

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	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	大西 豊美(理事長) 梅川 健司(管理者)	
定員（利用人数）	35 名	
事業所所在地	〒 552-0014 大阪市港区八幡屋4丁目8番1号	
電話番号	06 - 6576 - 4314	
FAX番号	06 - 6576 - 4790	
ホームページアドレス	http://www.minatoryo.or.jp/facilities/minato/	
電子メールアドレス	minatoss@minatoryo.or.jp	
事業開始年月日	平成 1 年 10 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 4 名	非正規 16 名
専門職員※	介護福祉士6名、介護支援専門員1名、 看護師3名、介護職員初任者研修修了9名	
施設・設備の概要※	[居室] 無し	
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室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】

■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地域の保育園との交流会を、月に1回実施しています。毎回20～30名の園児さん達がみなとデイに遊びに来られ、高齢者と一緒にゲームをしたり、工作に取り組んだり、楽しいひとときを過ごして頂いています。高齢のご利用者様にとって、とても元気を与えて下さる企画となっています。

②特別養護老人ホーム愛港園の一角で運営をしているため、館内のフロアが広く、雨の日でもご利用者様たちの建物の端から端まで散歩ができます。普段歩く機会の少ないご利用者様にとって、良いリハビリになっているようです。デイフロアは桜の木の植わった広い中庭に面しており、春にはお花見が楽しめます。

③毎月のお誕生日会では、スタッフによる趣向を凝らした演芸会が開催されます。その季節にふさわしい演し物などを、みんなでアイデアを出し合い、ご利用者様に楽しんで頂こうと努めています。考えるのはたいへんですが、ご利用者様が喜ぶ顔を見られることが、何よりものご褒美となっています。

【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30年2月16日～平成30年3月30日
評価決定年月日	平成30年3月30日
評価調査者（役割）	O401A191（運営管理委員） O501A117（専門職委員） （ （ （

【総評】

◆評価機関総合コメント

事業所は、天保山運河、三十間堀川に挟まれた海辺に近い所に位置しています。近隣には海遊館や天保山マーケットプレイス、大阪ドーム、大阪プールなどの商業施設がありますが、事業所周辺は海と住宅地があるため、静かな立地になっています。開設34年の特別養護老人ホーム愛港園の1階で事業運営しています。

デイサービス事業所の開設は平成元年で、定員35名となっています。法人が同敷地内に特別養護老人ホームや救護施設など複数の事業所を運営するという強みを活かし、事業所間で連携してより良いサービス提供に取り組んでいます。

館内は広く、ゆったりと歩行訓練ができる環境です。また、広くて明るいフロアは桜並木が植わっている中庭に面しており、桜の頃には散歩ができる環境にもなっています。季節の行事にちなんだ作品作り・スタッフによる演芸・演奏等のレクリエーション等、利用者と一体に楽しめる企画を多数用意しています。また、地域の保育園児との交流会を毎月開催して、園児とゲームや工作をする機会もあり、理念のひとつでもある「笑顔の支援」に繋がるような取り組みを実践している事業所です。

(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

■利用者地域との関わりに対する取り組み

地域の保育園との交流会を毎月開催しています。園児たちとゲームをしたり工作をしたりする楽しい企画は、利用者に元気を与える機会となっています。園児たちが描いた絵を玄関入り口に飾ったり、素敵な笑顔いっぱいの写真（交流会の様子）を掲示したりしています。将来を担う子どもたちと高齢者とのふれあいは、介護の将来にもつながる取り組みと期待します。

■運営の透明性

法人では、ホームページによる経営報告の開示をしています。大阪府社会福祉協議会自主点検事業、外部監査法人によるチェックを受け、また平成29年度からは、施設間レベルアップや内部統制の強化を図る目的の内部監査を実施する等して、運営の透明性を高める取り組みをしていることは高く評価できます。

■レクリエーションの取り組み

レクリエーションは、将棋やカラオケ、ゲーム等複数のメニューを用意し、保育園からの訪問や蕎麦打ち実演会等地域からの訪問も受け入れています。また、中庭や近隣への散歩等外へ出る機会を設けるようにもしています。さらに、特技を持った職員も多く、職員によるイベントも事業所の特徴になっています。

◆改善を求められる点

■職員一人ひとりの育成に向けた取り組み

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。講師は管理者が行い、月ごとに開催の曜日をずらす等して非常勤職員を含めた多くの職員が参加できるように工夫しています。今後は、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、目標達成度の確認を行い「職員履歴」等で管理していくことが求められます。

■機能訓練の取り組み

平行棒やホットパック等の機能訓練用具を用意し、日常の活動の中でも、機能訓練を目的としたレクリエーションや歩行訓練を兼ねた散歩に出かけたりしていますが、今後は、さらに介護予防の対象者も含めて、一人ひとりに応じた計画的な機能訓練実施が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価受審に向けての準備作業から実際の訪問調査に取り組む中で、現状の利用者サービスや業務内容の中で至らない点・改善すべき点などをあらためて発見することができました。また、調査員の方からのご指摘等も大変勉強になりました。今後事業所が進んでいく方向性は間違いではなかったと感じることができ、たいへん感謝しております。

