

# 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：中井富士白苑



1	<p><b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b></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)理念:社会福祉の理念を尊重し地域に開かれた施設として長年に亘り培った経験を温め新しい福祉社会に貢献する。 2)目標:リピートしていただける施設になる。口コミで紹介していただける施設になる。 3)目標達成のポイント:いい介護・いい看護・おいしい食事を提供しなければならない。スムーズな依頼事項の処理をしなければならない。 4)グループ全体で気を付けていること:接客。お客様の要望は全て速やかに叶える 5)社員に期待すること</p>
2	<p><b>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）</b></p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉の理念を尊重し積極的に行動する新しい福祉社会に貢献できる人</li> </ul> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・何事にも誰かがやってくれるだろうと人任せにしないで、何事も“できる”よう最大の努力をする。</li> <li>・素直に学び、目標・目標達成のポイント・全体で気を付けていることを常に意識し、理念を実現させ</li> <li>・仕事において理念と違うと感じたら、自ら改善する心・向上する心を持ち自己成長する。</li> </ul>

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15%、女性64%。80歳未満13%、80歳代35%、90歳以上31%。要支援1・2は27%、要介護1・2は27%、要介護3・4・5は25%。利用年数3年未満50%、3年以上10年未満29%。

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

98

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
98		98
52		52
53.1	0.0	53.1

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96%と非常に高い満足度が示されています。  
 ・個々の設問については、食事(問2)、必要な介助の提供(問3)、緊急時の対応(問8)、個人の尊厳の尊重(問10)、プライバシー保護(問11)、計画作成時の要望の把握(問12)、計画の説明の分かりやすさ(問13)、不満や要望への対応(問14)の9つの設問で「はい」と回答した方が80%を越えており、高い満足度が示されています。生活空間の整備(問6)に関しては、「はい」と回答した方が90%を越えており、非常に高い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	40	8	0	4
「はい」と回答した方は77%と一定の満足度が示されており、「通所すること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15%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は8%です。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	43	5	0	4
「はい」と回答した方は83%と高い満足度が示されており、「分量もちょうどよく、美味しく食べています」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8%です。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	45	3	0	4
「はい」と回答した方は87%と高い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8%です。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	30	12	1	9
「はい」と回答した方は58%に留まっていますが、「お料理会やゲームなどが楽しみです」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23%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は17%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	26	11	1	14
「はい」と回答した方は50%に留まっていますが、「毎日リハビリをやったり、生活リズムが取れて大変良いです」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2%です。「無回答・非該当」とし、27%です。				
6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか	47	1	0	4
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されており、「いつもきれいで気分が良い」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2%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は8%です。				
7. 職員の接遇・態度は適切か	38	4	6	4
「はい」と回答した方は73%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8%、「いいえ」と回答した方は12%です。「無回答・非該当」は8%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	46	1	0	5
「はい」と回答した方は89%と高い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2%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は10%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	32	4	2	14
「はい」と回答した方は62%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4%です。「いさかひやいじめはありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、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	46	3	0	3
「はい」と回答した方は89%と高い満足度が示されており、「分け隔てなく丁寧に対応してくれています」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5%です。				
11. 利用者のプライバシーは守られているか	42	3	0	7
「はい」と回答した方は81%と高い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」とし、14%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	46	2	1	3
「はい」と回答した方は89%と高い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4%、「いいえ」と回答した方は2%です。「無回答・非該当」は6%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	46	3	0	3
「はい」と回答した方は89%と高い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6%です。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	42	4	0	6
「はい」と回答した方は81%と高い満足度が示されており、「お願いすればすぐ対応してくれます」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8%、「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」とし、12%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	27	7	4	14
「はい」と回答した方は52%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は14%、「いいえ」と回答した方は8%です。「無回答・非該当」とし、27%です。				

**I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)**

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ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	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況
	9/9	
	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(0000)	
	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(00)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 checked="" type="radio"/> あり <input 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(000)		
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

