

**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	ホーム太子堂デイサービスセンター	
運営法人名称	社会福祉法人 竜華福祉会	
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	三好 隆夫（理事長・施設長）	
定員（利用人数）	35 名	
事業所所在地	〒 581-0063 八尾市太子堂4丁目1番32号	
電話番号	072 - 996 - 0026	
F A X 番号	072 - 996 - 5867	
ホームページアドレス	<a href="http://www.ryuge.or.jp/">http://www.ryuge.or.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="http://www.ryuge.or.jp/contact.html">http://www.ryuge.or.jp/contact.html</a>	
事業開始年月日	平成8年4月1日	
職員・従業員数※	正規 8 名	非正規 26 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士18名、 看護師3名、 介護職員初任者研修修了者2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、 喫茶室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

地域の一員として、福祉サービスの提供をしつづける。

### ■施設運営方針

『あたりまえの生活を、あたりまえのこととして暮らせるよう、福祉サービスの提供をしつづける。』

- ・地域に最大限の福祉サービスの提供をおこなう。
- ・特養をも、地域の一部としてとらえる。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①法人の設立そのものが、創設者の民生委員活動から派生している。昭和46年より地域の中の保育園として運営を始め、地域との関係は共栄共存と呼べるものである。地域福祉と施設福祉という対極的な考え方ではなく、地域の中に当然ある施設として、地域の一部としての施設作りに開設以来、取り組んでいる。

②『介護に休みなし』をスローガンに、365日デイサービスを開所している。在宅サービスの提供、相談業務に重点を置き、そのバックボーンとして特養運営に努めている。

③介護の質を決定づけるのは人材であることから、人材育成に力を入れている。研修体制や資格の取得に努めている。特に新人職員には長期の研修期間を設けて、デイサービスにおいてはエルダー制度を用いて業務以外のことでも良き相談者になれるよう体制を整えている。新人職員の離職率の低さに繋がっていると考えています。

④デイサービスでは、基本的に『利用者による選択』をモットーにご利用して頂くよう努めている。例えば、昼食は毎日4種類の献立の中からその場で選び、提供している。生活リハビリの一環として、食事は自分でお膳を取っていただき、自分で配膳できるような仕組みをとっている（出来ない人は手伝っています）。

⑤1単位目のデイサービスに加え、2単位目のイブニングサービスを11：00～20：00で365日営業している。通所でありながら夜間の入浴・夕食の提供を実施し、できる限り利用者の生活リズムを崩さないことを目的に展開している。独居の方や就労等で家族の帰宅が遅い方などニーズは様々である。定員10名と少数であることから利用者の可能性に挑戦できるサービスとしている。

**【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30年12月5日～平成31年2月25日
評価決定年月日	平成31年2月25日
評価調査者（役割）	1101A006（運営管理委員） 1201A006（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

ホーム太子堂デイサービスセンターは平成8年に開設された特別養護老人ホームに併設して事業開始しました。法人理念である「地域の一員として、福祉サービスの提供をしつづける」のもと「介護に休みなし」をスローガンに365日開所しています。日中のデイサービスだけでなく、イブニングサービスとして11時から20時までの利用時間を設定して夕食の提供や、夜間入浴の実施などに取り組んでいます。「利用者の選択」をサービスの基本に置いて、昼食は4種類のメニューの中からその時に食べたいものを選ぶことができ、デイサービスでの時間をどのように過ごすかを利用者自身が決めることを支援しています。利用者は趣味活動やリハビリなど思い思いに過ごしています。デイサービスの隣には喫茶室があり、近所の住民が毎日気軽にコーヒーを飲みに立ち寄り、利用者とは談笑するなど交流が行われています。この喫茶室を地域の自治会や老人会などにも開放しています。法人の目指す地域福祉の拠点としての機能と役割を果たしています。

(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

#### ■働きやすい職場環境づくり

職員の働きやすい環境づくりについては、積極的に取り組んでいます。ワークライフバランス実現のために、職員の事情に合わせた勤務時間の軽減に取り組み、経験を積んだ職員が継続して働くことが出来るように人員の確保にも努めています。メンタルヘルス調査も毎年行い、パワハラ、セクハラ相談窓口も設置して職員に周知して、職員が安心して働き続ける環境の整備に努めています。

#### ■食事を美味しく食べられる工夫

毎日4種類の献立の中から選択することができ、陶器の食器が使われ、配膳時に鍋やジャーで温めた状態で、利用者の目の前で盛り付けが行われています。食事時間は2時間が確保され、好きな時間帯で食事ができ、食席も自由に選べ、和やかで楽しい場となっています。

