

(様式第2号)

## 福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 霧島リハウオーク絆単人デイサービスセンター

評価実施期間 令和4年12月29日～令和5年3月10日

### 1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センター福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯四丁目2番6号

### 2 事業者情報

【令和5年1月23日現在】

事業所名称：(施設名) 霧島リハウオーク絆単人デイサービスセンター	サービス種別： 通所介護
開設年月日：平成28年3月31日	管理者氏名 外西 正博
設置主体：株式会社霧島リハウオーク絆	代表者 職・氏名 代表取締役 芦谷 浩祐
経営主体：株式会社霧島リハウオーク絆	代表者 職・氏名 代表取締役 芦谷 浩祐
所在地：〒899-5106 鹿児島県霧島市隼人町内山田1110-2	
連絡先電話番号：0995-73-3923	FAX番号：0995-57-5152
ホームページアドレス なし	E-mail kirishimarehawalk@tempo.ocn.ne.jp

#### 理念・基本方針

##### 理念

一步を全力で

(基本方針)

- ① 私たちはご利用様が自立へ向けて前進する想いを全力で支えます。
- ② 私たちはオンリーワンの施設を目指し、仲間を想いやり一丸となって挑戦し続けます。
- ③ 私たちは地域の皆様に最も必要とされる施設を目指します。
- ④ 私たちはそこまでやるかを平気でやります。

#### 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ① 自立支援の観点から、専門職による十分な評価・分析を行い、各利用者様にそれぞれのプログラムや環境を立案し、全職種で情報共有し、能力改善・維持を図っている。
- ② 心身機能面だけでなく、活動・社会参加を促し、家庭・社会の一員として役割や居場所を構築する努力を行っている。
- ③ 介護依存防止のため、できることは自分で行ってもらい、必要のない介助は行わないよう取り組んでいる。
- ④ 機能訓練室と食堂を分割することで、各々のペースに合わせた生活環境を整えている。

【利用者の状況】

定員 30名	利用者数 67名
--------	----------

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜添付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	1	12	25	27	2

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	0	1	15	25	11
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	9	5	1		

【職員の状況】

職 種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数	
	常勤(人)		非常勤(人)				
	専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1				1	1	
介護福祉士	1	1			1.2	1	
介護職	2	2	1	2	4.8	4	
機能訓練指導員	2	1		1	2.6		
看護師			1	1	1.0		
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	1人	非常勤	0人
			退職	常勤	1人	非常勤	1人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4・2年	
○直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数						4・2年	
○常勤職員の平均年齢						42・2歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						42・2歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年12月29日～令和5年3月10日
受審回数(前回の受審時期)	1回(令和元年度)

## 4 評価の総評

### ◇特に評価の高い点

- ・連絡帳に利用者自身で活動内容や感想などを記載し、機能訓練や介護予防に繋げており、利用者や家族が要望や意見を伝えやすい取り組みとしています。
- ・自立支援や自己決定の観点から連絡帳を活用してフィットネスマシンや脳トレーニング、畑仕事、飲み物などの選択、ポイント制を導入して利用が楽しみになるよう工夫し、利用者が楽しく利用できる環境となっています。
- ・広い機能訓練室でフィットネスマシンが充実しており、訓練指導員も看護師の他、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が在籍し自立支援に向けて充実した環境が整っています。
- ・隣接している療育センターの子供たちとの交流は楽しみになっています。
- ・職員の定着や働きやすい職場づくりに努め、基準以上の職員の配置で有給休暇や育休・介護休暇、急な休みなどに対応できる職員体制が整っています。
- ・食事に関して温かくて美味しいものを提供したいとの思いがあり、昼食の献立や味などに対し、利用者からおいしいと好評の声が聴かれており、食事を楽しみにされており環境整備も整っています。

### ◇改善を求められる点

- ・中長期計画作成に当たって具体的な取り組みにおいては数値目標の設定等、実施状況の評価が行える内容となっている事が期待されます。
- ・個人目標の設定、自己評価など評価結果の分析やそれに基づく課題を文書化して職員間での共有化を図る仕組みづくりを期待します。
- ・相談苦情に関する取り組みとして、第三者委員の設置が確認できませんでした。早急に第三者委員の選定と設置、事業所内に第三者委員の説明と周知、相談苦情受付担当者と相談苦情解決責任者の掲示を期待します。
- ・書面での活動風景通信やお知らせについて、定期的に配布をしていないとの事でした。活動報告の仕方についてさらなるサービスの質の向上を期待します。

