

平成 25 年度
福祉サービス第三者評価 報告書

社会福祉法人 芙蓉会
通所介護【デイサービス】
「デイサービスセンター芙蓉園」

2013 年 12 月 26 日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目 次

	ページ
報告書表紙（公表同意書）	1
全体の評価講評	3
事業プロフィールⅡ	5
利用者調査	7
組織マネジメント項目	11
サービス提供のプロセス項目	23
サービスの実施項目	29

（添付資料）

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成25年度)

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

〒 141-0031
所在地 東京都品川区西五反田2-31-9
シーバード五反田401

評価機関名 特定非営利活動法人メイアイヘルプユー

認証評価機関番号 機構 02 — 004
電話番号 03-3494-9033
代表者氏名 新津 ふみ子

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①	鳥海 房枝	福祉	H0301065
	②	酒井 由紀子	福祉	H0302063
	③	稗田 吉勝	経営	H0902015
	④			
	⑤			
	⑥			
福祉サービス種別	通所介護【デイサービス】			
評価対象事業所名称	デイサービスセンター芙蓉園			
事業所連絡先	〒	194-0004		
	所在地	東京都町田市鶴間661-8		
	TEL	042-796-2762		
事業所代表者氏名	理事長 本山 美八郎			
契約日	2013 年	8 月	8 日	
利用者調査票配付日(実施日)	2013 年	8 月	9 日	
利用者調査結果報告日	2013 年	10 月	3 日	
自己評価の調査票配付日	2013 年	8 月	8 日	
自己評価結果報告日	2013 年	10 月	3 日	
訪問調査日	2013 年	10 月	28 日	
評価合議日	2013 年	11 月	26 日	
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)	<p>■利用者調査票は、読みやすく回答しやすいように文字を大きくしました。</p> <p>■評価者は訪問調査の前に現場視察を行い、①利用者の送迎に同行 ②利用者と昼食をともにしながらサービスの提供場面を見学するなど、実際のサービス提供状況を把握した上で、経営層・職員層の自己評価内容を理解するよう努めました。</p> <p>■評価担当者は高齢者施設勤務経験者・高齢者施設評価経験者が担当しました。</p> <p>■一連の評価過程で事業所が気づきを得て改善し、それに継続性が見込めるものについては評点や講評に反映させました。</p>			

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、

- ☐ 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ☐ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ☐ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	経営層は率先して指導力を発揮し、組織を指揮している。
	内容	事業所の歴史は50年に及び、その伝統の長さは同時に改革すべき課題の多さも示している。このような状況の中、経営層は率先して改革に取り組んでいる。措置の時代の「事業所の運営」という考え方を「事業所の経営」という考え方に換え、全職員の意識を改革する事は簡単な作業ではない。しかし、経営層はあえて計数管理を軸に据え、原価意識や目標達成の重要性を日常的に職員に意識づけしている。また、一方で職員との信頼がない中で的人事考課は単なるチェックになってしまうという認識も十分に有し、職員との討議・会話を心がけている。
2	タイトル	地域包括支援センターを中心にしながら日常生活圏域における連携がなされている
	内容	地域包括支援センター主催の圏域会議に出席し情報発信をしており、圏域内の居宅介護支援事業者をはじめ、訪問看護事業者、訪問マッサージ事業者、配食サービス事業者などの医療・保健・福祉・介護の連携を意識し、それぞれの事業者と顔の見える関係づくりを実践している。通所介護事業者として、特に介護支援専門員との関係構築をしており、介護支援専門員から情報提供を受けることが多い状況にある。
3	タイトル	大規模災害に備えた体制整備を図っている
	内容	事業実施時の日中の大規模災害発生を想定し、利用者を帰宅させられないことを予測して、利用者全員が服薬している「薬」を2日分あずかっている。また、食糧・燃料などについてもライフラインのダウンを予測し、園全体で備蓄している。これらの取り組みは、利用者・家族にとって安心できる事業所として認識されている。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	組織として業務遂行の体制は整っているが7-9体制に移行したこともあり全体に余裕がない
	内容	事業所の業務体制は組織としての外形的仕組みは整備されているが階層別縦割り組織にありがちな弊害もみえる。また古い慣行が残っており、改革の為に、それらの改善が必要となる。しかし、少人数で最大限の効果を上げるために業務遂行の効率化が優先され、6-8体制から7-9体制に変わったこともあり、全体に時間的余裕がなくなり、ミーティングの時間が取れないと言う職員の声も出ている。研修も業務終了後の時間を割いた短時間でレジュメの読み合わせ程度で終わっている場合も多く、今後の課題と認識している。
2	タイトル	記録の整理と情報収集がさらに望まれる
	内容	通所介護計画書は相談員が中心となり作成し、日々の経過記録は常勤やパートスタッフを問わず、全員が持ち回りで記録している。情報収集は主に介護介護支援専門員からなされており、生育歴や生活リズムなどの情報収集が十分におこなえていないことが多く自立支援が不十分となっている。また日々の記録においても転記作業が多くなっており、やってあげるケアが多くなっている。利用者を単なるお客様扱いとせず利用者のできることを見極め、ストレングス、できることを維持・向上できるよう、さらなる個々の情報収集が望まれる。
3	タイトル	経営の安定化を図るためにも、利用希望者のニーズに対応できるサービス体制の構築が急がれる
	内容	地域のニーズに対応できる事業展開を図ることが、結果的に経営の安定化につながる。その視点から現状を見ると、入浴希望のある利用者を受け入れられない状況にある。その主な理由の入浴時間を午前中に限定し、午後をレクリエーション時間としていることによる。浴槽の構造に左右されることもあろう。しかしながら基本は、一律に入浴時間や、レクリエーション時間を決め、そこに利用者を当てはめる現在の運営方法を根本から見直す必要がある。

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> <ol style="list-style-type: none"> 1、私たちは「老人は国の宝の念を持って高齢者の尊厳を守り、その自立を精一杯支えたい。 2、私たちは高齢者が「ここに相談して良かった」と言ってくださる、そんな法人、施設でありつづけたい。 3、私たちは常に向上心を持って研鑽に励むとともに、協調と和を大切にしていきたい。 4、私たちは持続可能な経緯基盤の整備を図ります。 5、私たちは、常により良いケア方法について検討を重ねます。
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</p> <p>介護の基本である対人援助では、自発的にその人らしさを発揮させる支援が重要になり、そこに価値が生まれる。他人の模倣や指示及びマニュアルからだけでは「安心」という価値は生まれない。そのためには、主体性があり自立した人間であることが大切である。</p> <p>（2）職員に期待すること（職員に持って欲しい使命感）</p> <p>利用者は常に変化しており「予測」、「先読み」のできる視点と専門性を養うことが重要であると考えている。また、支援の対象者は「古い」、「痛み」、「死する存在」として、根源的な「苦」に向き合っている。その人々の「人生の安心」に関わる究極的な職業であり、現代の人々が敬遠しがちな職業でもある。その職業の価値に誇りを持ってほしいと期待している。</p>

調査対象

■利用者総数:88名
 ■サービス利用年数:1年未満16名、1～3年未満23名、3～5年未満14名、5年以上7名、無回答1名
 ■アンケートへの回答者:利用者本人16件、利用者と家族等が相談して12件、家族が本人の気持ちを推察して回答が21件、無回答12件

