

（別紙）

第三者評価結果

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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント>法人の年度毎『事業計画』内やホームページに明記されており、会議等で職員に周知している。また、昭和村全域に毎月配布している「社協だより」にも基本理念を掲載している。今後は、事業所独自の理念を作成し、職員間で共通認識を図れるような取り組みを検討して行く予定。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント>『第2次地域福祉計画・地域福祉活動計画』の中で地域の現状把握や法人のサービスニーズ等を含め、社会福祉事業全体の動向は把握しているが、具体的な分析はできていない。経営状況については毎月、正副会長会議の中で収支等の実績を確認している。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<p><コメント>毎月、正副会長会議で経営状況について話し合っており、経営課題の明確化や改善、解決に向けた取り組みを検討しているが、改善には至っていない。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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	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。	a・b・c
<p><コメント>『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）が整備されており、運営方針等を明記し、計画実行に向け「発展強化計画」を作成している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）内の運営方針に基づいて、単年度毎に『事業計画』を作成し、月1回開催の正副会長会議で検討している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>『事業計画』は各部門の担当者が作成し、半期毎に実施状況の把握に努めているが、評価・見直しは行っていない。また、『事業計画』は各係に配布しているが、具体的な説明は行って</p>		

おらず、職員に周知や理解を促す取り組みは行われていない。		
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。	a・b・c
<コメント>年度毎の『事業計画』はホームページや昭和村地域全域へ配布の「社協だより」に掲載しているが、利用者等への周知や理解を促す取り組みは行っていない。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<コメント>『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）内に「運営方針に対する取り組み」「財務の改善（太い頑丈な幹を育む）」等が明記されているが、コロナ禍の影響により研修を含め、具体的な取り組みは実施できていない。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取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・b・c
<コメント>今年度受審予定の第三者評価の結果を踏まえて、来年度のサービスの質の向上に繋げ、職員と情報共有することで日々の支援に活かしていくことを検討している。		

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
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。	a・b・c
<コメント>法人の『令和5年度事務分掌』内に「役職名」や「各部門」の役割が明記されており、各部署へ配布しているが、管理者の職務内容についての具体的な責任と役割等は明記されておらず、職員への周知も行っていない。		
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。	a・b・c
<コメント>幅広い分野の法令の把握及び理解、遵守に努めている。改正時には次長が研修等に参加し、職員に情報伝達をしている。非常勤職員に対しても遵守すべき法令を周知することで、意欲と責任を持って業務に取り組むことを促している。		
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。	a・b・c
<コメント>月1回開催の正副会長会議で当月のサービス内容や実績を確認しているが、サービスの質の向上につながる具体的な取り組みは行っていない。また、職員の意見や利用者の要望の聞き取りは行っているが実践には至らず、支援の標準化に向けた教育、研修は今後の課題となっている。		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a・b・c
<p><コメント>業務の改善、実効性等の向上に向けた分析や体制づくりは行っていない。職員の長期休暇に対しては他部署からの異動で配置調整をする等、労働環境の整備に取り組んでいるが、今後は、職員がサービスの質の向上のために意欲的に取り組めるような協力体制を目指している。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。	a (b) c
<p><コメント>『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）内で法人としての「運営方針に対する取り組み」で職員採用及び正規職員の定数等が定められている。事業所としてはハローワークに求人を出し、計画的な人材の確保に取り組んでいるが、研修や育成については行われていない。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
<p><コメント>職員像については明確に文書化されたものはない。人事管理については「就業規則」「給与規程」に定め、昇格等の要件も明記されているが、人事評価制度はなく、職員が将来像を描くことは難しい現状にある。非正規職員の契約更新時には意向や希望を聴いている。</p>		
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り組んでいる。	a (b) c
<p><コメント>年1回、会議で有給休暇の取得状況を報告し、法定の健康診断を実施している。また、『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）の「運営方針に対する取り組み」内に年1度面談の実施を明記し、職員の相談、指導、助言等の機会を設けているが、現在は実践できていない。</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。		
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。	a・b・c
<p><コメント>法人の『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）内に記載されているが、事業所が期待する職員像に対しては明確化されておらず、目標管理の仕組みができていないことから育成に向けた職員一人ひとりの目標設定等はされていない。</p>		
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・b・c
<p><コメント>法人の『第3次発展強化計画』（令和3年4月1日～令和8年3月31日）内に労働環境と意識の改革、専門職・組織の一員としての強い自覚と自己研鑽として職員の研修参加や資格取得の促進等が明記されているが、事業所としての具体的は方針や計画は整備されていない。</p>		
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。	a (b) c
<p><コメント>法人として職員の資格取得状況、知識、技術水準に応じた研修会等の情報提供を行い、参加できるよう業務の調整も検討しているが、参加を申し出る職員はいなかった。</p>		
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・ b ・c
<p><コメント>法人として、地域にある大学の介護実習生や教職員の実習を受け入れている。また、事業所としては依頼の話があれば受入れの体制はできているが、実習生の研修・育成に関する対応マニュアル等については整備されていない。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。	a・ b ・c
<p><コメント>「社協だより」やホームページ上で法人に関する情報や事業所の活動内容を公開している。また、「苦情解決要綱」に基づいて苦情、相談内容等を公表している。令和5年度には第三者評価の受審を計画している。</p>		
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。	a ・b・c
<p><コメント>法人として、事業所の運営上の各規程を整備し、理事会資料と共に各部署に配布して周知している。また、年4回の内部監査及び年2回の外部監査を行い、監査結果に基づき必要とされる内容についての経営改善を行っている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
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。	a・ b ・c
<p><コメント>地域との関り方について文書化したものはない。地域との交流に関しては、生活相談員がその都度対応し、個別적으로는介護支援専門員と相談しながら進めている。利用者と地域の文化祭に参加し、手作りの雑巾を小・中学校、保育園に寄贈した経緯がある。</p>		
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。	a・b・ c
<p><コメント>ボランティア等の受入れについて基本姿勢やマニュアル等、明文化したものはなく、前例に倣って実施している。地域福祉の一環として、小・中学校の介護実習を法人の施設で行い、担当職員が対応している。</p>		
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・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・ b ・c
<p><コメント>法人としてパンフレットを作成し、関係機関に配布しているが、職員に対して必要な社会資源の明確化、情報の共有化は図っていない。また、医療介護関係者、役場関係者、地域包括支援センターによる「利根沼田圏域在宅医療介護連携推進協議会」に代表者が出席している。</p>		
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 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。	a・ b ・c
<p><コメント>年2回運営推進委員会を開催し、具体的な事業内容を説明している。また、地域包括支</p>		

