

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（施設系通所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	築港地域在宅サービスステーション		
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	大西 豊美(理事長) 大森 義仁(施設長)		
定員（利用人数）	30 名		
事業所所在地	〒 552-0021 大阪府大阪市港区築港2丁目4番16号		
電話番号	06 - 6599 - 0610		
F A X 番号	06 - 6599 - 0660		
ホームページアドレス	http://www.minatoryo.or.jp/facilities/chikko/		
電子メールアドレス			
事業開始年月日	平成12年2月1日		
職員・従業員数※	正規	10 名	非正規 10 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士5名 介護支援専門員4名 介護職員初任者研修4名		
施設・設備の概要※	[居室] 無し		
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室2		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	平成 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

■法人理念

1. 利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、自立支援を旨として社会福祉の増進に努めます。
2. 利用者本位の立場に立ち、常に笑顔でサービス提供し、顧客満足を追求します。
3. 「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします。

■基本方針

1. 積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います。
2. 法令遵守に徹し、個人情報保護に努めます。
3. 職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します。
4. 社会福祉法人としての専門性を生かし、常に「well being」を実践しつづけます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①日曜日の営業による介護の連続性の担保。
- ②送迎時、door to doorの実施。
- ③要支援1の方の週2回利用（要理由）。
- ④地域の保育園と協力して年数回のジョイント。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成29年12月8日～平成30年2月6日
評価決定年月日	平成30年2月6日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 0401A181（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

築港地域在宅サービスステーション（通所介護）は、社会福祉法人みなと寮が運営している定員30名（日曜日20名）の事業所です。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、顧客満足を追求めます③「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします』のもとに、ホームヘルプセンター・ケアプランセンター・総合相談窓口（ランチ）を併設しており、「切れ目のない在宅サービスの提供」を目指し、将来の「多機能サービス拠点」と位置づけて運営をしています。

管理者は、地域住民やボランティアが参画するネットワーク委員会へ積極的に参加して「地域づくり～いい町づくり」で地域の活性化のための取り組み等しています。

介護予防やリハビリテーションを重視した個別トレーニングでは、嚙下体操・北国の春体操・ソフトボール・ウォーターダンベル・ペダルこぎ・エアロバイク・平行棒・屋上周回コース等多くのメニューを用意して支援しています。また、習字、手芸での作品作り、ゆったりした風呂場での入浴など利用者の楽しみや生きがいに繋がるような取り組みがなされている事業所です。

（注）判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の見安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■地域福祉に関わる取り組み

行政や地域関係機関と連携を図り、非常災害時における「福祉避難所」としての役割を担っています。管理者は、ネットワーク委員会に積極的に参加をして地域の活性化のために取り組んでいます。

■運営の透明性

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

■介護サービス・レクリエーション

月曜日から日曜日(祝日を含む)まで毎日介護サービスを提供しています。レクリエーションは、新年会、節分祭、ひな祭り、クリスマスなどの季節の行事、毎月の誕生会や月例行事のほか、地域の敬老会に参加をすることも選択肢としてあり、利用者の生活の活性化を図っています。

◆改善を求められる点

■マニュアル類の整備

古いままのマニュアル類が散見されました。デイサービスに特化したマニュアルの見直し等整備が望まれます。

■リスクマネジメント体制

リスクマネジメントに関する責任者の明確化や委員会等の組織化がなされていません。リスクマネジャーの選任・配置等早急に体制の整備をしていくことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審前のアンケート調査が行われ、利用者の満足度を知ることができた。これは第三者機関による客観的な調査で、事業所がその結果を導き出す過程においては入り込む余地はなく、極めて適正な結果と言える。調査前はどのような結果が出るのか不安があったが、結果を見て少し安心した。予想を上回っていたからだ。満足度は良くて60%前後と予測していたが、その予想を大きく上回ってくれた。欲を言えば、この結果が相対的にどれくらいの値か分かればさらに励みになる。例えば都道府県或いは全国平均値等があればそれとの比較で自事業所の位置づけが理解できるのではないかと思った。また、次回の受審時に、各分野での改善の努力の結果、今回の数値を上回れば努力の度合いが可視化できさらに励みになる。すなわちアンケートは単なる事業所の評価だけではなく、今後の受審のモチベーションの向上を図るツールかもしれない。

調査者については非常に満足している。審査が進んでいくとともに質問の仕方や角度から「現場に通じている方」とすぐに分かった。ピアカウンセリングと同じ理屈だろうか。同じ業種の仲間・先輩からの指摘は決して批判ではなく、むしろ未来の道標と捉えることができた。だから、レクや機能訓練に類する設問では、こちらの実態の説明に終わらず、それ以外に、他事業所での具体例を教えてください、他事業所の工夫になるほどと驚いたりもした。それらを通じて実感したのは、我々は日々業務の多忙さに終始しているが、他施設の実践を見ると（話を聞くと）まだまだ努力が不足しているかもしれない。

