

評価細目の第三者評価結果（通所介護）

社会福祉法人 札幌厚生会
聖芳園デイサービスセンター

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-（1）-① 理念が明文化されている。	a	社会福祉法の法旨や関係法令等の趣旨を踏まえて利用者本位の「思いと個々の暮らし」を大切に支えたと「理念・基本方針」に明記している。
Ⅰ-1-（1）-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念を具体化する職員行動指針は利用者本位、満足、主体性、親和性、信頼、地域共生を柱に基本方針を明文化している。
Ⅰ-1-（2） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-（2）-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念・基本方針は全職員参加で作成し、配布している。必要に応じて基本的示唆・学習・研修の機会を設けて周知している。
Ⅰ-1-（2）-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	利用開始時期にリーフレット等で説明し、園内にその姿勢を分かり易く掲出している。また、この姿勢は積極的な満足度調査・オンブズマンの導入などに示されている。

Ⅰ-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-（1）-① 中・長期計画が策定されている。	a	施設は北広島市の保健福祉計画に沿い、地域総合センターの役割を中長期計画の基準とし、組織・財務・設備・人事等の計画を策定している。
Ⅰ-2-（1）-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	中長期計画に基づき単年度計画に反映して策定し、事業収支を含め事業結果報告書に評価結果を示して、改善事項を示している。
Ⅰ-2-（2） 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-（2）-① 計画の策定が組織的に行われている。	a	計画の策定に当たっては組織の所掌職員に周知して計画や実行についての意見を集約して策定に当たっている。
Ⅰ-2-（2）-② 計画が職員や利用者に周知されている。	b	職員には計画の概要、結果報告に至る過程を周知している。しかし、利用者には園だよりの配布に留まっていた、工夫が求められる。

Ⅰ-3 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
Ⅰ-3-（1） 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅰ-3-（1）-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者の職掌や責任は規程化されている。職員には組織情報紙等で基本姿勢や方針を示している。
Ⅰ-3-（1）-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	職掌に関する法令等の理解と遵守は概要をリスト化するなど、執行に努めている。具体的には組織的な所掌を明らかにして責任体制を明確にすることが望まれる。
Ⅰ-3-（2） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-（2）-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	b	年1回の職員全員による自己評価を実施して、各所掌の意向を集約し、サービスの質的改善課題を明確にしているが課題も多い。職員の資質向上や研修の組み合わせ等改善課題について、さらなる指導性が期待されている。
Ⅰ-3-（2）-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	b	事業経営の業務の効率化は財務・労務・人事など多岐にわたる組織的な課題が多い。合目的で効果・効率的な執行には勤務体制・職員構成・資質の向上など、その方向性を示す指導性が期待されている。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ－１ 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－１－（１） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	a	介護保険連絡協議会等への参加、インターネットによる情報収集、行政との連携などにより社会福祉全体の動向、地域での需要の動向について把握し事業計画に反映している。
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り組みを行っている。	a	サービス利用率の向上による収益の確保など、サービスのコスト、利用率等の分析を行い、課題については、センター運営会議で協議し改善すべき課題について取り組んでいる。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	c	法人の監事による監査を実施し、指導事項に基づき改善している。公認会計士等による外部監査は実施していない。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
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。	a	事業計画に必要な人材についての基本方針を明示し、サービス実施に必要な社会福祉士や介護福祉士等の有資格者も確保されている。平成22年度から非常勤ケアワーカーで介護福祉士の有資格者を正職員にするための登用試験を実施する方向にある。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	一部職員に「育成面接」を導入して、職務遂行ニーズ、人材育成ニーズ等面談による評価体制を整えようとしている。今後の成果に期待する。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b	職員が相談し意向・意見などを話せるよう、育成面接を一部職員に実施している。平成22年7月に職員の就業状況等のデータを定期的にチェックする等を定めた取り扱い要領を作成し、定期的にチェック・分析することとしている。今後の成果に期待する。
Ⅱ－２－（２）－② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間社会福祉事業職員共済会への加入、昼食代の一部補助、介護看護休暇・休業等、時間休暇など就業規則を改正し福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	職員の教育・研修は法人の基本方針、事業計画に基づき実行され、職務に関係する資格取得については、職務免除、受講料の一部補助の配慮をしている。
Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	研修企画委員会を設け、個別の知識に応じ新任職員研修、新任職員フォローアップ研修、中堅職員研修等を実施している。今後は個々の職員の持つ技量を評価・分析し、知識、専門資格の必要性などを把握し研修計画が策定されることを期待する。
Ⅱ－２－（３）－③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修に参加した職員は復命書により報告している。年度当初に全職員に研修計画・研修ノート配布し自身で目標を立てることで、目標を持って自己啓発に努め、研修成果の評価・分析を行っている。センター研修で発表する機会を設けているが次の研修計画に反映されるまでには至っていない。今後の成果に期待する。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受け入れ対応マニュアルがあり、実習生受け入れに関する基本姿勢が明示され、オリエンテーションの実施方法、カリキュラム等が記載され、学校との覚書を取り交わし責任体制を明確にしている。
Ⅱ－２－（４）－② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	社会福祉援助技術実習、義務教育教員免許取得に係る介護等体験、保健医療総論現場実習など種別に配慮したプログラムを用意し、育成について積極的に取り組んでいる。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	緊急時対応マニュアル、感染症対応マニュアルなど利用者の安全確保を目的としたマニュアル、防火管理規定が整備され職員に周知している。事業所にはスプリンクラー、自動火災通報装置を設置し、緊急時の連絡体制も確立している。地震対策としてキャビネットなどが転倒しないよう金具止めしている。
II-3-(1)-② 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。	b	消防署職員の指導を受け避難訓練2回、自主訓練2回実施している。医療事故・介護事故報告書（アクシデントレポート）に基づきケアワーカー会議・ヒヤリ・ハット検討会議で再発防止について検討している。今後は要因分析と対応策を十分検討し未然防止策の周知を期待する。

