

様式1

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	デイサービス かがやき	
運営法人名称	社会福祉法人 双洋会	
福祉サービスの種別	通所介護（デイサービス）	
代表者氏名	達谷 紀昭（施設長）	
定員（利用人数）	80 名	
事業所所在地	〒 557-0012 大阪市西成区聖天下2丁目8番5号	
電話番号	06 - 6627 - 9295	
F A X 番号	06 - 6627 - 9301	
ホームページアドレス	https://www.soyokai.or.jp	
電子メールアドレス	info@soyokai.or.jp	
事業開始年月日	平成27年11月1日	
職員・従業員数※	正規 9 名	非正規 5 名
専門職員※	介護福祉士 8名 看護師 2名	
施設・設備の概要※	[居室] ダイルーム 静養室 浴室 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】

【法人理念】

「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる法人」

- 一、 健やかな毎日を営むことができるよう、日々の安全と安心に努めます。
- 一、 相手を尊重し、思いやりの心をもって信頼の確立に努めます。
- 一、 明るく家庭的な雰囲気のもと、互いに支え合う環境づくりに努めます。

【施設理念】

入居者様、ご家族様が安心して託して頂けるよう生活面、精神面共に健やかに過ごしてもらえるよう配慮します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

かがやきでは、特養だけでなく在宅介護も実施しており、地域の介護窓口でありたいと考えております。入居者様・利用者様に寄り添う介護を目指し、サービスを提供する私達が、「驕らず謙虚に素直な気持ち」をもって、あたたかく携わることを日々心掛けております。

理事長 小池 洋志

【食の理念】

『入居者様・利用者様に心のこもった食事サービス』を理念に、安心、安全で美味しい食事提供を行っております。衛生管理の徹底は勿論の事、健康面でも栄養士によるメニュー管理を行い、和食・洋食など味に変化を付けた、飽きのこないメニュー構成です。

旬の食材を使用した、季節を感じる毎月の行事食など、食を通じて入居者様・利用者様の生活が豊かになるよう、取り組んでおります。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ふくてっく
大阪府認証番号	270003
評価実施期間	平成34年8月8日～平成35年2月27日
評価決定年月日	平成35年2月27日
評価調査者（役割）	0401A138（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 0601A077（その他） 2101A015（その他） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

施設は、西成区と阿倍野区の区境近くにあり、広い市道に面しながらも比較的静かな住宅街に立地しています。近くには公園や公共交通機関の駅もあるほか、マーケットなどの生活施設も充実しています。

また、上町大地の裾に位置しており、水害のリスクも高くありません。

法人設立や事業開始からまだ歴史は浅いですが、高齢者福祉サービス激戦区にあって、施設長はこの地で一番に評価される施設を目指して、そのためにはまず内部の充実を図ることに努めています。

福祉サービス第三者評価は初めての受審ですが、施設長は主任とともに、第三者評価調査者養成研修を受講し、その受審異議や評価基準項目の理解を深めて受審しました。第三者評価結果を踏まえて、改善に向けた取組を加速されることが期待できます。

◆特に評価の高い点

■施設長の指導力

施設長は、職員一人ひとりの研修姿勢を吟味したうえで積極的な受講を支援し、必ず施設にフィードバックさせています。また、指示待ちではだめだと職員一人ひとりの自発性を鼓舞してサービスの質の向上に強い指導力を発揮しています。

■働きやすい職場づくりと職員の定着

施設長は、着任した当初からの目標として、施設側の事情で職員が退職することがない職場を目指し、超過勤務の削減、多様な休暇制度の創設などを実践して、職員の高い定着率を実現しています。

■1日の過ごし方

利用者が進んで行うことを役割として見守ったり、自由に楽しんでもらえる企画を検討して取り組んでいます。

■入浴支援

利用者の心身状況に応じて多様な設備と支援方法を用意して快適な入浴支援を行っています。

■楽しい食事

献立や食材に関する情報を、イラストも交えて興味を引くように伝え、喫食前には体を動かしたり口腔体操をして心身を整えて楽しく食事が進むようにしています。

◆改善を求められる点

■中・長期計画と単年度計画

理念・基本方針に基づいて法人・施設が目指している方向を内外に明確に示すために、中・長期計画を策定するとともに、中・長期計画を踏まえた単年度計画を策定することが求められます。また、これらの計画の主な内容を利用者等にわかりやすく説明することは、利用者等の理解や安心、協力を得る意味で大切です。

■実習生の受入

コロナ禍以降、実習生の受入が途絶えています。ウイズコロナ社会における受入れ体制を整えて、実習生やインターシップなど、福祉専門職の育成に貢献する取組を期待します。

■地域との交流

R4年度事業計画に、施設が地域福祉の拠点となるべく地域との交流を活性化させたいとしていますが、デイサービス部門での具体的な取組は確認できません。

■ボランティアの導入

ボランティアの導入は、施設に外部の風を入れて運営の透明性を高めるとともに、施設と地域のつながりを深めて地域福祉に貢献する大切な活動です。ウイズコロナ社会における創造的な取組を期待します。

