

福祉サービス第三者評価結果報告書 【高齢福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	デイサービスセンターうえだ	
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳会	
福祉サービスの種別	通所介護	
代表者氏名	巽 尚子（施設長）	
定員（利用人数）	30 名	
事業所所在地	〒 580-0016 大阪府松原市上田8-11-11	
電話番号	072 - 339 - 1662	
FAX番号	072 - 339 - 1660	
ホームページアドレス	http://www.shoutokukai.net/	
電子メールアドレス	tairouueda@shoutokukai.or.jp	
事業開始年月日	平成22年4月1日	
職員・従業員数※	正規 10 名	非正規 9 名
専門職員※	社会福祉士 1人 介護福祉士 6人 看護師 6人 准看護師 3人 理学療法士 1人	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 食堂・デイルーム、機能訓練指導室、一般浴室、 静養室、相談室、事務室、 便所5か所（うち多目的トイレ2）	

※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】

【理念】

わたくしたちは人権尊重の精神を基盤に、自らの知性を高め、常に反省、親切、相互理解に努め、誠の心を養い、高齢者と子どもたちの自由と権利を守り、明るく健康的な生活ができるように精進します。

【基本方針】

地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図る。

【施設・事業所の特徴的な取組】

法人の由来は、明治35年12月に全国で4番目の養老施設として創設した「大阪養老院」を起源としています。デイサービスセンターうえだは平成22年4月に特別養護老人ホーム「大阪老人ホームうえだ」とともに開所。理学療法士を配置し、生活の質を改善するプログラムを行っています。

手芸や絵画、書道など手先を活かした作品づくりに取り組んだり、運動的なプログラムなど様々なメニューをご用意しています。また、ご利用者のご意見やご希望に応じて、それにお応え出来るよう様々なプログラムを企画しています。介護予防への取り組みも進めており、どなたにでも手軽にできる体操や歩行訓練などを通じて、現在の身体能力の維持・向上を行っています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ふくてっく
大阪府認証番号	270003
評価実施期間	令和3年10月13日～令和4年7月22日
評価決定年月日	令和4年7月22日
評価調査者（役割）	0401A138（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 0401A140（その他） （ ） （ ）

※書式の入力設定の都合で年号が「令和」表記になりません。
平成33年は令和3年、平成34年は令和4年と読み替えてください。

【総評】

◆評価機関総合コメント

施設は天王寺から近鉄南大阪線で最寄り駅の河内松原まで約10分、駅から施設まで歩いて約10分と大阪市内からのアクセスが良く、また、車でも阪神高速道路、西名阪自動車道、近畿自動車道の松原JCTがあり、車での便も良い。

南側に位置し日差しがよく入り、自然な明るさで落ち着いた施設です。ご利用者28名に対して職員が6～7名という少人数制なので、初めての方でも気兼ねなく参加しやすい雰囲気です、一日楽しく過ごしていただけます。

法人は120年の歴史を持ち、松原市に根差した地域課題とともに広く我が国の福祉課題と真摯に向き合っています。理念・基本方針にもあるように、人権尊重を基盤として地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図っています。

◆特に評価の高い点

【中長期計画および事業計画の組織的策定 事業報告書】

法人は広くわが国の福祉課題と120年の長きに亘って共に歩んだ地域の課題を踏まえ、壮大な中長期ビジョンを策定しています。これに基づいてデイサービス部門では管理者が施設長の指導のもと事業計画を作成し、さらに月次目標を職員室に掲示して職員間で共しています。

【管理者のリーダーシップ】

デイサービス部門管理者は、その役割と責任を明確にするとともに、月2回のフロア会議や朝のミーティング時にサービスの質の向上に向けて指導力を発揮しています。

【利用者本位、権利擁護】

法人理念や「わたしたちの誓い」、施設独自の「私たちの3か条」、さらに事業計画の主な取り組みにも利用者尊重へ姿勢が明記され、職員への周知も行っています。

職員は利用者が自分らしく日々の暮らしを主体的に過ごせるよう、プライバシー保護にも配慮して支援を行っています。

【利用者からの意見・苦情の受け止めと対応、第三者委員の活動】

利用者から相談や意見を述べやすい環境を整え、その仕組みをイラストも交えてわかりやすく示しています。法人に8名の第三者委員をおき、年1回の第三者委員懇談会で前年度の苦情等を総見して助言するなど、しっかりと活動しています。

【アセスメントに基づく個別支援計画】

ケアマネジャーを中心に多職種が連携してアセスメントに基づく個別支援計画を策定しています。科学的介護情報システムを活用し、客観的な根拠に基づいて再現性のある介護支援を実施し、利用者の自立支援や重度化防止につなげていくことを目的としています。

【快適な生活環境と日常生活支援、バラエティ豊かな食事】

利用者の介護度やADLに応じて選択制プログラムを採用して、利用者一人ひとりの快適な一日の過ごし方を保障しています。

職員は、入浴・排泄・移動等の日常生活支援については、利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、また思い思いの主体的な生活を支えて見守る姿勢で対応しています。特に食事には拘りがあり、バラエティ豊かなメニューを提供しています。

