

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	NPO法人 ACOBA
所 在 地	千葉県我孫子市本町3-4-17
評価実施期間	令和6年7月1日～ 令和6年10月25日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称	デイサービス安布里		
(フリガナ)	デイサービスアプリ		
所 在 地	〒294-0043 千葉県館山市安布里237-2		
交通手段	JR館山駅よりバスにて約10分 富浦ICより車で約15分		
電 話	0470-25-5766	F A X	0470-24-3090
ホームページ	http://www.makinomi.co.jp		
経 営 法 人	株式会社ケアサービス・まきの実		
開設年月日	平成14年12月1日		
介護保険事業所番号	1271000281	指定年月日	平成14年12月1日
併設しているサービス			

(2) サービス内容

対象地域	館山市、南房総市		
定 員	29名		
協力提携病院	医療法人社団 慶勝会 赤門整形外科		
送迎体制	有り		
敷地面積	1793.23㎡	建物面積(延床面積)	893.13㎡
利 用 日	月～土		
利用時間	9時～16時30分		
休 日	日曜日、1/1、1/2、1/3		
健康管理	バイタル測定、体重測定、ボディチェック、医療的処置対応可能		
利用料金	介護保険基本報酬及び加算については自己負担割合による。その他食事費日用品費等		
食事等の工夫	刻み、トロミ、塩分制限、カロリー制限等、ご利用者様個々の食事形態での提供可能。バイキング行事有り。水分はドリンクコーナーからお好きな物を選択出来るよう体制を整えています。テーブルごとに感染対策の為にアルコール消毒液設置し感染対策を		
入浴施設・体制	大浴、個浴、機械浴あり。スタッフ3名から4名体制にて可動		
機能訓練	機能訓練指導員による計画書作成、個別機能訓練、運動機能向上訓練を実施		
地域との交流	行事、地域ボランティアの誘致		

(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
	15	3	18	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	2	3	8	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	3	1	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			
	訪問介護員3級	介護支援専門員	社会福祉主事任用	
			1	

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	居宅介護支援事業所からの申し込み、直接のご相談、地域包括センターからの申し込み		
申請窓口開設時間	8時30分～17時30分		
申請時注意事項	特に無し		
苦情対応	窓口設置	第一事業部相談窓口	
	第三者委員の設置	無	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	「その人らしさ」もっとも大切にし、利用者様の個性にあった介護を基本としています。スタッフは利用者様の主体的な行動を妨げず、それをバックアップし、お一人お一人の個性や価値観を尊重させて頂き、介護を行っております。
特 徴	「自分の足で歩きたい」「自分の事は自分でやりたい」等、それぞれの目標が出来るように機能訓練指導員の指導のもと、個々の運動プログラム（個別機能訓練）に力を入れています。マシントレーニングの設備を活用し、機能訓練を行いながら、ご自身の身体機能、体幹バランスのチェック、評価が行える。
利用（希望）者へのPR	「やりたいこと」をご自身で選択できる様、楽しめる活動を豊富に用意しており、利用者様の意欲や身体機能に合わせ、参加してみたいレクリエーションを選べます。「楽しい」と思える時間を大切に、製作やおやつ作り、カラオケ等ご自身で選択できる通所介護を心掛けています。

