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

合同会社静岡評価センター

②施設・事業所情報

名称：きらら藤枝デイサービスセンター		種別：通所介護事業所	
施設長氏名： 阿部　智弘		定員（利用人数）：	35（28）　名
所在地：　静岡県藤枝市八幡 198			
TEL：054-646-6822		ホームページ： https://www.kenminkouseikai.net	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日　：　平成 19 年 6 月 1 日			
経営法人・設置主体（法人名等）：　社会福祉法人県民厚生会			
職員数	常勤職員：　5　名	非常勤職員：　6　名	
専門職員	生活相談員　3　名		
	看護師　1　名		
	機能訓練指導員　1　名		
施設・設備の概要	食堂 1	浴室 1（機械浴 1、一般浴 1、個浴 1）	
	トイレ 4	整容室	

③理念・基本方針

【理念】

きららとは、「心の通う憩いの場」。わたしたちはご利用者様の半生に深い尊敬と共感の心をお伝えしたいと願い、そのために、どんな時もきらきら輝く笑顔が溢れている施設を目指す、それが私たち県民厚生会きらら全職員が共有する使命です。

【基本方針】

①お客様の立場に立って
　命の尊厳を守り、誠意あるサービスの提供に努めます。
②健全な事業運営
　法令を順守し職員相互扶助と効率作業による事業の安定化に努めます。
③地域と共にある施設
　地域交流による開かれた施設を目指します。

④施設・事業所の特徴的な取組

自立支援の活動

① 歩行や筋力維持の為、足を動かす事を意識していただく。その取り組みとして各利用者様毎に目標歩数を定めて万歩計を装着し達成感を味わっていただき、更にご褒美がある事で楽しみのある活動としていく。ご褒美の内容として、個別外出（外食やドライブ)、プレゼント等希望の物

② 畑活動や、洗濯たたみ、テーブル拭き、調理等今まで家庭で行ってきた家事を活動として提供し、意欲向上へ繋げていく。

③ 緩和基準通所型サービス事業として、5 名定員でサービスを提供しています。通所介護サービスの利用者様と同じフロアで過ごして頂き、自立した日常生活が継続できるよう機能訓練、レク活動等のサービスを提供しています。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和 8 年 4 月 14 日（契約日） ～ 令和 8 年 10 月 23 日（評価結果確定日） 【訪問調査日：令和 8 年 8 月 10 日】
受審回数(前回の受審時期)	過去の受審実績なし

⑥総評

◇特に評価の高い点

◆利用者への尊厳を重視する姿勢

事業所職員は、理念「利用者様の半生に、深い尊敬と心をお伝えしたい」に沿ったサービスの実践に努めている。事業所の日常において、利用者の人生に対して深い敬意をもった上での関わりに努める職員の様子が見受けられる。職員の尊厳を重視する姿勢は、利用者一人ひとりの自己肯定感を高め、自立度の維持にも寄与している。

◆「生産性向上と業務改善」への取組み

① 業務の「見える化」

ホームページや SNS での発信、きらら便りなど、業務や日頃の様子を「見える化」することは生産性向上においては最も重要なプロセスである。また、閉鎖的な空間にならないように「見える化」することは、事業所の透明性の確保と利用率や稼働率の向上に直結している。職員による日頃の丁寧な関わりや事業所の利用しやすさを家族が認めていることは、第三者評価で実施したアンケートの回答から確認している。まさしく、「見える化」しているからこその成果といえる。事業所の取組みが施設運営において十分な成果を上げている点、また日頃の職員の頑張りは評価に値する。

② 相互監査の実施

相互監査は法人内の業務の標準化と一体感を醸成し、法人全体のレベルアップを図る

ことを目的とした取組みである。監査員からの指摘事項(疑問に感じた事項や相違事項など)について確認、是正を行い、他事業所の優良事例を参考にして改善に活かすなど、相互成長につなげている。また、職員が監査を経験することで、職員自身のコンプライアンス意識や業務への理解が深まり、次世代のリーダー育成につながることも成果として期待ができる。マイナスのリスクについては、指摘された施設側が「責められた」と感じないように、内部監査報告書には「良かった点」も併記し、職員の心理的な安全に配慮することが大切である。さらに実効性の高い仕組みにブラッシュアップして継続されたい。

③ 積極的な福祉サービスの情報提供

施設の福祉サービスの情報提供は、「きらら便り」等の広報チラシを地区の回覧、地域の商店及び関係機関などに提供して積極的に取り組んでいる。また、中学生の職場体験など、地域交流からも情報提供につなげている。積極的な情報提供が利用者ニーズ、施設訪問や見学、体験入所等の地域連携を深める取組みとなり、生産性の向上に好影響を与えている。

