

(別記)

(公表様式1)

## 熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

## 【通所介護版】

## ◎ 評価機関

名 称	NPO法人 九州評価機構
所 在 地	熊本市中央区神水2丁目5-22
評価実施期間	29年11月10日～30年2月28日
評価調査者番号	① 12-004
	② 13-002
	③ 13-003

## 1 福祉サービス事業者情報

## (1) 事業者概要

事業所名称：デイサービスセンター みかんの花 (施設名) デイサービスセンター みかんの花	種別： 通所介護事業所
代表者氏名： 理事長 上野 歩 (管理者) 管理者 河津 磨和	開設年月日： 平成27年7月1日
設置主体： 社会福祉法人 陽光 経営主体： 社会福祉法人 陽光	定員：45人 (利用人数)
所在地：〒860-0048 熊本市西区池上町775	
連絡先電話番号： 096-342-6635	FAX番号： 096-342-6636
ホームページアドレス	<a href="http://mikan-oka.com">http://mikan-oka.com</a>

## (2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事					
通所介護事業、通所予防介護	特別養護老人ホーム、短期入所生活介護 居宅支援事業所					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
食堂・機能訓練スペース 静養室、浴室(浴場・個浴)、相談室	歩行訓練可能な中庭					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		介護福祉士	1	
	相談員	2		介護福祉士	2	
	機能訓練指導員	1		理学療法士	1	
	看護	1	2	看護師	1	2
	介護職	4	1	介護福祉士	3	
	合 計	9	3	合 計	8	2

※ 資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

※ 複数の資格を持ち重複計上している場合があるため、職種と資格の数は必ずしも一致しません。

## 2 理念・基本方針

- ・福祉に携わる者としての使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする。
- ・安心安全で良質な介護を提供する。
- ・地域住民とともに健康と福祉の増進に貢献する。
- ・最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する。

## 3 施設・事業所の特徴的な取組

自立支援に特化したデイサービスセンターであり、利用者の残された人生を健康で過ごしていただく為に当事業所独自の取り組み・サービス提供を行う。（小集団チーム戦略・PDCAサイクルの充実・継続したリハビリに繋がる工夫）

## 4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年11月10日（契約日）～ 平成30年1月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0回（平成 年度）

## 5 評価結果総評

### ◆特に評価の高い点

#### ※利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っています。

契約時に苦情相談窓口と利用方法の説明を行い、いつでも必要に応じ対応することを明文化しています。年1回利用者・家族に対して満足度調査アンケートを実施し、結果を法人ホームページに掲載しています。今回の評価でも利用者・家族の意見を幅広く聞き入れる体制を聞きとることが出来ましたし、利用者調査においても満足度が大変高く、理解を得られていることが窺えました。

#### ※地域の福祉向上のための取組、福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われています。

事業所の専門性を活かし、地域に出向き体操教室を開催しています。事業所が地域へ出向くことは事業所を知って頂く機会でもあり、利用者や地域との結び付けや地域住民の事業所訪問にも繋がってきました。また、事業所は地域施設・地域包括センター・地域役員・公民館等で構成する協議体の一員であり、地域のニーズの現状把握、情報収集により事業・活動の計画がなされています。地域行事・活動には積極的に参加することで関係性の向上に努める様子がありました。

#### ※利用者に対し個別的な福祉サービスを実施しています。

事業所では利用者の「自立」を第一に考えた機能訓練を主とした福祉サービスが特徴で、通所介護計画書、個別機能訓練計画書、個別ワークシートを使用しています。利用前担当者会議にて在宅でのアセスメントを実施し、結果をもとに小集団に分け、小集団のグループごとに段階的なケア方針を専門家のカンファレンスにて決定しています。利用者の日々の記録は職員で共有されており、毎月評価を行い、見直しに繋げています。事業所の運営方針として要介護者の意思及び人格を尊重することを

明示しています。また事業所では利用者に機能訓練を行う際、利用者の意向を第一として無理強い・強制しない等が徹底されている様子があり、利用者調査でも職員の接し方については高評価で、プライバシーへの配慮、意思の尊重についても高い評価がみられました。