【特別なケア】

機能訓練・介護予防、認知症ケアなど困難なケアについて、職員は高いスキルをもってチームケアに努めています。

◆改善を求められる点

【事業計画の利用者等への周知】

事業計画はファイリングして閲覧に供するほか、季刊誌にもわかりやすく掲載して周知に努めていますが、周知の状況は十分ではありません。

利用者に直接かかわる内容については、より丁寧に説明して理解を促すことが求められます。

【PDCA】

このたび初めて受審した福祉サービス第三者評価を契機として、事業所内に自己評価の取組を定着させ、評価結果に基づいてサービスの質を改善する仕組みを構築するよう期待します。

【関係機関との協働】

関係機関との交流は充実していますが、それらの機関と協働して地域課題の解決に取り組むことが十分ではありません。地域福祉の中核施設を目指すという展望があればこそ、より積極的な活動を期待します。

【利用者満足の把握】

利用者満足の把握を目的とする家族懇談会の、ウイズコロナ社会における新しい創意工夫による再開を期待します。

【避難訓練への利用者参加】

関係機関との交流は充実していますが、それらの機関と協働して地域課題の解決に取り組むことが十分ではありません。地域福祉の中核施設を目指すという展望があればこそ、より積極的な活動を期待します。

【標準的な実施方法の文書化と見直し】

利用者の一日の過ごし方や生活支援の手順に関する標準的な実施方法の文書化と、その定期的な見直しの仕組みが求められます。

【口腔ケア】

積極的な口腔ケアが行われていません。職員に対する口腔ケア研修を実施して、利用者の主体的な口腔ケアを支援する体制を期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審しました。
客観的な立場で評価していただいたことで、施設での課題が明確化されました。また、利用者・ご家族様のアンケート調査結果で、高い評価をいただきましたが、さまざまなご要望をいただきましたので、その内容を職員で共有し、さらに良いサービスの提供ができるように、取り組んで参ります。

◆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・基本方針はホームページ（以下「HP」）や各事業所のリーフレット、事業計画書に記載しています。リーフレットは一枚もの表裏に提供するデイサービス事業の概要紹介に沿って、その冒頭に法人理念を明記しています。理念の文字はやや小さいですが、写真等をふんだんに盛り込んで、事業所特性は分かりやすく、理念に込めた想いを伝えています。事業計画書は施設玄関に誰でも閲覧できるように設置するとともに、月次目標を事務室に掲示しています。職員は毎朝のミーティングで月次目標、毎月の職員会議で理念の唱和を行い、その理解を深めています。</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。	a
(コメント)	<p>松原市「介護予防・日常生活支援総合事業」において、当法人のケアセンターが松原市地域包括支援センターのランチに位置づけられるなど、地域の各種福祉計画の策定・推進を先導しています。月次の業務報告書に実績報告、事業課題と対応をまとめ、法人代表者会議で各事業所の報告を総覧して地域福祉にかかる動向を把握・分析しています。月次報告では事業所の利用動向（利用者数・稼働率の推移）をタイムリーに分析して経営状況の把握にも努めています。</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。	b
(コメント)	<p>前項目で評価したように、毎月の法人代表者会議において各事業所の月次報告等から現状の把握と経営課題の明確化が行われています。改善すべき課題は各事業所代表を含む役員間で共有され、その解決・改善に向けた具体的な取組が進められています。こうした取組はデイサービス職員には十分に伝わっていませんが、わかりやすいテーマを月次目標に掲げて実践しています。全ての職員が管理職以上の取組に理解を持つことが大切ですので、今後はその取組経緯の周知を期待します。</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。	a
(コメント)	法人では2025年を見据えた第5期中期計画（2017年3月策定）、さらには2040年を見据えた8つの計画を策定しています。中・長期計画は、当法人の発足以来の理念を基に、その後の社会情勢の変化や近未来の展望に即して包括的かつ核心的な目標設定となっています。それだけに、具体的な数値目標を設定することは十分ではありませんが、明確なビジョンと成果目標を示しています。デイサービス職員に限れば、併設する特別養護老人ホームと対照的に「わからない」とする意見が多く、周知の取組が課題となっています。	
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
(コメント)	単年度事業計画は、中・長期計画を踏まえて、より具体的な内容が示されています。計画は単なる行事計画ではなく、選択制プログラムの充実目標など実現可能かつ具体的な内容となっています。計画内容によっては必ずしも数値目標の設定に馴染まないものもありますが、利用稼働率の目標を設定するなど具体的な成果目標を設定しています。	
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。	a
(コメント)	事業計画策定における職員の参画状況については、リーダー以上の常勤職員には否定意見がなく、計画策定のプロセスは適切であると評価できます。事業計画は、予め定められた時期に会議等で検討し策定されており、年度中と期末に評価して見直しています。デイサービス職員に限れば、やはり「わからない」とする意見が半数を占めていますが、中・長期計画の周知度に比して理解があることが認められます。事業計画に沿って、職員が主体的に月次目標に落とし込んで励行していることが奏功しているようです。	
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)	事業計画書は施設玄関にファイリングして利用者・家族等の閲覧に供して周知をしていますが、コロナ禍の影響が根強く、家族等との情報交流は従前のような活性を喪失しています。今後は、防疫体制に留意しつつ、ウィズコロナを前提とする新たな日常に即した取組の創生を期待します。	

