

1 第三者評価機関名

サービス評価センターはあとらんど

2 訪問調査実施日

令和4年1月17日～令和4年1月18日

3 事業者情報

|     |     |   |     |    |               |
|-----|-----|---|-----|----|---------------|
| (1) | 種別  | 通所介護  | (2) | 名称 | 永光荘デイサービスセンター |
| (3) | 代表者 | 眞下誠治  | (4) | 定員 | 50名           |
| (5) | 所在地 | 群馬県渋川市半田785-5   |     |    |               |
| (6) | H P | <a href="http://www.eikoso.or.jp/html/eikoso.html">http://www.eikoso.or.jp/html/eikoso.html</a> |     |    |               |

4 評価の総評

● 評価の高い点

①コロナ禍での送迎時の対応として、感染症対策がさりげなく徹底されている。「感染症予防セット」として、籠の中にマスク・消毒液・体温計・ディスポーザブル手袋等を用意し、時には忘れがちな同居者や家族に配慮し、送迎者によって徹底されている。  
②日々の書類(記録物)・手順書の中には、文章の他に写真が掲載されているものもある。戸惑いがちな支援方法や注意すべきことを写真で確認してもらい、新入職員やベテラン職員も再確認できる効果があり、職員間で統一されている。  
③デイルームのテーブルの上には名入りのマスク入れが用意されている。無くしやすく、床に落ちやすいマスクを利用者自身で管理する工夫が見られた。

改善に向けて取り組んでいる点

①薬品管理マニュアルについては前回の評価結果でも挙げられており、今後早急に施設長命令で作成に取り掛かることを申し合わせている。  
②BCP(事業継続計画)策定に関しては原案が挙がり、策定に取り組んでいる。  
③多目的室があり、気軽に気の合った利用者同士や一人でも出入りできるスペースとして、見守り体制等を含めて活発な活用を検討している。

5 事業者のコメント

コロナ禍での取組みの評価を受けたことは、職員の励みになる。これに甘んじることなく、努力を続けたい。  
情報の共有はしているが明文化されていない項目が、薬品管理をはじめまだ多く残ってしまっていることを反省し、早急に対応して安定感のあるサービス提供を行っていききたい。

6 第三者評価結果内容(項目毎)

## I 社会福祉施設の運営管理

## I-1 理念・基本方針

(1) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が周知されている。

|  |      |  |
|--|------|--|
| ①  | 評価結果 | ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が職員に共有化されている。   |
|  | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針が明文化されていない。  |
| ②  | 評価結果 | ●社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知している。  |
|  | c    | <b>【判断基準】</b><br>a) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知するための考え方が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知するための考え方が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 社会福祉事業としての理念、事業の目的及び基本方針を利用児・者に周知するための考え方が明文化されていない。 |
| <b>【I-1 理念・基本方針の特記事項】</b><br>(1)-①『令和3年度事業計画書』に理念、事業の目的、基本方針が明示されている。年度初めに居宅ケア部（係長会議）で議題とし、議事録を基にデイ全体会議で職員に説明を行い、共通認識を図っている。<br>(1)-②『法人案内』のパンフレットや『デイサービスセンター利用契約書』内に理念・事業の目的等が明記されており、家族に説明しているが、利用当事者には説明していない。 |      |  |

## I-2 事業計画

(1) サービスの質の向上に向けた事業計画を策定している。

|   |      |   |
|---|------|---|
| ① | 評価結果 | ●福祉サービス実施機関としての中・長期的な課題を把握している。   |
|   | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題を把握するための方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題を把握するための方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) サービス内容やサービス実施体制について、中・長期的な課題を把握するための方針が明文化されていない。 |
| ② | 評価結果 | ●中・長期的な計画に基づいて当該年度の事業計画が適切に策定されている。   |
|   | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 中・長期的な計画を反映させるための考え方が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 中・長期的な計画を反映させるための考え方が明文化されているが、職員の共通認識を図る  |

|  |      |  |
|--|------|--|
|  |      | 場が設けられていない。<br>c) 当該年度の事業計画を策定する際に、中・長期的な計画を反映させるための考え方が明文化されていない。   |
| (2) 事業計画の評価を行っている。   |      |  |
|  | 評価結果 | ●事業計画の実施状況に関する評価を行っている。  |
| ①  | a    | 【判断基準】<br>a) 事業計画の実施状況及び結果についての評価の方針が明文化されおり、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 事業計画の実施状況及び結果についての評価の方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 事業計画の実施状況及び結果についての評価の方針が明文化されていない。 |
| 【I-2 事業計画の特記事項】<br>(1)-①『令和3年度事業計画書』内に行動指針の基本として、「新中期5ヶ年計画(2018～2022)」を掲げ、居宅ケア部(係長会議)で確認の上、デイ全体会議で職員に説明し共通認識を図っている。<br>(1)-②「新中期5ヶ年計画(2018～2022)」にある計画の具体的な内容、実施事項、新たな課題、最終目標等に基づいて『令和3年度事業計画書』が策定されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。法人全体でのBCP(事業継続計画)の原案があり、作成中である。<br>(2)-①居宅ケア部「デイサービス事業計画」内に年度目標を掲げ、『令和3年度事業計画年度目標管理シート』で四半期ごと(6月末・9月末・12月末・年度末)に評価を行い、デイ全体会議で共通認識を図っている。 |      |  |

|   |      |  |
|---|------|--|
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ  |      |  |
| (1) 管理者の責任が明確にされている。  |      |  |
|   | 評価結果 | ●管理者の責任が明文化されている。  |
| ①   | a    | 【判断基準】<br>a) 管理者の責務が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 管理者の責務が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 管理者の責務が明文化されていない。   |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |      |  |
|   | 評価結果 | ●管理者は福祉サービスの向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような組織作りをしている。  |
| ①   | a    | 【判断基準】<br>a) 管理者のリーダーシップとは何かについての考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 管理者のリーダーシップとは何かについての考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 管理者のリーダーシップとは何かについての考え方が明示されていない。 |
| 【I-3 管理者のリーダーシップの特記事項】<br>(1)-①『職務分掌表』内に「副部長(生活相談員)」の責務が明示されており、全職員に配付し、デイ全体会議で共有している。<br>(2)-①『職務分掌表』内に職名及び内容が具体的に記載されおり、人事考課の評価シートの指導能力の項 |      |  |

