

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 | 社会福祉法人 千葉県社会福祉協議会 |
| 所在地 | 千葉市中央区千葉港4番3号 |
| 評価実施期間 | 平成 19年 9月 13日～平成 20年 1月 17日 |

2 評価対象事業者

| | | |
|-------|-----------------|--------------------|
| 名 称 | 辰巳萬緑苑デイサービスセンター | 種別： 通所介護 |
| 代表者氏名 | 理事長 鈴木 洋子 | 定員（利用者人数）： 25（60）名 |
| 所在地 | 市原市神崎263-1 | TEL 0436-75-2251 |

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">・基本方針や事業計画等の策定過程、サービスの質の向上に関する取り組み、職員が働きやすい環境づくり、さらには経営状況における改善課題の共有化など、施設長が適切なリーダーシップを発揮しながら、幹部職員と現場職員とが一体となった全員参加型の事業運営が行われている。・系列法人の病院や老人保健施設等を含めた複合的施設としてのスケールメリットを活かし、職員研修、福祉人材や社会資源の育成に積極的に取り組んでいる。また、機能訓練には特に力を入れており、身体機能の低下予防に成果をあげている。 <p>◆ 特に改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者の要介護度の状態に合わせ、個別性を重視したデイサービスセンターとしての独自性をアピールできるプログラムを開発していくことが期待される。・家族会を設立するなどして、家族ならではの悩みや意見を家族同士が気軽に交換できるようにするとともに、施設の運営方針などを家族等にわかりやすく説明する場の設定が望まれる。 |
|--|

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）

今回の受審は私たちの事業を外からの目で評価していただいて【気づき】を得ることが目標でした。デイサービスセンターとしての規模は小さく、設備的にも古く優位性がないので、もっと評価は厳しくなると思っていました。実力以上に高く評価していただいたのは創設の頃から運営に尽力いただいた歴代職員の積み重ねと、私たちを支えてくれている地域の皆様の声だと思っています。この評価に甘えることなく、地域福祉の旗振り役としての良い事業展開を行っていきたいと思います。

5 事業者の特徴（受審事業者の意見）

特別養護老人ホーム辰巳萬緑苑の併設デイサービスセンターとしてアットホームな運営をしています。併設施設の特徴を活かしながら、地域福祉の振興拠点としての役割を果たしています。介護予防運動指導員のほかに常勤の看護職員を配置し、小規模ながら厚い人材配置をしています。また、地域を巻き込んだ大きなお祭りの開催など伝統を活かした運営のほかに、デイサービスとショートステイとの一体的運営などの新しい試みにも積極的に取り組んでいます。

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 福祉サービスの基本方針と組織 | <p>・年度当初の全体会議で理事長、施設長から職員全員に対して基本方針、事業計画、運営目標などが具体的に説明されている。さらに、主任会議、職員会議で内容が討議され、実施スローガンを策定するなど、全員参加型の事業運営が行われている。</p> <p>・施設長は、利用者や家族からの意見や要望はもとより、地域の意見を吸い上げて主任会議で検討させるなど、サービスの質の向上に向けて積極的に指導力を発揮している。また、主任会議、職員会議等で現場からの意見を十分に聴取して、人員配置の見直しや設備の更新を行うなど、職員が働きやすい環境づくりについても前向きに取り組んでおり、高く評価される。</p> <p>・基本理念や基本方針をわかりやすく説明した資料を作成し、利用者や家族等に対してさらに周知度を高める工夫が期待される。</p> |
| II 組織の運営管理 | <p>・経営状況の分析による改善課題の把握については、毎月パソコンにより自動集計される月次決算、実績報告などにより、理事長、施設長、現場責任者で経営状況を把握、分析、検証している。また、その改善課題を職員に周知し、意識の共有化をはかるなど、幹部職員と現場職員とが一体となった運営を実践している。</p> <p>・職員の業績評価の方法は、主任による一次評価、施設長による二次評価の2段階で行うとともに、賞与時には個人面接を実施し、評価結果をフィードバックするなど、透明性の高い人事考課を行っている。また、全職員の推薦による表彰制度を創設し、職員の意欲向上にも取り組んでいる。</p> |

