

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準（概要版）

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： （施設名）	デイサービスみかんの丘 デイサービスみかんの丘	種別：	通所介護
代表者氏名： （管理者）	理事長 上野 歩 井手 淳一	開設年月日：	平成 17 年 4 月 1 日
設置主体：	社会福祉法人 陽光	定員：	45名
経営主体：	社会福祉法人 陽光	（利用人数）	45名
所在地：	〒861-5348 熊本県熊本市西区河内町白浜字堀切1440-2		
連絡先電話番号：	096 278 4055	FAX番号：	096 278 4056
ホームページアドレス	http://mikan-oka.com		

(2) 基本情報

サービス内容（事業内容）	施設の主な行事					
通所介護	外出（初詣外出、花見外出等）、敬老会 クリスマス忘年会、各月誕生会等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
	夢見館（地域交流スペース） 巧笑の湯（地域開放温泉）					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		管理者	1	
	看護師	1	2	正看護師		2
	相談員	2		准看護師	1	
	作業療法士	2		介護福祉士	2	
	介護職員	4	4	作業療法士	2	
				介護福祉士	4	
				ヘルパー2級		1
				無資格		3
	合 計	35	9	合 計	30	8

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

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

2 理念・基本方針

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

3 施設・事業所の特徴的な取組

自立支援に向けた、在宅生活をいつまでも継続できるように、機能訓練を充実させ、より個別の運動を提案していく。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年6月25日（契約日）～ 令和3年1月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

(別記)

(公表様式1)

熊本県福祉サービス第三者評価結果公表基準

【通所介護版】

評価機関

名 称	NPO法人九州評価機構
所 在 地	熊本市中央区神水2丁目5番22号
評価実施期間	R2年 6月24日～R3年1月18日
評価調査者番号	12-004
	12-005
	13-002

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名)	デイサービスみかんの丘 デイサービスみかんの丘	種別：	通所介護
代表者氏名： (管理者)	理事長 上野 歩 井手 淳一	開設年月日：	平成 17 年 4 月 1 日
設置主体：	社会福祉法人 陽光	定員：	45名
経営主体：	社会福祉法人 陽光	(利用人数)	45名
所在地：	〒861-5348 熊本県熊本市西区河内町白浜字堀切1440-2		
連絡先電話番号：	096 278 4055	FAX番号：	096 278 4056
ホームページアドレス	http://mikan-oka.com		

(2) 基本情報

サービス内容(事業内容)	施設の主な行事					
通所介護	外出(初詣外出、花見外出等)、敬老会 クリスマス忘年会、各月誕生会等					
居室概要	居室以外の施設設備の概要					
	夢見館(地域交流スペース) 巧笑の湯(地域開放温泉)					
職員の配置						
	職 種	常 勤	非常勤	資 格	常 勤	非常勤
	管理者	1		管理者	1	
	看護師	1	2	正看護師		2
	相談員	2		准看護師	1	
	作業療法士	2		介護福祉士	2	
	介護職員	4	4	作業療法士	2	
				介護福祉士	4	
				ヘルパー2級		1
				無資格		3
	合 計	10	6	合 計	10	6

資格の種別は、保健・福祉・医療に関するものを記入してあります。

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

2 理念・基本方針

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

3 施設・事業所の特徴的な取組

自立支援に向けた、在宅生活をいつまでも継続できるように、機能訓練を充実させ、より個別の運動を提案していく。

4 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和2年6月25日（契約日）～ 令和3年1月18日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成25年度）

5 評価結果総評

特に評価の高い点

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、取組を行っています。

感染対策委員会による感染予防に努め、病原体を持ち込まない、持ち出さない、拡げないために、利用者の事前検温や距離を開けて利用者同士のソーシャルディスタンスの確保、玄関に非接触式の体温計、足踏み式のアルコール消毒器の設置、職員の出勤時の体調チェックシート、利用者と接する時は基本的にマスク着用とフェイスシールドの併用、抗体検査キットなど利用者と職員の安全確保に取組まれています。定期的な環境整備のチェック、現在の感染状況の周知、感染対策勉強会を実施して、感染防止に努めています。会議も全体で集まらず班を分けて実施し、委員会などはオンライン会議ができるように取組まれています。

理念・基本方針が確立・周知されており、事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握分析され、経営課題を明確にして具体的な取り組みが進められています。

法人の理念はホームページへの記載、及び施設内に掲示されおり、職員の周知や理解を深めるように取組まれています。事業経営を取り巻く環境に対してきめ細やかに把握分析されて、「中長期計画」や「事業計画」に明記して、課題に対して計画的に取組まれています。

福祉人材の確保・育成、人事管理の体制が整備されています。

将来的に優秀な人材を確保するために、外国人技能実習生の受入れや環境の整備に取組まれ、職員の研修や介護技術勉強会に積極的に取組まれています。職員毎に毎年の年間目標管理をたて、中間面接を行い目標の進捗状況の確認、達成の為の助言を行われ、管理職が適切な助言をするための「フィ

