主導で、入職1～3年目の新任職員を対象とした「規則・規程研修」や「各事業所のサービス説明」の研修を実施し、職員が基礎的知識や実務スキルを身につける体制を整えている。外部講師による研修「自立支援に即した介助方法や機能訓練について」の実践的な内容を学ぶ機会や「Lifeバーセルインデックス(BI)研修」等、専門的な研修も積極的に取り入れて行っている。勤務形態に応じて柔軟に学習できる仕組み、オンライン研修（イーケアラボ）も活用し、職員が研修に参加できる仕組みが整っている。研修終了後にはアンケートを実施し、受講した研修内容の理解度や今後受けたい研修について意見収集を行っている。今後も制度改正や現場ニーズに応じた研修内容の見直し・更新を行うことで、職員のスキルアップやサービス提供力の向上が期待される。
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
20 II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	特別支援学校の受け入れ実績はあるが、受け入れ要綱に沿って受け入れるが受け入れマニュアルとしては整備されてなく、最近の1～2年は実習生を受け入れていない状況である。実習生受け入れることの意義や後継者育成の役割について、会議等において職員に説明する機会もない現状がある。今後は、後継者育成の意義や方針を明文化し、マニュアルの整備を早急に行い、職員理解の下、施設全体で実習生受け入れ体制づくりに期待したい。

II-3 運営の透明性の確保

II-3-(1) 運営の透明性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
21 II-3-(1)-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	苦情相談窓口の情報および担当者名は、玄関の見やすい場所に掲示しており、利用者・家族がいつでも確認できるよう配慮されている。掲示内容には、担当者名、受付方法、対応時間、第三者委員の連絡先などが明記されており、透明性のある相談体制を確保している。苦情・相談に関する情報公開は、ホームページ、パンフレット、社協たよりを通じて、事業所の取り組みや相談体制の周知を行い、地域住民に対しても開かれた姿勢を示している。今後は、情報公開の取り組みにより、事業所は苦情や意見が適切に寄せられやすい環境を整備するとともに、利用者の声をサービス改善へ繋げる取り組みに期待したい。
22 II-3-(1)-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。	b	通所介護事業所では、職員一人一人の職員事務分掌および権限が明確化されており、組織としての責任体制が整備されている。日常業務や緊急時における判断権限も具体的に定められている。不在時の権限移譲について明確な取決めがあり、管理者不在時に誰が対応責任を担うのかが文書化されていることで、サービス提供の安定性と利用者の安全が確保されている。

II-4 地域との交流、地域貢献

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
23 II-4-1-1 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。	a	法人運営計画及び事業計画に地域との関りを明示している。地域の情報は、口頭で情報提供され、9月の地区の祭りに参加している。「しゃくなげの里お知らせカレンダー」で理容サービスや食堂の出前サービスを知らせている。地域のボランティアが将棋を指しに利用者の利用日に合わせた来訪や定期的に入浴後のドライバーも行われ交流が図られている。その他、踊りや歌など訪問もあり積極的に交流を行っている。今後は、活用できる社会資源と地域の情報が提示され利用者が自己選択でき個々のニーズに応じた個別状況に配慮しつつ、地域活動に参加され職員やボランティアが支援する体制が整うことが望まれる。
24 II-4-1-2 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	事業計画の基本方針「社協プラン」に活動支援について明文化されている。法人本部が主となり情報を集約しボランティア登録(個人・団体)され事業所にて実施している。事業所ではボランティア活動記録にボランティア内容等チェック実施している。法人のボランティアセンターが中心となり「ふくボラ出前塾」を通し学校教育へ協力を行っている。また、ボランティア育成に向けて体験学習が計画的に行われ参加した学生に修了書が贈られている。また地域福祉課と連携し研修を実施している。今後は、ボランティアへ利用者の特性や留意点・留意点及び受け入れる側の留意点・留意点など記載した事業所独自のマニュアルを整備し実施されることに期待したい。
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
25 II-4-2-1 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。	a	BCP(事業継続計画)の連携体制構築に関係機関の連絡先を記載している。事業所では、電話設置個所に病院・民生委員等連絡先一覧表を設置し、法人内や関係機関との連携が適切に行われている。年2回の運営推進委員会では、民生委員会、婦人会出席等、地域福祉計画の下で地域福祉の課題に対し解決に向けて関係機関等、法人全体で具体的な取り組みを行っている。
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
26 II-4-3-1 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b	社会福祉法人として地域の福祉ニーズに対応したサービス提供・地域災害に備える体制整備や社会貢献が、「社協プラン」や、地域福祉計画に明記されており組織全体で取り組んでいる。事業所では運営推進会議に参加し、民生委員・婦人会・区長・ボランティア団体・理事等と交流・意見交換を行い地域の課題など情報収集に努めている。今後は事業所独自で実施できる地域交流活動などの取り組みに期待したい。
27 II-4-3-2 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	地域福祉計画の下、地域づくり・災害に備える体制整備や生活困窮者相談支援などの取り組みを行っている。また、「ふくボラ出前塾」を通し福祉サービスのノウハウを還元する取り組みも行っている。事業所では災害時の地区の避難所ではないが、令和6年能登半島地震の際には、隣接する避難所が施設され避難できない住民を受け入れた経緯がある。また、独居生活の利用者宅まで安否確認に向くなど地域住民の安心・安全のための取り組みが柔軟に行われている。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

