

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：岡崎市西部地域福祉センター デイサービスほほえみ	種別：通所介護	
代表者氏名：廣中 宗一郎	定員（利用人数）：25名（55名）	
所在地：愛知県岡崎市宇頭町字小藪70番地1		
TEL：0564-34-3211		
ホームページ： https://www.okazaki-fukushi.or.jp		
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成12年 4月20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：6名	非常勤職員：7名
専門職員	（管理者）1名	（介護員）4名
	（生活相談員）1名	（准看護師）3名
	（生活相談員兼介護員）2名	（運転手）2名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）食堂兼機能訓練
		静養室・浴室（特殊浴槽・リフト
		浴・歩行浴・一人浴）トイレ
		相談室・事務室・調理室

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、法令遵守するとともに、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

- ・リスクマネジメント活動に積極的に取り組み、安全安心なサービス提供に努めています。
- ・（准）看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・歯科衛生士等の専門職員を配置し、機能訓練サービスや口腔機能向上サービスが提供できる体制を整えています。
- ・特殊浴槽などによる機械浴が可能なため、重度の利用者様でも入浴が可能です
- ・介護の知識・技術研修に参加し、職員の新しい知識の更新や、技術向上に努めています。
- ・実習生・研修生の受入れを行い、後進の福祉人材育成に努めています。
- ・機能訓練室・入浴室・トイレが大きく設計されており、開放的な空間でゆったり過ごして頂けます。
- ・老人福祉センター・居宅介護支援事業所・包括支援センターを併設し、老人福祉の相談に総合的に対応しています。

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28日(評価決定日) 【令和 5年11月 2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

◆職員意識の改革

事業所運営の中核をなす館長と管理者、生活相談員の3名が、ともに今年度4月の人事異動によって着任した。当然前任者からの引継ぎはあったと思われるが、五里霧中の手探り状態でのスタートとなったであろうことは想像に難くない。管理者が着任早々に感じた「経験の差による支援の精度のギャップ」や「個別支援への意識の切り替え」の課題は、現時点では感じられない。館長と管理者、生活相談員による一貫した指導で、職員意識の変革が進んでいる。利用者アンケートの結果が、それを如実に表している。

◆PDCAサイクルに沿った研修効果の確認

すべての研修に対してではないが、研修を「研修報告書」の提出で完結させず、館長が「研修報告書」に記載されたアクションプランが、支援の現場で実践されたか否かの確認・検証を行っている。PDCAサイクルに沿った取組みとして確立させるためにも、また研修を「生きた研修」とするためにも、この研修効果の確認のプロセスを高く評価したい。

◆他職種参加による計画作成

通所介護計画をはじめ各種の計画作成にあたっては、介護支援専門員任せにするのではなく、他職種の職員が協力して作成に加わっている。利用者ごとに希望や意向を聞き取り、その人に合った目標を定めて通所介護計画や運動機能向上計画を作成している。自立支援に力を入れていることもあり、機能訓練や介護予防の観点から、看護師をはじめPT（理学療法士）やOT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）等の他職種職員も計画作成に関わっている。利用開始前の状態を把握するために、相談支援事業者や居宅介護事業所から情報や助言をもらうこともある。

◇改善を求められる点

◆文書管理体制の整備

各種の規程やマニュアル類の記述と、現場での実践とが相違している部分が散見された。定期的や適宜の見直しが実施されていないこともあるが、そもそも規程やマニュアル類の文書管理上の責任体制が明確になっていない。法人本部（総務課）が主管する文書、高齢サポート課（総務班）が主管する文書、通所介護事業所独自で管理する文書等に分別し、それぞれが責任をもって文書を管理（作成、保管、見直し、改訂等）することが求められる。