この貴重な経験を生かし、今後も引き続きご利用者様へのサービスの質の向上に取り組み、地域に存在するデイサービスとして皆様により親しんでいただける存在となるよう努めて参りたいと思います。

このたびは本当にありがとうございました。

◆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)	■法人理念や基本方針は、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、玄関フロアに掲示しています。 ■法人理念・基本方針の基に、みなとデイサービスセンターの規範となる「事業所理念・基本方針」を明文化しています。 ■管理者は、職員に向けて年度初めの職員研修「事業計画について」時に理念や基本方針を説明するなど周知徹底を図っています。 ■【（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、顧客満足を追求めます（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】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。 ■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・家族に配付し、玄関に設置、掲示するなどして周知を図り理解を得ています。	

		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)	■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。 ■事業所は、「港地域在宅サービスステーション」としてホームヘルプセンター・在宅介護支援センターを併設して運営しています。管理者は職員会議から各種福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータを収集し、分析しています。 ■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、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しています。 ■事業所の中長期計画書は、経営の適正化を把握・分析する「クロスSWOT分析」を活用して立てています。	

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)	■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（法人本部の事業報告）に開催内容を公表しています。 ■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、各種別会議（事業部合同会議・介護保険事業部会議・生活福祉事業部会議・各種別主任会議等）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。 ■みなとデイサービスセンターでは、「事業計画について」の研修をするなどして経営状況など職員に周知を図っていますが、非常勤職員までには周知を図っていません。多くの非常勤職員などにも理解を得るように会議録や研修報告書を回覧や休憩室に設置するなどして周知徹底を図ることが望まれます。	

		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)	■施設の中長期計画（平成29年度開始・3年から10年の計画）は、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示し、経営課題にもとづいた具体的な取り組みの内容となっています。 ■中長期計画書として、「①情報公開と情報発信②地域との交流③愛港園、第2愛港園、築港地域在宅サービスステーションとの協力体制④地域福祉の拠点⑤様々な催し物、レクリエーション、行事を通しご自宅での生活が継続できるような支援⑥利用率のアップと支出の抑制⑦虐待防止・身体拘束廃止・人権擁護を推進⑧職員研修の充実」を策定しています。 ■中長期計画書には、多くの方針が示されています。長期的運営資金、修繕建替計画以外でも職員体制・人材教育・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していくことが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■事業計画は、中長期計画に基づき策定しています。 ■事業計画は、最優先課題として「利用者の確保と事業運営の改善」をあげ、具体的な施策を明示しています。 ■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っていますが、事業計画と連動した内容の報告書が望まれます。	
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。	b
(コメント)	■事業計画を策定するにあたり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。 ■平成29年度は、半年を振り返る「上半期の事業分析」を実施しています。振り返りによって修正事項を検討し、下半期の事業運営に活かしています。今後は、次年度の事業計画に反映させていくことが望まれます。	
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)	■事業計画は、広報誌・ホームページに掲載しています。 玄関入口のソファークーナー・フロアには事業計画を設置して、利用者等がいつでも閲覧できるようにしています。 ■読みやすく字を大きくした「中長期事業計画（簡易版）」を作成し、利用者一人ひとりの連絡帳に入れる等して利用者・家族に配付しています。 ■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、デイサービス利用時に説明する等して利用者等に理解を得られるような取り組みをしていくことが望まれます。	

		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)	■法人では、今年度より「法人内部監査規程」を設け、規程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。 ■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。 ■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、管理者や複数の職員で担当を担っています。 ■施設サービスの満足度について「利用者・家族アンケート」を実施し、福祉サービス改善に繋げています。結果を評価・分析したり、利用者家族から出た意見等もフロアに掲示しています。 ■内部監査は平成30年2月に実施のため、まだ評価を分析・検討するまでには至っていません。今後、組織的に行われることが望まれます。	
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)	■内部監査を受け、他施設職員からのチェック項目・評価について課題分析するまでには至っていませんが、結果が出たら早急に改善計画を策定していく予定となっています。 ■第三者評価受審については、平成29年度事業計画、事業分析報告に明示して取り組んでいます。 ■自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善の課題を明確にし、解決・改善を計画的に取り組み、計画は中長期計画や事業計画に反映させていくことが望まれます。	