Ⅲ-1-1(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
評価細目	評価結果	コメント
28 Ⅲ-1-1(1)-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持つための取組を行っている。	a	佐渡市社会福祉協議会基本方針に「利用者の人権を尊重し、個人の尊厳を大切にします」等の基本姿勢が明示されている。「佐渡市社協職員行動原則—私たちがめざす職員像—」にも尊厳の尊重と自立支援が明示されている。基本理念や基本方針、職員像、「社会福祉協議会介護サービス事業所職員倫理綱領」は玄関、フロアーに掲示し職員に周知を図っている。また、高齢者の虐待防止及び身体拘束排除に関する研修、基本的人権の配慮「倫理及び法令遵守」、虐待防止委員会及び身体拘束適正化委員会による指針の読み合わせ及び検討を実施している。
29 Ⅲ-1-1(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	各業務マニュアル、入浴支援・排泄支援にプライバシー保護に関する配慮が明示しており、マニュアルのもとで利用者の状況に声掛け案内など工夫し対応している。「利用者のプライバシー保護の研修」が実施され、受講後報告書を提出し職員共通理解への取り組みが行われている。事業所には相談室があり、利用者の相談に対応している。生活の場フロアーには、カーテンで仕切れる静養室や、ソファなどパーテーションを利用して過ごしたい場所で過ごせる環境もある。しかし、法人内の他事業所との合併にあたり、利用者が増加し静養室を新たに整備し確保に努められたが、静養時のプライバシー保護までには至っていない現状がある。今後は、職員参画のもとで更なる環境整備の工夫に期待したい。
Ⅲ-1-2) 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。		
評価細目	評価結果	コメント
30 Ⅲ-1-2)-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積極的に提供している。	b	事業内容やサービス内容は法人のホームページにて発信するとともに、法人事業、事業所でのイベントやお知らせ等「社協だより」に掲載し全戸配布している。事業所パンフレットは、社協・行政サービスセンターと事業所に設置している。新しく見直されたパンフレットは、写真が多く介護保険外サービスや夕食弁当持ち帰りサービスなどが分かりやすくなっている。見学・体験・1日利用等、相談員が窓口対応し、体験利用申し込み書(身体状況や利用時の意向など)・同意書に記入してもらい実施している。しかし、体験利用申込書のみ綴られたファイルはあるが、体験等に至った経緯や体験時の様子、対応した職員による配慮すべき点などの記録の整備が不十分な現状もある。サービス利用時に安心して利用できるよう記録がなされ、職員共通認識のもとで継続支援されることに期待したい。
31 Ⅲ-1-2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等にわかりやすく説明している。	b	サービス開始にあたっては、パンフレット、サービス契約書、契約書別紙(兼重要事項説明書)を基に、個別サービス計画書の作成及び変更、提供するサービス内容、利用料金や対象外サービス等について相談員が説明を行い書面にて同意を得ている。体験利用時の身体状況や意向を基に生活環境に努めており、安心して利用できるよう支援に努めている。また、他のサービスが望まれる時は、担当ケアマネジャーと連携し対応している。しかし、体験から利用申し込みし開始・変更の同意を得るまでの経過記録が不十分である。今後は利用者・家族の想いや意向説明時の様子、留意点等記録され、意思決定が困難な利用者への配慮記録などがルール化され適切に行われることに期待したい。
32 Ⅲ-1-2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等に当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	利用者の状態変化によりサービスの移行が必要となった場合、相談員を中心に個々のケースに応じて関係機関と連携を図り支援している。入院時は、担当ケアマネジャーに利用者の状態など情報提供し、退院時はサービス担当者会議に参加し事業所での送迎や排泄など確認サービスの継続性に配慮し支援している。今後は、サービス終了後も何かあれば相談できることを知ってもらうため、相談方法や担当者を記載した文章作成を検討し、利用者・家族の安心に繋げる取り組みに期待したい。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
評価細目	評価結果	コメント
33 Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者満足度調査として「介護保険事業者アンケート」を年1回定期的に実施、結果を評価・分析・改善・検討の取り組みが行われ、結果を利用者へも報告している。個別の相談面接は行っていないが、家族より送迎時の利用者の対応など変更希望があれば、送迎伝達ノート・申し送り簿に記載し情報共有し対応している。また、運営推進会議にて代表家族に意見や意向を窺うなど利用者満足向上を目的とする取り組みを行っている。
Ⅲ-1-(4) 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
34 Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	苦情解決の「苦情、相談、事故について」マニュアルがあり仕組みは確立している。契約書別紙(兼重要事項説明書)に明記され、事業所玄関にも掲示している。また、受け付けた苦情内容については、ホームページに家族等に配慮し公表している。苦情受付書にて内容を丁寧に聞き取り、相談記録、処理経過には、苦情申し出人と解決までのやり取りが時系列で詳細に記録している。改善結果の記載欄もあり、職員情報共有しサービスの質の向上に努めるなど苦情解決の仕組みが確立している。
35 Ⅲ-1-(4)-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。	a	契約書別紙(兼重要事項説明書)に「苦情相談窓口」として記載されている。「ご意見ご要望」ポスターが玄関・ホール等に掲示している。事業所では相談室を設置し相談しやすい環境を整えている。職員は、日頃より利用者家族とコミュニケーションを図りながら信頼関係に努め送迎時の要望や日常支援の中で、また、アンケートを通して相談や意見・要望の把握に努めている。
36 Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	「苦情、相談、事故について」マニュアルが整備されており、アンケートや利用者から直接把握した意見や相談に対し、組織的かつ迅速な対応に努め福祉サービスの改善・向上に努めている。また、利用者からの相談意見は、ケアマネジャーを通して聞かれる時もあり関係機関とも連携し迅速に対応し、職員間で情報の共有を行っている。
Ⅲ-1-(5) 安全・安心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。		
評価細目	評価結果	コメント
37 Ⅲ-1-(5)-① 安全・安心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	所長を責任者としたリスクマネジメント体制が構築されている。「苦情・相談・事故について」のマニュアルに異常事態・事故発生時の対応についての記載や「異常事態発生時の対応経路」「医療緊急時の対応」等、フローチャートや事故を未然に防ぐ防止策や周知についても記載がある。「事故、ヒヤリハット報告書」の研修を実施し、事故発生後の家族、担当の居宅介護専門委員への報告・原因分析、改善、実施、再評価について職員周知を図っている。送迎時の運営規定に事故発生時の対応、緊急時における対応方法の下、点呼記録・送迎伝達ノート(注意、配慮)申し送り簿等、毎日実施記録し、安全・安心運行に努めている。しかし、定期的なマニュアルの見直しが行われていない現状がある。より安心・安全の確保のためマニュアルが見直されることに期待したい。