		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>法人や各事業所では、PDCAサイクルに基づく事業計画や人事考課の目標管理等を行っており、サービスの質の向上に向けた取り組みが行われています。職員会議では、事業計画に基づいた月間目標（5月：ことば使いに気を付けよう・コミュニケーションに努める）を定め、これを事務室に掲示して毎日朝礼で唱和しています。また、月間目標の達成度を確認しながら「支援の質を向上するために大切にすべきこと」等を話し合い、次月の目標は全職員が参加する会議で決めています。人事考課の過程でも、職員は目標を設定して半期ごとに評価して資質の向上に取組んでいます。第三者評価の受審は今回が初めてです。今後は、受審結果を検討する場を設け、さらなるサービスの質向上に努められることに期待します。</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>第三者評価は今回が初めての受審ですので評価結果にもとづく改善の取り組み等は今後のこととなりますが、法人や事業所で作成されている中期経営計画書や事業計画書は、前年度の取り組みを職員間で精査し課題が文書化され、共有化も図られており、仕組みを整えています。第三者評価を受審しない年も自己評価に組み込み、「やればすぐにできること」「時間や費用がかかること」等の課題を整理・文書化して職員参画の下で計画的に改善等に取り組まれることに期待します。</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。	a
(コメント)	<p>事業所の運営・管理に関する方針と取り組みについては、事業計画の中で表記されており、職員への周知もなされています。デイサービス部門管理者（相談員、主任兼務）の役割・責任については、事業運営規定の中で明らかにされています。有事における体制についても運営規定で明記されている他、BCPが作成されており、管理者の役割と責任及び不在時の権限委任等が明記されています。</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。	a
(コメント)	<p>管理者（この項目では施設長）は法人が行う経営に関する研修に参加するなど、遵守すべき法令等の理解に努めています。また、事業計画の中にSDG'sに関する考え方や取り組みが明記されており、幅広い分野に対して取り組みを行う姿勢は評価できます。倫理に関する研修も職員に向けて行われています。</p>	

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

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。	a
(コメント)	デイサービス部門管理者（生活相談員、主任兼務）はサービスの質に関する課題を把握し、現場の事情を尊重しながら改善に向けての取組に指導力を発揮しています。月2回行われるフロア会議や朝のミーティング時に職員の意見を積極的に拾い上げ、サービスの質の向上に向けた取組に反映させるように心がけています。研修に参加した職員には研修に関する「振り返りシート」の作成・提出を義務付け、職員が提供するサービスの質の向上に繋がるような取組が行われています。	
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。	a
(コメント)	管理者（この億目では施設長）は人員配置や異動について、法人と相談しながら適切に行なっています。毎月法人代表者会議に参加して、現状について把握、評価を行なっています。タブレットによる記録の入力を導入するといった取組により、職員間での情報共有と業務負担の軽減化を図っています。	

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。	a
(コメント)	事業計画の8つの取組みの一つに「仕掛け・確保・育成・定着の一連を円滑にした中長期的な人材戦略」を掲げ、福祉人材の確保・育成等の方針を明示して、法人全職員に周知を図っています。利用者数に応じた職員体制や専門職員配置を運営規定や重要事項説明書に明記しています。就職情報サイト、就職フェア、養成校等の学校訪問等を行い人材確保に努めています。要望があれば実習生の受け入れも積極的に行っています。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	令和4年度事業計画には、「福祉人材に対する基本姿勢」として中期的な人材戦略の構築や人材の採用・定着・育成に向けた取組の強化を明確にし、キャリアパスや人事考課基準等でより具体的に法人・事業所における「期待する職員像」を明確にしています。人事考課制度を導入し、人事考課基準を管理能力・職務姿勢・業務能力ごとに7等級を定め、内外研修、期待資格を表にまとめ、評価の着眼点に基づき職員一人ひとりに面接を行っています。年度末に行う主任による面談では、定めた目標の達成度を確認しています。表にされたキャリアパスは、職員が自らの将来の姿を描くことができる総合的な仕組みづくりとなっています。	

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。	a
------------	------------------------------------	---

(コメント) 法人本部に労働安全衛生委員会を設置し、有給休暇の取得状況や時間外労働等の就業状況の把握等の労務管理は、法人本部事務局が行っています。健康診断やインフルエンザ予防接種、産業医による定期的なメンタルヘルスチェック、定期的に行っている個別面談等により、職員の心身の健康と安全の確保に努めています。人事異動に関しては、職員の意向やワークライフバランスの向上に配慮して法人内でも行っています。勤務形態により参加できない研修等もWEB研修を積極的に導入することで、職員の学ぶ機会の確保に努めています。

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。	a
------------	-------------------------	---

