

平成 27 年度
福祉サービス第三者評価 結果報告書

社会福祉法人クムレ

「通所介護事業所クムレ」

2016 年 4 月 12 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
実施概要	1
評価項目	3
総評	31

(添付資料)

◆ 利用者調査 集計結果

【実施概要】

1. 実施スケジュール

- (1) 第三者評価についての事前説明 平成 27 年 12 月 3 日
- (2) 情報収集の実施（調査）
 - ①自己評価 平成 28 年 1 月 7 日～1 月 30 日
 - ②利用者調査 平成 28 年 1 月 7 日～1 月 30 日
 - ③事業所訪問調査 平成 28 年 3 月 3 日、3 月 4 日

2. 評価の実施方法

岡山版 福祉サービス第三者評価基準ガイドライン

3. 利用者調査

- (1) 調査の方法 アンケート
- (2) 調査対象者数 利用者 12 名

4. 評価調査者

新津 ふみ子
鳥海 房枝
北村 とし子

5. 評価決定合議日

平成 28 年 3 月 24 日

6. 本評価に関する問い合わせ

- (1) 本評価調査責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 新津 ふみ子
- (2) 評価責任者 NPO 法人メイアイヘルプユー 代表理事 新津 ふみ子
- (3) 連絡先

NPO 法人メイアイヘルプユー事務局

〒141-0031 東京都品川区西五反田 2-31-9 シーバード五反田 401

電話：03-3494-9033 / FAX：03-3494-9032

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、基本方針が確立されている。		評価
I-1-1(1)-① 法人や事業所の理念が明文化されている。		
判断基準	a) 法人・事業所の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。	a
	b) 法人・事業所の理念を明文化しているが、法人の使命・役割の反映が十分ではない。	
	c) 法人・事業所の理念を明文化していない。	
講評	<p>■取り組み状況 法人として、理念・基本方針および行動指針を明文化し、玄関・事業所内に掲示している。年3回発行する「広報誌」には、ロゴマークと理念「ともに育ち、ともに生きる」を掲載、またホームページでも同様である。地域社会への貢献を意識した理念である。</p>	

I-1-1(1)-② 法人や事業所の理念に基づく基本方針が明文化されている。		評価
判断基準	a) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。	a
	b) 法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。	
	c) 法人事業所の理念に基づく基本方針を明文化していない。	
講評	<p>■取り組み状況 法人としての理念、基本方針、行動指針を受け、より具体的に記述したブランドブック「クムレ10の心構え」を作成し、職員が自らの行動を振り返る際の視点を示している。当事業所独自に作成したリーフレットには、法人のロゴマークおよび平成24年6月開設時に担当職員で検討した「和気諷諷」を明示し、また「『ありがとう』を合言葉にこの地に根付きおおきな輪を作り、ご利用者・ご家族・地域の方々とともに楽しい、ともに学び、助け合い、安心で心地よい生活をお手伝いしたいと思っている！」を方針として記載している。</p>	

I-2-1(1) 理念や基本方針が周知されている。		評価
I-2-1(1)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。		
判断基準	a) 理念や基本方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 理念や基本方針を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を職員に配布していない。	
講評	<p>■取り組み状況 理念、基本方針、行動指針が記載されている「ブランドブック」を全職員に配布している。理念、基本方針等は、法人の入社式で理事長より説明があり、法人内研究会「実践研究会」などでも説明を受けている。そして法人の理念・基本方針を意識し、事業開始時に職員で話し合い、当事業所のリーフレットを作成している。</p>	

I-2-(1)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 理念や基本方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 理念や基本方針を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■取り組み状況 利用者・家族への理念・基本方針等の周知の機会としては、参加者は少数であるが、年2回の家族会と月1回の座談会とがある。理念・基本方針は法人が作成している「広報誌」(2,000部発行)にも掲載し、利用者配布している。地域への情報発信として、当事業所として独自に座談会新聞「和気藹藹」を作成し、近隣地域の120～130軒に配布している。</p>	

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
I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。		b
判断基準	a) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画及び中・長期の収支計画を策定している。	
	b) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画又は中・長期の収支計画のどちらかを策定していない。	
	c) 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。	
講評	<p>■取り組み状況 中期経営ビジョン(中長期計画)の策定は、法人本部が主催する経営会議で検討、2015年4月～2020年3月までの5年間の計画としている。地域社会への貢献を中心に置き、利用者満足の追及、集うひとの幸せの追求、強しなやかな組織づくりを軸に、6つ取り組むべき課題を明確にしている。この提示を受け、各事業部(当事業所は「自立支援事業部」に所属)では、大切にしたい考え方(価値観)を検討して重点目標を定めている。自立支援事業部では、価値観として「夢・将来をともに考え、かなえてゆく」とし、3つの重点目標を定めている。見直しは、毎年実施していないが、外部環境の変化時などに対応できるよう、随時見直している。具体的な予算は、本部が作成する。</p> <p>■改善課題 当事業所は、1日の利用定員10名だが、事業所開設以来5～6人の利用者で、利用者増が課題である。開設当初、職員は近隣地域の各戸へポストインで情報提供している。その後は地域住民を巻き込んだ公民館での座談会の開催などにも、積極的に取り組んできている。しかし、利用者増については成果は出ていない。中長期的な取り組みの必要性、法人を挙げての取り組みが必要と考える。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容及び中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。	b
	b) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容または中・長期の収支計画の内容のどちらかのみを反映させている。	
	c) 各年度の事業計画は、中・長期計画の内容も中・長期の収支計画の内容も反映していない。	
講評	<p>■取り組み状況 事業計画は2つの計画で構成されている。まずは「中期経営ビジョン」に対する取り組みで、この中長期計画では、目標(値)とそれに対する具体策が定められる。もう一つの毎年の年度計画では、中期経営ビジョンに対する当年度の取り組み目標と、そのための具体策を定める。年度計画は、自立支援事業部として作成した重点目標を踏まえて事業所の目標を定め、その目標に対応した具体策とスケジュールが作成される。</p> <p>■改善課題 当事業所として最大の課題である、利用者については、毎月の延べ利用者数5名の増加を目指すとしているが、具体策の明示はなく、現状では実現は不可能な状態である。毎月開催される「自立支援グループ」(以下事業グループ会議)の会議において、年度計画の取り組み状況と収支状況を報告をしているが、目標を達成できていない。法人、自立支援グループ、当事業所各段階で、積極的な検討を期待する。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		評価
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。		
判断基準	a) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。	b
	b) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われていない。	
	c) 各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。	
講評	<p>■取り組み状況 中長期計画は、法人本部と法人内各事業所マネジャー以上で構成される経営会議で策定・確認される。年度事業計画の策定は、事業部として作成した計画を受け、当事業所では管理者であるチーフが、もう1名の常勤職員と話し合い決定している。見直しは、随時、また月1回のグループ会議に合わせて話題にしている。</p> <p>■改善課題 常勤職員2名の職場であり、日常の活動の中で問題が生じたときには、随時に相談しながら解決に取り組んでいる。しかし事業計画の策定、評価、見直しは、十分な討議と確実な振り返りが求められる。そのためには意識的な取り組み、根拠となる記録などが必要になる。</p>	

I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	a
	b) 各計画を職員に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を職員に配布していない。	
講評	<p>■取り組み状況 事業計画は、常勤、非常勤を問わず全員に配布している。また、計画策定時は常勤職員のみではなく、週4回の非常勤職員にも参加してもらっている。朝の申し送り時、あるいは必要な事項については、随時に話し合いをしている。経営会議などの会議の内容は、法人内ネットワーク「サイボウズ」で見ることができる。</p>	

