

## 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	第2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	(所長) 森田 増穂	
定員(利用人数)	12 名	
事業所所在地	〒 552-0014 大阪府大阪市港区八幡屋4丁目8番1号	
電話番号	06 - 6571 - 5241	
FAX番号	06 - 6571 - 3613	
ホームページアドレス	<a href="https://www.minatoryo.or.jp/facilities/aikoen-2/">https://www.minatoryo.or.jp/facilities/aikoen-2/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:dai2aikoen@minatoryo.or.jp">dai2aikoen@minatoryo.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成5年6月1日	
職員・従業員数※	正規 3 名	非正規 3 名
専門職員※	介護福祉士 3名 看護師 1名	
施設・設備の概要※	[設備等] 食堂、静養ベッド、調理室、医務室、更衣室 浴室(大浴場・チェアー浴)、相談室、事務所	

※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 30 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。

### 【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。

### 【事業所理念】

・事業所の基本理念は、情報公開と人権擁護です。情報公開を推進して財務的にも、組織論的にも、介護の手法的にも、透明性のある事業運営を行います。情報公開と情報開示に対して積極的に取り組む中で、恒常的なサービスの質の改善と向上を図っていきます。また、ご利用者様に快適な生活と安全を保障していくためにも、人権擁護の考えを基本にした「人に優しいサービスとケア」を提供していきます。

### 【事業所基本方針】

1. ホームページを中心とした情報公開、情報開示に積極的に取り組みます。
2. 虐待防止、身体拘束廃止、人権擁護を推進して、人に優しいサービスを提供します。
3. 認知症ケアの充実を図ります。
4. 介護職員の確保のためのインターネット（エルユーエスなど）の求人サイトを充実させます。
5. 職員の育成と離職防止に向けた具体的な施策を進めます。
6. 事業運営の安定化のために、事業収入の増加（利用率アップ）と支出の抑制（コスト削減）を進めます。
7. 食事サービスについては特に重点的に取り組み、日々、美味しく食べられる食事提供を目指します。
8. 職員研修は開催回数、周知方法などを含めて充実した手法を展開していきます。
9. 職員間の情報共有を深め、サービスの質の向上に努めます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

・「笑顔で支援」…笑顔が持つ、やさしさ、明るさ、温かさが介護サービスの原点だと思います。技術や理論、経験も大切ですが笑顔で日常の支援業務ができる介護職がこれからのサービス競合化の施設で最も必要になってきます。  
「笑顔で支援にあたる」という福祉の原点に立ち返りを基本姿勢としています。

・精神的、身体的な機能回復だけでなく、自宅に引きこもりがちになられる認知症高齢者の社会的な孤独感を解消したり、ご家族の介護負担を軽減することを目的としています。

・少人数である定員12名以下という密度の濃さ故に、一般的なデイサービスとは違う認知症ケアという側面からの支援が手厚く望めるということが最大のメリットです。

・ご利用頂いている方全てがそれぞれに様々な周辺症状やそれぞれの家庭環境の中で生活されています。一つ一つのケースに具体的な解決策を持って向き合い、問題の解決に向けて、より多くのプランをもって提案していくこと、様々な角度からアプローチを試みる事、失敗してもめげないで次の方法を考え出す事が、周辺症状の解決もしくは緩和に向けて一番重要と考えています。これらの対策をご家族と共有し実践していくことで是まで多くのご利用者様にご利用頂いてきました。

・認知症はいずれ進行し、在宅での生活が困難になった場合でも、特養である「第2愛港園」に併設しているため、ショートステイの併用や特養への入所と至った新たなステップへのアプローチがご利用者様の環境の変化を抑えた状態で連携していくことが可能です。認知症のご利用者様にとって環境の変化を抑えられるということは最大のメリットといえると思います。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 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12月8日～令和6年5月7日
評価決定年月日	令和6年5月7日
評価調査者（役割）	1701A029（運営管理委員） 2201A014（専門職委員） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

・第2みなとデイサービスセンター（以下「事業所」）は、社会福祉法人みなと寮（以下「法人」）が、1993年6月大阪市港区に開設した大阪市初の認知症専用の特養「第2愛港園」（以下「施設」、定員50名）に併設され、今年開設31年目を迎える。定員12名と少ない事業所では、認知症高齢者ケアに特化し、専門的なケアサービスを提供する。事業所は、鉄骨鉄筋コンクリート造り5階建の2階部分にあり、2～5階に第2愛港園があり、同敷地内に「グループホームときめき」（定員9名）も併設している。

・事業所敷地内には、1983年に先行開設の従来型「特別養護老人ホーム愛港園」と「港地域在宅サービスステーション」（デイサービス・在宅介護支援・ホームヘルプセンターの3事業所）があり、施設・事業所の相互間で有機的な連携と柔軟な運用を図っている。

・法人は、1952年に大阪港湾地区の厚生施設「みなと寮」の運営に始まり、現在は本部を河内長野市に置き、障がい者や生活困窮者を対象にした生活保護法に基づく救護関連事業を4か所、高齢者を対象とした介護保険事業を7か所とその他の福祉事業を含め、大阪府下で18事業所を運営している。法人は、設立後70余年にわたり継続して「笑顔で支援」、「情報公開による透明性の高い事業運営」と「サービスの質の永続的改善」を目指しており、これら創業の精神は法人と各施設に今なお脈々と受け継がれている。

・事業所は、運河や川に挟まれ海辺に近く日当たり良い静かなベイエリアに位置し、屋上からは赤色の港大橋、運河の船舶や遠くの山並みのパノラマ風景が一望できる。事業所は、最寄り駅から徒歩15分の距離にあり、近隣には大阪市中央体育館、大阪プール、海遊館(水族館)、世界の大型客船が寄港する天保山埠頭やマーケットプレイス等のスポーツ・観光施設のほか、下町情緒あふれる住宅街、商店街、学校、公園、神社仏閣や病院等が徒歩圏内にあり、日帰りレクリエーション・買い物や通院等に便利な立地にある。