◆改善を求められる点

**※理念、基本方針について理解・共有の検討が望まれます。**

自立支援介護への取り組みの考え方を基本とした4項目による理念は、法人のホームページや事業所内の掲示で啓発を行い、職員は読み合わせを行うことで理念の定着に取り組んでいます。ホールに掲示することで利用者が職員に対し話題提起する場面もある等、周知が進んでいる様子が見られました。しかしながら利用者・家族への浸透、更に地域に対してを考えると、利用開始時だけでなく継続した周知を行うこと、またわかりやすい周知方法を検討することが望まれます。具体的なケアの場面に於いて利用者・職員・家族が共有出来るように、通所介護計画書に織り込むなどしてプランからも理念の周知を行うことで理念・基本方針が日ごろの業務・利用者へのケアへ繋がり、事業所全体が理念に向かう姿になることと考えます。今後の取り組みに期待しています。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(H 30. 1. 22)

今回、第三者評価を受けて向上、強いては改善しなければならない部分が明白になり今後の運営に生かせるものとなった。それは、各職員が組織一員として当事業所運営にどれだけの理解を示しているか。また、評価員と会話する中で他事業所はどのような対策方法を持って運営しているのかなど直接聞くことで参考になった。

今後、習慣的に第三者の視点で評価する機会を設け、客観的に助言・指導をしていただく必要があると感じた。

(H . . . )

(H . . . )

7 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。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	42	
	家族・保護者	31	
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

## 第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

### 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>自立支援介護への取組みの考え方を基本とした4項目による理念を掲げており、法人のホームページや事業所内の掲示で啓発を行い、職員は読み合わせを行うことで理念の定着に取り組んでいます。ホールに掲示することで利用者が職員に対し話題提起する場面もある等、周知が進んでいる様子が見られました。しかしながら利用者・家族への浸透、更に地域に対してを考えると、利用開始時だけでなく継続した周知を行うこと、またわかりやすい周知方法を検討することが望まれます。</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>法人・事業所の経営状況や動向を踏まえた事業計画書は法人ホームページに事業所毎に掲載されています。管理者が参加する月2回の本部運営会議では経営分析、年間目標に対するアクションプランの達成状況の確認がなされ、経営状態や利用者に関する情報・変化等の内容は毎月の事業所会議で報告されることで、職員も自部署の経営環境について把握できる機会が持たれています。</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>月2回の運営会議で課題を明確化することで法人での共有がなされています。事業所の課題は職員会議で共有し、職員からの意見・提案を取り入れながら最新の情報を基に具体的な対策を検討し、改善へ向けて取り組んでいます。</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>法人全体の事業計画で策定されている5ヶ年計画は中・長期的ビジョンを明確に示しており、具体的に設定されています。長期的な設備の整備等についても職員会議で報告を行い、情報を共有している様子が窺えました。</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

	る。	
	法人による事業計画を基に事業所の計画が作られています。事業所では職員が事業所の持つ強みや弱みを出し合い、ビジョンの実現・目標達成を目指した単年度計画は具体的な数字を用いて策定されています。事業所の単年度事業計画は年間目標とともに、①財務の視点②顧客の視点③業務プロセスの視点④人材と変革の視点の4面から具体的に文章化され公開されています。	
	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
	事業所の事業計画策定は、法人による事業計画を基に、職員の持ち寄った意見も取り入れられ策定されています。事業計画は月2回法人の運営会議で進捗・経過報告され、その内容は職員にも周知されています。事業所では評価・課題点の把握、改善に向けての取り組みを進めています。	
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
	事業計画は法人のホームページを利用し、わかりやすく説明した内容で公表されています。利用者・家族等への理解をより促すためにも、設置や掲示等にあわせ説明を行う機会を持つ工夫に期待します。	