設問の中には、コンプライアンスやコーポレートガバナンスに関する問いもあったと思う。それらの語句は出てこないが、それらの語句を出すことにより設問が何を問うているのかがより明確になる気がした。福祉業界と一般企業を比較し、それは一般企業だから必要で福祉業界には必要ないと言う人もいるようだが、わざわざ区別する必要は無い。福祉は「組織」だって支援するもので当然風通しの良い組織が望まれるからである。

事務局の方の役割は重要で当初は単なるオブザーバーかとも思ったが、質問の意図がうまく理解できない時にわかりやすく説明いただき再考したことも覚えている。そのような場面が2、3回あっただろうか。サポートして頂いている印象を受け、何となく本音を出せて、心丈夫であった。

今回の受審でご指摘頂いた事項を一度に良いランクに持って行くことは困難かもしれない。平昌オリンピックではあるサングラスメーカーが左右のカラーを変えて、右のイエローを「夢を果敢に追い求めるアスリートの道を照らす太陽」、左のオレンジを「内に秘める炎」をイメージした。我々に大きな舞台はない。でも目標ができ、希望や夢を持つ。事業所として静かな次の挑戦が控えている。アスリートと同じように、太陽と炎を胸の中に持ち続け、前に進んでいけたらと思う。

◆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)	<p>■【(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】を法人理念として、理念を実現するために職員の行動規範となる基本方針を明示しています。</p> <p>■法人理念や基本方針は、中長期計画書、事業計画書、広報誌、ホームページ等に記載し、玄関、フロア等に掲示しています。</p> <p>■法人理念・基本方針の基に築港地域在宅サービスステーション（通所介護）職員の規範となる「基本方針」を明文化しています。</p> <p>■管理者は、職員に向けて年度初めの職員内部研修会「事業計画について」時に、理念や基本方針を説明する等周知徹底を図っています。</p> <p>■法人理念や基本方針を掲載した広報誌「みなと」発行の際には家族に送付をしたり、玄関に設置、掲示をする等して周知を図り、利用者・家族等の理解を得ています。</p>	

		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)	<p>■理事長は、全国救護施設協議会会長・大阪府社会福祉協議会経営者部会会長として、社会福祉事業全体の動向をタイムリーに把握し施設連絡会議などで情報提供をするなどして、各事業所管理者・幹部職員との共有を図っています。</p> <p>■法人内では、法人内施設連絡会議や介護保険事業部会議を定期的に関催し、各施設の利用者状況・職員配置状況等の現状や、財務状況・各種会議の報告・新規事業その他課題について検討や分析を行っています。</p> <p>■事業をとりまく環境と経営状況を把握・分析し、中長期計画を作成しています。</p>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
(コメント)	<p>■法人の経営状況、事業の進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会・評議員会は年4回開催しています。ホームページ（法人本部の事業報告）に開催内容を公表しています。</p> <p>■法人内施設連絡会議は、理事長はじめ、事業所施設長・管理者・主任級幹部職員が参画し、各施設の現状及び財務状況、各種別会議（事業部合同会議・介護保険事業部会議・生活福祉事業部会議・各種別主任会議等）より報告を行う等して、経営課題の解決・改善に向けた取り組みが進められています。</p> <p>■築港地域在宅サービスステーションの経営状況や改善すべき課題については、毎月の職員会議を通して全職員に周知徹底を図っています。職員会議は時間調整をするなどして多くの非常勤職員の参加ができるよう工夫しています。今後は、短時間勤務の職員等にも理解が得られるよう会議録を休憩室等に設置・掲示する等して周知徹底を図ることが望まれます。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	<p>■築港地域在宅サービスステーションの中長期計画（平成29年～平成33年の5年間）は、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示し、経営課題にもとづいた内容となっています。</p> <p>■通所介護の中長期計画は、①採算性の重視②各種加算の取得③大規模修繕・備品の交換④給食（外部委託の質の把握）を策定しています。また、在宅事業全体の中長期計画のなかで、第三者評価、介護労働者・専門職の安定供給と配置、地域ニーズ等についての計画を策定しています。</p> <p>■中長期計画には、多くの方針が示されています。大規模修繕・備品の交換、人材育成、福祉サービス等の質の向上について数値目標や具体的な成果を設置する等して実施状況の評価を行うことが望まれます。</p>	
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、中長期計画に基づき策定しています。</p> <p>■事業計画は、①事業所の位置づけと目的②6つの基本方針③利用対象及び重要事項④地域との交流を深める⑤防災対策⑥行事計画⑦職員内部研修会計画を掲げて取り組んでいます。</p> <p>■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っていますが、事業計画と連動した内容の報告書が望まれます。</p>	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
(コメント)	<p>■事業計画を策定するにあたって手順書は策定していませんが、毎年3月の理事会に報告できるように年度初めから準備を進めています。</p> <p>■事業所では、職員会議において職員から意見を募っています。</p> <p>■所長は、平成29年4月の職員内部研修会にて事業計画を説明しています。</p> <p>■職員は、正規職員以外に多くの非常勤・委託職員が配置されており、全職員の研修会参加とまではいかない状況です。必須研修等は非常勤・委託職員も含めた全職員が研修会に参加できるよう曜日を増やす等の工夫をしてはいかがでしょうか。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■事業計画は、ホームページに掲載し公表しています。</p> <p>■事業計画書は、1階のリハビリ室、2階のデイサービスフロア、3階のカラオケ室等に掲示・設置し、利用者が自由に閲覧できるような取り組みが求められます。</p> <p>■また、利用者・家族の理解を得るためには、絵や文章等で分かりやすくした事業計画を配付する等していくことが求められます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	<p>■法人では、平成29年度より「法人内部監査規程」を設け、規程にもとづいた内部監査を実施しています。他施設の職員が福祉サービスや財務関連を評価しています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを、法人一体となって組織的にPDCAにもとづいて実施しています。</p> <p>■介護自主点検は年1回実施し、結果を職員会議で報告し共有を図っています。第三者評価の自己評価を行うにあたっては、所長や複数の職員で担当を担っています。</p> <p>■内部監査は平成29年11月に実施のため、まだ評価結果を分析・検討するまでにはいたっていません。今後組織的に行われることが望まれます。</p>	
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)	<p>■内部監査を受け、他施設職員からのチェック項目・評価について課題分析するにはまだ至っていませんが、早急に改善計画を策定していく予定となっています。</p> <p>■所長は、法人内部監査の結果について職員会議、朝夕の申し送り時に職員へ丁寧に説明をしています。</p> <p>■内部監査は、組織運営から福祉サービスまで多くの項目について丁寧に評価をしています。</p>	