◆BCP（事業継続計画）の職員周知

BCP（事業継続計画）の策定が法的に義務付けられ、当該事業所においても整備されている。感染症に関するBCPの内容は、感染が起こった場合の職員への対応指導や感染予防対策品の扱い方、利用者への蔓延防止のための方法などが含まれている。しかし、それらの内容もさることながら、BCP自体の存在について、現場職員までの周知には至っていなかった。BCPの対象となる災害や感染症は、対応を誤ると利用者の生命にも関わる事項である。BCP理解のための、繰り返しの研修実施が求められる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回は、第三者評価を受審し、客観的かつ専門的に私たちのサービスを評価する事が出来ました。今回の評価は、私たちの施設において、利用者主体で質の高い福祉サービスを提供するための指標となるものであり、今後、何をどのように改善し、どのように維持していくかを、明確に示すことができたと思います。高い評価をいただいた項目には、より精進するべく努め、改善が必要と評価された項目には、十分に検討を重ね、より良くなるように改善に努めてまいりたいと思います。

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
評価機関のコメント 法人の理念や基本方針がホームページに掲載され、さらに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」と定めて事業運営を行っている。当事業所独自のテーマとしては「リスクマネジメントによる安全安心のサービス体制を構築し、機能訓練を活用した利用者の自立を支援する」ことを挙げている。利用者ヒアリングでは、事業所の目指す方向性を利用者が肌で感じ取っていることが窺えた。			

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
評価機関のコメント 市の集団指導には館長が、デイサービス小部会には管理者が参加して、福祉動向や地域共通の課題、情報等を収集している。また、館長を中心にデイサービスだけでなく併設の地域包括支援センターや居宅介護事業所の責任者が1室に席を並べており、様々な情報が集まる物理的な条件も揃っている。集めた情報は、館内の調整会議の場で分析・討議されている。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 事業運営の中心的な責任と役割を担う館長、管理者、生活相談員の3名が、今年度4月の人事異動によって着任した。「個別的な支援」を目指す管理者が着任早々に感じたのは「経験の差によって生じている支援のギャップ」である。館長と管理者との二人三脚で職員の意識改革(個別ケアの理解)に努め、利用者に「職員は皆優しい」と言わしめ「お手伝いして、職員がもっと楽になれば良い」との発言さえあった。			

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
評価機関のコメント 法人の中・長期計画(3か年計画)に合わせ、事業所の3か年計画を策定している。この3か年期計画には、4項目の「重点取組事項」の表題と3年間の「検討」か「実施」かを記載するのみで、具体的な取組みの方向性を示す記述はない。単年度の事業計画作成に枠組みを示すためにも、具体的な到達点の記載が欲しい。また、指定管理の申請時に市に提出した5か年計画との整合も考慮されたい。			

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
評価機関のコメント 事業計画作成時に拠り所となる(整合させる)「3か年計画」には数値目標や具体的な到達点が示されていないが、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、事業計画の目標値(稼働率等)を達成するために、各重点取組事項について詳細な「組織重点目標」が作成されていた。しかし、今年度から組織重点目標が撤廃されたため、職員個々の個人目標の設定根拠が希薄となっている。		
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
評価機関のコメント 管理者が、毎日の業務終了時のミーティングで職員意見を収集・把握している。事業計画の作成前に、高齢サポート課の副課長(管理者)と管理者とのヒアリングがあり、管理者を介して職員意見が所属課まで届く。形としては、職員意見が事業計画に反映される仕組みとなっている。事業計画の進捗管理(評価・見直し)については「事業計画進捗管理表」を使って調整会議で行っている。		
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	㉔ ・ b ・ c
評価機関のコメント 事業計画は法人のホームページで公開されているが、これらの内容は利用者や家族にとっての興味や関心事とは言い難い。これを補完するために、毎月発行される「西部ほほえみ通信」を活用して、事業計画に関わる取組みを分かりやすく紹介している。写真を多用することや、活動の目的(事業計画に関わる取組み)を分かりやすく記載することで、利用者や家族の理解につなげている。		

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
評価機関のコメント 利用者の家族に対して、毎年満足度調査(CS調査)を実施しており、5年に1度の第三者評価の受審もある。第三者評価は、今回が2回目の受審である。令和4年度のCS調査では「職員の言葉遣い」が問題となった。調査の取りまとめ役である高齢サポート課の副課長から法人本部に報告されている。		
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
評価機関のコメント 令和3年度のCS調査では「デイサービスでの理美容」を要望する意見があった。検討し、法人内6事業所すべてで訪問理美容が導入された。令和4年度のCS調査では「職員の言葉遣い」が問題となった。この結果を課の副課長がまとめ、法人本部(総務課)に報告している。「職員の言葉遣い」の改善のため、総務課は研修計画に組み入れて改善に努め、事業所においても研修効果が確認されている。		

