

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

通所介護【デイサービス】

評価対象事業所名称：藤沢富士白苑



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)4原則の内、経営理念 2)4原則の内、目標 3)4原則の内、目標達成のポイント 4)4原則の内、グループ全体で気を付けている事</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 法人が指針である理念を筆頭とした4つの原則に則したサービスを提供できる職員を求めています。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) お客様のご要望に応じて、新しいサービスを創り出すこと。</p>

調査対象

対象は原則として登録者全員。回答者の内訳は男性10%、女性52%、無記入38%。80歳未満19%、80歳代27%、90歳以上17%。要支援1・2は19%、要介護1・2は27%、要介護3・4・5は13%。利用年数3年未満63%。

調査方法

調査票等は利用時に事業所経由で配布しました。回収は返信用封筒に調査票を入れ直接評価機関に郵送する方法をとり、利用者が気兼ねなく書けるように配慮しました。

利用者総数

90

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
90		90
52		52
57.8	0.0	57.8

利用者調査全体のコメント

・利用者本人または家族に対して調査票による無記名式のアンケートを実施しました。
 ・総合的な感想では、「大変満足」または「満足」と答えた方が合わせて83%と一定の満足度が示されています。
 ・個々の設問については、15の設問中4つの設問で「はい」と回答した方が70%を越えています。個別の設問で見ると、必要な介助の提供(問3)、生活空間の整備(問6)、個人の尊厳の尊重(問10)、サービス内容の説明の分かりやすさ(問13)に関しては、「はい」と回答した方が70%を超えており、一定の満足度が示されています。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
コメント				
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	36	8	1	7
「はい」と回答した方は69%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は15%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は14%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	28	11	6	7
「はい」と回答した方は54%に留まっていますが、「美味しいです」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は21%、「いいえ」と回答した方は12%で、「味付けが薄いです」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は13%です。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	40	3	0	9
「はい」と回答した方は77%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は6%、「いいえ」と回答した方はい ませんでした。「無回答・非該当」は17%です。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	20	12	5	15
「はい」と回答した方は39%に留まっていますが、「体操やお風呂を楽しみにしています」といった声が寄せられています。「どちらともい えない」と回答した方は21%、「いいえ」と回答した方は10%です。「無回答・非該当」は29%です。				
5. 個別プランに基づいた事業所の活動・リハビリは、家での生活に役立つか	19	15	4	14
「はい」と回答した方は37%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は29%、「いいえ」と回答した方は7%です。「無回 答・非該当」は27%です。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	41	3	0	8
「はい」と回答した方は79%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は6%、「いいえ」と回答した方はい ませんでした。「無回答・非該当」は15%です。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	36	4	5	7
「はい」と回答した方は69%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方は10%です。「無回 答・非該当」は13%です。				
8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	36	5	0	11
「はい」と回答した方は69%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は10%、「いいえ」と回答した方はい ませんでした。「無回答・非該当」は21%です。				
9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	27	10	1	14
「はい」と回答した方は52%に留まっていますが、「安心できます」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方 は19%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は27%です。				

10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	39	5	0	8
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は10%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は15%です。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	36	4	1	11
「はい」と回答した方は69%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は8%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は21%です。				
12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	28	5	0	19
「はい」と回答した方は54%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は10%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は37%です。				
13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	39	11	0	2
「はい」と回答した方は75%と一定の満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は21%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は4%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	35	8	2	7
「はい」と回答した方は67%に留まっていますが、「対応していただいています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は15%、「いいえ」と回答した方は4%です。「無回答・非該当」は14%です。				
15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	22	9	6	15
「はい」と回答した方は42%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は17%、「いいえ」と回答した方は12%です。「無回答・非該当」は29%です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリー1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリー1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリー1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(〇〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(●●)	
	評価	標準項目
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(〇〇〇)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている <input type="radio"/> 非該当

カテゴリー1の講評

理念経営の実現を目指し、「4原則」を高いレベルで浸透させようとしています

理念経営の実現を目指し、「経営理念」、「目標」、「目標達成のポイント」、「グループ全体で気を付けていること」を事業所のあらゆる場所に掲示しており、職員が常に意識をする環境が整備されています。また、朝礼時に暗唱したり、職員の目標設定の中にも理念への理解・浸透の機会を取り入れるなど、高いレベルで4原則の浸透を図ろうとしています。

