

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 | 特定非営利活動法人コミュニティケア研究所 |
| 所 在 地 | 千葉市中央区千葉港4-4千葉県労働者福祉センター5階 |
| 評価調査日 | 平成 19年 11月 17日 |

2 評価対象事業者

| | | |
|-------|----------------|------------------|
| 名 称 | デイサービスセンター秋桜 | 種別： 通所介護 |
| 代表者氏名 | 三島木 和香子（菊池 正佳） | 定員（利用者人数）： 15 名 |
| 所 在 地 | 印西市小林1645番地1 | TEL 0476-97-5535 |

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

・法人の理念にある「地域に根ざした介護サービスを提供し」という言葉がそのまま、実践されている。開設以来、毎年、利用者、職員のアンケートとともに、地域住民にもアンケートを配布している。1年目は施設に対して、あまり快く思っていないという回答もあったが、5年目の現在は、何か手助けをしたいという声まで出るほど、地域に理解されている。また、一歩出れば商店街だが、町の活性化にも一役買っている。・利用開始前から、相談、見学、体験と十分時間をかけ、利用者と家族の状況、希望を把握し、24時間体制で要望に応えるようにしており、送迎ひとつとっても、早朝から夜遅くまで個別に対応している。また、時にはナイトケア（泊まり）のサービスへと切り替えることもある。職員も利用者一人ひとりの状況を把握しており、常に目配り、気配りをしている。調査前に実施した利用者家族等アンケートの結果も職員、サービスに関する満足度は非常に高かった。

特に改善を求められる点

・法人役員の強力なリーダーシップの下、利用者、家族本意の素晴らしいサービスが提供されているが、次世代のリーダーを今から育てていく必要があると思われる。そのためにも、職員一人ひとりの技量、能力を客観的に判断し、必要なところを研修等で補い、人材育成していくことが望まれる。

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

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 | 理念、基本方針は、事業計画に反映され具体的に実践されている。障害者と高齢者の共同ケアや年間を通しての大学教育学部生の教員免許法特別体験の受け入れ、地域への交流・普及啓蒙活動などを実践している。介護の実践の場から職員は理念を理解し、一人ひとりを大切に日々の介護の質を向上することの意識を高め、動機づけられている。施設内は、いつもオープンであり、高齢者と障害者の共同ケア、地域との交流、一人ひとりを大切にするという原理原則を実践し、日々の感動の中から利用者に教え、教えられている。特に優れているサービスとしては、いつでも可能な利用者ごとの送迎、24時間対応、ナイトケアなどの個別のニーズに対応するなど、積極的に利用者中心のサービスを提供している。特に改善を求められる点は、問題意識が高く、課題はその都度職員と話し合われているが、法人役員、管理者、職員間の共通課題として重要課題が明確化されていない。事業計画達成のための重要課題があり、それを解決するためのそれぞれ職員の課題、役割があるということが明確化され、共通認識されることが期待される。 |
| 組織の運営管理 | 環境変化を把握し適切な組織運営をするために、介護保険制度など制度的なことは基より、県や市との連携を密にとることで事業環境の把握に取り組んでいる。また、利用者アンケート、職員アンケート、地域住民アンケートなどを積極的に行うことでサービスの質やサービスに対する意識・意見の現状の把握に努めている。このように積極的に行政や地域との交流を図るコミュニケーションの機会を提供している点は特に優れている。 |

【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） |
|-------------------------------|--|
| 介護サービスの内容に関する事項 | ・利用者一人ひとりに寄り添うケアが実践されている。送迎ひとつ取っても、それぞれの希望や状況に合わせて早朝から深夜まで対応している。レクリエーションも、全員で一斉にゲームをするというものだけではなく、希望や好みに合わせて、買物や散歩、刺し子や将棋、時にはサッカーや野球観戦など、たったひとりの希望者だとしても、その意思を尊重して肌理細かな対応をしている。まさに運営方針にあるとおり「当たり前な生活を営める」ようにスタッフが暖かく支えている。 |
| 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 | ・人材育成については、年間の研修計画に則って年9回実施しており、内容も充実している。特に認知症に関しては、法人役員の専門分野であり、自信を持っている。外部の研修についても、情報提供し、可能な限り、参加できるよう配慮している。今後は一人ひとりに必要な研修を見極めながら対応していくと、さらに良いと思われる。 ・職員評価に関しては、法人役員が一人ひとり面接で評価をしているが、客観的な基準は確立していない。今後は職員も納得がいく評価基準の確立が重要と思われる。それにより、一人ひとりの優れている点と同時に、補ったほうが良い点も見えてくることもあり、その部分の研修に繋げていくことで、より質の高いサービスを提供することに繋がると期待される。 |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニケア研究所