・事業所の特徴は、同じ敷地内に認知症高齢者専用の特養及びショートステイのほかグループホームの併設や診療所があることから、デイサービスから特養のショートステイ、そして特養への入所といった移行がスムーズに行えることである。このことが、利用者にとって環境変化が少なく精神的不安が軽減されるという利点やグループ事業所・施設の多職種職員間で利用者の情報等の共有がしやすいことが強みとなっている。

・築31年を迎える建物や内装は適正なメンテナンスが行われ、今日に至るまで必要な機能を保っており、設備の老朽化による不便やプライバシー保護等の困難な環境を、職員の創意工夫や笑顔による温かい介護で克服してきた。将来的には、設備の更新（大規模修理や建替）等が検討課題に挙がっている。

### ◆特に評価の高い点

・デイサービスセンター・(特養)ショートステイ・(特養)第2愛港園・グループホームときめきといった認知症に特化した施設・事業所相互間における連携の良さや、同一敷地・建物にあるという立地の良さが、認知症の利用者にとって環境変化が少なくスムーズな移行や福祉の継続性のもと、一貫したサービスが受けることができる体制にある。また、ケアする多職種の職員にとっても、利用者一人ひとりの状態を良く把握したうえで効果的な対応を行うことができている。

・小人数の定員を活かし、自宅への送迎時における家族等と職員の接触や利用者の事業所における職員の笑顔でのきめ細かいケア提供が、家族等や利用者との互いの信頼関係に繋がっている。調査機関のアンケートにも「本人の体調や気分に合わせて対応してもらったのか、帰ってくる時は満足した顔になっていて、ありがたい」、「お風呂もゆっくり浸かれ、食事もおいしいメニューばかりで、楽しく利用している」等の好評な回答が多く見られる。

・働く職員は、人間関係も良好でスタッフの意見も反映され、職場環境に満足していることが感じられる。

#### ◆改善を求められる点

・事業計画については、必要事項は十分網羅され、収支資料も揃っているが、具体的な数値目標は利用率のみであり、他の項目についても事業所や職員が目指す結果が誰の目にも客観的に把握出来るような工夫を望む。尤も、新年度計画においては、離職率や研修受講率など追加の数値目標が予定されており、それら数値目標等の適正な運用を期待する。

・目標管理制度などの導入による総合的な人事制度導入については、法人全体での課題と認識しており、今後外部機関の手も借りながら実現に踏み出すことを期待する。また、自分の将来の姿を描くことができるキャリアパス等を整備することも望む。

・職員の研修は、計画的に全員参加で実施されているが、研修レポートを書いて提出する等、学びを明確にして実践に活かすことを望む。

・標準的なサービスについて、必要なマニュアルを整備し研修にも活用され、必要時に更新も行っているが、その内容が常に最新の内容となるように、マニュアル全体を定期的に見直す作業の実施を望む。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審して、自施設のサービスについて評価や助言等、客観的な意見をいただく事で、自施設の強みや、改善すべき課題等に気づくことが出来、サービス等を見直す良いきっかけとなりました。受審を担当した職員からは、目標や課題が明確になることで、サービスに対してより自信を持つ事ができたと意見もあり、今回の第三者評価の受審は職員にとって良い励みになっています。

今回の受審した結果をしっかりと分析し、小規模事業所の特性を活かした認知症ケアの充実をはかり、事業運営においても更なる改善を目指し、ご利用される方々により一層満足いただけるサービスの提供につなげていきたいと考えています。

#### ◆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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人・事業所それぞれの理念・基本方針が明文化され、事業計画書、広報紙、ホームページ（HP）へ掲載され、法人・事業所が提供する福祉サービスの方向性を示している。</li> <li>法人の理念・基本方針は、法人HPに掲載され広く社会一般に周知が図られている。一方、事業所理念・基本方針は、年度初めの事業計画説明研修会において施設長（所長）が職員への周知を徹底している。また、事業所内に掲示している。</li> <li>利用者・家族等に対しては、広報紙の発行時に事業計画（簡易版）を作成し送付することで周知に努めている。</li> </ul>	
		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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業経営を取りまく全国・地域の動向は、法人理事長が全救協（全国救護施設協議会）会長や地域福祉団体の会長職等を兼任しておりタイムリーな把握が可能となっており、法人の会議（施設連絡会議・介護保険事業部会議）を通じ傘下の施設等に伝達し、事業所でも業界環境や動向を的確に把握し分析している。</li> <li>事業所の経営状況については、単年度事業計画や予算に基づき毎月進捗状況を把握すると共に、予算と実績の差異分析等を行っている。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>事業所では、クロスSWOT分析（組織の内外環境を強み・弱み・機会・脅威の4要素による分析手法）に基づき課題や問題点を明確にしている。</li> <li>課題や問題点は、法人での会議を通じ理事会に報告し役員と共有している。</li> <li>事業所の目下の課題は、利用率の向上による運営の安定化を図ることで、毎月の職員会議で利用率を確認し、優先課題や福祉サービス見直しを図っている。</li> </ul>	

