

## 福祉サービス第三者評価結果報告書 【高齢福祉分野（施設系通所サービス）】

### 【受審施設・事業所情報】

事業所名称	第2みなとデイサービスセンター	
運営法人名称	社会福祉法人 みなと寮	
福祉サービスの種別	老人デイサービス事業（老人デイサービスセンター）	
代表者氏名	理事長 大西 豊美 / 施設長 森田 増穂	
定員（利用人数）	12 名	
事業所所在地	〒 552-0014 大阪府大阪市港区八幡屋4丁目8番1号	
電話番号	06 - 6571 - 5241	
FAX番号	06 - 6571 - 3613	
ホームページアドレス	<a href="http://www.minatoryo.or.jp/facilities/aikoen-2/">http://www.minatoryo.or.jp/facilities/aikoen-2/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:dai2aikoen@minatoryo.or.jp">dai2aikoen@minatoryo.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成5年7月1日	
職員・従業員数※	正規 1 名	非正規 4 名
専門職員※	介護福祉士2名、看護師1名、 介護職員初任者研修修了者1名	
施設・設備の概要※	[居室] 無し	
	[設備等] 食堂1、浴室2、調理室1、更衣室2、医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

### 【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	平成 年度

### 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

## 【理念・基本方針】

### ■法人理念

1. 利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、自立支援を旨として社会福祉の増進に努めます。
2. 利用者本位の立場に立ち、常に笑顔でサービス提供し、顧客満足を追求します。
3. 「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします。

### ■基本方針

1. 積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います。
2. 法令遵守に徹し、個人情報保護に努めます。
3. 職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します。
4. 社会福祉法人としての専門性を生かし、常に「well being」を実践しつづけます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①通常のデイサービスに比べて職員の配置が手厚く、常に関わり合えるサービスを提供しています。

②階段の昇降訓練やフロアの歩行、季候の良いときは周辺散策といった生活リハビリに特に力を入れています。体を動かすことや、歩くことでADLの低下を防ぎ、住み慣れた環境で少しでも長く暮らしていただける様に援助を行っています。

③特別養護老人ホーム第2愛港園に併設しているため、ショートステイや入所についてもスムーズな移行が行える様に連携を図っています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成31年1月9日～平成31年3月18日
評価決定年月日	平成31年3月18日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 0501A117（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

第2みなとデイサービスセンターは、特別養護老人ホーム第2愛港園に併設しています。海遊館や天保山マーケットプレイス、大阪ドーム、大阪中央体育館、大阪プールなど大きな商用施設に近く、日帰りレク等で気軽に足を運べる環境にあります。施設の周りは静かな住宅街であり、上階からは天保山運河から大阪港が望めます。特別養護老人ホーム第2愛港園が、平成5年に大阪市で初となる認知症専門特養として開設されたことにより、第2みなとデイサービスセンターも認知症対応型通所介護という特徴があります。

管理者が新しく変わってまだ半年ほどであり、新しい体制での事業運営が軌道に乗るように取り組んでいる段階でもあります。同法人が持つ多くの施設、事業所との連携体制をメリットに、また、これまで培ってきた「笑顔で支援」を基本にした組織文化を活かして、利用者を尊重した自立支援と地域福祉の拠点を目指す理念実現に取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

### ◆特に評価の高い点

#### ■コンパクトな環境を活かした取り組み

フロア内でサービスが完結できる環境と日中でのサービス提供であるという特徴を活かし、ほぼ全員が参加する研修の実施ができています。同様に会議や連絡、相談等についても日々のサービス活動内で効率的に行っています。

#### ■働きやすい環境作り

退職者を継続雇用できる体制を整備し、現在1名の職員が特養での介護職を退職後、デイサービスでの介護職員として勤務しています。

#### ■医師との連携の工夫

利用者の主治医と連携するために、利用者への往診に合わせて生活相談員が自宅を訪問し、相談したり、助言をもらえるような関係を築き、利用者へのケアに活かしています。

#### ■苦情に至らない取り組み

送迎時のコミュニケーションや連絡帳での細かいやり取りにより、家族との連携を密にし、苦情に至る前に対応することで、苦情の軽減につながっています。

## ◆改善を求められる点

### ■事業計画をもとにした運営の強化

事業計画は、前年度の事業報告や年度のサービス活動から見えてきた課題を視点において策定することが求められます。その後は、計画に沿ったサービス活動ができているかどうか、少なくとも半期ごとに計画の評価・見直しを行い、実施状況を確認して、計画に連動した事業報告書が作成されるよう取り組むことが求められます。

### ■利用者満足度調査の取り組み

運営推進会議では利用者や家族、地域の代表者が出席するなかで、サービスの内容を報告したり、出席者からの意見を聞きとる場にもなっています。これは利用者満足につながるものですが、出席ができない利用者、家族からの意見を聴き取る方法として、利用者満足度調査の実施が求められます。

### ■利用者を増やす取り組み

事業計画では利用者数を増やすことを目標に掲げています。利用者が減少傾向にあるなか、利用者増の目標が達成されるよう継続的に取り組むことが求められます。

## ◆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しました。書類の準備については、多忙な業務の中で苦戦しましたが、現状を見直す中で新たな気づきや課題、目標がはっきりしてきました。評価調査者の方からもたくさんの助言をいただき、施設の強みや弱みの部分が明らかになり大変勉強になりました。