■地域の福祉ニーズ等の把握と地域貢献

社会福祉事業者には、地域に潜在する多様な福祉ニーズ等にもとづく公益的事業・活動が求められています。そのためには、まず地域に潜在する多様なニーズを把握することが求められます。

■利用者満足度の把握

利用者の満足度を定期的・客観的に把握する取組みが求められます。

■苦情解決体制の公表

苦情への対応体制や、苦情の解決状況などを、苦情を申し出た利用者や家族に配慮したうえで、苦情内容やその解決結果等を公表することが求められます。

■相談や意見の表明

利用者が、方法や相手を選択することを妨げられることなく相談したり意見を言うことができることを、より明確に利用者に表示していくことが大切です。

■標準的実施方法

福祉サービスの実践や新任職員へのOJTが職員によってバラツクことなく、また支援困難ケースの検討において判断の基礎となる指針として、標準的実施方法を確立して明文化すること、そしてその活用と評価、見直しを継続することを期待します。また、マニュアルには策定・改訂の期日を明記することが求められます。

■権利擁護

権利侵害を広義に捉えて、それが発生した場合の対処方法や再発防止の取組についてのマニュアル等を整えて職員間に周知徹底するとともに、そうした姿勢や方針を利用者等にも周知することが大切です。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めての第三者評価受審でしたが、受審して非常に良かったと思っています。地域の社会資源としての役割をもっと果たすべく、質の高いサービスと言えるには何が足りないのか、強い組織を作る為には何が足りないのかを明確にすることを目的として受審した為、今後取組むべきことが明確になりました。

また、職員間でも今後取り組むべき事を共有することができました。

評価機関の皆様にも、非常に真摯かつ丁寧な対応をいただき感謝しております。

次回受審時には、法人として成長した姿を見せたいと強く決意をしています。

◆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
(コメント)	<p>法人の理念、施設理念はホームページ（以下「HP」）およびパンフレットに記載しています。職員倫理規程を定め、これに基づく行動指針が示されています。行動指針には①差別の禁止、②利用者の主体性と個性の尊重、③プライバシーの保障、④人権の尊重と対等な立場での支援、介護、援助、⑤体罰等の禁止、⑥社会参加の促進、⑦専門性の向上と倫理の確立、そして⑧本規定の位置づけ（就業規則における位置づけ）が定められています。これとは別に、施設長はわかりやすい標語として6項目の行動指針を示して周知を図り、職員は毎日唱和しています。しかしながら、職員の周知度を確認する仕組みは講じていません。また、利用者や家族等への周知の取り組みは、コロナ禍中で難しい側面があり、今後の課題となっています。</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。	b
(コメント)	<p>デイサービス部門管理者は、施設長とともに事業経営をとりまく環境や経営状況の把握に努める中で、職員にも経営状況を認識してサービス提供に従事する意識付けを図り、丁寧なケアを心がけることやサービスの質を高めて利用者や家族等の理解を得る気運の醸成、そして無駄な経費の節減に向けてチームとしての体制づくりに注力しています。</p> <p>しかしながら、社会福祉事業の全体的な動向や、地域特性の具体的な把握分析のデータ化は十分とは言えません。地域のデイサービス事業は既に飽和状態にあり、選ばれる施設を志向するうえで、地域の福祉施策動向の把握と準拠、特性の発揮が課題となっています。</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>デイサービス管理者（リーダー職）は、前項で評価したように、デイサービスフロア会議において経営課題を共有してチームが一丸となった体制をつくり、職員からも様々なアイデアを得て具体的な取組を進めています。</p> <p>ただ、デイサービス部門の課題が役員間で十分に共有されていないと感じています。部門管理者としての発言機会が講じられることを期待します。</p>	

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。

c

(コメント)

法人創立の想いは、「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる」ことにあり、それは施設名「かがやき」に象徴されています。また、「西成区で一番の事業所になろう」や「この施設だけで終わることのない発展（新たな事業展開）」をスローガンとしています。まさに遠大な構想の実現に向けて、3～5年先を展望した中長期計画の策定が大切です。
施設長同様に、デイサービス管理者においても、デイサービス事業の中・長期計画の策定について主導的な役割が求められます。
特に、デイサービス部門は、当該地域が既に飽和状態にありますので、今後の人口構造の変化や地域性を踏まえた中・長期計画の策定が欠かせません。

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。

c

(コメント)

単年度事業計画は、現状の把握・分析に根ざして策定されることは当然ですが、中・長期計画を踏まえた策定である事が求められます。
単年度事業計画は、前年度の振り返りから当面の課題について適切かつ具体的に策定されていますが、中・長期計画が策定されていない以上、本評価基準項目においては評価することはできません。
法人理念が目指す施設運営を具現化するための中・長期計画とそれを踏まえた単年度計画の策定を期待します。

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。

b

(コメント)

デイサービス部門管理者は、自らも現場に入りつつ、職員間の連携と相互補完性を高めて、事業計画を策定するとともに、その内容を共有するよう努めています。
しかしながら、職員の理解度を改めて確認したり、職員と共に事業の進捗状況や目標達成度を評価する取組には至っていません。

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)

