

# 福祉サービス第三者評価結果

## ① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

## ② 施設の情報

名称：白兔あすなろデイサービスセンター	種別：通所介護
代表者氏名：（施設長）谷口 武之	定員：25名（利用登録者数：46名）
所在地：鳥取県鳥取市白兔8	
TEL：0857-59-0130	ホームページ： <a href="https://t-asunaro.jp/kourei/">https://t-asunaro.jp/kourei/</a>
【施設の概要】	
開設年月日：昭和61年10月1日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あすなろ会 理事長 濱崎 淳子	
職員数	常勤職員：7名 非常勤職員 3名
専門職員	施設長 1名 准看護師 1名
	介護士 4名 介護士 2名
	准看護師 1名
	理学療法士 1名
施設・設備 の概要	デイルーム（食堂兼用） 1ヶ所 大浴場 1ヶ所
	機能訓練室 1ヶ所 特殊浴槽 1ヶ所
	静養室 1ヶ所 男子トイレ 1ヶ所
	相談室（会議室） 1ヶ所 女子トイレ 1ヶ所
	事務室 1ヶ所 送迎車 5台（内3台リフト車）

## ③ 理念・基本方針

### ◇法人理念

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

### ◇法人基本方針

- 1 ご利用者へより質の高いサービスの提供を行い、満足されるものとします。
- 2 職員の資質向上を図り、愛情と使命感で働きがいのある職場とします。
- 3 地域の意見を反映し、地域とともに発展する社会福祉法人を目指します。
- 4 法人事業の継続性を強化し、事業を総合的に運営するための具体的方策を推進します。

### ◇事業所運営方針

利用者が有する能力に応じて居宅での自立した日常生活を目指し、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう計画的な介護サービスを行います。利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って安全で安心できるサービスを提供します。

#### ◇事業所運営理念

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

#### ④ 施設の特徴的な取組

- ・当事業所は、居宅介護支援事業者、他のサービス事業者、保健・医療・福祉サービス機関等との連携を密にしながら、自立した日常生活を営むことができるよう一人ひとりのご希望に沿った通所介護計画書の作成を行い、サービスを提供しています。  
又、健康チェック、食事、入浴、季節感あふれる行事《花見ドライブ、ちまき作り、ソーメン流し、納涼祭、敬老祭、もちつき等》アクティビティ活動や、個別機能訓練を実施し、生活機能の向上を図っています。
- ・利用者が相談や意見を述べやすい環境：意見箱や広報誌からも相談、意見を募り自由な意見を頂けるように努めておられます。利用者の個人的な悩みや相談等は連絡帳や日常の心身の状況観察等の変化に配慮され対応されています。

#### ⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和3年5月17日（契約日） ～ 令和3年12月8日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（令和 年度）

#### ⑥ 総評

##### <特に評価の高い点>

- ・経営課題を明確にし 業務目標より稼働率UP、利用者欠席者の対策や人材育成、財務状況等の分析を行い改善等について職員会議等で職員に周知され取り組まれています。
- ・利用日に生活動作より・排泄時トイレの立ち上がり、座る・ベッドへの起居動作・廊下やホールの手すりを使用し歩行訓練・入浴時の浴槽の出入りの支援。車椅子からテーブルへの移乗等利用者の心身の状況に合わせた生活機能の維持、継続が行われています。
- ・人事考課制度の仕組みが確立されており、職員の給与規程や人材育成と連動した職種別、雇用形態ごとに職務基準書があり、職員の自己申告書により個人の目標、希望する研修目標等が作成され、人事考課の年2回の面談時に、職員の専門性や職務遂行能力、職務

に関する成果や貢献度等の自己評価ならびに上長等の面談による評価が実施されています。また、職員へは評価者からのフィードバックが行われ、必要な指導やアドバイスがあります。

職員が仕事を通じて、将来の自らの姿を描くことができるような総合的な人事管理体制の仕組みづくりが行われています。

新人職員個別の育成にはプリセプターシップを活用し定期的に習熟度を確認する体制があります。

#### <改善を求められる点>

- ・ ご利用者・家族のニーズや介護度に対応すべく現在も取組まれていますが、今後の介護保険の報酬改定も踏まえつつ、時代に合せた対応の継続に期待します。
- ・ 感染症対策マニュアル、消防計画、避難計画等も整備されており、従来より災害に対する体制は十分に整っていますが、昨今の災害事例や感染症流行等を踏まえたより細やかな事業継続計画（BCP）を作成する事を国も示しておりますので、充実した事業継続計画の策定に期待します。

### ⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

今回、拠点では初めて通所介護サービスについて専門的、客観的な立場から評価をいただいた。この評価結果は当法人各施設において利用者主体で質の高いサービスを提供するための指標となった。改善が必要な点については、法人全体で検討し、社会のニーズに応えられるよう努力を続けていきたい。また、評価が高い点についても満足することなく、今後さらに推進していきたい。

### 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。

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

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

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

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

## 第三者評価結果（通所介護）

### 共通評価基準（45項目）

#### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理念、基本方針は掲示されています。職員必携、ホームページに掲載されています。</p> <p>法人全体の広報誌で理念、基本方針を掲載されています。</p> <p>職員は勤務中に名札の裏に理念を携行され福祉サービスの支援を行なわれています。</p> <p>年度始めの職員全体会（今年度は文書回覧）や採用時オリエンテーションで理念、基本方針の周知を図られています。</p>		

##### I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-①事業経営を取りまく環境と経営状況が的確に把握・分析している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各種関係団体や法人が主催する研修に参加する等、福祉を取り巻く環境や動向について情報収集をされています。</p> <p>毎月の代表者会議では法人の福祉施設、事業所の稼働率や福祉サービスの利用状況を把握されています。</p> <p>施設長は代表者会議で報告を行い職員に周知、理解を図られています。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長会議で法人内の経営について協議され、年1回役員巡視や年2回の人事考課面談時に役員や施設長が課題や問題点共有する機会を設けられています。</p> <p>必要事項は施設の代表者会議で協議しながら改善に向けて取り組んでいる。</p> <p>デイサービス相談員部会で業務目標より稼働率UP、利用者欠席者の対策や人材育成、財務状況、利用者数の増数について話し合わせ職員会議で職員に周知され取り組まれています。</p>		

### I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の中長期計画を5年ごとに策定されています。本部の中・長期的なビジョンを明確にした事業所の中・長期計画が策定されています。</p> <p>法人中長期計画委員会が年3回開催され問題点の解決、改善、評価を行なわれています。</p> <p>必要時見直しも行われています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画の各項目に沿って、拠点の具体的な単年度計画を策定されています。</p> <p>また、状況について代表者会議でフィードバックしながら取り組み、最終的に拠点の事業報告として実施状況を評価しておられます。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人、事業所の基本方針を基に年度初めに代表者会議で検討され目標設定を行い事業計画を策定され年度末に実施状況の把握や評価・見直しが行われています。</p> <p>計画と評価は職員全体会で説明され全職員に周知を図られています。（今年度は文書回覧）</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人事業計画はホームページや年度当初の広報誌に掲載され利用者や家族に周知されています。</p> <p>事業計画は施設内に掲示し、利用者周知も図られています。</p>		

### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内部監査、利用者満足度調査、家族アンケート、接遇チェック、虐待セルフチェック等を定期的実施し、分析、検討が行なわれ、虐待防止委員会や広報誌でも報告しながら改善の必要な内容は検討を行いながら、サービスの質の向上に努めておられます。</p>		

9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人内部監査、利用者満足度調査、家族アンケート等についてはそれぞれの結果を分析し、定期的な通所会議で課題の改善について検討し、具体的な改善計画書等を作成しておられます。改善計画書に基づいた行われ、再評価も実施しながら計画を見直しも行なわい事業所全体で取り組まれています。</p>		