## 5 利用者調査の結果(別紙)

## 6 事業者の自己評価結果(別紙)

## 7 第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまで当事業所にて取り組んできた、機能訓練や生活活動などについて評価していただき、大変嬉しく、今後の仕事の励みになります。今後も、ご利用者の生活を念頭に置いた支援が実施できるようにしていきます。

また、中長期計画の内容や、職員における目標設定や自己評価等の、改善が求められる点に関しては、改善を実施していきます。第三者委員の設置につきましても、早急に設置、周知等を行っていきます。

今回の評価結果をもとに、ご利用者がさらに安心してご利用され、地域に必要とされる事業所となれる様にこれからも頑張っていきたいと思えます。

## 福祉サービス第三者評価基準

## 【 共通版 】 令和2年3月31日改定

## 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。		
1	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。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>開設当初、職員で考えた理念と4つの基本方針が掲げられています。事業所内に掲示し朝礼時に唱和、会議等での確認で周知が図られています。パンフレットに記載し利用者、家族、地域への周知が図られています。今後、ホームページや広報誌等の活用で周知への取り組みを期待します。</p>		

## 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。		
2	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。	<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>インターネットから全国の情勢、霧島市のすこやかプラン等の情報を収集分析しています。また、霧島地区通所介護連絡協議会へ出席して情報交換し、居宅介護支援事業所からの情報も合わせて地域での特徴・変化等の経営環境や課題が分析されています。収集した情報は運営会議にて共有しデイ会議において職員へ周知しています。また、運営会議においてコスト分析や利用者の推移、利用率等の分析が行われています。</p>		
3	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。	<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画において「顧客視点」「業務プロセス」が掲げられ具体的な取り組みが示されています。経営状況や改善すべき課題については運営会議、理事会において共有し、デイ会議において職員への周知が図られています。経営課題の解決・改善に向けて単年度計画において感染症対策の徹底、利用率アップ、職員の定着、経費削減等、具体的な取り組みが行われています。</p>		

## 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。		
4	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。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>4項目の取り組みと「経営目標」「顧客視点」「業務プロセス」からなる具体的な中長期計画が策定されています。中長期計画は単年度計画へ反映され、上下半期毎に運営会議において評価・見直しが行われています。具体的取り組みにおいては数値目標の設定等、実施状況の評価が行える内容となっている事が期待されます。</p>		

5	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。	a・(b)・c
<p><b>評価概要</b>                  中長期計画に沿った単年度計画が策定されています。自立支援に向けた具体的な取り組みが示され、感染症対策の徹底、職員体制の安定化、利用者数目標設定などが掲げられています。単年度計画は運営会議において上半期・下半期毎に評価・見直しが行われ、デイ会議において職員への周知が図られています。具体的な取り組みについては数値化される目標や基本的な成果等を設定して実施状況の評価を行える内容にすることが望まれます。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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。	(a)・b・c
<p><b>評価概要</b>                  事業計画はデイ会議において前年度の事業計画の評価を基に作成、運営会議において調整の上、策定されています。上半期下半期毎にデイ会議、運営会議において評価・見直しが行われています。事業計画は事業所内に掲示するとともに、デイ会議において職員への周知と取り組みへの確認と意識の統一が図られています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・(b)・c
<p><b>評価概要</b>                  事業計画は施設内に掲示するとともに必要に応じて文書で配布しています。行事計画は連絡帳を活用したり、チラシを作成したりして周知されています。ホームページや広報誌の活用も期待されます。</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。		
8	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。	a・(b)・c
<p><b>評価概要</b>                  連絡帳や送迎時に利用者や家族から意見や要望を聞くようにしています。年1回、アンケート調査を行い、集計してサービスの質の向上に役立っています。デイ会議においてサービスの質についての確認と運営会議において検討・分析が行われています。自己評価については未実施で第三者評価は定期的に受審されています。年1回以上の自己評価が実施されることを期待します。</p>		
9	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。	a・(b)・c
<p><b>評価概要</b>                  中長期計画において「顧客視点」での考え方取り組みが掲げられ、事業計画で個別ニーズに対応したケア、自立に向けた支援、環境整備等が課題として明記され、職員間で共有されています。デイ会議において評価、改善策の検討、見直しが行われ、会議録で共有されています。サービスの質の向上に向けて自己評価の実施と課題分析、改善策の検討、見直しなど体制づくりが望まれます。</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。		
10	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。	(a)・b・c
<p><b>評価概要</b>                  管理者心得、運営規程、重要事項説明書に事業所の運営・管理に関する方針と取り組みが明記され、役割と責任についてパンフレットに掲載、組織内連絡網、マニュアル等で表明されています。平常時のみならず、有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限移譲等を含め連絡網やマニュアルにおいて明確化されています。職員会議や職員研修会でも責任体制を明確にし指導しています。</p>		

