

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2023 年 12 月 22 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002

住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地  
かでの2.7 3階

電話番号 011 - 241 - 3982

評価機関名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第21 - 002号

代表者氏名 会長 長瀬 清

下記のとおり評価を行ったので報告します。

## 記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	高橋 修一	総合	第0156号
	(2)	日置 基樹	福祉医療保健	第0209号
	(3)	野村 宏之	総合	第0158号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	通所介護			
事業所名称	社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会在宅老人デイサービスセンター			
設置者名称	厚岸町			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2023 年 5 月 16 日	～	2023 年 12 月 22 日	
利用者調査実施時期	2023 年 6 月 2 日	～	2023 年 7 月 14 日	
訪問調査日	2023 年 9 月 21 日	～	2023 年 9 月 22 日	
評価合議日	2023 年 10 月 19 日			
評価結果報告日	2023 年 12 月 22 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会

代表者氏名：会長 大野 繁嗣

所在地：〒088-1115 北海道厚岸郡厚岸町梅香2丁目1番地

TEL 0153-52-7752

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. 経営の安定化とサービスの質の向上に向けたリーダーシップの発揮

センター長は、自らの役割と責任を明確にした上で、主任や生活相談員と協議しながら、具体的に問題が解決するよう導く役割を果たしています。

また、サービス提供や経営の指針となる施設の理念、基本方針を明文化し、携帯できるカードに記載するアイデアを採用するなど、職員との共有を図るための具体策を定着させています。

月次の会議では、収支状況などの確認を行うとともに、サービスの質の向上に必要な職員配置、未取得加算の取得に向けて協議を行っています。

加算の取得を進めることは、経営の改善に加えて、算定要件を満たすためにサービス等の見直しを行う過程自体が、サービスの質の向上にもつながるという本来の目的を明確にし、職員に伝えていきます。

経営の安定化や、前回の第三者評価結果を踏まえた改善に具体的に着手し、サービスの質の向上に向けた方向性を職員と共有して、意欲の向上を図っていく取り組みは高く評価できます。

2. 美味しく楽しい食事の支援に係るきめ細かな対応

日常支援業務の中で、介護職員が利用者の食事の好みを聞き取り、その結果を栄養士に伝えて、月1回以上の選択食、行事食等の献立に反映しています。

また、寄贈された季節の食材を使い、希望する利用者も参加して調理したり、おやつを作ったりし、美味しく食べるだけでなく、食事が楽しくなるよう取り組んでいます。

利用者の急な体調変化への対応にも工夫があります。お腹の調子が悪ければ「おかゆ食」、義歯を忘れた時は「きざみ食」にするなど、食事形態の変更にも臨機応変に対応していることは高く評価できます。

利用者一人ひとりの摂食状況を確認し、家族に情報提供するなど、きめ細かな食事支援に取り組んでいます。

◇改善を求められる点

1. 経営課題の把握に基づく中・長期計画の策定

法人全体の地域福祉実践計画は策定されていますが、デイサービス事業単独での中・長期計画は未策定となっています。

地域福祉実践計画の策定プロセスで把握した地域ニーズに基づく事業活動の展開や、将来を見据えた人材育成を計画的に遂行していくためにも、経営課題を分析し、短期的には解決できない課題を認識していくことが必要です。

今後は、デイサービス事業を展開する部門として、中・長期的な視点で問題解決へのビジョンを描き、収支計画に裏付けされ、具体的な道筋を明確にした中・長期計画を策定することを期待します。

2. 提供する福祉サービスの標準的な実施方法の策定

身体介助や食事介助等の支援マニュアルが整備されており、業務チェックリスト等も作成されていますが、職員誰もが行う支援全般の基本となる、標準的な実施方法は文書化されていません。

職員の違いによる支援内容の差異を極力なくし、一定の水準以上の支援を提供するため、支援を実施するときの基本技術や留意点、具体的な手順等を標準的な実施方法として定め、文書化することが求められます。