施設の取り組みや状況については、HPやパンフレットおよび毎月発行する「かがやき通信」「すまいるレター」、ブログなど多様な方法を用いて、利用者や家族等に伝えていますが、その内容は日々の取り組みや行事内容、職員紹介などが中心で、事業計画の主旨や主な取組内容の積極的な周知としては十分ではありません。
事業運営に関して利用者や家族等の理解を得るとともに、意見を反映して主体的な参加を促すことが大切です。そのためには、広報活動とともに、利用者会や保護者会等の設定が有効です。コロナ禍中では困難な課題ですが検討を期待します。

		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。	b
(コメント)	<p>福祉サービスを提供する組織の構造や仕組みについては、自主点検表を用いて基準の適合を定期的を確認しています。また、自主点検に加えて常任理事による法人内監査を併用してダブルチェックを行っています。</p> <p>しかしながら、上記の2点は、組織の構造的な資源や仕組みを評価するものであって、必ずしもサービスの質を評価するものではありません。</p> <p>一方、職員一人ひとりについては各部門長を含めて、上司による面談でそれぞれの目標達成度を振り返り、その評価結果を踏まえて次のステップに向けた改善の取組を行っています。これもミクロのPDCAサイクルとして評価できます。</p> <p>ただ本評価基準項目では、組織として福祉サービスの質の向上を目指すマクロのPDCA（半期あるいは一年の定期的周期で取り組む評価と改善の仕組み）を問うものであり、今回初めて受審した第三者評価における自己評価がこれに当たるものです。</p> <p>第三者評価の受審を契機に、これを継続して組織的なPDCAサイクルの仕組みが定着して機能することを期待します。</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>重要な改善課題について、①事故・苦情防止対策委員会、②身体拘束防止委員会、③感染予防・褥瘡防止委員会、④看取り委員会、⑤「エンジョイ委！員会」などを設置して、それぞれに各部門から職員が参画して検討しています。</p> <p>前項で評価したように、自主点検表の取組みや法人内監査の実施があり、それぞれ点検・監査報告書がまとめられていますが、これらは必ずしも直接的にサービスの質を点検・監査するものではありません。また、それら評価結果や監査結果に基づいて、職員参画のもとで改善に向けた計画の策定や取組の遂行にまでは繋がっていません。</p> <p>今回受審した第三者評価結果を踏まえて、具体的な改善課題を明確にして、その改善に向けた中長期計画に反映することを期待します。</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図っている。	b
(コメント)	<p>デイサービス管理者の役割と責任は職務分掌表や就業規則等に明示されていますが、不在時の権限移譲などは特段に明文化されてはいませんし、改めて自らの職務を表明することはしていません。それでも、生活相談員と連携して責任者が不在とならないようにしています。また、日勤リーダー制を導入するとともに、職員間の連携や補完性を確立して、チームによる支援体制を確立しています。14名の職員体制は、この6年間に離職者が僅か1名という実績があり、管理者の想いはチームの共通理解となっています。</p> <p>今後は、こうした想いや取組を内外に「見える化」して、流されないようにしていくことが大切です。</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>デイサービス部門管理者は、利用者等への対応や利用者送迎に際して地域との関係性について一般常識的な倫理観をもって業務に就いています。部門職員には、利用者への適切な言葉遣いや個人情報保護、不適切行為の禁止、送迎時の道路交通法遵守などを丹念に指導しています。しかしながら、広範囲に亘る法令の細部に亘っての習熟はまだ十分ではありません。一層の研鑽と情報収集を期待します。</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>デイサービス部門では、勤務体制の特性による制約もあり、独自に研修計画を推進することは難しく、特養部門と協調して取組んでいます。デイサービス管理者は、毎日のミーティングや月一回の職員会議など、フロア会議をチーム形成の基本と位置づけ職員の意向を把握するとともに自らの思いを発信しています。デイサービスにおいては支援技術以上に利用者を中心に捉える気持ちの共有を徹底しています。今後は、サービスの質を定期的・継続して評価・分析し、具体的な取り組みを主導することを期待します。</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>デイサービス部門管理者は、デイサービス稼働率の推移を把握してフロア会議で共有し、職員一人ひとりが自らの思いで業務に積極的に携わる気運を促しています。チームの人間関係の保持にも留意して、極めて離職率の少ないチーム作りに成功しています。ただ、組織全体の経営状況についての情報を得る機会や運営に参画することがないので、広く情報を得て部門を超えた業務改善に携れるようになることが今後の課題となっています。</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>人材確保については、職場環境の評価が口コミで伝わり、職員からの紹介もあって順調です。施設長は、いわゆる人材紹介会社を使わない方針を堅持しています。令和5年3月から、就職フェアに参加する計画があります。現施設長、副施設長着任後は、職員を離職させないことに徹底的に取り組み、その甲斐あって必要な人材確保が達成できています。デイサービス部門は、現在14名の職員中正職員が10名という充実した構成です。管理者は、週3日勤務のパート職員がもう一人加わると、なお円滑な人員配置が可能となり、サービスも充実してデイサービス激戦区において選ばれる施設を目指すことができるとしています。ほかに職能別には、送迎ドライバーの増員が課題となっています。</p>	