#### 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
	苦情対策・サービス向上委員会を設置し、利用者・家族その他事業所に関わることに對しての苦情や評価を集約し、法人・事業所内ネットワークを利用して全職員に周知しています。職員は自己評価を行い、主任との年2回の面談で自己目標の設定・評価を受け、多面評価として全職員から評価を受けています。事業所では福祉サービスの質の向上に向けて職員の質の向上を目指しており、法人として取り組む姿勢が窺えました。毎月の会議では業務の課題について対策を講じ質の向上に取り組んでいます。	
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・b・c
	職員会議において全職員で評価・見直しを行い改善しており、課題の共有化が図られています。利用者・家族等に対しては、苦情対策・サービス向上委員会で再発がないか話し合いを行い、改善に取り組んでいます。	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

### Ⅱ-1 施設管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
	Ⅱ-1-(1) 施設管理者の責任が明確にされている。	
10	Ⅱ-1-(1)-① 施設管理者は、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 ○b・c
	管理者自らの経営・管理に関する方針と取組みについて、職員に対し会議で都度明確にし表明しています。職員の意見からも、職員に対しての責任についても含め常に周知されている状況が見られました。今後は平常時のみならず有事（災害、事故等）における役割と責任、	

不在時の権限移譲等を含め具体的に文書化し職員に周知されることが望まれます。		
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・b・c
管理者は外部研修も含め参加し遵守すべき法令等を理解しており、職員会議時に報告を行うことで職員にも理解を促しています。法人・事業所で年間研修計画を定め、職員全体で勉強会・研修の実施に取り組んでいます。法人では事業所職員で構成される各種委員会が設置され、最新情報の発信、マニュアルの整備・見直しは法人全体で取り組んでいます。		
II-1-(2) 施設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
管理者は職員の経験年数やスキルを把握し、職員一人ひとりの特性を活かしています。社会の動き・変化を理解し、運営会議で把握した事業所の現状分析・課題を職員と共有し方針を提示しています。職員自己評価において「問題解決に対して正しく指導を受けている」等の記載があり、また職員との個人面談で行う等、福祉サービス・職員の質の向上に意欲を持ち指導力を発揮しています。		
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・b・c
管理者は事業所の現状分析から経営の改善や業務の実効性の向上に向け、職員に対して具体的な数値等を明示することで方針を提示しています。職員に対しては有給休暇の取得や個々の職員の希望を聞くことで働きやすい職場環境の向上にも努めています。しかしながら職員の声の中にはまだ感じ取れていない様子も見受けられました。理念の読み合わせをするだけでなく、理念・基本方針と職員の業務・利用者へのケアの繋がりが職員間で共有できるとこれからの事業所全体の質が向上するのではないかと考えます。今後の取り組みに期待します。		

## 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
人材確保については法人全体でホームページを利用した情報提供、学校訪問等により新規採用につなげる取り組みが継続して行われています。人材定着については法人で入職時研修がカリキュラム化されており、またキャリアパスを取り入れることで職員のスキル・給与アップにつながる仕組みが実施されています。		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・b・c
就業規則において職員の福利厚生や給与規程等の人事基準が規定され、常に最新版が法人ネットワークを通じ職員に周知されています。職員は管理者との面談が行われており、自己目標を明確にすることでスキルアップにつながっています。		
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
職員の長期的な意向は管理者との面接で確認し、個々にあった配置を行っています。就業規則において保健衛生上の措置も定められており、年1回以上の健康診断、毎年定期のストレスチェックを行っています。勤務表作成の際は職員の希望を取り入れています。職員自己評価においてやや不十分との意見も一部あり、希望聴取方法等についての工夫も必要かと思わ		

