

## 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関名

株式会社 中部評価センター

### ②施設・事業所情報

名称：岡崎市中心地域福祉センター デイサービスほほえみ	種別：通所介護
代表者氏名：大須賀 仁	定員（利用人数）：30名（66名）
所在地：愛知県岡崎市梅園町字寺裏5番地1	
TEL：0564-25-7723	
ホームページ： <a href="https://www.okazaki-fukushi.or.jp">https://www.okazaki-fukushi.or.jp</a>	
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：平成 7年 1月 1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 岡崎市福祉事業団	
職員数	常勤職員：9名 非常勤職員：4名
専門職員	（管理者）1名 （介護福祉士）8名
	（社会福祉士）1名 （看護師）3名
施設・設備の概要	（居室数）
	（設備等）デイルーム、厨房、浴室、静養室、トイレ
	機能訓練スペース、廊下、
	事務スペース、倉庫

### ③理念・基本方針

#### ★理念

・法人：福祉のこころを育み、選ばれ、信頼される、地域に根ざした主体性のある事業団として確立します。

・施設・事業所：安全、安心で個性のあるデイサービス

#### ★基本方針

（1）社会福祉サービスの進展

福祉サービスの質を向上させ、社会福祉の進展を目指します。

（2）地域福祉活動の推進

地域福祉のニーズに応える事業活動を展開し、地域における公益的な活動を推進します。

（3）人材の育成

福祉のこころを育み、福祉を支える人を育てます。

（4）経営基盤の強化

経営の効率化を図り、安定した経営を進めます。

（5）透明性の確保

ガバナンスを強化し、社会遵守するとともに、自立した運営を目指します。

#### ④施設・事業所の特徴的な取組

自立支援を目指し、リハビリスタッフの指導の下、個別機能訓練や口腔機能向上に力を入れています。

・個別機能訓練は、デイルーム内で運動するだけでなく、隣接の地域福祉センターや買い物、学区内の小学校の行事などに出かけるなど日常生活の活動や社会参加を通して生活機能向上を図っています。

・歯科衛生士や言語聴覚士の指導を受け、口腔内清潔を推進しています。5年ほど前から重点的に取り組んでいますが、最近では口臭の強い利用者様や誤嚥性肺炎で入院する利用者様が減少しました。インフルエンザ等の感染症の蔓延時期もデイサービス内で感染拡大することはありませんでした。

#### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 5年 7月31日(契約日) ~ 令和 6年 2月19日(評価決定日)  【令和 5年10月26日(訪問調査日)】
受審回数 (前回の受審時期)	1 回 (平成30年度)

#### ⑥総評

##### ◇特に評価の高い点

##### ◆理念、方針の利用者への浸透

法人内のデイサービス6事業所共通の理念を「安全・安心で個性のあるデイサービス」と定め、当事業所独自のテーマは、個別機能訓練や口腔機能の向上を柱とする「自立支援」である。その方針が、職員だけでなく、支援を通じて利用者にも浸透している。利用者ヒアリングでは「自分で行動できる」「健康維持」「皆と話す」等々、「自立支援」につながる利用者それぞれの目標を聞くことができた。

##### ◆積極的な地域交流

コロナ感染症の5類移行に伴って、地域との交流が徐々に再開されだした。当該事業所を含む複合施設全体で取り組んだ夏祭りには、地域の子どもたちも集まって竹水鉄砲作りや竹水鉄砲バトルに興じた。事業計画の重点取組事項にも、市が推進する「多世代交流拠点への移行」の対応を挙げており、既にその動きが始まっている。ボランティアの受入れも再開されている。

##### ◆他職種参画による自立支援

事業所が主要なテーマとして掲げる「自立支援」に、他職種の参画がある。会議への参加や計画作り、介護職員への助言や支援技術の指導、実地での支援等々である。職種も豊富で、法人の内外から医師や歯科医師、看護師、PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)、歯科衛生士が参集している。事業所に所属してはいないが、法人外からの訪問や巡回も活用しており、法人規模も大きく、スケールメリットとなっている。

##### ◇改善を求められる点

##### ◆管理者の加わらない人事考課

「人事評価シート」を使った人事考課を行っており、その結果を処遇(昇給、賞与等)に反映させている。しかし、管理者が考課者として人事考課に加わっていない。「運営規程」に謳う管理者の責務「職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う」が反故にされた格好である。職員面談や指導等で、職員管理に最も関与の深い管理者が、人事考課に加わる制度への見直しを期待したい。

