

(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 千寿園デイサービスセンター

評価実施期間 令和4年10月13日～令和5年3月2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4年11月1日現在】

事業所名称：(施設名) 千寿園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21年2月10日	管理者氏名 天達 司
設置主体：社会福祉法人 心和会	代表者 職・氏名 理事長 伊藤 眞木子
経営主体：社会福祉法人 心和会	代表者 職・氏名 理事長 伊藤 眞木子
所在地：〒891-0404 鹿児島県指宿市東方字王子迫365番地	
連絡先電話番号：0993-22-2480	FAX番号：0993-22-2005
ホームページアドレス <a href="http://senjuen.net/facility/nursinghome.html">http://senjuen.net/facility/nursinghome.html</a>	E-mails senjuen@mocha.ocn.ne.jp

#### 理念・基本方針

##### 基本理念 (運営理念)

- ・その方の立場に立ち、その方の「あるがまま」をおおらかに受け入れ、その方らしく生きることを応援させていただきます。
- ・「人に学び、人を大切に作る心」を持って、心の通った温かいサービスを提供いたします。
- ・人としての魅力を磨き、ご利用者様や地域社会に喜ばれる人になることを目指します。
- ・「楽しかったね。また来るよ」の一言と笑顔をいただけるよう、ご利用者様一人ひとりにとって、必要とされる場所を目指します。

##### 運営方針 (運営処遇方針)

1. 利用者が千寿園デイサービスに来て、本当に良かったと思っただけのような心のこもった利用者中心のサービスに努めます。
2. 利用者の心身機能の改善、生きがい高揚を通じて、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけをし、自立支援を行います。
3. 多方面の交流を深めることにより、地域に開かれ親しまれ信頼される施設作りに努力します。地域のボランティアとの連携も積極的に取り組み地域社会とのつながりを図ります。

4. 利用者が福祉サービスを適切に利用できるよう、苦情処理体制の整備を図ります。
5. 利用者が安心して千寿園デイサービスを利用できるよう、施設内感染防止及び事故防止などの安全対策の徹底を図ります。
6. 安全で快適な施設環境を整備し、維持発展させるため、利用者の意見を取り入れ、より良い施設作りに努めます。
7. 施設の充実と利用者サービスの向上を目指して、職員が積極的に研修に参加し職員のレベルアップを目指します。
8. 併設の軽費老人ホーム・有料老人ホームと連携を図り、千寿園入居者の健康維持及び増進を図る為に運営推進します。

**【施設・事業所の特徴的な取組】**

千寿園デイサービスセンターは市街地東部の静かな住宅街に位置し、天然温泉を使った入浴介助を行っています。

また、自然の物を使った小物作りや、料理レクリエーション、体を動かすレクリエーション、併設されたグランドゴルフ場での定期的なグランドゴルフ大会を積極的に行っています。

**【利用者の状況】**

定員 25人	利用者数 46人
--------	----------

※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)	0	3	9	23	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)	0	3	2	28	7
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	2	3	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			
生活相談員	1				1	1			
看護職員		1			1	1			
介護職員	3		2		4	4			
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0	人	非常勤	0	人
			退職	常勤	0	人	非常勤	0	人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数						6 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						6 年			
○常勤職員の平均年齢						40 歳			
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢						40 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10月13日～令和5年3月2日
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成27年度）

## 4 評価の総評

### ◇特に評価の高い点

- ・社会福祉法人が母体であり軽度の方から重度の方まで対応できる施設が隣接されており利用者のニーズ・状況に応じたサービス提供が行われています。
- ・施設内の泉源からの温泉入浴、グランドゴルフ場や、300本の桜の樹、バラの庭園などがあり地域へ開放され地域との交流、地域に親しまれる施設となっています。
- ・旬の材料を利用した季節に応じたそば作りやおやつ作り、料理レクリエーションなど、理念に「来てよかったね。また来るよ」の一言と笑顔をいただけるように、利用者一人ひとりにとって必要とされる場所を目指した取り組みが行われています。また、関連法人との連携を図り、地域ケアシステム構築に努められています。
- ・タブレット機材を導入することで情報共有がスムーズに行われています。

### ◇改善を求められる点

- ・中長期計画は目標を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画が求められます。併せて財務面での裏付けとなる収支計画策定も期待します。
- ・事業計画に数値化できる目標や基本的な成果等を設定して実施状況を評価する内容にすることが望まれます。