### ◆改善を求められる点

#### ■職員の研修機会の確保と人材育成

中長期計画、単年度事業計画に人材育成の重要性を明記しています。職員の研修計画は年間ではなく、毎月そのつどテーマを決めて実施していますが、研修への参加人数は50%に満たない状況です。新人研修や外部研修への参加などの取り組みはありますが、研修後の伝達研修など研修内容を共有するしくみが十分ではありません。年間の研修計画を作成し、計画的な研修の実施、また、参加できない職員への伝達方法などを含めた研修全般の仕組みづくりが望まれます。

#### ■記録類の整備

運営会議、拡大運営会議、ユニット課長会議、ユニット会議等と委員会など各種会議が開催されていますが、会議や委員会等での記録が不十分な状態です。また会議等で決定したことがどのように職員に周知したかも明確ではありません。記録の整備と共に文書管理の方法を（どこにどのような文書があるかなど）話し合っ構築することが望まれます。

#### ■第三者委員の設置

現在第三者委員はいません。苦情解決についての密室性の排除と客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために複数の第三者委員を設置する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

第三者評価を実施し、評価機関からの評価を受けることで、現サービスにおいて取り組んでいく必要がある課題がみえました。

課題に関しては、早急に取り組んでいく課題と、長期的に改善を図っていく課題に分け、早速、サービスの改善をはかる活動を行っています。

また、課題も多くみえましたが、現サービスのストレンクス部分も理解することができ、自分たちが行っているサービスの良さを再認識することも出来ました。

第三者から評価を受けることの必要性を強く感じたため、今後は定期的にサービスを評価されるシステム構築を考えていきたいです。

### ◆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。	b
(コメント)	<p>■法人の理念や基本方針は、ホームページやパンフレットに明示しています。また施設内廊下に掲示して、いつでも誰でも見ることができます。</p> <p>■職員への周知に向け、事務所に掲示しており、職員会議や研修時に説明をしていますが十分ではありません。</p> <p>■理念や基本方針を利用者や家族等に周知する取り組みは行っていません。今後はわかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫が望まれます。</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>■社会福祉事業全体の動向については拡大運営会議で情報を共有していますが、具体的な分析にまでは至っていません。</p> <p>■毎月1回のデイサービス課長会議で地域の高齢化率や他施設の整備状況などについて把握をしていますが、分析するまでには至っていません。</p> <p>■デイサービスの利用率や収支表を作成して、職員に閲覧できるように掲示しています。</p> <p>■法人の位置する地域での事業全体の動向を把握し分析することは、事業を計画的に進めていくうえでも重要なので、把握・分析し、検討したことを中長期計画や単年度事業計画に明示していくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■中長期計画、30年度事業計画に取り組むべき課題として、事業の継続や人材育成などについて明示しています。</p> <p>■経営課題の職員への周知は拡大運営会議からユニットチーフ会議に伝えられて、口頭で職員に伝えており、記録は確認できませんでした。</p> <p>■経営課題は職員と共有し、職員とともに検討するなど組織的に取り組むことが望まれます。</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>■中長期計画を作成しています。計画には法人の理念に基づいて、事業の継続、事業の変革、人材の育成についてそれぞれの目標と取り組むべき課題を明確にしています。</p> <p>■計画は平成30年から平成34年までの5年間を見据えて作成していますが、各年度ごとに取り組むべき課題や達成すべき目標への数値指標等がありません。中長期計画は大規模修繕など複数年で取り組むべき課題もあるので、収支計画と合わせてより具体的な計画作成が望まれます。</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>■単年度事業計画は中長期計画をもとに作成しています。</p> <p>■事業計画は職員の意見を反映して作成し、それぞれのユニットや委員会で取り組むべき課題を具体的に明示していますが、課題達成のために目標によっては数値化するなどの工夫をして実施状況の把握をすることが望まれます。</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>■事業計画は前年度の事業の振り返りを行い、各ユニットごとに職員が話し合っ て作成しています。</p> <p>■事業計画は各半期ごとに見直しを図っていますが、利用率などの推移についての報告が中心で、目標に対する達成状況などの検討は不十分な状況です。</p> <p>■事業計画を職員の意見を反映し作成しているため、半期ごとの見直しの際に、計画の進捗状況について検討するなどの取り組みが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■事業計画を利用者等に周知する取り組みはありませんが、事業計画の行事についてはポスターを掲示したり、連絡帳で知らせています。</p> <p>■毎月1回デイ瓦版という広報誌を作成しています。年度の初めに事業計画の内容を簡単にわかりやすくしたものを作成して掲載し、周知するなどの取り組みが求められます。</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。	c
(コメント)	<p>■運営会議、拡大運営会議、ユニット課長会議、ユニット会議などで改善する課題などについて話し合っていますが、記録が不十分な状態です。</p> <p>■デイサービスの自主点検表を年に1回ユニット課長が中心になって作成していますが、職員へのフィードバックはありません。</p> <p>■個々の利用者に対するサービスの満足度などについては、通所介護計画書作成時や苦情などについて対応する場で検討しています。</p> <p>■今後はサービスの質の向上に向けた具体的な計画を職員と一緒に作成するなど、組織的な取り組みが求められます。</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。	c
