

千葉県福祉サービス第三者評価の評価結果 (通所介護)

1 評価機関

| | |
|--------|-----------------------|
| 名 称 | NPO法人 ヒューマン・ネットワーク |
| 所 在 地 | 千葉県船橋市丸山2-10-15 |
| 評価実施期間 | 平成24年1月20日～平成24年3月10日 |

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

| | | | |
|---------------|----------------------------------|-------|--------------|
| 名 称 (フリガナ) | デイサービスセンターなごやか デイサービスセンターナゴヤカ | | |
| 所 在 地 | 〒288-0854 千葉県銚子市茶畑町65番地 | | |
| 交通手段 | JR総武本線猿田駅より徒歩20分 | | |
| 電 話 | 0479-33-3090 | F A X | 0479-33-3099 |
| ホームページ | | | |
| 経 営 法 人 | 有限会社 なごやか | | |
| 開設年月日 | 平成18年11月1日 | | |
| 介護保険事業所番号 | 1270700709 | 指定年月日 | 平成18年11月1日 |
| 併設しているサービス | 指定居宅介護支援事業所なごやか 指定訪問介護事業所なごやか | | |

(2) サービス内容

| | | | |
|---------|---|------------|-------|
| 対象地域 | 銚子市・旭市・神栖市 | | |
| 定 員 | 12名 | | |
| 協力提携病院 | なし | | |
| 送迎体制 | 2名 | | |
| 敷地面積 | 74576㎡ | 建物面積(延床面積) | 82.5㎡ |
| 利 用 日 | 月曜日～土曜日 | | |
| 利用時間 | 9:00～15:30 | | |
| 休 日 | 日曜日 | | |
| 健康管理 | 家庭からの情報収集・バイタルチェック・看護日誌記録・緊急連絡簿 嚥下体操・口腔内ケア | | |
| 利用料金 | 法定代理受領分(一割負担分)・法定代理受領分以外 | | |
| 食事等の工夫 | 嗜好や家庭での食事内容を十分に考慮しご本人に適した食事を提供しています。また、季節感・食器・盛り付けなど工夫し食欲がわく様配慮しています。 | | |
| 入浴施設・体制 | 個室2か所にて個人浴を実施しています。 | | |
| 機能訓練 | 加算なし | | |
| 地域との交流 | 地域、及び千葉科学大学学生によるボランティア活動。 | | |

(3) 職員（スタッフ）体制

| 職 員 | 常勤職員 | 非常勤、その他 | 合 計 | 備 考 |
|--------------|---------|----------|---------|-----|
| | | 4 | 4 | 8 |
| 職種別従業者数 | 生活相談員 | 看護職員 | 介護職員 | |
| | 1・1(兼務) | 常勤1・非常勤1 | 2 | |
| | 機能訓練指導員 | 事務員 | その他従業者 | |
| | 2 | 1 | 2 | |
| 介護職員が有している資格 | 介護福祉士 | 訪問介護員1級 | 訪問介護員2級 | |
| | | | 1 | |
| | 訪問介護員3級 | 介護支援専門員 | | |
| | | | | |

(4) サービス利用のための情報

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 利用申込方法 | 居宅支援事業所より依頼を受ける または、直接利用者よりの依頼を受ける。 | | |
| 申請窓口開設時間 | 8:00~17:00 | | |
| 申請時注意事項 | 介護認定有無の確認・サービスに関する要望等確認 | | |
| 苦情対応 | 窓口設置 | 有 | |
| | 第三者委員の設置 | 無 | |

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

| | |
|-------------|---|
| サービス方針 | 利用者の個々のニーズを基に、望ましい支援を展開し、心身の機能を確保し安全に安心して在宅生活が営めるようにする。 |
| 特 徴 | 小規模デイサービスの特徴を活かした、きめ細やかな個別性サービスを基本としたサービスを展開する。 |
| 利用（希望）者へのPR | 毎日の生活がなごやかで楽しく暮らせたらとの思いが会社のモットーです。常に相手の立場になり、辛い所に手の届くようなサービスを提供していきたいと心がけています。少人数で家庭的な雰囲気の中、周りは自然がいっぱいでゆったりと過ごしていただいています。 |

福祉サービス第三者評価総合コメント

デイサービスセンターなごやか

調査機関 NPO法人 ヒューマン・ネットワーク

特に力を入れて取り組んでいること

1. 理念や基本方針に真摯に向かい合い、実践に励んでいる。

理念は憲法理念や介護保険法の精神が盛り込まれたものが基本となっているが、代表者が自分を育ててくれた地域に恩返しをしたいという思いを込めて作られたものである。職員は、代表者の理念に対する取り組みを理解し実践に励んでいる。住み慣れた地域で、住み慣れた我が家という理念に基づき提供されるサービスは、利用者や家族の安心と満足を大きく引き出している。アンケート調査やスタッフ会議でサービスが理念に沿ったものかを評価し運営に反映させている。