さらに、標準的な実施方法を文書化し一定の水準、内容を保った上で、それぞれの利用者の個別性に着目した対応を行うためには、実践を通じた評価・見直し・改善のサイクルを踏まえ、より実効性の高い標準的な実施方法を職員とともに組織的に構築されることが望まれます。

また、介護技術マニュアルの内容は、現在の利用者や事業所内の動線等を想定したものになっていません。今後、標準的なマニュアルの作成とともに、マニュアル類を見直す仕組みを整備し、利用者等の状況に合わせた早急な見直しと、改訂後のマニュアルに基づく職員研修に取り組まれることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

職員が自己評価を行い施設全体として評価をまとめていく中で、自分たちが取り組んできたことを再確認することができ、また課題が明確となり、今後の取り組みに対し非常に良い材料となりました。

訪問実施調査の際は、施設からの説明に対して、深く細かなところまで耳を傾けていただき、取り組みの方法などについても丁寧にご教授いただき、感謝しております。

今回の調査結果について、評価の低い項目は見直し・改善に取り組み、評価していただいた項目についても、更に細かな気づきや配慮が行えるよう職員全体で共有し、利用者様へ安心・安全で活気ある施設としてサービス提供をしていきたいと思っております。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

## 北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 5年 8月 9日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会		
事業所名 (施設名)	在宅老人デイサービスセンター	事業 種別	通所介護
所在地	〒 088-1125 北海道厚岸郡厚岸町白浜4丁目1番地		
電 話	0153-52-3901		
F A X	0153-52-5233		
E-mail	<a href="mailto:y-igarashi@akkesshisyakyo.or.jp">y-igarashi@akkesshisyakyo.or.jp</a>		
U R L	<a href="https://akkesshisyakyo.or.jp">https://akkesshisyakyo.or.jp</a>		
施設長氏名	永川 浩志		
調査対応ご担当者	五十嵐 愉美 (所属、職名：施設業務課 主幹)		
利用定員	35名	開設年	平成 26年 4月 1日
<p>理念・基本方針： 施設運営の基本理念                      利用者に充実した日々を送っていただくために、常に「Smile（笑顔）」で 「Speedy（迅速）」に、「Sincerity（誠実）」に対応する「3つのS（サービス）」と常にプラス思考で、『見て聴いて「感謝する心」』、『知識と経験と技術に「謙虚な心」』、『相手の立場に「共感できる心」』で 接する「3つの心」を施設の基本理念とし、両者の理念を利用者の対応に生かし、常に理念に基づいた 「より質の高いサービス」を公平・公正・平等に提供できる運営が行われるように取り組むものである。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：家庭的な雰囲気の中で交流を持ちゆったり過ごせる予定としている。工作や散歩などで肢体の活動促し、楽寿ジャンでは脳の活性化を図るなどそれぞれの能力に応じた取り組みを行っている。また、科学的介護サービス提供のため新加算に取り組み、以前よりご家族や関係機関と身体的状況の情報共有が図られている。厚岸町内他通所サービスにはない機械浴を保有し、歩行困難者や障がい者への入浴援助を行っている。デイサービス独自の広報誌を発行し、ホームページが見られない方へ紙媒体での情報提供としている。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		1 回 （平成 28 年度）	
開所時間 (通所施設のみ)	営業時間：8時30分 ～ 17時15分 ・ サービス提供時間：10時 ～ 16時		

### 【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

介護老人福祉施設： 50床 短期入所生活介護： 20床 地域密着型介護老人福祉施設： 18床  
 障害福祉サービス短期入所： 10床

**【利用者の状況に関する事項】（令和4年7月1日現在にてご記入ください）**

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
1名	0名	9名	10名	29名	32名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
23名	3名	1名	108名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2歳児	3歳児	4歳児
名	名	名	名	名	名
5歳児	6歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	1名	名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	3名	名	3名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	3名	1名	3名	名	1名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
17名	14名	23名	19名	10名	11名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
2名	5名	4名	1名	1名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
0名	0名	1名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 2年2か月 )

