

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	ユニトレンド株式会社
所 在 地	千葉県柏市中央 2-9-16
評価実施期間	平成25年 1月15日～平成25年 3月31日

2 受審事業者情報

(1) 基本情報

名 称 (フリガナ)	市川市香取デイサービスセンター イチカワシ カンドリ デイサービスセンター		
所 在 地	〒 272-0141 千葉県市川市香取2-2-2		
交 通 手 段	東西線 行徳駅より 徒歩 10分		
電 話	047-359-6655	F A X	047-359-6659
ホームページ	http://www.ichikawa-kai.com		
経 営 法 人	社会福祉法人 市川会		
開設年月日	平成6年3月1日		
介護保険事業所番号	1270800376	指定年月日	平成12年3月1日
併設しているサービス	在宅介護支援センター・配食サービス 居宅介護支援事業所		

(2) サービス内容

対象地域	市川市在住の方		
定 員	30名		
協力提携病院	なし		
送迎体制	送迎車両 4台（全て車いす乗車用リフト付き車両）運転手 1名 介助員 1名		
敷地面積	684.5 m ²	建物面積(延床面積)	838.69 m ²
利 用 日	年中無休		
利用時間	午前10時00分から午後16時30分		
休 日	なし（年末年始についてはアンケートにより営業日を決定）		
健康管理	健康診断書の提出・看護師によるバイタル測定		
利用料金	介護保険を利用した自己負担分（1割） 食事代（全額）		
食事等の工夫	センター厨房内で調理・毎月（第3週）選択式メニュー・ご利用者に合わせた食事形態の変更		
入浴施設・体制	一般浴槽・リフト浴・特殊浴槽を設置しご利用者様の身体状況に合わせ対応できます。入浴スタッフは 4名で対応（特殊浴槽は1名）		
機能訓練	実施なし		
地域との交流	年2回の介護予防教室において、ご利用者ご家族や地域住民の方と交流		

(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
	7	23	30	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	1	4	13	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	1	1	10	
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	
	8	1	5	
	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	居宅介護支援事業者を通じての受け入れ		
申請窓口開設時間	午前 9 時 0 0 分～午後 5 時 0 0 分		
申請時注意事項	かかりつけ医の健康診断書の提出		
苦情対応	窓口設置	設置あり	
	第三者委員の設置	設置あり	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	当事業所は、介護保険制度の趣旨と法人の基本理念に基づき、ご利用者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるように、デイサービスを通しご利用者の在宅支援を目的として、通所介護サービスを提供します。
特 徴	○ 公設民営 ○ 一般浴・リフト浴・機械浴 の3種類の入浴形態により安全に入浴可能 ○ 厨房設備完備 ご利用者様の食事形態に合わせた温かい食事の提供が可能 ○ 全ての送迎車両（4台）がリフト付き 車いすの方でも安全に乗車可能
利用（希望）者 へのPR	公設民営のデイサービスセンターです。開設して19年目になります。開設当初からご利用頂いているご利用者様や多くの地元の方にご利用頂いております。3形態の浴槽を設置しており、身体状況に応じてご利用いただけます。厨房設備もあり、ご利用者様に温かい食事を提供できます。週3～4回ご利用いただく方にも、毎日様々なプログラムをご用意しております。ゆっくりお風呂に入っただき、温かい食事を召し上がって、1日ゆったりと過ごしていただけるデイサービスです。

