

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：岡崎市南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：藤本 和夫 | 定員（利用人数）：25名（43名） | |
| 所在地：愛知県岡崎市下青野町字天神78番地 | | |
| TEL：0564-43-6782 | | |
| 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10年 8月 4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： 8名 |
| 専門職員 | （管理者） 1名 | （介護員） 3名 |
| | （生活相談員） 1名 | （看護職員） 3名 |
| | （生活相談員兼介護員）2名 | （運転手） 4名 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） | （設備等）機能訓練室・静養室 |
| | | 浴室・トイレ・中庭 |

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

- ・地域性を活かしたサービス内容
畑作業や庭づくりをされていた方が多く、中庭を畑にし、ご利用者の知恵を借りながら季節に応じた野菜や花を育てる園芸を行っている。収穫した野菜などを昼食やおやつの材料に使ったり、お土産にお持ち帰り頂いている。
隣接する地域福祉センターの演奏会などの行事へ参加したり、娯楽設備のあるホールに行き来してもらっている。又地域の名所への外出（菖蒲園など）や地域の学生との交流（ペーパークラフト作りなど）も行い、楽しんでもらっている。
- ・機能訓練・自立支援への取り組み（小集団体操・個別の手作業）
機能訓練として希望の方に小集団での体操やストレッチを行ってもらったり、外出時・隣接する福祉センターにて歩行訓練なども行っている。又ぬり絵・編み物・ロジックなど希望に合わせての提案をしている。
今後も利用者の方に希望を聞きながら、種類を増やしていく予定がある。
- ・困難ケースへの対応
認知症や医療処置のある方の受入対応は個別ニーズに合わせ検討をする。
退院後、施設入所待ちで急な利用開始を望まれる方や、他デイサービスからの困難事例など、どのような方でも工夫してお迎えできるように努めている。

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 3月 2日（評価決定日） 【令和 5年10月23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

◆管理者の強い改善意識

管理者は、率先垂範して事業所の改善・改革に取り組んでいる。今年4月の着任以来、地域の様々な施設見学を行って見聞を広め、業務の効率化に取り組んでいる。職員から発案のあった交換研修（副生活相談員交換研修）を推進し、その総括として送迎や入浴、排泄等の支援が見直され、職員の業務時間の短縮につながった。タブレット入力の一部職員に限定されていることを見直し、正規、非正規職員の業務の平準化が実現した。ハード面については、予算との兼ね合いもあって計画段階ではあるが、法人には13件、市へはキュービクルや特殊浴槽、厨房機器等の更新のため、5件の設備整備の計画書を提出している。

◆職員発案の研修

階層別、職種別、テーマ別の研修が、総務課作成の「2023年度職員研修年間計画一覧」に示されている。正規職員と非正規職員との意識格差が生じないように、必要度を考慮して全職員対象の研修も組まれている。全職員を対象とする研修は、コロナの第5類移行後も非対面のリモート研修の形で開催されている。研修参加の容易性を考慮しての措置である。支援の現場から、法人主導の研修を補完する専門的な研修の必要性が提起され、「副生活相談員交換研修」や「ノーリフト研修」が実施されている。これらの研修は、履修後に多くのアクションプランへと展開が図られている。職員の自主的な上昇志向を高く評価したい。

◆共生型社会への足掛かり

市の進める「多世代交流施設化」に呼応する形で、館内にキッズコーナーが設けられている。別法人の就労継続B型事業所の利用者2名が、浴室の入り口で木戸番（受付業務）として働いている。地域の中学校の特別支援学級の生徒が、ボランティアとしてクラフトの作成指導にあっている。これらは、高齢者と子ども、障害者がともに役割を持って暮らすことのできる社会を目指す「共生型社会」の創設に向けての足掛かりともなる取組みである。

◆地域の福祉ニーズに応える

認知症に特化したデイサービス事業所が併設されていないことから、認知症の利用者も受け入れている。医療行為や医療的ケアの必要な利用希望者にも前向きに対応している。他のデイサービス事業所で利用が困難となった利用者を受け入れたこともあり、入所施設へのつなぎとしての短期の受入れもある。お試し利用も有効に活用されており、地域の福祉ニーズに応えようとする姿勢が顕著である。