調査方法

■調査票は事業所から利用者に(利用者の理解が困難な場合は、事業者が送迎時に直接家族に手渡し)手渡し、回収は評価機関宛に利用者(家族)から直接郵送してもらうこととしました。

利用者総数

88

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
88	0	88
61	0	61
69.3	0.0	69.3

利用者調査全体のコメント

■アンケート調査での総合的満足度は「大変満足」23名(37.7%)、「満足」31名(50.8%)、「どちらとも言えない」6名(9.8%)、「不満」1名(1.6%)でした。
 ■肯定的回答率が80%以上となった項目は、問1「時間の過ごし方」、問2「食事」、問8「気持ちの尊重」、問9「職員の対応」、問11「個別計画の説明」、問12「サービス内容の説明」で、15項目の質問のうちの6項目でした。一方、「はい」という肯定的回答率が70%未満の項目は、問3「必要な介助」、問5「リハビリの家での活用」、問7「プライバシー保護」、問15「外部の苦情相談窓口」の4項目です。
 ■肯定的回答率が70%以下の項目については、訪問調査の折にも管理者は認識していることから、今後の改善が大いに期待できるものと考えます。

利用者調査結果

共通評価項目	実数			
コメント	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか	50	10	1	0
「はい」という肯定的回答率は82.0%で、そのコメントは「1日の活動が決まっている。いろいろな企画で楽しませってくれる。スタッフがよくしてくれている。バリアフリーのトイレの増設を望む。以前と比べると人手不足のようだ」等です。「どちらともいえない」のコメントは3名で「利用時間が短いため判断しにくい。トイレが足りない、待たされることがある。今までの暮らしと大幅に異なる毎日である」といった内容です。「いいえ」の回答者からのコメントはありませんでした。				
2. 食事の献立や食事介助は満足か	51	3	6	1
「はい」の肯定的回答率は83.6%で、そのコメントは「至れり尽くせりである。薄味で軟らかく美味しい。量的に物足りないが年齢を考えると十分である。ボリュームのあるものがもう少し欲しい。家での食が細いので食事についてのアドバイスが欲しい。塩辛いものも入れてほしい」等です。「どちらともいえない」「無回答」の回答者コメントはありませんでした。「いいえ」の回答者コメントは1名で「今年に入ってから食事の味が悪い時がある」です。				

3. 利用者が必要と感じた介助が提供されているか	41	7	8	5
「はい」の肯定的回答率は67.2%で、コメント者2名の内容は「皆さん親切です。本人自身がどうしていいかわからないが、介助を求めるのも恥ずかしいようだ」です。「どちらとも言えない」の回答者コメントは1名で「ここで困ったことはないそうです」です。「いいえ」のコメント者も1名で「本人にしかわからないので」という内容でした。「無回答」のコメントは2名で、その内容は「困ったことがない。困ったことに会っていない」です。				
4. 利用中の楽しい行事や活動があるか	46	9	2	4
「はい」の肯定的回答率は75.4%で、そのコメントは「ゲーム・音楽・コンサート・陶芸・カラオケ・喫茶祭り・麻雀・体操等のアクティビティの他に、家族が見学できる行事があるとなおよい」です。「どちらとも言えない」のコメント者は1名で、その内容は「体操とカラオケを楽しみにしている」です。「いいえ」の回答者コメントはありません。「無回答」のコメント者は2名で「音楽会。カラオケ・手作り作品」となっており、「はい」のコメントと同じような内容でした。				
5. 個別プランに基づいたデイサービスの活動・リハビリは、家での生活に役立つか	39	13	3	6
「はい」の肯定的回答者割合は63.9%で、そのコメントは「テレビを見ながらできる指の体操が効果的。立ちくらみが少なくなった。自分の作品を見るたびに思い出し、リズムある暮らしが身に付いたようだ。家で入浴させられないので助かっている」等です。「どちらとも言えない」のコメント者は1名で「本格的なリハビリメニューがない」です。「いいえ」「無回答」者のコメントはありませんでした。				
6. 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか	44	5	1	11
「はい」の肯定的回答率は72.1%で、そのコメントは「服薬や湿布等をしてくれ助かっている。親切に対応してくれている。いつもと違った事が有るとメッセージをくれるので分かる。連絡帳に詳細に記載してくれ、緊急時の対応も適切である」等です。「どちらとも言えない」のコメント者は1名で「通所開始後に具体的な問題に遭遇していない」です。「いいえ」の回答者コメントはありません。「非該当」のコメント者は4名で、いずれも「これまでそのようなことに遭遇していない」という内容でした。				
7. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか	36	10	6	9
「はい」の肯定的回答率は59.0%で、そのコメントは「職員の対応に満足している。今までそのようなことがないので安心して居る。配慮してくれていると思う」等です。「どちらとも言えない」「いいえ」「無回答」の回答者コメントはありませんでした。				
8. 利用者の気持ちは尊重されているか	50	7	0	4
「はい」の肯定的回答率は82.0%で、コメント者は3名、その内容は「職員の対応に満足している。時々こちらの話を聞かずに先に勧めてしまうことがある。視線を大切に本人の顔をしっかりと見て挨拶や話をしてくれる」です。「どちらとも言えない」「無回答」の回答者からコメントはありませんでした。				
9. 職員の対応は丁寧か	54	4	0	3
「はい」の肯定的回答率は88.5%で、そのコメントは「親切。気配りは最高。職員の対応に満足。明るく元気に挨拶して乗車させてくれる。心温まる爽やかな印象の声がけに笑顔が弾む」等です。「どちらとも言えない」「無回答」者からのコメントはありませんでした。				

10. 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	45	7	3	6
「はい」の肯定的回答率は73.8%で、コメント者は2名、その内容は「よく聞いて作成してくれている。日ごろからリハビリだけでなく、家族の病気などの都合にも配慮があり助かっている」です。「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の回答者コメントはありませんでした。				
11. 【個別の計画について説明を受けた方に】 個別の計画に関しての説明はわかりやすかったか	44	6	0	0
「はい」の肯定的回答率は88.0%で、コメント者は1名、その内容は「分かりやすく、説明のスピードも本人に合わせてくれている」です。「どちらともいえない」のコメントは「覚えていない。芙蓉園の担当者とケアマネジャーの意見が違っていた。耳が遠く聞こえが悪いので理解できないこともあるかもしれない」です。				
12. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】 サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか	29	2	0	1
「はい」の肯定的回答率は90.6%でした。「はい」「どちらともいえない」の回答者のコメントはありませんでした。「無回答」の回答者のコメント内容は「ケアマネジャーから聞いていた」です。				
13. 不満や要望を職員に言いやすいか	48	10	1	2
「はい」の肯定的回答率は78.7%で、コメント者は2名、その内容は「意見を言い、それを受け入れてもらえている。要望を連絡帳に書いてくれるなど、コミュニケーションはよくとれていると思う」です。「どちらともいえない」「いいえ」「無回答」の回答者のコメントはありませんでした。				
14. 利用者の不満や要望は対応されているか	47	8	1	5
「はい」の肯定的回答率は77.0%で、コメント記述者は2名、その内容は「対応したり相談に乗ってくれている。幸いなことに不満や要望はありません」です。「どちらともいえない」のコメント記述者は1名で、そのコメント内容は「努力はしてくれているが満足とは言えない」です。「いいえ」の回答者コメントはありませんでした。「無回答」の回答者コメントは2名で、その内容は「困ったことがないからわからない。不満等がないため今のところない」です。				
15. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか	24	1	30	6
「はい」の肯定的回答率は39.3%で、コメント者は1名、その内容は「知っている」です。「どちらともいえない」の回答者コメントはありません。「いいえ」のコメント者は2名で、その内容は「知らなかった。困ったことはまだない」です。「無回答」の回答者のコメントもありませんでした。				