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)	■管理者は、法人の理念や基本方針、中長期計画、事業計画を年度初めの4月に研修「事業計画について」で説明しています。 ■管理者自らの役割と責任について、職務分担表で文書化しています。法人発行の広報誌「みなと」や事業所発行の広報誌「みなとデイだより」において、管理者は事業進捗状況等の報告をしています。 ■災害時における体制は、消防署指導の基に特養愛港園の管理者が総合責任者となっています。「災害マニュアル・災害対策本部役割分担表」や「組織図」に、デイサービス管理者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。	
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)	■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。 ■各種関係法令・通知・指針リストを整備しています。 ■管理者は、法人内施設連絡会会議、介護保険事業部会議に参画して、理事長はじめ各施設長から法令遵守等の情報を得ています。 ■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構築を図ることが望まれます。併設の愛港園と連携して検討してはいかがでしょうか。	
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)	■毎月、理事長はじめ各施設の管理者は、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。 ■管理者は、毎月の職員会議において、行事の見直し・改善・施設運営・利用者状況・法人内施設連絡会議等の報告をしています。 ■時短や曜日限定での非常勤職員も多いため、毎月の職員会議の曜日を調整するなどして、多くの職員の意見が取り込めるような工夫をしています。 ■非常勤職員を含む全職員が参加できるように法人内施設より講師を招いた研修を行っています。平成29年度は、利用者・家族の要望による「口腔ケア」研修を数回行っています。	
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。	b
(コメント)	■管理者は、毎月法人内施設連絡会議に参画しています。会議では、利用率・職員配置・人事・労務等の経営や業務の効率化等の分析を行っています。 ■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。 ■事業所内は「働きやすい環境整備」を目標に、休憩室の整備・有給休暇の配慮・職員の配置を整えています。 ■中長期計画に「デイサービスの事業成績の向上が必須」と掲げています。事業所の課題点を達成するための具体的な体制整備を構築していくことが望まれます。	

		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。	b
(コメント)	■中長期計画に、「準職員の採用を増やし、営業日数を増やす」などと人員体制や運営に関する基本的な考えを明示しています。 ■専門職（有資格者）の配置については、重要事項説明書に記載しています。毎年、事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員配置について具体的な計画を立てることが望めます。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	■法人基本方針の中に「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」と方向性を明記しています。みなとデイサービスセンターが求める「期待する職員像」を事業計画等に明記することが望めます。 ■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。 ■キャリアパス・職員配置・異動・昇任等の基準を明確化し、人事考課制度等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めます。	
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組んでいる。	b
(コメント)	■管理者により、年1回年度末に面談し、職員の意向を調査・把握しています。正規職員以外に非常勤職員にも面談を実施しています。面談は、年度初め、年度末の年2回面談を行うことが望めます。 ■毎月の有給休暇、時間外労働等の就業状況は事務部門、管理者が把握しています。 ■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。ヘルプライン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。 ■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、事業所内では忘年会等して親睦を図っています。 ■育休・産前産後休暇等、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、働きやすい職場を推進しています。	
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。	c
(コメント)	■事業計画に、みなとデイサービスセンターとして「組織が求める職員像」を明記していくことが望めます。 ■「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。 ■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。	

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)	■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。 ■「倫理規程」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。 ■事業分析報告書に、職員の専門資格の取得推奨を明記しています。 ■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。 ■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まれます。	
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。	b
(コメント)	■新任職員には、採用時に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り指導しています。 ■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。 ■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。講師は管理者が行い、曜日を調整するなどして多くの職員が参加できるように工夫しています。 ■非常勤職員を含めた全職員の「研修履歴」を作成して、一人ひとりが必要とする知識・技術の確認をしていくことが望まれます。	
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)	■実習生は、併設の特養愛港園が窓口となって受け入れています。 ■事業計画に、「地域との交流を深める」と明記し、実習生受入れについての基本姿勢を明文化しています。 ■マニュアルは特養愛港園と同じものを使用しています。 ■学校側と連携して各種プログラムを整備しています。 ■みなとデイサービスセンターとしてのマニュアル作成や受入体制の整備が望まれます。 ■実習指導者に対する研修の実施が望まれます。	

		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。	b
(コメント)	■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。 ■管理者は、第三者評価受審について「平成28年度港地域サービスステーション事業分析報告書」に明記して、職員会議において説明をしています。 ■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。みなとデイサービスセンターでは、アンケート実施後の意見・要望や苦情等に対しては掲示板に公表しています。検討した改善・対応結果も一緒に公表していくことが望まれます ■近隣の地域包括支援センターや在宅事業所に広報誌やパンフレットを配布しています。	
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)	■経理規程に基づき処理を行っています。 ■法人では、職務分担と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。 ■法人では、大阪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。 ■法人内は、今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。 ■ホームページには、経営報告を開示しています。事業報告、財務状況（資金収支計算書・事業活動収入計算書・貸借対照表）、監査報告を総括して公表し、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。	

		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。 ■事業計画には、「地域との交流を深める」と明記しています。 ■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。 ■毎月、地域保育園の園児たちと利用者との交流会があり、ゲームをしたり工作に取り組んだり楽しいふれあいの時間は利用者の好評を得ています。 ■併設の特養愛港園と合同で、地域行事の夏祭りの協力など行っています。地域住民がデイルーム内で踊ったり、施設ではお茶出しや休憩室を提供する等して地域の人々と利用者との交流を図っています。	
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)	■事業計画にボランティア受入れについて明記しています。 ■ボランティアマニュアルを整備しています。 ■事業報告書にボランティア受入状況を報告しています。 ■民謡・マジックショー・蕎麦打ちボランティア等があり、利用者とのふれあいがあります。 ■事業計画に、地域学校教育への協力についての基本姿勢を明記していくことが望まれます。	

