

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	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	通所介護		
代表者氏名	理事長 大西豊美 管理者 豊原由美子		
定員（利用人数）	35 名 (利用者 69名)		
事業所所在地	〒 552-0014 大阪市港区八幡屋4-8-1		
電話番号	06 - 6576 - 4314		
FAX番号	06- - 6576 - 4790		
ホームページアドレス	https://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	3 名	非正規 15 名
専門職員※	介護福祉士	7 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ヶ所 静養室 1ヶ所 一般浴室 1ヶ所 機械浴室 1ヶ所 相談室 1ヶ所 事務所 1ヶ所		

※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	1 回
前回の受審時期	平成 29 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を提供し、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。

法人基本方針

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。

事業所方針

要介護状態等になった場合においても、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感を解消及び心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

事業に当たっては、利用者の所在する大阪市、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携を務めるものとします。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・特別養護老人ホーム愛港園の一角で運営しているため、館内のフロアが広く、雨の日でもご利用者様たちは建物の端から端まで散歩が出来ます。

・デイフロアは中庭に面しており外からの日座主も明るく、春には桜がたくさん咲き皆さんで中庭に出てお花見が楽しめます。

・浴室は個室でなく、銭湯の様に壁には富士山の絵があり大きな湯舟にゆっくりと使って頂けます。湯船のなかにも長椅子があるため、胸までや肩までつかるなど調整できます。

・利用者様、ご家族様の都合に応じて、利用日の振り替えや送迎時間の変更など柔軟な対応を行っております。

・利用者のニーズに合わせて入浴のみなどの短時間利用の受け入れも行っています。

・送迎時、door to doorの送迎を実施し、状態に応じてベッドまでなどの送迎も行っております。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・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3月24日～令和6年1月29日
評価決定年月日	令和6年1月29日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 2101A028（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・みなとデイサービスセンター（以降、事業所と表記）は平成元年（1989年）に社会福祉法人みなと寮（以降、法人と表記）が特別養護老人ホーム愛港園（以降、施設と表記）に併設して開設した港地域在宅介護支援センターの中核としてみなとホームヘルプセンター（訪問介護）、みなと在宅介護支援センター（居宅介護支援）と共に開設された通所介護事業所である。隣接して認知症高齢者専用の特別養護老人ホーム第2愛港園と第2みなとデイサービスセンター、認知症高齢者グループホームときめきが運営されている。

・昭和25年（1950年）に大阪府が開設した港湾労働者更生施設みなと寮を法人が昭和27年（1952年）に大阪府より委託を受け事業継承して始まった。その後、大阪市より委託を受けた救護施設（港晴寮・第2港晴寮、千里寮）、特別養護老人ホーム愛港園、第2愛港園、港地域在宅サービスステーション、築港地域在宅サービスステーション、弘済院第1特別養護老人ホームなど様々な福祉事業を展開して現在に至っている。法人は、現在河内長野市に本部を置き、大阪府内に救護施設（生活保護法）4ヶ所、介護保険施設・事業所7ヶ所、その他の福祉事業として生活困窮者就労準備支援事業のほか4事業を運営している。

・事業所は、大阪港に近く天保山運河に面し、集合住宅、戸建て住宅、大小の工場・事業所が混在する地区の一角の広大な敷地に建てられた4階建て建屋の1階にある。増築された細長い建屋の西側に事業所の玄関、反対側に施設の玄関があり、長く広い廊下でつながっている。事業所側には港地域在宅サービスステーション合同事務所、専用の静養室・相談室・トイレ・入浴室、施設と兼用の集会室等がある。建屋裏には運河との間に広大な庭があり桜などの樹木や草花が植えられており、折々の花を利用者は楽しんでいる。

・事業所は、法人の理念に基づいた基本方針、運営指針（短期として6項目、中長期として5項目の指針）を定めた詳細で緻密な事業計画を策定し、年度初めの研修で職員に示し周知を図っている。基本方針の主旨は、地域包括支援センターなどの地域の関係機関と連携して利用者が居宅で自立した日常生活を営むことができるように支援すること、利用者の意志及び人格を尊重し利用者の立場に立ったサービスを提供することとしている。

◆特に評価の高い点

事業計画策定と職員周知

・管理者は、基本方針と運営指針に基づく介護サービスの基本的な考え方、職員体制（職員の質と適正人員、会議・委員会・研修・資格）、危機管理（安全対策、情報管理、緊急対応、感染症対応、防犯）について具体的で緻密な事業計画を策定し、4月の研修に於いて事業計画書（正規職員には全文、非正規職員には抜粋）を配布して説明している。

管理者のリーダーシップ

・管理者は、職員会議、サービス検討会議、衛生管理委員会、リスク予防委員会等に参加し、サービス内容や課題を職員と話し合い、改善を図ってサービス向上に積極的に努めている。

