

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	株式会社 日本ビジネスシステム
所 在 地	市川市富浜3-8-8
評価実施期間	平成29年 7月 1日～平成 29年12月 31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 ゆりの木苑 デイサービスセンター ユリノキエン		
所 在 地	〒283-0062 千葉県東金市家徳756番地2		
交通手段	車でお越しの方：国道126号線と片貝県道の交差点（堀上）を九十九里方面へ右折、約2.0kmに施設入口看板有。 バスでお越しの方：JR東金線東金駅下車 九十九里バス本須賀行き 家徳浅井病院前下車 徒歩5分 ※東金駅よりタクシーの場合、約10分。外房線大網駅よりタクシーで約20分。		
電 話	0475-50-8111	F A X	0475-50-8112
ホームページ	http://www1.ocn.ne.jp		
経 営 法 人	社会福祉法人 ゆりの木会		
開設年月日	平成9年10月1日		
介護保険事業所番号	1271800102	指定年月日	平成8年7月31日
併設しているサービス	居宅介護支援事業所 訪問介護 短期入所生活介護 介護老人保健施設 認知症対応型生活共同介護 認知症対応型通所介護 ケアハウス 在宅介護支援センター		

(2) サービス内容

対象地域	東金市 山武市 大網白里市 九十九里町 他要相談		
定 員	70名		
協力提携病院	医療法人 静和会 浅井病院		
送迎体制	送迎車9台稼働		
敷地面積	3,778.61㎡	建物面積(延床面積)	270.86㎡
利 用 日	月・火・水・木・金・土		
利用時間	9：30～16：45（7時間15分）		
休 日	日曜日		
健康管理	ご利用者の健康状態を観察し健康管理に努めるため、看護師が体温・血圧などバイタル等のチェックを行います。		
利用料金	大規模Ⅱ 昼食費430円 日常生活費（1日毎）100円		
食事等の工夫	エルダリーミールをコンセプトに、四季の食材を活かした美味しい食事・栄養のバランス等考えて提供します。		

入浴施設・体制	一般浴のほか特殊浴槽（中間浴・寝浴）2台をご用意し、利用者のADLに応じた入浴を行います。
機能訓練	個別機能訓練加算Ⅱがあり、作業療法士の支援のもと機能訓練を実施します。
地域との交流	近隣の自治会との関わりが多く、お祭りやカフェを実施しています。

(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
	9	24	32	
職種別従業者数	生活相談員	看護職員	介護職員	
	5	2	20	
	機能訓練指導員	事務員	その他従業者	
	2	3	4	
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	
	13			
	訪問介護員3級	介護支援専門員		
		1		

(4) サービス利用のための情報

利用申込方法	事前に介護支援専門員とのご契約・ご相談の上、当苑にお電話で申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を日程調整し開始致します。		
申請窓口開設時間	9：00～17：00		
申請時注意事項			
苦情対応	窓口設置	あり	
	第三者委員の設置	あり	

3 事業者から利用（希望）者の皆様へ

サービス方針	理念:夢と感動、そして安心と楽しさ 基本指針：ホスピタリティー・心を込めて、礼儀正しく明るい笑顔で接します。リスペクト・個人を尊重し、プライバシーを大切にします。パーソナルケア・施設の多機能性を活かし、その人にあったケアを提供します。プロフェッショナルケア・認知症に対する理解を深め、技術研鑽に励み、チームケアに努めます。コミュニティコネクション・地域との関わりを大切に開かれた施設を目指します。
特 徴	当事業所では、「利用者に夢と感動、そして安心と楽しさを与えられるようなサービスを提供する」という社会福祉法人ゆりの木会の「基本理念」のもと、利用者の皆様が、要介護状態等となった場合でも、可能な限り住み慣れたご家庭で自立した日常生活を安心してお送りいただけますよう、一人ひとりに見合った利用者本位のサービス提供を行います。
利用（希望）者へのPR	デイサービスセンターゆりの木苑では、住み慣れたご自宅で、少しでも長く生活を続けていただけるように楽しみながら、専門職による個別機能訓練、栄養相談・改善を日々取り組んでいます。日常のご自分で出来ることを取り戻して頂く、お手伝いをさせていただきます。入浴介助や食事、レクリエーション、また、カラオケや運動などゆりの木苑で楽しい1日を過ごしませんか！

