

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

### 1 評価機関

名 称	株式会社 福祉規格総合研究所
所在地	東京都千代田区神田須田町1-18-6 第一谷ビル2階
評価実施期間	平成20年12月20日～平成21年3月31日

### 2 評価対象事業者

名 称	大洲デイサービスセンター	種別： 通所介護
代表者氏名	桑原 経子	定員（利用者人数）： 27名
所在地	千葉県市川市大洲1丁目18番地1号 TEL 047-300-8115	

### 3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

#### ◆ 特に評価の高い点

法人の基本理念および実行方法（行動指針）については、施設内の掲示、毎朝の朝礼での唱和などにより職員への周知に努めている。業務の都合上、朝礼に出られない職員もいることから、基本理念などもっと身近にしていくため、基本理念および実行方法のシールを作成し、職員に数枚ずつ配布を行った。シールは職員各人が普段目に付きやすい場所や使用しているファイルなどに貼っておくことができるものとなっている。様々な工夫により理念の周知徹底を図り、法人職員が一丸となって理念の達成に向け取り組んでいる。

#### ◆ 特に改善を求められる点

・法人内デイサービスが集まる部門別会議を行っている。部門別会議では、それぞれの運営状況など報告し、業務の効率化に向けた検討や改善事項へのアドバイスなどが行われている。現状の利用者に対するサービスの向上には積極的に取り組んだことにより、開設当初より確実に利用実績を向上させている。制度上の問題点・設備・職員配置など様々な課題はあるが、指定管理制度で期待されている役割を踏まえ、今後さらなる取り組みが期待される。

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント（受審事業者の意見）

法人の基本理念の徹底については常日頃から具体的に取り組んでおり評価いただきました。これからも新しく採用する職員への周知徹底を図りチームとして基本理念に基づいた通所介護ができるよう取り組んでいきたいと思っております。利用実績は確実に増加しているものの、今後も職員の介護知識や介護技術を更に向上させ、認知症のご利用者や介護の多いご利用者への介護対応力を強化し、指定管理制度で期待される地域からの要望にこたえていく所存です。さいわい法人内に6つある他の通所介護事業所と協力し一緒に運営ノウハウの交換、あるいは通所介護に携わる人材の法人内研修による育成ができるメリットもありますので積極的に活用していく予定です。

### 5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

当デイサービスセンターは市川市・大洲防災公園内の建物内で運営していますが、1Fは救急診療、2Fは地域交流スペースになっており多くの市民の交流のある場所に位置しています。天気の良い日には公園内の散歩にも出掛けやすく恵まれた立地にあるといえます。こうした立地を活かし今年度は地域の方々を対象とした介護教室の開催などを計画しており高齢者福祉に関する情報を地域に発信していく予定です。また、5ヶ所の特別養護老人ホーム、7ヶ所のデイサービスセンター他ほとんどの高齢者福祉サービスを展開する社会福祉法人の運営ということもあり、介護ノウハウや経験が豊かで同じ市内にある法人本部からのバックアップも期待できることも大きな特徴の一つです。

## 千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果

### 6 分野別特記事項

#### 【施設共通項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
I	理念・方針の周知徹底に向けた工夫
福祉サービスの基本方針と組織	<p>・法人の基本理念および実行方法（行動指針）については、施設内の掲示、毎朝の朝礼での唱和などにより職員への周知に努めている。業務の都合上、朝礼に出られない職員もいることから、基本理念などもっと身近にしておくため、基本理念および実行方法のシールを作成し、職員に数枚ずつ配布を行った。シールは職員各人が普段目に付きやすい場所や使用しているファイルなどに貼っておくことができるものとなっている。</p>
II	人事考課制度の導入で個人への事業所の期待水準を明示
組織の運営管理	<p>・事業所の人事制度に関する方針は、人事考課制度の導入で個人面談などを通じて、事業所の期待水準とともに明示している。独自での新規採用は実施せず、法人全体で経営理念にかなう人材の確保・育成に努めている。定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力している一方、看護職員については経験者を配置するなど適材適所の配置を心がけている。また、個々の業務目標の設定とその達成に向けて、上司による助言や指示がなされている。さらにDO-CAPシートを導入し、日頃から職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。</p> <p>指定管理制度で期待されている役割を踏まえた取り組み</p> <p>・法人内デイサービスが集まる部門別会議を行っている。部門別会議では、それぞれの運営状況など報告し、業務の効率化に向けた検討や改善事項へのアドバイスなどが行われている。現状の利用者に対するサービスの向上には積極的に取り組んだことにより、開設当初より確実に利用実績を向上させている。制度上の問題点・設備・職員配置など様々な課題はあるが、指定管理制度で期待されている役割を踏まえた利用者の受け入れなど今後さらなる取り組みが期待される。</p>

