

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

一般社団法人静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：デイサービスセンターエン・フレンテ	種別：指定通所介護事業所
代表者氏名：武藤 祐美子	定員（利用人数）： 45名
所在地：静岡市駿河区中野新田 349 - 1	
TEL： 054-280-4964	ホームページ： https://www.shizuoka-shakyo.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 15 年 3 月 31 日指定 （第 227400037 号）	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人静岡市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員： 5名 非常勤職員 11名
専門職員	（専門職の名称）
	看護師 1名 看護師 2名
	生活相談員 4名 歯科衛生士 1名
	介護職員 3名 介護職員 5名
	機能訓練指導員 1名 機能訓練指導員 2名
施設・設備 の概要	（居室数）
	（設備等）

③理念・基本方針

- 経営理念：一人ひとりが「自分らしく」暮らせる地域社会づくりを目指します。
- 経営計画テーマ：明日への挑戦～安心と幸せの創造をともに目指して～
- ありたい姿（ビジョン）：加速する高齢化社会の中で、サービス提供体制の強化により安定経営を目指す。

④施設・事業所の特徴的な取組

- ご利用者様の自己選択・自己決定を図るためのプログラム実施や買い物訓練等の充実、多岐に渡るイベントの開催ほか、選べる昼食メニューや夕食の持ち帰りサービスの提供
- 中重度対応のための特別浴槽やベッド等を配備。看護師を1日配置することで吸引・経管栄養等の医療処置にも対応。
- 要介護、要支援者に対しての入浴サービスを提供。
- 歯科衛生士による口腔機能評価・口腔ケアの実施。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年5月26日（契約日）～ 令和6年3月27日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	0回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・事業所利用時の医療看護体制を充実させるために、看護師3名の配置、機能訓練士の配置や、中重度対応のための特別浴槽やベッドを設置し、吸引・経管栄養等の医療処置にも対応し、歯科衛生士による口腔機能評価や口腔ケアを実施しています。
- ・利用者が自分で買い物をする楽しみと自己決定の支援として、週2回ミニ店舗の出張のほか、曜日ごとに数種類の昼食メニューの選択（外部の業者による）が可能で、夕食の持ち帰りサービスもあり、他にレクリエーションでは週1日、数種類の活動から内容を自分で選んで参加できる日を設け、選ぶ楽しみと自己決定の場を提供しています。
- ・事業所は利用希望者に対しての案内の資料は、サービス利用時の利用者の日課を説明するために、時計の文字盤を掲載し、イラストをつけてわかりやすい内容に変更し、個別の丁寧な説明と合わせ、理解しやすいための工夫をしています。
- ・事業所は地域のニーズに応え、法人内の他部門のボランティアの協力を得て「認知症カフェ」を毎月開催しています。開催時には小さなお楽しみ（歌を歌いながらの脳トレトレーニング体操・歌唱）や、専門知識の情報を加えたイベントを企画し、訪れる地域の人たちの楽しみと役立つ内容になっています。

◇改善を求められる点

- ・福祉サービスの質の向上に対して、リスクマネジメントの取り組みは当然ながら、さらに福祉サービスの質の向上のためには、事業所としての利用者満足度調査や職員の「福祉サービスの質に対する自己評価」等を行い、PDCAのサイクルに基づく取り組みが必要です。
- ・マニュアルは丁寧でしっかりした内容の物もありますが、マニュアルの用意が無いもの、内容に不足部分が目立つもの、発行・改訂履歴・見直しの記録等の記載不足や現在では使用しない用語を使っている等もあり、見直しが必要です。
- ・教育、研修体制の見直し
各研修の記録の整理が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて受審させていただきましたが、自事業所の取り組み内容を振り返り、第三者の目から客観的に評価していただくことで、課題だけではなく、強みを確認できる大変良い機会となりました。