(コメント)	<p>■各会議等で提供するサービスの質の向上へ向けて、課題の共有はしていますが、どのような方法で改善へ向けて取り組むかを職員と共に検討し、改善に向けて計画を策定し、実施し、評価するというPDCAサイクルを活かした取り組みが求められます。</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込めている。	b
(コメント)	<p>■職務権限・職務分掌規程に管理者の役割と責務を明記しています。</p> <p>■管理者は職員会議や研修会などに出席し、自らの立場と責任について表明しています。</p> <p>■今後は、広報誌などを活用し管理者の役割などを表明して、周知を図るとともに理解を得る取り組みが望まれます。</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>■管理者は法令遵守に関する研修会に参加をしています。</p> <p>■施設内研修で個人情報保護規定についての研修を実施し、ユニット会議では送迎の際の注意事項として交通ルールを守ることなどを話し合っています。</p> <p>■幅広い分野の遵守すべき法令等について、職員に積極的に周知す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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は実施するサービスについて把握するために、現場の職員の意見を積極的に聞き取っています。</li> <li>■拡大運営会議や運営会議などで課題の確認や対応について検討しています。</li> <li>■オンブズマンの活動を受け入れており、オンブズマンの活動終了後に職員との意見交換を行っています。</li> <li>■管理者はサービスの質の向上に意欲を持って取り組んでいます。今後は改善策を検討するなどの体制作りが望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者は職員を定員より多く加配したり、職員の事情に合わせた短時間労働の導入など、適正な人員配置や職員の働きやすい環境づくりに努めていますが、経営の改善や業務の実効性を高めるための更なる取り組みが望まれます。</li> </ul>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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>■中長期計画や事業計画に必要な人材の確保について明示しています。求人チームを立ち上げて人材の確保に向けて取り組んでいますが、目標などが明確ではありません。今後は人材の適材確保や育成に向けて具体的な計画の作成が望まれます。</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>■法人の求める人材として「自己評価に基づき、目標設定に向けての自己啓発が出来ること」「課題発見能力、業務改善提案能力を有すること」と明記しています。</li> <li>■キャリアパスとして任用基準を作成し、各職種の求められる技術や能力を明記して給与表と連動させています。</li> <li>■人事考課は年に1回実施し、自己評価シートをもとに本人、主任、施設長の三者面談を実施しています。</li> <li>■今後は面接結果から個々の職員の課題を設定し、キャリアアップに繋がる取り組みが望まれます。</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>■職員の就業状況の把握は事務員が実施しています。</li> <li>■ストレスチェックを実施し、セクハラ、パワハラの相談窓口も設置し職員に周知しています。</li> <li>■人事考課以外に1年に1回はユニット課長と係長が職員に個別面接を行って、仕事上の悩みなどを聞き取る機会を設けています。</li> <li>■職員クラブ委員会を設置して、福利厚生について職員の意見や要望を聞き、旅行やレクリエーションなどを実施しています。</li> <li>■職員の事情に合った労働時間の設定など、働きやすい環境づくりに取り組んでいますが、改善策などについて計画的な取り組みには至っていません。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員は年に1回「自己評価シート」に目標を記入し、上司と面談を行っています。</li> <li>■新人職員には目標設定後、中間面接を行い、実施状況などについて話し合っています。今後は職員一人ひとりの人材育成計画を作成し、個別の目標が達成できるような取り組みが望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■中長期計画に、施設の求める人材として必要な専門資格や資格取得について明記しています。</li> <li>■研修計画は年間ではなく、月ごとに計画を立てて必要な研修を実施しています。研修に不参加の職員には研修の様子を動画で撮り、見てもらっています。</li> <li>■研修は年間計画を作成して、職員に周知して実施し、不参加の職員には資料等を配布したり、伝達できたことを確認できるような仕組みづくりが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■新人職員は採用後3か月間は座学を中心とした研修に力を入れています。新人職員には5年未満の職員が指導し、その職員をベテラン職員が指導しています。</li> <li>■外部研修への参加は積極的に推奨して、職員の希望を取り入れて実施していますが、伝達研修の仕組みがありません。今後は職員一人ひとりの必要な研修を計画的に実施し、次年度につながる研修計画の作成が望まれます。</li> </ul>
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「実習生受け入れマニュアル」を作成しています。マニュアルには実習生の受け入れの意義など基本姿勢を明記しています。</li> <li>■社会福祉士、介護福祉士、司法修習生などそれぞれの専門窓口とプログラムを準備して受け入れています。</li> <li>■実習指導者は研修を受けた職員が担当し、学校側と連絡を取りながら指導が行われています。</li> </ul>