福祉サービス第三者評価総合コメント

特に力を入れて取り組んでいること
利用者に質の高いサービスを提供している 事業所は理念に基づき、利用者に質の高いサービスを提供している。アンケート調査からは職員による利用者及びご家族への細やかな心配りと声掛け、多様な症状を示す認知症利用者への個別対応など、大変なことにも嫌な顔せず対応してくれる等々、ご家族から感謝の言葉が多く寄せられた。職員への対応満足度調査では満足度91%と高い評価を得ている。訪問調査でお伺いした時も、利用者と職員の笑顔でのコミュニケーション場面、職員が声を合せて笑顔で元氣良く集団体操をリードしている場面等、とても明るく活気に満ちていた。 働きやすい職場づくりに取り組んでいる 経営層は、職員が気持ちよく協力し合って働くことができる職場を作ること心をかけている。経営層と職員の関係は良好で、職員は明るく元氣にサービス提供に努めている。年度初めの個人目標作りに共にに関わり、年度途中では達成度合いや達成の為の方法について話し合い、職員評価は公平に行われるよう努力している。＜方針＞に有る、職員がより質の高いサービスを提供し、自らが将来に向かって希望の持てる職場づくりに取り組んでいる。
さらに取り組みが望まれるところ
利用者・ご家族及び職員にセンターの理念・方針の更なる周知徹底を図りたい センターには理念・方針の掲示があるものの、それに触れる機会は少なく周知徹底が図られていない懸念を施設長は感じている。特に利用者・ご家族は契約時に説明を受けるが、契約後は目にする機会がほとんどないといえる。サービス提供は理念の達成を図るために方針に沿って行われるべきもので、その結果提供されるサービスは質の高い内容となる。是非、理念・方針の更なる周知を図り、利用者・ご家族はもちろん職員の高い満足度が得られるセンターとして存在してほしい。 書式を整え記録を残すよう努められたい サービス提供内容は着実に実践され、ほとんどの項目を満たしているが、支援計画書にプランがない或いは実施及び評価の記録が確認できないものが見られる。書式を整え記録を残すよう努められたい。記録を確かにすることはサービス提供内容の振り返りに役に立ち、更なる高みを目指す指標の追求へとつながり、利用者及びご家族の更なる満足に結び付き、サービス提供内容はもちろん職員の質の向上にもつながる等、様々な効果が期待できると考えられる。 支援計画の作成には他職種間での協働を 居宅支援計画書に基づき作成される通所介護計画書は、生活相談員主導の下、時に看護師や介護職に意見を求めて作成されると説明があった。介護保険制度では常に他職種が意見を述べ合いながら、作成することとされている。是非この趣旨を全職員が理解し、協働してより質と密度の高い計画書の作成を図られたい。

(評価を受けて、受審事業者の取組み)

このたびの第三者評価を受け、私たちの施設がどのようにご利用者様やご家族様に受け止められているかがより明確に分かり、大変意義あるものだったと感じました。職員の対応満足度や働きやすい職場づくりなど良い評価を頂いた面は今後も今以上の質の高いサービスに結び付けられるように努力していきます。

また一番大切な「理念」「方針」を掲げていながら周知徹底がされていないことやサービスそのものは実施されているが、それまでの過程や記録が書式を整え残されていない面が浮き彫りになりました。質の高いサービスを提供するためには、やはりこのことは必要不可欠でありこれを機会に見直しを行い、より信頼されるデイサービスセンターを目指したいと考えております。

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	理念・基本方針の確立 理念・基本方針の周知	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。	2	1	
				3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	1	2	
		2 計画の策定	事業計画と重要課題の明確化 計画の適正な策定	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。	3	1	
				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。	2	1	
		3 管理者の責任とリーダーシッ	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。	4	1	
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備 職員の就業への配慮 職員の質の向上への体制整備	7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	0	
				8 人事方針を策定し、人事を計画的・組織的にを行い、職員評価が客観的な基準に基づいて行われている。	4	0	
				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。	3	1	
				10 職員の教育・研修に関する基本方針が明示され、研修計画を立て人材育成に取り組んでいる。	5	0	
Ⅱ	適切な福祉サービスの実施	1 利用者本位の福祉サービス	利用者尊重の明示	11 事業所の全職員を対象とした権利擁護に関する研修を行い、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している。	6	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。	3	1	
				利用者満足の向上	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
					利用者意見の表明	14 苦情又は意見を受け付ける仕組みがある。	4
		2 サービスの質の確保	サービスの質の向上への取り組み サービスの標準化	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。	1	1	
				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。	2	2	
		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。	4	1	
				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。	3	1	
				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。	3	1	
				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。	3	1	
				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。	2	1	
				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。	3	1	
				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。	1	2	
				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。	4	1	
		計					97