【職員の状況に関する事項】(令和4年7月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活相談員	作業運転手
常勤	12名	1名	1名	4名	名
非常勤	7名	名	名	名	3名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	4名	名	1名	名
非常勤	名	2名	名	2名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	名 ( 名)
介護福祉士	8名 ( 名)
保育士	名 ( 名)
看護師	2名 ( 1名)
准看護師	2名 ( 2名)
介護職員初任者研修終了	2名 ( 1名)

(非常勤職員の有資格者数は ( ) に記入)

**【施設の状況に関する事項】**

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	767.67	m <sup>2</sup>
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	3年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)		m <sup>2</sup>
(2) 園庭面積		m <sup>2</sup>
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積		m <sup>2</sup>
(3) 敷地面積		m <sup>2</sup>
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年



**【ボランティア等の受け入れに関する事項】**

・令和 4 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

--

**【実習生の受け入れ】**

・令和 4 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 1 人

**【サービス利用者からの意見等の聴取について】**

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

利用時に持参していただいている連絡ノートへ連絡事項等を記入する欄を設けており、契約や担当者会議時には記入を居ていただくように伝えている。今年度は10月よりご利用者にご家族へのアンケート調査を行い、結果を社協広報誌しゃっきーへ掲載する予定です。

**【その他特記事項】**

--

# 評価細目の第三者評価結果（通所介護）

## 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	コメント
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	理念・基本方針はホームページ、パンフレットに掲載され、事務所に掲示している。職員に向けては、名札と同サイズの携行できるカードを全員に配布し、理解を浸透させるための取り組みを行っている。また、職員が理念を共有できているか、施設長が定期的に確認している。利用者や家族に対しては、内容をわかりやすく伝えているとはいえないため、職員への周知の実績を踏まえた今後の取り組みに期待したい。

### Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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	毎月開催される法人全体会議において、介護部門の利用状況・収支状況を把握している。また、デイサービス全体会議にて、毎月の利用状況等を把握している。今後は、こうした現状把握を踏まえた分析を、中・長期的な視点に立った人材育成、人材確保などの戦略作りに活かすことに期待したい。
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	把握した経営課題とその分析を基に、サービス提供体制強化加算・介護職員処遇改善加算Ⅱ・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ・介護職員等ベースアップ加算・科学的介護推進体制加算を算定し、経営の安定化や処遇改善に向けて、具体的な取り組みを進めている。デイサービスとして算定できる加算項目には、計画段階でとまっているものがあるため、着実な取得に向けた取り組みに期待したい。

### Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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。	c	法人全体の地域福祉実践計画は策定されているが、デイサービス事業単独での中・長期計画は策定していない。事業所では、地域福祉実践計画の策定プロセスで把握した地域ニーズや、定期的に確認している経営課題の分析から、短期的には解決できない課題を認識している。今後それらを踏まえて、中・長期的な視点で解決への道筋を描き、収支計画に裏付けされたビジョンを作成することが望まれる。
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。	c	厚岸町社会福祉協議会全体の事業計画の中に、「施設通所介護事業」が含まれている。今後は中・長期的なビジョンに基づいた単年度事業計画の策定が望まれる。
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	職員の意見を主任が集約し、結果を課長・センター長が検討して見直しを行い、次年度計画を成案化する流れが確立している。ただ、策定された計画を職員に説明・周知する方法が十分に整備されていないため、今後の取り組みに期待したい。

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	家族や利用者に対しては、広報誌やホームページにより事業計画の骨子を周知している。デイサービス事業に特化した内容については、理解を促す取り組みに工夫の余地を残しているため、提供するサービスへの家族や利用者の積極的な参加という点からも、わかりやすく周知する方法の検討に期待したい。
---	-------------------------------------	---	--

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	コメント
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	第三者評価の受審は二度目であり、職員一人ひとりが自己評価を実施し、主任以上が集約して、施設長が結果をとりまとめる流れが確立している。また前回指摘された項目について、課題把握、分析、評価、改善の仕組みが整いつつある。第三者評価に向けた自己評価以外では、評価基準や指標を策定し、職員間で内容を共有化した上での実施というシステム化には至っていないため、今後の取り組みに期待したい。
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	把握した課題の中で、改善に向けて取り組んでいる項目と具体的な改善が進んでいない項目がある。今後は、中・長期的なビジョンを確立した上で改善計画を策定し、取り組みが計画的に継続する仕組みづくりに期待したい。

