

## 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：岡崎市東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：羽柴 新二	定員（利用人数）：30名（61名）	
所在地：愛知県岡崎市山綱町字中柴1		
TEL：0564-48-8091		
ホームページ： <a href="https://www.okazaki-fukushi.or.jp/shisetsu/toubu/toubu-1">https://www.okazaki-fukushi.or.jp/shisetsu/toubu/toubu-1</a>		
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日：平成20年 6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：6名
専門職員	（管理者） 1名	（介護福祉士） 6名
	（初任者研修） 1名	（看護師・准看護師） 3名
	（事務員） 1名	（運転手） 3名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等） 食堂及び機能回復訓練室
		特殊浴室・特殊浴準備室・静養室
		トイレ・洗面所・厨房

### 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

当事業は「自主性」に力を入れており、食事の主菜の選択や、おやつ時に提供する飲み物の選択、自主活動の際の活動内容の選択、機能訓練加算や理美容サービスの提供など様々な場面で一方的に押し付けるのではなく選んで参加できる内容となるよう意識し運営しております。

また、在宅介護のサポートとして「他事業所で受入NGとされた方、終末期の方」なども積極的に受け入れをし、安心してご利用をして頂けるようにサービス利用中の情報提供などにより信頼作りに努めています。

最近ではYouTubeやカラオケの機械を活用するなど、団塊の世代の方々の受け入れに向けても準備を進めるなど、利用者様一人一人のニーズに合ったサービス提供が行えるように、日々職員一同あれこれ試行錯誤しております。

#### 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 3月 1日（評価決定日）  【令和 5年10月19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

##### ◆事業所理念の実践

法人内のデイサービス6事業所が同じ「安全・安心で個性のあるデイサービス」との理念を掲げている。当該事業所の「個性」として、「自主性」を重んじた支援を展開している。その具体的な実践として、利用者の選択や決定、自己実現等を支援している。昼食のメインディッシュは、毎日「肉」か「魚」のどちらかを選択できる。休憩時間の飲み物も、利用者一人ひとりにオーダーをとっている。年の瀬を前に開催される「東部マルシェ」で販売するために、利用者がしめ縄づくりに精を出す。それぞれが得意な部分を担当し、見事なしめ縄が出来上がる。この満足感、達成感、充実感は、利用者にとっての自己実現に他ならない。

##### ◆地域との共生

コロナの第5類への移行後も、感染防止の警戒を緩めない事業所が多い中、当事業者はいち早く地域交流を再開している。地域の保育園や小・中学校との交流も再開され、ボランティアの受け入れも始まっている。開設15周年の記念イベントとして「東部マルシェ」の開催を計画しており、地域包括支援センターを通じて地域の高齢者に参加を呼び掛けている。管理者、職員は「地域共生」を目指す意識が高く、複合施設全体で地域活動（地域清掃、交通安全週間の街頭監視等）に積極的に参加し、市の福祉避難所としての登録もある。

##### ◆利用者一人ひとりを尊重した支援

「自主性」の支援として、昼食の「肉・魚」の選択制、休憩時間の飲み物の選択・決定、手作りおやつへの利用者の参加、しめ縄づくりの役割分担等々があるが、「自主性」の支援は「利用者一人ひとりの尊重」の支援ともなっている。その一端を「検食簿」に見ることができた。検食を行ったものだけでなく、「検食簿」には利用者の意見の記入欄が設けられている。サービスを提供する側からの視点だけでなく、支援の主体である利用者目線の取組みは、「利用者一人ひとりの尊重」の具現である。

◇改善を求められる点



管理者の交代（異動）もあって、前回（5年前）の第三者評価受審後の改善の記録を確認することはできなかった。様々な気づきの下に多くの改善が図られたであろうことは想像に難くないが、今後の改善にあたっては、主要な取組みには計画性を持たせ、トレーサビリティ（事後の追跡）を可能とするためにも、適切な記録を残すことを求めたい。改善に取り組むにあたっては、責任者（誰が？）、期限（いつまでに？）、実施方法（何をやる？）を明確に（文書化）することで、計画性を担保されたい。

