

(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 在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園  
評価実施期間 令和5年9月1日～令和6年1月12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9月23日現在】

事業所名称：在宅老人デイサービスセンター鹿屋長寿園 (施設名)	サービス種別：通所介護、介護予防通所介護
開設年月日：昭和63年1月18日	管理者氏名 小中原 陽子
設置主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者 職・氏名 理事長：池田 志保子
経営主体：社会福祉法人 恵仁会	代表者 職・氏名 理事長：池田 志保子
所在地：〒893-0024 鹿児島県鹿屋市下祓川町1822番地	
連絡先電話番号：0994-44-7161	FAX番号：0994-44-7831
ホームページアドレス <a href="https://www.kanoya-choujuen.jp">https://www.kanoya-choujuen.jp</a>	E-mail <a href="mailto:choujuendey@po5.synapse.ne.jp">choujuendey@po5.synapse.ne.jp</a>

#### 理念・基本方針

##### 【理念】

あなたに応じた自立を支え、目的があるから  
通いたくなるデイサービスを目指します。

##### 【基本方針】

ひとり一人の個性を尊重し、能力を生かしながら心身の機能維持・向上が行えるよう支援する。ご家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることで安心して在宅生活が継続できるよう相談又は助言を行う。地域の方との関わりを増やし地域の一員としてお互いに支えあえる関係作りに努める。

【施設・事業所の特徴的な取組】

【個別機能訓練】専属の機能訓練指導員が在宅での生活を評価し反復した訓練を実施するので退院後の自宅での生活も支援します。

【中重度ケア】中重度ケアに必要な職員配置を行い要介護度が重くなってもそれぞれのニーズと能力に合わせた活動の提供と、特浴機又はリフト浴による入浴提供が可能です。

【認知症対応・予防】認知症になっても住みなれた家での生活が続けられるよう、本人主体の関わりを行います。また認知症ケアに関する専門研修を修了した職員を毎日配置しております。

【感染症対策・災害対応】感染症や災害が発生した場合でもご利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供できるよう指針に基づき業務継続に努めています。

【利用者の状況】

定員 50	利用者数 131
-------	----------

※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)	3	7	36	74	11

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)	3	3	21	30	38
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	19	13	4		

【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	
生活相談員		6			1	1	
介護職員	5	6	5		14.4	10	
看護職員		3		1	4	1	
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	2人	非常勤	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						・ 7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						・ 7年	
○常勤職員の平均年齢						・ 41.6歳	
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						・ 41.6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5年9月1日～令和6年1月12日
受審回数（前回の受審時期）	3回（令和2年度）

### 4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>○人材確保と働きやすい職場づくりについて</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・中長期計画において地域福祉の維持向上と地域包括ケアシステムの構築を担える人材育成と獲得を目標に8つの「福祉人材・獲得プロジェクト」に取り組まれています。</li><li>・求められる職員像が明確にされ、無資格者ゼロ・スキルアップの支援として資格取得へむけて研修の充実と参加しやすい環境、費用の補助、報奨金支給等、取り組まれています。また、人事考課表・人事考課面接で個人目標の設定と確認が共有され、法人内キャリアパスによりキャリアアップが可視化され目標が明確にされています。</li></ul> <p>○働きやすい環境づくりについて</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・法人保育所利用やノーリフト対策、メンタルケア、有給休暇取得率向上、ノー残業デイの制定、ワークライフバランスに配慮した勤務形態と法人内移動など継続的な取り組みが行われています。更に令和5年4月より今後、多様性を見据えた業務のあり方や働き方について検討・実施に向けて「スマートジョブプロジェクト」を立ち上げ取り組まれています。</li><li>・理学療法士、作業療法士、針きゅうマッサージ師、看護師と多様な職種とリハビリ機器の導入により身体機能の維持向上が図られています。また職員を厚く配置し機能訓練やレクリエーションが充実しています。</li></ul> <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・食事提供が外部委託に変更になり、新型コロナウイルス流行前に行っていた料理クラブやそば打ち、餅つき、行事食等のサービス提供が中断している状況です。可能な範囲での再開の検討を期待されます。</li></ul>
---

