

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 日本ビジネスシステム
所在地	千葉県市川市富浜3-8-8
評価実施期間	平成19年 8月22日～平成 19年 10月 6日

2 評価対象事業者

名 称	デイサービスセンターあかしや	種別：通所介護
代表者氏名	高山 博	定員（利用者人数）： 30(46)名
所在地	千葉県習志野市東習志野3-12-1 TEL 047-475-3030	

3 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

<p>特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none">・当事業所はグループホームが併設されており、双方のサービスが地域交流の窓口の機能を果たしている。また、食事提供において共有化を図っており、内容についての利用者満足度は高い。独自の基本方針の徹底周知をはじめとして、マニュアルの完備や定期的な研修及び業務分析により、利用者に対する気配りもしっかりなされていると共に、良質なサービス提供がなされている。・事業の運営については組織全体で取り組んでおり、現場の意見や考え方を中心としてサービスの内容及び方針が構築されている。そのことにより業務に対する職員の意欲向上が図られるとともに働きやすい職場環境が作られている。・通所介護計画は利用者の希望を中心に作成されており、実施及び評価も確実に行われている。特に機能訓練については楽しく過ごしてもらいながら機能回復を目指しており、利用者からも好評であり、「脚力がつき長い距離の歩行も可能になった」「背筋が伸びて楽になった」等の声がある。レクリエーションにおいても機能訓練を意識したプログラムを作成しており、少人数で実施できるものもありバリエーションが豊かである。また、地域ボランティアの協力により、さらなるレクリエーションの充実や地域交流及び利用者満足 <p>特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・毎年度の事業計画はしっかり立てられており、年度末に年度計画の評価を行い次年度の計画に反映させているが、今後は中・長期計画の作成及び活用を行うことにより、さらなる事業運営の発展とサービスの向上を期待します。・職員に対する人事評価に透明性を持たすことにより、評価の意義を双方で共有することを望むと共に良質な人材作りに期待します。・家族との意見交換会及び懇談会やサービスについての自己評価を定期的に行うことによりさらなる信頼及びサービスの質の向上につなげていただきたい。

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）

初めての第三者評価受審でしたが、自己評価も含め新たな気付きや課題、目標の抽出が出来ました。また、評価期間の評価印の方々には単なる評価にとどまらず、多方面よりアドバイスなどいただき大変参考になりました。改善を要する点はもとより、高い評価を頂いた点につきましても日々変化するニーズに迅速で重要な対応が出来るよう努めていきたいと考えております。

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

デイサービスセンターあかしやは習志野の住宅街に立地しており静かで、とても日当たりが良く明るい施設です。
ご利用者様には、馴染みの方々とゆっくり過ごしていただき、笑顔でご自宅に戻れるよう心がけております。また、個別のプログラムに沿った機能訓練により、身体機能の維持・向上を図り、出来る限り在宅生活が継続できるよう、支援させていただいております。

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）
福祉サービスの基本方針と組織	<ul style="list-style-type: none"> ・独自の基本方針をあかしや信条6原則として定め、事業所内に掲示するとともに利用者にも配布・説明している点については職員の共通意識を高めると共に利用者に対し安心感を与えている。 ・処遇内容における重要課題は幹部職員を含めた職員全体で合議した上で、事業所独自の理念を中心に利用者一人一人の自立支援につなげている。 ・事業計画はしっかり立てられており、年度末に年度計画の評価を行い次年度の計画に反映させている。しかし、中・長期計画を踏まえた事業計画は作成されていないので今後は中・長期の目標設定を行いよりよい事業運営がなされることを期待します。
組織の運営管理	<ul style="list-style-type: none"> ・常に外部の情報を積極的に収集し、福祉事業の現状の把握と分析を行うことにより、福祉サービスのニーズを研究している。新たなニーズの発見により事業方針の見直しを行い、サービスの質の向上に努めている。 ・現場職員の個々の意見や考え方を的確に把握し、組織全体で改善課題に取り組む仕組みが構築されている。また、ボトムアップ方式をとっており、現場の意見が直接運営に反映されることが多く各職員の業務に対する意欲を高めている。 ・人事考課の評価基準にもとづき各職員に対する評価を行っているが、評価の透明性が確保されていない。今後、職員に評価基準及び評価結果を明確にすることにより、人事評価がより意義のあるものになることを期待します。