◇改善を求められる点

◆「法人の組織(運営)原則と役職員の行動規範」の有効活用

法人の「行動規範」は職員にとって単なる資料ではなく、日々の業務や意思決定において必ず従うべき「行動の基準(指針)」である。行動規範を十分に活かすためには、作成したことに満足せず、経営陣自らが誰よりもその規範に従って行動すること(範を示すこと)が大切である。常に意識して実践するものであるように、ルールブック化するなどの有効的な取組みについて検討されたい。また、今回の第三者評価で表出した課題や事業所内の脆弱化している部分を重点的に、行動規範に沿った内部研修や勉強会を実施することを期待する。

◆個別対応と他の利用者への配慮

利用者と職員の信頼関係を構築した上での関わりは評価できるが、排泄等の声かけの際に他の利用者に聞こえる場合がみられる。改めて、利用者一人ひとりのプライバシーを尊重した対応について検討することを期待する。

◆家族との情報共有のための個別面接の実施

送迎時を中心に家族との情報共有を行うが、担当者からの引継ぎ文書をもとに対応することで十分なサービス提供につなげている。さらに充実した利用者家族へのサービス提供とするために、定期的に事業所内で面談を実施するなど、意見や要望の聞取りを含め情報共有の場を設けることに期待する。

◆食事に関する要望への取組み

食事をおいしく食べられるように、衛生面ではアルコール消毒を徹底し、食事の席を工夫したりテレビを観たりしてリラックスできるような雰囲気づくりに努めている。一方で、栄養士が作成している献立が特別養護老人施設を基本としているため、彩りが暗いことや噛み応えが柔らかい等の意見が嗜好調査により伝えられている。生野菜で赤や緑の彩りを加えるなど、事業所内でできることを検討して具体策を講じ、実行に移すこ

とを期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めて第三者評価を受審させていただき、日頃から自分達が行ってきている利用者様との関わりなど、改めて深く考えるきっかけとなりました。利用者様へのアンケートでは貴重なご意見を伺う事もできました。職員一人一人が気づきと共に自信に繋がる内容もあり、今後の成長に結びつく事ができると感じました。指摘事項については真摯に受け止め、より良い施設となるよう職員皆で改善していき、利用者様の満足度を高め、選ばれる施設となるように職員一丸となって取り組んでいきます。最後に評価機関の皆様には、準備段階から細かい点について丁寧に説明をしていただいたり、当日もアドバイスをたくさんいただくことができ、私たちにとって大変貴重な時間となりました。誠に感謝しております。

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。

（別紙）

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〉 「法人の組織(運営)原則と役職員の行動規範」があり、～理念はすべてに優先する～を信念としている。この規範は職員就業規則を補完するものであり、全職員を対象としている。また、法人の「事業報告書」や「事業計画書」にも理念、基本方針を明記している。今後、職員会議等で理念を唱和し周知することに加え、行動規範を活用した研修等を継続的に実施するなど、職員一人ひとりの理解度や意識の統一化を図ることが望まれる。また、利用者や家族に対する周知は、「きららだより」等を利用して理念や基本方針を明文化し、家族との日頃の関わり方や行動の中で実際に示していくことを期待する。		

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。	b
〈コメント〉 社会福祉事業全体、また高齢者福祉に関する動向や関連する情報等は、法人を通してデイ会議や各種委員会等で共有している。利用率の定着・向上を図る目的から、利用者実績の推移の把握と分析には感度を高めているが、コスト削減等に関する分析については改善の余地を残している。今後、サービス内容を見直す際には併せてコスト分析も行うことを一つの手順として定着化させることを期待する。		
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。	b

〈コメント〉

事業運営上の課題を明確にしており、役員間で共有している。本年度の取組みについて事業計画に明文化し、具体的な内容を明確に示している。利用率向上に向けた実効性の高い取組みとして、昨今の物価高騰等を含めた社会情勢の変化、利用者や家族の生活面での現実的な条件等が今後どのように影響するかをリサーチ(調査)と分析(解析)することが大切である。本人や家族の意識調査等で定期的に課題の抽出を行うなど、必要な検証データを確保するための取組みに期待する。

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。	b

〈コメント〉

法人全体の中・長期的な収支計画書については、定められた時期に見直しを行い必要に応じて変更している。事業所の目標については、単年度の計画として数値目標や具体的な施策を定めている。前項で述べた「昨今の物価高騰等を含めた社会情勢の変化、利用者や家族の生活面での現実的な条件等」を鑑みた場合、先が見通せない状況であるため年度単位での取組みに焦点を当てて着実に取り組む姿勢である。今後、必要と判断した折には、中・長期的な計画を策定する意向を示している。

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。	b

〈コメント〉

法人全体の事業計画があり、施設目標と目標達成のための施策を明文化している。また、事業所別の目標と目標達成のための施策も明確に示している。さらに、実現、達成を目指す主要な事項（目指す数値や状態)、そのために取り組む施策（誰が、何を、何時までに、どのように）を事業所別の一覧票にしている。単年度で取り組んだ結果、数年かかるような施策が必要となった場合には、中・長期計画を策定することが望まれる。