◆PDCAサイクルの意識

事業運営や支援全般にわたって、各種の計画が立案されてそれに沿った取組みや活動が行われている。それらは、計画表や実施記録等で確認ができる。しかし、PDCAサイクルの「C」（チェック：評価・検証）のプロセスが欠落している事例が散見された。例示すれば、研修履修後の効果測定、実習生受入れ後の反省会、苦情内容の未公表等々である。現場支援においても、マニュアルはあるが、マニュアルに沿った支援が行われているか否かを検証する仕組みがない。支援の質（精度）を高めるためにも、PDCAサイクルを意識した取組みを期待したい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

職員の交代等があった際などのために計画をもった事業運営と、引き継ぎを行っていきたいと思います。  
また、PDCAサイクルについても上手く形を成していないことがよくわかりました。改善に努めようと思います。

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
<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、法人内の6ヶ所の通所介護事業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。事業所の独自性を出すために、「利用者の自主性」と「支援困難者の積極的な受入れ」をアピールポイントとして取り組んでいる。昼食の主食の選択(肉料理か魚料理か二者択一)は利用者の意向に任せ、10時や午後3時の飲み物は自由選択である。			

### 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
<b>評価機関のコメント</b> 市のデイサービス小部会が毎月開催されており、管理者が参加して福祉動向や地域共通の課題等を収集している。法人内の6事業所の管理者同士のつながりは強く、そこでも有益な情報交換や情報共有が行われている。月に2回の施設長会議には管理者の上席の館長が参加し、そこで得た事業所運営に必要な情報は、管理者や職員に伝えている。			
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
<b>評価機関のコメント</b> 喫緊の課題として、「職員の経験値の相違」を挙げ、職員のスキルアップと相互の連携強化で解決を図ろうとしている。さらに、近年利用者が増加してきた「団塊の世代への対応」を課題として挙げており、サービスメニューの多様化を図って利用者個々のニーズに応えようとしている。これらを事業所独自の課題として捉えず、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ている。			

### 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、5、10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「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「安定した利益確保の検討」と「新たな加算の算定」を加えた。具体的な取組みは、単年度の事業計画に記載している。中・長期計画は、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	① ・ b ・ 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。これによって、期中の進捗管理や期末の最終評価が曖昧になることを防いでいる。事業所では、単年度事業計画の目標値をクリアするため、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	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>年度末の「事業報告書」作成にあたり、事業計画の振り返り・評価を行い、その結果を次年度の事業計画に反映させている。具体的な数値を掲げた事業計画(重点取組事項)に沿って組織重点目標が作成され、さらに職員の個人目標につなげて取り組んでいる。年度初めの目標設定面接、期中の進捗評価面接、期末の最終評価面接が制度化され、常に職員は事業計画を意識して支援にあたっている。</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	① ・ b ・ 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は、法人のホームページ上で公開されている。利用者等に対し、事業所が取り組んでいる事業計画そのものを配布することはないが、管理者は様々な機会を捉えて事業所の活動を利用者、家族、地域に発信している。「老福懇談会」では、地区総代や中学校の教頭、市の職員、家族代表等に対し、活動内容を分かりやすく説明している。</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	a ・ ① ・ 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を実施し、市との指定管理委託契約に従って定期的に第三者評価を受審している。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っている。館長や管理者を筆頭に、職員全般にサービスの質を向上させようとの意識は高いが、そのためのPDCAサイクルの活用は十分とは言い難い。</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	a ・ ① ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>管理者の交代(異動)もあって、前回(5年前)の第三者評価受審後の改善の記録を確認することはできなかった。様々な気づきの下に多くの改善が図られたであろうことは想像に難くないが、今後の改善にあたっては、主要な取組みには計画性を持たせ、記録を残すことを求めたい。責任者(誰が?)、期限(いつまでに?)、実施方法(何を?)を明確に(文書化)することで、計画性が担保される。</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 ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 地域や家族の代表が参加する「老福懇談会」の場で、また毎月発行の「あづまつうしん」の紙面を使い、管理者が事業所の活動と自らの考えを述べている。管理者の職責は「運営規程」に明記されている。管理者不在時には、生活相談員に権限が委任されるとの職員周知はあるが、「運営規程」の生活相談員の項目には、責任者の補佐役としての記載がない。実態に合った「運営規程」の記載が求められる。			
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	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 関係する法令の改廃情報は、市の事業所説明会やデイサービス小部会に参加して、また法人の総務課等からも取得している。法令遵守を重視する法人の姿勢が顕著であり、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、毎年全職員を対象としてオンラインで実施されている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者の自主性を尊重した支援に徹しており、利用者には選択や自己決定の機会が多く用意されている。昨年の「東部マルシェ」では、利用者の作ったしめ縄(300円)が即日完売となった。今年も11月に第2回「東部マルシェ」が開催されるが、しめ縄を大型化して500円程度で販売する計画である。しめ縄を作るのも売るのも利用者が中心であり、値段を決めるのも利用者である。利用者の生き甲斐につながっている。			
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	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 職員の勤務状態は衛生委員会に報告され、分析が加えられている。法人主導でICT化を進め、徐々に業務の効率化が目に見える形となってきている。働きやすい職場環境とするため、職員の業務負担の軽減に取り組んでいる。一部管理層(館長、管理者、生活指導員)にしわ寄せがないこともないが、事業所全体での時間外勤務(残業)は減少している。			