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) 福祉事業においては、数値化できない要素を組み込んだ人事考課の設定は難しく、検討したものの総合的人事管理の仕組みは導入できていません。役職者の登用は、施設長を中心とした幹部職員による合議で決定していますが、その基準は明らかにされていません。</p> <p>デイサービス部門管理者は、自らも支援現場に努める一部門長として、総合的人事管理を構築する立場にありませんが、利用者本位に徹する職員であることを共有しています。その中で、職員一人ひとりの面談で一年の振り返りを共に行い、職員が達成できたことできなかったこと、楽しめたことなどを話し合い、気持ちを確かめています。</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
<p>(コメント) 施設長は着任以来、離職者を出さないことを第一に上げ、数々の改善を行ってきました。</p> <p>勤怠管理やストレスチェックは当然のこととして、職務のオンオフの明確化を図り、職員の超過勤務ゼロ実現、有給休暇の完全取得の推奨、特別休暇（スマイル休暇、はなまる休暇など）の設定を行いました。</p> <p>また表彰制度を設定するなど、福利厚生充実にも努めています。</p> <p>それでも「すべての関係者が輝ける事業運営」という理想は高く、さらなる課題に向かっています。</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。	b
<p>(コメント) 「期待する職員像」は、デイサービス管理者には「できないこと減らして何でもできるような人、凸凹の小さな○ではなく、できないことを減らして大きな○になることを目標に」という想いはあるものの、それを具体的に文書化したり職員に提示し周知するまでには至っていないようです。個別面談は、年1回実施し、日頃の働き方や仕事の悩み、個人目標等の聞き取りを上長が実施しています。しかしながら、それは、一人ひとりの育成に向けた取組にまでは至っていません。</p> <p>離職率が低減し、働きやすい職場となっているとお聞きしました。福祉は、人が人に行うサービスであり、人は「財を成す」という意味での「人財」は組織の財産であるという考えがあります。今後は一人ひとりの人格や人権を尊重し、適正を見極めながら、必要な知識や技術を習得するための育成に向けた仕組みづくりに期待します。</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
<p>(コメント) 各委員会が次年度研修予定を企画し、事業計画書に年間研修計画を作成しています。また、研修担当職員は、前年度の実施内容を振り返るとともに見直しを行い次年度に反映しています。予定外の外部研修等がある場合は、専門性向上のために必要と思われる職員に声をかけ、研修に参加できるようにシフトを組んでいます。参加しただけの研修に終わらないように、研修後は報告書を提出し、内容によっては内部研修を実施し広く職員に周知しています。しかしながら、この項目でいう計画は、一人ひとりに対応した人材育成における計画性を問うています。</p> <p>「一人ひとりが輝けるように」するためにもより具体的な計画づくりを期待します。</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) 各委員会が次年度研修予定を企画し、事業計画書に年間研修計画を作成しています。また、研修担当職員は、前年度の実施内容を振り返るとともに見直しを行い次年度に反映しています。予定外の外部研修等がある場合は、専門性向上のために必要と思われる職員に声をかけ、研修に参加できるようにシフトを組んでいます。参加しただけの研修に終わらないように、研修後は報告書を提出し、内容によっては内部研修を実施し広く職員に周知しています。しかしながら、この項目でいう計画は、一人ひとりに対応した人材育成における計画性を問うています。「一人ひとりが輝けるように」するためにもより具体的な計画づくりを期待します。	
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。	c
(コメント) デイサービスでは、以前実習生を受け入れたこともありますが現在はコロナ禍でもあり受け入れていません。今後は、専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化し、実習生の受け入れマニュアル等を整備し、いつでも受け入れることができる体制づくりに期待します。	

		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。	b	
(コメント) 法人HPで、理念や施設理念、年度ごとの事業活動計算書や資金収支計算書等は公開されていますが、事業報告がアップされていない年もあります。また、苦情・相談体制は第三者委員も選定され施設の1階EVホールに掲示されていますが、HPでは、苦情体制等の公表はなされていません。「スマイルレター」「かがやき通信」を毎月作成し、季節に合ったレシピ情報や施設での利用者の様子を紹介し、家族や地域の居宅介護支援事業所等の関係機関に配布しています。オリジナルの事業所案内用パンフレットも作成して、見学希望者等の説明の時に活用しています。地域で一番の施設となるためにも、法人の存在意義や役割を明確にし、苦情や相談内容に関する改善・対応状況等を公表するしくみづくりに期待します。福祉サービス第三者評価は初受審です。		
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。	b	
(コメント) 運営規定において事務職員の職務について規定しています。事務、経理、取引等に関するルールは明確にされていますが、職員への周知は不十分です。毎年実施している自主点検表の取組みや2年ごとに常任理事の会社により自主点検表に基づいた法人内監査の実施、顧問会計事務所や社労士事務所から高齢福祉に関する制度改正の情報や事業経営のアドバイスを受けています。指摘内容に基づき各部門ごとに改善方法について話し合い改善報告書を作成し、積極的に業務の改善を行っています。今後も公正かつ透明性の高い取り組みが求められることから、法人経営組織の更なるガバナンスの強化及び事業運営の透明性を図る取り組みに期待します。		