【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 介護サービスの内容に関する事項 | <p>・近隣には系列法人の病院と在宅介護支援センターがあり、医療や介護支援専門員との連携がスムーズ行われている。また、機能訓練は特に力を入れて取り組んでおり、身体機能の低下予防に成果をあげている。</p> <p>・ボランティアの受け入れに留まらず、学校との交流などによる福祉教育活動にも積極的に取り組んでいる。さらに、中学校域の様々な人々や団体で構成されている「福祉ネットワーク」の活動を全面的に支援するなど、福祉人材や社会資源の育成に取り組む姿勢は、地域福祉を推進する中核施設として高く評価できる。</p> <p>・施設と利用者の家族との交流は、連絡帳の活用や行事等を通して行われているが、今後は、家族会を設立するなどして、家族ならではの悩みや意見を家族同士が気軽に交換できる場の設定が望まれる。</p> |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Ⅱ | <ul style="list-style-type: none"> ・併設している特別養護老人ホームだけでなく、近隣にはケアハウスや系列法人の病院、老人保健施設、在宅介護支援センターがあり、職員研修においては様々な職種による研修が可能となるなど、職員資質の向上においてスケールメリットを多いに活用できている。 |
| <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</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族へのアンケートを実施し、主任会議等で内容の検討を行うなど、サービスの質の向上に努めている。また、職員については、目標の設定→自己評価の実施→施設長面接をとおして、毎年その達成度を検証するなど、職員資質の向上に継続的に取り組んでいる。 ・財務内容の開示については、法人全体の他にデイサービスを区分して作成すると、さらに透明性が高まると思われる。 |

| 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 | 理念・基本方針1 | (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。 | b | |
| | 計画の策定2 | (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 | |
| | | | (2) 重要課題の明確化 | 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 |
| | | | | 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協議する仕組みがある。 | a |
| | 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 | 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 | |
| | 組織Ⅱの運営管理 | 経営状況1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 | |
| 人材の確保・養成2 | | (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・組織的にやっている。 | 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： 辰巳萬緑苑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 | 創設者の言葉「一隅を照らす」を基本理念として、広報誌、各種パンフレット、ホームページに明記している。全職員がこの理念を日々の業務を適切に遂行する上での指針としている。 |
| 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 | 基本理念にもとづき、年度単位で基本方針を定めている。さらに、「咲かせよう 萬緑苑 笑顔の花」のスローガンのもとに、利用者本位の積極的な事業運営がなされている。 |
| 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 | 年度初めの全体会議で全職員に基本方針、事業計画が配布され、理事長、施設長から運営目標などが説明されている。さらに、主任会議、職員会議で討議され、実施スローガンを決定している。職員の理事長、施設長に対する信頼は厚く、基本理念、基本方針の周知は充分に行われている。 |
| 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 | b | 玄関ホールや食堂など、利用者が出入りする見やすい場所に掲示されている。今後は、利用者や家族等に対して、わかりやすく説明した資料を作成し、さらに周知度を高める工夫が期待される。 |
| 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 | 理事会等で決定した中長期ビジョンをもとに事業計画を策定している。また、事業計画は、前年度計画の達成度を評価したうえで当年度計画を策定している。さらに、毎月の運営状況の数値管理を徹底し、その分析を年度単位で実施している。 |
| 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 | 前年度の運営状況の分析結果をもとに課題を明確化し、基本方針（①個別処遇の推進、②生活空間の創造、③事故0、拘束0、感染0、④レク・リハビリの充実、⑤職員教育一気配りと優しさ研究一、⑥医療法人社団琢心会との連携、⑦地域の力、家族の力を育てよう、⑧変化を恐れずチャレンジすること）に反映させている。 |
| 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 | 基本方針、事業計画は毎年1~2月に施設長が骨子をつくり、主任会議、職員会議での討議を経て、評議員会で決定するシステムになっている。計画の見直しは、現場職員の意見が重視され、幹部職員と合議できる仕組みが確立されている。 |