|   |      |   |
|---|------|---|
| 目に明示されている。評価シートは全職員に配付され、デイ全体会議で共有している。   |      |   |
| <b>I-4 体制及び責任</b>   |      |   |
| (1) 施設の運営が適切に行われている。  |      |   |
| ①   | 評価結果 | ●施設内の組織について職制・職務分掌等を明確にしている。  |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職制・職務分掌について職員ごとの役割や責任の範囲が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職制・職務分掌について職員ごとの役割や責任の範囲が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職制・職務分掌について職員ごとの役割や責任の範囲が明文化されていない。</p> |
| ②   | 評価結果 | ●サービス内容の記録や引き継ぎは適切に行われている。  |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービス内容の記録や引き継ぎのあり方について明文化されていない。</p>          |
| <p>【I-4 体制及び責任の特記事項】</p> <p>(1)-①『令和3年度事業計画書』内の「組織図」及び『職務分掌表』に明示されており、全職員に配付し、デイ全体会議で説明を行い、共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『デイサービスセンター運営規程』に「通所介護サービス提供の記録」・「日勤業務手順書」に記録についての記載がある。実施したサービスを「通所日別(一覧)」(利用日誌)に記録する他、別の実施記録に基づいて始業時及び終業時に申し送りをするをデイ全体会議で共有している。</p> |      |   |

|  |      |  |
|--|------|--|
| <b>I-5 経営状況の把握</b>   |      |  |
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。  |      |  |
| ①  | 評価結果 | ●事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。   |
|  | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 経営・運営状況を把握するためのマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場を設けられている。</p> <p>b) 経営・運営状況を把握するためのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場を設けられていない。</p> <p>c) 経営・運営状況を把握するためのマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【I-5 経営状況の把握の特記事項】</p> <p>(1)-①各部署の経営状況、運営目標については、月1回の部長会議で詳しく検討し、課長会議においても議題に上げている。議事録は職員に回覧し、デイ全体会議でも説明を行い共有している。</p> |      |  |

|   |   |
|---|---|
| I-6 サービス内容の検討体制   |   |
| (1) サービスの質の向上のための取り組みが行われている。   |   |
| ①   | <p>評価結果 ●サービス内容の検討が定期的に行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) サービス内容の検討を行うための方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービス内容の検討を行うための方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービス内容の検討を行うための方針が明文化されていない。</p> |
| (I-6 サービス内容の検討体制の特記事項)  |   |
| (1)-①『令和3年度事業計画書』内の「居宅ケア部会議及び委員会」の各議事録にサービスの内容について検討した事項や介助方法の資料等があり、デイ全体会議で共有している。 |   |

|                        |  |
|------------------------|--|
| I-7 人事管理・研修            |  |
| (1) 人事管理の体制が整備されている。   |  |
| ①                      | <p>評価結果 ●必要な人材に関する具体的なプランが確立している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 必要な人材を確保するための方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 必要な人材を確保するための方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 必要な人材を確保するための方針が明文化されていない。</p>                 |
| ②                      | <p>評価結果 ●人事考課が明確かつ客観的な基準により行われている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 人事考課に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 人事考課に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 人事考課に関するマニュアルが整備されていない。</p>                         |
| (2) 職員の就業環境に配慮がなされている。 |  |
| ①                      | <p>評価結果 ●職員の就業環境や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の就業環境を把握するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職員の就業環境を把握するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職員の就業環境を把握するマニュアルが整備されていない。</p> |
| ②                      | <p>評価結果 ●福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p> <p>【判断基準】</p>   |

|   |      |   |
|---|------|---|
|   |      | <p>a) 職員の福利厚生に関する方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職員の福利厚生に関する方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職員の福利厚生に関する方針が明文化されていない。</p>                  |
| <p>(3) 職員の研修体制が確立している。</p>  |      |   |
|   | 評価結果 | <p>●職員の資質向上に関する目標を設定している。</p>   |
| ①   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員に対する研修の意義が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職員に対する研修の意義が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職員に対する研修の意義が明文化されていない。</p>          |
|   | 評価結果 | <p>●職員の研修ニーズに基づく研修計画を策定している。</p>  |
| ②   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員の研修参加に対する考え方が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職員の研修参加に対する考え方が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職員の研修参加に対する考え方が明文化されていない。</p> |
| <p>【1-7 人事管理・研修の特記事項】</p> <p>(1)-①『永光会行動規範』内の「福祉人材に対する基本姿勢」及び「評価シート」の各項目に必要とされる人材像を示し、その確保に努めることを全体会議や人事考課における個別面談で職員に説明を行い、共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『人事考課制度評価基準手引書』を作成しており、全体会議で説明を行い、『永光会行動規範』『職種ごとの評価シート』の項目に基き進めている。評価の基準を7項目とし「私のキャリアビジョンシート」「自己キャリアデザイン」の自己評価に基づいて管理者が面談を行っている。</p> <p>(2)-①就業内容等については「就業規則」に明示され、デイ全体会議で説明を行い、共通認識を図っている。</p> <p>(2)-②福利厚生については「就業規則」及び「慶弔規程」があり、成人・結婚祝金や疾病見舞金等、事業所独自の祝金を明示し、支給している。また、「職員研修時受講資金貸与規程」があり、必要に応じて資格を取る際の貸付金や法人が認めた研修の諸費用等が明示され、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(3)-①人事考課制度の導入にあたり、『永光会行動規範』に具体的に明示され、全体会議で共有している。</p> <p>(3)-②『令和3年度事業計画書』内に「職員研修予定表」が明示されている。コロナ禍でオンラインでの研修受講も多くなり、研修後は報告書を提出する等、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> |      |   |