◇改善を求められる点

◆民主的、透明性のある人事評価制度に向けて

「岡崎市福祉事業団経営10か年計画」（平成28年度～令和7年度）に期待する職員像が示され、そこに向けての職員育成に努めている。人事考課の指針として「人事評価制度の手引き」があり、「業績評価表」と「人事評価シート」を使った人事考課を行っている。この人事考課の結果を処遇（昇給、賞与等）に反映させる仕組みがある。課題として、一次評価者とのフォローアップ面談は制度化されているが、最終評価の結果は公表されておらず、現場指導等の職員育成面への活用が図られていない。人事基準の職員開示を含め、民主的で透明性の高い「人事評価制度」となることを期待したい。

◆一部職員の業務過多

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が、休業職員の穴を埋めるためのしわ寄せが、管理者や生活相談員等の幹部職員の負担増となって出てきている。更なる休業者が出ることも懸念される。特効薬的な改善策はないことから、様々な観点から「働きやすい職場」とするための要因を探り、その一つひとつに対して計画的な改善策を講じることを期待したい。

◆PDCAサイクルに沿った取組み

BCP（事業継続計画）が作成されているが、その存在について現場職員への周知が十分とは言い難い状態である。BCPに限らず、法人サイドで作成された文書（規程、マニュアル等）が事業所の管理・運営や現場での支援と合致していない部分も散見される。規程やマニュアル類についての定期的な見直しを制度化し、PDCAサイクルに沿った取組みとされたい。因みに、P=規程・マニュアル、D=管理・運営・支援、C=見直し、A=改善、となる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

人員不足の中で第三者機関からの視点で評価をしていただき、立ち止まって取り組んでいる方向性に間違いがない事を確認することができました。又指摘された課題について、実効性のある改善方法も含めて助言いただき、現場にとって効果的な改善方法を確認できました。今後業務の効率化を図っていくことはもちろんですが、介護保険の法改正の動向を踏まえつつ、利用者様、そのご家族や地域からも信頼される事業所をめざして、1つ1つの課題に優先順位をつけて、計画的に取り組んでいきたい。職員の視点からも働きやすい又は働き甲斐のある職場に繋がればと考えています。

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 法人共通の理念や基本方針がホームページ等に表示され、法人内のデイサービス6ヶ所共通の理念として、「安全・安心で個性のあるデイサービス」を掲げている。事業所の「個性」を出すために、「地域性」や「機能訓練・自立支援」、「支援困難ケース」を主要な取組みの柱としている。毎月発行される「南部通信」には利用者の写真を多用し、家族にも事業所の取組み(姿勢)に興味や関心が向くよう工夫している。 | | | |

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 地域包括支援センターや居宅介護事業所を併設しており、管理者はそれらをも統括する館長の立場にある。当然のことながら、複合施設全体の調整会議等では、有益な情報が共有される場となっている。法人内の6事業所のデイサービス管理者会議でも、情報交換や情報共有が行われている。市のデイサービス小部会に参加することで、地域に共通する課題(事業継続の困難性)についても把握している。 | | | |
| 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 | a ・ ② ・ c |
| 評価機関のコメント 事業所が抱える様々な課題の根源が「休職者の発生による人員不足」にあり、管理者は職員の健康管理に腐心している。求職者の穴を埋めようとする職員の頑張りが報われず、更なる休職者を生みかねない負のスパイラルに陥っている。毎月開催される館内合同の調整会議の中で改善策を検討し、館内他部門からの応援や法人内他事業所からも応援を受けているが、根本的な課題解消には至っていない。 | | | |