#### 【介護サービス項目】

大項目	分野別特記事項（特に優れている点・特に改善を求められる点）
I	利用者の心身状況を家族に伝えるための取り組み
介護サービスの内容に関する事項	<p>・利用者の心身状況を家族に伝えるために連絡帳を活用しており、看護師及び介護職員が毎回実施する血圧・体温・脈拍などの記録や特変事項、伝達すべき情報等についての確に伝えている。また、月に1回看護師の指導の下に救急法の研修を実施し、利用者の緊急事態に備えている。</p> <p>サービス開始時の家族の不安解消に主眼を置いた取り組み</p> <p>居宅を訪問して聞き取った事項をケアマネジャーからのケアプランの課題をもとに、職員が共同して利用者へのサービス提供内容を検討し、通所介護計画を作成して利用者・家族に説明をし、同意を得てサービスの提供にあたっている。サービス開始直後は、利用者に慣れていただくこと、家族の不安解消に主眼を置くなどきめ細かい対応がなされている。</p> <p>利用者の個別状況に見合った過ごし方が提供できるような活動</p> <p>・フロアーの同じ空間で一般・認知症対応各々の利用者が合同で活動を行っている。今後、フロアのさらなる有効活用や利用者の身体状況などに見合った活動および過ごし方が提供できるような体制作りが課題となっている。</p>

<p style="text-align: center;">Ⅱ</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項</p>	<p><b>新人研修および現任研修を実施して、計画的な職員教育の促進</b></p> <p>・新人研修および現任研修を実施して、計画的な職員教育を進めている。新人研修は独自に作成している「ケア基準書」を基に概ね二ヶ月間の期間を持って、実施している。その後、入職後、三ヶ月・六ヶ月・一年・一年半の段階で「サービス内容個別確認表」を活用して、それぞれの職員の達成度合いをチェックしている。現任研修については、年度ごとに研修計画を策定して実施している。今年度の内部研修は、事業所内では緊急時対応や介護技術をテーマに常勤職員と非常勤職員を対象にして取り組んでいる。法人全体では「法人の今後の方向性に関する説明会」や救急法、新人職員のフォローアップ研修等が実施されている。外部研修にも随時参加することができ、参加した職員はその内容を共有するために事業所内で報告をすることにより研修成果の共有を図っている。</p>
	<p><b>職員間のリスクマネジメントに対する統一性に向けた取り組み</b></p> <p>・事故や事故に至りそうな事例が発生した場合には、「ヒヤリハット報告書」および「事故報告書」で状況や原因などを報告し、改善策等を検討することとしている。「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」双方で同様な事例報告が処理されているなど、一部で職員の個々の判断基準が統一化されていないものがあるため、今後さらに報告書の活用を進めていくためにも、職員間での報告書記載に関する判断基準などの確認を行っていくことが望まれる。</p>