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。

c

(コメント)

R4年度事業計画の事業運営方針(3)では、「地域福祉の拠点となり、地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献できるよう開放的で透明性の高い経営を目指します」としています。また、施設長からは、「地域の福祉を盛り上げ、持続可能な施設づくりを目指します」とお聞きしました。しかしながら、文書化されていても職員へ届いていないようです。今後は、具体的な内容へ落とし込み職員への周知に期待します。コロナ禍により地域との積極的な交流は滞っている状況です。今後は、地域とのかかわり方について基本的な考え方を文書化し、コロナ前に行っていた内容をウイズコロナの体制に見直し、地域の関係機関とも連携して、利用者の活動範囲を広げるための取組みに期待します。

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。

c

(コメント)

ボランティアの活動は、利用者が地域コミュニティとつながる手段の一つと考えられます。また、職員の負担を減らしたり、利用者の満足度を高めたり、QOLの向上につながることも期待できます。効果的なボランティア活動を促進していくうえにも具体的な受入れ体制を確立し、ボランティア受入に関する基本姿勢や学校教育等への協力姿勢等を明文化し、ボランティア受け入れマニュアル等の整備を期待します。さらに、児童生徒が交流活動を通して高齢社会がどのような社会であるかを学び、実際に地域社会や高齢者のために主体的に行動する意欲を高くしていくことにつながると考えられることから、お互いにとって良い取り組みとなるようにな地域の学校への働きかけに期待します。コロナ以前は、介護予防ポイント事業(大阪市内在住の65歳以上高齢者の外出を促し、事業所等でボランティアとして活動してもらう事業)の活用や地域ボランティアを受け入れていました。再開に期待します。

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)

利用者に必要な社会資源について、口頭での共有にとどまっています。地域の社会資源をリスト化・見える化し、職員で共有する取組みに期待します。デイサービス連絡協議会に参加し施設の現況などの情報交換や地域のニーズ把握、病院等の関係機関との連携に努めています。

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 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)

施設長は施設長研修会等に参加したり、関係機関と協議し、地域の福祉ニーズや地域の生活課題等について把握し、運営会議等で地域の福祉ニーズ等について話す機会を設けています。区社協の実施する「ふれあい喫茶」に参加して地域の方たちや関係機関と交流しニーズ等の情報収集を行っています。事業運営方針(3)では、「地域福祉の拠点となり、地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献できるよう開放的で透明性の高い経営を目指します」としています。地域包括支援センターや各種地域団体、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(以下、「CMJ」と連携し、より具体的な取組みに期待します。

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。	c
(コメント)	事業運営方針において「地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献する」と掲げている施設として、24時間365日介護を提供する施設の強みを生かした取組みが求められています。施設長は、他の同業事業所の取組事例を参照して、当地に適した地域防災の取組みを行いたい考えがあります。R4年に作成した「自然災害発生時における事業継続計画」において、南海トラフ地震の震度や河川氾濫区域、高潮浸水区域等を調査しており、その結果、自然災害に強い立地環境であることを把握しています。今後はそれを活かした災害時避難所として「避難者用の災害時支援継続・備蓄整備マニュアル」等を整え、公的な事業活動が行えるようなくみづくりに期待します。	

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。	b
(コメント)	法人理念「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる法人運営」に基づき、倫理規程、法令遵守マニュアルには、利用者を尊重した福祉サービスの提供について記載されています。例えば、利用期間が長い利用者に対して親しみを込めたつもりの声掛けが利用者の尊重を損ねていないか等、職員同士の日々のコミュニケーションの中で確認しています。福祉サービスは、人が人に行うサービスであり、経験値の高い職員が施設のマニュアルとは異なる支援を行っていないかについて、経験値の高い職員に対して新人研修で行う介護動作確認を実施する等で確認するしくみも整えています。 年2回、身体拘束廃止委員会が中心となり、身体拘束廃止研修を行い、その際には利用者の尊重や基本的人権、権利擁護など、その都度、職員等が欲している内容について研修を実施しています。	
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。	b
(コメント)	重要事項説明書にプライバシー保護についての施設の取組を明記し、契約時に説明し利用者や家族等に周知を図っています。倫理規程や法令遵守マニュアルには、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を明記してありますが、職員の認識は低いようです。本人の身体状況により声掛けがスムーズにいかない利用者もおられるとは思いますが、「言葉を手渡す」ような気持ちを持ち適切な声かけ等の日々の支援について、改めて確認するための勉強会や研修等を実施されることに期待します。浴室内や静養室におけるトイレ介助等では、パーテーション等を活用しプライバシー保護につとめています。	