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 これまでは、市との指定管理の受託期間に合わせた「岡崎市福祉事業団5か年計画」が策定されていたが、現在は「3か年計画」に変更されている。従来から重点取組事項として取り組んでいる「介護者支援サービスの新設」や「ICTの活用」に加え、今年度からは「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・長期計画は、市の指定管理の受託期間(5年)と合わ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」には数値目標がないが、単年度の事業計画(重点取組事項)にはすべて数値目標が設定されている。これによって、期中の進捗管理や期末の最終評価を確実に実施できるようにしている。ただ、昨年度まで作成されていた事業所の「組織重点目標」の作成がなく、職員個々に設定される個人目標との橋渡しのプロセスが欠落している状態である。</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>職員ミーティングで事業計画の振り返り・評価を行い、その結果を館内の調整会議に上げている。調整会議で次年度事業計画の素案を策定し、館長が本部(総務課)の副課長とのヒアリング時に詳細を伝えている。副課長が6事業所とのヒアリングの結果をまとめ、課長の決裁を得て事業計画が成立する形をとっている。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。</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>法人統一の事業計画や事業報告が、法人のホームページ上で公開されている。利用者や家族に対し、毎月「南部通信」を発行して届けてはいるが、事業計画等の取組みを説明するツールとはなっていない。事業計画の中の利用者に関わる事項を中心に、「南部通信」を活用して伝えたり、新たな分かりやすい資料を作成する等の取組みを期待したい。</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回の利用者満足度調査があり、5年ごとに第三者評価を受審している。管理者(館長)は着任1年目であることから、事業所周辺の地域事情や特徴を把握するために他法人施設への訪問を繰り返している。法人内他事業所との「副生活相談員交換研修」を行い、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる。</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>ハード面の改善に関しては予算措置が必要となることから、法人に帰するもの、市へ予算計上を要求するものとは分類して計画書を作成している。ソフト面では、副生活相談員交換研修が様々な改善の機会を得る契機となった。その研修終了後の調整会議で総括を行い、緊急性や必要度に応じて優先順位をつけて改善に取り組んでいる。</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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 管理者の職責は「運営規程」、「庶務規程」に明記されている。管理者不在時には、副館長に権限が委任されることが「庶務規程」の記述から読み取れる。調整会議等の館内会議やミーティングを通して自らの考えを伝え、職員の理解・協力を得て難局(職員不足)を乗り越えようとしている。 | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント コンプライアンスを重視する法人の姿勢があり、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教育が行われている。正規職員と非正規職員との意識に差が出ないよう、「虐待防止・身体拘束防止」の研修は、毎年法人内の全職員を対象としてオンラインで実施されている。就業時間内の受講が原則であり、館内のすべての職員が円滑に受講できるよう、計画表を作って取り組んでいる。 | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント サービスの質の向上のためには職員の適正配置が必要であり、その職員を守るためにも良質な環境(ハード面)の整備が必須であると考えている。副生活相談員の交換研修で得られた気づきから、サービス面での改善メニューは明確になっているが、ハード面の整備には予算措置が必要となる。法人には13件、市へはキュービクルや特殊浴槽、厨房機器等の更新のため、5件の設備整備の計画書を提出している。 | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 率先垂範型の管理者は、今年4月の着任以来地域の様々な施設見学を行って見聞を広め、業務の効率化に取り組んでいる。交換研修の総括から、送迎や入浴、排泄等の支援が見直され、職員の業務時間の短縮につなげた。タブレット入力者の限定を見直し、正規、非正規職員の業務の平準化が実現した。更なる休業職員を出さないため、館内他部門や他事業所から職員の応援を得て事業所を回している。 | | | |

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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 定期採用は法人本部の主導であり、法人が作成した採用計画に沿って進められている。休業者による職員不足は否めないが、秋季定期採用制度によって10月から新職員が加わり、メンタル面で他事業所を休職していた職員が、復帰訓練後に当事業所に配属となる等、明るい兆しも見えている。定着対策として、職員の健康管理に重点を置いて取り組んでいる。 | | | |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | 高 15 | a ・ ㉑ ・ c |
| 評価機関のコメント 「人事評価制度の手引き」に従い、「業績評価表」と「人事評価シート」を使った人事考課を行っている。本人評価の後、一次評価、二次評価、最終評価と上司評価を行い、結果は処遇(昇給、賞与等)に反映される。一次評価者とのフォローアップ面談があるが、最終評価の結果は公表されておらず、現場指導等の職員育成面への活用が図られていない。 | | | |