(コメント) 表にされたキャリアパスや人事考課基準等でより、具体的に法人・事業所における「期待する職員像」を明確にし、職員が自ら目標を持って将来の姿を描くことができる総合的な仕組みづくりとなっています。主任による面談では年度末に、定めた目標の達成度を確認しています。

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
------------	---	---

(コメント) 法人本部に研修委員会を設置し、階層別に成長ステップや期待資格を明示しています。年間研修計画を作成して、研修の実施状況や研修内容の見直しをしています。さらに、法人のデイサービス4事業所からチーフが参加して研修内容の検討・企画も行っています。研修参加者には、受講後に期日を決めて施設長に「振り返りシート」の提出求め、研修内容の理解度の確認や見直しに活用しています。

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。	a
------------	---------------------------	---

(コメント) 職員一人ひとりの専門資格や研修受講状況等は、法人人事課と連携して把握・管理しています。新任職員は、法人で実施する新人研修の後、事業所において先輩職員による個別的なOJTを受けています。年間計画に基づき、WEBを活用した階層別研修や職種別研修、各事業所で行う事業所研修を行い、職員の職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修を実施しています。内部研修や外部研修の案内は、職員玄関に掲示して参加を促しています。今後は、勤務形態により研修に参加が難しい職員のためのWEB研修の実施方法や内容の充実等に期待します。

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。	a
------------	---	---

(コメント) 通所事業所として、実習指導者講習会を修了した実習担当者（主任）が窓口となり実習生を受け入れる体制は整えています。実習生受け入れマニュアルを整備し、オリエンテーションや初日の流れ、対応の仕方、日誌コメントの記入の仕方等実習生受け入れについての基本姿勢を明示しています。派遣校と連携をとりながら、準備されたプログラムに沿って実習が行われています。

		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。	a
(コメント)	法人HPで理念や基本方針、施設ごとに提供する福祉サービスの内容、財務諸表、現況報告、苦情解決等を公表しています。法人の理念は事業所のパンフレットや重要事項説明書、契約書にも記載し、また、苦情相談体制や第三者委員についても記載し周知を図っています。苦情相談体制については、事業所玄関に掲示しています。苦情・相談内容については、必要に応じて相談者等に配慮した形式で掲示板に掲示しています。パンフレットは、同法人が運営するクリニックや地域の居宅介護支援事業所等に配布して、地域に向けた情報発信を行っています。	
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)	事業所における事務・経理・取引等に関するルールは、職務分掌に権限・責任が示されています。外部監査を受けるべき規模ではないため外部監査機関による支援については非該当としていますが、外部コンサルタントから毎月の助言と年度末には事業・財務について評価を受け、その助言に基づいて改善を行っています。	

		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。	a
(コメント)	法人の中期経営計画（2017作成）では、「地域包括ケアシステム・子育て支援制度の推進に向けて」と掲げ、基本指針には「人と地域を支えるサービスをつくる」とし、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化しています。市や地域のイベント等の情報は、利用者の目につきやすいところに掲示して、情報提供を行っています。例年、市民祭りや中学校のフェスタに職員が積極的に参加しています。また、地域の中学校吹奏楽部の演奏会の実施や小学生や中学生とけん玉やメンコ等昔遊び行う機会を設けたり、施設で行われる秋祭りには地域の方をお招きして地域交流の機会を設けています。	
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)	松原市社会福祉協議会の「介護予防支援きらり活動事業」を活用して、話し相手やお茶出し、草刈り等の人材を受け入れています。書道や手芸、ギター、大正琴、体操等多様なボランティアを受け入れ、それぞれ個別に対応マニュアルを整えています。年1回の例会ではボランティアが集い、活動内容の報告や法人からの提案や依頼ができる交流の機会を設けています。小中学生の社会見学先や職場体験先として協力しています。比較的自立度の高い利用者が多いとはいえ、交流を図る視点でのボランティアや子どもたちへの研修の実施や学校教育への協力等について基本姿勢を整え文書化することを期待します。	

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)	個々の利用者の状況に対応できる社会資源や施設として有用な社会資源については、地域の関係機関・団体等のリストや資料が作成されており、職員にも周知されています。法人として、昔の食べ物や遊びを題材にした交流会開催や、生徒たちに職業体験として施設を訪問してもらうなど、地域の小学校中学校と積極的に交流を行うのを基本としていますが、今はコロナ禍により休止されています。	

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	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。	b
(コメント)	施設の運営規定第19条に「地域との連携」として、「地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めるものとする」と明記されており、地域との関わりについての基本姿勢を明らかにしています。その基本姿勢に沿って、施設は町内会に参画しており、町内清掃やお祭りといった地域活動にも積極的に参加して、「高齢者の増加」や「町会の弱体化（ニューカマーの町会不参加）」といった地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めてきましたが、現在はコロナ禍の為参加が滞っています。	
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。	b
(コメント)	施設の令和4年度事業計画の、地域社会に対する基本姿勢として、「地域住民の生活を支え、地域共生社会に寄与する通所介護事業所として、安定した運営を図る」と明記されており、地域社会に向けて福祉向上に積極的な役割を果たす姿勢が示されています。特に、「松原市介護予防支援さらり活動事業」の受け入れ施設として、市の社会福祉協議会に登録していることなどは、地域のニーズに貢献する取り組みを行っているものと評価できます。施設としては地域と協働した防災訓練等の実施や参加は行っていませんが、同じ建物で併設されている特別養護老人ホームでは地域の防災訓練に参加しており、当該施設も被災時に福祉的な支援を必要とする人びとへの支援に取組む用意があります。	