福祉サービス第三者評価共通項目（居宅系・介護サービス）の評価結果					評価結果
大項目	中項目	小項目	項目		
福祉サービスの基本方針と組織	1 理念・基本方針	(1) 理念・基本方針の確立	1	①理念が明文化されている。	a
			2	②理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
		(2) 理念・基本方針の周知	3	①理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a
			4	②理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
	2 計画の策定	(1) 中・長期的なビジョンの明確化	5	①中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	a
			6	①事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	a
		(3) 計画の適正な策定	7	①施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが合議する仕組みがある。	a
	3 管理者の責任とリーダーシップ	(1) 管理者のリーダーシップ	8	①質の向上に意欲を持ち、その取り組みに指導力を発揮している。	a
			9	②経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a
	Ⅱ 組織の運営管理	1 経営状況の把握	(1) 経営環境の変化等への対応	10	①事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。
11				②経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	b
2 人材の確保・養成		(1) 人事管理体制の整備	12	①人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行っている。	a
			13	②職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	a
		(2) 職員の就業への配慮	14	①事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	a
15			②福利厚生に積極的に取り組んでいる。	a	

## 項目別評価結果・評価コメント

事業者名 大洲デイサービスセンター

評価基準	項目番号	評点	コメント
Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織			
Ⅰ-1 理念・基本方針			
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	1	a	法人の基本理念である「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」は、事業計画書に明示されている。また、法人ホームページのトップページに掲載されており、広く公約として掲げている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2	a	法人の基本理念と同様に、事業計画書に明示されている。事業計画書では、前年度の計画および評価を行い法人での目標・方向性を考慮に入れて次年度事業計画における重点目標・サービス方針・課題・法人などに対する要望を策定している。
Ⅰ-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。			
Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	3	a	法人の基本理念および実行方法(行動指針)については、施設内の掲示、毎朝の朝礼での唱和などにより職員への周知に努めている。業務の都合上、朝礼に出られない職員もいることから、基本理念などもっと身近にしていけるため、基本理念および実行方法のシールを作成し、職員に数枚ずつ配布を行った。シールは職員各人が普段目に付きやすい場所や使用しているファイルなどに貼っておくことができるものとなっている。
Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4	a	利用者への理念・方針については、利用開始時に契約書・重要事項およびパンフレットなどを利用して説明を行っている。また、ホームページというツールを有効に利用し、利用促進や事業所の案内などとともに、理念方針を明確に掲示して理解浸透を図っている。
Ⅰ-2 計画の策定			
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	5	a	理念やビジョンの実現に向けた中長期計画は、各年度で作成されている事業計画書に盛り込み全職員に配布を行うことにより周知している。また、短期の活動についてもスタッフ会議の定例開催でPDCAを回している。さらにスタッフ会議などで事例を交えながら説明することで、各業務の進め方などが理解しやすいものとしている。
Ⅰ-2-(2) 重要課題の明確化			
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。	6	a	課題の明確化、計画の策定期間や手順については、平成20年度より新たな事業計画書作成手順を策定している。その新計画書策定手順で作成された計画書は、現場からの意見と経営上の課題および事業環境などを踏まえて作成するフォーマットとなっており、利用者への影響、職員への業務負担、必要経費などが検討される。また、PDCAサイクルを汎用化させ、綿密に計画を立て、軌道修正を必要に応じて行い実践し、結果を評価し、改善し、次につなげるというサイクルとなるよう工夫された形式となっている。
Ⅰ-2-(3) 計画が適切に策定されている。			
Ⅰ-2-(3)-① 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが協議する仕組みがある。	7	a	経営層の役割は、組織図などで明示し、月1回定例開催されるスタッフ会議で役割と責任について伝えるとともに率先して会議を進行していることがスタッフ会議録より確認できる。スタッフ会議において運営状況を確認のうえ、改善点の見直しや良い点のさらなる向上を目標に「するべきこと」を示している。