## II 地域等との関係

|                                       |      |   |
|---------------------------------------|------|---|
| <p>II-1 地域社会との関係</p>                  |      |   |
| <p>(1) 地域とのつながりを強めるための取り組みを行っている。</p> |      |   |
| ①                                     | 評価結果 | <p>●社会福祉施設としての役割等についての理解を深めるための取り組みをしている。</p> |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   |      | <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の役割等について、立地している地域社会に理解を促すための方針が明文化されており、職員の認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 社会福祉施設の役割等について、立地している地域社会に理解を促すための方針が明文化されているが、職員の認識を図る場が設けられていない</p> <p>c) 社会福祉施設の役割等について、立地している地域社会に理解を促すための方針が明文化されていない。</p> |
|   | 評価結果 | ●専門機能が地域で活用されるための取り組みをしている。  |
| ②   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用するための方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用するための方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 社会福祉施設の持っている専門的な知識や能力を地域で活用するための方針が明文化されていない。</p>  |
| <p>【Ⅱ-1 地域社会等との関係の特記事項】</p> <p>(1)-①『令和3年度事業計画書』内に地域における公益的な取組として「法人行動指針」が明示されており、全職員に配付して、全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『令和3年度事業計画書』内の「法人行動指針」また、『永光会行動規範』の「社会に対する基本姿勢」で専門性を活かし、地域における公益的な取組に参加することが明示され、全体会議で共有している。「福祉の有償送迎事業」で地域貢献に取り組み、「なんでも福祉相談員」に職員が登録している。</p> |      |  |

|  |      |   |
|--|------|---|
| Ⅱ-2 実習生・体験学習への対応   |      |   |
| (1) 実習生や体験学習の受け入れが適切に行われている。   |      |   |
|  | 評価結果 | ●実習生や体験学習の受け入れに関する基本的な考え方が明示されており、共通認識が図られている。  |
| ①  | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 実習・体験学習の受け入れに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 実習・体験学習の受け入れに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 実習・体験学習の受け入れに関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【Ⅱ-2 実習生・体験学習への対応の特記事項】</p> <p>(1)-①『介護福祉士実習マニュアル』及び『受け入れマニュアル』に目的や対応の仕方が明示されている。全職員に配付し、デイ全体会議で共有している。</p> |      |   |

|                            |      |                                      |
|----------------------------|------|--------------------------------------|
| Ⅱ-3 ボランティアの受け入れ            |      |                                      |
| (1) ボランティアの受け入れが適切に行われている。 |      |                                      |
|                            | 評価結果 | ●ボランティアの受け入れに関する基本的な考え方の共通認識が図られている。 |
| ①                          | a    | 【判断基準】                               |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>a) ボランティアの受け入れに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ボランティアの受け入れに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ボランティアの受け入れに関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【Ⅱ-3 ボランティアの受け入れの特記事項】</p> <p>(1)-①『永光会行動規範』に「福祉人材に対する基本姿勢」が明示されており、デイ全体会議で共有している。また、地域の人が特技を活かし、ボランティアとして活動することでポイントが付与される「渋川市介護予防おうえんポイント事業」の活動場所としても指定されている。</p> |  |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <p>Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献</p>          |   |
| <p>(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>   |   |
| ①                               | <p>評価結果</p> <p>●利用者地域との交流を広げるための取組を行っている。</p>   |
|                                 | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者地域との交流を広げることに基本的な考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者地域との交流を広げることに基本的な考え方は明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者地域との交流を広げることに基本的な考え方が明示されていない。</p> |
| <p>(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>    |   |
| ①                               | <p>評価結果</p> <p>●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。</p>  |
|                                 | <p>【判断基準】</p> <p>a) 関係機関・団体との連携に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 関係機関・団体との連携に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 関係機関・団体との連携に関するマニュアルが整備されていない。</p>          |
| <p>(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p> |   |
| ①                               | <p>評価結果</p> <p>●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。</p>   |
|                                 | <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の福祉ニーズ等の把握に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 地域の福祉ニーズ等の把握に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 地域の福祉ニーズ等の把握に関するマニュアルが整備されていない。</p>       |
| ②                               | <p>評価結果</p> <p>●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。</p>   |
|                                 | <p>【判断基準】</p> <p>a) 地域の福祉ニーズに対応する当該施設の公益性とは何かに関する考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p>   |



|   |  |
|---|--|
|   | <p>b) 地域の福祉ニーズに対応する当該施設の公益性とは何かに関する考え方は明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 地域の福祉ニーズに対応する当該施設の公益性とは何かに関する考え方が明示されていない。</p> |
| <p><b>【Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献の特記事項】</b></p> <p>(1)-①『令和3年度事業計画書』内に「社会に対する基本姿勢」が明示されており、全職員に配付され、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(2)-①『令和3年度事業計画書』内に「地域における公益的な取組の推進」「人材確保と定着に向けた取組」が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(3)-①『令和3年度事業計画書』内に「地域における公益的な取組の推進」について、県・県社協・市社協等への参画及び永光会の単独の取組等、具体的に明記されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(3)-②『令和3年度事業計画書』内に「地域における公益的な取組の推進」が明示され、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> |  |

### Ⅲ サービスの利用開始

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Ⅲ-1 サービス開始時の対応</b></p> <p>(1) サービスの開始が適切に行われている。</p>   |   |
| <p>①</p> <p>評価結果</p> <p>a</p>  | <p>●施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。</p> <p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 事業所が実施するサービス等の情報提供に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事業所が実施するサービス等の情報提供に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事業所が実施するサービス等の情報提供に関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>②</p> <p>評価結果</p> <p>a</p>  | <p>●サービスの実施にあたり、利用者やその家族等へ説明し、同意を得ている。</p> <p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) サービスの実施に先立つ利用者に対する説明マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービスの実施に先立つ利用者に対する説明マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービスの実施に先立つ利用者に対する説明マニュアルが整備されていない。</p> |
| <p><b>【Ⅲ-1 サービス開始・実施の特記事項】</b></p> <p>(1)-①サービス内容等について『利用契約書』に明示されている他、パンフレット・「永光荘しんぶん」・ホームページ等で情報を提供している。『令和3年度事業計画書』に示されている「一日の流れ」等を通してデイ全体会議で実施するサービスについて共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『デイサービスセンター利用契約書』に明示されており、契約時に説明を行い、同意を得ることをデイ全体会議で共通認識を図っている。</p> |   |