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	コメント
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	法人全体として、責任体制は明確化している。また、職員会議や研修にて、施設長自らの役割と責任を表明し、職員と信頼関係を構築するよう取り組んでいる。災害、事故等で、施設長不在時の権限の委譲についても文書で定めている。今後は、広報誌など文書化により職員への理解を促していく際の工夫に期待したい。
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	北海道老人福祉施設協議会の研修やインターネットを活用し、法令等に関する最新の情報を収集している。また、関係法令を把握し、利害関係者とも適切な関係構築を図っている。職員への周知は、部分的な伝達や研修の実施にとどまっているため、全職員に確実に周知するための取り組みに期待したい。
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	施設長は、自らの役割と責任を明確にした上で、サービスの質の向上に向けて、主任や生活相談員と協議しつつ、具体的に問題が解決するように導く役割を果たしている。今後は通所介護としてのサービスの質が継続的に維持できるように、職員の教育・研修体制の一層の充実に期待したい。
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	月次の会議で収支状況などの確認を行うとともに、サービスの質の向上のための取り組みや職員配置、未取得加算の取得に向けて協議を行っている。また、加算の取得は経営の安定化に加え、要件を満たすためサービス内容を見直していく過程自体が、サービスの質の向上につながることを職員に伝えている。今後は、業務の実効性を職員全体で高めるための一層の取り組みに期待したい。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。	c	前回の第三者評価を踏まえ、ハラスメント防止規程や育休・介護休業等に関する規則、給与規程の改正等を行い、職員定着の環境整備を進めている。基本的には、欠員が生じた際に採用を行っているため、人材確保・定着に関しての基本的な方針は明文化されず、必要な有資格者の配置計画も作成していない。今後は中・長期的な視点での採用方針を定め、具体的な計画を策定し、総合的に取り組むことが望まれる。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	法人、事業所いずれも総合的な人事管理は実施していない。今後は、職員全員への個別面談を継続的に行う仕組みを整備し、「期待する職員像」を明確に示した上で、一定の人事基準に基づいた人事管理が行われることが望まれる。
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	有給休暇はほぼ全ての職員が7割取得している。勤務シフトも個々の希望に沿って運用されるなど、働きやすい職場環境の整備、仕事と生活の両立への配慮が実践されている。今後、職員全員への個別面談を実施し、職員の意向を反映した上で、組織的な見直しや運用が可能となる仕組みの確立に期待したい。
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。	c	職員個別の研修計画を策定し、一人ひとりの専門性等に応じた研修受講によりスキルアップを図っている。今後は「期待する職員像」を明確にするとともに、職員の個別面談を実施して本人の意向を確認し、目標管理と進捗確認が的確に行えるシステムの構築がなされることが望まれる。
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。	c	職員個別の研修計画を策定しているものの、職員の教育・研修に関する基本方針が明確に文書化されていない。今後は、事業所として「期待する職員像」を明確にした上で、研修に関する基本方針を検討し、現行の研修計画を充実されることが望まれる。
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	介護職員だけではなく、送迎職員向けのプログラムなど職制に応じた研修の受講機会を確保し、サービスの質の向上につなげている。ただ、採用間もない職員に対するフォロー体制は十分ではなく、資格取得のための勉強会への参加も職員の任意にとどまっている。今後、個別面談に基づき受講機会を設定するなど、工夫して取り組むことを期待したい。
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。			
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	ここ数年は福祉人材の育成を目的とした実習生の受け入れ実績はなく、中学生の職場体験の受け入れのみである。事業所としては大学や専門学校からの実習生を受け入れる意向はあるが、マニュアルはサービス内容の紹介文書で代用するにとどまっている。今後は、受け入れ方針の明示と、方針に沿った実習プログラムを盛り込んだマニュアルの作成等、受け入れ体制の整備に期待したい。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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	町社協の広報誌やホームページにおいて、事業報告や財務諸表類を掲載し運営状況を公開している。現在、第三者評価の受審結果や苦情受付状況、対応経過は公開されていないが、これらは運営の透明性を示す客観的な指標ともなることから、情報公開の範囲を自己点検し主体的な発信に取り組むことを期待したい。
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	日々の出納業務は、事業所の決裁手順に則って遂行されている。法人として年4回の監事監査、税理士による毎月の経理状況の確認を受け、適正な運営が図られるための仕組みが整備されている。今後は外部の専門家や関係者からの指摘事項が、経営改善やサービスの質の向上に具体的に活かされる仕組みづくりに期待したい。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
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。	c	過去には、地域の方々やボランティアとの交流を図れるよう行事が企画・運営されていたが、新型コロナウイルス感染症の流行以降は休止している。今後は、サービスの質の向上という点から、地域との交流に関する事業所としての考え方や方針を検討して文書化するなど、再開に向けての対応が望まれる。
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。	c	ボランティアの受け入れ実績はあるが、ボランティアの受け入れに関する方針や受け入れた際の具体的な対応マニュアルは作成されておらず、職員への周知体制は未整備である。今後は、地域社会との交流を図る取り組みを継続的に実践していくためにも、これまでの受け入れ実績を踏まえた体制づくりが望まれる。
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	サービス提供に必要な地域内の行政、医療機関等を把握し、関係会議に出席してネットワーク構築に努めている。把握した関係機関の情報を、職員間で共有するためのリスト化や連絡方法の明文化という具体的な手法は確立していないため、今後の取り組みに期待したい。
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	町の社会福祉協議会という、地域福祉を推進する法人として地域のニーズを把握している。また、法人の地域福祉実践計画の策定過程や、社協の事業を通じても認識している。これらは法人の特性上、自ずと把握されるものであるため、今後はデイサービスを行う事業所としての能動的なニーズ把握の関わりに期待したい。
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。	c	把握した地域ニーズに基づく公益的な事業には取り組めていない。今後は、運営法人である厚岸町社協とも連携し、自治会や地域の関係機関と協力した災害時の支援体制の構築が望まれる。

