

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	光明荘デイサービスセンター	
運営法人名称	社会福祉法人大阪府社会福祉事業団	
福祉サービスの種別	(介護予防) 通所介護	
代表者氏名	管理者 中島 秀樹	
定員(利用人数)	35 名	
事業所所在地	〒 5940031 大阪府和泉市伏屋町3-8-1	
電話番号	0725 - 56 - 0313	
FAX番号	0725 - 50 - 2212	
ホームページアドレス	http://komvoso.jp	
電子メールアドレス	kms-daihyo@komvoso.jp	
事業開始年月日	平成6年10月1日	
職員・従業員数※	正規 8 名	非正規 20 名
専門職員※	介護福祉士/10名 介護職員初任者研修/6名・ヘルパー2級/3名 看護師/2名 准看護師/1名 柔道整復師/1名 社会福祉主事任用資格/2名	
施設・設備の概要※	[居室]	
	[設備等] 浴室 更衣室 相談室 喫煙室 食堂 静養エリア 機能訓練エリア 洗面エリア 車椅子用トイレ	

※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】

利用者の孤立感の解消や心身機能の維持、家族の介護負担の軽減を図り、利用者の意思及び人格を尊重、利用者の立場に立ったサービスを提供します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

特殊浴槽等重介護の方のための設備を備えつつ、要支援の方や障がいのある方も、ともに入浴や食事が楽しめるデイサービスとなっています。送迎サービスは出来るだけ玄関前まで車をつけています。基本の利用時間は8時30分から17時で、週に1回延長サービスを19時30分まで行っています。アットホームな雰囲気の中、より良い接遇を意識し、利用者、職員共に、笑顔の絶えない和やかな空間作りに努めています。一斉レクではなく、個別レクにも取り組み、利用者を選択して頂ける様にしています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	一般社団法人 ぱ・まる
大阪府認証番号	270052
評価実施期間	令和3年1月1日～令和3年3月31日
評価決定年月日	令和3年3月31日
評価調査者（役割）	26 （運営管理委員） 1901A030 （運営管理・専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

地域に根ざした複合型高齢者施設として、広く地域の方々に認知されています。複合型施設の強みである、様々なサービスの提供を活かした、地域活動、地域事業に取り組まれています。社会福祉法人としての使命を意識した、事業展開が積極的に行われており、各事業が把握した、地域ニーズや地域の課題は、施設全体として取り組むべき課題であるという認識の基、新たな活動や事業へと各事業間横断的に、適材適所を踏まえた取組に努められています。利用者本位の支援の提供のため、支援メニューの拡充や毎年の利用者満足度アンケート実施など、利用者へのお仕着せではない、より必要な支援が提供出来るように努められています。

◆特に評価の高い点

【メニューの多彩化と選択】

デイサービス利用時の利用者が参加するメニューは、利用者個々の日々の状態や意向に沿いやすいよう、3種類程度用意され、押しつけではなく、利用者の意向に沿った選択が出来るよう努められています。

【職員のモチベーション維持】

法人としての取組である「ワンダフルカード」の活用によって、職員相互がお互いを認め合う取組が行われています。他の職員の良いところを意識することにより、自らの振り返りと研鑽にも結びつけられています。

【自立と能力維持】

利用者の生活能力維持と自立のため、リハビリテーションメニューを意識して取り入れた支援が出来るよう配慮されています。

【利用者本位】

毎年、利用者の満足度アンケートを実施することによって、施設が行っている支援全体への振り返りや、利用者の意向を踏まえた支援の提供が出来るよう努められています。

◆改善を求められる点

【利用者保護に係る緊急時対応等への備え拡充】

利用者の体調変化や急変等に備え、緊急連絡先の拡充、治療方針等の情報収集意向確認拡充が整備されると、より安心できる支援の提供に繋がるかと思われます。権利擁護の観点からも、初期支援として、人生会議やエンディングノートなどの必要性、代理医師決定権者、代理人、後見制度等への、早期の理解促進と啓発活動をあわせた取組の拡充が期待されます。