### 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	㉔ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 定期採用は法人本部が主導して行っており、採用計画に沿って進めている。雇用のミスマッチを防ぐため、内定前の時点で応募者に支援の現場を見てもらい、管理者が業務の内容を説明したり質問に答えたりしている。離職者は少なく、職員雇用は安定している。今年度から利用定員を5名増の30名としたことから、現在は稼働率が低下している。それもあって、職員の勤務状況にはゆとりが感じられる。			
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	高 15	a ・ ㉔ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 常勤職員、正規職員には定期的な面談があり、非正規職員も必要に応じて随時面談を行い、就労意向を聞き取っている。「人事評価シート」を使った人事考課を行っており、結果は処遇(昇給、賞与等)に反映される。しかし、法人としての「期待する職員像」が明確になっておらず、「採用」や「職員研修」、「人事基準」等に関して、根本となるべきものが希薄である。			

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
<b>評価機関のコメント</b> 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。ワーク・ライフ・バランスに配慮し、子育て中の社員には時短勤務が認められ、1時間単位の有給休暇の取得も活用されている。勤続年数の長・短による業務スキルや職員意識の差が課題となっているが、研修受講や職員間の連携強化で乗り切ろうとしている。それ故幹部職員の業務負担は大きいですが、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	① ・ b ・ 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。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ている。当事業所を含む館内のすべての職員を対象として、館長が「育成指導記録表」を作成して職員育成に取り組んでいる。口頭で行った注意や指導が、記憶から消えることはあっても、ここでは「育成指導記録表」に確実に残されている。			
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> 総務課が、研修計画の一覧を作成しており、コロナ下のオンライン研修一辺倒から、対面の集合研修も増えてきた。研修履修後には「研修報告書」の提出を求めているが、研修が「研修報告書」で完結しており、受講した職員が「研修報告書」に記述したアクションプラン(支援の現場で実践しようとしていること)が実践されたか否かの研修効果が検証されていない。			
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	a ・ ③ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 総務課作成の「2023年度職員研修年間計画一覧」に、今年度実施される階層別、職種別、テーマ別の研修が網羅されている。必要度を考慮して、全職員対象の研修も組まれている。対面での集合研修も増えてきているが、研修参加の容易性を考慮してオンライン研修を残している。今後の課題として、将来的なキャリアパスの研修要件に対応するために、職員個々の研修履歴を管理することが望ましい。			
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 ・ ① ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「実習指導マニュアル」に、実習生を受け入れるための基本方針や姿勢が示されている。比較的実習期間の短い看護学生を中心に実習生の受入れを行っている。「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、目的や意義が果たされたか否かを確認することが求められる。			

### 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 ・ ① ・ 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、受け付けた苦情やクレームの内容、解決策等が公表されていない。事業報告書にも記載がなく、「苦情解決処理規程」にある「苦情の公表は事業報告書に記載する」との齟齬がみられる。			

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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 「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。小口現金制をとっており、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。会計監査人の設置を継続的な検討課題としており、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。			