今回の受審結果をしっかりと整理し、より質の高いサービスが提供できるように努力していきたいと思えます。

## ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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
(コメント)	<p>■理念や基本方針は、中長期計画書、事業計画書、広報誌、ホームページ等に記載し、玄関、事業所内などに掲示しています。</p> <p>■法人理念・基本方針の基に第2みなとデイサービスセンター職員の規範となる「運営指針」を明文化しています。</p> <p>■管理者は、職員に向けて年度初めの職員会議にて「平成30年度事業計画」について説明する等して周知徹底を図っています。</p> <p>■【(1)利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、自立支援を旨として社会福祉の増進に努めます(2)利用者の立場に立ち、常に笑顔でサービス提供し、顧客満足を追求します(3)「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点になり、社会貢献に尽くします】を法人理念として、理念を実現するために職員の行動規範となる基本方針を明示しています。</p> <p>■法人理念や基本方針を掲載した広報誌「みなと」発行の際には利用者・家族に送付したり、玄関に設置、掲示する等して周知を図り理解を得ています。</p>	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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)	<p>■理事長は、全国救護施設協議会会長・大阪府社会福祉協議会経営者部会会長として社会福祉事業全体の動向をタイムリーに把握し、施設連絡会議などで情報提供をするなどして各事業所管理者・幹部職員との共有を図っています。</p> <p>■管理者は、港区の「地域福祉活動計画・地域しあわせプラン」に参画をする等して策定動向と内容を把握していますが、分析にまでは至っていません。</p> <p>■法人内では、法人内施設連絡会議や介護保険事業部会議を定期的に行い、各施設の利用状況・職員配置状況等の現状や財務状況、各種別会議の報告、新規事業その他水光熱費の削減について検討や分析を行っています。</p> <p>■施設の中長期計画は、経営の適正化を把握・分析する「クロスSWOT分析」を活用し立てています。</p>	
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)	<p>■法人の経営状況、事業の進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会・評議員会は年4回開催しています。ホームページ(法人の事業報告)に開催内容を公表しています。</p> <p>■法人内施設連絡会議は、理事長はじめ各事業所施設長・管理者・主任級幹部職員が参画し、各施設の現状及び財務状況、各種別(事業部合同会議・介護保険事業部会議・生活福祉主任会議等)より報告を行う等して、経営課題の解決・改善に向けた取り組みが進められています。</p> <p>■第2みなとデイサービスとして、事業計画の説明を職員会議で行う他、職員に資料を配布したり掲示する等して経営状況などの周知徹底を図っています。職員会議は全員参加できるように時間を工夫して開催しています。会議後は全職員が会議録を回覧し確認印を押しています。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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)	<p>■施設の中長期計画（平成29年度開始・3年から10年の計画試案）は、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示し、経営課題に基づいた具体的な内容となっています。</p> <p>■中長期計画の基本的な指針 ①情報公開の推進 ②人権擁護の推進等15項目の指針 と2つの最優先の課題（より具体的な施策）、中期計画の財務基盤、クロスSWOT分析をしています。</p> <p>■中長期計画には、多くの方針が示されています。施設修繕費・職員体制・人材育成・福祉サービスの質の向上についても、数値目標や具体的な成果を設定する等して実施状況の評価を行うことが望めます。</p>	
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)	<p>■事業計画は、中長期計画に基づき策定しています。</p> <p>■事業計画は、運営指針として〔（短期）ゆとりのある環境の創造と、サービス内容の充実（中期）サービスの向上と安定した運営（長期）地域包括ケアシステムの実現に向けて〕をあげ、具体的な施策を明示しています。</p> <p>■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定していますが、事業計画と連動した内容の報告書とすることが望めます。</p>	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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)	<p>■事業計画の策定にあたって、手順書は策定していませんが、毎年3月の理事会に報告できるように年度初めから準備を進めています。</p> <p>■法人介護保険事業部会議において事業計画の取りまとめをしています。</p> <p>■第2みなとデイサービスでは、職員会議で意見を募っています。</p> <p>■施設長は、平成30年2月の職員会議にて「平成30年度事業計画案」を説明し、配布しています。職員会議は、毎回ほぼ全職員が参加をするなどして周知徹底を図っています。</p> <p>■平成29年度事業計画と30年度事業計画がほぼ同じ内容となっています。事業計画の策定に当たり、少なくとも半期ごとに計画の評価・見直しを行い、実施状況を確認し、次年度の事業計画に反映されているかどうか検討して策定することが望めます。</p>	
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)	<p>■事業計画は、広報誌、ホームページに掲載しています。玄関入口、事業所内には「事業計画簡易版」を掲示しています。読みやすくルビを付けるなどして工夫しています。</p> <p>■いつでも閲覧できるよう玄関入口に「事業計画書」を設置しています。</p> <p>■利用者・家族会はありませんが、利用者及び家族、地域包括支援センター職員、地域住民代表、法人役員、スタッフなどが参加して、利用者の生活支援・認知症対応型通所介護の運営などについて建設的な意見交換を行う「運営推進会議」を年2回開催しています。その会議において、事業計画の説明をして理解を得るよう取り組んでいます。</p> <p>■新年度には、絵や文章などもうひと工夫した簡易版を作成して、デイサービス利用者に説明する等して利用者に理解を得られるような取り組みをしていくことが望めます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。		
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)	<p>■第2みなとデイサービスでは、福祉サービスの質の向上の取り組みとして、職員会議、サービス検討会議等で福祉サービスの検討をしていく仕組みとなっています。</p> <p>■法人では、今年度より「法人内部監査規定」を設け、規定に基づいた内部監査を実施しています。他施設の職員が福祉サービスや財務関連を評価しています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを、法人一体となって組織的にPDCAに基づいて実施しています。</p> <p>■介護保険自主点検を年1回実施し、結果を職員会議で報告し共有しています。第三者評価の自己評価を行うにあたっては、全職員の意見を聞きながら生活相談員が担っていますが、幹部職員や複数の職員による担当制を定め、組織としての体制を整備することが望まれます。</p>	
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)	<p>■法人内部監査が平成29年度よりスタートしました。実施後評価分析は、規定が定められており手順に従って行われます。</p> <p>■第三者評価受審については、事業計画等に明示して取り組んでいくことが望まれます。</p> <p>■自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善すべき課題を明確にし、解決・改善に向けて計画的に取り組み、計画は中長期計画書や事業計画に反映していくことが望まれます。</p>	