2. スタッフ会議が職員の意識向上に貢献している。

月一回開催されるスタッフ会議では、「業務内容 評価・チェック表」を用いて法令の順守状況からサービスの質に至るまで、多項目にわたって評価をしている。少人数のチームであるが、厳しくチェックすることで互いのサービスの質の向上意識とチームの連帯感を高める事に大きく機能している。会議に於いて利用者についての話し合いや研修が行われ意義ある会議となっている。

3. 職員と利用者・家族とのコミュニケーションを大切にしている。

代表者は利用者や家族、職員とのコミュニケーションを大切にしている。職員も同様、最良の支援・介護を提供する事を念頭に語りかけをしている。利用者アンケートには、「希望を聴いてくれるか」や「要望を気軽にいえるか」の間に回答者全員が「はい」の答を寄せており、他項目でも高い満足度で回答されている。良好な意思疎通が図られ、サービスに反映された結果と考える。

4. 情報の共有が迅速になされ、随所に工夫が見られる。

定員12名のデイサービスであり、職員の定着率が高く、強い信頼関係を基盤に相互の連携が良くとられている。状況に急な変化がある場合は口頭で、その他は申し送りの場で情報を共有し合っている。申し送りノート等、記録からも情報の共有化が正確に行われていることが確認できる。健康状態が低下しつつある利用者支援について、時系列での詳細な対応状況が看護師や厨房スタッフと連携のもと記録されており、関係職員が情報を共有しながら個別具体的な支援がなされているなど情報の共有化に工夫が見られる。

5. 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しの実施に余念がない。

個別支援計画の評価・見直しは、サービス担当者会議を経て、基本的に6か月毎に行われている。状況変化が生じた場合は、業務終了後の毎日の申し送りの場で必ず諮られる手順が確立されている。課題点は次回の会議でも集中的に討議されるプロセスが記録上からも読み取れる。介護支援専門員とも随時連絡を取り合いながら、個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しの実施に余念がない。

さらに取り組みが望まれるところ

1. 中・長期的な事業計画の明確化が望まれる。

代表者は地域のニーズや介護環境の現状を踏まえて、事業の展開を考慮中である。理念の実現に対するビジョンを持ち、計画は遂行段階にある。職員にとって、中・長期計画は自身の生活設計に大切なものであり、未来を展望するに欠かせないものとする。取り組みを明確にし、中・長期的な計画を策定される事を望みたい。

2. 人材育成のための取り組みの再構築が望まれる。

職員のキャリアアップは各人の状況に合わせて、資格取得の為に受験を支援しているが、計画的な人材育成には至っていない。また、職員評価が現状では全員納得のもとで行われている様であるが、将来を展望し職員評価基準を明確にし、客観性や透明性の確保を図る事が望まれる。

3. マニュアルの介護職員の参画による、定期的な見直し・整備を望みたい。

毎月の職員会議での研修、事例検討、利用者一人ひとりの討議の実際は、その詳細な記録からも質の高い実践の展開が裏付けられるものと言える。惜しむらくは、職員集団のスキルも高く、各種のマニュアルも完備されてはいるが、マニュアルを実践に即した形で見直し・改訂が加えられている時間がとれていない状況があるようである。定期的な見直し・整備を望みたい。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

今回評価を受けよかった事は、利用者様からのアンケート結果に高い評価を頂き、スタッフ一同大きな喜びと励みとなった事です。また反省点として、当社は小規模施設と甘んじて、大切な人材育成の研修やよりよいサービス提供の基となる事業計画作成や検討を怠っていた事に気づきました。規模の大小にこだわらず、しっかりと事務を進めていきたいと思っております。