管理体制を充実させることによる運営の安定化が望めます

在宅支援課長が不在の時期が生じていたり、通所介護関係者が特養の会議や委員会に出席できる機会も少なかったり、施設長が通所介護事業所の会議に出席する機会も限られているなど、組織運営の充実に課題があります。また、重要な案件の周知は、口頭で伝えたり、メールを使用した工夫がみられますが、非常勤職員を含む末端の職員に対しての周知が弱いようです。指揮命令系統の整備など、更なる工夫が望めます。

2			カテゴリー2		
2			経営における社会的責任		
			サブカテゴリー1(2-1)		
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		4/4	
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している		<input type="radio"/> 非該当		
			サブカテゴリー2(2-2)		
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている		サブカテゴリー毎の標準項目実施状況		6/7	
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある			評点(〇●)		
評価	標準項目				
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している			評点(〇〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている			評点(〇〇)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている		<input type="radio"/> 非該当		

カテゴリー2の講評

特長的な研修の導入により倫理観・マナーの浸透に積極的に取り組まれています

新入職員へのオリエンテーション時における4原則や福祉人として守るべき規範・倫理の周知や、定期的な接遇研修を実施しており、倫理観やマナーの浸透に力を入れています。また、主任を対象として禅寺特訓道場での規律礼儀特訓なども行っており、組織として規律ある運営を目指す特長的な研修も実施しています。さらに、毎月の業務研修や定期的な管理職面接を通して理解が深まるような取組みが実践されています。

地域に対する情報発信の取り組みを充実させていくことが望まれます

開設以降に取り組んできた、介護者教室・栄養教室や納涼祭などの取り組みを通じて、地域における事業所の認知度も向上してきていると推察されます。しかし、広報誌などを作成・広く配布することによる地域向けの情報発信・公表活動においては改善の余地があります。事業所運営の透明化を進め、地域と良好な信頼関係をつくり上げていくことで、今後実施を検討している介護初任者研修などの新しい事業においても、成果が上がるものと考えます。さらなる取組みに期待します。

3			カテゴリ-3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
			サブカテゴリ-1(3-1)	
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えてい		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる		○ 非該当	
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる		○ 非該当	
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる		○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している		○ 非該当	
カテゴリ-3の講評				
先進的な複数のサービスが取り入れられています 介護ロボット”パルロ”の導入をはじめ、専門の運動指導員による楽しみながらできる機能訓練、資生堂のお化粧品療法、アロマ療法など他の通所介護事業所ではあまり見られない先進的かつ特徴的なサービスメニューが展開されています。				
介護保険制度の動向や地域ニーズについて現場層への共有に工夫が求められます 来年度、通所介護事業所の経営に大きな環境変化が予想されています。介護保険制度の動向等については積極的に情報収集を行っていますが、経営層が理解しているだけでなく、現場リーダー層への共有や浸透をさらに深める工夫が求められます。また、地域の動向やニーズについても、職員一人一人がアンテナを張って収集し、事業所の持つ社会資源の活用につなげていくような意識を持って行動していくことが期待されます。				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況
		10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(○○●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど の取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んで いる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況

4/4

評価項目1

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(0000)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

3カ年程度の環境変化を分析し、中期の経営計画の策定が望まれます

事業所の単年度の事業計画は、非常に精緻に作成されています。事業方針を明確にした上で、「強化項目」を打ち出しており、「今年度、何を達成すべきかなのか」が一目で分かるようになっていました。しかし、今後は介護保険制度の大きな改正など、事業所の経営に影響を与える多くの変化が予測されますので、単年度の事業計画に止まらず、事業所としての3カ年程度の環境分析を踏まえた中期の経営目標と事業計画の策定が望まれます。

5			カテゴリ-5	
5			職員と組織の能力向上	
			サブカテゴリ-1(5-1)	
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			8/8	
評価項目1			事業所にとって必要な人材構成にしている	
			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
評価項目2			職員の質の向上に取り組んでいる	
			評点(00000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している		<input type="radio"/> 非該当	
			サブカテゴリ-2(5-2)	
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
			7/7	
評価項目1			職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる	
			評点(000)	
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる		<input type="radio"/> 非該当	

