

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 月 7 月 9 日～平成 22 年 1 月 12 日

2 評価対象事業者

名 称	南八幡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）： 40 名
所 在 地	千葉県市川市南八幡5丁目20番3号 TEL 047-378-3811	

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

胃ろう使用している利用者も含め、ADL（日常生活活動）がかなり低下している利用者も積極的に受け入れを行っており、個別の健康管理の徹底に努めている。サービス提供開始時には看護師が、体温・血圧等や顔色、表情等利用者の健康状態を把握して健康管理に努めている。これらは「看護日誌」「連絡手帳」に記録し、家族への情報提供となっている。体調の変化や健康管理について気になる事項についてはケアマネを通じ、または直接電話で家族へ連絡を行っている。家族からの健康についての相談は直接看護師が対応しており、信頼関係ができています。

◆ 特に改善を求められる点

日頃から認知症マニュアルを整備していると共に、年に一度認知症研修を実施し、職員の理解を深め、参加できない職員に対しても資料を配布し、事後説明を行なうことで職員全員の共通理解に向けて取り組んでいる。また、認知症研修は新人職員の入所時の基礎研修で必修としている。今後、参加できなかった職員への資料配付に留まらず、常勤職員以外の研修への参加促進を図り改善していくことが期待される。

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）

今回、初めて第三者評価を受けてみて、あらためて自分たちのサービスを見つめ直す機会であったと感じました。聞いているようで聞いていなかった職員の意見、お客様からの暖かいお言葉、調査員からご指摘、どれも非常に心に残りました。これを機にあらためて自分たちの抱えている課題の解決に向けて取り組み、お客様、職員そして地域の皆様に支えられていただけるデイサービス事業に邁進してまいります。

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

経験豊富な職員と重度化に対応した設備により、日常生活動作能力が低下された方でも安心してご利用いただけます。マシントレーニングの設置や理学療法士による個別リハビリなど付加価値を付けた機能訓練サービスも提供しております。「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」この法人の理念のもと、お客様のご要望に極力応えていけるよう、職員一同、相手の立場に立って考え、行動しております。

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）
I	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 ・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。
福祉サービスの基本方針と組織	
II	職員個別で自己評価・課題分析・目標を作成し、自己啓発が出来る仕組み ・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。さらに半期に一度、職員面接を実施し、事業所としての期待水準を明示している。また、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。
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	利用者のいきがいに繋がるレクリエーション活動の充実 ・月間及び年間レクリエーション計画を作成し、その計画に沿って実施している。利用者・家族へは月間予定表を渡し理解を得ている。集団レクと個別レクを用意し、利用者の希望で毎回選択できるようになっている。レクリエーションは職員のシフト制で担当している。調査訪問時、定例の体操時間の様子を見学できたが、職員の対応は活気にあふれており、高齢者は集中して取り組み、時には大きな笑い声が響いていた。また、廊下の壁面に飾られた大きな制作画は利用者全員で作成したものであり、毎年、地域の展覧会に出品しているおり、リハビリ効果にも役立つよう工夫されている。
介護サービスの内容に関する事項	
	利用者個別の健康管理への取り組み ・胃ろう使用している利用者も含め、ADL（日常生活活動）がかなり低下している利用者も積極的に受け入れを行っており、個別の健康管理の徹底に努めている。サービス提供開始時には看護師が、体温・血圧等や顔色、表情等利用者の健康状態を把握して健康管理に努めている。これらは「看護日誌」「連絡手帳」に記録し、家族への情報提供となっている。体調の変化や健康管理について気になる事項についてはケアマネを通じ、または直接電話で家族へ連絡を行っている。家族からの健康についての相談は直接看護師が対応しており、信頼関係ができています。