福祉サービス第三者評価項目（通所介護）の評価結果

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 項目 | 標準項目 | | |
|---|------------------|---|---|--|--------------------------|---|
| | | | | ■実施数 | □未実施数 | |
| I | 福祉サービスの基本方針と組織運営 | 1 理念・基本方針 | 1 理念や基本方針が明文化されている。 | 3 | 0 | |
| | | | 2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | 3 | 0 | |
| | | | 3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | 2 | 1 | |
| | | 2 計画の策定 | 事業計画と重要課題の明確化 | 4 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | 4 | 0 |
| | | | | 5 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | 3 | 0 |
| | | 3 管理者の責任とリーダーシップ | 管理者のリーダーシップ | 6 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | 5 | 0 |
| | | | | 4 人材の確保・養成 | 7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | 3 |
| | | 8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | 3 | | 1 | |
| | | 9 事業所の就業関係の改善課題について、職員（委託業者を含む）などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる。 | 4 | | 0 | |
| | | | | 10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。 | 4 | 1 |
| II | 適切な福祉サービスの実施 | 1 利用者本位の福祉サービス | 11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | 6 | 0 | |
| | | | 12 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | 4 | 0 | |
| | | | 13 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | 4 | 0 | |
| | | | 14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。 | 4 | 0 | |
| | | 2 サービスの質の確保 | サービスの質の向上への取り組み | 15 サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。 | 2 | 0 |
| | | | | 16 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | 4 | 0 |
| | | 3 サービスの利用開始 | サービスの利用開始 | 17 サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | 3 | 0 |
| | | 4 個別支援計画の策定 | 個別支援計画の策定・見直し | 18 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | 4 | 0 |
| | | | | 19 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | 5 | 0 |
| | | | | 20 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | 4 | 0 |
| | | 5 実施サービスの質 | 項目別実施サービスの質 | 21 食事の質の向上に取り組んでいる。 | 4 | 0 |
| | | | | 22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | 3 | 1 |
| | | | | 23 健康管理を適切に行っている。 | 4 | 0 |
| | | | | 24 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | 4 | 0 |
| | | | | 25 施設で楽しく快適な自立生活を送ることが出来るような工夫をしている。 | 4 | 0 |
| | | | | 26 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | 3 | 0 |
| | | | | 27 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | 3 | 0 |
| | | | | 28 利用者家族との交流・連携を図っている。 | 3 | 0 |
| | | 6 安全管理 | 利用者の安全確保 | 29 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 4 | 0 |
| 30 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | 3 | | | 0 | | |
| 31 緊急時（非常災害発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | 5 | | | 0 | | |
| 計 | 114 | | | 4 | | |