		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>b</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中長期計画は、令和5年を開始年度とする5年間の策定で、収支表は、当初3ヶ年分が簡潔に示されている。また、長期修繕計画も詳細に策定されている。</li> <li>・計画における具体的な数値目標として、利用率アップがあげられ、支出（人件費、事業費、事務費等）削減と合わせ適正利益率の確保を目指している。その他定性(文章等での記載)による具体的目標は、必ずしも明確とは云えず客観的な測定は困難といえる。</li> <li>・数値目標や具体的成果を設定することで、計画の進捗度・達成度が客観的に誰にでも把握できるよう工夫を望む。</li> </ul>	
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>b</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・令和5年度計画は、中長期計画を踏まえ、目標利用率を確保した安定経営、小規模定員の特性を活かした利用者サービス提供、地域公益活動、職員の確保・育成を指針として、詳細な計画が策定されている。</li> <li>・単年度計画は、必要な記載が網羅的になされているが、利用者サービス等においても具体的成果や数値目標を設定することで、期中の進捗度や期末における達成度が測定でき、職員の頑張り具合が可視化できるよう工夫を期待する。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年1月頃から、職員による新年度の各種計画作成に着手し、職員会議にて協議し策定している。</li> <li>・新年度には、前年度実績との比較分析を行い、計画の検証を行っている。前年度実績は、事業報告書としてまとめ、各種データが詳細に記録されている。</li> <li>・所長が、法人で最終決定された新年度計画・予算について、事業計画説明研修会において事業計画書を配付のうえ職員に説明し周知を図っている。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画書は、事業所玄関ラックに設置してあり、利用者・家族等が自由に閲覧できる。</li> <li>・利用者・家族等に対しては事業計画書（簡易版）を作成し、広報紙「みなとの風」とともに郵送し周知に努めている。</li> <li>・所長が職員へ事業計画を説明することで、職員は利用者・家族へ敬老会等のイベント時などいつでも説明ができる体制を整えている。</li> </ul>	

		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"> <li>・業務改善や行事企画の際には、前回の反省点を踏まえ立案し、実行後に評価を行い、次回の改善に活かすといったPDCA(計画・実行・評価・改善)サイクルを廻し、福祉サービスの質向上へ取組んでいる。</li> <li>・法人の内部監査規程に基き、他施設職員を含む4名の監査員による事業所の福祉サービスや財務関連等につき内部監査を実施することで、改善を要する点を指摘するとともに特に優れている点については他施設への水平展開を図っている。</li> <li>・利用者サービスの現状につき、年1回介護保険自主点検表に基づくチェックを職員が行い、結果を職員会議で評価し、より良いサービスが提供できる体制づくりを行っている。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・内部監査の結果不適切なサービスが見られた場合には、提示された課題に基づく原因調査・修正処理を対象部署で協議し、所長に報告し是正を行う。</li> <li>・第三者評価を定期的に受審している(今回2回目)が、評価結果に対する事業所での議論等を文書化し、毎年の自己評価と次回の第三者評価受審に活かすことを期待する。</li> </ul>	

## 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所長は、事業所の経営・管理に関わる方針と取組みを、年度初めの事業計画説明研修会の中で表明し職員に周知している。</li> <li>・所長は、自らの役割と責任を含む職務分掌等を「職員職務分担表」として文書化するとともに、職員会議にて全職員が共通認識を持てるよう周知している。</li> <li>・所長不在時の職務代行は、主任の生活相談員が担うことになっているが、職員職務分担表や「災害時対応マニュアル」等への明文化は見られなかった。職務分担表や関連規程に所長不在時の職務代行につき明文化することを望む。</li> </ul>	
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"> <li>・所長は、法人の業務管理体制整備規程(コンプライアンス規程)に基づいて、事業所の法令遵守を職員に周知している。</li> <li>・所長は、内外の研修において最新の関連法令についての理解に努め、職員に周知のほか、法令改正や社会保険に関する変更等については、関係資料を職員に回覧し共有に努めている。</li> <li>・所長は、遵守すべき法令等には福祉関連に限らず、雇用/労務・環境保全・交通安全・食品衛生・消費者保護や個人情報保護等の幅広い分野に及んでいることを認識している。</li> </ul>	



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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所長は、事業所の福祉サービスの質向上に意欲を持ち、毎月の利用率・財務状況・職員配置等を介護保険事業部会で報告のうえ他施設と比較しつつ、事業所の福祉サービスの評価・分析を行っている。</li> <li>・ 所長は、毎月の職員会議、ケース検討会議、事故対策委員会、感染対策委員会、身体拘束・虐待廃止委員会等を立上げ、事業所の現状や課題について職員と話し合い、必要に応じてアドバイスを行っている。</li> <li>・ 所長は、内部監査結果に不適合な福祉サービスがあった場合には、職員会議等で話し合い改善を図っている。改善事項については、定期的に見直し、適切なサービス水準に達しているか確認を行っている。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所長は、経営の改善や業務の実効性を分析し、利用率の改善やコスト管理を徹底することで適正な経営や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。</li> <li>・ 所長は、「働きやすい職場」の実現を目指し、職員の配置を考慮し、必要に応じて職員補充に努めている。また、法人内特養と「職員交換交流」を行い、相互の福祉サービスのレベルアップを図っている。</li> <li>・ 所長は、内部監査制度等を活用して他施設の手法を参考にしながら、業務改善に指導力を発揮している。</li> </ul>	