| 評価基準 | | 評点 | コメント |
|--|----|----|--|
| 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 | 施設長はサービスの向上をはかるため、施設の運営状況を毎日チェック、分析し、問題点を把握している。また、利用者や家族に対してアンケートを実施したり、施設と家族との連絡帳から意見や要望を吸い上げて、主任会議で討議させるなどの対応をとっている。 さらに、施設長は地区社会福祉協議会の理事をしたり、施設自体が町内会に加入して地域活動に参画するなど、地域の意見を吸い上げる取り組みについても積極的に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 | 施設長は、経営や業務の改善と効率化を進めるため、主任会議、ケース会議などで現場から意見を十分に聴取して、人員配置の見直しや設備の更新など、職員が働きやすい環境づくりを積極的に推進している。 |
| 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 | 施設長は、高齢者福祉施設協会及び地域の各種団体の要職にあり、事業経営を取り巻く環境を的確に理解、把握している。また、系列法人内にある在宅介護支援センターと定期的に情報を交換し、潜在的利用者データの状況を把握している。 |
| 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 | 毎月パソコンにより自動集計される月次決算、実績報告などのデータをもとに、理事長、施設長、現場責任者で経営状況を把握、分析、検証している。また、経営状況や改善すべき課題を職員に周知するなど、経営の透明性を高めている。 |
| 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・組織的にやっている。 | 12 | a | 職員採用や人事異動については法人全体で実施するとともに、人事考課制度にもとづく格付け、給与体系への移行を検討するなど、質の高い人材を確保するための取り組みが行われている。また、全職員対象の充実した年間研修計画を策定、実施するとともに、新規採用者については、本年度から独自の育成プログラムにもとづく研修を実施するなど、計画的な人材育成が行われている。 |
| 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 | 職員の業績評価は、各セクションの主任が一次評価を行い、施設長が二次評価を実施している。賞与時には個人面接を実施し、評価結果をフィードバックするなど、透明性を高めている。また、全職員の推薦による表彰制度を創設するなど、職員の意欲の向上にも取り組んでいる。 |
| 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 | 主任会議、職員会議、ケース会議などをおして現場職員からの改善意見が吸い上げられている。また、有給休暇や時間外労働データは施設長がチェックして、必要に応じて個人面談を実施するなど、的確な状況把握につとめている。 |
| II-2-(2)-②福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。 | 15 | a | 千葉県社会福祉事業共助会への加入や職員親睦会への支援を行っている。また、嘱託医によるカウンセリングや弁護士による法律相談体制も整っている。今後は、各種休暇制度の取得を促進させるなど、さらなる充実を期待したい。 |

| 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： 辰巳萬緑苑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. 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 | 契約前の問合せや見学の対応については、パンフレットやホームページに明記されており、実施状況については、見学者ノートに記録されている。また、重要事項の説明、同意については、署名・捺印を得るようになっている。 |
| (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 | 利用前の情報収集は介護支援専門員との連携が充実しているために確実に行われており、アセスメント表に記録されている。 |
| (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 | サービス担当者会議を経て通所介護計画が作成されており、利用者・家族の同意も得ている。また、利用者に適した機能訓練の目標も記載されており、リハビリテーションに力を入れていることが確認できる。 |
| (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 | 利用料については、重要事項説明書において詳細を説明し、同意を得ている。 |
| 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 | 認知症ケアのマニュアルを作成したり、職場内外の研修に参加するなど、力を入れて取り組んでいる。また、施設独自の記録表を作成し、認知症利用者への対応についての記録・評価が行われている。 |
| (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 | プライバシーの保護については、マニュアルや研修において職員に周知するとともに、浴室や静養室等をカーテンで仕切るなどの工夫を積み重ねており、現在までそれについての苦情は受けていない。設備的な限界もあるが、プライバシーの保護について継続的な取り組みを期待したい。 |
| (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0委員会を設置し、マニュアルの作成や研修を実施している。現在は身体拘束を検討する利用者はいないが、継続的な取り組みが望まれる。 |
| (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 | 機能訓練については系列法人の医療面のメリットを活かし、利用者それぞれの身体状況に適した訓練が積極的に行われている。機能訓練計画や実施記録は介護支援専門員が頻繁に確認し、モニタリング(評価)も適切に行われている。 |
| (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 | a | 施設と家族との連絡手段として連絡帳を整備し、意見交換を行うようにしている。また、行事への参加などについても案内を出して、多数の参加を得る努力をしている。今後は、家族会などを設置し、家族同士の意見交換の場を設定するなど、さらに積極的な活動が期待される。 |
| (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 | 介護の質を確保するために、食事、排泄、入浴、口腔ケア、洗面・整容等の介助のポイントをまとめた各種マニュアルや実施状況等の記録が整備されている。研修に関しては、外部研修の参加だけでなく、複合的施設の利点を活かして、様々な職種による内部研修も実施されている。また、食事に関しては、嚥下体操を取り入れて以降、嚥下機能の向上に成果をあげている。 |

