

様式1

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	老人デイサービスセンター 旭東地域在宅サービスステーション旭さくら苑		
運営法人名称	社会福祉法人 清水福祉会		
福祉サービスの種別	通所介護		
代表者氏名	霜村 和三		
定員（利用人数）	55 名		
事業所所在地	〒 535-0021 大阪市旭区清水3-15-23		
電話番号	06 - 6957 - 8008		
FAX番号	06 - 6957 - 8009		
ホームページアドレス	http://www.seisukai.net/fukushi/sakura/en/		
電子メールアドレス			
事業開始年月日	平成16年4月1日		
職員・従業員数※	正規	18 名	非正規 5 名
専門職員※	介護福祉士 13名 理学療法士 1名 看護師 2名		
施設・設備の概要※	[設備等] 食堂兼機能訓練室 1か所 相談室 1か所 静養室 1か所（ベッド3台） 浴室 1か所（大浴槽・特殊浴槽・個浴槽）		

※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	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>

- (1) 私達は 医療、介護、福祉を通じ地域に貢献する。
- (2) 私達は 多くの方々に愛される施設をめざす。
- (3) 私達は 調和のとれた、豊かな人間性の育成につとめ、誇りと責任を持ち日々研鑽を重ねる。

<基本方針>

利用者本位に立ち、利用者のニーズにあった施設サービス・在宅サービスを提供し、利用者・家族並びに地域の方々と連携を図り、更なる支援を頂ける事業所運営を目指す。

【施設・事業所の特徴的な取組】

社会福祉法人清水福祉会は医療法人清水会とグループを形成し、介護・医療の両面からサポート体制を整えている。

地元の小学校跡地に建てた5階建ての旭さくら苑で、養護老人ホーム（4階）、特別養護老人ホーム（3/2階）など、総合的な高齢者介護福祉サービスを提供している。

事業所（老人デイサービスセンター旭東地域在宅サービスステーション旭さくら苑）は、1階奥のスペースに高齢者の日中の居場所を用意して、介護職員の他、生活相談員、看護職員、機能訓練指導員、その他の専門職を配置し、食事や多彩なレクリエーション、個別のケアプランに基づいた理学療法士による機能訓練を提供している。

1階奥の浴室には、大浴槽と特殊浴槽があり、午前午後希望するときに入浴することができる。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	日本アクティブライフクラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和5年8月4日～令和6年2月10日
評価決定年月日	令和6年2月13日
評価調査者（役割）	0801A011（運営管理委員） 1201A027（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

- ・社会福祉法人 清水福祉会の組織運営管理能力は極めて高い。
- ・BSC（バランススコアカード）を活用して、現状・課題分析、戦略目標設定、中期計画策定、アクションプラン作成、総括とPDCAサイクルを回している。
- ・地元の小学校跡地に造られた5階建ての旭さくら苑で、高齢者介護サービスを総合的に運営している。
- ・玄関横に地域交流スペースを設置して、地域に密着した福祉と介護を目指している。
- ・デイサービスセンターは1階奥のスペースで高齢者に日中の居場所を用意して、多彩なレクリエーションや機能訓練を提供している。
- ・利用者・家族の職員に対する評価は高い。

◆特に評価の高い点

- ・管理者は、法人グループ内施設を複数箇所を経験し豊富な知識で業務にあたっている。
- ・介護主任は、介護サービスの経験が豊富であり、管理者と介護主任が協力して、質の高い介護サービスが提供されている。
- ・デイサービス独自の介護マニュアルにそって提供される標準的な福祉サービスは、個別のサービスともに高い質が確保されている。
- ・どんな人でも入浴ができる。入浴は一般浴、個浴、特殊浴（チェアインバス）が設備されほとんどの身体状況に対応できる。
- ・機能訓練に力を入れている。
- ・従来型のデイサービスでありながら、4人の機能訓練指導員が常勤であり、一人ひとりにあったプログラムを実施することで認知症を防ぎ、寝たきりにならずに在宅生活を継続できるように努めている。