38	<p>Ⅲ－１－（５）－② 感染症の予防や発生時における利用者の安心・安全を確保するための体制を整備し、取組を行っている。</p>	b	<p>法人の感染対策委員会を年2回実施し各事業所に対策や取組みなど落とし込まれ、看護師を中心に感染症の予防や発生時に利用者の安全に努めている。厚生労働省の「介護職の感染対策マニュアル」には、手指衛生やスタンダードプリコーション、「食中毒防止及び蔓延防止マニュアル」感染者発生時の職員や利用者、同居する家族の対応フローチャートがある。また、BCP(事業継続計画)には感染者発生時の報告情報共有先などの情報伝達の流れのフローチャートもある。「感染症及び食中毒の発生びまん延防止に関する研修」も実施し利用者の安心・安全を確保するための取組を行っている。しかし、定期的なマニュアルの見直しが行われていない実状がある。今後はマニュアルの見直しが行われ、より安心・安全確保のための取組みが行われることに期待したい。</p>
39	<p>Ⅲ－１－（５）－③ 災害時における利用者の安心・安全の確保のための取組を組織的に行っている。</p>	a	<p>法人は、防災委員会を設置しBCP災害編(通所系)地震、火災、風水害、津波等、様々な災害を想定したマニュアルを整備、行政、インフラ関係、医療機関等の緊急連絡先や災害別の職員参集基準等記載している。土砂災害のハザードマップ、避難経路は玄関に掲示し、事業所独自の消防計画を作成し、年2回避難訓練を実施している。現在地域住民の参加を得られていない現状があるが、運営推進会議等で声掛けをしている。災害時の備蓄品として水・非常食を2食分備蓄し厨房の担当者が消費期限を管理している。法人の栄養士が必要な備蓄品の発注やストック分を日々の食事提供の中に取り入れている。その他、冬用の暖房としてストーブ、灯油の備蓄や湯たんぼ等、BCP災害訓練の中で見直しを行っている。</p>
40	<p>Ⅲ－１－（５）－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。</p>	b	<p>緊急時の対応マニュアル、事故の発生予防、再発防止に関する研修や緊急時(自然災害・感染症)の対応及びBCP(事業継続計画)に関する研修、感染症及び食中毒の発生及びまん延防止に関する研修など定期的に職員研修を実施している。また、BCP(事業継続計画)の中に職員の緊急連絡網フローチャートがあり、法人が中心となり連絡訓練を行っている。</p>