### 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

中長期計画の一つである福祉人材・獲得プロジェクトの取り組みを、人材確保と働きやすい職場として評価をいただき大変嬉しく感じています。働きやすい環境については、今後も法人プロジェクト活動を通し一人一人のスタッフの環境や働き方に柔軟な相談・対応をしながら離職防止に繋げて参りたいと考えています。

・福祉サービス第三者評価基準【共通版】評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 35番 Ⅲ-1-(4)-②について。相談室を設けるスペースがなく修繕に関しては計画的に予算を含め進めて行く必要があると考えています。ただ、現在の相談室での対応に関して相談者よりご意見・ご指摘を頂いたこともなく、ご家族へも利用中の様子を確認しながら相談に対応させて頂けています。その他ご希望があれば、長寿園玄関前の個別室(プレハブ)もご使用いただけますが、ご利用者の移動等も考慮すると迅速にその場で対応できるのはこれまでから使用している相談室と考え、更に安心してご相談頂ける環境として整えて行きます。

・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)】A-3-(2)食生活について。現在調理クラブ又はそば打ち・餅つきの実施をしていない理由として新型コロナウイルス感染拡大防止もその一つですが、個別機能訓練や入浴・認知症加算に関連する訓練実施に介護福祉士などの専門職種を手厚く配置し、ひいては科学的介護推進連携加算に繋げることに専念しています。また、外部委託先は地元の業者と連携しコロナ禍であっても双方の活躍の場として導入検討を重ね、行事食としてのメニューも検討させて頂いております。またそれ以上に一人一人のご利用者の食事形態・嗜好・治療食・嚥下状態などの心身状況に合わせた食事提供が行えるよう専門職種で話し合った結果を密に連絡相談を行っている事から、食事をおいしく食べられる工夫又は利用者の心身の状況に合わせた食事の提供・支援が行えているのではと考えます。今後は夕食の手配まで視野に入れ、より在宅に必要な事業所として進化していきたいと思っております。