◆改善を求められる点

地域貢献への更なる取り組み

- ・事業所が有する福祉サービスのノウハウや専門的な情報を、介護教室などを開催して地域に還元する積極的な取り組みを期待する。

くつろげるスペース作りの工夫

- ・現在はコロナ感染予防のため食事テーブルは2人用にしており、スペースに余裕がない。事情はよく理解できるが、リハビリや入浴の後くつろいだり、気分転換のスペースがあればさらに良い。法人本部と検討を望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

- 今回、初めて第三者評価を受審させて頂きました。
受審するにあたり、評価項目にそってそれぞれの業務の目的や趣旨を再確認する良い機会であったと感じております。
ご指摘の内容は真摯に受け止め、今後の利用者サービスの質の向上はもちろん、職員にとって働きやすい職場・楽しい職場を実現できるように職員一丸となって努力していきます。
- a評価を頂いた項目については、多職種間の連携を図りながら、より良いサービスの提供を継続して行き、今以上に良いデイサービスになるよう精進してまいります。

◆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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の理念、基本方針は法人の理念、基本方針が適用されている。 ・職員には入職時に説明し、毎年の事業計画で確認している。 ・利用者・家族には「ご利用の説明」にあわせて説明している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・統括施設長により、毎月の法人在宅会議において現状報告及び地域の動向等の分析がされ、部署会議等で報告・指示がされている。 ・事業所では、毎月、経営分析システム（BSC）を使い、経営状況を的確に把握・分析している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、BSCでSWOT分析を行って課題を明確にし、アクションプランを作成、具体的な取組を進めている。 ・法人では、毎月の運営会議・在宅会議で課題を抽出している。 ・事業所では、部署会議で上記会議の検討内容や課題等を職員に報告・指示、周知している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・BSCにより、SWOT分析を「財務の視点、顧客の視点、業務プロセスの視点、学習と成長の視点」の4つの視点から行い、「5年後にしていきたい事業所の姿」を明確にして、数値目標や行動目標等を設定し、職員に周知、事業所に掲示して利用者・家族にも周知している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画で設定された数値目標や行動目標を基に、四半期毎のアクションプランを作成して実施し、四半期ごとに評価している。 ・毎年、前年度の総括を行い計画の達成・未達成を明確にし、単年度計画を更新している。 ・事業所に掲示して利用者・家族に周知し、職員にも事業所のデイ会議で周知している。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者・主任・副主任・生活相談員・機能訓練指導員が、BSCの前年度総括を基に話し合っ、次年度の事業計画を策定している。 ・同様に、四半期ごとに進捗状況の確認と見直しを行っている。 ・事業計画は、年度末の事業所のデイ会議で職員に周知し、事業所にも掲示している。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内に事業計画を掲示して、利用者・家族が自由に確認できるようにしている。 ・年間計画に基づく毎月の行事やレクリエーションは、広報誌「さくら便り」で周知しているが、事業計画についても、詳細な情報は不要だが、概要を解りやすく周知する工夫を望む。
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。 a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・組織的に、PDCAサイクル（利用者ごとの居宅サービス計画書作成→通所介護業務日誌→年1回満足度調査→接遇改善委員会・苦情対応委員会・虐待防止委員会等を通じ、問題点の分析・対応を検討→法人人材育成研修や必須勉強会により、必要な知識の習得及び確認）に基づく福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。
