

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2017 年 8 月 29 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

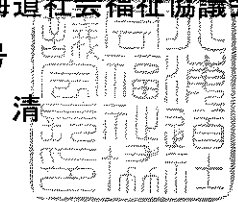
住 所 〒060 - 0002
札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2. 7 3階

電話番号 011 - 241 - 3766

評価機関名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第15 - 004号

代表者氏名 会長 長瀬



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	小野寺 さゆみ	総合	第0116号
	(2)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068号
	(3)	原 正己	組織運営管理	第0233号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	通所介護			
事業所名称	社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会在宅老人デイサービスセンター			
設置者名称	厚岸町			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2017 年 1 月 16 日	~	2017 年 8 月 29 日	
利用者調査実施時期	2016 年 1 月 16 日	~	2017 年 1 月 27 日	
訪問調査日	2017 年 3 月 6 日			
評価合議日	2017 年 3 月 28 日			
評価結果報告日	2017 年 8 月 29 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会

代表者氏名：会長 大野 繁嗣

所在地：〒088-1115 厚岸町梅香2丁目1番地

TEL 0153-52-7752

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

支援現場の目線に立った管理者層の指導力(リーダーシップ)の発揮

サービス提供を始めとする日々の業務推進に際し、管理者は全てトップダウンで業務指導を行うのではなく、支援現場で課題を把握し具体的改善方法を職員自ら考え実行することを常に促し、小さな提案や意見も積極的に取り入れていくことを意識しています。現場のアイデアから利用者の手荷物間違い防止の仕組みが生まれ、内部研修の企画・資料作成・講義などは主任を中心として職員が主体的に取り組むなど、職員自身のやる気や成長に結びついています。その背景として、管理者層が日常的に現場職員への気軽な声かけや助言などを積極的に行っており、支援現場職員からの信頼とともに事業所としての一体感が醸成されている点が高く評価できます。

◇改善を求められる点

利用者支援や職員育成に関する基本方針の確立と計画的な推進

事業所としての中・長期計画は現在策定中の段階にあり、理念や基本方針に基づく事業所として目指すべき支援のあり方については、職員全体の共有が図られていません。具体的な支援目標や明確な方針が整理されていないため、マニュアルや記録などに未整備の部分が多くなっており、これらの計画的な整備と評価、見直し、改善の仕組みが確立されることを期待します。また、職員の育成に関しても、職員育成の基本方針や個々の職員の達成目標、評価などが明確になっておらず、外部研修などはテーマをみて派遣職員をその都度決めており、経験年数や役職に基づく研修計画や非常勤職員などの研修機会なども整備されていません。まずは期待する職員像を明確にした中で、個々の職員の目標設定に合わせた事業所としての育成計画を策定し、推進していくことを期待します。なお、上記については、平成29年度からの中・長期計画の中で具体的な推進案が示されていることから、今後に向けて事業所一丸での実効性のある取り組みを期待します。

利用者への情報開示の積極的な推進

事業所として目指すサービスを明示した理念・基本方針を始め、年度目標や事業計画、利用者や家族の相談や苦情などを受付する窓口、日中活動や行事の様子など、利用者に周知すべき情報の開示が十分ではありません。インターネットを利用していない方のことも考慮し、ホームページ以外の紙媒体や室内掲示の工夫などによる、より積極的な情報開示をすすめていくことを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

指定管理者として丸3年が経過し、この第三者評価は、本施設にとって初めての取り組みとなりました。この第三者評価を通じて、様々な資料作成や自己評価を進めていく中で、改めて気づかされるが多かったと思います。特に自己評価は、職員全員で取り組みましたが、各々の評価が違ったり、自分たちはできている、正しいと理解しながら実践してきたことが、評価内容の求めていることとズレが生じていたなど、新たな気づき生まれ、非常に勉強になりました。

項目によっては、自分たちが思っていたような評価結果にならなかったことなど、今後の本施設の改善点を見出す一つのきっかけとなりました。

まだまだ運営面では未熟で不十分な点が多々ありますが、今回の評価結果を受け、利用者の方々への安心・安全なサービス提供による笑顔が溢れる施設を目指して、全職員一丸となり、質の高いサービスの提供並びに適切な施設運営について、一つひとつ改善し、ステップアップしていけるよう努力していきたいと考えます。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 29 年 1 月 30 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会		
事業所名 (施設名)	社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会 在宅老人デイサービスセンター	事業 種別	通所介護
所在地	〒 088-1125 厚岸郡厚岸町白浜4丁目1番地		
電 話	0153-52-3901		
F A X	0153-52-5233		
E-mail	akkeshi.syakyo-shinwaen@bz04.plala.or.jp		
U R L	http://akkeshishakyo.or.jp/		
施設長氏名	小池 文一郎		
調査対応ご担当者	大井 由美子 (所属、職名：施設業務課 課長)		
利用定員	35 名	開設年	平成 26 年 4 月 1 日
理念・基本方針： 施設運営の基本理念			
<p>利用者に充実した日々を送って戴くために、常に「Smile (笑顔)」で、「Speedy (迅速)」に、「Sincerity (誠実)」に対応する「3つのS (サービス)」と常にプラス思考で、『見て聴いて「感謝する心」』、『知識と経験と技術に「謙虚な心」』、『相手の立場に「共感できる心」』で接する「3つの心」を施設の基本理念とし、両者の理念を利用者の対応に生かし、常に理念に基づいた「より質の高いサービス」を公平・公正・平等に提供できる運営が行われるように取り組むものである。</p>			
施設・事業所の特徴的な取組：			
<p>現在のところは、通常のデイサービスが取り組んでいる内容と同じであるが、平成27年度から認知症加算を算定するにあたり、職員研修を重ねながら積極的に取り組んでいます。</p>			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期) 0 回 (平成 年度)			
開所時間 (通所施設のみ)	営業時間：8時30分～17時15分 サービス提供時間：10時～16時		

