

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：岩井あすなろデイサービスセンター	種別：通所介護
代表者氏名：（施設長）坂本 資明	定員：35名（利用登録者数：83名）
所在地：鳥取県岩美郡岩美町宇治1034番地	
TEL：0857-72-3571	ホ ム ペ ー ジ： https://t-asunaro.jp/kourei/
【施設の概要】	
開設年月日：平成6年8月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あすなろ会 理事長 濱崎 淳子	
職員数	常勤職員： 13名 非常勤職員 3名
専門職員	施設長 1名 介護士 3名
	介護士 7名
	准看護師 3名
	作業療法士 1名
	ヘルパー2級 1名
施設・設備 の概要	ダイルーム（食堂兼用） 1ヶ所
	機能訓練室 1ヶ所
	静養室 1ヶ所 男子トイレ 1ヶ所
	相談室（会議室） 1ヶ所 女子トイレ 1ヶ所
	事務室 1ヶ所
	ダイルーム（食堂兼用） 1ヶ所 大浴場 1ヶ所
	機能訓練室 1ヶ所 特殊浴槽 1ヶ所
	静養室 1ヶ所 一般浴槽 1ヶ所
	相談室（会議室） 1ヶ所 送迎車（リフト車） 4台
	事務室 1ヶ所 送迎車（普通車） 1台

③ 理念・基本方針

◇法人理念

私たちは、あすなろの木にふりそそぐ光と水のように、愛情と使命感を持ち地域福祉の未来を創造します。

◇法人基本方針

1 ご利用者へより質の高いサービスの提供を行い、満足されるものとします。

- 2 職員の資質向上を図り、愛情と使命感で働きがいのある職場とします。
- 3 地域の意見を反映し、地域とともに発展する社会福祉法人を目指します。
- 4 法人事業の継続性を強化し、事業を総合的に運営するための具体的方策を推進します。

◇事業所運営方針

介護保険法令に従って利用者が居宅において可能な限りその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るよう適切な支援を致します。

◇事業所運営理念

- 1 経営基盤の安定・・・将来にわたって継続的かつ安定的な経営基盤を確立する。
- 2 福祉サービスの充実・・・質の高い福祉サービスを安定的に提供する。
- 3 地域社会との連携・・・地域福祉の担い手としての社会的役割を果たし、社会及び地域への貢献に寄与する。
- 4 質の高いサービスを提供する人材の育成と確保・・・安定的、継続的なサービスの提供を行うため、その基盤となる人材の確保と育成及び定着を推進する。
- 5 職場環境の整備 …仕事に誇りを持ち、全職員がその能力を十分に発揮できる職場環境の整備、改善を行う。

④ 施設の特徴的な取組

- ・ 利用者の尊厳を守り、安心して生活できるサービスの提供を目指されています。
- ・ 常にサービスマナー、介護技術の向上ができるよう、積極的な研修参加への促進しておられます。
- ・ 四季折々の食材を取り入れ、利用者の嗜好を重視した食事が提供されています。
- ・ 機能訓練指導員（作業療法士）の指導のもと、利用者個々のニーズに合わせた多彩な機能訓練を受けることができます。
- ・ 令和4年8月に入浴設備の改修が行われ、臥床式特殊浴槽、大浴槽、小浴槽が整備され、従来以上に本人の希望や体調に合わせた入浴方法での対応が可能となりました。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年8月1日（契約日） ～ 令和4年12月2日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（令和 年度）

⑥ 総評

<特に評価の高い点>

- ・ 法人理念・基本方針や業務マニュアルを掲載した職員必携を職員全員が所持され、いつでも確認することができます。
- ・ 人事考課制度が導入されており、職員一人が目標設定し、年2回の面談の際には上司と振り返り、評価が行われ次年度へと繋げておられます。
- ・ 施設全体として風通しの良い職場環境作りを目指し、職員の意見が聴けるような体制を整えるよう努めておられます。
また、ユニット会議等でもリーダーは職員の意見を引き出せるように努めておられます。
- ・ 作業療法士による機能訓練が充実しており、利用者の身体的改善に繋がっています。