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
理念・運営方針に基づいた利用者一人ひとりの意志を尊重したサービスの提供
基本方針に「誰もが尊厳をもって、住み慣れた地域でそのひとらしい生活をおくることができるよう、支援します。」と掲げ、スローガンに「ご利用者一人一人が主役となれるデイサービス」を明示して、毎朝のミーティング時の唱和や名刺に記載する等、周知徹底を図っている。利用者が自宅生活の延長として、施設で生き生きと生活ができることを目指しており、サービス利用前に利用者の心身の状況や生活状況等の情報収集に努め、サービス提供時には利用者や家族の意向・ニーズを反映した支援に努めている。また、日中活動においても、利用者個々の趣味や希望を聞き取りながら、日中活動体操・クラブ活動の導入・福祉機器の活用等、利用者の自己選択・自己決定を尊重した主体的な活動となるよう取り組んでいる。
サービスの質向上への取り組み
施設長はじめ全職員が、常にサービスの質向上に意欲を持ちながら業務に取り組んでいる。キャリアアップ段位制度を導入し、職員一人ひとりの知識や技術等の把握に努め、各種の研修基準にしており、計画に基づいた段階的・継続的な教育訓練等が、利用者への質の高いサービス提供に繋がっている。また、利用者への姿勢・考え方等の評価項目もあり、研修・個人面談等で利用者目線での評価を行っており、職員の対話技術やコミュニケーション能力については利用者・家族から高い評価を得ている。
ボランティア受け入れの取り組み
ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にすると共に、ほっとカフェ運営・施設イベントへの協力や参加依頼等、多くのボランティアを受け入れており、施設の理解促進や利用者や地域との交流に繋げている。また、地域ボランティア育成に向けた講座や学習体験を計画的に行う等、地域の人達が自由に参加できる活動や利用者が地域の中で生活していける環境作りに取り組んでいる。
人事考課と研修
人事考課規定に目的や考課基準等のプロセスを明示しており、キャリアアップ段位制度に従い目標や実施事項についての面談や取組状況の確認を行う等、基準に即した公正な考課を行い職員を支援している。キャリアアップ段位制度の評価が職員一人ひとりの各種研修計画の基準となっており、研修後の状況も含めて評価を行い、個別の目標・課題が面接時にフィードバックされている。人事考課とキャリアアップ段位制度が連動し、良い効果をあげ処遇改善の材料に繋がっていく仕組みが構築されている。

さらに取り組みが望まれるところ

記録の適切な策定

研修・会議・勉強会・ミーティング・ケース会議等を定期的に開催する機会を設け、職員の参加を奨励しているものの、適切な記録が行われていない。今後は、会議等の開催時には、研修・会議が単なる報告会や形式な開催とならないよう、研修・会議ごとの目的・目標を明確にすると共に、記録者・参加者・職種等の明記も的確に行い、不参加者も含め、情報共有や必要に応じて振り返りができる仕組み作りをして頂く事を期待します。

新人研修計画書の整備

職員向けの研修計画書や研修実施記録は作成されているが、新人職員・異動職員のみを対象にした研修計画が整備されていない。今後は、新人職員・異動職員を対象にした職業準備教育のための研修計画を作成し、デイサービスセンターゆりの木苑の職員として必要とされる基本的な知識や実施期間等を具体的に定め、段階的・継続的に教育訓練を実施し、周知徹底を図ると共に、新人職員の人材確保・人材の定着・組織の活性化に向けた取り組みを期待します。

職場環境の整備

段位制度導入により、事業所共通の評価を人事考課に反映させるプロセスが確立されており、職員も理解を示している。キャリア段位制度を進めて行くにあたり、研修や会議の機会が多くなることから、職員や責任者が現場から離れることが多くなっている。現場の職員は時間内に業務を終える事が難しく、利用者とのコミュニケーション不足の不安等がアンケートを通して挙がっている。役割の明確化・柔軟な人員体制・業務の効率化等を図り、職員の負担軽減に向け、環境を整える事が必要である。今後は、全職員で業務の効率化・改善等について継続して検討し、更に職場環境の再整備に取り組んで頂く事を望みます。

(評価を受けて、受審事業者の取り組み)