### 経営の4原則を全員に浸透させていく強い姿勢があります

法人の「4原則」(経営理念、目標、目標達成のポイント、グループ全体で気をつけていること)について法人主催の職員研修を通して浸透させていく強い姿勢があります。また、4原則と事業計画、人事考課制度が有機的に機能するような仕組みが出来ています。施設長は課長からの報告事項に対して、「4原則に沿った行動であるかどうか」を確認するとともに、自らの目で現場を確認しています。朝礼では職員が輪番で経営理念や目標に対して出来ている事を発表する場があり、日々振り返る機会があります。

### 「管理職の役割は結果責任である」という姿勢を職員に示しています

施設長は「何かあったらその責任は管理職が持つから安心してやりなさい」というスタンスで職員に働きかけています。また、働きやすく風通しの良い職場形成が経営層の役割であるという認識から、ほめ合う訓練などを通して職員同士がお互いを尊敬しあえるような環境の構築を目指しています。現在、事業所では新しいサービスをつくりあげることが目標に、職員全員からの提案を募っています。おやつ時間に目の前でクレープをつくったり、認知症予防のイベントを開催するといった成果に結び付けています。

### 重要な案件に対して非常勤職員にまで確実に周知する方法にさらなる工夫が望まれます

事業所での重要な案件についての周知は、職員に口頭で伝えたり、メールを使ったりした工夫がみられますが、在宅支援課長の不在の影響もあり、約8割の非常勤職員に対しての周知が弱いようです。非常勤職員の勤務形態に合った周知方法の更なる工夫が望まれます。

2			カテゴリー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 <b>4/4</b>	
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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 <b>7/7</b>	
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 <span style="float:right">評点(〇〇〇)</span>				
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 <span style="float:right">評点(〇〇)</span>				
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

### 事故・クレームをトラブルにしないをモットーに職員のマナー向上に力を入れています

全職員が接遇マナー研修を受講することで職員のマナー意識の向上に努めています。利用者や家族への対応においては、「理屈で相手を説得しようとしなさい」、「相手の感情を聞き、受け止めることから始める」という姿勢を徹底しています。事故や苦情などが生じた場合の対応についても、手順を定めて周知しています。また、他施設のクレーム事例の事例検討会を通して苦情やクレームの予防に取り組んでいます。その結果、25年度は1年間を通して1件のクレームも出ていません。

### 認知症に対する専門性を講演等を通して積極的に地域に発信しています

ユマニチュードや認知症予防運動など、認知症ケア・予防に対する取り組みに注力しており、地域に向けても積極的に情報発信をしています。「アルツハイマー病をくい止めろ」と題した講演会を企画・実施して、アルツハイマー型認知症の予防に関する専門家の医師を招き、地域の行政関係者、地域包括支援センター、事業所を対象として先端的な取組みの紹介を行っています。また、例年実施している介護者教室においても、家庭医を招いた講演会や職員による認知症予防運動プログラムの実技体験を行っています。

### 年々、地域社会との交流が深まっており、行政からの信頼も高まっています

毎年開催している納涼祭の参加者は年を追うごとに増えており、26年度は500名弱の参加があまりました。また、家族介護者教室は年3回開催され、40名の利用者家族や地域住民が参加しています。年を追うごとに地域社会との交流が深まっているといえます。先に挙げた認知症予防の講演会などを通じて、行政からの信頼も高まっていると推察されます。事業所としても、コミュニティバスを利用した地域活性化への貢献なども検討しており、さらなる展開が期待できます。

3			カテゴリー3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用				
サブカテゴリー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			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	
			8/8	
<b>評価項目1</b> 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) <span style="float: right;">評点(〇〇)</span>				
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、利用者に伝えている			○ 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
<b>評価項目2</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>				
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
<b>評価項目3</b> 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 <span style="float: right;">評点(〇〇〇)</span>				
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
カテゴリー3の講評				
<b>利用者ニーズが高い個別機能訓練の導入が進んでいます</b> 利用者のニーズが高い個別の機能訓練としてサーキットトレーニング・ラダー運動・ステップ運動・スティック運動等、多彩に用意されています。機器を利用したリハビリ以外でも、多様なゲームや体操・レクリエーションプログラムが充実しています。今後、機能訓練型のデイサービスとしての機能を強化していく予定とのことです。今後の成果が期待されます。				
<b>職員一人一人の「想像力・応用力・創造力」をサービスに生かしています</b> 法人の4原則に沿った新しいサービスを現場から作り上げるためのプロジェクトに取り組んでいます。「想像力・応用力・創造力」と題して、「想像力」では、職員にアイデアの提供を求めるとともに、誰がいつく提案したかを管理しています。「応用力」では、どうすれば実行できるかについて、責任者や担当者の役割分担した上で推進体制を明確にしています。「創造力」では、アイデアを具体化するための企画を練り、実行に移していきます。クリスマス・ディスプレイ、握り寿司調理など、実施予定の企画が17に上っています(訪問調査実施時)。				