I - 4 - (1) - ②	評価結果にもとづき組織として取り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。 a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査の結果は事業所のデイ会議で全職員が共有し、改善策や改善計画を検討している。全ての委員会の会議録は、全職員が確認している。 ・課題等は主任が周知して、職員間で共有を図り、検討し改善に取り組んでいる。 ・中期計画書や単年度の事業計画書は、取り組むべき課題を職員間で検討し、作成されており、事業所にも掲示し、共有している。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は職制上、課長職と位置づけられており、その役割と責任は、役割基準書に定められている。 ・管理者は、自らの役割と責任を事業所の月1回開催するデイ会議や毎日の朝礼、終礼、申し送りで表明し、「皆で協力して、やっぺいこう」と理解を図っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、苑全体で開催される虐待防止委員会、身体拘束適正化委員会等、大阪市老人福祉連盟主催の研修会に参加し、法令等を正しく理解するための取組を行っている。 ・全職員には必須研修に参加させて、法令遵守の徹底を図っている。 ・事業所には「高齢者福祉関係法令通知書」を備え付け、いつでも確認できるようにしている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、毎日の朝礼、終礼に参加して、利用者の日々の状況を職員から聴取し、主任・副主任・相談員と課題等を検討し、福祉サービスの質の向上を図っている。 ・職員の質の向上を図るため、法定必須研修やキャリアラダー研修（キャリアパス等級表に明記している必要な介護技術を習得する研修）、外部研修制度などに参加させて、自己啓発の研修の充実を図っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の経営の改善事項や人事、財務の状況は、統括施設長により毎月の法人運営会議に報告され、検討される。 ・検討内容は施設部署会議で報告される。管理者は報告された内容を主任・副主任・相談員と協議して、改善策を検討している。 ・管理者は、毎月のデイ会議で、利用者の利用実績、新規利用者獲得数、事故発生状況、職員の勤務状況などを報告し、職員の意識の統一を図っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の年間事業計画に、「介護人材の確保・育成」、「研修の充実」が掲げられている。 ・毎年2回、雇用会議を実施、採用環境や求人状況等を検討し、求人の方針を決定している。具体的な取組として、求人フェア等への参加・就職情報サイトの利用、養成校等への学校訪問等を行っている。 ・法人全体の「人材育成研修計画」に基づく各種研修を行っている。 ・離職防止対策として定期的な面談による問題点の早期発見と解決、法人の悩みの相談窓口の設置等を行っている。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・役割基準書に「期待する職員像」を明確にし、職員に周知している。 ・介護職員等級表（1～12等級）に、その職責・職務内容・必須研修・必須資格を明確にして、職員に周知している。 ・人事評価制度に基き、目標管理制度を構築している。 ・面談や部署会議で出された職員の意向・意見を法人として検討し、リフレッシュ休暇制度の導入や福利厚生等の改善策を実施している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・人事考課の際に個人面談を行い、個々の職員の現状や意向を確認・把握している。 ・職員の心身の健康に配慮して、年1回、ストレスチェックを実施している。 ・男性職員が育児休業、介護休業を取得し易いよう配慮する。 ・毎月の勤務表を作成するにあたり、職員の希望を確認して、バランスよく、休暇がとれるよう配慮している。 ・ハラスメント対策として、法人本部に「悩み相談窓口」を設置している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・役割基準書に「期待する職員像」を明示し、職員に周知している。 ・半期ごとに人事考課を行い、人事考課表には、行動評価と目標・業績評価があり、目標については、職員が半期目標の設定、達成状況の確認と振り返りを自己評価をして、主任による1次考課と、課長による2次考課が行われている。 ・1次考課・2次考課では、職員が悩んでいること、困っていることを聴き取りして、修正や解決を図っている。 ・キャリアラダー制度（職員が順次キャリアアップ出来るようにする人事制度・能力開発システム）に基づくキャリアラダー研修を受講させて、将来的な目標達成に繋げている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職務別の役割基準書に、職員の役割を明確にしている。 ・事業計画の基本方針に「研修の充実」、「統括本部企画室教育担当との連携」を明文化している。 ・年間人材育成研修計画、必須研修日程表を策定し、職員に全員参加を義務付け、教育・研修を実施している。 ・介護職員等級表（1～12等級）に対応するキャリアラダー階級を設定し、各階級に必要な「キャリアラダー研修・OFF=JT、SDS（自己啓発・自己研鑽）」を確定して実施している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員等級表に基づき、各職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況を把握している。 ・新任職員には、先輩職員が個別的なOJTを行うプリセプター制度が実施されている。 ・法人全体で、入職年数や役職別、テーマ別等の年間研修を計画、実施している。 ・必須研修計画には、職員全員の参加を義務付け、時間外で行われるため、手当を支給している。 ・キャリアパス研修、外部研修について情報提供を行い、外部研修の参加については交通費、研修費を支給している。 	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・実習受入れマニュアルを策定し、その内容に沿って、実習を行っている。実習生に対し、実習前に「実習の手引き」を使って、実習時の基本姿勢を確認している。 ・実習生受入れ前に、学校側と打ち合わせを行い、実習のプログラムを確認している。 ・実習中や実習最終日に学校の教職員とミーティングを行い、実習の進捗状況や評価を行っている。 ・実習担当職員は、20年以上の経験を持つベテランの主任が当たり、実習内容に合わせて、ポイントを指導している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ・WAMNETに法人理念、事業所が提供する福祉サービスの内容の他、現況報告書、決算情報等を公開している。 ・苦情の受付体制は利用者・家族に重要事項説明書で利用開始時に説明している。 ・「苦情受付窓口」の案内を事業所に掲示し、受け付けた苦情及び解決結果についても、事業所に掲示し、利用者・家族確認できるようにしている。 ・地域に向けては、広報誌「せいすい」や「さくら便り」を利用者や近隣居宅支援事業所に配布し、法人・事業所の活動を周知している。 ・第三者評価の受審は初めてであるが、今回の評価結果についても調査報告書を玄関に配置するなどの工夫をして利用者家族等にも公表することを望む 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・経理規定等の諸規定が策定されている。 ・役割基準書・職務権限一覧表で職務分掌と権限・責任を明確にし、職員に周知している。 ・事業所で扱う経費及び取引については、施設長が確認、承認の上、本部経理が監査を行っている。 ・税理士法人と「社会福祉法人指導監査要領」に準拠した「外部監査委託契約」を締結し、専門家による指導が行われている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・運営方針に「地域に密着した看護と介護」を明示している。 ・事業計画に「地域とのかかわり」を具体的に記載している。 ・事業所に「地域資源」のファイルを用意して、利用者に情報を提供している。 ・施設全体で地域と共催して秋祭りを行い、地域交流スペースを活用して「遊クラブ」、「ふれあい喫茶」等を開催して、地域との交流を実施している。 ・個々の利用者のニーズに応じて、ボランティアを依頼したり、職員で対応している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「ボランティア規定」を策定し、ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、登録手続等に関する項目を整備している。 ・事業計画書に地域の学校教育等への協力についての基本姿勢を明文化している。 ・地域ボランティアや保育所園児との交流等、地域との交流を積極的に図っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関・団体を明示した地域資源のファイルを作成して、事業所に配置し、職員に周知して、情報の共有化を図っている。 ・消防署や医療機関への連絡手順も決められている。 ・大阪市老人福祉施設連盟、旭区事業所連絡会、デイ連絡会等の連絡会・研修会に参加している。 ・生活相談員は、地域包括支援センター、地域の居宅介護支援事業所と、常に利用者に関する情報交換を行い、良好な関係を築いている。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・隣接する在宅介護支援センター（居宅支援事業所）は旭区居宅支援事業所連絡会に加入しており、地域の福祉ニーズ等の情報提供を受けている。 ・地域交流スペースを活用して、地域と共催しての秋祭り、遊クラブ、ふれあい喫茶等の地域住民との交流活動などを通じて、地域の福祉ニーズや生活課題把握している。 	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域交流スペースを開放し、地域貢献に関わる事業活動を実施している。 ・事業計画に「地域とのかかわり」を具体的に明示している。 ・大阪市立図書館と連携し、移動図書館を受入れ、旭区の子育てサロンの受入れ、清水校下地域活動協議会の「こども劇場」の開催などを行っている。 ・近隣自治会のお祭りや防災イベントなどに積極的に参加している。 ・災害時における福祉避難所としての協定を旭区と締結し、防災備品の設置場所も提供している。 ・事業所が有する福祉サービスの提供に関するノウハウや専門的な情報を、地域に還元する積極的な取組として、大阪市社協のボランティア受入れ事業、地域小学校の課外活動の受入れ、地域保育園児の課外活動の受入れ等を実施している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重したサービスの実施については、「倫理要綱」に明確に書かれている。年初めの研修は「倫理、コンプライアンス」で全職員対象とし、パート職員へは研修内容が回覧で伝えられている。 ・デイサービス独自のマニュアルには入浴、排泄などの項目ごとに人格やプライバシー尊重の文言が入っている。 ・毎月実施している苑全体の虐待防止、身体拘束適正化委員会などで、状態の把握や対応を確認している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスは全体を見通せる平面フロアで運営されているのでプライバシー保護には特に配慮している。具体的にはトイレや浴室の出入りは移動式のパーティションを使用したり、医療処置をする場合は視線を遮る場所を選んだり、一人になりたいと希望する場合は離れた場所に椅子を用意するなどである。 ・職員は規定、行動指針、介護手帳、接遇マナールールブックなどを配布し研修、ミーティングまたはつどの事例で意識づけを図っている。 	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスを紹介する冊子は独自で作成した手作り感のあるもので、写真が多くて実際の様子がわかりやすく紹介されている。それらは区役所のラックや居宅介護支援事業所、館内におかれている。 ・利用希望者は体験利用を原則としている。実際にヒヤリングした利用者は6か所のデイサービスを見学し、その中から自分で選んだと話してくれた。 ・ホームページから体験希望申込書を手に入れるようにしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始時は主に重要事項説明書を用いて相談員が行うがわかりやすい言葉を選んでいる。キーパーソン1、2名の同席をお願いし支払いや送迎方法はあとから確認できるようにアセスメントシートに別欄を設けている。 ・多くの利用者は自己決定能力があり、複数個所のデイサービスを家族や介護支援専門員と一緒に見学し説明をきいたうえで自分に合うと思うところを選択している。 ・利用後のサービス内容の変更は本人、家族、を含む関係者でカンファレンスを行い決定事項は計画書を作成し同意を得ている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・他の福祉施設や事業所に移行する場合の対応は主に担当介護支援専門員を通しての問い合わせが多くそのつど適切に対応している。 ・求めがあった場合にはその都度適切に対応しているが、さらに一歩進めて終了後もいつでも相談に応じますという担当者名や連絡先の入った内容の文書の活用を期待する。 	