## 評価対象Ⅱ 施設の運営管理

### Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度当初、職員全体会（今年度は文書回覧）で全職員にデイサービスも含めた事業計画の中で施設長の役割と責任について説明、周知されています。また、事務分掌でも文書化されています。ホームページ、広報誌にも掲載されています。</p> <p>有事の時の施設長の役割と責任について消防計画・事故の発生等緊急時対応マニュアル等で明確にされています。</p> <p>マニュアル等はデイサービス内に設置され、担当する部会で毎年見直しが行われています。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は法人コンプライアンス委員会に所属され遵守すべき法令等を理解されています。</p> <p>施設の運営に関する基準を遵守させるために、法令遵守マニュアルが載った職員必携を全職員に所持させ、随時確認できる体制整えておられます。</p> <p>また、年度当初の職員全体会（今年度は文書回覧）で法令遵守について説明し周知が図られています。</p> <p>その他にも虐待防止やハラスメントについても随時説明し周知が図られています。事業所内にも掲示されています。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は法人の理念・基本方針を基に策定された中長期目標に沿った施設の目標を示しサービスの質の課題について虐待防止委員会等で評価、分析を行なわれています。</p> <p>報酬改定期には改定のポイントを代表者会議で提示され改定に向けて情報に注目し準備をされています。</p> <p>年1回利用者アンケート、家族アンケートを実施され更なるサービスの質の向上に努めておられます。</p> <p>施設長はサービスの質の向上を目的に、事業所内のラウンドも行われています。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月の稼働状況を法人本部へ報告し、法人全体の状況を法人内・施設内で共有・分析が行なわれています。</p> <p>また、人事考課に合わせて年2回施設長と全職員の面談を実施し、職員からの意見・要望を聞き取り環境整備等に取組んでおられます。面談の結果については、代表者会議で情報共有を図るとともに、部署ごとに職場環境の改善の追及を求めておられます。</p> <p>人員配置や職員の働きやすい環境整備、腰痛予防の福祉用具を導入、介護ソフト導入による業務の効率化が図られています。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画で人材の育成と確保に向けて採用計画を立てながら取り組み、人材確保は法人が窓口となり求人募集を行なわれています。</p> <p>ホームページやハローワーク等の活用や法人説明会を企画するなど就職希望者への丁寧な配慮を心掛けておられます。</p> <p>サービス提供体制加算をはじめ、サービスの充実に向けた専門職（有資格者）の配置等も計画的に行われています。</p> <p>また、採用後もプリセプターシップや奨学金制度（日本語学校、介護福祉士試験）など人材育成の定着に努めておられます。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の倫理綱領に職員の責務と役割を明確にされており、職員必携にも綴られています。</p> <p>人事考課制度等で職種別、雇用形態ごとに職務基準書を設けて人事基準を明確にし、年2回の人事考課に於いて、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度等の評価を行いながら個々の目標の進捗状況をフィードバックして自ら将来の姿を描けるよう取り組んでおられます。年に1度の自己申告書により職員の意向等を確認しながら総合的に対応しておられます。</p> <p>キャリア段位（人材育成）など総合的な仕組みづくりが行なわれています。</p>		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人として働きやすい職場づくりに対する行動計画を立てる等働き方改革に努めておられます。</p> <p>育児時短制度や有給取得、インフルエンザ予防接種全額補助、健康診断、腰痛予防検査も行なわれています。イクボス、ファミボス宣言が有り働き方改革に取り組まれています。</p> <p>施設長は労働管理責任者講習を受講し、毎月の出退勤時間や計画年休取得状況を確認する等、職員の就業状況を把握するとともに、年2回行われる人事考課の面談時に意向、希望を聞きライフステージに応じた働き方に反映され働きやすい職場づくりに取り組まれています。</p> <p>さらに、毎年一回ストレスチェックを実施し、ストレスの状況について気付きを促し、個々の職員のストレスを低減させるとともに、検査結果を集計・分析し職場環境の改善に努め、ストレスの高い職員を早期に発見し、医師による面接導指につなげることで、職員のメンタルヘルス不調の未然防止に努めておられます。</p> <p>総合的な福利厚生として、職員主体で職員互助会を運営し、給付事業のほか余暇活動を充実させるための事業を計画し、職員の福利厚生に努めておられます。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人基本方針に明示し、中長期計画で質の高いサービスを提供する人材の育成と確保に向けて目標設定しながら取り組んでおられます。</p> <p>全職員が職務基準書に基づき年2回人事考課を行ない、個人の目標設定と達成度の確認が行なわれています。</p> <p>新人職員等、個別の育成には、プリセプターシップを活用して定期的に習熟度を確認しておられます。</p> <p>法人年間研修計画から法人内、外部研修、資格取得の研修、講習、認知症実践者研修に参加されています。</p>		