## 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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 地域との交流が、ほぼコロナ禍前の状態に戻っている。地域の保育園や小・中学校との交流も再開されている。開設15周年の記念イベントとして「東部マルシェ」の開催を計画しており、地域包括支援センターを通じて地域の高齢者に参加を呼び掛けている。当日は、各種の屋台や出店、キッチンカーが揃い、「三浦太鼓」の披露やピアノ演奏、キッズダンス等の出し物があり、岡崎武将隊も来場して会場を盛り上げる計画である。			
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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 地域交流が徐々に正常化する中、ボランティアの受入れもコロナ禍前に戻りつつある。「ボランティア活動要綱」に沿って受入れを行っている。開催が近づいてきた「東部マルシェ」には、これまでに実習生として関わりを持った養成機関の学生にも声を掛け、ボランティアとしての参加を呼び掛けている。			
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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 医療機関が利用者にとっての大切な社会資源であり、「医療情報伝達カード」に利用者一人ひとりについての必要な医療情報が記載されている。同じ複合施設内の地域包括支援センターや居宅介護事業所も、情報の取得先として重要な社会資源となっている。情報の取得源としては、市の担当課やデイサービス小部会も社会資源として重要であり、綿密な関係を維持している。			
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 a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 当事業所の管理者は、館長として同じ施設内の地域包括支援センターや居宅介護事業所を管理下に入れており、それらから得られる情報を共有し、地域の福祉ニーズの把握に努めている。年々規模が大きくなってきた「東部マルシェ」でも様々な取組を行い、地域包括支援センターや居宅介護事業所と協働して地域の福祉ニーズを拾おうとしている。老福懇親会でも、地域の福祉ニーズを含む多くの情報が得られている。			
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	① a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用者の「自主性」に着目した事業展開であり、利用者が作ったしめ縄を「東部マルシェ」で安価に販売し、地域に対して事業所の存在感を示している。管理者、職員は「地域共生」の意識が高く、複合施設全体で地域活動(地域清掃、交通安全週間の街頭監視等)に積極的に参加している。複合施設として、市と契約して福祉避難所登録をしている。			



## 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
<b>評価機関のコメント</b> 老人福祉センターや地域包括支援センターとともに同一建物内にあり、全体的な協力も行っている。通所(営業)時間中は、利用者一人ひとりの希望や生活習慣に合わせて過ごせるように努めており、レクリエーションなども集団的なものより個別のものに力を注いでいる。誤りなく実施できたか、満足が得られたか、職員が活躍できたか、などを考える仕組み作りに期待したい。			
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	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> プライバシー保護に関する規程、契約時の「情報提供同意書」の整備が確認できた。実際の場面では、会話する場所やトイレなどで他人の目や耳を気にしなくいいようになっている。サービス提供手順のとおり実施できているか、否かのチェックは行われているが、計画的・定期的実施ではない。それをする必要は感じている。			
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	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用案内の資料となるパンフレットを関係機関で入手できるようにし、ホームページからのダウンロードも可能になっている。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。利用契約前にお試し利用を行うことも可能である。			
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	①a ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 利用に関する契約事項を、書面(重要事項説明書等)を用いて説明するが、理解や納得の上での利用開始にするため、時間をかけて丁寧に説明している。通所介護計画やその他機能訓練などの関連する計画を変更したり更新する場合にも同意を取り、注意事項や同意を得る事項への理解が進むよう、書面を用いて説明している。			
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
<b>評価機関のコメント</b> 利用者が施設入所をするような場合、「アセスメント表」や「サービス記録」に基づく援助の様子を報告している。そのための専用書式は作成されておらず、伝達事項の統一・均一化が図られていない。サービス終了後も、必要に応じて連絡や相談を受けられる体制は整えている。併設する地域包括支援センターも、同様にその役割を担っている。			
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 ・ ⑥ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> 年1回のCS調査(利用者満足度調査)を行い、調査内容は毎年更新されている。法人内6事業所で同じ調査を行い、結果のまとめは法人本部で行われている。利用者への報告を行い、内容によっては質問への回答も行われる。調査の結果を支援に役立てることが望ましく、6事業所で同じ傾向があるとか、どこかで突出した好例がある、または批判的な回答が得られた場合などを分析し、原因を探り発展や改善につなげられたい。			