ードバックのやり方」の勉強会など実施されています。キャリアパス制度を導入し、『「ケア e トレーナーシステム」により、介護職員等が自らのキャリアアップの道筋（キャリアパス）を描きキャリアパスの段階に応じて共通に求められる、能力を段階的・体系的に習得し職員の資質向上を目的とする』ように取組まれています。

改善を求められる点

事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しは行われていますが、職員への周知・理解に工夫が望まれます。

「法人全体の事業計画」を運営会議で作成された後に、各事業所で職員の意見などを参考にして「事業所毎の事業計画」を作成されます。事業計画の進捗状況については毎月の運営会議で確認して話し合い、事業所毎に職員にフィードバックするように努められています。ただし、職員の自己評価の結果などから、「事業計画」の職員の理解の個人差を埋めることが課題のように感じられるため、今後は、各職員の理解を促す為の取組の工夫が期待されます。

6 第三者評価結果に対する事業者のコメント（400字以内）

(R 3. 1. 18)

今回、第三者評価を受審したことで、当事業所のサービスについて、専門的かつ客観的な視点から評価をいただき、現在の現状を把握でき、評価が高い点、改善が必要な点等それぞれが明確になり、よりよいサービスの提供のための大変有意義な指標となりました。

特に、ご指摘いただいた、「事業計画の職員の理解の差」については、目標を共有し、目標達成にむかって、職員全員が同じ方向を向いて、理念や基本方針の実現に向けたサービス提供やその活動において、PDCA サイクルを確立させていきたいと考えています。

また、今後、評価の高い点はさらに推進し、それ以外の改善が必要な点についても十分に検討を行ったうえで、直ちに改善に取り組んでまいります。

(R . . .)

(R . . .)

7 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(参考) 利用者調査の手法等

調査の手法	対象者	対象数(人)	基準数に満たない場合の理由
アンケート調査	利用者本人	61	
	家族・保護者		
聞き取り調査	利用者本人		
	家族・保護者		
観察調査	利用者本人		

第三者評価結果

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

評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

- 1 理念・基本方針

		第三者評価結果
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
1	- 1 - (1) - 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念はホームページや広報誌への記載や、施設内に掲示されたりしています。基本方針として、「元気になれる場所 ～こころも身体も～」を目指した「介護力強化プロジェクト」と銘打った自立支援介護への取組として、「水分・食事・排せつ・運動」の4つを基本的ケアとして忠実に実施するように職員へ周知されています。法人の委員会が中心となり職員の理念の周知度を確認して、より一層の理念の理解を深めるように努められています。利用者・家族などには「みかんの丘だより(広報誌)」などを通じて周知に努められています。</p>		

- 2 経営状況の把握

		第三者評価結果
- 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	- 2 - (1) - 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>例年、施設長と事務長が連携し、社会福祉の動向、運営、経営、加算の取り方などの各種研修やセミナーに参加されています。地域の動向については、熊本県、市及び河内・芳野など地域の研修や会合への参加で把握に努められています。分析した結果は「中・長期計画」や「事業計画」に明記されています。</p>		
3	- 2 - (1) - 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><コメント></p> <p>「中・長期計画」を作成し、経営目標、今後5年間の主要施策、運営方針、2年ごとの目標利益計画、今年度行動計画を明確にされています。毎年度作成している「事業計画」は、バランス・スコア・カードの「財務、顧客、業務プロセス、人材と変革」の4つの視点から成り、その課題に対して取組まれています。</p> <p>理事会では、昨年度の「業務執行状況報告」と今年度の「事業計画」を用いて報告をされています。職員の周知は感染予防のため、全職員会議を班分けし、距離を保ち実施されています。</p>		

- 3 事業計画の策定

		第三者評価結果
- 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	- 3 - (1) - 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント> 「中・長期計画」を作成され、理念や基本方針の実現に向けた目標を、意義やビジョンの項目で明確にしています。経営目標に対して、今後5か年の主要施策、及び、財務、顧客、業務、人材の4つの視点から運営方針を策定されています。中・長期の収支計算を2年ごとの目標利益計画の項目で明確にしています。</p>		
5	- 3 - (1) - 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント> 単年度の「(法人全体の)事業計画」と法人全体の目標を達成するために「事業所毎の事業計画」が作成され、各事業所毎に目標を達成するための具体策がまとめられています。数値目標や具体的な成果を設定し、実施状況の評価を行い、理事会で「業務執行状況」として計画の進捗状況の報告をされています。</p>		
- 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	- 3 - (2) - 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント> 法人全体の「事業計画」を運営会議で作成された後、「事業所毎の事業計画」を各事業所で職員の意見などを参考にして作成されます。事業計画の進捗状況については毎月の運営会議で確認して話し合い、事業所毎に職員にフィードバックするように努められています。ただし、職員の自己評価の結果などから、職員毎に理解の差があるように感じられるため、今後はより一層の職員の理解を深めるための取組の工夫が期待されます。</p>		
7	- 3 - (2) - 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・c
<p><コメント> 広報誌「みかんの丘だより」に、「私達のビジョン」として、わかりやすいように事業計画の一部を抜粋した内容を記載しています。広報誌「みかんの丘だより」はホームページにも掲載しています。 今後は、事業計画の主な内容については、利用者等の理解や参加を促す観点から、より一層の周知・説明の工夫が期待されます。</p>		