11	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 職業倫理規程、倫理綱領、行動指針が策定されています。管理者は集団指導や霧島市勉強会等に参加、遵守すべき法令等に関する情報収集を行っている。年間研修計画で人権擁護に関する研修を実施、職員への周知を図っています。アルコールチェッカーによるチェックと体調確認、交通法令遵守について職員への理解と周知が図られています。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 中長期計画において安全で良質な介護サービスの提供が掲げられ、単年度計画で利用者個別のニーズに対応した処遇、自立に向けた支援への取り組みが行われています。デイ会議や運営会議においてサービスの実施状況の把握と課題分析から改善に向けた取り組みが行われています。年間研修計画での内部研修と外部研修の活用でサービスの質の向上に向けて教育・研修の充実が図られています。</p>		
13	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 運営会議において経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事・労務・財務等を踏まえ分析が行われています。職員の働きやすい環境整備に向けて人員配置が強化され、休憩室の完備と休憩時間の確保が実施されています。管理者はミーティングやデイ会議において状況の確認と必要に応じて改善策の検討と改善に向けた取り組みを行っています。</p>		

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。		
14	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 中長期計画に人材確保と育成・組織づくり・働きやすい職場づくりが掲げられ、単年度計画で職員の定着に向けて職員体制の安定化の取り組みが行われています。新人教育プログラム、キャリアアップ制度が導入され研修の充実と研修意欲の向上が図られています。ハローワークや専門学校実習生への声かけ、今後は派遣社員も含めて人材確保に努められています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 介護職の職業倫理が作成されており「期待する職員像等」が読み取れます。人事基準、職能要件書で入職時に説明し周知されています。年2回、代表取締役による個人面談が行われ評価、意見や要望を把握し必要に応じて改善に向けた取り組みが行われています。今後、自己評価制度の確立が期待されます。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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組んでいる。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 年2回の個人面談、必要に応じて随時個人面談で職員の意向や要望の把握に努められています。毎月、有給取得状況や時間外労働など勤務状況が把握されています。年1回の健康診断、看護師による健康相談の実施など、心身の健康と安全確保に努められています。管理者が相談窓口となり介護休暇や育児休暇・有給休暇が取得しやすい環境づくりに取り組んでいます。短時間勤務や法人内異動などワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が行われています。</p>		

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>理念や介護職の職業倫理において「期待する職員像」が明確にされています。年2回の個人面談や必要に応じて随時、面談を行い個人目標の確認と進捗状況の確認が行われています。個人目標、目標水準、目標期限など自己評価、上司評価を含め文書による確認が望まれます。</p>		
18	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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念、介護職の職業倫理において「期待する職員像」が明確にされています。中長期計画においても有資格者の増員が掲げられ資格取得奨励とキャリアパス確立に向けた取り組みと職員への周知が図られています。年間研修計画が作成され内部研修と外部研修で充実が図られています。研修計画は随時、評価と見直しが行われています。</p>		
19	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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>入職時と資格取得時に把握し資格手当に反映されています。新人職員研修マニュアルを作成し新人職員への研修、外部研修による階層別・職種別・テーマ別研修も積極的に取り組まれています。資格取得も奨励され必要な外部研修に関する情報提供と人員配置を厚めにして参加しやすいよう配慮されています。個人目標の設定とそれに向けた研修計画の作成が期待されます。</p>		
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。		
20	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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>実習生受け入れマニュアルを整備し専門職種の特性に配慮したプログラムが用意されています。理学療法士の指導者業務研修へも参加しています。オリエンテーションにおいて実習内容の確認と実習期間中の記録のやりとりと評価、受け入れ先との連携が図られています。実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化される事が望まれます。</p>		