<改善を求められる点>

- ・ 業界全体の課題でもありますが、介護士不足の中でも利用者本位のサービス提供を心掛けておられますが、高齢化が進む社会情勢の中で、職員確保は重要な問題になっています。法人全体でも取組まれておられますが、更なる職員への処遇改善策を、国や自治体に対して要望を継続して頂く事を望みます。
- ・ 職員不足という事もあり、スーパーバイザーが多忙となり力を十分に発揮できない事が課題です。経験や知識が多い職員が多く中心となり、より一層の水准确保されることに期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

コロナ感染症予防へのご協力を利用者本人さん、ご家族様からも得ながら、引き続き利用者本位、限りなく住み慣れた自宅での生活継続ができる様、この度受審した結果、助言を取り入れながら、より一層サービス向上に向けて職員一同実施していきたいと思えます。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態）

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（通所介護）

共通評価基準（45項目）

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
<p><コメント></p> <p>理念・基本方針は明文化されており、法人ホームページ、パンフレット、施設広報誌に掲載されています。</p> <p>職員には年度当初の全体会において継続した理念の周知が行われており、職員全員に渡されている職員必携にも掲載しいつでも確認できるようにしておられます。</p> <p>利用者・家族には利用開始時に契約書・重要事項説明書を用い説明し伝えられています。また、施設内に掲示もされています。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-①事業経営を取りまく環境と経営状況が的確に把握・分析している。	a
<p><コメント></p> <p>WAMNET新着情報配信サービス（毎日配信）の閲覧や、全国老人福祉施設協議会や鳥取県老人福祉施設協議会に加入し社会福祉事業全体の動向や把握に努め、岩美町地域福祉計画に策定委員として施設長が参画され、地域における各データの把握が行われています。</p> <p>毎月の利用率や利用状況を把握し代表者会で報告し分析されています。</p> <p>各種関係団体や法人が主催する研修に参加する等、福祉を取り巻く環境や動向について情報収集をされています。</p> <p>施設長は代表者会議、研修等で把握した内容について、職員に報告し周知、理解が図られています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体の経営課題については毎月の施設長会や月2回開催される経営企画会議において協議されています。</p> <p>施設内においては代表者会、安全衛生委員会を毎月開き、課題や問題点を検討・共有され、事業別ごとの部会においても情報共有や課題解決に取り組まれています。</p> <p>また、毎月法人本部に稼働状況や試算表の提出が行われ共有・検討されています。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体で中・長期計画が5年毎に策定されています。各部会の役割を分担し実践の評価、問題点の解決、改善が図られています。</p> <p>理念・基本方針の実現に向けたビジョンを明確にし、施設内でも法人の中・長期計画に基づいて策定されています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画を基に各拠点区分に拠点事業計画が策定されており、職員必携にも綴られています。代表者会議においてフィードバックを行ない、最終的に拠点の事業報告をされ、評価が行われています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人、事業所の理念、基本方針を基に拠点事業計画が策定されおり、毎月の代表者会において、実施状況報告、評価も行ない、状況の共有が図られています。</p> <p>拠点事業計画は年度当初に職員会議で周知が図られ、職員必携にも綴られます。</p> <p>次年度に向け職員の意見を聞く機会も設けられており、検討・協議が行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の事業計画はホームページや年度当初の広報誌に掲載されており、拠点事業計画については、事業所内に掲示され、利用者への周知が図られていますが、今後利用者・家族等がより施設の理念・基本方針が理解し協力頂ける様資料作成等の工夫に期待します。</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
<p><コメント></p> <p>毎年利用者及び家族満足度アンケートを実施され、結果は館内にも掲示されています。</p> <p>法人内部監査の実施や部署別において、接遇チェック、虐待自己チェックシート等を定期的に実施されており、各委員会でも検討し、改善に向け話し合われています。</p> <p>また、人事考課制度もあり、年2回の自己目標の設定や評価を行ない、振り返りをしながら、次へと繋げていく仕組みがあり、上席や施設長との面談においても質の向上に向けた取り組みが行なわれています。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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
<p><コメント></p> <p>中・長期計画に基づき法人内部監査を受審しており、指摘点については改善策を検討し改善されます。</p> <p>毎月の代表者会や各部署におけるユニット会、リーダー会において改善策の検討や取り組みが行われ、結果については職員に情報共有されています。</p> <p>利用者満足度調査、家族アンケート等についてはそれぞれの結果を分析し、課題の改善について検討し、具体的な改善計画書等を作成しておられます。</p> <p>改善計画書に基づいた行われ、再評価も実施しながら計画を見直しも行なわい事業所全体で取り組まれています。</p>		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