## 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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-1 (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                      法人理念を基本に全職員で考案した事業所理念と基本方針が掲げられ、ホームページ・パンフレットに記載するとともに事業所内に掲示、職員はネームプレートに記載し携帯しています。理念・基本方針は事業所の使命、目指す方向性が読み取れる内容となっており、職員の10の心得と合わせて職員の行動規範となっています。家族会や満足度調査等で利用者・家族への周知状況の確認とケアの振り返りが行われています。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-1 (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・c
<p><b>評価概要</b>                      法人として社会福祉事業全体の動向、地域の各種福祉計画の策定動向と内容を把握し、毎月の法人会議・在宅会議において情報の確認と共有が行われています。在宅会議において事業所の稼働率や加算取得状況が報告され、課題分析・対応策の検討が行われています。利用状況等、毎週メールで発信し法人内の連携が図られています。</p>		
3	I-2-1 (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・c
<p><b>評価概要</b>                      法人会議・在宅会議において職員体制・人材育成・財務状況等、現状確認・課題分析を行い、対応策の検討が行われています。出された課題・対応策についてはデイ会議において職員に周知し、加算取得維持のための人員配置や管理栄養士の配置・稼働率アップに向けた対応等、改善に向けた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 (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) -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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                      法人として経営戦略の中期重点項目としてサービスの質の向上、人材確保・人材育成、入居率、稼働率の向上、生産性向上が掲げられ、2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクトスマート・ジョブプロジェクト等の具体的な取り組みが行われています。中長期計画は単年度計画に反映し実施状況の確認と評価が行われ、必要に応じて随時、見直しが行われています。</p>		
5	I-3-1 (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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                      中長期計画に沿った年度事業計画が策定されています。中期重点項目の他、リスクヘッジ・介護報酬に向けた取り組み・物価高騰対策・働き方改革等を具体的に示し、実施状況の評価が行える内容となっています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は前年度の事業計画の評価を基にデイ会議等で話し合い策定されています。研修計画や行事計画等、毎月のデイ会議において実施状況の確認を行い、半期毎に評価、必要に応じて見直しが行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は誰でも閲覧できるよう玄関カウンターに掲示し、また家族会でプロジェクターを利用して説明と周知が図られています。行事計画等は毎月の便りや法人インスタグラムを活用して周知と実施状況を報告しています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画重点項目にサービスの質の向上が掲げられ、年度計画において具体的な取り組みが行われています。「利用者処遇改善」「安全管理」「業務改善」の3つのプロジェクトが活動しており、各プロジェクトチームは活動内容の確認と課題抽出等、毎月のミーティングで話し合いデイ会議において報告されています。年1回、満足度調査（アンケート）と居宅支援事業所ニーズ調査を行い、集計と評価・分析が行われています。第三者評価の定期的受審も継続されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>満足度調査（アンケート）結果は集計し、課題抽出と改善策や改善計画の策定に向けた話し合いが持たれています。利用者満足度調査の結果や改善に向けた取り組み等については便りやホームページ上で公表、改善策や改善の実施状況はプロジェクトチームが主となり評価と必要に応じて見直しが行われています。