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)	施設の令和4年度事業計画では、「利用者の自己決定と選択を尊重し、利用者本位の尊厳ある支援を行う」と明記されており、利用者の意思の尊重を第一に考えて支援を行っています。日中の時間の過ごし方として3種類のメニューが用意されていますが、用意されたメニュー以外の選択肢も含めて、日中どの様に過ごすかは自分の意思で決められるようになっています。また、日中の選択制プログラムには、有料（材料代）の取組も用意しており、利用者の希望にきちんとした内容で応えていると評価します。また職員に向けては、人権をテーマにした研修が法人として行われています。	

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。	a
(コメント)	<p>プライバシー保護については重要事項説明書に「秘密保持と個人情報保護」について記載されており、利用者及び家族には契約時に説明が行なわれています。個人情報保護については、職員は保護規定を遵守する旨の誓約書が求められています。連絡帳に書く内容によっては利用者の状況により、連絡帳を本人も見るケースと家族だけが見るケースに応じて利用者の羞恥心や自尊心に配慮が必要なこともあるとして、連絡帳に関わる職員に具体的な書き方や手順が周知されています。トイレ誘導の際には、さりげない声かけをするなど気配りをしています。</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>事業所が提供するサービス内容等はHPおよびリーフレットで写真等を添えてわかりやすく紹介しています。多くの人が集まる公共施設等にリーフレット等の資料を置くことは容認されにくくなっており、居宅介護支援事業所のCM等に、空き情報や特長ある取組にかかる情報を伝えています。コロナ渦中において、従前は実施していた施設見学は制限していますが、体験利用については随時受け付けて対応しています。</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。	a
(コメント)	<p>サービス開始（契約）時には重要事項説明書に事業所概要や提供する福祉サービス内容と料金、職員体制、諸規程、様々な事案への対応方法等々を詳しく記載しています。重要事項説明にあたっては、できるだけ利用者等から質問できるようにして、理解を確認しています。その際も、一方的に同意を求め、確認するのではなく、自己決定を支援する姿勢で対応しています。サービス変更時にも同様に説明して同意を得た後に、その内容を文書で残しています。</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>他の在宅福祉サービス事業所に移行する場合や並行利用する場合には、担当CMが主催する担当者会議等で利用者の生活面や医療面の情報の引継ぎや共有を行っています。入所施設へ移行する場合は、ケアサマリー、介護サマリー等を引き継いでいます。福祉サービスを終了する場合は、その後も生活相談員を窓口として利用者や家族等の相談に応じています。今後は、福祉サービスの継続性や協調性に配慮する観点で引継ぎ文書のフォーマットを定めることと、サービス終了後の対応方法を文書化して家族等に手渡すなどの取組を期待します。</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>コロナ禍以前には、同法人が運営する4か所のデイサービス事業所合同で年に2回家族懇談会を開催していました。対面による交流から聴取した意見・要望を支援に反映して、利用者や家族等の満足の上昇を図っていました。コロナ渦中の2か年に亘って取組ができていませんが、まだまだ感染の終息が見通せない中で、毎月開催しているデイサービス部門担当者会議で、再開のタイミングを図っています。ウィズコロナ社会における、新たな発想による企画を期待します。</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) 重要事項説明書に、苦情処理の体制および手順を記載し、契約時に説明しています。また、フロア内に苦情解決の体制や第三者委員の設置を示した文書を掲示しています。苦情に関するアンケート等は実施していませんが、フロアに意見箱を使いやすく、目つ過度に目立たぬよう（投函しやすいよう）設置しています。現実には、利用者等は意見箱を活用することは少なく、意見等は口頭で表出しています。法人では、全事業所の苦情の内容およびその解決状況を一覧表にしてHPに公表しています。さらに、第三者委員懇談会を年一回開催して、前年度の苦情内容や解決経過を報告し、第三者委員から意見や助言を得てサービスの質の向上に繋げる取組があります。	
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) 重要事項説明書の職員体制記載欄に、生活相談員の役割と責任を明示しています。その他の介護職員も、利用者との豊かなコミュニケーションを心がけ、どのような場面や時間帯でも利用者が相談や意見を述べやすい人的環境を作っています。他人に聞かれたくない内容の相談等については、フロア内に相談室を設置して、気兼ねなく相談できる物的環境を整えています。	
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) 職員は、支援を通して聞き取れた相談内容等を迅速に相談員に報告しています。相談員は自身が直接把握した事案とともに、ミーティングや会議で検討し、その内容に応じて迅速に対応しています。職員が聞き取った内容については、ケースにより相談員が直接利用者に対応することをあえて控えて、職員に指示することもあります。相談員は対応状況について、併設する特別養護老人ホーム施設長に報告し、ケースによってはその判断を仰いでいます。今後は、職員の感受性や資質、利用者との信頼関係等に伴うバラツキの極小化を図る観点で、対応マニュアルの文書化を期待します。	