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 ・ ㉔ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>苦情受付から解決までの仕組みは規程として整備されているが、2年以上苦情は発生していない。ただし、日常の中では質問や要望が出ており、それらの中に苦情として取り扱うことが妥当なものは無かったか、その判断は苦情解決責任者(法人本部の課長)に委ねられる。実態からして、「業務の管理を一元的に行う」(運営規程第4条抜粋)管理者がその任(苦情解決責任者)に就けば、スピード感を持った対応が可能となる。</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	㉓ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>相談や意見を述べるのに様々な方法があることや、居宅介護事業所や地域包括支援センターなどの併設事業所も使えること、別途相談場所も確保できることは周知されている。ラインアプリが導入され、利用者側から休みの連絡が入るなどの効率化、簡易化が図られている。まだ始めたばかりで使用者は少ないが、日常的にスマートフォン等を使っている世代が利用の中心となる頃には当然の手段になりうる。</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 ・ ㉔ ・ 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、それをサービス内容を記録するソフトへIpadを使って入力している。これによって職員間で情報共有することが可能となり、いろいろなところから確認ができる。対応マニュアルの見直しは必要時に行っているが、定期的にマニュアルの内容と支援現場の対応とが一致していることを検証する仕組みはない。</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 ・ ㉔ ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>ヒヤリハット事例や事故事例は、報告書が作成されている。毎月リスクマネジメント委員会が開かれ、リスク係(管理者)が参加している。ヒヤリハット事例を委員会提出の資料としてまとめるのに、事務的負担が感じられる。援助記録ソフトにデータ集計機能が備わっていないかなど、確認されたい。是正処置、予防処置は明確な文書化が望ましい。</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 ・ ㉔ ・ 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。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、BCP(事業継続計画)の職員周知が必要である。BCPは作成済みであったが、その存在についての現場職員の認識に曖昧さがみられる。</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行っている。	高 39	㉓ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>法人共通の「災害対応マニュアル」があり、職員には「災害時対応カード」が配付されている。防災訓練を毎月実施しているが、その内の2回は法定の火災を対象とした訓練であり、それ以外の月は地震を想定した避難訓練を行っている。福祉避難所の一面も持っている。帰宅困難者を想定した備蓄も用意されている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
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	㉓ ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>標準化された各種のマニュアルがある。それらは「マニュアル集」としてまとめられており、職員はいつでも確認ができる。現場で手順を確認し、サービス提供方法がマニュアルに基づいているか確認している。問題があれば相談員会議や看護師会議に挙げて協議し、会議の内容(変更点等)はミーティングを通して職員に周知が図られている。</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
<b>評価機関のコメント</b> CS調査(利用者満足度調査)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の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なっている。見直しが必要なのか不要なのか判断する者を明確にすること、定期的な見直しを実施すること等が課題として残る。		
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
<b>評価機関のコメント</b> 通所介護計画の作成にあたっては、利用者一人ひとりについて希望や意向を確認し、前回の通所介護計画の実施状況のモニタリングを行い、職員への聞き取りを行っている。虐待の疑われるケースなどに対しては、地域包括支援センターへの報告により問題を共有している。		
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
<b>評価機関のコメント</b> 通所介護計画の定期的な見直しとして、6ヶ月に1回見直しを行っている。実施記録が具体性に欠けているとの職員意見があり、見直し時の適切な評価のためにも、日々の記録をさらに詳細に記述することが望ましい。		
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
<b>評価機関のコメント</b> 日々の記録はIpadで入力しており、職員間で情報が共有されることから支援内容や連絡事項をいつでも確認することができる。アセスメントや通所介護計画等が紙媒体で管理され、サービス記録がデータ管理となる。データは、条件を指定して期間やサービス内容を抜き出すことができる。市のグループウェア(いえやすネット)を使って、他法人の事業所(管理者や介護支援専門員等)や医師等とも情報を共有している。		
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
<b>評価機関のコメント</b> 規程により、利用者に関する記録は5年間の保存期間を設定して管理している。個人情報の取り扱いについては、職員間でルールを徹底するだけでなく、契約時に利用者や家族にも丁寧に説明し、同意を得てサービスを開始している。		

## 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
<b>評価機関のコメント</b> 利用者一人ひとりが望む形でのサービス提供ができるよう、極力集団的プログラムではなく、個別プログラムの実施に努めている。提供する内容や場所の問題などがあるが、生きがいにまつながることとして、しめ縄を作る作業が利用者には好評である。地域で販売したり保育園に持っていったりと社会参加と貢献を実現しており、しめ縄作りを働き甲斐にしている利用者も多い。		