評価基準	評点	コメント
Ⅰ-3 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅰ-3-(1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅰ-3-(1)-① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	8	a 運営に関する、利用者および家族の意見を連絡帳などにより積極的に聴取しているほか、年1回アンケート調査を実施している。集められた意見要望について担当者会議・朝夕のミーティング・生活向上委員会などに管理者より評価・分析を行った結果を報告して、意見要望などをサービスの向上への活用につなげるなど指導力を発揮している。
Ⅰ-3-(1)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	9	a 人事・労務などについては、法人が主体となり経営理念にかなう人材の確保・育成に努めている。また、定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力している。さらに通所介護事業における経営や業務効率化について、組織内で同様の意識を持って取り組めるよう法人内通所介護事業所7箇所による部門別会議を開催している。
Ⅱ 組織の運営管理		
Ⅱ-1 経営状況の把握		
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等への対応		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	10	a 社会福祉事業全体の動向について、法人主体となり主任以上が集まり、研修を実施するなどして状況把握を行える機会を設けている。また、地域の福祉ニーズなどについては、職員全員が同様の意識を持って取り組めるよう、事業計画書に示し情報の共有化を図っている。現在積極的に在宅介護支援センターとの連携の強化を図っている。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	11	b ・法人内デイサービスが集まる部門別会議を行っている。部門別会議では、それぞれの運営状況など報告し、業務の効率化に向けた検討や改善事項へのアドバイスなどが行われている。現状の利用者に対するサービスの向上には積極的に取り組んだことにより、開設当初より確実に利用実績を向上させている。
Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①人事方針を策定し、これに基づく職員採用、人材育成を計画的・組織的に行っている。	12	a 事業所の人事制度に関する方針は、人事考課制度の導入で個人面談などを通じて、事業所の期待水準とともに明示している。独自での新規採用は実施せず、法人全体で経営理念にかなう人材の確保・育成に努めている。定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力している一方、看護職員については経験者を配置するなど適材適所の配置を心がけている。施設内外の研修は、年間計画表にまとめられ計画的に実施されている。研修内容は回覧等により職員間に周知される。法人内で行われる研修は、初任者・現任・管理者・受験対策など対象者が明確となっている。
Ⅱ-2-(1)-②職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	13	a 人事考課制度を導入し、個々の業務目標の設定とその達成に向けて、上司による助言や指示がなされている。さらにDO-CAPシートの導入し、日頃から職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(2)-①事業所の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。	14	a 経営層は毎月の服務状況を服務届出書や月ごとに管理できる様式となっている。有給休暇管理表で確認し、個人別の状況を把握するとともに状況によっては、個人別に声かけを行って把握し、必要に応じて改善に取り組んでいる。また、DO-CAPシートを導入し、日頃から非常勤を含む全職員との接点を増やし、ねぎらいや感謝を表すとともに期待していることを示して職員のやる気向上を図っている。