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)	■地域の医療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者が掲載されている冊子を事務所内に設置して、いつでも閲覧ができるようにしています。 ■職員会議において、情報の共有を図っています。 ■管理者は、港区の社会福祉施設連絡会・港区デイ事業者連絡会に参画をしています。 ■職員は、障がい児・者に対する市営住宅での「見守り」を行う等して、地域での課題に取り組んでいます。 ■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。	
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)	■施設は、「災害時福祉避難施設」としての役割を担っています。 ■職員は、大阪マラソンの際の清掃活動に参加したり、地域の「港住吉神社祭り」の際に近隣の子どもたちを送迎、集会室を休憩室として開放する等地域の事業所として多様な支援を行っています。 ■敬老祝賀会には、利用者・家族以外に、地域住民にも参加を呼びかけています。 ■地域住民の就労訓練を目的に清掃従業者として受け入れています。 ■地域住民に対しては、「認知症サポーター養成講座」や「地域住民に役立つ講演会」等を開催して、地域へ参加を呼びかけていくことが望まれます。	
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)	■法人は、併設のホームヘルプセンター、在宅介護支援センター、グループホーム等地域福祉ニーズに基づいた事業・活動を行っています。 ■管理者は、各事業からの報告や職員会議から地域の福祉ニーズの把握に努めています。 ■大阪市認知症高齢者等見守りネットワークに登録手続き中です。 ■「地域包括支援センターへの挨拶廻り」を兼ねて地域包括支援センターからの相談を受け、情報収集をし、地域のニーズを把握していく取り組みを進めています。 ■地域における生活課題・福祉課題の解決や支援をするためには、民生委員・児童委員等と積極的に会議を開催するなどしていくことが望まれます。	

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。	b
(コメント)	■理念には「利用者一人ひとりの人格、人権を尊重し」とあり、事業所として利用者尊重の姿勢を示すものになっています。倫理規程も整備し、職員に求める姿勢など明記しています。研修は接遇マナー研修として実施し、参加できない職員は資料を閲覧してもらうようにしています。 ■利用者尊重の姿勢は、排泄マニュアル等各種マニュアル類にも反映しています。職員会議の場では、日々のサービス提供における状況の把握や振り返りを実施していますが、定期的な把握、評価の仕組みという形にまでは至っていません。今後、定期的に把握、評価が行われる取り組みが望まれます。	
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)	■プライバシー、虐待防止に関するマニュアルを整備しています。年1回、全職員を対象にした研修も開催し、参加できなかった職員には資料を閲覧してもらうようにしています。デイサービスのスペースは、廊下に沿ってオープンな空間になっているため、必要な箇所へは、パーテーションを利用したり、ベッド周りにプライバシーカーテンを設置するなどしてプライバシーの保護に配慮しています。 ■利用者、家族へは重要事項説明書で説明しています。不適切な事案が発生した場合の対応については、虐待防止マニュアル内でまとめています。	
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)	■パンフレットや案内は、区の社会福祉協議会や地域包括支援センター、地域の在宅サービス事業所等に設置しています。パンフレット、利用案内、ホームページとも写真入りで、文字も読みやすくまとめています。利用希望者へはこれらの資料を用いて説明をするようにし、体験利用へと繋げています。 ■パンフレット等各種資料はサービスや料金が変更になった時等、必要に応じて見直しています。	
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)	■契約書には利用者本人と家族の同意欄があり、利用者の決定に配慮していることがわかります。利用開始時には、契約書、重要事項説明書に加えて、サービスの内容や料金などより詳しく記した「ご利用のご案内」を用意して説明するようにしています。視力の弱い方等のために、必要時は拡大したりして読みやすくできる体制にしています。 ■意思決定が困難な方へは、担当ケアマネジャーと協力しながら、成年後見制度や区の社会福祉協議会の「あんしんサポート（金銭預りなどの日常生活自立支援事業）」の利用を案内し、実際数名の方が利用しています。	