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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)	<p>■管理者は、法人の理念や基本方針、中長期計画、事業計画について平成30年2月の職員会議で説明しています。</p> <p>■管理者自らの役割と責任について職務分掌で文書化しています。法人発行の広報誌「みなと」や施設発行の「みなとの風」において、理事長はじめ管理者等が挨拶や事業進捗状況等の報告をしています。</p> <p>■施設長は、特養第2愛港園と第2みなとデイサービスを兼務しています。特養では「施設長の役割と責任」を記載してある職務分担表に「施設長に事故ある時」として職務代行を明示されていますので、第2みなとデイサービスの兼務としても同じように明示してはいかがでしょうか。</p> <p>■平常時（災害、事故等がない状況）における管理者の役割として、「防災マニュアル」や「組織図」にも不在時の権限委任等を含め明確化していくことが望まれます。</p>	
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)	<p>■法人では、業務管理体制整備規程（コンプライアンス規程）を定め、法令遵守を推進しています。</p> <p>■各種規程関係ファイル等を整備しています。</p> <p>■業務管理体制整備（コンプライアンス）の担当者、担当部署等を設置して、倫理や法令の遵守の徹底に向けた体制整備を図ることが望まれます。</p>	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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)	<p>■毎月、理事長はじめ各施設管理者は、法人内施設連絡会議において、各施設の現状及び財務状況や各種別会議の報告をし、実施するサービスの質について評価分析しています。</p> <p>■管理者は、毎月の職員会議において、法人内各会議の報告をしています。職員会議には、ほぼ全員の職員が参加できるよう時間の工夫をしています。事前準備資料・法人内施設連絡会等の報告書を用意して説明を行い理解を得る取り組みをしています。会議後は不参加者も含めて全員が資料を閲覧し、確認印を押して周知徹底を図っています。</p> <p>■施設長は、法人内異動により平成30年6月に赴任をしています。勤務日には、毎回、利用者・家族の声等を聴き、また、職員の様子などを確認しながら施設の現状を把握しサービス向上につなげるよう巡回をしています。</p> <p>■時短や曜日限定での非常勤職員が大半なために、職員会議時間を短くして全員が参加できるように工夫しています。短時間では活発な意見交換をするには至っていませんが、平成30年12月からは積極的に職員の意見や要望を吸い上げるような会議を目指して取り組んでいます。管理者は、今後も時間や日程を工夫して福祉サービスの質の向上に向けた取り組みに指導力を発揮していくことが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■管理者は、毎月法人内介護保険事業部会議や法人内施設連絡会議において、利用者・職員配置・人事・労務、財務等評価分析しています。</p> <p>■管理者は、職員会議において法人内会議の報告をし周知を図っています。</p> <p>■管理者は、平成30年12月職員会議において、各施設上半期収支報告、次年度事業計画の考え方等について報告をしています。</p> <p>■平成29年度・30年度事業計画には、競争力のある事業所となるためのサービスの向上に向け「認知症ケア専門士は常勤勤務で1名の配置を行い、認知症に特化した専門的な個別のケアや相談支援をスムーズに行えるよう、人員配置を整えます」と明示していますが、まだ実現していません。実効性を高めていくことが望まれます。</p>	



		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■中長期計画の中の最優先課題（より具体的な施策）の一つに「介護職員の確保」を掲げています。</li> <li>■事業計画に「認知症ケア専門士の常勤勤務で1名の配置を行う」と計画を掲げていますが、まだ実施に至っていません。</li> <li>■組織の理念・基本方針や事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、計画にもとづいた人材の確保や育成が望まれます。</li> </ul>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人基本方針の中に「職員は、常にビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します」と方向性を明記しています。第2みなとデイサービスが求める「期待する職員像」を事業計画等に明記することが望まれます。</li> <li>■法人では人事考課は実施していません。法人就業規則の中に人事基準が明記されており、採用時に説明しています。</li> <li>■法人では、将来キャリアパスと連動するような研修体系を構築するために、平成30年度より「研修企画部運営委員会」を開催しています。</li> <li>■施設長は、職員対象に「意向調査」を実施し、年1回の職員面談により意向や意見を吸い上げています。</li> <li>■キャリアパス・職員配置・異動・昇進等の基準を明確化し、人事考課制度での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</li> </ul>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設長による意向調査（配置転換希望等）を行い、年1回10月に面談をし、職員の意向を把握しています。</li> <li>■毎月の有給休暇、時間外労働等の就業状況は、事務部門が把握しています。</li> <li>■法人は、外部機関（司法書士事務所）を相談窓口とした「ヘルプライン」を設置しています。</li> <li>■規程を定めて職場改善とコンプライアンスに努めています。</li> <li>■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。また、事務所内では忘年会、年数回の食事会等して親睦を図っています。</li> <li>■年1回のストレスチェックを実施しています。</li> <li>■非常勤職員に対しても直属上司による意向調査をしていくことが望まれます。</li> </ul>	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画に、第2みなとデイサービスとして「組織が求める職員像」を明記していくことが望まれます。</li> <li>■「面接チェックシート」や「意向調査」等を活用して、年度当初・年度末の年2回全職員一人ひとりに対して面談を行い、評価と振り返りを行うことが求められます。</li> <li>■非常勤職員を含む全職員一人ひとりの目標を適切に設定するとともに、進捗状況の確認、目標達成度の確認等を行い、「職員履歴」等で管理していくことが求められます。</li> <li>■目標を設定するに当たり、法人で目標管理制度に関する規定（基準）を定めることが求められます。「研修企画部運営委員会」の中で、早期にシステムを整備し、実施していくことが求められます。</li> </ul>	