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
評価機関のコメント 管理者は今年度4月の着任である。上司である館長、直属の部下である生活相談員とともに今年度の人事異動で着任しており、管理者を含む3名が協力体制で事業所運営にあたっている。管理者としての職責は「運営規程」に明記されており、異動の度に作成される「部署別名簿一覧表」で配下の職員が確認できる。「運営規程」等で、管理者不在時の有事の際等の権限の所在を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
評価機関のコメント コンプライアンスは指定管理者としての使命と捉えており、館長、管理者ともに強い責任感を持って事業運営にあたっている。遵守すべき法令等の改廃があれば、高齢サポート課(総務班)から情報が入る。館長が参加する集団指導や管理者が参加する市のデイサービス小部会から、事前に情報を得ることもある。コンプライアンス研修は、新任研修や管理者研修にも組み込まれている。			
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
評価機関のコメント 機能訓練を活用した「自立支援」に取り組んでおり、利用者や家族からの評価も高い。事業所に所属する職員ではないが、課に所属する看護師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士等の専門知識や技術を持つ職員と連携し、計画的な機能訓練や口腔機能向上の支援を実践している。明確な目標を持って通所する利用者が多い。			
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
評価機関のコメント 管理者が着任初期に感じていた「経験の差による支援の精度のギャップ」や「個別支援への意識の切り替え」も、指導や研修によって職員意識の变革がみられる。加えてICT化の推進により、検温等のバイタルの記録や支援の記録がデータ管理となり、職員の情報共有や業務負担の軽減に寄与している。それらの効果が、職員の時間外勤務の減少として如実に示されている。			

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
評価機関のコメント 職員採用は法人総務課の主導であるが、急を要する場合には事業所で事前に対応することもある。職員の雇用は安定しており、その理由として「福利厚生充実」と「ワーク・ライフ・バランスへの配慮」を挙げている。以前に当法人に雇用され、その後離職した職員からの声で、法人の「福利厚生充実」を再確認することとなった。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ⑥ ・ c
評価機関のコメント 新たな人事考課制度が導入され、法人主導の考課者研修や被考課者研修が実施されている。人事考課の結果を処遇に反映させる成果主義の形をとっているが、課題も多い。「運営規程」上で「職員等の管理及び業務の管理を一元的に行う」とされる管理者が考課者の側に立っておらず、フィードバック面接にも関与していない。昇進や昇格の人事基準が職員に公表されていない点も、民主的な人事制度とはかけ離れている。			

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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	高 16	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 福利厚生充実とワーク・ライフ・バランスへの配慮が、職員の安定的な雇用が継続している要因と捉えている。各種の休暇・休業制度が整い、職員の希望休を可能な限り勤務シフトに反映させている。さらに、次年度からは「1時間勤務」の短時間臨時職員の採用を検討している。これが実現すると、職員の勤務シフトの柔軟性が増し、職員にとっての働きやすい職場がさらに確実なものとなる。			
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
評価機関のコメント 人事考課制度と目標管理制度が改定され、職員育成の目的を持つ目標管理では、年間3回の面談(目標設定、進捗確認、最終評価)を制度化している。しかし、人事考課、目標管理の両制度の連動性が薄く、人事考課の結果(課題)が個人目標の設定に反映されていない。さらに、目標管理の達成度(成績考課)を含む人事考課の最終結果が、フォローアップ面接の実施者はおろか、職員本人にも知らされていない。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 「職員研修年間計画一覧」に沿って研修が行われ、職員は研修履修後に「研修報告書」を提出している。「研修報告書」には、研修で得た気づきや職場で活かすためのアクションプランが記載されている。すべての研修に対してではないが、研修を「研修報告書」の提出で完結させず、館長が「研修報告書」に記載されたアクションプランが、支援の現場で実践されたか否かの確認・検証を行っている。			
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
評価機関のコメント 法人総務課が作成した「2023年度職員研修年間計画一覧」に、階層別、職種別、テーマ別の研修が網羅されている。外部で行われる研修については、館長の判断で有益な研修と思われるものを職員に案内している。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、準正規職員、臨時職員を問わず全職員を受講対象としており、受講の確認も行われている。			
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
評価機関のコメント 大学の教育課から教員資格取得のための体験学習の実習生を受け入れ、また地域包括支援センターが受け入れた看護実習生を部分的に受け入れている。「実習生受入れマニュアル」があるが、実習生受入れの目的や意義を明文化しておらず、また、実習終了時の評価(反省会)の手順も明記されていない等、実習生受入れの全体像が網羅されているとは言い難い。マニュアルの整備が喫緊の課題である。			