【満足度アンケートへの対応】

利用者アンケートからも、アンケート結果の反映が、利用者にもうまく伝わっていない可能性が否めません。できる事は積極的に取組、また、出来ない事はモアベターな取組へと繋がられるよう、いずれも利用者にアンケートの結果を反映したことが伝わるような、フィードバック、伝え方の工夫拡充が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けて、まず評価チェックシートを使用しての自己評価表作成に取り組む際に法人や光明荘が取り組んでいる内容、事業計画や中長期計画等の資料を読み返し、改めて計画の重要性を再確認出来た。又、マニュアル関係の書類も再確認を行えたので、サービスの質を高めていく為の意欲の向上に繋がり、良い機会となった。今後は常に法人や光明荘の理念、方針をデイサービス管理者として把握、理解した上で全職員へ発信し、それぞれの職員が理解を深めていけるように、また光明荘デイサービスセンター独自のサービスや特色のあるサービス提供に心がけ、外部の方にアピール出来るように努めていきたい。

◆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)	法人の理念に沿った施設の基本方針が定められています。施設入り口への掲示、パンフレットへの掲載等がなされています。職員には理念ブックが配布されており、会議前に唱和するなど、理念を意識した支援の提供に努められています。採用前研修・新人研修では理念の説明が行われ、職員の基本として認識されるよう教示されています。	

		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)	法人で開催される経営会議の報告を踏まえ、複合施設全体の各事業所から代表者が出席する経営会議を毎月開催し、経営状況の把握、検討、分析がなされています。施設として地域の社会福祉事業全体の動向把握に努められ、また、法人全体として府の福祉事業全体に深く関わっていることから、現状と動向を踏まえた施設運営に結びつけられています。地域ニーズを踏まえた、訪問看護や常勤医師配置等の取組が確認できました。	
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)	法人全体としての経営会議で、役員を含めた情報共有課題検討がなされており、それを踏まえた施設の経営会議で検討された内容や課題等は、各部署の部門会議を通じて、施設内各事業所職員に周知されています。他部署からの助言等も含めた意見交換がなされています。	

		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。	a
(コメント)	法人全体としての中長期計画が明示されています。各施設は、法人の中長期計画に示される内容に沿って、自施設が取り組むべき課題や目標設定に繋がられています。中長期計画の評価見直しは、法人全体として取り組まれています。	
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)	事業計画は、法人の中長期計画を基に、策定されており、地域の福祉ビジョンも踏まえた内容が設定されています。法人全体の重点項目が施設の事業計画と結びつけられています。	

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。
(コメント)	事業計画は、各会議等で検討され、各事業毎で策定に繋がられています。各会議や各委員会で評価見直しが行われ、事業計画管理が行われています。
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。
(コメント)	ホームページ等で、事業計画が公表され、配布される広報誌にも記載され、周知されています。利用者や家族に向けた、施設の考え方が伝わりやすい工夫と説明の拡充が望まれます。

		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。	a
(コメント)	ISOの取組で培われた仕組みにより、支援に対する評価見直し検討の取組が行われています。利用者への定期的な満足度調査を基に、発掘された課題や気づきから、支援の現場に反映できるよう努められています。	
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。	a
(コメント)	毎月実施されている、部門会議、経営会議にて、取り組まれています。	

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。	a
(コメント)	管理者は、役割と責任、取組を各種会議等で明確に発揮し、広報誌等にも掲載されています。職務分掌は、組織として明確に示されており、役割と責任が明示されています。	
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。	a
(コメント)	積極的に外部研修等へも参加され、情報の収集と現場へのフィードバックに努められています。	
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)	各種会議等でも指導力を発揮し、質の向上を意識した取組が行われています。年4回行われる職員との面談の場でも、質の向上を意識した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)	毎月行われる経営会議にて、課題の共有、方向性の指示が行われています。	