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)	<p>法人の概要や施設理念を記載したパンフレットやHPは整備されていて、施設の様子など写真などにより分かり易いように紹介しています。毎月発行しています広報誌「すまいるレター」では施設の行事や食事内容、利用者の活動などを発信しています。施設のパンフレットは居宅介護支援事業所や薬局、介護老人保健施設、クリニックなどに設置しています。利用希望者には一日体験など、利用前までに施設を知ってもらう取組みを行っています。</p> <p>利用希望者への情報提供について、配布・活用状況、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、より良い内容へのさらなる工夫を期待します。</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。	b
(コメント)	<p>サービス開始前には生活相談員が利用者のご家族へ重要事項説明書や福祉サービス内容をパンフレットなどを使用して説明をしています。CMとサービス担当者会議を開催し暫定ケアプランを作成して、家族へ説明をして、同意とサインを得るようにしています。</p> <p>特養部門と同様に、利用者や家族等にわかりやすい説明資料作成の工夫を期待します。</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>CMを通して引継ぎを行っていて、利用者への問い合わせ内容などは記録はしています。福祉サービスが終了した際には、口頭での説明はしていますが、今後は、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないように、引継ぎ文書のフォーマットを定めることと、サービス終了後の対応方法を文書化して家族等に手渡すなどの取組を期待します。</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>利用者の満足度については、主に口頭にての確認による把握に努めています。食事の満足度調査は定期的に行っていますが、食事以外の満足度調査は定期的には行っていません。また家族会はなく、家族の満足度を把握する取組は十分ではありません。今後は利用者満足度を図るアンケートを定期的の実施して、その結果を分析することにより、利用者や家族の満足の上昇を図る取組に反映することを期待します。</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。	c
(コメント)	<p>重要事項説明書に、サービス提供に関する相談・苦情の記載があり、手順、責任者、窓口などが記載されています。また苦情解決に関するマニュアルや相談苦情対応シートは整備しています。入口に意見箱はありますが、意見箱の内容は掲示や公表はなされていないようです。小さな苦情も記録に残して、苦情を申し出た利用者や家族に配慮したうえで、苦情内容やその解決結果等を公表することが求められます。</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。	c
(コメント)	利用者が相談したい時や意見を述べたい時の方法や相手を選択できる環境のわかりやすくする工夫が不十分です。相談方法等を説明した文書を施設玄関などわかりやすい場所に掲示するなど利用者や家族等に十分に周知される取り組みを期待します。	
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)	日々の介護支援で利用者の要望に対してスピード感をもって対応していて、終礼時に職員で共有するようにしていますが、アンケート調査の取組やマニュアルなどではなく、都度の判断となっています。今後は、組織として、マニュアル等の策定とその定期的な見直しを期待します。	

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)	事故発生防止に関する指針を定め、事故・苦情防止対策委員会を設置しています。委員会は3か月に1回開催し、施設全体としての事故を振り返り傾向分析をおこなっています。 事故報告書は、当日担当者が作成し、管理者、施設長への報告と手順が決められています。事故やヒヤリハットの報告が少なく、どの時点でリスクと捉えるか等が終礼で話あわれています。デイサービス独自の事故防止対応マニュアルの作成が進められていますので、安全確保の実効性を絶えず評価・見直しをする仕組みの構築を期待します。	
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。	b
(コメント)	感染予防委員会を月1回開催し、感染症予防及び衛生管理・消毒マニュアルを整備しています。年に2回感染予防の内部研修を実施し、職員間で共有を図っています。新型コロナウイルス感染予防対策として、職員は2週間に1回、利用者は37.5°以上で抗原検査を実施しています。うがい、手洗いの方法はもとより、空気清浄機の設置をはじめとする利用者の安全確保のための環境整備が行われています。常に新しい知見に基づいた対応を図るために、マニュアル等の定期的な見直しを期待します。	
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)	天候不良時運営マニュアル、防災管理体制・防災マニュアルは整備され、緊急時連絡メーリングリストが整備されています。災害時に備えて各フロアに3日分の食料品は備蓄されリスト化されています。 年2回、施設内で地震を想定した避難訓練を実施しています。BCPは作成されていますが、職員への周知徹底と組織的・日常的な取組が求められます。	

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)	運営規程、職業倫理規定等に利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が明記されています。各種マニュアルが整備され施設が提供するサービス内容の質の標準化が図れるように取り組んでいます。しかしながら、作成された日付のないマニュアルもあり、また、今回に第三者評価に伴って評価機関が実施した職員の意識調査では、標準的な実施方法については「わからない」も一定数います。職員への周知徹底が求められます。	
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。	c
(コメント)	組織として標準的な実施方法の検証・見直し等について、時期やその方法は明確に定められていません。各マニュアルの検証・見直しの仕組みや手順等の整備が求められます。	

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)	利用者の施設利用開始時及び6か月ごとのケアプランの見直しに合わせてアセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めています。また、サービス担当者会議で把握した課題やニーズを踏まえ、個別の通所介護計画書を策定し、職員は計画に基づき支援を実施し、ケア記録を作成しています。通所計画書の策定にあたり関係職種との連携等は実施されていますが、その手順等は文書化には至っておりません。	
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
(コメント)	ケアプランの見直しに伴い、通所介護計画も見直しをおこなっています。利用者や家族の意向を確認し、日報や連絡帳、ケース記録、日常生活の観察を踏まえ、朝礼・終礼の申し送り時に職員で共有しています。また、ケア会議に参加できない時は書面をもってCMに報告しています。通所介護計画の評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項、福祉サービスを十分に提供できていない内容（ニーズ）等、福祉サービスの質の向上に関わる課題等を明確にすることを期待します。	