援センターが開催する地域会議で困難事例に対応し、介護関係の研修会に参加している。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・b・c
<p><コメント>法人として『第2次昭和村 地域福祉計画・地域福祉活動計画』の計画策定に参画し、「計画の基本理念：笑い声のひびく やさしいむら」を掲げ、Ⅰむらづくり・Ⅱ地域づくり・Ⅲ環境づくりを基本目標に掲げている。また、災害に関する講演会・研修会等、法人として災害ボランティア講座を毎年開催している。</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

		第三者評価結果
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。	a・b・c
<p><コメント>法人の『令和5年度事業計画』内の「介護保険部門」に利用者個々のニーズに適切に対応したサービスの提供を目指します等、明記されているが、事業所独自のサービス提供について具体的に明示されたものはなく、研修や評価等についての取り組みはなされていない。</p>		
29	Ⅲ-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。	a・b・c
<p><コメント>『プライバシー保護に関するマニュアル』があり、職員に周知している。また、利用者の自尊心や羞恥心に配慮したサービスを実施しているが、利用者、家族に対しては具体的な内容を周知していない。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>事業所を紹介する独自の資料はなく、利用希望者に対して介護支援専門員が口頭で事業所の紹介や説明を行い、事業所として希望に沿った対応ができるかどうか返答している。利用者の選択に必要な情報等についての見直しは行っていない。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>サービス開始時には介護支援専門員が担当者会議を開き、契約時に生活相談員が利用者の自宅で『指定地域密着型通所介護事業利用契約書』、「指定地域密着型通所介護事業重要事項説明書」の内容を説明している。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所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・b・c
<p><コメント>サービスの内容を変更する場合は、利用者に不利益が生じないよう介護支援専門員が対応しているが、サービス継続についての手順等、文書化したものはない。サービス終了後も生活相談員が利用者、家族の相談に乗っているが、相談方法や手順等について文書化したものはない。</p>		