II-4 地域との交流と連携

	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。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	基本方針に「地域共生」を明示し、自治会の清掃作業への参加、ボランティアの受入れ、キャラバンメイトへの参加、社協バザーなどを通して地域への働きかけを行っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域小中学校の総合学習の体験受入れ、ボランティア・講師など事業所が有する機能を地域に開放・提供している。
II-4-(1)-③ ボランティア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。	a	事業計画にボランティア受入れに対する基本姿勢を明示し、「ボランティア委員会」を設け、マニュアルに基づきボランティアに対し必要な研修を行い、傾聴ボランティア、行事補助、施設環境整備など平成21年度述べ220名のボランティアを受け入れている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	病院、関係機関、団体のリストが整備され、職員間で情報の共有が図られている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	介護保険連絡協議会、地域ケア会議で関係機関・団体と連携し、情報交換、研修等で共通の問題に取り組んでいる。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域ケア会議に参加し、民生委員、病院、関係機関等から、地域の具体的な福祉ニーズの把握に努めている。
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。	a	把握した福祉ニーズに基づき、法人として短期入所生活介護、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援を行っている。

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

	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。		
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り組みを行っている。	a	基本理念、基本方針に基づき「サービス行動基準」、「コミュニケーション行動基準」に利用者を尊重したサービスの提供が明示され職員研修で共通の理解を図っている。身体拘束・廃止マニュアルがあり職員研修を実施し周知を図っている。
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。	a	個人情報保護規定を定め、毎年プライバシー保護に関する研修を実施している。入浴、排せつ介助は、同性介助を基本とするなどプライバシー保護に基づいてサービスを実施している。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	b	基本理念、基本方針に利用者満足の姿勢が明示され、利用者との意見交換会を毎年1回（月～土曜）行っている。今年度より利用者・家族からの意見も書き込める利用者の満足度アンケート調査を実施した。今後の成果に期待する。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	意見交換会で出された意見や要望はセンター運営会議で検討し対応している。今年度より個別に満足度アンケート調査を実施、アンケート調査の結果及び改善策は、今後広報誌等に掲載を予定している。今後の成果に期待する。