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

厚岸町立特別養護老人ホーム心和園
従来型多床室：50床 短期入所：20床 地域密着型 (ユニット)：18床

【利用者の状況に関する事項】（平成29年1月30日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
0名	4名	2名	8名	20名	19名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
10名	6名	0名	69名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況（保育所を除く）

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
8名	12名	27名	22名	名	名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
名	名	名	名	名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

（平均利用期間： 2年5ヶ月）

【職員の状況に関する事項】（平成29年1月30日現在にてご記入ください）

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活相談員	作業運転手
常勤	10名	1名	名	1名	名
非常勤	8名	名	名	名	3名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	7名	名	1名	名
非常勤	名	4名	名	1名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名（ 名）
介護福祉士	6名（ 1名）
保育士	名（ 名）
看護師	1名（ 1名）
准看護師	2名（ 1名）
介護職員初任者研修修了	3名（ 1名）

※旧2級ヘルパー含む

（非常勤職員の有資格者数は（ ）に記入）

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	767.67 m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成 3年
(4) 改築年	平成 年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²
(2) 園庭面積	m ²
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。
(3) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和 年
(5) 改築年	平成 年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制
(2) 建物面積	m ²
(3) 敷地面積	m ²
(4) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和 年
(6) 改築年	平成 年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 28 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

38 人

・ボランティアの業務

主に、イベントボランティアとして協力（ふれあい農園・夏祭りなど）

【実習生の受け入れ】

・平成 28 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

月に2回、行政から介護相談員の来所があり、第三者的立場から利用者より意見を聞き、その内容によっては介護相談員から直接、意見内容の確認するようになっています。
また、2年に1回、利用者・家族へのアンケート調査も実施しています。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（通所介護）

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

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	c	町直営で運営されていた平成26年度以前より理念・基本方針は明文化されているが、職員及び利用者への周知は取り組んでいない。指定管理者として3年を経過した中で、新たな施設の理念・基本方針や中・長期計画を主任以上の職員参加によるプロジェクトにより策定中であることから、今後、施設の特長などを踏まえた新たな理念、基本方針の明文化と利用者・職員への周知・浸透が望まれる。

Ⅰ-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	b	毎月法人全体会議で介護保険部門にかかる利用状況・収支状況が確認され、デイサービス全体会議でも毎月報告されており、利用状況の変化などの要因分析も会議内で話し合われている。今後は、これらの分析結果に基づく対応について、中・長期計画に反映されることを期待したい。
3	b	職員間で経営課題を共有する中で、経費節減への意識が浸透しており、現場からのアイデアによる間違い防止のための手作りネームカードの作成など、具体的な取り組みも実施されている。また、職員プロジェクトによって策定中の中・長期計画では、延長加算、サービス提供体制強化加算などの取得による経営安定化も計画されているなど、今後の取り組みに期待したい。

Ⅰ-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	c	法人としての社協地域福祉実践計画（平成24～28年度）は策定済みであるが、デイサービス施設を含めた介護保険事業に特化した中・長期計画は、平成28年度に職員プロジェクトによる委員会を立ち上げ、計画原案（平成29～33年度）が完成した段階となっており、現状で実施されている計画にはなっていない。新たに明文化された理念・基本方針のもと、職員全体で共有された目標の設定と、その達成に向け裏づけとなる収支計画を含めた実効性のある中・長期計画の策定と実施が望まれる。
5	c	単年度計画は社協全体の法人としての事業計画の中に「施設通所介護事業」として包含されており、平成28年度策定中の介護保険施設としての中・長期計画の内容が反映されたものとはなっていない。策定された中・長期計画と連動した事業計画・収支計画の策定・実施が望まれる。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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 施設としての中・長期計画及び単年度計画は主任以上の職員が参画し策定に取り組んでおり、主任以下の職員意見は主任が集約する仕組みは確立されている。今後は、計画の進捗状況の確認・評価・見直しのシステムの明確化や、利用者（家族）の意見の集約とそれらを事業計画に反映させる仕組みなどを加えることにより、より実効性のある計画となるよう期待したい。
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。	c 利用者及び家族に対しては事業計画は周知されておらず、行事などについては予定される都度、連絡帳などで周知している。社協ホームページなどに事業内容を掲載することはない。今後は、施設内の掲示なども含めて、利用者及び家族への情報提供、周知方法についての取り組みが望まれる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	コメント
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。			
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。	b	第三者評価の受審にあたり、職員全体で自己評価を行い、主任以上の確認のもと施設長が取りまとめるなど、施設全体での取り組みとなっている。また、第三者評価の受審も法人内で計画的に実施されており、評価受審に限らず日々の業務においても同様の仕組みの中で課題把握、分析・評価・改善をすすめている。今後、サービスの質の向上が組織的なシステムとして、より機能していくことに期待したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもと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。	b	第三者評価の自己評価においては、項目により評価が分かれたものがあり、職員間の協議により最終評価を固め、課題の共有と改善への方向付けをしている。職員による中・長期計画策定の協議も同時期に行っていることから、今後は、具体的な改善計画として、中・長期計画や次年度計画に反映され、実施されていくことに期待したい。