	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
<b>評価機関のコメント</b>  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
<b>評価機関のコメント</b>  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	a ・ ⑥ ・ c
<b>評価機関のコメント</b>  利用者職員とが、日常的に会話を持つことを大切にしている。身体上の特徴や性格などを勘案して、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、新たな気づきなどを拾われたい。			
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
<b>評価機関のコメント</b>  利用者の人権への理解について、職員間に格差が生じている。権利擁護に関する内容の研修を計画的に実施しているが、その理解度を確かめたり、サービス提供のチェック場面で検証したりする仕組みがない。最新の情報を取り入れてマニュアルを更新するなど、人権啓発活動を日常的なものにすることを望みたい。			

## 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	⑦ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b>  利用者が生活する場所は広く、安静や休息もとれるベッドを多く用意している。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、同時時間帯の使用を避け、すべて個室になっている。同じ建物内の福祉センターの方に行く機会はあるが、共同イベントのときには移動して目新しさを感じることができる。			
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	⑧ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b>  利用者の状況や特性に応じて、一般浴、個室、座浴と、利用者一人ひとりに適した入浴方法で支援している。午前中入浴が基本であるが、午後の入浴希望にも対応できるようにしている。入浴の可否は、看護師がバイタルの結果や利用者の様子で判断している。自宅での入浴支援のために、機能訓練面でも相談や助言が行われている。			

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>必要に応じて、定期的にトイレ誘導を実施している。職員は連絡のためインカムを装着して業務にあたっているが、トイレで利用者から離れては危険な時や、排泄の状況上相談や報告が必要な時、大きな声で人を呼ぶようなことをしなくてすむようにして、結果的にリスク回避やプライバシー保護に役立っている。</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>送迎は6台の車を使用して日々行っている。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希望と必要に応じて配慮している。交通事故のないよう、添乗者がいる場合は、車外に出て後退する車の誘導をするなど、安全には十分に配慮している。</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、肉と魚のメインメニューが選べる選択食であり、給食検討委員会での検討も実施されている。「検食簿」には、検食を行う者だけでなく利用者の声を記入する欄がある。毎月手作りおやつをつくる機会があり、利用者も参加している。</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 ・ ② ・ 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適切な食事形態で提供しており、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、窒息の場合に、対応・救出することについてマニュアルはある。しかし、実際に行動できるかは慣れや経験が必要となるため、繰り返しの研修(模擬訓練)を通して習熟度を高め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	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>定期的に訪問する歯科衛生士が、職員に対して正しい口腔ケアの方法を指導している。特に、新たに配属された職員に対しては、詳細に指導が行われている。自立度の高い利用者は自身で食後の口腔ケアを実施しているが、終わった後で必ず職員が確認している。</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	① ・ b ・ c
<p>評価機関のコメント</p> <p>利用者の中には、自宅においては横臥して生活しているため発赤を生じている程度の褥瘡のリスク者はいる。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に、管理者や相談員、看護師を含む知識啓発チームを発足させる構想がある。</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	① ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>不定期ではあるが、PT(理学療法士)が訪れて利用者の状態を観察し、計画的に機能訓練を行っている。バイクこぎ運動が、利用者に好評である。その他にも、利用者それぞれに機能低下予防のための機能訓練を実施している。自宅で生活する上での相談助言や福祉用具の選定など、PTによる支援も実施している。</p>		
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 ・ ② ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>どちらかと言えば、認知症状のある利用者の方が多い。認知症でない人との共同生活の中では、双方に配慮が必要なことを職員は理解している。しかし、認知症ケアの自己評価達成項目数が、法人内の他事業所に比べると若干少ない。利用者の人権を尊重した援助のために、職員は「今後の研鑽が必要」と自己評価をしている。</p>		
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 ・ ③ ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>急変時は看護師に判断を仰ぐことができる。しかし、看護師を講師とする職員向けの研修が十分とは言い難い。介護職でも実施することが認められている医療に準じる行為や、高齢者の病気、薬などに関する知識・技術の向上のため、研修計画に組み入れて実施していくことが望ましい。</p>		
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> <p>非該当</p>		
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	④ ・ b ・ c
<b>評価機関のコメント</b> <p>連絡帳や電話などで、日常的に連絡を取っている。家族から意見や相談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。毎日の「送り」の前に、インカムを使って小ミーティングを行い、家族への伝達事項を確認して送迎支援にあたっている。</p>		
A-5 サービス提供体制		
		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
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> <p>非該当</p>		