項目別評価コメント

標準項目 ■整備や実行が記録等で確認できる。 □確認できない。

評価項目		標準項目
1	理念や基本方針が明文化されている。	■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。
(評価コメント) 理念・方針は毎年度、目標は年度毎に法人の全事業所を一覧にして明記し掲示している。また、当事業所の「運営の方針」を重要事項説明書に掲げ利用者に伝えている。なお、これらはホームページには掲載されていないが、広く利用希望者等に理解されるためにも掲載が望まれる。		
2	理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	■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。
(評価コメント) 理念・基本方針・年度計画がセンター内に掲示されている。職員は入職時の新人研修の際、さらに年間研修計画に理念・基本方針についての研修が盛り込まれ、年度初めに施設長より説明が行われ共有化が図られている。しかしながら、これ以後はセンター内の掲示物が目に触れるのみで、読み流されてしまっている感がある。施設長からも理念・方針の周知が図られていないかも知れないとの言葉が聞かれた。さらなる周知への工夫が求められる。		
3	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	■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。
(評価コメント) 利用契約時に利用者及びご家族に対し、相談員より「契約書、重要事項説明書」の説明がなされ、さらに「ディサービスのおしり」と共に、理念・基本方針についての説明が行われている。重要事項説明書に記載されているが、利用が長期に及んだ時に理念や基本方針を目にする機会はほとんどなくなるという状況にある。利用者のご家族が折に触れ理念・基本方針を思い起こす取り組みを一考されたい。		
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。	■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
(評価コメント) 当該年度の事業計画は、全職員が参加し開催する全体会議の議題として取り上げられ、前年度の問題点の反省をもとに重要課題の明確化を計り、事業計画が作成されている。		
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。	■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。
(評価コメント) 日々の運営の中でその日の出来事について、取り組みの内容の是非や反省が話し合われ、さらに、毎月全職員が参加して開催する全体会議の議題として取り上げられる。これらをベースに重要課題の抽出に職員が参加するシステムが確立されている。		
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。	■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。
(評価コメント) 内・外部で開催される研修については、法人本部より情報が提供され希望すれば参加できる。年度初めに全職員が個人目標を設定し、年度途中では目標の達成度合いや達成の為の方法について面談が行われ、年度終了時に施設長との面談で達成度と評価が実施され、職員の意欲向上につながっている。また、職員は日々の運営のあり方や利用者へ提供するレクリエーションについて創意工夫を重ね、利用者へのサービスに努めている。なお、施設長および生活相談員は、常に職員と連絡を取り意見を交換し、良好な職場環境が保たれるよう心がけている。		
7	施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	■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。
(評価コメント) 倫理規定については入職時の新人職員研修で実施され、毎月開催される全体会議で介護現場での事例を議題として取り上げ、対応が正しかったか、他に対応方法がなかったか等、全職員で検討している。		

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。	■人事方針が明文化されている。 ■職務権限規定等を作成し、従業員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) 人事規定・職務権限規定は明確に定められ、法人本部が管理している。職員は職務内容を把握している。事業所では、年度初めに職員がそれぞれの目標を定め、年度途中・終了時に施設長と面談を行いながら、個人目標への取り組み方・達成度・評価について、公平であるよう実施している。		
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。	■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) 有給休暇や時間外労働については、担当者や担当部署も設置されているが、職員は個人的にも把握している。職場には「懇親会」があり、さらに、法人が加盟している「千葉県社会福祉共助会」の提供する福利厚生を、希望する時に利用することが出来る。		
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。	■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) 入職時の新人職員研修は法人本部の研修計画に基づいて実施されている。また、日々の現場においては施設長及び先輩職員によりOJTによる指導が行われている。なお、法人本部ではキャリアアップ、キャリアパスについて研修計画を作成している。		
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。	■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) 入職時の新人職員研修及び年間研修計画の中で説明されている。ただ、研修は法人本部で行われており、事業所には議題として取り上げたとする記録のみで実施を確認できるものがなく、今後は記録として保存されるよう配慮されたい。なお、「虐待防止」の研修に参加した職員は、全体会議の場で他の職員にフィードバックしている。		
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。	■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) 施設の玄関に個人情報保護に関する取り決め文が掲示されている。利用者には、契約時に個人情報の保護及び取り扱いについて説明され、利用者・ご家族同意のもと署名・押印をいただいている。なお、ボランティアに関しては明確な規定や説明がない状況にあり、今後は説明の上、同意と署名・押印が行われるよう取り組まされたい。		
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。	■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) 毎年、年度末に利用者アンケートが実施され、利用者の要望には可能な限り対応出来るよう心がけている。アンケート結果は公表されている。また、日々の連絡ノートを通じて寄せられる要望については、全体会議で検討し対応している。なお、この対応記録は生活相談員によって保管されている。		
14	苦情又は意見を受け付ける仕組みがある	■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) 相談・苦情等対応に関するマニュアルは、法人本部で管理されている。重要事項説明書では、担当窓口として生活相談員の名前が明記され対応している。寄せられた内容は相談員記録ノートの中に記録されていて、重大な苦情については報告書でまとめられている。日々の意見・要望については相談員ノートに記載されているが、書式を整え整理することが望まれる。なお、職員はいつでもこの記録を見る或いは確認することができる。		