| | | | |
|--|---|------|-----------|
| 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 | a ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント 時間外労働を減らそうと、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が、休業職員の穴を埋めるためのしわ寄せが、管理者や生活相談員等の幹部職員の負担増となって出てきている。特効薬的な改善策はないことから、様々な観点から「働きやすい職場」とするための要因を探り、その一つひとつに対して計画的な改善策を講じることを期待したい。 | | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント 「岡崎市福祉事業団経営10か年計画」(平成28年度～令和7年度)に期待する職員像が示され、そこに向けての職員育成に努めている。「業績評価表」による目標管理を行い、期首の目標設定面談のほか、中間期や11月末にも進捗確認の面談を行っている。この「業績評価表」の評価点と「人事評価シート」の評価点を、職員の処遇に反映させている。課題は、人事考課の結果が管理者や職員にフィードバックされていない点である。 | | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント 「2023年度職員研修年間計画一覧」があり、そこには示されていないが、事業所間の交換研修が実を挙げている。この交換研修は職員の発案によるもので、今年度は副生活相談員を対象として実施された。多くの学びがあり、即座に事業所の改善活動につながった事例もある。その他の研修に関しては、研修後に「施設で活用できること」を提出させているが、それらが支援の現場で活用されたか否かを検証する仕組みはない。 | | | |
| 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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 階層別、職種別、テーマ別の研修が、総務課作成の「2023年度職員研修年間計画一覧」に示されている。正規職員と非正規職員との意識格差が生じないよう、必要度を考慮して全職員対象の研修も組まれている。支援の現場から、法人主導の研修を補完する専門的な研修の必要性が提起され、「副生活相談員交換研修」や「ノーリフト研修」が実施されている。職員の自主的な上昇志向を高く評価したい。 | | | |
| 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 ・ ㉔ ・ c |
| 評価機関のコメント 地域の高等学校の福祉課から、保育実習生3名を1週間受け入れた。1日限定ではあるが、9名の看護実習生も受け入れている。「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。実習受け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することが望ましい。その反省会の記録を残し、次回の実習生受入れに活かされたい。 | | | |

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 | ㉑ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 法人のホームページで、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、苦情情報に関しては市のホームページの指定管理のページで公開されている。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。広報誌を関係各所に配布し、事業運営の透明性・健全性を担保している。 | | | |

| | | | |
|---|----------------------------------|------|-----------|
| 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 「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おり、小口現金制で現金出納を管理している。現金出納の決裁権を持つ会計責任者(館長)と入出金の実務を担当する出納職員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。導入が先送りされているが、会計監査人の設置が継続して検討されている。 | | | |

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 |
| 評価機関のコメント 地域交流や連携は当事業所を含む複合施設全体で考えており、地域対象の「六西マルシェ」も全館での取組みとなっている。オレンジプロジェクトの強化月間には、認知症サポーターの養成講座や上映会を開いている。市を挙げての「お散歩ビンゴ」のイベント時には、複合施設が拠点(スタンプを押すポイント地点)の一つとなる。これらの様々な視点を持って、地域交流に取り組んでいる。 | | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント コロナ禍によって中断していたボランティアの受入れが、徐々に再開されている。毎月、パステルアートを指導するボランティア講師の訪問があり、ボランティアによる二胡の演奏会も実施されている。また、地域の中学校の特別支援学級から生徒が来て、クラフトの作成指導をしている。これらのボランティアを受け入れるための手順を定めた「ボランティア活動要綱」がある。 | | | |
| 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 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント 複合施設内の地域包括支援センターや居宅介護事業所から情報を取得しており、有効な社会資源となっている。市内の多職種が集まる「ごちやまぜ交流会」や市のデイサービス小部会に参加しており、地域の情報を取得するとともに良好な連携関係を築いている。関係機関を精査し、リストとして整備することを期待したい。 | | | |
| 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 | a ・ ① ・ c |
| 評価機関のコメント 当事業所だけでなく、館内の地域包括支援センターや居宅介護事業所の持っている情報を共有することにより、地域の福祉ニーズの把握に努めている。市の構想として「多世代交流施設化」が進められており、今後は高齢者福祉だけでなく、幅広い分野にわたっての福祉ニーズの把握が必要となる。共生型社会の担い手となるべく、子どもや障害者の分野に関してもチャンネルを広げていくことが望ましい。 | | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント 市の進める「多世代交流施設化」に呼応し、館内にキッズコーナーが設けられた。別法人の就労継続B型事業所の利用者2名が、浴室の木戸番(受付業務)として働いている。地域の中学校の特別支援学級の生徒が、ボランティアとしてクラフトの作成指導にあっている。これらは、共生型社会の創設に向けての足掛かりともなる取組みである。認知症デイサービスが併設されていないことから、認知症高齢者も受け入れている。 | | | |