この結果を生かし、今後も軽度者から中重度のご利用者様に標準的でより上質なサービスを提供するために、まずはマニュアルの整備、見直しを進めていきます。

また、福祉サービスの質の向上のために、定期的に利用者満足度調査や職員に対して

の「福祉サービスの質に対する自己評価」等を行い、PDCAサイクルに基づいた取り組みをさらに推進していき、研修記録の整備を進めていきます。

今後ご利用者様の「自己決定」や「自己選択」を大切にし、自立支援につながる質の高いサービスが提供できるよう、職員一同、今回明確になった課題に対して真摯に取り組んでいきます。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※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。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※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。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。	b
<コメント> ・「理念」「基本方針」を明文化し、「理念」は目指す方向を読み取ることが出来ます。ホームページやパンフレットにわかりやすく「理念」「基本方針」として紹介した文面は記載していません。職員には年度当初に会議で説明がありますが、周知状況の確認や継続的な取り組みは行っていません。また、利用者や利用者の家族にわかりやすく説明した資料の作成や工夫はしていません。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<コメント> ・法人本部で市内全域の利用者数・利用者像等、福祉サービスのニーズ等のデータの収集、経営環境や課題を把握・分析、事業所エリア内のデータ類も法人本部で把握・分析等、月毎、毎日の利用率の分析等をしています。		
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
<コメント> ・法人本部では経営環境や実施する福祉サービスの内容等を現状分析やし、利用者人数に対しての利益率を問題点として挙げ、増収に向けて「デイ職員が自分たちで取り組む改善計画」を作成しています。法人本部での役員会に事業所担当の法人の課長が出席し、課題や内容を所長に伝えています。また、拠点長会議（事業所長）に所長が出席し、内容を事業所の全職員会議で書面配付して説明しています。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所「エンフレンテ」では3年後のビジョンとして「自分たちで取り組む事業改善計画を作成し、期限を設け、課題、具体的な対策・中間での進捗状況、評価と対策の見直し実施し、一覧にしています。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所として3年計画を立て、運営活動の強化とサービスの質の向上について事業内容を具体的に示しています。事業計画は各項目に予算を伴う実行可能な具体的な内容であり、単年度の事業計画は具体的な成果を示し、実施状況の評価や、対策の見直しができるようになっています。また、法人の介護事業エン・フレンテ拠点区分事業活動としての報告書があり、単なる「行事計画」にはなっていません。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>・事業計画は法人の事業計画を基に事業所内で各職員からアンケートを取り、内容を第2期(2024年度分)に組み込みます。毎年、同じ方法で同時期に把握し、事業所内のプロジェクトメンバーの中で立候補者が手順に基づき評価・見直しを、毎月1回の職員の全体会議で周知を図っています。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p><コメント></p> <p>・利用者や家族への単年度事業計画の周知は行えていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・通所介護計画に介護業務支援ソフトを採用して効率化を図り、「自分たちで取り組む事業改善計画」で福祉サービスの質の向上に向けた体制を整備し、評価結果を分析・検討しています。特に、利用者ニーズの高い買い物や食事に、よりサービスの充実が図れるように取り組んでいますが、職員のサービスの質に関する自己評価や、権利擁護等の自己評価や利用者満足度アンケートは実施していません。また、第三者評価は本年度が初めてです。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・「自分たちで取り組む事業改善計画」の評価完了欄で確認の上、対策の見直しを文書化し、改善計画は職員間で検討していますが、評価結果の対策は全ての項目ではありません。パート職員へは回覧で共有しています。</p>		