## 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

第三者評価機関からの貴重なアドバイスを多く頂き、これからのサービス向上のために積極的に取り組んでまいります。ホームページやデイサービス通信を活用し、地域の方にも千寿園デイサービスをより多く周知して頂ける様、早急に改善してまいります。今後、福祉サービス第三者評価で気付かされた事、ひとつひとつに取り組んでいき、「利用者様に必要とされる場所」になる為の1歩につなげ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) 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) c
<p>評価概要</p> <p>法人運営方針を基にデイサービス運営理念が明文化され、パンフレットに記載するとともに事業所内に掲示されています。事業所の使命、目指す方向性が読み取る事ができる内容となっています。運営方針は事業所の特性を踏まえた内容で職員の行動規範となっています。利用者・家族へは契約時にパンフレットを活用して説明、職員へは会議等で周知が図られています。利用者・家族・地域社会への理解を深めるためにもホームページの充実、広報誌等を活用しての啓発、周知が望まれます。</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。	(a) b c
<p>評価概要</p> <p>県市からの情報や社会福祉協議会からの情報をインターネットやズーム研修等で社会福祉事業全体の動向や地域の策定動向の内容を把握し、法人全体の運営会議において周知・分析が行われています。地域の課題については地域公民会長や民生委員を通して把握、分析が行われています。また、コスト分析や利用者の推移、利用率の分析等も行われています。</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。	(a) b c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画重点項目において具体的な取り組みが明らかにされています。毎月の運営会議において経営状況や改善すべき課題の把握と改善策の検討が行われ職員会議での周知と理事会等で情報が共有されています。経費削減や法人内異動・研修の充実を図るなど、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) c
<p>評価概要</p> <p>理念や基本方針の実現に向けて法人としての重点項目が掲げられ、法人・事業所の中長期計画が策定されています。中長期計画は単年度毎に評価・見直しが行われています。中長期計画は目標を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画が求められます。併せて財務面での裏付けとなる収支計画策定も期待します。</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>                  中長期計画を踏まえ、利用者定員増、利用者増に向けた取り組み、地域・家族との交流活動、内部研修の充実、加算の取得など5項目の単年度計画が策定されています。事業計画に数値化できる目標や基本的な成果等を設定して実施状況を評価す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>                  事業計画は年度初めの法人全体の職員会議で発表して周知されています。毎月のデイ会議、運営会議において実施状況の確認と課題抽出・分析をして、必要に応じて見直しが行われています。事業計画は職員の参画、意見を取り入れながら、組織的な取り組みが可能となるよう策定・実施・評価などの仕組みの構築が期待されます。</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>                  事業計画は事業所内に掲示され、書面で利用者・家族へ配布、周知が図られています。行事など利用者の参加を促すために必要に応じて個別に資料を配布して利用者等が、より理解しやすいよう工夫されています。今後、ホームページの活用を期待します。</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>                  デイ会議・リーダー会議において実施状況の評価、課題分析と改善策の検討が行われています。年1回、アンケート調査の実施と自己評価、評価結果を分析・検討がデイ会議、リーダー会議において行われています。また、第三者評価受審しています。</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。	a (b) c
<p><b>評価概要</b>                  実施状況の評価、課題分析し、改善計画が策定されています。改善策の実施に取組み、利用者満足度確認のアンケート調査を実施しています。今回第2回目の第三者評価受審しています。第三者評価結果の有効活用が期待されます。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>運営規程、重要事項説明書の中で業務管理、職員管理と役割を揭示し、職務分掌において役割と責任が明確にされ、組織図や緊急連絡網においても統括責任者として明記されています。デイ会議や法人内会議等において表明され、各種マニュアルにおいても不在時の権限委任等を含め管理者の役割と責任について明記されています。</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>法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加してデイ会議、研修会において職員への理解と周知を図られています。経理規程、法令遵守マニュアルが整備され、介護保険についての理解、事業所の基準、加算要件、人員基準等について勉強会を通して職員への理解を深められるような取り組みを行っています。年に1回は内部監査を実施して評価、見直しが行われています。</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</p> <p>デイ会議・運営会議においてサービスの質について現状把握と評価・分析・改善策の検討が行われています。