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ5の講評

新卒・新人を採用する際、理念の理解を重視し、その点検の上採用しています

新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。また、2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員の目でチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。事業所におけるサービスの質を低下させないよう、職員採用に重きを置いています。採用後は、「2年間で一人前の介護士に育てる」ことを目標に、ベテラン職員による3か月間のマンツーマン指導や、目標管理による指導などが実施されています。

組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます

組織図は整備されていますが、担当課長の入れ替りやリーダー不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。

7			7		
情報の保護・共有			サブカテゴリ-1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当		
カテゴリ7の講評					
<p>個人情報保護のシステムは整備されています</p> <p>個人情報保護に関する研修会の開催は確認できませんでしたが、書面による個人情報は鍵がかかる棚に保管され、データはアクセス権限が設定されており、適切な運用が行われています。</p> <p>不要になった個人情報の破棄について明確なルールが求められます</p> <p>法令に基づき不要になってしまった個人情報の取り扱いに明確な規定がないようです。今後の整備が期待されます。</p>					

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

職員の4原則に対する理解が深まっています

4原則について掲示だけにとどまらず、朝礼での理念の唱和や職員面接時に4原則の理解度チェックを行なう様にしたことで、職員の行動や言動に浸透してきています。今後のさらなる充実に期待します。

サブカテゴリ-2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-5で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

新卒採用や職員に対するマインド研修の成果で離職が減っています

平成25年度は49名の採用に対して29名の離職ということで採用者の数より離職者の数は下回っていましたが、平成26年度は、さらに離職が少なくなっているようです。政策的な人事異動により現場に無理を来たしている部分もない訳ではないようですが、それにも増してマインド研修と専門分野の知識・技術研修のバランスの取れた研修体系と新卒重視の新人採用が功を奏してきているようです。

サブカテゴリ-3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-6で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

地域のボランティアとの触れ合いで情報収集や活動の充実を図っています

事業所内では、地域のボランティアの受け入れを行い、職員以外の方々と触れ合うことから、地域の情報などを取り入れることができるよう取り組んでいます。フラダンスや和太鼓、舞踊など披露ボランティアが来所し、利用者との時間を過ごしています。事業所では、市社協にボランティア登録を行い、積極的に地域のボランティアの受け入れを行い、職員だけではなく、地域の方々の力も得ながら活動の充実を図っています。

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

利用者が昨年21.2人／日から28.2人／日と7名増加

平成25年実績 21.2人／日から平成26年7月までの実績が28.2人／日と7名も増加しました。昨年は30名定員でしたが、35名定員と定員拡大しましたが、稼働率は80%を超えています。今後の更なる改善に期待します。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

介護ロボット”パルロ”が利用者の安心につながってきています

介護ロボット”パルロ”が各フロアに1台ずつ設置導入されています。認知症の利用者が1日の大半をパルロとの会話の中で落ち着いてきたり、機能訓練指導でもパルロが活躍しており、この介護ロボットの導入が施設サービスの価値を高めてきているようです。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者が入手できる媒体で、利用者に事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>事業所の情報は様々な媒体を通じて発信されています</p> <p>事業所の情報はホームページ、パンフレット、チラシなどで提供しています。パンフレットでは、一日の流れや持ち物などが分かりやすくまとめられています。チラシは、利用者や家族向けに事業所の楽しさが分かるような内容のもの、ケアマネジャー用に事業所の特徴が伝えられるような内容のものに分けて複数作成し、生活相談員がサービス担当者会議に参加する際や居宅介護事業所の巡回時、見学时等に配布しています。見学については出来るだけ利用者本人も同行してもらい、事業所の雰囲気が伝わるような時間帯を事前に調整しています。</p>		
サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 7/7
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスを軽減するよう配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービス利用前の生活をふまえた支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>面接記録表等の情報を基に、利用者の過ごしやすい環境づくりに努めています</p> <p>面接記録表に沿って、事前にヒアリングを行います。ケアマネジャーからの情報と合わせて面接記録表の情報を基にフェイスシートを作成し、事前に職員間で共有し、受入れ準備を行います。フェイスシートで聞き取った利用者の生い立ちや生活歴、日常生活動作等を踏まえて、コミュニケーションが取りやすい利用者同士で座席を近づけたり、レクリエーションへの参加の声かけ等を配慮しています。家族とも連絡帳を通して、意見や要望を汲み取りながら、通所介護計画書の変更や追加等を行い、利用者の過ごしやすい環境づくりに努めています。</p> <p>切れ目のない在宅介護の実践や顔なじみの利用者同士が集えるように配慮しています</p> <p>併設しているショートステイを利用する場合は、契約時に事業所の生活相談員が同席することで、知らない場所ではないことを伝え、安心してもらえるように配慮しています。同じ在宅サービスであるショートステイと情報共有することで、切れ目のない在宅介護の実践に繋がっています。また、特別養護老人ホームに本入所になりサービスが終了する場合は、終了後も事業所の体操やレクリエーション、行事に参加出来たり、おやつ時間を一緒に過ごし、顔なじみの利用者同士が集えるように配慮しています。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 11/11
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の介護計画を作成している		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画を利用者にわかりやすく説明し、同意を得ている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直ししている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 計画を緊急に変更する場合のしきみを整備している	○ 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしきみがある	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	○ 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(00)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