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	
1.法人体制の支えと先進的DX化	
	当法人は2001年に赤門ケアサービス設立以降、グループホーム、デイサービス、デイホーム（認知症対応型）、介護タクシー事業、福祉用具貸与・販売事業、居宅介護支援事業所、介護付き有料老人ホーム等多くの福祉関連事業を展開してきた。そうした実績のもとにデイサービス安布里は支えられ特色あるデイサービスを展開している。会話型ロボットロミの導入をはじめ職員の情報共有に役立つ「業務管理ソフト」、さらに利用者一人ひとりの情報を記録できる「介護ソフト」はその人らしさを尊重し質の高い介護を提供している。
2.職員の主体性を尊重した楽しい職場	
	利用者の一人ひとりの要望を叶えようと、職員も利用者と一緒にレクリエーション作りに取り組んでいる。新しい制作活動に職員も工夫を重ね、利用者と同じ気持ちになって喜びを分かち合うことが日々のさらなる向上へとつながっている。職員の自主性を受け入れる職場環境はレクリエーションにとどまらずデイサービスの活動全般へと波及効果をもたらしている。職員の平均年齢が30歳代ということもあり、今後のさらなる発展が期待できる。
3.地域で一番活動的な選択ができるデイサービスの実践	
	当デイサービスは楽しみごとがたくさん用意され、利用者はその日にやりたい事に参加できる内容となっている。デイルーム内ではカラオケ、トランプ、新聞などそれぞれが自分で選択した活動を楽しむことができる。機能訓練のためのリハビリルームには各種運動機器が設置され、専門スタッフの下、個別に又はグループでトレーニングすることができる。様々な活動の取り組みが利用者の健康維持と悪化の予防に大きく貢献している。
4.楽しみとしての食事の質の高さと地域とのつながり	
	調理師やスタッフは食事のアンケートを取り利用者の満足度と人気メニューを把握している。2ヶ月毎のご当地メニュー、年2回のバイキングは利用者・職員が共に盛り上がるイベントであり、好評を博している。日常的に食卓におひつを用意し、利用者がそれぞれ付け分ける方法は食欲を増す工夫といえる。食材は地元の障がい者施設や商店、スーパーを利用し地域とのつながりも深い。
5. 気が付いたら帰りの時間	
	当デイサービスは帰りの時間のために送迎車を待つ時間はない。午後も体操や懐かしの歌謡曲など好きなことを楽しむ工夫がある。職員は利用者が気が付けば帰りの時間となっているような内容を目指している。
さらに取り組みが望まれるところ	
1. 理念・基本方針の重要事項説明書への追記	
	法人「ケアサービス・まきの実」としての経営理念・基本理念は明確であり、それに基づきデイサービス安布里独自の日々の実践が行われているが、利用者の理解を一層深めるためには、重要事項説明書にも理念・方針を明記することで利用者等の周知理解が一層進むものと思われる。
評価を受けて、受審事業者の取組み	
	この度は福祉サービス第三者評価にご協力頂き有難うございました。私個人にとっては初めての第三者評価だった為、大変良い経験になりました。デイサービス安布里を運営していくにあたって不慣れな為、自分の考えに不安があったり、答えが見つからない事が多々ありましたが、評価担当者様の言葉で自分の考えや目指すものが間違いでは無かったことが実感でき、「利用者様の笑顔と楽しむ気持ちを大切に、地域で1番楽しいデイサービス」を目指す道しるべが出来たように感じています。第三者評価でご指摘頂いた職員会議も毎月開催する事となりましたので、昼食メニューの見直し等、利用者様に頂いたご意見を大切に、サービスに反映出来るよう職員と共に考え対応させて頂きたいと思っております。尚、重要事項説明書に関しては本部に依頼し改善に努めて参ります。宜しくお願い致します。

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	理念・基本方針の確立	1	理念や基本方針が明文化されている。	3	
			2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	
		3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3		
	2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化	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	
		計画の適正な策定	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	
	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	
	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	
			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。	4	
		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	
		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	
II 適切な福祉サービスの実施	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	
			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	
		利用者満足度の向上	13	利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。	4	
		利用者意見の表明	14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4	
	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	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	
		サービスの標準化	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	
	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	
	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	
			19	個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の見直しを実施している。	5	
			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	
	5 実施サービスの質	項目別実施サービスの質	21	食事の質の向上に取り組んでいる。	4	
			22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	4	
			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	
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		
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		
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		
28			利用者家族との交流・連携を図っている。	3		
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		
		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		
		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		
計					117	1