れます。		
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。	Ⓐ・b・c
職員は管理者との面談で個人目標を持ち、達成に向けた計画で実施しています。各職員に対し全職員が評価を行い、事業所としてお互いの質の向上に向けた取り組みを行っています。		
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
年度計画に基づいて多視点での法人研修・事業所内研修が実施され、経験年数、職務の段階に応じた研修への参加が見られ、年度計画以外にも必要に応じ随時教育・研修を行っています。入職時には法人で1週間の新人研修がカリキュラム化され実施されています。研修受講後は1週間以内に報告書を提出し、会議の際には全職員にも報告を行い共有しています。		
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
法人ではキャリアパス規定を設け、また資格取得に向けたサポート、個別OJT、職種別研修等、職員に対する支援を行っています。法人・事業所研修だけでなく、外部研修への参加も職員それぞれに合わせて推奨していますが、職員から参加希望を申し出る仕組み等について工夫が必要かと思われま。		
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 Ⓐ c
実習生指導者研修に参加し実習生研修マニュアルを作成していますが、開設間もないこともあり、現状ではまだ実習生の受け入れはありません。福祉業界で従事者育成の必要性は充分理解されており、受け入れ依頼に備えた仕組みを整えています。		

### 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
法人ホームページで、法人の理念や事業計画、事業報告、決算等の情報が公開されており、事業所毎にも作成されています。事業所のホームページでは事業計画、運営方針、サービス内容も公表しています。法人として地域の福祉向上のための取り組み状況や第三者評価、苦情解決制度等も公表し存在意義や役割を明確にしています。		
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
経理に関しては業務管理表に監査事項が定められており、外部チェックも行われ、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に取り組まれています。経営・運営に関する会議内容は法人内ネットワークを通じ職員にも周知されています。		

### 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



	る。	
	事業所では総合事業サービスとして利用者と地域との交流を進めており、将来構想も見られました。月2回程地域での体操教室を実施し、同じ地域の利用者を連れ参加することで社会参加を促し、利用者と地域とを結ぶ等の取り組みを行っています。事業所で夏祭り等の行事を開催し地域住民を招くだけでなく、事業者が率先して地域に出向くことで地域住民と触れ合い、地域社会の一員として取り組む活動の様子はブログ等でも紹介しています。	
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・(b)・c
	事業所では熊本市にボランティア受入れ事業所として登録しています。現状、ボランティアの受入れはありませんが、日常的に利用者同士が互いを支えあい、手伝いあう様子が見られました。今後、事業所としての体制が整い受入れる際に備え、ボランティア受入れ、地域の学校等への協力体制について手順や仕組みを職員に周知されることが望まれます。	
	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関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	(a)・b・c
	地域の連携機関、行政、他施設等とも連携協力を努めています。特に居宅支援事業所とは常に連絡を取り合い、実績報告には必ず出向き説明を行うことで連携を深め、利用者それぞれの様子や情報を職員間で共有しています。	
	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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c
	事業所の専門性を活かし、地域に出向き体操教室を開催しています。事業所が地域へ出向くことは事業所を知って頂く機会でもあり、利用者と地域との結び付けや地域住民の事業所訪問にも繋がってきました。熊本地震の際には利用者と家族の宿泊受入れやトイレ開放等も行い、地域ニーズに応じた取り組みを行っています。	
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)・b・c
	事業所は地域施設・地域包括センター・地域役員・公民館等で構成する協議体の一員であり、地域のニーズの現状把握、情報収集により事業・活動の計画がなされています。地域行事・活動には積極的に参加することで関係性の向上に努める様子がありました。	

## 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・(b)・c
	重要事項説明書の運営方針に、利用者尊重の姿勢が明記されています。事故防止・身体拘束委員会を設置し、法律や制度を含めた利用者を尊重する取り組みを行っており、年間目標に対する評価を行いながら職員も情報を共有しています。利用者一人ひとりの介護計画に対しPDCAサイクルを徹底し、アセスメントを繰り返すことで状況の把握・評価を行い、利用者を尊重したサービスの提供を行っています。	
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・(b)・c