【介護サービス項目】

<p>Ⅱ</p> <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>職員教育の場である研修体制の確立への取り組み</p> <p>・研修の年間計画が定められており、初任者研修と、法令遵守・認知症・事故予防・救急法・個人情報等をテーマに挙げた各研修が実施されている。シフト制での勤務や常勤・非常勤の勤務時間帯等の状況に配慮し、できるだけ多くの職員が研修に参加できるように、研修の形態について検討及び工夫が行われている。また、今後は状況に応じて必要な研修を短時間であっても確実に業務内に取り入れて、提供するサービスの向上と統一化を課題としており、さらなるしくみの確立が期待される。外部研修については随時必要に応じて参加しており、研修内容については報告し職員間で共有するようにしている。</p>
	<p>事故予防に対する意識の共有</p> <p>・「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。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。今後、「ヒヤリハット報告書」および「事故報告書」で状況や原因などのほか、モニタリング等を通して事故予防に取り組み、さらに事故予防に対する共通意識を高め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。	a
			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 南八幡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、法人の基本理念を事業所内に掲示するとともに広報誌や法人ホームページのトップページに掲載している。
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あり、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られない内容となっている。事業所では、法人中期計画に基づいた事業計画を毎年作成し、職員に周知することで適切な事業運営を行なっている。
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、計画の策定期期や手順については、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	毎年一度全利用者アンケートを実施し、利用者・家族の意向を汲みながら質の改善に取り組んでいる。また、介護サービス委員会を設置し、毎月のスタッフ会議にて取り組みの報告と、四半期ごとに実施状況を分析し、利用者のサービスに反映させることで、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うなどとして、経費削減のノウハウを学びながら、経営改善に繋げている。
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。
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。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。昨年度の決算を分析し、サービスコストや人件費比率を見直して、経営状況の改善に取り組んでいる。
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。さらに半期に一度、職員面接を実施し、事業所としての期待水準を明示している。また、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。
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D-O-C-A-P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。

評価基準	項目番号	評点	コメント
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	日々行なわれるミーティングに管理者も参加し、スタッフの意見の把握に努めている。また、半期に一度の職員面接時に、業務上の課題の他に就業状況に関する課題についても話し合いをし、現場の意見を把握している。また、DO-CAPシートを導入するなど積極的に職員の意見を汲み上げるための工夫を行っている。
Ⅱ-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	15	a	経営層は毎月のサービス状況をサービス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、本年度よりパステイ休暇が実施され、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 南八幡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	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。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	介護支援専門員から利用者の心身状況だけでなく、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、介護支援専門員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等の自己負担分の利用料の説明を丁寧に行い、利用者・家族から同意の署名・捺印を得ている。
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	日頃から認知症マニュアルを整備していると共に、年に一度認知症研修を実施し、職員の理解を深め、参加できない職員に対しても資料を配布し、事後説明を行なうことで職員全員の共通理解に向けて取り組んでいる。また、認知症研修は新人職員の入所時の基礎研修で必修としている。今後、参加できなかった職員への資料配付に留まらず、常勤職員以外の研修への参加促進を図り改善していくことが期待される。
(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	契約時には個人情報の保護に関する取り決めの同意書を取り交わしている。プライバシーマニュアルは整備されている。この一年「ふれあい・コミュニケーションを深める」ことを目指してきたが、それに伴って言葉づかいへのより一層の取り組みをしてきた。「優しく声掛けをしてください。」と利用者調査結果で高い満足度が示されている。今後職員間での相互牽制等の仕組みを構築してさらなる向上に努めることが期待される。
(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	身体拘束等の廃止マニュアルが整備され、廃止に向けた取り組みが徹底されたことにより、現在該当する事例はない状況となっている。今後、高い水準での身体拘束がない状況を維持していくため、身体拘束廃止の継続に向けた研修や職員意識のさらなる向上を図っていくことが期待される。
(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	全利用者に対して個別機能訓練計画書の説明をし、同意を得たうえで、内容に沿って機能訓練を提供している。計画書は三ヶ月毎に評価し、必要に応じて見直ししている。利用者全体での取り組みとしては、一日の生活の中で午前午後の2回体操と食事前の健口体操（嚥下体操）を行い、身体を動かすことの楽しさを提供している。体操時間、利用者の大きな声が広いフロアに響いていた。
(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	日々の個別利用者の情報を連絡手帳に記入し、家族に渡している。家族からの意見を記入する欄があるが、記入はまばらになっている。家庭とデイホームが共同して利用者の介護にあたるためにも家庭での生活情報は不可欠になる。家庭の様子や具体的情報を家族が記入しやすい質問形式や個別対応の仕方の工夫に期待したい。
(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、排せつ、食事、送迎の各サービスについてのマニュアルは整備されている。それぞれの委員会があり、マニュアルの見直し、処遇改善、質の向上のため定期的開催されている。日々の記録は「業務日誌」「個別ケース記録」等に記録されている。事業所独自の「個別処遇書」は職員が利用者の情報を的確に把握するために簡潔で見やすい様式で3ヶ月ごとに内容の見直しをしている。日々の実施内容は記録し、申し送りにより活用されている。
(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	サービス提供開始時に、看護師が、体温・血圧等、利用者の健康状態を把握して健康管理に努めている。これらは「看護日誌」「連絡手帳」に記録し、家族への情報提供となっている。体調の変化や健康管理上必要に応じ、ケアマネを通じ、または直接電話で家族へ連絡を行っている。家族からの健康についての相談は直接看護師が対応しており、信頼関係ができていくことが連絡帳などより伺われる状況であった。