【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）
-----	-------------------------------

<p>介護サービスの内容に関する事項</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスに関するマニュアルが整備されていると共に、職員に対する研修も実施されており、サービスの均一化が図られている。特に個人情報保護対策については、各職員から誓約書を取り保護の徹底を図っている。 ・通所介護計画及び個別機能訓練計画はしっかり作成されており、実施及び評価の記録も整備されている。機能訓練については楽しく過ごしてもらいながら機能回復を目指しており、事業所独自の工夫が感じられる。また、レクリエーションにおいても機能訓練を意識したプログラムを作成しており、少人数で実施できるものもありバリエーションが豊かである。 ・地域ボランティアの協力により、レクリエーション等でフラダンス・オカリナ・和太鼓・大正琴・手品・カラオケ・腹話術などを実施していると共に、地域に季節の行事案内を行うなど積極的に地域交流を行っている。 ・家族に対して利用者の状況確認及び報告は連絡帳の活用や密な連絡によりしっかりなされている。しかし、現在まで家族との意見交換会や懇談会が実施されていないので、今後、実施を企画し家族同士のつながりを広げると共にさらなる信頼及び質の向上につなげていきたい。
<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>	<ul style="list-style-type: none"> ・あかしや信条6原則により人権尊重・利用者対応・職員協調・環境整備・信頼と安心の施設作り・資質向上の徹底が図られている。また、職員に対し倫理及び法令遵守の研修も随時行っており、適切な事業運営を構築している。 ・日々の業務や定期的な行事については、幹部職員及び現場職員共同で話し合いを行い、よりよいサービス作りを検討している。また、外部及び内部研修が計画的に実施され、研修内容を全職員で共有することにより、職員の質の向上に努めている。 ・毎月定期的に利用者の意向、要望に関しての検討会議を行い業務の改善につなげている。今後は利用者アンケートやサービスについての自己評価も定期的の実施し、更なるサービスの質の向上を期待します。

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	理念が明文化されている。	a
			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	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	a
			4	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	中・長期計画を踏まえた事業計画が作成されている。	b
			6	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	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	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	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
	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	事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。
11				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。	a
2 人材の確保・養成		(1) 人事管理体制の整備	12	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	職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	b
		(2) 職員の就業への配慮	14	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			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 デイサービスセンターあかしや

評価基準	項目番号	評点	コメント
福祉サービスの基本方針と組織			
- 1 理念・基本方針			
- 1 - (1) 理念、基本方針が確立されている。			
- 1 - (1) - 理念が明文化されている。	1	a	あかしや信条6原則を基本方針とし業務運営を行っている。また、信条については事業所内に掲示されている。
- 1 - (1) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	2	a	あかしや信条6原則のなかで、人権尊重・利用者対応・職員協調・環境整備・信頼と安心の施設・資質向上を基本方針として定めている。信条については事業所内に掲示するとともに利用者にも配布している。
- 1 - (2) 理念、基本方針が周知されている。			
- 1 - (2) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	3	a	あかしや信条6原則を事業所内に掲示することにより、全職員に周知している。すべての職員が信条を理解して日々の業務を行っている。
- 1 - (2) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	4	a	利用開始前に利用者及び家族に信条6原則を手渡して説明を行い、理解していただいてからサービス提供を行っている。
- 2 計画の策定			
- 2 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
- 2 - (1) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	5	b	年度計画はあるが3年～5年先を見据えた事業計画は作成されていない。年度末に年度計画の評価を行い次年度の計画に反映させている。今後は中長期の数値目標を設定した事業計画をもとに事業運営がなされることを希望します。
- 2 - (2) 重要課題の明確化			
- 2 - (2) - 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	重要課題は処遇内容の向上を主眼としてたてられており、明確化している。
- 2 - (3) 計画が適切に策定されている。			
- 2 - (3) - 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	デイ会議の中で職員全員による話し合いを行い、年度計画を作成している。また、重要課題についても話し合いを行い、処遇内容の向上に努めている。