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)	<p>■法人の基本方針に、「職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します」と方向性を示しています。</p> <p>■「倫理規定」は業務マニュアルの中に明記し、職員の基本的態度が示されています。</p> <p>■法人では、各施設の担当者構成の「研修企画部運営委員会」を発足し、職員研修の企画を行っています。将来的には、キャリアパスと連動させる方向で検討しています。</p> <p>■新任職員には、入職後3か月・6か月後に面接・自己評価・目標設定を行っています。</p> <p>■教育・研修成果の評価・分析を行い、その結果を踏まえて次の計画策定に繋げていくことが望めます。</p>	
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)	<p>■新任職員には、法人の新任職員研修が実施され、各施設でプリセプター制度による指導をしています。</p> <p>■介護福祉士等資格取得制度を法人として実施し、受験費用の施設負担・休暇の配慮も行っています。</p> <p>■事業所では、年間計画を立てて毎月内部研修を行っています。必要に応じて臨時テーマ等の研修も行っています。併設の特養第2愛港園や隣接する特養愛港園・在宅事業所等と協同での研修会も実施しています。</p> <p>■内部研修は、毎回概ね全職員が参加しています。</p> <p>■非常勤職員も含む全職員の「職員プロフィール」あるいは「職員別研修履歴」を作成し管理していくことが望めます。</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。		
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。	b
(コメント)	<p>■実習生受入れは、併設の特養第2愛港園が窓口となっています。</p> <p>■実習生受入れマニュアルに基本姿勢を明記しています。マニュアルも整備しています。</p> <p>■実習指導者の資格を持っているのは施設長以外いませんので、職員の指導者研修をしていくことが望めます。</p>	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。		
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
(コメント)	<p>■法人・事業所の理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報をホームページに公表しています。</p> <p>■法人では、事業の実施状況、苦情内容と改善・対応結果をホームページで公表しています。第2みなとデイサービスにおいては公表するような苦情内容は出ていません。今後、利用者・家族から苦情・意見・要望があった場合は、施設内に掲示する等して公表していくことが望まれます。</p> <p>■近隣の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに広報誌やパンフレットを配布しています。また、年2回開催の運営推進会議においても、事業計画・広報誌等を配布しています。</p>	
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)	<p>■経理は規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では、大阪府社会福祉協議会自主点検事業の実施と外部監査法人によるチェックを受けています。</p> <p>■法人内では、平成29年度より内部監査を実施しています。施設間のレベルアップと内部統制機能の強化を図る目的となっています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。事業案内、財務状況（資金収支計算書・事業活動収支計算書・貸借対照表）、監査報告等を総括して公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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。	b
(コメント)	<p>■法人理念に、『「福祉の情報発信」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします』と掲げています。</p> <p>■事業計画には、「地域における催しや協働まちづくり支援、みなと福祉の広場・家族介護教室等への参加をし地域になくてはならない事業所として認識していただけるよう努めます」と明記しています。</p> <p>■港区医療福祉マップや地域関係団体の催しのチラシを掲示し、利用者・家族に情報提供をしています。</p> <p>■年2回開催の運営推進会議には、利用者・家族、地域住民等の参加があり交流の機会としています。</p>	
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)	<p>■事業計画にボランティア受け入れについて明記しています。</p> <p>■ボランティアマニュアルを整備しています。</p> <p>■近隣保育園の園児たちの交流があります。</p> <p>■ボランティア受け入れにあたっての取り組みとしてボランティアコーディネーターの養成などをしていくことが望まれます。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	<p>■地域の医療福祉マップを事業所内に掲示する等しています。大阪市の介護保険制度の説明や介護保険サービス事業所が掲載されている冊子を玄関・事務所内に設置して、いつでも閲覧できるようにしています。</p> <p>■職員会議において、情報の共有化を図っています。</p> <p>■管理者は、港区デイサービス事業者連絡会議に参画しています。</p> <p>■関係団体との会議等を有効に活用し、積極的に問題提起し、解決に向けて取り組んでいくことが望まれます。</p>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<p>■運営推進会議において、利用者・家族、地域住民代表、福祉関係団体等との闊達な意見交換がなされています。</p> <p>■毎年夏には特養第2愛港園と合同の納涼祭を行い、利用者・家族・地域住民の参加を得て交流を図っています。</p> <p>■特養第2愛港園は「災害時福祉避難所」として区と設置協定書を交わしています。第2みなとデイサービスは設置協定書を交わしてはいませんが、併設施設として災害時の受入れに対する心づもりはしています。</p> <p>■事業計画に、『「認知症高齢者等にやさしい地域づくり」を推進していくため7つの柱を掲げています、地域社会を挙げたモデル作りの取り組みに積極的に参加をしていきます』と明記しています、課題に向けた実践が進んでいくことが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■施設長は、民生委員会・地域包括支援センター運営会議等に参加をして、福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■職員は、各事業所の挨拶廻りの際に、ニーズを聞いたり、地域包括支援センターや暮らしのみまもりサポーターからの相談等を受けて対応することもあります。また、地域の集会所で開催している「ふれあい食事会」に参加をし、歌ったり踊ったりして地域住民と交流をする中で相談を受けたりしています。</p> <p>■法人は、特養第2愛港園の併設として、デイサービス・ショートステイ・グループホーム等の事業活動を行っています。</p>	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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)	<p>■理念には「利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し」とあり、利用者を尊重する姿勢を表すものとなっています。研修は平成30年1月に実施され全職員が出席しています。</p> <p>■利用者尊重の姿勢は倫理規定としてまとめているほか、例えば、「認知症高齢者援助マニュアル」等マニュアル類へも反映していることが確認できました。実際に利用者を尊重したサービスが提供できているかどうか、ケース検討会等で検討するようにしています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	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
(コメント)	<p>■規程、マニュアル類を整備しています。研修は平成30年1月に人権と虐待防止をテーマにした内容で実施し、職員全員が参加しています。</p> <p>■利用者、家族へは重要事項説明書で説明しています。デイルーム内での排泄介助をできる限り行わず、トイレでの排泄を基本していることや、デイルーム内で横になる時にプライバシーカーテンを使用していること、浴室でのカーテン使用など具体的な取り組みについても確認しています。</p> <p>■不適切な事案については、苦情相談対応マニュアルに沿って対応するよう体制を整えています。</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。		
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)	<p>■パンフレットは港区南部地域包括支援センターに設置し、多くの人が手に取れるようにしています。利用の希望があった場合は、自宅へ訪問するか、来所してもらい、パンフレット、広報誌を用いて説明し、見学してもらっています。</p> <p>■体験利用は無料で対応しています。利用者、家族へ提供する情報は、法改正等、内容の変更に伴って改訂を行っています。</p>	
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)	<p>■サービス開始に当たっては、重要事項説明書を用いてサービス内容を説明し、契約するようにしています。重要事項説明書は拡大版も用意し、よりわかりやすくなるように配慮しています。認知症の利用者であっても会話の中に出るキーワード等から、利用者が言いたいことを理解するように努めています。</p> <p>■契約書、重要事項説明書のほか、通所介護計画書や個人情報に関する同意、写真の広報誌への掲載に関する同意等、必要な場面で同意の意思を書面に残すようにしています。</p> <p>■意思決定が困難な方へは、体験利用により実際に体験してもらう中で、利用の様子を観察したり、成年後見制度の利用について説明することも可能になっていますが、明確なルールとしては確認できず、ルールの定着が望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■サービスの継続性に配慮した引継ぎの文書として、ケース記録、利用者情報、ケアプラン、通所介護計画、処方箋、診断書、健康状態等より必要なものを渡すようにしています。</p> <p>■引き継ぎ文書や窓口は決まっており、説明もしていますが、今後はサービス利用終了後の相談方法や担当者を利用者、家族へ文書として渡すことが望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	b
(コメント)	<p>■嗜好調査を年4回の予定で実施、また利用開始時にも実施するようにしています。食事に関するアンケートは、分析後献立に反映する等しています。嗜好調査以外の満足度調査は実施していませんが、年2回開催の運営推進会議では、利用者、家族、地域の代表者等の出席のもと、提供しているサービス内容を報告し、意見をもらうようにし、改善へ繋げています。</p> <p>■嗜好調査以外の満足度調査に関しては今後定期的な実施が求められます。また、その結果に基づく分析から改善へつなげる仕組みについても整備が望まれます。</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。		
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
(コメント)	<p>■苦情解決の体制を整備し、館内への掲示や重要事項説明書への記載等により利用者、家族へ周知しています。館内には意見箱の設置も行っています。</p> <p>■記録用の帳票は整備しています。送迎時のコミュニケーションや連絡帳での細かいやり取りにより、家族との連携を密にし、苦情に至る前に対応していることにより、苦情としての記録はありませんでした。得られた意見や要望については、サービス検討会議、ケース検討会議で検討しています。</p>	
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
(コメント)	<p>■重要事項説明書には、施設内外の相談窓口を記載し、利用者、家族に説明しています。館内にも案内の掲示をし、また職員の写真を掲示することにより、より相談しやすくなるようにしています。館内1階には相談室を設置し、相談内容による使い分けが可能になっています。</p>	
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
(コメント)	<p>■苦情相談マニュアルを整備しています。苦情相談窓口は館内への掲示や重要事項説明書への記載等により利用者、家族へ周知しています。館内には意見箱の設置も行っています。</p> <p>■送迎時のコミュニケーションや連絡帳や電話での細かいやり取りにより、家族との連携を密にし、そこから得られた意見や要望については、サービス検討会議、ケース検討会議で検討しています。</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。		
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
(コメント)	<p>■管理者を責任者とし、取りまとめは相談員が行っています。また、マニュアルや指針として文書にまとめ、職員に周知しています。研修は平成30年12月に実施しています。</p> <p>■事故防止会議は毎月開催しています。事故の予防に関しては、ヒヤリハット報告書や日々の気付きを情報として収集する「事故ゼロ報告書」を活用して取り組んでいます。</p> <p>■指針やマニュアル内、職務分担表等にリスクマネジメントに関する責任者やリスクマネージャーについて記載することが望まれます。</p>	