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)	■サービスの利用が終了し、他の事業所等へ移行する場合は、ケアマネジャーを通じて情報を提供できるようにしています。ケアマネジャーへは、利用中も毎月利用の様子を情報提供しています。契約書、重要事項説明書には、契約を終了した場合、必要な援助を行うという記載はありますが、終了時の流れや引き継ぎ文書、相談窓口まで記載されたものは確認できませんでした。ヒヤリングからは、対応の流れや生活相談員が窓口であることなど確認ができました。 ■実際の対応は行っていますが、職員の異動などにより、対応にばらつきが出ないように、手順や引き継ぎ文書、相談窓口等を文書にまとめておくことが望まれます。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	b
(コメント)	■年に2回満足度調査を実施し、アンケートの結果を利用者の見えるところに掲示しています。通所介護計画書作成時等に個別の聞き取りは行っていますが、利用者会、家族会は現在のところ開催されていません。利用者の声を聞いて、職員の顔写真とプロフィールを記載したものを作成して利用者に配付するなど具体的な改善事例も確認しています。 ■例えば、夏祭りなど利用者や家族が来訪される機会を活用して満足度を確認するなど、利用者、家族から満足度を聞き取れる仕組み作りが望まれます。	
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)	■苦情解決の体制を整備しています。利用者へは重要事項説明書での説明と案内の掲示により周知を図っています。相談スペースには意見箱を設置しています。また、アンケート調査も年2回実施しています。 ■苦情受付からフィードバックまでを苦情報告書に記録しています。苦情報告書からは、改善の内容も確認できました。苦情はホームページ上で公表しています。	
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)	■重要事項説明書に相談窓口を記載しています。重要事項説明書には事業所の窓口をはじめ、第三者委員や行政の窓口についても記載しています。事務所横にある相談スペースには意見箱の設置も確認できました。	
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)	■苦情対応に加えて、相談や意見等への対応に関してもマニュアル内にまとめています。相談スペースには意見箱を設置しています。また、年2回アンケート調査を実施し、利用者からの意見を聞き取っています。日々の関わりの中からも利用者の話を聞くよう努めています。意見や相談を受けた中で、周知の必要なものがあれば、業務日誌に記載して、回覧や朝礼の時間を活用して周知しています。 ■利用者から「横になれるところが少ない」という声を聞いて、手作りで脚付きのタタミコーナーを用意したり、「喫煙ルームが寒い」という声から暖房を用意したり、毎日の清掃でなかなか取り除けない浴槽の汚れを改善する等実際の対応事例を確認しました。 ■マニュアルには、相談への対応方法が記載されています。さらに、相談や意見等を受けた場合の記録や報告の流れについて追記があると活用しやすいのではないかと考えます。また、対応マニュアルの定期的な見直しについても実施が望まれます。	

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。	b
(コメント)	■リスクマネジメント会議は、特養愛港園との合同で開催しています。 ■みなとデイサービスセンターには、リスクマネジャーの配置はありませんが、事故・ヒヤリハットがあった場合は職員全員で解決・対策を検討しています。 ■事故対応マニュアルを整備しています。 ■平成29年度8月に事故の発生及びその再発防止について「リスクとハザード」の研修を行っています。また、看護師の要望で吸引器の購入などとしています。 ■リスクマネジメント委員会が未整備となっていますので、早期に整備していくことが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■感染症予防委員会は、感染症や食中毒発生時には看護師が中心となって随時開催しています。 ■感染症・食中毒対策会議は、特養愛港園と合同で開催しています。 ■感染症予防マニュアルを整備しています。 ■感染症予防委員会の責任者は看護師となっています。看護師を中心とした中で責任と役割を明確にしておくことが望まれます。	
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)	■特養愛港園・みなとデイサービスセンター等併設事業所全体の災害時の対応は、消防署の指導の基に合同で取り組んでいます。責任者は特養愛港園の施設長となっています。 ■災害時の対応については、消防計画書、地震計画書、防災についての概要として文書にまとめています。文書には安否確認についても記載があります。 ■備蓄は津波を想定して3階部分を中心に置いてあり、消費期限は栄養士が管理する仕組みとなっています。 ■施設は緊急時の福祉避難所に指定されています。10月と11月にそれぞれ違う地区と合同で防災訓練を実施しています。 ■デイサービスとして、緊急時の責任体制や管理者不在時の権限委任などを明記していくことが望まれます。	
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)	■記録の開示に関しては、個人情報保護規程にまとめています。開示の実績はありませんが、開示のための様式添付もあり、体制があることが確認できました。	
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とします。	