照明のLEDに変更や趣味活動の充実、作品の持ち帰り等、具体的な改善が行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>組織図、職務分掌、役割等の基準が作成され、運営基準で業務管理・職員管理と役割が明確に提示されており、法人機関紙やデイ便り等でも表明されています。デイ会議や各種会議への参加において表明し周知が図られています。有事における役割と責任について、不在時の権限委任等も含め組織図や各マニュアルに明記し職員へ周知されています。</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</p> <p>法令遵守規定が策定され職員への周知が図られています。法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加、内容は必要に応じて会議等で職員へ周知し、積極的に法令遵守に取り組まれています。年度初めに法令遵守に関する勉強会を開催し、交通安全管理者が配置され送迎前のチェックや確認が毎日実施されています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>「利用者処遇改善」「安全管理」「業務改善」の3つのプロジェクトが活動しており管理者は各会議に参加して評価、分析、助言、改善に向けた取り組み、連携強化など積極的に指導力を発揮しています。年2回の個人面談、必要時には随時、面談を行い、職員一人ひとりの能力や適性、思いや意見の把握に努めています。また、年間研修計画、職員一人ひとりの研修の充実も図られています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人会において経営状況や職員の勤務状況等を確認し課題分析を行い、各プロジェクトにおいて改善策の検討と改善に向けた具体的な取り組みが行われています。令和5年4月より「スマートジョブプロジェクト」が立ち上がり、多様性を見据えた業務のあり方や働き方について検討をして、可能な物から実施していく体制となっており管理者も指導力を発揮しています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画において2025年に向けた福祉人材育成・獲得プログラムが立案され重点項目として人材獲得・人材育成が掲げられています。事業計画においても人材獲得が掲げられ、職場環境を活かした募集・離職者ゼロに向けた環境作り・法人内移動・求人情報誌、法人求人広告の紹介、SNSを活用しての事業所の様子や取り組み内容の発信等、具体的な取り組みが行われています。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクトで求める人材像が介護理念として掲げられ、職員の10の心得等で期待する職員像が明確にされています。人事基準を策定し職員へ周知されています。また、キャリアパス制度、人事考課制度が確立されています。年2回、人事考課シートにより自己評価・上司評価が行われ、目標管理、本人の意向確認が行われています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員の就業状況は毎月の法人会議で把握し労務管理が行われています。人事考課シートで本人の意向が把握されています。事業計画で働き方改革が掲げられ有給休暇取得奨励や適正な労務管理等、具体的な取り組みが行われています。処遇水準については令和5年4月より多様性を見据えた業務のあり方や働き方について検討、改善に取り組むプロジェクトが立ち上がっています。</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>期待する職員像が明確にされ、人事考課シートで業務目標、個人目標の設定や今後、取得した資格等が確認され、年2回の個人面談を通して進捗状況の確認、評価、見直しが行われています。中長期計画に「職員のスキルアップと働き甲斐を支援する」が掲げられ、法人内研修・外部研修の充実と研修費用の補助、勤務時間内での受講、資格取得者への報奨金の支給等、具体的な取り組みが行われています。</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>「期待する職員像」が明示され、中長期計画において「無資格者ゼロの達成」が掲げられ、法人内キャリアパスにより、キャリアアップを可視化し目標が明確にされています。法人内研修、事業所内研修の充実、外部研修（オンライン研修）等へ計画的に実施されています。研修計画は定期的な見直しと随時、変更が行われています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  人事考課シート、面談で知識・職務能力、資格取得状況、今後取得したい資格等が把握されています。キャリアアップが可視化し、目標が明確になり職員の目指す将来像が共有されて法人内でキャリアアップを支援する体制が構築されています。新人・中途採用者向け研修マニュアルが作成され、マニュアルに沿って個別的なOJTが実施されています。外部研修については積極的に派遣し費用負担や勤務調整等、支援体制が整っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  中長期計画において「福祉教育支援に取り組む」が掲げられ、基本姿勢として明文化されています。