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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ホームページに法人理念や基本方針、福祉サービスの内容、予算決算報告などを公開しています。</li> <li>■苦情は平成29年度に1件と少なく、公表はしていませんが、広報誌などを利用し、小さな苦情やその対応も含めて利用者等に周知することが望まれます。</li> </ul>
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設における経理や取引に関するルールは経理規程等に明記していますが、職員への周知は不十分な状況です。</li> <li>■外部の会計事務所と契約して、毎月1回経営状況を見てもらって助言を得ていますが、より公正かつ透明性の高い運営のために外部監査の活用などの取り組みが望まれます。</li> </ul>

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「地域の一員として福祉サービスの提供をしつづける」を法人理念としています。</li> <li>■秋祭りや認知症カフェ、おっちゃんカフェなど、施設1階の喫茶コーナーを利用して、地域住民と利用者との交流を図っています。</li> <li>■デイサービスの利用者は地域住民でもあるので、地域の行政や医療機関、また町内会や老人会などの情報を積極的に収集し、日常的に連携を図る取り組みが望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■「ボランティア受け入れマニュアル」にボランティア受け入れについての趣旨や目的を明示しています。</li> <li>■受け入れるにあたっては、希望者と面接し希望する内容を聞き取って、活動にあたっての注意事項などを説明しています。</li> <li>■毎年1回、ボランティア交流会を実施して活動への意見や要望などを聞き取るようにしています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■社会資源リストとして他のサービス事業所のパンフレットなどをファイルして事務所に置いています。</li> <li>■八尾市の事業所連絡協議会に参加して、人材確保のための就職フェアなどに協同で取り組んでいます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設内の喫茶室は地域住民も利用しており、利用者との交流の場となっています。また喫茶室は地域自治会や老人会の開催場所として開放し、多くの地域住民が気軽に入出入りをしています。</li> <li>■併設の地域包括支援センターが中心となり、介護サロン、認知症カフェ、介護相談などを実施しています。</li> <li>■災害時の福祉避難所に指定されており、防災マニュアルにも災害時に施設が地域に対して果たす役割を明記しています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■理事長が地域の民生委員を担っており、定期的に会合に参加することで地域の福祉ニーズの把握に努めています。</li> <li>■併設の地域包括支援センターで介護者教室や認知症カフェなどを実施し、コミュニティソーシャルワーカーを配置して社会貢献事業にも参加しています。</li> </ul>	

