

## 福島県福祉サービス第三者評価結果表

### ① 施設・事業所情報

|                             |                                                                                         |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 名称： デイサービスセンター小峰苑           | 種別： 通所介護                                                                                |
| 代表者氏名： 施設長 櫻井 厚志            | 定員（利用人数）： 30 名                                                                          |
| 所在地： 福島県白河市新夏梨 1 番地 2       |                                                                                         |
| TEL： 0248-31-2223           | ホームページ： <a href="http://care-net.biz/07/komineen/">http://care-net.biz/07/komineen/</a> |
| 【施設・事業所の概要】                 |                                                                                         |
| 開設年月日： 平成 11 年 11 月 1 日     |                                                                                         |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人 清峰会 |                                                                                         |
| 職員数                         | 常勤職員： 7 名 非常勤職員 1 名                                                                     |
| 専門職員                        | 生活相談員 1 名                                                                               |
|                             | 介護員 5 名 介護員 1 名                                                                         |
|                             | 看護師 1 名                                                                                 |
| 施設・設備の概要                    | （居室数）                                                                                   |
|                             | （設備等）<br>食堂・浴室・機能訓練室等                                                                   |

### ② 理念・基本方針

|                                           |
|-------------------------------------------|
| 1、 利用者の権利を守り、地域の中でその人らしく安らかな生活が送れるよう支援する。 |
| 2、 利用者とその家族を尊重し、自立への援助を行い、最後まで共に歩む。       |
| 3、 会計・財務を正確に管理し、適正な財務報告を行い、健全な経営を行う。      |

### ① 施設・事業所の特徴的な取組

|                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入所施設、短期入所施設、居宅介護支援事業、ケアハウスと併設しているため、サービスのご利用に当たり連携が可能な環境を整えています。併設していることにより通所事業所のスペースだけではなく特養部分も含めた施設の利用が可能になっています。ご利用者が笑顔で参加できるように職員が工夫をして楽しいレクリエーションを行っています。 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### ④ 第三者評価の受審状況

|               |                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------|
| 評価実施期間        | 令和 6 年 6 月 10 日（契約日） ～<br>令和 7 年 12 月 23 日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1 回（平成 26 年度）                                       |

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 遵守すべき法令理解への取り組みについて

法人の顧問弁護士や公認会計士、社会保険労務士から随時助言指導を得られる組織環境にあり、事業運営に反映させている。施設長は月次経営会議において、法令改正や新規法令への理解を深める機会を持ち、得た情報は、各課連絡調整会議などで職員に周知、理解促進を図っている。高齢者虐待等の権利侵害については、実際の事例や事件報道に触れながら、自分事として組織全体で学びを深め、ケアに活かしている。

2. 家族との連携について

通所日は連絡帳で在宅時とデイサービス利用時の体調面や排せつ、服薬、喫食状況、利用者の体調を連絡帳に記録し、お互い情報を伝え合い共有ができています。体調や状態変化時は担当の介護支援専門員に報告し、在宅の状況を把握してもらい、本人や家族も交え担当者会議を開催し対応を検討している。家族からは、送迎時や来苑したときに求められれば相談に乗っている。

3. 公正かつ透明性の高い運営への取り組みについて

運営上の組織及び事務の執行について必要な事項を「管理規則」で定め、「経理規程」に則り、適切な経理事務の執行、財務状況の適正把握に努めると共に、職務分掌、牽制関係を明確にして適切な取り組みを行っている。経営会議では月次試算表や利用実績等を報告・分析に加えて、経営・財務の改善課題について法人監事等から助言・指導を得ている。また、法人監事による内部監査の他、年に6回法人職員同席のもと、公認会計士による財務管理、経営管理、事業運営等について外部監査を受けている。

◇改善を求められる点

1. 利用者等への事業計画の周知について

事業所正面玄関に事業計画のファイルを整備して、家族・来訪者がいつでも閲覧可能な態勢を取っている。しかし、閲覧実績はほとんどない現状にあり、利用者に周知・理解を促進する機会を持っていない。

今後は、家族の理解を深め事業運営への協力を得るためにも、事業計画骨子の揭示や広報への掲載、計画書同封などの取り組みを期待したい。併せて行事や日々のケアサービスをとおり、利用者に事業計画の具体的内容の周知・理解促進が望まれる。

## 2. 権利擁護への取り組みについて

係長が身体拘束・虐待委員会の委員として参加しており、内容の報告がなされ職場内で共有している。職員の職務内容に高齢者虐待防止に関することが入っており、虐待の早期発見と未然防止に取り組んでいる。入浴時に身体状況を確認し、痣や怪我があれば担当の居宅介護支援専門員に報告し、行政などに対応してもらっている。独居の利用者には権利擁護の観点から成年後見制度の利用を進めている。

なお、職場内の虐待を未然に防止するため職員のケアを振りかえる機会となる「虐待の芽チェックリスト」の活用が望まれる。

## ⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

外部からの評価を受けることにより、自施設の状況について把握することができた。施設内で行っている活動内容の利点や弱点、改善すべき事を確認できたことが学びとなった。改善すべき項目について事業所全体の課題として職員と共有し、改善に向け進めていきたい。