中長期計画にサービスの質の向上、人材確保と育成が掲げられ、毎月2項目の研修の実施、ズームを活用して外部研修への積極的な参加など職員の教育、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</p> <p>法人経営会議において人事・労務・財務などの把握や分析が行われ、リーダー会議で法人内異動・有給休暇取得率の向上・時間外勤務ゼロなど、働きやすい環境づくりに向けて経営の改善や基本方針の実現に向けて具体的な取り組みが行われています。</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</p> <p>法人全体で慢性的な人材不足が重大な課題と捉え、中長期計画に人材確保と育成が掲げられています。人材確保に向けて法人内異動、ハローワークや人材派遣の活用、職員からの紹介など適材適所の人材配置を進められています。人材育成について年間研修計画に基づき毎月2項目の研修、ズームを活用しての外部研修の充実、OJT（業務中実務研修）、キャリアアップの支援等、積極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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>倫理規程が策定され期待する職員像が明確にされています。人事基準、キャリアアップ制度が導入されており職員へ周知されています。個人面談の実施、経営会議において職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度の評価が行われています。今後、職員が自ら将来の姿を描くことができる、更なる総合的な仕組みづくりが望まれます。</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り組んでいる。	a b・c
<p>評価概要</p> <p>タイムカードで管理されており、有給休暇取得状況、時間外勤務など事務長・施設長が確認、把握しています。健康診断の実施、看護師による職員の心身の健康管理、必要時には事務長、施設長による個人面談の実施、相談窓口の設置など、職員が相談し易い環境となっています。育児休暇や介護休暇の利用、短時間勤務や他事業所への移動など、ワークライフバランスに配慮した取り組みで働きやすい環境づくりが行われています。</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>キャリアパス制を導入し個人目標の設定と個人面談での進捗状況と目標達成の確認が実施されています。また、個々の資格取得に向けての研修受講や費用面での支援が行われています。</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>倫理規程に遵守する基準が定められ「期待する職員像」として汲み取ることができます。中長期計画でサービスの質の向上、人材育成と専門性の向上が掲げられ、年間研修計画に基づき毎月、2項目の研修会の開催、研修レポートの提出、外部オンライン研修の活用など、資格取得に向けた取り組みが行われています。状況に応じて評価見直しが行われ次年度の研修計画に反映させています。</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>資格取得状況を把握し資格手当支給につながられています。年間研修計画に基づく2項目の内部研修と研修後のレポート提出、オンラインによる階層別や資格取得に向けた外部研修参加への推奨と参加のための勤務調整や費用の補助など支援されています。また、新人職員についてはマニュアルが作成され、先輩職員によるマンツーマン指導が行われています。</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。	a b c
<p>評価概要</p> <p>実習生受け入れマニュアルが作成されており、受け入れ態勢は整備されています。コロナの影響で最近の受け入れの実績は無い状況です。今後、実習生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の明文化と指導者に対する研修計画等の整備が期待されます。</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>法人、福祉施設、事業所の理念や基本方針、提供するサービスの内容、第三者評価結果、相談苦情の体制など、ホームページやワムネット上、パンフレットで公開されています。パンフレットは市役所や地域へ配布し、基本方針やビジョン等について法人、事業所の存在意義や役割について明確にするよう努められています。ホームページの早急な更新と広報誌の復活が期待されます。</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。	Ⓐ b・c
<p><b>評価概要</b>                  経理規程、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。経理関係は会計事務所に委託されチェックと助言などを得て、年1回、事務長・施設長等による内部監査と監事監査を行い、確認と改善に向けた取り組みが実施されています。</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>                  中長期計画において地域における公益的な取り組みの推進が掲げられ地域との関わり方について基本的な考え方が明記されています。法人として活用できる社会資源や地域の情報を収集し、リスト化されて利用者へ提供されています。コロナの影響で開催が中止されていますが、花見会や敬老会、ゲートボール大会など地域住民の参加で交流が図られてきました。また、関連法人のグループホームの運営推進会議を利用して地域住民、行政などとの意見や情報交換が行われています。</p>		
24	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。	a Ⓑ c