| 福祉サービス第三者評価共通項目（居宅系サービス共通）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 | 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 |
| | 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。 | a |
| | | (2 重要課題の) 明確化 | 6 | 事業計画達成のための重要課題が明確化されている。 | b |
| | | (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 |
| | 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 | 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。 | a |
| | | | 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 |
| | 人材の確保・養成 | (1 人事管理体制) 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。 | b |
| | | | 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 |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

| 福祉サービス第三者評価項目（サービス種別：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） | | |
| ・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 | a |
| | | 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 | |
| ・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 | b |
| | | 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 |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

| | | | | |
|---|----|-----|---|---|
| 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 | b |
| | 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 |

【評価機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア研究所

通所介護評価項目・基準

| 大項目 | 中項目 | 小項目(評価項目) | 判断基準 | 着眼点(チェック項目) | |
|---------------------------------|---|---|--|--|--|
| | | | | は県独自項目 マニュアル類、研修記録、計画等は単なる有無確認だけでなく、その活用状況等も含めて確認する。 | |
| 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) 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 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。 | 問合せ及び見学に対応できることについて、パンフレット、ホームページ等に明記している。 問合せ又は見学に対応した記録がある。 重要事項を記した文書の同意欄に、利用申込者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 利用申込者の判断能力に障害が見られる場合における家族、成年後見人等との契約書又は第三者である立会人を求めた契約書がある。 | |
| | | | b 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同意を得ているが、説明が不十分である。 | | |
| | | | c 同意を得ていない又は説明を行っていない。 | | |
| | | (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 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。 | | アセスメント(解決すべき課題の把握)のための文書に、利用者及びその家族から聴取した内容及び観察結果の記録がある。 |
| | | | b 利用者の心身状況の把握に努めているが、不十分である。 | | |
| | | | c 利用者の心身の状況を把握していない。 | | |
| | (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 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。 | 利用者及びその家族の希望が記入された通所介護計画又は通所介護計画の検討会議の記録がある。 通所介護計画に、機能訓練等の目標の記載がある。 通所介護計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | | |
| | | b 利用者等の同意を得ているが、希望を十分踏まえた計画になっていない。 | | | |
| | | c 利用者等の同意を得ていない。 | | | |
| | (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 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。 | サービス提供内容、介護保険給付以外の費用及び請求金額が記載されている請求明細書(写)がある。 必要な利用料の計算方法についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 | | |
| | | b 利用明細を交付しているが、記載が不十分である。 | | | |
| | | c 利用明細を交付していない。 | | | |
| 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 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。 | 従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修の実施記録がある。 認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等がある。 | | |
| | | b 認知症ケアの質を確保するための取り組みを行っているが、不十分である。 | | | |
| | | c 認知症ケアの質を確保するための取り組みを行っていない。 | | | |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| (2) 利用者のプライバシーの保護のための取組の状況 | a 利用者のプライバシーの保護の取組を図っている。 | 利用者のプライバシーの保護の取組に関するマニュアル等がある。 |
| | b 利用者のプライバシーの保護の取組を図っているが、不十分である。 | 利用者のプライバシーの保護の取組に関する研修の実施記録がある。 |
| | c 利用者のプライバシーの保護の取組を図っていない。 | |
| (3) 身体拘束等の廃止のための取組の状況 | a 身体拘束等の廃止のための取組を行っており、機能している。 | 身体拘束等の廃止のための取組に関する施設の理念、方針等が記載された文書がある。 身体拘束等の廃止のための取組に関するマニュアル等がある。 |
| | b 身体拘束等の廃止のための取組を行っているが、不十分である。 | 身体拘束等の廃止のための取組に関する研修の実施記録がある。 |
| | c 身体拘束等の廃止のための取組を行っていない。 | やむをえず身体的拘束を行う場合は、利用者又はその家族に説明し、同意を得ている。 |
| (4) 利用者ごとの計画的な機能訓練の実施の状況 | a 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。 | 利用者ごとの機能訓練計画がある。 |
| | b 機能訓練は行っているが、不十分である。 | 利用者ごとの機能訓練の実施記録がある。 |
| | c 機能訓練を行っていない。 | 実施記録の評価を定期的に実施している。 |
| (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 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。 | 利用者の家族の参加が確認できる意見交換会、懇談会等の記録又は利用者の家族との連絡帳等がある。 |
| | b 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が、不十分である。 | 利用者の家族への行事案内又は利用者の家族の参加が確認できる行事の実施記録がある。 |
| | c 意見交換等を行う機会を設けていない。 | |
| (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 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。 | 入浴介助についての記載があるマニュアル等がある。 |
| | b 通所介護の質を確保するための仕組みがあるが不十分である、又は利用者ごとの実施記録が不十分である。 | 利用者ごとに、排せつについてのチェックリスト等の記録がある。 |
| | c 介助の質を確保するための仕組みが無い。 | 排せつ介助時の、利用者のプライバシーへの配慮についての記載があるマニュアル等がある。 トイレの手すりがある。 トイレ内に、介助者が介助できるスペースがある。 車いす対応が可能なトイレがある。 食事について、利用者の希望及び好みを聞くことについての記載があるマニュアル等がある。 利用者ごとの希望及び好み、摂取量又は嗜好の記録がある。 利用者ごとの希望及び好みについて検討された食事についての会議の記録がある。 利用者ごとの栄養状態に関して、アセスメント(解決すべき課題の把握)の記録がある。 |