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込めている。	b
(コメント)	<p>■所長は、法人の理念や基本方針、中長期計画、事業計画を4月の「職員内部研修会」で説明しています。</p> <p>■所長は、自らの役割と責任について、「職員職務分担表」で文書化しています。法人発行の広報誌「みなと」において理事長はじめ、管理者等が事業の進捗状況等の報告をしています。</p> <p>■「所長の役割と責任」を記載している職務分担表に「所長に事故ある時」として職務代行を明示しています。</p> <p>■有事における管理者の役割として「災害マニュアル・災害対策」や組織図に不在時の権限委任等を含めて明確化していくことが望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■法人では、業務管理体制整備規程（（コンプライアンス規程）を定め、法令遵守を推進しています。</p> <p>■所長は、老人施設部会・経営者部会、大阪府人権研修等に参加をして、職員会議で報告・説明しています。</p> <p>■職員内部研修会において「倫理及び法令遵守」に関する研修を行い、周知を込めています。</p> <p>■築港地域在宅サービスステーション内において、業務管理体制整備（コンプライアンス）の担当者、担当部署を設置して倫理や法令遵守の徹底と体制構築を図ることが望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■毎月、理事長はじめ各施設の管理者は、法人内施設連絡会議において、各施設の現状及び業務状況や各種別会議の報告をし、実施するサービスの質について評価分析しています。</p> <p>■所長は、毎月の職員会議において、法人内各会議の報告をしています。職員会議は、5つのテーマを中心に協議しています。①事業計画（行事）の検討・見直し・改善②施設運営（サービス全体について）③各部署からの報告（保健・栄養・利用者サービス等）④所長の考え、方向性の確認⑤その他緊急課題となっています。</p> <p>■所長は、すべての会議に参加をする等して、職員の意見を取り込めるように努めています。</p> <p>■福祉サービス向上の為に、正規職員以外の多くの非常勤・委託職員の教育・研修も重要です。教育・研修の整備が望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■所長は、毎月法人内施設連絡会議に参画しています。会議では、利用率・職員配置・人事・労務等の経営や業務の効率化について分析を行っています。</p> <p>■所長は、職員会議において、法人内会議の報告をし周知を込めています。</p>	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<p>■中長期計画に、「正規職員に偏らない適切な人員配置にシフトしていき、介護職員を増員する。」と人員体制に関する基本的な考えを明示しています。</p> <p>■専門職（有資格者）の配置については、重要事項説明書に記載しています。毎年、事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員配置について、また中長期計画書に掲げた正規職員と非常勤職員の比率等も含めて立案することが望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■法人基本方針の中に「職員は、常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します」と方向性を明記しています。今後は、築港地域在宅サービスステーション（通所介護）が求める「期待する職員像」を事業計画等に明記することが望まれます。</p> <p>■法人では、人事考課は実施していません。法人就業規則の中に人事基準等が明記されており、採用時に説明しています。</p> <p>■キャリアパス・職員配置・異動・昇任等の基準を明確化し、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■所長により、年1回年度末に面談を行い、職員の意向を調査・把握しています。正規職員以外の非常勤職員にも面談を実施しています。</p> <p>■毎月の有給休暇、時間外労働等の就業状況は、事務部門・所長が把握しています。</p> <p>■法人は、外部機関（司法書士事務所）を相談窓口とした「ヘルプライン」を設置しています。ヘルプライン規程を定めて職場改善改革とコンプライアンスに努めています。</p> <p>■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。また、事業所では、忘年会・新年会等で親睦を図っています。</p> <p>■育休・出産前後休暇等職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、働きやすい職場を推進しています。</p> <p>■適正人員配置の誤差の範囲となっていますが、「働きやすい環境整備」のためには早急に不足分の人員配置をしていくことが望まれます。</p>	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	c
(コメント)	<p>■事業計画等に、築港地域在宅サービスステーション（通所介護）として「組織が求める職員像」を明記していくことが求められます。</p> <p>■「職員チェックシート」や「意向調査」等を活用して、年度始め、年度末等の年2回全職員一人ひとりに対して面談を行っていますが、評価と振り返りを行うことが求められます。</p> <p>■職員一人ひとりの目標を適切に設定するとともに進捗状況の確認、目標達成度の確認等を行い、「職員履歴」等で管理していくことが求められます。</p>	