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。		
Ⅲ-1-（3）-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	相談窓口については重要事項説明書に明記され、利用者がわかりやすいよう担当者4名の顔写真付ポスターを廊下に掲示し相談室を設けるなど、相談や意見が述べやすい環境に配慮している。
Ⅲ-1-（3）-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	苦情解決の方法、苦情解決の体制は重要事項説明書に図式化しわかりやすく記載され、契約時に利用者や家族に周知するとともに、苦情受付窓口を掲示している。意見等は状況に応じて「事業報告書」に記載している。今後は利用者・家族の希望があれば苦情内容や解決結果を事業所に掲示することとした。今後の成果に期待する。
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。	a	苦情解決規定に沿った対応をしており、苦情受付簿に記載し、センター運営会議で検討しサービスの改善に努め、マニュアルは随時見直している。送迎時に家族とお会いする機会も多く、迅速な結果報告をするよう臨んでいる。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-（1） 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
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。	a	毎年、年度末に「福祉サービス内容評価基準ガイドライン」を用い自己評価を実施し、業務改善担当者会議で評価結果を分析・検討し、改善計画について周知している。平成22年度は第三者評価を受審しサービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。
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ている。	a	自己評価の分析結果や課題は、デイサービス会議で周知され、課題の共有化が図られている。
Ⅲ-2-（1）-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	自己評価の結果明確になった課題は、改善計画を立て解決を目指している。単年度で解決できないものについては、中・長期計画の中で対応することが望まれる。
Ⅲ-2-（2） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-（2）-① 個々の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。	a	個々のサービスは、サービス行動基準、コミュニケーション行動基準に基づき実施され、プライバシー保護の姿勢を明示し、個々のサービスに関するマニュアルが整備され、職員研修、各会議で、徹底が図られている。
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。	a	サービスの実施方法については、毎年職員研修会で、職員や利用者の意見や提案に基づき、必要に応じ見直している。
Ⅲ-2-（3） サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	a	利用者一人ひとりについて、個別に記録され、介護計画に基づきサービスを実施している。
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	責任者・保管・廃棄などを明らかにした記録管理規定、個人情報管理規定を定め職員研修を実施している。利用者の情報がパソコンに収められ、日中・夜間等鍵のかかる部屋で保管しているが、パソコン本体の管理（パスワード等）の徹底を期待する。
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。	b	家族との連絡帳の情報や朝のお迎え時の利用者の状況等は朝のミーティングで話し合わせ、速やかに伝えるべき内容はメモ版等利用し職員間の共有を図っている。利用者の状況等に関する情報はパソコンネットワークシステムを利用し管理し、情報を共有する仕組みを作っている。職員はいつでも閲覧できるが閲覧確認のチェックが明らかではない。確認方法の検討を期待する。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-（1） サービス提供の開始が適切に行われている。		
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。	a	ホームページを作成し基本理念、事業内容、写真等を入れた年間行事などを公開している。体験入所、見学の受け入れ体制も整備され、図や写真等を使用したわかりやすいパンフレットを社会福祉協議会等に置いている。
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。	a	サービス開始時に、フローチャートや太線で分かりやすくした重要事項説明書、指定居宅サービス利用契約書を用いて、サービス内容や料金を説明し、利用者や家族の同意を得ている。

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。		
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。	a	重要事項説明書にサービス終了後の相談窓口・担当者を明記し、引き継ぎ文書、引き継ぎ手順を定め、変更した事業所に文書で引き継いでいる。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-（1） 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-（1）-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	独自のアセスメントシートを使用して計画的なアセスメントを行っている。ソーシャルマニュアルによりアセスメントの定期的な見直しの時期・手順を定めている。
Ⅲ-4-（1）-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	担当者会議で利用者や家族等からデイサービスに対する目標や希望を伺い、通所介護計画書に明記している。
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。		
Ⅲ-4-（2）-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	管理者を責任者として、各職種職員（生活相談員、介護職員、看護師）が共同で通所介護計画書を作成している。援助内容は利用者一人ひとりの注意事項や留意点を記載している。
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。	a	ケアプラン（サービス実施計画）の評価・見直しについてはサービス担当者会議で検討し、利用者や家族等の意向と同意を得ており、変更した内容を職員に周知する手順を定め、緊急の変更時の仕組みも定めている。

評価対象 通所介護 付加基準

A-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		
A-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。	a	契約書、重要事項説明書には提供するサービス内容、利用料金、事業者の義務、損害賠償等が明記され、利用者の権利を尊重した適切な内容となっており、契約時に利用者や家族等に説明し同意に基づき契約締結している。
A-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。	b	意思表示困難者は家族等と三者契約により契約しており、意思表示困難者で成年後見制度が該当すると思われる利用者はいない。意思表示困難者に対する成年後見制度の情報提供と手続き支援の準備が望まれる。
A-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。	a	利用料金の変更など契約内容の変更があった場合には、利用者や家族等に詳細を書面にて通知し、理解・同意を得たうえで契約書を作成し、契約変更手続きを行っている。
A-1-（1）-④ 事業所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。	a	パンフレットはデイサービスでの1日の流れや利用料金などわかりやすい内容で、サービスの整合性も適切である。

