

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (通所介護)

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1-9 相鉄神田須田町ビル203号
評価実施期間	平成25年 8月 1日～平成26年 3月31日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	柏井デイサービスセンター カシワイデイサービスセンター		
所 在 地	272-0802 千葉県市川市柏井町4丁目229番地4		
交通手段	JR本八幡駅よりバス(市営霊園行き、動植物園行き、医療センター入口行き) 医療センター入口バス停下車 徒歩2分 保健医療福祉センター内 1階		
電 話	047-320-7113	FAX	047-339-7518
ホームページ	http://care-net.biz/12/keibikai		
経 営 法 人	社会福祉法人 慶美会		
開設年月日	1998年9月		
介護保険事業所番号	1270800228	指定年月日	2000年1月4日
併設しているサービス	なし		

(2) サービス内容

対象地域	市川市・鎌ヶ谷市・船橋市(一部地域)・浦安市・松戸市		
定 員	月～金曜日40名、日曜日15名、認知症対応型 月～金曜日12名		
協力提携病院			
送迎体制	車輛9台(リフト付き7台)		
敷地面積	29,927㎡	建物面積(延床面積)	2,586㎡
利 用 日	(介護予防)通所介護：日～金、(介護予防)認知症対応型：月～金		
利用時間	9時15分～16時30分		
休 日	土曜日、年末年始(12月30日～1月3日)		
健康管理	来所時血圧、検温測定、必要な方の処置		
利用料金	別紙 重要事項説明書参照		
食事等の工夫	選択食で副食が選べる。食事の台車内が温冷に分かれており適温で提供できる。食事形態も刻みやペースト食の対応が可能。腎臓病食、糖尿病食にも対応できる。		
入浴施設・体制	特殊浴(寝台浴)、リフト浴、一般浴があり7人体制		
機能訓練	機能訓練指導員による機能訓練		
地域との交流	外食、買い物、ボランティアの受け入れ		

(3) 職員（スタッフ）体制

職 員	常勤職員	非常勤、その他	合 計	備 考
	7	13	20	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	3	3	12	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	1	0	1	
介護職員が 有している資格	介護福祉士	訪問介護員1級	訪問介護員2級	
	7	1	3	
	訪問介護員3級	介護支援専門員		
	0	1		

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	電話、メールによるお問い合わせ。担当ケアマネジャーへ相談。		
申請窓口開設時間	8時30分～17時30分		
申請時注意事項	ご希望する利用曜日の空き状況、送迎範囲内の住居。		
苦情対応	窓口設置	特別養護老人ホーム 清山荘	
	第三者委員の設置	2名	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	<p>法人の基本理念、「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」 実行方法として、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1年365日、1日24時間私たちはお客様の幸せのためにがんばります。 ・私たちは常にやさしさを忘れず、相手の立場に立って考え行動します。 ・介護技術、介護態度の向上にたえず努力します。 ・今日は明日からの人生の出発日です。気分一新全力でがんばります。
特 徴	<ul style="list-style-type: none"> ・フロア・・・2つのフロアがありその中心に座敷があります。 ・お風呂・・・銭湯のような大浴場、リフト浴、寝台浴があります。 ・トイレ・・・車椅子でも入れるトイレが4つ、手摺りも万全です。 ・中庭・・・緑豊かな中庭に散歩できるコースがあります。 ・運動する機械・・・平行棒やトレーニングマシンが3種類あります。 ・レク用品・・・カラオケ、麻雀、囲碁、将棋、パチンコ台
利用（希望）者 へのPR	<ul style="list-style-type: none"> ・緑に囲まれた環境と整った設備で自由に過ごせます。1日起きているのがつらい方は横になるスペースもございますのでお体に無理なくご利用いただけます。 ・1年を通じて様々な行事があり四季折々の季節が楽しめます。特に外食は好評で回転寿司や軽食、買い物に出かけることもございます。 ・介護するスタッフはベテランが多く、安心して介護を任せられます。 ・運動に力を入れており、機能訓練指導員により歩行状態が心配な方には集中的に訓練を行い転倒などのリスクを軽減します。