評価基準	評点	コメント	
- 3 管理者の責任とリーダーシップ			
- 3 - (1) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
- 3 - (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	事業所独自の理念のもと、利用者一人一人の自立支援を行っている。職員の個別面接により、管理者と個々の職員の考えをまじえながら日々の業務を組み立て、理念達成とサービスの質の向上を目指している。職員に対する日々の声かけを大切にモチベーションを上げられるよう考えている。日常的なケアに対しても管理者としての指導力が発揮されている。
- 3 - (1) - 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	経営及び業務の効率化と改善に向けて、現状の把握と分析に努めている。居宅介護支援事業者及び利用者・家族との連絡を密に行い、要望・希望等を常に確認しながら業務の改善を図っている。また、外部への営業活動を通して経営面の改善を目指すとともに、職員の質の向上に努め業務の効率化を図っている。
組織の運営管理			
- 1 経営状況の把握			
- 1 - (1) 経営環境の変化等への対応			
- 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	現状の経理及び運営に関してしっかり把握しているとともに、業務改善に向けての新たな発見と分析に努めている。また、外部の情報も積極的に収集し、福祉事業の現状の把握と分析を行っている。その中で福祉サービスのニーズを研究しており、ニーズに対しての事業方針を検討しながら業務に反映させている。
- 1 - (1) - 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	a	サービスの利用状況・経費・収支をすべて把握した上で、利用者のニーズ及び対応課題を検討している。内部だけではなく外部のサービス状況及び情報も取り入れながら業務改善に努めている。
- 2 人材の確保・養成			
- 2 - (1) 人事管理の体制が整備されている。			
- 2 - (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・組織的にしている。	12	a	人事方針に従い職員の採用を行っている。また、新卒者の採用に対しては各学校に対して訪問説明を行うなど積極的な姿勢がうかがえる。新任職員に対する研修計画がしっかり作成されており実施記録も整備されている。今年度は外部の新任研修も実施済みである。また、月1回のデイ会議の中でも内部研修を実施し、職員の育成を図っている。
- 2 - (1) - 職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	13	b	人事考課の評価基準にもとづき各職員に対する評価を行っている。評価はこれから本格的に行っていく状況であり、職員に対する評価結果の説明等は行われていない。今後、職員に評価基準を明確に示し、かつ結果をフィードバックしながら評価の透明性を確保することを望みます。
- 2 - (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
- 2 - (2) - 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	完全なトップダウン方式ではなく、日々のミーティングや月1回のデイ会議で出された意見を幹部に伝えており、意見が反映されることが多い。また、職員の個別面接により個々の意見や考え方を掌握するなど組織全体で改善課題に取り組んでいる姿勢がうかがえる。
- 2 - (2) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	a	社会保険を完備しており、退職金制度を設けている。また、年2回程度の懇親会があり食事会等が行われている。職員の希望も取り入れており、今後は宿泊で別荘に行くことも計画している。