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-1 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。		
評価細目	評価結果	コメント
41 Ⅲ-2-1-1 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a	想定されるサービス場面ごとにマニュアルが整備されており、利用者本位の視点やプライバシーへの配慮の視点が含まれている。具体的サービスの実施については、利用者の特性や意向等を踏まえて個別にマニュアル化して職員間で共有し、共通認識の下、サービスが提供されている。また、利用者個々の身体状態の変化に応じて処置の方法や食事量の変更等がある場合は、変更点をマーカーで変化をつけたり写真を取り入れるなど、分かりやすい工夫を取り入れながらケア統一を図っている。送迎時の注意点は、送迎前に必ず確認する送迎伝達ノートに記載して日常的に活用している。
42 Ⅲ-2-1-2 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	福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、必要に応じて随時行っている。見直しにあたり職員会議やミーティングで話し合い、共通認識のもとで見直し・修正が実施されている。しかし、定期的に検証し、必要な見直しを行う仕組みは定められていない現状である。今後は、見直しする時期を定め、職員参画の下、実情に沿ったマニュアルとなっているか検討することで、福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが継続的に行われることを期待したい。
Ⅲ-2-2 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。		
評価細目	評価結果	コメント
43 Ⅲ-2-2-1 アセスメントに基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。	a	通所介護計画書の作成は相談員が担当し、アセスメントから計画策定に至る一連のプロセスは適切に実施されている。アセスメントは、利用者の身体状況や生活状況の他、心理面の支援も含めた総合的な視点で把握に努めている。策定にあたっては、担当の居宅介護支援専門員のマスタープランを基に、福祉用具事業所、薬局、訪問看護事業所等、様々な職種で協議し、利用者の意向把握と同意を含んだ手順で適切に策定している。支援困難ケースについては、利用者の希望やニーズを把握し、対応について検討しながら適切な福祉サービスの提供に努めている。
44 Ⅲ-2-2-2 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	通所介護計画書の評価・見直しの時期、利用者の意向把握と同意を得るための手順など、組織として定めた手順で実施している。定期的な評価結果に基づいて、短期目標や長期目標に対するモニタリング・評価を行い、必要に応じて計画内容の見直しが図られており、PDCAサイクルを継続して実施している。通所介護計画書の確認は、ファイルの回覧と朝・夕の申し送り職員間の共有化を図り、外部の関係者へは書面を送付している。
Ⅲ-2-3 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
評価細目	評価結果	コメント
45 Ⅲ-2-3-1 利用者に関する福祉サービスの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	職員間での情報共有を目的としたミーティングを毎日開催し、水分摂取量や口腔ケア、褥瘡の処置内容・経過など、支援に関する必要な話し合いが行われ、それらの情報は申し送りノートやパソコンのネットワークシステムを活用して情報の共有化が図られている。しかし、通所介護計画書に基づいた支援が実施されているかどうかは、記載内容に差異があり、システム内で効果的に活用されていない状況が見受けられた。今後は、利用者一人一人の通所介護計画を意識したサービス実施状況の記録を行うことで、計画の評価や見直しにより有効に活用していくことを期待したい。
46 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	記録管理の責任者を管理者とし、利用者の情報に関する記録管理の規定(保存、破棄、情報の提供)が定められている。個人情報保護の保護や開示については、事業所のサービス契約書に明記されており、利用者・家族には契約時に説明し同意を得ている。電子データはセキュリティー会社と契約し、パスワードで管理されており、個人ファイルは鍵のかかるキャビネットに適切に管理されている。個人情報保護の観点からプライバシー保護、個人情報保護に関する研修を行い、職員の理解・順守を促している。