通所介護計画書の援助内容の個別化、具体化が期待されます

居宅介護支援事業所のケアマネジャーのケアプランを基に、通所介護計画書を作成しています。生活課題に対して、長期・短期目標を設定し、個別の援助内容を設定していますが、個別的、具体的な内容となっておらず、記録についても利用者一人ひとりの様子や状況が把握しにくい状況となっています。利用者一人ひとりがどういった生活課題を抱えているか、事業所としてどういった援助を行う必要があるか、その結果利用者の様子や状況がどうだったかが記録にも落とし込めるよう、通所介護計画書の援助内容の個別化、具体化が期待されます。

サブカテゴリ-5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重 サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 7/7

評価項目1
利用者のプライバシー保護を徹底している 評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2
サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している 評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に対策を検討し、対応している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-5の講評

利用者の気持ちになって、意向や要望に応えられるように努めています
 法人が大事にしている考えの一つに、「なぜ利用者の意向や要望があったのか、利用者の気持ちになって応えること」を徹底することがあり、それが「いい介護」や「いい看護」に繋がると考えています。提供していないサービスについての要望が利用者から挙げれば、出来る範囲で提供したり、代替案を提案することに努めています。サービス場面毎では、利用者を選択してもらえるような声かけや、意向を引出せるような問いかけをして、利用者一人ひとりの尊厳を尊重した対応を行っています。

評価項目1

手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

評点(0000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 手引書等は、職員の共通理解が得られるような表現にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうかを点検している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

評点(000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ6の講評

個別の介助方法や注意事項の書面化や最新の業務マニュアルへの見直しが期待されます

業務マニュアルは全職員に配布し、業務の標準化に努めています。自宅での生活パターンを基本とした排泄介助マニュアル、日常生活リハとしての食事介助マニュアル、入浴マニュアル、送迎マニュアル等を作成しています。しかし、個別の介助方法や注意事項は職員間で口頭ベースでの周知に留まっていますので、標準化のためにも文書化することが期待されます。また、内容の見直しが滞っていますので、現在在職している職員のスキルやノウハウを業務マニュアルに落とし込み、OJTの基礎となるよう最新の業務手順への見直しが期待されます。

ヒヤリハットの目的の再確認や気づきの感度を高めていくことが期待されます

事故やヒヤリハットが起こった場合は、所定の書式にて記録化していますが、提出件数の伸び悩みが課題となっています。ヒヤリハット等は職員の気づきの共有から大きな事故を未然に防ぐ目的があります。今一度、職員間で目的を再確認するとともに、研修等で職員一人ひとりの気づきの感度を高めていくことが期待されます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ-6-4)