項目別評価コメント

評価機関 NPO法人 ヒューマン・ネットワーク

標準項目 ■整備や実行が記録等で確認できる。 □確認できない。

| 評価項目 | | 標準項目 |
|---|---|---|
| 1 | 理念や基本方針が明文化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針が文書(事業計画等の法人・事業所内文書や広報誌、パンフレット等)に記載されている。 ■理念・方針から、法人が実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができる。 ■理念・方針には、法の趣旨や人権擁護、自立支援の精神が盛り込まれている。 |
| <p>(評価コメント)「介護とは」から始まる法人理念は、残存能力を活用し、穏やかに・なごやかに在宅生活が維持・継続できるように援助することが謳われており、憲法の理念や介護保険法の精神が盛り込まれたものとなっている。基本方針と重要課題には、利用者が住み慣れた我が家で、家族と関わりながら自立した生活が出来るように支援するという考え方や目的が明確にされており、法人として進むべき道が示されている。</p> | | |
| 2 | 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■理念・方針を事業所内の誰もが見やすい箇所に掲示し、職員配布文書に記載している。 ■理念・方針を会議や研修において取り上げ職員と話し合い共有化を図っている。 ■理念・方針の実践を日常の会議等で話し合い実行面の反省をしている。 |
| <p>(評価コメント)介護経験豊かな代表者によって作成された理念は、代表者が理念について常に職員に語りかけ、実践面で範を示すことで浸透させている。月一回のスタッフ会議で「業務内容 評価・チェック表」を用いて利用者の処遇等について事例検討し、理念や方針に沿った介護であるかを具体例で語り合い、理念の実行面での評価と反省をし、共有化を図っている事が確認できる。</p> | | |
| 3 | 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■契約時等に理念・方針が理解し易い資料を作成し、分かり易い説明をしている。 □理念・方針を利用者会や家族会等で実践面について説明し、話し合いをしている。 ■理念・方針の実践面を広報誌や手紙、日常会話などで日常的に伝えている。 |
| <p>(評価コメント)見学時や契約時に「有限会社 なごやか の理念」が記載されたパンフを用いて、事業所の理念や「安全に安心して在宅生活が営めることを目的とする。」という基本方針を説明している。利用開始後も、代表者は折にふれ利用者や家族に理念や方針について話すことを心掛けている。今後、家族会や広報誌等でさらに広く理念の周知を図り、基本方針を説明することで、事業所に対する理解を深める為の取り組みを期待する。</p> | | |
| 4 | 事業計画が作成され、達成のための重要課題が明確化されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画には、中長期的視点を踏まえて、具体的に計画されている。 ■理念・基本方針より重要課題が明確にされている。 ■事業環境の分析から重要課題が明確にされている。 ■現状の反省から重要課題が明確にされている。 |
| <p>(評価コメント)年間事業計画が策定されており、事業所会議・研修、行事予定等明確に記載されている。地域や利用者・家族からの事業所に対する要望等を、年一回、アンケート調査で重要課題を抽出し、事業計画に反映させている。中長期的な事業計画はビジョンが語られているが、職員にとっては未来を展望する指標ともなる大切なものであるため、詳細を明文化し広く知らしめる必要性を感じる。</p> | | |
| 5 | 施設の事業計画等、重要な課題や方針を決定するに当たっては、職員と幹部職員とが話し合う仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■各計画の策定に当たっては、現場の状況を把握し、職員と幹部職員が話し合う仕組みがある。 ■年度終了時はもとより、年度途中にあっても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。 ■一連の過程が、全ての職員に周知され、一部の職員だけで行われていない。 |
| <p>(評価コメント)年間事業計画書に、月一回スタッフ会議の開催が策定されており、利用者状況・サービス内容や運営に関する話し合いをし、評価と課題点の発見に努めている。また、毎日の業務終了時に申し送りが行われ、代表者が申し送り帳に克明に利用者の状況や支援の見直しを記録し、翌日の介護プランに盛り込まれていることが確認できた。</p> | | |
| 6 | 理念の実現や質の向上、職員の働き甲斐等の取り組みに指導力を発揮している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、理念・方針の実現、福祉サービスの質に関する課題を把握し、改善のための具体的な方針を明示して指導力を発揮している。 ■運営に関する職員、利用者、家族、地域の関係機関の意見を把握して方針を立てている。 ■職員の意見を尊重し、創意・工夫が生まれやすい職場作りをしている。 ■知識・技術の向上を計画的に進め職員の意欲や自信を育てている。 ■職場の人間関係が良好か把握し、必要に応じて助言・教育を行っている。 |
| <p>(評価コメント)職員が少人数であるため、代表者を中心にコミュニケーションは良好にとられている。意志決定が迅速で、職員からの意見や提案も的確に反映され、きめ細かい目配りや配慮が利用者満足が高いものになっている。日々の利用者の笑顔・暖かい言葉が、職員の最高の働き甲斐に繋がっていくことを代表者はじめ職員は実感している。職員に対しては職務権限を明確にし、辞令を持って任命し職務に対する自覚を促している。</p> | | |
| 7 | 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■倫理規程があり、職員に配布されている。 ■従業者を対象とした、倫理及び法令遵守に関する研修を実施し、周知を図っている。 ■倫理(個人の尊厳)を周知を図るための日常的な取り組みが確認できる。 |
| <p>(評価コメント)年間事業計画に倫理・法令順守についての研修が、策定されており実施されている。日常、スタッフ会議や朝礼でも事例を挙げて関わり方を説明し、介護保険法の基本理念や倫理規定を提示し、正しい方向に導く取り組みをしている。外部研修としては、リーダー研修や地域ケア会議での研修を履修させ、フィードバックさせている。</p> | | |