◆研修効果の確認・検証

「職員研修年間計画一覧」に沿って研修を行っており、研修履修後には「研修報告書」の提出を求めている。しかし、研修が「研修報告書」の提出で完結しており、受講者が「研修報告書」に記述した(気づいた)所感が、支援の現場で実践されたか否か(研修効果)が確認されていない。研修を有効なものとするためにも、受講後の一定期間を経過した時点で、研修効果を確認・検証する仕組みの構築を期待したい。

◆説明責任と同意の原則

利用者からの相談は、個室となっている相談室を活用している。利用者の個人情報が出漏れないよう注意し、意見や要望を事業運営や現場支援に反映させるよう努めている。しかし、利用者ヒアリングにおいて、相談窓口の存在や仕組みを理解している利用者は20%のみであった。医療分野におけるインフォームドコンセントと同様に、介護分野においても説明責任と同意の原則がある。利用者が意見や相談をする際の仕組みについて、分かりやすい説明資料の用意が期待される。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価項目を作成する場面において、職員全体で事業内容を細かく見直すことができるよい機会となりました。事業の目標としている“自立支援”と“多世代交流”において、良い評価をいただいたことは自信になり、今後も更なる向上を目指し、継続していきます。PDCAサイクルの整備等ご指摘いただいた点については、改善に向けて今後取り組んでいきたいと思っております。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価項目(細目)の評価結果(通所)

※すべての評価細目(62項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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	
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。			
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。	高 1	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人共通の理念や基本方針がホームページに掲載されている。法人内のデイサービス6事業所共通の理念を「安全・安心で個性のあるデイサービス」と定め、当事業所独自のテーマは、個別機能訓練や口腔機能の向上を柱とする「自立支援」である。支援を通じて理念が利用者に伝わり、利用者ヒアリングでは「自分で行動できる」「健康維持」「皆と話す」等々、それぞれの目標を聞くことができた。			

### 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。			
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。	高 2	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 市の介護事業所説明会やデイサービス小部会への参加により、福祉動向や地域共通の課題等を収集している。また、多くの有効的な情報が、併設の地域包括支援センターや居宅介護事業所からもたらされている。地域包括支援センターからは、地域の他法人が運営するデイサービスの情報も入ってくる。			
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。	高 3	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> コロナ禍に晒された3年余、事業所は徹底した感染防止の対策を講じ、その甲斐あって感染症が事業所内に蔓延することはなかった。5類に移行して半年が経とうとしているが、まだ警戒を緩めていない。「安全・安心」も理念の一部であり、如何にして支援の水準をコロナ前の状態に戻すか、これが喫緊の課題となっている。具体的な対応は、調整会議での検討・決定を待つこととなる。			

### 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。			
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。	高 4	a ・ ① ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人の中・長期計画(3か年計画)に合わせ、6事業所共通の3か年計画を策定している。従来からの「重点取組事項」である「介護者支援サービスの新設」と「ICTの活用」に加え、今年度から「安定した利益確保の検討」と「新たな加算の算定」が加わった。中・長期計画にも具体的な目標数値や到達点を示し、市の指定管理の期間(5年)と整合させることが望ましい。			

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。	高 5	a ・ ㉔ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>6事業所共通の「3か年計画」(中・長期計画)には数値目標がないが、単年度の事業計画にはすべて数値目標が設定されている。昨年度までは、単年度事業計画の目標値をクリアするため、事業計画に挙げたそれぞれの「重点取組事項」について詳細な実行計画(組織重点目標)を作成して取り組んでいた。しかし、今年度から組織重点目標が撤廃され、職員個々に施ってされる個人目標の根拠が希薄となっている。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	高 6	㉔ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>事業計画の作成にあたり、管理者が職員ミーティングで職員意見を収集している。それを毎月開催の調整会議に諮って館内各事業所の意見を取りまとめ、副課長とのヒアリングに臨んでいる。副課長が、ヒアリングで得た6事業所分の意見・要望等を取りまとめ、統一した事業計画の素案を作成している。最終的には、課長の決裁をもって事業計画が成立する。職員意見や要望を吸い上げていく仕組みは構築されている。</p>		
I-3-(2)-② 事業計画は、利用者や家族等に周知され、理解を促している。	高 7	a ・ ㉔ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>事業計画や事業報告は、法人のホームページで公開されている。事業計画の重点取組事項の一つに「ICT(情報通信技術)の活用」を挙げており、事業計画の利用者や家族等に対する周知の方法として、LINEアプリを活用することを検討している。現在、利用者家族の30%強が登録済みであるが、この数字をどこまで上げられるかが成否の分かれ目となる。現在は、分かりやすい説明資料等の作成はない。</p>		