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること
パワーリハビリや歩行訓練など、利用者の機能訓練に取り組んでいる
<p>パワーリハビリを実施する利用者に対して個別機能訓練計画書を作成している。デイフロアは1階であり、周りは芝生の庭が広がっている。庭にはベンチが置かれゆっくり散歩できる。歩行訓練の希望者は利用しており、その際必ず職員が付き添っている。残存機能を十分活用できるプログラムや活動を取り入れている。作成した多くの作品が玄関内の展示台に披露され、壁には皆で作った大きなカレンダーが掲示されている。機能訓練を希望される方が増えており、今年度より担当する看護職員を増員して対応している。また今年度、法人内の通所介護事業所が集まり、機能訓練に関する各事業所の取り組みを発表しあった。</p>
清潔や安全・安心への配慮などに利用者の満足度が高い
<p>今回の利用者アンケートでは7割近くの利用者・家族の方から回答をいただいた。「職員は清潔や安心・安全に配慮してくれるか」、「職員は丁寧に接してくれるか」などの設問では多くの方が高い満足感を示されていた。自由意見欄でも、事業所や職員に対する感謝の声が複数聞かれた。</p>
今年度も車両を増やし、短時間に効率的に送迎ができるように配慮している
<p>安全に送迎ができるようマニュアルを整備している。マニュアルは半年に1度見直しを行っており、さらに利用者の心身状況や環境に変化が生じた場合、送迎の見直しを行っている。送迎で変更があった場合は必ず文書にまとめ職員に掲示し、間違いが生じないようにしている。帰宅時の待ち時間は、利用者の気持ちが慌ただしくなるため、車両の運行予定がわかるホワイトボードを見えるところに置いている。今年度も車両を増やし、短時間に効率的に送迎ができるように配慮している。</p>
感染症の発生予防などに力を入れて取り組んでいる
<p>感染症・食中毒の発生の予防、防止に関してマニュアルを整備している。法人内の他事業所の情報は各会議やパソコン内の共有フォルダで伝えられ、それらを基に事例検討を行っている。利用者の来所時には手指消毒を徹底している。また食事前にも手指消毒を行い感染予防に努めている。入浴業務終了後は消毒液で用具を洗浄し、乾燥させている。職員の健康管理は健康チェックシートを活用している。年に1度の健康診断、インフルエンザの予防接種、腰痛検査など、定期的に健康管理を行っている。</p>
理念達成のため、笑顔の徹底などに取り組んでいる
<p>法人の基本理念を明文化し、法人のホームページ、事業所のパンフレット、中期計画および単年度事業計画書への掲載、フロア内などへの掲示など様々な方法で明示している。また、基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目(法人の使命、目指す方向、人権擁護、自立支援の精神)の実行方法(行動指針)を定めている。事業所では、法人理念に基づき事業所における目指すものを明確にしている。笑顔と挨拶の徹底などに取り組んでいることで、職員と利用者が笑顔で談笑している姿が目立ち、利用者へも笑顔が広がっていることがうかがえる状況となっている。</p>