<p>法人によるプライバシー保護マニュアルを整備しており、職員の理解が図られています。利用者には契約時に個人情報利用に関する同意書、写真利用に関する同意書を説明し、同意の有無を確認して署名をもらっています。</p>		
<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。</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。	a・(b)・c
<p>サービス内容を分かりやすく説明したパンフレットを準備し、またホームページにて公開しています。施設見学も積極的に受け入れ、問い合わせの際には来訪を勧めた上で個別に事業所の概要等の事前説明を行い利用につなげています。8時から17時までは相談窓口を設け、利用者だけでなく見学や希望者の対応も行っています。</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。	a・(b)・c
<p>サービス開始時の福祉サービス内容に関する説明と同意にあたっては、相談員によるサービス利用契約書による説明の他、重要事項説明書を用いて利用者等の自己決定を尊重しており、利用者の自己決定が困難な場合には代理人に合わせ家族による同意書を得ています。サービス内容の変更については利用サービス変更合意書を交わすことが明文化されています。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更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・(b)・c
<p>法人内事業所の変更等の場合は利用者の情報は一元化されており、事業所間で情報提供書を引き継ぎ、継続したサービスが受けられる様配慮しています。サービスが終了する場合や他事業所へ変更の場合は必要に応じて他の施設・事業所他関係機関と協力し、利用者 に配慮した対応を行っています。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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>契約時に苦情相談窓口と利用方法の説明を行い、いつでも必要に応じ対応することを明文化しています。年1回利用者・家族に対して満足度調査アンケートを実施し、結果を法人ホームページに掲載しています。今回の評価でも利用者・家族の意見を幅広く聞き入れる体制を聞きとることが出来まし、利用者調査においても満足度が大変高く、理解を得られていることが窺えました。</p>		
<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。</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。	(a)・b・c
<p>事業所でお客さま相談窓口による責任者、法人には第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備しています。重要事項説明書にも明記され契約時に説明しています。苦情内容は法人ネットワークで報告され、対策・対応を行い周知されています。事業所レベルでの利用者からの意見等については都度報告し、その日のうちに解決に向け対策を立て話し合いを設けています。</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>相談窓口は契約時に説明しており、利用者は気軽に職員に直接意見を述べる機会もある様です。個別相談の際には相談室も完備されておりプライバシーにも配慮されています。要望により自宅を訪問する場合があります。利用者調査においても職員に対し不満や要望を気軽に言うことができる状況が窺えました。</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
法人において苦情解決に関する規程を定めており、利用者からの相談や意見について相談員で解決できない項目については管理者にて対応することとなっています。相談や意見の程度により法人でのバックアップ体制が整っており、内容・経緯は法人ネットワークで周知されています。		
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
法人で「事故発生の防止のための指針」、「事故防止マニュアル」が制定され、リスク委員会を設け、毎年リスクマネジメントの勉強会を実施しています。法人の事故防止・身体拘束委員会では危険予知に力を入れており、ヒヤリハットも法人で職員に周知しています。職員の自己評価からもその日に起こったことはその日に対策を立てる体制が整っている様子が窺えました。		
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・Ⓐ・c
法人で「感染対策マニュアル」が制定され、感染委員会を設け、毎年感染症についての勉強会を実施しています。法人からの情報だけでなく、事業所内でもマスク着用の徹底や嘔吐物処理について等の勉強会を行うことで感染症の予防や安全確保について職員で共通理解を図り、感染症の予防策が適切に講じられています。		
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・Ⓐ・c
非常災害時の対策は隣接する有料老人ホームの消防計画にのっとり対応する旨を重要事項説明書にて示しています。法人でも「防災マニュアル」を制定し職員に周知を図っており、事業所でも避難訓練・災害訓練・研修等を行っています。食料備蓄に関しては法人で行われており事業所としての備蓄はありませんが、事業所の食堂は業務委託されており、利用者の安全を確保するとともにサービスの継続に向け対策を行っています。		

## 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・Ⓐ・c
利用者に対してはサービス利用契約書・個人情報利用に関する同意書、重要事項説明書に文書化されており、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明示されています。ホームページでは事業所の運営方針やサービス内容を公開し、標準的な実施方法が示されています。法人では介護力向上委員会を設置し、スタッフレベルの向上にも努めており、利用者に一定の水準・内容を保ち、それぞれの利用者にあわせたサービスを提供しています。		
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
法人で組織的に体制を整えており、行政からの情報、福祉環境の変化により標準的な実施方法について見直しを行う仕組みが整っています。		