| | | |
|---|--|--|
| 8 | 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的に行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業者の役割と権限を明確にしている。 □評価基準を職員に明確に示すことや、結果の職員へのフィードバック等の具体的な方策によって客観性や透明性の確保が図られている。 ■評価が公平に行われるように工夫している。 |
| (評価コメント)評価は昇級や賞与であらわされている。職務権限規程が整備されており、重要な仕事や職権を与えた際、辞令を発令することで役割と権限を明確にしている。少人数でチームワークとして仕事に従事している為、個別の評価を行う基準が定めにくいというのが実情である。評価に関しては公平性を要求される案件でもあり、職員が納得できる評価となる様、基準の明確化に取り組んで頂きたい。 | | |
| 9 | 事業所の就業関係の改善課題について、スタッフ(委託業者を含む)などの現場の意見を幹部職員が把握できる仕組みがある。また、福利厚生に積極的に取り組んでいる | <ul style="list-style-type: none"> ■担当者や担当部署等を設置し職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを、定期的にチェックしている ■把握した問題点に対して、人材や人員体制に関する具体的な改善計画を立て実行している。 ■定期的に職員との個別面接の機会を設ける等、職員が相談しやすいような組織内の工夫をしている。 ■職員の希望の聴取等をもとに、総合的な福利厚生事業を実施している。 |
| (評価コメント)代表者は日々職員及び幹部職員とのコミュニケーションを活発にしている。皆と一緒に、一スタッフとして接しており、相談や提言を受けやすい環境作りを心掛けている。休暇の取得には、職員の事情を考慮しながら公平に取得させている。健康診断やスタッフ会議後の懇親会などを企画して福利厚生に努めている。 | | |
| 10 | 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアアップ計画など中長期の人材育成計画がある。 ■職種別、役割別に期待能力基準を明示している。 ■研修計画を立て実施し必要に応じて見直している。 ■個別育成目標を明確にしている。 ■OJTの仕組みを明確にしている。 |
| (評価コメント)キャリアアップ計画に基づき、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員等の資格取得を目指し、休暇を提供する等受験をバックアップしている。個別の育成目標を職員に提示し、研修計画に沿って受講させている。部下の育成については、責任者をリーダー研修会に出席させそれを基に指導。育成させている。 | | |
| 11 | 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■憲法、社会福祉法、介護保険法などの法の基本理念の研修をしている。 ■日常の支援では、個人の意思を尊重している。 ■職員の不適切な言動、放任、虐待、無視などが行われることの無いように、職員が相互に振り返り組織的に対策を立て対応している。 ■虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている。 ■日常の支援では利用者のプライバシーに配慮した支援をしている。 ■利用者の羞恥心に配慮した支援をしている。 |
| (評価コメント)人権擁護・プライバシー保護に関する研修は定期的に行い、マニュアルも完備されている。入浴・排泄の支援では利用者のプライバシーや人権に十分な注意と配慮を求め、羞恥心を傷付けないよう言葉かけにも慎重さを求めている。日常の関わりの中でも、利用者・家族の人柄を熟知することに努め、言葉かけ等にも配慮し接遇するよう指導している。 | | |
| 12 | 個人情報保護に関する規定を公表し徹底を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■個人情報の保護に関する方針をホームページ、パンフレット等に掲載し、また事業所内に掲示し周知を図っている。 ■個人情報の利用目的を明示している。 ■利用者等の求めに応じて、サービス提供記録を開示することを明示している。 ■職員(実習生、ボランティア含む)に対して研修等により周知を図っている。 |
| (評価コメント)個人情報保護の方針はパンフレットに掲載するとともに事業所内にも掲示し、契約時には説明を行っている。個人情報の利用に関しては、個人情報使用同意書にて使用目的を説明したうえで同意を得ている。職員に対しては研修で憲法条項から解説し、個人情報保護に関する規定を理解させ情報保護の徹底を図っている。 | | |
| 13 | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者満足を把握し改善する仕組みがある。 ■把握した問題点の改善策を立て迅速に実行している。 ■利用者・家族が要望・苦情が言いやすい環境を整備している。 ■利用者又はその家族等との相談の場所及び相談対応日の記録がある。 |
| (評価コメント)定期的にアンケート調査を行い利用者満足度と問題点を抽出し、課題を明確にしている。アンケート調査の内容は食事、送迎、バイタル等12項目にわたり、家族の意見も記入出来るようになっている。結果をまとめ課題となった項目がスタッフ会議で検討され運営に反映されるという仕組みが構築されている。さらに、毎月のスタッフ会議に於いて、「業務内容 評価・チェック表」にて10以上の項目で理念に沿ったサービス内容を評価し、利用者満足の向上に努めている。 | | |
| 14 | 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある | <ul style="list-style-type: none"> ■重要事項を記した文書等利用者等に交付する文書に、相談、苦情等対応窓口及び担当者が明記され、説明のうえ周知を図っている。 ■相談、苦情等対応に関するマニュアル等がある。 ■相談、苦情等対応に関する記録があり、問題点の改善を組織的に実行している。 ■苦情等対応結果は、利用者又はその家族等に対して説明し理解を求めている。 |
| (評価コメント)苦情の受付と相談・苦情担当者名が重要事項説明書に明記されており、契約時には説明をしている。苦情は管理者や介護支援専門員も受け付けており、内容は苦情報告書に記録されている。内容、対処、結果、利用者・家族への説明の4項目を記入出来る様式となっている。受け付けた相談や苦情に関する情報は、代表者が申し送り帳に記載し、職員に共有されている。 | | |