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。		
21	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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>理念・基本姿勢・サービス内容等はパンフレットで紹介、地域サロンへ出向いての事業所紹介やパンフレットの配布、SNSを活用してサービス取り組み状況など情報発信をしています。第三者評価受審結果について印刷物での閲覧可能な状況でワムネットに掲載されています。今後、ホームページや広報誌の活用で地域に向けての発信が期待されます。</p>		
22	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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>経理規程が策定されており職務分掌と権限・責任が明確にされ職員への周知が図られています。毎月、税理士による確認と経費削減などのアドバイスがあり改善に向けた取り組みが行われています。年1回、内部監査が行われるなど定期的な確認が行われています。</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。		
23	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画において地域との交流促進、地域とのかかわりを持ったサービスの充実が掲げられています。活用できる社会資源や地域の情報についてリスト作成、掲示板を利用して情報発信をしています。夏祭りやクリスマス会、運動会などへの地域住民の参加、小学生の職場体験受け入れ、移動販売の手伝いなど、交流が図られています。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>ボランティア受け入れのポイント、ボランティア受け入れマニュアルが策定されています。オリエンテーションにおいて注意事項の説明、約束事など交流を図る視点等で必要な研修、支援が行われています。中長期計画において行動の基本原則に学校教育への協力、教育機関としての役割として明文化されています。ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明文化が望まれます。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>地域の社会資源についてリストが作成されています。リストはいつでも閲覧できる状況で会議等を通して職員間での情報の共有化が図られています。霧島市通所介護連絡協議会の会合への参加、セラピスト連絡協議会へのズーム会議参加など、連携が図られています。霧島市の要請でセラピスト訪問事業や地域ケア会議への出席、困難事例検討会への参加等、共同して取り組まれています。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>運営会議においてグループ居宅介護支援事業所からの情報、地域ケア会議出席時や霧島市高齢者施策委員会からの情報等で地域福祉ニーズや生活課題の把握に努められています。</p>		
27	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>霧島市の依頼でのセラピスト訪問事業、サロン活動、小学生に認知症についての講話など地域貢献に関わる事業や活動が行われています。移動販売のお手伝いや無人販売所の提供、AEDの設置、福祉に関する相談窓口としての機能など、地域貢献が積極的に行われています。</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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所理念を定期的に朝の朝礼で管理者が唱和を担当し職員と一緒にすることで理念の理解を深める取り組みを行っています。職員研修では権利擁護についてや認知症ケア、身体拘束及び虐待防止等についての研修を実施し、権利擁護についての理解と周知を図っています。毎朝のミーティング時にケア内容や利用者の現状について情報共有を行い、利用者を尊重する支援に繋げています。</p>		
29	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>入浴時や排泄支援時は間仕切りや目隠し用のカーテン等を使用しプライバシーや人権に配慮したケアを実践しています。基本的なケア方法や姿勢についてマニュアルを作成し、入職時や朝のミーティング時に職員間で共有をしています。活動スペースでは利用者の嗜好や状況に合わせ、座席や活動内容に配慮を行っています。事業所のサービス姿勢等については契約時や担当者会議、送迎時などに本人と家族に伝えるよう取り組みを行っています。</p>		
Ⅲ-1-1 (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。		
30	Ⅲ-1-1 (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。	a・(b)・c
<p>評価概要</p> <p>事業所のパンフレットを作成し、利用希望者や契約時等の機会に提供をしており、パンフレットの内容についても毎月のミーティング時に確認を行っています。パンフレットについては霧島市役所や居宅介護支援事業所に配布し情報提供に取り組んでいます。現在ホームページは開設していませんが、SNSに日々の活動を掲載しています。今後、活動内容だけでなく、事業所で行った研修の様子や相談苦情等の情報の掲載を期待します。</p>		
31	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用契約時や担当者会議の機会に管理者や責任者、主任が重要事項説明書や契約内容、サービス提供について本人及び家族等に丁寧に説明を行っています。その際認知症の症状がある方や耳の不自由な方に対しては重要事項説明書等をもとにわかりやすいよう説明を行っています。サービス内容の変更等や災害時のサービス変更等のお知らせを配布し、重要事項等の説明については、事業者と利用者双方に確認のサインをもらうなどの対応を行っています。</p>		
32	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用終了やサービス変更後の相談受付担当として管理者および責任者や主任を中心に対応を継続して行っています。サービス終了の利用者に対しては使用していた連絡帳に担当者名を記載し、相談や問い合わせがある場合の連絡先を記載し返却をする取り組みを行っています。移行先への情報提供は支援方法やモニタリング内容等の情報提供を書面で行っています。</p>		
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者及び家族へのアンケート調査を年1回実施し、毎年2月に集計結果の取りまとめを実施しています。アンケートの集計結果は毎月のミーティングで報告し、内容について話し合いを行い利用者や家族に報告を行っています。担当者会議を利用者からの要望等の聞き取り機会として活用し、外出機会を増やして欲しいとの要望や入浴の順番を入れ替えてほしいとの要望があった際、ミーティングで検討を行い必要に応じて個別対応をするなどの取り組みを行っています。要望や改善対応について申し送り簿を活用し、職員間で共有を図っています。</p>		

