

(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 リハビリカレッジ 徒々草

評価実施期間 令和4年3月18日～令和4年9月13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5月12日現在】

事業所名称： (施設名) リハビリカレッジ 徒々草	サービス種別： 通所介護
開設年月日：平成27年5月1日	管理者氏名 垂門 幸次
設置主体：株式会社 Arcs	代表者 職・氏名 代表取締役 柰田 貴宏
経営主体：株式会社 Arcs	代表者 職・氏名 代表取締役 柰田 貴宏
所在地：〒899-4351 鹿児島県霧島市国分新町1546番地6	
連絡先電話番号：0995-73-3951	FAX番号：0995-73-3952
ホームページアドレス	E-mail arcs_company@yahoo.co.jp

#### 理念・基本方針

理念：「夢・希望・感動・創造」の提供

おもてなしの心と丁寧、誠実さ

基本方針：幸せな笑顔が一番近くで活動が続けていく。

常に新しいことにチャレンジ精神を発揮し、自他ともに目指します。

使命感が生まれ、自立した活動が生きがいや目標に繋がるよう目指します。

地域に貢献できる法人を目指します。

行動方針：相手を己の鏡と思い、表情豊かに接します。

動作を機敏に、明るい職場を作ります。

仕事に魂を込め、利用者様を大切にします。

清潔な身なりを心がけ、愛される職場を作ります。

創意と工夫を重ね、最良のサービスを整えます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

\*和モダンな学校をテーマとして、自主性を引き出し、社会性を育む（カリキュラム）や多様な活動で「学ぶ楽しさ」「感動」「人とのつながり」や「やりがい」を実感し充実した日々が過ごせます。

【利用者の状況】

定員 40 名	利用者数 61 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)	0	6	13	40	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	8	16	21	8
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	6	1	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	0	1	0		1.0	1.0	
生活相談員	0	4	0		4.0	1.0	
看護師	1	0	0	0	1.0	1.0	
機能訓練指導員	2	0	0	0	2.0	1.0	
介護職	1	1	4	0	4.0	6.0	
前年度採用・退職の状況			採用	常勤	0 人	非常勤	2 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 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 年		
○常勤職員の平均年齢					44 歳		
○うち直接処遇に当たる職員の平均年齢					44 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3月18日～令和4年9月13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

- ・リハビリのプロによる徒手訓練、トレーニングマシン、認知訓練、脳活性化訓練、動作訓練等の機能訓練を提供しています。また測定機器が完備し、通常的身體評価に加え、詳しい姿勢分析や測定を行い、生活動作のアドバイスや相談が定期的に行われています。
- ・自主性を引き出し、社会性を育む選択ができる授業（カリキュラム）、施設独自の楽しい集団体操やレクリエーション活動が実施されています。
- ・系列会社が派遣業務を経営しており、事業所と連携した即効性のある人材確保が実施されています。
- ・サービス提供については、サービス開始前に必ず体験を行い、利用者や家族がサービス内容を理解し納得したうえでサービスを開始しています。
- ・サービス内容について利用者本人が納得してサービスを受けるということを意識しており、活動への参加などについて自己決定を尊重する姿勢で実施しています。
- ・様々な加算については、利用者のためになっているかとの考えのもとに利用者目線のサービス提供が行われています。

#### ◇改善を求められる点

- ・中長期計画において、目標を明確化し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と中長期の収支計画策定が望まれます。
- ・単年度計画において、中長期計画を反映して当該年度における具体的な事業、福祉サービス提供等、内容を具体化し、数値化する等、定量的な分析が可能であることが望まれます。
- ・実習生受け入れや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期待されます。
- ・相談苦情に関する相談窓口について、利用者への周知のあり方や第三者委員への連絡方法の明示、意見箱をわかりやすいところに設置するように望まれます。