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。	a
(コメント) 事故発生時の対応と安全確保に関するマニュアルは整備されており、職員に周知されています。リスクマネジメント担当者が決められており、発生した事故やヒヤリハットに関する会議での検討事項や報告のとりまとめを行っています。事故やヒヤリハットの記録はフロア会議で検討され、再発防止も含めた対策について話し合わせ、その内容は適切に記録されています。リスクマネジメントに関する研修が、職員に向けて行われています。	
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) 各種感染症の対策マニュアルは整備されており、職員がすぐに確認できるところにファイリングされています。手洗い器周囲の壁面に、手洗いの手順を絵で示す掲示物が貼られており、利用者が正しく手洗いができるような工夫があります。感染症については年1回の研修が必ず組み込まれています。	

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)	運営規定の第14条に非常災害対策についての記載があり、非常時に向けての姿勢が明確にされています。災害対策マニュアルや今春にまとめたばかりのBCPには、災害時の対策や事業の継続について細かく記載されています。避難訓練は年2回実施されており、災害用の食料や備品類等は管理者の下で備蓄管理されて、リストも作成されています。施設で一定の研修を終えた職員は、大阪府下の民間福祉専門職で構成する災害派遣福祉チーム(大阪DWA T)に参画するなど、定期的に関われる災害対策の会合にも参加しています。ただ、利用者及び職員の安否確認の方法は決められていますが、職員への周知が十分ではないので、今後何らかの取り組みが必要です。	

		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)	感染症対策等の各種マニュアルには、利用者尊重やプライバシー保護についても適切に明記されています。通所介護計画書には、支援方針や一日の流れ、送迎や入浴などの個別援助内容が細かく記入され、職員はそれに基づきプライバシー保護や権利擁護に配慮した個別の福祉サービスを行っており、また提供する福祉サービスに関する研修等も行われています。しかしながら、文書化された標準的な実施方法は確認できませんでした。今後は、個別的な福祉サービスの提供と相補的な関係にある食事・入浴・送迎・排泄・認知症などの業務内容をわかりやすく説明された標準的な実施方法を文書化することに期待します。	
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)	標準的な実施方法のマニュアルが確認できなかったため、定期的な見直しの実施には至っていないと判断しました。今後は、文書化を達成するとともに、時期や担当者を定め、定期的に見証・見直しを行う仕組みづくりに期待します。また、見証・見直しの際は、職員や利用者や家族等の意見や提案が反映されることに期待します。	
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。	a
(コメント)	通所介護計画書の策定責任者を施設長と定めています。サービス開始時のアセスメントやその後定期的に行うアセスメントの記録は、利用者一人ひとりの個別ファイルに残し職員で共有しています。担当CMや他事業所のサービス担当、看護師や理学療法士等も交えた検討会議を実施し、個別支援計画を策定しています。通所介護計画書には、短期・長期の解決すべき課題や本人・家族の希望、総合的な援助方針が明示されています。事業所では科学的介護情報システムを活用し、客観的な根拠に基づいて再現性のある介護支援を実施し、利用者の自立支援や重度化防止につなげていくことを目的としています。	

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。	a
<p>(コメント) 通所介護計画書の定期的見直し時期に、退院直後等必要な時は随時、関係機関職員と検討会議を実施し計画の見直しを行っています。見直し後の計画は、フロア会議等で全職員に周知するとともに、いつでも閲覧できるようにファイリングしています。</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。	b
<p>(コメント) ホワイトボードを活用し、利用者一人ひとりの一日の流れを全職員が把握できるようにしています。体調管理については、別にバイタルチェック一覧表で利用者一人ひとりについて管理しています。介護支援ソフトを活用し、記録の共有化を図っています。施設長・主任が内容を確認し、必要に応じて書き方や内容について個別に支援・指導を行っています。記録や情報をもとに支援に関する会議を行い、他専門職とも連携して適切なサービス提供に努めています。利用者のちょっとした変化等をボードに記入し、全職員に周知していますが、それを日誌に書くかどうかは個人の裁量に任せられていて、記録の仕方にばらつきがみられるようです。今後は、記録要領等の作成を期待します。</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。	a
<p>(コメント) 個人情報保護規定を定め、記録の保管、保存、廃棄、情報提供、適正管理について規定しています。サービス規律には守秘義務に関することやソーシャルメディア利用に関する規定も定められ、職員に周知しています。個人情報の取り扱いについては、契約書・重要事項説明書に記載し、契約時に利用者に説明し同意を得ています。</p>	