		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)	■各種マニュアル類を整備しています。マニュアルは施設の理念でもある「利用者尊重」「利用者本位」の姿勢に立ってまとめています。大切なポイントにはプライバシー保護の表記もありました。日常の中で介護方法を指導するほか、職員会議や研修の機会でも周知に努めています。 ■日々マニュアルに沿ったサービス提供を心がけて取り組んでいますが、マニュアルに沿ってサービスが提供できているかどうか確認する仕組み作りについてのさらなる取り組みが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■マニュアル類を整備して、わかりやすくファイリングしています。改訂の記録も確認できました。改訂の必要性に関しては検討していますが、検討や見直しの方法が文書で確認できるよう整備することが望まれます。通所介護計画からマニュアルに反映した事例として、食後の口腔ケアについてのニーズから、口腔ケアの取り組みを充実させることになったという内容を確認しています。この事例は、利用者からの意見が反映された事例でもあります。	
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)	■生活相談員を責任者として通所介護計画を作成しています。利用開始時には担当ケアマネジャーと情報交換を行い、アセスメントシートの項目に従ってアセスメントを実施します。アセスメントの内容は、事業所職員間で周知し、多職種が出席するサービス担当者会議でも計画内容を含めて検討しています。通所介護計画には評価欄があり、目標期間に合わせて評価を行うようにしています。 ■支援困難ケースの事例として、若年性認知症の利用者について、医師や行政、他事業所等と連携して対応した内容を確認しました。	
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
(コメント)	■ケアプランに沿って通所介護計画書が作成され、基本的にはその目標期間に沿った見直しが行われるようになっていきます。計画が変更された際は、職員会議で周知するようにしています。会議まで期間がある場合等は朝礼で周知を図ったり、業務日誌にも記載して周知を図っています。 ■計画を緊急に変更した事例として、利用日を緊急で増やしたという内容を確認しています。また、通所介護計画の作成過程で施設の課題が明確にされた事例としては、利用中に事業所建物外へ出てしまう恐れのある方に対して、施設として新たに対応方法を検討したという事例を確認しています。	
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。	a
(コメント)	■利用時には、職員会議で情報共有をし、必要があれば通所介護計画を見直すようにしています。アセスメントシートは、身体状況や疾病、家族関係等多面的にとらえられる様式になっています。若年性認知症の利用者について専門医から助言をもらった事例や、褥瘡、糖尿病等の疾患について医師から助言をもらった事例を確認しています。必要時には連携できる体制を整備していると判断しました。 ■通所介護計画書は、在宅生活の維持のための自立支援の視点で作成するようにし、作成した通所介護計画は利用者へ説明し同意をもらうようにしています。通所介護に関する情報は職員会議や朝礼等で周知を図り、ケアプランに沿って定めた目標期間で評価をするようにしています。	

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
(コメント)	■利用者の状況は記録ソフトを使用して記録しているほか、1か月の状況を文書にまとめて記録しています。通所介護計画は、目標期間に沿って評価を行う様式になっています。 ■日常の業務の中では他の職員の記録を参考にしながら記録をしたり、直接指導を受けることもあります。記録要領等の整備については確認ができませんでしたので、施設として求める記録の標準を定めたり、使用する用語を統一する等整備することが望まれます。指導方法についても現状の方法で良いかどうか合わせてご検討下さい。 ■職員間では、朝礼や職員会議、業務日誌、回覧ファイル、パソコンネットワークシステム等様々な方法を使って情報が適切に届くよう取り組んでいます。職員会議には、多職種の職員が参加していることが確認できました。	
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)	■文書取扱規程に記録の保管、保存、廃棄の内容をまとめています。責任者の明記についても確認しました。個人情報保護規程には、従業者の義務として不適正な利用や漏洩に関して記載しています。 ■研修は、平成29年9月に実施しています。利用者、家族へは重要事項説明書で説明し、同意書も作成して署名してもらうようにしています。	
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。	a
(コメント)	■身体拘束の事例は現在ありませんが、マニュアルを策定するなどし、体制を整備しています。身体拘束ゼロ宣言は利用者が見えるところに掲示しています。重要事項説明書でも身体拘束防止について明示し、説明しています。 ■平成29年5月に外部研修へ参加し、同6月には内部研修を実施しています。具体的な事例として、デイサービススペースには、手作りで脚付きのタタミスペースを設置していますが、柵は取り付けないようにしています。また、利用中に事業所の建物外へ出てしまう恐れのある方へも自動ドアを施錠しない方法で対応するようにしています。工夫や配慮の事例と判断しました。	
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。	非該当
(コメント)	利用者の金銭管理をしていないため、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。	b
(コメント)	■基本的にはデイサービススペース内の椅子を使用して過ごしてもらうようになっています。スペース内にはベッドを設置するほか、マッサージチェアやリクライニングチェアを用意して、状況により横になれるよう配慮しています。また、利用者の声を受けて、手作りで脚付きのタタミコーナーが設置されました。 ■機能訓練は、看護師が機能訓練指導員として兼務する形で、ホットパックや平行棒、歩行訓練を行っています。ゲーム等のレクリエーション（作品製作や脳トレなど）についても、楽しみの中で機能訓練や離床対策につなげることを目的として実施しています。 ■理学療法士等の専門職による指導や助言をもらえるような体制を作りをするこ とで、さらに計画的な機能訓練、離床対策が実施できるようになるのではないかと考えます。意欲と結びつくような工夫も視点に、さらなる体制作りが望まれます。	