#### 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。		
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。	高 8	㉔ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>年に1回、利用者の家族に対して満足度調査(CS調査)を実施し、5年に1回第三者評価を受審している。CS調査においても、また第三者評価の利用者ヒアリングにおいても、利用者・家族の高い満足度が確認された。施設長会議や生活相談員会議、看護師会議等でも、それぞれの職責に合った内容のサービス評価を行い、課題の抽出に努めている。</p>		
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。	高 9	㉔ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>CS調査の利用者・家族の意見の中に「デイサービス利用時の理美容の実施」を要望する声があった。検討の結果、法人内6事業所すべてで訪問理美容を導入することとなった。当事業所では、当初は美容師の休みの日を利用することとして月に1回の実施であったが、訪問理美容が好評なこと、また利用者の不公平感を払拭するために、月に2回(月、火)の実施に変更している。</p>		

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	高 10	a ・ ⑥ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 事業所運営は、複合施設全体を統括する館長と、デイサービス部門を一元的に管理する管理者とが、それぞれに役割を分担して行っている。管理者の職責は「運営規程」に明記されているが、管理者不在時の有事の際の権限委任先が明確になっていない。管理者の上席である館長が受け持つのか、あるいは生活相談員に権限が委任されるのか、「運営規程」等に明確に示すことが望ましい。			
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。	高 11	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人を挙げてコンプライアンス重視の姿勢があり、新任研修や管理者研修においても徹底したコンプライアンス研修が行われている。正規職員と非正規職員との間で意識に差が出ないよう「虐待防止・身体拘束防止」の研修は、オンラインで毎年全職員を対象として実施されている。未受講者が出ないよう、受講者一覧表を作成してパソコン上でチェックしている。			
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	高 12	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「個性あるデイサービス」として、当事業所が掲げるテーマは「自立支援」である。中には、地域に出て実地の訓練を行ったり、あるいは訓練の成果を確認したりする必要があるが、コロナ禍によって外出を自粛せざるを得ない状況がある。その代替策として、館内を散歩して歩行の機能訓練を行うなど、外出しないことを前提として館内で出来る代替策を考えている。			
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	高 13	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員個々の業務負担の軽減のために業務分担の適正化を図り、一人の職員に業務負担が偏らないよう配慮している。デイサービス事業所だけでなく館内の全事業所も同様で、全館合同のイベント時には、調整会議の場を使って検討し、複合施設のすべての職員が適切な役割を持って働けるようにしている。職員雇用の安定もあって、時間外勤務が制限(月20時間)を超える職員はいない。			

### 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。			
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。	高 14	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 基本的に、正規職員は法人本部が主導して採用活動を行っているが、一部非正規職員の採用に関しては、事業所での面接や採用決定が行われている。定着対策として、職員一人ひとりにストレスが溜まらないよう、個人の意見をくまなく吸い上げるように心がけている。職員が仕事を抱え込まないように気配りしており、そのため離職者は少なく、職員雇用の安定がみられる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ⑥ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 定期的個人面談や随時の面談を行って職員の就労意向を把握し、適切・適正な職員配置を可能としている。「人事評価シート」を使った人事考課を行っており、その結果を処遇(昇給、賞与等)に反映させている。しかし「運営規程」に謳う管理者の責務「職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う」が反故にされ、職員管理に最も関与の深い管理者の、人事考課制度への関わりが全くない。			