I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。		評価
判断基準	a) 各計画を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。	b
	b) 各計画を利用者等に配布しているが、理解を促すための取組が十分ではない。	
	c) 各計画を利用者等に配布していない。	
講評	<p>■取り組み状況 利用者に配布する広報紙では、年度初めに法人の事業計画や方針などについて理事長が触れている。当事業所では家族会で報告している。</p> <p>■改善課題 家族会の参加者は、少数である。当事業所として配布している新聞は「和気藹藹」であり、主には座談会の紹介と在宅介護に関連する知識の提供である。法人や事業所の方針、考え方、取り組みなどを知らせること、その必要性について検討を期待する。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。	b
	b) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。	
	c) 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにしていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・管理者は、開設当初からの担当であり、法人の役職としては、チーフの立場にある。常勤2名(管理者含む)、非常勤5名、計7名の職場である。管理者は当事業所が所在する地域の状況の把握に努めている。そして事業所の特徴に美味しい手作り食事を挙げ、調理に地元の経験者を活用している。また、地域住民との協働を課題にして公民館を活用した座談会を開催するなど、率先して取り組んでいる。管理者としての役割、責任としては、法人の理念と基本方針の順守、経営の責任、制度の順守、利用者と職員の和を大切にすることを挙げている。それらを日常の行動を通して、職員への周知に努めている。また、有事(災害・事故など)における施設長の役割は、リスクマネジメント関連のマニュアルに明示されている。</p> <p>・職員自己評価は実施していない。管理者としては、「b」の評価をしているので、その判断を尊重した。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。	b
	b) 管理者自ら、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が、十分ではない。	
	c) 管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組は行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>関係する法令などは法人が実施する管理者研修や、法人内委員会の一つである「リスクマネジメント委員会」に管理者が所属しているため、学習する機会には恵まれており、研修会には積極的に参加している。法令等の職員への周知については、朝礼や気が付いたときに随時に話し合いをしている。</p> <p>■改善課題</p> <p>伝えるべき法令などについては、明示し、計画的に取り組むことが望まれる。</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		評価
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。		
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>管理者は、当事業所の基本方針を「和気藹藹」とし、「心と心が通じ合い、和やかな気分が周囲に満ちあふれている…そんな家でありたいとおもっています」と注釈を付けている。この方針を具現化すべく、職員と話し合い、利用者へきめ細かく対応している。評価訪問時にも利用者への意欲的で丁寧な対応が見てとれ、職員間の連携の良さ等を判断することができた。</p> <p>■改善課題</p> <p>開設して3年が過ぎているが、これまで「利用者アンケート調査」などの取り組みはなく、また、サービスの質を客観的に判断する取り組み、例えば指標を使った自己評価などの取り組みもない。第三者評価は、法人の指示で今回が初回の受審である。事業の課題を適切に把握するためにも、積極的な取り組みを期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。	b
	b) 管理者は、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が、十分ではない。	
	c) 管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■取り組み状況 経営実態を把握する取り組みの一つとして、前年度との比較で毎月の職員数・利用者数を集計し、「経営会議」に報告している。また働きやすい職場づくりを意識し、職員との話し合いを大切にしている。さらに職員が持つ専門性や関心事についても尊重し、それらを活用する機会を取り入れている。開設当初からの退職者は、調理を担当する非常勤職員1名のみである。</p> <p>■改善課題 当事業所は1日の利用定員10名の小規模型通所介護事業所であるが、現状は利用定員を満していないので、利用者に個別にサービスを提供しやすい状況にある。その一方で、収入面においては課題を持っている。このような状況に対する対策について、更なる指導力を発揮することを期待する。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。	b
	b) 事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業経営をとりまく環境を把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況 ・社会福祉事業全体の動向は、理事長が全国レベルの福祉分野の関連会議に参加し、豊富に情報収集できている。また、施設長は関連研修に参加するとともに、関連情報誌などから情報を収集している。 ・地域情報は、開設当初から地域住民へ働きかけて座談会を毎月開催、また民生委員との情報交換などで積極的に収集している。さらに、行政などが主催する関係機関による各種会議にも参加して情報を得ている。行政調査、基本的データも、常に把握している。</p> <p>■改善課題 今後の課題として障がい分野の利用者が介護保険サービスへ移行する際のスムーズな対応を挙げているが、障がい分野に関する情報の把握に計画的な取り組みは見られない。また、把握した情報などを、中長期計画や年度計画に反映させている状況は認めにくい。法人を挙げての取り組みが必要である。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。	b
	b) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。	
	c) 経営状況を分析して課題を発見する取組を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況 経営状況は、毎月の利用者の推移、利用率などから分析している。</p> <p>■改善課題 中長期計画、年度計画からは、分析した経営状況の反映を判断することは困難である。改善に向けた取り組み、体制づくりが必要である。</p>	

II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。【※社会福祉法人のみ】		評価
判断基準	a) 外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。	a
	b) 外部監査を実施しているが、その結果に基づいた経営改善が十分ではない。	
	c) 外部監査を実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況 ・外部の監査法人は活用していない。現状は、公認会計士による自主監査を実施し、指摘された事項は法人本部が受け止めて、経営改善に活かしている。 ・評価は、岡山県が示す評価基準の考え方と評価のポイント(岡山県福祉サービス評価基準)を採用して判断した。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しており、それに基づいた人事管理が実施されている。	b
	b) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。	
	c) 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立していない。	
講評	<p>■取り組み状況 ・法人として職員を計画的に育成するため「キャリアパス運営手引き」に人材育成体系を明示するとともに、人材育成の方針に「必要な人材像」を明らかにして、人事管理や研修を実施している。 ・当事業所は、開設時から高齢分野のサービス経験者を配置し、異動もなく現在に至っている。また、調理業務などは地域の経験者を採用し、成果を出している。</p> <p>■改善課題 管理者は、地域の一人として人間関係を大切にする視点から、地域との関係や重要視する職員像を持って活動を展開している。一方、小規模事業所であることによる職員配置上の課題、利用者が定員に満たない状況と、今後どのような利用者を受け入れるのかなど、多様な課題がある中で、目標が定まらず具体的な人材プランができていない状況と思われる。重要な課題であり、法人を挙げての取り組みが求められる。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。	a
	b) 定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。	
	c) 定期的な人事考課を実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況 法人として人事考課を実施している。評価要素や実施方法は「キャリアパス運営手引き」に明示し、本部の担当者が職員に説明している。年2回の人事考課で、その対象を正規職員とし、職員自己評価に基づいて上司が面接する。また、フィードバック面接も実施している。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価
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
判断基準	a) 職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	
	b) 職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。	
	c) 職員の就業状況や意向を把握する仕組みがない。	
講評	<p>■取り組みの状況 職員の意向を把握する機会として人事考課の面接がある。また、法人として目標管理を取り入れ、年2回、上司と面接している。就業状況に関して有給休暇は、職員から年間の希望を受け付け、計画的に取得できるようにしている。また、事業グループ会議で報告し確認している。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。	b
	b) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施しているが、十分ではない。	
	c) 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況 福利厚生の取り組みとして、福利厚生センター(ソウェルクラブ)に加入している。また、法人内の「職員互助会」や事業部・事業所内の「親睦会」があり、それらには法人から活動補助金が出ている。職員の健康管理の側面から定期的に健康診断を実施している。</p> <p>■改善課題 職員の悩みなどの相談窓口では、法人内および外部と連携した取り組みは今後の検討課題である。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
	b) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されているが、十分ではない。	
	c) 組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■取り組み状況 職員の教育・研修に関する基本的な姿勢や研修体系は、「キャリアパス運営手引き」に明示している。また、法人が実施する「階層別研修」は教育研修委員会が、さらに25年度からは、事業グループ専門研修が計画的に実施されている。介護保険制度、リスクマネジメント分野、介護技術分野などの研修に参加している。外部研修についても必要な内容の研修には参加している。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定され、計画に基づいた具体的な取組が行われている。	a
	b) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。	
	c) 職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。	
講評	<p>■取り組み状況 「階層別研修」の体系があり、実施されている。また、法人の理念・方針・計画の実現に向け、職員個々の能力開発課題に応じた個人目標を設定し、実践する取り組みとして「目標管理」を取り入れている。これは「目標管理表」にそれぞれの役割(事業計画や業務改善への取り組み)と自己啓発分野(業務の知識、技能、資格・免許など)における到達目標、計画、実践、自己評価を記載し、年2回上司の面接でアドバイスを受けるものである。職員一人ひとりが目標を定めるにあたって、「職務基準」「役割基準」で自己チェックし、自己の現状を認識した上で「到達目標」を定めるプロセスがあり、目標管理はこの考えと手法で実施されている。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 研修成果の評価が定期的に行われるとともに、次の研修計画に反映されている。	b
	b) 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。	
	c) 研修成果の評価が定期的に行われていない。	
講評	<p>■取り組み状況 研修終了後は「復命書」への記載を基本としている。また、朝礼を研修報告の機会にしている。</p> <p>■改善課題 研修成果に関する評価・分析には、計画的に取り組んでいない。法人として、研修担当者(教育研修委員会、人材育成プロジェクト)を設置し、研修内容やカリキュラムを見直している。研修を受講した職員ごとに研修成果を意識的に把握して、目標管理などに活用することが求められる。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。		評価
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。		
判断基準	a) 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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。	C
	b) 実習生の受入れと育成について体制を整備してはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていない等、積極的な取組には至っていない。	
	c) 実習生の受入れと育成について体制を整備しておらず、実習生を受け入れていない。	
講評	<p>■改善課題 実習生の受け入れはしていない。地域との協働など特徴的な活動もあり、後輩の育成のためにも検討を期待する。</p>	