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。	a
(コメント)	■利用者の心身状況等はアセスメント時に把握するようにしています。アセスメント時には、利用者のニーズについても確認しています。利用中に囲碁を希望され調整した事例を、利用者一人ひとりに応じた対応として確認しました。 ■レクリエーションは、ほかにも将棋やカラオケ、ゲーム等複数用意しています。保育園からの訪問や蕎麦打ち実演会等地域からの訪問も受け入れています。また、中庭や近隣への散歩等外へ出る機会を設けるようにもしています。特技を持った職員も多く、職員によるイベントも事業所の特徴になっています。	
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)	■利用者の状況に応じてコミュニケーションを図っています。配慮が必要な方へは、ジェスチャーや筆談等、より伝わりやすい方法で接するようにしています。年2回実施している満足度調査の聞き取り時やアセスメント時には利用者の思いや希望を聞き取るようにしています。聞き取った思いは、通所介護計画に反映したり、ケース記録で周知するようにしています。 ■認知症や虐待防止等の研修を通して、利用者への接し方や言葉づかい、利用者尊重の姿勢について周知を図っています。事業所には、相談室や相談スペース、意見箱の設置もありますが、送迎中や入浴中など日常的に話を聞く機会が多くあります。	

		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)	■利用者の身体状況をアセスメント時に把握して、入浴方法や使用浴槽を決めています。入浴前には健康チェックを行い、入浴後は水分補給をしています。依頼があれば、スキンケアも実施しています。使用する浴槽や脱衣所の環境は見学時に確認しました。安全な入浴に配慮できる環境です。滑り止めマットやキャスター付きの椅子を使用する等安全、安楽に入浴できるように配慮しています。 ■入浴を拒否する利用者へは、気分転換を図る等して声かけのタイミングを調整したり、声をかける職員を変えたりして対応しています。また、必要に応じて、家族やケアマネジャーとも連携できる体制を整備しています。	
A-2-②	排泄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)	■利用者の身体状況は通所介護計画を作成する過程で把握し、利用者に合わせた排泄介助を実施しています。排泄ほか、利用者の状況は連絡帳等で家族に伝え、ケアマネジャーへも利用月ごとにまとめて報告するようにしています。 ■トイレには、ヒーターを設置し、便座も温度調節が可能なものを使用して冬場への配慮をしています。また、トイレには、手すりを取り付けて安全にも配慮しています。排泄に必要な物品は基本的に利用者が持参しますが、急な使用へは対応できるようにしています。	
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)	■利用者の身体状況は主にアセスメント時に把握するように努め、自立支援の視点で通所介護計画を作成しています。基本的には利用者ごとに介護保険を利用する等して福祉用具を持参されますが、持参の福祉用具が利用者に合っていなかったり、不調箇所があれば、ケアマネジャーに報告して対応するようにしています。急な対応が必要な場合は、事業所でも車イスや杖等の準備はできるようにしています。 ■送迎については、利用者の負担を考慮して、送迎順を決めたり、利用者同士の人間関係を考慮して、送迎車を別にする等対応しています。 ■移乗・移動介助が安全に実施できるように、日常業務の中で指導するようにしています。今後は、例えば、職員の介護技術をチェックする体制等を作ることによって、指導の体制がさらに充実したものになり、指導を受けた職員も自分の成長が見えることにつながるのではないかと考えられます。日常業務内での指導（OJT）の内容やその効果が見えるような仕組み作りが望まれます。	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	■褥瘡予防に関するマニュアルを整備しています。アセスメント等で把握した身体状況に合わせて、褥瘡予防に努めています。基本的に、軟膏等の持参があれば、処置の対応を行っています。事業所としては、予防のためにマットやクッションも多種用意をしています。 ■職員への周知については、日常業務の中で指導をしているほか、職員会議でも周知や検討をするようにしています。今後は、例えば、職員の介護技術をチェックする体制等を作ることによって、指導の体制がさらに充実したものになり、指導を受けた職員も自分の成長が見えることにつながるのではないかと考えられます。日常業務内での指導（OJT）の内容やその効果が見えるような仕組み作りが望まれます。	

		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)	■年2回満足度調査を実施し、食事に関する好みや満足度、要望等を確認するようにしています。季節の食材を使用したり、食器を瀬戸物にしたり等食事がおいしく食べられるように工夫しています。調理室がデイサービスの利用スペース近くにあり、適温での配膳に適した環境にあります。また、保温容器等も使用して保温に努めています。 ■食堂に手作りの飾りを飾ったり、ゆったりとした音楽を流す等して雰囲気作りにも努めています。	
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)	■利用者の嚥下状態に応じて、キザミ食、ミンチ食、ミキサー食等の形態で食事を提供できるようにしています。また、減塩食やカロリー制限等医療的な対応を必要とする利用者へも食事提供ができるようにしています。 ■利用者の状況はアセスメント時等に把握し、通所介護計画に沿って自立支援、経口摂取維持の視点で支援を行っています。利用者のペースで食事が摂れるように、配膳の順を変える等対応事例も確認しています。	
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)	■口腔ケアの体制の充実に向けて取り組み始め、現在、利用者の状況把握や口腔ケアの計画的な実施に向けて取り組みを進めているところです。訪問歯科医院の協力により年1回無料検診ができるように取り組んでいます。 ■口腔体操の掲示はしていますが、実施については、毎日できるように取り組むことが望まれます。研修は同法人の他事業所での研修に参加し、資料を回覧して周知に努めています。 ■昼食後は利用者に声をかけ、口腔ケアを促しています。必要があれば介助しています。	