さらに取り組みが望まれるところ
レクリエーションの充実など、今後の取り組みが期待される
自由に選択できる手芸, 習字, 人形作りなどのプログラムを用意し、好みのもので楽しんでいただいている。カラオケ設備もあり、歌の好きな方は歌って過ごしている。また、買い物ツアーを増やしたり、年2回外食の機会を設けて、好評を得ている。ただ、今回の職員自己評価では、午前中の空き時間や、送迎待ちの時間などの活動を工夫したり、レクリエーションメニューを増やしたいとの声が複数聞かれ、今後の取り組みが期待される。
利用者調査の結果を公開し、利用者満足の上昇に努めていることを示していく
継続して第三者評価に取り組んでいる。利用者調査や職員自己評価などの結果を検証・評価し、要望を取り入れた計画につなげている。今後は、利用者調査の結果がどうであったか、そこで把握した利用者の声をどう反映したかなどを利用者に公開し、利用者満足の上昇に努めていることを示していくことが期待される。
職員の危険予知の向上へ向けた取り組みが期待される
事故・ヒヤリハットが発生した場合、その日のうちに原因・経過を究明して迅速に対応策を講じている。対応策がすぐに実行できるよう報告書にまとめて掲示し、さらに申し送りシートで職員全員に徹底している。報告書には事故の経過・事故分析・解決策を明記し、再発防止につなげている。しかし、ヒヤリハットも含め事後報告となっている状況であるため、「事故発生防止」に繋がるヒヤリハット(気付き)、事故に至る可能性をばらむ事例を挙げることを課題として、職員個々の危険予知能力向上によるリスク管理が期待される。そのため、視点の再確認および事故防止に向けて「環境整備」、「点検」、「気配り」などが不可欠であることに留意して取り組み、さらに事故案件についてより深く根本のリスク要因を探り、事例として活用することが期待される
(評価を受けて、受審事業者の取組み)
第三者評価を受け、自事業所に対する客観的な意見が分かり、今後取り組むべき課題が明確になりました。アンケートにお答えいただいたご利用者様、ご家族様に対して、アンケート結果や評価の結果を受けた改善点などをお伝えして、よりよいサービス提供につなげて参ります。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果						
大項目	中項目	小項目	項目	標準項目		
				■実施数	□未実施数	
I	福祉サービスの基本方針と組織運営	1 理念・基本方針	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	0	
			2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	0	
			3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	2	1	
		2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化 計画の適正な策定	4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	4	0
				5 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話し合う仕組みがある。	3	0
		3 管理者の責任とリーダーシップ	管理者のリーダーシップ	6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	5	0
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0
				8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4	0
			職員の就業への配慮	9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（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。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。	4	0
			職員の質の向上への体制整備	10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	5	0
II	1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重の明示	11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	0	
			12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	4	0	
		利用者満足の向上	13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	0	
			14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	0	
	2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み サービスの標準化	15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	2	0	
			16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	4	0	
	3 サービスの利用開始	サービスの利用開始	17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	3	0	
	4 個別支援計画の策定	個別支援計画の策定・見直し	18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	4	0	
			19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	5	0	
			20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	4	0	
			21 食事の質の向上に取り組んでいる。	4	0	
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	4	0	
			23 健康管理を適切に行っている。	3	1	
			24 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。	4	0	
			25 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。	4	0	
			26 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	3	0	
27 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。			3	0		
28 利用者家族との交流・連携を図っている。			3	0		
6 安全管理	利用者の安全確保	29 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	4	0		
		30 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	3	0		
		31 緊急時（非常災害発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	5	0		
計				116	2	