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。	b
<p><コメント></p> <p>・所長は、年度当初に挨拶文とともに、自らの事業所の経営・管理に関する方針と取組を明確にしていますが、自らの役割と責任について、施設内の広報誌等に掲載・会議、研修会等での表明職員への周知は図っていません。法人は有事（災害、事故等）における所長の役割と責任について分掌を作成し、不在時の権限委任等は職位権限規程と危機管理マニュアルに次席と記載しています。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>・法人の規定により、事業所を担当する課長と所長は利害関係者との適正な関係を保持し、法人の経理課が確認しています。所長は安全運転管理者研修（静岡南警察署）・防火管理者講習会（消防署）に出向くほか、幅広い分野について遵守すべき法令等は、法人の事業部が準備した研修会に参加します。所長は労基法などについては毎月の事業所内の全体会で職員に周知を図っています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・事業所全体で「自分たちで取り組む事業改善計画」の中の「福祉サービスの質を上げる」の項目で利用者の「自己決定」「自己選択」を大切にし、定期的、継続的に評価分析をし、年度の途中でも利用者の要望があれば、実現できるように、積極的に外部の業者、地域と連携を取り、実現に向けています。また、職員全体、各職種から対策の見直しの意見を収集し、サービスの質の向上についての研修の機会を設けていますが、利用者満足度調査や職員の自己評価等の基本的部分については内容の不足が見られます。</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
<p><コメント></p> <p>・ 所長は法人本部の課長へ、事業所の経営の改善や業務、人事等の報告をし、法人内で分析作業の上、課長を介してフィードバックしています。また、所長は職員の家庭の事情に合わせ、勤務時間、学校行事への参加のしやすさに配慮しています。経営改善や業務の実効性に向けても、毎年度末に事業所として、全職員で年度を振り返り、意見をまとめ、拠点長会議への課題を精査して次年度への取り組み、介護事業課で開かれる拠点長会議に出席し、自ら体制の構築や積極的な活動に参加しています。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>・ 法人は人事管理要綱を定めており、事業所としても人材の確保と育成に関しての方針を確立し、専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について独自の具体的な計画があります。育成については法人で等級制度を設け、学ぶべき内容、スキルを定め、法人本部に講師を招き育成しています。人材確保では事業所が積極的に学校訪問や法人情報の発信、介護現場職員が出身校に訪問し、採用活動をしています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>・ 事業所で行うものではなく、すべて法人で対応しています。法人の求められる人材（人材方針）として職員ハンドブックに記載してあり、人事基準は、法人で、中期経営計画の行動経過に記載し、人事考課基準があります。職員処遇の水準については、法人本部で取り組み、キャリアパスができており、毎年、2月までに家庭の事情に合わせ、総合職への移動、法人内での転職や限定コース等、のコース変更が可能です。</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組んでいる。	a
<p><コメント></p> <p>・ 法人本部で勤務状況のデータを定期的に確認できる仕組みがあり、ワーク・ライフ・バランスに配慮した希望に応じたシフトがとられています。有給休暇とは別に両立支援休暇を設け、常勤は年4日別枠があり、「積立有給性」という制度もあり、貯まっている休暇の取り崩しが可能になっています。一人親手当や、スタートアップ手当等を設け、その他、法人がソウェルクラブに加入しています。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>・ 法人は「期待する職員像」を職員ハンドブックに記載しています。一般職へ、所長または</p>		

法人本部の課長が個別面談によりコミュニケーションを取りながら、目標設定時と10月に半期目標に対して、年度末は目標期限として実施しています。		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p><コメント></p> <p>・「期待する職員像」は法人の求められる人材（人材方針）として職員ハンドブックに記載しており、法人の基本方針や計画の中に、組織が職員に必要とされる専門技術や専門資格を明示しています。教育、研修は法人全体または各事業部で策定されており、計画にもとづき、教育・研修が実施され、定期的に計画の評価と見直しを行い、研修内容はデイのプログラム等で実施し、評価・見直しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・法人で4月に全員に専門資格の取得状況等を確認していますが、個別の職員の知識、技術水準までは確認できていません。また、事業部全体の研修計画表では職員一人ひとりの習熟度に応じた内容についての計画にはなっておらず、研修名と参加者人数が記載されています。法人で必ず受講してほしい研修については回覧し、法人の事業所担当課長から所長に話があり、参加のためのシフト調整をしています。法人にキャリアパスがあり、各職員が目的に応じ、継続な研修に参加できるように配慮し、個人的な参加は復命書で確認しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・実習生等の研修・育成に関する基本姿勢は明文化しておらず、マニュアルや、指導者に対する研修も行っていない。しかし、介護職、看護師の専門職に配慮したプログラムがあり、実習の前後と実習中に学校側と連携を取っています。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>・ホームページに法人は一括で提供する福祉サービス・事業計画、事業報告、予算、決算情報の内容を適切に公開していますが、事業所としての公開はありません。法人の苦情・相談等の体制と内容にもとづく改善・対応の状況について公表しており、事業所の分も含まれます。ホームページ等を活用し、法人・事業所の存在意義や役割を明確にし、月に1回、認知症カフェを開き、内容を広報紙に掲載し、地域に向けて発信しています。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>・法人に職務権限規定があり、事務、経理、取引等に関するルール、職務分掌と権限・責任</p>		