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

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回、事業所独自にアンケート調査を行っているが、デイサービスの内容に即した満足度調査となっている。 ・定期的にサービス担当者会議が利用者の自宅で開かれ（原則）、相談員が出席し利用者、家族の満足度を把握する機会としている。 ・それらの結果をデイサービス運営会議で改善策を検討している。法人でも年間計画に顧客満足向上を挙げて取り組んでいる。
--------	--

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みは、苑全体で整備されている。デイサービスでは苦情解決責任者を管理者、受付担当者を相談員とし重要事項説明書に明記している。 ・デイサービスではその結果を苦情ノートに記録し、苑全体の苦情対策委員会に報告書を提出、返ってきた議事録は回覧で共有している。 ・苦情は利用者と家族に説明、陳謝し、申し出者が特定できないように配慮して口ビに掲示している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・意見や要望は本人から直接きいたり、アンケートまたは連絡帳や送迎時に家族から寄せられている。サービス担当者会議の機会もあり意見は出しやすいと思われる。 ・今回第三者評価の利用者アンケートでは「職員に相談したいときいつでも相談できますか?」「苦情相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか?」という設問に「はい」が94%、後者は74%であった。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アンケート、申し送りノートのほか日常の活動中にも職員は聴講の姿勢で対応している。 ・受け付けた意見や要望は相談員、主任、副主任に報告され即時状況確認、検討の上返答をしている。即答できない場合もまず一報をいれて後日回答している。 ・受けた意見、要望の内容によってレクリエーションの内容や、送迎の時間をなど改善する例はよくある。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・苑全体での安全対策委員会が月1回開催され、デイサービスからは主任、相談員が出席している。マニュアルは整備され定期的に見直しされている。それらは委員会や会議にて職員に周知されている。 ・デイサービスで起こった事故に関しては発見者がヒヤリハット.事故報告書に記入しその日の出勤者でカンファレンスし再発防止の検討と主任のコメントをつけて委員会に提出する。委員会から後日返ってきた議事録は当事者（発見者）がコメントを欄外につけて確認している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策マニュアルで予防と発生時の対応が決められており、全員参加の必須研修で周知されている。 ・デイサービスではコロナ感染は散発がみられたが、その際は法人の適切な指導、指示により拡大には至らなかった。 	
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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時のマニュアル類は整備され定期的に見直しされている。 ・災害時のデイサービスの中止は運営規定に「午前8時に警報発令時は中止」と書かれている。重要事項説明書には記載はない。 ・上の決まりは契約時に口頭で伝えられていて、実際に悪天候で中止が予想される場合は電話で伝えている。 ・自然災害のBCPは苑全体で、感染症のBCPは事業所毎で2022.4.1に作成しており、訓練も実施している。その他、食品・備品の備蓄もリスト化し管理している。 ・職員への周知については、部署会議を通じてデイ会議等で周知しており、BCP計画書は苑内のデータフォルダ内に有り、いつでも誰でも確認できる様にしている。
--------	--