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 7/11
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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(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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ-4の講評

**年度目標の管理指標の設定や、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。「総括」として事業所全体の方向性をまとめた後で、入所部門の「重点目標」を打ち出して、「目標を達成する為の具体的な方法」まで明示しています。今後は、目標の進捗管理につなげやすい数値目標等の管理指標の設定などが望まれます。また、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。

**安全確保・向上のための組織的活動があり、感染症も最低限の罹患に留めています**  
 利用者の安全確保・向上のために様々な組織的活動を行っています。事故発生時には速やかに事故検討会を開催し、再発予防策の検討を行っています。感染症予防のために、看護師の指導のもと、全職員を対象とした実技講習を行っています。昨年度のインフルエンザが発生時には、速やかに罹患者の特定を図る事でそのフロアだけの罹患に留めることができています。日頃からのリスクマネジメント体制が機能して成果として表れています。

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 <b>8/8</b>
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 <b>7/7</b>
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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ5の講評

**新卒・新人の採用に注力するとともに、育成するための研修が充実しています**

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。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。また、育成のための研修体系が整備されています。4月入職時点の研修に留まらず、半年程度経った時点で「新人の悩みを共有する」研修や年度末には「初心に帰る」ためのマインド研修があり、新卒・新人育成にきめ細かな配慮がされています。

**法人の「4原則」と連動した目標管理制度や、目的を明確にした人事考課があります**

法人が掲げる「4原則」を職員に根付かせるための目標管理制度が運用されています。目標管理シートには、4原則に沿った個人目標が設定され、半年ごとに目標の達成度を振り返り機会をつくっています。人事考課では、「接遇がいい社員」、「勤務時間内に150%の仕事をしてお客様から高い評価を受ける社員」と、考課のポイントが明確に打ち出されています。また、職員の適正を判断した上で、アロマコーディネーターや介護予防運動指導員などの専門資格の取得も促しています。

**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、課長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。今後は管理職や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			カテゴリ-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(〇〇〇)		
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(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><b>個人情報保護の周知・徹底と漏れのない情報共有に努めています</b></p> <p>厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を基準にして情報保護に努めています。また、個人情報保護に関する研修会が開催されています。さらには、施設長から朝礼の場で繰り返し個人情報保護の重要性について発信されています。また、情報共有については、24時間勤務体制でありがちな情報が伝わらない事に対して各フロアの職員に必要な情報が漏れなく伝わるよう各フロアにメールアドレスを付与し、必要な情報の周知・徹底に努めています。</p> <p><b>情報の保護および共有について、ソーシャルメディア対策の検討が望まれます</b></p> <p>法人内の情報については、基本的に職員が自由にアクセスできるファイルと、課長補佐以上の管理職のみしかアクセスできない管理職ファイルが設定されています。既存のデータの更新は、法人本部で一括して管理されていますが、施設間のファイアーウォールの規制の有無も明確になっていません。一方、職員によるインターネット等へのアクセスやメールの使用等に対する規制はなく、ソーシャルメディア対策は、講じられていない状況です。施設間の情報のやり取りのやソーシャルメディア対策をどうするのか、今後の検討が期待されます。</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

認知症なら中井富士白苑というブランドイメージの構築が進んでいます  
 ユマニチュードの理論をベースとした認知症回復プログラムとその実践事例を施設長や職員が講演を通して積極的に発信している結果としてNHK、TBSといったテレビや読賣や毎日新聞といったマスコミの取材を受ける機会が増えています。また、デンマーク市役所などの外国からの視察もあり、先進的な認知症に対する取り組みがブランドイメージとして高まっています。