項目別評価コメント

標準項目 ■ 整備や実行が記録等で確認できる。 □ 確認できない。

評価項目	標準項目
1 理念や基本方針が明文化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■ 理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■ 理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。
(評価コメント)法人の基本理念を明文化している。法人のホームページ、事業所のパンフレット、中期計画および単年度事業計画書への掲載、フロア内などへの掲示など様々な方法で明示している。また、基本理念に基づいてサービス提供に必要な4項目(法人の使命、目指す方向、人権擁護、自立支援の精神)の実行方法(行動指針)を定めている。事業所では、法人理念に基づき事業所における目指すものを明確にしている。笑顔と挨拶の徹底などに取り組んでいることで、職員と利用者が笑顔で談笑している姿が目立ち、利用者へも笑顔が広がっていることがうかがえる状況となっている。	
2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■ 理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■ 理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。
(評価コメント)理念・方針について事業所内に見やすく掲示しているほか、職員には定期的に研修を実施するとともに文書を配布することで理解浸透に努めている。また、基本理念および実行方法を記したシールを作成して職員に配布している。普段目につきやすい場所や使用するノートなどに各人の判断で貼る事ができる。毎朝の申し送りと申し送りノートなどを活用して利用者の状況をスタッフで確認し、十分な状況把握を行ったうえで、無理のない活動によるミッションの達成に努めている。	
3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 □ 理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。 ■ 理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。
(評価コメント)基本理念などは、フロア内の掲示やパンフレット・ホームページ・封筒などに明記して利用者や広く一般の方に伝える工夫を行っている。また、利用開始時には、パンフレットや重要事項説明書などを用いて、理念・方針について説明を行っている。	
4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業計画には、中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■ 理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■ 事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■ 現状の反省から重要課題が明確にされている
(評価コメント)法人理念を基に中期計画を作成している。理念やビジョンの実現に向けた中期計画は、各年度で作成している単年度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。計画は法人・事業所の課題にとどまらず、法人全体の強み・弱み・課題などに加えて、経営環境(社会情勢や世界の動向)を明確化し、福祉業界だけにとれられない内容となっている。また、計画は四半期ごとに評価を実施して、確実な事業計画の推進・達成に向けて取り組んでいる。	
5 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話し合う仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■ 年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■ 一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。
(評価コメント)課題の明確化、計画の策定期間や手順について、事業計画書作成手順を策定している。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、必要経費などについても検討している。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ている。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。施設長会議、通所部門会議、スタッフ会議、毎朝のミーティング、前年度事業計画評価、四半期評価などにおいて、事業収支を介護スタッフを含め理事長、管理者、幹部職員と一緒に検討を行い、全職員参加型で計画を作成する仕組みを構築している。	
6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■ 運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■ 職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■ 知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■ 職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。
(評価コメント)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全体職員会議や朝のミーティングなどにおいて管理者より評価・分析を行った結果を報告し、サービスの向上につなげている。介護技術や知識に関しては、法人内の介護教育指導室による勉強会で学んでいる。人事考課制度の中で、半年に一度、上司による面接を行い、相談・助言を行っている。	

7	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	<ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。
(評価コメント)法人倫理規程を作成している。自由に閲覧できるのに加え、法人主催の労務管理研修会などで繰り返し説明して周知している。また、法人の中期計画において「倫理(個人の尊厳)」、「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。利用者・職員・地域関係機関などや日々の業務の中より利用者などからの意見・要望を職員が汲み取るよう努め、法人・事業所・職種において横断的に連携し計画作成とその実施につなげている。日常の業務中に職員が利用者へ「どうですか」「どちらにしますか」など様々な状況で本人の意思の確認を行っている姿が目立ち、利用者も笑顔で答えていたり、逆に職員に「どっちがいい」と相談する利用者もいるなど和気あいあいとした場面があった。		
8	人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	<ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 ■評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価が公平に行われるように工夫している。
(評価コメント)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。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。人事制度では、常勤職員・地域限定職員は個人別での自己評価・課題分析・目標を作成し自己啓発ができる仕組みとなっている。また、「新人教育シート」、「常勤職員のあるべき水準」などを作成し、より具体的な技術習得に向けた取り組みや定期的な評価と個人面接を行っている。		
9	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。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談をしやすいような組織内の工夫をしている。 ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。
(評価コメント)個人ごとに毎月の服務管理表、有休管理表を提出してもらい服務状況の管理を行っている。人事考課制度により自己評価・上司評価・本部評価の3段階評価を実施している。常勤職員と契約職員は、半年ごとに評価を行っている。非常勤を含む全職員と面接を行い希望を聴取するとともに日頃から接点を増やし、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。また、業務において、身体的・精神的な負担がみられる場合は上長などとの相談・面談が行える体制があり、職員の身体的負担や精神的不安などの解消に努めている。一般事業主行動計画に示している有給休暇の取得促進と所定外労働時間の削減に積極的に取り組んでいる。法人としてバースデー休暇制度を導入し、休暇取得の推進を図っているほか、サークル活動支援金制度を設け、法人内各事業所間での職員交流を図っている。毎月発行される「慶美会NEWS」では、法人内各事業所の職員がリレー形式で記事を担当し、相互理解を深めている。		
10	職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■個別育成目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。
(評価コメント)常勤職員の法人内での定期的な異動で将来を担う人材の育成に注力するとともに、地域限定職員の採用により安定した雇用に努めている。施設内外の研修は、年間計画表にまとめて計画的に実施している。研修内容は回覧等により職員間に周知している。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。また、水準シート(新人・常勤)を作成しており、自己点検を行ったうえで面接を実施して、取り組みや課題を双方で話し合いながら育成に関する計画を作成している。		
11	事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	<ul style="list-style-type: none"> ■憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。
(評価コメント)法人の中期計画において「お客様満足度向上」を掲げ、多様化するニーズへの対応を心掛けている。利用者に気持ち良く過ごしてもらえよう、接遇など定期的な評価や研修を行っている。虐待に関しては、事前に察知できるよう、家族とのコミュニケーションを多くとるように意識している。虐待を早期発見した際には、担当の介護支援専門員、地域包括支援センター、幹部職員へ報告する仕組みとなっている。トイレ誘導の声掛けや入浴時の衣服着脱時などには、利用者の羞恥心に十分配慮している。希望があれば同性介助にも対応している。周りになじめない利用者や独りを好む利用者にも適時声掛けを行っている。職員は、利用者が孤立化しないよう利用者の間を取り持ち、利用者同士での会話となるよう誘導している。また、独りを好む利用者の状況を理解して、適時声掛けをして笑顔を引き出していた。		