評価基準	項目番号	評点	コメント
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		問い合わせ及び見学に対応できることがホームページに掲載されており、対応記録もある。契約内容及び重要事項についても利用者には十分な説明を行い同意を得ている。問い合わせ及び見学の対応記録についてはできれば記録簿を作成することが望ましい。
(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		サービス導入の面接時において利用者の心身状況をしっかり把握し、ADL・健康状態・生活状況・住環境等すべてにおいてアセスメントを行っている。
(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		利用者及び家族の希望と居宅サービス計画の方針を中心として、通所介護計画を作成している。また、楽しく過ごしてもらいながらADLの回復を目指すことを主眼に機能訓練計画を作成している。利用者及び家族に説明の上、同意を得て交付されている。
(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		利用料金については書面で説明を行い、同意を得た上で署名・捺印を得ている。また、利用請求書には介護保険給付分と給付以外に分けてサービス提供内容が記されている。
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		認知症ケアに関する内部及び外部研修の実施記録により質の向上を目指す姿勢がうかがえる。、認知症ケアマニュアルが作成されており、対応についての共有化が図られている。
(2) 利用者のプライバシーの保護の取り組みを図っている。	6 a		利用者及び家族に対して同意を得た上でプライバシー保護を行っている。また、入職時に職員に対し個人情報保護に関する誓約書を取り、プライバシー保護の徹底を図っている。利用者のプライバシー保護の取り組みに関するマニュアルを作成するとともに研修も行っている。
(3) 身体拘束等の廃止のための取り組みを行っており、機能している。	7 a		身体拘束廃止のマニュアル及び廃止への取り組みに関する掲示物が事業所内にあり、事業所の方針が確認できる。また、管理者は身体拘束廃止研修を受講済みであり、職員に周知している。
(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		利用者ごとの個別機能訓練計画があり、実施及び評価もしっかりなされている。楽しく過ごしてもらいながら機能向上を目指すことを主眼にして計画が作成されている。
(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 b		利用者ごとの連絡帳があり、家族に利用時の状況報告を行っている。行事等については、家族に連絡し、参加を呼びかけている。しかし、家族との意見交換会や懇談会は開催されていないので、今後、開催の機会を設けさらなる質の向上に努めることを望みます。
(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		入浴については利用者ごとに対応についての希望を確認してマニュアルを作成し実施している。排泄介助については排泄チェック表の活用により適時確認するとともに、マニュアルによりプライバシーへの配慮もしている。食事については利用者の嗜好及び食事形態の希望を確認し、適切な食事提供を行っている。マニュアルの活用により適切な介助をするとともに、摂取量もしっかり確認して記録している。
(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		利用者の健康管理についてのマニュアルに基づき体温・血圧を測定し記録している。朝のバイタルチェック後、数値及び一般状態に通常と変化がある場合は再検査を行い、容態が著しく悪い場合は家族、主治医へ連絡するとともに経過を記録している。

評価基準	項	評点	コメント
(1) 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両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	利用者ごとに送迎時間の希望を聴取し、送迎予定を作成している。各車両に利用者ごとの送迎マニュアルを常備して確実な対応をしている。送迎は職員2名体制で実施しており、運転日誌を整備している。
(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	年間・月間のレクリエーション計画及び実施記録がある。また、日替わりで少人数で行えるレクリエーションも計画・実施されておりバリエーションも豊かである。レクリエーションについては機能訓練を意識したプログラムを作成・実施し利用者の身体機能の維持及び向上を図っている。
(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	事業所内はバリアフリー構造になっており、適切な場所に手すりや設置されている。浴室内の一般浴槽は埋め込み式になっており安全に入浴できるよう配慮されている。
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	b	苦情相談窓口については文書による明示と事業所内に掲示がある。また、苦情相談マニュアルも作成されている。管理者は、苦情受付担当者研修会受講済みであり苦情対応の仕組みはできている。開設から苦情はゼロであり、利用者本位の支援を行っていることがうかがえる。しかし、相談はあるものの対応が記録されていないので、今後は記録を整備されることを望みます。
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	通所介護計画書に、サービスの実施状況及び目標の達成状況の評価がしっかり記録されている。通所介護計画の見直しについても定期的に行われているほか、随時見直しも適切に行われている。
(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	b	利用者の心身や環境に変化が見られた時は、介護支援専門員との連携により通所介護計画及び居宅サービス計画の見直しを行っている。連絡は密に行っているがその記録がない為、経過を把握することができない。今後は、連携に関する記録を整備し、経過を明確化することを望みます。
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	毎月定期的に利用者の利用状況を介護支援専門員に文書で報告している。また、利用者に心身状態の変化があった場合や更新認定の際、サービス担当者会議等に出席し、ケア内容をチームで検討し、記録している。
(2) 利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a	緊急時の対応マニュアルが作成されているとともに利用者の個別ファイルに主治医の氏名、連絡先が明記されており、心身に異変が認められる時は、迅速に連絡が取れる体制ができている。また、急変時の対応記録により主治医との連携も確認できる。
(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	地域ボランティアを受け入れており、フラダンス・オカリナ・和太鼓・大正琴・手品・カラオケ・腹話術などでレクリエーションに協力及び参加をいただいている。また、季節ごとのイベント等では参加案内を行い、地域交流に努めている。
. 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	あかしや信条6原則があり、人権尊重・利用者対応・職員協調・環境整備・信頼と安心の施設・資質向上について定められている。信条については事業所内に掲示するとともに利用者にも配布している。また、就業規則に職員が守るべき倫理が明示されている。その中でもプライバシー保護については、職員の入職時に誓約書を取り、特に徹底している。職員に対し、倫理及び法令遵守の研修も随時行っている。
(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	毎年度の事業計画が作成されており、経営・運営方針が明記されている。