## 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。

## 第三者評価結果（共通評価基準）

※すべての評価細目（45 項目）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、基本方針を確立・周知している。                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。 | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>事業所基本理念の3本柱をパンフレット並びにホームページ内の施設長挨拶の中で明文化している。年度事業計画書の冒頭に基本理念、長期運営方針、運営の基本目標を示し、職員との共通理解を深めている。各部署に基本理念を掲示すると共に事業計画書を玄関に常備して、来訪者がいつでも閲覧できる環境を整備している。</p> <p>今後は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を凝らして家族への周知、行事や日々のケアをとおしながら利用者に基本理念の具体的内容を周知・理解の促進を期待したい。</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を的確に把握・分析している。 | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>理事長、常務理事、監事、各事業所の施設長が一堂に会する経営会議を毎月開催している。各事業所からの現状報告、稼働状況、収支状況、諸課題の把握・分析に加えて、各関係法令改正等への理解と学びを深める機会ともなっている。</p> <p>今後は、把握した情報やデータを中・長期計画や単年度事業計画に反映すると共に地域の福祉計画も活用し、将来の経営環境を勘案した取り組みが望まれる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>月次の経営者会議で経営課題の把握と共有すると共に、公認会計士、社会保険労務士などから随時助言指導を受けて具体的な取り組みを進めている。経営課題や取り組みについては各課連絡調整会議及び各事業所会議で周知を図っている。自事業所のみならず他事業所へ寄せられた苦情や要望なども参考にし、業務改善・サービスの質の向上を目指し、在宅サービス利用者の増加努めるなど、具体的な取り組みを行っている。</p> <p>今後は、経営課題の解決に向けて、職員からの意見聴取や利用者・家族の要望等の把握に努めて、事業所全体で取り組まれることを期待したい。</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を明確にしている。                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                      |         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>5年後の完成を目指す中期計画（令和7年度から令和11年度）と10年後の完成を目指す長期計画（令和12年度から令和16年度）を法人主体で策定している。福祉サービスの充実、医療ケアの充実、経営基盤の安定、施設整備の計画的推進などを掲げ、取り組みの優先順位（ランクAからC）を定めている。</p> <p>なお、一方で各項目の事業を具体的に進める内容は示されていない。今後は、理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にして、具体的な事業展開を図る中・長期の事業計画並びに実施の裏付けとなる収支計画の策定を期待したい。</p>         |                                      |         |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。  | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度事業計画は、運営方針を基軸として、各職種協働で検討した原案に基づき、最終的に施設長が取りまとめ作成している。事業所内サービスのみならず、主治医や担当ケアマネジャーとの連携強化、目標とする利用稼働率、業務内容の詳細確認等、具体的な目標・行動計画を定めている。</p> <p>なお、「本年度の目標」に掲げる4項目は、中・長期計画の中期行動計画との整合評価性は見受けられないので中・長期計画の内容が単年度計画に反映され、単年度における事業内容の具体化・明確化を図り、数値目標等進捗状況を評価・分析が可能な計画策定を期待したい。</p> |                                      |         |
| I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                      |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                    |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------|
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                      | I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度を前期（４月から９月）と後期（１０月から３月）に分け、各期ごとに「事業計画の進捗状況及び見直し」を各課・グループごとにまとめている。この中では今年度の「目標・重点事項」への取り組み「進捗状況（現状）」と「来年度からの課題や展望」を詳細にまとめるなど、事業計画を職員の参画、意見の集約・反映の下で策定している。事業計画は理事会で説明・承認を経て、新年度の会議等で施設長が職員へ説明・周知を図るとともに、各課に整備されているPC内でもいつでも確認できる態勢となっている。</p> |                                                    |       |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                      | I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。                 | a・b・③ |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所正面玄関に事業計画のファイルを整備して、家族・来訪者がいつでも閲覧可能な態勢を取っている。しかし、閲覧実績はほとんどない現状にあり、理解の促進には至っていない。また、利用者に周知・理解を促進する機会も持っていない。</p> <p>今後は、家族の理解を深め事業運営への協力を得るためにも、事業計画骨子の掲示や広報「こみね」への掲載、計画書同封などの取り組みを期待したい。併せて行事や日々のケアをとおしながら利用者に事業計画の具体的内容の周知・理解促進が望まれる。</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を組織的・計画的に行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。           | a・③・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経営会議・各課連絡調整会議・職員会議に加え、日々のケアの振り返りや課題等を毎日の「朝・夕の連絡会」で共有し、サービスの質向上に向けた取り組みを行っている。各ケアサービス向上委員会も毎月会議を開催し、ケアサービスの向上に努めている。また、半期ごとに事業計画に基づくサービス実施上の確認・評価などを各グループ・委員会で行っている。</p> <p>しかし、定められた評価基準に基づく自己評価は行われていない。今後は、福祉サービス第三者評価基準等を用いて、組織的に年１回以上自己評価を行い、課題に対しPDCAサイクルに基づく改善を進める等福祉サービスの質の向上に取り組むことを期待したい。</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・③・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各課連絡調整会議や各種サービス向上委員会活動を通して取り組むべき課題を検討して</p>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                      |         |

いる。また、平成26年度に福祉サービス第三者評価を受審している。

しかし、その後は、定められた評価基準による自己評価の取り組みは行われていないので  
 今後は、自己評価の実施と評価結果の分析、第三者評価での課題を職員間で共有し、改善  
 策や改善実施計画の策定・実施を組織的に進めていくことが望まれる。