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	コメント
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	基本理念に利用者を尊重した福祉サービスの実施についての基本姿勢が明示されている。基本理念が書かれたカードを職員一人ひとりが常に携帯するとともに、新規採用時や研修等を通じて組織内での共通理解を図るための取り組みが行われている。以前作成されていた倫理規程の見直しを含め、利用者の尊重や基本的人権の配慮について、定期的に状況の把握・評価を行う仕組みづくりに期待したい。
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	利用者のプライバシーについて、マニュアルを整備するとともに、職員への理解を図るための研修を開催するなど、利用者のプライバシー保護に関する取り組みが行われている。静養室がないことから、静養用のベッドがホールの一角に配置されているため、利用時は必要に応じて簡易パーテーションで目隠しをするなどの工夫が見られるが、配置場所が浴室に向かう動線上であることから、利用者の目線に立ち、配置等の工夫を期待したい。
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	法人ホームページやパンフレットにてサービスの利用・選択に必要な情報を提供しているほか、1日体験の希望に対応するなど、利用者や家族が希望に沿った選択をするための取り組みが行われている。パンフレットについては、入手できる場所が限られていることから、情報提供の場が広がることを期待したい。
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	福祉サービス開始・変更時には、利用契約書及び福祉サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書により説明が行われ、利用者及び家族の同意を得た上で書面で残してある。また、本人が説明を受けることが困難な利用者に対しては、一日の流れがわかるよう写真を使用しながら説明し、利用者や家族が理解しやすいような工夫がされている。今後は重要事項説明書などの見直しを適宜行い、第三者委員や福祉サービス運営適正化委員会の窓口などについても表示するなど、利用者や家族にわかりやすい内容の工夫に期待したい。
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	事業所移行時は、利用者や家族の同意を得て、事業所間での情報提供が行われており、必要に応じて看護師等の専門職種での情報共有も行われている。福祉サービスの継続性を損なわないよう配慮するため、引継ぎや申し送りに関する手順等を文書化しておくことを期待したい。
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。	c	食事の嗜好調査が行われているほか、支援場面における日常的な会話等から利用者の意向を汲み取る等の取り組みが行われているが、聞き取った内容に関する分析や検討内容の記録、改善策の実施に関する記録の作成は行われていない。以前は利用者アンケートが実施されていたことを踏まえ、組織として利用者満足の向上に向けた仕組みを整備し、利用者満足に関する調査等の結果を活用しながら、福祉サービスの改善に向けた取り組みが望まれる。