		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)	法人全体としての計画を踏まえ、施設の計画に沿った、人材確保に努められています。各職員との定期的なヒアリング、職員満足度アンケートによって、働きやすい職場づくり、離職防止へと繋がられています。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	法人の規程に沿った、研修計画、育成計画に取り組まれています。求められる職員像や職員が取り組むべき内容は文書として具体化されています。年4回の面談時にも評価のすりあわせが行われています。	
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)	職員満足度アンケートや、定期的に行われる職員面談で、職員の意向がくみ上げられ、働きやすい職場づくりに努められています。職員は、年4回の面談があり、就業状況の意向把握、ワークライフバランスに配慮した取組へと繋がられています。また、各種委員会の活動によって、職員参画の基での働きやすい職場づくりが推進されています。	
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。	b
(コメント)	法人の仕組みとしてISOを活用したキャリアアップの仕組みが形成され活用されています。進捗状況や達成度の確認等の取組拡充が望まれます。	
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。	a
(コメント)	法人の研修センターで、一元的に取り組まれています。職員の意見も踏まえた研修内容の見直しも行われています。	
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)	研修への参加は、職務の一環としての参加や補助も確保されており、資格取得を促す仕組みが形成されています。	
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。	b
(コメント)	実習指導者には、法人としての研修が行われています。専門職種の特性に配慮したプログラムの拡充が望まれます。	

		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。	a
(コメント)	ホームページ上での公開が図られており、また、施設でも閲覧可能な状況が確保されています。苦情や相談状況についても広報誌を通じ公表されています。	
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)	法人の経理規定に従った処理が行われています。法人は公認会計士の監査を受けており、また、法人内部の運営監査も行われています。	

		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。	b
(コメント)	毎月、外部ボランティアを活用した交流、行事等が行われていましたが、コロナ禍の制限下において中断しています。コロナ禍の制限下において、制限下でも可能な地域との交流方法の拡充が望まれます。	
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。	a
(コメント)	ボランティアの受入マニュアルが整備されています。施設全体として、学校教育の場への認知症啓発活動（認知症サポーター講座）等の取組が行われています。	
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)	生活相談員による関係機関との連携が図られています。地域の社会福祉協議会との連携で、地域の社会貢献事業にも取り組まれています。リスト化を図るなど、地域の社会資源を職員で共有出来る仕組みの拡充が望まれます。	
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	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)	地域広域事業連絡会が開催され、地域の福祉ニーズの把握や情報共有が行われています。コロナ禍の制限下において、従前行われていた地域住民等から直接ニーズ把握をする機会の減少に替わる取組の拡充が望まれます。	
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。	a
(コメント)	社会福祉協議会の行う事業への参画が行われています。複合施設全体として、地域の制度の狭間で必要な支援を受けづらい方々への、制度外支援の提供にも努められています。	

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)	利用者本位、利用者尊重の考えは、法人の基本理念にも示されており、それらを意識した支援の提供に努められています。個々の利用者への対応については、利用者自身の意向を踏まえ、会議等で検討され、適切な支援計画の策定に繋がるよう努められています。	
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)	職員にはプライバシー配慮に関する定期的な振り返りチェックシートによる確認が行われており、職員自身の振り返り、施設全体としての課題抽出へと繋がられています。同性介護を基本とし、介助の際には利用者のプライバシーが損なわれないよう、仕切りやカーテン、場の使い方に配慮されています。	
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。	b
(コメント)	利用者のニーズを踏まえ、それを理解頂けるような説明や体験等から、利用の選択に繋がられています。	
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。	b
(コメント)	契約前に、体験前提で、実際を感じて頂く事で、支援の内容が確実に伝わるよう心がけられています。パンフレットには、様々な活動や行事の内容が画像でも紹介されており、施設の雰囲気や内容が伝わりやすいよう努められています。意思決定支援が必要な場合のルール化を、より明確にされることが望まれます。	
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)	必要な場合は、相談員等が引き継ぎ先に家族と同行し、利用者への適切な支援の継続が出来るように努められています。引継文書等の整備拡充が望まれます。	
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。	a
(コメント)	毎年、利用者アンケート調査が行われ、意見や課題の抽出に努められています。送迎時や支援の中で得られた利用者の意見や意向は、しっかりと受け止め、支援の向上と満足度の向上に繋がるよう意識されています。	
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)	苦情解決への仕組みと体系が整備されています。第三者委員の積極的な活用で、外部の意見や見解を踏まえた、解決の取組が行われています。苦情発生時には、内容を確認し、解決策へとつなぎ、速やかな報告に努められています。利用者家族への、よりわかりやすい説明、ならびに、苦情解決結果のフィードバック公表拡充が望まれます。	