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。	b
(コメント)	<p>■事業計画書、重要事項説明書に理念、基本方針として「人権を尊重し、敬愛の気持ちを持って福祉サービス提供」と明示しています。日々の中で職員が理解し実践できる取り組み、周知について更なる工夫が望まれます。</p> <p>■人権を守る、尊厳について人権研修をしています。研修、勉強会に全職員が参加できる工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の人権尊重とプライバシー保護について、職員が十分理解しサービスを実施する取り組みが望まれます。</p> <p>■利用者の虐待防止マニュアルが確認できませんでした。利用者の人権を守るサービス独自のマニュアルを作成し、研修等にて周知することが望まれます。</p> <p>■入浴後、整髪をする場所について、視覚を遮る等の工夫が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
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
(コメント)	<p>■施設概要について写真入りで文字を大きく見やすくしたパンフレットを、施設事務所に配架しています。</p> <p>■見学、体験入所について365日対応として、館内を含めサービス利用についても丁寧に説明、対応しています。体験入所についての記録を残しています。</p> <p>■利用希望者に対する情報提供について適宜見直すことが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2)-②		b
(コメント)	<p>■契約時に重要事項説明書、利用契約書にてサービス内容、利用料金について分かりやすくするためにマーカーなどを使用して説明しています。</p> <p>■意思決定困難な利用者への配慮についてのルール化した文書は確認できませんでした。今後、意思決定困難な利用者への配慮について、成年後見制度の紹介等と併せて文書化し周知することが望まれます。</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>■他施設への移行についてカンファレンスを開催し、サービス提供に不利益が生じないように配慮している事例があります。</p> <p>■サービス事業所が変更になる場合の対応について、担当介護支援専門員を通じての変更先・変更元の事業所との引継ぎ方法や引継ぎ資料の様式などを定めることが望まれます。</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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■食事に対する給食アンケート調査をしています。</li> <li>■利用者・家族には、通所介護計画の見直し時に意見を聞いています。</li> <li>■利用者の満足度を定期的に調査・把握し、これを福祉サービスの質の上昇に結び付ける取組をすることが求められます。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■苦情解決責任者、苦情受付担当者は設置していますが、第三者委員は設置していません。苦情解決についての密室性の排除と社会性、客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決の援助のために第三者委員を複数設置することが求められます。</li> <li>■1階事務所に意見箱を設置しています。苦情処理・相談記録用紙があり、苦情内容・相談内容、詳細、対処方法について記録が行われ、相談苦情ファイルに綴られています。フィードバックや公表はしていません。苦情を申し出た利用者等への経過や結果の説明、申し出た利用者等に不利益にならない配慮をしたうえでの公表が求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■1階に相談室、喫茶室があり、相談しやすい環境になっています。</li> <li>■デイフロアに当日勤務する職員の顔写真が掲示してあり、その日の役割を明示していますが、写真を見て相談する相手を自由に選べることの説明はありません。利用者や家族が相談したい場合には、複数の方法や相手を自由に選べることを明示した文書の配布や掲示などの工夫が望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■苦情相談処理マニュアルについて職員に周知することが望まれます。</li> <li>■意見箱を1階に設置していますが、ほとんど利用されていません。フロアの記入しやすい場所に設置するなどの検討が望まれます。</li> <li>■職員は日々のサービス提供場面で、利用者の要望、意見などを聞き取っていますが、その内容を検討し改善した事例を記録に残すことが望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事故対応マニュアルを作成して職員に周知し、事故発生予防に努めています。</li> <li>■小さなことでもヒヤリハット報告書を作成し、事故の発生状況や対応について記録しています。</li> <li>■リスクマネジメント委員会を毎月1回開催し、収集した事例をもとに改善策などを協議して、その結果を施設内ネットワークシステムで職員に周知しています。</li> <li>■リスクマネジメント委員会で事例の集計や分析が行われていますが、事故の再発防止に向けて職員への研修や改善策などの周知徹底に取り組むことが望まれます。</li> </ul>	