高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
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)	CMからの情報や契約時の面接で利用者情報を把握し、移動動作等の確認や支援の方針は理学療法士が主となり、利用者の残存能力の把握に努め、自立支援を念頭に支援を行っています。日々のミーティングと検討会議で実施状況を確認し、利用者個々に応じたサービスが提供できているかを検討し、必要に応じて改善する取り組みが行われています。利用者の介護度やADLに応じた選択制プログラムを導入し、制作活動や脳トレ、体操、書道、音楽等様々な趣味趣向の26種類程度のプログラムを整えています。職員は、利用者の意思を尊重し、その日の体調などを考慮して自身が選択できるように、利用者本位の支援に努めています。	
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、フロアを回すことで精一杯の状況下でも、積極的に利用者とのコミュニケーションをとり、想いや希望の把握に努めています。把握した内容は、朝夕のミーティング等で共有し、支援に活かすことができるよう取り組んでいます。また、話しかける方向や声の大きさ等、一人ひとりに合わせた配慮も行っていきます。毎朝唱和する月次目標を訪問調査時は「コミュニケーション」とし、慣れ親しんだ利用者には不適切な言葉がけをすることを抑制しています。親しみを込め少し崩れた話し方が、時には利用者の尊厳を傷つけることも考えられます。今後は、接遇や話し方等の研修などを実施したり、日々のミーティングでコミュニケーションの方法や支援について定期的に検討する取り組みを期待します。	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	権利擁護について、運営規定第17条「虐待防止に関する事項」の中に、利用者の人権擁護、虐待の発生またはその再発を防止するための措置について、事業所や職員が行うべき事が明記されています。重要事項説明書にも高齢者虐待防止についての記載があり、苦情処理の体制や手順、相談窓口の案内と共に、契約時に利用者や家族に説明が行われています。職員に対し「身体拘束と不適切なケアについて」や「人権」を取り上げた研修が行われていますCMとの情報共有が積極的に行われており、問題がある場合は連携を図り対処にあたっています。	

		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
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
(コメント)	<p>フロアの環境は自然採光を取り入れるとともに、木質素材をふんだんに使用して、落ち着いた色調でまとめています。冷暖房・換気・照明設備も良質で、四季を通じて利用者が安心して快適に過ごせるよう調整されています。快適と感じる室温等には個人差がありますが、個々に意見を聞いてそれぞれにふさわしい居場所に配慮しています。</p> <p>この事業所の特徴である選択制プログラムについて、それぞれの活動が干渉しないように空間を随時区分けできる仕組みも整えています。ソファースペースや静養室など、状態に応じて休息できる環境づくりも行っています。このたび実施した意識調査によれば、利用者の評価は大変良好となっています。</p>	

		評価結果
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
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)	<p>法人では、運営する4か所のデイサービスそれぞれに特性を持たせており、当事業所は比較的自立度の高い利用者を中心としています。そのため、浴室は同時に3名がゆったりと入れる浴室タイプです。浴室からの庭の眺めもよく、入浴を楽しめる構造となっています。中には、複数人の同時入浴に拒否感を持たれる利用者もありますが、入浴時間等の調整で配慮しています。入浴前後のバイタルチェックや入浴後の水分補給を励行して、利用者の安全および健康管理に努めています。体調によっては足湯やシャワー浴など、入浴方法や介助方法を柔軟に変更して対応しています。職員は入浴時の体調や様子を記録し、必要に応じて担当CMや家族等にも報告しています。</p>	
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
(コメント)	<p>トイレの構造は、利用者の身体状況にあわせて適切な配慮を施し、安全で機能的な設えとなっています。</p> <p>職員は、施設だから支援できることをしてしまうのではなく、在宅での利用者の自立を支援することを旨として取組み、その日の体調や状態変化に応じて、可能な限り自然な排泄を支援しています。また家族との連携を保って情報を共有し、家庭での排泄について利用者、家族等に必要な助言をしています。トイレ誘導は、例えばプログラムの中で移動するタイミングにそれとなく声かけを行うなど、プライバシー保護や羞恥心に配慮して利用者の尊厳を守っています。必要に応じて尿や便を確認して健康状態を把握し、必要に応じて担当CMにも報告しています。</p>	
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)	<p>理学療法士を配置して、利用者の心身の状態や意向を踏まえて利用者の自立した生活を支援しています。また必要に応じて福祉用具専門相談員とも連携しながら、安全な移動を行えるよう支援しています。</p> <p>住まいとの位置関係（遠近）に関わらず、ドアツウドアの全送迎対応として利用者の負担軽減や移動中の安全に配慮しています。これに伴い、入退室においては上下足のはき替えをせず、フロア内では履きなれた履き物を使用してスリッパ着用による転倒事故を防止しています。</p>	