		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>b</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉人材の確保・育成は、事業計画において安定した事業運営にとり最優先課題の一つとして捉えている。</li> <li>・事業計画に、職員の必要資格取得奨励を明記しており、資格取得に関わる金銭補助や休暇取得に配慮を行っている。なお、現在は全職員が有資格者である。</li> <li>・利用者定員に対する職員数は、基準を満たしているものの退職による欠員が一時的に生じており、早期の補充に努めている。職員とのヒアリングにおいても、職員不足を実感しており、職員の早期補充を期待する。</li> </ul>	
II - 2 - (1) - ②	総合的な人事管理が行われている。	<b>b</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「期待する職員像等」は、特養（第二愛港園）「倫理綱領」の前文と10項目の記載が相当すると思われ、事業所での掲示や研修等で活用することを望む。なお、令和5年度事業計画にも「求める職員像」の文章が見られる。</li> <li>・毎年実施の「意向調査」で、職員は転勤・配置転換等の希望や要望表明ができる。また、意向調査の提出時には、所長が面談を行い職員の意向等を再確認している。</li> <li>・目標管理制・処遇とリンクした人事考課や職員が将来の自分の姿を描くことができるキャリアパス制の導入等による総合的人事管理制度の構築を期待する。</li> </ul>	
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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員のワーク・ライフ・バランスにつき適切な配慮が成されており、時間外勤務はほぼ無く有給休暇もほぼ規定通り取得できている。（尤も、事業所の利用者受入れは週4日のみで送迎時間を除き10-16時に限定）</li> <li>・毎年職員のメンタルヘルスチェックが行われ、司法書士事務所を外部窓口とする「ヘルプライン」設置のほか、男女とも育休制度の取得や退職職員の復職を受入れるなど柔軟な就業制度が取られている。</li> <li>・事業計画に「施設の魅力度アップ・介護の魅力作り」が謳われ、「しっかり休めて 給与が高い」を採用活動のキャッチフレーズとするなど、働きやすい職場づくりに取り組んでいることが窺われる。</li> </ul>	

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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の「期待する職員像等」は、倫理綱領や単年度事業計画の中に記載されているが、倫理綱領は事業所での掲示や研修等で活用することを望む。</li> <li>・職員一人ひとりが毎年明確な目標を立て、目標の進捗や達成度を客観的に評価できる法人・事業所の仕組み造りを期待する。</li> <li>・職員育成に向けた年間内部研修計画が作成されており、職員が勤務時間内において受講している。さらに、所長・主任はそれぞれ必要な研修を受講している。</li> </ul>	
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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、事業所内で勤務の中で内部研修を実施している。職員の年代に関わらず昨今の時代にあった日常のケア実践にも活かせる研修内容を工夫することを望む。</li> <li>・職員に必要な資格は給与規則等に明記し、法人では職員の資格取得に受験費用の負担・休暇面での特別支援を行い、資格を取得しやすい環境を整備している。</li> <li>・新任職員は、法人で新人職員研修を受け広く知識を習得した後、事業所において具体的な知識・技術の習得や業務の手順をOJTを通じ学ぶ体制ができています。</li> </ul>	
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>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の資格取得状況は、事業所で把握しており、現在全職員が有資格者である。</li> <li>・新任職員には、法人の新人研修終了後に事業所でのOJT教育体制がある。</li> <li>・内部研修は、隣接する特養や在宅事務所と協同して行い、相互職員の知識・スキルの向上を図っている。また、外部研修は職員の自主性を尊重し受講者を募る場合と事業所の必要性に応じ受講を推奨する場合とがあり、職員一人ひとりの研修の機会を保障している。</li> </ul>	

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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「実習生受け入れマニュアル（第2愛港園）」を整備し受け入れに対応している。</li> <li>・事業所における実習生受け入れは、特養（第2愛港園）への実習生の一部実習（デイサービス・成年後見制度）を担当している。例年、看護学校生の受け入れ実績がある。</li> <li>・事業所では、実習指導者に対する指導研修は未実施のため、研修受講を望む。</li> </ul>	

		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"> <li>・法人の基本方針「積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います」に基づき、法人HPで法人理念や基本方針・事業紹介や施設一覧・事業報告や決算等の情報を適切に公開している。</li> <li>・施設（第2愛港園）HPでも基本方針・提供する福祉サービスの内容・苦情解決体制など記載した「重要事項説明書」を公開している。苦情解決については、玄関やデイサービスセンターがある2階フロアにその体制と内容を掲示している。</li> <li>・HP以外にも理念や基本方針を明示した広報紙「みなとの風」（年2回発行）を、近隣の在宅介護支援センターや地域包括支援センターへの配布で一般への公表を図っている。</li> </ul>	
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"> <li>・毎年、所長以下全職員の名前と担当職務を記載した「職員職務分担表」を作成し、職員への周知に努めている。</li> <li>・経理規程等により、事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、法人と顧問契約の公認会計士・税理士・弁護士・司法書士・社労士等の外部専門家による定期的な点検と経営改善に関わるアドバイスを受けている。</li> <li>・法人の他施設の内部監査員等による監査制度があり、法人施設相互の内部牽制と各施設のレベルアップ機能が働いている。第三者評価の定期的な受審とそれに備えた自己評価を定期的に行うことで、施設の運営に活かしている。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念に「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、地域貢献に尽くします」とあり、地域との関りの基本的方針が確立している。</li> <li>・地域に関わる冊子・チラシ・ポスター等を施設玄関ラックに配置し、利用者や家族に施設や社会資源等の情報を提供している。</li> <li>・区民祭りや敬老会への参加など地域との交流を再開し、コロナ禍以前に行っていた地域交流を深めることを検討しており、早期に実現することを期待する。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設・事業所が「地域交流の場として地域福祉の拠点…」となるために必要な「ボランティア受け入れマニュアル」を整備している。コロナ禍が緩和しつつあることから条件が整えば受入れの再開を予定している。</li> <li>・利用者が待ち望むボランティア（婦人会の踊り、カラオケ、子ども達のエイサーなど）や信頼のおける団体の選定等の受入れ準備を早い時期から進めることを期待する。</li> </ul>	

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>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・区の福祉窓口や消防署・警察署・保健所・協力医療機関の病院やクリニック等の関係機関を「緊急時対応マニュアル」に社会資源リストとして掲載し、玄関には介護保険専門の情報誌「ハートページ」を設置し、情報共有と連携に努めている。</li> <li>・地域包括支援センター職員、デイサービス事業関係者、家族等の参加による運営推進会議が再開され、関係諸団体等との定期的な連携や協働を期待する。</li> <li>・所長が、区の社会福祉施設連絡会議に参加するとともに、地域包括支援センターや府社会福祉協議会と普段から連携を密にしている。</li> </ul>	