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。	b
(コメント)	アンケート等で間接的に意見がくみ上げられるよう努められています。意見相談等を伝える相手を自由に選べること等を、わかりやすく伝える工夫の拡充が望まれます。	
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)	利用者からの意見や相談は、速やかに対応するよう努められ、管理者へも報告されています。年1回行われる利用者満足度アンケートによって、間接的に支援に対する意見や意向を把握できるよう努められています。対応マニュアルの定期的な見直しが望まれます。	
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)	毎月、安全管理委員会が開催され、ヒヤリハットや事故等の内容が、共有、検討されています。検討結果は、毎朝のミーティングで職員に共有されています。事故やヒヤリハットへの対応や検討は為され、職員間でも共有されていますので、定期的な評価見直しの拡充が行われると、さらなる支援の質のに繋がるかと思われれます。	
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。	a
(コメント)	感染症会議の定期開催頻度を月一回から月二回に拡充し、感染症対策の推進が行われています。施設内のゾーン化を推進し、感染症発生時のリスク低減に繋がられています。デイサービスでコロナウィルス陽性者が発生した場合のマニュアル整備も行われています。	
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)	訓練は地震対応等も実施されています。備蓄品リストが整備され、担当者による管理が行われています。施設内合同訓練や、法人全体合同訓練も行われています。地域や関係機関と連携した体制の拡充、利用者安否確認方法の拡充整備が望まれます。	

		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。	a
(コメント)	法人全体の標準的なマニュアルに沿って、各棟で手順書を作成し、支援の現場に沿った適切な支援の提供に努められています。	
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)	法人内委員会で随時の検討等が行われていますが、定期的な仕組みとしては確立されていません。	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	介護支援専門員が作成したケアプラン、フェイスシート、モニタリング等を用い、利用者、家族のニーズを踏まえた利用計画書策定に努められています。アセスメント手法の明確化、横断的な支援計画の調整等の拡充がなされると、さらなる支援の質の向上に繋がるかと思われれます。	

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。	b
<p>(コメント) サービス担当者会議で、介護支援専門員による新たなケアプランが作成され、それに沿った通所介護計画の策定が行われています。緊急に見直す場合の仕組み、サービス担当者会議での評価見直し内容の明確化が望まれます。</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) 利用者の身体状況や利用状況は、記録システムで管理され、共有が図られています。利用者には連絡帳を通じ、日々のサービス実施状況が伝えられています。サービス実施計画の進捗状況、評価が明瞭となる、記録方法の拡充が望まれます。</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。	b
<p>(コメント) 法人統一の諸規定が定められ、職員に周知されています。令和2年改正個人情報保護法を踏まえた、諸規定の整備拡充が望まれます。</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。	b
(コメント)	利用者のニーズに配慮した支援が出来るよう、複数のメニューから、利用者の意向や目的にあわせた選択が可能となるよう努められています。残存機能の維持や精神面での安定には特に配慮した支援の提供が心がけられています。	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	—
(コメント)	【非該当項目】	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	—
(コメント)	【非該当項目】	
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)	日々の支援の提供の中では、利用者とのコミュニケーション確保を意識した支援に努められています。利用者の動きにも理由の探求意識を持ち、利用者の意向を踏まえた必要な支援の提供が意識されています。	
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)	毎月委員会が開催され、評価検討が行われています。委員会には第三者委員の出席もあり、意見が具申されています。委員会の内容は、各セクションで共有されています。マニュアル、委員会の内容共有によって、職員への周知理解が継続されています。	

		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)	温度湿度は定期的にチェックされ、適切な換気を行うなど、室内環境の保持に努められています。体調や気分に合わせて居場所の確保が行われており、利用者個々のペースにあわせることができる支援環境の整備に努められています。毎年行われる利用者アンケートを中心に、利用者の意向や意見の聴取が行われています。	

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)	入浴時にはプライバシーに配慮し、羞恥心を抱かないよう配慮されており、同性介助が行われています。入浴への無理強い等は行わず、利用者の意向、希望に沿った入浴支援の提供が行われています。利用者の生活能力の維持と自立継続のため、安全配慮を行った上で、最低限の支援、介助となるよう努められています。	
A-3-(1)-②	排泄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)	排泄支援については、アセスメント時に利用者の現有能力や意向を確認し、どこまで介助するか、見守り必要性の有無等含めて検討され、支援の提供に繋がられています。オムツ利用の方についても、定期誘導や排泄意思表示が見受けられた場合に、トイレに誘導し、排泄自立の維持回復に努められています。時節柄、感染症対策には特に留意し、適切な衛生管理を意識した支援の提供が行われています。	
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)	利用者の運動能力維持、生活能力維持を意識した支援の提供に努められています。安全確保のために、送迎時等は車医師を利用しても、施設内では介助歩行を基本としたり、自立歩行が維持できる適切な福祉用具の提案等、自立を基本とした移動支援提供が心がけられています。	