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

非常勤職員でも優秀であれば登用して重要なポストに配置する試みがあります  
 非常勤で採用した職員も優秀であれば正規職員に登用しています。さらには新しい事業の開設準備室に配置して適性に応じた人材育成の試みが行われています。

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

事故・クレームをトラブルにしないをモットーに職員のマナー向上に力を入れています  
 全職員が接遇マナー研修を受講することで職員のマナー意識の向上に努めています。また、他施設のクレーム事例の事例検討会を通して苦情やクレームの予防に取り組んでいます。その結果、25年度は1年間を通して1件のクレームも出ていません。



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

今年度の重点目標である各曜日の登録者40名が達成されています。  
定員50名に対して各曜日の登録者が40名を上回っている結果、高い稼働率が維持されています。

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

利用者ニーズが高い個別機能訓練の導入が進んでいます  
利用者のニーズが高い個別の機能訓練としてサーキットトレーニング・ラダー運動・ステップ運動・スティック運動等、多彩に用意されています。機器を利用したリハビリ以外でも、多様なゲームや体操・レクリエーションプログラムが充実しています。今後、機能訓練型のデイサービスとしての機能を強化していく予定とのことですので、今後の成果が期待されます。

## 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 <b>4/4</b>
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している	<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>毎月新しい情報を盛り込んだ事業所独自のパンフレットを作成、情報を提供しています</p> <p>A4版両面カラー刷りの事業所独自のパンフレットは、1日の流れや月ごとの最新情報を写真を多用し見やすく掲載しています。施設での配布のほか、ケアマネジャーからの配布もあり、また送迎の際に地域の方に呼び止められパンフレットをご希望されることもあるため、いつでも配布できるよう送迎車にも準備しています。また法人管理のホームページからもサービスの概要を見ることができますが、更に事業所の独自性が感じられるような情報の掲載や利用状況のこまめな更新が期待されます。</p> <p>問い合わせには担当者が責任を持って対応し、見学を勧めています</p> <p>電話問い合わせには担当者が対応し、利用者本人、家族の見学を積極的に勧めています。見学日時は希望に応じ随時設定しており、様々な活動が行われる13:30からの時間帯を案内しています。見学では、ご利用案内や料金表を渡し、担当者が利用者の身体状況や趣味、利用希望曜日などを聞き取りながら対応しています。</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 <b>7/7</b>
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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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2の講評		
<p>事前面接で利用者、家族の意向を確認、サービス内容や料金について説明しています</p> <p>利用が決定すると契約前に利用者、家族、ケアマネジャー、主任、担当者、機能訓練指導員兼看護師で事前面接を実施します。最近の転倒、入浴の希望と自宅での入浴状況、車酔いの有無、利用者ができること、したいことを必ず確認し、サービスの目的や内容を一緒に考えています。また、重要事項説明書、契約書を用いた説明と、ケアマネジャーからの情報で利用希望時間、回数を事前に把握し1ヶ月の利用料金の概算を目安として伝えていきます。事前面接の内容は面接記録表に記載、全職員が閲覧し情報を共有します。</p> <p>初回利用時は事前説明を行った職員が同席する機会を増やし不安の軽減に努めています</p> <p>初回利用時は可能な限り事前面接を行った職員と帰りの添乗職員が迎えに行き、事業所到着後、事前面接で面識のある職員が二人きりで施設を案内し、不安を和らげるよう働きかけています。また帰宅前にも事前面接で面識のある職員と話す機会を設け、当日の感想を聞くよう努めています。また午睡や歩行練習など自宅で行っている習慣を継続するよう促しています。</p>		
サブカテゴリ3		
<b>3</b>	個別状況に応じた計画策定・記録	<b>サブカテゴリ毎の標準項目実施状況</b> <b>9/11</b>
<b>評価項目1</b> 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		<b>評点(000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<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

<b>評価項目2</b> 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		<b>評点(0000)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目3</b> 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		<b>評点(●●)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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くみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

<b>評価項目4</b> 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		<b>評点(00)</b>
<b>評価</b>	<b>標準項目</b>	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当