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 5/9
	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(○●●●)	
	評価	標準項目
	○あり ○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 ○非該当
	○あり ●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 ○非該当
	○あり ●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 ○非該当
	○あり ●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) ○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
	○あり ●なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている ○非該当
	●あり ○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 ○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(○○○)	
	評価	標準項目
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○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 ○非該当
	●あり ○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く ○非該当

	カテゴリー1の講評
	<p>事業所は理念・方針を「芙蓉会の基本理念」「芙蓉園の誓い」として明示している</p> <p>法人芙蓉会の基本理念では「老人は国の宝」、「ここに相談し、ここで生活できて本当によかったと言える施設」「向上心と協調と和」などを、「芙蓉園の誓い」では7カ条にわたりその具体的内容を記述している。これらはパネル化され、誰もが見られる園内の場所に掲示されている。また、事業計画書、事業報告書等の巻頭にも明示され職員に周知しているが、職員、利用者・家族の理解が深まる取り組みにまでは至っていないことが職員自己評価からうかがえる。さらなる取り組みを期待する。</p> <p>経営層は自らの役割と責任を自覚し、率先して業務にあたっている</p> <p>経営層は事業所の抜本的な改革の一つとして、数年前より人事考課制度に取り組んでいる。その際、経営層はまず自らを人事考課の諸基準に当てはめて自己点検し、それを踏まえて各階層へこの制度を広げていった。このように、経営層は、自ら率先垂範して、組織の制度作りを進めている。本年度の第2期中期事業計画立案は、経営層が参加した経営会議で在宅支援課の運営方針・計画が立てられているが、職員の自己評価では、この経営層の姿勢と行動はパートスタッフには理解されていない。今後の取り組みを期待する。</p> <p>経営会議を軸に意思決定と伝達の手続きが組織的に進められている</p> <p>定員変更、稼働率目標設定など重要な案件を討議する場として、理事会、経営会議、評議委員会、課長会議などがあるが、主に、月1回理事長、園長、参与、各課長が参加して開かれる経営会議が中心となっている。決定事項の伝えきれない部分については、直属の上司が会議録の回覧、口頭による指示伝達している。ただし課長、主任等経由の伝達であり、経営意思を直接伝達する機会が少なく、常勤職員層も「伝え方に工夫がいる」と課題視している。職員自己評価でも特にパートスタッフの肯定度が低い。取り組みの工夫と充実を期待する。</p>

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(〇〇)			
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 評点(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 type="radio"/> あり <input checked="" 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
	<p>理事長自らが研修の講師となり、事業者や職員が守るべき倫理・規範等を明確にしている</p> <p>年度初めに理事長自ら講師となる研修を開催し、事業所や職員が遵守すべき、倫理、法令、社会的責任などについて職員に直接伝えている。さらに、これらを現場業務のなかでも遵守するべく「介護職員心得」や「パート職員心得」を作成して各員に手渡している。また新任の職員に対しても同様にコンプライアンス等の研修を行い、その遵守に努めている。またホームページやフェイスブックなどで広く事業所の案内を行っている一方、詳細な内容については第三者評価などの外部評価を受け、事業の透明化に取り組んでいる。</p> <p>担当職員を定めるなど、園全体で地域のボランティアとの連携に取り組んでいる</p> <p>洗い物や散歩などの活動にポイントが付く「いきいきポイント制度」などがあり、地域のボランティア活動は活発である。事業所ではアクティビティケアの促進を図っており、これをボランティアの協力を得て行っている。また、園全体でボランティアとの連携を図れるように、法人の福祉課にボランティア担当職員を配置している。しかし、パートスタッフの自己評価では、ボランティアに対する基本的な指導ができていないという意見もあり、この点に関する評価は低い。さらなる取り組みの強化を期待する。</p> <p>地域との交流を図り、地域コミュニティづくりに取り組んでいる。</p> <p>事業所では、近隣住民に対する会議室の貸し出しや、住民団体主催の「男の料理教室」などに当園の登録ヘルパーが講師として任意参加し協力している。また、地域福祉祭りへの参加・出店など地域との交流も行っている。職員に対しては他事業所での現場研修など視野を広げ、能力向上の機会を設けている。通所介護連絡会などで相互に連携しながら、競合事業所も多数あるなかで「独自性あるプログラム」の開発に取り組んでいる。また、町内会への食事の提供などを通じて、地域コミュニティの場・「集う会」の場所の確保なども進めている。</p>

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	5/8
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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<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意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			<input type="radio"/> 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			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 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(●●●)				
評価	標準項目			
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> 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			<input type="radio"/> 非該当
カテゴリー3の講評				
<p>ご意見とその回答を掲示した「ご意見ボード」は利用者・家族から好評を得ている</p> <p>ともすれば形骸化しかねない「ご意見箱」については、現場の知恵で、「玄関の風景」にしないために4カ月ごとに撤去し、再度設置するなどして注意喚起を行い効果を上げている。また、園として苦情対応規程を定め、それに基づいて問題を解決している。寄せられた意見とその対応策を「ご意見ボード」に貼りつけ、利用者や利用者家族への報告として掲示して評価を得ている。なお、苦情解決制度は契約書や重要事項説明書などに記載され、第三者委員や市の介護相談事業についても施設内に掲示しているが、利用者の認知度はまだ低い。</p> <p>日常のサービスの中からも利用者の要望を把握するように努めている</p> <p>利用者の意向把握に関しては毎年アンケート調査を実施して、利用者の希望・要望を把握すべく取り組んでいる。また新鮮さを保つため数カ月ごとに再設置して注意喚起する「ご意見箱」や、家族からの意見を通じて利用者・家族の意向把握に努めている。身近な例では、服薬や献立内容などについて、ご意見箱の意見を医務課や栄養課で検討して改善工夫を行った。さらに、職員は日常業務の中でも、利用者の言葉やしぐさなどから利用者の本音の部分での考えや思いを把握するように努めている。</p> <p>地域福祉ニーズの把握について多くの計画があるが職員にまだ浸透していない</p> <p>地域の住民・利用者の意向把握については、周辺地域の高齢化率の把握や地域住民へのアンケート調査などをもとに地域ニーズの把握に努めている。競合する他の事業所と連携しながらも独自のプログラムを開発し、地域の中で芙蓉園デイサービスの特色を出そうとしている。また、真のニーズを発見し、今後の「集う会」づくりの参考とするために、アンケート調査に加え、直接対話から地域の本音を探ろうとしている。ただ、これらの考えや行動が上層部中心であるためか、常勤職員・パートスタッフへの周知は不十分で、職員自己評価の肯定度は低い。</p>				