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
(コメント)	介護サービスは「計画」によって実施され、「記録」によってサービス提供の事実を確認・報告するシステムとされています。法人の「法令遵守マニュアル」にも記録の大切さが記載されています。現在、デイでは、手書きにより記録しています。その内容は、必要な内容が記録され、いつでも確認でき情報の共有化は図られています。施設長は、業務の効率化や情報のリアルタイムの共有化のためにITC化は欠かせないと考え、現在のソフト更新時に新たなソフトの導入も検討しています。期限を決めてITC化のための準備を整え、職員に対して使い方等の勉強会等を開催することに期待します。	

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

(コメント)

個人情報保護管理の最終責任者は施設長ですが、記録管理の責任責任者を特定していません。施設では「個人情報保護規程」を定め、「運営規定」にも個人情報の保護を規定しています。法人HPでプライバシーポリシーについて掲載しています。個人記録等は、鍵付きの書棚で保管されています。入所契約時の重要事項説明書で個人情報保護について規定し、利用者や家族等に説明しています。また、職員も入職時に秘密情報保持の誓約書を提出しています。運営規定や就業規則に掲載され、「個人情報保護規程」はありますが、勉強会等の研修が出来ていないようです。基本的なことから学ぶ機会を設け、職員間で意識の差異がでないような取組みに期待します。

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)	職員は基本的には利用者の其々が思い思いに過ごせることを大切にしています。利用者全員に個別のプログラムを提供することは難しい状況ですが、利用者一人ひとりが生活の中で役割をもち、居場所を実感できるようにレクレーションやプログラムには配慮しています。個々のた生活スタイルやリズムになっているかを把握する仕組みを整備して、ひとつのプログラムであっても、一人ひとりに配慮した参加の仕方を工夫する等、よりきめ細かな対応を期待します。	
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)	本評価項目はデイサービスには適用しません。	
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)	本評価項目はデイサービスには適用しません。	
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。	b
(コメント)	「接遇マニュアル」や「ケアマニュアル」を使って、利用者への接し方や言葉使い、相手の思いを汲み取る技術を学んでいます。レクレーション、食事、入浴等の様々な場面に個別に利用者とのコミュニケーションをとるように心がけています。耳が遠い方などは筆談でコミュニケーションをとっています。しかしながら、忙しくなると言葉づかいも荒くなったり、スピーチロック等の場面も見受けられます。利用者への接遇や言葉づかいに関する検討・見直し等は令和4年9月から開催されています。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いの周知徹底を図り、支援状況を検討・見直し等について定期的な取組を期待します。	
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。	c
(コメント)	「重要事項説明書」に虐待防止、身体拘束廃止、秘密保持、個人情報保護等を説明し、利用者や家族等から同意を得ています。「職員倫理規程」に基づく行動指針に「人権の尊重と対等な立場での支援、介護、援助」に関する規定を定め、「身体拘束適正化のための指針」に基づき身体拘束廃止委員会を設置し、やむを得ない場合の方針として「身体拘束発生時の対応に関する基本方針」等をまとめ、「高齢者虐待防止・身体拘束マニュアル」を整えています。年2回以上身体拘束に関する研修に取り組んでいます。また、各部署からの報告に基づき、研修の内容を精査し次年度の研修計画に反映しています。今後は、定期的に関催している委員会において、権利侵害が発生した場合の再発防止策等を検討する仕組みや運営規定における「人権の擁護及び虐待の防止のための措置」として講ずべき項目に関する規定やマニュアルを整え、職員に周知徹底する取組を期待します。	

		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。	b
(コメント)	施設内は清潔で、自然光があり、落ち着いた色調でまとめられています。利用者の要望に応じて、室温などの調整をしていたり、利用者の体調や要望に応じて、座席やテーブルの配置を工夫しています。静養室を備えていて、利用者の状態に応じて休息できる環境づくりの工夫をしています。今後は体操やレクレーションを終えて、一人ひとりに応じた休息スペースのさらなる確保を期待します。	

		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)	入浴介護マニュアルは整備されています。浴室には暖房設備があり、寒い季節には入浴30分前に脱衣室を含めて暖かくするようにしています。脱衣室や浴室にそれぞれの職員が居て、利用者一人に一人の職員が対応する体制となっています。またカーテンやパーテーション、のれん、2箇所の脱衣室など、利用者の羞恥心への配慮に対応しています。	
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。	b
(コメント)	排泄介助マニュアルは整備されています。トイレ誘導ができる利用者には扉まで付き添い、時には介助して排泄や手洗いまでお手伝いをしています。今後は利用者の生活リズムと心身の状況に応じた自然な排泄の促しへの取組みを期待します。	
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。	b
(コメント)	移乗・移動・外出・通院介助マニュアルが整備されています。体操や能トしなどレクリエーションを工夫して、知力や筋力が衰えにくいように対応したり、自立して歩行できるように支援しています。ただ、デイルームには十分な余裕がなく、移動や介助する際には、他の利用者との安全な距離が保ちにくい状態もあり、家具等の配置にいっそうの工夫を期待します。	
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)	利用者に対して、毎月「栄養だより」を作成して、掲示するようにしています。毎週掲示する献立表にイラストやお勧め献立をピックアップして目がひくようにしていたり、イベント食や行事食には季節感が感じられる食事や盛り付けをおいしそうに見えるようにも工夫しています。利用者の好みに合わせて味付けや食事の大きさの提供をしたり、食事前には体操や口腔体操など食事をおいしく食べられるような工夫をしています。	