		サブカテゴリ-4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 37/38	
1 評価項目1 介護計画に基づいて自立生活が営めるよう支援している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の特性に応じて、コミュニケーションのとり方を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者一人ひとりがその人らしく生活できるよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の支援は家族や関係機関、関係職員が連携をとって行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>デイサービスフロア記録にてその日の実施状況を確認しています</p> <p>「デイサービスフロア記録」は、個別機能訓練、入浴、口腔ケア、主食、副食、学習時間、延長、備考と項目に分けてあり、利用者がある日何に取り組んだのか、実施状況が確認できます。どの職員もこの記録を見ることで利用者全員の状況を確認でき、情報共有の有効なツールとなっています。利用者の様子については、個人記録に記載し、通所介護計画に基づきケアが行われているか、月1回のモニタリングにて評価、確認が行われています。</p> <p>通所時間が有意義な時間となるよう取り組んでいます</p> <p>フェースシートに記載している利用者の「その人像」を確認した中で、コミュニケーションの取り方は利用者に合わせて対応するよう努めています。その際、職員が考え過ぎず自然に対応するよう職員間でも共有しています。当事業所での一日の過ごし方、当日行うプログラムはありますが、利用者の意思を尊重し、無理やり参加していただくということはありません。利用者に関することは担当ケアマネジャーと密に連絡を取りあい対応しながら利用者が通所している時間が有意義な時間となるよう取り組んでいます。</p>			
2 評価項目2 栄養バランスを考慮したうえで、おいしい食事を出している			
評点(〇〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態や嗜好に応じて献立を工夫している		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる		○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている		○ 非該当

評価項目2の講評

利用者の嗜好、食形態に合わせた食事を提供しています

当事業所の食事は、併設する特別養護老人ホームと同様のメニューで提供しています。利用者の嗜好や食形態については、通所開始時の面接などで聞き取り、身体状態に合わせて提供しています。トロミ使用、自助具の使用など職員間で利用者の食形態等について共有するため、一覧表にまとめて確認できるようにしています。また、嗜好に対しても肉がダメな方には魚を提供するなど、細やかに対応し、食事を提供しています。

良い雰囲気の中で食事ができるよう努めています

昼食の献立は利用者に翌月分を予め配布してお知らせしています。食席は利用者の相性や食事介助の必要な方などを考慮して決定しており、利用者が落ち着いて、また、楽しく食事をしていただけるよう、良い雰囲気をつくるよう職員は努めています。現在、通所している全ての利用者が食事を取っているわけではなく、食事を取らない利用者もいることから、その方々の食事時間中の過ごし方については課題と捉えています。

3 評価項目3

【入浴介助体制のある事業者のみ】入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 入浴時には利用者の皮膚の状態など身体状況に留意し、必要に応じて関係者に連絡を入れるなどの対応をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	○ 非該当

評価項目3の講評

利用者の身体状態に合わせ、職員2名体制で安全に実施できるよう取り組んでいます

入浴は利用者の身体状態に合わせて、一般浴、中間浴、特浴の3つの入浴形態で実施しています。入浴前には、看護師によるバイタルチェックを行い、入浴の可否を判断しています。職員は2名体制で、安全に入浴が行われるよう対応しています。利用者の自立度が高いことを見越して、一般浴での対応を設定していましたが、現在、中間浴での入浴実施となる利用希望が集中しており、新規利用については希望に沿えない時も発生しています。実施人数とその度に行う清掃との兼ね合いで時間に追われている現状があり、検討課題と捉えています。

気持ちよく入浴していただくため、環境を整えています

入浴時に職員は利用者の身体状況をチェックし、気になる点がある場合は看護師に報告して確認しています。必要に応じて、家族には連絡帳で報告し、担当ケアマネジャーには電話で報告し、情報共有がなされています。入浴時間は気持ちよく入っていただくため、浴室の椅子や洗面器は利用者が使用することに清掃し、ゆず湯など季節を感じられる変わり湯なども提供して、のんびりとした雰囲気も演出しています。

4 評価項目4 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 排泄介助が必要な利用者に対して、一人ひとりに応じた誘導や排泄介助の支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. トイレ(ポータブルトイレを含む)は使いやすさや安全面を考慮し、それに応じた環境整備をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面に配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目4の講評