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。	b

〈コメント〉

事業所の目標を達成するために日々取り組む中で、職員は毎月のデイ会議をメイン会議として実施状況や進捗を確認している。一方で、具体化された施策一つひとつについて、評価・見直しをするタイミングや全職員への周知徹底については改善の余地を残している。事業計画書は職員にとって方向性が見えるものであること、また、取り組みやすくモチベーションを高めるような内容とすることが大切である。今後の取組みに期待する。

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。	b

〈コメント〉

事業計画書に沿った取組みである利用者の自立につながる支援や地域交流などは、職員が日々実践する中で、事業所の方針等は利用者や家族に少なからず伝わっている。また、第三者評価で実施したアンケートの回答からも理解の程がうかがえる。事業計画の内容を職員がどの程度理解して取り組んでいるかによって利用者等の理解にも差が出るため、今後さらに職員が事業計画書の内容を理解して業務に取り組むことが望まれる。

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

〈コメント〉

利用者等に対して年１回のアンケートを実施し、集計結果を職員間で共有し検討している。また、集計結果は利用者等にもフィードバックしている。事業所では、評価・見直し後の説明や周知徹底について、利用者等及び全職員に対して不足していることを反省点として挙げている。組織的な取組みを機能させるための要素について改めて検討し、今後、実践に取り入れていくことを期待する。

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。	b

〈コメント〉

利用者等へのアンケートについて、計画→実施→課題の抽出→検討までは完了している。検討後に、その場しのぎの対応で課題が解決しないまま時間や手間が過ぎてしまうことがないように、また、現状の課題に対して迷わず確実に行動するためにも改善案や行動計画等の策定に注力されたい。第三者評価受審後に実施する毎年の自己評価においても同様のサイクルで実施し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

〈コメント〉

法人組織として職務分掌表があり、施設長はじめ事業所長、主任等の職制・職種別に主要

な職務内容を明確にしている。当事業所長であるセンター長の不在時には、主任が職務を代行することを分掌表に定めている。また、その際にはきらら藤枝全体を統括する施設長に相談の上で対処することを慣例としている。管理者をセンター長として対外的に表明しているが、分掌表の職種ではセンター長の立場が不明瞭である。センター長として、さらに責任感を醸成するためには、法人として立場を明確に表示することが望まれる。立場を明確にすることで、職員への表明含めモチベーションや指揮系統の質の向上につながることを期待する。

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。	b

〈コメント〉

人権と尊厳の保護、法的・社会的な責任、信頼確保の観点から、社会福祉法はじめ高齢福祉に関連する法令の遵守に努めており、改正等の必要な情報は法人を通して全職員に周知している。今後、「全職員に求められる法令への理解」を明確化するための取り組みとして、「法人の組織(運営)原則と役職員の行動規範」を基にした内部研修等を実施することが望まれる。遵守すべき法令には法人の理念・基本方針、諸規程、社会的ルール・倫理も含まれるため、内部研修等の実施により、法人の行動規範を適正に遂行するために理解すべき法令とは何かを学ぶ機会を設けることが大切である。また、法令遵守への取組みを組織化し、風土として定着させることを期待する。

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

〈コメント〉

福祉サービスの質の向上を図る上でカギとなる3方向からの意見等の吸い上げは、事業所においても実践している。利用者本人からは日常の生活の中で意向や要望を聞き取り、家族の思いや要望は主に送迎の際に確認している。利用者には、年1回のアンケートを実施している。また、利用者を見守り支援する現場職員の意見も随時聞き取っている。今後、3方向の意見や要望を集約し、改善すべき点や課題への取組みについてのプロセスから優先順位を含めて明文化することが求められる。また、さらに実効的な取り組みとするために、PDCAサイクルの流れを学び実践に取り入れていくことを期待する。

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。	b

〈コメント〉

経営上の課題の一つである利用率の維持向上については、評価項目3で述べている。福祉サービスの質の向上を図るため取り組みとして、働きやすい職場環境の整備に注力して取り組んでおり、職員の実際の声から働きやすい職場であることを確認している。さらに実効性を高めるために、シフトの最適化等の勤務形態の柔軟化、ICTやノーリフティングケアやインカム等の導入など、業務効率や働き方について現場職員の声を参考に可否の分析を行うなど、介護業務の負担軽減につながる取り組みを牽引していくことを期待する。