が明確にされ、職員等はホルダーにデータ保存し、周知しています。法人は事務、経理、取引等についての内部監査を2年ですべての事業所に対して実施し、毎年確認をしています。他の事業所で受けた指摘事項も、当事業所にあてはめ、経営改善の確認をしています。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所として中期経営計画書で「地域丸ごと」の支援体制を確立し、事業所内の利用者用掲示板で社会資源や地域で収集した情報を提供しています。法人内の地域福祉部門のボランティアセンターが担当する支援体制を得て、事業所では毎月1回の認知症カフェにテーマをプラスし（トレーニングやお話等）、地域の人々と利用者との交流の機会を設けるほか、行事計画以外にも、利用者ニーズに応じた買い物イベントとして週2回、コンビニの協力を得て出張の出店（とくし丸）を設けています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・ボランティア受入れに関する基本姿勢や地域の学校教育等への協力についての基本姿勢は明文化しておらず、ボランティア受入れについて、マニュアルは整備していません。しかし、法人の地域福祉部のボランティアセンターが中心となり、ボランティアを受け入れ、学校教育への協力も行っています。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	II-4-(2)-① 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が適切に行われている。	b
<p><コメント></p> <p>・事業所の同一建物内に介護支援専門員と訪問看護の事業所があり、情報の共有はできていますが、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作成にまでは至っていません。多職種、多機関で（静岡市いきいきシニアサポーター事業・認知症カフェ等）各事業所の管理栄養士、薬剤師、訪問看護師、福祉用具販売専門員等と協働して具体的にネットワーク化に取り組んでいます。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所は地域のニーズに応じて法人の他部門のボランティアの協力を得て、「認知症カフェ」を月に1回開くなかで、幅広く地域福祉のニーズや、生活課題の把握に努めています。</p>		

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・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>・事業所は地域貢献に関わる事業・活動について地域福祉活動計画や事業計画に明示し、地域のニーズに応じて法人の他部門のボランティアの協力を得て、「認知症カフェ」を月に1回開いています。「認知症カフェ」の開催時、イベントの中に専門的な情報を少しだけ組み入れることもあります。また、事業所拠点が大規模災害に備えて地域の避難所や災害ボランティア本部となっていることから、食糧等の備蓄も行っており、法人として災害支援を行うための災害時支援体制があります。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施についての明示は見られず、「標準的な実施方法」の定めや、「倫理綱領」や「倫理規定」の定めはありません。しかし、本年度、研修人数は不明ですが、「倫理」についての研修計画があります。所長は朝礼で職員に声掛けを行い、月1回の全体会議で意識を促していますが、把握、評価までには至っていません。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>・職員はデイサービスの利用者に対し、別のスペースを用意するなど他の利用者の視線に配慮していますが、利用者のプライバシー保護について、規程・マニュアル等はなく、職員への研修による理解は図られていません。策定してあるのは個人情報保護法であり、ための内容ではなく、利用者や家族にプライバシーの保護と権利擁護の取り組みに関する周知はしていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・事業所独自の資料は事業所での日課に時計や絵を増やして利用者にわかりやすい内容に変更し、区役所、公民館等、地域内に設置していますが、理念や基本方針は記載していません。職員は事業所の利用希望者については、個別に丁寧な説明をしていますが、見学、体験入所、一日利用等の希望は利用者が定員に達しているため、予約対応になっています。利用希望者に対して口腔内の清潔保持についても重要と考え歯科衛生士が対応しています。</p>		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b