カテゴリー4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリー1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 6/11
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 <div style="text-align: right;">評点(○○○)</div>		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input 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 <div style="text-align: right;">評点(○○●●)</div>		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 <div style="text-align: right;">評点(○●●●)</div>		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</div>		
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		
<p>芙蓉会の理念・方針のもと第2期中期計画が策定され、取り組みが開始された</p> <p>法人の理念・方針に基づき、本年度より平成27年度までの第2期中期計画が策定された。当デイサービスセンター芙蓉園の本年度目標は、①.新しいプログラムを創造し実施する、②.スタッフのスキルアップを図る、③.稼働率83%などである。これは在宅支援課運営方針として具体化され、在宅支援課長の下に実行されている。事業計画の進捗状況は「事業実施計画進捗状況表」等をもとに経営会議などで討議されている。</p> <p>事業計画の実行手順の形式は整備されているがその実効性には課題が残る</p> <p>事業計画は経営会議や課長会議で骨子が固まり、在宅支援課で作成する。横軸に各種委員会での討議という形があり、縦軸では毎月課長補佐や主任による在宅支援課打ち合わせ、相互チェックを行いながら業務を遂行している。また経営会議では在宅支援課運営方針「事業実施計画推進状況表」をもとに、目標や計画の達成度をチェックし、綿密なPDCA(計画・実行・チェック・アクション)サイクルが行われている。しかし、職員自己評価において、計画策定やその実行について常勤職員の多くが低い自己評価であったことには留意する必要がある。</p> <p>各委員会での事故防止、感染症対策の他、BCPの策定にも取り組んでいる。</p> <p>利用者の安全のため、事故防止委員会や感染症委員会では事故発生時の行動や感染症発生時の対応について周知し、ヒヤリハットの分析やマニュアル等の整備をしている。第2期中期計画に基づいた防災の取り組みを定め、消防訓練の他、BCP(事業継続計画)に基づく防災の自主訓練を行っている。特にBCPについて利用者の安全を確保のために、在宅系サービスのBCP策定を計画し、総合訓練や自主訓練を通じて「芙蓉園版BCP」の策定を予定している。なお当事業所は自治体と二次避難所の協定書を締結し、さらに近隣地域とも防災協定を結んでいる。</p>		

カテゴリー5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 5/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている <div style="text-align: right;">評点(○●●)</div>		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 <div style="text-align: right;">評点(○○○○●)</div>		
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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
サブカテゴリー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		サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 6/7
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 <div style="text-align: right;">評点(○○●)</div>		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" 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
カテゴリー5の講評			
<p>「芙蓉園の売り＝職員」とする人材育成に取り組んでいるが、職員への浸透が課題である</p> <p>事業所では第2期中期計画の最終段階では「芙蓉園の売りは職員」と言われるまでのレベルに達することを目指し、法人の人材育成センターが中心となり、研修に取り組んでいる。また、在宅支援課運営方針のもと、常勤職員には個人の要望等を反映した個人別育成計画や研修計画を立案している。人事考課は業績考課、期待行動評価に基づいて行い、職員のスキルアップにつなげている。にもかかわらず職員の自己評価結果は常勤・パートスタッフともに肯定率が低い。事業所の人材育成の方針を職員へ浸透させることを課題に取り組まれることを期待する。</p> <p>職員の質の向上への取り組みはあるが、それに対する職員の評価は低い</p> <p>人材育成センターの研修に加え、通所介護部門でも、独自に認知症ケア、プライバシー保護、介護技術、事故予防などの研修を実施し、質の向上に取り組んでいる。また、外部研修受講後も報告会を行って知識・技術の共有を図っている。現在の個人別育成計画や研修計画は常勤職員を対象に作成している。しかしながら本項目についての職員自己評価は、パートスタッフのみでなく常勤職員でも肯定率が低い。パートスタッフが常勤職員を大幅に上回る構成でもあり、そのような現状の運営形態を考慮した、質の向上へのさらなる取り組みが求められる。</p> <p>職員のやる気の向上に取り組んでいる</p> <p>当事業所は「協調と和」を大切にし、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。開園祭や忘年会の他に、職員親睦会「つどい」を開催し、職員とのコミュニケーションを図り、職員の意欲気向上に取り組んでいる。職員の人的交流のために同一法人の「上総園」職員の意見をも反映させるなどの新しいしくみづくりも検討している。職員の安全衛生面では毎月産業医の視察があるなど、職員のメンタルケア等に対応する体制もできている。ただし、人材マネジメントに対するパート職員の自己評価は低い。人材として有効活用するための取り組みを期待する。</p>			

7				カテゴリー7	
情報の保護・共有					
サブカテゴリー1(7-1)					
情報の保護・共有に取り組んでいる				サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	
				2/7	
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(●●●●)					
評価		標準項目			
○あり ●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			○非該当
○あり ●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			○非該当
○あり ●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			○非該当
評価項目2 個人情報とは、「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(○○●●)					
評価		標準項目			
●あり ○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			○非該当
●あり ○なし		2. 個人情報の保護に関する規定を明示している			○非該当
○あり ●なし		3. 開示請求に対する対応方法を明示している			○非該当
○あり ●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			○非該当
カテゴリー7の講評					
情報保護の取り組みに対する職員への周知度は低い 事業所の情報管理は主にコンピューター(PC)で行なっており、介護保険関係は当事業所のコンピューターシステムの「資料室」に収納され、部外者が無断でサーバー内に侵入することはできない仕組みになっている。各種会議録や議事録など紙ベースの記録は書庫に保管され、書庫は施錠による情報保護となっている。ただしこれら情報保護の取り組みに対する職員への周知度は特にパートスタッフで低い。保護すべき情報とその取り組み状況など事業所としての基本姿勢などを、改めて職員間で確認する必要がある。取り組みを期待する。					
情報の漏洩防止のために、USBの取り扱いルールを取り決めるが求められる コンピュータシステムへのアクセス制限を行うにしても、情報の共有は業務遂行のために大切な要素である。「資料室」には日常業務遂行のための情報が格納され、職員は必要に応じて閲覧している。管理者は集計作業など勤務外時間に電算処理をしなければならない場合があるが、その際、便宜上、データをUSBにダウンロードすることがあり、情報が漏洩する可能性がある。今後はUSBの取り扱いにも取り決めが必要である。なお、情報の保護・共有に関しては常勤・パートスタッフ共に自己評価の肯定率はかなり低い。分析と対策が望まれる。					
開示請求に対する事業所の対応方法についての更なる周知を望む 事業所には個人情報保護規程がある。入所にあたっては契約書や重要事項説明書に「守秘義務」や「機密保持の厳守」の条項が定められ、利用者・家族に説明されている。また研修においても法令遵守の観点から職員の守るべき規範のひとつとして「個人情報保護法」の概略が伝えられている。ボランティアや実習生に対しても、「活動実施要領」などで、個人情報を不用意に漏らすことのないように指導している。なお、開示請求に対する取り組みへのパートスタッフの認識は低く、「知らない・わからない」という回答割合が約8.5割を占めている。					