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

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	Ⅱ-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。	b	法人全体として責任体制は明確化しており、施設内では管理者不在の際の権限委任など、基本的な役割や責任は明確なものとなっている。今後は、改めて策定された施設の理念・基本方針や、支援にあたっての心構えなどを、職員会議などで表明し、さらなる理解を働きかけることに期待したい。
11	Ⅱ-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。	b	管理者は遵守すべき法令について、北海道老人福祉施設協議会などの外部研修やインターネットによる情報収集により、常に最新の関係法令についての理解に努めている。職員には職員会議や研修報告などで伝達しているが、支援や日々の業務をすすめていく上で認識すべき法令根拠としての職員への浸透は不十分であり、今後、内部・外部研修などによりさらなる理解促進を図っていくことに期待したい。

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-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 管理者は、サービスの質の向上については、課題を把握する都度、主任、スタッフなど現場との協議のうえ、具体的改善や内部研修などによるスキルの向上に取り組んでいる。また、日頃からの声かけを通じて現場職員の「気づき」を促し、職員自身の成長も考えながら指導にもあたっている。今後は、組織全体の取り組みとしてすすめていくために、非常勤職員なども含めて職員意見を反映させた改善への取り組みに期待したい。
13	II-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。	b 管理者は、収支状況などを毎月の職員会議で全体確認するとともに、現場職員からの業務効率化などに関する意見を吸い上げ、予算状況も勘案しながら現場へのフィードバックを積極的に行っている。これらの取り組みは、職員のコストに対する意識向上への醸成につながっているとの職員共通の認識としてあり、管理者の指導力に対する評価も高い。今後、明確化する施設理念の実現や中・長期計画の策定・実施に向け、さらなる指導力の発揮を期待したい。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
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。		
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。	c 職員に欠員が生じた際に町の広報や折り込みチラシなどで職員募集をすすめている。人材確保についての具体的な計画は無く、慢性的な人材不足が継続している状況となっている。職員体制の充実の面からも、計画的な採用方針と効果的な募集方法、職員定着に向けた育成計画を含めた総合的な計画の策定が望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c 人事管理の仕組みは構築されておらず、職員面談なども不定期となっている。管理者が一定の能力評価を行っているが、法人全体でも評価基準などは定まっていない。施設理念・基本方針に基づく「期待する職員像」を明確化しつつ、評価基準を始め職員配置や処遇の整備を含めた総合的な人事管理の仕組みづくりが望まれる。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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組んでいる。	b 管理者は、職員の就業状況の確認を含めた一定の労務管理をすすめるとともに、現場職員への声かけを始め日常的に相談できるような雰囲気づくりに配慮している。今後は、非常勤職員も含め、定期的な面談機会の設定や相談窓口の施設内への設置など、職員の意向をさらに把握できるような仕組みづくりに期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c 内部研修は毎月実施している。外部研修は研修内容によって都度、派遣職員を決めている。個々の職員に求められるスキルを段階的に習得させていくような計画は策定されていないため、「期待する職員像」を明確にした中で、職員一人ひとりを育成するための具体的な取り組みに期待したい。
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。	c 施設が目指すサービスを実施するための「期待する職員像」を明確化したうえで、現在策定中である中期計画において、職員の教育・研修計画が盛り込まれ、非常勤職員も含めたすべての職員を対象に、教育・研修に関する基本方針や計画を策定していくことが望まれる。

19	II-2-(3)-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	内部研修は、主任を中心に外部研修の伝達および職員として必要なテーマについて年間計画を立てている。主任が講義資料を作成して講師を務める形ですすめており、主任自身の職員としての成長にもつなげている。しかし、研修資料は施設全体に回覧されるが、研修自体の参加対象は常勤職員のみとなっていることから、今後は、非常勤職員などへの研修機会の確保や採用まもない職員に対する研修方法の検討などの取り組みに期待したい。
II-2-(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。			
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	実習依頼が無いため、福祉人材の育成を目的とする実習方針や受け入れ体制などは整備されていない。中学校からの職業体験は毎年度実施されており、プログラムを定めて主任が対応している。今後の実習や社会人の職場体験などの機会があることも想定した、実習受入マニュアルの策定が望まれる。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
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	財務諸表をはじめ、運営状況などはホームページ上で適切に公開されている。苦情や相談の対応については重要事項説明書に記載があるのみで、施設内においても掲示されているが備品などが置かれているため、利用者や家族などが閲覧できるような掲示にはなっていない。今後は、施設内掲示をはじめホームページ以外の公開方法についての検討や工夫を期待したい。
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	法人としての年4回の監事監査のほか、税理士との契約により毎月経理状況の確認などを受けるなど、適正な運営、経営に向けた取り組みは行われている。また、町委託の介護相談員が利用者ヒアリングなどを不定期に実施している。今後は、税理士からの指摘事項や、介護相談員からの助言に基づいた経営・運営改善の仕組みが明確化されることに期待したい。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
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。	c	施設の地理的な問題もあり、地域交流を広げるための定期的な取り組みは実施されておらず、施設行事などの参加も利用者家族や役員などとどまっている。今後は、社協の地域との関係性や機能を生かした地域交流・地域貢献事業の具体的な企画を策定中の中期計画などに基づいて実施することが望まれる。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c	施設として継続的なボランティアの受け入れなどは実施されておらず、大きな行事に際し社協広報を通じ募集するのみであり、福祉への理解促進に向けたボランティアの受け入れ方針や受け入れにあたっての体制などは整備されていない。福祉・介護の啓発や地域の社会資源の開拓という面も含めたボランティアの基本的な受入体制の整備が望まれる。