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
評価機関のコメント 法人のホームページが充実しており、理念や基本方針、事業計画、事業報告書、財務諸表等を公開している。社会福祉法人としての事業運営の透明性を確保するため、事業所紹介に留まらず、過去に受審した福祉サービス第三者評価の結果も公開している。しかし、受け付けた苦情情報に関し「苦情解決処理規程」では「苦情の公表は事業報告書に記載する」と定められているが、事業報告書にはその記載がない。			

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
評価機関のコメント 事業所における現金の出納(管理)はなく、全館の庶務を担当する事務職員が金銭管理を行っている。館長が決裁者であり、庶務を担当する事務職員が出納責任者となって現金を扱っており、内部牽制が働く仕組みは構築されている。「社会福祉法」の定め通りに法人監事による内部監査が行われており、会計監査人の選定は継続検討中(事業計画、事業報告による)である。			

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
評価機関のコメント デイサービス事業所を含む複合施設全体が、制度の変更によって「高齢者施設」から「多世代支援施設」へと大きく目的を変えた。施設内には、幼児用のコーナーや子どもから大人までが楽しめるゲームコーナーも設置されている。道路を挟んで中学校があり、中学生との交流も盛んである。福祉体験学習には、2年生7クラスの全員が分散してやってくる。利用者が、中学校の文化祭を見物に出かけた。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント 「岡崎市福祉事業団ボランティア活動要綱」に沿ってボランティアの受入れを行っている。市の傾聴ボランティアは、コロナの5類移行後は継続して受け入れを行っている。中学校の福祉体験学習に参加した生徒が、その後遊びに来て、事業所に顔を出すことがある。その生徒が職員からの声掛けに応じて、俄かボランティアとして活動していくこともある。			
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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 福同施設内には、地域包括支援センターや居宅介護事業所が併設されている。事務室で管理者同士が机を並べており、いつでも情報交換ができる環境にあることから、これらが有効な社会資源となっている。利用者個々が契約している居宅介護事業所や担当の介護支援専門員の情報は、フェイスシートにまとめられている。緊急時の円滑・適切な支援のため「非常時通報機関一覧」が作成されている。			
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
評価機関のコメント 複合施設全体の地域懇談会を定期的で開催しており、福祉に拘わらないものも含め、地域に共通する課題を話し合っている。複合施設内に併設されている地域包括支援センターや居宅介護事業所とも情報を共有し、地域の福祉ニーズの把握を行っている。実現には幾多の解決しなければならない障壁も多いが、一例として「早朝デイサービス」のニーズが挙げられている。			
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	a ・ ① ・ c
評価機関のコメント 法人の他のデイサービス事業所が、複合施設全体で催される地域交流イベントに参画し、開かれた施設・事業所としてのアピールの場を検討している。当複合施設では地域交流イベントの企画はなく、地域に対しての認知度を上げるための活動は乏しいと言わざるを得ない。多世代支援施設の中のデイサービス事業が、いかにして地域貢献を果たすのか、今後の活動や取組みの真価が問われることとなる。			