12	個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■ 個人情報の利用目的を明示している。 ■ 利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■ 職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。
(評価コメント)法人のホームページにおいて、プライバシーポリシーを開示している。法人として個人情報保護に関する規程を策定し、個人情報の利用目的や保護に対する取り組みを明確にしている。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上、同意をいただいている。また、法人と職員との間で誓約書を取り交わし、守秘義務や個人情報の取り扱いに関する理解と周知に努めている。実習生やボランティアに対しても、事前のオリエンテーションで留意事項を伝えている。契約書において、サービス提供記録の開示について明記している。利用者および家族から申し出があった場合には、所定の手続きを行い、サービス実施記録の閲覧や複写物の交付を受けることができる。		
13	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■ 把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■ 利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■ 利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。
(評価コメント)平成22年度より継続して第三者評価に取り組んでいる。利用者調査や職員自己評価などの結果を基に、検討課題を明確にして改善に向けて取り組んでいる。食事に関する利用者の声を反映して、おやつに関する希望を調理部門に伝えるようにした。また、外出について希望が多いため、外食ツアーの回数を増やした。行事後には反省会を行い、利用者の声も確認し、翌年の企画に活かしている。利用者や家族の意見が反映できるよう、日々の連絡帳の記述を参考にしたり、個人的な相談も随時受け付けている。法人として「お客様サービス係」を設けており、利用契約書に相談受付の電話番号・受付時間を明記している。		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	<ul style="list-style-type: none"> ■ 重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■ 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り、問題点の改善を組織的に実行している。 ■ 苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。
(評価コメント)利用契約書と重要事項説明書において、苦情受付担当者とサービス相談窓口を明記している。利用開始時に利用者および家族に説明している。苦情解決実施要綱を定めており、苦情解決のための第三者委員を設けている。苦情受付票・ご意見受付票に記録を残すとともに、申し出・ご意見・相談に対する対応結果を相手方に説明している。		
15	サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■ 事業所全体として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。
(評価コメント)要介護認定の更新前には利用者ごとにモニタリングを行い、個々の介護方法の確認を行っている。更新の前の月の職員会議で取り上げ、全職員が統一した対応ができるように徹底している。介護技術に関しては、法人内に介護教育指導室を設けて向上を図っている。毎月行う職員会議では、サービス提供内容の確認や、介護方法に問題が生じている場合には検討を行っている。職員会議は、常勤職員だけでなく、非常勤職員も参加している。今年度は、法人内の通所介護事業所が集まり、意見交換会を行った。		
16	事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ 業務の基本や手順が明確になっている。 ■ 分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■ マニュアル見直しを定期的実施している。 ■ マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。
(評価コメント)業務マニュアルを作成し、各担当業務ごとに手順や留意事項を明確にしている。マニュアル類は定期的な見直しに加え、必要に応じて会議で取り上げ、変更・改善を行っている。今年度も変更を加えている。新人職員はおよそ6ヶ月を目途に教育を行う。実技よりもまず心構えを徹底している。養成管理表を用いて習得すべき事項とその定着を確認しながら育成に取り組んでいる。		
17	サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。 ■ サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■ 利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。
(評価コメント)利用開始前には、職員が利用者宅を訪問し、契約書、重要事項説明書、サービス提供内容について説明を行う。あわせて利用料金の計算方法についても料金表を用いて介護保険適用分と自己負担分について説明し、理解いただいたうえで同意を得ている。事業所パンフレットでは、周辺環境や事業所内の設備などを写真で紹介しているほか、一日の流れを紹介して、具体的なイメージを把握していただけるよう工夫している。		