**サブカテゴリ3の講評**

**利用者の現状を検証できるよう、計画書との連動性を意識した記録の記載が期待されます**

利用開始にあたり面談にいく際までに担当ケアマネジャーからの情報が集まっている場合は、初回の介護通所計画書を提示して、その場で意向を把握しながら要望や状態を踏まえた計画書となるよう取り組んでいます。モニタリングや見直しを行うにあたり、その情報源となる日々の記録について計画書との連動性が薄く、情報量としてもまだ改善の余地があります。利用者の現状を検証する仕組みを更に深めるためにも、連動性を意識した記録の積み重ねについて検討することが期待されます。

**多職種で利用者の情報を共有しています**

毎日実施している朝礼で、利用者の特記事項(行動、様子、バイタルの変化、事故・ヒヤリハットなど)について申し送りを行っています。朝礼は各部門から参加しており、多職種で利用者の様子を確認する機会となっています。また、「デイサービス終礼記録」にも利用者に関する内容など伝達すべき内容を記載して職員間で共有しています。その内容については目を通したら確認印を押すこととしており情報共有漏れのないよう努めています。

サブカテゴリー5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリー毎の 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		
● あり ○ 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	○ 非該当	
● あり ○ 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	○ 非該当	
● あり ○ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 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		
● あり ○ 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)	○ 非該当	
● あり ○ 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	○ 非該当	
● あり ○ 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	○ 非該当	
● あり ○ 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	○ 非該当	
サブカテゴリー5の講評			
<p>写真撮影、掲載について、より具体的でわかりやすい同意のプロセスが期待されます</p> <p>個人情報の取り扱いについては法人ホームページに記載、事前面接、契約時にも書面にて説明、確認し「個人情報使用同意書」を取り交わしています。同意書は契約更新の都度、再確認、更新しています。本事業所では事業所独自のパンフレット、日々の活動の写真を事業所内イベントで上映するなど、わかりやすく視覚に訴える取り組みが優れているため、今後は、写真が掲載される具体的な媒体や機会を列挙し、掲載の可否をチェックしてもらうなど、より具体的でわかりやすいプロセスを検討されるのも良いと思われま</p> <p>ケアマネジャーと連携し、虐待の早期発見に取り組んでいます</p> <p>ケアマネジャーから虐待の恐れがある旨の情報を受けた利用者については利用時、特に丁寧に皮膚状態の観察を行い、異変に気付いた際にはすぐに連絡する体制をとっています。また送迎時の様子などから注意が必要と感じられるケースはケアマネジャーに報告、互いに連携を取ることで早期発見、虐待の防止に努めています。</p>			

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(00●)

評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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

標準項目の「あり」「なし」を選択してください

評点(0000)

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 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

各種マニュアルが整備され、研修時に使用するなど活用を図っています

入所事業所と共通の介助マニュアル(食事ケア、排泄、入浴介助、清拭)のほか、事業所独自の送迎マニュアル、常勤職員・非常勤職員の役割や業務の流れを示したマニュアルを整備し、職場内研修の内容に応じて配布し活用しています。現在は定期的な見直しの時期は設定されていませんが、今後、実際の業務により即した、誰が見てもわかりやすいマニュアル作成に着手したいと準備しています。

職員が意見を出し合い、互いに学び合う職場風土が形成されつつあります

週に2回の正規職員による社員会議、週に1回の全体職員会議、月に1回程度の臨時会議により、情報の共有を図り、業務に対する意見や改善点を自由に積極的に言い合える風土づくりに取り組んでいます。また内部研修会により知識や技術を学ぶことにも注力しています。今年度は感染症対策の研修を実施、全職員が確実に対応ができるよう業務中に感染症対策の抜き打ち実践テストを繰り返し行い、一致団結して感染症対策に取り組みました。