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	
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 手を出しすぎない「自立支援」を目標に、利用者の尊厳を考えている。入浴形態も自立に近づくように検討するなど、一体的に行われている。近くの中学生の学習の機会としての関係があり、学んだ生徒がその後行事に参加してくれるなど、方針が理解を得ているものと考えられる。			
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	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント プライバシー保護に関する研修が行われている。研修後の感想や新たな気づき、発見など、口頭で研修実施担当者に伝え、要約を作ってはいる。しかし、研修の参加者に報告書としての提出は課していない。トイレにはしっかりしたドアがついており、軽い力で操作が可能である。何かあるときは、必ず声かけが行われている。			
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	㉑ ・ b ・ c
評価機関のコメント 利用案内の資料となるパンフレットを関係機関に配布したり、利用状況を知らせたりしている。お試し利用も可能であり、活用例がある。介護支援専門員からの利用依頼が主なので、居宅介護支援事業所への情報提供に心がけている。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 利用開始にあたっての定型の書式があり、説明の上で同意を得て、書面で管理している。課題としては、分かりやすい説明のために工夫を要す。利用変更の時の連絡案内、その時まで用いるもの、食事の案内など、事業所で決められている事項を、見やすく分かりやすく説明した資料の用意が望まれる。			
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 ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 当事業所以外の通所介護利用が増える利用者で、担当者会議への情報提供が行われている例がある。手順は確立しているが、手順書の形にはなっておらず、情報提供書式も定めてはいない。統一した書式の必要性を感じてはいるが、事例が少ないのでその時々で対応している。対応の標準化ができる利点があり、前向きな検討を期待したい。			
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。			
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	高 33	a ・ ㉒ ・ c
評価機関のコメント 年1回のCS調査(利用者満足度調査)を行い、法人内6事業所のまとめは本部で行われる。利用者への報告と、内容によっては質問への回答も行われる。まとめによる共通課題の発見やアピールポイントの発見など、法人全体で取り組んでいることは水平展開を期待したい。普段の業務の中でも、利用者の意見を直接聞くことは多い。それらが活動につながることを期待したい。			

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 ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>苦情発生の内容、対応、解決結果、注意点は記録されているが、再発防止策の実施が分かる記録がなかった。規程や対応マニュアルとの整合性を確認し、内容の整備を図られたい。苦情の申出先の案内や、公表について求められていることは、今後の課題となっている。毎月配布の便りやホームページで触れるなど、現行のシステムに加えていけば実施しやすくなる。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>部屋の隅でも、デイホールの外でも、相談場所として使いやすく楽な場所を選んで話ができるようにしている。利用者家族に、それらを伝える方法は今後の課題となっている。これも毎月配布の便りやホームページを活用するなど、現行のシステムに加えていけば実施は容易であろう。</p>			
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 ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>相談や意見があった時には、その内容を通所介護計画やサービス内容を記録するソフトで共有しており、常に確認できる状態になっている。対応マニュアルの見直しは必要時に行うとのことで、定期的に見直ししたり確認したりした履歴は残っていない。</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。			
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	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>2023年度に、施設内事故と交通事故が1件ずつ発生している。報告書に再発防止策も書かれているが、その改善策を組織的、計画的に試行するには至っていない。ヒヤリハットは5月に2件報告があった。ヒヤリハットの認識が、職員ごとに温度差が感じられる。「ヒヤリハット記録」は職員が全員確認チェックを行うことになっているが、未確認のままの状態も見受けられた。</p>			
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	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>「感染症対応マニュアル」が整備されている。関連する研修が実施されているが、研修報告書の提出は求めている。このマニュアルに関しては、内容が現実に即しているかを定期的に見直す必要がある。感染が起こった場合の職員への対応指導や感染予防対策品の扱い方、利用者への蔓延防止のための方法などを含んだBCP(事業継続計画)を作成しているが、その存在について現場職員までの周知に至っていない。</p>			
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やっている。	高 39	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>火災や地震に対する訓練が実施されており、災害時の行動規範を確認する仕組みがある。現場職員の中には備蓄状況の詳細が分からない職員もあり、安否確認の方法などもすべての職員が理解しているとは言い難い。防災訓練の計画(消防計画、BCP等)の中には防災教育もあるので、そこに組み入れていくのも一策である。</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。			
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 ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>標準マニュアルとして位置付けられた書類の存在は確認できたが、法人内の各事業所での認識が異なっているものもあった。現場で手順を確認しているか、サービス提供方法がマニュアルに基づいているか、マニュアル自体見直しされているか、それらをサービスチェック項目などで明らかにしているか。それらをチェックする仕組みづくりが求められる。</p>			