## 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) 管理者の責任を明確にしている。                                                                                                                                                                                                                                      |                                              |         |
| 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分担表や各種運営会議組織図などにより自らの役割と責任を明らかにすると共に、副施設長を置き施設長補佐としての統括役割を定めている。施設長は各課連絡調整会議や朝・夕の連絡会などにおいて事業所の課題や取り組みについて理解促進を図る場面を持っている。災害時対応や不在時の権限移譲はBCP（業務継続計画）でも明確化している。</p> <p>今後は、施設長としての役割や責任について広報誌等に掲載して、家族・関係者・地域に向けて広く表明することを期待したい。</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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は法人主催の毎月の経営会議において、法令改正や新規法令への理解を深める機会を持っている。法人の顧問弁護士や公認会計士、社会保険労務士から随時助言指導を得られる組織環境にあり、適切な事業運営に反映させている。得た情報や学びは、各課連絡調整会議や職員会議などで職員に周知、理解促進を図っている。高齢者虐待や身体拘束等の権利侵害については、実際の事例や事件報道に触れながら、自分事として組織全体で学びを深めている。</p>                   |                                              |         |
| Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |         |
| 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   |
| <p>施設長は月次の各課調整連絡会議及び職員会議に参加して、各課の現状や課題を把握し、改善に向けた協議を行っている。毎日利用者の下に出向き、表情や体調の確認と共に職員の言動や姿勢・態度にも注視し、助言することでOJT機能も果たしている。各グループ、ユニットごとのケアの現状を年度目標と照らし合わせて半期ごと確認・見直しを行いサービスの向上につなげている。</p>                                                                        |                                              |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                  |                                          |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|
| <p>なお、施設長はケアハウス、特別養護老人ホーム施設長、デイサービス管理者等法人の要職を占め、多忙を極めており、副施設長や各課長に可能な業務を任せるなど余裕をもってサービス質の向上に取り組める体制づくりが望まれる。</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。 | a・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>中期行動計画に「経営の健全化」を掲げ、介護報酬改定に向けた対応、利用率の向上を明記している。通所介護事業所の増加により、新規利用者の確保に苦慮しており、居宅介護支援事業所や各関係機関と連携を深めて利用者増に尽力している。また、経営会議では月次試算表や利用実績等を報告・分析し、経営改善に活かしている。</p> <p>今後は、組織全体でコスト意識の高揚、コストバランスへの理解促進を深めて、経営や業務の実効性を高めていく取り組みが望まれる。</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、人事管理の体制を整備している。                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                   |         |
| 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を確立し、取組を実施している。 | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>中期行動計画に「人材の育成」を示し、研修体制の充実、有資格者の確保を挙げている。事業計画の重点目標「人材の育成」では、外部・内部研修への参加、職員教育体制の評価・見直し、研修内容の共有を挙げると共に、ハローワークとの連携や学校訪問、ホームページを活用した人材の確保に努めている。法人として職員の「定着支援金制度」を設けており、紹介した職員及び入職した職員双方に金銭的支給がなされる仕組みがある。</p> <p>今後は、理念・基本方針や事業計画の実現に向けて、必要な人材の確保・定着について具体的な計画を持って取り組むことを期待したい。</p>        |                                                   |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。                         | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>事業計画に於いて基本理念・運営方針に基づく「職員職務心得」「職員お心構え」を明示し、「キャリアパス規程」をもうけて任用要件や昇格要件等を明確にし、職員に周知している。職責別の考課シートに基づき、直属上司並びに施設長との個別面談を年1回行い、職員の意向確認と評価・分析を行っている。キャリアパス規程に加えて、人事考課制度の導入意義や組織管理的な視点の事例をまとめた「ガイドライン」も示し、制度の周知・理解に努めている。また、年1回「職員意向調査書」により異動や研修の希望、上司や法人への要望、担当したい職務など職員の希望を把握して人事に活かしている。</p> |                                                   |         |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------|
| Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                 |       |
| 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。     | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員の有給休暇取得や超過勤務時間はパソコンで管理しており、施設長が毎月確認している。夜勤者等は年2回、他の職員は年1回の健康診断を実施し、医務（看護部門）と施設長がチェックして産業医に確認してコメントを貰い、職員の健康管理に努めている。職員の意向調査や個人面談をそれぞれ年1回実施し意見や要望の把握し働きやすい職場づくりに活用している。職員のハラスメントや賃金体系、福利厚生、労働条件や労働環境など広く相談を受け付ける「労働相談窓口」を設けている。昨年地域の他法人の職員待遇を調査して夜勤手当や初任給の見直しを行うなど処遇改善を図っている。</p> |                                                 |       |
| Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                 |       |
| 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・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人事考課制度導入ガイドラインにて、組織管理的な視点の一つに職員の「育成制度」を示し、各等級に対応した具体的OJTの確立・「計画性と実効性」のある育成メニューの構成と次世代リーダーの育成を掲げている。事業計画書では「職員職務心得」や「職員の心構え」を明示し、職員育成の基軸としている。</p> <p>今後は、組織目標や方針の実現を目指して、職員それぞれの知識・経験等に応じた具体的な個人目標を設定し、実現に向けて面談やアドバイスを行うなど職員を育成する目標管理制度の導入が望まれる。</p>                               |                                                 |       |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。 | a・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中期行動計画において「人材の育成」を示し、外部・内部研修への参加、職員教育体制の評価・見直し、研修内容の共有を掲げている。通所介護事業所の事業計画では職員教育・研修には触れていないが、特別養護老人ホームの事業計画に準じた内容で研修等を実施している。</p> <p>今後は、組織が必要とする職員の知識や技術習得に向けて、体系化した研修計画の策定と実施が望まれる。</p>                                                                                         |                                                 |       |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。              | a・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、職員それぞれの資格取得状況を取りまとめ、知識・技術水準等を把握している。毎年研修計画を策定し、特別養護老人ホームの事業計画書に内部・外部研修の取り組み案を明記し、通所介護事業所にも適応させている。法人として「研究助成要項」を定め、職員の自発的研究や研修助成、資格取得支援等を行い、職員個々の資質向上に努めている。</p> <p>今後は、職員の経験や習熟度に配慮した個別的OJT研修や階層別研修など職務や必要と</p>                                                              |                                                 |       |