- ・新人研修に当たって理念・方針を話すような研修導入。
- ・家族懇談会参加者名簿や反省会議事録の管理を改める。
- ・外部研修報告書のまとめ方の改善。
- ・個人情報に関する研修を導入。(職員・実習生・ボランティアを含む)
- ・認知症についての行動や支援方法を通所介護計画書に反映する事が必要な為、記載について改め検討する。

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	1 理念や基本方針が明文化されている。	3	
			理念・基本方針の周知	2 理念や基本方針が職員に周知・理解されている。	3	
				3 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	3	
		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	
				計画の適正な策定	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
		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	
		4 人材の確保・養成	人事管理体制の整備	7 施設の全職員が守るべき倫理を明文化している。	3	
				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	
			職員の就業への配慮	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	
			職員の質の向上への体制整備	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	
II	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		
			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		
			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	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		
		サービスの標準化	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		
	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		
	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		
			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		
			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		
	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		
			22 入浴、排泄介助の質確保に取り組んでいる。	4		
			23 健康管理を適切に行っている。	3	□1	
			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		
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			
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			
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			
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。	3			
		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			
計				114	□4	

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。	<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)</p> <p>法人の理念・基本方針が策定されており、事業計画書・事業所内の掲示物・ホームページ・パンフレット等に掲載している。法人の理念「夢と感動そして安心と楽しさ」と、「誰もが尊厳をもって、住み慣れた地域でそのひとらしい生活をおくることができるよう、支援します。」という基本方針が明文化されており、利用者の尊厳や利用者主体の福祉サービス提供を地域で実践して行くための方向性を明確にしている。「ご利用者一人一人が主役になれるデイサービス」を長期目標(スローガン)として掲げると共に、基本方針実践のための行動規範も事業計画書の短期目標に記載されている。</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)</p> <p>理念・基本方針は事業所内に掲示すると共に、毎朝のミーティング時の唱和や名刺に記載する等、継続的に周知している。また、会議や研修時に理念や基本方針の周知度や実効面の確認を行う等、支援に活かされるよう取り組んでいる。会議内容は報告書としてまとめられ、全職員が確認する事が可能となっており、理念や基本方針の共有・理解浸透を図っている。</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)</p> <p>理念や基本方針については、ホームページや広報誌等に記載し、周知を図ると共に、利用者契約書にも理念・方針を表記しており、丁寧な説明を心掛け、利用者・家族の同意を得ている。また、家族懇談会ではパワーポイントを活用しており、利用者・家族が理解し易いよう、周知方法の工夫にも努めている。定期的に広報誌・家族宛の手紙等で理念・方針に基づいたケアの実践状況も伝えている。</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)</p> <p>事業計画においては、理念・基本方針実現に向けた目標を明確にすると共に、数値目標・行動目標を掲げる等、取り組み状況・目標がより具体化された事業計画書となっている。半年毎に実施状況の評価を行っており、達成状況の把握・重要課題や問題点の明確化・見直しを行い、次年度の事業計画に反映させている。</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)</p> <p>事業計画は、利用者の意見や職員の要望・提案等をデイサービス会議の場で職員間で検討し、それらを基に運営会議で検討を加え、次年度の事業計画が決定される。半年毎にデイサービス会議において上半期・下半期の実施状況の評価を行うと共に、達成状況に応じて見直しも行っている。会議内容を会議報告書としてファイルしており、回覧や連絡ノート等で周知を図っている。</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)</p> <p>管理者は職員の企画書の確認や個人面談さらにデイサービス会議時の職員からの要望・提案・利用者の意見等を取り込み、実現できるよう取り組んでいる。また、定期的開催される運営会議や課長会議に参加し、法人幹部と共に人事・労務等の分析を行い、計画的な福祉サービスの質の向上・職員の育成・働きやすい職場環境作りに向け取り組んでいる。会議内容は会議報告書としてファイルしており、閲覧・活用が可能となっている。</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)</p> <p>母体法人「社会福祉法人ゆりの木会」で倫理規定が定められており、職員に配布している。倫理及び法令遵守についてはデイサービス会議やグループ内一日研修等を通じて職員に周知している。段位制度導入により倫理及び法令遵守を継続的に伝える機会を増やすと共に、ミーティングや連絡ノートを活用しながら、意識向上を図っている。</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。
<p>(評価コメント)</p> <p>段位制度導入により、事業所共通の評価を人事考課に反映させるプロセスが確立されていると共に、人事方針・役割・責任を文書で定めている。段位制度導入時には、職員への目的・意義・方法・評価基準等の詳しい説明を行っている。定期的に職員個別の自己評価票の提出・個人面談・取り組み状況の確認・評価結果のフィードバックを行う等、具体的な方策により客観性・透明性の確保を図っている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>有給休暇や時間外労働等の勤務状況については、管理者や担当部署でデータ管理を行っている。管理者は有給休暇の消化・時間外労働のデータを定期的にチェックし、求めに応じて提示や説明を行うと共に、定期的にミーティング・主任会義等で就業状況の検討を行い、データに基づいた適正人数の配置にも努めている。また、年2回、個人面談を実施し、職員の意向・意見の把握にも取り組んでいる。年1回の職員旅行は職員が企画・実施しており、職員の希望に応じた福利厚生事業も充実している。ストレスチェックを実施し、結果をフィードバックする仕組みが整備されており、状況に応じて専門医への紹介・受診も可能となっている。</p>		