18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の基本方針を基に中長期計画より法人年間研修計画を策定され内部、外部各種研修や職種別の階層に応じた研修を実施されています。</p> <p>施設では法人の定められた研修等について虐待防止委員会等で検討が行われ年間計画を策定実施されています。</p> <p>実施後は職員の意見より研修プログラムの見直しも行なわれています。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービス相談員は人事考課とリンクした個別研修シートを策定し、職務に応じた研修を実施されています。</p> <p>希望に応じて介護支援専門員や介護福祉士等の取得のため模擬試験や資格取得奨学金制度の利用ができます。</p> <p>職員は法人やの事業所内研修会参加や新人研修、異動職員にはプリセプターシップを活用されOJTで指導されています。</p>		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習マニュアルは目的や留意点など基本姿勢が明文化されており職種に応じた目標が設定されています。(本体施設では臨地実習調整会場など学校と連携して安全、安心な臨地実習を取り組まれています)</p> <p>マニュアルは担当部会で毎年見直しを行われています。</p> <p>コロナ禍のため実習は行なわれていません。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページ(WAM NETも含む)には、法人の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報等を掲載しておられます。</p> <p>また、広報誌は特養とデイサービスそれぞれ定期的に発行し、行事の様子、家族アンケート結果、苦情の状況等を掲載しておられます。</p> <p>家族や地区公民館等に送付し、地域に対して開かれた施設を目指しておられます。</p>		

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の経理規定に基づき日々の経理処理が行われています。</p> <p>事務分掌に経理関係の権限・責任を明確に記載し、いつでも閲覧し確認できる体制となっています。</p> <p>公認会計士に法人内各施設の経理報告・内部監査をし、経理実施状況の確認を定期的に行い、経営改善に努めておられます。</p>		

## Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画で地域社会との連携に向けて目標設定し、拠点事業計画にあげて取り組んでおられます。</p> <p>地域との交流を広げるために地区公民館等に広報誌を送付や地域消防団と連携した災害訓練、地域清掃や施設清掃の往来、施設の納涼祭への招待等、定期的に地域との交流の機会がありましたが新型コロナの影響もあり中止となるものもありました。</p> <p>利用者のニーズに応じて近隣の花見ドライブなども実施しておられます。</p>		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>社会福祉協議会主催の学生ボランティア体験事業に登録され利用者との交流を図られています。</p> <p>隣接する白兔養護学校や地域の清掃活動、中学生の職場体験受け入れていました。(新型コロナの影響あり)。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 施設として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービスセンターの重要事項説明書に関係機関等との連携が明記されています。</p> <p>法人事務局、法人の各事業所、地域包括支援センター、居宅介護支事業所、かかりつけ医、市役所、警察、消防署、電気、ガス、水道等の電話番号を記載したリストを作成されデイサービスセンター内に設置されています。</p> <p>職員はリストの場所を確認され関係機関等との連携が適切に行われるよう共有されています。</p> <p>相談員や職員はサービス担当者会議等や介護支援専門員とサービス担当者会議等や利用時の月1回サービス利用票や利用状況について連携されています。</p>		

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画および拠点事業計画で地域社会との連携に向けて取り組み、地域福祉相談センターの事業やサロンへの参加により地域ニーズを把握に努めておられます。(新型コロナの影響あり)。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>えんくるり事業に参加して生計困難者に対する相談支援事業が行なわれています。</p> <p>拠点事業計画に防災拠点としての活動を目標とされており、鳥取市と「災害時における要援護者の一時避難の為の施設利用に関する協定書」を締結しておられます。</p>		

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

#### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念、倫理綱領、拠点事業計画基本方針に利用者を尊重した福祉サービス提供について明記されています。</p> <p>各種ケアマニュアルには尊厳を保持し福祉サービス提供について明示されています。マニュアルは担当部会で毎年見直しを行なわれています。</p> <p>権利擁護研修は毎年実施され職員は理解、周知されています。</p> <p>虐待防止セルフチェックや利用者満足度調査を実施され分析、評価を行い、利用者を尊重したサービスの向上に努めておられます。</p> <p>施設内に虐待防止、人権等のポスターが掲示され福祉サービス提供について共通の理解を持っています。</p>		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>倫理綱領 に利用者のプライバシー保護が明示されています。</p> <p>プライバシー保護マニュアルや高齢者虐待防止マニュアルも整備されています。職員必携にも添付して権利擁護に配慮された支援が行われています。</p> <p>不適切な事案が発生した場合の対処方法等は高齢者虐待防止マニュアルに沿って対応されます。</p> <p>身体的拘束等の適正化についても職員全体会議で年2回話し合わせ職員間で共有、周知されています。</p> <p>デイサービス利用時の写真等掲載の可否に伝は確認をされ同意を得ておられます。</p>		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人ホームページや、パンフレットにデイサービスの概要や福祉サービスの提供について掲載されています。</p> <p>入所時、利用者、家族に重要事項説明書、パンフレットで福祉サービス提供について説明が行われています。パンフレットは適宜見直しされています。</p> <p>無料体験時の方には生活環境や福祉サービスの提供について説明をされます。</p> <p>見学の希望はいつでも対応されています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイサービス開始時にサービス担当者会議で利用者、家族、担当ケアマネ、サービス提供事業所を交えて意向、希望を確認後、重要事項説明書、ケアプランについて個別に分かりやすく説明を行い、利用者の自己決定を尊重しながら同意を得た上で書面に残して保管しておられます。</p> <p>重要事項説明書、ケアプラン変更時には、変更点について開始時同様、個別に分かりやすく説明を行い、利用者の自己決定を尊重しながら同意を得た上で書面に残して保管しておられます。</p>		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>家庭や他施設への移行の場合は、居宅支援事業所とコンタクトをとり、利用者・家族等の希望や相談に対する対応が行なわれています。</p> <p>また、継続的な福祉のサービスを受けるための手続きや移行時に必要な情報の提供が必要な場合は、利用者・家族等の承諾を得て情報提供を行なわれます。</p> <p>移行後も心配事や気になる事柄が発生した場合は、気軽に相談できる事について案内しておられます。</p>		