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>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人理念に「地域交流の場として地域福祉の拠点…」とあり、地域との交流や地域貢献の姿勢が確立している。</li> <li>・隣接の「みなと在宅介護支援センター」、暮らしの見守りサポーター、法人の役員で地域の婦人会々長や地域包括支援センター等を活用して地域の福祉ニーズの入手に努めている。地域情報は、職員会議等において職員の共有に努めている。</li> <li>・施設・事業所は、車いすの無償貸し出しを行い、必要な福祉ニーズに対応している。</li> </ul>	
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>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設・事業所が実施の公益的な事業としては、福祉用具の無償貸出や福祉にかかわる各種相談への対応がある。</li> <li>・法人が実施している公益的な事業には、能登半島地震被災施設への救援隊派遣、送迎バス事業（坂道が多い地区の高齢者の買い物や通院用にバスを配車）、認定就労訓練事業、無料配食サービス（単身高齢者に見守りを兼ね食事を提供）、「いこいのサロン」を毎月開催（福祉委員会との共催で、福祉相談・講座・福祉体操・料理教室など実施）、福祉用具の無償貸出、地区諸行事への職員やOB派遣応援（夏祭りなど）、単身高齢者の緊急時安全確認（鍵の預かり）事業、福祉相談窓口・生活困窮者レスキュー活動や一時入所事業等がある。</li> </ul>	

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>b</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人理念に「利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し…」とあり、職員の共通理解とするため内部研修を繰り返すなど取組んでいる。</li> <li>福祉サービスの提供に当たり、倫理綱領に職員の責務と規範を明示している。</li> <li>法人理念や倫理綱領に基づいたケアが徹底されているかどうか、チェックリストなどによる職員の振り返りなど具体的に検証する仕組みを望む。</li> </ul>	
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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「プライバシー保護マニュアル」と「個人情報保護マニュアル」に基づいた研修を事業所職員を対象に実施している。</li> <li>設備が古くトイレは扉ではなくカーテンを使用しているが、必要に応じ職員がカーテンの前に立ち、不意に他の利用者がカーテンを開けぬようプライバシー保護に配慮している。（職員の見守り等につきカーテンの利点があることも理解できた）。浴室については、プライバシー保護が十分可能な設備になっている。</li> <li>相談を希望する利用者には、プライバシー保護に配慮して相談室で対応するなどが可能である。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>リーフレットや広報紙などに写真等を多用した分かり易い資料の提供に加え、事業所を見学のつえ設備やサービス内容を説明し実感してもらっている。</li> <li>突然の見学希望に対しても都度対応し、丁寧な説明を心掛けている。</li> <li>制度や利用料金改定時等には、資料や記載内容につき適宜見直している。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス開始時に、生活相談員が重要事項説明書を用い利用者や家族に丁寧な説明を行い、疑問が解消され納得が得られるよう努めている。最終的に契約するか否かは、利用者の自己決定に委ねている。</li> <li>説明には、重要事項説明書に沿って居宅サービス計画に基づいた料金の見積もりや契約からサービス提供までのケース別フローチャートを示し分かり易い工夫をしている。</li> <li>希望者には生活相談員が案内してデイサービスフロアを見学してもらっている。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>福祉施設の移行に当たっては、スムーズな移行や福祉サービスの継続性に配慮し、引継ぎ文書を定め、看護サマリーや介護サマリーの提供も準備している。</li> <li>契約終了に伴う援助については、契約書・重要事項説明書に明記し、退所後も何かあれば何時でも生活相談員が窓口となり相談を受付ける体制を取っており、「退所後のご相談について」と言う文書を手渡している。</li> <li>苦情があれば、苦情相談窓口（生活相談員）や外部の相談体制を明示している。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所は、利用者満足度を把握するために、毎年1回サービス内容について利用者と家族への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の質向上に努めている。なお、アンケート結果は、広報紙で公表している。</li> <li>・昼食については、定期的に嗜好調査と残食調査を行い、利用者の満足が得られる食の提供を心掛けている。</li> <li>・利用者家族等とは、敬老祝賀会懇談や運営推進会議で意見を拝聴している。</li> </ul>	
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。	<b>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情解決の体制は整備され、重要事項説明書にサービス内容に関する相談、苦情の受付担当者、解決責任者、第三者委員の設置を明記している。</li> <li>・意見箱を設置し、利用者及び家族アンケート調査を年1回行い、苦情を積極的に受付けている。</li> <li>・アンケート回答結果は、運営推進会議で報告を行い全家族に送付している。意見や苦情があれば、苦情解決委員会で協議し、その結果をサービスに取込む体制を整えているが、実際は、要望はあっても苦情は近年発生していない。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重要事項説明書に第三者委員や公的な相談窓口を記載し、入所時に家族に説明している。また、事業所1階フロア壁面に苦情受付担当者、解決責任者、第三者委員連絡先を明記した文書を掲示している。</li> <li>・1階に相談室を設け、相談者のプライバシー保護に配慮している。</li> <li>・デイルーム内に全職員の写真を掲載し、利用者が写真を見て気軽に相談出来るように工夫している。</li> </ul>	
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>a</b>
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1階ロビーに意見箱を設置しているが、利用者・家族の意見や苦情は入っていない。</li> <li>・職員の相談対応と傾聴姿勢について苦情解決マニュアル、意見要望収集マニュアルに明記している</li> <li>・各職員が話やすい雰囲気作りに努め日々業務を行うとともに、1階フロアに意見箱を設置し匿名での相談も受け付けている。利用者懇談会を誕生会後に行うことで、普段会話の少ない利用者からも意見を収集するよう努めている。</li> </ul>	