| 評価基準 | 項 | 評点 | コメント |
|--|----|----|--|
| (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 | 利用日の健康状態については、施設と家族との連絡帳による情報交換や個別記録を整備し、状態把握を適切に行っている。看護職員の配置については、デイサービスの常勤職員の他に、併設している特別養護老人ホームの看護職員との連携が密に行われ、利用者への安心につながっている。 |
| (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、送迎車両への乗降及び送迎車両内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 | 送迎時の事故発生の対応についてはマニュアルを作成したり、利用者の状態に合わせた送迎の方法を整備するなど、一人ひとりに合わせた対応がとられている。 |
| (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 | 年間計画書に行事計画として記載されている他、利用者ごとの個別計画も策定されている。また、機能訓練の一環として、整体師によるマッサージを導入しており、利用者の好評を得ている。今後は、全体的な活動のみならず、利用者の個性を重視した趣味的なプログラムの開発を期待したい。 |
| (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 | 施設自体は決して新しいものではないが、改修等により老朽化に配慮し、安全も確保されている。併設されている特別養護老人ホームとの共用については、利用者間の交流や入所へのスムーズな移行などのメリットもみられている。 |
| 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 | a | 相談・苦情に関しては、利用者・家族アンケートや施設と家族との連絡帳、送迎時の家族に対する聞き取りなどの工夫をしている。寄せられた苦情に関しては報告書に記載し、検討を行っている。ここ数年は苦情はないが、今後は「声なき声」を聞き取れるような工夫も望まれる。 |
| 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 | 通所介護計画については3ヶ月に一度評価が行われている。その際に利用者・家族の評価も記録しておくとともに効果的であると思われる。 |
| (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 | サービス担当者会議にて検討している他、介護支援専門員とは連絡を密に取っており、必要に応じてサービス内容の変更を行っている。 |
| 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 | 介護支援専門員との連携は密に行われている。特に、系列法人の在宅介護支援センターの介護支援専門員には、毎日の個別記録にも目を通してもらっている。また、サービス担当者会議へも積極的に参加している。 |
| (2) 利用者の主治医等との連携を図っている。 | 19 | a | 主治医、主病名、既往歴などについては、契約時に確認するとともに、緊急時の対応・連絡方法等についてのマニュアルも整備されている。特に、当施設の系列病院を利用している利用者については、密接な連携が取れている。 |
| (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 | ボランティアの受け入れに留まらず、学校との交流などによる福祉教育の活動にも積極的に取り組んでいる。さらに、有償ボランティアを受け入れて、その活動を支援するなど、人材や社会資源の育成にも取り組んでいる。 |
| 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 | 倫理規程は整備されており、研修や会議を通じて職員に周知されている。特に新規採用者の研修では重点的に取り入れて、周知徹底をはかっている。 |

| 評価基準 | | 項 | 評点 | コメント |
|---|---|----|----|--|
| (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 | 基本方針にもとづき全職員に運営方針が明確に示されている。その方針に沿って事業計画が作成され、事業が進められているが、半期ごとに事業の見直しを行い、事業内容の改善に役立たせている。 |
| (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 | 財務内容を含めた事業計画・報告書を関係者に配布しており、また、閲覧も可能である。財務内容については、法人全体での記載だけでなく、デイサービスの部分を区分するとさらに透明性が高まると思われる。 |
| (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 | 施設の改善課題について、主任会議、職員会議などで現場職員からの意見や要望を吸い上げ、重要性の高い課題内容から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 | デイサービスの職員については共同作業的な面もあり、明確な業務分担は決められていないが、各担当を決めての役割分担と協力体制は確立している。 |
| (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 | 情報の共有については、会議・研修等をおおしての意見交換はもとより、研修会資料、ケース記録等を回覧することで共有化をはかっている。 |
| 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 | 事故発生時や防止に関するマニュアルが整備されており、ヒヤリ・ハット報告も行われている。防災訓練は併設施設の特別養護老人ホームと合同で行っており、効果的と思われる。感染症対策については、「うがい週間」や「手洗い週間」などを組織的に取り組んでいる。また、体調の悪い職員は、感染症予防の意味からも無理な出勤はさせず、適切な応援体制を組めるようにしている。 |
| 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 | 個人情報の取り扱いに関しての同意書を整備し、内容は施設内への掲示の他、ホームページにも掲載している。 |
| (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 | 契約書の中に利用者や家族の求めに応じて開示する旨の条項を設定している。 |
| 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 | 研修については併設施設の特別養護老人ホームと共同で計画されている。デイサービスに関する内容に関しては、必要に応じて職場内研修を実施している。 |
| (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 | 利用者・家族の意見や要望を把握するため、アンケート調査を実施し、その結果については主任会議等で検討している。また、職員については、年度当初に各人ごとに目標を設定させ、自己評価を実施後、施設長との個人面接をおおして、その達成度を検証していく仕組みを作っている。 |
| (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 | マニュアルについては各職場に配布し、職員全員が自由に閲覧できるようになっている。また、必要に応じて主任会議で検討し、現状にそぐわない部分については定期的に見直しがされている。 |