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
通所介護計画書、個別機能訓練計画書、個別ワークシートを使用しています。利用前担当者会議にて在宅でのアセスメントを実施し、結果をもとに小集団に分け、小集団のグループごとに段階的なケア方針を専門家のカンファレンスにて決定しています。利用者の日々の記録は職員で共有されており、毎月評価を行い、見直しに繋がっています。		
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・c
計画に基づいたサービス提供の実施記録や、担当職員、理学療法士等により毎月モニタリングと評価を行い、3ヶ月ごとに短期目標の評価、計画書ごと（定期的）に見直しを行っています。毎月の実績は利用者ごとに居宅事業所に出向き、直接報告を行うことで、関係機関との連携を密にしています。		
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・Ⓑ・c
利用者一人ひとりの日々のサービス実施状況は、一日のプログラム其々に対し全てネットワークシステムに入力され、情報の共有がなされています。利用者の事前に必要な連絡事項等はノートを利用したり、朝礼を利用し情報を共有しています。		
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・Ⓑ・c
利用者のサービス実施状況等に関する記録は、サービス利用契約書において5年間の保管が記されており、閲覧等に関する扱いを提示しています。また利用者へは個人情報利用に関する同意書を用い、情報の使用目的、使用する事業者の範囲、使用条件を説明し、同意書を記入頂く仕組みが構築されています。入職時にはプログラムの1日目に個人情報保護に関する研修が行われており、組織的な取り組みが窺えます。		

## 評価対象Ⅳ

### A-1 支援の基本

		第三者評価結果
	A-1-① 職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	Ⓐ・b・c
事業所の運営方針として要介護者の意思及び人格を尊重することを明示しています。事業所では「自立」を掲げていることから個人の尊重は大前提であるという考えを聞き取ることができました。また事業所では利用者に機能訓練を行う際、利用者の意向を第一として無理強い・強制しない等が徹底されている様子が見えました。利用者調査でも職員の接し方については高評価で、プライバシーへの配慮、意思の尊重についても高い評価がみられました。		
	A-1-② 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
通所介護計画書、個別機能訓練計画書により利用者一人ひとりのスケジュールが立てられ、利用者の自宅での生活、自立に配慮し、体調や目標に合わせて必要なメニューが実施されています。機能訓練が中心ですが、季節毎年4回のレクリエーションとして法人内他事業所への温泉ツアーやみかんの花見学等も計画し行われています。		
	A-1-③ 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

小集団の担当者は一日を通して同じ職員が務めるため、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行うことができます。また利用者それぞれに担当職員が決まっているため、日ごとのコミュニケーションから得た利用者の思いや希望をケアに生かしています。接遇はコミュニケーションを行うための前提として継続して研修にも参加しています。

## A-2 身体介護

	第三者評価結果
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
利用者の身体状況等に合わせ、利用者の尊厳に配慮し取り組んでいます。自立支援、在宅支援であることから、利用者の状況を考え、なるべく自宅と同じ状況で、湯ぶねに浸かり、自立性を高める工夫を職員で話し合いを重ねながら支援を行う様子が窺えました。浴室は機械浴、手すりと複数種類整備されていますが、安易な使用に移行せず、ゆったりとしたスペースの中、職員の対応で安全に十分配慮し自立に向けた支援を行っています。	
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
現状ではほとんどの利用者が自立されていますが、予防のためパット等を使用される利用者への支援も行います。	
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・(b)・c
利用者の身体状況を職員で共有し、移乗・移動の際の安全確保に努めています。送迎サービスの範囲は事業所から30分程度とされており、利用者の身体的負担にも考慮されています。	
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・(b)・c
入浴時等に全身の状態観察を行っています。発生する可能性がある場合は事前に予防対策を関連機関に周知し、発生した場合は看護師による処置を行っています。	