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>CS調査の項目や、委員会活動などでの検討すべき項目の見直しは、それぞれの活動において行われている。サービスの標準的な実施方法を示すマニュアルについては、見直しの必要があった場合に見直すとされている。規程やマニュアル等見直しは、必要に応じた随時の見直しだけでなく、定期的な見直しも必要となる。標準的な実施方法の見直しに関するルール作りが望まれる。</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。		
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>利用者ごとに希望や意向を聞き取り、その人に合った目標を定めて通所介護計画、運動機能向上計画を作成している。自立支援に力を入れていることもあり、機能訓練や介護予防の観点から、看護師をはじめPT(理学療法士)やOT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)等の他職種職員も計画作成に関わっている。利用開始前の状態を把握するために、相談支援事業者や居宅介護事業所から情報や助言をもらうこともある。</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	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>通所介護計画の定期的な見直しは6ヶ月に1回であるが、更新や区分変更に伴う見直しは随時行っている。利用者自身に、目標の達成度を聞くこともある。介護支援専門員とのサービス担当者会議の記録も交付を受けている。利用者の事故発生時は通所介護計画を見直す機会であり、計画を更新して再発防止策を講じられたい。</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。		
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>「ケース記録」の中の「日常支援記録」は、日々の出来事としてデジタル記載している。その他の部分や事務・管理の領域は、紙媒体によるアナログで管理されており、利用者ごとに個人ファイルをなしている。デジタル部分は分野別に抜き出しが可能である。パソコン内で必要事項の記載も適時行われ、複数の同時確認が可能である。口頭による連絡や申し送りも行われている。</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>利用者の記録類を個人情報と認識し、法人統一の取扱いルールにより適切に管理している。個人情報の取扱いに関しては、職員に対しては研修によって周知・理解を図り、利用者・家族に対しては利用開始時に説明し、文書によって同意を得ている。基本的には、記録が本来あるべき場所以外に持ち出されることはない。</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に工夫している。	高 46	a ・ ⑥ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>可能な限り、個別ケアを実践するようにしている。午後は集団的なレクリエーションもあるが、快適なリクライニングソファで過ごしたり、あるいは身体を動かしたり、おしゃべりを楽しむなどを行っている。併設の福祉センターへ出かけることもできる。アセスメントの結果が、全員のプログラムに反映されていることと、それで満足が得られているかの確認を確実なものにされたい。</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
評価機関のコメント 非該当			
	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
評価機関のコメント 非該当			
	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	① ・ b ・ c
評価機関のコメント 利用者を尊重した接し方や言葉づかいができていないかについては、礼儀や敬語も意識し、その向上を図ることが必要となる。信頼関係ができていけば許容範囲が広がるので、利用者から信頼を得られるよう努めている。利用者ヒアリングにおいても「職員は優しい」「感じが良い」等々の回答があり、適切なコミュニケーションによる信頼関係の構築が見てとれる。			
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 ・ ② ・ c
評価機関のコメント 人権保護活動として、職員は利用者から良い話や困りごとを聞き、称賛したり反省したりして関わっている。権利擁護に関するマニュアルが整備されているが、法人内の他事業所では別のものが提示されることがある。権利擁護に関しては、法人としての考え方や取組みが統一されることが望ましく、マニュアルの一本化を図られたい。最新版管理の徹底や、現場職員への浸透も含めて検討されたい。			

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
評価機関のコメント デイルームは広くて明るく、利用者にとっての窮屈さはない。玄関の壁面に飾りをするなど、利用者の活動の一つになっており、利用者自身で楽しい場所にしていくことを支援している。トイレは男性用、女性用というようには場所が分かれていないが、極力同時時間帯の使用を避け、すべて個室になっている。			
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
評価機関のコメント 利用者の状況や特性に応じて、3種類の入浴形態から望ましい方法を選んで入浴している。浴室は広く、3浴槽が横並びになっている。入浴の可否は、看護師がバイタルの結果や利用者の様子を見て判断している。菖蒲湯や柚子湯を、季節の祭事として実施することもある。			