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。 <p>(評価コメント) 法人の理念や基本方針についてはホームページや総合パンフレットには明記されており、事務所内にも掲示されている。理念や基本方針を踏まえ、デイサービス安布里のパンフレットには「選択できる通所介護」「地域で一番活動的なデイサービスを目指す」が掲げられている。</p>
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。 <p>(評価コメント) ケアサービス・まきの実の基本理念は、法人の経営理念と2024年度目標という形で事業所内に掲示されており、職員に周知・理解され、共有化されている。その理念・基本方針は日常の実践や会議等でも活かされている。デイサービス安布里では特色ある実践が日々行われている。</p>
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・方針が理解しやすい資料を作成し、分かりやすい説明をしている。 ■ 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。 <p>(評価コメント) 重要事項説明書には事業の目的と運営の方針が明記され、契約時には相談員は家族等に対しわかりやすく説明しているが、理念や基本方針も併せて記載されることを検討頂きたい。画像掲載同意書を利用者や家族と交わり、ホームページ上に事業所の日々の様子を載せて、理念・基本方針の具現化が進められている。3か月に一度発行される広報誌「ひだまり」にも施設内外の利用者の生き生きとした活動の様子が多くの写真を通して発信されている。</p>
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・基本方針に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。 <p>(評価コメント) 法人本部の作成した中長期計画に基づき、毎年年度末に評価や事業課題の分析を行い次年度の事業計画を策定している。そこには年間目標、予算計画、研修計画などが含まれている。評価内容や事業所目標等については「業務管理ソフト」を通じて全職員に周知している。</p>
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。 ■ 年度終了時ばかりでなく、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。 <p>(評価コメント) 月1回管理者と幹部職員とのオンラインによる会議と約3か月に一度の職員会議(管理者と主任その他の関係者)での会議で話し合われている。これらの情報は管理者を通して業務管理ソフトや朝礼などで全職員に説明、周知が行われている。</p>
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。 <p>(評価コメント) 管理者は毎年作成されるケアサービスまきの実事業計画に基づき、デイサービス安布里の課題分析と目標策定を行い、それに合わせて各職員は個人目標を定めている。4月と10月には人事考課を行い業務状況の振り返りや次の半期に向けての目標設定を行っている。管理者は「困ったら言ってね。」と職員とは常に対話をし、レクリエーションでは職員が出したアイデアを実現していく過程で、利用者だけでなく職員も楽しみながら活動をしている。</p>
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)の周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。 <p>(評価コメント) 全職員が使用する業務管理ソフトには倫理規定があり、いつでも職員が確認できるようになっている。入社時の研修では管理部が倫理や法例遵守について研修を行っている。職員全体での研修は実施されていないが、日常的な個人の尊厳に関わる問題が起きた場合や他の事業所で起きた問題については情報・問題を職員で共有し対策を話し合っている。今後は研修計画の項目として毎年実施することが期待される。</p>