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
(コメント)	<p>■看護職員を中心として、感染症予防の体制を整備しています。出勤時の手洗いうがいの励行やノロウイルス予防のための道具を設置する等、具体的な取り組みについても確認しています。マニュアルには感染症ごとに症状や予防方法などをまとめています。マニュアルの見直しは年1回行い、見直し方法についても取り決めていきます。</p> <p>■研修は、平成30年12月に実施しています。サービス検討会議を月1回開催し、会議内で大阪府内の感染症発症の動向情報を収集し、感染状況を周知するようにしています。</p>	
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)	<p>■災害時における安全確保の体制は消防計画書、災害対応マニュアル等の文書にまとめています。平成30年11月には「非常災害時火災地震の対応について」という内容で内部研修を実施し、職員への周知を図っています。</p> <p>■訓練については、行政や消防署と連携した年2回の訓練のほか、デイサービスのみでも年2回、津波を想定した訓練と火災を想定した訓練を行っています。備蓄品は備蓄品リストにまとめ、特養の栄養士による管理を行っています。</p> <p>■管理者不在時の災害に対する体制については、職務分掌を再度点検することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<p>■実際の開示事例はありませんが、開示に関する規程を整備し、関連する帳票を施設の入り口に設置しています。利用者、家族へは重要事項説明書にその内容を記載して説明するようにしています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	非該当
(コメント)	通所施設であるため非該当	
		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
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。		
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。	b
(コメント)	<p>■利用者尊重、プライバシー保護の視点でまとめたマニュアル類を整備しています。新人職員に対しては、自己評価表により周知を図り、また「介護技術向上にむけての取組み」と題した年3回の内部研修により職員全体への周知を図っています。平成30年度は排泄、入浴、食事をテーマにした研修を実施しています。</p> <p>■マニュアルに沿ったサービス提供が行われているかどうか確認する仕組みについては、新人職員以外の職員についても取り組むことが望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■マニュアル類の見直しに関する内容をまとめた文書を整備し、年1回を基本に見直しています。見直しの案は相談員と管理者が作成しています。利用者の対応に関する変更を重要事項説明書に反映させた事例を聞き取りました。福祉サービスの内容を手順書類に反映させている事例として判断しています。</p> <p>■今後は、さらに通所介護計画の内容をマニュアルに反映させたり、事故発生時に、関連するマニュアルを点検する等、実際のサービス提供とマニュアルが連動するような仕組み作りが望まれます。</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。		
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
(コメント)	<p>■相談員を中心に通所介護計画書が作成されています。通所介護計画書は利用者ごとに作成されているケアプランに連動した形で作成しています。作成に当たっては、ケアプラン作成に関わるサービス担当者会議に出席し、その内容や面接調査票の内容を踏まえて介護職員との協働で作成するようにしています。</p> <p>■他のデイサービスの利用を断られた利用者を受け入れた事例を聞き取り、支援困難なケースへの対応事例として判断しています。</p> <p>■通所介護での具体的なニーズを抽出するためのアセスメント方式については、現状の方法で見落とされていない視点はないか等点検し、必要があれば見直すことも含めて検討することが望まれます。</p>	
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)	<p>■通所介護計画書の見直しは、ケアプランの更新に連動した形で実施しています。変更された通所介護計画書は一覧表としてファイリングしているほか、利用者、家族とやり取りする連絡帳についても、通所介護計画書の内容に沿った記述を行うようにしています。</p> <p>■実績を担当ケアマネジャーに直接手渡すようにしており、その際に利用状況を報告するようにしていますが、緊急に通所介護計画書を変更する仕組みについては、その基準や流れを仕組みとして定着させることが望まれます。</p> <p>■通所介護計画の内容が重要事項説明書に反映された事例や利用者の信仰に関する事例、社交ダンスの好きな利用者への対応事例をヒヤリングで聞き取っています。通所介護計画書作成に伴い、マニュアルへの反映や現状で提供しているサービスの課題が抽出されるような取り組みを継続的に行うことが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■利用者により、少しずつ利用時間を増やしたり、利用回数を増やす等職員間で話し合いながら対応し、通所介護計画にも連動させています。通所介護計画の作成に当たっては、主治医が利用者宅へ往診する際に生活相談員がケアマネジャーと共に立ち会いをして、助言が得られるようにしています。</p> <p>■サービス提供に関する責任体制は、職務分掌表にまとめ周知を図っています。サービスの提供は、認知症の利用者であっても会話の中に出るキーワード等から、利用者が言いたいことを理解するように努める等、利用者ができる限り同意できるように配慮しています。</p> <p>■利用者の現状に合った定期的な調査に基づく通所介護計画作成の仕組みについて、さらに整備することが望まれます。サービスの利用状況等の情報については、実績を手渡しする際に伝えるようにしていますが、文書を手渡す等仕組みとして定着させることについて、一度ご検討下さい。</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。	
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。
(コメント)	<p>■利用者の記録はケース記録として利用者ごとにまとめています。サービスの内容は通所介護評価表を用いて点検するようにしています。利用者、家族に提供する情報は、マニュアルを整備して基準を設けるほか、プラスに取ってもらえるような書き方や、楽しんで利用している姿がわかるような書き方をするように配慮していますが、利用者用の連絡帳とケース記録、看護記録の連動については事業所として改善が必要だと感じている部分もあり、改善に向けた取り組みが望まれます。</p> <p>■文書を回覧したり、職員が確認するための連絡帳を館内の1階に設置して確認したり、パソコンのネットワークシステムを活用する等して必要な情報が届くようにしています。</p>
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。
(コメント)	<p>■文書管理や個人情報保護に関する規程を整備し、管理者を責任者とした文書管理を行っています。文書は鍵のかかるところで保管し、保存の期間は文書ごとに年数を決め一覧表にしています。廃棄に関しては、業者に依頼して処分しています。</p> <p>■研修については、その実施が望まれます。</p>
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。
(コメント)	<p>■身体拘束に関する規定やマニュアル類を整備し、身体拘束の廃止に努めています。現在身体拘束の事例はありません。館内には身体拘束ゼロ宣言の掲示もしています。利用者へは重要事項説明書に記載して説明しています。</p> <p>■内部研修は平成30年8月に実施し、また同年7月には集団指導への出席時に身体拘束廃止に関する説明を受けています。車イスに座ったままにならないように、椅子に移ってもらう等利用者ごとに対応し、身体拘束を行わないサービスの継続に努めています。</p>
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。
(コメント)	■預り金管理は行っていないため非該当
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。
(コメント)	<p>■テーブル席での食事、トイレでの排泄を基本にし、ソファや簡易ベッドで寝たままにならないように配慮しています。テイルーム内ではレクリエーションの道具やメニューを複数用意したり、ティータイムを設ける等、楽しんで利用できる様工夫しています。</p> <p>■看護師が機能訓練指導員を兼務しています。他事業所の理学療法士との連携事例について聞き取りました。必要時は連携できる体制があると判断しています。</p>