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
<p><コメント></p> <p>管理者は自らの役割と責任を年度当初に広報誌に掲載され、職員には代表者会や職員全体会において表明され周知されています。</p> <p>職務分掌表は毎年見直しが行われ、事務所内に配置しいつでも、誰でも確認できるようにされています。</p> <p>また、BCP計画や各マニュアルを作成され、毎年見直しも行なわれています。職員全体会を通じて計画の重要性について周知が図られています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、福祉施設専門講座を受講し毎月の施設長会にも参加し学び、施設内安全性衛生委員会を通じて取り組みが行なわれています。</p> <p>施設の運営に関する基準を遵守させるために、法令遵守マニュアルが載った職員必携を全職員に所持させ、随時確認できる体制整えられており、職員全体会の際に研修も実施されています。</p> <p>常に直ぐ確認できるよう、デスク直ぐ後ろに法令関係書籍を用意し、必要毎に確認しておられます。</p> <p>また、修繕や購入など利害関係者との適正な関係を保持する為、適宜本部事務局へ伺い対応されています。</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
<p><コメント></p> <p>施設長はサービスの質の向上を目的に、時間が取れば施設内の巡回や実際に現場に入り介護業務を行う等行っておられます。</p> <p>事故防止検討委員会等の施設内の各委員会にも参画し、都度改善策等の指示を行われており、全職員から意見を吸い上げられる様、常に伝え全職員で施設を作り上げる意識を高める様に指示しておられます。</p> <p>各研修への積極的な参加を促し職員一人ひとりの資質向上を目指しておられます。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>毎月の安全衛生委員会や代表者会議を通じて職場環境の検討や改善、運営状況の確認、検討を行い改善策が講じられています。</p> <p>トップダウンのみならず各職員の気づきを促す、構築する様に常日頃から全職員へ会議等を通じて指示しておられます。</p> <p>働きやすい風通しの良い職場環境になるよう職員とのコミュニケーションを深めて行く努力をされています。</p> <p>I C Tの導入により業務の事務的時間の効率化にも取り組まれています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人の中・長期計画で人材の育成と確保に向けて採用計画を立てながら取り組み、人材確保は法人が窓口となり各就職説明会やホームページ、ハローワークで求人募集が行なわれています。</p> <p>必要な人材や人数においては適宜法人本部と協議しながら、人材確保に向けて実習生の受入れも実施されています。</p> <p>法人全体の研修委員会が設置されており、研修委員会の立案された研修計画に基づき、人材育成の研修会等が実施されています。</p> <p>採用後のプリセプターシップや奨学金制度（日本語学校、介護福祉士試験）など人材育成の定着に努めておられます。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の倫理綱領に役割や責務を明確化しており、職員必携にも綴られています。</p> <p>人事考課制度を法人全体で取り組んでおり最低滞留年数や各段階の能力に求められる事等、職務基準書が各専門職で等級別に作成されており、年2回の前期と後期に確認、評価、面談を行い、個々の目標の進捗状況をフィードバックして自ら将来の姿を描けるよう取り組んでおられます。</p> <p>考課者研修も毎年行ない、体制が整えられています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>年2回の全職員に対する面接、年1回の自己申告書により意向や把握され、職員個々のライフステージに応じた働き方に反映され働きやすい職場づくりに取り組まれています。</p> <p>有給休暇取得の促進やノー残業デイの設定、イクボス、ファミボス宣言、ストレスチェックを年1回実施し、職員へのフィードバックが行なわれています。</p> <p>総合的な福利厚生として、職員主体で職員互助会を運営し、給付事業のほか余暇活動を充実させるための事業を計画し、職員の福利厚生に努めておられます。</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
<p><コメント></p> <p>各段階の職員に対し、職務基準書により期待する職員像を明確にしながら、年2回の面接時に目標評価や次期目標設定等を定期的実施しておられ、面談の際には研修の希望も聞いておられます。</p> <p>法人全体での取り組みにて研修委員会による職歴や等級等に細分化された研修を実施しておられます。</p> <p>新人職員や異動職員においてはプリセプターシップにて個別での指導も実施しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人全体として基本方針や中・長期計画に明示し、法人研修委員会を中心に法人全体の取り組みとして等級別や職階別の研修が実施されています。</p> <p>施設内においても運営基準に定められている虐待防止研修や身体拘束適正化研修等、年間研修計画を策定し実施しておられます。</p> <p>職員全体会に直接出席できなかった職員に対しては会議録閲覧時に感想の記載を求める等、事業所内での情報共有に努められています。</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