<p><コメント></p> <p>・契約時には契約書とともにパンフレット等を用い、利用者に解りやすいようにカレンダーも採用して説明し、同意を得ています。契約書の文字は大きくなっていますが、それ以上に理解しやすいような工夫や配慮は見受けられません。意思決定が困難な利用者へは個別に対応することがルールになっており、家族に説明し、その際の利用者の動きや様子を見ながら意思表示を読み取り、内容は書面に残しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・サービス内容の変更については、担当者会議等で介護支援専門員、本人、家族も含めて内容変更を確認し、利用が終了した時には、利用者や家族等に対し、その後の相談方法や担当者について説明を行い、事業所のパンフレットを渡しています。事業所の移行については、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書の定めはなく、利用休止後も再開の希望などの相談を受け付けていますが、担当者や窓口を設置していません。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<p><コメント></p> <p>・利用者満足に関する調査の担当者の設置はありますが、2019年以降、満足度調査を実施しておらず、従って、内容の分析・検討の結果にもとづいて具体的な改善には至らず、利用者会や家族会の組織化もしていません。しかし、コロナ禍でも利用者の要望の聞き入れはウェブを取り入れて実施しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・法人は苦情取扱規則を定め、苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）を整備しています。事業所の記録は適切に保管し、検討内容や対応策については、利用者や家族等にフィードバックしています。法人は苦情相談内容にもとづき苦情内容及び解決結果の情報を共有し、公表等は苦情を申し出た利用者や家族等に配慮したうえで、一括して公表し、苦情対応結果報告資料を作成し、再発防止に取り組んでいます。しかし、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫は行っていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・相談方法を記載した文書は利用者や家族等にわかりやすい場所に掲示し、相談や申し出には面談スペースや会議室を用意し、利用しやすい環境に配慮しています。しかし、利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書は作成していません。</p>		

36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p><コメント></p> <p>・法人と連携して意見・苦情等の申し出の手順はフローチャートにして、受付担当者等を明示しています。利用者からの相談や意見への対応は1週間を目途とし、時間のかかりそうなときはその旨を申し出者に伝えています。検討は法人又は各部で対応し、事業所にフィードバックしています。事業所の職員は、利用者から相談を受けるとともに、利用者の意見の把握に取り組んでいますが、意見箱の設置やアンケートは実施していません。また、相談や意見を受けたときの記録方法や報告の手順等のマニュアルについて、見直しは定期ではなく、随時です。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・事業所内に委員会は無く、受付担当は所長又は事業所のリーダーですが、法人内のリスクマネジメント委員会に出席できるのは法人の事業所担当の課長です。苦情に関しても同様です。法人では事故対応の責任、手順等を明確にし、発生時の翌日の朝礼で事業所の職員に周知し、事業所内で発生の場合は当日に職員に周知し、他部署の内容は月1回の全体会議で伝えます。法人内でリスクマネジメント研修会があり、事例検討会を予定しています。ヒヤリ・ハットの記載書類は大まかで、検討には適さず、事故記録は利用者の事故と職員の事務作業場上の事故が同一扱いです。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・管理責任者は所長になっています。法人で感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成し、市が対策研修を実施し、事業所の職員には伝達研修をしていますが、定期的見直しは実施していません。法人では予防や安全確保に関する勉強会等を開催し、職員には感染症の予防策を講じています。(利用者がデイサービス利用時に発症していたことが分かり、家族に状況を確認の上、一人だけ自宅に送り返すなど適切な対応をしています。)</p>		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
<p><コメント></p> <p>・事業所拠点が大規模災害に備えて地域の避難所や災害ボランティア本部に指定され、法人・事業所の役割を風水害と地震の分けて詳細な対応体制ができており、事業所の立地条件を把握し、災害時の配備体制が決め、BCPもできています。食料や備品類等の備蓄リストを作成し、発電機の用意もあり、管理者を決めて備蓄を整備しています。職員に関しては正規職員のみが対象になっており、警備会社を通じて連絡網を作成していますが、パート職員に関しては非公式に了解を取っています。訓練の実施はありません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>・標準的な実施方法は部分的に実施方法を記載したものがありますが、事業所として定まっています。プライバシーの保護については一部のみ書面化してありますが、権利擁護に関わる姿勢の明示がありません。新人職員は法人の介護事業部で介護技術を学び、個別のOJTも実施していますが、周知徹底するため方策やサービスを確認する仕組みには至っていません。</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。	c
<p><コメント></p> <p>・標準的な実施方法は一部あるのみで、定まっていません。現在ある書面の検証・見直しに関する時期は年度末で、実施方法の検証・見直しの時期は職員の移動が終わった5・6月になっています。検証・見直しは、利用者の担当職員が日々の記録から介護支援専門員に報告があり、状況が大きく変わったときにはサービス提供会議を持ち、個別支援計画に反映しています。利用者からの希望で提供時間を変更した例がありますが、仕組みにはなっていません。</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。	b
<p><コメント></p> <p>・ケアプランソフトに基づき、アセスメントから通所介護計画を策定し、毎月モニタリングを実施していますが、計画策定の責任者の明確化や計画作成、実施、評価、見直しに至るプロセスを明示した文書はありません。また、事業所内の関係職員で聞き取りをしながら計画を策定していますが、協議の記録がありません。介護支援専門員のケアプランをもとに、本人・家族の意向を確認し通所介護計画を作成しています。支援困難ケースや状態不安定な利用者へは介護支援専門員と連携を密にとりながら支援しています。</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。	c
<p><コメント></p> <p>・通所介護計画の見直しは、毎月のモニタリングを経て介護支援専門員の目標期間にあわせ実施しており、サービス担当者会議には相談員が参加していますが、標準的な実施方法が定まっておらず、見直しの手順を文書化したものではありません。計画の変更時には支援ノートを通じて職員に周知していますが手順を文書化したものではありません。計画を緊急に変更する場合は、サービス担当者会議の開催を介護支援専門員に働きかけていますが、仕組みを文書化したものではありません。</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、職員間で共有化されている。	a

