

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 21 年 7 月 9日～平成 22 年 1月 9 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。）

<p>◆ 特に評価の高い点</p> <p>利用者の心身の機能・精神機能・情緒的機能・心理社会的機能の向上のためアクティビティ活動計画が週毎に立てられている。担当職員は「集団のなかの個」・「通所介護計画との関わり」に焦点をあて実施している。計画・実施・評価の順に進められ確実に活動が定着してきている。</p> <p>◆ 特に改善を求められる点</p> <p>職員の担当する各種委員会はいままで目標を掲げることに追われていたが、「～の気づき」と題して、評価を含めたレジメを毎月出し、配布したり、休憩室に張り出している。今後業務に追われ開催できなることもでてくる。始まった流れを今後より実行性の高い委員会としての定着化を目指したい。</p>

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）

<p>法人の理念を基に作成された中・長期計画が着実に成果に結びついている事についての評価をして頂きました。前回評価していただいた事が改善されサービス提供に効果をもたらしている事を客観的な視点から見て頂き効果ある取り組みができています。職員定着・教育を重点的に行える様になり、サービスの向上に繋がられ、集団援助でありながら個別援助の取り組みも評価された事は事業所として安心・安全を提供できる自信にも繋がります。地域との関わりも多く持てるようになりましたが、今後大洲デイサービスが地域福祉サービスの拠点となる取り組み課題に力を入れて行きたいと思っております。</p>

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

<p>今年初頭から職員定着が安定し経験豊かな職員が多くなり、お客様に喜んで頂ける行事や交流会が増えました。地域交流施設として普段触れ合えない小さなお子様との交流機会も多くお客様より好評の声を頂いております。昨年秋頃より地域住民の方や居宅支援事務所の方から大洲デイサービスを利用したいとの申し込みが多くなり、着実に地域に根付いた福祉サービスになりつつあります。法人内デイサービスの中でも先駆けとして、第三者評価を取り入れサービスの質の向上・介護技術の向上を目指し、お客様や地域住民の方関係各所から喜ばれる施設になる努力を日々勉強しております。</p>
--

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	<p>法人全体の強み・弱み・課題等に加えて経営環境を考慮した中長期計画平成20年度より中・長期計画が策定され、計画に基づき事業計画がある。中・長期計画が有る事により、事業所だけの問題ではなく、法人全体の強み・弱み・課題等に加えて経営環境（社会情勢や世界の動向）が明確化され福祉業界だけにとらわれない内容となっている。また、計画策定から1年が経過し着実に成果を上げていることが各種書類等から伺える状況となっており、職員の意識も高いものとなっている。</p>
福祉サービスの基本方針と組織	
Ⅱ	<p>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</p> <p>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。育児休暇、介護休暇を取得できるよう規程を整え、本年度よりバースデー休暇が実施され、休暇制度について積極的な改善に取り組んでいる。祝祭日や週末出勤が多い職員には連休が取れるよう配慮している。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、定期的な懇談会も実施や職員の希望により理事・事務長などとの相談・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。さらに法人本部から独自の冊子が作成されストレスケアに積極的に取り組んでいる。</p>
組織の運営管理	

【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	<p>地域住民に向けてのアピールと福祉サービスへの理解を深める機会の提供</p> <p>事業所は地域の福祉センター内に設置されており、年1回の施設全体を開放したお祭りにおいて地域住民に向けてのアピールと福祉サービスへの理解を深める機会にしている。ボランティアの受け入れは個別サービスやアクティビティの充実、職員以外の人々との交流の機会として積極的に行っており、今年度は三味線など新規に3団体の受け入れを増やしている。小・中学生の職場体験受け入れや幼稚園児、事業所前の公園での一般の方々との交流もあり、利用者が他者と交流する機会を多く設けている。</p>
介護サービスの内容に関する事項	
Ⅱ	<p>利用者個別の認知症への取り組み</p> <p>認知症ケアに関するマニュアルは整備されている。ケアの質の向上のため最新の情報を取り入れた研修を定期的開催されており、特に新規採用職員に対しては入職時、ケア基準を基に研修期間を2か月かけている。また、随時ミーティングを設けて利用者個々の認知症への理解を深めるための話し合いが持たれている。</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	

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。	a
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、広報誌のほか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	基本理念に基づきサービス提供に必要な4項目の実行方法(行動指針)が明文化され、法人の基本理念と同様に、事業計画書に記載されている。また、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いため、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各自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	基本理念がお客様が目届く場所へ掲示しており、またホームページ・封筒・パンフレット等に記載があり、親しみやすく見やすく工夫されている。また、利用者へ利用開始時に契約書・重要事項説明書およびパンフレットなどを利用しての理念・方針について説明を行っている。
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	平成20年度より中・長期計画が策定され、計画に基づき事業計画がある。中・長期計画が有る事により、事業所だけの問題ではなく、法人全体の強み・弱み・課題等に加えて経営環境(社会情勢や世界の動向)が明確化され福祉業界だけにとわれない内容となっている。また、計画策定から1年が経過し着実に成果を上げていることが各種書類等から伺える状況となっており、職員の意識も高いものとなっている。
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。