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。
<p>(評価コメント)</p> <p>キャリアアップ段位制度に基づいて能力・目標・判定基準等を明示しており、職員個々の技術水準については、基準に則って把握されており、計画に基づいた研修が実施されている。定期的に職員個別の自己評価票の提出・個人面談・取り組み状況の確認を行い、キャリアアップ段位制度の基準に則って個別育成目標を明確にしている。また、計画的に基づいた段階的・継続的な教育訓練やOJT勉強会を開催しており、効果的な現場指導を目指している。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人で拘束廃止委員会を設置しており、関係機関との連携を含めた適切な運営・対応に努めると共に、グループ一研修を通じて、職員への権利擁護・法令順守の理解浸透を図っている。また、拘束廃止委員会議事録の職員間での回覧や権利擁護・法令順守をテスト問題に取り入れる等、意識啓発にも取り組んでいる。デイサービス会議・運営会議等で触れており、事例検討や必要に応じて見直し・追加を行う等、適切な支援実施に向け取り組んでいる。その他にも、多目的ホールの設計や配置の工夫等、利用者のプライバシー及び羞恥心への配慮した支援を行っている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>個人情報保護に関する方針及び利用目的をホームページに記載していると共に、事業所内に掲示し、周知を図っている。また、契約書において、目的・求めに応じたサービス提供記録の開示・秘密保持に関する項目を記載し、説明の上、同意を得ている。</p>		

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。
<p>(評価コメント)</p> <p>みなさまの声・家族懇談会・ご家族向けアンケート・生活相談員日誌を活用しながら、利用者及び家族の意向や満足度の把握する機会を設けている。集計結果においては、数値化しており、内容の分析や改善に向けた協議を行う等、利用者満足の向上に活かしている。生活相談員日誌には、見学や受け付け状況・相談対応内容等が記載されており、信頼関係の構築や意見や要望を言いやすい環境作りに努めている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>苦情解決の体制が整備されており、事業所内の掲示・ホームページ・広報誌等で周知を図っている。契約書に相談・苦情窓口を記載しており、利用者や家族に説明を行っている。マニュアルや苦情報告書記録様式に基づいて、的確な記録や適切な対応に努めると共に、会議等で検討された内容や対応経過・結果も記載されており、迅速かつ適切な対応ができるよう体制を整えている。苦情等対応については、申し送り時や連絡ノート等を活用し全職員に周知している。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>定期的にデイサービス会議・運営会議等を開催し、提供するサービスの実施方法についての検証・評価を行うと共に、現状や課題を明確にし、組織的な改善に向け取り組んでいる。また、行った会議はすべて議事録にまとめ、統一した福祉サービスの提供・情報の共有に繋げている。</p>		