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 | |
|--|---|---------|-----------|
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 畑での作業ができる環境であることを利用し、利用者が栽培する品種を決めたり、収穫後に食べる楽しみにしたりと、利用者の好きなことやできることを尊重している。会議や勉強会も行われている。しかし、評価・検証の仕組みが弱い。更なる取組みの充実を図るためにも、日々の支援のチェックや振り返りなどを確実に行っていくことを期待したい。 | | | |
| 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 | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント プライバシー保護に関する規程があり、契約時には「情報提供同意書」を受け取っている。トイレや浴室はカーテンや扉によって、可能な限りのプライバシーへの配慮が行われている。利用者とのコミュニケーションを大切にしており、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 | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 事業所の利用案内のパンフレットは、複数の関係機関(行政機関等)で入手できるようになっており、ホームページからのダウンロードも可能になっている。当事業所(デイサービス)の紹介は写真を多く使い、見やすさを考えている。希望すれば、事前のお試し利用も可能である。 | | | |
| 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 | ④ ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 利用に関する契約事項等については、契約時に「重要事項説明書」に基づいて丁寧に説明し、同意の上で署名してもらっている。通所介護計画とその他機能訓練などの関連する計画に関しても、更新のたびに同意をとっている。認知症等による意思決定が困難な利用者に関しては、代理人(家族等)に詳細に説明して同意を得ている。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 他施設への移行などの場合、先方の担当者と情報を共有しており、担当の介護支援専門員への情報提供を基本としている。移行時の手順は確立しているが、手順書の形にはなっておらず、事例が少ないので、「情報提供書」等の様式も定めてはいない。しかし、特に認知症の利用者の場合には支援の継続性が求められるので、引継ぎ事項に漏れを生じさせないためにも、様式を定めて対応することが望ましい。 | | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ 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、法人本部で6事業所分の結果をまとめている。利用者へ結果報告を行い、内容によっては質問への回答も行われている。調査の結果を支援に役立てることが望ましく、6事業所分の結果を分析し、水平展開して改善につなげてもらいたい。書類配付によるCS調査以外にも、利用者の意見を直接聞く機会をつくり、より充実した支援とな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 |
| 評価機関のコメント 「苦情解決マニュアル」があり、苦情があった時の受け止め方が書かれている。それも必要ではあるが、受付から解決までの必要な手順が明確になっていない。法人の統一マニュアルとして整備されているが、今回マニュアルとして提示されたものは、それとは異なる印象である。マニュアルの存在と有効性の確認を希望したい。記録に関しても内容、対応、解決結果、再発予防策が不明確であり、整備状況を確認されたい。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 当該事業所(デイサービス)は、複合施設である福祉センターの中にある。デイサービス事業所以外の場所を使用することも可能であり、相談等の内容や状況等によって場所を選び、利用者が相談や意見を言いやすいようにしている。話をする環境に配慮していることその他、事業所以外の別の機関に意見が言えることも契約条項に記載している。日々の支援の中で、利用者への周知は行われている。 | | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 相談や意見があった時には、その内容を介護計画やサービス内容を記録するソフトで共有するので、様々なところから確認ができる。それぞれの支援で使用される「対応マニュアル」の見直しは、必要時に行うとのルールであり、マニュアルの内容が現実に即しているかを見直したり確認したりした履歴は残されていない。 | | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント ヒヤリハットや事故事例には、報告書が作成されている。毎月法人主導のリスクマネジメント委員会が開かれ、管理者が参加している。当事業所に限らないが、集まるヒヤリハットの件数は少ない。一方で、所持品返却間違いや返却忘れ、誤薬事故2件が発生している。事故予防のヒヤリハットの活動を充実させるために、法人レベルのリスクマネジメント委員会の活動の他、現場での教育や監視にも重点を置くことを望みたい。 | | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント 「感染症対応マニュアル」が整備されており、研修も行われている。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。感染が起き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等を含んだBCP(事業継続計画)が作成されているが、その存在について現場職員への周知が十分とはいえず、研修の実施や実地訓練が必要である。 | | | |
| 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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 火災や地震に対する訓練が実施されており、職員は定められた対応体制に従って参加している。職員は災害時の「行動規範」を所持している。災害用の備蓄も十分な確保があり、管理者を定めてローリングストック方式で管理している。 | | | |