実習生受け入れマニュアルを基に、実習要綱に沿ったプログラムを作成し、事前打ち合わせやオリエンテーション、終了後の話し合いやアンケート調査等、継続的な支援が行われています。実習指導者の研修も実施されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  ホームページや年3回発行の機関紙上で法人・福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報、第三者評価結果や相談苦情体制等は、適切に公開されています。行事案内や活動報告等は毎月発行のデイ便りや随時、SMS上で発信されています。</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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  経理規程、職務分掌により事務、経理、取引等に関するルール、権限・責任が明確にされ、職員等に周知されています。年1回の外部監査、内部監査、毎月の公認会計士による会計監査が行われています。監査結果や指摘事項等、法人会議、在宅会議、デイ会議において共有され、経営改善に取り組まれています。</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><b>評価概要</b>                  法人で地域包括ケアシステムの構築に取り組まれており、地域住民が安心して暮らせる地域づくりを展開されています。地域社会資源は掲示板を利用したり、ファイリングして必要に応じ利用者に提供しています。民生委員の火災訓練への参加や法人行事の総合講座、運動会や夏祭り等への地域住民参加、地域サロンへの出前講座等、地域住民との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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  ボランティア受け入れに関する基本方針、受け入れマニュアルが整備され、ボランティア養成講座も開催されています。「福祉教育支援に取り組む」も中長期計画に明示され、小中学校等の受け入れもあり、職場体験や交流学習の機会が提供されています。ボランティア養成講座やオリエンテーションにおいて注意事項の説明や声かけの仕方等、スムーズな交流ができるよう支援されています。</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や資料を作成し、職員へ周知、情報の共有が図られています。大隅地区事業所連絡協議会に参加して連携が図られています。認知症サポーター養成講座や徘徊対処訓練、養成講座、オレンジカフェ、地域ケア会議への出席等、具体的な取り組みが行われています。</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>民生委員からの情報、外部ケアマネージャーからの情報、法人在宅会議での情報、ケアマネージャーへのアンケート調査からの情報等から地域ニーズや生活課題、送迎時に家族からの話を聞く等、利用者ニーズの把握に努めています。また、見守り隊として地域に出向く事により現状を知る事ができています。</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>山間部への買い物バス運行、地域サロンへの講師派遣、出前講座の開催、認知症サポーター養成講座、ボランティア養成講座の開催等を計画的に実施、恵仁会捜索支援ネットワーク（認知症高齢者見守りネットワーク）が設置されています。また、災害時の避難場所として施設の提供、保存食の準備等の備えや支援の取り組みが行われています。法人機関紙「フリーズ」を通して情報発信がされています。</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) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人理念や事業所理念について新人職員や中途採用職員に入職時に研修を行い理解を深める取り組みを行っています。積極的に外部研修や安全委員会を中心に権利擁護の内部研修を実施し、職員間で権利擁護に対し知識の向上に努め、外部研修の内容については研修結果を内部にフィードバックして共有を行っています。また毎月デイ会議を行い全事業所スタッフに資料や会議録を回覧しています。</p>		
29	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>プライバシー保護や個人情報保護マニュアルを整備し、事業所の取り組み姿勢について広報誌や利用契約時等に丁寧に説明を行っています。浴室やトイレは個室や仕切り等を設置し安心して利用できるよう配慮がされています。</p>		
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。		
30	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所のパンフレットや広報誌を居宅介護支援事業所や関係機関、法人系医療機関に配布を行い、多くの方に見ていただけるよう取り組みを行っています。広報誌の掲載内容について職員や利用者からの提案や意見を参考に適宜見直しを行い、活動風景写真を掲載したり読みやすいよう表示する等、活動内容の周知ができるよう工夫を行っています。</p>		