## 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

二回目の第三者評価を受審となり、当法人の提供しているサービスの質について、専門的かつ客観的な立場から評価を頂き感謝しております。

施設運営を行うための課題を明確にし、具体的な目標設定を行う事で客観的指標となりました。

今回の受審結果において良い評価を頂いた所は継続し、改善が求められる点は法人本部と連携しながら、職員とともに取り組んでいきたいと思ひます。

また、更に地域の皆様から信頼される施設として歩んでいきたいと思ひます。

## 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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>理念・基本方針はパンフレットに記載され、「感動、ワクワク、達成感」を達成していただけるよう、新しいサービスの提供、新しい事へのチャレンジなど事業所の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができ、職員の行動規範となる内容となっています。職員へは入職時研修や事業計画に記載して周知を図っています。利用者・家族へは毎年、事業計画に記載し、拡大した資料で周知されています。以前は家族会を利用して周知を図っていましたが、最近はコロナの影響で開催が難しい状況となっています。</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・c
<p>評価概要</p> <p>県や市のインターネットや集団指導、メール配信等の情報から社会福祉事業全体の動向や地域の各種事業計画の策定動向と内容が把握されています。地域包括支援センターや法人居宅支援事業所、地域民生委員等との連携で地域の困りごとやニーズ、課題等の把握に努めています。経営会議において毎月の利用状況の確認、コスト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・c
<p>評価概要</p> <p>経営会議において毎月の利用状況の確認やコスト分析、サービス内容や職員体制などの現状分析を行い、理事会で経営状況や改善すべき課題について共有されています。デイ会議において職員へ周知し、改善に向けて振替利用の提案や利用時間調整、経費節減へ向けて節水や節電など具体的に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 Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>中長期計画において法人設立時の原点に立ち返り、より優れたサービス体制の構築を目指すとして、大きな4つの取り組みが明確にされています。取り組みは項目毎に具体的内容が記載され、年度計画に反映、必要に応じて見直しが行われています。中長期事業計画にしたがって中・長期収支計画の策定が望まれます。</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>                  中長期計画に沿ってサービス向上に向けた単年度計画が策定されています。行事計画や勉強計画等は具体的に作成されています。単年度計画においては中長期計画に沿って当該年度における具体的な事業、サービス提供等に関わる内容が具体化されている事、数値目標等できる限り定量的な分析が可能であることなど、評価しやすい内容である事が求められます。併せて単年度収支計画の策定も望まれます。</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>                  事業計画は前年度事業計画の評価・見直しを基に単年度事業計画が策定されています。計画はデイ会議等で周知され、運営会議において3ヶ月～6ヶ月毎に評価・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。	(a) b c
<p><b>評価概要</b>                  事業計画の主な内容は分かり易く資料を作成し掲示されています。最近ではコロナの影響で開催できていないが、年2回、行事に合わせて家族会(1週間を通して)を開催し、説明を行っていました。行事計画については毎月発行のカレンダーを利用して行事ごとにお知らせをしています。</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。	(a) b c
<p><b>評価概要</b>                  中長期計画においてサービス向上への取り組みが掲げられています。年1回のサービス満足度調査、職員による自己評価の実施により評価、見直しが行われ、第三者評価受審も今回、2回目となります。各委員会が中心となり評価結果の分析、改善策の検討が行われ職員会議において共有され改善に向けた取り組みが行われています。</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。	(a) b c