Ⅱ-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	a DO-CAPシートを導入し、非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取している。また、職員の業務について介護保険導入時の変化によって身体的・精神的な負担が増加している状況を考慮して、職員の希望により理事・事務長などの相談・面談が行える体制を整え、職員の身体的・精神的な負担による不安などの解消に努めている。育児休暇、介護休暇を取得できるよう規程を整えている。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果					評価結果
大項目	中項目	小項目（評価項目）			
Ⅰ. 介護サービスの内容に関する事項	1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置	1	(1)	介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び利用者等の同意の取得の状況	a
		2	(2)	利用者等に関する情報の把握及び課題の分析の実施の状況	a
		3	(3)	利用者等の状態に応じた通所介護計画の作成及び利用者等の同意の取得の状況	a
		4	(4)	利用者等に対する利用者が負担する利用料に関する説明の状況	a
	2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置	5	(1)	認知症の利用者に対する介護サービスの質の確保のための取組の状況	a
		6	(2)	利用者のプライバシーの保護のための取組の状況	a
		7	(3)	身体拘束等の廃止のための取組の状況	b
		8	(4)	利用者ごとの計画的な機能訓練の実施の状況	a
		9	(5)	利用者の家族等との連携、交流等のための取組の状況	a
		10	(6)	入浴、排せつ、食事等の介助の質の確保のための取組の状況	a
		11	(7)	健康管理のための取組の状況	a
		12	(8)	安全な送迎のための取組の状況	a
		13	(9)	レクリエーションの実施に関する取組の状況	a
		14	(10)	施設、設備等の安全性等への配慮の状況	a
	3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置	15	(1)	相談、苦情等の対応のための取組の状況	a
	4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置	16	(1)	介護サービスの提供状況の把握のための取組の状況	a
		17	(2)	介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携	18	(1)	介護支援専門員等との連携の状況	a
		19	(2)	主治の医師等との連携の状況	a
		20	(3)	地域との連携、交流等の取組の状況	a
Ⅱ. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項	1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置	21	(1)	従業者等に対する従業者等が守るべき倫理、法令等の周知等の実施の状況	a
		22	(2)	計画的な事業運営のための取組の状況	a
		23	(3)	事業運営の透明性の確保のための取組の状況	a
		24	(4)	介護サービスの提供に当たって改善すべき課題に対する取組の状況	a
	2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置	25	(1)	事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況	a
		26	(2)	介護サービスの提供のために必要な情報について従業者間で共有するための取組の状況	a
	3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置	27	(1)	安全管理及び衛生管理のための取組の状況	a
	4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置	28	(1)	個人情報の保護の確保のための取組の状況	a
		29	(2)	介護サービスの提供記録の開示の実施の状況	a
	5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置	30	(1)	従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況	a
		31	(2)	利用者等の意向等を踏まえた介護サービスの提供内容の改善の実施の状況	a
		32	(3)	介護サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの実施の状況	a