利用者への丁寧なサービスの提供

・介護度が軽度から重度（要支援1～要介護5）までの利用者を幅広く受け入れ、ひとり一人に合った丁寧なサービスを心がけている。

多彩な広報紙の提供

・季刊紙「みなとデイだより」は、利用者家族等、関係者にとり事業所の行事の風景や利用者本人の様子が見やすく分りやすく反映され、安心感と信頼感を与えている。

◆改善を求められる点

人材育成のための目標管理制度の実現

・職員一人ひとりの育成のため、職務目標の設定と上司面談による達成状況の確認、そしてし次年度の目標設定につなげる、このサイクルを通じて更なる成長を目指す目標管理制度を導入することを期待する。

多様なレクリエーションの提供

・日々のレクリエーションは、職員間で工夫して実施しているが、レクリエーション普及活動をしている外部団体から新鮮な情報も取り入れ、更に一層、利用者が楽しんでできるレクリエーションに取り組むことを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・第三者評価受審するにあたり、その準備を行う工程や受審当日の調査員の方々のお話を伺う中で、事業所としての運営、管理面や人材育成面、利用者様や家族様への対応面等で足りていない点など改めて見直すことができました。日々、現場の業務もある中で準備もなかなか進まない状態でしたが、結果、たくさんの気づきがあり多くのことを再確認することができました。

・至らないところは改善できるように取り組みます。コロナ渦の影響で中止していたボランティアの受け入れや園児との交流、そば打ち実演会など地域の方々とのふれあいを再開し、利用者様に今以上に喜んでいただけるサービスの提供と、地域の皆様に認めて頂ける事業所を目指し、また職員一人一人が目標を持ちそれを達成できるよう取り組んでいきたいと思えます。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I - 1 理念・基本方針		
I - 1 - (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I - 1 - (1) - ①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は法人全施設共通で、法人パンフレット、ホームページ、事業所広報誌「みなとデイだより」、事業計画書に記載され、法人が提供する福祉サービスの方向性を示す内容となっている。 ・利用者家族等には利用契約時に説明し、玄関横にも掲示して周知が図られている。 ・職員へは入職時の研修時、毎年4月の管理者による事業計画説明時に周知が図られている。 	
		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"> ・管理者は、毎月の介護保険事業部会議、施設間連絡会議で国、大阪府、大阪市の行政の動向、各施設の運営状況を把握・分析している。 ・特に大阪府、大阪市、港区の行政の動向は、大阪府社会福祉協議会介護施設長会議、区社会福祉協議会地域包括支援センター運営委員会等に役員である特別養護老人ホーム施設長から得て把握している。 	
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"> ・管理者は、毎月の介護保険事業部会議に備えて事業所の利用状況等や課題を把握している。 ・現在の課題は、コロナ禍以降続いている利用率低下を回復することとして職員には職員会議で事業所の現状と港区内の同業他施設の状況を情報共有して解決策を協議している。 	
		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"> ・事業所の中長期計画は、属する港地域在宅サービスステーション（他に2事業）と共通とし、法人と事業所の理念・基本方針を基に中期を3年、長期を10年として令和4年度を初年度として立てられている。 ・中長期計画の3事業共通の基本的な視点として情報公開の推進、人権擁護の推進等併せて9項目を掲げている。 ・事業所の最優先課題として利用者の確保と事業運営の改善として広報の充実、営業活動の強化、LIFE（科学的介護推進）加算の導入としている。 	
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"> ・令和5年度事業計画は、中長期計画を踏まえた運営指針を数値目標を立て具体的に策定している。 ・その内容は、経営面で安定した運営の継続目標数値、利用者サービスの充実の方策、地域への貢献、職員確保と育成、設備の修繕に分かれて具体的である。 	
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"> ・毎年度の事業計画は、管理者が年度初めの4月の職員会議で計画書を配付して内容を説明している。運転手を含む全非常勤職員には計画書の抜粋を配付している。 ・管理者は、上半期終了後に実施状況を分析して修正し、後半の半ばから次年度計画に向けて職員会議で協議し、年度末に法人の予算委員会に提出して承認を得ている。 	
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"> ・事業者は、利用者に配慮して字を大きくした事業計画書を玄関横の相談コーナー壁面のホルダーに配置して周知を図っている。 ・事業計画の中で行事計画以外に利用者の処遇に関する内容についてはその概要を文書として利用者家族等に配布することを望む。 	