<p><コメント></p> <p>職員の習熟度に応じた研修への参加を促したり、研修への情報提供、個別で見つけてきた研修への参加を承認する等、積極的な研修受講を勧めておられます。</p> <p>受講した研修の一覧やスキルアップ目的にて研修計画シートや生涯研修（キャリアアップ）計画シートを活用して把握されています。</p> <p>新人研修、異動職員にはプリセプターシップを活用されOJTで指導されています。</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
<p><コメント></p> <p>コロナ禍に於いては、予定されていた実習も法人フェーズ対応により急遽中止もありますが、可能な場合は積極的に受入れをしておられます。</p> <p>また、地元高校へ介護実習講師として職員を派遣も行われています。</p> <p>実習マニュアルを法人全体で作成し活用され、定期的に見直しも行われています。</p> <p>実習指導者に対し各種学校への研修参加や新規指導者養成研修にも参加させておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人ホームページやWAMNETへ法人理念、基本方針、予算、決算状況、提供している全福祉サービスの内容等を公開しておられます。</p> <p>施設に於いては、広報誌を定期的に発行し公民館等にも送付しておられます。</p> <p>家族等には、毎月の入所者の状況報告を行い共有しておられます。</p> <p>第三者評価受審状況は重要事項説明書へ明記し、苦情対応に対して必要毎に施設内へ掲示し公表しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人で経理規定などを策定整備し、規定に基づき日々の経理処理が行われています。</p> <p>法人外部の公認会計士に法人内各施設の経理報告・内部監査をし、経理実施状況の確認を定期的に行い、経営改善に努めておられます。</p> <p>施設内では誰でも閲覧できるよう規定集、職務分掌表をファイリングし明確にしておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人中・長期計画で地域社会との連携に向けて目標設定し、拠点事業計画にあげて取り組んでおられます。</p> <p>岩井あすなる救護協力会を中心として、定期的または必要時に、協力して頂ける関係を構築しておられます。</p> <p>現在は、法人の定めた感染予防対策のガイドラインに沿い可能な範囲で交流を実施しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルを作成し、受入れ実施しておられます。</p> <p>コロナ禍に於いては、法人のガイドラインに沿い、感染症対策を行いながら、適宜受入れ実施されています。</p> <p>今年度も感染症対策を行いながら中学生の職場体験は行なわれました。</p> <p>また、施設玄関の門松作りが行われる予定です。</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 施設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
<p><コメント></p> <p>福祉サービスを提供する上で必要な関係機関、団体の機能や連絡方法は把握されており、施設自身も地域のネットワークの一員として各種事業に参画しておられます。</p> <p>消防・警察・役場等すぐに連絡する必要のある関係機関の番号が載っている「暮らしの電話帳」が各部署に置かれています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>介護施設としての専門性、多様な職種の専門知識を活かし、地域の高校生の福祉学習等に寄与しておられます。</p> <p>また、岩美町ボランティアセンター活動推進協議会（にこにこネットワーク）の委員として運営に関わっておられます。</p> <p>できるだけ、幅広い年齢層から話が聞ける機会が持てるよう努められています。</p> <p>毎月の公民館だよりを見て公民館活動の清掃活動に参加されたり、地域交流センターの貸し出しも行ない、公民館主催の活動もされています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>岩美町の地域福祉活動計画の策定にあたり推進委員として施設長が参画を行い、地域の福祉ニーズの把握に努めておられます。</p> <p>地域と連携し、計画的に事業、活動を行っており、事業計画にも明示しておられ、毎月の公民館だよりを見て公民館活動の清掃活動に参加されたり、地域交流センターの貸し出しも行ない、公民館主催の活動もされています。</p> <p>法人として、えんくるり事業に参加して生計困難者に対する相談支援事業が行なわれています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人として倫理綱領等が策定されており、全職員に配布しておられます。</p> <p>施設単位で年間計画を作成し研修を実施するとともに、定期的なチェックにより状況の把握や評価が行なわれています。</p> <p>職員それぞれが定期的なチェックをすることによって、自分自身のケアの振り返りができ、誰でも同じサービスが提供できる共通理解へと繋がっています。</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