8		カテゴリー8	
カテゴリー1～7に関する活動成果			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」 ・カテゴリー2:「経営における社会的責任」 ・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」		<input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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			
第2期中期計画の初年度の目標の多くはまだ取り組みの途中である。 デイサービスセンター芙蓉園の本年度目標は、①.新しいプログラムを創造し実施する、②スタッフのスキルアップを図る、③稼働率を83%と設定された。これらは在宅支援課運営方針として具体化され、本年度の事業実施計画が作成され、さらに「事業実施計画進捗状況表」を作成することによって、月次の会議等で当該項目の達成の状況を参加者全員で確認、討議することが出来ている。この手順は定着しつつあるが、本年度目標の多くは実現できず、成果もあがっていない。			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」		<input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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			
人事考課制度が定着し、個別育成計画作成も、よりシステム化されるようになった 人事考課制度も定着し、常勤職員の個人目標の設定やそれに応じた個別育成計画作成もよりシステム化されるようになった。また法人の人材育成センターの役割は重要であり、研修は法人研修、階層別研修、課題別研修など多角的かつ重層的に実施されている。デイサービスについても独自の研修計画が組まれている。また、デイサービス独自の標語を職員が作成し、その標語を全員が毎朝読み合わせをすることにより、意識改革を図っており、徐々に成果は上がっている。さらに、業務の遂行にあたっては「事業実施計画」とそのチェック機能をもつ「事業実施計画進捗管理表」が定着しつつあり、改善に向けた取り組みに成果が表われている。ただ、職員の自己評価を見ると、まだ実効性に欠けており、改善の余地がある。			
サブカテゴリー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、以下のカテゴリー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 ・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」 ・カテゴリー7:「情報の保護・共有」		<input type="radio"/> 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 <input checked="" type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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			
ホームページなどに使用する利用者の写真について掲載同意書をとっている 従来より、個人情報保護については理事長研修を始め、各課でも研修やそのつどの伝達が行われ、職員は常に留意するところとなっている。「デイサービス芙蓉園のご案内」にも個人情報の保護や適正な管理について明示している。また最近増えてきた、ホームページやパンフレット、フェイスブックなど視覚に訴える媒体への写真使用などについて、利用者から掲載の同意書を得ることにした。その結果、利用者の当施設での暮らしぶりや活動風景がより生き生きと表現されるようになった。一方、利用定員・利用時間を運営安定の側面から見直したが、入浴希望に添えない、日が落ちてからの帰宅など、新たな課題も出現している。			

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

定員増加と稼働率の維持などに成功し、収支バランスは改善している

定員を25名から29名に増員し、稼働率目標を83%としたが、利用者数は横ばいのままである。昨年に引き続き、コスト管理を徹底し、経費の削減に努めた。また昨年度取引業者との契約を解除したが、関係職員はそのまま存続したため、サービスの質を落とさず、経費は大幅に削減できている。しかし、まだ人件費等の比重は高く所期の目標の実現には至っていない。

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

利用者アンケートなどで意向把握を行い、支援活動に反映させている

毎年10月には利用者アンケートを実施し、送迎、入浴、趣味嗜好、職員の接遇態度などについて利用者の考えや意向を把握している。またこの結果を日常の利用者支援に反映させている。ご意見箱の活用も行っており、単なるご意見拝聴ではなく、その回答をボードに貼って掲示するなど、利用者との双方向の情報共有に努め、利用者・家族から好評価を受け、実効性ある取り組みが来ている。利用者の総合満足度も高く、「大変満足」「満足」合わせて88.5%であった。

Ⅱ サービス提供のプロセス項目(カテゴリー6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目		
	サブカテゴリー1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリー毎の 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(〇〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
サブカテゴリー1の講評			
さまざまな媒体で圏域を中心に情報発信している 利用者への情報提供媒体として、園全体の月便り、ホームページ、パンフレットがあり、また、通所介護の広報誌もある。通所介護専用の広報誌は、8月から発行しており2～3か月間隔での発行を予定し、現在11月号を作成中である。また、フェイスブックでも情報発信し写真など目に訴えるつくり工夫に凝らしている。広報誌等は、利用者やその家族はもちろんのこと、地域包括支援センター主催の圏域会議等においても情報提供がなされており、地域の介護支援専門員や訪問看護師、訪問マッサージ、配食サービスなど30～40事業者に配布している。 サービス提供範囲の関係機関に情報提供している 利用者が高齢者であることから、活動内容を写真で掲載したり、文字を大きくするなどしている。日常的に新聞を読んでいる利用者もいることから、新聞のように縦書きにして、1行12文字にするなどの工夫もしている。利用者に配布する時には、一人ひとり確認をしながらA4サイズをA3サイズに拡大するなどそれぞれにも配慮している。また月間予定表や献立表と一緒に配布して、興味がある・やってみたいなどの気持ちを引き出すようにしている。通所介護送迎範囲内の地域包括支援センターと居宅介護支援事業者に情報提供している。 相談員を中心に随時見学を受付・対応している 利用者の問い合わせや見学は随時受付し、対応している。見学への対応は、主に相談員があたり、相談員が不在の場合には、課長補佐か副主任が対応することに事業者として決めている。また、園のホームページやパンフレットにも「見学随時受付」と掲載し、いつでも受け付けている。見学者には利用者のクラブ活動の作品展示物や1カ月の活動予定表を示し、当日の活動の様子だけでなく通所介護全体の内容がわかるように説明している。			
	サブカテゴリー2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリー毎の 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(〇〇〇)			
	評価	標準項目	
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○非該当
	●あり ○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	○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(〇〇〇〇)
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>サービス利用の際には担当介護支援専門員も同席してもらうようにしている</p> <p>サービスの開始にあたっては本人とその家族に面接して、時間をかけて丁寧に説明するようにしている。この説明の際には、担当している介護支援専門員にも同席してもらっている。一人暮らしで家族も遠くに住んでいる場合には、より時間をかけ本人の気になるところを中心にわかりやすく説明している。また、利用者負担金等については実費表を提示し明確にしておき、そのうえで同意を得るようにしている。利用者やその家族の意向や注意点等について確認したものは、新規受け入れ記録に記載し個別記録化している。</p> <p>初回利用日の送迎には事前に面接した職員が同行している</p> <p>サービス利用開始にあたり、初回利用日の送迎の際には、利用者の不安を軽減するために事前面接を担当した職員が同行するようにしている。そして他の利用者には、必ず午前中のプログラム開始前に本人の紹介を行うようにしている。利用者の担当者が特に決まっているわけではないので、できうる限り同席するようにしている。また、初回の送迎等で気が付いたことは「デイメモ」に記載し、ミーティングでスタッフ間での情報共有を図っている。ただし、サービス利用前の生活等の把握については、介護支援専門員からの情報提供によるところが大きい。</p> <p>サービス終了時にはできるだけ継続性の支援に心がけている</p> <p>サービス終了時には、次に利用する事業所の相談員と連絡を取り合ったり、介護支援専門員や家族などに利用中に気をつけていたことなどを情報提供して、継続した支援がなされるようにしている。サービス終了は、施設入所することによるものが多く、同じ建物内にある特別養護老人ホームに入所となった場合には、入所フロアまで足を運んで、支援が継続されるようにしている。一方、他の施設への入所の際には、同様の支援はなされていない。今後の取り組みを期待する。</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 10/11
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(〇〇●)
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 type="radio"/> あり <input checked="" 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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</div>		
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くみを整備している	○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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>		
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くみがある	○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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇)</div>		
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		
利用者情報は統一様式に記録しているが、事業所としてのアセスメントは不足している 統一した記録様式が定められており、それに基づいて記録して情報の共有を図っている。初回面接時に聞き取り調査をしているが、利用者全体の8割が介護支援専門員からの紹介で、そこから得られた情報を主に利用者状況の把握事項として記録している。そのため通所曜日、趣味、入浴希望等が利用者・家族の主なニーズとなり、本事業所としての利用者のアセスメントは不十分な状態にある。利用者受入れにあたりアセスメントの充実を期待する。		
通所介護計画書は相談員を中心に作成されている 通所介護計画は、サービス提供スタッフと協議しながら、主に相談員が作成している。また、通所介護計画書は、3カ月後に評価し、そしてその6カ月後にモニタリング評価をしている。利用者には、直接説明し同意を得て署名等をしてもらっている。家族には、添え書きなどをしてわかりやすいようにするなど配慮している。非常勤の職員も多いため、サービス担当者会議の内容はミーティングで情報の共有化を図っている。緊急な変更が必要な場合には、スタッフ全員でミーティングで話し合い対応している。		
利用者全員を一覧できる「デイメモ」を作成するなどして情報の共有化を図っている 利用者一人ひとりの情報は個別ファイルにまとめている。日々の支援記録は経過記録として、午前中のプログラム責任者が午後にはその日の利用者全員の記録を記載するようにしている。利用者情報の共有については、利用者が一覧でわかるようになったA4サイズの「デイメモ」が作成されており、スタッフがそこに必要な情報を書き加えながら支援している。そのためメモ的記録を正式な記録に転記する業務が多く、通所介護計画との整合性やミーティング開催が就業時間内にできないなどの不都合もできている。		