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	
		38 / 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(0000)			
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>日々のケアはケアプランに沿って行われているか、確認する記録の工夫が期待されます</p> <p>通所介護計画書の見直し時期は利用開始後は1ヶ月、その後は3ヶ月ごとに見直しを行っています。利用者の活動状況などについては、ケース記録に記載して職員間で共有しています。通所介護計画書で示すサービス内容の提供がどのように行われ、その結果利用者の様子はどのような状態なのかを確認するためのケース記録が必要と推察されますが、現在の記録は様子の記載に留まっています。計画との連動性やどのような視点で記載していくのか、記載内容については改善の余地があります。今後の検討が期待されます。</p> <p>事前情報をもとに利用者へのアプローチを行い、楽しく過ごせるよう取り組んでいます</p> <p>利用者へのアプローチは面接記録内に記載されている日常生活動作(ADL)や生活に関する情報をもとに行っています。難聴の方にはホワイトボードや拡声器を利用したり、その方が理解しやすい方法で接するようにしています。日中活動についても、必ず参加しなければいけないのではなく、休憩したい方はソファに座りその様子を見ていることもあります。通所時間内がその人なりに楽しく過ごしていただく時間となるよう職員は見守りながら取り組んでいます。</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(0000)			
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

利用者の身体状況に即した食事提供が行えるよう取り組んでいます

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。在宅生活との継続性も意識しながら、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しています。昼食時は栄養士もラウンドし、実際の喫食状況を確認しています。利用者の状態に即した食事が提供できるよう取り組んでいます。

利用者が楽しみながら食事時間を過ごせるよう配慮しています

食事は活動室と同じ場所での提供のため、活動時と食事時間とメリハリがつくよう環境設定しています。食席は利用者同士の相性などを考慮して決めており、楽しめる環境の中で食事提供ができるよう配慮しています。また、活動中はつけているテレビも食事中は消しており、食事に集中できるよう音楽を流すなど工夫しています。滞在時に昼食を利用者の方々と一緒にいただいた際、利用者同士が楽しそうに話をしながら食事をしており、体調にすぐれない利用者を気遣うなど、環境設定への配慮があつてこの関係性が築けていることが感じられました。

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	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

入浴可否は看護師が利用者の身体状況を確認して決めています

入浴は午前中に実施しており、一般浴、中間浴(座浴)と利用者の身体状態に合わせた入浴方法で提供しています。入浴前は検温、バイタルチェックを行い、入浴の可否については看護師が判断し実施しています。入浴を拒否する方や少し熱がある方については、再度看護師が検温し、入浴しても大丈夫なことを伝えて勧めています。入浴時は利用者の全身状態を確認できるため、皮膚状態の確認など留意しています。その際、気になる点があれば、家族や担当ケアマネジャーに連絡し、情報共有を図っています。

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、それに適し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

排泄チェック表にて個々の排泄パターンを把握し対応しています

利用者の排泄状況は排泄チェック表にて把握しています。定時でのトイレ誘導だけではなく、個々の排泄パターンを把握して取り組むこととしています。面接時など自宅を訪問した際、在宅での環境も把握した中で排泄介助を行っており、把握している排泄パターンの中で利用者が排泄に行かなかった時など変化が見受けられた時は家族にその旨伝えて共有しています。現在、トイレは4ヶ所ありますが、時間帯によっては混雑してしまうため誘導時間等は検討の余地があると事業所は捉えています。

清潔保持に取り組み、臭気への配慮もあります

トイレ内の清掃は、職員が清掃チェック表で確認しながら清掃を行い、清潔保持に取り組んでいます。次亜塩素酸での消毒も定期的に行っており、手すりなどについても行うことで、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名配置という手厚い体制を整えています。通所後はバイタルチェックを行い、必要な利用者については血中酸素濃度の測定や、インシュリン注射についても看護師が確認しています。服薬については通所時に持参している薬の内容を確認し、業務日誌に服薬の有無、与薬後はチェックをして間違いのないよう対応しています。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。

利用者の健康管理と緊急時の対応は看護師が中心となり取り組んでいます

利用者の健康状況については、個々で受診した健康診断の結果をコピーで提出することをお願いしており、薬に関しても、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。利用者が通院する際は、毎月実施している体重測定の結果をまとめた体重表を渡すなど必要と思われる情報を提供しています。緊急時の対応は、看護師がまずは家族に連絡を取り、搬送先の病院等を確認して対応しています。緊急時に迅速な対応ができるようマニュアル化しており、その内容についても研修等で周知しています。