## IV サービス実施計画の管理・実施

| IV-1 通所介護計画の管理体制   |   |
|--|---|
| (1) 通所介護計画に関する管理・責任体制が明確である。   |   |
| 評価結果   | ●通所介護計画の作成、実施において責任者が定められている。   |
| ①  | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、かつその実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定め、指導助言が行われている。</p> <p>b) 利用者一人一人の通所介護計画の作成を統括する担当者を置き、その実施状況を総合的に把握、管理する責任者を定めているが、指導助言は十分ではない。</p> <p>c) 通所介護計画の管理・責任体制に関するマニュアルが整備されていない。</p>   |
| 評価結果   | ●ケアプランの策定・変更に関するマニュアルが整備されている。  |
| ②  | <p>【判断基準】</p> <p>a) ケアプランの策定・変更に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ケアプランの策定・変更に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ケアプランの策定・変更に関するマニュアルが整備されていない。</p>  |
| (2) サービスの実施に関する評価を行っている。   |   |
| 評価結果   | ●サービス実施・達成状況に関する評価が行われている。  |
| ①  | <p>【判断基準】</p> <p>a) サービスの実施・達成状況を評価するための基本方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) サービスの実施・達成状況を評価するための基本方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) サービスの実施・達成状況を評価するための基本方針が明文化されていない。</p>                             |
| 評価結果   | ●利用者の情報（アセスメント）が確実に伝わる仕組みがある。   |
| ②  | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者に関する情報共有マニュアル（情報を共有するため方針）が整備（明文化）されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者に関する情報共有マニュアル（情報を共有するため方針）が整備（明文化）されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者に関する情報共有マニュアル（情報を共有するための方針）が整備（明文化）されていない。</p> |
| <p>【IV-1 サービス実施計画（ケアプラン）の管理体制の特記事項】</p> <p>(1)-①『職務分掌表』に居宅ケア部「副部長（生活相談員）」の内容（サービス計画に関すること）等、具体的に明示されている。</p> <p>(1)-②『職務分掌表』に明示されており、『デイサービスセンター運営規程』に基づいて行っている。責任者（生活相談員）は担当ケアマネジャーとの具体的な情報内容をデイ全体会議で伝え共有している。</p> <p>(2)-①担当職員が毎月サービス内容の評価（モニタリング）を行い、責任者（生活相談員）が確認の上、</p> |   |

|  |  |
|--|--|
| <p>ケアマネジャーに報告している。係長会議、ADL向上委員会の議事録があり、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(2)-②ケアプランと共に「デイサービスセンター・フェイスシート」を活用しアセスメントを行い、「通所介護計画書」に反映させることをデイ全体会議で共通認識を図っている。</p>   |  |
| <p><b>IV-2 サービスの実施</b></p>   |  |
| <p>(1) サービスの実施に関する記録が整備されている。</p>  |  |
| <p>評価結果</p>  | <p>●ケース記録のあり方に関するマニュアルが整備されている。</p>  |
| <p>①</p> <p>a</p>  | <p>【判断基準】</p> <p>a) ケース記録のあり方に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) ケース記録のあり方に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) ケース記録のあり方に関するマニュアルが整備されていない。</p>   |
| <p>(2) 各種マニュアルは見直しがされている。</p>  |  |
| <p>評価結果</p>  | <p>●マニュアル類のあり方に関する基本方針が明文化されている。</p>   |
| <p>①</p> <p>a</p>  | <p>【判断基準】</p> <p>a) 適切なサービスを提供するためのマニュアル類のあり方に関する基本方針が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 適切なサービスを提供するためのマニュアル類のあり方に関する基本方針が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 適切なサービスを提供するためのマニュアル類のあり方に関する基本方針が明文化されていない。</p> |
| <p>【IV-2 サービスの実施の特記事項】</p> <p>(1)-①『永光荘行動規範』及び人事考課の「評価シート」内に明示されており、全職員に配付している。また、個別の「ケア台帳」に最新の情報を記載しており、日常業務を通して情報等、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(2)-①『マニュアル管理表』に一覧が明示されている。見直しについては、必要に応じて委員会で協議・起案を行い、変更が生じた場合は見直した日付を記載して全体会議で説明を行い、共有している。</p> |  |