| | | |
|--|---|--|
| 15 | サービス内容について定期的に評価を行い、改善すべき課題を発見し実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事業所全体としてサービスの質や介護方法を検討する会議があり、改善計画を立て実行している記録がある。 ■事業所全体としてサービス内容を検討する会議の設置規程等又は会議録がある。 |
| (評価コメント)定期的に開催されている満足度調査や、スタッフ会議において「業務内容 評価・チェック表」でサービス内容が評価検討されている。理念や基本方針に沿ったものであるかを各項目ごとに評価実施者が評価し、管理者が再度チェックを入れることで厳しくサービス内容が評価され、改善計画に繋がられている。 | | |
| 16 | 事業所業務のマニュアル等を作成し、また日常のサービス改善を踏まえてマニュアルの見直しを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■業務の基本や手順が明確になっている。 ■分からないときや新人育成など必要に応じてマニュアルを活用している。 ■マニュアル見直しを定期的実施している。 ■マニュアル作成・見直しは職員の参画のもとに行われている。 |
| (評価コメント)入浴介助や食事介助等、日課や手順に関する業務マニュアルは完備されている。マニュアルはわかりやすく工夫されたものであるが、新任職員がいないためか活用度が低いという気付きがある。スタッフ会議で業務の改善を行う際にマニュアルの見直しを検討しているが、マニュアルに反映されるには至っていない。マニュアルの定期的な見直しを行い、現状に即したものと活用度を高める取り組みを期待する。 | | |
| 17 | サービスの開始に当たり、利用者等に説明し、同意を得ている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■サービス提供内容、重要事項等を分かり易く説明している。 ■サービス提供内容や利用者負担金等について利用者の同意を得ている。 ■利用者ニーズに対応して分かりやすい資料となるように工夫している。 |
| (評価コメント)サービスの開始に当たり利用者には重要事項説明書、契約書、料金等の内容を詳しく説明し、同意を得たうえで契約を取り交わしている。また定型的なこれらの書類を補充するものとして、施設の理念や職員の倫理規定、身体拘束に関すること、個人情報に関すること、デイサービスの日課、持ち物、単位の説明と利用料金等、平易な表現で視覚的にも明快な説明資料も用意されており、利用者にとってデイサービスを利用することのイメージも容易となるような工夫がなされている。 | | |
| 18 | 一人一人のニーズを把握して個別の支援計画を策定している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者及びその家族等の意向、利用者等の心身状況、生活環境等が把握され記録されている。 ■利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きや様式を工夫し記録している。 ■当該サービス計画は、関係職員が連携し、多角的な視点により検討が行われている。 ■計画は利用者や家族等に説明し同意を得ている。 |
| (評価コメント)利用者一人ひとりのニーズや課題を明示するために、施設は十分にコミュニケーションを取りながら情報を収集している。記録様式には介護を必要としているポイントの確認とともに、『サービス利用にあたっての希望及び目的』が利用者本人と家族、それぞれに記され、意向に沿えるものとなるよう工夫されている。支援計画の策定は全職員参加で多角的な視点から討議がなされ、利用者や家族等に説明し同意を得ている。 | | |
| 19 | 個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しを実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■当該サービス計画の見直しの時期を明示している。 ■サービス担当者会議に出席し関係者の意見を参考にしている。 ■急変など緊急見直し時の手順を明示している。 ■居宅サービス計画(介護予防サービス計画)の変更について、介護支援専門員(介護予防支援事業所等)との密接な連携に努めている。 ■居宅介護支援事業所と定期的に連絡を取り合い、利用者情報を共有化している。 |
| (評価コメント)個別支援計画の評価・見直しは、関係者と意見交換するサービス担当者会議を経て、基本的に6か月毎に行われている。急変など緊急時や状況変化が生じた場合は、業務終了後の毎日の申し送りの場に必ず諮られる手順が確立されており、次の会議でも集中的に討議されるプロセスが記録上からも読み取れる。介護支援専門員とも随時連絡を取り合いながら、個別支援計画の内容が常に適切であるかの評価・見直しの実施に余念がない。 | | |
| 20 | 利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者一人ひとりに関する情報を記録するしくみがある。 ■計画内容や個人の記録を、支援するすべての職員が共有し、活用している。 ■利用者の状況に変化があった場合には情報共有する仕組みを定め実施している。 ■サービス計画の実践に向け、具体的な工夫が見られる。 |
| (評価コメント)定員12名のデイサービスであり、職員も他施設で経験のあるスタッフが揃っており、定着率も高い。このため、利用者状況に急な変化がある場合は口頭で、その他は申し送りの場で情報を共有し合うことが密にできていることが、その記録からも一目瞭然である。食思が低下しつつある利用者支援について、時系列での詳細な対応状況が看護師や厨房スタッフと連携のもと記録されており、関係職員が情報を共有しながら個別具体的に支援がなされているなど工夫が見られている。 | | |
| 21 | 食事の質の向上に取り組んでいる | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の希望や好みに応じて献立を工夫している。 ■利用者の状態に応じた食事提供をしている。 ■栄養状態を把握し計画を立て実施している。 ■食事を楽しむ工夫をしている。 |