|                                                                                                                                                                                                         |                                                           |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| する知識・技術水準に応じた教育・研修の実施を期待したい。                                                                                                                                                                            |                                                           |       |
| Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。                                                                                                                                                              |                                                           |       |
| 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。 | a・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>毎年、介護福祉士養成専門学校から実習生を受け入れている。専門学校の「実習の手引き」の基本プログラムに基づいて指導している。</p> <p>なお、事業所として専門職育成に関する基本姿勢等は明文化しておらず、受け入れ体制の整備や実習生の目的や職種等に配慮したプログラムなども作成していないので、実習生の育成・指導に関する体制整備、マニュアルの策定等が望まれる。</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を行っている。                                                                                                                                                                                                                                       |                                           |         |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。       | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>パンフレット及びホームページで事業所の基本理念や福祉サービスの内容を紹介している。法人ホームページでは現況報告書や決算報告書を公開している。Instagramを活用し事業所の近況なども発信している。正面玄関に事業計画書・事業報告書、苦情対応のファイルを整備して、家族・来訪者がいつでも閲覧可能な態勢を取っている。</p> <p>今後は、適宜ホームページ内容を更新すると共に、事業計画、事業報告、事業所の予算決算状況、苦情受付・対応等を広く社会・地域に発信していくことを期待したい。</p> |                                           |         |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。 | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>運営上の組織及び事務の執行について必要な事項を「管理規則」で定め、「経理規程」に則り、適切な経理事務の執行、財務状況の適正把握に努めると共に、職務分掌、牽制関係を明確にして適切な取り組みを行っている。経営会議では月次試算表や利用実績等を報告・分析に加えて、経営・財務の改善課題について法人監事等から助言・指導を得ている。また、法人監事による内部監査の他、年に6回法人職員同席のもと、公認会計士による財務管理、経営管理、事業運営等について外部監査を受けている。</p>            |                                           |         |

### Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

|  |         |
|--|---------|
|  | 第三者評価結果 |
|--|---------|

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       | 果     |
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |       |
| 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期行動計画に「地域社会との連携」を掲げており、事業所は自治会に加入し、地域の情報を共有している。傾聴ボランティアや動物愛護ボランティアによるアニマルセラピーの受け入れ、敬老会での地域住民・団体との交流を図っている。コロナ禍前は地域の御輿が来訪し、利用者との交流を深めていた。</p> <p>今後は、事業計画の本年度目標に明記する「社会参加の機会が少ない利用者に意欲的な生活を送って頂くよう、アクティビティ（外出行事・他）」の更なる充実を期待したい。</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・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>行事のアトラクションや傾聴ボランティア等の受け入れを行っている。</p> <p>なお、ボランティア受け入れに当たっての基本姿勢、手順や流れ、活動メニュー、事故等への対応などを記したマニュアルは作成していないので、ボランティアの受け入れや学校教育への協力等を謳った基本方針策定と受け入れ体制、マニュアルの整備が望まれる。</p>                                                                   |                                                       |       |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |
| 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を適切に行っている。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、白河市介護保険運営や福島県老人福祉施設協議会等の運営に携わると共に、地域の関係機関・団体との連携を深めている。得た情報は各課連絡調整会議や各委員会にて職員間で共有している。個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料は作成していない。</p> <p>今後は、地域の様々な機関や個人・団体と連携し、利用者によりよいサービスを提供するために社会資源を明記した資料の整備を期待したい。</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を行っている。                  | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は白河市人権擁護委員を務めており、委員間で地域の生活課題や民生児童委員との随時の話し合いで地域福祉ニーズの把握に努めている。福島県老人福祉施設協議会県南支部活動を通じた各事業所との情報交換や併設の居宅介護支援事業所から随時情報を収集し、地域の福祉向上を支援している。</p> <p>今後は、事業所の有する専門性や特性を活かしたイベント開催などにより、地域住民との</p>                                          |                                                       |       |