<p><コメント></p> <p>倫理綱領 に利用者のプライバシー保護が明示されており、プライバシー保護マニュアルも整備されています。</p> <p>職員必携にも添付してプライバシー保護に配慮された支援が行われています。</p> <p>利用者・家族等の判断能力が十分でない場合は身元引受人又は法定代理人に対し説明等を行いサービス提供が行なわれています。</p> <p>デイサービスの午睡の時間はカーテンやパーテーションを使いプライバシー保護に配慮されています。</p> <p>しかし、設置のトイレが古く、使い勝手の面で課題もありますので検討されることに期待します。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用希望者への問い合わせに対し、説明や見学、無料体験利用には適宜対応しておられます。</p> <p>公共施設へのパンフレットは公平を期す観点から置いてもらえないので、法人のホームページを充実させ、全ての人に対して分かりやすいように工夫し情報提供しておられます。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p><コメント></p> <p>サービスの開始、変更の際し、入所契約書や重要事項説明書等を示し丁寧に説明し同意を得るようしておられます。</p> <p>利用者・家族等の判断能力が十分でない場合は身元引受人又は法定代理人に対し行っている。</p> <p>ケアプランの変更時には家族にも事前に要望を伺い、コロナ禍で郵送になりますますが確認して頂き同意を得られています。</p> <p>また、重要事項説明書、料金の変更時においても同様に説明され同意を得ておられます。</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。	a
<p><コメント></p> <p>家庭や他施設への移行の場合は、居宅支援事業所とコンタクトをとり、利用者・家族等の希望や相談に対する対応が行なわれています。</p> <p>また、継続的な福祉のサービスを受けるための手続きや移行時に必要な情報の提供が必要な場合は、利用者・家族等の承諾を得て情報提供を行なわれます。</p> <p>移行後も心配事や気になる事柄が発生した場合は、気軽に相談できる事について案内しておられます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みとして、年1回、利用者・家族等へ満足度調査を実施され、結果を分析・評価して、玄関等に結果を掲示しておられます。</p> <p>意見箱の設置もあります。</p> <p>また、嗜好調査も毎年1回管理栄養士が主となり実施し代替食等の食事提供の参考にする他、給食委員会等で検討した内容を記録に残して反映させておられます。</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
<p><コメント></p> <p>法人の苦情解決規程に定められている項目に基づき苦情解決の体制(苦情解決責任者の設置・苦情受付担当の設置・第三者委員の設置)が整備されており、利用者・家族等には契約時に重要事項説明書を使用し丁寧に説明を行い、事業所内にも掲示されています。</p> <p>相談苦情等対応マニュアルも作成されており、マニュアルに従い行なわれています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者・家族等には、日頃からどの職員にでも気軽に相談できることは伝えておられ、職員側も日常生活の中で利用者と触れ合う際に意向等を伺うようにしておられます。</p> <p>相談室も用意されており、プライバシーに配慮しながら、安心して相談や意見が述べる事ができます。</p> <p>町の介護相談員(2名)の受入れも定期的に行なわれていましたが、コロナ禍で一時受入れが中断されています。</p> <p>デイサービスは連絡帳もあり、家族との連絡に使われています。</p> <p>また、送迎時に話せる機会があれば家族からの話も伺われています。</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
<p><コメント></p> <p>相談苦情等対応マニュアルを整備し、利用者からの相談や意見の把握に努め、組織的かつ迅速に対応しておられます。</p> <p>些細なことでも上司に連絡をし、判断を仰がれています。</p> <p>マニュアルの見直しは毎年行なわれています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、事故防止の為に、ヒヤリハット報告や事故報告を用いて、毎月、委員会を開催し、事故の検証と再発防止策の検討が行なわれています。</p> <p>事故防止検討委員会を中心に施設内や利用者の安全を検討されています。</p> <p>結果は各部署でも確認し、施設全体の事例を回覧等で全職員にフィードバックし周知が図られています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告、新聞、報道等の事例収集し安全・安心な福祉サービスの提供を行われています。