- 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
- 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	- 4 - (1) - 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p><コメント> 介護力向上委員会 事故防止委員会 身体拘束・虐待防止委員会 苦情対策・サービス向上委員会 NST・給食委員会 感染対策委員会 教育委員会 地域交流委員会 広報委員会 防災委員会 衛生委員会など、各種委員会がそれぞれの役割に応じて、職員の勉強会、定期的なケアのチェック、マニュアルの見直しなど、質の向上に向けて組織的に取組まれています。運営会議で各委員会の総括報告(活動報告及び今後の課題)</p>		

をされています。毎年、陽光研究発表大会を開催し、定期的にフロアー会議、リーダー会議（業務改善会議）を開催されています。

施設として感染症予防の為に、委員会などはパソコンを使ったオンライン会議が実施できるように取組み、全職員が集まる会議の代わりに何班かにわけて実施をするなどして取組まれています。

9	- 4 - (1) -	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 ・ b ・ c
---	---------------	--	-----------

<コメント>

毎年、利用者の方への「満足度調査アンケート」を実施されています。毎年、事業計画の実施状況と次年度の改善策の明示をされ、次年度の事業計画に反映されています。運営会議で、委員会毎の総括報告、及び、各事業所の実績と業務進捗管理状況（日常業務と事業計画）の報告がされ、今年度目標に対しての報告時の進捗状況と課題の検討、改善策を明示されています。

評価対象 組織の運営管理

- 1 施設管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
- 1 - (1) 施設管理者の責任が明確にされている。			
10	- 1 - (1) -	施設管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>施設長は職員に対して、職務分掌表を用いて自らの役割と責任を表明し、周知に努められています。自らの施設の経営・管理に関する方針や取組は、「中・長期計画」や単年度「事業計画」の「みかんの丘ビジョン」で明文化され、各種会議や委員会への参加などで理解を深めるように努められています。有事を含む施設長の役割と責任は職務分掌表や防災マニュアルに明記されています。</p>			
11	- 1 - (1) -	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><コメント></p> <p>例年では施設長と事務長が連携をして、社会福祉の動向、運営、経営、加算の取り方などの各種研修やセミナーに参加され、理解を深めるための取組を行われています。雇用関係については社労士に相談して取組まれています。事業所内では、職員の就業規則の理解を深めるための勉強会や、高齢者の人権や個人情報・プライバシーについてなど、各種研修を実施して取組まれています。</p>			
- 1 - (2) 施設管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	- 1 - (2) -	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><コメント></p> <p>施設長は、施設長、主任などで構成される運営会議や介護力向上委員会など、福祉サービスの質の向上について組織内に具体的な体制を構築しています。会議や委員会には施設長も参加し、助言などをされています。</p>			

13	- 1 - (2) - 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 施設長は、毎年度、施設全体の「事業計画」と「事業所毎の事業計画」を作成する際に法人の理念や自身の介護に対する思いや希望、課題等を伝え、反映させています。毎月、「運営会議」で事業所毎の稼働率など実績表を確認、事業計画の達成に対する問題点を把握して助言などを行われています。</p>		

- 2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (1) - 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 運営会議などで施設の職員の年齢などを分析し、5年後、10年後の将来を見据えた人材の確保・定着等に取組まれています。将来的に優秀な人材を確保するために、職員研修や外国人技能実習生の受入れを積極的に実施し、施設長が現地に面接に行き、日本での住居などの整備に努め、法人の「事業計画」に「外国人人材の教育や指導には全職員が関わり、皆で支える体制をつくり、不安がない生活を送ってもらうように援助する」と明記して取組まれています。高校及び大学への訪問、ハローワークに加え有料 Web 求人など、人材の確保の為に積極的に取組まれています。</p>		
15	- 2 - (1) - 総合的な人事管理が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> キャリアパス制度を導入、職員毎に毎年の年間目標管理をたて、中間面接を行い、目標の進捗状況の確認及び達成の為に助言を行われています。いつでもパソコンで学習できる「ケア e トレーナーシステム」により、介護職員等が自らのキャリアアップの道筋（キャリアパス）を描き、一人ひとりに応じて共通に求められる能力を段階的・体系的に習得し、職員の資質の向上を目指し、それに基づいて実施されています。</p>		
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	- 2 - (2) - 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。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 年間休日120日と平均より多くの休日があり、職員の有給休暇の取得や時間外勤務の状況については定期的に確認をされています。事業計画の人材と変革の視点に「リフレッシュできるように連休を推進していく」を明記し、今年は3連休の取得を行うなど計画的に職場環境の改善やモチベーションの向上に取組まれています。</p>		
- 2 - (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	- 2 - (3) - 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 理念に「最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する」を掲げ、内部研修には法定研修・施設内研修に加え介護知識技術勉強会を実施され、職員の自己研鑽を積極的に促し、主任などには管理職研修を実施されて、職員一人ひとりの育成に向けた取組が行われています。一人ひとりの年間目標を各部署の主任と相談しながら設定、個人面談で目標に対する達成率を確認しています。新任職員にはプリセプター制度で3カ月間先輩職員がつきっきりで指導するように取組まれています。職員への調査で「自分の悪い所・改善すべきところ</p>		