自立している利用者が7割で、必要な利用者については排泄チェック表で確認しています
 排泄については7割の利用者が自立しており、排泄状況を確認が必要な利用者については排泄チェック表にて把握しています。排泄状況については、家族と情報共有し、自宅での排泄状況も踏まえて便秘が続いた時などは、希望に応じて当事業所に対応しています。利用者数に対してトイレの数が少なく、昼食前の排泄時にトイレの外で椅子に座り並んでいる様子を拝見しました。自立している利用者が多く、自分のペースで排泄していますが、食事前など使用する人が集中する時は早めに声をかけるなどのアプローチも検討することが期待されます。

清潔保持に取り組み、臭気への配慮もあります
 利用者の降所後、トイレ等は毎日清掃し、清潔保持に取り組んでいます。利用時間内においても、汚れを見つけた際はその都度清掃し、排便の処理後などは状況を確認しつつ、10分くらい時間を置いてから利用者が使用するよう、臭気にも配慮しています。消毒についても、手すりなど、1日3回実施しており、清潔な室内環境維持とともに感染症予防にもつながる取り組みと推察されます。

5 評価項目5 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(00000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の主治医や常用薬等について把握している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 必要に応じて利用者の状態に応じた健康管理や支援をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 健康に関する利用者からの相談に応じている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 利用者の体調変化(発作等の急変を含む)に速やかに対応できる体制を整えている	○ 非該当

評価項目5の講評

看護師2名配置の手厚い体制は利用者や職員に安心感を与えています

当事業所は看護師が2名配置されており、手厚い体制を整えています。通所後は毎回バイタルチェックを行い、「バイタルチェック表」に記載しています。服薬についても「バイタルチェック表」で管理し、健康に関する支援は看護師が中心となり実施しています。看護師が利用者の通所時間中に常時在籍していることは、利用者にとっても安心して一日を過ごすことができ、職員にとっても安心して介護に専念できる環境であることが推察されます。看護師は入浴時の更衣室等での介助やレクリエーションにも関わり、利用者の全体像を把握しています。

利用者の健康状況、服薬について看護師が確認し、対応しています

利用者の健康状況については、利用開始時に主治医と薬情の確認し、薬情についてはコピーを提出していただき保管しています。健康診断について個別に受けていただいた結果を可能であれば情報提供してもらうよう伝えています。利用者の身体状況に応じて、血糖チェックや体重測定など、必要に応じて対応しています。服薬に関しては、通所時に持参していただき、内容と個数を看護師がチェックし、誤りのないよう確認して与薬しています。その日の体調や利用者の様子については、ケース記録に記載し、職員間で共有しています。

6 評価項目6

利用者の負担にならないよう送迎サービスを工夫し、安全を確保するための支援の方策をとっている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の負担軽減を考慮し、乗車している時間を少なくするなどの工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 送迎中の緊急時のために連絡がとれるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者が帰るまでの待ち時間の過ごし方に工夫をしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用者の身体状態や自宅周辺の状況を踏まえて送迎を行っています

利用者の送迎は、ほぼ、自宅玄関先までのドアツードアで行われています。送迎は2名のドライバーが対応しており、利用開始の際は予め自宅までの道のりを確認しており、自宅周辺の状況を踏まえた上で送迎時間を決めています。その際、腰に痛みのある方など、身体状態に応じて乗車時間が短くてすむよう考慮して順番を考えています。場合によっては自宅近くなったら到着時刻を連絡する、自宅から出る際は、施錠の確認を行うなど、個々に応じた対応がなされています。

安全な送迎を行うよう準備しています

送迎時には携帯電話を所持し、緊急時の対応は速やかに行われるよう準備しています。また、送迎時に必要と思われる物品については、車内に配置しており、月に1回チェックしており、万が一、車内で嘔吐してしまった際もすぐに処理できるよう嘔吐セットも常時車内に置いています。利用者の送迎を安全に行えるよう準備しています。

7 評価項目7 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		評点(〇〇〇〇●)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 機能訓練が必要な利用者に対しては一人ひとりに応じたプログラムを作成し、評価・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○ 非該当
○ あり ● なし	3. 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	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 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、楽しんで訓練を行えるような工夫をしている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○ 非該当