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(〇〇〇)	
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(〇〇〇〇)	
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			
<p>外部とのやり取りは主に相談員がするようにしている</p> <p>プライバシーの保護については、個人情報保護同意書で説明し、署名および捺印を得ている。また、写真の使用に関する同意書も等得ており、掲載をする場合にはそのつど同意を得るようにしている。日常的な支援においては、事業所がオープンスペースとなっているので、「デイメモ」など個人の記録がなされているものには布をかけ、そのまま見えない状況にするなど配慮している。個別ファイル等も書庫の引き違い扉に常時鍵をかけ、記録時のみ取り出すようにしている。介護支援専門員などの外部とのやり取りは相談員が主にしている。</p> <p>スタッフの権利擁護意識の向上に努めている</p> <p>クラブ活動への参加の意思や日常動作の介助等に際しては、選択できる聞き方をするようにして、利用者が「ノー」と言えるよう配慮した対応をしている。また、スタッフの言動が利用者の気持ちを傷つけることのないようにミーティング等で話し合いをしている。朝の申し送り時には標語を選んで唱和し確認している。接遇や権利擁護等の研修は、パートスタッフも参加できるよう開催時間に配慮するなどし、スタッフの意識向上に向けて組織的対応をしている。</p> <p>虐待被害の疑いには組織として対応している</p> <p>日常的な支援において、特に入浴等では全身観察できる場面であるため、利用者が虐待被害に合っていないかなども意識して支援するようにしている。虐待被害が疑われるときは、発見者として地域包括支援センターに連絡し、連携しながら適切な対応をするとしている。なお、これまでも、虐待被害者を事業所として受け入れ、短期入所施設に入所するまで保護するなどの対応をした実績もある。</p>			

サブカテゴリー6		
6	事業所業務の標準化	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 12/12
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(〇〇〇〇)		
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(〇〇〇)		
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(〇〇〇〇〇)		
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
	<p>マニュアルを整備し、業務の標準化を図っている</p> <p>マニュアルは、通所介護独自の業務手順として9種類、介護マニュアルは園全体共通のものとして30種類を備えている。これらはスタッフが業務中でも見やすい位置に備え、いつでもだれでも見ることができるようにしている。その内容も専門用語は使わずに日常的・基本的な言葉で作成しており、資格をもたないスタッフでもわかりやすいようにしている。マニュアルは年1回更新しているが、日々のミーティング等で話し合えた内容がマニュアルの内容変更に相当する場合には、その都度更新している。</p> <p>マニュアルの見直し時期を4月に定め、改善に取り組んでいる</p> <p>提供しているサービスの標準レベルの見直しは毎年4月と定めて、通所介護独自の内容については、課長補佐が責任者となって行っている。見直しにあたっては、ミーティング等でのスタッフの意見や取り組み内容、研修で学んだことを反映させるようにするなど、よいサービス提供を目指して取り組んでいる。なお、園全体で共通のマニュアルは、例えば感染症マニュアルは医務課長等が責任者として見直している。今年度に見直し・変更したマニュアルは「感染症予防」である。</p> <p>毎月独自の研修等にも取り組んでいる</p> <p>会議やミーティングなどで話し合われたことを記録し、それを「議事録連絡事項綴り」として綴り、その日不在であった職員がいつでも見られるようにしている。また、外部研修以外にも毎月事業所独自の研修を実施して、知識や技術を学ぶ機会をつくって職員の資質を高めるようにしている。ヒヤリ・ハットはミーティングで話し合い、些細なことでも再発予防のために今後の対応をスタッフ全員に周知し、利用者の安全に配慮した支援につなげている。</p>

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリー6-4)

サブカテゴリー4	
サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況 33/37
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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</div>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 介護計画に基づいて支援を行っている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
評価項目1の講評	
<p>一人ひとりの希望に合わせた支援を行っている</p> <p>サービス提供の1日の流れは大きく分けて、機能向上のために午前中は運動を取り入れ集団体操をしている。午後は本人の希望等を取り入れ、趣味の活動にしている。自立した生活支援に向けて機能の維持が大事と考え、長い廊下を活用して手すりも利用しながら歩行練習を行うなど、利用者一人ひとりに合わせて支援している。</p> <p>趣味の活動が充実している</p> <p>利用者の趣味等を聞き、それをできるだけ反映できるようにいろいろなアクティビティ活動をしている。曜日によりアクティビティ内容が決まっており、有料講師以外にも絵手紙、習字、フラワーアレンジメント、手芸などをボランティア講師が担当している。趣味的活動が充実しているので麻雀をはじめ利用者が楽しみにしている。</p> <p>相談員が中心になり連携をとっている</p> <p>利用者の支援のために、家族や介護支援専門員などとの連絡は相談員が中心となって行っている。また、連絡帳には家族記入欄もあり、事業所と家族の双方向の情報交換の場となっている。連絡帳には、利用した日の本人の状況を記載するようにし、家族も本人の前では直接言いにくいことなどは記載するなどして、連絡帳は利用者支援にも役立っている。</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 <div style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</div>	
評価	標準項目
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 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 <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 食事を楽しむ工夫をしている <div style="text-align: right;"><input type="radio"/>非該当</div>