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画および拠点事業計画で利用者・家族の満足度の向上に向けて取り組み、毎年1回相談員が担当者となり利用者満足度調査を実施し、把握した結果を通所会議や虐待防止委員会で分析・検討しておられます。</p> <p>また、嗜好調査も毎年1回管理栄養士が主となり実施し代替食等の食事提供の参考にする他、給食委員会等で検討した内容を記録に残して反映させておられます。</p>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人の苦情解決規程に定められている項目に基づき、苦情解決責任者、相談窓口、第三者委員、連絡先を重要事項説明書に記載し、玄関にも掲示されています。</p> <p>規程に沿って迅速な対応に努め、検討した内容はフィードバックして信頼回復に努めておられ、結果についても内容に配慮しながら公表しておられます。</p>		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用中や電話等いつでも相談員や職員が対応されます。相談や意見は都度対応され利用者、家族に改善策を説明されます。</p> <p>デイサービスに相談室があり、プライバシーに配慮しながら、安心して相談や意見が述べる事ができます。</p> <p>ご意見箱や、広報紙からもご意見を募り、自由な意見を頂けるように努めるとともに、利用者の個人的な悩みや相談等は、連絡帳や日常の心身の状況観察等の変化に配慮しながら対応しておられます。</p> <p>毎年1回の利用者満足度調査や嗜好調査でも利用者（家族等）からの意見や相談を収集しておられます。</p> <p>さらに、あんしん相談員を活用して第三者にも相談できるよう配慮されています（新型コロナの影響あり）。</p>		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情解決規程に基づき、苦情の他にも意見箱や満足度調査や日々の利用者・家族等からのご意見について、速やかに施設内の各会議等で検証・対策を講じておられます。</p> <p>また、改善状況の追跡調査（利用者からの聞き取り等）も行い、利用者や家族からの相談に真摯に対応しておられます。</p>		