<p><b>評価概要</b>                  経営会議において課題抽出、改善策の検討を行い、デイ会議等で周知し改善へ向けて具体的な取り組みをしています。また、現場からの改善提案書を基に積極的に改善に向けて取り組みが行われています。</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>事業所の経営・管理に関する方針と取組みについて運営規程、重要事項説明書、中長期計画等に明記されています。役割と責任についても職務分掌、組織図等に明記し、各種会議や勉強会などで周知が図られています。各マニュアルで管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されています。</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>管理者は遵守すべき法令等を十分に理解しており、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会、集団指導などに参加しています。倫理規程の策定と周知、年間勉強会計画で介護保険制度や接遇、人権問題や虐待、身体拘束等の勉強会を開催、環境問題や交通安全対策など遵守すべき法令の周知と遵守を図っています。</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>中長期計画において「質の高い在宅サービスの提供」を掲げて取り組みを行っています。サービスの質の現状について年1回のアンケート調査、年2回職員による自己評価を実施して評価・分析を行っています。自己評価に合わせて面談を行い、職員の意見や提案などを聞く機会としています。また、朝礼、終礼に参加して日常的に情報の共有を行い改善に向けた具体的な取り組みが行われています。職員の教育、研修の充実とキャリアアップ制導入により資質の向上に努めています。</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>経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、毎月、経営会議において稼働率や経営状況の把握と改善に向けた対応策の検討を行っています。デイ会議において情報を共有し具体的な取り組みを行っています。基準以上の職員配置で有給取得が奨励されほぼ100%の取得、休憩時間の確保など働きやすい環境づくりに取り組んでいます。</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>中長期計画において人材確保・育成への取り組みが掲げられ、人事施策の構築・働きやすい職場環境づくりに取り組んでいます。基準以上の人員配置と資格取得に向けて費用の補助や外部研修参加等への勤務調整など具体的な取り組みが行われています。法人系列会社が派遣業務を運営しており、事業所と連携した即効的な人材確保が実施されています。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ b・c
<p>評価概要          運営方針、倫理規程に基づく行動指針「期待する職員像」が読み取ることができます。就業規則、給与規程を策定し職員へ周知しています。自己評価と人事考課、個人面談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等の評価を行い、必要に応じて改善策を検討・実施しています。キャリアアップ制度導入で総合的な仕組みづくりが行われています。</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り組んでいる。	Ⓐ b・c
<p>評価概要          管理者が窓口となり会議や年2回の個人面談、必要に応じて随時行う個人面談において就業状況や意向の把握を行っています。基準以上の職員配置により希望休や有給休暇が取得しやすい環境、無残業、一人ひとりのライフスタイルや健康状態に配慮した働き方の相談にも応じています。休暇制度、健康管理、メンタルヘルス対策の充実など、働きやすい環境づくりの総合的な福利厚生が実施されています。</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 Ⓑ c
<p>評価概要          運営方針、行動指針、倫理規程から「期待する職員像」を読み取ることができます。年度毎に個人目標を設定し自己評価、年2回の人事考課、個人面談において進捗状況の確認や評価、見直しが行われています。入社から1ヶ月、1ヶ月から3ヶ月、3ヶ月から6ヶ月、6ヶ月から1年と目標と指導内容が職員教育計画が作成されています。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要          運営方針、行動指針、倫理規程から「期待する職員像」を読み取ることができます。サービス向上への取り組みの一つとして職員の資質向上に努め、3~4ヶ月に1回、6日間を通して全職員が参加できるよう勉強会を開催、レベルに応じた外部研修への参加、資格取得奨励と取得に向けた支援が行われています。研修計画で内部研修については年度毎に必要なに応じて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 Ⓑ c