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	高 16	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「職員の声を聴く」ことを重視し、事業所を挙げて働きやすい職場づくりに取り組んでいる。「家庭重視」の方針であり、ワーク・ライフ・バランスに配慮して、子育て中の社員に対する時短勤務や1時間単位の有給休暇の取得が制度化されている。正規職員に対する定期の面談や非正規職員への随時の面談があり、結果として働きやすく安定した雇用環境が築かれている。			
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	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	高 17	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 管理者との年間3回の面談を行い、正規職員は「人事評価シート」を使った目標管理を行っている。昨年度までは、職員一人ひとりの個人目標を事業所の「組織重点目標」に連動させて設定したが、今年度から「組織重点目標」が作成されなくなった。事業計画に掲げる「重点取組事項」が6事業所共通であり、事業所独自の「組織重点目標」がないことで職員個々の目標が設定根拠の薄いものとなっている。			
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。	高 18	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「職員研修年間計画一覧」に沿って研修を行っており、研修履修後には「研修報告書」の提出を求めている。研修形態も、コロナ禍のオンライン研修一辺倒から、従来型の対面集合研修へと戻りつつある。ただし、研修が「研修報告書」の提出で完結しており、受講者が「研修報告書」に記述した(気づいた)所感が、支援の現場で実践されたか否か(研修効果)が確認されていない。			
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。	高 19	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「2023年度職員研修年間計画一覧」に、今年度実施予定の階層別、職種別、テーマ別の研修が網羅されている。なお、必要度の高い「感染症対策」や「虐待防止・身体拘束防止」等のオンライン研修については、正規職員、非正規職員を問わず、全職員が受講対象である。それらを補足する意味合いで、事業所内や館内での研修を実施することがある。			
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。			
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	高 20	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> これまで、社会福祉士や看護学生、教職員介護現場実習棟を受け入れてきたが、コロナ禍によって受入れ数は減少している。受入れの手順を明記した「実習生受入れマニュアル」が作成されているが、実際に活用する上での精度に欠ける。実習受入れの目的や意義をマニュアルに明記し、実習終了時の反省会では、目的や意義が果たせたか否かを確認し、反省会の記録を残すことが求められる。			

### 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。			
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。	高 21	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 法人の理念や基本方針、事業計画、事業報告書、財務諸表等を法人のホームページで公開し、社会福祉法人としての事業運営の透明性をアピールしている。過去に受審した福祉サービス第三者評価の結果も、ホームページ上で公開している。しかし、苦情情報に関しては第三者委員に関する記載に留まり、苦情やクレームの内容、解決策等が公表されておらず「苦情解決処理規程」通りの取組が行われていない。			

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。	高 22	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>「経理規程」や「経理マニュアル」に沿って事業所の金銭管理が行われている。現金出納に関しては小口現金制をとっており、決裁権を持つ館長と出納責任を持つ管理者との職務を明確に分け、内部牽制が機能する仕組みを構築している。会計監査人の設置は計画(継続的な検討)の段階であり、総務班や法人監事による内部監査は適切に実施されている。</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。			
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。	高 23	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>コロナ感染症の5類移行に伴って、地域との交流が徐々に再開された。当該事業所を含む複合施設全体で取り組んだ夏祭りには、地域の子どもたちも集まって竹水鉄砲作りや竹水鉄砲バトルに興じた。事業計画の重点取組事項にも、市が推進する「多世代交流拠点への移行」の対応を挙げており、既にその動きが始まっている。</p>			
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。	高 24	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>「ボランティア活動要綱」があり、それに沿ってボランティアの受入れを行っている。地域の中学生の福祉体験学習を受け入れ、コロナ禍前に受入れのあった傾聴ボランティアや大正琴、高校生のコーラス、アニマルセラピー、マジック等々が、計画段階から実施段階に移っている。職員の子どもが遊びに来て、お茶出しを手伝ってくれることもある。</p>			
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
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。	高 25	a ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>利用者の生活を支えるための、また事業運営に欠かせない関係機関や団体との連携を図り、円滑な活動を行っている。ただ、それらの社会資源を一覧化したリスト等は作成されていない。市の思惑通りに多世代交流拠点化が進めば、関係する機関や団体、個人はさらに増すことが予想される。その時のためにも、社会資源の整理を期待したい。</p>			
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
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。	高 26	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>定期の会議で、同じ施設内の地域包括支援センターや居宅介護事業所から得られる情報を共有し、地域の福祉ニーズを把握している。地域の懇談会があり、地区総代の代表や民生委員会長、小学校の教頭等との意見交換の中からも地域ニーズに関する情報を得ている。市のハートページ(介護関係のホームページ)も、介護事業の動向を知るための情報源となっている。</p>			
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。	高 27	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>家族アンケートの中から拾ったニーズである訪問理美容が定期的の実施されている。要望の多い早朝デイは検討段階であるが、延長デイとして午後7時までの支援を行っている。地域貢献活動として、街頭の監視活動や地域清掃活動に参加している。市の推進する「多世代交流拠点」化への準備も進めている。</p>			