|                                                                                                                                                                     |                                          |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------|
| コミュニケーションを深めて、福祉ニーズ把握への取り組みを期待したい。                                                                                                                                  |                                          |       |
| 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・活動を行っている。 | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中期行動計画に「地域社会との連携」を掲げ、地域の防災拠点としての機能整備を明記しており、福祉避難所として白河市と協定を締結している。</p> <p>今後は、既存制度では対応しきれない生活困窮・生活課題への支援など、地域社会での貢献活動を主体的に進めていくことを期待したい。</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を明示している。                                                                                                                                                                                                      |                                                    |         |
| 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   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>基本理念、運営の基本目標、職員職務心得の中で利用者の尊重、人権の保障を明示し、施設の方針として示されている。福祉サービス提供の基本となる介護マニュアルにも反映されている。また、外部研修、内部研修も虐待防止や人権擁護をテーマに実施され、職員に周知している。カンファレンスやスタッフミーティングの中で実践できているか、不適切なケアになっていないか話し合う機会を持っている。</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を行っている。         | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護については利用者の権利と位置づけている。介護マニュアルにも体の露出を避けるケアを注意点として入れる等支援場面の配慮や工夫を職員に求めている。契約時に家族からInstagramや広報誌への写真使用について同意を取り、同意しない利用者の写真は使用していない。グループ会議では申し送りの時利用者から距離を取り、利用者に聞こえないように対応し、利用者が不安にならないよう工夫している。</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）を適切に行っている。                                                                                                                                                                                      |                                                    |         |
| 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用希望者に対しては相談員が対応し、パンフレットを使い、施設や費用の説明し相談</p>                                                                                                                                                              |                                                    |         |

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| <p>に乗っている。見学には随時対応しており、担当ケアマネジャーと共に来訪する利用者・家族も多い。パンフレットは写真入りで見やすくなっている。</p> <p>なお、パンフレットは公共施設等には置いていないので広く周知するためにも入手しやすい公共施設に置くことが望まれる。またパンフレットには利用希望者の関心に応えるためにも費用一覧表などを挟み込み情報提供することに期待したい。</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。              | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用開始時は重要事項説明書でサービスの内容を説明し、安心して利用できるよう説明している。利用者が自己決定できない場合は家族に説明し同意を得ている。家族がいない場合など意思決定が困難な利用者には成年後見制度を利用し、本人に代わって適切な判断をしてもらい同意を得ている。</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・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>病院に入院する時は看護サマリーで利用者の状況を伝え、継続した支援に繋げている。他事業所への移行や変更の事例は少ないが、必要に応じて居宅ケアマネジャーに繋ぎ、在宅サービスを利用しつつケアの継続性に配慮している。</p> <p>なお、移行や変更の手順や引継ぎ文書等を定めていないので福祉の継続性を配慮する観点から手順と引継ぎの様式等を定めておくことが望まれる。</p>           |                                                           |       |
| Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。                                                                                                                                                                                                  |                                                           |       |
| 33                                                                                                                                                                                                                      | Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。                  | a・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>本人から相談や要望があれば、ケース記録に記入しチェックを入れることで介護日誌に自動的に記入され介護職員間で情報共有ができており、申し送り、スタッフミーティングで検討して対応している。</p> <p>なお、利用者満足度調査は行っておらず、直接要望が言える利用者以外の要望は家族から伝えられない限り把握できていない。利用者面談やアンケートなどで満足度を把握する取り組みが望まれる。</p> |                                                           |       |
| Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。                                                                                                                                                                                         |                                                           |       |
| 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。                      | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を整備し、重要事項説明書の記入され利用者や家族に示されている。施設内にも掲示し周知している。玄関の目立たないところに意見箱と苦情記入カードを置いている。苦情に対しては利用者や家族に対応を報告し、</p>                                                                       |                                                           |       |

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                      |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|
| 広報誌に掲載している。第三者委員が2カ月に1回の訪問があり、相談できること利用者に周知している。                                                                                                                                                                                         |                                                      |       |
| 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。         | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族からは主に送迎時に要望や意見を聞いている。利用者から相談があれば相談室やで聞けるようになっている。また、第三者委員が事業所に訪問するときは利用者に周知し、相談を呼び掛けている。</p> <p>なお、相談員は周知されているが複数の方法など自由に選べることを伝えてはいないので、好きな職員を選んで相談しても良いことを文書などで知らせておくことを期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>意見箱に意見が入ることは少ない。要望や意見が出たときは朝、夕のミーティングで情報の共有がなされ話し合い対応を検討している。</p> <p>なお、要望を出しやすい環境づくりとして利用者に近い場所に複数意見箱を設置するなど工夫してサービス向上に活かしていくことが望まれる。また、意見や要望に対する対応マニュアルの整備も望まれる。</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を行っている。                                                                                                                                                                                                 |                                                      |       |
| 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を構築している。   | a・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>リスクマネジメントの責任者はケアマネジャーがなっており、リスク管理委員会を設け、対応している。骨折など事故の場合は関係者で検証し、原因分析、改善策を検討し報告書にまとめている。多職種によるデイサービス会議で事故やヒヤリについて対応を検討している。外部講師を招き危険予知訓練を行い、事故防止の研修を行っている。</p> <p>なお、利用者の状態変化に対応し安全確保対策の実効性を評価し見直す取り組みに期待したい。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>特別養護老人ホームと合同で感染症委員会を毎月開催し、責任者は看護師がついている。感染症対応マニュアル、BCP（感染症事業継続計画）を策定している。感染症について集団感染防止やガウンテクニック吐しゃ物処理などの対応について職員研修を行っている。デイサービスで感染があり、エリア分けや部署ごとの職員の移動を避ける対応で収束</p>                                               |                                                      |       |