</p> <p>マニュアルは毎年見直しを行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人で「感染症・食中毒の予防・まん延防止に関する指針」及び「感染症の予防・まん延防止マニュアル」が作成されており、発生時にはマニュアルに沿い適切に対応しておられます。</p> <p>新型コロナウイルス対応マニュアルも作成され、看護師が中心になって感染予防に努めておられます</p> <p>マニュアル担当各部会で毎年見直しを行われています。</p> <p>年4回感染対策委員会・年2回職員全体会で感染症対策研修実施されています。</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
<p><コメント></p> <p>消防計画、土砂災害浸水避難計画を策定し、地震や浸水被害に対応する避難訓練も定期的を実施しておられます。</p> <p>岩井あすなるBCP計画（火災、地震・津波・土砂災害、風水害、新型コロナウイルス）を策定されています。</p> <p>防災計画等を整備し、行政・消防署・警察・公民館・地域等と連携を取り避難訓練も行なわれています。</p> <p>食料の備蓄もあります。</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
<p><コメント></p> <p>法人理念、倫理綱領、事業計画の基本方針に利用者を尊重した介護計画により福祉サービスの提供を明示されています。</p> <p>利用者へのサービス提供を実施するための各種マニュアルが整備されており、マニュアルと連動した自己ケアチェック表を用いて確認できる仕組みとなっています。</p> <p>サービス提供の手順書を作成され介護計画に沿ってプライバシーに配慮したサービス提供されています。</p> <p>標準的なケアが、どの職員が行なっても同様に提供できるようプリセプターシップや研修でも確認し、サービス提供が行われています。</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
<p><コメント></p> <p>法人内中長期計画において、「各マニュアルの見直しと継続について」、継続審議中です。</p> <p>また、毎年、各マニュアルは各部門の担当部会で見直しを行われています。</p> <p>サービス提供について介護計画の課題を毎月のモニタリング・3ヶ月に1回、評価・見直しを行ない、状態変化がみられた時は介護計画を変更されます。</p> <p>職員はマニュアルやサービス提供内容の変更点については、共有され支援されています。</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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状態、病歴、日常生活動作、食事形態、地域との関わり等の定められたアセスメント様式に基づき、サービス担当者会議で利用者、家族、担当ケアマネ、デイサービス管理者、看護師等が参加され意向、希望を基にサービス提供内容、個別機能訓練を課題にあげケアプランが策定されています。</p> <p>ケアプラン実施状況は介護ソフトのケース記録に保管されています。</p> <p>支援困難ケースの対応については、検討会を開催し、計画を作成し、ご家族の協力のもと、適切なサービスを提供されています。</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
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画については、計画と見直しに関する手順を定め実施されています。</p> <p>ケアプランは、介護ソフトのケース記録をもとに毎月モニタリング報告書を作成し、介護支援専門員を中心としたサービス担当者会議で、サービスの効果や成果を判断しながら、6ヶ月に1回評価・見直しが行われています。</p> <p>入院時や利用者の身体状況に変化が現れた時は、多職種による随時の見直しが行われます。</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、職員間で共有化している。	a
<p><コメント></p> <p>法人は介護ソフトを法人内で統一し、記録の記載方法についても介護ソフト記録マニュアルを参考に統一化が図られ、個人ケアプランのサービス実施状況や必要事項を記録、保存されています。</p> <p>また、介護ソフト導入とネットワーク化されたことにより、利用者の状況等を事業所内で情報共有しておられます。</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
<p><コメント></p> <p>「個人情報に関する基本規則」を基に、文書取扱規程を定め管理されています。</p> <p>「個人情報の利用目的」により利用者、家族に個人情報の取り扱いについて説明され同意を得ておられ、施設内に掲示しておられます。</p> <p>職員は「個人情報に関する誓約書」により誓約を交されています。</p> <p>職員は利用者の個人情報保護について法令順守マニュアルや守秘義務、個人情報保護等の確認をされ共有されています。</p>		