項目別評価結果・評価コメント

事業者名 大洲デイサービスセンター

評価基準		項目番号	評点	コメント
I. 介護サービスの内容に関する事項				
1. 介護サービスの提供開始時における利用者等に対する説明及び契約等に当たり、利用者の権利擁護等のために講じている措置				
(1)	利用申込者等からのサービス提供契約前の問合せ及び見学に対応する仕組みがあり、利用申込者のサービスの選択に資する重要事項について説明し、同意を得ている。	1	a	見学や問い合わせ先はホームページやパンフレットに明記しており、生活相談員が窓口となり随時対応している。利用を決めるにあたって地域のケアマネジャーを通しての見学が多くなっている。サービス利用開始時には面接日時を連絡の上訪問し、重要事項等について詳しく説明し同意を得ている。
(2)	利用者及びその家族の希望を聴取するとともに、利用者の心身の状況を把握している。	2	a	ケアマネジャーから利用者の心身の状況だけでなく、サービス利用目的についても確認している。さらに、訪問して利用者・家族の希望や、心身の状況、生活リズム等を聞き取り、把握している。その内容は個人票に記録し、職員で共有している。
(3)	通所介護計画は、利用者及びその家族の希望を踏まえたうえ機能訓練等の目標を記載し、利用者又は家族に説明のうえ同意を得て作成している。	3	a	利用者・家族から聞き取った希望や、ケアマネジャーが作成したケアプランに基づいて通所介護計画書を作成している。通所介護計画書にはそれぞれ個別の目標を記載し、利用者・家族に説明を行って同意を得ている。
(4)	利用者又はその家族に対して、必要な利用料の計算方法について説明をし、同意を得ている。	4	a	契約書別紙、重要事項説明書により保険適用分と食費などの自己負担分の利用料の説明を行い、利用者・家族から同意の署名・捺印を得ている。一度に理解できないところは何度でも説明を行い、理解が得られるようにしている。
2. 利用者本位の介護サービスの質の確保のために講じている措置				
(1)	認知症ケアの質を確保するために、従業者に対する認知症に関する研修を行うなどの取り組みを行っている。	5	a	認知症ケアについてはマニュアルが整備されており、個人としての尊重、自尊心への配慮、行動障害の理解、生活の活性化、以上の4点にケアのポイントが置かれた内容となっている。また、随時ミーティングや研修等で利用者個別の認知症への理解を深められるよう話し合いが持たれている。
(2)	利用者のプライバシーの保護の取組みを図っている。	6	a	プライバシー保護への取組みについてはマニュアルに明記されている。入浴や排泄の介助の場においては特に羞恥心への配慮に努めており、個別対応を重視した支援を提供するようにしている。
(3)	身体拘束等の廃止のための取組みを行っており、機能している。	7	b	身体拘束等の廃止のための取組みについては、今までに該当例は出ておらず、身体拘束禁止の対象となる具体的な行為などの基礎知識については、ミーティングや実際に支援を行っていく中での確認や、情報伝達が中心となっている。
(4)	機能訓練の必要な利用者に対しては、計画的に機能訓練を行っている。	8	a	機能訓練が必要な利用者には、機能訓練計画を作成し、計画に基づき訓練を実施している。訓練の評価は3ヶ月ごとに評価を実施している。個別の機能訓練では、看護師を中心に、ADL（日常生活動作）維持・向上に役立つよう指導をしている。また、集団では、食前の嚥下体操や午後活動前の軽体操を毎回行い、生活機能の維持・向上に努めている。
(5)	利用者の家族との交流を行うなど、利用者及びその家族との意見交換等を行う機会を設けている。	9	a	利用者一人ひとりに連絡ノートがあり、毎回の利用者の体温・血圧・脈拍を記録や、利用者の状況や活動の様子を家族に伝えているほか、利用者や家族から状況の変化や希望等があった際には速やかに対応するようにしている。また敬老会などの大きな行事の際には、家族にもお知らせを配布して参加を募っている。
(6)	入浴介助、清拭及び整容、排せつ介助、食事介助等に関して、通所介護の質を確保するための取り組みがあり、利用者ごとに実施内容を記録している。	10	a	入浴・排泄・食事の各サービス提供についてはマニュアルが整備され職員全員に配布して周知を図っているほか、利用者のADLの状態やペースに合わせた対応方法や介助が定められており、「個別援助内容」や「通所介護計画書」に記載されている。利用者ごとの日々の対応や状況については「業務日誌」「看護日誌」「個別ケース記録」等に記録されている。
(7)	サービス提供開始時に、体温、血圧等利用者の健康状態を確認し、健康状態に問題があると判断した場合には、家族や主治医等との連絡を図り、サービス内容の変更を行うなど利用者の健康管理を行っている。	11	a	サービス利用開始前に、主治医・服薬状況・既往歴・ADLの状況等を確認して記録・管理している。また、毎回体温・血圧・脈拍の数値チェックや、利用時の心身の状況観察や必要に応じた処置を行って記録しており、必要に応じて家族への情報提供をしている。またマニュアルにより体調変化時及び緊急時の対応が定められており、看護師と介護職員が協働で対応にあっている。