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的なマニュアルは、苑全体で整備しているが、デイサービスに特化した独自の業務マニュアルを作成している。利用者尊重やプライバシー保護に配慮した介護マニュアルで入浴編では例えば「座浴のろ過装置の清掃手順」まで詳しく書かれた具体的な内容となっている。 ・定期的に介護技術チェックが法人システムとしてあり、デイサービスでは上部職員が常時実施状況が適切であるかを確認、指導している。 	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのマニュアルは年度初めに各委員会で見直しを行い、訂正があれば日付、訂正箇所、内容の記入を行うことが文書で明記され、適切に実施されている。 	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画書の策定責任者は管理者で実務的には相談員が自宅で本人、家族と面談してアセスメントを行い独自のシートに記入している。 ・アセスメント結果は体験利用前に全職員に示しサービス利用上の留意点などを共有している。 ・介護支援専門員がたてた居宅サービス計画書を元にアセスメントから導き出されたデイサービスを利用する一人ひとりの具体的なニーズが明示された内容になっている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護計画書は介護支援専門員作成の居宅サービス計画書の期間をもとに、原則的に6か月おきに評価、見直しを行う。 ・更新または変更した計画書は変更点があればミーティングで周知し、原本はパソコン上で確認でき、ファイルされた紙面でも確認ができる。 	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・記録は2年前にITシステムを導入し、ソフト上の業務日誌を使用している。一人ひとりのサービス計画書の内容が実施されているかどうかを確認できるシステムである。 ・朝夕のミーティング、デイサービス会議で主に情報を共有しているがシフトの関係で出られない職員には申し送りノートや直接の伝達でもれないよう注意している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の記録の管理は重要事項説明書に書かれており契約時に説明している。別紙で「個人情報の利用目的」を添付、説明し「個人情報の利用同意書」にサインをもらっている。 ・個人情報の漏洩や不適切な利用があった場合の対応はサービス規定と職員入退職時にとる誓約書に触れている。 ・利用者の写真を掲載するときには顔が写らないよう配慮し写っている場合はマークやスタンプで隠して分からないように配慮している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの心身の状況と意向をアセスメントしデイサービスの利用目的を踏まえたうえで希望に沿った過ごし方ができるように努めている。 ・レクリエーションのメニューを同時に複数用意し、例えばカラオケを楽しんでいるグループの離れた場所ではカラオケを好まない人が別なことを楽しめるように配慮している。 ・在宅生活が継続できるように自立に結びつく活動になっているかを毎月の会議で検討している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は必須研修で接遇の学習をし、「接遇マナールールブック」を携帯しその人に合わせたコミュニケーションを心がけている。 ・重度でレクリエーション活動に参加しにくい利用者には特に声掛けや会話を重視しており、話すことが困難な利用者には呼び鈴や絵カードで意思表示を助けている。 ・利用者同士のスムーズなコミュニケーションを考え座席や入浴順、集団体操の時間などに配慮している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・苑全体は権利擁護に関する規定、マニュアル類は整備し、全体研修で職員に周知している。 ・虐待防止、事故防止、身体拘束廃止、安全の各委員会が活動し、発生予防を具体的に検討している。 ・デイサービスで入浴介助の際、皮膚の出血、傷を観察し関係機関に連絡し行政も連携して取り組んだ例がある。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は特別養護老人ホームや養護老人ホームがある5階建て建物の1階部分で明るく、清潔に保たれている。 ・利用者同士の関係性や身体状況を考慮して寛いで快適に過ごせる環境づくりを工夫し、また、寒い、暑い、うるさいなどの申し出には個別に対応している。 ・現在はまだ、コロナ感染対応中のため、スペースの使い方に余裕がなく、休息スペース（ソファなど）が用意できていない。申し出のない大多数の人は長時間食卓椅子で過ごしており疲れるであろうと推測される。以前のように休息や気分転換のできる環境づくりがなされることを期待する。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス独自で一般浴、個室、チェアインバスを備えており、どんな身体状況の人も入浴できる。利用開始前のアセスメントでADLに合わせた入浴方法を決めている。安全のため当日の心身の状況で変更することもある。 ・浴室にはつねに2人以上の職員がおり、自立の人も見守りで入浴して安全を確保している。 ・浴室はフロアから見えない位置にあるが、さらに出入口はパーティションでプライバシー保護に配慮している。 	
A-3-(1)-②	排泄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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始前に本人、家族、介護支援専門員と支援方法を検討し原則はトイレで排泄ができるようにしている。家では巻きおむつを使用している場合でもデイサービスではリハビリパンツに変えてトイレを使うケースもある。 ・トイレはフロアに面しているので安全確認には都合がよいが、プライバシー保護に配慮がある場合はパーティションを使っている。 ・自立でトイレを使った後は職員がさりげなく後を見回り、観察や次に使う人の安全確認をしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用開始前のアセスメントから移動に適した方法（独歩、杖、歩行器、車いす）を把握、初回利用時に機能訓練指導員が観察し支援内容を確認統一している。以降も検討と見直しを繰り返している。 ・動線の安全を考慮した座席決めや移動時の付き添い、見守りを行い、それができるだけ自立に向けた支援になるように工夫している。 ・送迎は送迎マニュアルにそって利用者や家族の希望、心身の負担、安全に配慮して行っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事はデイサービス隣にある厨房で調理されており、出来立てのものが提供される。 ・デイサービス独自で1品増やしたり、大皿盛りにしてバイキング形式にしたり利用者満足度を高める工夫をしている。 ・今日の献立はホワイトボードに書き出し、食前に話題にして食欲が増すように工夫している。 ・厨房はHACCPの基準に基づき毎日の自己点検票にて衛生管理に努めている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントした利用者の心身の状況、嚥下能力に合わせ数種類の食形態を提供している。療養食にも対応できる。 ・食前に口腔体操を促し嚥下機能の向上を図っている。 ・食事時の事故の対応は職員は研修で身に付けているが実際発生した場合は看護師が常駐しており、また他部署の看護師の応援を受けることができ、建物内のクリニックで処置してもらえる体制を整えている。 	