II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<p>■法人の基本方針に、「職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します」と方向性を示しています。</p> <p>■所長は、「社会福祉職員の心得」を活用して職員会議で説明をしています。</p> <p>■平成28年度事業計画には、職員の資質の向上として、「介護・福祉専門の資格（介護支援専門員・介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士等）については積極的に資格取得を進めていく」と明示しています。</p> <p>■非常勤・委託職員を多く配置しています。多くの非常勤・委託職員が福祉サービスを提供するにあたり、教育・研修の実施が重要です。全非常勤・委託職員の教育・研修計画を立て実施していくことが望まれます。</p>	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	<p>■新人職員には、採用時に法人の新人職員研修を実施しています。</p> <p>■個別の職員の知識・技術水準・専門資格状況等は採用時等に把握しています。</p> <p>■事業所では、毎週「ケアマネ研修・会議」「ヘルパー研修・会議」を活用した内部研修を実施しています。</p> <p>■法人は、介護福祉士等資格取得支援制度を整備し、受験費用の施設負担・休暇の配慮を行っています。</p> <p>■事業所では非常勤・委託職員が多く、会議・研修に参加できるように時間調整をする等して工夫しています。今後は、テーマ別研修等にも参加できるよう年間計画を作成して全職員が参加できるような工夫が望まれます。</p>	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	非該当
(コメント)	<p>単独設置型のデイサービスであり、実習に関するニーズが無く、実習生の受け入れは行っていないため、非該当とします。</p>	

		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)	<p>■法人・事業所の理念や基本方針、福祉サービスの内容・事業計画・事業報告・予算・決算等情報はホームページに公表をしています。</p> <p>■第三者評価受審については、利用者・職員に対して説明して理解を得ています。</p> <p>■法人では、事業の実施状況・苦情内容と改善対応結果をホームページに公表をしています。事業所では苦情・意見等に対して、改善対応結果を事業所内掲示板で公表しています。</p> <p>■近隣の居宅介護支援事業所や福祉会館に広報誌やパンフレットを配布・設置しています。</p>	
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)	<p>■経理規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では、職務分担と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、大阪府社会福祉協議会自主点検事業の実施と外部監査法人によるチェックを受けています。</p> <p>■法人では、今年度より内部監査を実施しています。施設間のレベルアップと内部統制機能の強化を図る目的となっています。</p> <p>■ホームページには、経営に関する情報を開示しています。事業報告、財務状況（資金収支計算書・事業活動収支計算書・貸借対照表）、監査報告等を統括して公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p>	