| (評価コメント)利用者の口腔状態の把握と嗜好調査が行われ、一人ひとりの家庭での食事内容を基に、普通食・お粥・刻み食等、その人にふさわしい食事が出されている。特に嫌いな食べ物は一覧化され、利用日に嫌いなメニューが出されないようきめ細かな配慮がなされている。2名のベテラン厨房職員が、家庭料理のような温もりを感じて貰えるよう食器・盛り付け・いろどり等工夫し、利用者の食欲を引き出せるよう配慮している。栄養状態が低下しつつある方には、介護支援専門員とも連携しながら職員間で検討し、具体的に栄養状態を改善する試みがなされている。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 22 | 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■入浴、清拭及び整容、排せつ介助についての記載があるマニュアル等整備している。 □マニュアルは介護職員の参画により、定期的に見直している。 ■計画は利用者の意思や状態を反映し主体的に行える計画となっている。 ■当該サービスに係る計画の実施状況が把握され、必要な改善が実施されている。 |
| (評価コメント)利用者一人ひとりの「通所介護計画書」は、健康管理、入浴、排泄の点が、介助を要するポイントに即して具体的な対応・留意点が詳細に書きこまれ、利用者の意思や状態を反映したものとなっている。また、計画の実施状況の把握も詳細な記録により、スタッフ会議を経て必要な改善が実施されていることが記録上でも確認できる。利用者の状態に応じた入浴や排泄方法がとれるよう、浴室は左右どちらの麻痺の方であっても対応できるよう、対の構造となっていること。トイレも車椅子のまま入れる十分な広さが確保されるなど、安全性にも留意されている。 | | |
| 23 | 健康管理を適切に行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の健康管理について記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■利用者ごとに体温、血圧等健康状態を把握し、健康状態に問題があると判断した場合、サービス内容の変更をしている。 ■健康状態に問題があると判断した場合、家族・主治医等との連絡をしている。また、緊急連絡先一覧表を整備している。 ■口腔機能向上のためのサービス計画・実施・確認・評価が実施されている。 |
| (評価コメント)利用者はデイサービス到着時、家庭での様子が記された連絡帳のチェックとともに体温、血圧等健康状態が看護日誌に記録されている。健康状態に問題があればサービス内容を見直し、敏速な対応も受けられるようになっている。急変・緊急時には、家族・主治医に容易に連絡ができるよう緊急連絡先一覧表も整備されている。口腔ケアに関しては「口腔ケア実施表」が作成され経過が記録されるとともに、計画に沿って3ヶ月毎に実施状況の確認・評価、再計画と実践がなされている。 | | |
| 24 | 利用者の生活機能向上や健康増進を目的とした機能訓練サービスを工夫し実施している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■機能訓練が必要な利用者に対して一人ひとりに対して、機能訓練計画を作成し、評価・見直しをしている。 ■機能訓練計画に日常生活の場で活かすことができる視点を入れている。 ■機能訓練指導員等の指導のもと、介護職員が活動の場で活かしている。 ■レクリエーションや趣味活動に機能訓練の要素を取り入れるなど、楽しんで訓練が行える工夫をしている。 |
| (評価コメント)機能訓練の必要な方には「リハビリハッスル表」が作成され、訓練の内容や目的を明確にして実施されている。バリアフリーの広めの建物内を移動、歩行したり、広いトイレの中で少しでも自立的に立ち上がりや移乗の動作ができるよう、日常的に生活リハビリを進めて頂こうと云う視点も堅持されている。障害程度の重い方には、主治医からの助言や指示を介護支援専門員を通して得て評価・見直しも行われている。全員での、食事前の嚥下体操やレクリエーション時の体操等、言葉かけや楽しさを感じて貰いながら身体を動かせる工夫が随所にある。 | | |
| 25 | 施設で楽しく快適な自立生活が送ることが出来るような工夫をしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■さまざまな内容のプログラムを用意し、個別対応している。 ■活動中の利用者の状態に変化がないか確認し、適宜休息ができる配慮をしている。 ■利用者が落ち着ける雰囲気づくりをしている。 ■食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら随時清掃を行う体制があり、安全性や快適性に留意している。 |
| (評価コメント)午前中の活動日課によって、パズル・おはじき・ぬりえ・貼り絵等利用者がそれぞれ好きな事が出来るプログラムも用意されている。行事の節目にも合わせたフェルト細工等は、自宅に持ち帰っても大変好評である。広々とした建物は利用者が自立的に移動動作ができるよう手すりが完備されている。家庭で寛いでいるかのような空間の中で適宜の休息も出来るようベッドや布団も用意され、利用者の健康状態の変化の把握、確認、対応がなされている。食堂やトイレなど共用スペースは汚れたら職員はすぐに対処し、安全性や快適性が保たれている。 | | |
| 26 | 安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。 |
| (評価コメント)移乗困難な方には負担がかからないようリフトカーの優先配車がある。事前面接での個別状況の把握を基に、玄関前に車を着けられない方には、到着5分前の案内電話や、家庭事情を勘案しながら時間を調節したりしながらも乗車時間が短縮出来る乗り合わせとなるよう利用者に理解と協力を求めていくなど、きめ細かな対応がある。デイサービス到着時の手洗い・うがいの励行と水分補給、バイタル測定とうを経ての活動開始と、帰宅時間を過度に気にしてしまうには体操やレクリエーション、コミュニケーションで待ち時間の過ごし方を工夫している。 | | |
| 27 | 認知症の利用者に対するサービスの質の確保に取り組んでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ■従業者に対する認知症及び認知症ケアに関する研修を実施している。 ■認知症の利用者への対応及び認知症ケアに関するマニュアル等が整備されている。 ■「その人らしく」生活できるように個別サービス計画に工夫が見られる。 |
| (評価コメント)認知症ケアに対するマニュアルがあり、職員に認知症に関する外部研修にも積極的に参加させ、知識を深めるようにしている。月一回の全体会議でも施設長は折に触れ、認知症ケアに関する実践例をしばしば職員に紹介し、記録も多く残されている。利用者の持てる力に力に着目し、デイサービスでの活動の様々に場面で各人の残存機能を活かし、できていることを支える職員の集団的な取り組みがある。その人がその人らしく過ごせるような声かけ、働き掛けがあり、利用者アンケートの満足度も高くて高いものとなっている。 | | |