評価基準		項	評点	コメント
(8)	利用者の状況を踏まえた送迎を行うため、利用者及びその家族との打合せを行い、送迎車両への乗降及び送迎車内での安全の確保のために、介助のための人員を配置している。	12	a	送迎車両4台で基本1人体制により送迎を行い、運転する職員の他に添乗職員が乗車して対応している。ドアツードア（必要に応じてベッドからの介助にも対応）による送迎の実施で、利用者の状況に応じた安全な送迎が行われるようにしている。また時間の短縮になるようコース設定をしたり、事前面接時に行き帰りの時間の希望を確認し、身体状況や希望に沿うようにしている。
(9)	レクリエーション活動を計画的に行っており、少人数又は利用者ごとのレクリエーションにも配慮している。	13	a	利用者が楽しめる年間行事として、初詣・節分・雑祭り・七夕・夏祭り・忘年会などや、花見、買い物ツアー、外食ツアー等の外出が行われており、生活を活性化させ、メリハリをつける機会にもなっている。活動プログラムは、担当の職員が体力と頭脳を使う様々な内容を工夫して企画し提供しているほか、書道等はボランティア講師を招いて行っている。
(10)	利用者の行動範囲について、バリアフリー構造とする工夫を行うなど、安全性等への配慮を行っている。	14	a	利用者は基本的に一つのフロア内でレクリエーション活動や、機能訓練、食事も含めて過ごしており、トイレや浴室もフロアと隣接して設置されている。またテーブルは角張ったものではなく、丸テーブルを使用するなど、これらの状況から利用者の動線はスムーズであり、安全性が保たれている。
3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置				
(1)	利用者又はその家族からの相談、苦情等に対応する仕組みがあり、その対応結果を説明している。	15	a	法人の福祉サービスに関する苦情解決事業実施要綱に基づき重要事項説明書に苦情受付担当者を乗せて、利用開始時に利用者・家族に説明している。また、苦情解決マニュアルを備え、苦情があった場合には苦情受付表に記載するなど、苦情受付から、調整、解決に向けた仕組みがある。
4. 介護サービスの内容の評価、改善等のために講じている措置				
(1)	通所介護計画等に、サービスの実施状況及び目標の達成状況の記録があり、評価を行っている。	16	a	利用者の個別ケース記録に利用日ごとにバイタルや入浴、食事、個別機能訓練内容などのサービス提供内容を記録している。通所介護計画は半年から一年で見直しを行うこととしている。職員でカンファレンスを行って評価し、援助内容の変更が必要か見直しをしている。
(2)	通所介護計画の見直しの結果、居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合、介護支援専門員に提案等をしている。	17	a	通所介護計画の見直しの結果、サービス援助内容の変更が必要であると判断した場合には、その理由を明らかにし、ケアマネジャーにその旨を伝えて、変更について提案を行うようにしている。
5. 介護サービスの質の確保、透明性の確保等のために実施している外部の者等との連携				
(1)	介護支援専門員に対し、定期的に状況報告し、連携を図っている。	18	a	介護支援専門員には、毎月サービス利用の実績を送る際に利用者の状況を伝えており、必要に応じて電話連絡を行い、情報の共有を図っている。
(2)	利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a	サービス利用開始前に主治医については把握しており、利用者及び家族と、主治医との関わり方について確認した上で必要に応じて主治医と連携して、利用者の健康管理にあたっている。
(3)	事業所の行事、催し、サービス内容等について、地域への情報提供を行ったり、ボランティアを受け入れる仕組みがある。	20	a	事業所が地域の福祉センター内に設置されていることから、情報を地域に発信する機会は掲示等で発信しやすい状況となっている。またボランティアの受け入れは、個別サービスの充実、利用者が職員以外の人々と交流に繋がる機会として積極的に行っており、ダンスや手品等の慰問や講師活動等が行われている。
II. 介護サービスを提供する事業所又は施設の運営状況に関する事項				
1. 適切な事業運営の確保のために講じている措置				
(1)	従業者が守るべき倫理を明文化し、倫理及び法令遵守に関する研修を実施している。	21	a	事業所を運営する法人で「職員倫理」を作成し、そこで倫理規程を明文化している。また、法人のデイサービス部門の職員としてあるべき水準を規程した「常勤職員の期待される水準」という文書を全7ヶ所あるデイサービス事業所に今年度配布している。職員の接遇マナーに関しては、マナー委員が中心となって月に目標を設定して取り組んでいる。
(2)	事業計画を毎年度作成しており、経営・運営方針等が明記されている。	22	a	事業計画が毎年度作成されており、その年度に力を入れて取り組むべき重点目標やサービス方針などが明記されている。