II-3 安全管理

II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		評価
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確保のための体制が整備されている。		
判断基準	a) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。	a
	b) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。	
	c) 事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備していない。	
講評	<p>■取り組み状況 ・利用者の安全確保のために、「緊急時対応」「事故対応」「感染症対応」については、マニュアルとして文書化している。また、法人で交通安全防災委員会、リスクマネジメント委員会が組織され、そこでの検討、決定事項はリアルタイムで事業所に送られてくる。現場での取り組みとして、ノロウイルス感染の拡大防止のために嘔吐物処理キットを備え、実際に職員でキットを使用した実習の実施、食中毒の発生予防に向けて、調理後のまな板消毒、調理員には定期的に検便をしている。 ・法人の安全衛生パトロールの巡回を年1回受ける体制になっている。</p>	

II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。		評価
判断基準	a) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的にやっている。	
	b) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況 年2回、火災を前提にした訓練をしている。また、町内会や民生委員と協力して日中一人になる住民などを抽出した住民台帳を策定、近隣の福祉分野の機関・5法人と協力体制も組んでいる。27年度の事業計画では、法人が掲げる中期経営計画に、「地域住民と災害時などの対応について考える会をつくる」を掲げ、取り組みを開始している。2日分の非常食が備蓄され、栄養士が管理している。</p> <p>■改善課題 現状では食料の備蓄の取り組みと事業継続計画に関する取り組みが弱い。意欲的な取り組みをしているので、さらなる充実を期待する。</p>	

II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。		評価
判断基準	a) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。	b
	b) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。	
	c) 利用者の安全を脅かす事例を組織として収集していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・ヒヤリハット、事故報告書を作成し、その内容を職員で共有して、発生当日にその原因(要因)を検討し、再発予防に努めている。事故とヒヤリハットは利用者に実害のあったものを基準にしている。これまでの報告内容としては、送迎車の扉を他の利用者が閉めてしまい、そこでの指詰め事故発生や転倒、しりもちなどがある。</p> <p>・再発予防は、例えば送迎車の安全確認方法の見直しなど、具体性のあるものようにしている。安全に関する職員研修は法人のリスクマネジメント委員会主催の研修会に参加し、技術と知識を得るようにしている。</p> <p>■改善課題</p> <p>年2回、消防点検を実施して設備・備品点検をしている。ここにベッド、車いす、シャワー椅子等の福祉用具も点検対象に加えることを望む。事故防止策の実施状況や実効性についての評価・見直しについても計画的な取り組みを期待する。</p>	

II-3-(1)-④ 事故発生防止の対応として、事故発生防止の指針が整備されている。		評価
判断基準	a) 事故発生防止のための指針に基づき、事故の発生防止のための委員会が設置され、職員に研修などで安全管理の徹底が図られている。	a
	b) 事故発生防止のための指針は整備されているが、事故発生防止のための委員会の機能や職員への安全管理の周知が十分でない。	
	c) 事故発生防止のための指針が整備されていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・事故発生予防を目的にリスクマネジメント委員会、交通・防災委員会が法人で組織されている。法人が主催する事故防止に向けた研修会にも参加している。ここに参加した常勤職員が、必要事項を伝達している。</p> <p>・本事業所として必要と考える利用者の病気と緊急時対応方法については、介護現場で必要な知識と技術をまとめた専門書を使って学習している。</p>	

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
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。		
判断基準	a) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。	b
	b) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>法人の理念「ともに育ち ともに生きる」、また当事業所基本方針「和気藹藹」の考えに基づき、利用者と地域との交流を進めている。玄関掲示板には、主に当事業所が主催している活動を掲載している。また、町内会行事や地域の婦人会が主催するサロン活動にも参加している。時には利用者個々のニーズに応じて、有料の福祉タクシーなどを紹介したこともある。</p> <p>■改善課題</p> <p>定型的ではなく、個々の利用者のニーズに応じた社会資源や地域の情報を幅広く収集し、掲示板への掲示や利用者との会話などの際に積極的に話題にして、利用者が地域の人々と交流する機会が増えることを期待する。</p>	

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。		評価
判断基準	a) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。	a
	b) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・当事業所主催で公民館を使用した座談会を毎月開催している。座談会には常勤2名と非常勤職員1名が参加し、専門的な視点・経験を活かした講義などを担当している。内容は、介護分野に関する技術、感染症、看取りなどで、テーマは参加者から希望を募っている。また外部から講師を招くこともあり、座談会の内容は「和気藹藹新聞」として、近隣住民の家庭120軒ほどに配布している。</p> <p>・地域の福祉団体などが主催する研修会に講師として参加している。また災害時の事業所としての役割については、現在、町内会長と話し合いを続けている。</p> <p>今後の取り組みとして、座談会などの様子や地域行事への参加なども、「ホームページ」と「広報誌」へ掲載することを期待する。</p>	

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。【※ 社会福祉法人等公益法人のみ対象】		評価
判断基準	a) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。	C
	b) ボランティア受入れに対する基本姿勢は明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。	
	c) ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■取り組み状況と改善課題</p> <p>職員の知人がボランティアとして、月1回来訪し、利用者と一緒に手工芸に取り組んでいる。近隣の保育園などからの依頼作品を創り、贈呈することも行っている。このような取り組みを、事業の中に位置づけること、そして文書化・マニュアル化により継続した活動とすることが求められる。また「和気藹藹 座談会」はユニークな取り組みであり、地域づくりに関心がある人々がボランティアとして参加できる機会としても推進することを期待する。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		評価
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。		
判断基準	a) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示し、その情報が職員間で共有されている。	b
	b) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示しているが、その情報が職員間で共有されていない。	
	c) 事業所の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>現在、日常的に連携している関係機関は、居宅介護支援事業所である。担当居宅介護支援事業所、担当介護支援専門員については、朝礼などで職員に周知している。</p> <p>■改善課題</p> <p>この評価項目は、利用者への直接的なサービスの提供にとどまらず、事業所の役割や機能の達成も課題にしている。また、福祉分野や制度化されているサービスに限らず、必要な資源を明確にすることも課題としている。行政から提供される社会資源にとどまらず、昨今の動きを察知して幅広く情報を収集してリスト化すること、その活用に向けて職員間での情報共有に力を入れるなどの取り組みに期待したい。</p>	

II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。	b
	b) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保しているが、具体的な課題や事例検討は行っていない。	
	c) 関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>関係機関や団体主催による会議等への参加状況は、まず地域包括支援センターが主催する「ケアマネジャー交流会」への参加がある。また利用者への直接的な支援に際し、介護支援専門員が主催する「サービス担当者会議」にも参加している。かかりつけ医との連携は、利用者の状況により対応しているが、基本的には担当の介護支援専門員の役割としている。成年後見制度など在宅で生活するうえで必要な連携先との調整窓口は、介護支援専門員である。</p> <p>■改善課題</p> <p>管理者は、経営に影響を与える事業環境の変化として、当事業のような小規模通所介護が、平成28年度より、地域密着サービスとして位置づけられること、また28年3月から、倉敷市では要支援者へのサービスが、介護保険から総合事業に変わることで、さらに、障がいのある65歳以上の人々へのサービスが、介護保険サービスへ移行することも進んでくると判断している。このような状況の変化に対応する関係機関・団体について、積極的な情報収集・分析が求められる。計画的な取り組みを期待する。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		評価
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象】		
判断基準	a) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。	a
	b) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。	
	c) 地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・法人として、中長期計画に「地域社会における公益的な活動の実施」を掲げ、具体的な取り組み内容として、①生活困窮者支援に取り組む、②災害福祉の体制・情報ネットワークづくり、としている。法人が掲げる方針を受け、地域住民と災害時の対応について考える会をつくるため、民生委員や町内会と情報交換を充実させている。</p> <p>・当法人が主催する「和気藹藹 座談会」には、地域住民が1回20名程度参加している。そこでは参加者から既存の制度・サービスでは対応できないニーズが表出されることがあり、参考になっている。</p>	