|                                                                                                                                                                                                                    |                                            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|
| し蔓延防止につながって効果を上げている。                                                                                                                                                                                               |                                            |       |
| 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。 | ①・b・c |
| <p>＜コメント＞</p> <p>災害避難計画、BCP（災害時事業継続計画）を策定しており、毎月法人内事業所合同で避難訓練を行っている。消防署立ち合いの訓練も年2回実施し、指導を受けている。災害時の職員の安否確認は一斉メールで行い、利用者は勤務職員が避難後全員避難できたか確認している。備蓄は栄養士が管理し、米、パン、レトルト食品、水、カセットコンロ、毛布などを備えている。ハザードマップでリスクも確認している。</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を確立している。                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                     |         |
| 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を文書化し福祉サービスを提供している。 | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>事業計画には、送迎・健康管理・入浴・食事・排泄・レクリエーション・機能訓練・認知症介護等についての標準的な実施方法の詳細が明記されている。また、特別養護老人ホームと合同で、食事・入浴・排泄・認知症等の部門別委員会でケアサービスの内容を検討し、部門ごとの介護マニュアル並びに送迎マニュアルを整備している。委員会を中心に研修を行い周知している。</p> <p>なお、マニュアル通り支援できているか実施状況を確認する仕組みがないので職員自身がケアを振り返る機会を設け、気づきを改善や見直しに活かしていくことに期待したい。</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を確立している。             | a・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>マニュアルの策定から時間が経過しており、関係する委員会で検討し現状に合ったマニュアルに見直すことが望まれる。</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を策定している。                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                     |         |
| 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。      | ①・b・c   |
| <p>＜コメント＞</p> <p>重要事項説明書に「通所介護サービス計画立案」について担当者、作成概要等を記している。通所介護計画は、居宅介護支援事業所の担当介護支援専門員が作成した「居宅サービス計画」を骨子として、生活相談員が各職種協働のもと策定している。担当介護支援専</p>                                                                                                                                           |                                                     |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                   |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------|
| <p>門員や家族等から情報を得て、詳細なフェイスシートを作成している。アセスメント手法は様式で示され、生活状況、ADL、IADL、本人、家族の希望をアセスメントしている。加算内容や介護保険以外のサービスの有無等についても明記している。家族の協力を得て「健康状態チェック表」にて体温やせきやたんの有無、体調不良等を記してもらい、安心・安全な利用へとつなげている。</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。            | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所介護サービス計画は定期的にモニタリングを行い、利用者・家族、担当介護支援専門員等から随時要望・意見を聴取している。送迎の際に在宅での生活状況なども伺い、計画見直しの参考にしている。介護認定の有効期間を長期目標の期間とし、短期目標は利用者の状況に応じて6ヶ月から12ヶ月としている。短期目標期間ごとに通所介護計画評価表をまとめて、計画の評価・見直し・立案をしている。入院や介護度の区分変更等があった場合は、随時見直しを行い、現状に即した通所介護サービス計画としている。</p>                                      |                                                   |       |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                   |       |
| 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を適切に行い、職員間で共有化している。 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>パソコンシステム内に介護サービス状況が記録・保存され、システム内で共有している。通所介護計画の「介護内容」を具体的に記すことで、利用者・家族にサービス内容が明確に伝わり、職員間でのケア提供のバラツキ防止ともなっている。個々人のケース記録に加えて、利用者状況、行事等の内容、申し送り事項などをまとめた業務日誌と主にバイタルデータを記した看護日誌も整備しており、それらの情報も職員間で共有している。また、朝・夕の連絡会や毎月の法人内各課連絡調整会議にデイサービス職員が参加することで、通所介護事業所以外の職員にも現状や課題が伝わるように努めている。</p> |                                                   |       |
| 45                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。                  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>清峰会個人情報に関する文書等管理規程があり、施設長が責任者となっている。職員入職時に個人情報保護について説明し、誓約書を取っている。文書は鍵が係る倉庫に保管し、保存年限が経過したら産廃業者に委託し廃棄している。家族や利用者には入所契約の際重要事項説明書で説明している。</p>                                                                                                                                           |                                                   |       |



## 第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20 項目）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。

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             | 第三者評価結果 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------|
| A-1-(1) 生活支援の基本                                                                                                                                                                                                                                                      |                                             |         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">①</div>                                                                                                | 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。  | ②・b・c   |
| <コメント><br>利用者の自立、生活能力の維持のため生活リハビリに力を入れている。懸垂、平行棒、階段の昇降のリハビリ機器を備えており、利用者が心身の状況に応じて前向きにリハビリに励んでいる。また、ハビリ体操、口腔体操なども取り入れるほか、利用者の要望も取り入れ、週ごとに紙コップのもぐらたたき、ミニ運動会、カラオケなどのレクリエーションを行い楽しい時間を過ごしている。ベッドや畳コーナーもあり、休息できる環境も整いゆっくり休める空間も用意されている。タオルたたみなどのお手伝いの役割も用意され、やりがいに繋がっている。 |                                             |         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">②</div>                                                                                                | A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。 | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">③</div>                                                                                                | A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。   | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当                                                                                                                                                                                                                                                        |                                             |         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">④</div>                                                                                                | A-1-(1)-④ 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。      | ②・b・c   |
| <コメント><br>障害のため発語がない利用者には表情から意志を確認するほか、障害によりコミュニケーションが難しい方には、筆談やタブレットを用いてコミュニケーションをとる工夫をし                                                                                                                                                                            |                                             |         |