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。		
34	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。	a・b・ <b>③</b>
<p>評価概要</p> <p>主任が苦情受付担当となり様々な意見に対して対応を行い、緊急性や重要性に応じて管理者や総括責任者と対応を行っています。事業所に意見箱を設置し、意見が述べやすい環境を整えており、定期的に意見箱の確認を行い、相談苦情の受付簿を作成し対応を協議し経過を記録として残し利用者や家族に報告しています。第三者委員については現在選定を進めている段階で、早期の選定と設置が望まれます。</p>		
35	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。	a・ <b>②</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>利用者や家族が相談苦情等の意見を述べやすいよう相談室を設置し、必要に応じて相談室で対応を行っています。重要事項説明書にて丁寧に説明を行い、利用契約時や担当者会議、送迎の際に直接意見を聞くことに心がけており緊急な事例に対してはすぐに職員間で話し合いを行っています。相談苦情担当者や第三者委員についての掲示物を作成し、事業所内や利用者及び家族等への配布と周知を進めることが望まれます。</p>		
36	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。	a・ <b>③</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>毎日のミーティング時に相談苦情や意見などを共有し、その場で対応ができる場合や対応策が実施できる場合は迅速に対応を行っています。職員間の情報共有についてはITを活用し情報共有を行っています。対応マニュアルの見直しについては定期的な見直し時期について決まっていますが、今後は職員研修等で実施できるよう検討を行っています。</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。		
37	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。	<b>①</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>管理者中心にリスク管理を実施しており、緊急時の対応マニュアルを作成し職員間で周知しています。職員研修では緊急時対応についてや感染症について研修を実施、職員のスキルアップに取り組んでいます。新人職員にケアマニュアルを手渡し、いつでも確認できるよう体制を整えています。職員研修時に関係機関等から情報収集し対応策等の改善の機会としています。ヒヤリハットや事故事例の収集を行い、再発防止や改善策の検討を図り職員間で共有しています。</p>		
38	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。	<b>②</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>センター長を中心として感染症予防対策や発生時の対応を行っています。感染症に対するマニュアルを作成し、年2回職員研修を実施することで職員のスキルアップを図り感染防止に取り組んでいます。看護師と連携を取り利用者及び職員の体調確認を行っています。入浴時に使用したシャワーチェア等その都度消毒を行い感染防止に努めています。コロナ感染防止においては職員は定期的に抗原検査キットにて検査を実施し健康観察を行っています。感染症に関するBCP（事業継続計画）については現在情報収集しながら作成について検討をしています。</p>		
39	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。	a・ <b>③</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>事業所内に通報装置を設置し、防災訓練を年2回実施しその中で消防署立ち合い訓練を年1回実施し、立地場所等を考慮した災害時の応援体制や連絡手順等の体制の確認を行っています。食糧備蓄について以前は実施していましたが今後について現在体制等の検討を行っています。災害時のBCP（事業継続計画）について現在情報収集を行い作成を検討しています。</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。		
40	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>サービスの標準的実践マニュアルを作成し、職員全員に配布を行い周知を図っています。内容については毎日のミーティング時に確認をする機会とし、新しい情報等があった場合は勉強会等で職員間で改善を行っています。新人職員へは新人マニュアルを作成し、実際の支援方法を確認を行い適宜指導を行っています。</p>		
41	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>年2回の運営会議や毎月のミーティング、職員研修等の機会に職員全体の意見が反映できるよう標準的な実施方法について見直しや検討をする機会としています。見直しについては利用者との日々の関わりや担当者会議、送迎時の情報を踏まえ、より安心してサービスが利用できる内容となるよう改善を行っています。</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。		
42	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>担当者会議出席者や主任を中心として一連の通所介護計画の作成に取り組んでいます。事業所独自の支援計画書様式を作成し、アセスメントやモニタリング等を反映できる内容の計画を作成しています。半年ごとのモニタリングでは送迎時に聞き取りを行ったり、必要に応じて実際に訪問を行い利用者毎の計画作成を行っています。計画作成の際は職員や専門職の意見も取り入れ作成をする体制をとっています。</p>		
43	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>半年ごとにモニタリングを行い担当者会議や送迎時に利用者や家族の意見の聞き取りを実施しています。職員にて現状について評価を行い、ケアマネジャーへ評価表を提出し連携を取っています。職員間で評価について毎日のミーティングで情報共有を図り、実際のサービスに反映できるよう体制を整えています。状態の変化があればケアマネジャーと連携を行い適宜対応を行っています。</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。		
44	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、職員間で共有化されている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>利用者のケース記録は担当職員がリハビリや入浴、ケア時の状況などの情報を総括し、手書きで記入をしています。特に詳細な記載が必要な場合は、直接対応をした職員が記載するようにしています。記録に関する研修会を実施しており、その資料や研修記録をもとに通所介護計画の目標に沿った内容が記載できるように繰り返し研修を行っています。</p>		
45	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>記録管理者を事業所にて設置し、契約時等に重要事項説明書にて管理体制や個人情報保護に関する事業所の姿勢等を説明しています。個人情報保護についてプライバシー保護マニュアルや規程を作成して入職時研修や職員研修で周知を図っています。記録に施錠管理されています。個人記録の廃棄は規程に基づき専門業者に依頼し処分を行っています。</p>		