評価項目2の講評																	
<p>利用者に提供する食事の形態は4種類で、咀嚼・嚥下能力に合わせている</p> <p>利用者に提供する食事の形態は、在宅で摂取している食事情報に基づいて決定している。現在提供している食形態は4種類で、刻み・みじん切りなどがある。咀嚼・食塊形成をより容易にするため、これらをソフト食に変更すべく試作するなど、改善方向での取り組みに着手している。味つけや固さなどについても当日の検食担当者が食事提供20分ぐらい前に検食して、介助担当の職員に調味料での味付け追加の必要性や、固いでき上がりの場合はほぐして提供する等の情報を伝えている。</p> <p>利用者の嗜好に応じて代替食を提供するなど柔軟に対応している</p> <p>利用者の嗜好を把握し、嫌いで食べられない食品やアレルギー等がある場合は代替食を提供するなど柔軟に対応をしている。なお、献立の工夫については、併設する特別養護老人ホームと同一献立のため取り組みが不十分という意見がみられ、この項目は他の項目との比較においても、職員自己評価の肯定率は低い。さらなる取り組みを期待する。また、テーブルと椅子は1種類で、身長の高い利用者の場合、端座位姿勢で足底全体が床につき難い状態にある。安全で自立的な食事摂取を促す食事姿勢と環境についての検討を期待する。</p> <p>利用者の摂食スピードなどを勘案して、提供時間に幅を持たせている</p> <p>利用者の摂食スピードなどに合わせて、食事提供時間に幅を持たせている。利用者が座る席も、摂食スピード、相性、要介助の有無などから勘案し、気兼ねなくゆったり食事できるよう配慮している。昼食後に職員がワゴンでジュースを運び、利用者全員にジュースの種類を選択してもらっているが、全利用者に提供する根拠は不明である。このサービスの必要性和根拠について検討を期待する。食事を楽しむ工夫に関する職員自己評価結果はパートスタッフの肯定率が3割である。さらなる取り組みを期待する。</p>																	
<p>3 評価項目3</p> <p>【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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇)・非該当1</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">評価</th> <th style="width: 75%;">標準項目</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 入浴前に利用者の健康状態のチェックをしている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>2. 利用者の状態に応じた入浴方法や介助を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>○あり ○なし</td> <td>4. 浴室や脱衣室は清潔で、快適な状態にしている</td> <td>●非該当</td> </tr> </tbody> </table>			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	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																	
<p>入浴前に体調をチェックし、看護師が入浴可能か否かの判断をしている</p> <p>利用者の体調は、当日の連絡帳の内容と到着時の利用者の状態、さらに血圧・検温・脈拍などの測定結果を合わせて看護師が判断し、入浴を決めている。浴槽は階段を上り下りして入る大型の一般浴槽とチェアイン浴槽の2つのタイプがある。移動能力の高い利用者は一般浴槽を利用し、その割合は入浴している利用者の8割を占める。通所者全体の6割が入浴を希望し、午前中に設定した入浴時間で入浴者数は20名程度に上る。受け入れ人数を増やすためには、現在の入浴方法を、浴槽改修を含め入浴時間などを見直す必要性をリーダー層は認識している。</p> <p>入浴を全身の皮膚状態の観察の機会とし、必要時は関係機関と連携する</p> <p>入浴時の全身の皮膚チェックでは、ミリ単位の傷でも報告するようにしている。この丁寧な対応は家族からも「安心」の声として伝えられている。また、これまで事例はないが、理由の不明確な皮膚損傷などは、不適切な介護への気づきや虐待の早期発見にもつながると考え、皮膚チェックを重要視している。</p> <p>浴槽水の塩素濃度チェックを1日3回行っている</p> <p>大型の一般浴槽には井戸水を使用しており、塩素濃度チェックを1日3回、濾過機の逆洗浄も毎日行っている。また、年2回、水質の定期検査も受けている。なお、これまで同浴槽の換水は週1回であったが、ぬめり防止による利用者の安全確保などのため、毎日の換水と浴槽内の清掃へと実施方法を近日中に変更する予定である。さらに現在、ゆったりした入浴と利用者の身体機能を活用しながら安全な入浴をめざし、個人浴槽の導入を検討している。取り組みに期待したい。</p>																	

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(○○●)
	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				
<p>排泄に支援を要する利用者には、そのつど声かけや動作の介助をしている</p> <p>排泄に支援を要する利用者の人数は平均的に1日3～4人程度である。声かけは羞恥心に配慮して行っている。トイレの清掃は専門業者が毎日行っているが、排泄動作が自立している利用者が多いため、トイレを汚す、流し忘れなどには職員がそのつど対応し、気よく使用できるように配慮している。</p> <p>利用者定員の増加により、トイレの数が不足している</p> <p>1日の利用者人数定員を25名から29名に増加させ、利用時間も7～9時間に延ばしたが、現状はトイレの数と構造の検討には未着手である。トイレは1カ所で併設の認知症通所介護と共同使用で、女性用は個室2、男性用は小便器2と個室1、その他に車いす用トイレ1である。トイレはデイルームの近くにあり、昼食後などは順番待ちの状態になっている。職員の自己評価でも改善を要する事項として挙がっている。また、トイレの便座高は一律で、手すりの位置も立ち上がり動作を誘導する位置にない。排泄動作を自立的に行う視点から構造の検討も期待する。</p>				
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(○○○○○)
	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																	
<p>主治医や常用薬を利用開始の契約締結時に確認している</p> <p>利用を前提とした初回面接時に既往歴と現病歴、治療機関、主治医名、治療内容などを確認している。また、治療内容変更時にもそのつど、処方箋のコピーを得て、治療状況を把握している。通所日には連絡帳の内容を確認しながら順次バイタルチェックを行い、当日の入浴や体操・趣味活動への参加を判断し、必要に応じて家族、ケアマネージャーなどにも連絡している。また、健康に関する相談は主に看護師が受け、それらに適切に対応できるよう、受診時情報を連絡帳に記載することを家族などに依頼している。</p> <p>服薬管理を徹底するため服薬管理用の札を作成している</p> <p>利用者が服薬している薬は、災害発生時を予測して2日間分を預かっている。利用時間内に服薬する利用者の人数は1日7～12名程度である。これらの利用者には独自に薬の内容を記載した服薬管理札を作成し、朝の到着時に持参した薬と照合、管理札の内容と違いがある場合は家族に速やかに確認する体制になっている。実際の与薬も、そのつど服薬管理札と照合して行っている。また与薬後の空き袋は連絡帳とともに持ち帰るようにするなど、管理を徹底している。</p> <p>看護師が中心になり、利用者の体調変化に対応している</p> <p>利用者の体調変化などの急変時には、看護師がその場で可能な限りの救急対応をしながら、適切な対応について判断をしている。また必要に応じて、家族・主治医、救急病院などへの連絡も看護師の役割としている。さらに、特別な対応をした場合は、担当ケアマネージャーにも連絡している。看護師が勤務しているため、判断や処置を任せる傾向があり、介護職も医療や薬、処置等の知識を深める必要があるとリーダー層は認識し、今後研修の機会を設けたいとしている。取り組みに期待する。</p>																	
<p>6 評価項目6</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">評点(〇〇〇〇)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">評価</th> <th style="width: 80%;">標準項目</th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> <tr> <td>●あり ○なし</td> <td>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</td> <td>○非該当</td> </tr> </tbody> </table>			評価	標準項目		●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当	●あり ○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	○非該当
評価	標準項目																
●あり ○なし	1. 利用者の状況に応じて安全に送迎を行っている	○非該当															
●あり ○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	○非該当															
●あり ○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	○非該当															
●あり ○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	○非該当															
評価項目6の講評																	
<p>利用者の状態に合わせて座席位置、乗車中や乗降時の安全にも配慮している</p> <p>利用者一人ひとりの心身の機能や相性、車酔い、家族の希望などに応じて座席を決めている。これらの情報は送迎帳で把握できるようにし、また申し送りやミーティングでも報告し合って日々の変更にも迅速に対応している。利用者乗車中のシートベルトの装着、車いすの固定などは声に出して確認、また、車の乗り降りの際も声をかけ、利用者の安全を確保できる位置に職員が立つなど配慮している。</p> <p>送迎中の緊急事態発生に備え、送迎車から事業所に連絡できる体制を備えている</p> <p>送迎車に携帯電話を持って職員は乗車し、事業所内には送迎中の車からの連絡を受けられる職員を待機させるなど、緊急事態発生時に乗車中の職員のみで対処せずに済むよう体制を整えている。そして各送迎車には、利用者の緊急連絡先(家族など)、主治医、緊急病院などを記載した台帳も備え、ドライバー・乗車する職員が保管している。さらに非常災害時に備え、公衆電話マップや避難施設等を掲載したマニュアルも車輦に備えている。</p> <p>いっせいに送迎車輛を出すため、待ち時間はほとんど無い状態で運営している</p> <p>経営の安定化を図ることを目的に、利用者全員を7～9時間の利用時間としている。送迎車輛もほぼいっせいに外出しているため、個々の利用者は帰るまでの待ち時間がほとんど無い状態にある。ただし、日照時間が短くなる冬場は日が落ちてから送ることになるため、日中独居や独居の利用者は暗い家に帰っている。利用者それぞれの事情や希望に合わせた利用時間に対応することを、通所介護として課題としている。</p>																	