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。	a
(コメント)	食事介助マニュアルは整備されていて、管理栄養士は3か月毎に利用者の栄養や身体状況に合わせた栄養ケア計画を作成しています。また生活相談員などと会議を行い、利用者のケアプランを作成して、家族へ同意を得るようにしています。職員が利用者寄り添って、食事介助を行っています。また事故等に対応できるように看護師が常駐しています。	
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)	口腔ケアマニュアルは整備され、高齢者の様々状態（寝たきりの人・認知症状のある人・入歯を装着する人等）の口腔ケアの留意点や実施方法等が記載されていますが、利用者個別の口腔ケア計画の作成には取り組まれていません。歯ブラシ等口腔衛生に必要な道具を利用者は持参し、食後のブラッシングを行っています。また、義歯の着脱、洗浄も援助しています。現在、口腔ケアは希望される利用者へのみの対応となっていますが、口腔ケアは歯科疾患の予防にとどまらず、肺炎など種々の疾病や認知機能の低下を予防することにも繋がります。利用者一人ひとりに口腔ケア計画を作成し口腔状態や咀嚼・嚥下機能の定期的なチェックを実施するなど、口腔清掃の自立状況を評価・見直しする取組を期待します。	
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)	褥瘡を発見した場合は処置をすると共にCM及び家族等に報告しています。褥瘡の箇所によっては、悪化しないようクッションにての除圧や静養室にて臥床しています。また、除圧のポジショニング等は写真を撮って家族等に伝えています。介護者の関りが褥瘡ケアの経過に大きく影響します。褥瘡の予防について標準的な実施方法を確立し、看護師を中心に関係職員が連携したアセスメントの取組等を期待します。	
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)	介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施しておりませんので非該当とします。	
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。	b
(コメント)	専門職の助言・指導を受けての機能訓練や介護予防活動は実施されていませんが、介護職員を中心に生活リハビリを提供しています。集団で日常の基本動作能力の維持・向上のための全身運動や身体を動かすゲームや、認知機能の低下を予防するプリント等、利用者が楽しみながら参加できるメニューを用意し取組んでいます。家族とは連絡帳等を通じて助言し、必要に応じてCMに報告、連絡をしています。要介護度の改善や機能の向上をはかるため、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた取組を期待します。	
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)	「認知症ケアの心得」に基づき、認知症の高齢者に対しては、常に支持的・受容的な関りと個人に合わせた対応を心がけています。認知症が原因で利用者同士の関係性に支障が生じないように、座席の位置を変えるなどの場面設定をおこなっています。家族の負担軽減や理解を深めるため、困窮されている家族へ他の介護サービスの提案や認知症キャラバンメイト等の受講を提案しています。職員が認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報が得られるような研修や個々の利用者の行動・心理症状（BPSD）についての勉強会等の取組を期待します。	

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)	緊急時対応マニュアルを作成し対応手順が確立しています。服薬管理や医療面でのサポートは看護師が担っています。 日々の利用者の健康確認は来所時にバイタルチェックを実施しています。迎えの際、家族から得た体調等についての情報は送迎担当職員からフロアー職員が引継いで記録しています。看護師不在の時、どの職員でも入所者の体調急変に対し慌てず落ち着いて行動ができるように、高齢者の医療（健康管理・病気・薬等）に関する研修を期待します。	
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)	本評価項目はデイサービス事業所には適用しません。	

		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)	毎月「すまいるレター」を発行し、施設内のイベント報告やご家族への連絡事項など施設の日常を伝えていきます。家族とは送迎時などに利用者の様子などを伝えていきます。現在、家族との相談を定期的実施する取組としては不十分ですが、家族・ケアマネ等向けに見学会や食事試食会等を検討しています。家族との関係は利用者を共に支えるパートナーとして、日頃から連携・協力して利用者を支えることが大切です。家族の心身の状況にも気を配り、家族の介護負担が過重にならないように、家族等との連携と支援の取組を期待します。	

		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)	本評価項目はデイサービス事業所には適用しません。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	デイサービスかがやき
調査対象者数	80人（有効回答数41）
調査方法	自記式質問紙留置法

利用者への聞き取り等の結果（概要）

結果の要約

- ・利用者の91%が事業所でのサービスに満足と答えており、明確に不満とする人は一人もいません。
- ・事業所内は清潔で気持ち良く、職員の見守りや声かけ、ていねいな接し方などが評価されており、自由意見では楽しいという声も多く挙がっています。
- ・否定評価はいずれも10%未満で問題ありませんが、家族との連絡で8%、身の回りの介護で6%、行事や活動に6%出ています。