		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"> ・事業所では、毎月の職員会議、サービス検討会議、衛生管理委員会で実施したサービス内容を振り返り、その都度に改善を図ったり、計画を修正したりしている。 ・今年度の11月より厚生労働省の科学的介護情報システム（以降 LIFEと表記）に取り組み、サービス内容の改善を図っている。 ・今回の第三者評価受審は2回目であり、定期的な受審を図っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月の職員会議、サービス検討会議、衛生管理委員会、リスク予防委員会等でサービス内容や課題を話し合い、改善を図ると共に会議録や報告書として記録し、回覧をして周知を図っている。 ・職員会議他の会議、サービス検討会議他の委員会で話し合われた改善策は次年度の事業計画に活かしている。 	

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、毎年の事業計画に事業所の基本方針、運営指針を明確にし、年度初めの4月の職員会議で職員に対して説明をしている。 ・職務分担表に管理者の役割と責任について16項目にわたり詳細に明示し、自然災害発生時事業継続計画・感染症発生時事業継続計画の中で管理者の役割と不在時の権限委任を生活相談員とすると明記し周知を図っている。 	
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"> ・法人は業務管理体制整備規程（コンプライアンス規程）を策定し、職員としての行動規範（守秘義務他8項目）、福祉事業者としての行動規範（社会福祉法・介護保険法他9項目）を詳細に明記している。 ・管理者は、この規定を十分に理解し、職員に対して「倫理及び法令遵守について」の内部研修を毎年実施している。 	
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、毎月の介護保険事業部会議に備えて事業所の利用状況等や課題を把握している。 ・管理者は、毎月の職員会議、サービス検討会議等の会議、衛生管理委員会、リスク予防委員会等の委員会を開催し、事業所の現状や課題について職員と話し合い、助言を与えている。 ・管理者は、毎年度の内部研修計画を立て、職員会議後に実施して職員の質の向上を図っている。 	
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"> ・管理者は法人内の介護保険事業所部会議に毎月、出席し、事前に把握した事業所の運営状況、課題について報告をし、課題改善策を協議している。 ・管理者は介護保険事業所部会議で協議した課題改善策の内容を毎月の職員会議で報告して実現にむけて職員と話し合い、課題解決に取り組んでいる。 	

		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"> ・事業所は、運営規程に職員体制を明記し、事業計画の中で職員の資質向上、育成のための研修計画、資格取得支援についての方針を定めて、事業計画の実現に向けて取り組んでいる。 ・正規職員の採用については法人本部で一括して採用活動を計画的に行われており、事業所の非常勤職員については同じ建屋内の法人本部分室に依頼してハローワークや人材紹介会社等で人材確保を図っている。 	

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の中で法人の基本方針に「求める職員像」として具体的に上げて職員に示している。 ・管理者は毎年末頃に1回、全職員の意向調査のため個人面談を行い、本人の要望を聞く機会を設けている。 ・事業所では入職時に就業規則・給与規則を配付するとともに館内ネットワークシステムで確認できる体制を取り、職員の処遇に関する法人の取り決めに明示しているが、人事評価基準やキャリアパスなどは定めていない。 ・職員の育成、資質向上、職務意欲向上のためにも明解で公正な評価基準と明確なキャリアパス制度の導入を法人全体として検討することを期待する。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分担表に管理者が労務管理の責任者と明記し、有休・産休・育休取得等のワークライフバランスに配慮した取り組みを推進している。 ・法人は、産業医を配置して毎年、職員のストレスチェックを実施すると共に、職場の悩みの相談窓口として外部の司法書士事務所を設けて、連絡先をフロアに掲示している。 ・法人は、大阪府福祉施設共済会に加えて全国福祉施設共済会にも加入して職員の福利厚生充実に取り組んでいる。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の中で法人の基本方針に「求める職員像」として具体的に上げて職員に示している。 ・管理者は毎年末頃に1回、全職員の意向調査のため個人面談を行い、一人ひとりの要望を聞く機会を設けているが、次年度の職務目標を聞いて設定するまでには至っていない。 ・職員一人ひとりの育成のために年度初めに職務目標を設定させて、上司が面談して年度半ばで進捗状況を確認し、年度末に達成状況を確認して次の年度の目標につなげていく目標管理制度の導入を早期に導入することを期待する。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の運営指針に職員の育成を重視し、利用者の人権を尊重し多様性を認め合う資質向上のために研修の充実を図ることを明記し、年間研修計画を策定している。 ・年間研修は、人権研修・認知症ケアなどの事業所内研修、新任職員のための法人新任職員研修が実施されている。 ・管理者は、職員と年末頃に次年度計画に向けて研修実施内容を検討し見直しを行っている。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内研修は、毎月の研修ごとに研修担当として決められた職員が事業所マニュアルに則り、研修資料を準備して実施している。 ・参加できなかった非常勤を含む全職員は研修実施記録と研修報告書を必ず閲覧し押印している。 ・外部研修の受講の希望者にはについてはできる限り認めている。 ・新入職員の研修として法人の基礎研修（初級・中級・上級）が実施され、事業所内では先輩職員のOJT研修が実施されている。 ・中堅職員、幹部職員のためのマネジメント研修を含む階層別研修については法人として取り組むことを期待する。 	