18	一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。
(評価コメント)利用者のサービス利用目的と心身の状況などは、担当介護支援専門員から事前に把握している。また、相談員が事前に利用者宅を訪問した際に、安全に送迎ができるよう住環境等の情報も収集している。介護支援専門員が作成した居宅介護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。計画書において利用者の課題に沿った長期・短期目標を設定するとともに、個別機能訓練も立てている。これらは利用者・家族に説明のうえ同意と捺印を得ている。また、個人ファイルを作成し、情報をこのファイルにまとめるようにしている。		
19	個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。
(評価コメント)要介護認定の更新前にはモニタリングを行い、サービス内容の確認を行っている。通所介護計画作成時に期間を設定し、次の見直し時期を明確にしている。また、利用者の心身状況等の変化が生じた際には、随時の見直しを行っている。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等で利用者の状況について話し合いを行っている。毎月初めには介護支援専門員に利用状況を報告し、情報の共有を図っている。		
20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに関する情報を記録するしくみがある。 ■計画内容や個人の記録を、支援するすべての職員が共有し、活用している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。
(評価コメント)今年度より新介護ソフトへの介護記録の入力を行っている。ケース記録、申し送り事項、その日の出来事や気づいたことを入力し、毎日のミーティング時に報告している。日々の送迎時に利用者・家族に身体状況などを確認し、何かある場合には事業所内の申し送りシートに記入して全職員に情報の周知を行っている。また、朝の申し送りでは、利用者の状況変化を確認し、対応方法の統一を図っている。また、法人内の共有フォルダを活用し、事業所だけでなく法人内で適宜情報が共有できるようになっている。		
21	食事の質の向上に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。 ■利用者の状態に応じた食事提供をしている。 ■栄養状態を把握し計画を立て実施している。 ■食事を楽しむ工夫をしている。
(評価コメント)利用開始時のアセスメント時に、利用者の食事に関する情報を収集している。好みや希望をはじめ、嚥下・咀嚼状況を確認し昼食に反映している。これらは身体状況で変化するため、利用者の状態に応じて食事提供している。施設内の調理場で委託会社が調理を行っている。主食の量は7段階、主食形態は全粥や流動食を含め6段階、副菜も塩分調整をいれて7段階と細かく対応できる体制となっている。腎臓病食、糖尿病食にも対応できる。温かいものは温かく、冷たいものは冷たくして、ワゴンで調理室から運ばれてくる。事業所と調理業者との間で献立や味付けに関して頻繁に話し合いがもたれており、利用者が満足できる食事を提供したいとの意向がうかがわれる。利用者の状態の変化で食事形態の変更希望がある日は、その日の朝10時までに食事変更届けで調理室に報告され、迅速に対応している。栄養成分やカロリーが明示された献立表があり、栄養状態を把握できるようになっている。また副菜は2種類の献立から選択できるなどの工夫をしている。味付けを調整できるよう調味料を用意している。		
22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴、清拭及び整容、排せつ介助についての記載があるマニュアル等整備している。 ■マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。
(評価コメント)入浴・排泄介助のマニュアルを整備している。浴室は広く、窓からうかがえる木々の緑が快適さを添えている。毎回変えられるハーブなど数種類の入浴剤は好評である。一般浴槽のほか、特殊浴槽が別浴室に設置されている。一日に入浴介助する利用者は年々増加しており、いかにスムーズに進めるかを検討している。排泄の介助は利用者の状態に応じた対応として、ベット対応・定時誘導・コール対応・室外待機などを行っている。利用者個々の対応は目立たない個所に利用者一覧表を掲示し、変更点は赤ペン記入をして間違いのないよう対応している。申し送りで個別ケースの変更点、今後の課題などを話し合っている。決定した事項はチェック表に反映するなど全職員に徹底している。トイレの数や誘導の動線に使い勝手が悪い面があり、事故防止のために注意喚起を行っている。		