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7台で1～2人体制で送迎を行い、運転する職員と介助員が乗車して対応している。ドアツードアの実施で利用者の状態、家屋の立地状況に応じた安全な送迎を行うようにしている。そのため、事前面接での情報、要望の確認は丁寧に行っている。
(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	月間・年間レクリエーション計画を作成し、計画に沿って実施している。家族には月間予定表のみ渡している。希望に応じ年間予定表も配布の用意はある。集団レクと個別レクを用意し、利用者の希望で毎回選択してもらっている。フロアは広く、天井も高くのびのびと身体を使った内容を工夫している。個別レクではカラオケが人気で、参加者も多くなっている。
(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	安全性を重視し、施設内の段差にはスロープを設置し、事故防止を図っているが、自走の車椅子や杖使用者には、わずかの傾斜にも注意が必要と思われる。浴室の床面が広く、歩行時が不安定になりがちであるが、手すりの取り付けや防滑加工を定期的に行うなど、転倒事故の防止に努めている。
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明記し、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等、苦情受付から調整、解決に向けてのしくみがある。
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サービス提供内容や心身状況を記録している。通所介護計画は基本毎年度見直しが行われており職員でカンファレンスを行って評価し、援助内容について検討を行っている。
(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は、その理由を明らかにして、介護支援専門員にその旨を伝えて、変更点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、毎月の個人台帳に記載している。利用者及び家族と、主治医の関わり方については確認し、通常は必要に応じて連携を取れるようにしており、通常は介護支援専門員を通して連携を図っている。
(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	情報を地域に発信する機会としては隔月発行の広報誌を居宅介護支援事業所や、利用者・家族に配布し情報提供に努めている。またボランティア受け入れや、近隣の保育園や小学校との交流等を積極的に行っている。
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、毎年一度、倫理及び法令遵守に関する研修を行い、適切な事業運営を行なうよう努めている。
(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	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。
(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	事業計画及び財務内容に関する資料は、職員がいつでも閲覧できる状態となっており、事業の透明性を確保している。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。

評価基準		項目 番号	評点	コメント
(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。日々の職員ミーティングと、毎月のスタッフ会議にて、事業所の取り組むべき課題について検討し、改善に取り組んでいる。
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、「業務マニュアル」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。事業所の業務マニュアルにより業務分担、協力体制が明確化されている。また、職員の組織図が構築され、職員が役割意識を自覚して組織的に運営が行なわれている。
(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	日々のミーティングにて、サービスに関する情報を職員間で共有している。個々のサービスに関しては、個人別の処遇書を用意しており、処遇内容が全ての職員に共有されている。また、職員の見やすい場所にホワイトボードを設置し、情報共有に活用している。
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	「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。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。
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」が作成されており、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。利用者に対して個人情報使用同意書の説明を行い、同意を頂いたうえで適切な情報管理に努めている。また、施設内にも個人情報保護規定を掲示したり、パンフレットに記載する等、周知している。また、法人と職員との間で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。また、契約書第6条に、サービス提供記録を開示する仕組みが明記されており、利用者・家族に説明したのち、同意の記名捺印をいただいている。
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在の従業者（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	研修の年間計画が定められており、初任者研修と、法令遵守・認知症・事故予防・救急法・個人情報等をテーマに挙げた各研修が実施されている。シフト制での勤務や常勤非常勤の勤務時間帯等の状況に配慮し、できるだけ多くの職員が研修に参加できるように、研修の形態について検討が行われている。外部研修については随時必要に応じて参加しており、研修内容については報告し職員間で共有するようにしている。毎年、全ての職員を対象とした研修計画をたて、計画に沿って順次研修等を実施している。
(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	年間サイクルで利用者アンケートを実施し、集計結果をもとに検証・評価し、サービスの質の改善する仕組みがあり、利用者の満足度を高める取り組みを積極的に行っている。今年度より第三者評価を取り入れることにより、以前より実施している年1回のお客様アンケートと半期ごとに利用者アンケートを実施してさらなるサービスの向上を図っている。また、利用者アンケートを毎年実施しており、アンケートにより募った利用者及び家族からの意見や要望は、サービスに反映できるよう、集計結果を検証している。
(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	毎月の行なわれるスタッフ会議と四半期毎に開催される介護サービス委員会にて、随時マニュアルを見直し、周知・徹底して活用している。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。