<p>が分からない」との意見があったので、管理職へ「フィードバックの大切さ」をテーマにした研修を実施されました。</p>		
18	- 2 - (3) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 理念に「最新の知識・技術の習得に努め、業務の改善に努力する」を掲げ、内部の研修や外部の研修等への積極的な参加を促されています。施設内研修は感染症対策としてソーシャルディスタンスに注意し、年間計画に基づいて実施されています。全職員参加の法定研修と、自由参加のスキルアップ研修、フロアー会議での介護知識技術勉強会、施設長・主任で構成される運営推進会議での主任向け研修などが実施されていることがうかがえました。介護知識勉強会の出席率が100%の職員にはボーナスのプラス査定など、参加率向上に取組まれています。</p>		
19	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント> 新人職員に対してはプリセプター制度を取り、経験のある職員には1ヶ月、未経験の職員には3カ月間、先輩職員とワンツーマンの教育制度を実施されています。最新の技術・知識を得るために外部研修の参加を各事業所に促し、参加者を選定し、報告書を通じて職員間に得た知識の共有に努められています。法人全体研修のほかに、各事業所でその時に必要な勉強会を実施、運営推進会議で主任以上を対象にした研修も実施されています。</p>		
<p>- 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。</p>		
20	- 2 - (4) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 施設のある場所が通勤に車が必要ということもあり、県内の学生（実習生）には敬遠され気味ではあるものの、法人として外国人技能実習生の受入れに取組み、外国人技能実習の制度に定められたプログラムに沿って指導されています。実習期間中は、定期的にチェックリストに基づいて評価を行われ、管理団体に毎月結果について報告し、専門職への教育・育成に取り組まれています。</p>		

- 3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>- 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。</p>		
21	- 3 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント> ホームページに「法人の理念や役割、自立支援の取組、事業計画、決算報告、利用者満足度調査の結果、利用者の声」など公開されています。広報誌を作成され、ホームページへの掲示や地域への配布を行っています。施設内のエレベーター前に、相談・苦情の内容と対応を掲示されています。広報委員にSNSに馴染みのある職員を加え、情報の発信の為にスタッフブログにも力を入れられています。</p>		

22	- 3 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント> 老人福祉施設会計研修会に参加されて、適正な経営・運営への知識を深められ、取組まれています。経理規定を策定され、定期的に会計事務所による内部監査が行われています。必要に応じて社労士などに相談されています。</p>		

- 4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
- 4 - (1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	- 4 - (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><コメント> 今年(2 0 2 0 年) は感染症予防の為に中止しましたが、例年では、法人の秋祭り実行委員会が中心となり「みかんの丘 秋祭り」を開催、来場者は200名を超え、猿回しや高校のダンス部など様々なイベントを行われたり、敬老会や老人会などに職員が「みかん劇団」として出し物を披露したりしていました。 施設便りとシニアライフを豊かにする地域の情報を届けるために「みかんの丘だより」を作成、地域の名所やお店の紹介、地域のイベント情報を記載されています。</p>		
24	- 4 - (1) - 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><コメント> 今年(2 0 2 0 年) は感染症予防で外部からの出入りを少なくするために受け入れを中止していますが、例年では、施設としてボランティアの担当者を決め、音楽、陶芸教室の定期的な受入れや、地域の中学生の福祉体験などを受入れていました。中学生の体験は事前のオリエンテーションを行い、当日は高齢者介護施設ならではの体験ができるように職員が付き添い、利用者の方との交流の機会を設けるようにされています。ボランティアの方に関心を持ってもらえるように、熊本市市民活動支援センターのボランティア募集などに登録をされています。</p>		
- 4 - (2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	- 4 - (2) - 福祉施設・事業所として必要な関係機関・団体等の機能や連絡方法を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 例年では、法人として、自立支援型地域会議、玉名市包括連絡会、たまな在宅ネットワーク、天水地区老人会、徘徊模擬訓練、認知症サポーター養成講座など、地域の関係機関との連携に努められています。毎月、熊本市から利用者の介護相談専門員が来られています。今年(2 0 2 0 年) は、行政や社会福祉協議会等必要な関係機関とはメールや fax など、感染症予防に努めながら連携に取り組まれています。</p>		
- 4 - (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	- 4 - (3) - 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 今年(2 0 2 0 年) は感染症予防の為に外部からの出入りを少なくするようにされていますが、例年では、施設内にある温泉と地域交流スペースを地域の方々に開放し、施設として地域の祭りなどの行事に参加したり、施設での秋祭りの開催などされています。地域の敬老</p>		