16	<p>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。</p>	<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の実施している。 ■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。
<p>(評価コメント)</p> <p>業務マニュアルや介護マニュアル等を整備し、全職員が統一した支援を行えるよう工夫すると共に、全職員育成のためのグループ研修の実施やマニュアルに基づいた現場指導等、適切な支援に向け取り組んでいる。各種マニュアルは閲覧自由となっており、日常的に活用されている。定期的に会議を開催し、サービス実施時のマニュアルと支援内容の照合等を行っており、職員の意見や提案を取り入れながらマニュアルの改訂を行っている。</p>		
17	<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント)</p> <p>法人のホームページに利用者希望者が福祉サービスを自由に選択できるような情報を掲載する共に、事業所の案内・パンフレットは写真や行事等を中心に作成しており、分かりやすいよう資料となるよう工夫している。重要事項説明書については、サービス内容や利用料金を明記すると共に、利用者に合わせた説明を行い、同意を得ている。説明にあたっては業務マニュアルに沿って実施しているが、サービス便利帳を活用する等、利用者・家族等がより理解しやすいような工夫や配慮を行っている。</p>		
18	<p>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。</p>	<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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者・家族の心身の状況や生活状況等の情報収集に努め、居宅介護計画書を基に、利用者や家族の意向・ニーズを反映した通所介護計画書を策定している。通所介護計画書策定にあたっては、事業所内関係者と会議を開催し、合議の上で策定している。また、定期的に会議を開催し、サービス提供実施目標達成状況の確認及び評価を行う等、現状に即した通所介護計画書策定に努めている。計画書の同意については、利用者が理解し易い説明を心掛け、面談等で確認を行っている。</p>		

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。
<p>(評価コメント)</p> <p>契約書に3ヶ月に1度の通所介護計画の見直しが明記されている。通所介護計画書についての手順はマニュアルに明示されていると共に、介護計画実行表(個人記録)を基に見直しを実施している。定期的に会議を開催し、介護支援専門員や関係機関と連携・検討を行っており、内容についてはミーティングや連絡ノートを活用して、全職員に周知している。利用者の変化や身体状況に応じて、介護支援専門員と情報交換を行いながら、手順に基づいて計画の見直しを実施している。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者の通所介護サービス実施時の様子や報告事項が介護計画実行表(個人記録)に記載されている。連絡ノート・申し送り・引継ぎ・ミーティング等で担当職員が確認しており、情報共有や適切なサービス提供に取り組んでいる。利用者の急変時や身体状況の変化等、緊急見直し時の対応についてはマニュアル化されており、状態変化に応じた情報が職員間で共有する仕組みが整備されている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者への食事アンケートを行い、食事委員会で検討し、献立に反映させている。食事全般に関するマニュアルを整備すると共に、通所介護計画書に基づき、身体状況・栄養状態に合わせた柔軟な食事提供を行っている。行事計画書・外出計画書を策定しており、誕生日会・クリスマス会・外出時等の行事開催時には、外食や特別食を提供しており、食に関する楽しみを支援している。他にも、カフェの設置やホール内の空きスペースの有効活用等、一人ひとりの楽しみごとや利用者同士の関係性に配慮した居場所作りや環境作りに取り組んでいる。</p>		

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。
<p>(評価コメント)</p> <p>入浴・排泄についてのマニュアルを整備しており、通所介護計画に基づいた身体状況・健康状態に合わせた柔軟なサービス提供を実施している。定期的に職員参加の会議を開催し、介護計画実行表とマニュアルとの照合を行い、必要に応じてマニュアルの見直しを行っている。また、入浴・排泄の実施状況について、家族との連絡ノートを活用し報告や助言を行う共に、家族からの意見や要望の確認・把握を行う等、利用者や家族の意向に応じたサービス提供に取り組んでいる。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>施設到着時に健康チェックを実施し、健康状態の把握に努めると共に、異変の早期発見や適切な対処法等を記載したマニュアル・連絡体制を記載した文書・緊急連絡先一覧表等も備えている。健康管理マニュアルについては、分析や検討の実施や必要に応じて見直しが定期的に行われている。また、看護記録・ケース記録を基に、医師・看護師・家族・関係機関との相談・連絡調整を行う等、緊急時の通所介護計画書見直しの仕組みも整っている。サービスの実施状況については、連絡帳に記載し、家族との情報共有を図っている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者個々の心身状況に配慮しながら通所介護計画書・個別機能訓練計画書を作成しており、残存能力の維持・向上を目指したプログラムとなっている。また、計画は概ね1～3か月を目安に目標の達成状況及び評価を行っており、必要に応じてサービス計画の見直しを行う等、現状に即した支援の実施に努めている。機能訓練は専門職員を中心に行われており、利用者個々の趣味や希望を聞き取りながら、利用者の身体状況に応じた個別訓練を提供すると共に、日中活動体操・クラブ活動の導入・福祉機器の活用等、利用者の自己選択・自己決定を尊重した主体的な活動となるよう取り組んでいる。</p>		