## A-3 食生活

	第三者評価結果
A-3-① 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	a・(b)・c
事業所内で手作りの食事が提供されています。利用者の好き嫌い・アレルギー食・きざみ食等については相談員が事前に確認をし、代替食に関しても同じ献立で材料を変えることで対応しています。調理は外部委託であるため、特に連絡を密にすることで安全な食事の提供を行っています。利用者調査でも食事・献立に関する満足度は非常に高く大きな楽しみである様子が窺えました。	
A-3-② 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・(b)・c
なるべく噛む食事の提供に努め、利用者の心身の状況に合わせて、提供・介助を行っています。前項でもある様に、好き嫌い・アレルギー食も把握し、代替食を提供する場合も献立は同じで食材を変える等工夫が見られます。嚥下能力に合わせた形状での提供を行い、必要に応じ水分量の確認も対応しています。長時間の介助を要する利用者にも職員の対応を工夫し安全に配慮した介助を行っています。栄養指導が必要な利用者には管理栄養士の指導や援助が行われています。	
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・(b)・c

食事前には口腔機能体操を行い、食後には口腔ケアを促しています。サービス内容については重要事項説明書に記載されており、また利用者一人ひとりの程度を把握することで、必要に応じて職員が義歯洗浄や歯磨きの介助を行います。

#### A-4 認知症ケア

		第三者評価結果
	A-4-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a (b) c
<p>事業所では認知力低下を防ぐ為には運動も不可欠との考えから、認知症の研修を終えた職員を配置し利用者の言動を否定しないケアを目指しています。日々の活動は小集団で過ごすため職員が常時付き添っており、あらゆる場面で利用者の態度を重視した援助ができています。</p>		
	A-4-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a (b) c
<p>認知症の方でも運動ができるよう、スタッフが必ず付き添える小集団チームで日々活動しており、安心・安全に生活できる環境を整えています。しかしながら、職員自己評価において、一部ではありますが不十分との声もあります。認知症高齢者が安心・安全に過ごすため、事業所としての対応について職員と話す場を設けられることが必要かと考えます。</p>		

#### A-5 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
	A-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>事業所は日常生活を営むことができることを目標に、機能訓練に特化しています。通所介護計画書、個別機能訓練計画書が立案されており、利用者一人ひとりに合わせた個別の歩行訓練・パワーリハビリテーション、脳トレ体操等を行っています。</p>		

#### A-6 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
	A-6-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a (b) c
<p>送迎時に家族から利用者の状況を聞き取り、来所後にバイタルチェックを行っています。一日の活動を通して同じ職員が担当することで活動中の体調変化や異変に早く気づくことができます。毎日看護師が勤務しており、急変の対応を行います。緊急時等における対応方法は重要事項説明書に具体的に記載されており、利用者の緊急連絡先・主治医の把握から関係機関と協力し対応を行っています。</p>		
	A-6-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a (b) c
<p>法人で「感染対策マニュアル」が整備され、毎年勉強会を行っています。時期になると次亜塩素での消毒、マスク・手洗いの強化を行い、予防に努めています。利用者は昼食前に手指のアルコール消毒が必ず行われており、事業所全体で発生予防に努力する姿が見えました。</p>		

#### A-7 建物・設備

		第三者評価結果

	A-7-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。	a・b・c
事業所は段差のないスロープ・バリアフリーで、車の乗り降り時にも雨に濡れることなく配慮されています。事業所内は最新のリハビリ機器以外にもリラックスメーカーの医療機器を導入しており、利用者の状況に合わせ、快適に過ごすことができます。リハ室と食堂は壁で区別されており、休憩できるスペース等各々の確立がされており、サービス実施後は毎日清掃を行い清潔を維持しています。		

## A-8 家族との連携

	第三者評価結果	
	A-8-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c
家族の介護者の状況を把握し、家族の一人である利用者をお預かりすることから、家族への送迎時の会話・報告等でコミュニケーションを深め、家族の状況にも配慮しています。担当者会議の際には基本的に家族も参加頂き、利用者の状況・情報の共有に努めています。利用者の日常の変化や必要に応じ、都度家族への報告を行っています。		

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象Ⅰ～Ⅲ）	24	21	0
内容評価基準（評価対象A）	4	13	0
合 計	28	34	0