<p>会では、職員が「みかん劇団」として「高齢者の免許返納」などその時々の特時を題材にして寸劇を披露されています。法人の「事業計画」に「積極的に健康教室や勉強会の依頼を受注し、法人全体で外部へ法人資源を提供する」と明示されて、事業所が有する機能を地域に還元する取組に努められています。法人の「事業計画」に「地域行事やサロンなどができるだけ現場の職員が参加し、現場の声を発信していく機会を増やす」と明示されて、取組に努められています。</p>			
27	- 4 - (3) -	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 例年では、施設として地域包括支援センターが開催する「河内・吉野の元気を支える会」、及び地域包括ケアシステム推進会議、地域の行事、健康教室への参加を通じて地域の福祉ニーズの把握に努められています。今年度の法人の「事業計画」に、「積極的に健康教室や勉強会の依頼を受注し、法人全体で外部へ法人資源を提供していく」と明記され、地域の福祉ニーズにもとづく活動に取組まれています。</p>			

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

			第三者評価結果
- 1 - (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	- 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><コメント> 法人の理念に「福祉に携わる者としての使命を自覚し、一視同仁、親切丁寧をモットーとする」と明記して取組まれています。年度初めの法人理念・事業計画説明や、身体拘束・虐待・高齢者の人権について、個人情報・プライバシーの保護・法令順守などの研修が実施され、苦情対策・サービス向上委員会による定期的なケアチェック、スタッフケア意識調査などを実施されています。利用者の尊重など大切なことは法人の法定研修で共通の理解を持つための取組を行ったり、委員会で理念の啓発を行ったり、通所介護事業所の事業計画に「不適切ケア勉強会を4月・10月に実施し接遇面の改善を図る」と明記して取組まれています。</p>			
29	- 1 - (1) -	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a ・ b ・ c
<p><コメント> 介護力向上委員会、事故防止・身体拘束委員会、苦情対策・サービス向上委員会などが中心となり、施設で適切なサービスの提供が行われているかを確認し、適切なサービスの提供について現場へのアドバイスをされています。委員会により身体拘束・虐待・高齢者の人権についての研修や、個人情報・プライバシー、マイナンバーについての研修を実施して、職員の理解を深めるように取組まれています。</p>			
- 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	- 1 - (2) -	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><コメント> ホームページや広報誌は、見る人が興味を持ちやすいように写真の活用を意識されています。法人の「事業計画」に「事業所の特徴を内外にアピールし、新規利用者獲得に努める」と明記し、取組まれています。今年度（2020年）は感染症の予防の為に入り口までの見学で対応していますが、例年では、見学希望者には相談員が対応し、施設内の見学とサービスなどの説明が行われています。</p>			

31	- 1 - (2) - 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<p><コメント> フェイスシート及びアセスメントシートに基づいて相談員が利用者の情報を確認されて、それに基づいて暫定のケアプランを作成し、利用者、家族等に説明し同意を得ています。ケアプランは毎月チェックと見直しのモニタリングを実施され、3カ月ごとに担当者会議で現在の利用者の状況及び新しいプランを利用者、家族等に説明し同意を得るようにされています。利用料金などの変更があれば、書面を作成して説明に努められています。現在、施設では通所介護のリーフレットの作成に取り組まれています。</p>		
32	- 1 - (2) - 福祉施設・事業所の変更等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 介護支援専門員と連携して、入院、福祉施設・事業所の変更、入院などにあたり、福祉サービスの継続性に配慮して、情報の提供などの対応を実施されています。</p>		
- 1 - (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	- 1 - (3) - 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント> 毎年「利用者満足度調査アンケート」を実施され、その結果はホームページにて公開されています。ホームページに「ご利用者様、ご利用者様のご家族から頂いた声をご紹介！喜びの声、スタッフや施設へのご要望の声など全て私どものサービス向上に反映させていくために真摯に対応していきます。どしどしご意見をどうぞ」と「利用者さまの声」を載せています。これらの収集された内容は苦情対策・サービス向上委員会が分析し、利用者満足の向上に努められています。</p>		
- 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	- 1 - (4) - 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・b・c
<p><コメント> 毎年「利用者満足度調査アンケート」を実施され、その結果はホームページにて公開されています。「重要事項説明書」の「苦情など相談窓口」に事務所の窓口責任者、苦情箱を明記されています。相談や苦情などは、「利用者の方・ご家族などから出た意見」「施設・職員が対応すること」をパソコンのグループウェアを用いて全職員が情報を共有して、改善に努められています。相談、苦情などはその後の対応まで明記して、エレベーター前に掲示、家族会にて報告をされています。</p>		
35	- 1 - (4) - 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><コメント> 毎年度「利用者満足度調査アンケート」を実施されています。相談室を整備され、相談の内容とその後の対応までを一覧にしてエレベーター前に掲示し、利用者などへの周知に努められています。ホームページの「利用者様の声」で「ご利用者様、ご利用者様のご家族から頂いた声をご紹介！」として公開されています。</p>		