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 福祉施設・施設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 日常的な業務にかかる役場、病院、包括支援センターの機関や取引業者などについての連絡先はリスト化されている。「地域支えあいネットワーク会議」など関係機関連絡会議へ参加をしている。今後は、社協のネットワークを最大限に生かした社会資源の確保、開拓、充実などを図っていくことに期待したい。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 福祉施設・施設が有する機能を地域に還元している。	c 現時点では施設機能を地域に開放・提供する取り組みは行われていない。策定中の中期計画の中で具体的な取り組みの企画・実施が盛り込まれており、社協が運営する施設としての強みも生かしながら計画、実施されることが望まれる。
27	II-4-(3)-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。	c 現時点では地域ニーズに基づく公益的な取り組みは具体的に行われていない。策定中の中期計画の中で具体的な取り組みの企画・実施が盛り込まれており、社協としてつながりの深い民生委員・児童委員や町内会、ボランティアグループなどとの連携から地域ニーズの把握と具体的事業・活動の推進を図ることが望まれる。

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

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-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もつための取組を行っている。	c 法人として明文化したものを職員に伝えているが、施設としての理念や基本方針はまだ策定されていない。毎月の職員会議で施設の方針やサービス提供についての意識づけを行っている。しかし、非常勤職員や送迎担当職員の参加はないため、施設としてどのようなサービスを目指すのかを検討し、共有するための取り組みが望まれる。
29	Ⅲ-1-(1)-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 職員は接遇や倫理、法令などの研修でプライバシー保護について学ぶ機会がある。しかし、入浴時に預かり下着やおむつ類が他の利用者から見える脱衣室や、個室がカーテンで仕切られているトイレなど、羞恥心に配慮する取り組みの浸透に不足がみられる。また、静養室がなくホールや廊下にベッドを設置している状況もあることから、プライバシーへの配慮についてサービスごとに盛り込んだマニュアルを整備し、利用者の目線に立ちハード面の課題を補っていく工夫を期待したい。
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。		
30	Ⅲ-1-(2)-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 社協広報誌で施設の運営状況を全戸に配布している。しかし、施設のサービスとして特化したパンフレットなどは作成しておらず、利用希望者には個別に説明を行い、見学を促している。施設の選択を行うためにも、活動状況の公開だけでなく、利用料金などを含め利用希望者に必要な情報が必要な時に入手できるよう取り組むことを期待したい。

31	Ⅲ-1-(2)-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	利用を希望する場合は、希望者宅を訪問し重要事項説明書の内容を一つひとつ説明している。施設でのサービスの説明とともに、利用にあたって不安なことがないかなどを丁寧に聞き、施設の取り組みを伝え、納得したうえで契約を行っている。本人との直接契約を行っており、必要な場合には家族の立ち会いのもとで行っている。今後は、重要事項説明書などの適時見直しを行い、利用料金の負担割合や減算や加算などについても適切に表示することを期待したい。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・施設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。	a	施設変更の場合は、居宅介護支援施設のケアマネジャーとともに利用者宅を訪問し、他サービスの利用についてなど必要なサービスに関する情報提供を行っている。利用者の体調の都合などで利用終了となるケースでも、利用者の希望により利用再開ができるよう、終了後も安否確認の連絡を行うなど、利用者の状況に配慮している。また、併設の施設入所などになった場合も職員との交流がもてるようにしている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	b	利用者や家族に対してアンケートを実施し、サービスの満足調査を行っている。また、日常のサービス提供時に寄せられた要望をもとに雑誌や書籍を揃えるなど、満足度の上昇に取り組んでいる。しかし、アンケートの目的や検討の仕組みが職員全体の取り組みとなっていないため、今後は、その仕組みづくりに期待したい。
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。			
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。	c	法人としての社協の苦情解決の仕組みは整備されている。しかし、施設として苦情解決の仕組みと第三者委員の連絡先の明示などは行っていない。重要事項説明書に記載し施設内に掲示するなど、利用者や家族に第三者委員の連絡先や連絡方法について苦情解決の仕組みを伝えることが望まれる。
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。	b	町の事業である介護相談員の訪問を定期的な受け、利用者が外部者にも意見を伝えられる環境を整備している。しかし、施設としての苦情相談の仕組みなどは周知しておらず、日常的なサービスの中で職員が聴取を行っている。今後、利用者が相談しやすい相談室などの場所や方法について仕組みを整え、利用者等に周知していくことを期待したい。
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。	b	相談・苦情の手順は定められており、報告書が作成されている。しかし、利用者の申し出すべての情報となっているか、あるいは、解決に至るまでの必要な情報となっているかなど、記録された情報が十分であるかどうかの検討に取り組むことに加えて、それらの情報を職員が共有し、再発防止や改善に取り組んでいくことを期待したい。
Ⅲ-1-(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。			
37	Ⅲ-1-(5)-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	事故対策委員会が設置されており、ヒヤリハットなど事故防止につながる報告書を作成し、事故防止への取り組みを行っている。しかし、ヒヤリハット報告ルールが徹底されていないため、全職員への研修や事例の共有や手順書の更新を含めた体制づくりに取り組んでいくことを期待したい。