## V サービスの内容

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <p><b>V-1 人権への配慮</b></p>          |   |
| <p>(1) 利用者並びに家族一人一人の尊厳を守っている。</p> |   |
| <p>評価結果</p>                       | <p>●職員の接し方は、利用者並びに家族一人一人の尊厳を守っている。</p>  |
| <p>①</p> <p>a</p>                 | <p>【判断基準】</p> <p>a) 接遇マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 接遇マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 接遇マニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>②</p> <p>評価</p>                | <p>●利用者がハラスメントによる人権侵害から守られている。</p>  |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   | 結果   |  |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者へのハラスメント防止に関するマニュアルが整備されており、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者へのハラスメント防止に関するマニュアルは整備されているが、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者へのハラスメント防止に関するマニュアルが整備されていない。</p>                       |
| ③ | 評価結果 | ●利用者の恋愛感情や性に対する人権が守られている。  |
|   | c    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の恋愛感情や性をめぐる援助についての基本的な考え方が明示されており、考え方の周知や見直しに関する職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の恋愛感情や性をめぐる援助についての基本的な考え方は明示されているが、考え方の周知や見直しに関する職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の恋愛感情や性をめぐる援助についての基本的な考え方が明示されていない。</p> |
| ④ | 評価結果 | ●職員への暴言や暴力に対応するマニュアルが整備されている。  |
|   | c    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 職員への暴言や暴力に関する対応マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 職員への暴言や暴力に関する対応マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 職員への暴言や暴力に関する対応マニュアルが整備されていない。</p>   |
| ⑤ | 評価結果 | ●抑制・拘束に関する考え方が整備されている。   |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備され、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 抑制・拘束に関するマニュアルが整備されていない。</p>  |
| ⑥ | 評価結果 | ●利用者への虐待等に備えた対応方法が定められている。   |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 虐待等の防止についてのマニュアルが整備されており、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 虐待等の防止についてのマニュアルは整備されているが、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 虐待等の防止についてのマニュアルが整備されていない。</p>   |
| ⑦ | 評価結果 | ●苦情解決の体制が適切である。  |
|   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 苦情解決の考え方についてのマニュアルが整備されており、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 苦情解決の考え方についてのマニュアルは整備されているが、マニュアルの活用について職</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 苦情解決の考え方についてのマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p><b>【V-1 人権への配慮の特記事項】</b></p> <p>(1)-①『接遇マニュアル』の他、『永光荘行動規範』内に「利用者に対する基本姿勢」が明示されており、目上の人には敬意を持って対応することを接遇の基本とし、デイ全体会議で共有している。</p> <p>(1)-②『虐待防止のための指針』が策定されており、年2回「身体拘束適正化委員会」での検討やハラスメント防止についての研修会をデイ全体会議で行い共通認識を図っている。</p> <p>(1)-③該当する事項が無いため、基本的な考え方等についての明示はない。</p> <p>(1)-④ハラスメントに関する調査は行っているが、明文化されたものはない。</p> <p>(1)-⑤『身体拘束に対する適正化の指針』に明記されており、「身体拘束適正化委員会」が中心となり、研修会やデイ全体会議を通して共通認識を図っている。</p> <p>(1)-⑥『永光会行動規範』内の「利用者に対する基本姿勢」が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。また、「虐待防止委員会」を設置している。</p> <p>(1)-⑦『苦情受付解決マニュアル』が整備されており、『デイサービスセンター運営規程』内に（苦情等への対応）が具体的に明示され、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> |  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>V-2 生活環境</b></p>                    |   |
| <p>(1) 利用者が、心地よく過ごすことのできる生活環境に配慮している。</p> |   |
| ①   | <p>評価結果</p> <p>●利用者の意向に沿った施設環境が整備されている。</p>   |
|   | <p>【判断基準】</p> <p>a) 施設環境のあり方についての考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 施設環境のあり方についての考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 施設環境のあり方についての考え方が明示されていない。</p>  |
| ②   | <p>評価結果</p> <p>●利用者のプライバシーを保護するような環境づくりがなされている。</p>   |
|   | <p>【判断基準】</p> <p>a) 生活環境におけるプライバシー保護に関するマニュアルが整備されており、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 生活環境におけるプライバシー保護に関するマニュアルは整備されているが、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 生活環境におけるプライバシー保護に関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| ③   | <p>評価結果</p> <p>●利用者が1人になれるためのスペースづくりに配慮している。</p>  |
|   | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者が1人になれるためのスペースのあり方についての考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者が1人になれるためのスペースのあり方についての考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者が1人になれるためのスペースのあり方についての考え方が明示されていない。</p>             |

|   |  |
|---|--|
| 【V-2 生活環境の特記事項】   |  |
| (1)-①『永光会行動規範』内に施設の快適な環境づくりが明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。  |  |
| (1)-②『介護マニュアル』内に（プライバシー保護）、『権利擁護マニュアル』及び『永光会行動規範』に「利用者に対する基本姿勢」が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。<br>また、デイサービスと特養の利用者が同じホールを使用している為、個別でのプライバシー保護が難しい状態にある。 |  |
| (1)-③別室(多目的室)があり、日常的には使用していないため、希望があれば一人になれるスペースとして活用できるが、あり方や使用方法等についての明示はない。  |  |

|   |   |
|---|---|
| V-3 コミュニケーション   |   |
| (1) 利用者へのコミュニケーションの支援が適切に行われている。  |   |
| 評価結果  | ●コミュニケーションの支援に関するマニュアルが整備されている。   |
| ①<br>a  | 【判断基準】<br>a) コミュニケーションの手段(サインの発見と確認)に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) コミュニケーションの手段(サインの発見と確認)に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) コミュニケーションの手段(サインの発見と確認)に関するマニュアルが整備されていない。 |
| 【V-3 コミュニケーションの特記事項】  |   |
| (1)-①『介護マニュアル』内の「介護職としての心構え」にどのような視点でコミュニケーションを図っていくのが明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。また、具体的なコミュニケーションの取り方については、年1回職員研修の機会を設けている。 |   |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| V-4 入浴(清拭を含む)           |  |
| (1) 入浴・清拭の支援が適切に行われている。 |  |
| 評価結果                    | ●入浴の在り方についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。   |
| ①<br>a                  | 【判断基準】<br>a) 入浴の在り方に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 入浴の在り方に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 入浴の在り方に関するマニュアルが整備されていない。 |
| 評価結果                    | ●個別の入浴支援が必要な利用者に対して、支援を実施する体制が整備されている。   |
| ②<br>a                  | 【判断基準】<br>a) 個別入浴支援に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 個別入浴支援に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。                                 |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   |      | c) 個別入浴支援に関するマニュアルが整備されていない。   |
| (2) 快適な入浴環境の整備に配慮している。  |      |  |
| ①   | 評価結果 | ●利用者の健康状況、意向等個別状況の把握に基づき、快適な入浴環境が提供されている。  |
|   | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 快適な入浴のあり方に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 快適な入浴のあり方に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 快適な入浴のあり方に関するマニュアルが整備されていない。 |
| <b>【V-4 入浴（清拭を含む）の特記事項】</b><br>(1)-①『介護マニュアル』内に「入浴について」及び『日勤業務の手順書』に入浴準備からマットの敷き方、椅子の並べ方等、入浴環境についてデイ独自の手順書が明示されており、デイ全体会議で共有している。<br>(1)-②『ケア台帳』内の個別処遇の項目に入浴の仕方が明示されており、係長会議・個別処遇会議で検討し、デイ全体会議で共通認識を図っている。<br>(2)-①『介護マニュアル』内に「入浴について」が明示されており、入浴環境、利用者の組合せ、異性介助になる場合は考慮することをデイ全体会議で共有している。 |      |  |