<コメント>

・事業所独自のアセスメント表により、利用者の身体状況や生活状況などを把握しています。サービスの実施状況については、介護業務支援ソフトを用いて記録しており、実施内容については例文登録を予め行うことで記録する職員によって内容に差異が生じないような工夫をしています。記録に関する職員への指導については、記録に関する職員への指導については、職場を移動・転入時に対象者に個別研修を行い、以降は個別の質問に対応しています。法人内他部署（居宅支援事業所・訪問介護事業所）は共通の支援ソフトを通じて情報の共有が可能で、情報の発信は分別のルールに基づき情報発信後、法人以外はFAX・法人内はTELで、必要な情報を届けています。情報共有の方法は月に1回の全体会議としています。

45

Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。

b

<コメント>

・個人情報保護規程が定められ、記録の保管方法・保存、破棄、個人情報の不適正な利用者漏洩に対する具体的な対策・対応方法、情報の開示について規定しています。記録の管理については所長を記録管理責任者としていますが、職員への研修・教育は全体会議を通じての伝達研修としており、研修記録は（法人の新人教育のみ）ありません。個人ファイルの取り扱いについては、鍵のかかる書架での保管や持出時にダブルチェックを行うなど管理しています。利用者や家族には契約時に個人情報取扱業務概要説明書を用いて説明し同意を得ています。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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		
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
<コメント> ・利用者の心身の状況と暮らしへの意向の把握は、事業所のアセスメントシートをもとに本人・家族から聞き取りを行い、通所介護計画に反映させています。プログラムは集団と個別で取り組めるメニューを運動・脳トレから手作業での作品作りなど複数準備し、選択できるようにしています。一日の過ごし方は朝の体調確認・バイタルチェックから始まりその日の体調にあわせ活動内容を変えるなど柔軟に対応できるようにしています。また、プログラム以外でも洗濯物たたみや机拭き・掃除など生活動作を取り入れた役割を持てる工夫もしています。ケアプランの短期目標に併せながら利用の評価を行い、都度、計画の修正・変更を行っています。		
A②	A-1-(1)-① 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> 評価対象外		
A③	A-1-(1)-① 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> 評価対象外		
A④	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
<コメント> ・利用者の尊厳に配慮する取り組みとして接遇マナー研修の受講や、伝達研修を通じて事業所全体で意識するようにしています。送迎や、入浴、個別訓練の機会もコミュニケーションの機会ととらえ、普段の会話から思いを汲み取るようにしています。利用者との会話では、支持的会話を心掛け、モチベーションが上がるよう配慮しています。話すことが困難な利用者には、表情・ジェスチャーを多用しコミュニケーションが図れるよう対応しています。事業所内はフロアの他に談話・休憩できるスペースを設け、話しやすい環境づくりをしています。コミュニケーション方法や支援については、通所介護計画に見直し期間をあわせ、評価・検討をしています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	c
<コメント> ・権利擁護に関して、法人主催の虐待防止委員会に事業所の職員が委員として参画する形態		