内容評価基準（通所介護 17 項目）

A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1-（1） 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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の方の日々の状態変化を観察、記録に残し、必要時には夕礼等で話し合い一人ひとりに合った支援の提供を心掛けておられます。</p> <p>一人ひとりに合わせた集団レクリエーション・個別レクリエーション、機能訓練等それぞれ好きな事をして頂き過ぎて頂かれています。</p> <p>サービス担当者会議、本人、家族から日常生活の聞き取りを行い把握しておられます。</p> <p>一人ひとりの心身状態を把握し、その度に職員間で情報共有したうえでケース記録へ記入し現状把握しておられます。</p> <p>季節にあわせた行事や外出も行なわれています</p>		
A②	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
<p><コメント></p> <p>耳が聞こえにくい方や聞こえない方には筆談等、個別の方法でコミュニケーションを取っておられます。</p> <p>利用者に豆知識などを他利用者の前で話してもらい関係づくりの機会を多く持たれています。</p> <p>2月、8月に接遇チェックを行い、利用者の尊厳に配慮されています。</p> <p>法人内部監査受審で接遇チェックが行われています。</p>		

1-（2） 権利擁護

A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。	a
<p><コメント></p> <p>虐待防止マニュアルが作成されています。</p> <p>施設内に苦情解決窓口と虐待防止委員会を設置し、権利擁護に取り組んでおられます。</p> <p>職員全体会にて、人権研修を年1回、身体拘束・虐待防止の研修を年2回行い職員に周知が図られています。</p> <p>ヒヤリハットの活用や日々の夕礼において、グレーゾーンに属さないケアに注意、工夫を行い、防止に努めておられます。</p>		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮

A④	A-2-(2)-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
<p><コメント></p> <p>毎日清掃・消毒が行き届いた清潔なホールで、温度管理や換気に気を付けながらサービスの提供が行われています</p> <p>施設内にベッド、ソファを配置し、横になりたい時には直ぐに対応できるようになっています。</p>		

A-3 生活支援

3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A⑤	A-3-(3)-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
<p><コメント></p> <p>入浴マニュアルに沿って、一人ひとりの心身の状況に対応する為、臥床式特殊浴槽、大浴槽、小浴槽を整備され、(令和4年8月リニューアル)</p> <p>本人の希望や体調に合わせて浴槽入浴やシャワー浴で対応しておられます。</p> <p>季節湯としてゆず湯なども行われます。</p> <p>湯温に注意し、安心して入浴できるよう配慮しておられます。</p> <p>階段からの入浴が無理な利用者にはシャワーチェアを使用し入浴して頂かれます。</p> <p>仲のよい利用者が入浴する等、楽しめるよう工夫しておられます。</p> <p>同性介護希望者には対応しておられます。</p>		
A⑥	A-3-(3)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <p>排泄マニュアルに沿って、利用者の排泄パターンをチェックし、個々に応じた声かけやトイレへの案内が行なわれています。</p> <p>トイレ案内や排泄介助には羞恥心の配慮をされています。</p> <p>尿量や便の状態、回数等はチェック表をもとに記録をされています。</p> <p>急変、特記等、必要時には利用ノートに記入され、担当者会議やモニタリングで介護支援専門員に報告、連絡しておられます。</p> <p>個室のトイレはドア設置されており、本人の了解を得て個室付き添い及び介助が行なわれています。</p>		
A⑦	A-3-(3)-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
<p><コメント></p> <p>移動・移乗、送迎マニュアルに沿って、通所介護計画書等に基づき、利用者に合わせた歩行器、車椅子等で対応しておられます。</p> <p>車椅子利用の方の送迎車輛への移乗・移動支援は送迎マニュアルにより、安全、安心な送迎が行われています。</p> <p>送迎時間については利用者の希望に合わせて時間変更に対応しておられます。</p>		