## 福祉サービス第三者評価基準

## 【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

令和2年3月31日改定

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
	A-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。	○ a・b・c
	A-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。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について 利用者個々の連絡帳を作成し、連絡帳内の記載内容は利用者自身で記入をしてもらうなど自主性を重視した取り組みを行っています。活動参加についても基本的に利用者自身で決めて、ホワイトボード等に氏名を記入していただくなどの体制を取っています。自身で記入が困難な利用者についてはあらかじめ氏名を記載したものを準備しそれを張り付けて対応を行っています。サービスについてアンケートを年1回実施していますがそれとは別に活動についてのアンケートを実施し、利用者の意見に沿えるよう結果について検討を行い、活動等の内容の見直しに取り組んでいます。デイサービス連合会のスポーツ大会等の活動にも利用者と一緒に参加し生きがいに繋がっています。</p> <p>A-1-(1)-② 朝のバイタルチェック時に個々への声掛けや機能訓練時や入浴支援時に個別に利用者の思いや希望を聞き取れるようにしています。利用者の性格や特徴をスタッフ間で把握し関係性を構築できるようにアセスメントに反映しカルテにて情報共有しています。定例会やカンファレンスにてコミュニケーションの方法や支援についての検討・見直しを行っています。コミュニケーションに配慮が必要な利用者は言語聴覚士にて専門的に評価し適切に関われるようにしています。機能訓練や活動を通して会話の不足などが無いようスタッフ間で情報交換を行っています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>連絡帳については利用者本人に記載をお願いし、自由に意見を記載できるようプライバシーに配慮した取り組みを行い、自己決定につながる取り組みを行っています。権利擁護について個人情報保護等について職員研修を実施し、職員の意識向上やスキルアップに取り組んでいます。サービス提供時や送迎時には本人や家族の状況に対し変化等に気づけるよう取り組みを行い、小さな変化にも気づけるよう職員間で注意を行っています。権利侵害の可能性が見られた場合はケアマネジャー等と連携を図っています。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
	A-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。	○ a・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所内は明るさや過ごしやすい雰囲気、空間などを考慮しテーブルの配置や座席・活動スペースや設備など、環境整備を行っています。利用者個々の嗜好や趣味に合わせ活動内容についてアンケートや検討を行い、ランドゴルフ用のスペースを作ったり畑、販売スペースを整えるなど利用者が参加しやすい環境を整えています。送迎について本人の状況に合わせた送迎体制を整え、送迎時にトラブルが無いように乗車確認や時間等の確認を毎回実施しています。</p>		