評価項目7の講評

個別機能訓練計画書を作成し、必要なリハビリが実施できるよう取り組んでいます

利用者の身体機能維持のため、必要な利用者については個別機能訓練計画書を作成し、計画的にリハビリを実施しています。計画は、本人・家族の希望を把握し、長期目標と注意事項を掲げ、実施項目、達成目標、実施内容・時間を記載し、実施した内容についてはチェックを入れるようにして管理しています。リハビリの内容については、浴室までが少し距離があるため、歩行訓練を兼ねて移動するなど工夫していますが、歩行訓練はマンツーマン対応となるため、なるべく希望者全員の実施が可能となるよう体制を整えることは課題と捉えています。

利用者が楽しみながら取り組むことがリハビリにつながるようアプローチしています

レクリエーションなど、普段の活動の中で、生活リハビリの要素を織り交ぜながら利用者に参加を促しています。食事前の口腔体操では大きな声を出して歌を歌い、タオルをたたむことで腕を動かす、貼り絵などの作品作りを行い、指先を動かすなど、利用者ができるところに着目して、楽しみながら行っていることが自然とリハビリにつながるようアプローチしています。

週1回、外部の専門指導員による運動の時間を取り入れています

当事業所は看護師が機能訓練指導員を兼務しており、看護師の主導で個別機能訓練と全体で実施する体操等が行われています。より専門的な機能訓練を提供できるよう、週1回、外部の専門指導員による運動の時間を設けています。参加したいと希望する利用者が多く通所する曜日に実施しており、専門指導員は様々な要素を織り交ぜ実施しています。現在は専門指導員にお任せしている状況ですが、今後、専門指導員が不在の時でも運動時間を提供できるよう、職員も積極的にこの時間に参加し習得していくことも期待されます。

8 評価項目8 施設で過ごす時間は楽しく快適で、利用者が自立的な生活を送ることができるような工夫(アクティビティ等)を行っている		評点(〇〇〇〇)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. さまざまな内容のバランスに配慮したプログラムを用意している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 食堂やトイレなどの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	○ 非該当

評価項目8の講評

通所しているからこそ、多くの利用者と楽しめる時間を提供できるよう取り組んでいます

「デイサービス月間予定表」を作成し、その月に行う、行事やレクリエーションの予定を利用者に伝えていきます。行事は年間計画を立て、毎月全体で楽しめる、季節感も味わえる内容を企画しています。お花見や七夕、敬老祝賀会、運動会、クリスマス会や新年会など様々です。運動会の開催前は、運動会の道具作りや飾りを作るなど、運動会実施に向けて気持ちも高まるよう工夫しています。また、月末は誕生会を行い、通所している方々で一緒に誕生日を祝います。通所しているからこそ多くの利用者と一緒に楽しめる時間を提供できるよう取り組んでいます。

利用者が自分のペースで落ち着いて過ごせる環境作りも行われています

通所時間内はレクリエーションなど計画はありますが、一人で読書を楽しむ、学習療法を実施するなど自分のペースで過ごすことも大切に捉えて対応しています。室内では、利用者の年代に合わせた音楽を流したり、ゆったりとした環境作りとしてはアロマを焚くなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境設定に取り組んでいます。現在、アロマコーディネーターの資格を持つ職員が、アロマの調合など効果がある利用者に対して提供できるように実施するなど、専門的な知識を持って様々なサービスや環境を提供できるよう取り組んでいます。

9 評価項目9

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の日常の様子や施設の現況を家族や介護支援専門員に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の家族などの見学はいつでも希望に応じている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

家族や担当ケアマネジャーと利用者情報を共有するよう取り組んでいます

家族との情報共有の手段として、連絡帳を活用しています。連絡帳については、利用者本人も目にするため、家族のみに知らせたい内容については、封筒に手紙を入れて家族に渡すなど、配慮しています。また、月1回、利用者の活動状況を「モニタリング表」にて担当ケアマネジャーに報告しており、必要な情報は家族、ケアマネジャーと利用者に関する情報をお互いに共有するよう連携を図っています。事業所に家族に足を運んでいただき実際に見ていただくことで取り組みや利用者の様子を共有できるよう、見学やイベント参加も希望に応じて受け入れています。

10 評価項目10

地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が職員以外の人と交流できる機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が地域のさまざまな資源を利用する機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目10の講評