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"> <li>・事業所は、事故防止マニュアルを整備し事故対策委員会を設置し、月1回事故ゼロ報告やヒヤリハット報告について検討し事故防止に努めている。事故が起こった場合は、当日の申し送りに対応策を話し合い、数日間対象利用者を観察し、事故報告用紙に記録し職員間で情報共有している。</li> <li>・職員が記載した事故ゼロ報告をデータ化し、事故発生防止に繋げている。特に、転倒に関して発生時間をデータ化し、分析を行っている。</li> </ul>	
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"> <li>・事業所入口では、現在も各種感染症予防のため、来訪者に手指消毒と検温を実施している。</li> <li>・感染症の予防と発生時の対応等についてマニュアルを整備しており、即座に対応できる様、感染対策物品セットを用意して、感染症に対して迅速に対応出来るようにしている。</li> <li>・感染症予防対策についての内部研修をマニュアルに沿って行い、職員の知識向上に努めている。</li> </ul>	
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"> <li>・火災・地震関連については消防計画書、台風（大雨）については対策マニュアルに対応手順、人員配置体制等を定めている。利用者及び職員の安否確認方法については、防災マニュアルに定めている。</li> <li>・事業所は、湾岸に接しているため、津波を含め災害時のBCP（事業継続計画）を策定している。BCPに備蓄、消耗品、常備薬の管理者、品名（食材については消費期限）、数量、収納場所を追記し、事務所・介護職員室にリストを備え付けている。</li> <li>・事業所だけの防災訓練、近隣事業所と合同防災訓練、港区役所及び消防署と連携した防災訓練を火災と津波を想定して年2回行っている。</li> <li>・港区、此花区と災害時応援協定を結んでいる。</li> </ul>	



		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"> <li>・事業所の理念と方針をもとに提供するサービスについて、標準的な実施方法のマニュアルを整備している。</li> <li>・新人研修や内部研修を実施し、新人職員にはマンツーマンで数か月間指導を継続することで介護技術を身につけている。</li> <li>・標準的な実施方法でサービスが行えるように、マニュアルをもとに研修を行い、基本に立ち返って学び直しを行っている。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員からは、職員会議時に意見や提案を求め、変更の必要があれば反映させている。利用者には、意見箱やアンケートにて意見を集約し、反映出来る案件は迅速に対応する体制をとっている。</li> <li>・マニュアルの見直し時期や方法については、明文化しているが、変更があった時だけではなく、標準的な実施方法であるマニュアルの1～2年毎の定期的な見直し作業を、職員の意見や利用者家族の声を反映して見直すことを望む。</li> </ul>	
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"> <li>・生活相談員がサービス実施計画の責任者となり介護計画を立案している。利用開始前に利用者・家族と面談し利用者の課題を情報収集し、多職種でサービス担当者会議を開いてアセスメントを行って通所介護計画書を作成している。</li> <li>・介護計画更新時にサービス担当者会議において介護職員・看護師・栄養士などから意見を集約し、サービスの効果と評価を行い関係職員の合意と利用者の意向把握と合意を含んだ手順に沿って介護計画を評価し更新している。</li> <li>・支援困難なケースについては定期的にモニタリングを行い、ケース検討会議を経て支援方法の決定と情報共有を行っている。必要に応じて、医師への情報提供や相談を行い、より適切な対処方法を取れるように対応し、家族とも情報共有のうえ連携を図っている。</li> </ul>	
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"> <li>・ケアプラン作成マニュアルに基づき、ケアプラン見直し時期に介護計画の評価を行い、サービス担当者会議の参加職員や利用者・家族の意向確認と同意の手順に従い実施している。</li> <li>・ケアプランは、パソコンから閲覧できるが、印刷してケース記録ファイルに綴じ、記録時等、常時閲覧できるようにしている。</li> <li>・緊急に介護計画の変更を要する時には、臨時でケース会議を開きタイムリーに変更手続きを行うとともに、家族との情報交換及び同意を得ている。</li> </ul>	

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>a</b>
(コメント) ・デイサービス専用の記録フォーマットがあり、必要事項の記録が簡潔にできるように工夫している。また、連絡帳にも記載し、利用者家族との情報共有を行っている。 ・チャットワークを利用し、多職種間での情報共有をタイムリーに行っている。 ・月1回、職員会議を開催し、ケース担当会議を行うことで職員間の情報共有と意見交換を円滑にし、利用者へのサービス向上に繋げている。	
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。	<b>a</b>
(コメント) ・法人の個人情報保護規程に従い、個人情報の不正使用や漏洩対策の対応方法が規定されている。 ・個人情報保護については、新人研修や内部研修を行い、法人の個人情報保護規程を説明し、理解してもらうことで、法令順守を徹底している。また、個人情報の取扱いについて事業所と職員間で誓約書を交わしている。 ・入所前の利用者や家族へ個人情報の取扱いについて、説明のうえ同意を得ている。	