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"> ・実習生受け入れに関する考え方、受け入れの手順を示した実習生受け入れマニュアルを整備している。 ・実習受付は併設の施設が行い、研修を受けた実習担当者が学校側との実習プログラムなどの調整を行っている。 ・実習生は当事業所、訪問介護、居宅支援の在宅介護事業所3部門でも受けている。 ・最近の実習としては看護師養成専門学校からの実習をコロナ感染防止対策を十分に実施している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人及び事業所のホームページには理念・基本方針、事業内容、決算情報、苦情解決、第三者評価受審結果等が詳しく公表されている。 ・事業所横の相談コーナーの壁面には事業計画書、事業報告書、重要事項説明書、第三者評価受審結果報告書、苦情受付内容等を配置し公開をしている。 ・事業所では年4回、広報誌「みなとデイだより」を利用者家族と地域包括支援センターなど地域関係者に配布し、活動内容の周知を図っている。 	
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"> ・事業所では会計経理事務全般を担当する非常勤事務職員が法人の経理規程に則って会計経理事務を行っている。管理者が小口金庫を管理して、建屋内の本部経理担当者に毎月報告をしている。 ・毎月1回、法人の顧問会計事務所職員が会計内容を点検に来ている。 ・事業所の内部監査は、法人内他事業所の管理者が運営状況等の監査を実施し、相互の事業所のレベルアップと内部牽制の強化を図っている。 	

		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"> ・法人の理念、事業所の事業計画の運営方針に地域との関わり方を明記している。 ・事業所玄関横の相談スペース壁面の掲示板に地域のイベント情報、港区内医療・福祉施設情報マップなどを掲示している。 ・コロナ禍以前には地域の沖縄伝統芸能エイサー同好会が踊りを披露したり、近隣の保育園園児が訪問して地域との交流を行ってきた。現在はコロナ禍が終息してきたので再開を検討している。 	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受け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"> ・事業所にはボランティア受け入れマニュアルを整備しボランティア受け入れについての基本姿勢を示し、受け入れまでの手順を定めている。 ・コロナ禍以前には地域の沖縄伝統芸能エイサー同好会他のボランティアを受入れてきた実績があり、コロナ禍が終息してきた現在は受け入れ体制はできている。 ・地域の小中学校の生徒の職場見学、職場体験も受け入れて、学校教育に貢献してきている。 	
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"> ・事業所玄関横の相談スペース壁面の掲示板に地域のイベント情報、港区医療・福祉施設情報マップなどを掲示している。 ・事業所に配置している業務マニュアルファイル内に地域の医療機関、警察署、消防署等の連絡先一覧を掲載し、職員間で共有をしている。 ・港区内の社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携して地域内の福祉課題の解決に取り組み、地域住民への車椅子貸し出しなどを行っている。 	
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"> ・当事業所は港地域在宅サービスステーションを構成する事業所の一つで他の2事業所（訪問介護・居宅介護支援）と共に港区社会福祉協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と連携して地域の高齢者等の福祉ニーズの把握に努めている。 ・併設の施設長は港区社会福祉施設連絡会、グループホーム運営推進会議、地域包括支援センター運営協議会、民生委員推薦委員会の主要メンバーで地域の福祉ニーズを把握しており、事業所は施設長からも情報を得ている。 	
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"> ・事業計画の運営方針に地域公益活動の取組みを具体的に表明している。 ・管理者、生活相談員は、今年度の「港区区民まつり」の応援に参加したり、地域の「ふれあいまつり」に介護相談コーナーを設け、地域住民の介護相談を受けて喜ばれている。 	

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"> ・法人の理念のいの一に「利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、」、事業所の基本方針に「利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する」と表明し、毎年の事業計画の冒頭に明記し、職員は、年度初めの管理者の事業計画説明会で再確認をしている。 ・法人では業務管理体制整備規程（コンプライアンス規程）を策定し、法令遵守と共に「利用者本位の精神」を尊重した事業所運営に努めるとしている。 ・事業所内研修では高齢者虐待防止、人権研修、倫理及び法令遵守等の研修計画を立て実施し職員の人権意識の向上に努めている。 	
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"> ・事業所にはプライバシー保護マニュアルが整備され、プライバシーに配慮が求められる場面（入浴、排泄ケアなど）の介助方法を具体的に明示している。 ・事業所の静養室にはパーティションが設置され、浴室の脱衣場には間仕切りカーテン、パーティションが設置され、トイレにも扉が設置されて利用者のプライバシー保護に配慮をしている。 ・利用者家族等に利用開始時に、ホームページや「みなとデイだより」への写真掲載可否の確認を取って肖像権に配慮している。
--------	--