A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
A-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。	(a)・b・c
A-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。	(a)・b・c
A-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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(1)-①について 入浴支援時はシャワーチェア等の福祉用具等について使用ごとに消毒を行い利用者が安心してサービスを受けることができるよう取り組みを行っています。浴室や脱衣所に間仕切りやパーティション等を設置しプライバシーに配慮した環境を整えており利用者の状況に配慮したケアを行っています。入浴の有無に関して本人の既往や季節、状況等をもとに、看護師や必要に応じて家族等の判断を受けてサービス提供を行っています。その際は時間をずらしたり浴槽につかる時間を調整するなどの配慮を行っています。入浴に関して家族やケアマネジャーと連携を行い情報共有に取り組んでいます。</p> <p>A-3-(1)-②について 利用者の状況や排泄形態に応じて個別に対応を行っています。介助が必要な際はプライバシーに配慮し支援方法や環境等の整備を行っています。必要に応じて水分量や食事状況、排泄の状態等を観察し家族やケアマネジャー、関係職種等と連携を行っています。おむつ利用者に対して定期的に排泄介助を実施し、安心して過ごすことができるよう支援を行っています。生活機能向上を目指し、理学療法士や作業療法士、看護師等の専門職と連携を行っています。</p> <p>A-3-(1)-③について 活動スペースにおいて利用者毎の移動方法を考慮し、車いすの方が自分で移動しやすいようにテーブルの配置や座席の配置をするなどを行っています。利用者の歩行状態に合わせた福祉用具の貸し出しを行い、福祉用具の点検やリハビリ器具の点検を週1回行っています。歩行状態について専門職の意見を取り入れ福祉用具の選定等を行い、機能向上や維持に向けての取り組みを行い、必要に応じて家族やケアマネジャーに報告を行っています。送迎サービスは利用者の身体状況に合わせた対応を行い、安心して通所ができるよう取り組みを行っています。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	(a)・b・c
A-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。	(a)・b・c
A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>A-3-(2)-①について 衛生管理マニュアルを作成し、管理栄養士を中心に衛生管理に取り組んでいます。献立については利用者に嗜好調査を実施し、要望等を考慮し管理栄養士が作成しています。食事は手造りで温かいものを食べていただきたいという思いで提供しており、利用者からもおいしいと好評を得ています。飲み物はお茶だけでなくコーヒーやジュース類など複数用意し利用者本人に選べるよう配慮をしています。食事の際は利用者の相性等を考慮し楽しく食事が取れるよう座席の配置を行っています。楽しみを持って利用できるよう事業所玄関にメニューボードを設置しています。</p> <p>A-3-(2)-②について 利用者毎の食事形態について看護師や管理栄養士、介護職員等の専門職が関わり、アセスメントを通して食事形態の対応を行っています。利用者の状況に合わせ、時間等は特に設けず自分のペースで食事ができるよう配慮を行っています。自宅での様子を家族等に聞き取りを行い、自宅でも自分で食事ができるよう環境整備や自助具等のアドバイスをしています。誤嚥や緊急時対応等を職員研修で実施し、万が一の事態に備え職員のスキルアップや連携の確認を行っています。</p> <p>A-3-(2)-③について：食事の前には口腔体操、嚥下体操を職員が中心になって行い、利用者と一緒に取り組むことで口腔機能の維持向上に取り組んでいます。利用者に対して口腔機能向上のため言語聴覚士や看護師などの専門職員がスクリーニングや義歯、口腔機能の確認や評価等を行い、介助が必要な利用者については必要に応じて介助を行っています。利用者の口腔機能の状況について家族やケアマネジャーと情報共有を行い介助方法や受診の必要性等について助言等を行っています。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>皮膚トラブルや褥瘡についてのマニュアルの整備を行い、褥瘡発生予防についてや対応について職員研修を実施し、職員のスキルアップに繋がっています。褥瘡の発生している利用者に対しては看護師が中心に入浴時に経過観察や処置等を行っており、褥瘡の状況について家族やケアマネジャーに情報提供を行っています。状況によっては必要に応じて医師とも連携を行い対応しています。</p>		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