## 高齢福祉分野【施設系通所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-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)	<p>■利用開始時に、利用者に関する心身の状況や意向などを確認し、予備面接調査票にまとめ、ケアプランと共に通所介護計画書に反映しています。計画は、自宅での生活を目標に作成され、階段を使用した訓練を行う等自立に配慮した援助を行っています。</p> <p>■趣味活動やレクリエーションについては、ドリルや折り紙、塗り絵、書道、絵画、かるた、カラオケ、DVD鑑賞等複数用意しています。地域との交流事例として、保育園児との交流や盆踊り、フラダンス等を地域の方と一緒に行った事例を確認しました。今後は、さらに家族、ボランティア、地域住民との交流機会が増え、社会参加につながるような取り組みを実施することが望まれます。</p>	
A-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)	<p>■認知症の利用者に対しても、会話の中からキーワードになるものを見つけ、利用者の思いを理解するように努めています。また、話しかける言葉を選んだり、女性が話しかけた方が良い利用者へは、女性の職員が話しかける等、利用者ごとに対応を工夫して接しています。新人職員は6か月ごとに、自己評価表を用いて評価し、スキルアップに繋げています。</p> <p>■会話の少ない利用者については、連絡帳を通して、家族と情報を交換し、連携に努めています。また、運営推進会議には、利用者、家族、地域の代表者等が出席し、サービスの透明性を図るとともに、利用者、家族からの意見や思いを聴く場としても活用しています。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	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
(コメント)	<p>■利用者の心身に合った入浴介助を実施しています。入浴時には、できる限り裸のままではないようにタオルを使用したり、プライバシーカーテンを使用して外部から見えないように配慮しています。入浴を拒否する利用者に対しては、時間を置いて声かけしたり、気分転換を図ったり、声をかける職員を変える等工夫しています。</p> <p>■検温後、熱発が確認された利用者については、看護師が判断して、身体の清拭を行う等対応しています。感染症のある利用者は入浴を最後にし、入浴後は浴槽の消毒を行うよう対応しています。事業所から、自宅での手すり設置についてケアマネジャーに提案した事例を聞き取りました。</p> <p>■「介護技術向上にむけての取り組み」と題した年3回の内部研修により職員全体へのスキルアップを図っています。平成30年度は排泄、入浴、食事をテーマにした研修を実施しています。</p>	