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。	b
〈コメント〉 事業所では、利用者数に応じた適正な人員配置を行っている。本年度の職員体制は、正規雇用5名と非正規雇用6名で新規採用者はいない。中堅の対象となる職員は3名で正規職員の平均勤続年数は5年、産休明けの職員が復帰する実例もある事から、職員の定着が見込める事業所と考えられる。必要になった時点で人員を考慮して配置していることについて、業務効率やクオリティの低下につながるため十分に検討することが求められる。労務管理と法規制の遵守はもとより、職員のスキルマップ(安全管理の設計図)と安全性の確保(事故・インシデントの防止)等に努めることが望まれる。		
15	Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。	b
〈コメント〉 人事基準については法人で明確に規定されており、入職する職員全員に周知している。また、入職後は人事考課規程に基づいた評価を実施し、施設長が統括責任者として対応している。今後、経営の改善や業務の実効性を高めるための取り組み等を行うにあたり、必要な分析から業務効率を上げるための人員配置が明確になることが推察される。前提条件(※)を考慮したデイサービス独自の具体的なシフト案や配置計画を職員参画の上で作成するなど、職員が無理なく力を発揮できる適切な配置とシフト作成を行い、人事管理を徹底させることを期待する。(※前提条件の例：業務のピークタイムや特定の職員への依存を防ぐことを前提としたモデルケースの作成等)		
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。	b
〈コメント〉 職員にとって働きやすい職場とすることが利用者へのサービスの質の向上につながること、また、目の前の職員の働きやすさを改善することが、最終的に「利用者の安全」や「事業所の存続」につながることを理解している。職員の有給休暇取得率や時間外労働時間を管理者会議で報告し、就業状況の改善に取り組んでいる。当事業所では時短勤務の職員が多く、職員同士がお互い様の意識を持って助け合っている。ライフワークでの相談は管理者が窓口となり話を聞いている。また、毎年人事考課の際の面談では、思いや意向を確認している。さらなる取り組みとして、「安全性の土台」を強めるために、休憩時間、連続勤務日数、曜日・時間ごとの固定配置の偏り、スキル容量が手薄になる曜日や時間帯の実態等を調査することが望まれる。今後、労務・安全管理の確認シート等の作成を検討されたい。		

Ⅱ－２－（３）　職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ－２－（３）－①　職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b

〈コメント〉

法人では、人事制度ガイドラインにより人事考課制度を明文化している。職員の強みや課題を明確にし、職員の成長につなげるために、年 2 回の人事考課を実施している。行動や職務を評価して本人の現状を客観的に可視化し、評価基準や目標設定を通じて法人が期待する役割や次に目指す職員像を本人が理解できる仕組みとしている。また、目標設定では進捗状況を確認し、方向性のずれを修正している。事業所におけるさらなる取り組みとして、OJT(日常の業務指導)を徹底させてロールモデルを提示すること、また、メンター制度とピアスーパーバイズを組み合わせて「職員を多角的に支える育成網」を整備する等、組織風土に根差した独自の学習機会や環境整備に取り組むことを期待する。

18	Ⅱ－２－（３）－②　職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b

〈コメント〉

きららの「教育・研修」～理念を実践する職員を育成するために～では、法人の育成や研修の仕組みを体系化している。きらら藤枝全体の年間研修計画があり、オンデマンド型オンライン研修を主として事業所含め数多くの職員が参加している。事業所における育成については、法人の研修体系と育成の仕組みについて改めて共有し、まずは職員一人ひとりの能力の軸(できること、得意な事)や内面にある原動力や特性を把握することが大切である。その上で、個々の弱みを強みに変えて成長するための過程を本人含めて検討し、実効性のある育成につなげていくことを期待する。

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

〈コメント〉

きらら藤枝全体で実施しているオンデマンド型オンライン研修は、法定研修に準じた教育内容、ケアの基礎知識、介護制度に至るまで網羅されている。受講後の感想等をまとめることでスキル向上に努めている。尚、現場で学ぶべきことは、その場で先輩職員が指導している。今後においては、事業所の弱みにあたる部分について勉強会を実施するなど、職員全体の足並みを揃えて現場の課題解決に役立てていくことが望まれる。

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

〈コメント〉

事業所では、資格取得を目的とした福祉系学生等の実習生の受入れは実績がない。実習生受入れにより、既存スタッフの意識向上や将来の採用機会につなげていくことが望まれる。実習生を指導することは、自らの介護技術や知識を振返り基本を確認する機会となり、現場のマンネリ化を防ぎ良い緊張感や活力が生まれるなどの相乗効果が期待できる。これらのメ

リットを踏まえ、福祉系大学等に事業所からアプローチに出向くなど実習生受入れに向けて積極的な取り組みが行われることを期待する。

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

〈コメント〉

介護サービス情報公表システムを活用して、財務状況、職員体制、運営規程等を正確かつ最新の状態で公表しており、ホームページにリンクさせている。ホームページやSNSを通して、法人、施設、事業所に関する理念、基本方針、目標等はもとより、事業所の日々の様子(レクリエーション、食事、イベントなど)を写真付きで定期的に発信している。意見箱については、施設全体で共有しているため、事業所出入り口等の目につく場所に筆記用具を添えて独自に設置することを検討されたい。また、第三者評価の受審実績は公的かつ極めて客観性の高い情報開示となるため、受審年度にはホームページ等で公表することが望まれる。