A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に歯ブラシ持参を勧め、食事後は口腔ケア（歯磨き、うがい、義歯の清掃）をするように声掛け、誘導、介助を行っている。 ・口腔ケアについて必要があれば、本人、家族に助言、情報提供を行い、介護支援専門員に報告しているが、歯科医師や衛生士による助言指導や一人ひとりの口腔ケア計画の作成までは至っていない。検討を期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策のための指針やマニュアルは整備され、職員は必須研修で知識を学んでいる。 ・デイサービスでは軽度の発生が見られる場合があり、本人了解の上写真をとって家族、介護支援専門員に報告し、その後の受診結果に沿って、看護師を中心に入浴後の軟膏塗布やベッドや椅子でのクッション使用や除圧などのケアを実施している。 	
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)	看護職員が対応しており非該当とする。	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・4人の機能訓練指導員を常勤で配置し午前と午後一日2回、日常生活に必要な上下肢の機能訓練を行っている。 ・月1回のカンファレンスで利用者のリハビリ内容の検討見直しを行っている。 ・機能訓練計画書を一人ひとりに作成し3月ごとに評価、見直し更新をしている。 ・趣味活動のメニューを生活リハビリと位置づけ主体的に取り組むような支援を行っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症ケアは法人として力を入れており、デイサービスの事業計画に認知症知識の向上をあげて、認知症介護実践者研修、リーダー研修受講を進めている。一般職員には必須研修にしている。 ・デイサービスでは現在3名の認知症介護実践者研修修了者がおり、リーダーとなって予防や進行防止の取り組みを行っている。 	
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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 急変時の対応はマニュアルがあり研修で周知している。看護師が常駐しているためその指示により対応ができる。建物内にいる他部署の看護師の応援が頼めるうえ、建物内のクリニックに受診することが可能である。 利用前にキーパーソン、主治医、緊急搬送先を確認しているので適切な連絡できる。
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)	通所サービスで、対象者がいないため非該当とする。

	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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 家族とは主に連絡帳で連絡を取り合っている。送迎時直接伝えられることもありどちらも申し送りノートに記録し全職員で共有している。 定期的なお便りのほかに電子媒体による発信（ブログなど）で様子を伝えている。 定期的にサービス担当者会議が自宅で行われデイサービスからも出席するので家族との連携はよく取れている。

	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)	訪問介護事業の調査ではないので非該当とする。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	老人デイサービスセンター 旭さくら苑の利用者
調査対象者数	55人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封したうえで、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

回収率38.2%（21名）

<回答>

満足度100%の質問は下記の通り・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。90%以上の満足度は以下のとおり・職員はあなたや家族の意見をいつも聞いてくれますか。・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

80%以上の満足度は以下のとおり・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明をうけましたか。・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。・あなたの居室は安全で快適ですか。・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいとおもいますか。

70%以上の満足度は以下の通り・苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。・入浴は、落ち着いて、ゆったりと入浴することができますか。

60%以上の満足度は以下の通り・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行ってくれますか。入浴する際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いますか。・機能訓練の目的や内容、実施後の評価等について、説明してくれますか。・レクリエーションのメニューは自由に選択でき、あなたの意向に配慮されていると思いますか。50%以上の満足度は以下の通り・排泄後の介助は、速やかに対応していますか。・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いますか。30%以上の満足度は以下のとおり・献立づくりについて、アンケート等であなたの希望を聞いてくれますか。満足度30%以下の質問はない。

<自由記述>

問 施設やサービスに対して、して欲しいこと、欲しくないことはありますか。

・トイレのブザー音のデシベルを柔らかい音に変更できませんか。・昭和一平成一令和と時代の流れの中で感じた事は、昭和の一般常識と異なる事を感じました。より良い環境に近づくには職員と利用者のコミュニケーションが必要かと思っています。・施設の人も皆さん優しいです。・声掛けをよくしてくれます。・食事があまりにもひどすぎます。無理してもたべられないのが多すぎます。食事制限されているものです。選択で弁当やおやつがあればよいのですが。・デイサービス終了後の帰宅時間が早い時は良いのですが、遅い時は困ります。

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