A-2-②	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
(コメント)	<p>■トイレでの排泄を基本にしています。排泄介助は定時と随時で排泄表等を見ながら個別に対応しています。トイレ内には空調があるほか、温便座や空気清浄器を設置したり、換気や消臭スプレーを使用する等により、トイレ内の環境整備や臭いへの配慮を行っています。</p> <p>■プライバシーカーテンの使用や同性介助、デイルーム内で排泄に関する直接表現を避ける等、尊厳や羞恥心へも配慮しています。トイレはデイルームのすぐ前にあり、要望に対しても早く対応できる環境にあります。介助者が入院し、他の親族が介助することになった際に、介助方法を助言した事例を聞き取りました。</p> <p>■「介護技術向上にむけての取組み」と題した年3回の内部研修により職員全体へのスキルアップを図っています。平成30年度は排泄をテーマにした研修も実施し、事故ゼロ報告書やヒヤリハット報告書の活用とともに、安全な排泄介助ができるように取り組んでいます。</p>	
A-2-③	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
(コメント)	<p>■自宅での生活を目標にケアプランに連動した通所介護計画書を作成し、自立を支援しています。自宅での生活を想定し、館内の階段を使って訓練している事例を確認しました。安全への取組みは、ヒヤリハット報告書や事故ゼロ報告書を活用し、危険を察知できるように取り組んでいます。また、館内は移動に支障がないよう整理整頓し、事故防止に努めています。</p> <p>■足置き台や食事用テーブルの高さ調節、イスの工夫、手すりへのクッション素材使用等、福祉用具を使ったり、職員で工夫したりして安心して過ごせるように配慮しています。施設に送迎車が到着した際には、2階のデイルームまで、事務所職員とも連携しながら安全に誘導しています。自宅で安全に過ごせるように、使用するベッドを提案した事例について聞き取りました。福祉用具の使用状況については、ケアマネジャーにも報告しています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■入浴や排せつの場面等を通じて皮膚観察を行い、家族とも連絡帳でやり取りする等して褥瘡の予防に努めています。利用中はソファや簡易ベッドを用意していますが、寝たままにならないようにしながら、休息してもらっています。必要な方へは、軟膏塗布や拘縮予防のマッサージを行っています。訪問看護を利用している利用者へは、デイサービスでも同じような対応ができるようにしています。</p> <p>■エアマットの使用やバスタオルの活用方法について、家族へ助言した事例を聞き取りました。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■利用開始時と年4回嗜好調査を行い、献立に反映しています。また、正月にはおせち料理を提供する等、季節に応じて献立を工夫しています。使用する食器は、利用者が食べやすいものを用意し、イベント時には器をお重に変える等して、食べやすさや雰囲気作りにも配慮しています。</p> <p>■厨房がフロア内にあり、ダイルームからも距離が近いため、適温での食事が提供できる環境にあります。他の利用者と一緒に食べることを望まない利用者へは、食べる場所を変えるようにし、落ち着いて食べられるようにしています。</p>	
A-3-②	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
(コメント)	<p>■特養栄養士、看護職員等と連携し、利用者の嚥下能力に合わせた食事内容や食事形態を見極め、食事介助についても利用者の心身の状況に合わせて行っています。「介護技術向上にむけての取組み」と題した年3回の内部研修により職員全体のスキルアップを図り、平成30年度は食事をテーマにした研修も実施しています。また、平成30年11月には「機能的口腔ケア」の研修にも3名の職員が参加しています。</p> <p>■食事中は、車イスの利用者でもできる限りイスに座ってもらうようにし、嚥下しやすい姿勢に配慮しています。</p> <p>■DVDを活用して嚥下体操を実施したり、胃ろうの方の口腔摂取を医師の助言の下で実施する等、経口での食事摂取の視点での取り組みを確認しました。また、飲料にトロミをつけるよう家族へ提案した事例について聞き取りました。</p>	
A-3-③	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)	<p>■入れ歯の使用状況等について、利用開始時に調査し、ケアプランと共に通所介護計画書へ反映させています。口腔ケア計画については確認できませんでした。計画の作成と評価の仕組み作りが望まれます。口腔ケアに関する研修に参加したり、歯科医師から助言をもらうこともありますが、定期的なチェックの仕組みについては確認できませんでした。口腔ケア計画に合わせて、定期的なチェックの仕組み作りが望まれます。</p> <p>■洗口液を用意したり、利用者の状況に応じた口腔ケアの道具を使用し、日常の口腔ケアを行っています。入れ歯が合っていないことについて助言したり、利用者へ合った口腔ケアの道具を提案した事例を聞き取りました。</p>	