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

利用者の身体状況を踏まえ、長時間の乗車にならないよう送迎を実施しています

送迎時間は1時間以内で対応できるよう、9台の送迎車で送迎時間のみ勤務のドライバー3名も雇用して、実施しています。添乗者は送迎区域を知っている職員が同乗することとし、時には看護師が添乗する場合があります。車酔いしやすい方や、身体状況で長時間の乗車が厳しい方などをピックアップし、送迎時間が短くなるよう対応しています。ドライバーへのドライビング指導や細かな状況の説明や声かけを行いながら、安全な送迎が行えるよう取り組んでいます。

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、万が一に備えて、送迎時緊急マニュアルを全送迎車に準備しています。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、車内で嘔吐してしまった際もすぐに処理できるよう感染症予防のための処理消毒セットも常時車内に置いています。送迎時の危機管理にも余念はありません。

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(00000)	
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					
<p>個別機能訓練計画書を作成し、自宅でもできる運動を取り入れ実施しています</p> <p>利用者の身体機能維持のため、必要な利用者については機能訓練指導員が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、自宅でも行える運動を取り入れることに視点を置いて取り組んでいます。実施したリハビリの内容についてはリハビリの記録に記載して内容を把握しています。拘縮の強い利用者の移乗などを行う際は、月1回来所する理学療法士からレクチャーを受け、機能訓練指導員を兼務している看護師より介護職員に周知し、全体で統一した移乗または訓練が実施できるよう取り組んでいます。</p> <p>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取り入れています</p> <p>事業所が導入している介護ロボットは簡単な体操もインストールされており、食事前の口腔体操や簡単な体操はこの介護ロボットを使用して実施しています。実際の動きを介護職員が介護ロボットの言葉に合わせて行うので、それを見ながら利用者は座ったまま一緒に体操を行います。ロボットの動きを見て楽しみながらとても熱心に取り組む利用者の様子を拝見しました。その他、認知症予防運動プログラムを導入しており、身体を動かしながら頭の動かす、歌ったり、しりとりしながらなど、楽しみながら自然とリハビリにつながるよう取り入れています。</p>					
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(0000)	
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

多様なプログラムを用意し、利用者が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」にて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。「ちよいしく」はその日の担当者によって内容が異なり介護職員のアイデアが光るレクリエーションです。今年度からの取り組みで、「文化祭」を開催しました。これは、11月に行う行事が少なかったことから、職員の発案でお楽しみ会的な行事をとって始めた企画です。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。

利用者の笑顔を引き出すために職員は前向きに取り組んでいます

利用者に好評の「お料理会」や「だがしやオープン」、厨房職員によるデモクック「クレープ屋さん」などは継続して実施しています。お料理会は自分たちで作った手作りおやつをお茶の時間にいただき、希望者にはレシピも渡しています。だがしやは、おやつ時間に昔懐かしい駄菓子を当事業所で使用している専用の通貨を使用して好きな駄菓子を買って食べる、クレープ屋さんは何種類かのクレープから好きなものを選び目の前で作って食するなど、利用者の笑顔を引き出すために職員は前向きに取り組んでいます。

学習療法やクイズ形式のレクリエーションと頭の体操的な要素の取り組みもあります

介護ロボットを使ったレクリエーションでは、頭の体操的な要素でクイズ形式のものも取り入れています。動物の鳴き声を聞いて、介護ロボットに向かって大きな声で答えを言うと、介護ロボットが正解を告げます。利用者は皆真剣に耳を傾け、熱心に参加していました。また、個別の取り組みとして、学習療法も取り入れています。資格を持つ職員がマンツーマンで行うため、個別にコミュニケーションを図れる良い機会にもなっています。事業所の強みとなる取り組みは何か、職員は見極めながら取り組んでいます。

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

家族と利用者様を共有できるよう伝えていきます

利用者の所内での様子は連絡帳に記載し、また、送迎時に直接伝えるなどして家族との情報共有を図っています。職員の情報共有で使用している「デイサービス終礼記録」には、家族に伝えるべき内容は「連絡帳転記」という欄を設け、確実に職員が連絡帳にその内容を記載しているか確認できるようにしています。事業所の取り組みは年1回開催している家族懇談会で伝えていますが、家族はやはり日常の様子が気になると思うので、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様の様子を共有できるよう職員は見学を勧めています。