評価対象Ⅳ 福祉サービス内容

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-1 (1) 生活支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A① A-1-1-1-① 利用者一人一人に応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b	事業所では1日の大まかなスケジュールを基に、利用者個々の過ごし方の意向を確認し、本人の思いに沿って対応できるよう努めている。利用者はタオルたたみやテーブル拭き、おやつ作り、手作業などに取り組んでおり、個々の持てる力を発揮できる機会を設けている。また、利用者の意向からホールにWi-Fiを取付け、趣味の動画視聴を楽しんでいる方や、脳トレ、塗り絵、将棋、読書など個々の希望を尊重し、利用者は思い思いに過ごしている。その一方で、利用者の重度化や業務に追われて利用者への対応が十分に行えていないとの声が職員アンケートで聞かれている。今後は利用時の過ごし方やケアについて確認し、業務の見直しも含めた検討や活動の充実を図っていく取り組みに期待したい。
A② A-1-1-1-① 利用者の心身の状況に合わせて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
A③ A-1-1-1-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援(生活相談等)を行っている。	対象外	評価対象外項目
A④ A-1-1-1-② 利用者一人一人に応じたコミュニケーションを行っている。	a	高齢者だけでなく障がい者も利用しているデーサービスの事業所であり、個々の利用者の状態や特性に応じたコミュニケーションを心がけている。職員は利用者の思いや希望を把握し、昨年度は利用者からの要望を踏まえてWi-Fi環境を導入するなど支援に活かしている。また、利用者の尊厳に配慮しながら場面や利用者との関係性を踏まえて柔軟に接しており、自発的な言葉が少ない利用者に対しては職員から積極的に話しかけている。さらに、会話でのコミュニケーションだけでなく、ボードを活用したりジェスチャーを交えるなど、利用者個々の特性に合わせてコミュニケーションが図られている。
A-1-1 (2) 権利擁護		
評価細目	評価結果	コメント
A⑤ A-1-1-2-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	身体拘束適正化のための指針を定め、身体拘束を行わないことを基本としたケアに取り組んでいる。緊急やむを得ない場合は、規定に沿った手順で行い、「身体拘束等の適正化・虐待防止検討委員会」で定期的に現状確認・再検討を行い記録している。デイサービスにおいては地域の生活者であるため、在宅生活における権利侵害や不適切ケアが疑われる場合は、速やかに担当の介護支援専門員や地域包括支援センターに相談するようにしている。事業所では、利用者に対する言葉がけについて研修で確認しており、スピーチロックになりうる言葉がけの場面が見られた場合は、職員同士で注意し合っている。