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。	a・b・c
<p><コメント>以前は利用者満足度調査を行い、法人宛に返却してもらい、モニタリングの際介護支援専門員を通して回答を得ていたが、現在は実施しておらず、利用者満足を把握するための取り組みは行っていない。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>法人の「苦情解決要綱」があり、「令和5年度事務分掌」に苦情解決責任者が明示され、第三者委員が設置されている。また、「指定地域密着型通所介護事業重要事項説明書」内に「苦情の受付について」が記載されており利用契約時に説明し、担当者会議で苦情を聞くこともあるが、申し出はない。</p>		
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・b・c
<p><コメント>環境整備として、事業所内の洗面所前に個室を用意しているが、相談方法や手順等について明文化されたものは無く、利用者等に周知していない。</p>		
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・b・c
<p><コメント>利用者からの相談や意見については迅速に対応するよう話し合い、職員間で共有しているが、基本的なマニュアル等は整備されていない。また、個別の相談や意見等については、口頭で対応しており、記録も残されていない。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>「介護事故防止対応マニュアル」が整備されている。ヒヤリハットが発生した場合はミーティング内で報告し、再発防止策を話し合っているが、報告書としての作成は行われていないため、文章の保存や定期的な評価、見直しは行っていない。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>法人としての「感染症対策マニュアル」内に担当者の責任と役割を明記し、職員に周知している。感染症が発生した場合はマニュアルに沿った対応をすることになっているが、マニュアルの定期的な見直し等はなく、感染症に関する勉強会も開催していない。</p>		
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している。	a・b・c
<p><コメント>法人として『事業継続計画(BCP)』を策定し、各部署に配布している。また、備蓄のリストを作成し、整備している。消防署等関係団体の防災計画や訓練は実施していないが、独自に利用者も参加し、年2回避難訓練を行っている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。	a (b) c
<p><コメント>法人として「プライバシー保護に関するマニュアル」等、各種マニュアル内にサービスの標準的な実施方法は文書化されているが、研修等を行っていない。また、マニュアルに沿ってサービスの提供に取り組んでいるかどうか、実施確認の仕組みは整備されていない。</p>		
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。	a・b・(c)
<p><コメント>各種マニュアルの整備や実施方法等、具体的な明記、状況に応じた見直し等についての仕組みの確立は今後の課題となっている。</p>		
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。	a (b) c
<p><コメント>生活相談員が『通所介護計画』の作成を担当している。利用者、家族とのやり取りの中で収集した情報をケアマネジャーと共にアセスメントシートに記録し、居宅サービス計画書を基に個別性のある『通所介護計画』に繋げている。モニタリングは3ヶ月毎に行っている。</p>		
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。	a (b) c
<p><コメント>モニタリングを3ヶ月毎に行い、認定期間及び必要に応じて見直しを行い、その都度柔軟に変更を行っているが、見直しや変更をする際の仕組みは整備されておらず、見直しから同意に至る手順書等の定めもない。</p>		
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、職員間で共有化している。	a (b) c
<p><コメント>「通所介護実行表」内に個別のバイタルチェック欄、サービス内容、具体的対応、活動の様子等の項目があり、実施状況を記録し職員間で共有している。送迎時等で緊急対応が必要な場合は、調理室の入口にメモを貼るというルールで迅速な伝達と情報の共有化を図っている。</p>		
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。	a・b・(c)
<p><コメント>利用者の記録の保存、保管、破棄等の管理体制は確立されておらず、記録管理の責任者の設置もない。</p>		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	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。	a (b) c
<p><コメント>アセスメントシートや担当者会議の内容に基づいて『通所介護計画』を作成し、利用者</p>		

<p>一人ひとりに応じた支援内容を「通所介護実行表」に記録している。役割として、食事の盛り付けの手伝い、ゴミ箱づくりや掲示する絵の作成等に取り組んでいる。以前は、手づくりの雑巾を縫って地域の小・中学校、保育園に寄贈する等、社会参加に繋がる活動の支援が行われていた。</p>		
A②	A-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。	a・b・c
<p><コメント>対象が訪問のため、非該当</p>		
A③	A-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。	a・b・c
<p><コメント>対象が養護・経費のため、非該当</p>		
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・ b ・c
<p><コメント>職員全体が利用者に話しかける事を心掛けている。難聴の利用者には筆談で個別にコミュニケーションをとっている。思いや希望を把握した際は、ミーティングで話し合い、支援に繋がっているが、記録はとっていない。コミュニケーションの方法や支援についての定期的な検討、見直しは行っていない。</p>		
<p>A-1-(2) 権利擁護</p>		
A⑤	A-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・b・ c
<p><コメント>「身体拘束に関するマニュアル」はあるが、虐待に関するマニュアル及び具体的な手続き等は明確に定めていない。利用者、家族には契約時に身体拘束について説明しているが、権利擁護の取り組みに対する検討や見直しの機会は設けていない。</p>		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
<p>A-2-(1) 利用者の快適性への配慮</p>		
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。	a・ b ・c
<p><コメント>エアコン、ストーブ等での温度管理や採光等、環境整備に配慮している。また、利用者間の相性を考慮した座席や畳敷きコーナーを設け、寛ぎの空間を提供しているが、職員の気づきからであり、利用者からの意向等を把握するための取り組みは行っていない。</p>		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
<p>A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援</p>		
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・ b ・c