介護教室を開催し、家族に取り組み内容を伝えていきます

事業所では、毎年「介護教室」を実施しています。チラシを配布し、家族の参加を促しています。今年度は事業所で取り組んでいる認知症予防運動プログラムの実技体験を行いました。実際にどのような運動を提供しているのか、実技を見ることで、家族も理解を深めることができ、自宅においても実施することで利用者の機能維持に取り組める効果も期待することができる取り組みと推察されます。

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

ボランティアを多く受け入れ、活動の幅を広げています

毎月、朗読、カラオケのボランティアが来所し、利用者とレクリエーションでの交流の機会が持たれています。その他、手品、フラダンス、ハーモニカ、かっぼれと様々なボランティアが活動の幅を広げてくれており、ボランティアを通して地域の方と触れ合うことができます。だかしやオープンレクリエーションの時は、併設する託児室の子どもたちも訪れ、楽しいひと時を過ごしています。職員以外の方とコミュニケーションを図ることで、その会話から地域の情報を得るなど良い機会となっています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	通所しているからこそ味わえる楽しさを提供するため、職員は前向きに取り組んでいます
	内容	当事業所での活動は、毎月全体で楽しめる、季節感も味わえる内容を企画や、「ちよれく」など介護職員のアイデアが光るレクリエーション、今年度からの取り組みの「文化祭」、介護ロボットを使ったレクリエーション、その他学習療法を取り入れ、さらに利用者により好評の「お料理会」や「だがしやオープン」、厨房職員によるデモクック「クレープ屋さん」などは継続して実施しています。通所しているからこそ経験できる時間で利用者の笑顔を引き出すために利用者へ提供する楽しみは何かを探求し、職員は前向きに取り組んでいます。
2	タイトル	常時、看護師2名体制という手厚い配置で、利用者も安心して日中を過ごし、機能維持への取り組みも積極的に展開しています
	内容	当事業所は看護師が2名配置という手厚い体制を整えています。医療面については専門的な対応ができる看護師が通所時間内に常駐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。また、機能訓練指導員も兼務していることから、機能訓練も介護職員と連携を図りながら介護ロボットの活用や月1回来所する理学療法士からのレクチャー、認知症予防運動プログラムを導入など、積極的に利用者の機能維持への取り組みを展開しています。
3	タイトル	認知症に対する専門性を講演等を通して積極的に地域に発信しています
	内容	ユマニチュードや認知症予防運動など、認知症ケア・予防に対する取り組みに注力しており、地域に向けても積極的に情報発信をしています。「アルツハイマー病をくい止めろ」と題した講演会を企画・実施して、アルツハイマー型認知症の予防に関する専門家の医師を招き、地域の行政関係者、地域包括支援センター、事業所を対象として先端的な取り組みの紹介を行っています。また、例年実施している介護者教室においても、家庭医を招いた講演会や職員による認知症予防運動プログラムの実技体験を行っています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	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
	内容	組織図は整備されていますが、課長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。今後は管理職や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。
2	タイトル	利用者の現状を検証できるよう、計画書との連動性を意識した記録の記載が期待されます
	内容	利用開始にあたり面談にいく際までに担当ケアマネジャーからの情報が集まっている場合は、初回の介護通所計画書を提示して、その場で意向を把握しながら要望や状態を踏まえた計画書となるよう取り組んでいます。モニタリングや見直しを行うにあたり、その情報源となる日々の記録について計画書との連動性が薄く、情報量としてもまだ改善の余地があります。利用者の現状を検証する仕組みを更に深めるためにも、連動性を意識した記録の積み重ねについて検討することが期待されます。
3	タイトル	年度目標の管理指標の設定や、中期の経営計画の策定が望まれます
	内容	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。「総括」として事業所全体の方向性をまとめた後で、入所部門の「重点目標」を打ち出しており、「目標を達成する為の具体的な方法」まで明示しています。今後は、目標の進捗管理につなげやすい数値目標等の管理指標の設定などが望まれます。また、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。