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。	<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。
<p>(評価コメント)</p> <p>利用者一人ひとりの生活習慣や価値観に考慮し、心身機能の維持・改善を目指すと共に、日常生活の自立支援に向け、個別の提供プログラムが用意されており、本人の意向に応じた活動ができるよう支援している。共有スペースには、ソファ・テーブル・ベット・和室を設けており、状況・体調に応じて、くつろげる環境作りがなされている。また、テーブル等の間は広くスペースを設けており、利用者が安心・安全に活動ができるように工夫する共に、利用者の心身状況や要望に配慮し、空きスペースの有効活用や衝立を用いてプライベート空間を確保する等、落ち着いて過ごせる環境作りに取り組んでいる。業務マニュアルに基づいて、清掃を行い快適性を保つと共に、マニュアルに基づいた感染や感染症予防対策や衛生管理も適切に行われている。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>介護マニュアル・送迎マニュアル・緊急時対応マニュアルを策定しており、ルート・留意点等を記載していると共に、定期的に会議を開催し、マニュアルと利用者の状態に応じた支援状況の照合や検討を行い、必要に応じて見直しを行っている。利用者一人ひとりの心身状況・環境等を介護計画表に記載しており、個々に合わせた福祉用具の使用・ルートの変更・送迎バスの車種等、利用者・家族の要望に応じて柔軟に対応している。施設での車の乗り降りは屋根付きの場所で行っている他、玄関前に大きくスペースを確保し、ベンチや椅子等を設置しており、待ち時間も快適に過ごせるよう配慮している。</p>		
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。
<p>(評価コメント)</p> <p>認知症ケアに関するマニュアルが整備されており、利用者個々のニーズに沿った介護計画書が作成されている。定期的に職員が内部研修・外部研修に参加しており、認知症ケアへの知識・理解を深めている。利用時の様子は連絡帳や送迎時に家族に伝えると共に、必要に応じて、介護専門員への情報提供も行っている。</p>		

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)</p> <p>利用者・家族に対して、連絡帳・広報誌・送迎時の声掛け等を通じて、定期及び随時の報告・連絡等を行っている。また、家族懇談会開催・施設行事への家族の招待等、様々な交流機会を活用しながら意見・要望等の確認を行い、信頼関係構築に努めている。他に、家族介護教室を開催し、家族の立場に立った支援内容や方法を伝授や意向や要望の把握に努める等、家族との連携や良好な関係も大切にしている。</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)</p> <p>感染症マニュアル・感染症に関する職員規定を策定すると共に、一日研修や会議の中でも繰り返し取り上げており、説明・周知徹底を図っている。リスクマネジメント委員会が中心となり、発生事例やヒヤリ・ハット事例等を基に勉強会を開催すると共に、年度毎の報告書を基にミーティングや会議で分析や未然防止策の検討を行う等、利用者の安全確保のための体制を整備している。</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)</p> <p>事故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、研修も実施しており、利用者の安全確保のため知識や体制が整備されている。また、リスクマネジメント委員会が中心となり、研修の実施・事故防止策の実施状況・実効性についての評価・見直し等を実施し、利用者の安心・安全確保強化を図っている。</p>		

31	<p>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。</p>	<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)</p> <p>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を整備する共に、緊急時の利用者・家族・関係機関の連絡先も明記し、安全確保のための体制を整えている。事業所全体と合同で年3回、消防避難訓練を実施しており、非常災害発生時の対応方法の確認を行う等、非常災害時に備えている。また、定期的に全職員が救命救急講習を受講しており、急変時や事故発生時等の対応方法を身に付けている。防災マニュアルに加え、事業継続計画(PCB)の項目に沿って対応方法を規定しており、研修や会議で周知・確認・検討を行う等、不測の事態発生時の際には、地域の事業所として安心・安全の拠点となるよう取り組んでいる。</p>		