38	Ⅲ-1-(5)-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。	b	在宅サービス感染予防委員会があり、法人内の施設と合同で検討を行っている。施設内でもマニュアルを設置し吐瀉物の処理について研修を行っているが、全職員への周知とはなっていない。今後は、感染拡大には迅速に適切な処理が必要となるため、看護師の指示を仰ぐことなく各職員が判断して初動対応が行えるよう取り組んでいくことを期待したい。
39	Ⅲ-1-(5)-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	避難訓練は併設の施設での訓練と施設での避難訓練を行っている。施設でのサービス提供時の想定は行っているが、送迎時など、職員や利用者が施設外で災害が発生した場合は想定しておらず、送迎担当職員への申し合わせも行っていない。施設は海に近い立地でもあり、送迎を含めたサービス提供時の利用者と職員の動きを洗い出し、実効的なマニュアルを作成し、訓練していくことを期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。			
40	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。	b	提供するサービスのマニュアルは作成されているが、施設の建物や設備などの状況に合わせたものではなく、一般的な介護方法について記されている。そのため、利用者のプライバシー保護などハード面の制約を含め特別に留意すべき点や、現在の利用者の状況に合わせた運用とは異なる内容の記載となっている部分があり、施設の目指す介護の指針とはなっていない。職員の経験や技術によるサービス提供の差をなくし、一定水準のケアを提供していくための基本となるべきものであり、施設が提供するサービスを網羅した内容で整備していくことを期待したい。
41	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	平成28年8月にマニュアルの改訂を行っているが全職員への周知や勉強会などによる共有には至っていない。マニュアルの見直しは、管理者や主任が行っており、業務の遂行手順に不具合が生じた場合に行っている。しかし、内容が古いものがあつたり、マニュアルによって同じサービスについて異なる手順が示されているなど、大幅な見直しが必要となっている。次年度より委員会を発足させ、サービスを担当する現場からのマニュアル作成に取り組んでいくことになっており、全職員への周知を含めた今後の取り組みに期待したい。
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。			
42	Ⅲ-2-(2)-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	アセスメントの書式が決まっており、項目に沿って情報を整理している。利用者の希望を聴取しており、薬の状況や家族の状況と希望などを含め職員が検討している。利用者のニーズ把握に努めているが、要望があつた場合や困難な状態にある利用者について重点的に取り組んでいる状況となっている。今後は、すべての利用者の状況把握や個別の希望に沿った計画作成に、職員全員で取り組んでいくことを期待したい。

43	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。	b	半年毎に計画の見直しを行っている。利用者の計画の見直しを毎月の全体会議の中で検討している。しかし、利用時の記録が十分ではないため、見直しは記録ではなく職員の記憶に頼っている部分がある。今後は、パソコンシステムによる利用記録の作成を予定しているため、適切な見直しができるよう仕組みを整えとともに、多くの職員の視点や専門職の意見を取り入れていくことに期待したい。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	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、職員間で共有化されている。	b	朝と昼休みに介護日誌を職員が共有している。介護日誌で全体の状況が記載されており、利用者個別の記録となっていない。平成29年度より利用者個別のサービス提供状況を記録することになっている。デイサービスに参加する利用者全体の把握だけでなく、より個別性の高いサービスの提供に結び付くよう、今後のシステム運用に期待したい。
45	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。	b	職員の入職時に守秘義務などについて説明し、個人情報保護規程を職員が手に取れる場所に設置している。利用者の情報を記載した書類は職員事務所で保管している。平成29年度より、パソコンシステムを活用した記録の管理を行うことになっているが、紙媒体から電子媒体を主とした記録へ移行する時期であり、マニュアルの見直しと共有について、全職員への周知を期待したい。また、記録の管理や職員の守秘義務については現に利用者からの関心が寄せられていることもあり、定期的な職員への周知と管理体制が現状に合っているか、あるいはスマートフォンなどの新しいメディアにも十分対応しているかなども随時検討していくことを期待したい。