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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■感染症対応マニュアルを作成して、緊急時の対応体制などを明記し、職員に周知しています。</li> <li>■施設内研修で毎年インフルエンザ・ノロウィルスの対応について研修していますが、参加者が少ない状況です。</li> <li>■感染症対策委員会で月に1回マニュアルの見直しに取り組み、「平成30年度デイサービスのインフルエンザ対応マニュアル」を作成しました。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■平成30年6月の大阪府北部地震を受けて8月に防災マニュアルの見直しをして、地震や風水害時の対策や災害発生時に地域に対して果たす役割などを明記しています。</li> <li>■年に2回利用者や家族に参加してもらい、消防署立ち合いでの避難誘導訓練を実施しています。</li> <li>■今後は、災害時など利用者や職員の安否確認の方法などを定めて、職員に周知することが望まれます。</li> </ul>	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■過去に家族や介護支援専門員から情報請求があり提供していますが、開示記録などについて確認できませんでした。開示請求を受けた場合の対応方法を規定、マニュアル等に明文化することが求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各マニュアルに、利用者を尊重しプライバシーに配慮した支援方法が記載されています。必要時いつでも閲覧できるような配慮が望まれます。</li> <li>■標準的な実施方法について新人職員への指導は実施しています。今後は、職員全員に周知徹底したうえで、標準的なサービスが提供できているかを確認する仕組み作り（いつ、どういう方法で、だれが確認するかなど）が望まれます。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉サービスの標準的な実施方法について見直しは行われていません。定期的に現状を検証し、必要な見直しをするための仕組みを定めることが求められます。</li> <li>■標準的な実施方法の見直しは、職員や利用者等からの意見や提案に基づき、また個別的な通所介護計画の状況を踏まえ実施することが求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アセスメント用紙として利用者基本情報、アセスメント様式に記載しています。アセスメント用紙には介護方法、用具、場所等を記載していますが、統一したサービスが提供できるよう空白部分についても明記することが望まれます。</li> <li>■ケアカンファレンスには、利用者・家族の参加を促す工夫が望まれます。</li> <li>■通所介護計画書を作成し、パソコンネットワークで情報共有しています。日々のケア内容がサービス計画に沿って提供されているかを確認する仕組みについて、パソコンネットワークや記録様式の工夫などを行い、日々業務に関わるスタッフが各目標ごとに実施状況や達成度をチェックする仕組みづくりが望まれます。</li> <li>■アセスメントの作成から、通所介護計画の作成、他部門、他職種との連携や、利用者の意向・サービスの実施内容の確認等の手順について、職員の理解を深めることが望まれます。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■担当スタッフ制にて計画、実施、評価、見直しを行う仕組みとしています。見直す時期は、短期目標に合わせて見直しています。時期設定、変更手順（緊急に変更する場合の仕組み等）、見直された計画を周知する方法、手順について明記した文書はありません。文書化し、職員への周知が求められます。</li> <li>■標準的な実施方法に反映すべき事項、十分にできていない内容について課題を明確にし、サービスの質の向上に取り組むことが求められます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用開始時に定められたアセスメント様式を使用し、各担当職員参画のもと、担当者会議を開催し、自立支援に基づいた計画を作成しています。</li> <li>■サービス計画作成にあたっては、往診時などの機会に医師の専門的アドバイスを求めることが望まれます。特に認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）については、サービス提供方針を医師の助言、指導を得て作成することが望まれます。</li> <li>■施設サービス計画は、家族や新人職員にも理解できるよう工夫することが望まれます。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の状況については、利用者基本情報に記載し、サービス実施状況については、ケース記録参照一覧に記載しています。周知が必要な記録に関しては「業務日誌」に記載し、朝礼、終礼で情報共有し、確認しています。</li> <li>■計画に沿ってサービスが行われていることが、ケース記録から確認できませんでした。サービス計画に沿ってサービス内容が行われているかについて、日々チェックすることができる記録様式を検討することが望まれます。</li> <li>■記録の書き方について記録要領を作成し、個人差が出ないように工夫することが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個人情報保護規程、契約書に個人情報保護について記載があります。契約時に個人情報の取り扱いについて説明し、同意書に記名してもらっています。</li> <li>■個人情報保護規程に個人データ適正管理、情報開示について規定しています。個人情報保護管理者は総合施設長です。</li> <li>■個人情報の取り扱いについて研修しています。全職員が個人情報保護の重要性について理解し遵守することが望まれます。</li> </ul>
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■重要事項説明書に身体拘束原則禁止としていますが、利用者や家族等に理解を求めらうえでも「身体拘束ゼロ宣言」の掲示が望まれます。</li> <li>■身体拘束を含む高齢者虐待防止、人権擁護の研修をしています。現在、対象者はいませんが、拘束禁止の意識を高めるためにも、全職員が学べる工夫や外部研修に参加することが望まれます。</li> </ul>
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)	■利用者の金銭を預かり管理していないため非該当とします。
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■寝たきりで全身の筋力低下が著しい利用者が、外出の機会としてデイサービスを活用している例もあります。利用時は体調に合わせた車いすを活用し、食事はベッドから離床し食堂で摂ってもらうよう促しています。</li> <li>■筋力維持、体力維持のため、ラジオ体操やクラブ活動に誘い、必要に応じ看護職員が助言しています。歩行練習など利用者の状態にあったプログラムが実施され、歩く意欲につなげています（「お遍路さんコース」プログラム）。</li> <li>■利用者の状態に応じ、一人ひとりに合った時間・方法を工夫し、寝たきり、起こしたきりにならないよう通所介護計画を作成し実施することが望まれます。</li> </ul>