<p><b>評価概要</b>                  運営処遇方針においてボランティアとの積極的な連携への取り組みで地域社会とのつながりを図るという姿勢が明文化されています。ボランティア受け入れマニュアルが整備されボランティアの受け入れ態勢は整っていますが、コロナの影響で最近では実施されていません。今後、地域の学校教育等への協力について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><b>評価概要</b>                  法人として活用できる社会資源や地域の情報を収集しリスト化され閲覧可能な状況となっています。ファイルの閲覧とデイ会議等を通して職員間で情報が共有されています。法人として地域ケア会議、民生委員連絡会議などの参加で地域の困難事例検討会での助言、法人内連携など解決に向けて協同した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><b>評価概要</b>                  行政や民生委員連絡会議、法人内グループホーム運営推進会議などを活用して地域課題の抽出、ニーズの把握に努められています。コロナの影響で中止されていますが、法人行事の花見会や敬老会、ゲートボール大会など地域住民や行政関係の参加もあり交流が図られて情報交換が行われてきました。</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><b>評価概要</b>                  法人として指宿市健康ポイントプロジェクトへの参加、グランドゴルフ場の地域住民への解放、介護相談窓口開設、地域防災対策として緊急時の避難場所としての施設が提供されています。また、法人公益事業として特定有料老人ホーム千寿園ガーデンヒルズが運営されています。関連法人との協力体制によって地域ケアシステム構築に向けた取り組みが行われています。</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) 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>基本理念や個人情報及び基本的人権等についてマニュアルの整備を行い、職員間で周知を行うことで意識向上に取り組んでいます。職員研修においてプライバシー保護や身体拘束及び虐待等についての研修を実施し、職員全体で権利擁護についての話し合いを行う等、取り組まれています。日々のミーティングを通して毎日の関わり方などについて振り返りを行い見直しの必要がないか確認を行っています。理念「その人らしく生きることを応援させていただく」を実践する取り組みがなされています。</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>日常的なケアや支援の場面において、浴室やトイレなどの場所にカーテンや仕切り、目隠しになるようなものを設置しプライバシーへの配慮を行っています。入浴や排泄において個人の要望等を把握し、個々人に応じたケアを行っています。個室やトイレ等において個人で使用できる環境を整え安心してケアが受けられるよう取り組みを行っています。利用者及び家族に対してはそのようなサービス提供を実施できる旨を送迎時や担当者会議等の場で説明を行っています。</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>一般の方や外部への情報提供については、事業所ホームページを作成中でありいろいろな方が目に触れることができるよう取り組みを行っています。事業所パンフレットについては地域包括支援センターや居宅介護事業所のケアマネージャー等に直接手渡すなど情報提供に取り組んでいます。体験や見学についてはコロナ感染防止に努めながら希望に沿う形で受け入れを行っています。それらの取り組みについても管理者やスタッフ間で毎日のミーティングや毎月のリーダー会議等で見直しを行っています。</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</p> <p>サービスの開始時は担当者会議等において生活相談員が利用者及び家族等に対し丁寧に説明を行っています。説明は専門用語等をさけて分かり易い言葉に置き換えて説明しています。説明の方法や進め方、表現等については職員研修や毎日のミーティング等で基本的な技術を職員間で共有しスキルアップに取り組んでいます。</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</p> <p>担当のケアマネージャーに対し毎月モニタリング票を提出し利用者の現状の報告を行うことで情報共有に取り組んでいます。また事業所の変更や家庭への移行、サービスの変更の際には統一した書式の通所介護計画書や情報提供書を作成し、次のサービス事業所やケアマネージャーに渡しています。サービス変更後も生活相談員が相談窓口として様々なケースの対応を行っています。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	(a) b・c
<p><b>評価概要</b>                  利用者及び家族等へのアンケートを年1回実施しており、様々な意見を聞く機会を設けています。また利用者へは毎月1回モニタリングを実施することで意見を聞く機会として活用しています。利用者より「洗濯する際にポケットの中身を確認してほしい」との要望があり、職員のミーティングにて協議を行い、その結果を職員間で共有することで支援の改善が図ることができる等、満足度の上昇を図っています。</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) c
<p><b>評価概要</b>                  第三者委員を2名設置し、契約時に利用者及び家族に相談苦情解決の取り組みや仕組みについて十分説明を行っています。また相談苦情の受付先や相談先についても事業所内の見やすい場所に掲示し、周知を図っています。相談ボックスを設置し、担当者が毎月確認を行い意見が出しやすい環境を整えています。利用者及び家族等からの意見については毎日のミーティングで共有し、速やかに対応を行っています。相談苦情についてはホームページには公表されていませんが、今後公表については検討を行っており、利用者及び家族等へは相談苦情の内容等の公表や説明を行っています。</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) b・c