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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 支援の標準化のための統一マニュアルがあり、いつでもマニュアルを確認することができる。しかし、現場で手順を確認しているか、また支援の方法がマニュアルに基づいているか等を確認する仕組みがない。折に触れ、マニュアルの読み合わせ等、マニュアルを使用した研修の実施が望まれる。 | | | |

| | | |
|---|------|-----------|
| 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>CS調査(利用者満足度調査)の項目や委員会活動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っている。サービスの標準的な実施方法を示す統一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している。その適宜の見直しに加え、定期的な見直しを行うことが望ましい。見直しの結果、内容の変更や改訂がなかった場合でも、見直しを行った事実(見直した日、見直した者)を記録に残されたい。</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>アセスメントを実施して希望や目標を定め、これまでの通所介護計画の実施状況をモニタリングし、さらに職員から聞き取りを行って通所介護計画を作成している。利用者自身にも、目標の達成度を聞くことにしている。サービス利用前の準備や協力がないと円滑な利用に支障が出るケースには、担当の介護支援専門員や訪問介護事業所などの打ち合わせや相談を行っている。</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>通所介護計画は、定期的に6ヶ月に1回見直しを行っている。モニタリング(評価・見直し)は随時行っているが、利用者に事故が発生した際は、通所介護計画を改めるべき契機となる。事故原因を明確にして課題に追加し、改善目標等を計画立て、再発防止に努めてもらいたい。</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>ケース記録の日常支援記録は、日々の支援の内容がデジタル記載(データ入力)され、パソコンによる管理が行われている。その他の部分が紙媒体によるアナログ管理で、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り、パソコン上で必要事項の記載も適時行われている。複数の職員による同時確認も可能である。朝と夕に、口頭連絡による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>利用者に関する記録類の管理に関しては、法人の定めた「個人情報保護規程」に沿って適切に実施されている。利用者固有のファイルやパソコン等の個人情報が収蔵されたものは、鍵のかかる保管庫に保管されている。個人情報保護に関する教育の充実を図りたいとの考えから、職員研修を人権擁護活動の中に取り入れて行くことを検討している。</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>可能な限り、個別ケアを実施するようにしている。午後は身体を動かす、おしゃべりを楽しむなどが日常的な活動で、畑仕事を行ったり、複合施設内の福祉センターや隣接する商業施設に出かけることもある。事業所は高齢者の時間つぶしの場所ではなく、自立支援につながる過ごし方の模索の場と捉え、全員に対して個別性のある計画の下で支援することを目指している。</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>日常的に利用者とは話し、身体上の特徴や性格などを把握して、落ち着いて話ができるよう別室を用意したり、コミュニケーション手段を考えたりしている。入浴中が、利用者の本音を聞き出すことのできる時間として重宝されている。利用者を尊重した接し方が十分できているかについては、複数の職員で話を聞く等で誤った理解を防いだり、対応の様子を他者に観察してもらって意見を聞くなどの方法がある。</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>事業所が、権利擁護に関するマニュアルとして使用しているのは、平成30年3月に厚生労働省老健局の作成した「市町村・都道府県における高齢者虐待への対応と養護者支援について」という分厚いものであった。「マニュアル」として位置づけていると思われるが、今回提示されたものは「マニュアル」とは異なる印象である。内容として広範囲に過ぎる。現場職員への浸透も含め、改廃を検討することが望ましい。</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 | ⑦ ・ b ・ c |
| <p>評価機関のコメント</p> <p>明るく、十分な生活・居住面積を有し、利用者にとっての窮屈さはないと思われる。職員や利用者の動線などを考えた上で、利用者同士の相性も視野に入れて座席配置を決定している。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。</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 | a ・ ⑥ ・ c |