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

〈コメント〉

毎年5月に監査を実施し、理事の職務執行や会計・経営などを監督し検査している。監査による特段の問題点や指摘事項はなく、適正な経営・運営を行っている。また、法人内部監査において、他施設の職員が検査を行う仕組み(相互監査)は非常に有効な取り組みといえる。「法人の組織(運営)原則と役職員の行動規範」には、公正かつ透明性の高い適正な経営・運営とするために守るべき行動規範が網羅されている。役職員全員に周知徹底することを目的として、守るべき行動規範について定期的に確認を行うなど、実践に反映できるような取り組みについて検討されたい。

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

〈コメント〉

地域各所で開催する「サロン」に出向き、健康体操やゲームを通じて地域住民とコミュニケーションを図っている。昨年度、当施設の多目的室でサロンを開催した際には、地域のこどもに向けたおやつ作りや竹細工などで利用者と交流することができた。また、子ども福祉体験で車いすや福祉用具の使用体験を行い、地域の自治会長には施設内見学を通して福祉施設への理解を得られている。利用者の地域資源の活用としては、定期的に買い物等に出かけ

ることは難しい状況にあるが、個別外食に出かけることや月１回移動スーパーの訪問があり買い物をする機会がある。事業計画にある「地域との積極的な交流」について、事業所全体で取り組み実践している。		
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
〈コメント〉 事業所では、職場体験実習として高校生等を受入れているが、地域ボランティアの受入れは実績がない。楽器演奏や歌唱、書道や生け花、ダンスなど特技や技能の披露、運営の補助（お茶出し、散歩の同行、話し相手など）、環境整備などのボランティアを受入れることは、利用者の活力向上や職員の負担軽減などのメリットがある。また、地域に開かれた施設づくりの一環として、地域住民にデイサービスの活動を理解してもらい信頼関係を築くことにつながる取組みとなる。これらのメリット等を踏まえ、地域ボランティアの受入れに向けて積極的な取り組みが行われることを期待する。		
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。	a
〈コメント〉 法人では地域に存在する福祉ニーズへの対応を重視し、自治会、民生委員会等、地域の諸団体等に理解と協力を求める姿勢で関わり、信頼関係を大切にして取り組んでいる。また、継続的な取組みとして、地区のごみ拾い活動「Ｇｏｍｉウォーク」、「地域サロンの開催」、地区社会福祉協議会の「買い物移動支援活動」に参加している。これらの公益的な活動においては、施設長はじめ、各事業所の地域活動委員、衛生委員、参加できる職員、デイサービスの運転手が体制に加わり尽力している。		
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
〈コメント〉 地域活動として「運営推進会議」を開催し、自治会長、民生委員、学校関係者と「地域ニーズ」について話し合い、施設が地域に貢献できることを一緒に考えている。また、施設長が地域の会合に出席し、ニーズや生活課題等の把握に努めている。事業計画にある「地域ニーズの把握」に積極的に取り組んでいるといえる。		
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
〈コメント〉 法人では、地域における「公益的な取組」を目指す活動として、年度ごとに各施設の活動計画を明文化している。法人の方針に従い、継続することが望ましい活動は可能な限り継続している。昨年度に引き続き、本年度もいくつかの公益的な活動に取り組む計画である。具		

体的な取組みとして､｢買い物移動支援活動｣､｢きららサロンの開催｣､｢地域サロンへの参加｣､「Ｇｏｍｉウォーク」がある。また、近隣高校や地域の特別支援学校の職場体験実習を受入れること、また､｢子ども福祉体験」の場を提供して福祉施設への認識を深めることにも寄与している。防災関連では市からの要請により、災害時の拠点となる指定避難所となっている。

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
〈コメント〉 理念に「利用者様の半生に、深い尊敬と心をお伝えしたい」を掲げ、｢10 の行動規範」を職員に周知徹底することから利用者を尊重した福祉サービスの提供を実践している。実践状況としては、セルフチェックを定期的に実施し振り返りも行っている。訪問調査時には、バイタルチェクを実施した上で、ニーズに応じて絵を描いたり、ゆっくりくつろいでリラックスしたりして穏やかな利用者の様子が見られた。職員の声かけの言葉づかいや関わり方など、行動規範から反れる対応には、管理者等からのフィードバックにより改善している。		
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
〈コメント〉 マニュアルや規程類を周知し、職員全体で利用者のプライバシー保護に取り組んでいる。また、研修会の実施や接遇委員会、管理者からの情報提供、申し送りノートの活用等により、権利擁護及びプライバシー保護に配慮したサービス提供に努めている。尚、排尿コントロールにおいては、他の利用者に伝わってしまうような声かけに留意するなど、配慮の行き届いた関わり方について事業所全体で検討することが望まれる。		
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
〈コメント〉 施設の広報チラシ「きらら便り」等を地区に回覧することや地域のスーパーマーケット、コンビニエンスストアなどの商店、関係機関などに提供するなど、積極的な周知に取組んでいる。また、職場体験の高校生や保育園との交流会など、地域交流からも情報提供につなげている。｢きらら便り」に高齢者の運動紹介や料理することの楽しみ、農作業の様子などを掲載しており、地域の高齢者の利用ニーズを高めることや施設訪問や見学、体験入所に好影響を与えている。		