		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)	<p>■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、社会貢献に尽くします』と明記しています。</p> <p>■事業計画に、「地域との交流を深める」と明記しています。</p> <p>■事業所では、地域行事の際に使用する車椅子の貸し出しや、車椅子に移乗する手伝い等を行っています。</p> <p>■港区医療福祉マップや地域の行事のチラシを掲示・設置して、利用者・家族に情報提供をしています。</p> <p>■利用者の買い物や通院等の地域における社会資源についてはケアプランの中で推奨しています。</p>	
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)	<p>■事業計画には、ボランティア・実習生受入れについて明記しています。</p> <p>■所長は、地域包括支援センターと連携して「認知症ケアの問題」について講演をしています。</p> <p>■従来は、ボランティア・実習生受入れがありましたが、今年は受け入れの実績がありません。</p> <p>■地域の保育園児たちの訪問があり、利用者とのふれあいがあります。</p> <p>■ボランティア・実習生受入れマニュアルの整備が望まれます。</p>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■地域の医療福祉マップを事業所内に掲示する等しています。大阪市の介護保険制度の説明や介護保険サービス事業者が掲載されている冊子を事務所内に設置して、いつでも職員が閲覧できるようにしています。 ■職員会議において、情報の共有を図っています。 ■所長は、地域関係者、ボランティア団体・民生委員等による「ネットワーク委員会」に参加をしています。委員会は身近なところでの問題を吸い上げて、解決に向けて活動しています。「ラジオ体操」「隣接する公園の清掃」「ごみが山積した住宅の清掃手伝い」等協働して解決に向けて取り組んでいます。 	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■施設は、「災害時福祉避難所」としての役割を担っています。地域の避難所開発訓練にも参加する予定です。 ■施設は、港区社会福祉協議会の主催する「地域づくり～いい町づくり」に参加をしています。「地域づくり～いい町づくり」は地域の活性化のための会で民生委員等が中心となって活動しています。また、職員は、地域の日帰りバス旅行などにも参加して要介護者の介護支援・車椅子の貸し出し等を行っています。 ■築港地域在宅サービスステーションには、総合相談窓口「ランチ」を設置し、福祉に関する相談を行っています。 ■今後、より地域との関わりを深めるためにも、地域住民に対して「認知症サポーター養成講座」や「地域住民に役立つ講演会」等を開催して、地域へ参加を呼びかけていくこと等が望まれます。 	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■所長は、民生委員等が活動をしているネットワーク委員会に参加をして、福祉ニーズの把握に努めています。 ■総合相談窓口「ランチ」では、地域の集会所に月1回出張をして、地域住民の福祉相談を行っています。 ■施設では、把握した福祉ニーズに基づき、訪問介護、居宅介護支援、総合相談窓口等を行っており、具体的な事業・活動をパンフレット、事業計画等で明示しています。 	

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)	<p>■利用者を尊重する姿勢が理念や基本方針に明示されており、定期的な研修会を実施しているほか、朝・夕のミーティングにて、サービスの提供や利用者の状況を把握して共通の理解が図られています。</p> <p>■成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用により、利用者の権利擁護に努めています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■プライバシー保護・入浴・排泄介助マニュアルが整備され、所長をはじめとする介護職員間で権利擁護に配慮したサービスが実施されています。利用者や家族には、契約書や重要事項説明書を通して口頭でも説明しています。</p> <p>■職員研修は実施されていますが、参加者が3割に留まっており、今後は5割以上参加することが望まれます。</p> <p>■これまで不適切な事案が発生したことはありませんが、その対応方法等について明示をすることが望まれます。</p>	
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)	<p>■ホームページの作成(重要事項説明書の公開含む)、広報誌(法人誌2か月に1回、通所介護広報誌3か月に1回発行)の区役所への配置等、福祉サービスの利用希望者が、福祉サービスを選択するために必要な情報を写真や絵を使用して提供しています。</p>	
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)	<p>■福祉サービスの開始及び変更時には、利用者や家族等に、文書及び口頭でわかりやすく説明したうえで同意を得ています。</p>	
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)	<p>■他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたっては、居宅介護支援事業所の介護支援専門員より文書が求められた場合、利用状況報告書及び記録シートのコピーを提出して引継ぎを行っています。</p> <p>■福祉サービスの利用が終了した後も、利用者や家族等が相談できるように、所長が担当窓口になっていることを口頭及び連絡帳でも伝えています。</p> <p>■今後は所長以外の職員も対応できるように、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を作成されてはいかげでしょうか。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
(コメント)	<p>■ほぼ毎月実施している給食会議は、介護職員と給食委託業者が出席して、より満足度の高い食事サービスを提供するために利用者の希望や意見を取り上げることにより、改善に向けた検討を行っています。</p> <p>■利用者満足度を把握するために、日常生活場面で随時聴取が行われ、必要に応じて分析・検討を行っています。今後は組織として仕組みを整備することや、調査結果を分析・検討する担当者の設置と定期的な検討会議開催等の仕組みが求められます。</p>	