<p><b>評価概要</b>                  利用者及び家族等が気軽に話ができるよう相談室を設置し、話しやすい環境を整えています。また相談苦情等があった場合は事業所タブレットに入力し、職員間で共有がしやすいよう取り組みを行い、必要に応じて素早い対応や改善策へ繋げています。またこれらの取り組みについて担当者会議や毎月のモニタリング、送迎時などに説明を行っています。</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・c
<p><b>評価概要</b>                  相談苦情に関するマニュアルを整備し、職員研修において研修を実施して職員の技術向上や対応の統一化などに繋げています。必要に応じて生活相談員から施設長へ報告し、改善策の協議や対応を行い職員間で共有を行っています。またマニュアルや仕組みの見直しについて月1回のリーダー会議や日々のミーティングの機会に行っています。</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。	(a) b・c
<p><b>評価概要</b>                  感染委員会や相談苦情委員会、サービス向上委員会等を設置し、安心してサービスが利用できるような環境を整え組織的に活動を行っています。緊急時や事故発生時についてマニュアルを作成したり、職員研修において対応方法を職員間で周知するなどの取り組みを行っています。改善策や防止策については毎月のリーダー会議が中心となり取り組みを行っています。</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。	(a) b・c
<p><b>評価概要</b>                  感染症について看護師を中心とした感染委員会を設置し、専門的な対応や内部研修を実施しています。季節性の感染症の予防やワクチン接種について積極的に関わり、ワクチン接種の手続きや接種の段取りの支援を行っています。職員の健康観察や手指消毒をしっかりと実施することで、利用者への感染予防や安全確保に取り組んでいます。感染症についての情報や最新の取り組み、対策についても委員会を中心に定期的に見直しを行っています。</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><b>評価概要</b>                  防災設備についてスプリンクラーを設置し体制を整え、自衛消防組織や災害時のマニュアルを整備し職員研修やミーティング、リーダー会議等で周知に取り組んでいます。災害時における職員の安否確認体制はグループライン等を使用し、利用者については緊急連絡先リストを作成し即応できるよう整備しています。風水害等の自然災害時には敷地を避難所として開放していることを地域に周知しています。備蓄品は法人で管理し必要時は使用できるよう体制を整えています。災害時の事業継続計画については情報収集しながら作成する準備を行っています。避難訓練については年2回実施し、消防署立会いでの訓練や夜間想定                  の訓練等に取り組んでいます。</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><b>評価概要</b>                  基本的な実施方法についてマニュアルを作成し、職員研修や日々のミーティングで確認を行っています。また新人職員については新人研修を実施し理解向上に取り組み、新人職員には必ずベテラン職員がついて実際にかかわり方について確認を行っています。毎日のミーティング時に支援方法等について改善点や確認事項等の振り返りを実施し、サービスの向上に取り組んでいます。</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><b>評価概要</b>                  標準的な実施方法について見直しをする際は利用者からの意見や情報を反映できるよう心がけを行い、毎月の職員研修時やリーダー会議及び毎日のミーティング等で見直しをするよう取り組みを行っています。見直しの材料として積極的に外部研修に参加するようにしており、現在はズームや動画での研修を取り入れるなどの取り組みを行っています。</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。	(a) b・c
<p><b>評価概要</b>                  生活相談員を中心に通所介護計画をもとに全職員でアセスメントを行っています。アセスメントの進め方について手順を定めており、各職員が統一した手法で行っています。モニタリングの機会にケアや支援方法について確認を行ったり、医療的なケアが必要なケースや目が不自由な方への支援など専門的な対応が必要な場合は専門職のアドバイスを受けたり職員間で協議して福祉サービス実施計画を策定しています。</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><b>評価概要</b>                  通所介護計画等の見直しが必要な際は生活相談員が中心となり職員間で協議しながら作成を行っています。その際は朝夕のミーティングだけでなく事業所のタブレットを活用し、情報共有や意見の集約に取り組んでいます。モニタリングについては全職員が対応できるよう日々の関わりを意識し、通所介護計画に反映できるように取り組みを行っています。</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>記録についてはタブレットに入力した内容はタブレット上で共有が行えるため、タブレットやパソコン入力を中心に行っています。記録をする際は「です」「ます」調で書式を統一するよう職員間で周知を行い、入力が苦手な職員に対しては繰り返し個別に指導をして対応を行っています。新人職員は関わりについても重要にとらえており記録入力については、今までの記録をしっかりと読み込むことで、差異がないように取り組みを行っています。</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>記録に関して個人情報保護マニュアルを作成し管理体制を整えています。個人情報保護等について職員研修を年1回実施しプライバシー保護に関する意識向上への取り組みを行っています。記録管理体制については事業所ごとに責任者を設置し、慎重に個人情報の取り扱いを行っています。記録の保管等についても規程に定め、3年ごとにつづり直し厳重に保管を行っています。</p>		