|                      |      |   |
|----------------------|------|---|
| V-5 排泄               |      |   |
| (1) 排泄の支援が適切に行われている。 |      |   |
| ①                    | 評価結果 | ●排泄の在り方についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。  |
|                      | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 排泄の在り方に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 排泄の在り方に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 排泄の在り方に関するマニュアルが整備されていない。 |
| ②                    | 評価結果 | ●排泄の支援が必要な利用者に対して、支援を実施する体制が整備されている。  |
|                      | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 排泄の支援に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 排泄の支援に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 排泄の支援に関するマニュアルが整備されていない。    |
| ③                    | 評価結果 | ●排泄の自立を維持するための働きかけをしている。  |
|                      | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 排泄の自立維持のためのマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 排泄の自立維持のためのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けら                                     |

|  |      |  |
|--|------|--|
|  |      | <p>れていない。</p> <p>c) 排泄の自立維持のためのマニュアルが整備されていない。</p>   |
|  | 評価結果 | <p>●利用者の健康状況、意向等個別状況の把握に基づき、安全・快適な排泄環境が提供されている。</p>  |
| ④  | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 安全・快適に排泄できるような環境づくりに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 安全・快適に排泄できるような環境づくりに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 安全・快適に排泄できるような環境づくりに関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【V-5 排泄の特記事項】</p> <p>(1)-①『介護マニュアル』内に「排泄について」が明示されており、排泄支援時の変化や気付きがあった場合は、申し送り等で共有している。</p> <p>(1)-②『ケア台帳』に基づいて個別のファイルに支援方法が明示されており、デイ全体会議で共有している。</p> <p>(1)-③『介護マニュアル』を基に自宅での排泄方法を基本としている。「連絡帳」を通して家族とやり取りする中で、排泄方法の変更や自立に向けた支援をデイ全体会議で共有している。</p> <p>(2)-①アセスメントの「排泄について」の項目で適切な排泄環境を作り、支援していくことが明示されており、デイ全体会議で個別処遇等の情報を共有している。</p> |      |  |

|                        |      |   |
|------------------------|------|---|
| V-6 食事                 |      |   |
| (1) 食事の支援が適切に行われている。   |      |   |
|                        | 評価結果 | <p>●食事についてのマニュアルがあり、職員の共通認識が図られている。</p>   |
| ①                      | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事の在り方に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の在り方に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の在り方に関するマニュアルが整備されていない。</p>                         |
|                        | 評価結果 | <p>●食事の支援が必要な利用者に対して、支援を実施する体制が整備されている。</p>   |
| ②                      | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 食事の支援についてのマニュアルが整備されており、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 食事の支援についてのマニュアルは整備されているが、マニュアルの活用について職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 食事の支援についてのマニュアルが整備されていない。</p> |
| (2) 快適な食事環境の整備に配慮している。 |      |   |
|                        | 評価結果 | <p>●利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。</p>   |
| ①                      | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の食事状況把握・環境づくりに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p>  |



|   |      |   |
|---|------|---|
|   |      | <p>b) 利用者の食事状況把握・環境づくりに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の食事状況把握・環境づくりに関するマニュアルが整備されていない。</p>  |
|   | 評価結果 | ●利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。   |
| ②   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の食事に関する苦情・要望の把握に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の食事に関する苦情・要望の把握に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の食事に関する苦情・要望の把握に関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【V-6 食事の特記事項】</p> <p>(1)-①『介護マニュアル』内の「食事について」に具体的に明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『介護マニュアル』内に「食事について」が明示されており、委託業者も交えた月1回の「食支援委員会」で献立等について意見交換を行い、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(2)-①食事形態や支援方法を記した『ケア台帳』の「個別フェースシート」を活用し、デイ全体会議で共有している。テーブルクロスを工夫し、椅子への移乗、イラストを用いた献立の解説、嗜好調査を行い、食事を楽しむことに繋げている。また、季節の行事食等も献立に取り入れている。</p> <p>(2)-②『介護マニュアル』内に「食事について」が明示されており、献立や嗜好は「食支援委員会」で検討・協議し、デイ全体会議で共有している。また、飲み物やおやつ等を選択する機会を設けている。</p> |      |   |

|   |      |   |
|---|------|---|
| V-7 身だしなみ   |      |   |
| (1) 利用者の身だしなみや清潔保持が適切に行われている。   |      |   |
|   | 評価結果 | ●身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対して、具体的な支援が実施されている。   |
| ①   | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 身だしなみや清潔保持に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 身だしなみや清潔保持に関するマニュアルは整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 身だしなみや清潔保持に関するマニュアルが整備されていない。</p>       |
|   | 評価結果 | ●装身具・化粧品等の取扱いに対する配慮が行われている。   |
| ②   | c    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 装身具・化粧品等の取扱いに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 装身具・化粧品等の取扱いに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 装身具・化粧品等の取扱いに関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【V-7 身だしなみの特記事項】</p> <p>(1)-①『介護マニュアル』内に「整容について」があり、介助手順に洗面、顔の清拭、身だしなみについて明示されており、デイ全体会議で共有している。また、定期的に訪問理美容を利用している。</p> |      |   |