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"> ・事業所では利用希望者のために、パンフレット「ご利用のご案内」「港在宅介護支援センターのご案内」、広報誌「みなとデイだより」を玄関入り口に配置し、また地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に配付すると共に法人ホームページ内でも事業所紹介を掲載している。ホームページには、重要事項説明書を掲載し運営方針、サービス内容、取り組み、利用までの流れなどを説明し、カラー写真で具体的内容を説明し利用選択の便宜を図っている。 ・見学希望者には生活相談員が案内し、体験利用を提供し利用希望者・家族の不安を解消している。 	
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"> ・生活相談員が利用者家族等に対して利用契約前に、重要事項説明書及び付属文書でサービス内容、利用料、取り組みなどについて、わかりやすく説明をして同意書に署名・捺印をもらっている。 ・今年度11月からLIFE加算による利用料の変更等についても事前に文書で利用者家族等に説明して同意書に署名・捺印をもらっている。 ・送迎時間についても予定表を事前に家族等に直接手渡して説明し、間違いが起らないように努めている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のニーズや日常生活状態が変化した時はサービス担当者会議で利用者家族等と関係者が話し合い、サービス計画書に変更内容を明記して同意の署名捺印をもらっている。 ・生活相談員は、利用契約時に契約書第16条、重要事項説明書NO.7の(3)に契約の終了に伴う援助を行うことを利用者家族等に説明をし、今後の相談窓口であることを伝えている。 	

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"> ・事業所は、毎年1回、サービス内容について利用者の満足度を調査するアンケート調査を実施し、調査結果を職員会議で話し合い、今後のサービス内容の向上につなげている。 ・特に自由コメント欄の利用者意見については即座に対応できることは直ぐに実施し、その他は職員会議で改善策を協議し、実施している。 	

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"> ・重要事項説明書No.18「サービス提供に関する相談、苦情について」に苦情解決の体制と手順が示されている。 ・重要事項説明書を利用者・家族等に利用契約時に説明している。併せて玄関横の壁面のホルダーにも配置して周知を図っている。 ・事業所では、意見箱を設置すると共に毎年1回、アンケート調査を実施して利用者の声を聴いている。アンケート調査結果は掲示板に掲示して公表をしている。 ・受け付けた苦情は、苦情解決委員会を開催し改善策を協議して苦情申出者に回答している。苦情解決状況報告書を3か月毎に第三者委員に提出している。 ・苦情内容により申し出者に了解の上、ホームページにも公表している。 	
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"> ・重要事項説明書No.18「サービス提供に関する相談、苦情について」に苦情解決の体制と手順を明記し、利用者・家族等に利用契約時に説明している。併せて玄関横の壁面のホルダーにも配置し、第三者委員の氏名と連絡先も掲示して周知を図っている。 ・相談を希望する利用者には別室の相談室で対応する環境を整えている。 	
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"> ・事業所では、意見箱を設置すると共に毎年1回、アンケート調査を実施して利用者の声を聴いている。アンケート調査結果は掲示板に掲示して公表をしている。 ・重要事項説明書No.18「サービス提供に関する相談、苦情について」に苦情解決の体制と手順を明記し、利用者・家族等に利用契約時に説明している。併せて玄関横の壁面のホルダーにも配置し、第三者委員の氏名と連絡先も掲示して周知を図っている。 ・受け付けた苦情は、苦情解決委員会を開催し改善策を協議して苦情申出者に回答している。苦情解決状況報告書を3か月毎に第三者委員に提出している。 	
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"> ・事業所は安心・安全なサービス提供のためリスク予防マニュアルとして事故防止マニュアル、高齢者虐待マニュアル、事故報告書・ヒヤリハット手順書を整備し、職員に周知を図っている。 ・管理者を長とするリスク予防委員会を開催し、事故報告やヒヤリハット報告の内容を協議して、今後の発生を未然に防ぐ方策を検討、実行に移して実効性を評価している。 ・本年9月の事業所内研修では「事故の発生及び再発防止について」を実施し、送迎時の利用者の車の乗り降りなどの注意喚起を行っている。 	
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"> ・事業所は感染症予防や利用者の安全確保のため感染予防マニュアルとして高齢者介護施設における感染症対策マニュアル、褥瘡予防マニュアル、感染症及び食中毒対応マニュアル、新型コロナ対応BCP（事業継続計画）を整備して職員に周知を図っている。 ・管理者を長とする衛生管理委員会を毎月開催し、毎月の発生状況の確認、発生時の対応や予防対策等の話し合いを行っている。 ・事業所内研修として6月に「食中毒予防について」11月に「感染症対策について」を実施し、職員は予防対策や処置方法を看護師から学んでいる。 	
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"> ・事業所は災害時の利用者の安全確保のため災害時対策マニュアル、防火管理担当者の業務について、緊急時の対応についての概要、自然災害BCP（事業継続計画）を整備して職員に周知を図っている。 ・防災訓練は、併施設が主体となった合同防災訓練（火災想定訓練や地震津波災害対策訓練等）に参加して、災害時の利用者の安全確保対応の確認を行っている。 ・災害用備蓄品は、建屋全体として飲料水、食料品、衛生用品等を整備し、倉庫に保管している。
--------	---