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

〈コメント〉
　福祉サービスの開始・変更等については、利用者の送迎時に計画書で説明している。内容によってケアマネジャーによるケアプラン作成を待つため、説明時期が遅くなる場合がある。今後は、利用者が十分に説明内容について理解、納得できる機会を送迎時以外に設ける等について検討されたい。

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

〈コメント〉
　利用者に対する継続性に配慮した対応は、運営規程第 14 条に「利用中止後においても介護サービスが支障なく利用者に提供されるよう介護支援専門員及びその他のサービス事業所と密接な連携を図るものとする」を明記して手順書を作成し、ケアマネジャーを相談窓口として組織的に取り組んでいる。職員は、「また何かあれば相談、連絡をしてください。」と利用者が安心できるように関わっている。

Ⅲ－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ－１－（３）－①　利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a

〈コメント〉
　利用者満足の向上を目的とする取組みとして、事業所を利用する際の関わりや送迎時、電話でのやりとり、また、年 1 回のアンケート調査から利用者、家族状況や意向、希望の把握に努め、信頼関係を大切に対応している。情報は全て記録に残して申し送りで職員に周知している。これらの取組みにより、十分に利用者満足につなげられている。さらなる向上を図るために、この仕組みについて定期的に見直しを行い、今後も継続されたい。

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

〈コメント〉
　運営規程の第 26 条に苦情処理を掲げて責任者、第三者委員を定め職員に周知している。また、利用者家族に対しても契約時に苦情があった場合の対応を説明している。苦情が発生した際には内容の確認、改善状況を報告書により職員間で共有している。但し、情報の周知と共有の状況については職員により個人差がみられるため、施設全体で徹底できる仕組みづくりが求められる。同時に、苦情対応システムについて研修会等で周知共有することが望まれる。

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。	b

〈コメント〉
送迎時や利用時において、利用者の意向や状況に配慮して受容的に対応している。この関わりにより、利用者が相談や意見を述べやすい環境となっている。今後は相談やつながりやすい環境の醸成に向けて、整備している相談室についての説明文を利用者と共に考案して掲示するなどの取組みに期待する。

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

〈コメント〉
利用者の意向に沿って受理した相談や意見は、経過を含めた全容をケース記録「ほのぼの」に記録して全職員に周知している。受理した相談や意見は、管理職員含めた職員で検討するが、対応は相談を受けた職員が行っている。また、相談内容はケアマネジャーにも報告して情報を共有している。但し、職員個々では対応に異なる場面がみられるため、利用者側の意見を取り入れた対応マニュアル等の作成を検討されたい。

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

〈コメント〉
リスクマネジメントに向けた体制があり、常に徹底している。責任者及び事故防止委員会を定め、運営規程及びマニュアルにある介護上の基本原則、非常時災害対策、緊急時における対応方法を職員全体に周知している。また、事故防止安全管理や認知症対応等、リスクマネジメントにつながる研修を計画的に実施している。職員同士の OJT として、利用者の転倒やふらつき、荷物の保管場所の間違いなどの対応について事例検討を行っている。館内には、「窒息時緊急対応マニュアル」の掲示物があり、対応方法がイラスト付きでわかりやすく説明されている。

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

〈コメント〉
感染症に関する体制として、運営規程に感染症対策を定め、感染予防方法や感染症発生時における対応、また、BCP(事業継続計画)について職員への研修会を実施するなど周知徹底している。感染症が発生した際には看護師に報告を行うが、実際には職員が個々に臨機応変な対応をしている状況がみられる。BCP マニュアルを含めたマニュアル類について、利用者の安全確保を最優先とした対応の統一化を図ることが求められる。

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。	b

〈コメント〉
災害時における組織的な取り組みは、運営規程による非常災害対策、緊急時における対応方法から防災計画や BCP マニュアルを定めて訓練、点検等を実施している。利用者には、契約時に緊急連絡先を含めて文書で周知している。職員に対しては災害時における災害対策、

BCP 等の研修会を実施している。今後については、定期的に全職員に対して周知状況の確認を徹底すること、また、新型コロナウイルス感染症の流行以降に中断している地域や関係機関と連携した防災体制についても再検討することが望まれる。