## 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	
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。	高 28	a ・ ㉑ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者尊重の共通認識を持てるよう、職員全員で月初めに理念や基本方針を唱和している。基本的人権への理解と配慮について、年に一度の研修後に職員全体で検討会をしている。利用者のニーズを汲み取った支援の実践が行われている。今後、関連するマニュアルの見直しを進めていくことが望ましい。			
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。	高 29	㉒ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 定期的に、プライバシー保護に関する研修を実施している。事業所内で実施しているプライバシー保護の対策としては、入浴時に外部から見えないよう扉とカーテンで仕切るなどの工夫している。プライバシーや個人情報の保護に関しては、職員意識が高い。			
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
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。	高 30	㉓ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> ホームページやLINEを通して、利用者家族へ情報提供をしている。利用者家族とはノート(「連絡帳」)を使用し、利用者の状況を報告をしている。また、「連絡帳」の利用者家族の意見には、必ずその日のうちにコメントを返している。			
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。	高 31	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者の意見を聞いて、通所介護計画の作成に活かしている。利用者本人が意思の表出が難しい場合は、家族からも話を聞いている。サービスの開始・変更時にLINEを活用し、利用者家族へ情報提供をしている。今後の課題としては、個人情報の同意書に、LINEを使用する件を追加することが望ましい。			
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。	高 32	a ・ ㉕ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 希望があれば、窓口として介護支援専門員を通して、サービスの変更を行なっている。家族とは「連絡ノート」やLINEを活用して連絡事項を伝えているが、介護支援専門員とのやり取りは口頭で行われることが多い。今後は、必要事項を記載する様式を定め、介護支援専門員に手交するとともに記録に残すことを期待したい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
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。	高 33	㉖ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 満足度を測るために年に一度アンケートを実施し、分析結果を職員間で共有している。利用者、家族へのフィードバックは、法人内の6デイサービス事業所を包括した形で行われている。アンケートの結果を基に利用者懇談会を実施しており、利用者や家族の声を支援に反映させることで満足度を上げる仕組みがある。			

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。			
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。	高 34	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 苦情解決のための窓口を設置し、体制を整えている。玄関に苦情解決の仕組みを書いた書面を掲示している。苦情が出た際は、再発防止の対策を検討して実施するとともに、利用者と家族へフィードバックし、さらに規程に沿って公表することが望ましい。			
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。	高 35	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者からの相談は、個室となっている相談室を活用している。利用者の個人情報がないよう注意し、意見や要望を事業運営や現場支援に反映させるよう努めている。しかし、利用者ヒアリングにおいて、相談窓口の存在や仕組みを理解している利用者は20%のみであった。利用者が意見や相談をする際の仕組みについて、分かりやすい説明資料の用意が期待される。			
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。	高 36	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 苦情解決のための規程やリスクマネジメントの対応マニュアルがある。しかし、規程・マニュアルの内容が実情に合っていないなかったり、見直しや更新が行われていなかったりと、様々な課題を残している。今後、利用者等からの相談や意見があった場合に迅速に対処するために、対応の手順を分かりやすく明確にしたマニュアルを作成することが望ましい。			
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
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。	高 37	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 事業所内で事故があった場合には、可能であればその日のミーティングで職員周知を図り、実情の把握や原因分析を行い、再発防止の対策を検討している。再発防止策を講じた際には、1週間～3週間ほどの期間をかけて検証し、改善防止策の有効性を評価している。リスクマネジメント委員が選任されており、他事業所での事故事例についても職員周知が行われている。			
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。	高 38	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「感染対策マニュアル」が整備されており、感染対策の備品としてエプロンやグローブ、ゴーグル、フェイスシールドなどを用意している。研修を通して、職員間に感染症対策が周知されている。季節性の感染症や突発的に感染症が発生した場合には、管理者を中心とした感染拡大の防止体制を敷いて対応することとしている。			
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	高 39	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 災害発生時の職員の役割分担が決まっており、災害発生時に対応するためのマニュアルがある。利用者ごとの「災害時対応カード」を作成しており、職員間で連絡先を共有している。毎月開催される地域の防災会議に参加しており、消防署や自治会、福祉関係団体と連携するなど、災害に備えた体制作りをしている。			