評価対象 通所介護 付加基準

A-1 支援の基本

	第三者評価結果	コメント
A-1-① 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	レクリエーションや行事などでアンケートや個別の聞き取りを反映し実施しているが、毎日の一日のプログラムについては画一的で工夫の余地がある。利用者一人ひとりのアセスメントや聞き取りの精度をあげて、各々にあった過ごし方を通所介護計画に位置付けるなど、工夫の検討が行なわれることを期待したい。
A-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。	b	意見や要望、課題などが明確な利用者には、個別のコミュニケーション方法などが確立されているが、大半の利用者については、マニュアルやプログラムなどに沿った画一的なコミュニケーションとなっている。今後は利用者個別のタイミング、内容、方法などを検討し、利用者一人ひとりにあったコミュニケーションが実践されることを期待したい。

A-2 身体介護

	第三者評価結果	コメント
A-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。	b	マニュアルが現在の利用者像を想定したものとなっていない。利用者の状況に合わせたマニュアルへの見直しや、マニュアルに基づいた職員研修や技術などの取得の確認を行う体制の構築に期待したい。

A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	マニュアルが現在の利用者像を想定したものとなっていない。利用者の状況に合わせたマニュアルへの見直しや、マニュアルに基づいた職員研修や技術などの取得の確認を行う体制の構築に期待したい。
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	マニュアルが現在の利用者像を想定したものとなっていない。利用者の状況に合わせたマニュアルへの見直しや、マニュアルに基づいた職員研修や技術などの取得の確認を行う体制の構築に期待したい。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b	家族や居宅介護支援施設などと連携を図り褥瘡の発生予防に努めている。今後は、医師や栄養士などを含めた多職種の連携ができる体制の構築や、職員間の理解に差がないように継続的な学習機会を設けるなどの取り組みに期待したい。

A-3 食生活

	第三者評価結果	コメント
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b	食堂の周りをベッドが囲んでいるほか、食事に関しては委託業者任せになっているなど、食事をする環境としては工夫の余地がある。今後、利用者の意見を反映しつつ、栄養士や厨房職員なども交えた検討を行い、喫食環境の改善を検討することを期待したい。
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者の身体や疾患などの状況にあわせた食事介助や、きざみやとろみなど、複数の細かい食事形態の対応ができています。また、利用者のその日の体調や食事摂取のスピードにあわせて喫食時間に幅を持たせた対応ができています。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	必要に応じて食後の入れ歯のケア、うがいの支援などを行っている。今後、口腔ケアの重要性を職員が理解したうえで、自立した利用者の歯磨きの励行や啓発について検討されることを期待したい。

A-4 認知症ケア

	第三者評価結果	コメント
A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	認知症実践研修を修了した職員が中心となり、認知症ケアについての推進を進めているが、取り組みを始めたばかりである。今後、組織としての方針の確立や、職員研修や学習の機会を確保し、施設における認知症ケアの取り組みが充実されることを期待したい。
A-4-② 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。	b	アセスメント項目の聞き取りの際に、ひもときシートを活用するなど、認知症の利用者の理解を深め、声かけの方法やコミュニケーションの取り方などの工夫を進めている。今後、現在すべての利用者が混在利用している施設の設備面を工夫するほか、職員が一様に対応できる研修などの工夫の検討を期待したい。

A-5 機能訓練、介護予防

	第三者評価結果	コメント
A-5-① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	b	一般的な歩行訓練や体操などの予防的な取り組みを行っているが、利用者一人ひとりに合った積極的な機能訓練にまでは至っていない。今後は、利用者一人ひとりの生活全般上の課題に対応する自立支援に向けた機能訓練が実施されることを期待したい。

A-6 健康管理、衛生管理

	第三者評価結果	コメント
A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b	急変時や緊急時の対応方法のマニュアルが策定されている。マニュアルや対応方法についての研修や訓練が不十分なため、すべての職員が一律に実施できるまでには至っていない。今後は、研修や訓練を工夫し、すべての職員が対応できる取り組みに期待したい。
A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b	感染症や食中毒の予防や蔓延防止委員会のマニュアルの策定や、感染症対応キットの準備はできている。マニュアルや対応方法についての研修や訓練が不十分なため、すべての職員が一律に実施できるまでには至っていない。今後は、研修や訓練を工夫し、すべての職員が対応できることを期待したい。

A-7 建物・設備

	第三者評価結果	コメント
A-7-① 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。	c	職員が毎日清掃を行い快適に利用できるように配慮しているが、掃除の範囲や手順のチェック項目などが標準化されておらず、清掃の行き届きが一様ではない。また、老朽化のためトイレや浴室（脱衣室）の美化環境に限界がある。今後は、清掃のマニュアルの作成や設備の更新も含めた利用者の快適性の向上についての検討が望まれる。

A-8 家族との連携

	第三者評価結果	コメント
A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	利用開始時などの面談・送迎時の連絡・連絡帳など複数の機会や方法での連絡を適切に実施している。