3- (2) 食生活

A⑧	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
<p><コメント></p> <p>衛生管理マニュアルを整備し体制を確立し、マニュアルに基づいて衛生管理に努めています。</p> <p>また、コロナ対策としてテーブルにアクリル板を設置する等し、感染防止に努めておられます。</p> <p>代替食を行っている。</p> <p>厨房では季節に合った食材を使用し工夫され調理が行われており、リクエストメニューも行われています。</p> <p>アセスメントや利用者、家族の聞き取りにより、希望や好みをメニューに取り入れた食事を提供されています。嫌いな食材の時は代替食で対応されます。</p>		
A⑨	A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の嚥下機能、咀嚼機能を利用前に聞き取り、普通食・キザミ食・ミンチ食を使い分けて提供されています。</p> <p>食事摂取量は毎回記録し利用ノートで家族へ報告しておられます。</p> <p>水分摂取情報が必要な利用者については食事摂取量と併せて報告しておられます。</p> <p>食事形態の変更があるときは家族、担当ケアマネジャーに相談、報告されます。</p>		
A⑩	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
<p><コメント></p> <p>食前に口腔体操を行っておられます。</p> <p>食後には、利用者の状況に合わせた口腔ケアが行なわれ、全員うがい、歯磨き、義歯を清潔にして頂かれています。</p> <p>自身で難しい場合には職員による介助が行なわれています。</p>		

3- (3) 褥瘡発生予防・ケア

A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p><コメント></p> <p>健康管理マニュアルに沿って、褥瘡リスクのある利用者については入浴時や排泄時に皮膚状態を観察され褥瘡発生予防に努められています。</p> <p>異常発見時は家族、担当介護支援専門員に報告し、早期受診に接続できるよう努めておられます。</p>		

3-（4）介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A⑫	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体制を確立し取組みを行っている。	非該当
<p><コメント></p> <p>喀痰吸引・経管栄養を実施される利用者はおられません。必要な利用者が利用される時は看護師が対応されます。</p>		

3-（5）機能訓練・介護予防

A⑬	A-3-(5)-① 利用者の心情に合わせた機能訓練や介護予防活動がおわれている。	a
<p><コメント></p> <p>作業療法士（OT）による居宅訪問が行なわれ、生活状況の把握を行い事業所内に於いても情報共有が行なわれています。</p> <p>作業療法士から利用者へ個別訓練の助言・指導や本人の意向に応じて自宅での運動方法について情報提供が行なわれています。</p>		

3-（6）認知症ケア

A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている	a
<p><コメント></p> <p>認知症ケアマニュアルに沿って、利用者が穏やかに過ごせるよう、馴染みの利用者と馴染みの席配置にする配慮に努めておられます。</p> <p>利用者が不穏状況になった際は、職員と二人で散歩に出る等、集団から離れて職員が密に関わる対応が行なわれています。</p> <p>職員会議やミーティング、申し送り等で、認知症の症状の理解や認知症の支援方法を話し合い共有し、デイサービス職員全員で理解、把握され本人の気持ちに寄り沿った支援を行われています。</p>		

3-（7）急変時の対応

A⑮	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
<p><コメント></p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。</p> <p>来所時にはバイタルチェックを行い、サービス提供時の記録が行われています。</p> <p>迎え時の聞き取りで異変等の情報を入手した際はバイタル測定により健康チェックを行い、状態に合わせて帰宅、医療機関への接続等の対応が行われています。</p> <p>関係機関一覧表を整備しておられます。</p> <p>緊急連絡表に主治医の記載もあります。</p> <p>異変、急変時には、家族、かかりつけ医、担当ケアマネへ連絡し報告しておられます。</p> <p>昼食後の内服薬はデイサービスで預かり、看護師、職員がダブルチェックされ内服して頂きます。</p>		

3-(8) 終末期の対応

A⑩	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	非該当
<p><コメント></p> <p>デイサービスのため終末期の支援は行われていません。</p> <p>終末期マニュアルの作成もあり、職員は看取り研修にも参加されています。</p>		

A-4 家族との連携

4-(1) 家族との連携

A⑪	A-4-(4)-① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている	a
<p><コメント></p> <p>契約時、重要事項説明書にて説明と同意を頂いております。</p> <p>利用者の様子を毎回利用ノートに記入し報告し、送迎時に直接家族の方と話す等連携が取られています。</p> <p>特に重要な事柄については別途電話等に対応しております。</p> <p>家族からの要望を確認するため家族アンケートが実施しております。</p>		