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。【※社会福祉法人等公益法人のみ対象】		評価
判断基準	a) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。	b
	b) 把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があるが、実施されていない。	
	c) 把握した福祉ニーズに基づいた、事業・活動の計画がない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>「和気藹藹 座談会」は地域の福祉ニーズに基づく活動である。また、取り組みを開始した地域での災害に対する取り組みも同様である。</p> <p>■改善課題</p> <p>これまでの活動を総括し、今後の取り組みに向け充実を期した取り組みが求められる。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。	a
	b) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。	
	c) 利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所のリーフレットに「『ありがとう』を合言葉に……」とサービス提供の基本方針を明示している。また法人の理念「～ともに育ち ともに生きる～」を念頭に27年度は「夢、将来をともに考え、かなえて行く」を大切にした支援を打ち出している。1日平均通所利用者は5名程度であり、日常的に一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援が実践されている。その具体例として他の利用者と昼食を摂ることを拒否して、キッチンで昼食を摂っている利用者がある。 ・法人の横断的委員会「人権倫理委員会」が開催する「虐待について」等の研修に参加しており、その内容は職員間で共有している。法人は障害者支援を幅広く展開していることもあり、「人権擁護」に関する研修は複数回開催されており、その中で「利用者本位とは」についての認識を高め合っている。 	

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。		評価
判断基準	a) 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、職員に周知するための取組を行っている。	C
	b) 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が、職員に周知する取組が十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■改善課題</p> <p>ここでいう「プライバシー」とは、「他人の干渉を許さない、各個人の生活上の自由」を意味しており、いわばプライバシーの保護は、利用者尊重の基本である。利用者からの信頼を得るためにも、プライバシー保護に関する具体的な取組が求められている。福祉事業に関わる者としての基本姿勢、実務における留意点等を盛り込んだ規程・マニュアルを整備し、職員に配布し説明をするなどの周知が望まれる。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		評価
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。		
判断基準	a) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。	C
	b) 利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その向上に向けた取組が十分ではない。	
	c) 利用者満足を把握するための仕組みが整備されていない。	
講評	<p>■改善課題</p> <p>利用者満足度を把握する意図で、調査や聞き取り等を実施した経験はないが、日々の利用者の様子から事業所全体のサービス内容を変更する必要があるか否かを判断している。また、「家族会」でも事業所への要望を含め、感想等さまざまな話し合いの中で、利用者・家族の事業所に対する思いを把握している。さらに、利用者個々のサービスについての満足度は、毎月のモニタリングやサービス担当者会議で把握し、適宜サービス変更につなげている。しかしここで求められているのは、そういった個別の満足感を客観性のある事業所全体の満足度にどうつなげているかである。この度の第三者評価で実施した利用者調査結果を分析・考察することを手はじめに、事業所全体の満足度を把握し、サービス改善につなげる一連の仕組みづくりに期待する。</p>	

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
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。		
判断基準	a) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。	a
	b) 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。	
	c) 利用者が相談したり意見を述べたい時に、相談方法や相談相手を選択できない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者からの相談はいつでも受けられる体制づくりをしている。重要事項説明書には、相談(苦情ともに)対応窓口と対応者を明記し、24時間連絡が可能としている。また、行政機関その他の受け付け場所(部署)も記載しており、事業所以外に相談先を選べることを明らかにしている。 ・日常的に管理者をはじめ職員は、利用者が意見を言いやすい雰囲気や心がけており、利用者も気軽に意見を言い合っている場面を評価訪問時に確認している。また、管理者は利用者・家族から改めて相談ごとを持ち込まれた場合は、自宅を訪問している。 ・意見や相談・苦情は「意見・要望・苦情発生対応報告書」に記載することになっており、報告書に記載された例としては苦情が2件のみであることを訪問時に確認した。 	

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。		評価
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。		
判断基準	a) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。	b
	b) 苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、十分に機能していない。	
	c) 苦情解決の仕組みが確立していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>苦情対応窓口・対応者は重要事項説明書に明記しており、サービス利用開始時に説明すると共に、事業所内にも掲示している。今までに苦情として取り上げた事例は、24年、25年に1件ずつであった。その際の対応は苦情解決の仕組みに沿い、「意見・要望・苦情発生対応報告書」に、解決に向けた検討の結果、苦情申立者への報告等を記載している。さらに管理者は法人の「グループ会議」で報告している。</p> <p>■改善課題</p> <p>法人では「苦情解決規定」を作成している。その目的について「苦情に適切に対応することにより、法人や各事業所の提供する支援、援助や介助の質を高めるとともに利用者及び家族の満足度を高める」「苦情を適切に解決することにより、利用者の人権を擁護するとともに適切な支援が利用できる」とある。しかしこの規定は、その保管状況から職員への周知に課題があることが窺える。今後の取り組みとして、この規定を基に事業所の実態にあった苦情解決のしくみを骨子とするマニュアル作成が望まれる。また、苦情は社会福祉法人として透明性の確保の観点から、社会に向け公表を前提とする方針で臨むことを期待する。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。	b
	b) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。	
	c) 利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備していない。	
講評	<p>■取り組み状況 利用者(家族)の意見に対応するためのマニュアルは作成はしていないが、常時、受け止めて即応する方針である。意見を聞く機会は、日々の支援の中からやサービス担当者会議、家族からは送迎時や連絡帳を介して、さらに家族会など縦横に設けられている。また意見や提案は職員間で検討し、サービス改善につないでいる。</p> <p>■改善課題 この評価項目が意図しているのは、「苦情」に限定されない意見や提案への対応についてである。日常的に発せられる利用者・家族の言動等からも、意見をくみ取り、それを事業所として検討してサービス改善につなげる道筋を示した「対応マニュアル」の設置が求められている。</p>	

Ⅲ-2 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
Ⅲ-2-(1)-① 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。		C
判断基準	a) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。	
	b) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。	
	c) サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。	
講評	<p>■改善課題 法人が実施する人事考課は、職員一人ひとりが業務の振り返りをする機会になっている。しかし、それを集約して事業所の評価とするまでには至っていない。この度、初めて第三者評価を受審するにあたり、職員は話し合いを重ねながら客観的な視点から事業所評価に取り組んだ。そのプロセスから様々な気づきを得たものと想定する。この経験から年1度は、何らかの形で事業所の自己評価実施を事業計画化して行くことに期待する。なお、事業所の運営法人は定期的な第三者評価受審の意向を持っている。</p>	

Ⅲ-2-(1)-② 評価の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。		評価
判断基準	a) 評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。	C
	b) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでは至っていない。	
	c) 評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。	
講評	<p>■改善課題 現在、第三者評価を受審中であり、評価結果が判明次第、分析し改善計画を立て、順次、改善に取り組む予定にしている。取り組みの成果を期待する。</p>	

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。		
判断基準	a) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。	C
	b) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されているが、それに基づいたサービスの実施が十分ではない。	
	c) 提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。	
講評	<p>■改善課題</p> <p>・現時点でマニュアルとして文書化しているものは、「緊急時対応」「事故対応」「感染症対応」「所在不明時の対応」等リスクマネジメントに関わる事項である。しかし、移動や移乗、排泄介助等、直接支援である「介護技術」に関する事項は文書化されていない。利用定員10人の小規模な事業所であり、平均介護度も2.6、常時の車いす利用者はいないなど、重介護を必要としない利用者が多いためもあり、これらについてのマニュアル類の必要性は感じなかったと推測できる。しかし、継続して職員がいつでも変わらないサービスを提供するためには、介護技術に関する支援内容の文書化は必須である。</p> <p>・今後、業務の洗い出しを行い、文書化の必要なものの優先順位を決めて取り組むことを期待する。なお、作成したマニュアル類は常に実態との整合性を図るため見直し、変更する方針で臨むことを望む。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。	C
	b) 標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定めているが、検証・見直しが十分ではない。	
	c) 標準的な実施方法について、組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。	
講評	<p>■改善課題</p> <p>サービスの提供にあたり、標準化の整備がされていないため、実施方法について見直しも行っていない。「事故対応マニュアル」は、法人の横断的な委員会「リスクマネジメント委員会」で見直す方針というものの、改訂月日等の記載は見られない。今後、マニュアル類の整備を進めるとともに、組織的な見直しの仕組みとともに、支援現場で行われているサービスとの整合性を定期的に検証する仕組みの構築が望まれる。</p>	