23	健康管理を適切に行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の健康管理について記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■利用者ごとに体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題があると判断した場合、サービス内容の変更をしている。 ■健康状態に問題があると判断した場合、家族・主治医等との連絡をしている。また、緊急連絡先一覧表を整備している。 □口腔機能向上のためのサービス計画・実施・確認・評価が実施されている。
(評価コメント)利用者の健康管理についてのマニュアルを整備している。看護職員を中心に定期的に見直しを行っている。来所時に看護職員が体温・血圧等の測定を行い、体調を確認している。家庭での体調や事業所での変化は「申し送りシート」に洩れなく記入し、職員間で情報を共有している。バイタル数値に変化が見られる際には、入浴では清拭や足浴などへの変更、または中止にするなどの対応をしている。対応が難しい場合は家族、主治医、訪問看護事業所などと連携をとり、指示を仰いでいる。口腔機能向上のために食前の嚥下体操など時間を十分とって行っている。食後は希望者を対象に歯磨きやうがいの支援を行っている。		
24	利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。	<ul style="list-style-type: none"> ■機能訓練が必要な利用者に対して一人ひとりに対して、機能訓練計画を作成し、評価・見直しをしている。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことができる視点を入れている。 ■機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている。 ■レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練が行える工夫をしている。
(評価コメント)パワーリハビリを実施する利用者に対して個別機能訓練計画書を作成し、家族を含め説明している。同意を得たうえで内容に沿って機能訓練を実施している。計画は3ヶ月ごとに評価し、必要に応じて見直している。デイフロアは1階であり、周りは芝生の庭が広がっている。庭にはベンチが置かれゆつくり散歩できる。歩行訓練の希望者は利用しており、その際必ず職員が付き添っている。残存機能を十分活用できるプログラムや活動を取り入れている。作成した多くの作品が玄関内の展示台に披露され、壁には皆で作った大きなカレンダーが掲示されている。機能訓練を希望される方が増えており、今年度より担当する看護職員を増員して対応している。また今年度、法人内の通所介護事業所が集まり、機能訓練に関する各事業所の取り組みを発表しあった。		
25	施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ■さまざまな内容のプログラムを用意し、個別対応している。 ■活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている。 ■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。 ■食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している。
(評価コメント)自由に選択できる手芸、習字、人形作りなどのプログラムを用意し、好みのもので楽しんでいただいている。カラオケ設備もあり、歌の好きな方は歌って過ごしている。企業より寄付を受けたパチンコ・スロットマシンなども自由に使用できるようにしている。活動中は職員が常に目配りをして、サポートしている。体調を観察しながら、時にはベッドでの静養を勧めたり、畳の上で横になることもある。今年度より買い物ツアーを増やしたり、年2回外食の機会を設けて、好評を得ている。季節に応じた食事を提供しているほか、クリスマス会では特に食事に力を入れている。敬老会には、近所の保育園の園児が来訪し、プレゼント交換などを行っている。床清掃は業者に委託しており、さらにトイレや浴槽などは職員が責任を持って清掃している。夏場は中庭で園芸を楽しむことができ、トマト、とうもろこし、枝豆などの野菜を栽培し、さつまいもの収穫後は食事に出したりしている。お誕生日会では、お祝いにカードや写真をお渡ししている。		
26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。
(評価コメント)契約時に利用者宅を訪問し、送迎システムの説明を行っている。送迎時間の希望や意向を聞き取り、意向に沿った送迎ができるよう努めている。安全に送迎ができるようマニュアルを整備している。マニュアルは半年に1度見直しを行っており、さらに利用者の心身状況や環境に変化が生じた場合、送迎の見直しを行っている。送迎で変更があった場合は必ず文書にまとめ職員に掲示し、間違いが生じないようにしている。訪問介護でヘルパーの訪問時間の指定がある場合などは申し送りシートに記入し関係を図っている。帰宅時の待ち時間は、利用者の気持ちが慌ただしくなるため、車両の運行予定がわかるホワイトボードを見えるところに置いている。今年度も車両を増やし、短時間に効率的に送迎ができるように配慮している。		
27	認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■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整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。
(評価コメント)認知症ケアに関するマニュアルを整備している。法人の介護教育指導室から指導者を迎え、認知症ケア研修を定期的に開催している。事業所内で行うため、現場の職員は出席しやすい。最新の情報を取り入れた内容で、参加者も多い。認知症対応のグループと一般グループは同じフロアで過ごしており、会話が可能な方は一般グループと一緒に過ごすこともある。広い畳の間があり、椅子に慣れていない利用者が利用したり、横になる場所となっている。布団は20組ほど用意している。		