評価基準	項目	評点	コメント
(1) 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・事業報告及び財務等に関する資料が整備されている。事務所の窓口にていつでも閲覧可能な状態になっており、事業運営の透明性が図られている。
(4) 事業所の改善課題について、現場の従業者と幹部従業者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	毎月1回デイ会議を開催し、幹部従業者及び現場従業者合同での話し合いの場を設けている。日々の業務や定期的な行事について検討している。また、研修報告も行い職員の質の向上に努めている。
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、従業者の権限、業務分担及び協力体制を定めており、機能している。	25	a	組織体制及び業務分担が明確に規定されている。各職員が責任を持って業務を遂行するとともに職員間で協力できる体制を確立している。
(2) サービスに関する情報について、従業者が共有するための仕組みがあり、機能している。	26	a	毎日ミーティングを行い業務内容及び利用者の状況を確認している。特に大切な情報については、連絡ノートに記載して職員全員に回覧しサインをもらうことで共有を図っている。また、研修報告書を全員で確認し、質の向上に努めている。
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	b	事故発生等緊急時対応マニュアルがあり、緊急時の連絡体制及び対応担当が整備されている。また、半年に1回消防訓練を実施しているとともに事故発生等緊急時の対応に関する研修も実施している。感染症及び食中毒の予防についてはマニュアルの整備のみであるので、今後、研修会及び検討会の開催を希望します。
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	利用者又は家族の個人情報の取り扱いについては事業所内に掲示がある。また、個人情報の取り扱いについては利用者・家族の承諾書を得ている。個人情報保護については職員との誓約書があり、保護の徹底を図っている。
(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閲覧及び複写物の交付については契約書に明確に規定している。
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者（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	新任及び現任職員の研修計画が作成されているとともに実施記録も整備されている。今年度は外部の新任研修も実施済みである。また、月1回のデイ会議の中でも内部研修を実施し、職員の育成を図っている。
(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	b	月1回のデイ会議にて利用者の意向、要望に関しての検討会議を行い業務の改善につなげている。しかし、アンケート調査等で利用者の意向・満足度等を確認した実績はないので、利用者全員の意向・満足度等を把握する機会を設けることを希望します。また、定期的に提供するサービスについての自己評価を行う機会を設け、サービスの質の確保及び向上に努めていただくことを希望します。
(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	b	業務マニュアルは、職員が自由に閲覧出来る場所に保管しており、日々の業務で活用している。しかし、マニュアルの作成後に内容の見直しを行う機会を設けていないので、今後は定期的に見直しの機会を設け、より業務の実践に適したマニュアル作りを期待します。