### 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。			
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。	高 40	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 標準的な実施方法を文書化したマニュアルが整備されており、細かいポイントまで明記されている。マニュアル通りのサービス提供ができるように、先輩職員によるOJTも行われている。今後は、マニュアルに沿った支援ができていないかをチェックする体制の整備が望まれる。			

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。	高 41	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>マニュアルと実際の支援に齟齬があった場合には、職員間でミーティングを実施し、マニュアルを見直すのか、支援をマニュアルに合わせるのかを検討し、マニュアルと現場の支援とを合致させ、適切な支援となるよう努めている。今後は、マニュアル等の標準的な実施方法に関して、定期的に(少なくとも年間1回)見直しルール作りを期待したい。</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。		
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。	高 42	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>「アセスメントシート」を使用して、適切な通所介護計画の作成につなげのためのアセスメントを実施している。通所介護計画は、利用者本人や家族の意向、ニーズを聞き取り、看護師等の専門職の意見も参考にして作成されている。支援困難なケースは、担当の介護支援専門員や地域包括支援センターの職員の協力も得て対応する仕組みがある。</p>		
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。	高 43	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者のADLの変化や意向の変化に着目し、定期的にアセスメントを行って通所介護計画の見直しを行なっている。見直しの結果、通所介護計画の目標や実施内容が変更となった場合には、関係する職員間で共有し、介護支援専門員とも連携を取るようになっている。</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。		
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。	高 44	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>日々の支援の中で重要と思われる利用者情報が「共有ノート」に記録されている。朝礼の際には、「共有ノート」に記載された内容を1週間分読み上げ、職員間で情報共有を図っている。支援の実施状況の記録媒体は、ペーパーベースのものとデータベースのものがあり、支援の種類や場面によって双方を使い分けている。</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。	高 45	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>職員は、研修等によって個人情報の取扱いについての知識を有し、情報の漏洩や逸失の防止に努めている。利用契約時に、利用者に関する個人情報の取扱いについて事業所の基本的な考え方を説明し「個人情報同意書」にサインをもらっている。「個人情報同意書」を含め、利用者の記録の取扱いは慎重に行っており、鍵付きの書庫で保管・管理している。</p>		

#### A-1 生活の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	
A①A-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。	高 46 ① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>日中に散歩に出て近所の幼稚園に立ち寄りたりするなど、利用者一人ひとりのADLや気持ちに合わせた活動を大切にしている。通所介護計画の作成にあたって、利用者個々の意向に沿った目標を設定している。利用者ヒアリングでは、利用者の口から様々な「目標」を聞くことができた。洗濯物畳みや屋前のテーブル拭き等、利用者ができることに着目し、役割を持って過ごしてもらっている。</p>	

	A②A-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。	高 47	非該当
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>			
	A③A-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。	高 48	非該当
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>			
	A④A-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。	高 49	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者一人ひとりに対して良好な関係を築こうとすると、利用者ごとに言葉遣いや接し方が異なるため、職員は相手に合わせた対応を心掛けている。耳が不自由で聞き取りが苦手な利用者に対しては、ジェスチャーも交えながらコミュニケーションを取っている。利用者が遠慮なく要望を伝えることができるよう、利用者に寄り添う機会を設けている。利用者とのコミュニケーションを図るための、職員の能力格差の解消が求められる。</p>			
A-1-(2) 権利擁護			
	A⑤A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	高 50	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>法人全体で虐待等権利侵害の防止に取り組んでおり、早期発見ができるよう観察等に気を配っている。原則禁止ではあるが、緊急事態の身体拘束についてはマニュアルを用意している。研修への参加や全国的な虐待事案の報道等によって職員の権利意識は高まっているが、職員個々の意識に差異がないとは言い切れない。今後の課題として、権利侵害を早期に発見するためのマニュアル作りを期待したい。</p>			
A-2 環境の整備			
			第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
	A⑥A-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。	高 51	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>室内にソファやベット、マッサージチェアなどが設置してあり、換気や空気の循環にも気を配って、利用者がより快適に過ごせるよう配慮している。利用者からの要望には、迅速に対応するように努めている。利用者の安全な動線を確保するため、室内の設備や備品の配置換えを検討している。</p>			
A-3 生活支援			
			第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
	A⑦A-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。	高 52	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>安全性を第一に考え、バイタルチェックを毎回行なった上で入浴してもらっている。利用者の状態によって、個浴、三人浴、機械浴のいずれかを選択でき、足が不自由な利用者のためにシャワーチェアなども用意している。</p>			