<p><コメント>「入浴業務に関するマニュアル」があり、アセスメントシートや担当者会議で把握した内容を反映させた『通所介護計画』に沿って実施している。転倒防止の滑り止めマットやシャワーキャリー等を使用し安全な環境を整備している。入浴方法等については職員からの提案により見直し、必要に応じて『通所介護計画』に反映させている。同性介助を基本としているが、異性介助になる場合は事前に了承を得ることを申し合わせている。</p>		
A⑧	A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント>「排泄介護に関するマニュアル」があり、アセスメントシートや担当者会議で把握した内容を反映させた『通所介護計画』に沿って実施している。トイレ内には手摺りやカーテンを設置しているが、利用者の座席からトイレの様子が見えている。利用者の自尊心や羞恥心への配慮、支援方法等の検討や見直しが課題となっている。</p>		
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・b・c
<p><コメント>担当者会議やアセスメントで心身の状況や意向等を確認し、「新規利用者状況表」内の「送迎方法について」に沿って取り組んでいるが、自力での移動等に向けた働きかけは行っていない。施設内の移動は速やかに行えるよう職員がついている。車椅子から杖に変える等、利用者の状態に即した福祉用具の利用を提案しているが、介助方法についての検討、見直しは行っていない。</p>		
A-3-(2) 食生活		
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。	a・b・c
<p><コメント>楽しみの一つである食事は利用者の嗜好や時季に合った物を提供している。利用者間の相性を考慮した座席を設け、美味しく、楽しく食べられるよう工夫し、食事レクレーションや誕生会を計画している。食事等、衛生管理に関するマニュアルは整備されていない。</p>		
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・b・c
<p><コメント>担当者会議やアセスメントシートで心身の状況や疾病、家庭での食事形態を把握して、手づくりの食事を提供している。「介護事故防止・対応マニュアル」内に食事中の事故について明記されているが、確認は徹底されていない。水分量の記録はないが、食事の摂取量は記録して職員間で共有し、摂取量が少ない場合は原因を検討し、家族に状況報告している。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント>昼食後に声掛けを行い、口腔ケアを行っているが、利用者が主体的に取り組むための支援は行っていない。また、個別の口腔ケアに関する手順や研修も実施していない。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント>褥瘡対策の指針、マニュアル等はなく、標準的実施方法を周知するための方策は講じておらず、褥瘡ケアの最新情報の収集も行っていない。入浴時に利用者の皮膚を観察し、変化があれば口頭で生活相談員、介護支援専門員に伝え、看護師に報告している。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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。	a・b・c

<p><コメント>体制は確立していないため、非該当</p>		
<p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>		
<p>A⑮</p>	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント>機能訓練や介護予防活動として運動をするよう利用者に対して働きかけをしている。『通所介護計画』に計上し、「通所介護実行表」に記録して、3ヵ月毎にモニタリングを行っているが、主体的に取り組むための支援や専門職の助言、指導は受けていない。また、余暇活動としてぬり絵、脳トレパズル、間違い探し、計算、将棋等を取り入れている。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
<p>A⑯</p>	<p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント>「認知症ケアに関するマニュアル」があり、アセスメントシートに障害老人自立度、認知症自立度の記入があり、アセスメントに基づいて支援はしているが記録は無く、認知症ケアや最新情報等に関する研修も実施していない。他利用者との関係性に配慮し、自分のペースで好きなことを継続し、日々過ごせるように支援している。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
<p>A⑰</p>	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント>「利用者の健康管理に関するマニュアル」があり、利用者の急変時対応の方法等が明記されている。利用時には看護師が「健康チェック表」に沿ってバイタルチェックを行い、「通所介護実行表」に記録して、ミーティングで情報共有している。緊急を要する情報は調理室入口に貼り出し、職員間で迅速に共有を図っている。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
<p>A⑱</p>	<p>A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント>対象が特養、訪問、養護、経費のため、非該当</p>		

A-4 家族等との連携

		<p>第三者評価結果</p>
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
<p>A⑲</p>	<p>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。</p>	<p>a・b・c</p>
<p><コメント>担当者会議で状況等を報告し、送迎時や電話、連絡ノートを介して家族と連携を図っている。家族からの相談や話し合った内容については、口頭伝達のみで記録はない。また、家族に対して介護に関する助言はしているが、関連の介護研修等を行っていない。</p>		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
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。	a・b・c
〈コメント〉対象が訪問のため、非該当		