|  |   |
|--|---|
| <p>(1)-②入浴の際、指輪等の装身具を外す時の注意等はしている。また、入浴後にクリームを付ける利用者もあり、化粧品等についても自由だが、対象者がいないため、マニュアルは整備していない。</p> |   |
| <p><b>V-8 口腔ケア</b></p>   |   |
| <p>(1) 口腔ケアの援助が適切に行われている。</p>  |   |
| <p>①</p>   | <p>評価結果 ●口腔ケアの援助が適切である。</p>   |
| <p>a</p>   | <p>【判断基準】</p> <p>a) 口腔ケアに関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 口腔ケアに関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 口腔ケアに関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【V-8 口腔ケアの特記事項】</p> <p>(1)-①『介護マニュアル』内に「口腔ケアについて」及び『日勤業務手順書』の中に明示されており、デイ全体会議で共有している。</p>       |   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>V-9 行事・レクリエーション等の支援</b></p>  |  |
| <p>(1) 行事やレクリエーションの支援が適切に行われている。</p>   |  |
| <p>①</p>   | <p>評価結果 ●行事やレクリエーション等への参加は利用者の意思を尊重している。</p>   |
| <p>a</p>   | <p>【判断基準】</p> <p>a) レクリエーション・各種行事等についての基本的な考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) レクリエーション・各種行事等についての基本的な考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) レクリエーション・各種行事等についての基本的な考え方が明示されていない。</p> |
| <p>(2) 趣味・娯楽等の活動への支援は適切に行われている。</p>  |  |
| <p>【V-9 行事・レクリエーションの特記事項】</p> <p>(1)-①『令和3年度永光会事業計画書』内に年間の「行事予定表」が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。また、月1回行事委員会が開催されている。</p> |  |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>V-10 機能回復等への支援</b></p>           |   |
| <p>(1) 利用者の機能の回復等に向けた支援が適切に行われている。</p> |   |
| <p>①</p>                               | <p>評価結果 ●利用者の機能訓練について支援が適切に実施されている。</p>   |
| <p>a</p>                               | <p>【判断基準】</p> <p>a) 機能訓練に関する支援マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 機能訓練に関する支援マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 機能訓練に関する支援マニュアルが整備されていない。</p> |

|   |  |
|---|--|
| 【V-10 機能回復等への支援の特記事項】   |  |
| (1)-①リハビリ委員会が部署ごとに意見を集約し、サービス担当者会議で話し合い、PTの指導による筋力トレーニングのメニューや「個別機能訓練計画書」に沿って実施し、評価している。評価内容等についてデイ全体会議で共通認識を図っている。 |  |

|   |      |   |
|---|------|---|
| V-11 送迎   |      |   |
| (1) 送迎の支援が適切に行われている。  |      |   |
| ①   | 評価結果 | ●送迎の体制が整備されている。   |
|   | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 送迎マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 送迎マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 送迎マニュアルが整備されていない。 |
| 【V-11 送迎の特記事項】  |      |   |
| (1)-①『送迎マニュアル』があり、車両操作(写真を添え)、事故時の対応フローチャート等が明示されている。「運行簿」には利用者急変時の対応方法及び「ケア台帳」には利用者自宅周辺情報が記載されており、デイ全体会議で確認し共通認識を図っている。また、送迎時には車両ごとに感染症予防セット(マスク・消毒液・体温計・ティッシュ手袋等)を持参し、感染対策を図っている。 |      |   |

|  |      |   |
|--|------|---|
| V-12 認知症高齢者  |      |   |
| (1) 認知症高齢者への支援が適切に行われている。  |      |   |
| ①  | 評価結果 | ●認知症高齢者に対応する支援体制が整備されている。   |
|  | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 認知症高齢者への支援マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 認知症高齢者への支援マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 認知症高齢者への支援マニュアルが整備されていない。 |
| 【V-12 認知症高齢者の特記事項】   |      |   |
| (1)-①『介護マニュアル』内に「認知症について」明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。また、ブラッシュアップ振り返りの学習を行っている。 |      |   |

|                        |      |  |
|------------------------|------|--|
| V-13 家族との連携            |      |  |
| (1) 利用者の家族との連携が図られている。 |      |  |
| ①                      | 評価結果 | ●利用者の家族との共通理解を図っている。   |
|                        | a    | <b>【判断基準】</b><br>a) 家族との連携に関する考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場を設けられてい |

|   |      |  |
|---|------|--|
|   |      | る。<br>b) 家族との連携に関する考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場を設けられていない。<br>c) 家族との連携に関する考え方が明示されていない。  |
| 【V-13 家族との連携の特記事項】  |      |  |
| (1)-①『デイサービスセンター運営規程』第2条「運営の方針」の中に家族との結びつきを重視した運営等の内容が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。          |      |  |
| V-14 相談支援   |      |  |
| (1) 利用者・家族の相談に適切に対応している。  |      |  |
|   | 評価結果 | ●利用者・家族からの多様な相談に対応する体制がある。   |
| ①   | a    | 【判断基準】<br>a) 利用者・家族からの相談についてのマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 利用者・家族からの相談についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 利用者・家族からの相談についてのマニュアルが整備されていない。 |
| 【V-14 相談支援の特記事項】  |      |  |
| (1)-①『永光会行動規範』内の「社会に対する基本姿勢」で相談援助、問い合わせへの対応方法等が明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。相談等についての個別記録がある。 |      |  |

## VI 利用者本位のサービス実施

|                         |      |   |
|-------------------------|------|---|
| VI-1 利用者の意向の尊重          |      |   |
| (1) 利用者の自立支援が適切に行われている。 |      |   |
|                         | 評価結果 | ●自立支援に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識が図られている。  |
| ①                       | a    | 【判断基準】<br>a) 自立支援に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) 自立支援に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) 自立支援に関するマニュアルが整備されていない。  |
|                         | 評価結果 | ●その人に合った生きがいがづくり等に対する支援が適切に行われている。  |
| ②                       | a    | 【判断基準】<br>a) その人に合った「生きがいのある生活」とは何かについての考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。<br>b) その人に合った「生きがいのある生活」とは何かについての考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。<br>c) その人に合った「生きがいのある生活」とは何かについての考え方が明示されていない。 |
| (2) 利用者の信仰の自由が保障されている。  |      |   |
| ①                       | 評価   | ●利用者の信仰の自由が保障されている。   |

|  |      |  |
|--|------|--|
|  | 結果   |  |
|  | c    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 利用者の信仰に関する考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 利用者の信仰に関する考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 利用者の信仰に関する考え方が明示されていない。</p>                      |
| (3) トランスジェンダーの利用者への対応が適切に行われている。   |      |  |
|  | 評価結果 | ●トランスジェンダーの利用者への性の決定の自由が保障されている。   |
| ①  | c    | <p>【判断基準】</p> <p>a) トランスジェンダーの利用者に関する考え方が明示されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) トランスジェンダーの利用者に関する考え方が明示されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) トランスジェンダーの利用者に関する考え方が明示されていない。</p> |
| <p>【VI-1 利用者の意向の尊重の特記事項】</p> <p>(1)-①『デイサービスセンター運営規程』第2条の「運営の方針」で、その有する能力に応じた支援、自律した生活支援が明示されており、係長会議を経て年度初めのデイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『デイサービスセンター運営規程』内に自立支援の項目があり、趣味や楽しみを生きがいとして捉え、利用者の意向を確認した上で「通所介護計画」に反映させ、支援することを明示し、デイ全体会議で共有している。</p> <p>(2)-①信仰の自由は当然であることは認識しているが、明文化はしていない。</p> <p>(3)-①当該する事項は生じていないため、明示しているものはない。</p> |      |  |