A-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		
A-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。	a	定期的なサービス担当者会議で利用者や家族等の意向を伺い、ケアプランに基づいた通所介護計画書を作成している。利用者の心身状況の変化時には、サービス担当者会議の開催やケアプランの変更の依頼など迅速にケアマネージャと連携している。
A-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。	a	通所介護計画書は各職種（生活相談員、介護職員、看護師）が共同で作成している。毎日、夕方のミーティングで話し合い、やむを得ず参加できない場合は各職種が参加できる日に再度話し合っている。
A-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。	a	利用時の様子などが個別に記録され、通所介護計画に基づいたサービスの提供がされている。1カ月毎に評価し、個別にファイルされて、状況の変化を継続的に把握することができる。記録は主任が確認し承認する仕組みができており、主任と管理者との連携の下に実施している。
A-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。	b	毎日の夕方ミーティングでモニタリングを実施し、目標達成時には記録し新たな計画書の作成をしている。計画の変更時は、ネットワークシステムにより全職員が確認することとしているが、確認したことのチェックが明らかではない。確認方法の検討を期待する。
A-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。	a	利用者や家族に通所介護計画の内容を説明し、文書での同意を得ている。定期的な評価も同様に同意を得ており、また担当ケアマネージャには月初めに前月のサービス実施状況等の報告をしている。

2 - (2) 食 事		
A - 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。	c	特定の利用者（糖尿病など）について併設事業所の管理栄養士の指導を受けているが栄養ケアマネジメントは実施していない。栄養ケアマネジメントの取り組みを期待する。
A - 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。	a	明るくゆったりとした気持ちで食事ができるように常に照明をつけ、静かな音楽を流し、また車いすから椅子に移乗し、落ち着いて食事ができるように配慮している。
A - 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。	b	麺類はフロアで麺をゆで盛り付けを行い、ごはん味噌汁もフロアで盛り付けて適温で食べられるよう配慮している。おかず等も適温で食べられるようより良い工夫を期待する。
A - 2 - (2) - ④ 食事は時間的配慮が十分なされている。	a	食事に時間がかかる人、低血糖を起こしやすい人には早めに（30分位）配膳し、ゆっくり食事ができるように配慮している。
A - 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。	a	自宅での様子を家族等に伺い、ミーティングで確認し、自力で食事ができるようにケアプランに位置づけ職員全体が統一した支援をしている。
A - 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。	a	健康状態に合わせた治療食（減塩食、低カロリー食など）の提供、涼しさが感じられるように透明の容器を購入して使用、そして能力により、おかゆや刻み食などの食事を提供している。
A - 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。	a	年1回の意見交換会に調理担当者も参加し、直接利用者の意見・要望を聞く場を設け、利用者の意見・要望を検討し、揚げ物や世界の料理など献立や調理に反映させている。
A - 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。	a	必要な方には個別機能訓練を実施し、嚥下状態に合わせて、おかゆ、刻み食、ミキサー食などの食事形態で提供している。
2 - (3) 入 浴		
A - 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。	a	身体状況については、個々の通所介護計画に基づき入浴介助が行われ、入浴マニュアルに沿って、基本的に同性介助を行い、プライバシー保護や安全に配慮し個々の入浴方法（全身浴、陰部浴、シャワー浴等）に合わせた対応をしている。個々の身体状況や留意事項は通所介護計画に明記している。
A - 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。	a	感染症防止マニュアルがあり、浴槽を区分したり入浴順番を変更するなど、また、ウィーラ浴（座浴）で個別に入浴するなどの対応をしている。
A - 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。	a	設備・器具の不具合等はミーティングで報告し検討・対応している。気候や身体状況に応じ温度調節には扇風機を使用し、マニュアルに基づき浴室清掃後に除菌消毒を毎回行っている。簡易水質検査は月1回、詳細な水質検査（51項目）を年1回実施している。
2 - (4) 排 泄		
A - 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。	a	排せつ介助マニュアルに沿って、同性介助を基本とし、プライバシーに配慮した言葉かけ、誘導に努め、臭いへの対策として常時換気し消臭スプレーも設置している。
A - 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。	a	排泄版で記録を確認し、排せつサイクルを把握しながらそれぞれの状態に応じてトイレ誘導、おむつ交換を随時対応している。また飲水量や食事摂取量を必要者のみ記録している。
A - 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り組みを行っている。	a	おむつ使用者も座位が取れる方はトイレ誘導をして利用者全員がトイレを利用している。トイレ内の手すりは右麻痺、左麻痺の利用者にも安全に立位が保てるように、左右対称の作りになっている。おむつは家族が用意したものを使用しているが、必要に応じて情報提供している。
A - 2 - (4) - ④ トイレは清潔で快適である。	a	トイレ環境の点検・改善はその都度ミーティングで検討している。毎朝清掃し汚れた場合はその都度すぐに清掃している。臭いへの対策として常時換気し、消臭スプレーも設置している。