評価項目	標準項目
<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 人事方針は入社の上り下りなどに明文化されている。また設定されている等級の業務遂行能力についても明示されている。評価基準等については考課シートおよび「業務管理ソフト」に記載されており、閲覧可能となっている。一次考課・二次考課を行い、考課内容は面接時に開示し、説明を行い公平に評価が行われるよう工夫している。</p>	
<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 毎月勤務集計データを作成、有給休暇消化率、時間外労働状況の把握を行い、人事部へ提出している。提出の際時間外労働分析を行い、今後の改善策を検討、提案している。全職員の休日、有給休暇の希望を確認して勤務表作成を行っている。夏季(4日)、冬季(5日)の特別休暇がある。また職員の部活動として、サーフィン、登山、いちご狩り(希望者は500円で参加可能)、さらに地域とのつながりもできるゴミ拾いなどがある。</p>	
<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 厚生労働省の発行する介護プロフェッショナルキャリア段位制度を導入し本部と事業所が協力し人材育成を図っている。年間研修計画を立て各職員がそれぞれ必要な研修に参加できるようにしている。人事考課面接において期待能力基準の明示し、目的をもって業務に取り組めるようにしている。育成指導計画書を作成しOJT、OFFJTの仕組みを明確化している。新人職員に対しては「見極めシート」という育成計画書をもとに個別の育成ができるようになっていく。</p>	
<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 全職員に対し管理者は身体拘束、虐待防止などを伝えている。また法人施設管理者のケアサービス高齢者虐待防止委員会でも虐待や身体拘束の有無を確認している。日常支援では利用者一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応はしない事や記録等では個人情報の取り扱いに配慮するよう職員に繰り返し伝えている。特に利用者の羞恥心に配慮した排泄介助や入浴介助を行えるような施設改善に務めている。虐待の疑いや被害にあった利用者がある場合は、関係機関と連携して対応している。</p>	
<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 個人情報保護に関する規定は、契約時に重要事項説明書の個人情報保護に関する書類を提示し、説明し承諾を得ている。また、事例報告会、公開講座、広報誌、ホームページでの写真や動画の使用について使用を許可するか不可かの契約書を利用者と交わしている。サービス提供記録は利用者等に開示を求められた場合、すぐに開示できるよう準備している。新人研修でも個人情報保護に関する研修を行っている。</p>	
<p>13 利用者満足度の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足度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。
<p>(評価コメント) 利用者等からのサービス改善等の要望に対しては、サービス改善の担当者会議を開催し、原因を分析し対策を講じ報告書を作成し、全職員で情報を共有している。把握した問題点の改善が迅速に実行できるよう、各関係職員間で報告、連絡、相談ができる体制を作っている。利用者や家族とのコミュニケーション手段として連絡帳の中に要望、苦情が記入できるようになっている。また送迎時や電話等の相談内容を各利用者ごとの介護ソフトの「相談・連絡」項目に記録している。</p>	
<p>14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。</p>	<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。
<p>(評価コメント) 重要事項説明書には相談、苦情等対応窓口が明記されている。また苦情対応マニュアルがあり、「苦情とは」から始まり、基本的な心構え、苦情対応の体制、苦情解決の記録、報告などが記されている。文書だけでなく苦情対応の流れが図式化されている。苦情やサービスに関する要望があった場合には、介護ソフト内にあるサービス改善報告書を作成し、原因と対策を講じ再発防止に務めている。</p>	

評価項目		標準項目
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) サービスの質、介護方法を検討する会議は、必要に応じてサービス担当者会議を開いている。会議の内容は各利用者の情報をまとめた「介護ソフト」内のサービス担当者会議の欄に記録している。また会議が開催された場合、会議録を作成し保管している		
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) 法人や行政の協力・指示のもと、入浴、排泄、認知症ケア、送迎など業務別の基本や手順が明記されたマニュアルが整備してある。マニュアルによってはほぼ毎年見直しを実施され、見直し歴が記録されている。新入職員の育成には先輩職員とのOJT時にそれぞれのマニュアルを確認しながら活用している。		
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やすく説明している。 ■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) 重要事項説明書、料金表、パンフレットを用いて説明している。特に専門的な用語、文章はわかりやすく平易な言葉で理解を得るよう努めている。ケアマネジャーから事前にいただいた情報・ケアプランから利用者・家族の希望を把握してニーズに応えられるよう説明している。		
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) 当事業所が使用している介護ソフトには利用者の心身状況・生活状況・ニーズ・課題が記録されている。各職種は常に情報を共有し、それぞれの職種の観点からサービス提供方法を検討して通所介護計画書に反映できる仕組みがある。介護計画書は詳細に利用者・家族に説明され、同意を得ている。		
19	個別支援計画について、内容が常に適切であるかの評価・計画の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) 利用者の利用状況は月1回、必要な時には随時ケアマネジャーに報告し情報共有している。ケアプラン更新時、必要に応じて随時通所介護計画書は見直されて更新されている。ケアマネジャーから照会のサービス担当者会議、職場内の担当者会議での話し合いには利用者・家族が参加することもある。		
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) 利用者それぞれの介護ソフトは利用者情報が全て記載され、全職員が利用者の日課情報を入れ込み共有できるシステムとなっており、常に利用者状況が記録、検討されている。職員の小さな気づきや利用者の言葉からニーズを把握する仕組みがある。		
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) 「食事はおいしい」と利用者の聞き取りからも「食事はおいしい」との感想があり、満足度は高い。調理師や職員は利用者アンケートを取り、献立に反映している。食材は地元産を重視し、地域のつながりを大切にしている。ご飯はおひつから利用者それぞれの好みに合わせて自主的に取り分けていることも当事業所ならではの配慮である。行事食の他にも全国ご当地メニューやバイキングを提供し、イベントとして利用者の楽しみごととなっている。		