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。	c 苦情マニュアルに基づき苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員が設置されている。しかし、第三者委員の連絡先の明示は行われていないことから、重要事項説明書への記載や施設内での掲示など、第三者委員に関する苦情解決の仕組みを周知することが望まれる。また、苦情への対応は職員間で共有され、対応内容は申出者へ報告されているが、苦情解決状況の公表はされていないことから、福祉サービスの向上に向けた取り組みの一環として、結果の公表の具体的な取り組みが望まれる。
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。	b 日常的な言葉かけの取り組みとして、家庭的な雰囲気づくりを意識し、入浴時や送迎時に積極的に声かけをする中で、利用者が思いや意見を述べやすい環境づくりに努めている。また、連絡ノートを活用したやり取りも可能であり、意見を述べる方法を選択できる工夫がされている。相談等の件数は少数であることから、利用者や家族等に対し、利用開始時の説明だけでなく、日常的な相談窓口を明確にした上で、その内容をわかりやすい場所に掲示するなど、十分に周知するための取り組みに期待したい。
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 利用者からの相談や意見に対して、対応が可能なものについては速やかに対応しているが、意見や要望等を積極的に把握するための取り組みや、対応についての仕組みは確立していない。意見・要望等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公開の方法等を具体的に記載したマニュアル等の整備を期待したい。
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 事故発生時・緊急時対応マニュアルを作成し、リスクマネジメント体制を構築するとともに、事故対応に関する職員研修を実施している。今後は、事故の状況によってマニュアルに位置付けられている事故処理対策委員会を設置し、事故原因の分析及び対応策について検討することや、ヒヤリ・ハット報告書の積み上げによる分析、再発防止策の検討・実施を期待したい。
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 感染対策マニュアルを作成し職員へ周知するとともに、定期的に職員研修や感染対策委員会を開催するなど、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づくりに取り組んでいる。また、感染予防や感染時における家族への周知についても文書で通知するなど、適切な取り組みが行われている。今後は、職員が感染の媒体になる可能性等を踏まえ、作成予定のBCPと連動した取り組みに期待したい。
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 非常災害対策計画を作成するとともに定期的な避難訓練が実施されている。施設でのサービス提供時における災害発生の想定はされているが、送迎時など、職員や利用者が施設外で被災する場合の想定はされていない。今後、送迎を含めた施設外でのサービス提供時における対応を検討するとともに、食料、機材の備蓄等についても、作成予定のBCPにおいて具体的な視点で利用者の安全を確保するための対策が講じられることを期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	c	身体介助や食事介助等に関する一般的な支援マニュアルは整備されているが、現在の利用者のADLに対応したマニュアルにはなっていない。また、業務チェックリスト等も作成されているが、標準的な実施方法は文書化されていない。提供するサービス全般について一定の水準、内容を常に保つとともに、基本的な援助技術や支援の視点、業務手順等について、職員がいつでも閲覧でき、日常的に活用するための標準的な実施方法を確立し文書化したマニュアルの作成が早急に望まれる。
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。	c	身体介助や食事介助等に関する一般的な支援マニュアルは整備されているが、利用者の状況に合わせた見直しは行われていないことから、PDCAサイクルによる支援の質に関しての組織的な検証・見直しを行った上で、標準的な実施方法マニュアルの早急な作成が望まれる。
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。			
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	既定のアセスメントシートによりアセスメントを行い、福祉サービス実施計画書を策定しているが、計画策定時は決裁（報告）により回付されており、策定責任者が明確になっていない。またアセスメント手法及び計画策定に係るマニュアル等が整備されていない。サービス実施計画策定に係る担当者と責任者の役割を明確にするとともに、アセスメント手法及び計画策定に係るマニュアルの作成等により、アセスメント結果による課題解決のための目標と、目標達成に向けた具体的な対応策がサービス実施計画に適切に反映できているかを確認できる仕組み作りを期待したい。
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	支援場面で関わっている職員からの聞き取りを踏まえた評価・見直しが行われているが、評価・見直しの手順が明確になっていない。評価・見直しを行う時期の設定や記録の方法、必要に応じた実施計画変更の手順等をマニュアル化するとともに、関係職員への周知を期待したい。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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	業務・介護日誌、看護日誌及び連絡ノートに必要なサービス実施状況が記録されており、特に身体の変化については必要な情報が知っておくべき職員に正確に伝わるよう、朝礼時や回覧等により情報の共有化が図られている。利用者の目につきにくいカウンターに当日利用者全員分の記録用紙を用意し、随時支援の記録をすることで記録漏れがなくなるような工夫が見られる。
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	個人情報保護規程を作成し、記録の保管、保存、廃棄、情報の提供について定められている。また、個人情報の取扱いについては、個人情報利用同意書及び使用同意書を活用し、利用者や家族からの同意を得ている。個人情報保護規程については、法改正を踏まえた定期的な見直しを期待したい。