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
評価細目	評価結果	コメント
A⑥ A-2-(1)-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	利用者が一日を過ごすホールは広く、両サイドにベッドスペースを設け中央にテーブル席を配置している。利用の人数が増えことで、以前和室だった場所を休める空間として簡易ベッドが準備されている。入口や廊下には長ソファが置かれ、限られたスペースで利用者全員が横になって休める環境を整えている。利用者が快適に過ごせるよう、ホールの温度管理と朝・夕の掃除を行い、清潔に保たれている。テーブルや席の配置は利用者同士の関係性に配慮して設置している。ホール全体の見通しは良く開放的であるが、周囲の視線から守られる空間や個別にゆっくり過ごす場所が無いように感じられた。利用者にとって快適で居心地よく過ごせる環境整備について、利用者の視点でさらなる検討を期待したい。

A-3 生活支援

A-3-(1) 支援の基本		
評価細目	評価結果	コメント
A⑦ A-3-(1)-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。	a	特殊浴槽、中間(チェア)浴槽、一般浴槽が整備されており、利用者の心身の状況や意向等、多様な入浴形態に対応している。デイサービスの迎え時に家族から健康状態の確認を行っている。状況によっては持参した体温計で発熱の有無を確認し、37.5℃以上は利用を控えてもらっている。事業所到着後に再度バイタル測定(体温・血圧・酸素飽和度)を行い、その日の体調に合わせ柔軟に対応している。入浴を中止する場合は、シャワー浴や清拭で対応し、家族へは連絡帳に記載し送りの際に口頭でも報告している。状態変化や必要に応じて担当の介護支援専門員への報告も行っている。更衣場は床暖房が設置され、足元からじんわり温まるので寒い冬場でも快適である。更衣場や浴室にはカーテンやパーテーションを使用し、羞恥心へ配慮している。
A⑧ A-3-(1)-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。	a	利用者個々の排泄状況や排泄リズムを把握し、定時の声かけ、付き添い、交換支援など、不快感の軽減や清潔保持に努めている。声掛けは利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、耳元で周囲に聞こえないようにしたり、個室トイレ扉の外からそっと見守るなどしている。おむつ交換時のプライバシー保護ではカーテンを使用し、排泄後やおむつ交換を行う際は、尿便を観察し必要時看護師に報告している。手洗い場の鏡は下向きで傾斜がついており、車いす利用者に優しいバリアフリー目線で設置されている。
A⑨ A-3-(1)-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	サービス利用開始時に利用者の心身の状態把握や意向確認を行っている。自宅での環境や移動手段についても確認し、福祉用具の選定は本人・家族と相談して決めている。事業所でも車いす、歩行器などの福祉用具を用意しているが、日頃自宅で使い慣れた用具を持参してもらい高さ調整を行うなど、より安全に適切に使用できるよう検討と見直しを行っている。利用者より、帰りは車に乗っている時間が負担との声が聞かれ、送迎ルートを変更するなど柔軟に対応している。