31	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 福祉サービスの説明は相談員が担当し、説明に当たっては利用者本人がサービス内容を理解しやすいように、言葉カードを取り入れ丁寧な説明を行っています。サービスの見直しについては3ヶ月毎に日々の関わりを通して自己決定しやすい環境を作り、サービスの実施に当たっては家族の意見等もしっかり聞き取りを行いモニタリングを実施しています。</p>		
32	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス終了時やその後も管理者や相談員が中心となり、不安や相談等の対応を行っています。サービス変更については継続して福祉サービスが受けられるようアセスメント表やモニタリング表、通所介護計画等、必要に応じてケアマネージャーや関係機関と情報共有を行い、不安なく生活が送れるよう体制を整えています。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者や家族向けに年2回定期的にアンケートを実施し、回収についても利用者や家族に協力をお願いし、できるだけ多くの回答や意見が述べられるよう取り組みを行っています。アンケート結果については集計後に前回の数値と比較と分析を行い、サービスの向上に繋がるように配慮し、結果についても利用者や家族に報告を行っています。家族会として年1回事業所内で行事やレクリエーションを開催し、その機会などに直接報告を行っています。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 第三者委員説明の掲示物を事業所内に利用者が見やすい場所に掲示しており、利用者が第三者委員について理解しやすい環境を整備しています。また契約時やアンケート実施時に第三者委員制度について説明を行っています。相談や苦情についてはホームページに掲載し多くの人が確認できるよう取り組みを行っています。管理者中心に対応を行い、内容について毎日のミーティングや必要に応じて話し合いを実施し対応を協議し記録を作成しています。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要 日々の関わりを通して利用者が話しやすい雰囲気や環境を整えています。事業所内に意見箱を設置しています。直接意見を聞くことができます。連絡帳を活用し直接話しにくいこと等は記載ができるよう配慮しています。利用者から直接話があった場合は相談スペースにて対応しプライバシーに配慮をしていますが、相談室があるとさらに利用者にとっては安心して相談できると思われれます。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 相談苦情解決実施要綱を作成し職員間で周知し、実際にはフローチャートをもとにスムーズな対応を行っています。マニュアル等の見直しについては事例をもとに必要なに応じてその都度改善を行っています。3ヶ月毎のモニタリング時に利用者本人の意見や相談事を把握し、毎日のミーティングやデイ会議等において検討を行いサービスの向上に取り組んでいます。</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・c
<p>評価概要 法人で安全委員会や事業所で安全管理班を設置し、安心安全な福祉サービスが提供できるようにサービス内容の改善や事故防止等の取り組みを行っています。事例収集を積極的に行い安全管理班だけでなく職員全員で事故防止に取り組んでいます。法人研修だけでなく安全管理班中心に自主研修を実施し、福祉サービスの向上に取り組んでいます。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要                  感染症の発生に特に注意を行い、利用者の所属ごとに座席の配置や送迎、入浴の場面において感染に繋がらないように工夫を行っています。感染症に関する研修は法人研修だけでなく事業所の看護師やプロジェクト班が中心となり自主研修を実施しています。コロナ流行時期は座席表を2週間保管し、対策に役立てる等の取り組みを実施し安全確保の取り組みを行っています。</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・c
<p>評価概要                  台風など事前に予測ができる場合は入浴サービスは利用者の状況に応じて優先順位を参考に実施し、事業所で自家発電を設置したり、備蓄を行い非常時に備えています。年間計画において防災訓練を年2回実施し、災害時に迅速に対応できる体制を整えています。安否確認について利用者は電話連絡を実施、職員は電話やSNSを活用しています。災害時は事業所として地域に活用できないかと検討し、地域との話し合いに参加しています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要                  標準的な実施方法について独自のマニュアルを作成し職員10の心得等、入職時に研修を行っています。マニュアルは職員がいつでも確認できるよう保管してあります。新人職員にはプリセプター職員を配置し研修にあたり、1ヶ月毎に振り返りを行っています。事業所全体で育てていくという考えで職員全体で取り組む方針となっています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要                  標準的な実施方法を見直す機会として安全管理班や利用者処遇班、業務改善班等のプロジェクト班が定期的実施していますが、利用者アンケートや事例が発生した際にも見直しをする等、迅速に対応を行っています。職員からの意見を募る目安箱を設置し、安全管理委員会が中身の確認を行い、標準的な実施方法の見直しにもつなげています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要                  管理者や相談員を中心に通所介護計画を作成し、3ヶ月毎にモニタリングを実施しています。各職員も通所介護計画作成に関わっており、作成において利用者や家族の意見、事業所職員の意見や関係事業所の職員の意見を反映した計画を作成しています。通所介護計画の内容については1ヶ月後と3ヶ月後にも内容を確認し、計画に反映させています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要                  通所介護計画において、1ヶ月後と3ヶ月後に経過等を確認し、その際は職員や本人及び家族、ケアマネジャー等の関係職員と連携しモニタリングを行っています。通所介護計画の内容については職員間で一覧を作成し回覧をすることで職員間で周知を図っています。ある事例としてサービス提供中に短い時間を取ってサービス内容の話し合いを行い、1~2週間継続した後に振り返りを行う等の取り組みを行っています。</p>		