## 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な工夫している。	b
(コメント)	<p>■利用者の状況や希望に応じ自分で選んで決められる環境を作っています。人生を楽しく暮らせ、趣味、楽しみを見つけてもらえるようにアクティビティの種類は多彩に用意しています。利用者一人ひとりに応じた生活になっているかどうか聞き取りを徹底し、検討・改善、参加できる工夫の取り組みを継続することが望まれます。</p> <p>■施設外機能訓練は年間計画と個別機能訓練に位置付け、秋の季節、雰囲気を楽しみながらの歩行訓練をしています。</p> <p>■利用者の活動を多彩化するために、ボランティア、地域住民の参加と共に家族参加の工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■日常生活の中で話したいことを話せる機会を作るまでには至っていません。関係が親しくなるとコミュニケーションをとる中で言葉遣いに注意が必要となります。自尊心を傷つけるような言葉遣いを慎むことが望まれます。</p> <p>■意思表示に配慮が必要な利用者にはホワイトボードを使用し、必要時は筆談しています。</p> <p>■利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行う際に、言葉遣いに対する配慮や接遇の在り方について、接遇マナー研修に参加した職員を中心に接遇マニュアルを作成し、周知することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の心身の状況に応じた入浴方法を選択し、実施しています。浴室の扉の前にのれんが掛けられていますが、扉を開けた際に中が見えないようプライバシーに配慮した工夫が望まれます。</p> <p>■入浴を拒否する利用者に対し、なかなか入浴できず2人介助、3人介助で対応した記録があります。誘導方法、声かけ、具体的な介助方法について記録に残し、再検討することが望まれます。</p> <p>■入浴の可否について入浴の条件として基準を定め掲示しています。主治医意見書にて入浴許可を得ている利用者もいます。アセスメント一覧（入浴）にて把握しています。</p> <p>■残留塩素チェック、清掃チェックにて入浴を安全に清潔に留意しています。</p> <p>■入浴の様子、介助のコツ等、家族に情報提供し、家族等との連携を深めることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■心身の状況、意向を踏まえ、トイレでの排泄介助の工夫をしています。手すりは左右どちらでも使用できるように配備しています。また、腰痛予防対策としてリフトを設置しているトイレもあります。</p> <p>■排泄介助は基本的に同性介助とし、必要物品のみを携帯して介助しています。新人職員によっては、介助に時間を要することもあります。声かけや丁寧な介助をすることが望まれます。</p> <p>■トイレ使用状況や手すり使用による安全性等について、また皮膚観察、健康状況等についても情報提供し連携することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の心身の状況に応じ車いす以外に各種杖、三点、四点歩行器、ピックアップ式歩行器、馬蹄形歩行器、シルバーカーなど多種の福祉用具を用意しています。福祉機器として、トイレと浴場内にリフトを配備するほか、スライディングボード、スライディングシートの配備もしています。使用、実施する際には職員間で介護方法に違いがないように取り組むことが望まれます。</p> <p>■車いすでの日常生活が安全に送ることができるように筋力、体力維持、移動範囲を広げレクリエーション活動を支援する計画書があります。</p> <p>■移動しやすいように動線をつくっています。食堂利用時、シルバーカーを使用する利用者にも職員が見守りを実施しています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■車いすの生活を安全に送ることができるよう、姿勢が崩れてきたら姿勢を正しく整える等、座位保持に努めています。入浴介助時、皮膚に異常がないか観察しています。</p> <p>■皮膚トラブルや褥瘡者の入浴方法について看護職員による指導を受け、入浴後の軟膏処置等は看護職員が実施しています。</p> <p>■褥瘡や皮膚トラブル発見した際は状態を含め家族に情報提供し、必要時受診を促しています。</p> <p>■褥瘡の予防について皮膚の状態確認、清潔の確保の方法などを定めた手順書はありません。職員への研修についても確認できませんでした。褥瘡の発生予防をするために標準的な実施方法を確立し、周知徹底するための研修、個別指導について検討することが望まれます。</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>■毎日4種類の献立のなかから選択することができ、陶器の食器が使われ、配膳時に鍋やジャーで温めた状態で、目の前で盛り付けが行われています。</p> <p>■11:30~13:30の時間帯で利用者の好きな時間に食事ができるようにしています。席も自由に選べるようにし、和やかで楽しい雰囲気づくりをしています。</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。	b
(コメント)	<p>■食事形態は利用者の嚥下能力に合わせて（主食：ご飯・軟飯・お粥・粥ムース・パン／副食：普通・一口・刻み・ミキサー・ムース）提供しています。</p> <p>■食事時間は2時間確保し、食事だけでなく、配膳・下膳も含めて利用者ができることは、できるだけ自身でもらえるよう支援しています。</p> <p>■利用者の状況に応じて、主食はおにぎりにして提供し、水分はトロミをつけています。喉詰めに注意しながらゆっくり食べてもらえるように声かけしていますが、誤嚥が起きた場合など食事中に想定される緊急時対応等の手順や学びがありませんでした。手順・対応方法などを周知することが望まれます。</p> <p>■食事量については全員の記録があります。水分量については、要望があれば個別対応として水分補給実施記録はありますが、量まで記録していません。水分制限のある利用者を含め1日の目標水分量、摂取量が不足している利用者を把握し、必要な手立てを講じることが望まれます。</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>■口腔ケアについては、利用者・家族の希望があれば実施しています。デイサービス利用時、食物残渣（食後、口の中に残された食べ物のカス）が多い利用者にはうがいを促し、家族等にうがいの必要性について情報提供しています。</p> <p>■不衛生な口腔状態における唾液誤嚥だけでなく、誤った口腔ケアによっても誤嚥性肺炎が生じます。