ている。利用者の尊厳への配慮は外部研修や職員全員参加が求められる法人研修で学んでいる。勤務歴が長いベテラン職員が多く、認知症の利用者になれ合いの声掛けになることもあり、お互い注意し合いながら終礼で反省し、良い声掛けについての検討が行われている。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  | 第三者評価結果 |
| A-1-(2) 権利擁護                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |         |
| A<br>⑤                                                                                                                                                                                                                                                                            | A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。 | a・-・©   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>係長が身体拘束・虐待委員会の委員として参加しており、内容の報告がなされ職場内で共有している。職員の職務内容に高齢者虐待防止に関することが入っており、虐待の早期発見と未然防止に取り組んでいる。入浴時に身体状況を確認し、異常があれば担当の居宅介護支援専門員に報告し、家族や行政に対応してもらっている。独居の利用者には権利擁護の観点から成年後見制度の利用を進めている。</p> <p>なお、職場内の虐待を未然に防止するため職員のケアを振りかえる機会となる「虐待の芽チェックリスト」の活用が望まれる。</p> |                                  |         |

## A-2 環境の整備

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                           | 第三者評価結果 |
| A-2-(1) 利用者の快適性への配慮                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                           |         |
| A<br>⑥                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイルームはひろく、エアコン、床暖房が備えられ快適に過ごせる環境となっている。事故防止の観点から環境面について毎日の終礼やデイサービス会議（月1回）で検討し、動線を遮るソファの位置など直している。利用者はソファコーナーや食事テーブルで新聞や雑誌を見たり、ドリルに挑戦したり自由に過ごせるようになっている。デイルームの両側にベッドコーナーと畳スペースがありいつでも休める環境となっている。</p> <p>環境面での意向などは聞いていないので、利用者の意向を聞いて環境づくりに活かしていくことに期待したい。</p> |                                           |         |

## A-3 生活支援

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | 第三者評価結果 |
|--|--|---------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                      |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|
| A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                      |       |
| <div>A</div> <div>⑦</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師が体調面をチェックし入浴の可否を決めている。浴槽は、大きい浴槽、個浴、機械浴（数種類）があり、利用者のADLや身体状況から介護職、看護師、居宅介護支援専門員、家族で検討会を開き入浴方法を決めている。入浴方法を変えるときも同じメンバーで検討して安全な入浴方法に変更している。入浴を拒否する方には相性の良い職員が声掛けしている。入らない場合は無理強いせず、着替えや清拭で清潔を保つようにしている。ゆず湯、しょうぶ湯、など季節風呂の日を設け入浴を楽しめる工夫もしている。デイサービスが長い休みとなる正月期間はショートや休んでいない他のデイサービスを紹介している。</p> |                                      |       |
| <div>A</div> <div>⑧</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>トイレは車椅子利用者も安全に利用出来るよう広がっている。プライバシーへの配慮のために座位を取れる場合はドアを閉め、支援が必要な利用者にはドアを少し開けて見守る等工夫している。家族と連絡帳で家庭での排便状況、デイサービスでの排便状況、下剤の服薬状況を共有し便秘が続くときは受診を進める支援している。自然排便を促すため、食事量も把握し、運動や水分摂取、トイレにゆっくり長く座る等工夫して自然排便をうながしている。</p>                                                                              |                                      |       |
| <div>A</div> <div>⑨</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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。  | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歩行器、車椅子を備え、利用者にあった福祉用具を貸し出している。利用者自身がレンタルや購入で車椅子を持ち込んでいる方もいる。動線の確保、歩行状態に応じ付き添いや見守りで対応している。デイルームが広く、中を移動するだけで運動になり、自立を促している。自宅の環境整備や福祉用具の選択は居宅介護支援専門員を中心にデイの職員も参加し担当者会議を開いている。事業所の車椅子は概ね月1回職員が点検し、修理が必要なものは業者に依頼している。送迎サービスは利用者や家族の希望を入れて回る順番など決めている。</p>                                      |                                      |       |

|                           |                                 |         |
|---------------------------|---------------------------------|---------|
|                           |                                 | 第三者評価結果 |
| A-3-(2) 食生活               |                                 |         |
| <div>A</div> <div>⑩</div> | 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・②・c   |
| <コメント>                    |                                 |         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|
| <p>食事は業者委託をしており、施設の管理栄養士と委託先の栄養士が連携して、メニューや行事食、特別メニューなどの提供をしている。保健・食事委員会があり利用者から出された味付けや柔らかさ、硬さの要望などについても検討し対応している。刻み食、トロミ食なども混ぜることなく、別々に盛り付けており、見た目も彩りよくそれぞれの副菜の味を楽しめるようになっている。</p> <p>なお、食事の時間に音楽を流していたが、飲み込みなどの音の確認がむずかしいと止めている。また、テーブルに花を飾っていたが誤食する認知症の利用者が出たため止めている。おいしく食べる雰囲気づくりが難しい状況となっているが、飲み込みの音を遮らない低いBGMやデイルームの入り口に写真入りのメニューを置くなど美味しく食べられる工夫に期待したい。</p> |                                         |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑪</div>                                                                                                                                                                                                                                             | 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。 | ①・b・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の摂取状況や嚥下状況をアセスメントして食事の形態を細かく決めている。普通食、荒刻み、普通刻み、ペースト食を提供している。食事介助も利用者の飲み込みのペースに合わせている。誤飲を防ぎ、嚥下機能の維持を図るため食事前の嚥下体操を行っている。デイサービスでは1日4杯を目標に水分接種を進めている。体重の減少がみられる利用者には家族から家庭での食事量を把握し、居宅介護支援専門員と連携し受診を進めたりしている。</p>                                                                                                                             |                                         |       |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑫</div>                                                                                                                                                                                                                                             | 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・②・c |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯磨き、歯科受診は、家族、利用者本人が行っている。口腔ケアが難しい利用者には職員が口腔内を確認して対応している。利用者によっては歯科受診した指導結果を職員が確認し、磨きなおしをしている。口腔機能を維持するため口腔体操に取り組むほか食後の歯磨きを支援し、肺炎予防に取り組んでいる。虫歯や歯がぐらぐらしたり、義歯が合わなかったりしたときは家族に歯科受診を進め治療につなげている。</p> <p>なお、歯科医や歯科衛生士による利用者の口腔状況のチェックや口腔ケア計画の作成などは専門家の指導を受ける機会を持つことに期待したい。</p>                                                                     |                                         |       |