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>入浴前、食事前、帰宅前など、定期的なトイレ誘導やパッド等の交換を行っている。トイレではプライバシーもあり、危険が少なければ排泄中は少し距離を置くようにして、コール呼び出しを待つようにしている。特に必要のある利用者に関しては、排尿・排便チェックの結果を家族や介護支援専門員に提供している。</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>利用者の館内の移動に際しては、希望に応じて職員が付き添っている。認知症の利用者と外を散歩することも多い。福祉用具が必要な場合には、事業所の備品を使ってもらうこともできる。福祉用具業者がデモ機を持ってきて、利用者が試す場所にもなっている。送迎時の乗車場所や時間などは、利用者や家族の都合も加味し、極力希望に沿えるよう配慮している。</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>「検食簿」に、利用者の声を書くことができる。委託業者も参加する給食検討委員会があり、献立検討等が行われている。嗜好調査や食べたいものの調査も随時行われている。ほぼ毎日選択メニュー制がとられ、利用者は自身の希望で肉か魚かを選んでいく。選択メニューは、おやつバイキングや手作りおやつと並んで、利用者から好評を得ている。</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	a ・ ① ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>食事前の口腔体操や水分摂取の勧めなど、誤嚥防止のための支援を行っている。誤嚥、窒息の場合に実際に救出をすることについてマニュアルはあるが、実際にできるかは職員の力量の差によるところが大きい。研修を通じて、何度も反復訓練を実施していくことが望ましい。</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	a ・ ① ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>月に4回、歯科衛生士の訪問指導がある。指導に訪れる曜日が同じにならないようにしてあり、同じ利用者ばかりが指導を受けることがないように配慮している。職員は歯科衛生士の研修を受ける機会があるが、参加できなかった職員については、学ぶ機会をはっきり設定されていない。OJTの機会はあるが、後からでも同じ学習ができることが望ましい。</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>褥瘡のある利用者は訪問看護サービスを利用しており、看護師資格を有する職員と訪問看護師とが連携を図っている。褥瘡の予防や早期発見について、職員の知識や支援技術は十分とは言えない。褥瘡に対する知識向上のための学習の機会を、それぞれ可能な時間に視聴できる動画鑑賞研修などを活用するのも一策であろう。</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	非該当
<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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 主要なテーマである「自立支援」の具体的な取組みとして、機能訓練や介護予防活動に力を入れている。PT(理学療法士)やOT(作業療法士)の協力を得て運動機能向上計画を作成し、利用者も目的を自覚して取り組んでいる。「元気でいたい」「皆とおしゃべりを楽しむ」「一日を楽しむ」等は利用者ヒアリングで聞き取った利用者の目的(願い)であるが、この実現のために機能訓練に取り組んでいる。		
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	① a ・ b ・ c
評価機関のコメント 認知症対応型通所介護事業所(認知症デイ)が併設されていないことから、認知症状のある利用者の利用が多い。認知症でない人との共同利用となるため、職員は双方に配慮が必要なることを理解している。現在、困難事例に該当する利用者はいない。職員は、認知症に関する知識や支援技術が十分でないことを認識しており、日々の支援の中で、認知症の人との話の仕方や介護の仕方、行動障害への対応等を学び取っている。		
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	a ・ ① b ・ c
評価機関のコメント 急変時は看護師に判断を仰ぐことができる。緊急時に対応するためのマニュアルや、利用者の緊急連絡先等は整備されている。今後の課題として、介護職でも可能な医療に準じる行為や、病気、薬などに関する知識の向上を、研修計画に位置付けて実施していくことが望ましい。		
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
評価機関のコメント 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	a ・ ① b ・ c
評価機関のコメント 連絡帳、電話などで日常的な連絡を取っている。家族からの意見や要望に関しては情報共有を行っている。内容の軽重にもよるが、家族からの話の多くは要望であるので、要望の受付と対応の記録が容易に分かるようにしておくことが望ましい。家族への助言や研修等については、事業所が単独で実施せず、併設の地域包括支援センターでの機会提供を情報として提供する等が考えられる。		
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
評価機関のコメント 非該当		