36	- 1 - (4) - 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><コメント></p> <p>日々の関わり、満足度調査、相談窓口、意見箱などから分かった相談や苦情は、パソコンのグループウェアを用いて全職員が情報を共有し、当事者・リーダー、必要に応じて苦情対策・サービス向上委員会などで原因の分析と解決策を明示しています。個人情報に配慮して、相談の内容とその後の対応までを一覧にして、エレベーター前に掲示されています。</p>		
- 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	- 1 - (5) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会が中心となり、先月のヒヤリハット報告書や事故報告書からの報告に加えてその後の対策までを把握して、毎月の報告を職員に行ったり、事故防止研修を実施したりして安全対策に努められています。事故対応マニュアルを策定され、それに基づいて対応に努められています。送迎時の危険個所の写真掲示と注意事項を職員への周知・徹底、送迎ルートなどの取組が行われています。</p>		
38	- 1 - (5) - 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><コメント></p> <p>感染対策委員会による感染予防に努め、病原体を持ち込まない、持ち出さない、拡げないために、利用者の事前検温や距離を開けた利用者同士のソーシャルディスタンスの確保、玄関に非接触式の体温計・足踏み式のアルコール消毒器の設置、職員の出勤時の体調チェックシート、利用者と接する時は基本的にマスク着用とフェイスシールドを着用、抗体検査キットなど、利用者との安全確保に取り組まれています。定期的な環境整備のチェック、現在の感染状況の周知、感染対策勉強会を実施して、感染防止に努めています。会議も全体で集まらず班を分けて実施し、委員会などはオンライン会議ができるように取り組まれています。</p>		
39	- 1 - (5) - 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>防災委員会による災害対策マニュアルの作成と見直し、火災避難訓練、心肺蘇生訓練、緊急連絡網テストなど実施されました。連絡委員会のメンバーが災害時には率先して行動し、自衛消防隊としての役割を担うように努められています。</p>		

- 2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
- 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	- 2 - (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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>パソコンでいつでも職員がサービス提供に必要な知識と実践的な能力を得るため「ケア e トレーナーシステム」を取り入れられ、能力を段階的・体系的に習得し職員の資質向上ができるように取り組まれています。取得段階に応じてキャリアパス手当を支給され「ケア e トレーナーシステム」の習得を奨励しています。</p> <p>ケアチェック表を作成し、苦情対策・サービス向上委員会による定期的なケアチェックにより、実際に行われているのか確認できるようになっています。</p>		

介護知識を深めるための勉強会を実施し、新しい知識が標準的な実施方法になるように取組まれています。		
41	- 2 - (1) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「ケア e トレーナーシステム」は必要があれば内容を増やしていくことは可能で、施設長が定期的に確認し更新されています。各種委員会によりマニュアルなどの見直しが行われておりますが、定期的に見直しをする仕組みの確立までは至っていないように感じられます。今後は、定期的現状を検証し、必要な見直しを組織的に行うための仕組み作りが期待されます。</p>		
- 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	- 2 - (2) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>フェイスシート、アセスメント（課題分析）に基づいて情報収集が行われています。ADLの評価はパーセルインデックス評価を採用され、食事やトイレ動作など、各項目をそれぞれ自立、部分介助など数段階の自立度で評価されています。それらの情報に基づいて、理学療法士や担当者がどういうアプローチをしたらよいのかを考え、ケアプランを作成して、それに基づいてサービスを提供するように努められています。感染予防の為に、担当者会議などで自宅に行けない場合は、タブレットを用いてオンライン会議が実施できるように取組まれています。</p>		
43	- 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>ケアプランは毎月モニタリングを行い、利用者の方の状態の変化に合わせて評価・見直しを行われています。ADLの変化など、福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合は、通所介護では送迎前に朝礼や申し送りなどで対応に努められています。感染予防の為に、担当者会議などで自宅に行けない場合は、タブレットを用いてオンライン会議が実施できるように取組まれています。</p>		
- 2 - (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	- 2 - (3) - 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 ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>「絆 高齢者介護システム」を用いた統一した様式により、事業所のパソコンで情報の共有がされています。記録の書き方については定型文があり、記録の基本は「定型文 + その日の様子」を書くように指導し、定型文は各部署で任意に追加できるようになっています。記録の書き方は書き漏らさないように、主観が入っていてもかまわないで全部書くようにと指導をされています。</p>		
45	- 2 - (3) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a ・ b ・ c
<p><コメント></p> <p>法人の個人情報保護規定に基づいて記録の管理が行われています。個人情報・プライバシーの保護・法令順守の研修を実施されています。個人情報利用に関する同意書と写真利用に関する同意書に基づいて利用者、家族等に説明を行い、同意を得ています。</p>		