|                                                                                                                         |                             |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------|
|                                                                                                                         |                             | 第三者評価結果 |
| A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア                                                                                                       |                             |         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑬</div> | A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ①・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴時肌チェックを行い、赤みがあれば早期に清潔保持やクッション、円座などの利用</p>                                                      |                             |         |

|                                   |
|-----------------------------------|
| や家族への助言、指導により改善しており、褥瘡を持つ利用者はいない。 |
|-----------------------------------|

|                                                                                                                         |                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                         | 第三者評価結果                                                      |
| A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養                                                                                               |                                                              |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑭</div> | 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。<br>a・b・c |
| <コメント><br>非該当                                                                                                           |                                                              |

|                                                                                                                                                                                             |                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                             | 第三者評価結果                                            |
| A-3-(5) 機能訓練、介護予防                                                                                                                                                                           |                                                    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑮</div>                                                                     | 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。<br>a・⑮・c |
| <コメント><br>訪問リハビリを受けている利用者には理学療法士が作成したリハビリメニューにより機能訓練を行っている。それ以外の利用者にはデイサービスの看護師の指導で生活リハビリを実施している。利用者の認知症の症状について早期に発見し、居宅介護支援専門員に報告し、専門医など関係機関につないでもらっている。<br>なお、リハビリができる職員を養成中であり、今後に期待したい。 |                                                    |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                           | 第三者評価結果                                 |
| A-3-(6) 認知症ケア                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">A</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">⑯</div>                                                                                                                                   | A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。<br>⑯・b・c |
| <コメント><br>認知症の利用者への対応は、介護支援専門員も入った担当者会議を持ち、関わり方など検討している。認知症の利用者には支持的、受容的な関わりで対応しており、BPSDの症状がある利用者は出ていない。職員は外部研修や法人研修で認知症について学ぶ機会がある。利用者にはレクリエーションへの参加や居心地よく過ごせる場所を設ける対応をしている。家族の相談を受け止め支援方法を助言したり、不安に対応したり相談支援に取り組んでいる。デイサービスでの状況を連絡ノートや送迎時に伝え、情報共有をしている。 |                                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 | 第三者評価結果 |
| A-3-(7) 急変時の対応                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 |         |
| A<br>⑪                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>在宅時の健康状態、体温、食事、服薬、排せつなど連絡帳に記入してもらうとともに、事業所からも体温、血圧、服薬、排せつ状況を連絡帳に記入してお知らせしお互いの情報共有に努めている。利用者の体調変化や異変に気がついた場合は家族に連絡して、受診をお願いしている。独居の場合は担当の介護支援専門員に伝え対応してもらっている。家族が遠方の利用者は近隣の親せきや知人を入居時緊急連絡先として登録しており、登録者に連絡・対応してもらっている。デイサービス利用時の服薬管理は職員が行っている。</p> <p>なお、受診内容や薬の内容の情報提供が遅れる時もあり、不安を感じていることから受診先やかかりつけ薬局と連携を深めていくことに期待したい。また、薬剤師から薬の効果や副作用、誤薬などへの対応について職員研修を行い理解する取り組みが望まれる。</p> |                                                 |         |

|                                |                                             |         |
|--------------------------------|---------------------------------------------|---------|
|                                |                                             | 第三者評価結果 |
| A-3-(8) 終末期の対応                 |                                             |         |
| A<br>⑫                         | 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。 | a・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>非該当</p> |                                             |         |

#### A-4 家族等との連携

|                                                                                                                                                                                               |                                    |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                                               |                                    | 第三者評価結果 |
| A-4-(1) 家族等との連携                                                                                                                                                                               |                                    |         |
| A<br>⑬                                                                                                                                                                                        | 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・b・c   |
| <p>&lt;コメント&gt;</p> <p>通所日は連絡帳で在宅時とデイサービス利用時の体調面や排せつ、服薬、喫食状況、利用者の体調面など、お互い情報を伝えあい共有している。体調や状態変化時は担当の介護支援専門員に報告し、在宅の状況を把握してもらい、本人や家族も交え担当者会議を開催し対応を検討している。家族からは、送迎時や来苑したときに求められれば相談に乗っている。</p> |                                    |         |

#### A-5 サービス提供体制

|                            |                                         |         |
|----------------------------|-----------------------------------------|---------|
|                            |                                         | 第三者評価結果 |
| A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制   |                                         |         |
| <div>A</div> <div>20</div> | A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。 | a・b・c   |
| <コメント><br>非該当              |                                         |         |