		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)	■利用者の日常生活能力については、アセスメント時等に把握するよう努めています。若年性認知症の利用者を受け入れた事例では、利用時の行動を毎回約1か月間観察して記録を行い、専門医や関係機関と連携して対応しています。 ■利用者には、役割作りを目的として、タオルをたたんでもらったり、行事の飾りを作ってもらったり等、できることを利用者に協力してもらっています。また、複数のメニューをテーブルごとに分けて、利用者ができることに参加できるよう配慮しています。 ■身体拘束の事例は現在ありません。館内に社会資源を掲示する等して、必要な情報を利用者や家族に提供できるようにしています。社会資源については、ひとまとめにしておく等、さらに活用できるように整理することが望まれます。ケアマネジャーへは、毎月、利用者の状況をまとめて報告しています。	
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)	■デイサービスのスペースには、ソファやマッサージチェアのほか、手作りで脚付きのタタミコーナーを設置する等して、利用者が過ごしやすくなるようにしています。スペースは廊下に沿ってオープンになっていますが、必要な箇所へはパーテーションを設置する等して、落ち着いて過ごせるようにしています。 ■危険なものは、利用者の目に触れないようにし、火を使うところはカウンターで仕切られています。トイレの表示や浴室前に暖簾を使う等利用者がわかりやすくなるような配慮も確認できました。	

		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)	■看護師が機能訓練指導員を兼務して機能訓練を実施しています。平行棒やホットパック等の機能訓練用具もありますが、今後はさらに介護予防の対象者も含めて、一人ひとりに応じた計画的な機能訓練の実施が望まれます。 ■日々の活動の中では、機能訓練にもつながるようなレクリエーションを実施したり、散歩に出かけたりもしています。また、塗り絵や工作、パズル等テーブルでできるメニューも複数用意しています。 ■機能訓練指導員が看護師であることと、毎月の利用状況をケアマネジャーに報告する体制があり、専門職や関係事業所と連携できる環境になっています。	

		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)	■利用開始時の健康チェックや食欲等、利用中に体調の変化や異変に早く気付けるようにしています。利用者の体調に変化があった場合は、ケアマネジャーや家族と連携して対応していますが、緊急時にも対応できるようマニュアルを整備しています。 ■利用者の健康管理、服薬管理等に関する職員への指導や周知については、日常の業務中に行ったり、職員会議で話をするようにしています。今後は、研修という形での実施、職員会議内での計画的な検討など、定期的に実施するような取り組みが望まれます。日常の業務中での指導については、例えば、職員の介護技術をチェックする体制等を作ることで、指導の体制がさらに充実したものになり、指導を受けた職員も自分の成長が見えることにつながるのではないかと考えられます。日常業務内での指導（OJT）の内容やその効果が見えるような仕組み作りが期待されます。	
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)	■感染症、食中毒予防に関するマニュアル類を整備し、毎年研修を行う等して予防に努めています。館内の手洗い場所や消毒液の設置についても確認できました。職員に対しては、必要な予防接種が受けられるよう配慮し、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応についても取り決めています。 ■体調不良の職員がいる場合には、必要な部門へ報告するようにしていますが、今後は、新たに追加できるような方法の検討を含めて、事業所の仕組みとして定着させることが望まれます。	

		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)	■必要な箇所は、業者に依頼して定期点検を実施したり、法人内各事業所で分担する等して点検を行っています。デイサービスでは、ろ過機、ボイラー等の入浴設備とAEDの点検を行っています。 ■デイサービスのスペースには、ソファやマッサージチェア、手作りで脚付きのタタミコーナーを設置して、ゆっくりと過ごせるようにしています。スペースは廊下に面したオープンスペースになっていますが、パーティションを利用する等して、落ち着けるように配慮しています。 ■喫煙コーナーの配置については、ハード面での限界もあると思いますが、利用者の声を聞く等して、より完全分煙に近い状態にまで工夫することが望まれます。	

		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。	a
(コメント)	■家族とのやり取りは、送迎時や連絡ノート等の文書を通じて行っています。サービスの開始時や計画書に同意署名をもらう際には、家族からも要望を確認するようにしています。また、年2回満足度調査を実施して、サービス全体に対しても声を聞くようにしています。 ■利用者の中には、家族の負担軽減をひとつの目的として利用している事例もあります。家族に対して、リハビリパンツとパッドの利用について助言した事例もあり、負担軽減の視点で対応していることが確認できます。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	みなとデイサービスセンターの利用者
調査対象者数	74名
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）

みなとデイサービスセンターを、現在利用されている74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、49名の方から回答がありました。（回答率66%）

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い、職員は分かりやすく話をしてくれる」
●「職員に相談したい時は、いつでも相談できる」
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- （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」
●「食事中はなごやかで楽しい雰囲気、自分のペースで食べられる」
について、85%以上の方が「はい」と回答
- （３）●「入浴時には、落ち着いて自分のペースで入浴できる」
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