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
(コメント)	<p>■苦情解決の体制について、苦情受付担当者、第三者委員の設置はしていますが、苦情解決責任者が重要事項説明書に記載されていませんでしたので、体制を整備することが望まれます。</p> <p>■苦情の受付窓口の一覧が1階に掲示されていますが、今後は苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物や資料を利用者等に配付し説明することが望まれます。</p> <p>■利用者や家族が苦情を申し出ることができるように意見箱を設置していますが、事務所に設置しているため匿名性が低くなります。苦情を申し出しやすいように他者の目を気にしなくてよい、使いやすい場所に設置することが望まれます。</p> <p>■苦情内容及び解決結果をホームページに公表しています。</p>	
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)	<p>■利用者が相談したり意見を述べたりする際には、アンケートの実施や意見箱を設置する環境を整備することが望まれます。</p> <p>■施設長、事務長、介護職員、第三者委員等から相談相手を自由に選べるということを、わかりやすく説明したポスター等を作成したり、利用者や家族の目に留まりやすい場所に掲示したりすることが望まれます。</p> <p>■1階に会議室を設置しているほか、意見を述べやすいスペースの確保等の環境に配慮しています。</p>	
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)	<p>■相談や苦情を受けた際の報告の手順、対応策の検討等について重要事項説明書に記載されていますが、記録の方法やマニュアルについて整備すること、定期的な見直しを行うことが望まれます。</p> <p>■日々の福祉サービスの提供時に把握した相談や意見については、朝・夕の申し送りの際に都度説明をして迅速に対応しており、連絡ノートや終礼ノートにも記録しています。</p>	

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
<p>(コメント)</p> <p>■施設では、リスク予防委員会として所長が対策を講じると明記しています。 ■事故発生時には、「ひやり・事故報告書」を作成し、終礼等の申し送りで各職員間に報告する等して情報の共有を図っています。 ■事業計画には、職員内部研修会計画を作成し、「事故の発生及びその再発防止」についての研修を行っています。 ■施設では、リスクマネジメント委員会が未整備となっていますので、早期に整備することが望まれます。また、「ひやり・事故報告書」は作成していますが、「ひやりはっと」の報告が出ていない状況です。「危険の気づき」を促す取り組みも重要ですので検討が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
<p>(コメント)</p> <p>■感染症予防委員会は、感染症や食中毒発生時には看護師が中心となって随時開催するとしています。流行期以外には予防啓発・最新情報の発信・対応方法の振り返り等を職員に対して行っています。 ■感染症予防・対応について、マニュアル等を整備したうえで、①責任を明確にした安全確保のための体制②担当者・担当部署の設置③定期的な検討の場の設置等施設の体制の確立をしていくことが望まれます。また、感染症マニュアルは、定期的な見直しをしていくことが望まれます。 ■平成29年度は、ノロウィルスやインフルエンザ等の感染症が発生していないことは評価できます。</p>	
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
<p>(コメント)</p> <p>■事業計画には重要項目として、「防災対策」を掲げています。①災害発生予防対策②防災訓練に取り組むとしています。 ■災害発生予防対策は、毎月1日を「防災の日」と定めて防火設備などの点検管理を行っています。 ■防災教育は、消防計画・地震防災応急計画に従って職員には年2回、利用者には毎月実施して、防災意識の向上を図っています。 ■食料・水・薬・消耗品等の備蓄については、責任者を決めて定期的にチェックを行い、最低3日以上以上の備蓄をしていくことが望まれます。</p>	

Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。

Ⅲ-1-(6)-① 利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <p>■これまで利用者等からの請求はありませんが、記録開示の手順については個人情報保護規程に定めており、所定の書式で手続きをする仕組みになっています。 ■重要事項説明書に、サービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求できることが記載されており、口頭での説明もしています。</p>	

Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。

Ⅲ-1-(7)-① 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	非該当
<p>(コメント) 通所施設であるため非該当。</p>	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<p>■業務手順や、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明示されている介助の手引にもとづいた福祉サービスが実施されています。</p> <p>■所長による新人・中途採用研修や個別の指導等によって職員に周知徹底するための方策を講じています。</p> <p>■標準的な実施方法にもとづいて実施されていることを確認するための仕組みは法人組織としてはあるので、デイサービスにおいても機能させていくことが望まれます。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■書類「各種会議・委員会の目的や位置づけ」では、サービス検討会議で介護業務内容の改善を図ることや、マニュアル整備検討会議で定期的にマニュアルを更新していくことが記されていますが、検証・見直しに関する時期やその方法が定められていませんので定期的を実施することが求められます。</p> <p>■業務手順や介助の手引等の標準的な実施方法を定期的に検証し、改定記録を入れた必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、その仕組みのもとに検証・見直しを行うことを来年度の事業計画に反映していくことが望まれます。</p>	
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)	<p>■所長が福祉サービス実施計画策定の責任者となり、国際機能分類（ICF）による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策定しています。</p> <p>■福祉サービス実施計画を策定するための部門を横断した職種による関係職員の合議はありますが、利用者の意向把握と同意を含んだ手順を定めておらず、計画通りに福祉サービスが行われていることを確認する仕組みを構築して実施することが望まれます。</p>	
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)	<p>■半年に1回は福祉サービス実施計画の見直しを行い、定期的に福祉サービス実施計画の見直しを行っています。</p> <p>■担当者会議では、サービス事業者の立場から積極的な発言を行い、福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合は朝夕のミーティングで検討していく仕組みを整備しています。</p>	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■必要に応じて医師、理学療法士等の専門的なアドバイスに基づいて作成しています。認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）についてサービスを提供していますが、その方針についても可能な限り医師の専門的な助言、指導を得て作成することが望まれます。</p> <p>■所長が率先して自立支援という観点から利用者一人ひとりのサービス計画を作成し、実施の際は利用者や家族の同意がなされています。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者の福祉サービス実施計画の実施状況が毎月記録され、朝夕の申し送りや毎月の会議等にて職員間で共有化されています。</p> <p>■情報の分別や必要な情報が非常勤職員を含むすべての職員に的確に届くよう、口頭伝達、連絡・終礼ノートや回覧、ケース記録等の文書にて共有が図られています。</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。	a
(コメント)	<p>■個人情報保護規程等により、利用者の記録の保管は5年間、倉庫にて保存し、法人施設にて廃棄しています。</p> <p>■所長を記録管理の責任者として、個人情報の漏洩防止対策として事務所からの持ち出しを原則禁止にしています。</p> <p>■ネットワーク・アウトソーシング・サービスの高度セキュリティサービスを導入し、ウィルスチェック等の対策が行われています。</p>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>■身体拘束をなくしていくための取り組みについて、利用者等への説明、記録・文書、環境・介護の配慮等、徹底しています。</p> <p>■身体拘束等をせざるを得ないケースはこれまでありませんが、やむを得ないケースが生じた際の対処方法について検討していく体制が整っています。</p>	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	非該当
(コメント)	<p>■平成27年以降、日常生活自立支援事業(あんしんサポート)を活用しており、対象者はいません。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	b
(コメント)	<p>■必要に応じてサービス検討会議で療法士等から指導・助言を受け、看護職員と介護職員が利用者の意欲と結びつけながら、離床対策が実施されています。</p> <p>■寝たきりだけでなく、座らせたきりを防ぐためのベッドやソファの設置、座位時の姿勢を安楽に保持するための足置きやクッションなどの工夫がなされています。</p>	

高齢福祉分野【施設系通所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■利用者にくつろぎの場を提供するために、健康チェック、入浴、昼食、おやつ、レクリエーション、健康体操、カラオケ等を実施しています。</p> <p>■新年会、節分祭、ひな祭り、クリスマスなど、季節を感じるレクリエーションはもとより、毎月、お誕生会や月例行事を行い、生活の活性化を図っています。</p> <p>■地域との交流も深く、利用者も地域の一員として敬老会行事へ参加するなど社会参加に係るプログラムを導入しています。</p>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
(コメント)	<p>■理念・基本方針の人権尊重や利用者本位の立場で笑顔でサービスを提供すること、よりよく生きるための実践が遵守され、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ます。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■入浴はデイサービスの利用者のみ午前中に利用しており、毎日浴槽の湯の入れ替えや清掃・消毒が行われています。</p> <p>■浴槽は、一般浴、リフト浴、シャワー浴が用意されており、入浴前の健康チェックを行ったうえで、清拭を含む心身の状況に応じた入浴介助を行っています。</p> <p>■入浴介助は介護職員のほか、心身の状況に応じて看護職員と連携を図り、家族等に伝えるべきことは連絡帳に記載しています。</p>	
A-2-②	排せつ介助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)	<p>■必要に応じて随時、定時に個別に応じた排泄介助をプライバシーに配慮しながら行っています。</p> <p>■排泄介助の際には、皮膚の観察、清拭等を行い、肌に異常が生じている場合看護師が必要な処置を行い、連絡帳に記入し、送迎時に家族への連絡を行っています。</p> <p>■便座の保温はありますが、トイレにエアコンが設置されていないため、ついで等でプライバシーに配慮しながら室内の暖を取り入れる工夫をしています。</p>	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■自立を念頭に、利用者の心身の状況に応じて移乗、移動を行っています。</p> <p>■福祉用具に不備はないか等の点検は、気づいた職員が行っていますが、今後はいつ、誰が、どのように行うのかやその確認方法等の取り決めを行うことが望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■日常的に安楽な姿勢保持に努め、必要に応じて看護職員が軟膏等の塗布を行っています。</p> <p>■家庭での褥瘡予防を適切に行うため、利用者・家族に助言や情報提供を行い、助言した内容等については、必要に応じて、介護支援専門員等に報告・連絡しています。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<p>■月に一度給食会議が行われ、利用者の希望や好みを献立に可能な限り反映するようにしています。</p> <p>■咀嚼や嚥下状態に応じて、粥、刻み食、軟菜食、トロミ食等を用意しており、おいしく安全に食事ができるように、適温で食事を提供しています。</p> <p>■料理に合った陶器の食器や小皿を使ったり、旬の素材を取り入れて彩りよく盛り付けしたり工夫をしています。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■現在まで、誤嚥や喉に詰まったなど食事の事故はありませんでした。</p> <p>■利用者の身体状況に合わせて足置きやクッション等で姿勢保持を行い、食前に嚥下体操を実施して安全に食事ができるように配慮しています。</p> <p>■対面給食や看護職員も食事介助を行っているため、栄養士や看護職員との連携を図りながら食事を提供しています。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■食事をおいしく摂取できるように、看護・介護職員による自立支援や口腔ケア、口腔内のチェックや口腔体操を実施しています。</p> <p>■看護職員による口腔ケアの実施や助言は随時ありますが、平成30年度は口腔ケアに関する研修の実施が望まれます。</p>	