評価項目	標準項目
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) 利用者の身体状況や希望により特殊浴・リフト浴・大浴場と入浴方法を選べることで利用者の安心につながっている。特殊浴室にはベッドが設置され衣類やおむつ交換時に利用者・介護者双方に負担がかからないよう考慮されている。排泄は各利用者のADLに合わせて4か所のトイレを使用できるよう配慮されている。	
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) 利用時には必ずバイタルサインチェックを行い、記録されている。緊急時連絡先は介護ソフトに入力されており、家族や医療機関に連絡できる仕組みがある。利用者は食後の口腔ケアを行えるよう支援しているが、加算をとっていないため評価を実施していない。	
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) リハビリ療法士、機能訓練指導員は利用者毎の課題に合わせた個別機能訓練計画書を作成し、3か月ごとに評価を行い更新している。リハビリルームには各種のトレーニング機器が設置され、利用者は個別に又はグループで機能訓練に励んでいる。廊下を利用した歩行訓練や上肢訓練も工夫されている。	
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) 当事業所のキャッチフレーズは「選べる通所介護」「地域で一番活動的なデイサービスを目指します」であるように、日々のレクリエーションは多くの活動が用意され、その中からやってみようと思えるものがある。朝はウェルカムドリンクで始まり、散歩、畑、手芸、カラオケ、囲碁、将棋、トランプなど広いダイニングのあちこちでグループで楽しんでいる方もあり、一人で新聞を読んでいる方も見られた。ダイニング内は用務職員が常時清潔に保たれるように清掃業務を行っている。	
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) 送迎順路の担当者が利用者の状況や家庭環境を考慮した送迎順路を決め実施している。送迎マニュアルは定期的に職員間で話し合い見直されている。帰宅時の時間には夕方の体操、懐かしき歌謡曲のBGMを流し、気が付いたら帰り時間にな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・対応方法の資料は用意されている。職員は認知症の方への対応やケアができるよう個別ケアを中心に考え、利用者の生活環境、家庭環境からその人に合った対応を心がけている。	
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の提出又は連絡を行っている。 ■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) 機関紙「ひだまり」は事業所と利用者・家族をつなぐ広報誌として発行されている。たくさんの写真から利用者が楽しく活動している様子が伝わる内容である。連絡帳は利用者の通所時の様子が写真入りで報告され、双方向のわかりやすい内容となっている。	

評価項目	標準項目
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・ハット事例等の収集を実施している。 ■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) 感染症マニュアルは作成され、BCPも整っている。職員は業務中はユニホームを着用し、手洗い、消毒に心がけている。感染症・食中毒蔓延防止研修は実施されている。利用者は全員マスク着用を継続している。	
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) 職員はヒヤリハットをたくさん上げることが大きな事故を防ぐと理解しており、ヒヤリハット・事故報告は複数の職員で検討しながら作成している。法人内では安全管理委員会を設置し、事例検討や会社全体で情報の共有、改善に努めている。	
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) 法人としてBCPが作成され、各事業所が災害対策シートを作成して職員に周知している。消防署の指導の下、同じ建物内の3事業所合同の大規模な防災訓練を予定している。事業所内では年2回の防災訓練を実施している。	