A-3- (2) 食生活

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
(コメント)	<p>管理栄養士と連携して、バラエティ豊かなメニューを提供しており、利用者の意識調査結果も大変高く、支持されています。利用者から昼食の感想や意見を聞き取り、管理栄養士に報告しています。</p> <p>フロアにはオープン形式のキッチンコーナーがあり、主菜は併設する特養と共有の厨房から供給しますが、盛り付けや炊飯を利用者の目に見えるところで行っていますので、調理の音や匂いのある家庭的な雰囲気です。イベントでは鍋料理や、焼きそばなど調理を見せながら食事を楽しんでいただける工夫も行っています。</p>	
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)	<p>職員は、食事においても可能な限り自立した経口摂取の継続を目指して取り組むべく、利用者の心身状況や体調、嚥下能力、栄養面に配慮した食事の提供方法を工夫しています。食事や水分の摂取量を把握して、食事への配慮や水分補給を行うとともに、利用者や家族等に助言と情報提供を行っています。必要に応じて喫食の状況をCMに報告・連絡し、利用者の心身に合わせた支援を連携しています。</p>	
A-3- (2) -③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	c
(コメント)	<p>本施設の利用者は比較的自立度が高いことから、口腔ケアは基本的に利用者自身に任せていますが、必要に応じて職員は補助を行っています。口腔内に異常が認められた場合は家族に報告し、場合によっては利用者の行きつけの歯科医に連絡等を行う事もあります。昼食前に口腔体操を行っていますが、現在はマスク着用のため口内の状況は正確に観察できていません。また、職員に対する口腔ケア研修は行なわれていません。口腔ケアは利用者の健康に直結することなので、適切な状態が保つための何らかの取り組みが望まれます。</p>	

A-3- (3) 褥瘡発生予防・ケア

A-3- (3) -①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>本施設の利用者は比較的自立度が高いことから、これまで褥瘡の発生は殆ど認められていませんが、入浴・排泄時に職員は利用者に褥瘡の兆候が無いかのチェックを行っています。褥瘡の症状が認められた場合は家族に報告し、必要に応じて医療機関と連携を図りながら、治療に向けた対策が取られています。褥瘡に関する研修も準備されていますが、全職員が受講しているわけではないので、褥瘡ケアの最新の情報を全ての職員に周知できる仕組み作りが望まれます。</p>	

A-3- (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

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)	<p>喀痰吸引および経管栄養は実施していないので非該当とします。</p>	

A-3- (5) 機能訓練、介護予防

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。	a
(コメント)	<p>一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動はケアプランを基に支援計画が作成されており、定期的に評価・見直しが行われています。理学療法士が常駐しており、単なる機能訓練ではなく、日常生活行為の中でADLの保持や介護予防の訓練に繋がるようように、メニューにパズル・計算・漢字等を取り入れるといった工夫がなされています。職員は、利用者の様子をよく観察して異変に気付くよう心がけています。認知症の症状に気付いた場合は家族に報告した上で、CMや必要に応じて医療機関に連絡するといった体制が取られています。</p>	

A-3- (6) 認知症ケア		
A-3- (6) -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)	職員は、利用者一人ひとりの症状に合わせた支援やコミュニケーションを心がけており、常にその人らしさを尊重したサービスの提供に努めています。利用者一人ひとりの行動や言動に理解を示しながら、安心して落ち着いて過ごせる環境づくりに気を配っています。必要に応じてCMと連携を取りながら、利用者や家族へ助言や情報提供などを行っています。職員に対しては認知症に関する研修が行われており、認知症への理解を深めるとともに適切な支援方法の検討に繋がっています。	
A-3- (7) 急変時の対応		
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。	b
(コメント)	利用者の様子を絶えず確認できるように考慮しながら、スタッフ配置が適切に行われています。利用者の検温は各家庭にお迎えにうかがった際と施設到着時及び午後の3回行われ、観察による健康状態と共に記録されています。異変があった場合には、家族、医師、CM等に連絡する体制が確立されています。利用者の体調変化時の対応等については研修が行われていますが、薬の効果や副作用についての学習機会は用意されていません。自立度の高い利用者が多いので必要性は低いと思いますが、今後何らかの取り組みが検討されることを期待します。	
A-3- (8) 終末期の対応		
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)	評価外	

評価結果

A-4 家族等との連携		
A-4- (1) 家族等との連携		
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)	利用者の自立した在宅生活を支援する通所事業では施設と家庭との協働が欠かせませんが、コロナ禍で家族懇談会の開催や事業所への同行参加などが制限される中で、連絡帳と送迎時のコミュニケーションが重要になっています。そのような中、連絡帳により双方から利用者の様子や状況の変化についての情報交流が行われています。またこのほか、重要な内容については相談員から家族と担当CMに報告がされています。	

評価結果

A-5 サービス提供体制		
A-5- (1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
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)	評価外	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特養入居者および家族等
調査対象者数	有効回答数41名
調査方法	自記式質問紙留置法

利用者への聞き取り等の結果（概要）

【利用者アンケート結果要約】
利用者の8割が事業所でのサービスに満足と答えており、明確に不満とする人はいません。個々の内容においては、食事や入浴など日常の生活介護や見守りで肯定割合が高くなっています。また、職員の態度については、利用者同士の間関係で肯定評価が若干低いものの、概ね肯定的です。否定評価が若干多いのは情報提供やアドバイスですが、1割程度なので、問題はありません。コロナの影響でしようが、行事や活動については肯定割合が低くなっています。

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