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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>日々の支援記録は手書きを基本に行っていますが、タブレット端末を導入し利用者の情報共有ができるようにデイや看護師・浴室等に配置し活用しています。日々のミーティングやデイ会議やカンファレンス、法人会議や在宅会議等を月1回開催し、情報共有に取り組んでいます。記録方法やタブレット端末活用について職員間で差異があったため、職員で互いに確認を行う等して差異が少なくなるよう取り組んでいます。</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。	a・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人において個人情報管理規程を定め、個人情報管理責任者・個人情報管理者を配置し、適正な遂行が図られています。更に個人情報保護方針等を作成し、職員間で周知を行っており、年間計画において個人情報についての研修を実施し、職員の知識向上に取り組んでいます。記録管理責任者は管理者となっており、職員ごとに個別のIDやパスワードを設定しパソコンを使用しています。個人情報の取り扱いについては契約時やSNS、広報誌等で利用者や家族に説明を行っています。</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</p> <p>・通所介護計画の経過について1ヶ月後と3ヶ月後にモニタリングを行い、利用者や家族の意見を反映できるよう取り組んでいます。利用者と家族の意見が異なることがありますが本人たちの意見を尊重し、ケアマネージャーや関係職員の意見も聞きながら支援を行っています。活動内容について毎日のレクリエーションは3種類提供し、利用者が希望する活動に参加できるよう工夫を行っています。送迎時やバイタル確認、日々の関わりから本人の体調を確認し、その日の状況に合わせた支援を行っています。</p> <p>A-1-(1)-②について</p> <p>・朝の送迎時には名前の呼びかけを行うだけでなく、さりげない会話を行う等、一人ひとりにコミュニケーションを大切にされた支援に取り組んでいます。日々の関わりや支援を通して声掛けを行い、利用者の意見や他者交流の橋渡しを心がけて楽しく活動に参加ができるよう職員全体で取り組んでいます。利用者の心身の状況に合わせて、コミュニケーションの方法やタイミング等を職員間で共有することで利用者が話しやすい環境作りの関わりを行っています。</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)・-・c
<p>評価概要</p> <p>・職員は携帯している職員証に「？」マークも携帯しており、支援中において職員が疑問に感じた場合に相手職員に「？」を示すことで権利侵害や不適切な支援について確認をすることができる取り組みを行っています。この取り組みを行うことで未然に権利侵害や不適切な支援を防ぐことができ、早期発見や職員の意識向上に繋がっています。法人研修に加え事業所においても安全管理班や利用者処遇班等のプロジェクト班が中心となり研修を実施し、権利擁護に取り組んでいます。</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>・利用者が快適に過ごせるように利用者や家族からの意見と職員からの意見も取り入れゆっくり休めるようベットや和室を設置する等、環境整備に取り組んでいます。感染症対策についてアクリルボード設置や座席間の調整、手指消毒や温湿度の確認等を実施し、毎月管理者に報告を行っています。床材を絨毯からフローリングに変更することで安心して移動ができるよう環境整備を行っています。</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</p> <p>・利用者の状況に合わせて特浴やリフト浴・個浴等、安心して入浴が出来るよう環境を整えています。浴室の入り口を2箇所設置し、職員の導線確保や利用者が移動しやすいように、またプライバシーにも配慮し不安なく入浴が出来るように工夫がされています。入浴剤を使用するイベント浴等を計画し、利用者が楽しみをもって入浴出来るよう取り組みを行っています。入浴に当たっては日々の体調確認はもちろん、当日に体調に変化がある場合は入浴の判断基準について医師や看護師、家族等からの指示を受けて実施しています。</p> <p>A-3-(1)-②について</p> <p>・事業所には個室や洋式トイレ等、利用者家庭の状況に合わせてホールに2ヶ所、大浴場に1ヶ所のトイレを設置しており、プライバシーに配慮しながら安心して排泄ができるよう環境を整えています。排泄に関して職員しかわからない表現を使用したり、意思表示が困難な利用者に対して周囲に配慮ができるよう言葉カードを作成し、トイレの要望があったときに活用してもらう等して個人の尊厳を尊重した支援を行っています。日々の排泄物の状況について必要に応じて観察を行い、家族や関係機関に報告を行っています。</p> <p>A-3-(1)-③について</p> <p>・ホール内の床の材質を絨毯からフローリングに変更し、安心して移動ができるよう環境整備を行っています。移動に必要な福祉用具の貸し出しを行っており、訓練士によって歩行状態や福祉用具の使用等について検討を行い、プロジェクト班が福祉用具の管理を行っています。朝の送迎時は送迎表を作成し、送迎時に体調やバイタルを記載し、送迎後はバイタル表に転記し職員間で情報共有に繋げています。