	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"> ・通所サービスマニュアルとして介護業務マニュアル、感染予防マニュアル、リスク予防マニュアルなどが整備され、いつでも職員が閲覧出来る所に置いている。 ・勉強会や研修の参加者は終礼時に口頭伝達、終礼ノートに記録し、報告書は所内で回覧して職員間の情報共有を図っている。 ・終礼ノートに記入した後、決められた介護手順・方法が正しく実施されているか、慣れになってないかを振り返り、どのように解決・処理されたのかを確認するサービス検討会議が構築されている。 	
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"> ・通所サービスマニュアルとして介護業務マニュアル、感染予防マニュアル、リスク予防マニュアルなどが整備されている。 ・始業及び終業時ミーティングで決められた介護手順で気付いたことを意見交換し、マニュアル検討委員会で職員、利用者、家族の声が反映された見直しが継続的に行われている。 	

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"> ・通所介護実施計画策定の責任者は生活相談員である。 ・介護保険調査票を基に本年11月よりLIFE加算所定様式を活用してアセスメントを行っている。 ・通所介護実施計画策定にあたっては、多職種（看護師）から利用者の医療的所見・意見や利用者の直接意見・家族からの聞き取りを取り入れ反映させている。 ・サービス実施が計画通りに出来ているか利用者の状況を月間報告書に記載して担当の居宅介護支援専門員（以降、居宅ケアマネと表記）に報告している。 ・支援困難ケースについてはミーティングの議題にあげて適正な援助方法を検討し担当の居宅介護支援専門員にも相談や助言を求めている。 	
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"> ・個々の利用者の通所介護計画書は居宅介護計画書の見直し時に合わせて見直している。 ・担当者会議を実施した時点で本人や家族から聞き取ったニーズを通所介護計画書に反映している。 ・緊急に計画変更が必要とする場合は、事業所の生活相談員が担当居宅ケアマネに連絡・報告し、計画変更見直しの必要性を共に検討している。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none">・法人施設統一した共通の介護保険記録ソフトを使用している。非常勤職員、新規採用者は記録方法に差異が生じないように管理者、相談員の指導を受け、日々の利用者の状態やサービス提供状況をパソコン入力や連絡ノートに記録している。・連絡ノート、朝礼・終礼時の申し送り、サービス検討会議、各委員会会議書類の回覧等を通して職員間で利用者の最新情報の共有に努めている。	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none">・個人情報保護マニュアルが整備され、個人情報書類に関しては鍵付きロッカーにて保管し、記録管理の責任者は、生活相談員としている。・職員には入職時・退職時に個人情報保護についての説明を行い、誓約書を提出させ個人情報防止を図り、毎年繰り返し社内研修で個人情報保護について研修を実施して周知徹底を図っている。・利用者・家族に対しては契約時に重要事項説明書で説明し同意を得ている。	

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"> ・初回面接や体験利用を実施して利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握して個々にあった援助方法を通所介護計画に立案し、極力残存機能を活かせるようにしている。 ・午前は利用者一緒にレクリエーションを行い、午後は塗り絵、パズル、散歩などの一人ひとりに合った楽しみ方の工夫をしている。利用者の中には職員の手伝い（洗濯物をたたむ等）をして充足感を感じる人もいる。 ・サービスの検討・改善に関しては、サービス検討会議やレクリエーション委員会の議題にあげたり朝・夕のミーティングで組織的に取り組んでいる。 	
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"> ・日常のコミュニケーションの中で利用者の思いや希望を聞いたりして個性やプライバシーに関する場面であれば相談室を利用し内容によってはサービス担当者会議に出して支援に反映している。 ・接遇に関する勉強会を実施している。日々の利用者との会話で言葉づかいが気になれば終礼ノートに記録して終礼時報告しお互いに気をつけるようにしている。 ・意思表示が困難な利用者に対しては、筆談やボディランゲージ、ホワイトボードを活用し個別な方法でコミュニケーションを工夫している。 ・職員は固定の利用者と関わりがちにならないよう、座席や見守りの配置に気を付け全体の利用者に関わるように配慮している。 	
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"> ・利用者の権利擁護及び虐待防止や身体拘束に関するマニュアルを整備し、職員には倫理規定を定めている。 ・身体拘束は原則禁止であるが緊急やむを得ない場合はサービス提供委員会でその必要性を検討することとし、職員にも周知徹底している。 ・虐待の有無は入浴時に観察をしている。発生時の届出・報告の手順を定めている。 ・権利擁護に関するポスターを事業所玄関に掲示して利用者家族等へ周知を図り、職員には毎年繰り返し内部研修で人権の理解を図っている。 	
		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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が過ごすフロアは広くて明るく、日当たりも良く、室温調整もされており快適な環境である。 ・食堂フロアには利用者が寛げるようにソファ、マッサージチェアを配備し、静養室には臥床して休めるように特殊ベット3台を配備している。ベット使用時はパーテーションを使用してプライバシー保護に配慮をしている。 ・余暇時間を快適に過ごせるようにテレビ・カラオケ・リハビリ器具等を配備している。
--------	---