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)	利用者個々のペースにあわせた食事介助が行われています。毎月、リクエストランチや、おやつバイキング等、食を楽しむ機会確保に努められています。満足度アンケートによる意見聴取が行われています。思考調査の拡充等、さらなる支援の質の向上に繋げる取組が期待されます。	
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。	b
(コメント)	利用者の生活能力維持のため、最低限の食事介助にとどめ、食べる事をせかしたりするようなことなく、食事の自立維持を意識した支援の提供が行われています。利用者の嚥下能力、咀嚼能力、自立度を踏まえた、食事形態や補助具等の提供に努められています。利用者の意向やペースを踏まえた上で、食事時のリスクを意識した安全確保の拡充が行われると、さらなる支援の質の向上に繋がるかと思われます。	
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)	食後には、全ての利用者に対して、利用者個々の状況に合致した口腔ケア支援の提供に努められています。年1回は、口腔ケアに関する研修が行われています。歯科医、歯科衛生士、管理栄養士、言語聴覚士等との連携による取組の拡充がなされると、さらなる支援の質の向上に繋がるかと思われます。	

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)	入浴支援時に、看護師による確認が行われており、初期の段階での把握、ケアに努められています。必要な利用者には、介護支援専門員、訪問看護、家族と連携し、必要なケアの提供となるよう配慮されています。	

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)	【非該当項目】 看護師がほぼ在駐しています。	
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)	全ての利用者に対し、運動能力活動能力のアセスメント評価が行われ、機能訓練計画書が作成されています。定期的な自宅訪問を実施し、家庭内動作に必要な、運動能力活動能力の維持を意識した利用者ニーズに合致する計画の策定を心がけられています。	
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。	b
(コメント)	利用者個別のプログラムを作成し、本人の意向も取り入れた支援の提供に努められています。その日の状態によって、個別、体を動かす、等複数のメニューから適切なものを選択できるよう配慮されています。意思疎通が困難な方への対応の拡充や支援の提供についての明確化が望まれます。	
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)	利用者緊急時の連絡先、医療機関や担当医等について、確認が行われています。日々の健康状態は記録されており、利用者とのコミュニケーションの中でも細かな体調変化を見逃さないよう意識した支援の提供に努められています。緊急対応に関する研修は行われていますが、医療分野を含む研修の拡充が望まれます。	
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)	【評価外項目】	
		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。	b
(コメント)	利用者の様子や変化については、連絡帳で日々家族等と共有されています。変化があった場合、介護支援専門員や他の事業所と情報共有し、適切な支援の提供が行えるよう努められています。家族との話し合いや意向確認等について、記録への反映と明確化拡充が望まれます。	

		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)	【評価外項目】	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	全利用者
調査対象者数	48 人（有効回答数）
調査方法	全利用者に大阪府参考様式アンケートを配布。評価機関宛返信用封筒にて、直接評価機関が回収。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

アンケート集計結果に対する総評としては、各支援の内容に対する回答では、利用者の意思表示能力の程度により「わからない」の回答が一定割合、利用者個々が提供を受けている支援に該当しない項目等で「わからない」「いいえ」の回答がありましたが、それ以外は、おおむね提供されている支援の内容は好評でした。

【利用者本位】の8項目は9割以上が良好であるという回答でした。その他は大半が「わからない」という回答でした。

【サービス運営】の5項目（金銭管理は実施されていないので除外項目）は、7～8割が良好、その他は「わからない」という回答でした。尚、「地域活動への参加」に限り、6割が「わからない」という回答でした。

【介護技術】の10項目は、個々の利用者が該当する支援の7～8割が良好であるという回答でした。

【サービスの効果】選択回答3項目は、9割以上が良好であるという回答でした。

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