A-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。		a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>経管栄養の利用者が通所の際は言語聴覚士や看護師が対応を行っています。看護師資格を持っている職員を4名配置しており体制は十分整っています。経管栄養が必要な利用者は現在1名在籍しており、通所の際も安心して利用ができています。現在の状況では介護職員が医的ケアを行う機会はありません。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A-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。		<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>担当者会議等の機会に利用者の希望を確認し、通所介護計画やリハビリ計画に様々な活動を取り入れて機能訓練や介護予防に自主的に取り組めるよう配慮を行っています。それぞれの活動にポイント制を導入しており、活動に参加したり役割を果たすとポイントが獲得できるため利用者が意欲をもって活動に取り組める仕組みになっています。ポイントは飲み物などに還元でき利用者の楽しみにもつながっています。無人販売所を設置し、事業所で栽培した野菜類の販売を行うことで地域交流や役割提供、意欲の向上と機能訓練に繋げています。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。		<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>認知症の症状がある利用者のケアに対し、職員間で話し合いを行い試行錯誤を繰り返してケアを行っています。中～重度の方に対しては手厚いケアを心がけ、本人が夢中になれる活動の提案を行っています。話をする機会を意識的に設けたり、機能維持のため入浴の順番に配慮をするなど個別対応を心がけています。送迎時などに家族の状況を確認し、必要に応じて声掛けや話の傾聴、助言等行いフォローを行っています。認知症ケアについて職員研修を実施しており、必要に応じて専門職との連携や情報収集、ケア内容の確認と見直しを行っています。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
A-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。		<b>(a)</b> ・b・c
<p>評価概要</p> <p>通所時にバイタルチェックや健康観察を実施し体調把握に取り組んでいます。事業所内に通報マニュアルを掲示し、職員研修では消防への連絡や緊急時の対応などの研修を実施し、必要に応じて法人内の訪問看護職員と連携を行っています。個人カルテの最初のページに緊急連絡先や既往、病状などをまとめた一覧を記入し、緊急時にスムーズに対応ができるよう取り組みを行っています。利用者の服薬について一覧表を作成し、連絡帳に薬や自宅鍵などを準備していただき送迎時に確認をするよう取り組みを行っています。事業所にAEDを設置し、使用方法については職員研修を実施し職員のスキルアップや非常時に備えています。</p>		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
A-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。		a・ <b>(b)</b> ・c
<p>評価概要</p> <p>担当者会議やモニタリングの際に家族に近況報告を行ったり、介護方法について実演や助言等を行っています。日頃から連絡帳を活用し日々の状況やお知らせなどを行っています。新型コロナ流行を受け面会や家族との交流の機会は減少していますが、状況に応じて外での面会等に切り替えて対応を行っています。誕生月では写真入りカレンダーの記念品を手渡し利用中の様子をお知らせしています。書面での通信や便り等は現在行っていないようですが県外の家族等も利用者の様子が見えると喜ぶと思われるので、要望等があれば検討を期待します。</p>		