| | | |
|---|--|--|
| 28 | 利用者家族との交流・連携を図っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■利用者の家族等に対する定期的及び随時の状況報告書又は連絡している。 ■利用者の家族等の参加が確認できる意見交換会、懇談会等を実施している。又は利用者等の家族との連絡帳等で双方向の意思伝達をしている。 ■利用者の家族等への行事案内又は利用者等の家族の参加が確認できる行事を実施している。 |
| <p>(評価コメント) 家族との連絡帳は、利用時の状況報告だけに終わらない双方向のやりとりができるよう、家族記載欄もある。行事に関しては、初詣・花見・ドライブ等が企画され、利用者・家族に案内状を都度配布し、参加希望をとって実施されている。家族との意見交換会、懇談会は未だ具体的な企画や実施は無いが、「施設長はじめ職員の皆さん全てが細やかな心遣いをしてきている」「少人数の為、落ち着いて一日過ごせるようになり、家族はとでも助かっている。本人も会話などに随分進歩がある」等と、利用者調査集計で寄せられたように、家族の信頼感が高い。</p> | | |
| 29 | 感染症発生時の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修を実施している。 ■感染症及び食中毒の発生事例、ヒヤリ・ハット事例等の検討している。 ■訪問介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。 |
| <p>(評価コメント) 7月に厨房職員は市主催の食中毒予防講習に出席、12月は感染症予防と対策について、職員会議の場で新聞切り抜き記事や資料等の読み合わせでの研修が実施されている。日常的には利用者の感染症の有無を入浴時の身体観察で確認したり、食器類の煮沸の徹底や入浴時使用物品等の清潔保持とともに、施設内の清掃に十分な留意が払われている。感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止のため、職員には年に一度全員に健康診断を受診させており、健康管理が行われている。</p> | | |
| 30 | 事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。 | <ul style="list-style-type: none"> ■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 ■事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 ■事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。 |
| <p>(評価コメント) 職員全体会議での事故研修の記録があり、リスクマネジメントについての学習、対応のポイントやマニュアルの確認等の記録が残されている。平成22年度に車椅子からずり落ちる事故対応では ①状況、②考えられる原因、③すぐにすべき対応策、④根本的に直すこと、⑤家族への説明、と報告書が作成され、再発防止対策が検討されたが、以来現在に至る迄大きな事故は起こしていない。日頃から職員集団の意識も高く、日々の生活の中で常に利用者の状態を把握し、見守りや言葉かけを行い予防対策も徹底している様子が伺えた。</p> | | |
| 31 | 緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | <ul style="list-style-type: none"> ■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 ■自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。 |
| <p>(評価コメント) 利用者一人ひとりの主治医も明記された「緊急時連絡先一覧」が施設内、送迎車輦内等に常備されている。又、「火災時緊急連絡先」の整備とともに、年2回の消防訓練も行われ、避難誘導、消火、救護、情報・連絡、と職員個々の役割分担も予め決められ、確認の徹底がなされている。東日本大震災で道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生し具体的な対策を講じたことを契機に、職員の防災意識も更に高められ、日頃から避難誘導の経路の確認、器具の状況、備品チェックと緊急時対応に向けた利用者の安全確保のための体制が整備されている。</p> | | |