A⑧A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	高 53	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>安全性を第一に考え、トイレには手すりが設置してある。必要な場合には、見守りの職員を二人配置して対応している。トイレでの排泄を基本としており、オムツを使用している利用者にも、便座に座ってもらう取り組みが行われている。排泄の記録はタブレット端末で入力しており、必要に応じて正確なデータを確認することができる。</p>		
A⑨A-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。	高 54	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の移動時には見守りを強化し、必要に応じて都度声掛けも行っている。利用者のADLに応じて歩行器や車いすを使用してもらうこともある。利用者の状態に関しては、PT(理学療法士)やOT(作業療法士)、看護師等の他職種の職員とも情報を共有し、助言を受けながら適切な移動支援を行っている。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	高 55	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>毎日、昼食の主菜は肉料理と魚料理の2種類を用意し、利用者の選択に任せている。黒色の茶碗を使うことで中のご飯が目視しやすく、食べやすいよう工夫している。毎月1回、お楽しみランチの日が設定され、食事に関する利用者ヒアリングでも「美味しい」や「完食」との声が多く聞かれた。</p>		
A⑪A-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。	高 56	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の体調や咀嚼、嚥下能力に合わせて、食事の形態として、ごく刻み、刻み、ミキサー食、ソフト食などを用意して提供している。誤嚥のリスクがある利用者については、言語聴覚士と連携を図り安全性に配慮して提供している。スプーンは介護用のものを導入し、食べやすいようにしている。水分摂取量はペットボトルで管理し、目視できるようにすることで、利用者の脱水予防に繋げている。</p>		
A⑫A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	高 57	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>歯科衛生士の作成した口腔機能向上の計画書があり、利用者ごとの口腔機能向上プログラムに沿って支援している。食事の前には、口腔ケアとして口腔体操を実施している。食後の歯磨きを欠かさずに行い、利用者自身で出来ない場合には、職員が手伝って仕上げ磨きまで行っている。職員や利用者を対象に、歯科衛生士等による研修を検討している。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	高 58	a ・ ① ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>訪問看護師と連携し、看護師資格を持つ職員が褥瘡のケアに当たっている。入浴支援の際に身体の状態を観察し、褥瘡の早期発見に努めている。褥瘡に対する職員の知識や支援技術は十分とは言えず、今後の課題となっている。また、褥瘡の早期発見を含む標準的な支援のマニュアルを整備することが望ましい。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭A-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。	高 59	a ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>非該当</p>		

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮A-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。	高 60	㉖ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> PT(理学療法士)やOT(作業療法士)と連携し、機能訓練の計画書に沿った支援をしている。計画書の作成にあたっては、利用者の自宅を訪問して状況を確認している。介護予防として、入浴時の衣類の着脱などは利用者の能力に応じ、可能な限り利用者自身でもらっている。レクリエーションにも、機能訓練や介護予防の要素を取り入れて実施している。		
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	高 61	㉗ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 同じ建物内に認知症対応型のデイサービスがあるが、当該事業所にも軽度の認知症の利用者がいる。認知症の利用者が不穏な状態になったときの対応に窮することもあるが、利用者の気分転換を図る等、研修での学びを活かして対応している。認知症の進行により、認知症対応型デイサービスや特別養護老人ホームへ移行となった事例もある。		
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰A-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。	高 62	㉘ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者の体調変化や急変に対処するための「急変時対応マニュアル」が整備されている。小さな体調の変化も見逃さず、異変を感じた時には即座に看護師資格を持つ職員につないでいる。同じ建物内の地域包括支援センターの保健師に助言をもらうこともある。		
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応を手順を確立し、取組を行っている。	高 63	非該当
<b>評価機関のコメント</b> 非該当		
A-4 家族等との連携		
		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑲A-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。	高 64	㉙ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 家庭(家族)と事業所(職員)との情報共有は「連絡帳」によって行われている。朝の送迎時に得た家族の意見(「連絡帳」への記載事項)には、必ず夕方の送迎時にコメントを返すようにしている。より密な連携を図るため、タイムリーに情報伝達が可能なLINEも活用されている。家族との交流会も検討に挙がっている。		
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		
A⑳A-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。	高 65	非該当
<b>評価機関のコメント</b> 非該当		