28	利用者家族との交流・連携を図っている。	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族等に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族等の参加が確認できる意見交換会、懇談会等を実施している。 ■又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族等への行事案内又は利用者等の家族の参加が確認できる行事を実施している。
(評価コメント)利用開始時に利用者全員に連絡帳を配布している。自宅での様子やデイサービスでの利用状況を記録して、意見交換できる仕組みとなっている。今年度より、介護ソフトから連絡帳を打ち出すようになった。主な行事毎に家族の参加をお知らせするチラシを配布し、参加の有無を確認している。夏祭りや敬老会など家族に案内状を配布し参加を呼び掛けている。早急な確認が必要な場合は電話連絡で確認している。		
29	感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■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している。 ■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。
(評価コメント)感染症・食中毒の発生の予防、防止に関してマニュアルを整備している。法人内での研修が継続的に行われており、研修を受けてきた職員は現場のスタッフに必ず伝達している。法人内の他事業所の情報は各会議やパソコン内の共有フォルダで伝えられ、それらを基に事例検討を行っている。利用者の来所時には手指消毒を徹底している。また食事前にも手指消毒を行い感染予防に努めている。入浴業務終了後は消毒液で用具を洗浄し、乾燥させている。職員の健康管理は健康チェックシートを活用している。体調など考慮して業務配置などに対応している。年に1度の健康診断、インフルエンザの予防接種、腰痛検査など、定期的に健康管理を行っている。		
30	事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	<ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント)事故・再発防止に関するマニュアルを整備している。マニュアルに基づき事故・再発防止に取り組んでいる。フロアには利用者の急変時対応フローチャートを掲示して、看護職員を中心に対処する体制になっている。事故・ヒヤリハットが発生した場合、その日のうちに原因・経過を究明して迅速に対応策を講じている。対応策がすぐに行えるよう報告書にまとめて掲示し、さらに申し送りシートで職員全員に徹底している。報告書には事故の経過・事故分析・解決策を明記し、再発防止につなげている。		
31	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<ul style="list-style-type: none"> ■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を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント)非常災害時に関するマニュアルを整備している。緊急時連絡網・非常時避難見取り図を作成している。マニュアルを基に研修時に学んでいる。マニュアルは定期的に見直しを行っている。フロアは一階に位置しているため通常の入り口や庭に面したガラス戸から、すぐに戸外に避難できる環境となっている。避難訓練ではこの非常口を必ず開放し避難経路を確認している。年2回の避難訓練は、建物全体で実施している。非常災害時の場合、交通状況や災害の規模を鑑みて、無理に自宅に帰すことを選ばず、事業所に待機する場合もあると考えている。そのため、非常用の食料備蓄を用意している。また、非常用電源も確保している。		