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。	☐ 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) 毎月各セッション代表による「運営会議」とディ現場職員による「ディ会議」の中で、改善内容について検討が行われている。なお、議事録の中に議題はあるものの、検討内容・検討結果や改善計画の記録はなく、書式を整え記録・保存することが望まれる。		
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。	☒ 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に実施している。 ☐ 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) 各業務についてのマニュアルは、法人本部の管理のもとにあり、職員は採用時の新人研修で配布される。ただ、マニュアルの見直しについては、必要性を感じているものの行われていない。日々の業務及び緊急時に支障のないように、現状に合わせて見直しを行い、万一に備える心構えが必要と思われる。		
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。	☒ 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) サービス提供内容や利用者負担金等の重要事項は契約書・重要事項説明書に明文化されている。サービス利用開始に当たり生活相談員が利用者宅を訪問し、契約書・重要事項説明書及びディサービス利用に関する詳細事項が記載された「ディサービスのしおり」に基づき、説明を行い同意を得た上、署名・押印をいただいている。		
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。	☒ 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) 利用開始にあたり生活相談員が事前に利用者宅を訪問し、利用者一人ひとりの心身の状況や本人及び家族のニーズをアセスメントし、一人ひとりの問題点を解決し、目標を達成するための個別の支援計画が作成されている。計画の作成に当たっては居宅介護支援専門員の計画を基に、生活相談員の主導の下、看護職員・介護職員等からの意見を心得て作成されているが、より積極的・多角的に関係職員が連携する取り組みの検討が望まれる。		
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。	☒ 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) 居宅介護支援計画を基に作成された通所介護計画は、それぞれの利用者の状態に応じて、6ヶ月～1年の期間で評価・見直しが行われている。利用者の状態の変化に応じて見直しが行われるが、利用開始後、新たに得られた情報にについても、居宅介護支援計画に盛り込まれるよう、担当の介護支援専門員に提案すべきと考える。特に個別対応を必要とする重篤な認知症状を呈する利用者については、特にその必要性が大きいと思われる。		
20	利用者の状態変化などサービス提供に必要な情報が、口頭や記録を通して職員間に伝達される仕組みがある。	☒ 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) 通所介護計画に基づくサービス提供内容と利用時の状況は、利用者一人ひとりの個人記録ケースファイルに記載され、職員間での情報共有は図られている。利用者の変化の気付きは日々のミーティングで話し合われ、全ての職員に「連絡ノート」を用いて伝達される。また、この内容は介護支援専門員に報告されている。		
21	食事の質の向上に取り組んでいる	☒ 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) 利用者の好みを確認し代替食、その日の体調や身体状況に配慮して食事形態を変更して提供している。、いづれも栄養バランスを考慮した内容になっている。毎月第3週を選択食として、メインのおかずを選べるシステムを導入し、食事に楽しみが持てるよう工夫している。		