地域のボランティアとの触れ合いで情報収集や活動の充実を図っています

地域資源の活用については、担当ケアマネジャーから利用者への情報提供が主となっています。事業所内では、地域のボランティアの受け入れを行い、職員以外の方々と触れ合うことから、地域の情報などを取り入れることができるよう取り組んでいます。フラダンスや和太鼓、舞踊など披露ボランティアが来所し、利用者との時間を過ごしています。事業所では、市社協にボランティア登録を行い、積極的に地域のボランティアの受け入れを行い、職員だけではなく、地域の方々の力も得ながら活動の充実を図っています。

No.		特に良いと思う点
1	タイトル	看護師2名の常時配置は、利用者、家族のみならず、職員にも安心感を与える手厚い体制は大きな強みです
	内容	通所後は毎回バイタルチェックを行い、服薬についても「バイタルチェック表」で管理し、健康に関する支援は看護師が中心となり実施しています。入浴時の外介助やレクリエーションの際も利用者の介助に入っており、日常の活動の様子も介護職員と一緒に確認しています。利用者にとっても安心して一日を過ごすことができ、職員にとっても安心して介護に専念できる環境であること、利用者の身体状況をにに応じていつでも専門的な視点で対応できる看護師2名配置という手厚い体制は、事業所の大きな強みと推察されます。
2	タイトル	全体で楽しむ企画だけではなく、自分のペースで過ごすことも大切と捉え、様々なサービスを提供できるよう取り組んでいます
	内容	行事は年間計画を立て全体で楽しめる、季節感も味わえる内容を企画しています。日中活動はレクリエーションなど計画はありますが、一人で読書を楽しむ、学習療法を実施するなど自分のペースで過ごすことも大切に捉えて対応しています。室内では、利用者の年代に合わせた音楽を流したり、ゆったりとした環境作りとしてはアロマを焚くなど、利用者が落ち着いて過ごせる環境設定に取り組んでいます。現在、アロマコーディネーターの職員が、アロマの調合などを行い実施するなど、専門的な知識を持って様々なサービスを提供できるよう取り組んでいます。
3	タイトル	新卒・新人を採用する際、理念の理解を重視し、その点検の上採用しています
	内容	新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。また、2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員のみでチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。事業所におけるサービスの質を低下させないよう、職員採用に重きを置いています。採用後は、「2年間で一人前の介護士に育てる」ことを目標に、ベテラン職員による3か月間のマンツーマン指導や、目標管理による指導などが実施されています。
No.		さらなる改善が望まれる点
1	タイトル	管理体制を充実させることによる運営の安定化が望めます
	内容	在宅支援課長が不在の時期が生じていたり、通所介護関係者が特養の会議や委員会に出席できる機会も少なかったり、施設長が通所介護事業所の会議に出席する機会も限られているなど、組織運営の充実に課題があります。また、重要な案件の周知は、口頭で伝えたり、メールを使用した工夫がみられますが、非常勤職員を含む末端の職員に対しての周知が弱いようです。指揮命令系統の整備など、更なる工夫が望まれます。
2	タイトル	専門指導員が不在の時も、運動時間を提供できるよう取り組むことが期待されます
	内容	当事業所は看護師が機能訓練指導員を兼務しており、看護師の主導で個別機能訓練と全体で実施する体操等が行われています。より、専門的な機能訓練を提供できるよう、週1回、外部の専門指導員による運動の時間を設けています。参加したいと希望する利用者が多く通所する曜日に実施しており、専門指導員は様々な要素を織り交ぜ実施しています。現在は専門指導員にお任せしている状況ですが、今後、専門指導員が不在の時でも運動時間を提供できるよう、職員も積極的にこの時間に参加し習得していくことも期待されます。
3	タイトル	地域に対する情報発信の取り組みを充実させていくことが望まれます
	内容	開設以降に取り組んできた、介護者教室・栄養教室や納涼祭などの取り組みを通じて、地域における事業所の認知度も向上してきていると推察されます。しかし、広報誌などを作成・広く配布することによる地域向けの情報発信・公表活動においては改善の余地があります。事業所運営の透明化を進め、地域と良好な信頼関係をつくり上げていくことで、今後実施を検討している介護初任者研修などの新しい事業においても、成果が上がるものと考えます。さらなる取組みに期待します。