## 福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

### 【 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><b>評価概要</b></p> <p><b>A-1-(1)-①について</b>                      利用者毎のニーズを把握しそれらを職員間協議を行い、それぞれにあった活動を行っています。活動時は職員が見守りや一緒に行うことで興味のある活動に取り組むことができるよう支援をしています。それぞれの好きなことができるよう役割をお願いし、テーブルを拭いていただいたり片付けをお願いするなどの取り組みを行っています。近くのグランドゴルフ場や畑を整備するなど交流ができるよう環境を整え、職員が必要に応じて介入し、楽しく活動ができるよう取り組んでいます。</p> <p><b>A-1-(1)-②について</b>                      職員が1ヶ所に固まらないように配置し各利用者の様子を常に見ながら必要に応じて適切に声掛けを行ったり、まんべんなく関わりができるように配慮を行い、実践ができています。関わり方や改善策などについては日々のミーティング時に良かった点や改善点を話し合い職員間で共有を行っています。職員間で利用者一人ひとりと何かしらの関わりをするよう心掛け、どのような接し方がふさわしいのか常に話し合いを行っています。</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><b>評価概要</b></p> <p>法人で身体拘束排除宣言を行い、内容については職員研修や日々のミーティング時に確認を行い、理解度を深める取り組みを行っています。虐待防止や権利擁護についてチェックリストを作成し、各職員が自ら確認できるよう取り組んでいます。職員研修では権利侵害等があった場合の報告の仕方等について研修を行い、事例が見られた場合の対応について知識の向上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><b>評価概要</b></p> <p>事業所に桜の樹を多く植栽し、利用者だけでなくその家族等が外でくつろげる事ができるように環境を整えています。室内では利用者が自由に休んだり横になったりできるようにベッドを配置し居心地よい空間となっています。静養されている利用者にくつろいでいただけるようベッドの配置に配慮を行っています。温湿度管理や換気・清掃など快適性にも配慮されています。</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><b>評価概要</b></p> <p><b>A-3-(1)-①について</b>  入浴の可否については個人の状況によって判断基準を設定し、看護師による朝の健康観察によってその日の入浴や入浴方法について確認を行っています。清拭、シャワー浴での対応等を本人の希望に沿う形で支援しています。入浴不可の心身状況の場合は対応できる他の方法を準備したり、必要に応じてケアマネジャーと連携を行いできる方法を考えていくなどの取り組みをしています。浴室は大浴場と個室を設置し、個人のニーズや状況に合わせたケアを実施しています。</p> <p><b>A-3-(1)-②について</b>  トイレは清潔で使いやすい介護上の配慮がなされています。排泄行動を予測しながら適時の支援やさりげない支援をしています。おむつ使用の方に対しては、排泄介助の際はプライバシーに配慮し、本人の状況に合わせた介助方法を日々のミーティング等で振り返りを行い、見直しをしています。振り返りの結果について家族やケアマネジャーと連携を行い、必要に応じて報告をしています。排泄物の状態について異変がある場合は観察結果を看護師やケアマネジャーに報告を行っています。</p> <p><b>A-3-(1)-③について</b>  事業所内での移動をする際は導線上に障害物が無いうように環境整備を行っています。廊下の素材は滑りにくく転倒がしにくい素材を使用し安全面に配慮を行っています。雨天時は特に転倒の危険が高いため、床が濡れている場合はすぐに拭き、送迎車への移動の際は職員が付き添いを行っています。個人の歩行状況に合わせ、車いすや歩行器等を準備し自由に使用できるようにしています。利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行い、毎日のミーティング等で状態を共有し支援に繋げています。</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><b>評価概要</b></p> <p><b>A-3-(2)-①について</b>  事業所の厨房施設でおいしく調理ができるよう取り組みを行い、献立については担当者会議や嗜好調査、およびモニタリング等の機会に利用者のニーズを把握し、食事の提供や調理レクなどを行っています。