## VII 健康管理・安全管理

|  |      |   |
|--|------|---|
| VII-1 健康管理   |      |   |
| (1) 健康管理が適切に行われている。  |      |   |
|  | 評価結果 | ●健康管理の実施体制が整備されている。   |
| ①  | a    | <p>【判断基準】</p> <p>a) 健康管理に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 健康管理に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 健康管理に関するマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p>【VII-1 健康管理の特記事項】</p> <p>(1)-①『介護マニュアル』内に「バイタル測定について」明示されており、「連絡ノート」、「利用日誌」にバイタル測定の記録がある。また、『日勤業務の手順書』にバイタルチェックの手順が記載されており、デイ全体会議で共有している。</p> |      |   |

| VII-2 安全管理                |  |
|---------------------------|--|
| (1) 事故防止のための取り組みを行っている。   |  |
| ①                         | <p>評価結果 ●発生した事故ならびに事故につながりそうになった事例を確実に把握する体制ができています。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 安全管理についての考え方が明文化されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 安全管理についての考え方が明文化されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 安全管理についての考え方が明文化されていない。</p> |
| ②                         | <p>評価結果 ●事故防止・検証・再発防止のための体制が適切である。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故防止に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事故防止に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事故防止に関するマニュアルが整備されていない。</p>                   |
| (2) 事故や災害発生時の対応体制が確立している。 |  |
| ①                         | <p>評価結果 ●事故補償（賠償）を行うための方策を講じ、周知している。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 事故補償・賠償についてのマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 事故補償・賠償についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 事故補償・賠償についてのマニュアルが整備されていない。</p>     |
| ②                         | <p>評価結果 ●防犯マニュアルが整備されており、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 防犯マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 防犯マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 防犯マニュアルが整備されていない。</p>                         |
| ③                         | <p>評価結果 ●防災マニュアルが整備されており、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 防災マニュアルが整備されており、職員の共通認識を図るための場が設けられている。</p> <p>b) 防災マニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図るための場が設けられていない。</p> <p>c) 防災マニュアルが整備されていない。</p>                         |
| (3) 薬品の管理が適切である。          |  |
| ①                         | <p>評価結果 ●薬品管理についてのマニュアルが整備され、職員の共通認識が図られている。</p> <p>【判断基準】</p> <p>a) 薬品管理についてのマニュアルが整備されており、職員の共通理解を図る場が設けられてい</p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>る。</p> <p>b) 薬品管理についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通理解を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 薬品管理についてのマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p><b>【VII-2 安全管理の特記事項】</b></p> <p>(1)-①『リスクマネジメント指針』内に「事故防止マニュアル」があり、具体的な取り組み内容が明示され、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『事故防止マニュアル』に明示されており、月1回「事故防止委員会」でヒヤリハットや事故報告書を分析し、改善に繋げている。委員会を通してデイ全体会議で共有している。また、毎年3月7日を事故防止の日と定め、注意喚起している。</p> <p>(2)-①『デイサービスセンター契約書』及び『デイサービスセンター重要事項説明書』内に「損害賠償について」の記載があり、「介護保険社会福祉事業者総合保険」に加入している。このことは職員の採用時に説明し、共通認識を図っている。</p> <p>(2)-②『防犯マニュアル』があり、「不審者対応フロー」等が明示され、関係者以外の立ち入り時の緊急対応について、デイ全体会議で共有している。</p> <p>(2)-③『消防(防災)計画』に明示され、デイ全体会議で共有している。日中火災を想定した防災訓練を年3回実施し、利用者も参加している。</p> <p>(3)-①薬品の在庫管理表を看護師が管理し、薬剤は必ず鍵をかけて保管しているが、マニュアルはない。</p> |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>VII-3 衛生管理・感染症対策</b></p>  |  |
| <p>(1) 衛生管理ならびに感染症対策が適切に行われている。</p>   |  |
| <p>評価結果</p>   | <p>●衛生管理に関するマニュアルを整備し、職員の共通認識が図られている。</p>  |
| <p>①</p> <p>a</p>   | <p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 衛生管理に関するマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 衛生管理に関するマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 衛生管理に関するマニュアルが整備されていない。</p>             |
| <p>評価結果</p>   | <p>●感染症への対応や予防の体制が整備されている。</p>   |
| <p>②</p> <p>a</p>   | <p><b>【判断基準】</b></p> <p>a) 感染症への対応についてのマニュアルが整備されており、職員の共通認識を図る場が設けられている。</p> <p>b) 感染症への対応についてのマニュアルが整備されているが、職員の共通認識を図る場が設けられていない。</p> <p>c) 感染症への対応についてのマニュアルが整備されていない。</p> |
| <p><b>【VII-3 衛生管理・感染症対策の特記事項】</b></p> <p>(1)-①『デイサービスセンター運営規程』内に「衛生管理」について明示されており、デイ全体会議で共通認識を図っている。</p> <p>(1)-②『デイサービスセンター運営規程』内の「衛生管理」及び『感染症対策マニュアル』に明示されており、月1回「感染症委員会」を開催している。また、年1回の手洗い方法やガウンの脱着方法の講習や年2回のブラックライトを使用した手洗い指導を通して、共通認識を図っている。</p> |  |