評価対象 通所介護 付加基準

B-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1-(1) 通所介護サービス利用契約		
B-1-(1)-① 通所介護サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。（関連：Ⅲ-1-(2)-②）	b	利用契約書・重要事項説明書を用いて利用者・家族に説明しているが、介護記録や支援記録において契約関係にかかる業務実施の記録がなされていない。今後、その契約行為が適正に行われた証憑として経過などに記録することを期待したい。
B-1-(1)-② 通所介護サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。（関連：Ⅲ-1-(2)-②）	b	アセスメント上において判断能力や契約事務能力に疑いのある利用者本人との契約や家族との第三者契約がある。今後、施設として後見人申請や日常生活自立支援事業の活用支援などの対応についてどのように対応するかなど、検討されることを期待したい。
B-1-(1)-③ 通所介護サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い、文書による契約変更手続きを行っている。（関連：Ⅲ-1-(2)-②）	b	大きな制度改正や報酬などの変更があった場合については、重要事項説明についての同意を得ている。しかし、利用者に関する細かな変更など、すべて遅滞なく通知・説明し、文書による契約変更手続きを行うまでには至っていない。今後は、利用者に対して、きめ細やかな通知などが実施されることに期待したい。
B-1-(1)-④ 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。（関連：Ⅲ-1-(2)-①）	c	施設としてのわかりやすいパンフレットやホームページなどの作成には至っていない。今後、利用者や職員の意見を取り入れながら早期に作成されることが望まれる。

B-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2-(1) 通所介護計画		
B-2-(1)-① 本人や家族等の意向を組み入れ、かつ、居宅介護サービス計画（ケアプラン）の内容に沿った通所介護計画を作成している。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）	b	定められたフォーマットに沿って作成されている。標準的な作成マニュアルなどが未策定のため、職員それぞれの計画作成になっており、利用者本人や家族の意向の反映も一様ではない。今後、通所サービス計画の標準的な作成の手順書を策定し、利用者や家族などの意向の汲み取り方や反映方法についても標準化されることに期待したい。
B-2-(1)-② 通所介護計画の作成に際しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）	b	現在は全ての職種の参加には至っていないため、今後は、計画案の作成について各専門職種が参画できるような方法や手順を検討することに期待したい。
B-2-(1)-③ 利用者一人ひとりの個別記録が適切に整備されている。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）	b	各種フォーマットを準備し、都度記録することとなっているが、記録に関するルールが整理されていない。今後、記録に関する記入事項や方法、手順など、必要なルールが策定され、かつ、すべての職員が理解できるような取り組みに期待したい。
B-2-(1)-④ 通所介護計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）	b	長期目標や短期目標を意識し支援に取り組んでいるが、職員全員の理解にまでは至っていない。今後は、作成段階から職員が参画し、あらゆる機会に利用者それぞれの課題や目標を共有できるような工夫を検討することに期待したい。
B-2-(1)-⑤ 通所介護計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）	a	すべての利用者、家族に対して通所介護計画の内容を文書の口頭による補足説明と文書により同意を得て署名捺印をもらっている。
2-(2) 食事		
B-2-(2)-① 栄養ケアマネジメントを実施し、低栄養状態にある利用者などへの栄養改善サービスを実施している。（関連：A-3-②）	c	人手不足の問題などから現在は実施できていない状況である。今後、職員の配置とともに積極的に実施することが望まれる。
B-2-(2)-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。（欠番：A-3-①に統合）		
B-2-(2)-③ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。（欠番：A-3-①に統合）		
B-2-(2)-④ 食事は時間的配慮が十分なされている。（欠番：A-3-①に統合）		
B-2-(2)-⑤ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。（関連：A-3-②）	a	全て職員が支援するのではなく、可能な限り利用者自身で食事が摂取できるように食器や補助具などの活用しながら食事での支援を実施している。
B-2-(2)-⑥ 利用者の身体の状況（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。（関連：A-3-②）	a	疾患や嗜好に配慮しながら、主食や副食などの食事形態や量など、複数きめ細かく対応している。また、通常のみならず、体調などにも配慮し、当日でも食事形態の変更に対応している。
B-2-(2)-⑦ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。（関連：A-3-②）	c	これまで、調理担当者と利用者がコミュニケーションをとる機会を設けていない。今後は、食事の内容や食事形態の向上による利用者満足のためにも、調理担当者と利用者がコミュニケーションが取れる機会の創出が望まれる。
B-2-(2)-⑧ 口腔機能向上のための取り組みを実施して、摂食・嚥下機能の向上に留意している。（欠番：A-3-③に統合）		