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		評価
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されている。	a
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されているが、十分ではない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・利用者に関するサービス実施状況は、「個別記録」「連絡帳」に記載する。ともに、利用者へ提供したサービス内容を中心としており、リハビリテーションや散歩などの日中活動の様子である。「個別記録」はケアプランを意識した記録に留意しており、記録内容の適切性を図るため、職員は相互に確認している。</p> <p>・サービスが計画に沿って実施されているかについては、毎回「ケアプランチェック表」で確認している。</p> <p>・家族との利用者情報共有のツールとして活用している「連絡帳」は、家庭での利用者の様子、家族状況の変化等の把握に役立させている。一方、事業所では利用者も読むことを視野に入れ、また家族が徒に不安に感じることはあえて記載しないようにしている。利用者の状況について家族へ知らせる必要が生じた際は、管理者が直接、電話で伝えている。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。	a
	b) 利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者に関する記録の管理について規程が定められていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>記録管理の責任者は管理者とし、利用者に関わる記録類は、一人づつファイルに収納して所定の場所に保管している。また、法人の「個人情報保護規定」に、情報開示の方法及び開示しないことができる場合を明記している。さらにサービス利用契約書に「サービス提供記録の閲覧や複写が可能である」と明記している。利用者の個人情報の使用に関しては、目的を明確して同契約書にて同意を得ている。</p>	

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。		評価
判断基準	a) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われている。	a
	b) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>利用者支援に直接かかわる職員は、管理者を含め3人という少数のため、利用者に関する情報は、毎朝の朝礼以外にも常時の話合いで共有している。また、サービス利用時の利用者の状況を「個別記録」「連絡帳」に記載する際も、職員間の共通認識のもとに実施している。ただし口頭レベルで利用者の状況変化への対応が解決しやすい環境であるが故に、記録化に至らない事例が散見される。常時の話合いの場は適時に情報量を等しく持てる良さはあるものの、恣意的になりがちでもある。定期的なミーティング、カンファレンスで決められた議題を通して情報共有するしくみが望まれる。</p>	

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		評価
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。		
判断基準	a) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。	a
	b) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供しているが、十分ではない。	
	c) 利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を提供していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス提供事業者には、利用希望者にサービス利用の選択に資する情報を、適切な方法で提供することが求められている。当事業所の情報発信の主媒体は、法人が運営・管理するホームページと事業所作成のリーフレットである。 ホームページは当事業所の特徴である、民家を利用した事業所の外観・概要・サービス内容・利用料金等を掲載しているが情報量としては多くはない。ただし、法人全体のホームページとリンクしているため、法人の沿革、教育体制、福祉事業への姿勢などは理解しやすい。 一方、リーフレットは、「私たちのデイサービス自慢」として温かみのある事業所内部等を写真で表現しており、ホームページを補完している。このリーフレットは、地域包括支援センターや地域の居宅介護支援事業所に配布している。また地域の人々とテーマを決めて語り合った内容を掲載した「座談会新聞」は、地域の住戸120から130軒にポスティングするほか、座談会開催のお知らせを、ゴミステーション(11カ所)に張り出している。これらの取組で周辺地域への事業所の認知度上昇を期待している。 こうした取り組みにより、地域の居宅介護支援事業所の紹介で、年間10件程度の見学希望がある。見学者へは管理者が対応して、利用希望者へ体験通所を勧めている。 	

Ⅲ-3-(1)-② 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。		評価
判断基準	a) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。	a
	b) サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。	
	c) サービス開始時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用開始にあたり、管理者は担当の介護支援専門員とともに利用者のもとに事前訪問する。訪問の目的は、利用者の心身の状況や家族関係・住宅事情等の生活環境の把握と契約行為である。 ・訪問時は基本的には家族同席のもとで、重要事項や通所における基本的なルールについて、重要事項説明書を用いて説明する。説明にあたっては事業所の理念・支援方針とともに、サービスの内容や苦情受付、サービス終了などについて、質疑を交えながら理解が得られるように努めている。また、関心があると思える利用料金については「料金表」を用いて、具体的に丁寧に説明している。説明後、相互理解のもとに利用契約をするようにしている。 	

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		評価
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。		b
判断基準	a) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮している。	
	b) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。	
	c) サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>特別養護老人ホーム等への施設入所や、他のサービスへの移行などによりサービスは終了となる。そのような場合は、サービス利用中の利用者の状況を居宅介護支援事業所を介して情報提供している。また、利用者・家族には当事業所が、いつでも相談を受け付けていることを伝えている。医療機関へ入院した際は、退院後の利用者(生活)の変化に対応した支援が可能であることを伝えて、サービスの継続性に配慮している。</p> <p>■改善課題</p> <p>医療機関へ入院した際などの対応は、現在のところ適切ではあるが、事業所内での「取り決め」として実施しているわけではない。医療機関への入院時も含め、他サービスへ移行した際の支援の継続などについて、事業所としての対応はどのようにあるべきかについて組織的な体制づくりを期待する。</p>	

Ⅲ－４ 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
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。		
判断基準	a) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を具体的に明示している。	a
	b) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しているが、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を十分には明示していない。	
	c) 利用者の身体状況や生活状況等を正確に把握しておらず、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を明示していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>初回のアセスメントのための利用者の個別情報は、管理者が事前訪問で得るほか、居宅介護支援事業所からの事前情報で把握している。把握した情報は所定のアセスメントシートに記録している。アセスメントシートは、食事、排泄、入浴、着脱、移動・移乗、コミュニケーション、問題行動の項目ごとに下位項目を付し、それぞれについて評価する様式である。この情報を基にミーティングで、介護支援専門員が作成する「居宅サービス計画」とすり合わせて、課題設定をしている。見直しは3か月ごととして実践している。</p>	

Ⅲ－４－(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		評価
Ⅲ－４－(2)－① サービス実施計画を適切に策定している。		
判断基準	a) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。	a
	b) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。	
	c) 利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>通所介護計画は、生活相談員兼務の管理者が、「居宅サービス計画」を踏まえて作成している。通所介護計画はアセスメントの結果を基に、職員間で支援の適切性を検討しながら作成している。また、医療的課題を持つ利用者に関しては、週1回勤務している看護師から助言を得ている。作成後は利用者・家族に説明して同意を得ている。計画作成の方針は、自立支援を念頭に「今、できていることの継続」「楽しく通所生活を送れる」としている。</p>	

Ⅲ－４－(2)－② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。		評価
判断基準	a) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。	
	b) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。	
	c) サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>通所介護計画は、モニタリング・評価を経てアセスメントと連動させて、3か月ごとに見直ししている。モニタリングは、「モニタリング・評価票」を使い、通所介護計画に挙げているサービス内容項目ごとに「サービスの実施状況」及び「目標達成状況」、加えて利用者・家族の満足度を記載する。それを受けて通所介護計画を総合評価する仕組みである。評価は、管理者が日々の利用者の状況変化について、「個別記録」や職員からの聞き取りで判断している。また、居宅介護支援事業所へは、毎月利用者状況の文書で伝えている。</p>	

A 支援の基本

A-1 支援の基本

A-1-(1) 支援の基本		評価
A-1-(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。		
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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に工夫していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・利用者の心身の状況や暮らしへの意向などを把握し、それを尊重した支援をしている。支援の基本的な姿勢としては、利用者のやれること、やりたいことを見極めて、職員が手を出しすぎないようにすることを方針にしている。利用者が興味を持っていること、やろうとすること、得意なこと等を見出して、ここで役割を持って過ごせるようにしている。そして利用者の意向に沿った暮らしになっているかについては3カ月毎に評価・見直しをしている。</p> <p>・事前情報の把握には務めているが、ここで初めて挑戦して楽しめている例もあるため、「無理強いせずにはまずやってみる」ことを勧めることもある。活動の種類としては、朗読・計算・クロスワード・将棋・手工芸など様々に準備している。手工芸の中には、注文を受けて作成し保育所に納品している作品や、住民ボランティアが定期的に入って製作を手伝う「袋物」等まである。1日の過ごし方は利用者それぞれで異なり、昼食後に特定の職員が傍らに居ることを確認してベッドで休む利用者、作業に没頭する利用者など様々な過ごし方をしている。</p>	