2 - (5) 健康管理		
A - 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。	a	バイタルサインは必ず確認している。体調不良の方は観察し食事量、水分量等の記録をし、必要に応じ排泄量や回数を記録し、また急変時の医療機関の受診対応もしている。
A - 2 - (5) - ② 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	服薬管理マニュアルに基づき、利用者の薬剤情報提供表で薬の目的や副作用等の情報を得ている。内服薬や外用薬の使用の記録やアクシデントレポートを整備し迅速に検討をしている。
A - 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。	a	朝、入浴後、レクリエーション後、昼食時等利用時間内で600CCは摂取する様支援している。必要な方のみ水分量の記録をしている。
A - 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。	a	担当ケアマネージャーを通じて必要に応じ、報告・連絡・相談し、医師との連携を図っている。
A - 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。	b	緊急対応マニュアルを基本とし、個々人の体調により体温38度を目安として、家族が対応できないときは職員が受診に付き添う。緊急時対応の実技研修を年2回実施している。緊急時には、いつでも対応できる医療機関との更なる連携を期待する。
2 - (6) 衛生管理		
A - 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。	a	感染症防止マニュアルを整備し、年1回見直しをし、感染症が発生しやすい11～翌5月までミストブロー（殺菌水を空間噴霧（ミスト）する）の作動と手洗いの強化で感染症やインフルエンザの予防対策をしている。
A - 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。	a	食品衛生管理マニュアルに沿って、厨房や調理器具の消毒、殺菌の徹底や感染症が発生しやすい11～翌4月までは一般の職員の厨房への出入りは電話で連絡をとるなど厨房職員との接触制限をしている。
A - 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。	a	感染症防止マニュアルを整備し、ペーパータオルを使用しうがい手洗いの徹底や出入り口に看板を掲げ来訪者にも手指の消毒、うがいを依頼して感染症防止の対策をしている。
A - 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。	b	11～翌5月までミストブロー（殺菌水を空間噴霧（ミスト）する）を使用しているが、温度湿度が管理されている訳ではない。夏季の室温調整も職員の体感で行っており、温湿度を定期的に測定し記録をするなど適切な温湿度管理を期待する。
2 - (7) 機能回復訓練		
A - 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。	a	利用者ごとに個々の利用者に向けた機能訓練計画を作成し、看護師や機能訓練指導員が中心に実施している。
2 - (8) アクティビティ		
A - 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。	a	意見交換会で利用者の意見要望を聞き、集団レクリエーションのほかカラオケ・麻雀・手芸・書道など趣味に合わせたプログラムがあり、職員のレク研修も実施されている。
2 - (9) 送迎		
A - 2 - (9) - ① 送迎車両は、快適性・安全性に配慮している。	a	送迎前後には、車両点検、シートベルト着用の確認、車内温度確認などを徹底し、早め点灯の励行、車両管理者の交通安全講習会参加と職員への指導など行っている。損害賠償保険に加入している。
A - 2 - (9) - ② 送迎時に家族等との情報交換をしている。	a	日中の状況は家族との連絡帳を活用し、送迎時に直接情報交換をし、メモ版等の記録や申し送り職員間で共有し、体調の変化などは電話での連絡もしている。
A - 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。	b	携帯電話は緊急時の通信手段として必ず携帯している。事故対応マニュアルはあるが、実施訓練はされていない。今後は職員研修として実施訓練を行う予定である。
A - 2 - (9) - ④ 乗降時の安全に配慮している。	a	乗降時は転倒・転落防止のため職員は必ず見守り・介助をし、乗降時の車椅子固定の再確認の徹底をしている。全車両ステップアップ装置が設置されている。
2 - (10) 認知症高齢者への対応		
A - 2 - (10) - ① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	BPSDアセスメントを参考に、より使いやすい独自のアセスメントを使用し、興味のあること、楽しめることを職員全員が共通理解できる個別のプログラムを作成し通所介護計画に反映させている。
A - 2 - (10) - ② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	重要事項説明書に身体拘束を行わないことを明記し、身体拘束廃止マニュアルに沿った対応をしている。