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎年2回、事故防止に関する全職員への研修を実施している。事故防止検討委員会には併設特養内にも責任者を配置し、月1回報告事例を収集し、評価、分析が行なわれています。結果は通所会議でも確認し、施設全体の事例を回覧等で全職員にフィードバックし周知が図られています。</p> <p>事故発生時には、マニュアルに沿って迅速な対応をし、再発防止に努められています。</p> <p>また、毎月の安全衛生員委でも安全点検を行い、状況把握と整備が行われています。</p> <p>ヒヤリハット、事故報告、新聞、報道などの事例収集し安全・安心な福祉サービスの提供を行っています。</p> <p>マニュアルは毎年見直しを行われています。</p>		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症、食中毒の予防、まん延防止の指針及び看護師主体で作成された感染症対策手順マニュアルに沿って対応されています。</p> <p>マニュアル担当各部会で毎年見直しを行われています。</p> <p>年4回感染対策委員会・年2回職員全体会で感染症対策研修実施。県の新型コロナ対策研修に参加され対応策等整備されます。</p> <p>看護師指導のもと食中毒の予防・対応、風邪・インフルエンザ、新型コロナ等発症時等、職員はマスク、手袋使用、手指消毒等を励行し利用者の安全、安心の確保に努めておられます。</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人中長期計画及びデイサービス事業計画により地域の防災拠点としての取り組み、消防計画、避難確保計画、非常火災時の対応手順、役割分担等のマニュアルを作成されています。</p> <p>マニュアル担当各部会で毎年見直しを行われています。</p> <p>年1回、昼間、夜間の防災訓練を地域消防団と連携され実施されています。</p> <p>火災報知機、110番通報システムを設置され消防署、警察署に速やかに連絡が届き利用者の安全、安心確保のための取り組みを行っておられます。</p> <p>備蓄品のリストを作成されデイサービスセンターに於いても備蓄をされています。</p> <p>消防計画、避難計画等も整備されており、従来より災害に対する体制は十分に整っていますが、昨今の災害事例等を踏まえたより細やかな事業継続計画（BCP）を作成する事を国も示しておりますので、充実した事業継続計画の策定に期待します。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人理念、倫理綱領、事業計画の基本方針に利用者を尊重した介護計画により福祉サービスの提供を明示されています。</p> <p>利用者へのサービス提供を実施するための各種マニュアルが整備されています。</p> <p>サービス提供の手順書を作成され通所介護計画に沿ってプライバシーに配慮したサービス提供されています。</p> <p>また、各種ケアマニュアルには尊厳を守ることを基本とするケアを標準とされ、プリセプターシップや研修で指導しておられます。利用者満足度調査等で、結果の把握・評価が行われ、マニュアルは担当する各部会で毎年見直されています。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>デイ部会会議で各マニュアルの見直しを計画し、検討が行なわれています。</p> <p>各種マニュアルは職員が共通した意識が持てるよう、デイ部会会議で、毎年検討や改善・見直しが行われています。</p> <p>サービス提供について通所介護計画の課題を毎月のモニタリング・6ヶ月に1回、評価・見直しを行ない、状態変化がみられた時は通所介護計画を変更されます。</p> <p>職員はマニュアルやサービス提供内容の変更点については、共有され支援されています。</p>		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の身体状態、病歴、日常生活動作、食事形態、地域との関わり等のアセスメントにもとづきサービス担当者会議で利用者、家族、担当ケアマネ、デイサービス管理者、看護師が参加され意向、希望を基にサービス提供内容、個別機能訓練を課題にあげケアプランを策定されています。</p> <p>ケアプラン実施状況は介護ソフトのケース記録に保管されています。</p> <p>支援困難ケースは事例検討会や担当ケアマネ、デーサービス管理者、看護師、相談員、かかりつけ医の助言をもとにケアプランを作成されサービス提供を行なわれています。</p>		

43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ケアプランは、介護ソフトのケース記録をもとに6ヶ月ごとにモニタリング報告書を作成し、介護支援専門員を中心としたサービス担当者会議で、サービスの効果や成果を判断しながら、評価・見直しが行われています。</p> <p>入院時や利用者の身体状況に変化が現れた時は利用者、家族、担当ケアマネ、デーサービス相談員と連携されプランの見直しをされ適切な支援が行なわれています。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人は介護ソフトを法人内で統一し、記録の記載方法についても介護ソフト記録マニュアルを参考に統一化が図られ、個人ケアプランのサービス実施状況や必要事項を記録、保存されています。</p> <p>また、介護ソフト導入とネットワーク化されたことにより、利用者の状況等を事業所内で情報共有しておられます。</p>		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「個人情報に関する基本規則」により記録管理責任者をはデイサービス管理者を配置されサービス実施状況の記録管理を行なわれています。</p> <p>「個人情報の利用目的」により利用者、家族に個人情報の取り扱いについて説明され同意を得ておられます。</p> <p>職員には「個人情報に関する誓約書」により誓約を交されています。</p> <p>職員は利用者の個人情報保護について法令順守マニュアルや守秘義務、個人情報保護等の確認をされ共有されています。</p>		