	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"> ・初回面接時やLIFEに基づくアセスメントにより利用者にあった入浴形態（一般浴又は機械浴）を提供している。 ・入浴介助と脱衣介助に職員を配置し利用者が安全・快適に入浴出来るようにしている。入浴介助は原則、同性介助を実施している。一般浴の利用者には過剰な介助にならないよう近くで見守りし何か有ればすぐ対応出来るようにしている。 ・入浴前には看護師がバイタルチェックを行い入浴の有無を判断し、状態により入浴出来ない場合は清拭に切り替えている。褥瘡や皮膚疾患のある人は入浴順を考慮している。 ・入浴時の状況を連絡ノートに記録して送迎時に口頭で伝えたり、居宅介護支援専門員宛の月間報告書にて連絡し、情報共有をしている。
--------	--

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"> ・初回面接時やLIFEに基づくアセスメントにより個々の利用者にあった排泄の支援を行っている。 ・トイレでの排泄を基本とし定時排泄誘導は利用者の排泄リズムに応じたタイミングで個人の尊厳や羞恥心等を配慮した援助をしている。 ・トイレには手すりが設置され、車いす対応の身体障がい者用トイレも設けている。 ・失禁や失便した時には手早く排泄処理し、貸し出し衣類を提供し、汚れた衣類は洗濯して返す配慮をしている。 ・排泄状況は連絡ノートに記録をして利用者家族に助言・情報提供をし、必要があれば居宅ケアマネに報告・連絡をしている。
--------	--

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"> ・出来るだけ自力で移動するように見守りや必要に応じて介助をしている。 ・利用者は自宅で使い慣れた杖や歩行器を事業所に持ってきている。 ・利用者のヒヤリハットの報告に留意し、残存機能を活かした介助方法を職員間で情報共有している。 ・利用者の安全に配慮して送迎時は必ず運転手の他に介護職員が添乗している。 ・利用者宅の手すりの設置や段差の緩和等の必要性があれば居宅ケアマネに報告して改善を勧めている。
--------	--

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"> ・利用者に嗜好のアンケート調査を毎年1回実施して、施設の管理栄養士は、その結果を反映した四季に応じた献立や行事食（お花見、敬老会等）提供している。 ・食器には触感を重視してお椀や湯飲みに陶器を使用し、食事は盛り付けを見栄え良く、又適温で提供している。食前には手指の消毒をし、おしぼりを出している。 ・利用者が互いに楽しく食事出来るように座席にも配慮をしている。 	
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"> ・利用者の咀嚼力、嚥下能力状態に合わせたキザミ食・ミンチ食・ペースト食等の食事形態にも対応している。又、状態によりトロミを付けたりして工夫している。 ・利用者の多くは自身で食べているが、利用者の身体状態により小さいお椀・介助皿・スプーンなどの食器の工夫をして食べやすくしている。また利用者の嚥下状況により看護師が食事介助を行っている。 ・食事制限のある利用者には特別食（糖尿病・腎臓病）を提供し、水分摂取量のチェック等の観察、記録をして本人・家族へ助言を図り、必要に応じてケアマネにも連絡をしている。当日利用者の体調に配慮してご飯からお粥への突然の変更にも対応している。 ・食事中は見守りの介助職を配置し、異常あれば看護師に連絡するなど事故発生時の緊急対応手順を定めている。 	
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"> ・利用者は食前に職員の先導で口腔ケア体操を実施している。 ・利用者は歯ブラシを持参して、食後は歯磨きを行っている。自力で出来ない人は職員が介助をしている。 ・事業所は口腔ケアマニュアルを整備し、口腔ケアの大切さを理解するための研修を実施しているが、その上更に利用者一人ひとりの口腔ケア計画を作成、実施、評価、見直すPDCAサイクルに取り組むことを望む。 	
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"> ・事業所に褥瘡予防マニュアルを整備している。 ・褥瘡の処置が必要な利用者には医療機関からの指示内容を確認して入浴後に看護師が処置を行い、強すぎる圧が掛からない安楽な姿勢が保てるように配慮している。 ・日々の食事摂取量、体重測定を通して栄養摂取状況をチェックし、褥瘡部位の状況の経過観察をして連絡ノートで家族に伝えたり、送迎時に口頭で説明をしている。また、担当の居宅ケアマネには月間報告書で伝えている。 	
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)	事業所では看護師が喀痰吸引の必要な時は行っており、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)