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 <div style="text-align: right;">評点(○○●●●)</div>		
	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いかす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>訓練プログラムは日常生活に生かす視点が不足していることを職員は認識している</p> <p>本事業所は機能訓練加算を採っていない。そのため機能訓練は利用者個々で作成・評価・見直しせず、通所介護計画では集団での体操やレクリエーションを、機能維持として位置づけている。これらのプログラムは日常生活で生かせる視点からの立案が不十分で、それを常勤・パートスタッフともに認識していることが職員自己評価からうかがえる。また、機能訓練指導員(看護師)の指導のもとに、介護職員が活動の場でそれを活かしているという項目の職員自己評価結果は、パートスタッフでは肯定率が0%である。</p> <p>日々の活動は毎日6種類程度あり、利用者はそれを選択して参加している</p> <p>レクリエーションや趣味活動の種類は豊富で、麻雀・ちぎり絵・陶芸など毎日6種類程度を展開し、利用者は自ら選んでそれに参加している。利用者調査においてもこの項目についての肯定率は75%以上で、マンネリ化しない工夫もしている。通所介護の事業者として午前中に集団で行っている体操に参加しない利用者に対して、個別状況に合わせたプログラム内容を検討したい意向がある。</p> <p>福祉用具は定期的に点検している</p> <p>車いすは月1回、タイヤの空気圧とブレーキの性能確認をしている。そして車いす点検表の内容でチェックし、不備が発見された場合は園の営繕担当者が対処するしくみを採っている。その他、週1回の大規模な床清掃時に合わせて椅子のネジ点検も行っている。</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 <div style="text-align: right;">評点(○○○○)</div>		
	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			
<p>身体を動かすプログラムや音楽などバラエティに富んだアクティビティがある</p> <p>アクティビティプログラムは月間で15種類程度あり、日々6種類程度準備されている。その内容は、活動的な身体全体を動かす体操から、楽しみながら手先を動かせる絵手紙やちぎり絵、習字・フラワーアレンジメントなど多彩である。利用者は趣味や好みで参加するプログラムを選んでいる。そして身体全体を使う活動の後は、身体に負担の少ないプログラムにする等の配慮をしている。活動中は適宜利用者に声掛けし、休息を促すなど利用者にとって無理のない参加となるようにしている。</p> <p>利用者が座る席は相性と仲間づくりについて配慮している</p> <p>利用者が通所時間を落ち着いて過ごせるように、座る席は相性や話の合う仲間づくりを意識して決めている。また、テーブルに花を飾る、廊下には利用者の作品を飾るなど、ゆったりとした雰囲気がある。その一方で、椅子の形状は一律で、全員が座布団を使っている。この理由は「休息スペースの不足から、同一姿勢で終日座っている利用者への快適性に配慮した結果」とのことである。また、テーブルの並べ方も横一列で、談笑できる雰囲気に乏しい。利用者個々の体型に見合った椅子、休息スペース・テーブルの並べ方などについての検討を望む。</p> <p>共用スペースを随時清掃し、安全性と快適性を保っている</p> <p>清掃は専門業者が1日1回行っている。その他、トイレは利用者の排泄介助時などに確認し、汚れに気づいた職員が随時行っている。その他の共用スペースも、趣味活動で床が汚れた時などには、事故防止と快適性を保つため随時モップがけなどを行っている。</p>			
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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
評価項目9の講評			
<p>連絡帳を活用して通所時の様子を家族に知らせている</p> <p>通所した日の本人の過ごし方を連絡帳に記載して家族に知らせている。記録する上で意識していることは、家族が知りたいと考えていること、生活への影響が考えられる事象、楽しめたプログラム内容とその様子などである。また、独居の利用者や連絡帳の内容に興味を示さない家族には、手紙や電話などを活用して充実させたい意向も持っている。なお、体調に関して家族が訴えてきた連絡帳の内容には、必ず看護師が対応するようにしている。利用者を担当する介護支援専門員への報告は必要時に随時行っている。</p> <p>利用者家族などの見学はいつでも受けるとしている</p> <p>インターネットやパンフレットに随時見学できることを広報するなど、積極的に見学を受け入れる姿勢を示している。また、廊下には活動中の利用者の様子がわかる写真や利用者の作品を展示したり、月間活動表などを掲示しているため、事業所の活動内容が見学時にわかりやすくなっている。</p>			
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		
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当
●あり ○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		○非該当

評価項目10の講評

利用者・家族の状況に合わせ、地域情報を提供している

併設する高齢者支援センターが主催するエリア会議に出席して近隣事業所の情報を得ている。また、同センターが主催する研修会などに関する情報を利用者・家族の状況を踏まえたうえで提供している。また、その他のさまざまな情報も、利用者・家族にとって有用と判断した時は、積極的に提供するようにしている。介護に関する情報誌などを玄関横の書架に置き、自由に閲覧できるようにしている。

地域ボランティアの協力を得て、多彩な活動プログラムを実施している

コーラス・フラワーアレンジメント、習字など多彩に準備されている活動プログラムは、地域ボランティアの協力を得て実施している。そして地域ボランティアが来園して活動しやすいように、ボランティア担当の職員を配置するなどして積極的にその活用に取り組み、利用者の交流の場を広げる機会をつくっている。行政は「市いきいきポイント制度」を設立して市民にボランティア参加を促している。この行政の姿勢に通所介護のみならず園全体で有効活用すべく取り組んでいる。

利用者が地域資源を活用できる機会を設けている

地域住民が中心になって行っている「地域福祉祭り」の会場として施設を提供しており、利用者もそこに参加している。また、年1～2回（1回につき6日間）開催される訪問歯科診療の会場として施設を提供しており、希望する利用者が歯科診療を受けやすい。具体的には診療日を事前に個別に知らせ、歯科診療受診につなげている。ちなみに1回の診療で20人程度の希望がある。なお、この項目に対するパートスタッフの肯定率は15.4%で、外出活動の不足を通所介護としても課題視し、今後充実させたい意向がある。さらなる取り組みを期待する。