をとっていますが、事業所内で職員に対して研修を行っている記録がありません。利用者や家族への周知状況については、事業所内のポスター掲示のほか、利用契約時に契約書を用いて「虐待防止のための措置」を説明・同意を得る状況にとどまっています。権利侵害の防止や早期発見の具体的な取組について文書化したものはなく、身体拘束に関する実施や解除にむけての具体的な手順がありません。職員は日々の観察の中で、気になる事象については、上役に相談する、介護支援専門員に報告する流れについては周知されています。

評価対象 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		
A⑥	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
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・室温は適正温度に保たれ、採光にも配慮しています。広いスペース内は、個別訓練ごとのエリアに細かく分け、テーブルの高さ等も選択できるよう配慮しています。また、脚台の準備や、ベッド・足を延ばせるスペースなども確保し、休息できる環境を作っています。環境については、定期的にモニタリングを実施し意向把握をし、意向に応じて対応をしています。 		

評価対象 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		
A⑦	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。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・入浴の形態は一般浴・機械浴があり、介護支援専門員の情報と利用前アセスメントを基に入浴形態を決定しています。モニタリングで都度形態の検討・見直しをしています。入浴前にバイタルチェックを行い、基準に基づいて入浴可否を看護師が決定しています。浴室には手すりやイスの設置など安全面に配慮しています。拒否のある利用者については、担当を変える・時間を変更するなどし、感染症などの疾患がある利用者については入浴の順番を変更しています。 		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
<p><コメント></p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントで心身の状況・要望を把握し、声掛けのタイミングや具体的な支援方法を職員間で共有しています。トイレには手すりやコールボタンを設置し、即時対応を可能にするなど安全面にも配慮しています。トイレでの排泄を励行し、個別支援計画にも誘導方法の他に水分摂取量や運動面など多角的な視点が盛り込まれています。体調面で観察が必要な方には、支援記録に入力し、職員間で共有するほか、家族や介護支援専門員への報告も適宜行っています。 		

A⑨	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。	a
<p><コメント></p> <p>・アセスメントにて心身の状況を把握し、福祉用具の選定や支援方法を決定し職員間で共有しています。通所介護計画には、筋力の維持向上を目的とした運動を加えるほか、機能訓練計画を作成し自立への働きかけを行っています。使い慣れた用具は持参していただく対応を基本としていますが、歩行器・シルバーカー、車椅子の準備があり、利用者からの相談にも応じています。定期的にモニタリングを実施し、支援方法の見直しを行うほか必要性が生じた場合には、担当ケアマネジャーへ手すりや用具の提案を行っています。事業所内は段差がなく、広いスペースにそれぞれの席を配置し、交雑することがないように見直しを全体会議で行っています。転倒リスクのある利用者については支援ノートに記録・共有することで注意喚起につなげています。</p>		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p><コメント></p> <p>・食事は、委託業者によるお弁当を事業所で盛り付け（ご飯・汁物、お茶）をして提供しています。献立は事前に週のメニュー表を配付し、5種類のメニューから選択できるようにしています。年に1回、委託業者選定の際には、利用者参加の試食会を実施し、投票によるアンケートにて業者選定の材料としています。食事前の口腔体操からご利用者の食事に関する意識づけを行い、楽しく会話できるよう気の合う者同士が同じ食席になるようグループ分けするなど配慮しています。盛り付けを行う厨房では、厨房業務マニュアルに沿って適切に衛生管理を行っています。</p>		
A⑪	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。	b
<p><コメント></p> <p>・利用者の嚥下状態にあわせキザミ食やトロミをかけて食事提供をしています。ゆっくりと食べる利用者に対しては配膳の順番を早めるなど全体会議で話し合われています。また、状態に応じて自助食器・スプーン等を準備することに加え、食前に口腔体操を実施し、自分で食事を摂ることを意識づけています。定期的に行うモニタリングを通して支援の見直しをするほか、必要に応じて介護支援専門員や家族に情報提供を行っています。事故発生への対応方法については、マニュアルをフロアに設置していますが、職員に対しての研修・訓練実施の記録等がありません。</p>		
A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>・利用者全体への口腔ケアに対する取り組みは、食前の口腔ケア体操への促しを行うのみで、昼食後の口腔ケアについても、希望者・口腔ケア機能向上加算の対象者のみ実施しています。歯科衛生士は4回/月の頻度で加算対象者に対してケア計画作成・チェックを実施しており、記録は職員間で共有しています。職員に対する研修は未実施です。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>・褥瘡予防のための指針、標準的な実施方法は整備されていませんが、個別支援計画にて除</p>		