食後のケア、口腔内のチェック、機能維持・改善への支援などに関する方法の検討、並びに口腔ケア研修の実施が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の生活能力に応じてレクリエーション活動、リズム体操、生活トレーニングに参加しています。役割として、配膳・下膳・タオルたたみをしています。外に出かけようとする利用者に対しても職員が見守り、一緒に付き添っています。</p> <p>■症状悪化時等の症状やケア実施状況、生活上の配慮について、医療スタッフに相談し、行動パターン、リスクを十分理解し、支持的、受容的なかわりを重視した支援が望まれます。</p> <p>■地域包括支援センターの介護予防教室やサロンなどのチラシを連絡帳に同封し、家族の参加を促しています。社会資源等を手元に配架する、参加状況を聞くなどが望まれます。</p> <p>■認知症介護実践者研修に参加した職員を中心に、職員全員で支援方法を検討しやすきよう観察記録を記載し、利用者一人ひとりの症状に合わせた活動が継続してできるよう支援の工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■フロア内の席について、好きな場所を自由に選んで座っています。畳のスペースもあり、一人ひとり和やかに過ごせるようにしています。手作業クラブの作品が展示され、水槽には熱帯魚が泳ぎ、癒される空間となっています。</p> <p>■フロア最終チェック表にて清掃、片付け、鍵、消灯確認し、ガスコンロ・ガスボンベ使用に際しては、管理表にて確認しています。</p> <p>■食品サンプルを異食した事例があり保管、管理を適切にすることが望まれます。</p> <p>■施設玄関の施錠をせず、認知症の周辺症状のある利用者への対応としてスタッフ付き添いのもと屋外に出られる体制にしています。</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。	b
(コメント)	<p>■個別プログラムを作成し、歩行訓練・立位訓練・可動域訓練等看護職員の助言、指導（足の位置、歩き方等について）に基づいて実施しています。評価・見直し内容について検討することが望まれます。</p> <p>■歩行訓練として13時にBGMが流れ、廊下を周回する歩行訓練（お遍路さんの名称で歩行道程表を掲示）を実施しています。一周毎に判子を一つ捺印することで、成果が記録され、利用者が自主的に訓練する効果を高めています。</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>■利用開始時・入浴前に血圧、体温などのバイタルチェックを行っています。異常を認めた際は看護師に報告し、指示を仰いでいます。状況変化（せき、むせこみ、便、尿の異常、皮膚の異常等）に応じ早く気付くための工夫について検討することが望まれます。</p> <p>■服薬について、薬預かり者に○マークを入れ、実施後●マークを記入して与薬を確実にしています。高齢者の病気や薬についての研修会の開催や、緊急時の連絡先や対応方法などを記載した緊急時の対応手順書を作成し掲示するなど、職員に周知徹底することが望まれます。</p>	
A-6-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■出勤時は必ずうがい、手洗いをするなど、感染症や食中毒の防止に努め、就業前の健康状態についてチェックし日常的に把握する仕組みの検討が望まれます。利用者の食事前の手洗いについて徹底することが望まれます。</p> <p>■インフルエンザ、ノロウイルスの研修に参加しています。参加できていない職員にその内容を伝え、予防対策や急な嘔吐等に迅速に対応できるように実地訓練等を計画することが望まれます。</p> <p>■家族、来館者への手洗い、手指消毒掲示に加えて、廊下、手すり、車いす等、利用者が使用する箇所にも消毒を定期的実施しています。</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。	b
(コメント)	<p>■テーブル、ソファ、家具などを配置し、家庭的な雰囲気づくりに努めています。畳を利用し、くつろげる空間があります。他者の視線が適度に遮断され周囲の刺激に乱されない工夫が望まれます。</p> <p>■建物・設備の点検は外部業者により定期的に行われています。送迎車の定期点検もしています。フロア最終チェック表にて車いす、歩行器の掃除や点検（ブレーキ、タイヤ空気）をする仕組みがありますが、定期的実施点検している記録について工夫が望まれます。</p> <p>■喫煙者は煙草を自己管理し、吸いたくなれば職員に声をかけ、付き添いのもと屋外で喫煙しています。テイフロア内には煙、煙草臭はありません。</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>■利用者・家族とは、送迎時や連絡帳などを使い、デイサービス利用時の状況や自宅での状況を報告しています。また家族の状況や様子も観察し、腰痛のある家族について介護支援専門員に報告した事例があります。</p> <p>■相談体制は設けていますが、介護・介助方法を把握するまでには至っていません。必要に応じ介護・介助方法を把握し、家族（介護者）に対し助言や介護研修を行うことが望まれます。</p> <p>■家族が必要とする情報提供を行い、必要時、介護支援専門員など専門職につなげることが望まれます。</p>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	ホーム太子堂デイサービスセンターの利用者
調査対象者数	123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）

ホーム太子堂デイサービスセンターを、現在利用されている123名を対象にアンケート調査を行いました。ホーム太子堂デイサービスセンター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、78名の方から回答がありました。（回答率63%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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」  
●「職員には話しかけやすく、また分かりやすく話をしてくれる」  
●「ホーム太子堂デイサービスセンターを利用するにあたり、サービス内容や利用料金について重要事項説明書等による説明を受けた」  
●「通所介護計画を作成される際に、意見や要望を聞いてくれる」  
●「職員に相談したい時は、いつでも相談できる」  
●「入浴時、落ち着いて自分のペースで入浴することができる」  
について、80%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