		評価結果
A-4 認知症ケア		
A-4-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<p>■ケアプランのアセスメント時や利用開始時の調査により、利用者の認知症に関する状態を把握しています。必要な場合は、主治医と連携して認知症のケアに努めています。デイルームでは、配膳や洗濯物畳み、デイルーム内の飾りを職員と一緒に取り付ける等、役割が持てるよう配慮しています。</p> <p>■平成30年4月に「認知症介護基礎研修」を施設内で開催し、スキルアップを図っています。運営推進会議では、利用者、家族、地域の代表者等の出席のもと、実施しているサービスの状況や必要とされる情報を伝えるようにしています。大きな声を出す利用者や家を出ていってしまう利用者、食欲が止まらない利用者への助言に関する事例を聞き取りました。</p>	
A-4-②	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
(コメント)	<p>■デイルーム内は安全に移動できるように整理整頓し、季節感のある装飾をする等して落ち着いた環境作りを工夫しています。施設が認知症対応の造りになっているため、トイレなどの表示は利用者にとってわかりやすいものとなっています。デイルーム内で落ち着かれない利用者がある場合は、隣にある特養の食堂で過ごしてもらう等柔軟に対応しています。</p>	

		評価結果
A-5 機能訓練、介護予防		
A-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。	a
(コメント)	<p>■ケアプランとそれに沿って作成された通所介護計画書を元に機能訓練を実施しています。機能訓練は看護師が機能訓練指導員を兼務し、介護職員と連携して行っています。日常生活での自立を目標に、歩行の機会を増やしたり、胃ろうの方であっても可能な方には階段を使った訓練を行う等、具体的な状況を確認しました。また、認知症の進行予防のために、計算ドリルや塗り絵など複数のメニューを用意した活動を行っています。</p> <p>■認知症対応型のデイサービスであるため、利用者は認知症の方しかいません。状況の変化があれば、家族やケアマネジャーと連携して対応できるようにしています。</p>	

		評価結果
A-6 健康管理、衛生管理		
A-6-①	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。	b
(コメント)	<p>■送迎時の家族からの連絡や連絡帳、バイタルサインや日常の様子観察により、利用者の体調変化へ早く気付けるようにしています。利用者の疾病や受診している医療機関等必要な情報は、すぐに確認、連絡できるよう「デイ実態」と記したファイルに一覧表にしてファイリングしています。</p> <p>■平成30年4月に、AEDの使用を含めた急変時の対応に関する研修を実施していますが、高齢者の疾病と薬に関する内容の研修は確認できなかったため、実施が望まれます。</p> <p>■利用の状況は、毎回連絡帳に記載し、家族へ伝達するようにしています。</p>	
A-6-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■感染症の予防への対応方法は感染症マニュアルとして文書にまとめています。職員の健康状態についてチェックし、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法についても文書化されています。インフルエンザの予防接種費用は施設で負担しています。</p> <p>■研修は平成30年6月に食中毒、12月にインフルエンザの予防をテーマにして実施しています。館内には、スリッパの自動消毒機や手洗器・消毒薬等の設備機器を設置し、手指消毒を徹底しています。毎月のサービス検討会議では、大阪府内の感染症発症の動向情報を収集し、感染状況を周知するようにしています。</p>	

		評価結果
A-7 建物・設備		
A-7-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	<p>■毎月消防設備の自主点検を行い、建物や設備、備品の不具合がないか確認をしています。デイルーム内は木目調で統一され、壁には季節が感じられる装飾がなされています。デイルームの隣には特養の食堂兼談話スペースがあり、デイルームの扉をできるだけオープンにして自由に行き来できるようにしています。デイルーム内にはソファや簡易ベッドも用意しており、休息の希望にも対応しています。</p>	

		評価結果
A-8 家族との連携		
A-8-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<p>■利用の状況は送迎時に伝えたり、電話連絡、連絡帳等の方法で伝達しています。利用者、家族からの要望は日常的なやり取りの中で聞き取るほか、サービス担当者会議の場面や運営推進会議の場面でも聞き取るようにしています。家族からの相談は必要であれば、ケース検討会議で検討し対応しています。対応の記録はケース記録に記載しています。</p> <p>■利用者の日常の様子や家庭での介護の状況についても、連絡帳等を活用してやり取りし、必要があれば助言を残すようにしています。運営推進会議の場では、介護サービスに関する情報提供や事例の発表等を行い、家庭での介護に役立てることができるようにしています。今後は運営推進会議の場を利用する等して、介護研修を実施したり、介護に関わる最新の情報を提供したり等が継続的にできるような取り組みが望まれます。</p>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	第2みなとデイサービスセンターの利用者
調査対象者数	16 人
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

第2みなとデイサービスセンターを、現在利用されている11名を対象にアンケート調査を行いました。事業所から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、8名の方から回答がありました。（回答率73%）

満足度の高い項目としては、

(1)

- 「職員には話しかけやすい、職員は分かりやすく話をしてくれる」
  - 「通所介護計画を作成される際に希望を聞いてくれる」
  - 「苦情の相談窓口を知っていて苦情や意見を言いやすい」
- について、100%の方が「はい」と回答、

(2)

- 「職員の言葉使いについて、呼びかけの言葉などは適切である」
  - 「利用するにあたり、重要事項説明書等による説明を受けた」
  - 「職員に相談したい時は、いつでも相談できる」
- について、85%以上の方が「はい」と回答

(3)

- 「第2みなとデイサービスセンターは居心地の良い場所になっている」
  - 「急病や事故にあった場合には、第2みなとデイサービスセンターから家族等の緊急連絡先にすぐに連絡してくれている。また、後でその状況や第2みなとデイサービスセンターの対応について説明してくれる」
- について、75%以上の方が「はい」と回答

という結果が出ています。

## 福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

### ①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

### ②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

### ③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等