## 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"> <li>・利用開始時に聞き取りや観察を行い、ケアプランをもとに通所介護計画を立案し、個別の支援に繋げている。</li> <li>・利用者の希望等があれば、その人の希望を取り入れた日中活動や、イベントに反映して、利用者に喜んでもらえる工夫をしている。</li> <li>・また、利用者の心身の状況に配慮し、日中活動に参加出来るように働きかけ、役割を持つことが出来るよう掃除や洗濯物の畳み等の参加にも働きかけている。</li> <li>・ケース検討会議を月1回開催し、介護職・看護師・所長の多職種で、一人ひとりの利用者の生活を検討し介護に反映する取り組みを継続している。</li> </ul>	
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"> <li>・利用者の思いや希望を十分に把握できるよう、日々の支援場面などさまざまな機会、方法によりコミュニケーションをとり、利用者の希望を支援に繋げている。</li> <li>・利用前の面談や家族からの情報により、話すことや意志表示が困難で配慮が必要な利用者には、その人にあった方法を検討し個別のコミュニケーション方法をとっている。</li> <li>・利用者の状況をよく把握し、会話の不足している利用者には特に気を配り、日常生活の各場面でも話せる様に話す機会を作り、ケース検討会議でも評価見直しの意見交換を行っている。</li> </ul>	
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"> <li>・権利擁護について、運営規定、重要事項説明書、契約書に盛り込み、入所時に家族へ分かり易く説明している。虐待の届け出、報告についてもマニュアルに整備している。</li> <li>・利用者の権利擁護について、事業計画に利用者本位のサービス提供を明記し、配付している。また、苦情解決マニュアル、意見・要望収集マニュアル等が整備され、内部研修「高齢者の人権尊重について」を行い、理解を深めている。</li> <li>・法人内で、身体拘束は原則禁止されており、身体拘束を緊急やむを得ない場合に一時的に実施する際の具体的な手続きや方法についてマニュアルを整備し、身体拘束廃止委員会も毎月行っているが、通所介護では、そのような状態になった場合、デイサービスの利用を中止する対処を行っている。</li> </ul>	

		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"> <li>・壁に季節感を出す装飾を毎月実施し暖かい雰囲気づくりに努めている。</li> <li>・歩行する利用者のために、廊下にできる限り物を置かなかったり、ソファにて数名ですごしてもらったり、テーブルでは、円を描く様に座り利用者同士が顔を合わせられるように工夫し、安心感を持ってもらっている。</li> <li>・簡易ベッドで身体を休める様にしている。また、大型テレビを置き、ゆっくり鑑賞出来るようにしている。</li> </ul>	

		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"> <li>・入浴介助についての手順とポイントをマニュアルで確認できるようにしているとともに、入浴介助についての内部研修を行い、利用者の見守りを徹底した安全安心な介助を実施している。</li> <li>・入浴前は、バイタルサインを測定し、ナースに報告し、個々の健康状態に応じて判断し、状態に応じてシャワー浴や清拭で対応している。座位式機械浴と一般浴の2種類を用意し、利用者の状態や希望に応じて選択している。</li> <li>・脱衣室にカーテンを設けたり、タオルを使用し身体をかくすなど羞恥心に配慮している。</li> <li>・入浴拒否が強い人に関しては、入浴の必要性を説明し理解を求め、それでも拒否が強ければ、タイミングや職員を変えて対応している。</li> <li>・家庭での入浴状況も把握し、家族に助言や情報提供するとともに介護支援専門員に、必要に応じ連絡、報告している。</li> </ul>	
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"> <li>・排泄自立に向け、失禁のある利用者も含め、トイレに座って排泄する取り組みを行い、自然排泄に繋がっている。</li> <li>・建物の年数が経過している事情より、トイレ入口はカーテンとなっているが、利用者がトイレを使用される際には、必ず職員が羞恥心に配慮しながら見守り、観察し安全に不快なく排泄行為が行えるよう支援している。</li> <li>内部研修（排泄介助）を行い、排泄介助に関する理解を深めている。</li> <li>・排泄介助時は、必ずカーテンを閉め、対応するとともに希望があれば、同性介助も行っている。利用者の羞恥心に配慮して排尿に関して「黒」、排便に関しては「赤」で表現し直接的な表現を避けている。</li> <li>・利用時の排泄の有無については連絡帳を通じて家族に報告し、下剤による排便コントロールでも家族と連携して排泄支援を行っている。</li> </ul>	

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"> <li>・利用者の心身の状態に合わせて、出来るだけ自力で移動できるように必要な人に必要な生活リハビリを行っている。介助が必要な人には、転倒や膝折れが無い様に腋の下から身体を支持している。</li> <li>・ケアマネージャーと連携し、車椅子、リクライニング車いすなどの福祉用具を使い分け、出来るだけ残存能力を活用出来るように移動支援を行っている。</li> <li>・家庭での移動について、問題があれば、情報提供を行うとともに、家族が困っていることに対して、介護保険外の支援を行うこともある。</li> </ul>	
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"> <li>・利用開始時と年に1回、嗜好調査を実施し集計し、栄養士に提出している。会話の中で、利用者の希望等を情報収集し、メニューに取り入れたりして、喜ばれている。</li> <li>・季節の食材や行事に沿った献立を取り入れ、イベントの際はお重に盛り付けるなどの特別感を演出している。</li> <li>・食事のメニューを連絡帳に記載し、家族にも情報提供している。</li> </ul>	
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"> <li>・月1回の体重測定を行い、その増減をみながら、食事量、水分量の調整を行っている。</li> <li>・利用者の心身の状況を把握し、特にむせたり、飲み込みの悪い利用者に関して、栄養士に報告し食事形態を変更して、安全に食事が摂取出来るようにしている。また、食前に口腔体操を行い、口腔機能の維持に努めている。</li> <li>・可動式テーブル・ストロー・吸い飲みスプーン各種・エルダークッション・座位保持パット・足置き等を適正に使用し、利用者の身体機能に応じた食事姿勢の保持や補助具の選択等の支援を行っている。</li> <li>・家での食事状況を家族から聞いたり、逆にデイサービスでの食事状況を家族に情報提供を行い必要に応じて、介護支援相談員に報告・連絡している。</li> </ul>	
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"> <li>・毎食前に口腔体操を行い、口腔機能の保持への支援を行っている。</li> <li>・食後、歯磨きを行っている。歯磨きが困難だったり不十分な所は、介護計画にもあげて職員の援助にて歯磨き、義歯の着脱、保管、清掃を行っている。</li> <li>・口腔に問題のある利用者に対しては、家族了解のもとで歯科医師の施設来訪時に診察を受けてもらい、改善を図っている。</li> <li>・今後、職員に対する口腔ケアに関する研修を行っていくことを望む。</li> </ul>	