調理レクでは季節に応じた菓子作りなど工夫しています。栄養士や看護師と連携し個人に応じた食事形態にし、結果を専門職と共有したり家族へ報告をしています。食堂の座席について、相性や個人の状況に配慮し調整を行っています。</p> <p><b>A-3-(2)-②について</b>  食事介助マニュアルを作成し職員間で知識や技術の向上に取り組んでいます。食事前の嚥下体操や食事後の口腔ケアの声掛け、口腔内の確認を行い安心して食事ができるように支援を行っています。見守りや介助が必要な利用者については職員がすぐに対応できるよう座席の配置を工夫をし、安全に食事ができるように取り組んでいます。食事の状況について必要に応じて家族やケアマネジャーに報告を行い、情報共有を図っています。</p> <p><b>A-3-(2)-③について</b>  事業所近くの歯科医と連携を行い、情報共有や受診の呼びかけや調整を行うことで、口腔機能の維持に取り組んでいます。食事の前には職員が中心となり口腔体操を実施し、おいしく食事ができるよう環境整備を行っています。職員研修や口腔ケアマニュアルを作成し職員間で内容の周知を行い知識や技術の向上に取り組んでいます。食事後は職員が口腔ケアの声掛けを行い自分で歯磨き等ができるよう支援を行い、必要に応じて職員が手伝いを行っています。</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。		Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>・褥瘡の原因ともなる栄養面について看護師や管理栄養士と連携を行い、褥瘡の予防や改善に取り組んでいます。新人職員へは職員研修を通じて褥瘡予防対策や状況を学んでもらい、実際のケアにつながるよう新人教育を行っています。皮膚トラブルのある利用者に対し、入浴後などに看護師に現状を確認してもらい、看護師の指導の下に軟こう塗布などのケアを実施しています。車いす利用の方に対し、適宜ベッド移乗の時間をとるなどして褥瘡の発生予防や改善に繋がっています。</p>		
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>非該当</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・c
<p>評価概要</p> <p>運動機能訓練士の資格を持った職員を配置することで利用者の状況に合わせた運動やプログラムを実施し利用者が自主的に取り組めるような支援を行っています。個人の状況や嗜好に合わせた機材や環境を準備し活動を通して機能維持や向上に取り組んでいます。利用者によっては機能低下が見られた場合はケアマネジャーに報告を行い、状況に合わせたサービスにつなげるなどの取り組みを行っています。</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。		Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>認知症の症状がみられる利用者に対して、職員間で同じ対応方法ができるよう心がけを行い安心してサービスが利用できるよう取り組みを行っています。個人の荷物についてトラブルが無いようロッカーを設置したり希望に応じて荷物を預かるなど安心して利用できるよう配慮を行っています。通所介護計画作成において、理学療法士や看護師、介護員等の意見を反映した計画を作成し必要に応じて見直しを行っています。認知症に関する研修については担当職員が事前に研修を行い、内容を把握して、他の職員に伝達講習をするなど理解しやすいように研修を行っています。</p>		
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・c
<p>評価概要</p> <p>服薬管理は自己管理を基本としながらも、必要に応じて服薬の声掛けや確認等を行い確実に服薬ができるよう体制を整えています。緊急時の対応方法についてマニュアルを作成し、職員研修等で職員間で連絡方法や対応の流れを確認し、緊急時の備えを整えています。利用者の状況についてタブレットに入力し、対処方法や状況の共有に繋がっています。誤嚥があった事例をもとに食事形態の変更を行い改善策につなげるなどの取り組みを行っています。</p>		
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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>家族との報告については担当者会議や面会の際に報告を行い、緊急の連絡が必要な際は緊急連絡先リストを活用し確実に連絡が取れるよう体制を整えています。面会が困難な場合は情報機器等を活用し利用者の状況が伝わるよう工夫を行っています。以前は通信などの便りを定期的に作成していましたが現在は休止となっており、環境を整えて再開されることを期待します。</p>		