2-(3) 入浴		
B-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。（欠番：A-2-①に統合）		
B-2-(3)-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。（欠番：A-2-①に統合）		
B-2-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。（関連：A-2-①）	c	湯は毎日入れ替えているが、水質管理は行っていない。また、毎日掃除をしているが、施設の老朽化により脱衣室の床や浴室のタイルの目地などが完全にきれいにならない状況である。設備の限界はあるものの、今後は、清潔の維持と水質管理が実施されることが望まれる。
2-(4) 排泄		
B-2-(4)-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。（関連：A-2-②）	b	男性用トイレの利用が廊下から見える。専用の静養室などが無いため、ベッド上のおむつ交換の際は、廊下端のベッド上でパーテーションを利用しながらの実施など、プライバシーの保護が十分ではない状況となっている。今後、設備や備品の使用の工夫も含め改善の検討を期待したい。
B-2-(4)-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに十分配慮している。（欠番：A-2-②に統合）		
B-2-(4)-③ 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。（欠番：A-2-②に統合）		
B-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。（関連：A-2-②）	c	トイレは毎日清掃され、汚染時の都度清掃され環境の美化に努めているが、古い方のトイレ設備が施設の老朽化により美化状況に限界があり、快適とはいえない状況になっている。設備の更新も含めた検討が望まれる。
2-(5) 健康管理		
B-2-(5)-① 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。（関連：A-6-①）	a	マニュアルが整備され、記入すべきことがリストアップされ一覧の記録表や日誌、連絡帳など必要な記録に毎回記入されている。
B-2-(5)-② 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。（関連：A-6-①）	a	内服薬・外用薬などの取り扱いについてルールが策定されている。サービス開始時やアセスメントにて自己管理の利用者と施設で支援する利用者を区分けし、支援が必要な利用者の薬の取扱いは、送迎時・施設到着時・看護師によるセッティング段階でトリプルチェックをしている。
B-2-(5)-③ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。（関連：A-6-①）	a	水分摂取モニターが必要な利用者に対し、その利用者の状況にあわせ、減算方式や積算方式による飲水量の管理を実施し、利用者本人や職員がわかりやすいように取り組んでいる。
B-2-(5)-④ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。（関連：A-6-①）	b	協力医療機関などの看護師と施設の看護師が療養上・医療上の留意点などについての連携はできているが、直接医師との連携までには至っていない。今後、医師とも直接連携体制ができるような工夫を期待したい。
B-2-(5)-⑤ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。（関連：A-6-①）	b	マニュアルの作成や見直しを行い、協力医療機関を設けている。ただし、AEDの使用や心肺蘇生法などの救命法をすべての職員が一様に対応できる状態には至っていない。今後、職員研修や訓練が実施されることを期待したい。

2-(6) 衛生管理		
B-2-(6)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。（関連：A-6-②）	b	マニュアルの作成や見直しは実施されているが、すべての職員に対する研修や理解を促す取り組みができていない。今後は、全ての職員が一樣に理解できる機会を設けることに期待したい。
B-2-(6)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。（関連：A-6-②）	c	給食業務を業者委託しており、業者内のルールや手順で消毒や殺菌などの衛生管理体制を構築している。すべて給食関係業務は業者に委託しているとはいえ、給食の安全などの最終的な責任は施設が問われることになるため、今後は、委託業者の衛生管理体制が適正に実施されているか確認できるような体制構築が望まれる。
B-2-(6)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。（関連：A-6-②）	b	感染症の流行期である11月から4月には、手指消毒やマスク着用を励行しているが、うがいの励行までには至っていない。今後は、うがいの励行や職員が対応できない時などの対策について、積極的な啓発や実施の工夫を期待したい。
B-2-(6)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。（関連：A-6-②）	b	冬場は乾燥防止のため、濡れタオルを干したり大型加湿器を設置する一方、夏場は冷房やカーテン、窓の開閉などによる快適な温度・湿度・換気に配慮している。ただし、施設の面積が広く天井が高いなどの構造上の課題があり、望む温度湿度調整となっていない。今後、専門家に相談することなどを含め検討されることを期待したい。
2-(7) 機能回復訓練		
B-2-(7)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、実施している。（欠番：A-5-①に統合）		
2-(8) アクティビティ		
B-2-(8)-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、十分に反映した取り組みを行っている。（関連：A-1-①）	b	アンケートや個別の聞き取りを行っているが、行事の形骸化やレクリエーションメニューの偏りの解消までには至っていない。今後は、聴取した意見などを有効に活用できるように、アンケート項目や提案内容の工夫などから検討することを期待したい。
2-(9) 送迎		
B-2-(9)-① 送迎車両は、快適性・安全性に配慮している。（関連：A-2-③）	b	運行前の車両点検や車両洗浄を行い安全で快適に運行できるように配慮されているが、車内の清掃や除菌など衛生管理に関するルールがない。今後は、外装や安全性のみならず、車内の快適性を担保する仕組みが構築されることを期待したい。
B-2-(9)-② 送迎時に家族等との情報交換をしている。（関連：A-8-①）	a	家族などと、朝夕の送迎時に口頭および連絡帳などを用いてその日の体調や特別変わったこと、留意事項など、必要な情報交換をしている。
B-2-(9)-③ 事故や急病時、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。（関連：Ⅲ-1-(5)-②）	b	マニュアルが整備され、中心的な職員は経験から適正に対応できるが、新人を含めた全職員が同様な判断ができるような訓練や確認がなされていない。今後、様々な場面を想定した研修や訓練が全職員を対象に実施し、実際に適切に対応できるような取り組みに期待したい。
B-2-(9)-④ 乗降時の安全に配慮している。（欠番：A-2-③に統合）		

2-(10) 認知症高齢者への対応		
<p>B-2-(10)-① 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。（欠番：A-4-①に統合）</p>		
<p>B-2-(10)-② 身体拘束は原則として禁止としている。（関連：Ⅲ-1-1-①）</p>	<p>b</p>	<p>高齢者の虐待防止や身体拘束の禁止などについての研修は実施しているが、全職員が原則や方針を理解し、適正に支援できているかなどの確認が実施されていない。今後は、定期的に自己チェックを行うなど、理解度の確認や実施状況の確認が行われる取り組みに期待したい。</p>