22	入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	■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) 各マニュアルは法人本部管理の下、全職員に配布されているが定期的な見直しが望まれる。入浴対応には一般浴・リフト浴・特殊浴槽を設置し、利用者の身体状況に合せた対応を行っている。また、排泄対応では重度の介護者に対し、時間を定め衛生に配慮しオムツ交換をする等の個別対応をしているが、計画に盛り込まれずに実施されているケアもある。これらのサービス提供内容を支援計画書に盛り込み、実地状況・評価を記録することが望まれる。		
23	健康管理を適切に行っている。	■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) 毎朝バイタルチェックによる健康管理が行われ、結果は「バイタル測定記録表」・「個人ケース記録」に記録される。朝、利用者宅に迎えに行った際に体調の変化を告げられた時は、センターの看護師の指示の下に対応している。なお、緊急事態時の連絡方法も各個人ごとに整備されている。		
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。	■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) 当センターは、予防通所介護の方のみに機能訓練を提供している。なお、機能訓練の目的の一つは、廃用を防ぎ日常生活動作の維持を図ることでもある。デイでの日常生活行動は、もちろん“提供する体操・レクリエーションにも機能訓練の要素が盛り込まれている”との、施設長及び生活相談員の言葉にあるように、他職種協働の下、支援計画書を作成し、是非要介護の利用者にも機能訓練を提供されるようご検討願いたい。		
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。	□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) 利用者の状態に応じ、少人数で「貼り絵」、個別で「学習プリント」等に取り組んだり、大人数での活動では個別対応の必要な利用者に職員が付き添う等して活動している。また、利用者が静養できるベッドを3箇所用意し、内1箇所は個室である。和室で布団での静養も可能である。センター内の装飾は控えめにして、圧迫感のない様配慮している。なお、センター内の清掃は利用者帰宅後に毎日実施して衛生に配慮している。		
26	安全で負担の少ない送迎となるように工夫している。	■利用者の状況に応じた送迎についての記載のあるマニュアルを整備し、定期的に見直している。 ■送迎時、利用者の心身状況や環境を把握し、安全で負担の少ない送迎を実施している。 ■利用者の到着時や帰宅時の待ち時間の過ごし方に工夫をしている。
(評価コメント) 送迎マニュアルは作成されている。送迎は運転手と介助員の2名体制で安全に配慮して行うよう指導されている。利用者の身体状況を考慮して、全て車椅子対応のリフト付き車両としている。送迎時の利用者の心身状況に変化がある場合はセンターの看護師に状況を説明し、その判断を受けて利用の可否を判断している。なお、利用者の到着時や帰宅時の待ち時間では、朝は学習プリントを帰宅時は待機職員との歓談によるなど、退屈しないよう工夫している。		
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。	■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) 入職時の新人職員研修で実施され、マニュアルも作成されている。利用者の認知症症状の程度については、契約時のアセスメントでは把握されない場合もあり、居宅介護支援計画書にも対応プランのないことが多く、利用開始後に判明した認知症状に対し、ディサービスが個別対応を提供している事例がほとんどである。このような場面では担当の介護支援専門員に報告し、居宅介護支援計画書さらには通所介護計画書に個別計画として盛り込むことが望まれる。この個別対応が「その人らしく」生活できることにつながるとものと考えられる。		
28	利用者家族との交流・連携を図っている。	■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。
(評価コメント) センター利用時の利用者の状況は「連絡ノート」を介して、家族に報告される。また、家族からは家庭での様子や依頼事が伝えられる等、双方向からの意思伝達は叶えられている。なお、ご家族等との交流の場として、併設の在宅介護支援センターが年2回開催する「介護予防教室」や昨年開催した「夏祭り」が、利用者及びご家族に好評であり今年も開催を予定している。		

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。	■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。 ■介護職員の清潔保持や健康管理を行っている。
(評価コメント) 感染症及び蔓延防止に関するマニュアルは作成されており、全体会議の中で研修会も開催されている。利用者・ご家族に対しては必要な時に「文書」を作成し、注意喚起や予防策等を記載し配布している。		
30	事故などの利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	■事故の発生又はその再発の防止に関するマニュアル等を整備している。 □事故事例、ヒヤリ・ハット事例等の原因を分析し、再発予防策を検討し実行している。 □事故の発生又はその再発の防止に関する研修を実施している。
(評価コメント) 事故等に関するマニュアルは作成されている。事故等の原因を分析し防止策等を検討するまでに至っていない。リスク管理の面からも早急に、利用者の安全確保の体制整備が求められる。		
31	緊急時(非常災害発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	■非常災害時の対応手順、役割分担等について定められたマニュアル等を整備し、周知を図っている。 ■非常災害時に通報する関係機関の一覧表等を整備している。 ■非常災害時の避難、救出等対応に関する研修・訓練を実施している。 □自宅の被災や道路の寸断等により帰宅できない利用者が発生した場合の対策を講じている。 ■主治医、提携先の医療機関及び家族、その他の緊急連絡先の一覧表等を整備している。
(評価コメント) 非常災害時の対応手順、役割分担等に関するマニュアルは作成され、全職員に配布されている。非常災害時に通報する関係機関はセンター内に掲示され、緊急時に備えている。年2回(春・秋)に消防署の指導の下、避難訓練を実施している。利用者への対応として、契約時に緊急連絡先を届出て頂き個人記録ファイルにファイルされているが、緊急時に備え全利用者の緊急連絡先が一目で分かる一覧表を作成しておくとう便利であろう。また、帰宅できない利用者に備え対応方法の更なる検討が望まれる。		