評価基準	項目番号	評点	コメント
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合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「すべきこと」を示している。
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	中・長期計画にもある、中堅幹部以上のマネジメント能力向上に沿って、決算報告会や課長・係長研修等を実施、事業所が適正に運営できるよう指導している。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、定期的な異動などにより将来を担う人材の育成に注力している。また、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の開催を継続的に行っている。
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	a	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相互に行われている。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。また、財務面などについても年度決算や四半期決算を分析して、評価できる点や改善すべき点を明確にしている。
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	人事考課制度が導入されており、常勤職員・地域限定職員は個別での自己評価・課題分析・目標を作成し、自己啓発が出来る仕組みが整っている。さらに個人面談などを通じて、事業所の期待水準を明示している。また、人事採用はホームページ・広告などのほか、今年度よりQRコードも導入するなど情報媒体をより有効に活用していく取り組みを行っている。事業所独自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。定期的な異動により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。事業所独自の研修会や法人全体研修も活発的に行われ、人材育成に積極的に取り組んでいる。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研修で得られた情報・知識の共有を図っている。また、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。

評価基準	項目番号	評点	コメント
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	人事考課制度は、自己評価・上司評価・本部評価の3段階で行われ、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	定例事業所内会議を実施しサービス検討・職員間の問題定義が出来る仕組みがある。またDO-CAPシートを導入し、半年毎に全職員と面接を行い希望を聴取している。非常勤については年度契約時に幹部職員との面談契約更新も実施されている。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・事務長などとの相談・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。
II-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	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。育児休暇、介護休暇を取得できるよう規程を整え、本年度よりパースデー休暇が実施され、休暇制度について積極的な改善に取り組んでいる。祝祭日や週末出勤が多い職員には連休が取れるよう配慮している。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、定期的な懇談会も実施や職員の希望により理事・事務長などとの相談・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。さらに法人本部から独自の冊子が作成されストレスケアに積極的に取り組んでいる。

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	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
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
1. 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	ホームページやパンフレットに随時見学・問い合わせが可能であることを明記しており、事前に予約がなくても随時対応している。サービス開始希望があれば関係機関と連絡調整し、利用開始にあたっては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	介護支援専門員から利用者の心身の状況だけでなくサービスの利用目的についても確認している。利用開始前には訪問して「個人票・アセスメントシート」に沿って利用者・家族の意向や心身の状況、介護状況、生活リズム等を聞き取り把握している。記録した内容は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意向やニーズを把握し、介護支援専門員が作成した居宅サービス計画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利用者それぞれの課題に沿って長期目標・短期目標を設定し、さらに目標に合わせて個別援助内容に落としこみを行い、利用者・家族に説明して同意・捺印を得ている。
(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について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。また、料金・加算等に変更があれば契約書別紙を別途作成し説明している。
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	認知症ケアに関するマニュアルは整備されている。ケアの質の向上のため最新の情報を取り入れた研修を定期的で開催されており、特に新規採用職員に対しては入職時、ケア基準を基に研修期間を2か月かけている。また随時ミーティングで利用者個別の認知症への理解を深めるための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。マナー委員会を月1回開催し、「気づき」を視点に、良い点、注意点、改善目標を掲げ学んでいる。入浴や排泄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	a	身体拘束等の取組みとして本年度から年間計画の研修のなかに位置付けて「人権を守る」テーマで学んでいる。今までに該当例は無いため、他部署や研修会での事例を中心に情報を多く取り入れ、マニュアルの充実を図っている。「事故防止及び身体拘束ゼロ推進委員会」は施設長中心に主任、副主任、看護師、相談員で構成され、定期的で開催されている。
(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、機能訓練計画書を作成し、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している。また利用者全員で食前の嚥下体操や午後活動前に準備体操を行うなど日常生活に取り入れるよう工夫している。
(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	毎回の送迎は、ご家族と直接にコミュニケーションがとれる好機ととらえ大事にし、話しやすい雰囲気配慮している。年間の行事で敬老会等の大きな行事はご家族の参加を案内状を出してお知らせしている。本年度の夏祭りには8組の家族の参加があった。
(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・清拭及び整容・排泄・食事の介助についてはマニュアルが整備されており、まとめたものを職員全員に配布してサービス提供に活用している。食事利用者の状況に細かく対応するため利用者ごとに「通所介護計画書」に対応方法が記入されている。さらに日々の介護記録は「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	利用者が来所されてすぐに、看護師による体温、血圧、脈拍等の健康チェックが行われ、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いる。全身観察ができる入浴時は、体調の変化を把握しやすい。状況に応じマニュアルに定められた体調変化時及び緊急時の対応を看護師と介護職員が連携をとりながら行っている。申し送りの書き方にも工夫されている。