<p>評価概要          資格取得状況については入職時に把握し、個人目標を掲げ自己評価、人事考課、個人面談を通して技術水準や取得希望、受けた研修などの把握や進捗状況の確認と評価見直しを行っています。職員の職種や必要とする知識、技術水準に応じた外部研修に関する情報提供と勤務調整をして参加できるよう配慮されています。資格取得の奨励、取得費用の補助や勤務体制など資格取得に向けた支援対策の充実が図られています。個別の研修計画策定が期待されます。</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                  実習生受け入れに関して担当者による事前打ち合わせとカリキュラムに沿ったプログラムを準備する体制となっています。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利用者や家族への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目が記載されていますが、マニュアルの作成が求められます。</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                  理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容などをパンフレットに記載し地域包括支援センター、地域自治体等へ配布しています。事業計画は事業所内に掲示し、便りに掲載し周知しています。事業報告等はホームページ等を活用して情報公開されることが期待されます。</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                  職務分掌と権限・責任が明確にされ会議等を通して職員へ周知されています。毎月、運営会議において利用状況、経理について確認と税理士によるチェックが行われています。税理士から透明性の視点や効率性の視点からの経費削減のアドバイスにより具体的な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。	a (b)・c
<p>評価概要                  中長期計画において地域との交流と連携を掲げ、具体的内容で地域との関わり方について基本的な考え方を構築する計画となっていますが、文章化に至っていません。活用できる社会資源についてはリスト化され掲示板を利用して情報提供しています。地域住民の見学の受け入れや買い物・外出など、地域社会とのつながりを維持するための取り組みを計画的に行っていましたが、コロナの影響で自粛しています。</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 (b)・c
<p>評価概要                  中長期計画においてボランティア担当者の役割を明確にし、マニュアルを整備しています。最近ではコロナの影響で受け入れは行っていません。</p>		
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。	(a) b・c
<p>評価概要                  地域の社会資源については法人として把握しリスト化し掲示しています。デイ会議等で情報として共有しています。また、地元の業者と連携して利用者のニーズに応じて週3~4回、訪問移動販売の受け入れを実施しています。系列居宅支援センター、地域包括支援センター等と連携して地域ケア会議への出席、地域サロンへの職員派遣など体制を整えています。</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>                  地域包括支援センターや民生委員との連携、法人運営会議を通して他事業所からの情報などから地域福祉ニーズや生活課題等の把握に努めています。コロナの影響で関係機関や団体、各種会合への参加は自粛していますがインターネットを通して情報を共有しています。</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><b>評価概要</b>                  コロナの影響で休止していますが、地域の公民館へ出向き、健康教室や介護相談等の実施、地域の行事に出店して相談コーナーを設けるなど、民生委員や商工会議所等と連携して地域コミュニティの活性化や町づくりに貢献しています。また、子ども110番、災害時の避難場所として施設を開放するなどに取り組んでいます。</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><b>評価概要</b>                  運営規程や運営方針の中に利用者の人格を重視した考えを掲げており、プライバシー保護マニュアルや高齢者虐待予防マニュアルを作成し、職員会議や日々のミーティング時に職員間で共有を行っています。職員の行動規範を作成しそれを事業所内に掲示することで、いつでも職員が確認できるような環境を整え、利用者にも事業所の考えがわかるように配慮を行っています。取り組み状況の確認を3ヶ月ごとのモニタリングの機会を活かし、取り組み状況の確認と改善を行っています。</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><b>評価概要</b>                  運営規程や運営方針に利用者の人権を重視する姿勢が明記しており、プライバシー保護に関するマニュアルを整備しています。職員研修は年2回、3月と8月に実施しており内容については厚生労働省のプライバシー保護に関する項目を参考に実施しています。利用者や家族及び保護者への周知は家族会や契約時・担当者会議等の必要に応じて取り組みを説明しています。朝夕のミーティング時に利用者の相性や好みなどの情報を共有し、座席配置や入浴などの支援に活かしています。</p>		