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。		評価
A-1-(2)-① 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。		
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>・小規模通所事業所で1日の利用者人数も少ないため、職員は利用者に合った丁寧な対応をしている。言葉がけは、「ゆっくり、低い声で」を基本にしている。また、入浴介助など1対1で関われる時を、利用者が話しやすい時と考えて、良いコミュニケーションの機会と位置付けて対応している。</p> <p>・話すことや意思の疎通に配慮が必要な利用者には、タクティールケア(手を使って10分程度、相手の背中や手足を柔らかく包み込むように「触れる」ことで、心地よさや安心感痛みの軽減をもたらす)の専門研修を終了している職員が、その技術を使ってコミュニケーションを図るなどの取り組みもある。タクティールケアについては、法人の実践報告会でも発表している。</p>	

A-2 身体介護

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 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ない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 家庭用の浴槽1台が設置されており、その周囲にシャワー椅子を置き、手すりも設置されている。 入浴に際しては、誘導から洗体まで職員は1対1で対応している。介助は同性介護と相性を大切にして、利用者が安心して入浴できるようにしている。また認知症などによる帰宅願望や、どの時間の入浴が落ち着けるなどの利用者特性が見られる場合には、それに配慮した時間と入浴方法で実施している。 入浴する利用者は、浴槽壁を立位で跨いで浴槽に入っている。職員はその動作を見守ったり、介助している。現在の利用者の身体機能が浴槽壁を立位で跨ぐことを可能にしているが、この方法には片足立ちの能力が求められる。端坐位姿勢から浴槽に脚を送り込んでいく入り方であれば、機能が低下しても安全に浴槽に入れる。そのためには、この介護技術の修得と若干の備品準備が必要になる。検討を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 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。	a
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> 声かけや衣類の上げ下げなど、排泄に支援が必要な利用者には同性介護を原則にしている。中には職員の名前を呼んで半ば「指名制」のようにして介助を受けている利用者もいるが、通所者の人数が少なく、それにも対応できている。 トイレの位置がわかりやすいように、リビングから見た時に気づきやすい(目に入りやすい)位置に「便所」の表示プレートを付けて、利用者のトイレ探しや焦って転倒することを防ぐようにしている。 2か所あるトイレの中の1か所は便座高が高すぎ、座った時に足底を床につけて、腹圧をかけるための前傾姿勢を確保しにくい。さらに手すりも高すぎ、前後バランスでの立ち上がりを誘導する位置にない。便器の高さや手すりの設置位置は、トイレで自立的に排泄できることと深く関係する。現在の利用者の身体機能レベルでは何とか使いこなせているが、身体機能が低下すると使えなくなり、職員の重介護を必要とするようになる。より自立した排泄を継続できるように、今後に向けて改善を期待する。 	

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。		評価
判断基準	a) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
	b) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせておこなっているが、十分ではない。	
	c) 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の利用者の移動能力は高く、室内移動に車いすを必要とする利用者はいない。趣味の活動に参加している利用者も11人中10名を占めるほど、手指の巧緻性も保たれている。そのため移乗・移動に直接介助を要する利用者もない。したがって声かけの必要性のある利用者はいるものの、決して職員が手を出しすぎないことを重要視している。必要があれば管理者が個別の利用者に合わせた適切な移乗・移動方法をアセスメントして実施している。 ・T杖を利用している利用者には、定期的に杖先キャップの減り具合をチェックして、滑りからの転倒予防を意識して対応している。 	

A-2-(4) 褥瘡の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 褥瘡の発生予防を行っている。	a
	b) 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 褥瘡の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>現在の利用者の身体状況では褥瘡発生リスクは非常に低い。そのため日常的には皮膚の観察についてのみ行うとしている。</p>	

A-3 食生活

A-3-1) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。		評価
判断基準	a) 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
	b) 食事をおいしく食べられるよう工夫しているが、十分ではない。	
	c) 食事をおいしく食べられる工夫をしていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者全員が普通の食事形態で自力で食べられる機能レベルにある。ただし他の利用者と一緒に食事を摂りたくない気持ちのある1名の利用者は、台所で食べる等、自由にしている。職員も利用者と食事を共にして、味付けを尋ねたり、食材を話題にするなどしている。また、食欲のある利用者には「おかわり」を勧める等、食事時間が和気あいあいとした雰囲気の流れている。 ・食事作りには近隣住民3名が週2日ずつを受け持ち調理を担当している。この3名と管理者が月1回給食会議を開いて翌月の献立を決めている。なお献立には町内の畑で採れた旬のものや頂き物を取り入れている。そして、3人の調理担当者が、それぞれ得意な料理をするため、献立が自然に変化のあるものになっている。料理を目でも楽しめるように季節の花や葉を添えて盛り付けている。 	

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。		評価
判断基準	a) 食事提供、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
	b) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。	
	c) 食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事の形態は1種類で見た目も同じものを、あえて手を加えずに利用者提供している。それで支障がある場合は、利用者の咀嚼・嚥下・好みに合わせて、切ったりほぐしたりをテーブルの上で行っている。魚の骨などもあえて取り除かず、利用者自身が取り分けながら食べる。これが難しい場合は職員が配膳した食器のうえで切る、ほぐす、骨を除く等の支援をしている。 ・食事摂取には、足底を床に着けた軽い前傾姿勢の確保に注意している。そのため職員は食事中にも姿勢を直すため、利用者に声を掛けて座り直しさせている。ただし、仙骨座り(骨盤が後傾して尻が前方に出た座り方)気味の利用者を、背後から半ば引きずり上げるように介助している場面を見た。利用者の身体機能を利用しない介助法であること、さらに仙骨座りになる原因も探ることが必要と考える。検討を期待する。 	

A-3-3) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
	b) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>食事摂取に支障のある利用者は現在のところいない。昼食後に口腔ケアをする習慣のない利用者にはあえて進めず、利用者の希望と習慣を尊重して対応している。利用者により、昼食後はお茶お飲むことで口腔内をきれいに行っている者、嗽だけする者など様々である。</p>	

A-4 認知症ケア

A-4-(1) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		評価
判断基準	a) 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
	b) 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。	
	c) 認知症の状態に配慮したケアを行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者が認知症のリーダー研修を受講しており、利用者の周辺症状の理解に役立てている。関わり方は、傾聴する姿勢で対応することを原則にして、それを徹底させている。また、利用者の得意なことを把握して、それを役割化して感謝の気持ちを伝えている。訪問時にお茶を出して勧めてくれる利用者があり、訪問者(客)にたいするお茶出しはその利用者の役割になっているとのことであった。 ・建物の出入り口3か所はフリーで、いつでも出入り自由になっている。送迎時には口頭で、あるいは連絡ノートを活用して利用者の事業所での様子を家族に伝えている。 	

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。		評価
判断基準	a) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。	a
	b) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。	
	c) 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に関する組織の取組について指導力を発揮していない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本事業所の建物構造が日本建築の民家で、手入れされた庭もあり、その一角に野鳥の餌やりの台を置き、室内・縁側からそれを眺められるようにしている。屋内も利用者それぞれが落ち着ける空間づくりがされている。昼食後は他の利用者から見えない場所で休む利用者、お気に入りの椅子に座る利用者、食事を1人で台所で食べる利用者など、どのように条件整備すれば落ち着けるかを観察して適切に対応している。 ・認知症のいわゆる行動障害には理由があると捉えて、例えば便所、風呂場の表示を工夫するなど、利用者に応じた環境整備をしている。 ・屋内・屋外共に施錠は一切しないで、利用者が自由に行き来できるようにしている。緊急対応が必要になるもの(消毒薬や電池など)を異食しないように収納し、可能な限り普通の生活空間づくりに努めている。そして、屋外に出る、異食するといった行動障害の出現にも意味があるとして、パレードの考え方を取り入れて利用者理解に努め、それを関わるの機会ととらえて対応している。 	