| <p>評価機関のコメント</p> <p>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で入浴している。午前・午後を通して入浴が行われている。入浴可否の判断は、看護師がバイタルの結果や利用者の様子・状態を見て判断している。自宅入浴のための家族支援に関しては、部分的には実現しているものの、今後の課題として残る。</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>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が適している(合理的である)こともある。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、コール(呼び出し)を待つようにしている。排泄介助の希望があった時には、極力早く誘導または交換に応じられるように配慮している。</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>利用者が利用中に使う福祉用具は、自分のものであったり、事業所所有の備品であったりするが、いずれにしても利用者の状態に合った適切なものを使用するようにしている。送迎は4台の車を使用しており、状況に応じて車種や乗り方を選んでいる。乗車場所や時間などは、家族の希望と必要に応じて配慮している。</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>毎日、利用者の希望に合わせて、メインメニューは肉と魚のどちらかを選ぶことのできる選択食である。肉も魚も受け付けない利用者には、うどんやカレー等の別メニューを用意し、さらなる選択が可能である。給食の委託業者も参加する給食検討会議があり、給食やおやつに関する諸問題が話し合われている。</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>利用者の状態や嚥下・咀嚼能力に応じて、食事形態を選ぶことができ、ソフト食も提供できる。食事前の口の体操や水分摂取の勧めなど、誤嚥防止のための援助も行っている。誤嚥や窒息の場合に、救出する方法についてのマニュアルはあるが、今までに事例もないことから、実際に行動できるかは慣れや経験が必要となる。研修や実地訓練(模擬訓練)を通し、習熟度を高めることが望ましい。</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回のペースで、歯科衛生士の訪問指導がある。歯科衛生士の来る曜日が同じにならないようにしてあり、どの曜日の利用者も指導を受けることが可能である。職員は口腔ケアについての研修を受ける機会があるが、参加できなかった職員に対しての特段の配慮はない。伝達講習を設けるなど、対応方法を検討されたい。</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>褥瘡のある利用者が1名、高リスクの利用者が1名いる。観察を続けて、介護支援専門員や家族等の関係者と情報共有を行っている。褥瘡に対する知識向上のための学習の機会は、看護師による内部研修の実施や、職員それぞれ可能な時間に視聴できる動画研修などを活用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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント PT(理学療法士)やOT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)等と連携し、デイサービス利用中の機能訓練の実施を通じて、自立支援の活動はできている。しかし、自宅生活への助言指導の部分で課題を残している。家族や担当する介護支援専門員との十分な連携に努め、情報をまとめたり機能訓練の計画を提示したりすることをこれからの課題としている。 | | |
| 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 | a ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 認知症に特化したデイサービスが併設されていないことから、認知症の利用者も受け入れている。認知症でない利用者との共同利用であり、職員は双方に配慮が必要なることを理解している。認知症の利用者との話の仕方や介護の方法、行動障害への対応等には、特段の配慮をもって接している。しかし、認知症に関しての研修・教育の機会が十分とはいえない。認知症に関する専門性の高い研修機会の設定を期待したい。 | | |
| 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 ・ ⑥ ・ c |
| 評価機関のコメント 看護師資格を有する職員が3名配置されており、急変時は看護師に判断を仰ぐことができる。ただし、介護職でも可能な医療に準じる行為や病気、けが、薬などに関する知識・技術の向上を図ることは必須である。看護師を講師とする等して、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 | ① ・ b ・ c |
| 評価機関のコメント 連絡帳や電話などで、家族との日常的に連絡を取っている。家族から話(要望や相談等)を受けたことに関しては、職員間で情報共有を行っている。家族への助言や研修等については、地域包括支援センターでの機会提供(研修案内)を情報として提供している。 | | |
| 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 |
| 評価機関のコメント 非該当 | | |