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><b>評価概要</b>                  体験利用の希望があれば実費を徴収し受け入れを積極的に行っています。利用契約の意思がある方に対しても、まずは体験利用をして頂き、サービス内容等をしっかりと納得してもらい、利用開始の対応を行っています。契約時は本人と家族及び保護者に対し同席してもらい、丁寧な説明を実施しています。認知症などで理解度が困難な場合は身振りやわかりやすい表現で言い換える等の対応を行っています。利用希望者に対する情報提供のあり方については運営会議や日々のミーティング等でその都度、職員間で協議を行っています。</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><b>評価概要</b>                  利用開始に当たっては必ず体験利用を行っており、利用者や家族及び保護者がサービス内容をしっかりと理解し納得して利用ができるよう取り組みを行っています。入浴やリハビリサービスを実施していますが、家族が希望されていても利用者の意向に沿わない場合は、一度サービスの実施について本人の意見を尊重し家族やケアマネジャーにフィードバックし、報告や打ち合わせを行い対応を協議しています。意思決定が困難な場合の対応については利用者の考えを尊重しながら丁寧な説明を実施しています。</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><b>評価概要</b> 利用者全員に連絡帳を作成し日々の様子や連絡事項等を記載し家族との連携に役立てています。サービス変更時はケアマネジャーと連携を行い、最近の通所時の状況やモニタリング、特記事項等を含めて相手事業所に提供を行っています。認定調査やサービス提供終了後の相談窓口は管理者が担当し、様々な状況の対応を行っています。介護保険更新時にサービスの切れ目がある際は関係機関と連携を行いサービスが途切れることが無いよう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。	Ⓐ b・c
<p><b>評価概要</b> 利用者ニーズの把握に利用者アンケートを定期的実施しております。送迎時に本人や家族及び保護者と様々な話をするなかで、状況を把握しております。日々のミーティング時に利用者情報の共有を行い、必要に応じて毎月の運営会議で報告を行い、報告の項目について協議をして早期の対応が必要な場合は、素早く対応を行っています。3ヶ月ごとのモニタリングでも対応を協議しております。</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。	Ⓐ b・c
<p><b>評価概要</b> 運営規程において相談苦情に関する事業所の姿勢が明記しており、職員間で共有を行っています。相談苦情の体制として管理者が責任者となり、第三者委員を設置するなど相談苦情等に積極的に対応を行っています。相談苦情の事例について細かい事例の収集にも取り組んでおり、対応経過や解決策などの記録から改善に取り組んでいます。相談苦情について必要に応じ運営会議で協議し、対応後の結果についてはミーティング等にて職員間で共有を図っています。</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 Ⓑ c
<p><b>評価概要</b> 利用者がいつでも意見を述べる事ができるように契約時やモニタリング時などに説明を行っています。利用者等からの申し出に対し、随時相談受付を行う体制を整えて、連絡帳を活用し本人や家族及び保護者とも連携し対応しています。相談しやすい環境整備として相談室を2部屋準備し、プライバシーに配慮しています。意見箱の設置については利用者がわかりやすい位置に置き換える等の対応が望まれます。</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 Ⓑ c
<p><b>評価概要</b> 苦情相談マニュアルを作成し利用者が相談しやすいように配慮しています。利用者からの相談や意見に対して組織的に迅速に対応が行える体制を整えています。利用者の相談や意見に対して、対応策や改善策の協議を行って、必要に応じて運営会議等でも協議を行い改善につなげる取り組みを実施し、体制やマニュアルの見直しを行っています。第三者委員や本人・家族及び保護者と話し合い、迅速な対応を行う事でサービスの改善に繋げる基本体制は整備されています。</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・c
<p><b>評価概要</b> 緊急時対応マニュアルを作成し事故や急変時、災害時等について迅速に対応できるよう体制を整え職員間で共有を図っています。リスクマネジメント担当として衛生推進者を5名配置して、年間に1人ずつ研修に参加しその結果を職員間で情報共有を行っています。職員間でのチャットを整備し、利用者の緊急時にスタッフ間でやり取りを行い医療機関と連携をスムーズに行うなどの事例を活かし、体制改善の取り組みを行っています。職員研修においてeラーニングやズーム会議などを実施し職員の知識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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  感染症に関する取り組みとして管理者を中心として管理体制を整え、感染症安全対策等マニュアルを作成し職員会議等で職員間で共有を図っています。マニュアルの見直しは運営会議や日々のミーティング等で改善点や最新の対応法などを検討して見直しに取り組んでいます。毎日のバイタル測定は通所時や帰宅前に実施しており体温や血中酸素濃度も測定しています。