<p>圧や体位変換・皮膚チェックなどの内容を盛り込み、職員間で共有しています。除圧クッションなど必要があれば介護支援専門員や家族へ提案しています。モニタリングの結果、状態改善に至らない利用者に対しては、家族へ報告し医療機関への受診等を勧めています。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
A14	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント> 非該当 (看護師が担当しており、介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施していないため)</p>		
<p>A-3-(5) 機能訓練、介護予防</p>		
A15	<p>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。</p>	a
<p><コメント> ・機能訓練の主担当は看護師が行っています。フロアには平行棒、踏み台昇降など設置しており、声掛けにてすぐ取り組むことができるよう準備しています。また、買物支援など日常生活の場面を想定したプログラムもあります。通所介護計画に訓練内容を反映させており、計画的に評価・見直しを行っています。認知症の症状の変化や早期発見への取組としては、できていたことの達成度合いや、会話の発語の減少などを目安として、支援ノートに記録し職員間で共有しています。必要に応じて介護支援専門員につなげています。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
A16	<p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	b
<p><コメント> ・介護支援専門員からの情報提供・居宅サービス計画をもとにアセスメントを実施し、通所介護計画を作成しています。整容面や活性化・社会交流をキーワードに計画作成し、ケアを提供しています。「認知症ケア研修」に参加した職員による伝達研修を実施していますが、記録はありません。落ち着ける環境づくりとして席の配置や音楽を流すなど配慮しています。また、個人での活動では軽家事や手作業、グループでは製作や対戦ゲームの提供など工夫しています。ご家族へは包括支援センターと協働し、認知症カフェの案内を配付するなど情報提供の他、利用の様子は連絡帳に記載し、送迎のタイミングで報告しています。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A17	<p>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。</p>	b
<p><コメント> ・健康管理として、事業所到着後にバイタルチェックを実施し、記録をつけています。送迎時にご家族から体調確認を聞き取り、当日フロア担当へ申し送りをしています。バイタルに変化があれば、時間をおいて再検しています。緊急時の対応についての文書がありますが、職員に対しての研修等は実施していません。体調変化時には看護師に報告していますが具体的な手順が文書化されておらず、職員への周知状況も不明確です。個別のケースファイルには連絡先の記載があり、担当者会議等を通じて更新確認をしています。服薬に関して、看護師が薬の管理を担当し、与薬は看護師、または介護職員が行っていますが与薬の手順はありません。</p>		

A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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
<コメント> 評価対象外		

評価対象 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		
A19	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
<コメント> ・連絡ノートを家族とのやり取りツールとして使用しています。連絡ノートでは、家族と双方向のやり取りがあり、医療的な連絡は看護師が記入しています。利用者と日々のやり取りから、連絡帳やTELにて利用者の思いを伝えるなどして、家族・介護者とながりが持てるように図り、送迎のタイミングで様子を伺い、高齢者世帯のみの場合には介護者の様子も伺うなどを申し送りしています。モニタリングにて介護支援専門員へ報告を行っています。月のお便り（プログラム予定）や献立表の配付を行っています。通所介護計画の更新時に家族の意向を確認しています。		

評価対象 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		
A20	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> 評価対象外		