評価基準		項目 番号	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。	12	a	送迎車両4台の体制で月1回基本ルートの見直しを行っている。利用者の急な都合や急変時にも対応し、安全な送迎を実施している。最近車両事故が発生したが軽い事故に留められた。法人として緊急に全体会議を開き検証を行い、事故原因の共有と再発防止に努めている。帰宅時の配車に利用者の関心が集まるため、見やすい場所に乗車順序表が貼り出されている。
(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	年間行事として、初詣・節分・雑祭り・七夕・夏祭り・忘年会があり、外出が伴う花見・買い物ツアー・外食ツアー等は利用者の楽しみとなって生活を活性化させている。1週間のアクティビティ活動計画を立て、実施している。このなかでは活動の目的を掲げ、進行上の注意点「集団の中の個」・「通所介護計画との関わり」を確認しながら、評価している。
(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	全体が見渡せるワンフロアで一日のサービスを提供している。フロアではレクリエーション活動、機能訓練等を行い、食事も含めて過ごしている。トイレや浴室は隣接して設置され、利用者の移動がスムーズに行われている。使用するテーブルは丸型で、利用者間の対話が弾んでおり、職員の間が居やすいテーブル配置になっている。
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	重要事項説明書に苦情受付担当者を載せて、利用開始時に利用者・家族に説明しているほか、小さな内容でもすぐに相談してもらえるよう何度も伝えている。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への記載、第三者評議委員への報告など、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。評価期間を2週間設けており、その間に家族から利用者の変化などを聞き取り、職員で会議をして評価し、援助内容の変更が必要かどうか見直している。
(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行っている。	17	a	通所介護計画の見直しや、利用者の心身の状況・周辺状況の変化などで居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合には、介護支援専門員に連絡し、サービス担当者会議の開催等を相談し提案を行っている。
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	利用実績報告の書面に特記事項欄を設けており、その月の利用者の様子等について記入し、介護支援専門員に送付して毎月必ず報告をしている。
(2)	利用者の主治医等との連携を図っている。	19	a	主治医に相談が必要な時には、なるべく利用者・家族・介護支援専門員を通して連携をとるようにしている。緊急性がある場合や重度者を受け入れる時、サービス担当者会議の席などで直接主治医と連携を図っている。
(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を利点として、年1回の施設全体を開放したお祭り等で、地域住民に向けてのアピールと福祉サービスへの理解を深める機会にしている。また、ボランティアの受け入れは個別サービスやアクティビティの充実、職員以外の人々との交流の機会として積極的に行っており、今年度は三味線など新規に3団体の受け入れを増やしている。
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。また、定期的な研修までには至っていないが、今年度に研修計画内に倫理等の予定を盛り込んでいる。
(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。中・長期計画から年度事業計画を作成し、今年度より年度評価だけではなく、4半期評価を実施している。

評価基準	項目番号	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・財務内容は職員閲覧が出来るようになっており、事業の透明性が確保されている。また20年度事業報告研修会も実施され、管理者に対しての事業運営スキルアップも実施されている。
(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	定期的な会議の実施と月1回の幹部職員によるスタッフ会議(および現場担当者・管理者による通所部門会議が開催されており、幹部職員が出席し課題・問題改善について話し合われている。事業計画の策定にあたって、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し、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仕組みが整っている。
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	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。また、委員担当を決め、全体の意見と現場の意見・個別の意見が反映できるように取り組みを行なっている。
(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	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。また、行事委員やお客様アンケートを活用してサービスのニーズ調査を行ない各委員担当者が評価・課題分析している。
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	a	月1回の緊急時研修会や年2回の防災訓練を実施して事故や急変時・感染症に対しての危機管理を啓発している。また事故が発生した場合には緊急会議を実施し検証・対策を行ない、通所部門会議等でも情報交換と対策検討を実施している。また、「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。
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、事業所出入口のドアの内側に掲示されている。利用者および家族には、利用開始前に個人情報同意書を説明のうえ、同意を頂いている。また、法人と職員との誓約書を取り交わし、個人情報保護に対する理解と周知に努めている。
(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	平成21年3月より第三者評価を取り入れサービス・職員調査を実施し、評価結果を元に再度アンケート調査を行ない、要望を取り入れた計画を作成し実施中である。また第三者評価を取り入れる以前より年1回のお客様アンケートを実施している。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。