## 内容評価基準（通所介護 17 項目）

### A-1 支援の基本

		第三者評価結果
1-（1） 支援の基本		
A①	A-1-（1）-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>看護師と連携し身体状態を把握し送迎、健康チェック、入浴、食事、日常動作訓練、個別機能訓練の支援を行われています。</p> <p>また、ぬりえ、パズル・月ごとにあわせた作品作り、集団レクリエーション・個別レクリエーション等それぞれ好きな事をされ過ごされています。</p> <p>利用時に本人から日常生活の聞き取りをされ把握されます。</p> <p>季節にあわせた行事や外出も行なわれています</p> <p>職員は利用者の様子を見守りながら、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支援が行われています。</p> <p>利用日のサービス提供や身体状況の把握、機能訓練等職員間で情報を共有されケース記録に記入されています。</p>		
A②	A-1-（1）-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>耳が聞こえにくい方や聞こえない方には筆談等その方に応じたコミュニケーションが行われています。</p> <p>利用者に豆知識などを他利用者の前で話してもらい関係づくりの機会を多く持たれています。</p> <p>曜日によって俳句や川柳など利用者が書かれる機会も設けてあります。利用者間で会話がしやすいよう職員はきっかけ作りをされています。</p> <p>それぞれ利用者の訴えには傾聴し納得された支援を行われています。</p> <p>職員全体会で接遇研修を行い、利用者の尊厳に配慮されています。</p> <p>接遇委員会が設置され、法人接遇チェックリストを作成され法人内部監査を受審されています。通所会議やミーティング等で過ごしやすい環境作り、個別のコミュニケーションの方法等話し合い共有され支援されています。</p>		

## 1-(2) 権利擁護

A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>虐待防止マニュアルを作成されています。</p> <p>施設内に苦情解決相談窓口、虐待防止委員会を設置され権利擁護に取り組んでおられます。</p> <p>権利侵害の防止等の振りかえりや改善について話し合われています。</p> <p>職員全体会では年1回人権研修、年2回身体拘束・虐待防止の研修を実施され職員に周知されています。</p> <p>ヒヤリハットの活用や日々の夕礼において、グレーゾーンに属さないケアに注意、工夫を行い、防止に努めておられます。</p>		

## A-2 環境の整備

### 2-(1) 利用者の快適性への配慮

A④	A-2-(2)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎日清掃を行われ清潔なホールでサービスの利用が行われています。</p> <p>デイルーム内にベッド、ソファを配置され、横になりたい時はすぐに対応されくつろぐことができます。</p> <p>デイルームの照明をLEDに変更され明るい室内で過ごされています。</p>		

## A-3 生活支援

### 3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A⑤	A-3-(3)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>入浴マニュアルに沿って臥床式特殊浴槽、大浴槽を整備され本人の希望や体調に合わせて浴槽入浴やシャワー浴で入浴されています。</p> <p>入浴前に看護師と介護職員は連携し身体状況やバイタルチェック・状況確認されています。</p> <p>湯温や入浴機器の点検を行い安心して入浴できるよう配慮されています。</p> <p>羞恥心に配慮され衣類着脱、洗身、浴槽出入り・利用者ができる身体部分の見守り、一部介助が行われています。</p> <p>階段からの入浴が無理な方にはシャワーチェアを使用し入浴されています。</p> <p>仲の良い方と入浴される、1週間ごとに男性・女性と入浴の順番を決める、季節湯の柚子湯など楽しめる工夫をされています。</p> <p>同性介助希望者の対応を行なわれています。</p>		

A⑥	A-3-(3)-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>排泄マニュアルに沿って、利用者の排泄パターンをチェックし、個々に応じた声かけやトイレへの案内が行なわれています。</p> <p>訴えのある方はその都度対応されます。トイレ案内や排泄介助には羞恥心の配慮をされています。</p> <p>個室のトイレはドアを設置されており本人の了解を得てトイレ内で付き添い、介助が行われています。</p> <p>急変、特記等、必要あれば利用ノートに記入され、担当者会議やモニタリングで介護支援専門員に報告、連絡されています。</p> <p>尿量や便の状態、回数等はチェック表をもとに記録をされています。</p>		
A⑦	A-3-(3)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移動・移乗、送迎マニュアルに沿って通所介護計画に基づき利用者に合わせた歩行器、老人車、車椅子で対応され安全、安心な送迎が行われています。</p> <p>車椅子点検表に基づき点検を行い、安心・安全に配慮されています。</p> <p>車椅子利用の方の送迎車輛への移乗 移動支援は送迎マニュアルにより安全、安心な送迎が行われています。</p> <p>送迎時間については利用者の希望に合わせて時間変更に対応されている。</p>		

### 3-(2) 食生活

A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>衛生管理マニュアルを整備され体制を確立し、マニュアルに基づいて衛生管理につとめておられます。</p> <p>コロナ対策ではテーブルにアクリル板を設置され感染防止に努めておられます。</p> <p>施設内の厨房で調理された昼食を配膳車で取りに行かれます。デイサービス内でご飯、味噌汁は用意されます。</p> <p>厨房では季節に合った食材を使用し工夫され調理が行われています。</p> <p>アセスメントや利用者、家族の聞き取りにより、希望や好みをメニューに取り入れた食事を提供されています。嫌いな食材の時は代替食で対応されます。</p> <p>リクエストメニューも行われています。</p> <p>法人内部評価結果より令和3年10月、食事用パットが一新され、利用者より好評の感想を頂かれました。</p>		