職員や利用者の予防接種等を積極的に取り組みを行っています。新型コロナ流行前から職員の日々の体温測定を行い体調管理について取り組んでいます。職員会議において感染症についての研修を定期的実施し職員の知識向上に取り組んでいます。</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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b>                  事業所の設立時にハザードマップを参考に災害の危険性が少ない場所を選び設置しています。火災や地震、風水害等の状況ごとにフロチャートを作成し緊急時の行動について職員間で共有を行っています。利用者の安否確認について独居の方は当日の利用の有無にかかわらず連絡を行い安否の確認を実施しています。その情報を地域の民生委員に伝え情報共有に取り組んでいます。防災訓練は年1回以上実施し、防災計画の提出や防火管理者は2名配置し体制を整えています。災害時の水や食料品等の備蓄品は別事業所にて保管管理を行い共有をしています。</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><b>評価概要</b>                  標準的な実施方法について業務の実施マニュアルを作成し職員間で共有を図っています。実施マニュアルをカラー化することで見やすいように改善するなど、周知方法の見直しに取り組んでいます。新人職員は3ヶ月を研修期間として先輩職員と一緒に業務に取り組み、夕方にふりかえりを行うことで標準的な実施方法について教育を行っています。標準的な実施方法にばらつきがある職員に対して個人的に指導や助言を行い改善に取り組んでいます。日々のミーティングにおいて標準的な実施方法について確認や改善をする機会として活用しています。</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 Ⓑ c
<p><b>評価概要</b>                  運営会議やミーティングにおいて標準的な実施方法の見直しをする機会として職員や利用者や利用者家族及び保護者の意見や新しい情報を参考にした改善策を検討しています。マニュアル等の見直しについて定期的実施していますが、改定時期などが表記されていないものがあり、見直し時期の表記をする取り組みを期待します。</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><b>評価概要</b>                  通所介護計画書を管理者が担当し作成しています。作成に当たってはアセスメントシートを活用しリハビリ職や看護職などの意見を聞き、日々のミーティングや関りからくる情報を参考に利用者や家族及び保護者の意見が反映できるよう計画の作成を行っています。通所介護計画作成にあたり、毎日のサービス確認として職員間のチャットやホワイトボードで入浴やリハビリの実施を職員全員で確認できるように取り組んでいます。支援困難なケースに対し職員間でサービス手法や関り方を随時協議して個別に対応を行っています。</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。	a・b・c
<p>評価概要 通所介護計画について管理者が中心となり作成を行い、計画の評価や見直しについては3ヶ月ごとのモニタリングを実施し利用者や家族及び保護者、職員等の意見を参考に見直しを行っています。通所介護計画の内容について日々のミーティングや申し送りノートで職員間の共有を行い支援に繋がっています。申し送りノートについては職員が出勤時に必ず確認するように取り組んでいます。通所介護計画の緊急な変更については必要に応じてケアマネジャー等と連携を行い対応しています。</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。	a・b・c
<p>評価概要 日々の記録については業務分担を行い、当日の担当者がサービス提供中に実施職員からの情報を基に手書き記入で記録を作成しています。記録方法については先輩職員が指導を行い、通所介護計画に基づいた記録ができるよう体制を整えています。職員会議や運営会議などを定期的実施し、情報共有に取り組んでいます。ネット環境の整備を進め職員間のチャット機能を利用し情報共有に取り組んでいます。</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 記録管理は管理者が担当し情報管理体制を整えています。個人情報記載された書類は基本的に持ち出し禁止にしており施錠ができる書庫にて保管をしています。パソコン使用について管理職以上の職員にパソコンパスワードを周知していますが一般職員がパソコンを操作する機会はありません。個人情報保護や機密保持の観点からUSB等の記録機器の使用も禁止しています。個人情報保護について運営規程やマニュアルを整備しており年1回職員研修を実施し職員の知識向上に取り組んでいます。契約時に利用者や家族及び保護者へ個人情報の取り扱いや事業所としての姿勢について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。	Ⓐ・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 Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>A-1-(1)-①について</p> <p>・活動の中で体操の機会を作り利用者の参加を促しています。