評価対象 通所介護 付加基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	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 食事、入浴、排せつなど日々の様々な支援や、風船バレー、体操、季節行事の創作活動などのレクリエーション・アクティビティ活動において、利用者の状態に注意を払いながら、その意向を汲み取る支援を行っている。ただ、利用者の意向把握を行うにあたり全職員共通となるマニュアル・基準等が未整備の状態にあること、支援にかかる満足度調査が近年実施されていないこともあり、十分な取り組みとは言えない。今後は、利用者一人ひとりの意向把握を行うルールを事業所内で徹底し、そこで把握したニーズが個別の通所介護計画にしっかり位置付けられ、以後その支援の評価・見直しにつなげられて行くことを期待したい。
A④	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。	b 利用者の思いや希望を可能な限り把握できるよう、日々の支援場面で様々な機会、方法によりコミュニケーションを行っている。特に支援の難しい利用者については、担当職員を決め、個別対応が行われているが、その他の利用者については、日常的な支援やプログラムなどに沿った画一的なコミュニケーションとなっている。今後は、利用者一人ひとりの個性を重視し、事業所内におけるコミュニケーションの方法や支援について、全職員共通の決まりごとを定め、定期的に評価・見直しを行うなど積極的な取り組みとなるよう期待したい。
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	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 「プライバシー保護マニュアル」、「高齢者虐待発生後対応マニュアル」、「身体拘束についてのマニュアル」を策定し、その理解を深めるための職員研修を実施している。また、入浴介助時には、利用者の身体にあざ等がないか、看護師が中心となり確認している。現状では、権利侵害事例は発生していないが、虐待等の権利侵害を防止するだけでなく、発生時の迅速かつ適切な対応について、事業所の体制や必要な手続き、方法等を具体化し、全ての職員が理解しておくことが重要なことから、よりきめ細かく現実的に即応可能となる取り組みが望まれる。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	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 毎日の清掃により清潔に保たれているが、築30年超を経過した建物の老朽化により、浴室やトイレの美化環境に限界がある。また、建物の形状から独立した静養室を確保できず、浴室入口横のスペースを簡易パーテーションで仕切り、静養用ベッドを1台設置して休息スペースとしているが、プライバシー保護の観点等からさらなる工夫・配慮が必要である。今後は、将来的な建て替えに備え、利用者の快適性に配慮した環境づくりに期待したい。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦ 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	利用者一人ひとりの心身の状況や家族からの情報をもとに、看護師が中心となり入浴の可否を判断している。入浴拒否の利用者には決して無理強いせず、時間をおいてさりげなく浴室近くに誘導し、言葉がけを行うなど入浴を促す工夫をしている。実際の入浴介助の場面では、利用者の状況に沿った支援となるよう取り組んでいるが、介護技術マニュアルが現在の利用者を想定したものになっていない。今後は、利用者の状況に合わせてマニュアルの見直しやマニュアルに基づいた職員研修の実施するとともに、現在取り組んでいる機械浴にかかる操作方法等の研修に加え、介護技術の取得確認を行う体制づくりに期待したい。
A⑧ 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	利用者一人ひとりの心身の状況や家族からの情報をもとに、トイレ誘導が必要な利用者のリストを作成し、排せつの支援を行っている。家庭での排せつについて、タオルと尿取りパッドの併用などを具体的に助言している。実際の介助場面では、利用者の状況に沿った支援となるよう取り組んでいるが、介護技術マニュアルが現在の利用者を想定したものになっていない。今後は、利用者の状況に合わせてマニュアルの見直しを行い、それに基づく職員研修の実施、介護技術の取得確認を行う体制づくりに期待したい。