- ・事業所では本年11月よりLIFEに基づきADL（日常生活動作）の評価に取り組み、利用者の機能向上を目指している。
- ・介護予防のための機能訓練は利用者のかかりつけ医の指示を居宅ケアマネを通じて受けて行っている。
- ・口腔機能低下予防の為に食前に口腔ケア体操を実施している。
- ・認知症進行予防の為にパズル、塗り絵、紙工作等細かい作業を取り入れている。
- ・利用者のADLレベルに合わせ、残存機能を活かした排泄介助を実施している。
- ・利用時に状態の変化が見られれば家族や居宅ケアマネに電話連絡して受診を促す対応をしている。

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)

- ・認知症の利用者への接遇に関する認知症高齢者援助マニュアルを整備し、職員に対して認知症ケアの内部研修を毎年実施しスキルアップを図っている。
- ・利用開始時から認知症症状に変化が生じた場合は経過を記録し、職員会議や終礼時に対応を検討し情報共有をしている。
- ・症状の変化があれば家族や居宅ケアマネに経過報告し情報共有を行い必要に応じて医療との連携を図っている。
- ・本年11月からはLIFEに基づいたアセスメントに取り組み、利用者一人ひとりに寄り添った認知症ケアの向上を目指している。
- ・利用者が安心して落ち着いて参加出来る工作や塗り絵などのレクリエーションを工夫して行っている。

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)

- ・緊急時対応マニュアル「緊急時の対応についての概要」が整備され、利用者の体調急変時は看護師に連絡し適正なアドバイスを受けて対応をしている。
- ・事業所到着時には必ず看護師がバイタルチェックを行い、利用者の健康状態を確認して記録し職員間で情報共有をしている。状態が不安定な利用者には随時バイタルチェックをして体調管理を行っている。
- ・利用者個別ケースファイルには服用している薬の処方箋コピー、緊急連絡先、かかりつけ医、担当居宅ケアマネの連絡先を掲載しており、必要時には直ぐに連絡できる体制にしている。
- ・利用者の健康管理、疾病、食中毒予防、感染症対策、AEDの使用法等の研修や勉強会を行い、利用者急変時の対応の向上を図っている。

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。

a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・お迎えの時に家族（独居の人は訪問介護ヘルパーや居宅ケアマネ）から利用者の状態を口頭で直接聞いたり、連絡帳を通して把握している。お送りした時には事業所での様子を口頭や連絡帳で家族に伝えている。 ・利用者の状態に変化があれば家族等に電話連絡をして速やかな対応に努めている。 ・家族に対しては必要に応じ介護に関する助言や個別相談を行い、内容によっては居宅ケアマネに報告をして連携を図っている。
--------	--

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	みなとデイサービスセンターの利用者と家族
調査対象者数	72 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）

利用者72名にアンケート用紙を配付し、51通を回収した。（回収率 70.8%）
通所介護施設のアンケート調査のため、25項目の質問と自由記述で実施した。

○回答の内、満足度90%以上は次の5項目であった。

- ・職員は、言葉遣いについて、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、わかりやすく話してくれますか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・施設は安全で快適ですか。
- ・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思いませんか。

○回答の内、満足度80%以上は次の7項目であった。

- ・職員は、あなたや家族の意見や希望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。
- ・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。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・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。
- ・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。

●回答の内、50%に満たない項目は次の3項目であった。

- ・献立作りについて、アンケート等であなたの希望を聞いてくれますか。
- ・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せんか。

自由記述の言葉として、以下のような感謝の言葉が多数あり、利用者・家族とも事業所のサービスに満足をしていることがわかる。

【感謝の言葉】

- ・きめ細かにスタッフの皆様が対応して下さるので今のままでありがたいです。
- ・デイサービスの職員さんが元気いっぱい好きです。私も元気になります。皆さんとても優しく接してくれてうれしいです。ほか多数。

【要望の声】として次のような声があった。

- ・皆と対話がしたい。

以上

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