A-5 機能訓練、介護予防

A-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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 機能訓練や介護予防活動は行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ストレッチなどを取り入れた集団体操を毎日実施している。 ・日々の活動のメニューは、利用者の「やりたいこと」を大切にしている。利用者の中には「手工芸の続きを自宅に持ち帰ってやりたい」と意欲的になる例もある。 <p>■改善課題</p> <p>一人ひとりに応じた機能訓練プログラムは作成していない。これに取り組むためには心身機能のアセスメントが必要になる。現在の利用者の平均介護度は「2, 6」で、比較的動けるレベルの利用者が多く、現場も早急に個別機能訓練メニューの作成の必要性は感じていない。ただし介護予防を考えた時、1つ1つの運動や、日常動作が機能維持に役立っていることを職員がまず認識し、それを利用者伝えて動機づけする必要はあると考える。取り組みを期待する。</p>	

A-6 健康管理、衛生管理

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。		評価
判断基準	a) 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ている。	a
	b) 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。	
	c) 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ていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調は、朝の迎える時に利用者本人・家族に睡眠・食欲などの体調を確認している。また事業所到着時に体温・血圧などのバイタル測定をしている。利用者の体調変化や緊急事態発生時の対応手順はマニュアルで文書化している。 ・高齢者の健康管理や病気、薬の主作用・副作用等について専門書を用いて学習している。また、職員の対応する範囲も明確にして文書化している。 	

A-6-2) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。		評価
判断基準	a) 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
	b) 感染症や食中毒の発生予防を行っているが、十分ではない。	
	c) 感染症や食中毒の発生予防を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の発症予防と対処法をマニュアルとして文書化している。またインフルエンザの予防接種を利用者に勧めている。 ・職員・利用者はもとより訪問者にも、事業所に到着したときに手指消毒できるように、スプレータイプの消毒薬を玄関に準備している。また調理担当の職員は食中毒予防のために調理後にまな板の消毒を確実にしている。 ・職員及びその家族が体調不良の時に職場を休む基準を明確にしている。これは職員が感染源にならない工夫である。 	

A-7 建物・設備

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。		評価
判断基準	a) 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
	b) 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が、十分ではない。	
	c) 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の安全衛生委員会が、法人内の事業所に対して年1回、安全衛生パトロールを実施して、建物・設備の点検を行って問題点を指摘している。安全委員会のパトロールで指摘された課題については、具体的な是正措置を文書で委員会に提出する仕組みである。 ・建物は普通の民家で、内部の構造も大きな和式家屋の構造である。そして玄関などの出入りも鍵を掛けない運営をしている。利用者それぞれが一番落ち着ける場所を見つけて過ごせるように、アクティビティも強制せず、過ごしたい場所で好きなように過ごせるように、椅子、ベッド、ソファの置き場所等を工夫している。 	

A-8 家族との連携

A-8-(1) 利用者の家族との連携を適切に行っている。		評価
判断基準	a) 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
	b) 利用者の家族との連携を行っているが、十分ではない。	
	c) 利用者の家族との連携を行っていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成時、モニタリング実施時には家族から意見や要望を聞くようにしている。また、送迎時や連絡帳で利用者の通所時の様子を家族に伝えている。逆にこの時、家族の体調にも気を配るようにしている。 ・現在連絡帳は、家族と職員とのやり取りになり本人不在のまますすめられている。職員がやり過ぎず、より自立的な関わりに努めるのであれば、連絡帳に本人参加の余地、例えば、事業所で何をしたのかと、それへの感想なども含めて利用者本人が覚書のように書く、又は本人と一緒に職員が代筆するといった試みはどうか。利用者本位の取り組みの強化として期待する。 ・法人として、他の事業所との合同での家族会（横に繋がりを持てる家族会）の開催を次年度に予定している。 	

A-11 その他快適生活のための支援

A-11-(1) 整容		
A-11-(1)-① 利用者の身だしなみや清潔への配慮について支援が行われている。		評価
判断基準	a) 支援が行われている。	a
	b) 支援が行われているが、十分でない。	
	c) 支援が行われていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <p>家族の介護力や利用者本人の生活習慣によって、整容が保たれている者と不十分な者がいる。どのような状態にあっても、事業所としては「綺麗になるお手伝い」をすることを方針にしている。そのため必要に応じて、爪切り、髭剃り、着替えなどの支援をしている。特に整容にまで手が回らない状態にある利用者については、事業所で支援することを伝え、利用者本人と家族を安心させている。</p>	

A-11-(5) 生きがいづくり		
A-11-(5)-① 利用者の余暇活動や生きがいづくりへの支援が適切に行われている。		評価
判断基準	a) 余暇活動や生きがいづくりへの支援が十分に行われている。	a
	b) 余暇活動や生きがいづくりへの支援が行われているが、十分でない。	
	c) 余暇活動や生きがいづくりへの支援が行われていない。	
講評	<p>■取り組み状況</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者それぞれの生きがいにつながるような活動の提供に努めている。そして利用者自身のできる力を引き出す、できることを見出してそれを役割や、やりがいに繋げられるように工夫して提供している。そのため、利用者のできることを奪わない、即ち、「できることはやってあげない」支援姿勢を大切にしている。 ・利用者が役割として、あるいはやりがいを見出して取り組んでいることとして、食事の後片付け、食器洗い、掃除がある。また、近隣の保育園から「手工芸遊具」を注文されて製作・納品している。それが保育園との交流の機会にもなっている。加えて、この手工芸遊具の製作には、地域のボランティア「物づくりプロジェクト」の協力・参加も得て取り組まれている。 	

福祉サービス第三者評価「総評」

<使用した評価基準・判断基準と着眼点>

○使用した評価基準

今回の第三者評価の基準は「岡山県福祉サービス第三者評価基準」の高齢者版・通所介護を使った。この基準は国の「福祉サービス第三者評価基準ガイドライン」に基づく岡山県版である。

○判断基準

福祉サービスの第三者評価では、事業所活動の現状に関する自己評価、利用者調査、資料・文書、および評価調査者が聞き取り調査を実施して得られた情報を総合的に判断して、評価を行う。このときの判断基準として、a)・b)・c) の水準が示されている。

この3段階の判断基準は、最低基準を満たしていることを前提とし、それぞれ下記の通りに内容が示されている。

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) 評価に至らない状況、多くの施設・事業所の状態で、a) 評価に向けた取り組みの余地がある状態

c) 評価

b) 評価以上の取り組みとなることを期待する状態

○評価細目ごとに示される「着眼点」

着眼点は現場の活動や取り組み状況を判断する際にチェックすべき点で、評価を行う際の視点になる。評価項目により着眼点の項目と数は違うが、この着眼点の実施状況を参考にして、評価・判断が行われる。

職員自己評価でも着眼点によって自事業所の実施状況を判断し、取り組みを総括して、判断基準 a)・b)・c) のいずれかであるかを職員が判断する。

○評価機関としての判断基準

判断基準 a)・b)・c) を評価機関として判断する際の根拠として、経営層（管理者）からの聞き取り内容、利用者調査（アンケート）結果、規程・マニュアルなど書類を確認し、それらに基づき a)・b)・c) を総合的に判断した。

評価 a) の場合は、基本的には「取り組み状況」のみ記載し、b)・c) の場合は「取り組み状況」と「改善課題」を記載している。

当事業所の場合は、常勤職員 2 名、非常勤職員 5 名の体制であるが、事業所の判断で、職員の一人ひとりの自己評価は実施していない。経営層の合議による自己評価票には、管理者（チーフ）のほか、自立支援グループ総括部長、介護職員 2 名（常勤・非常勤各 1 名）が記載されている。

<第三者評価の結果>

○特に優れていると思われる点

1. 管理者のリーダーシップの発揮と職員間のチームワークのよさ

平成 24 年 6 月に開設した 1 日定員 10 名の小規模通所事業所で、職場の職員体制は、常勤 2 名（管理者含む）、非常勤 5 名の計 7 名である。

管理者は、事業所開設当初からの担当で、当事業所の基本方針を「和気藹々」とし、さらに「心と心が通じ合い、和やかな気分が周囲に満ちあふれている…そんな家でありたいと思っています」と注釈を付けている。この方針を具現化すべく、職員と話し合い、チームワークを基本に利用者に日々きめ細かく対応している。