車両について毎朝乗車前に点検を行い、安心して送迎が利用できるよう取り組んでいます。事業所での移動の様子を撮影し、家族や関係者に報告をすることで連携を図っています。</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</p> <p>・食事について外部委託となっており、利用者からはおいしいとの意見が多く聞かれました。座席について利用者の相性や食事の摂取状況に配慮し、楽しく安心して食事が取れるよう配慮を行っています。以前は行事食の提供をしていましたが、現在はおやつを工夫することで季節を感じる事ができるよう支援しています。新型コロナウイルスが流行する前は料理クラブの活動を行い、献立や食材を利用者に計画してもらい実施をしていました。</p> <p>A-3-(2)-②について</p> <p>・献立や食事形態については委託先と管理栄養士、看護師らと連携を行い、食べやすい状況で提供ができるよう調整を行っています。利用者の状況に合わせて自助具やサイドテーブルの活用など、必要に応じて多職種で連携を取り安全で安心して食事が摂れるよう体制を整えています。食事前の嚥下体操を職員やビデオで行うことで誤嚥を防ぎおいしく食事が摂れる環境を作っています。誤嚥のリスクがある方を把握し、誤嚥に気づきやすいよう座席配置を工夫しています。今後はできる範囲で調理クラブやそば打ち・餅つき等の活動の再開を期待します。</p> <p>A-3-(2)-③について</p> <p>・口腔ケアが必要な利用者とならない利用者グループ分けを行い、利用者全員に対し必要な支援を行えるよう工夫しています。感染症予防の観点から、利用者の所属ごとに口腔ケアで使用する洗面施設を分けたり、紙コップを使用する等、安全面に配慮を行っています。口腔ケアが必要な利用者について看護師と連携し支援を行い、必要に応じて家族や関係機関に報告を行っています。口腔ケア研修について職員の希望者があったため外部研修に参加する等、職員の知識向上に取り組んでいます。</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>・褥瘡のある利用者に対しては、入浴時や排泄支援時に患部を確認し介護職員と看護師が連携を行いケアに取り組んでいます。皮膚の異変や褥瘡の状況を撮影し、家族や医師等の関係職員に映像を確認してもらい連携を図っています。褥瘡予防について多職種間で情報共有を行い、臥床の時間を調整したり体位変換やポジショニングを行い対策を取っています。入職時研修やマニュアルを確認することで職員の知識向上を図り実務に活かす取り組みを行っています。</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)・c
<p>評価概要</p> <p>・経管栄養が必要な利用者については看護師が対応を行っており、介護職員の研修等については必要度が高くないですが、体制は整っています。医療的ケアについて、緊急時等の対応について看護師と介護職員や多職種の連携など知識向上についての取り組みが期待されます。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・初回利用時や送迎時等に理学療法士や専門職が家屋調査を実施し、現状の確認を行っています。その際はタブレット端末等で撮影し、必要な情報について関係職員と情報共有を図っています。事業所では入浴は排泄の機会に自宅での生活を想定した支援を実施し、個別プログラムに取り入れることで介護予防につなげる取り組みを行っています。認知症支援は認知症研修修了者を中心に職員の支援に活かし、利用者の日々の状況等の変化があれば家族やケアマネージャーに報告を行っています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・利用者の言動や様子について送迎時や担当者会議等の機会に家族や関係職員に報告を行い、必要に応じて注意点やケアの方法、上手くいった支援の方法等、家族に助言を行っています。認知症の方の行動や状態について、外部研修や事例を基にした法人内の勉強会等を実施し職員の知識向上に取り組んでいます。ヒヤリハットやケアの方法等の事例の収集を積極的に行うことで職員間で共有を図り、情報の修正やリスク管理等を行っています。</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。	(a)・b・c
<p>評価概要</p> <p>・朝の送迎時の体調確認や日中のバイタルチェック表、日々の利用者の状況を職員間で共有を行い、体調変化時に早期発見と素早い対応ができるよう取り組んでいます。服薬確認は連絡帳に内服薬の有無についてシールで確認ができるよう工夫し、その後看護師が管理を行っています。利用者によっては自宅で自己管理ができるよう自己管理ノートを作成し、認知症予防につなげる取り組みを行っています。事業所ステーションにAEDを設置しており、操作方法については年1回の救急法研修や事業所看護師による研修を実施し、緊急時に備えています。</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・c
<p>評価概要</p> <p>・利用者全員連絡帳を準備し、利用者の日中の様子や連絡事項等を記載し家族と連携がとれる体制を整えています。また送迎時に家族と話す機会を重要ととらえ、情報共有や不安や悩みの聞き取り等を行っています。担当者会議等の機会には日頃の様子を撮影し、家族やケアマネージャーに報告を行うようにしています。電話や郵便物を送付する際には報告をする以外に一言添えるように心がけ、家族との信頼関係の構築に繋がっています。</p>		