体操の内容についてミーティングで話し合いを行い、個々に障害部位別や状況に応じた内容になるように取り組んでいます。年2回抽選会を実施し、利用者の生きがいづくりや楽しみづくりに繋がるような活動を行っています。日々の意欲向上にとの思いで皆勤賞を設け、利用者のやる気を喚起し楽しく通所ができるよう取り組んでいます。利用者が利用中に役割を持てるよう洗濯物たたみや経験を活かした剪定作業などを実施し一日を充実して過ごせるように支援を行っています。</p> <p>A-1-(1)-②について</p> <p>・利用者のニーズに対しては日々職員間で打ち合わせを行い、思いや希望に沿うことができるよう対応を行っています。利用者に対する接し方について認知症ケアマニュアルや高齢者虐待防止マニュアルを作成し、職員間でミーティングや職員研修等で共有を図り支援に繋がっています。意思疎通に課題がある利用者に対してホワイトボードやメモ紙などを活用しコミュニケーションを図っています。利用者の状況によっては活動時に促さず近くに座り活動の輪に参加できるよう支援を行っています。</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。	Ⓐ・-・c
<p>評価概要</p> <p>・利用者の権利擁護に対するマニュアルは整備されています。虐待の届け出や報告の手順について虐待防止マニュアルを作成し取り組みを行っています。入浴時などのボディチェックや着替えの準備状況、体重の変化の確認を行い権利侵害の早期発見に取り組んでおり、気が付いたことは管理者に報告を行っています。虐待の届け出や報告について書類を作成し、毎日のミーティング時に対策や改善策等を職員間で協議を行い、必要に応じて部署会議や運営会議にて話し合いを行っています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>・当初より利用者が座る席にはクッションを2つ設置しくつろぐことができるように配慮を行っています。ホール中心のテーブルには利用者が自由に使うことができるように調味料の醤油や塩などを置き、個人の嗜好に添えるよう取り組みを行っています。ホール内では音楽をかけており、時には利用者本人が好みのCDを持ってくることもあります。静養スペースはソファや横になれるような環境を整え、間仕切りを設置しゆっくり休めるように配慮をしています。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>A-3-(1)-①について</p> <p>・浴室を3ヶ所設置し、利用者のニーズや状況に合わせた支援を行っています。性別により浴槽を分けたり同性介護の実施、利用者の状況に合わせた環境を整備するなど利用者のプライバシーに配慮した取り組みを行っています。入浴方法や入浴拒否がある方への対応について毎日のミーティング時に情報を共有し安心して入浴が実施できるように支援を行っています。入浴時の様子や状況について家族及び保護者に情報提供し、必要に応じてケアマネジャーと情報共有をし支援に繋がっています。</p> <p>A-3-(1)-②について</p> <p>・和式トイレや広いスペースのトイレを設置し、利用者の状態やニーズに合わせたトイレを設置し、安心して排せつができる環境を整備しています。現在おむつ使用の利用者はいませんが、おむつ使用の方をトイレでできるようにトイレ誘導や介助を行って、体制を整えています。個人の排せつ感覚を把握するためにトイレ誘導の回数を記録しトイレでの排せつができるよう支援を行っています。広いスペースのトイレではプライバシーに配慮しつつ職員が付き添いや介助を実施し、事故防止の取り組みを行っています。排せつ状況や排せつ物の確認を必要に応じて実施しており、家族及び保護者や入所施設等と情報の共有を行っています。</p> <p>A-3-(1)-③について</p> <p>・利用者の希望やニーズに添えるよう通所時は車いすや杖、シルバーカー等の福祉用具を貸し出しています。支援方法について毎日のミーティング等で情報共有し改善策や支援方法について協議を行っており、家族及び保護者へ情報提供を行っています。送迎時などに直接家庭の様子を聞いたり助言をするなどし、必要に応じてケアマネジャーに報告をするなど連携を図っています。送迎車両は利用者の状況に合わせて乗りやすいサイズの車両にて送迎を実施しています。昇降の際は踏み台を使用し安全に送迎ができるように体制を整えています。</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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・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。	Ⓐ・b・c