A⑨	A-3-(2)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>アセスメントや利用者、家族の聞き取りにより一人ひとりに合わせた普通食、あらキザミ、ミンチ、ソフト食を使い分けて提供されています。</p> <p>汁ものはトロミ使用で誤嚥に注意され対応されています。食べられない食材やアレルギーを把握され調理されています。</p> <p>食事摂取量は毎回記録し利用ノートで家族へ報告されています。</p> <p>水分摂取情報が必要な利用者については食事摂取量と併せて報告されています。</p> <p>自助具を使用される利用者について、職員は周知され用意されています。</p> <p>座位姿勢に気をつけきちんと食事ができる体勢を維持し支援されています。</p> <p>食事形態の変更があるときは家族、担当ケアマネジャーに相談、報告されます。</p>		
A⑩	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の口腔機能を維持できるよう口腔ケアやを口腔体操行っておられます。</p> <p>昼食前に口腔体操を行い食事摂食、嚥下機能、口腔機能の向上を図られています。</p> <p>食後に利用者の状態に合わせ義歯をはずし全員歯磨き、うがいを行ない義歯、口腔内を清潔にされています。</p> <p>一人で歯磨き、うがいができない方は介助を行ない義歯、口腔内を清潔にされています。</p>		

### 3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>健康管理マニュアルに沿って入浴時や排泄介助時に皮膚状態の観察をされ褥そう発生予防に努められています。現在褥瘡の方はおられません。</p> <p>褥そうの発見時は速やかに担当ケアマネ、管理者、看護師に報告されます。担当ケアマネ、管理者は家族に報告をされ早期受診が行われるよう努められています。</p> <p>看護師は褥そう発生予防・ケアの研修等に参加され職員に伝達を行い理解し周知しています。</p>		

### 3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A⑫	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施する体制を確立し取組みを行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引・経管栄養を実施される利用者はおられません。必要な利用者が利用される時は看護師が対応されます。</p>		

### 3-（5）機能訓練・介護予防

A⑬	A-3-(5)-① 利用者の心情に合わせた機能訓練や介護予防活動がおわ れている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>理学療法士（PT）が居宅訪問をされ生活状況の把握を行い、デイサービス内で情報共有しサー ビスに活かされています。</p> <p>理学療法士から利用者へ個別訓練の助言・指導や本人の意向に応じた自宅での運動方法について 情報提供が行なわれています。</p>		

### 3-（6）認知症ケア

A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>認知症ケアマニュアルに沿って利用者が穏やかに過ごせるよう、馴染みの利用者と席配置をさ れる配慮に努めておられます。</p> <p>職員会議やミーティング、申し送り等で、認知症の症状の理解や認知症の支援方法を話し合い共 有し、デイサービス職員全員で理解、把握され本人の気持ちに寄り沿った支援を行われています。</p> <p>利用者が不穏状況になった場合は職員と散歩に出かけるなど集団から離れて職員が優しく接し 本人の気持ちに寄り沿った支援を行なわれます。</p>		

### 3-（7）急変時の対応

A⑮	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確 立し、取組を行っている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故対応マニュアル、急変時マニュアルが整備されています。</p> <p>来所時のバイタルチェック。利用時のサービス提供の記録を行われています。</p> <p>医療機関や関係機関の一覧表を作成されています。緊急連絡票に、かかりつけ医や主治医の記 載もあります。</p> <p>異変、急変の場合は 家族、担当ケアマネ、かかりつけ医に報告されます。</p> <p>昼食後の内服薬はデイサービスで預かり、看護師、職員がダブルチェックされ内服されていま す。</p>		

### 3-(8) 終末期の対応

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

### A-4 家族との連携

#### 4-(1) 家族との連携

A⑪	A-4-(4)-① 利用者の家族との連携と支援を適切に行っている	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>契約時、重要事項説明書で説明を行い、同意を頂いております。</p> <p>連絡ノートを活用する事で利用者の様子を毎回報告しております。</p> <p>特に重要な事柄については別途電話で対応されています。</p> <p>家族からの要望を確認するため家族アンケートを実施しております。</p>		