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
〈コメント〉 利用者に提供するサービスについては、標準的な実施方法を文書化したマニュアルを整備している。職員にはデイ会議等で周知し、利用者には契約時に理解ができるまで説明している。利用者との日々の関わりからニーズを把握し、季節に応じたサービスを提供している様子を含めて「きららだより」等で周知している。事業所内には健康維持に向けた「足筋力ムキムキ体操」の掲示物や工作品の展示があり、サービスの質の向上に努めている様子がうかがえる。		
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
〈コメント〉 利用者との関わりや送迎時における家族からの情報、さらには観察及び聞き取りによるモニタリングから本人のニーズに応じたサービス提供がされているか確認している。この結果についてデイ会議等で話し合い、標準的な実施方法の実践について見直すことでサービスの質の向上につなげている。PDCA サイクルの流れが機能し、仕組みが確立している。		
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
〈コメント〉 事業計画に「やりたいことや課題を抽出し、チームで対策できるように一人一人提案をする。」を掲げ、アセスメントにもとづいた利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を手順に沿って策定している。具体的には、本人の意向や健康状態、家族からの要望を把握した上で、事業所内の介護職員、介護支援専門員、機能訓練指導員などの関係する職員による協議を経て、ケアマネジャーと連携して専門的な視点をもって策定している。		

43	Ⅲ－２－（２）－②　定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
〈コメント〉		

福祉サービスの実施状況を記載している記録をもって関係する職員が定期的にアセスメントを実施し、評価・見直しを経て次回の計画に反映させている。また、緊急に計画を変更する際には、会議にて協議を行い対応している。但し、この評価・見直しについては福祉サービスに関わる全職員への周知と共有の状況を確認する仕組みを整備することが望まれる。

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。	b

〈コメント〉

福祉サービス実施状況の記録は、全ての職員を対象とした「法人の組織(運営)原則と役職員の行動規範」に記録類の整備について掲げて取り組んでいる。利用者一人ひとりの支援計画に応じた日常の様子、各専門職の所見が記録され、介護・業務支援アプリ「ほのぼの」により情報共有している。尚、ケース記録入力及び議事録作成の遅れにより情報共有も遅れる場合があるため、リスク管理の視点から遅れが生じないように改善することが望まれる。

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

〈コメント〉

利用者に関する記録及び個人情報の取り扱いは、文書取扱規程及び文書保存年限を定め、管理責任者を設置して職員にも周知している。全職員は、入社時に記録の管理についての研修を受講して職務に就いている。利用者及び家族に対しては、利用開始時に文書により説明を行い周知している。

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。	b
〈コメント〉 職員は利用者の自立に配慮して、一人ひとりの意向に沿って安心して過ごせように対応している。フロアでは、塗り絵や工作、カラオケを楽しむこと、また、椅子に座ってゆっくり過ごす等、個々の状態に応じた活動が行われ利用者の憩いの場となっている。利用者一人ひとりのニーズの受け止め方や対応については、職員によって差異が生じている。状況確認を行い、事業所全体で検討する場を設けるなど、組織的に改善に取り組むことを期待する。		
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。	
〈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。	
〈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。	b
〈コメント〉 職員は利用者との信頼関係維持に向けて親近感を大切に関わり、活動を楽しむことや憩いの時間としてリラックスすることからニーズに応じた支援に取り組んでいる。この支援方法は、研修会の「認知症の特性を理解した関わり方やポジショニング及びシーティングから介護度の重度化予防となること」を周知して対応している。しかし、日常の場面は集団生活であり、一人ひとりの思いに配慮した言葉遣い等の関わり方については全職員に周知徹底できていない場合がある。この課題解決に向けた取り組みから、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションが実践されることを期待する。		
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。	b
〈コメント〉 利用者の権利侵害の防止等については、運営規程に「虐待の禁止」、「拘束の禁止」を明記しており、職員及び利用者、利用者家族に周知して対応している。また、研修会によって、「利用者の虐待防止」及び「支援者自身の感情コントロール、チームケアの重要性」につい		

て職員教育に取り組んでいる。但し、リスク管理の観点から、職員への周知状況や理解度について常に確認するシステム等の仕組みを早急に整備することが求められる。

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。	b
〈コメント〉 利用者の快適性に配慮した取組みは、利用者がリラックスして快適に過ごすことが出来るよう環境面を整備している。実例として、ソファーやベッド、クッションを配備し、食後や余暇時間に使用してリラックスしている利用者の姿が見られている。フロア内の設備面は、職員が毎日の清掃や消毒を行うことで衛生面に配慮している。しかし、掃除が行き届かないために、虫やカビが発生している。衛生面は利用者はじめ家族が非常に敏感な部分であり、同時に今後の利用率にも影響を及ぼすところである。早急に対策を行い、予防を含めて改善することが求められる。		

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
〈コメント〉 家庭での入浴が難しい利用者に対して、入浴支援を実施している。入浴の際には家庭との情報共有を行い、安全に配慮して行っている。また、本人が「気持ち良い」と言えるような入浴となるように、見守り対応している。時間を変更したり足湯を行ったりして、日々変化する利用者一人ひとりの気持ちに寄り添い入浴支援を行っている。		
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。	b
〈コメント〉 排せつの支援は、利用者に対して健康状態を把握することも兼ねて、昼食前・入浴前・帰宅前に声かけを行い徹底して実施している。一方で、この声かけの仕方については、話し方や言葉選び、態度など、自尊心への配慮に欠けている場合が見受けられる。適切な接遇について内部研修を実施するなど、利用者を尊重した声かけについて改善することが求められる。現状では時間誘導を基本とするが、今後においては、個人の排尿感覚による事前サインや前		