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | | | <p>利用者ごとの栄養ケア計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。</p> <p>栄養改善のためのサービスの実施記録がある。 <i>栄養マネジメント加算の算定と整合を図る。</i></p> <p>利用者ごとの口腔機能についてのアセスメント(解決すべき課題の把握)記録がある。</p> <p>利用者ごとの口腔機能の改善のための計画についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の署名若しくは記名捺印がある。 <i>口腔機能向上加算の算定と整合を図る。</i></p> |
| (7) 健康管理のための取組の状況 | <p>a 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。</p> <p>b 健康管理のための取組みを行っているが、十分ではない。</p> <p>c 健康管理のための取組みを行っていない。</p> | <p>利用者の健康管理についての記載があるマニュアル等がある。</p> <p>利用者ごとの体温、血圧等健康状態の記録がある。</p> <p>健康状態に問題があると判断した利用者について、静養、部分浴、清拭等へとサービス内容を変更した記録がある。</p> <p>健康状態に問題があると判断した利用者の家族、主治医等との連絡記録がある。</p> | |
| (8) 安全な送迎のための取組の状況 | <p>a 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、送迎車輛への乗降及び送迎車輛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。</p> <p>b 送迎の安全確保のための取組みは行っているが、不十分である。</p> <p>c 送迎の安全確保のための取組みを行っていない。</p> | <p>利用者の状況に応じた送迎についての記載があるマニュアル等がある。</p> <p>送迎予定等についての同意を得るための文書の同意欄に、利用者又はその家族の記名捺印がある。</p> <p>利用者の状況についての記載がある送迎情報シート等の記録がある。</p> <p>送迎の人員体制に、介助のための人員が配置されていることが確認できる文書がある。</p> <p>介助のための人員の配置が確認できる運転日誌、運転記録等がある。</p> | |

| | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|--|
| | (9) レクリエーションの実施に関する取組の状況 | a | 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。 | 年間のレクリエーション計画等及びその実施記録がある。 少人数又は利用者ごとのレクリエーション計画及び実施記録がある。 レクリエーションに「機能訓練」の一環、又は「生活の活性化」、「社会性や対人関係の構築」など明確な位置づけをもって実施している。 |
| | | b | レクリエーション活動を行っているが、不十分である。 | |
| | | c | レクリエーション活動を行っていない。 | |
| | (10) 施設、設備等の安全性等への配慮の状況 | a | 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。 | 床の段差、急な傾斜、鋭角張った場所、滑りやすい床等の解消について工夫している。 |
| | | b | 安全性等へのへの配慮は行っているが、不十分である。 | |
| | | c | 安全性等へのへの配慮は行っていない。 | |
| 3. 相談、苦情等の対応のために講じている措置 | (1) 相談、苦情等の対応のための取組の状況 | a | 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。 | 重要事項を記した文書等利用者に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び責任者が明記されている。 相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 相談、苦情等対応に関する記録がある。 利用者又はその家族に対する説明の記録がある。 |
| | | b | 相談、苦情等に対応する仕組みがあるが、不十分である。 | |
| | | c | 相談、苦情等に対応する仕組みがない。 | |
| 4. 介護サービスの評価、改善等のために講じている措置 | (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 | 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。 | 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る。 通所介護計画の評価を記入している記録がある。 |
| | | b | 通所介護計画等に、サービスの実施状況等の記録はあるが、評価を行っていない。 | |
| | | c | 通所介護計画に実施状況や評価を記入していない。 | |
| | (2) 介護サービスに係る計画等の見直しの実施の状況 | a | 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。 | 見直しの結果、変更が必要な場合には、通所介護計画に、見直した内容及び日付を記載し、変更が不要な場合には、通所介護計画に更新日を記載している。 居宅サービス計画の変更について、介護支援専門員に提案した記録がある。 |
| | | b | 通所介護計画の見直しを行っているが、介護支援専門員への提案等を行っていない。 | |
| | | c | 通所介護計画の見直しを行っていない。 | |
| 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) 介護支援専門員等との連携の状況 | a | 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。 | 1月に1回以上、介護支援専門員に対する報告の記録がある。 サービス担当者会議に出席した記録がある。 |
| | | b | 介護支援専門員と連携を図っているが十分ではない。 | |
| | | c | 介護支援専門員と連携を図っていない。 | |
| | (2) 主治の医師等との連携の状況 | a | 利用者の主治医等との連携を図っている。 | 利用者ごとの記録に、主治医又はかかりつけ医の氏名等が記載されているとともに、マニュアル、運営規程等に、主治医等に連絡する場合の基準等を記載している。 |
| | | b | 主治医等との連携を図っているが十分ではない。 | |
| | | c | 主治医等との連携を図っていない。 | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | | (3) 地域との連携、交流等の取組の状況 | <p>a 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。</p> <p>b 地域との連携、交流等を図っているが十分ではない。</p> <p>c 地域との連携、交流等を図っていない。</p> | <p>事業所の広報誌、パンフレット等を地域に配布した記録がある。</p> <p>ボランティア申込票、登録票、受入票等がある。</p> <p>ボランティア活動プログラム、ボランティア活動記録等がある</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 | 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 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。 | 倫理規程がある。 |
| | | | b 従業者が守るべき倫理を明文化しているが、倫理及び法令遵守の周知が不徹底である。 | 従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修の実施記録がある。 |
| | | | c 従業者が守るべき倫理を明文化していない。 | |
| | | (2) 計画的な事業運営のための取組の状況 | a 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。 | 毎年度の経営、運営方針等が記載されている事業計画又は年次計画がある。 |
| | | | b 事業計画を毎年度作成しているが、内容が不十分である。 | |
| | | | c 事業計画を毎年作成していない。 | |
| | (3) 事業運営の透明性の確保のための取組の状況 | a 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。 | 事業計画、財務内容等を閲覧に供することを明記した文書等がある。又は、閲覧できることが確認できる。 | |
| | | b 事業運営の透明性確保に取り組んでいるが、不十分である。 | | |
| | | c 事業運営の透明性確保に取り組んでいない。 | | |
| | (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 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。 | 現場の従業者と幹部従業者が参加する業務改善会議等の記録がある。 | |
| | | b 課題改善に対する仕組みがあるが、十分機能していない。 | | |
| | | c 課題改善に対する仕組みがない。 | | |
| 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) 事業所における役割分担等の明確化のための取組の状況 | a 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。 | 組織体制、従業者の権限、業務分担及び協力体制に関する規程等がある。 | |
| | | b 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いるが、機能していない。 | | |
| | | c 業務分担及び協力体制を定めていない。 | | |
| | (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 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。 | サービスに関する情報の共有についての会議、研修、勉強会、回覧等の記録がある。 | |
| | | b 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るが、機能していない。 | | |
| | | c 従業者が共有するための仕組みがない。 | | |

| | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--|
| 3. 安全管理及び衛生管理のために講じている措置 | (1) 安全管理及び衛生管理のための取組の状況 | a 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。 | <p>事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等がある。</p> <p>事故事例、ヒヤリ・ハット事例等事故防止につながる事例の検討記録がある。</p> <p>事故の発生又はその再発の防止に関する研修の実施記録がある。</p> <p>事故の発生等緊急時の対応に関するマニュアル等及び緊急時の連絡体制を記載した文書がある。</p> <p>事故の発生等緊急時の対応に関する研修の実施記録がある。</p> <p>非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等がある。</p> <p>非常災害時に通報する関係機関の一覧表等がある。</p> <p>非常災害時の対応に関する研修の実施記録がある。</p> <p>非常災害時の避難、救出等に関する訓練の実施記録がある。</p> <p>利用者ごとの緊急連絡先の一覧表がある。</p> <p>感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリハット事例等の検討記録がある。</p> <p>感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等がある。</p> <p>感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止に関する研修実施記録がある。</p> |
| | | b 安全管理・衛生管理のための仕組みはあるが、十分機能していない。 | |
| | | c 安全管理・衛生管理のための仕組みがない、不十分である。 | |
| 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) 個人情報の保護の確保のための取組の状況 | a 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。 | <p>利用者及びその家族の個人情報の利用目的を明記した文書について、事業所内に掲示するとともに、利用者又はその家族に対して配布するための文書がある。</p> <p>利用者に対する個人情報の利用目的の変更通知書(写)がある。</p> <p>個人情報の保護に関する規程を事業所内に掲示している。</p> <p>個人情報の保護に関する規程について、ホームページ、パンフレット等への掲載がある。</p> |
| | | b 個人情報保護の確保のために取組みを行っているが、不十分である。 | |
| | | c 個人情報保護の確保のために取組みを行っていない。 | |
| | (2) 介護サービスの提供記録の開示の実施の状況 | a 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。 | <p>利用者の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明記した文書がある。</p> |
| | | b サービス提供記録を開示する仕組みはあるが、十分機能していない。 | |
| c サービス提供記録を開示する仕組みがない。 | | | |

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|---|---|
| 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) 従業者等の計画的な教育、研修等の実施の状況 | a 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。 | 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする通所介護に関する研修計画がある。 |
| | | b 現任の従業者を対象とする研修等を実施しているが、計画的には行っていない。 | 常勤及び非常勤の全ての新任の従業者を対象とする通所介護に関する研修の実施記録がある。 |
| | | c 研修等を実施していない。 | 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする通所介護に関する研修計画がある。 常勤及び非常勤の全ての現任の従業者を対象とする通所介護に関する研修の実施記録がある。 |
| | (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 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。 | 経営改善のための会議において、利用者の意向、満足度等について検討された記録がある。 |
| | | b サービスの質を確保・自己評価する仕組みはあるが、十分機能していない。 | 自ら提供する通所介護の質についての自己評価の実施記録がある。 |
| | | c サービスの質を確保・自己評価する仕組みがない。 | 事業所全体のサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| | (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 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。 | マニュアル等について、従業者が自由に閲覧できる場所に設置してある。 |
| | | b マニュアル等は整備されているが、活用・見直しが不十分である。 | マニュアル等の見直しについて検討された記録がある。 |
| | | c マニュアル等が整備されていない。 | |