評価対象

A - 1 支援の基本

		第三者評価結果
	A - 1 - 職員の接し方について、利用者を個人として尊重する取り組みを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>「接遇について」介護知識技術勉強会、「身体拘束・虐待・高齢者の人権について」研修を定期的実施、職員が接遇の対応動画を作成するなど、理解を深める取組に努められています。不適切なケアを予防するために、身体拘束・虐待防止委員会が身体拘束となる具体的行為についての原因追究と廃止に向けて事例検討に取組まれており、毎年職員は虐待の芽チェックリストで日々のケアの振り返りに取組まれています。通所介護の事業計画に、ケアの質の向上を目指して不適切ケア勉強会を明記して取組まれています。</p>		
	A - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の年間目標に自立支援介護の定着を掲げ、「みかん流自立支援介護の確立」を目的にして、歩行訓練が認知面に与える影響を研究し発表することに取組まれています。アセスメントに基づいて、本人・家族の暮らしの意向、生活歴、ADLなどの把握に努められています。法人全体で2012年より「介護力強化プロジェクト」と銘打った自立支援介護への取り組みを開始しました。必要に応じて、利用者の自立、活動参加への動機づけを高める為に、利用者の生きがいを発見し、それを具現化していけるように、明確な目標に再設定する「夢・目標プログラム」の作成に取組まれています。</p>		
	A - 1 - 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・b・c
<p><コメント></p> <p>職員は、日常生活で援助を行う際にコミュニケーションの重要性を認識し、意図的に日々の業務の中で時間を取ったり、水分補給の時などに管理者や相談員がフロアを周るように努めるなど、意図的に利用者から話しかけられやすい状況を作り、コミュニケーションの機会を増やすように取組まれています。利用者への言葉遣いや接遇に関する技術の向上を目的に「接遇について」介護知識技術勉強会に取組まれています。</p>		

A - 2 身体介護

		第三者評価結果
	A - 2 - 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が安全に入浴する為に、心臓や血圧など持病がある方には主治医より入浴ができる血圧などの条件を予め確認されたり、入浴前にチェックして不安がある時は施設の看護師に確認したりして実施されています。自立支援の為に、理学療法士と相談して、自分の出来る能力の維持と利用者の心身の状況に合わせた支援に努められています。</p>		
	A - 2 - 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>通所介護では、利用者の在宅での様子を確認しながら、在宅生活が維持できるように排泄介助に取組まれています。家庭での排泄を安全で適切なものとするため、必要に応じて利用時の状況などをケアマネージャーや家族に報告して、適切な対応をするように提案するよう</p>		

に努められています。		
	A - 2 - 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント> 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行うように、また利用者の心身の状況に合わせた支援のために、PT（理学療法士）が本人のADLにあったやり方の確認に努められています。</p>		
	A - 2 - 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント> 通所介護の職員が看護師と協力して、利用者の心身の状況に応じた体位変換やガーゼの交換、清潔にするなど取組まれています。 今後は、栄養サポートチーム・給食委員会の褥瘡ケア計画書の作成など、計画的に取り組むことが期待されます。</p>		

A - 3 食生活

		第三者評価結果
	A - 3 - 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として、おいしく、楽しく食べられるよう工夫している。	a・b・c
<p><コメント> 自分で選んで楽しい食事ライフを過ごしてもらうために、セレクトメニューを毎週実施、通年ではセルフ式を採用して自分で食べる量を選択してもらうように取組まれています。NST（栄養サポートチーム）・給食委員会が中心になって、業者の方も参加しての毎月の会議や、定期的に利用者に嗜好調査を実施されています。「B - 1 グランプリ」として、事業所毎に利用者と一緒におやつを作り、どの事業所のおやつが一番美味しいかを競うことを開催されています。感染予防の為に、テーブルの席の間隔を取り、パーティションの設置など取組まれています。</p>		
	A - 3 - 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<p><コメント> アセスメントに基づいて、利用者の嚥下能力に合わせた食事の提供に取組まれています。外部研修として、摂食・嚥下障害で効果が出せる知識と技術セミナー、及び栄養士・調理員研修会などに参加され、学んだ知識は研修報告書を通じて共有に努められています。利用者には、楽しい食事ライフを過ごしてもらうために、毎週自分で食べたいものを選ぶセレクトメニューや、通年ではセルフ式を採用して自分で食べる量を選択してもらうように取組まれています。</p>		
	A - 3 - 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント> 感染症予防の為に、口腔体操の時に飛沫が飛ばないように声出しを自粛して口を動かし、唾液の分泌を促進するように取組まれています。一人ひとりに応じた口腔ケアを実施できるように、必要に応じて法人の歯科衛生士に相談ができます。利用者の状態に応じた口腔ケアを実施するために、自立、声かけ、全介助の三分類に介護の必要度合い分析して、その結果を一覧表として作成して適切なケアが出来るように取組まれています。</p>		