評価基準		点	評点	コメント
(3)	事業計画、財務内容等に関する資料を閲覧可能な状態にするなど、事業運営の透明性確保に取り組んでいる。	23	a	事業計画はいつでも閲覧できる状態になっており、事業の透明性を確保している。また、今年度、常勤職員を対象に「法人の今後の方向性に関する説明会」というテーマで現在、実施している中期計画の説明会を開催した。
(4)	事業所の改善課題について、現場の従業員と幹部従業員とが合同で検討するなど、課題改善に取り組んでいる。	24	a	事業計画の策定にあたっては、まず事業所が当該年度で実施したい施策や解決したい課題等を明記した原案を法人本部に提出する。その後、修正等が加えられた上で理事長の承認を経て確定となる。
2. 事業運営を行う事業所の運営管理、業務分担、情報の共有等のために講じている措置				
(1)	事業所の組織体制、従業員の権限、業務分担及び協力体制を定めており、機能している。	25	a	管理規程や事業計画、「業務行事分担表」等により組織体制や業務分担、協力体制などを明確にしている。「業務行事分担表」には、それぞれの職員の業務や所属の委員会とその活動内容等が記載されている。
(2)	サービスに関する情報について、従業員が共有するための仕組みがあり、機能している。	26	a	朝と夕方にミーティングを実施して、サービスに関する情報を職員間で共有している。朝のミーティングはその日の活動についての事前確認と業務連絡が、夕方のミーティングでは当日の利用者の報告が内容の中心になっている。その他、情報を共有するためのツールとしては、業務日誌・申し送りノート・「担当者会議報告」・事務室内の掲示板などがある。
3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置				
(1)	事故発生時、非常災害時における安全管理・衛生管理のための仕組み又はその再発・蔓延を防止するための仕組みがあり、機能している。	27	a	「危機管理・苦情対応マニュアル」が作成されており、その中で当事業所での事故予防・事故対応について規程している。事故や事故に至りそうな事例が発生した場合には、「ヒヤリハット報告書」および「事故報告書」で状況や原因などを報告し、改善策等を検討する仕組みとなっている。しかし、「事故報告書」「ヒヤリハット報告書」双方で同様な事例報告が処理されているなど、一部に職員個々の判断基準が統一化されていないものがあるため、今後さらに報告書の活用を進めていくためにも、職員間での報告書記載に関する判断基準などの確認を行っていくことが望まれる。
4. 情報の管理、個人情報保護等のために講じている措置				
(1)	個人情報の利用目的や保護規定を公表するなど、個人情報保護の確保のための取組みがある。	28	a	「個人情報保護法にかかわる規則」があり、個人情報の利用目的や保護規定などが明確になっている。個人情報保護に関する規程は、事業所出入り口のドアの内側に掲示されている。
(2)	利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示する仕組みがあり、機能している。	29	a	サービス提供記録の開示に関しては、「個人情報保護法にかかわる規則」の中に明記されている。
5. 介護サービスの質の確保のために総合的に講じている措置				
(1)	通所介護に従事する全ての現任の従業員（新任者を含む）を対象とする研修等を計画的に行っている。	30	a	新人研修および現任研修を実施して、計画的な職員教育を進めている。新人研修は独自に作成している「ケア基準書」を基に概ね二ヶ月間の期間を持って、実施している。その後、入職後、三ヶ月・六ヶ月・一年・一年半の段階で「サービス内容個別確認表」を活用して、それぞれの職員の達成度合いをチェックしている。現任研修は、年度ごとに研修計画を策定して実施している。今年度の内部研修は、事業所内では緊急時対応や介護技術をテーマに常勤職員と非常勤職員を対象にして取り組んでいる。法人全体では「法人の今後の方向性に関する説明会」や救急法、新人職員のフォローアップ研修等が実施されている。外部研修にも随時参加することができ、参加した職員はその内容を共有するために事業所内で報告をすることになっている。
(2)	利用者の意向、意向調査結果、満足度調査結果等を、経営改善プロセスに反映させるなど、サービスの質を確保・自己評価する仕組みがあり、機能している。	31	a	利用者アンケートを毎年実施している。アンケートにより募った利用者や家族等からの意見・要望は、行事の内容等に反映させるようにしている。
(3)	サービスの提供のためのマニュアル等の活用及び見直しの検討を定期的に行っている。	32	a	事務室内に「マニュアル綴り」を設置して、必要がある時に職員が閲覧することができるようにしている。「総合」「感染症」「パワーリハビリ」「リハビリ体操」等項目ごとにとまとめられており、必要な内容をすぐに見ることができるようになっている。マニュアル内にある「ケア基準書」では、対応・姿勢・基礎の知識について記載し、職員に求められる基準を明確にしている。マニュアルの変更に関しては、実際の業務とマニュアルの内容に乖離が生じた時に随時、見直しを実施している。