<p><b>評価概要</b></p> <p>A-3-(2)-①について</p> <p>・衛生管理について感染症マニュアルや感染症発生時のフローチャートを作成し、管理者を中心として取り組んでいます。食事をする際の雰囲気や配慮するため座席の配置や個人の嗜好に合わせ中央テーブルに調味料を配置したり、調理レクリエーションを実施し利用者間の交流促進を図り、楽しい雰囲気でおいしく食事がとれるよう取り組みを行っています。利用者の状況に合わせ食事形態の変更や協議を適宜行っており、利用者が安心して食事ができるように職員間で連携を取っています。移動販売を誘致することで利用者の食に対するニーズに対応し、生きがいづくりに繋がるよう取り組んでいます。</p> <p>A-3-(2)-②について</p> <p>・食事の提供に際しては利用者の状況にあった食事形態や配膳方法等を職員間で話し合いを行い、必要に応じて変更をするなど利用者や保護者に配慮した取り組みを行っています。食欲のない方や経口摂取に支援が必要な利用者に対し、ゼリーやヨーグルト、高カロリーゼリー等で栄養面を考慮した提供を行っています。食事量や水分量の確認が必要の方に対して職員間で情報共有を行い、チェックをする体制を整えています。またその結果についても家族及び保護者や必要に応じてケアマネジャーに報告を行っています。誤嚥やむせ込み等緊急時の対応方法のマニュアルを整備しフローチャートを作成しミーティングや職員研修等で職員間での共有を図っています。</p> <p>A-3-(2)-③について</p> <p>・利用者の口腔衛生に繋がるよう歯科受診の結果を共有しモニタリングの時期に状況の確認と評価を実施し、支援に繋げる取り組みを行っています。自主的な口腔ケア支援について口腔体操や口腔ケアの誘導、義歯洗浄の声掛け等を行っています。以前は口腔加算を算定しており職員に対する研修を実施していましたが、現在は加算を計上していませんが口腔洗浄用の機械等は引き続き設置しており様々なニーズに応えられる体制を整えており研修についても今後再開の予定となっています。口腔内確認が必要な利用者には舌根沈下や食べ残しの有無などの確認を行っています。</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><b>評価概要</b></p> <p>栄養面や運動面において褥瘡に関する研修や勉強会を定期的実施しており、褥瘡の発生予防について職員間で知識向上に取り組んでおり、日々の食事量の確認を実施し栄養面に不安のある利用者に対しておやつで調整等の配慮を行っています。褥瘡予防のため静養スペースや横になるスペースには除圧や体位交換のためのクッション類を多く導入し環境整備を行っています。現在寝たきりの方や褥瘡となっている利用者はいませんが、リクライニング車いすを準備し受け入れ態勢を整えています。褥瘡予防について家族及び保護者に対し助言や情報提供を行い、必要に応じてケアマネジャーと連携を図っています。</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>非該当</p> <p>・今まで喀痰吸引に必要な方や経管栄養の方の受け入れ実績はありませんが、マニュアルを作成しており看護師を配置して受け入れ態勢を整えています。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>・理学療法士や看護師など機能訓練指導員が中心となり利用者の状況に合わせた個別機能訓練の計画を作成し、内容によっては利用者の希望や満足度に応じてモニタリングの際などに協議や見直しを行っています。機能訓練として1日3回体操を実施し、利用者が自然に参加できるよう雰囲気づくりを行ったり声掛けを行うなどの工夫をしています。入浴や排泄などの動作について自宅での動作を意識し介助方法や支援方法について職員間で話し合いを行いADLの維持向上に取り組んでいます。認知症における早期発見を意識し感じたことや気が付いた点などを家族及び保護者やケアマネジャーに報告を行い連携を図っています。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>・認知症ケアマニュアルを作成し職員研修や毎日のミーティング等で職員間で情報共有し実際の支援に繋げており、利用者の日々の状態や変化等について様子を詳細に記録を行っています。認知症の症状のある方に対し活動時に職員が声掛けや話しかけ、仲の良い方と一緒に参加していただくなど安心して活動に参加ができるよう配慮を行っています。必要に応じて医師や看護師、ケアマネジャーと症状について情報共有を行いPDCAサイクルの支援に繋げるよう取り組みを行っています。症状に変化が見られた場合は家族及び保護者、ケアマネジャーに適宜報告を行っています。</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・c
<p>評価概要</p> <p>・急変時の対応マニュアルやフローチャートを作成し事業所内に掲示をして職員間へ周知や緊急時の対応について迅速に行えるよう取り組んでいます。救急法の研修を年1回職員全員を対象に実施し、職員の知識向上や緊急時の対応に役立てています。事例等の収集について取り組みを行い、その日の出来事についてはミーティングにて職員同士で対応策や改善策等の対応の話し合いを行っています。利用者のバイタル測定を送迎時に実施しその数値について職員間で情報共有をして、数値に変化のある利用者については1時間ごとに検査を実施しその情報を職員間で共有し支援に繋げています。</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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>・利用者の情報に対して重要な情報や確実に伝えなければいけない内容について、緊急連絡先の順番に連絡を取る等して家族に確実に情報が伝わるように対応を行っています。3ヶ月ごとのモニタリングの際に利用者の状況やサービス内容などについて説明を行っています。話し合いの内容について担当者会議録を作成し、カルテに綴り申し送り簿に付箋を付けるなどして職員間で情報共有を図って支援に繋げています。利用者の状況についてや気が付いた点など送迎時に家族及び保護者に報告をして、必要に応じてケアマネジャーにも報告を行っています。</p>		