A⑨ 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	利用者一人ひとりの心身の状況から、必要に応じて車いすや歩行器を利用し、移動支援を行っている。また、家族に対して適切な介助方法を助言・情報提供している。介護技術マニュアルが現在の利用者や事業所内の動線等を想定したものになっていないため、利用者の状況や事業所内の動線に配慮したマニュアルの見直しを行い、それに基づく職員研修の実施、介護技術の取得確認や事業所内スペースの有効活用を行う体制づくりに期待したい。
A-3-(2) 食生活		
A⑩ 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	食事は、併設の特別養護老人ホームと同じ献立になっており、調理は委託業者が行っている。適宜、聞き取りによる食事の嗜好調査を実施し、その結果を栄養士に伝えて、月1回以上の行事献立に反映している。寄贈の食材での食事提供、おやつ作り、選択食、行事食などを設定し、利用者が楽しく、おいしく食べられるよう工夫している。建物が老朽化し食堂スペースが狭いなどハード面の制限はあるが、食事環境へのより一層の工夫・改善に期待したい。
A⑪ 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	利用者の心身の状況、体調変化に応じて、お腹の調子が悪ければおかゆ食にしたり、入れ歯を忘れた時にはきざみ食にするなど複数の食事形態の対応が可能となっている。また、利用者一人ひとりの摂食状況をチェックし、必要に応じて家族に情報提供するなどきめ細かな支援を行っている。
A⑫ 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	利用者の口腔機能の保持・改善のため、食後の歯磨きの促し、入れ歯のケア、うがいの支援に取り組んでいる。今後は、口腔ケアの重要性に鑑み、職員研修を実施し、利用者・家族に対する啓発活動の取り組みに期待したい。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	入浴介助の際、看護師と連携して利用者の状態を確認し、必要に応じてジェルクッションや体交枕を使用するなどして褥瘡発生予防に努めている。今後は、職員の理解を深めるための研修の実施と、食事面から発生予防を行うための栄養士との連携に期待したい。

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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。	非該当
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑮	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 日常のプログラムの中で、散歩などの歩行訓練や体操などの介護予防的な取り組みは行っているが、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた機能訓練には至っていない。今後は、将来の加算取得を視野に入れた積極的な機能訓練に取り組むことに期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b 看護師や認知症実践者研修修了者が中心となって認知症の状態に配慮したケアに取り組んでいるが、その他の利用者と混在利用している状態にあり、十分とは言えない。今後は、組織として認知症ケアの取り組み方針を確立するとともに、法人・事業所内部の職員研修の実施や外部の資格付与研修受講機会の確保するなど、継続的な取り組みとなるよう期待したい。
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰	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 「事故発生時・緊急時対応マニュアル」が策定され、それに基づいて対応している。職員研修を実施しているが、具体的な対応例など全体を網羅した内容となっていないため、職員の理解が十分とは言えない。今後は、より実践的で効果的な取り組みに期待したい。

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱	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。	b 利用者の家族とは、送迎時における情報収集・提供、連絡帳のやり取り、電話連絡などで適宜連携を取り合っている。今後は、事業所として介護に関する助言や介護研修を実施するなど、家族介護者の心身の状況に配慮する取り組みに期待したい。