		評価結果
A-4 認知症ケア		
A-4-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者が日常生活の中でそれぞれ役割が持てるようにタオル畳みや季節・行事の飾り付けの工作等を実施し、日常生活能力、残存機能の評価を通所介護計画にて行っています。</p> <p>■認知症高齢者の家族への支援として、認知症初期集中支援チーム「オレンジチーム」の紹介を行っています。</p>	
A-4-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	<p>■季節の壁画や手作りの作品がテーブルに置いてある等落ち着ける環境と、掲示物は画鋲や突起物を使用せずテープやマグネットを用いる等、安全に過ごせるように配慮しています。</p> <p>■浴室の扉には暖簾をかけて、さまざまなソファや休息用のベッドを置くなど、一目でわかるような表示をする等の工夫を行っており、今後はトイレにもマークを表示することを予定しています。</p>	

		評価結果
A-5 機能訓練、介護予防		
A-5-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<p>■一人ひとりに応じたレクリエーションや体操、ゲーム等のプログラムは介護職員が主に作成・実施し、機能訓練は看護師が実施し、所長、介護・看護職員で評価・見直しをしています。</p> <p>■利用者の状況に応じて、サービス担当者会議で専門職（理学療法士、作業療法士等）の助言・指導を受けているケースもありますが、今後はより積極的な助言・指導が望まれます。</p>	

		評価結果
A-6 健康管理、衛生管理		
A-6-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<p>■看護職員は利用者の健康チェックを利用開始・終了時に行う他、本人や看護・介護職員等の気づきに応じて迅速に対応するための連携は確立していますので、今後は異変の兆候に早く気づくための対応、手順を文書化していくことが望まれます。</p> <p>■利用者ごとに看護・介護職員が服薬管理または服薬確認をしていますが、配薬ミス防止の工夫や、誤薬が起こった際の対応策とその検証についてマニュアル化していくことが望まれます。</p>	
A-6-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■インフルエンザ、MRSA、疥癬、結核、ノロウィルス、O-157を含む、感染症や食中毒に対する予防対策、発生した場合の標準的な対応方法が確立されています。保健所による年に一度の抜き打ち検査があり、過去全て異常は認められませんでした。</p> <p>■スタンダードプリコーション(標準予防策)を図り、12月に非常勤を含む職員全員がインフルエンザ予防接種を受け、その費用を全額負担しています。</p> <p>■職員の自己申告により健康状態、体調の変化を把握していますが、体調の変化を日常的にチェックして把握できる仕組みをつくることが望まれます。</p>	

		評価結果
A-7 建物・設備		
A-7-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
(コメント)	<p>■さまざまなソファを複数、ベッドは3台設置して、利用者の心身の状況に応じて積極的に休息できるように環境が整備されています。</p> <p>■建物内は完全分煙に取り組んでおり、喫煙希望者はベランダで喫煙が可能です。</p> <p>■建物・設備の定期点検や、問題点について改善したことなどを記録しておくことが望まれます。</p>	

		評価結果
A-8 家族との連携		
A-8-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<p>■利用当日の介護職員リーダーと看護職員による連絡帳の記入を、利用者とその家族との連携を適切に図るうえで欠かさず実施しています。</p> <p>■介護相談を随時実施していることや、利用時間の延長も可能であり、送迎はDoor to doorとすることにより、家族への伝達や助言、情報交換を円滑に実施しています。</p> <p>■家族（介護者）に対し、必要に応じて介護に関する研修を今後検討されてはいかがでしょうか。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	築港地域在宅サービスステーション（通所介護）の利用者
調査対象者数	74名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

築港地域在宅サービスステーション（通所介護）を、現在利用されている74名を対象にアンケート調査を行いました。事業所から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、40名の方から回答がありました。（回答率54%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「築港デイサービスセンターは、居心地の良い場所になっている」
●「食事中はなごやかで楽しい雰囲気、自分のペースで食べられる」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員の言葉使いについて、呼びかけの言葉などは適切である」
●「職員には話しかけやすい、職員は分かりやすく話をしてくれる」
●「築港デイサービスセンターを利用するにあたり、サービス内容や利用料金について
重要事項説明書等による説明を受けた」
●「通所介護計画を作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれた」
●「職員に相談したい時は、いつでも相談できる」
について、80%以上の方が「はい」と回答

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等