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"> <li>・褥瘡マニュアルを整備するとともに、毎月、褥瘡予防委員会を実施し、高リスク者及び褥瘡が発生している利用者に対する対策を検討している。</li> <li>・褥瘡のある利用者のかかりつけ医、訪問看護師の指示の元、看護師を中心として褥瘡のケアを行っている。</li> <li>・自力での体位変換ができない方に定時体位変換を行っている。</li> </ul>	
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)	喀痰吸引対象者がいれば常勤の看護師が対応すること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"> <li>・サービス担当者会議を通して、多職種や家族と生活上の問題を情報収集し、介護計画に反映し、介護予防に取り組んでいる。</li> <li>・利用者に無理の無い範囲で、利用時の動線の中に生活リハビリを取り入れ自然に歩行練習や軽い体操が行える工夫をしている。更に、利用者の生活背景を把握し、必要な機能が維持できるように個別で階段昇降などのリハビリを行っている。</li> <li>・家族と密にコミュニケーションを図ることで、認知症の症状変化等、早期に発見し介護支援相談員に情報提供を行い医療機関に繋いでいる。</li> </ul>	
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"> <li>・サービス契約前に個々の利用者本人、家族からの情報をもとに関係職員とカンファレンスを行い、アセスメントして介護計画を立てている。</li> <li>・あらゆる場面で、職員は利用者に配慮して、支持的、受容的なかわり・態度で援助を行っている。また、利用者が主体でやりたいことを選択し行動できるように利用者の希望や状態に合わせた援助を行っている。更に、利用者の行動を制止しない対応を心がけている。</li> <li>・認知症の症状が顕著な方には、専門医へ具体的な内容を報告し、要観察者として日誌に記入している。</li> <li>・研修計画に基づき認知症介護に関する研修を行っている。</li> <li>・個々の利用者の日ごとの様子に関しては、ケース記録を通して、職員間で情報を共有しており、家族へも情報の提供、支援方法の説明、相談等を定期的に行っている。さらに必要時には、認知症に関する状態報告を利用者の主治医に直接行う等により、症状改善に向けた多職種での連携を図っている。</li> <li>・家族からの小さなニーズに対しても出来るだけ応えられるようきめ細やかに個別の対応をしており、家族や利用者の負担軽減を図っている。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の体調変化に早期に気づき、早期に対応が出来るように、内服薬一覧、病名、身体上の注意点、通院先、救急搬送の希望等を一覧にして、毎月更新している。</li> <li>・「緊急時の対応、救命救急講習、AEDの使い方」の内部研修を行っている。</li> <li>・迎えの際に、先ず検温をするとともに、来所されたら速やかにバイタルサインを測定し、看護職員が体調チェックを行っている。</li> <li>・体調変化時、看護師に早急に報告し、主治医につなげて指示や助言をもらい適切に医療機関と連携をしている。また、家族へも体調の変化を報告し、観察や対応法を指導している。</li> <li>・今後、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用に関する研修も行い、健康異常をより早期発見できる体制の構築を望む。</li> </ul>	
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)	通所介護施設の調査のため非該当とする。	

		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"> <li>・利用者の体調不良、事故などが有るときには、その都度、家族へ連絡している。また年2回、全家族に利用者の状況を文書で報告している。それ以外の場合でも日々の送迎の際やそれが難しい家族には、状況に応じてその都度に事業者側から積極的に状態報告をしている。</li> <li>・介護計画作成時には、家族へ説明し、その場で意見を聞くとともに同意書に意見記入欄を設け自由に記述してもらい要望を引き出し、ケース記録に記載している。連絡帳に家族の要望が書かれていたら、コピーをケース記録に貼って情報共有し、ケース検討者会議を通して介護計画に反映している。</li> <li>・苦情、意見に関しては早急に苦情解決委員会にて協議する体制になっているが、実際には苦情そのものがなく家族との良好な関係を築けている。</li> </ul>	

		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)	訪問介護事業所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	第2みなとデイサービスセンターの利用者等
調査対象者数	14名
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14名にアンケート用紙を配付し、14通を回収した。回収率は100%であった。

○回答の内、満足度100%は次の3項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・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受けましたか。
- ・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。
- ・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頂けますか。

○回答の内、満足度90%以上は次の6項目であった。

- ・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。
- ・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。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・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頂けますか。
- ・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。

○回答の内、満足度80%以上は次の9項目であった。

- ・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、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。
- ・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。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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すか。

自由意見としては、次のようなものがあつた。

【して欲しいサービス・して欲しくないサービス】

・外への散歩や本人に任せられる役割を与えて欲しい ・足の筋肉をつけれる簡単な運動をして欲しい ・本人が楽しい時間を過ごせること ・毎回色々なレクリエーションをしてほしい ・してほしいことはありません ・大変喜んでいます

【施設やサービスに対する自由な感想】

・本人の体調や気分に合わせて対応してもらったのか、帰ってくる時は満足した顔になっていて、ありがたい ・認知症がある独居生活なので施設入居のタイミングを見計らって欲しい ・デイサービスを利用するようになり、本人が楽しんで行くようになったのが家族として喜んでいて。職員の方がとても親切にして頂き有難いです ・お風呂もゆっくり浸かれ、食事もおいしいメニューばかりで、楽しく利用している ・いつもありがとうございます（複数）

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