触れから排泄パターンを把握して誘導することも検討されたい。設備面においては、トイレが狭くドアの不具合がみられる。ウォシュレット便座の設置を含めて早急に改善を行い、快適で安心できる環境となることを期待する。

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

〈コメント〉

移動支援については、日々の送迎時における家族からの情報及び利用者の体調に合わせて介助支援方法を調整して対応している。フロア内の歩行を充実させるための歩行補助具の利用や介助方法を検討している。この対応については、ケアマネジャーと情報共有して利用者の自宅内での的確な動線の検討につなげている。

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。	b

〈コメント〉

食事をおいしく食べられるように、衛生面ではアルコール消毒を徹底している。また、食事の席に配慮したり、テレビを観ることでリラックスできる雰囲気づくりをしたりして対応している。栄養士が作成する食事の献立は特別養護老人施設が基本となっているため、おいしさの要素的には、彩りや噛み応えについての不満が嗜好調査により伝えられている。食事は心を満たす情緒的価値が高いことから、事業所で彩りを加える工夫などを検討し対応することが望まれる。

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。	a

〈コメント〉

利用者及び家族の要望に応じて、本人の心身の状況に合わせた食事の提供、支援を行っている。健康面での対応は、アレルギー対策や口腔状態、水分制限者への水分量の制限、さらには食事の姿勢に至るまで、利用者一人ひとりの状況に配慮して行っている。

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

〈コメント〉

利用者の口腔ケアは、食後に声をかけて個別にチェックを行い、口腔機能を保持・改善するために取り組んでいる。今後については、歯科医師、歯科衛生士の助言・指導による口腔状態及び咀嚼嚥下機能の定期的チェックの実施について検討されたい。また、利用者一人ひとりの口腔ケアの計画策定と評価、見直しの仕組みについても組織的に検討することが望まれる。

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。	a

〈コメント〉

介護職員が入浴やトイレ介助の際に細かくチェックして褥瘡の早期発見に努め、状態を家族及びケアマネジャー報告して対応している。また、本人の体調や姿勢に留意しながら事業所でできるケアを行い、褥瘡の発生予防に努めている。この経過を個票に記録し、受診が必要な場合には看護師を通じて受診を促している。

A-３-(４)　介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

A⑭	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。	

〈コメント〉

「評価対象外」

現在は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「非該当」とする。

A-３-(５)　機能訓練、介護予防

A⑮	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。	b

〈コメント〉

利用者一人ひとりの既往症及び身体機能状態による可動域を把握した上で、デイサービスでの生活及びレクリエーションを通して機能訓練を実施している。この訓練の経過は記録され、機能訓練指導員による支援計画の見直しにより継続的な訓練が行われている。今後の取り組みとして、自宅や地域での介護予防活動やメニューの助言・情報提供の実施について検討されたい。

A-３-(６)　認知症ケア

A⑯	A-３-(６)-①　認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b

〈コメント〉

認知症状のある利用者に対しては、認知症の特性や毎日の関わり方、声掛けの仕方等がBPSD(行動・心理症状)に左右すること等について、研修会等の実施により可能な限り自立度を維持できるように対応している。継続的な取り組みとして、職員が認知症への理解や周知度を深めるために、定期的な研修会の実施について検討されたい。事業所の職員が少ない現状があり、認知症状のある利用者一人ひとりの状態に有効な働きかけや対応については、検討の余地を残している。適切な対応について事業所全体で考える機会を設けることが望まれる。

A-３-(７)　急変時の対応

A⑰	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

〈コメント〉

利用者の体調変化時について、連絡や搬送手順等の対応はマニュアルに沿って行っている。利用時には利用者にバイタルチェックを行い、家族、ケアマネジャーに健康状態を連絡している。また、健康状態に応じて通院を促すこともしている。家族に対しては、「緊急時における対応方法」として緊急搬送等の必要な措置をとること、家族及び介護支援専門員に連絡すること等を説明している。特に、急変リスクの高い利用者に対しては周知徹底している。

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。	

〈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〉

利用者の家族等とは送迎時に情報共有を行い、信頼関係を大切に連携している。また、家族の負担軽減に努めることや関わり方等について助言をするなど、安定した家庭生活の維持に向けて適切に対応している。通所介護記録等に経過を記録し、サービス担当者会議で報告、検討を行い支援計画に反映させている。必要があれば、関係機関やケアマネジャーとも情報を共有して家庭支援につなげている。

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。	

〈コメント〉

「評価対象外」