A - 4 認知症ケア

		第三者評価結果
	A - 4 - 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>通所介護の事業計画に、「自立支援の視点で、歩行訓練が認知面に与える影響を研究し発表する」と明記して取組まれています。職員の認知症の理解を深める為に、法人として認知症基礎研修の外部研修に参加して情報を共有し、職員研修で認知症サポーター養成講座を実施しています。通所介護職員用のケアチェック表に認知症ケアの項目があり、職員自身が認知症の状態に配慮したケアを行うための取組に努められています。日々のケアでは、脱衣所に名前の札を利用して「これがあなたのものですよ」とさりげなく示すなどの工夫や、職員が声かけなどの工夫を共有するなどの取組が行われています。サービス利用時に、言動やいつも座っている席を間違えたりするなどの気になることがあった場合は、介護支援専門員と協力して家族への情報提供など取組まれています。</p>		
	A - 4 - 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会や苦情対策・サービス向上委員会、感染症対策委員会等が利用者の方が安心・安全に生活できるように定期的に環境チェックを実施し、それに基づいて環境の整備に努められています。利用者の方が、都度に安心・安全に移動ができるように動線の確保に努め、服薬の保管場所の徹底に努められたり、通所介護職員用のケアチェック表の環境整備の項目では、利用者の方が安心・安全に生活できるように環境の整備ができているかを確認したりするなど取組まれています。利用者同士が言い合いになった場合などは、出来る限り利用者にとっての馴染みの職員が対応するようにして、落ち着いてもらうように努められています。トイレ等は、図と文字を用いてわかりやすい表示をするなどの工夫が行われています。</p>		

A - 5 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
	A - 5 - 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>通年では、理学療法士が担当者会議などで利用者の方の居宅を訪れた時に、居宅訪問チェックシートを用いて利用者の在宅での状況を確認して、利用者のADLやIADLの課題や環境などの状況などを分析しています。歩行距離一つでも各々違う為、その日の距離目標を立ててもらっています。理学療法士が利用者の状態や動きなどを確認して、「ここまで出来る」「ここから負担が大きい」という判断と、利用者の方や家族と話し合って目標の設定をします。利用者が主体的に訓練を行えるように、目標は目安として、当日の本人のやる気などの気持ちを尊重して、出来るだけ目標に近づくように声かけなどで努められています。</p>		

A - 6 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
	A - 6 - 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>送迎前に、体温チェックなど利用者のバイタル測定を実施し、日々の様子からの違和感や</p>		

体調不良等があれば看護師に報告を行い、対応されています。看護師が服薬管理をして、昼食時服薬の介助が必要な方、白湯だけ用意すれば自分で服薬される方など、自立支援の為に適切なケアを行えるように一覧表を作成して、それに基づいて実施されています。

	A - 6 - 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a・b・c
--	-----------------------------	-------

<コメント>
 感染対策委員会による感染予防に努め、病原体を持ち込まない、持ち出さない、拡げないために、利用者の事前検温や距離を開けた利用者同士のソーシャルディスタンスの確保、玄関に非接触式の体温計・足踏み式のアルコール消毒器の設置、職員の出勤時の体調チェックシート、利用者と接する時は基本的にマスク着用とフェイスシールドを着用、抗体検査キットなど、利用者や職員の安全確保に取り組まれています。定期的な環境整備のチェック、現在の感染状況の周知、感染対策勉強会を実施して、感染防止に努めています。会議も全体で集まらず班を分けて実施し、委員会などはオンライン会議ができるように取り組まれています。

A - 7 建物・設備

		第三者評価結果
	A - 7 - 施設の建物・設備について、利用者の快適性や来所者が利用しやすいように配慮した取り組みを行っている。	a・b・c

<コメント>
 苦情対策・サービス向上委員会、事故防止委員会や感染症対策委員会等が、利用者の快適性や利用しやすさのため、定期的に現場を回ったチェックを実施しています。「利用者満足度調査アンケート」を毎年実施して、利用者の方やご家族からの意見に対応するように努められています。

A - 8 家族との連携

		第三者評価結果
	A - 8 - 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a・b・c

<コメント>
 利用者の状態については、連絡帳に明記したり、送迎時に直接伝えたり、介護支援専門員を介して伝えたりするなど、適切な連絡方法を用いて利用者の家族との連携に努められています。定期的に利用者満足度調査を実施し、利用者家族の思いを把握し、担当者会議等を活用して「居宅訪問チェックシート」を用いて、家族（主たる介護者）の心身の状況や利用者の状況を確認するように努められています。

(参考)

	第三者評価結果		
	a	b	c
共通評価基準（評価対象 ~ ）	37	8	0
内容評価基準（評価対象A）	15	2	0
合計	52	10	0