また、職員に関しては、個々の技術や能力等を把握し、それを生かして職員の活動の機会をつくり、利用者への個別対応に活用している。また調理担当の非常勤職員として地元の経験者を雇用し、美味しい手づくりの食事を利用者に提供するなど、事業所には穏やかな雰囲気の流れている。

2. 地域貢献を意識した取り組みが充実している

法人の理念である「ともに育ち ともに生きる」と当事業所の基本方針「和気藹々」に基づき、地域住民との協働を課題に、公民館を活用した「座談会」を開催するなど、率先して地域貢献を意識した取り組みを充実させている。

公民館を使用した当事業所主催の上記の「座談会」は毎月開催し、住民が 20～30 名以上毎回参加している。座談会には常勤職員 2 名と非常勤職員 1 名が参加し、専門的な

視点・経験を活かした講義等を担当している。また、このときには、法人内の他事業所からも利用者が来訪し、野菜の直接販売をしている。座談会の講義内容は、介護分野に関する技術、感染症、看取りなどで、テーマは参加者から希望を募り、また外部からも講師を招くことがある。なお、座談会の内容は『和気藹々新聞』としてまとめて、近隣住民の家庭 120 軒ほどに配布している。

さらに、災害時の取り組みとして、町内会や民生委員と協力し、日中一人になる住民などを抽出した「住民台帳」を策定し、近隣の福祉分野の機関 5 法人と相互協力体制も組んでいるが、災害時における事業所の役割の明確化については、現在、町内会長との話し合いを続けている。

平成 27 年度の「事業計画」では、法人の中期経営計画に「地域住民と災害時の対応について考える会をつくる」を掲げ、福祉サービスの専門家・事業所として、また住民として地域に役立つ取り組みを積極的に進めている。

3. 美味しい食事の提供にさまざまな工夫をしている

利用者に「美味しい食事」を提供するため、調理経験者の地域住民 3 名を週 2 日ずつ短時間雇用し、事業開設日の 6 日間をカバーしている。これは、雇用される側も自らの経験を活かせる上に負担感の少ない労働時間への配慮であり、さらに事業所としても、合理的な人件費支出になっている。3 名がそれぞれで献立を考えるが、月 1 回管理者と話し合う時間をつくっているため、調理者は自らの得意料理を作りやすい環境であり、利用者にとってはバラエティに富んだ家庭料理の献立が楽しめている。また地域住民に働いてもらうことは、事業所の情報を地域に PR する機会にもなっている。

本事業所が運営の方針としている「利用者を介護し過ぎない」という考え方は食事の提供方法にも反映されている。食事は普通の食事形態で提供し、摂食に支障があれば、テーブル上で職員が手伝うとしている。また、魚もあえて骨を取り除くことはせずに、必要があれば職員がその場で対処することにしてている。ともすれば安全を考えるあまり、先回りして「食べやすくする」が、それが利用者の持つ力を奪うことになるとし、その方針を徹底させている。

4. アクティビティとして豊富なレクリエーションを展開している

あくまでも利用者が楽しむこと、心や体を動かせることを重視しているため、一律に実施するアクティビティは行っていない。一方で、食事の後片づけ、掃除、訪問者へのお茶出しなどを自らの役割としている利用者がいる。それらアクティビティが利用者の役割となって「やる気」を引き出し、職員は利用者の役割に対して感謝の言葉を伝えるようにしている。

プログラムとしては、朗読、計算、クロスワード、将棋等に加え、手工芸などまでがある。特に、手工芸は、近隣の保育園から玩具遊具として注文を受け、製作する作品も

ある。手工芸のプログラムには、近隣住民が定期的に事業所を訪れボランティアとして協力し、利用者の作品製作を手伝っている。

なお、評価の訪問時には、利用者それぞれが落ち着ける場所でゆったり過ごしている様子が見られた。そのなかで室内の飾りや掲示物を説明してくれる利用者、食事の際に座る場所に配慮してくれる利用者、一方で訪問者に気を配らない利用者など、実にさまざまな反応を示す利用者の姿に接した。そのとき職員は利用者の反応（対応）に任せ、目立つ動きをしていない。利用者が事業所の「客」ではなく「主人公」となっており、つまり利用者主体の運営姿勢を感じた。

○改善が求められる点

1. 事業計画には、当事業所の最大の問題を掲げ、取り組みを具体化することが

求められる

当事業所の1日の利用定員は10名であるが、事業所の開設以来、5～6名の利用者の状態が続き、利用者増が課題となっている。開設当初には、職員は近隣地域の各住戸へポステイングして事業所の情報を提供している。その後も、地域住民を巻き込んだ公民館での「座談会」の開催などにも積極的に取り組んでいる。しかし、利用者増について成果は出していない。平成27年度の「事業計画」には、利用者目標として、毎月の「延べ利用者数5名の増加を目指す」としているが、そのための具体策の明示はなく、現状は実現不可能な状態である。

管理者は、経営に影響を与える事業環境の変化として、当事業のような小規模通所介護が、平成28年度より地域密着型通所介護として位置づけられること、また倉敷市では平成28年3月から、要支援者へのサービスが、介護保険から「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行すること、さらに障がいのある65歳以上の人々へのサービスが、介護保険サービスに移行することも進んでくると事業所では判断している。

そのような見解を踏まえて、地域の利用者ニーズや関係機関との連携について情報を収集し、分析すること、そして最大の問題である利用者の獲得にどのように迫るのか、あるいは事業の内容や方向性の変更が必要なのかなどについて、検討する必要がある。事業所内の検討で可能か、あるいは法人や自立支援グループの関与が必要なのかなどを判断し、問題提起していく必要がある。勇気を持って挑戦することを期待する。

2. 介護技術の標準化に向けた取り組みに期待する

現在の利用者の身体機能を見ると、常時車いす利用者はなく、比較的良好に保たれている。また、1日の通所者数が6～7名であることから、職員の支援も行き届いている。

そのため、風呂やトイレの構造に若干問題があるものの、利用者の身体機能が保たれていることから、通常の使い方ができている。

在宅生活を可能な限り継続できるポイントとして排泄と入浴の自立度が重要になってくる。そして、これらの生活動作をより自立的に行うためには、風呂とトイレの構造が大きく関与してくる。徐々に利用者の自立度が低下するなか、環境を改善できなければ、職員（家族）の介護量が増えていく。加齢の進行を考えれば、機能が緩やかに低下していく現象を止めることはできないが、機能低下していく身体機能を補える環境づくり、つまり残存機能を発揮できるような構造を整備すれば、そのような利用者の排泄・入浴動作を保つことが可能になる。

その観点から改めて当事業所のトイレの構造を見ると、1カ所のトイレは便座が高く、手すりも立ち上がりを誘導する位置にない。また、浴槽も立位で跨ぐタイプではなく、端坐位で下肢を浴槽に送り込むものであれば、立位保持不能の利用者でも、安全に入浴できる。事業所の環境の見直しと、介護技術の標準化に取り組むよう期待する。

3. 安定的に継続できるサービス提供のため、話し合い等で情報共有した内容の

記録化に期待する

当事業所は、登録利用者数 10 名前後で推移し、1 日の通所利用者数は 5 名前後、直接支援にあたる職員数も 3 名という小規模な運営状況である。そのため、利用者の情報は把握しやすく、職員間の共有も容易である。職員には、朝の申し送り時のほか「会議体」としての形を待つまでもなく、話し合う機会は常時ある。しかし、その利点ゆえに話し合った内容の記録化が進まない現状がある。

事業所業務の標準化を図る取り組みとしてマニュアルの作成が考えられるが、現状は「感染症対応」「事故対応」「緊急時対応」「行方不明者対応」等のリスクマネジメントに関わる内容にとどまっている。通所利用者に対して職員層は厚く「手配り」「見配り」に配慮した支援を実践し、支障なく日常は過ごせている。しかし、支援者が変わっても、継続的で安定したサービスを提供するためには、利用者情報に関する日々のやり取りや利用者支援に関する一切の事項について、事業所の支援方針を念頭に、読み手のわかりやすさに配慮した文書化が求められている。

マニュアル等の作成にあたっては、優先順位をつけ、事業所の特性を活かして職員が協働して作業に取り組むよう期待する。さらに、作成したマニュアル類の内容について現行サービスとの整合性を点検するしくみを構築し、常に見直す方針を持つことが求められる。

以上