A-3-(2) 食生活		
評価細目	評価結果	コメント
A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b	おかずは外部の宅配サービスを利用して蒸し器で温めて提供しており、事業所でご飯と味噌汁を作っている。献立は事前に一月分利用者へ配布し、ホワイトボードに当日のメニュー紹介をしている。利用者の好み等を把握した上で、月一回出前の日を決めて献立に取り入れ提供することで利用者の楽しみとなっている。宅配を利用し栄養バランスに配慮した献立ではあるが、利用者アンケートでは「以前のご飯は手作りでおいしかった」との声が聞かれている。食事は生活の楽しみでもあり生活の質に影響してくる。今一度、利用者の食事に関する満足度、食べやすさなど、意見を聞くことで現状の課題を把握し、より良い食事提供に繋げていく取り組みに期待したい。
A⑪ A-3-(2)-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	利用者の心身の状況や嚥下能力に応じて、普通食、刻み食、ムース食で提供している。利用者自身が行える範囲を把握し、長めのスプーンやフォーク等の自助具を使用して利用者が自分で食べられるよう支援している。職員は嚥下しやすい姿勢となっているか食事中の様子を注視して見守っている。緊急時対応、ノロウイルス対応、食中毒発生時の対応についてマニュアルを整備し、事故発生予防・再発防止について動画研修が行われている。利用者の食事・水分摂取量を把握し、連絡ノートで家族へ報告している。
A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	昼食前に「口腔体操」を行い機能維持に取り組んでいる。食後は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い、口腔内の状態や利用者の自立の程度を把握している。また、うがいが可能かどうか確認を行い、誤嚥のリスクの把握に活かしている。うがいをするのが難しい場合はスポンジブラシの活用を促している。歯ぐきからの出血や義歯の不具合が見られた場合は、家族や担当の居宅介護支援専門員へ情報提供を行い、連携を図りながら歯科受診に繋げている。今後は口腔機能について研修等で学ぶ機会を設けるなど、利用者の嚥下機能を維持できるようさらなる取り組みに期待したい。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	褥瘡予防について標準的な実施方法を確立して看護師が中心となり取り組んでいる。訪問調査では治りかけの利用者を含め褥瘡が発生している方が数人おられ、看護師による処置対応が施されていた。褥瘡へのチームアプローチとして、写真で皮膚状態を確認しながらポジショニングを行い、介護職員と看護師が連携・協力して治療に向けて取り組んでいる。また、食事面においても法人の管理栄養士と連携が図られている。デイサービスの利用者は、在宅での褥瘡の予防や対策が必要となってくるため、在宅での介護状況を確認するとともに、対策としてクッション等の活用について、家族や担当の居宅介護支援専門員に情報提供している。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
評価細目	評価結果	コメント
A⑭ A-3-(4)-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。	対象外	喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者が居られるが、医師の指示に基づき看護師が対応している。介護職員は実施しておらず、この評価細目は評価対象外である。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
評価細目	評価結果	コメント
A⑮ A-3-(5)-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。	a	事業所では個別機能訓練加算を算定しており、ICT機器を利用した機能訓練や介護予防活動に取り組んでいる。「Moffバンド」を利用した個別機能訓練では、利用者一人一人に応じたプログラムをアプリで取り込み、5分から10分程度の訓練時間を設けて実施しており、運動後のデータをリアルタイムに把握し、体力維持・トレーニングに役立てている。個別機能訓練計画書は看護師を中心に定期的にモニタリング・評価を実施している。また、日常的には口腔体操やレクリエーション、趣味活動、行事等に取り組んでおり、介護予防の重要性を意識したサービス提供に努めている。
A-3-(6) 認知症ケア		
評価細目	評価結果	コメント
A⑯ A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	サービス利用にあたり、本人・家族から心身の状況や生活状況、意向・要望等を聞き取り、所定の書式に記載し通所介護計画書に反映させている。担当の居宅介護支援専門員からも情報や意見を確認し、計画書には地域生活の継続に向けた具体的な目標が盛り込まれている。職員は認知症の方にとって信頼関係を築くことを重要とし、否定せず相手の気持ちに寄り添ったコミュニケーションを大切にしている。職員の中には認知症実践者研修で専門的な知識や技術を習得しており、他職員に対しても認知症ケア研修で学ぶ機会を設けている。利用中の様子は連絡帳等を活用して家族と共有し、必要に応じて介護支援専門員に情報提供し連携を図っている。
A-3-(7) 急変時の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑰ A-3-(7)-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	職員はデイサービス迎え時に温度計を持参し、家族から必要な体調確認を行っている。事業所到着後に改めてバイタル測定し職員間で周知している。体調変化に迅速に対応するための手順はマニュアル化されており、利用者個々の緊急連絡先や医療機関を把握し、多職種連携で対応している。緊急を要しない場合であっても、利用中の様子や気になることがあれば連絡帳を活用して家族へ報告している。利用者の疾患や薬剤情報を得て健康管理に努めているが、薬の効果や副作用に関する研修は行われていない状況であった。今後は知識取得の機会として研修開催等の取り組みに期待したい。
A-3-(8) 終末期の対応		
評価細目	評価結果	コメント
A⑱ A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の手順を確立し、取組を行っている。	対象外	評価対象外項目

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		
評価細目	評価結果	コメント
A⑲ A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	家族とは送迎時に可能な範囲で利用者の様子を確認し、意見や要望等を聞くようになっている。また、利用者個々に用意されている連絡帳を用いて、デイサービス利用時の様子や体調等について状況を共有しており、連絡帳には家族が記入する欄も設けてある。日頃から意見を伝えやすい関係作りに努め、家族と連携を図りながら利用者支援が行われている。家族の心身の状況にも気を配り、必要に応じて担当の居宅介護支援専門員や地域包括支援センターと連携を図り対応している。

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制			
評価細目		評価結果	コメント
A⑳	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	対象外	評価対象外項目